

# Stavovi, mišljenja i iskustva medicinskih sestara/tehničara o profesionalnoj suradnji medicinskih sestara/tehničara i liječnika u sklopu bolničke zdravstvene skrbi

---

**Borovčak, Nikolina**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2023**

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

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:426522>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-02-21**



*Repository / Repozitorij:*

[University North Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE SJEVER**  
**SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN**



DIPLOMSKI RAD br. 229/SSD/2023

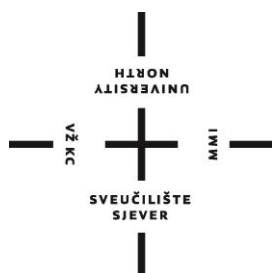
**STAVOVI, MIŠLJENJA I ISKUSTVA**  
**MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA O**  
**PROFESIONALNOJ SURADNJI MEDICINSKIH**  
**SESTARA/TEHNIČARA I LIJEČNIKA U SKLOPU**  
**BOLNIČKE ZDRAVSTVENE SKRBI**

Nikolina Borovčak

Varaždin, rujan 2023.



**SVEUČILIŠTE SJEVER**  
**SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN**  
**Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo –**  
**menadžment u sestrinstvu**



DIPLOMSKI RAD br. 299/SSD/2023

**STAVOVI, MIŠLJENJA I ISKUSTVA**  
**MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA O**  
**PROFESIONALNOJ SURADNJI MEDICINSKIH**  
**SESTARA/TEHNIČARA I LIJEČNIKA U SKLOPU**  
**BOLNIČKE ZDRAVSTVENE SKRBI**

Student:  
Nikolina Borovčak,

Mentor:  
izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović

Varaždin, rujan, 2023.

# Prijava diplomskog rada

## Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJSKI	diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu		
PRISTUPNIK	Nikolina Borovčak	MATIČNI BROJ	2988/336
DATUM	21.07.2023.	KOLEGIJ	Javno zdravstvo i promocija zdravlja
NASLOV RADA	Stavovi, mišljenja i iskustva medicinskih sestara/tehničara o profesionalnoj suradnji medicinskih sestara/tehničara i liječnika u sklopu bolničke zdravstvene skrbi		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Attitudes, opinions and experiences of nursing professionals on professional cooperation between nurses and doctors in the context of inpatients medical care		
MENTOR	izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović	ZVANJE	Izvanredni profesor; viši znanstveni suradnik
ČLANOVI POVJERENSTVA	<ol style="list-style-type: none"><li>1. izv. prof. dr. sc. Marijana Neuberg, predsjednica Povjerenstva</li><li>2. izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović, mentor</li><li>3. izv. prof. dr. sc. Rosana Ribić, članica</li><li>4. doc. dr. sc. Ivana Živoder, zamjenska članica</li><li>5.</li></ol>		

## Zadatak diplomskog rada

BROJ	299/SSD/2023
OPIS	<p>Jedan od glavnih uzroka stresa u sestrinskoj profesiji je nedostatak učinkovitog odnosa s drugim zdravstvenim radnicima, posebice s liječnicima. Suradnja zdravstvenih radnika smatra se jednim od ciljeva zdravstvene skrbi. U zdravstvenim organizacijama postoje mnoge interakcije i suradnje između različitih zdravstvenih radnika s različitim razinama obrazovanja i stručnih kvalifikacija. Iako je poznato da medicinske sestre i liječnici dijele zajednički cilj, poboljšanje kvalitete zdravstvene skrbi, među njima tradicionalno postoji relacijski jaz. Suradnja između medicinske sestre i liječnika podrazumijeva suradnju u radu, dijeljenje odgovornosti za rješavanje problema i donošenje odluka za formuliranje i provođenje planova zdravstvene skrbi. U svrhu izrade diplomskog rada provest će se istraživanje o stavovima, mišljenjima i iskustvima medicinskih sestara/tehničara o profesionalnoj suradnji medicinskih sestara/tehničara i liječnika u sklopu bolničke zdravstvene skrbi na nacionalnoj razini. Upitnik će biti namijenjen isključivo medicinskim sestrama/tehničarima na području Hrvatske koji rade u bolničkoj zdravstvenoj skrbi. Dobiveni rezultati imaju za cilj ispitati koliko su medicinske sestre/tehničari zadovoljni profesionalnom suradnjom s liječnikom. Istraživanjem će se dati uvid u profesionalni odnos i njegove komponente isključivo s gledišta medicinske sestre/tehničara.</p>

ZADATAK URUČEN

28.07.2023.



Tomislav Meštrović

# Predgovor

Zahvaljujem se mentoru izv. prof. dr. sc. Tomislavu Meštroviću, dr. med., na uloženom trudu, iskazanoj volji te korisnim i vrijednom savjetima koji su bili od velike pomoći u pisanju diplomskog rada.

Zahvaljujem se profesorima, asistentima i ostalim predavačima na prenesenom znanju tijekom studiranja.

Također se želim zahvaliti svojoj obitelji i prijateljima na velikoj podršci i mnogim lijepim riječima potpore.

## Sažetak

Rad u bolničkim uvjetima iznimno je složen i zahtjevan za sve one koji su uključeni u proces zdravstvene njege, posebno za medicinske sestre/tehničare i liječnik. Stoga, iznimno je važno razumjeti način komuniciranja i profesionalnu suradnju između medicinske sestre i liječnika. Međutim, postoje određena pravila ponašanja koja određuju njihov međusobni odnos i način suradnje. Radi se prije svega o uvažavanju normi dobre kliničke prakse i etičkog kodeksa. U skladu s Etičkim kodeksom za medicinske sestre ista mora surađivati sa svim članovima tima te cijeniti vještine i doprinose kolege. Mora se ponašati pravedno i bez diskriminacija. U cilju ostvarenja učinkovite komunikacije, nužno je dijeljenje znanja i vještina s drugim članovima medicinskog tima. Krajnji cilj toga je dobrobit pacijenata. U analizi kodeksa uočeno je da nema posebno obrađeno područje profesionalnog odnosa liječnika i medicinske sestre/tehničara. Trebalo bi napraviti aneks/dodatak Kodeksu u kojem bi bili etički postavljeni odnos liječnik i medicinske sestre/tehničara. Uočeni su načini uvažavanja i komuniciranja između medicinske sestre/tehničara i liječnika: korištenje usmjerenih uvodnih izjava, uvažavanje ličnosti druge osobe otvorenost prema različitim rješenjima, provedba dogovorenog djela u rješenje, pružanje osjećaja poštovanja te osjećaj ravnopravnosti vrijednosti. Uočena je važnost timskog rada kako bi se omogućio dosljedan pristup pacijentu i zajednici te posebno vrijedi pristup utemeljen na osnaživanju. Može se reći da je profesionalizacija medicinske sestre/tehničara i rad magistre sestinstva u velikoj mjeri promijenilo i preusmjerilo odnose i profesionalnu suradnju između liječnika i medicinske sestre. U radu je provedeno online anketno istraživanje kojem je pristupilo 193 ispitanika koji rade isključivo u bolničkim uvjetima. Rezultati istraživanja pokazali su da s obzirom na prvu postavljenu hipotezu ne može se tvrditi da su medicinski tehničari zadovoljniji sa suradnjom s liječnicima u odnosu na medicinske sestre, jer rezultati nisu pokazali statistički značajnu razliku. Međutim, nekoliko je medicinskih sestara znatno lošije ocijenilo liječnike prema Jeffersonovoj skali suradnje što ide u prilog postavljenoj hipotezi. Druga postavljena hipoteza da su medicinske sestre, odnosno medicinski tehničari s nižim stupnjem obrazovanja nezadovoljniji suradnjom s liječnicima, je potvrđena s četvrtim korištenim upitnikom koji mjeri Ophođenje liječnika prema medicinskoj sestri odnosno tehničaru, no ostala tri korištena upitnika to nisu potvrdila.

Treća hipoteza je pozitivno potvrđena jer očekivano je značajna povezanost stupnja obrazovanja i rada na nekom rukovodećem radnom mjestu. Očekuje se partnerski odnos

ključnih osoba u zdravstvenim ustanovama koji treba uvijek biti prožet uvažavanjem i respektom. Jer je jedini cilj- dobrobit pacijenta.

**Ključne riječi:** suradnja, profesionalizam, medicinska sestra/tehničar, liječnik, bolnica, iskustvo, uvažavanje, komunikacija, razina zadovoljstva

## **Abstract**

Work in hospital conditions is extremely complex and demanding for all those involved in the health care process, especially for nurses/technicians and doctors. Therefore, it is extremely important to understand the way of communication and professional cooperation between a nurse and a doctor. However, there are certain rules of conduct that determine their mutual relationship and way of cooperation. It is primarily about respecting the norms of good clinical practice and the code of ethics. In accordance with the Code of Ethics for nurses, she must cooperate with all team members and value the skills and contributions of colleagues. It must act fairly and without discrimination. In order to achieve effective communication, it is necessary to share knowledge and skills with other members of the medical team. The ultimate goal of this is the well-being of patients. In the analysis of the code, it was observed that there is no special treatment of the professional relationship between doctors and nurses/technicians. An annex/addendum to the Code should be made in which the relationship between doctors and nurses and technicians would be ethically set. Ways of respect and communication between the nurse/technician and the doctor were observed: use of directed introductory statements, respect for the other person's personality, openness to different solutions, implementation of the agreed work into a solution, providing a sense of respect and a sense of equality of values. The importance of teamwork in order to provide a consistent approach to the patient and the community was noted, and an approach based on empowerment is especially valid. It can be said that the professionalization of the nurse/technician and the work of the master's degree in nursing have greatly changed and reoriented the relationship and professional cooperation between doctors and nurses. In this final paper, an online survey was conducted, which was accessed by 193 respondents who work exclusively in hospital conditions. The results of the research showed that, considering the first hypothesis, it cannot be claimed that medical technicians are more satisfied with cooperation with doctors than nurses, because the results did not show a statistically significant difference. However, several nurses rated doctors significantly worse according to Jefferson's cooperation scale, which supports the hypothesis. The second hypothesis, that nurses or medical technicians with a lower level



of education are more dissatisfied with cooperation with doctors, was confirmed with the fourth used questionnaire that measures the treatment of doctors towards nurses or technicians, but the other three used questionnaires did not confirm this.

The third hypothesis was positively confirmed, there is a significant connection between the level of education and working in a managerial position. A partner relationship of key persons in healthcare institutions is expected, which should always be imbued with appreciation and respect. Because the key aim is the well-being of the patient.

**Keywords:** cooperation, professionalism, nurse/technician, doctor, hospital, experience, appreciation, communication, level of satisfaction

## **Popis korištenih kratica**

ANA -Američkog udruženja sestara

(engl. American Nurse Association)

COVID-19 – Bolest uzrokovana koronavirusom

HIMSS - društvo zdravstvenih informacijskih i upravljačkih sustava

ICN - Međunarodno vijeće medicinskih sestara

PPE- Skala za procjenu okruženja profesionalne prakse

(engl. Professional Practice Scale)

SARS-CoV-2 - Ozbiljni akutni respiratorni sindrom koronavirusa-2

(engl. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2)

SCI – Indeks citiranja u znanosti

(engl. Science Citation Index )

SZO- Svjetska zdravstvena organizacija

(engl. World Health organization)

USA - Sjedinjenje Američke Države

(engl. the United States of America)

# Sadržaj

1. Uvod .....	1
2. Uvažavanje normi kliničke prakse i etički kodeks medicinskih sestara/tehničara i liječnika <sup>3</sup>	
3. Komunikacijske vještine medicinske sestre i liječnika.....	8
3.1. Komunikacija .....	8
3.2. Komunikacija, uvažavanje i timski rad između medicinske sestre/tehničara i liječnika <sup>9</sup>	
3.2.1. Komunikacija i uvažavanje .....	9
3.2.2. Timski rad.....	12
3.3. Najčešći problemi u komunikaciji medicinske sestre tehničar i liječnika .....	15
3.4. Perspektiva komunikacije medicinske sestre/tehničara i liječnika.....	16
4. Profesionalna suradnja medicinskih sestara/tehničara i liječnika.....	18
4.1. Primjeri istraživanja .....	18
4.2. Preporuke i intervencije u profesionalnom odnosu liječnik i medicinska sestra/tehničar .....	20
5. Obrazovanje medicinskih sestara/tehničara – borba za profesionalnu ravnopravnost i uvažavanje.....	21
5.1. Kompetencije magistre sestrinstva – utjecaj na promjenu profesionalnog odnosa liječnik i medicinska sestra/tehničar .....	22
6. Istraživački dio .....	26
6.1. Cilj istraživanja .....	26
6.2. Hipoteze .....	26
6.3. Metode i sudionici.....	26
6.4. Statistička obrada podataka.....	27
6.5. Očekivani znanstveni doprinos istraživanja.....	27
6.6. Opis upitnika.....	27
7. Rezultati .....	30
7.1. Deskriptivna statistika .....	30
7.2. Opis ispitanika i inferencijalna statistika.....	32
7.3. Pouzdanost i valjanost pojedinih upitnika.....	35
7.4. Stupanj zadovoljstva suradnjom sa liječnicima (mjereno različitim upitnicima).....	36
7.5. Razlika zadovoljstva suradnjom između medicinskih sestara i tehničara .....	37
7.6. Razlike s obzirom na stupanj obrazovanja.....	41
7.7. Razlike s obzirom na rad na rukovodećoj poziciji.....	45
8. Rasprava .....	49
9. Zaključak.....	51
10. Literatura .....	53
11. Popis tablica, slika i shema.....	57

# 1. Uvod

Odnos liječnik – medicinska sestra tradicionalno se gleda kao odnos muškarac – žena. Posljednjih godina broj žena u medicini porastao je u svim zapadnoeuropskim zemljama.. Sestrinstvo je uvijek bilo i ostaje pretežno žensko zanimanje. U Norveškoj je samo 8% medicinskih tehničara [1]. Iako je poznato da medicinske sestre i liječnici dijele zajednički cilj poboljšanja kvalitete zdravstvene skrbi, među njima tradicionalno postoji relacijski jaz [2].

Suradnja između medicinske sestre i liječnika podrazumijeva suradnju u radu, dijeljenje odgovornosti za rješavanje problema i donošenje odluka za formuliranje i provođenje planova zdravstvene skrbi. Suradnja medicinske sestre i liječnika i timski rad mogu poboljšati ishode pacijenata i smanjiti troškove zdravstvene skrbi, povećati zadovoljstvo poslom te održavati sigurnost pacijenata. Komunikacija između medicinskih sestara i liječnika smatra se glavnim dijelom protoka informacija u zdravstvu; u međuvremenu sve više dokaza pokazuje da neprikladna ili loša komunikacija može stvoriti kronično stanje sukoba između medicinskih sestara i liječnika što dovodi do porasta medicinskih pogrešaka i loših ishoda. Pokazalo se da su nezadovoljavajući međuprofesionalni odnosi između liječnika i medicinskih sestara djelomično pridonijeli manjku medicinskih sestara i prisilili medicinske sestre da napuste svoje profesije [3].

Čimbenici promjene u odnosu liječnika i medicinske sestre

1. Kontekst radnog mjesta
2. Multidisciplinarni odnosi
3. Status i iskustvo liječnika i medicinske sestre
4. Očekivanja pacijenata
5. Osposobljavanje i obrazovanje
6. Institucionalne norme
7. Profesionalne norme
8. Upravljanje rizicima i obrambena praksa [4].

Jedan od glavnih uzroka stresa u sestrijskoj profesiji je nedostatak učinkovitog odnosa s drugim zdravstvenim radnicima, posebice liječnicima. Stajalište medicinskih sestara je umjereno (80,4%), loše (6,2%) i dobro (13,4%). Glavni slučaj neprikladne interakcije je taj da liječnici ne pokušavaju pitati medicinske sestre za mišljenje. Kada se poboljša interakcija između medicinskih sestara i liječnika, povećava se i razina kvalitete sestrinstva [3].

Prepreke suradnji zbog klasnih i rodnih razlika, vrijednosti dodijeljene intelektualnim, a ne manualnim vrijednostima i razlika u obrazovnim standardima čine medicinskim sestrama poteškoće u izravnom izražavanju svoje zabrinutosti ili mišljenja, posebno ako je sadržaj kritičan prema liječnicima. Loši osjećaji imaju tendenciju da se izražavaju na druge načine, na primjer tihim protivljenjem, nevoljkošću da se postigne dogovor oko skrbi ili iznenadnim izljevima bijesa. Kada se na kraju održe otvorene rasprave, medicinske sestre često iznose incidente koji su se dogodili mnogo mjeseci ranije, o kojima su u to vrijeme bile nezadovoljne, ali nisu imale samopouzdanja izraziti svoju zabrinutost. To može imati štetan učinak na pacijenata [4].

Rezultati istraživanja pokazali su da suradnja između medicinskih sestara i liječnika povećava zadovoljstvo poslom medicinskih sestara koje rade u kliničkim okruženjima. Stoga bi medicinske sestre i liječnici trebali razviti novu kulturu međusobne suradnje sa zajedničkim ciljem visokokvalitetne skrbi za pacijente. Zdravstveni radnici trebaju provoditi strategije koje jačaju razvoj suradnje liječnika i medicinske sestre [2].

Prema studijama liječnici i medicinske sestre drugačije gledali na suradnju; liječnici na suradnju gledaju kao na poštivanje uputa i naredbi, dok je medicinske sestre značajnije nego liječnici vide kao komplementarnu ulogu. Bujak i Bartholomew sugeriraju da su trenutno "dvije najvažnije osobe odgovorne za brigu o pacijentima medicinske sestre i liječnici, ali oni često međusobno ne razgovaraju kako treba, a kada to rade, razmjena je često nefunkcionalna". Tradicionalno, odnos između liječnika i medicinskih sestara je hijerarhijski i karakterizira ga dominacija liječnika, a medicinske sestre se promatraju kao pomoćnici, a ne kao partneri u holističkoj skrbi za pacijenta [3].

Medicinske sestre postale su specijaliziranije i sigurnije u svoje znanje, a kao rezultat toga vjerojatnije je da će u nekim područjima stajati ravnopravno s liječnicima. Medicinske sestre žele prijeći s "ovisnosti na autonomiju i međusobnu međuovisnost [4].

Suradnja zdravstvenih radnika smatra se jednim od ciljeva zdravstvene skrbi jer zdravstvene organizacije trebaju mnoge interakcije i suradnje između različitih zdravstvenih radnika s različitim razinama obrazovanja i stručnih kvalifikacija kako bi pružile učinkovitu skrb [5].

U sklopu rasta i razvoja znanstvenog rada, uvijek se polazi od metodologije. Žugaj i suradnici (2006) opisali su metodologiju kao znanstvenu disciplinu koja ima svoje puteve znanstvene spoznaje. Svaki stručni i znanstveni rad počinje pretraživanjem odgovarajuće literature [6]. Korišteni su knjige, članci iz časopisa te podaci iz Zakona [7,8].

## 2. Uvažavanje normi kliničke prakse i etički kodeks medicinskih sestara/tehničara i liječnika

Uvažavanje normi kliničke prakse i etičkog kodeksa medicinskih sestara i liječnika su prva stepenica u razumijevanju profesionalne suradnje između liječnika i medicinske sestre. Etika [grč. *ethos*] je znanost o moralu, koja istražuje smisao i ciljeve moralnih normi, osnovne kriterije za moralno vrednovanje, te općenitu zasnovanost i izvor morala. Dio je filozofije koja proučava ljudsko ponašanje koje je prihvaćeno pod određenim moralnim aspektom. Ona je normativna znanost, a norme odlučuju o specifičnom karakteru etike i tako je razlikuju od drugih znanosti [9].

Pojam etika razvio se u staroj Grčkoj, a korijen mu je u riječi *ethos* koja znači običaj, narav, naviku, ćud. Razvoj filozofije, koja je nastala u 7.st.prije nove ere. Uz njezin teorijski dio, koji je uključivao logiku i fiziku, pojavila se i praktična filozofija. U vrijeme stare Grčke, etika je proučavala djelatnu ljudsku stranu i vrijednosti koje ih pokreću i usmjeravaju u životu, kao što su ideje o dobru i zlu, poštenju i nepoštenju, poštenju i korupciji, pravdi i nepravdi, poštenju i laži itd. [10].

Razlikuju se medicinska etika i etika sestrinstva. Fokus medicinske etike je na etičkim pitanja iz područja zdravstva i medicinskih znanosti. Međutim, medicinska etika je odviše složena pa je došlo do podjele na više specijalnih etika. Upravo među tim podjelama je etika sestrinstva [9].

Sestrinska etika počiva na duhu njegovateljskog zanimanja jer su njezini početci bili u svezi s njegom bolesnih i nemoćnih, ozlijeđenih i ranjenih. S vremenom, sestrinska etika postala je samostalna disciplina zato što je došlo do transformacije sestrinskog zanimanja u sestrinsku profesiju. Ono što je suština te transformacije je da tu transformaciju određuju specifičnosti i visok stupanj obrazovanja u odnosu na liječničku profesiju općenito. [9].

Kalauz (2012) uočila je da donošenje profesionalnih odluka vrlo često u uskoj vezi s etičkim promišljanjem i prosudbama jer su medicinske sestre morale pridržavati moralnih normi koje su vrijedile i za liječnike, ili pak religijske norme, ovisno o tome gdje su obavljale profesiju. Dodatno, u završnom dijelu prisege Florence Nightingale, od medicinske sestre tražilo se da život provede u moralnom čistunstvu, da bude isključivo odana svojoj profesiji i da se stalno usavršava i da bude odana liječniku [11]. McGregor-Robertson je davne 1902 godine napisala „Sestra svoj rad treba početi idejom koja mora biti čvrsto ukorijenjena u njezinoj glavi, da je samo ona instrument pomoću kojih liječnik

provodi svoju odluku. Njihovo zvanje joj ne dopušta samostalnost u liječenju pacijenata [11].

Također, u časopisu *American Journal of Nursing* (1917), Sarah Dock, medicinska sestra i nastavnica sestrinstva iznijela je svoj stav koji se tiče odanosti medicinske sestre prema liječniku: „ Po mojoj procjeni, odanost mora biti na prvom mjestu i kamen je temeljac dobrog sestrinstva“.

Krajem 19. i početkom 20. stoljeća, u programu školovanja medicinskih sestara etika nije bila jedan od predmeta i jako se malo spominjala. Prvi dokazi o uključivanju etike u obrazovanje medicinske sestre otkriveno je na Sveučilištu John Hopkins u SAD-u, 1889. godine. Tada je etika bila spomenuta isključivo u okvirima povijesti sestrinstva jer je sestrinstvo nastalo iz etičkih pobuda [11].

U daljnjem razumijevanju odnosa medicinske sestre i liječnika, potrebno je dobiti uvid u poznavanje etičkih normi koje su propisane etičkim kodeksima. Transformacijom sestričkog zanimanja u profesiju medicinske sestre potaklo se pitanje izrade etičkog kodeksa. Prvi etički kodeks Američkog udruženja sestara [engl. ANA] izrađen je 1923. godine. Kodeksi su se kreirali i mijenjali prema razdoblju u kojem su živjele medicinske sestre. Isprva obilježavala ga je kršćanska moralnost, poslušnost i lojalnost medicinske sestre prema liječniku, dok je zdravstvena njega bila usmjerena na zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba. Sredinom 1950-ih godina kodeksi navode potrebu da se medicinske sestre/tehničari uključe u postupke prevencije bolesti, unapređenja zdravlja i očuvanju bolesnika od patnje te se tražilo da ne sudjeluju u neetičkim postupcima i da svako neetično ponašanje prijave [9].

Jedan od najvažnijih kriterija za implementaciju uspješnog i profesionalnog odnosa na relaciji medicinska sestra- liječnik /zdravstveni tim je poštivanje normi dobre kliničke prakse putem uvažavanja etičkog kodeksa struke. U Etičkom kodeksu za medicinske sestre, čl. 4. utvrđuju se osnovna načela profesionalnog odnosa medicinske sestre/tehničara naspram medicinskog tima [12]. U navedenom Etičkom kodeksu za medicinske sestre ne postoje pojašnjenja o etičkom odnosu medicinske sestre/tehničara i liječnika. U ovom Etičkom kodeksu isključivo se spominje odnos medicinske sestre naspram medicinskom timu, a u tom timu je i liječnik. Opisan je odnos medicinske sestre/tehničara prema drugim medicinskim sestrama.

Glede odnosa medicinske sestre/tehničara prema cijelom zdravstvenom timu, u Etičkom kodeksu, navedeno je da mora surađivati sa svim članovima tima te cijeniti vještine i doprinose kolegica. Mora se ponašati pravedno i bez diskriminacija. U cilju ostvarenja učinkovite komunikacije, nužno je dijeljenje znanja i vještina s drugim

članovima medicinskog tima. Krajnji cilj toga je dobrobit pacijenata. Jedno od poznatih sredstava komuniciranja medicinske sestre/tehničara s drugim članovima tima, pa i liječnicima je sestrinska dokumentacija. U toj dokumentaciji, medicinska mora unijeti precizan prikaz liječenja, planiranja i implementacije zdravstvene njege. Svaki postupak i drugi podaci obavezno se upisuju u sestrinske liste u najkraćem moguće vremenu.

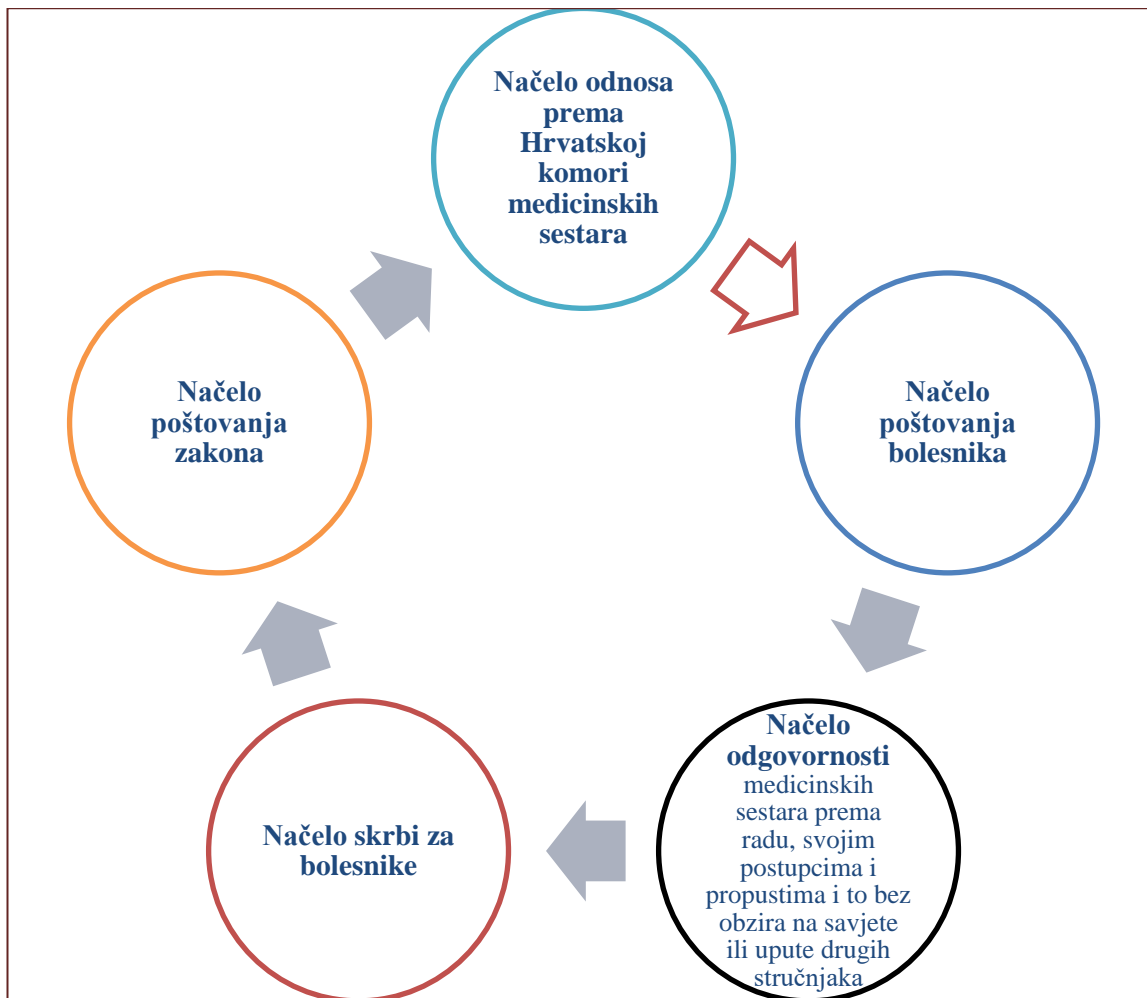
U Etičkom kodeksu za medicinske sestre [12]. postoji jedna važna obveza medicinske sestre/tehničara, a to je obveza stručnog usavršavanja. U Etičkom kodeksom medicinskih sestara, pod II. Osnovna načela, članak 2.obavezuje medicinsku sestru učlaniti se u HKMS. Razlog je upis u registar komore. Nakon završenog četverogodišnjeg obrazovanja mora se završiti pripravnički staž te polaganje stručnog ispita nakon čega komora izdaje licencu – odobrenje za samostalni rad. (uvjerenje o položenom stručnom ispitu nije potrebno ako ste završili petogodišnju srednju školu ili studij sestrinstva u RH upisan nakon 1.7.2017.). Licenca je valjana 6 godina, ali medicinska sestra mora imati 15 bodova. Svaki član komore ima svoju karticu u kojoj je evidencijski broj. Medicinska sestra mora uvijek nositi tu karticu sa sobom te koristiti uvijek dok je na stručnom usavršavanju bilo kao slušatelj predavanja ili kao predavač. Organizatori edukacija traže prema programu odobrenje i bodovanje od strane komore tako da polaznici znaju koliko bodova nosi edukacija [13].

Dodatno se uz etički kodeks regulira samokontrola normi profesionalne etike, budući da je stručna autonomija jedne profesije u društvu, nemoguća bez moralne samokontrole i savjesne samodiscipline stručnjaka [14].

Slika 2.1. pruža opis temeljenih etičkih načela. To su: načelo odnosa prema hrvatskoj komori medicinskih sestara, načelo poštovanja bolesnika , načelo odgovornosti medicinskih sestara prema radu, svojim postupcima i propustima i to bez obzira a savjete ili upute drugih stručnjaka, načelo skrbi za bolesnike i načelo poštovanja zakona. Svako od navedenih načela ima jedno obilježje a to je moglo bi se reći profesionalizacija rada medicinske sestre/tehničara.

Nakon analize načina na koji medicinske sestra stječe dobru kliničku praksu uz uvažavanje etičkih normi, slijedi analiza poštivanja normi kliničke praske i etičkog kodeksa liječnika te usporedbe tih normi kroz tablični prikaz, u nastavku.





*Slika 2.1. Etička načela.*

Izvor: Etički kodeks medicinskih sestara. Dostupno na:

[http://www.hkms.hr/data/1321863874\\_853\\_mala\\_eticki%20kodeks.pdf](http://www.hkms.hr/data/1321863874_853_mala_eticki%20kodeks.pdf). (10.07.2023. godine)

Glede analize poštivanja, dobre kliničke prakse i etičkih kodeksa profesija liječnika, uzima se u obzir Medicinska etika u izdanju autora Zurak. No, u knjizi autora Vrhovac i suradnika, postoje dobra pojašnjenja koja se tiču etičkih načela i kliničke medicine [15, 16]. Naime, Dorlandov medicinski rječnik koji pruža definiciju medicinske etike; to je vrijednost i smjernice na kojima bi se trebale temeljiti odluke i postupci u medicini. Premda je Velika Britanija vjerojatno bila prva država koja je počela diskutirati o tim načelima, ipak je prvi Komitet osnovan 1849. godine, a središnji Etički komitet bio sastavljen 1902. godine. To pokazuje da se već tada kasnilo u tim smjernicama. Razloga je puno. Problem je u tome što je etika relativna jer ovisi velikom broju čimbenika [16]. Primjerice, ono što je neka stvar etična u jednom dijelu svijeta, u drugom dijelu svijeta nije, odnosno nije prihvatljivo. Međutim, došlo je do velikih snažnih promjena, kako u implementaciji etičkih normi za medicinske sestre/tehničare, tako i za liječnike. Ali, još uvijek nema u najnovijem

Rječniku medicinskog nazivlja medicinska etika a niti etika. Zaključuje se da treba itekako proraditi na tome [16]. U sklopu razmatranja Medicinske etike za liječnike, uzima se u obzir odnos pripadnika liječničke struke prema drugim članovima zdravstvenog tima. Kodeks Hrvatske liječničke komore i Hrvatskog liječničkog zbora (2006) imaju sljedeće temeljne principe:

- častan liječnik će se odnositi prema drugim liječnicima onako kako bi se drugi odnosili prema njemu

- svojim učiteljima iskazivat će poštovanje i zahvalnost za znanje, vještine i odgoj koji je od njih primio

- ako drugi liječnik zatražio savjet, pružit će mu nesebično prema svojem najboljem znanju

- skrb nad bolesnikom drugog liječnika preuzet će na zahtjev liječnika ili bolesnika

- permanentno usavršavanje i praćenja napretka u struci smatrat će svojom dužnošću i dugom prema pacijentu

- kolegijalnost prema kolegama u izravnom ili neizravnom kontaktu uvijek treba naglašavati

Na temelju dosadašnje analize uočeno je da u nema niti jedne rečenice o opisu profesionalnog odnosa liječnik i medicinska sestra/tehničar.

Slijedi analiza komunikacijskog aspekta odnosa liječnik i medicinska sestra.

### **3. Komunikacijske vještine medicinske sestre i liječnika**

#### **3.1. Komunikacija**

Komunikacija ima značajnu ulogu u stvaranju povoljnih ili nepovoljnih dojmova o pojedincu i organizaciji [17]. Komunikacija (lat.- *communicare*, učiniti općim) je razmjena informacija, ideja, osjećaja, verbalnim i neverbalnim putem. Temelj je uspjeha međuljudskih, kako privatnih, tako i poslovnih odnosa [18].

Prema mediju komunikacije razlikuju se tradicionalne i digitalne komunikacije. Posebno je došlo do promjene u komuniciranju unutar zdravstvenog time tijekom pandemije COVID-19. S pandemijom došlo je do prekida tradicionalnog komuniciranja (ne misli se na to da ono u cijelosti nestalo, postoji i uvijek će postojati tradicionalna komunikacija već predstavlja nadopunu novoj internetskoj komunikaciji) [19]. Autori Pejić i Murgić (2013) objašnjavaju da je taj prelazak doveo zdravstvenu zajednicu na rub promjene te da su povećane mogućnosti komuniciranja preko interneta. Došlo je do umrežavanja u trijadnom odnosu: liječnik, medicinska sestra/tehničar i pacijent. Pri tome, treba jako paziti da ne dođe do zlouporabe nekih zdravstvenih podataka. Zato treba dobro postaviti pravila internetskog komuniciranja, pravila privatnosti, pravila poštivanja povjerljivosti podataka i to uz pomoć HIMSS a (društvo zdravstvenih informacijskih i upravljačkih sustava) [20].

Komunikacijske su vještine interpersonalne vještine koje podupiru pružanje psihološke njege [21] te spadaju u skupinu temeljnih interpersonalnih vještina jer njihovo korištenje povećava stupanj psihološke njege. Komunikacijske su vještine i slušanje i govorenje. Poruka treba biti direktna, otvorena, pravovremena, jasna i kongruentna. U zdravstvenom sustavu, ne smiju se pojavljivati dvostruke poruke i poruka treba biti točna i vjerodostojna [17].

Potrebne vještine slušanja jesu: aktivno slušanje, slušanje s empatijom, otvoreno i svjesno slušanje [22]. Pri tome, za uspješnu komunikaciju ključni su sljedeći čimbenici. Prvi čimbenik je kvaliteta i vještine medicinske sestre kao pomagača - empatičnost, srdačnost, iskrenost, dosljednost, uvažavanje i prihvaćanje. Drugi čimbenik je sredina u kojoj se komunicira – kao pomoćni čimbenik. Uz to nadovezuju se otežavajuće okolnosti a to su: neprikladno mjesto, skučen prostor, buka, prisutnost drugih pacijenata i osoblja, rodbine i sl. [23].

Kako i na koji način međusobno uvažavati i komunicirati objašnjeno je u nastavku.

## 3.2. Komunikacija, uvažavanje i timski rad između medicinske sestre/tehničara i liječnika

Poštovanje/ uvažavanje su vrlo važne stavke koje treba zadovoljiti za dobru komunikaciju koja je pak temelj uspješnosti timskog rada, a sveukupno preduvjet kvalitetne zdravstvene skrbi.

### 3.2.1. Komunikacija i uvažavanje

U skladu s modelom autora (Siedlecki & Hixson, 2011.) koji se naziva PPE (engl. Professional Practice Scale) ili Skale za procjenu okruženja profesionalne prakse ishode pacijenta, radi se procjena profesionalnog radnog okruženja na način da se ispita percepcija medicinskih sestara i liječnika o obrascima uzajamnog poštovanja, komunikacije i suradnje između medicinskih sestara i liječnika u praksi [24].

Uvažavanje i komuniciranje medicinske sestre s liječnikom prožima se kroz različite postupke (slika 3.2.1.1.) [25].

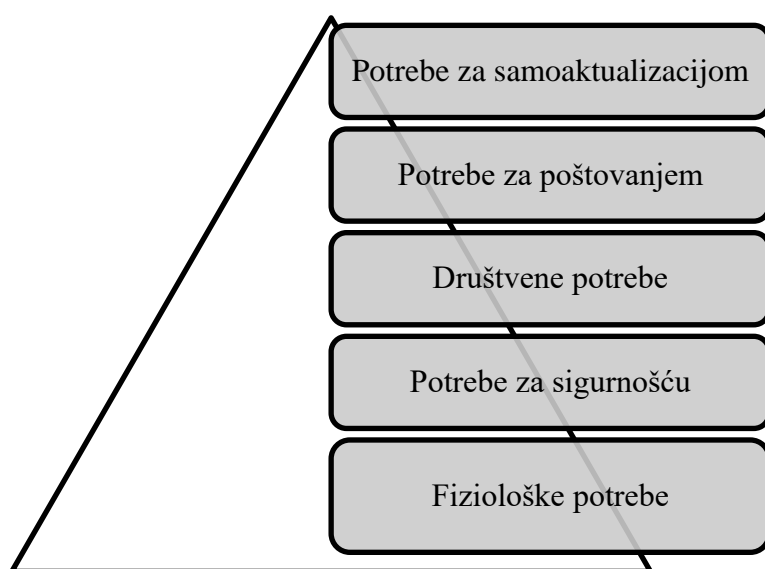


Slika 3.2.1.1. Koraci u komunikaciji liječnik-medicinska sestra.

Izvor: D. Lučanin i J. Despot Lučanin, Komunikacijske vještine u zdravstvu, Zagreb: Naklada Slap, 2010.

Prvi postupak je korištenje uvodnih izjava, u razgovoru s liječnikom. Odmah treba dati temu poruke. Bolje je reći „Željela bih s Vama raspraviti moguće načine prilagodbe mog plana njege jednom određenom bolesniku“, nego: „Ne znam što se očekuje od mene u ovom slučaju“. U slučaju kada se izjavi rečenica „Ne znam što se očekuje od mene u ovom slučaju“, to zvuči kao da je medicinska sestra revoltirana, nervozna i spremna upustiti u konflikt. Jako je važno preformulirati riječi i rečenice i biti pažljiv u odabir riječi. Polazište mora biti uvažavanje i visoka razina kvalitete u komuniciranju.

Drugi postupak je uvažavanje ličnosti druge osobe, a to je već prethodno spomenuto. Abraham Maslow, eminentni američki psiholog tog vremena, razvio je niz teorija o osobnim, individualnim potrebama [27]. U svom članku pod naslovom "Teorija ljudske motivacije" (1943.) Maslow je inaugurirao hijerarhija potreba (Slika 3.2.1.2.), pri čemu je naglasak stavio na to da se ponašanje pojedinca definira pomoću hijerarhijskog popisa potreba koje treba zadovoljiti kako bi se povećalo životno zadovoljstvo, počevši od osnovnih potreba kao što su fiziološke i sigurnosne potrebe, zatim potrebe za ljubavlju i pripadanjem, nakon čega slijede "više razine" kao što su potrebe za poštovanjem i samoaktualizacijom [27, 28].



*Slika 1.2.1.2. Maslovljeva hijerarhija potreba*

Izvor: prema Maslow (1943), str. 388-389

Stoga, poštovanje / uvažavanje su vrlo važna potreba koje treba zadovoljiti. U samom početku, komuniciranja medicinska sestra/tehničar i liječnik trebaju imati u sebi volju za uvažavanjem. Bez toga dalje nema smisla.

Treći postupak je otvorenost prema različitim rješenjima, što uključuje mogućnost izbora između više rješenja: kada je omogućen protok otvorenosti prema različitim rješenjima, odmah se medicinska sestra/tehničar i liječnik osjećaju bolje, postupaju fleksibilnije i imaju kontrole u nad komunikacijom [25].

Četvrti postupak je implementacija rješenja u djelo. Ovo podrazumijeva da ono što je dogovoreno, treba odraditi. U slučaju da se to ne učini, to može biti kamen spoticanja u komunikaciji između medicinske sestre/tehničara i liječnika. Također, u slučaju da se dogovor ne može realizirati, onda se pregovara i traži nova, bolja opcija za ostvarenje zadaća [25].

Da bi komunikacija između medicinske sestre/tehničara i liječnika protekla u ugodnoj atmosferi, treba voditi računa o još jednoj bitnom detalju- reagiranju na pokudu. Na stranicama Jezikoslovac hr., pokuda označava: ocjena, mišljenje, riječi i sadržaj riječi kojima se kudi; prijekor, prigovor [29]. Kontekst situacije u kojem se najbolje može opisati i objasniti pokuda , primjerice od strane liječnika prema medicinskoj sestri: Nova i mlada medicinska sestra je pogrešno izmjerila količinu lijeka. Na to je reagirao liječnik i rekao „Zar nisi ništa naučila u školi?“ Međutim, daleko bi bolje bilo i uz puno više uvažavanja reći mladom i neiskusnom početniku: „priprema lijekova za pacijente je vrlo senzibiliziran zadatak, pa ćemo sljedeći put to raditi zajedno“. Pri ovakvoj komunikaciji ključno je komuniciranje uz uvažavanje od strane liječnika i ponuda pomoći prema medicinskoj sestri/tehničaru. Istovremeno, medicinska sestra/tehničar uvažava i poštuje liječnika.

Postoji veoma zanimljivo istraživanje Siedlecki i Hixson o odnosu medicinske sestre i tehničara [24]. Uglavnom, istražena je percepcija odnosa između medicinskih sestara i liječnika u radnom okruženjima te ispitan je utjecaj odnosa medicinske sestre i liječnika na odluke o zdravstvenoj njezi. Procjena percepcije odnosa medicinske sestre i liječnika napravljena je korištenjem Skale za procjenu okruženja profesionalne prakse. Rezultati istraživanja pokazali su da su liječnici značajno bolje ocijenili odnose od medicinskih sestara. Nadalje, 55% medicinskih sestara izjavilo da je ponašanje liječnika utjecalo na odluke o njezi. te da su mlađe, manje iskusne medicinske sestre izjavile da će na njih više utjecati negativno ponašanje liječnika od starijih medicinskih sestara ili medicinskih sestara s više iskustva. Autori su zaključili da priznavanje razlika u vrijednostima, poticajima i percepcijama može pružiti smjernice u daljnjem komuniciranju između liječnika i medicinske sestre [24].

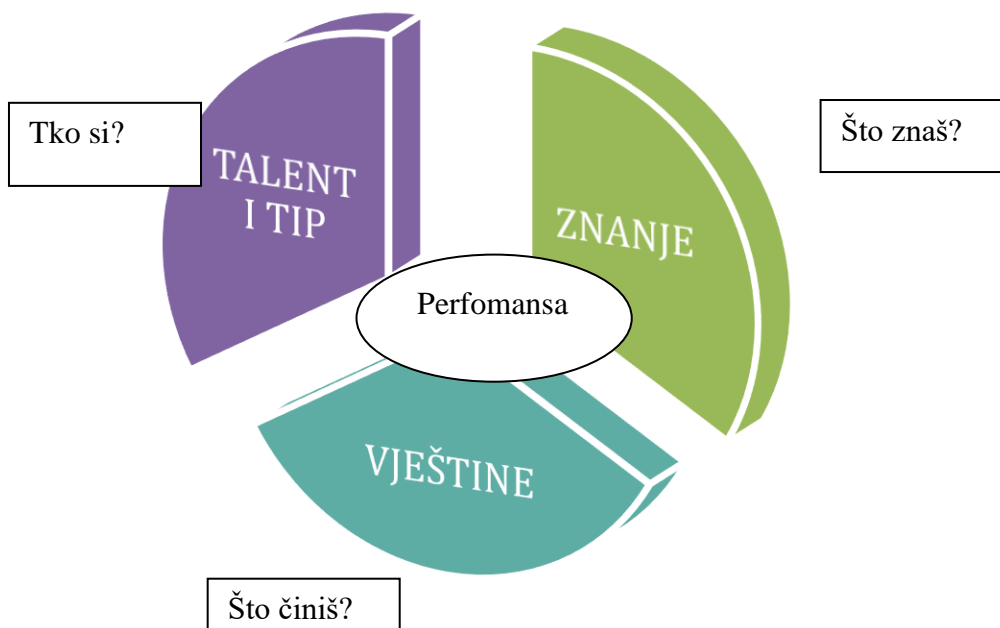
### 3.2.2. Timski rad

Timski rad temelj je uspješne medicinske njege. Nema usamljenih članova u zdravstvenom timu jer treba osigurati primjerenu, djelotvornu, učinkovitu i da zadovoljavajuću komunikaciju s pacijentima od strane medicinskog osoblja. Treba cijeniti rad u timovima jer ono uključuje više sudionika i svima su dodijeljene obveze. Stoga, puno je lakše i jednostavnije tako raditi. Primjerice, dodjeljivanje timova kao dio projektne inicijative za uspostavljanje nove hitne službe zahtijeva ljude sa specifičnim vještinama kao što su kliničari (medicinsko osoblje, medicinske sestre, bolničari, primalje), financijsko osoblje, administrativno/upravno osoblje. To znači da su u timskom radu uključeni ljudi s različitim razinama obrazovanja, znanja i vještinama ali i različitim komunikacijskim vještinama. Ali, tu ne završava timski rad. Naprotiv timski rad se širi dalje jer tim kao dio projektne inicijative za uspostavljanje nove hitne službe treba opet nadovezati sa širim zdravstvenim timom kao što su socijalni radnici, liječnici opće prakse, fizioterapeuti, radni terapeuti, zaposlenici iz zavoda i drugo [30]

Stoga u današnjim zdravstvenim sustavima, 'timovi' trebaju surađivati, a ne tribalistički, komunicirati i raditi s drugima kako bi se omogućio dosljedan pristup pacijentu i zajednici [30]. U okvirima poticanja i razvijanja timskog rada među članovima zdravstvenog tima, posebno između medicinske sestre/tehničara i liječnika, vrijedi pristup utemeljen na osnaživanju. Takav pristup predlaže da pojedinci unutar zdravstvenog tima nauče prepoznati i cijeniti svoje snage (vještine, znanje i talent) kako bi ih iskoristili u timskom okruženju. Norman (2019) navela je da jasno komuniciranje i ponavljanje jakih strana drugima pomaže članu tima da prepozna svoje mjesto u timu i razumije koja su očekivanja [30].

Jedna od prednosti timskog rada su individualne snage njegovih članova. To znači da treba raditi na unaprjeđenju ograničenja kojeg pojedinac unutar tima ima. Istraživanje (Norman, 2019) pokazalo je da su timovi ne samo učinkovitiji, nego i sretniji koristeći ovaj pristup [30].

Dakle, kako drugima prenijeti svoje snage? Tijekom edukacija za članove zdravstvenog tima, može se zajednički odraditi kotač performanse. Na primjer, Na slici 3.2.2.1. treba navesti talente, vještine i znanja. Treba dodati tako što će kolege, mentore, vršnjake, prijatelje, obitelj i bilo koje druge značajne osobe također pitati za njihova mišljenja odnosno što oni misle koji su talenti, vještine i znanja [30].



Slika 3.2.2.1. Kotač performanse

Izvor: prilagođeno prema K. Norman. *Communication Skills: For Nursing and Healthcare Students Essential*. London: Lantern Publishing Ltd, 2019., str. 215

Slika 3.2.2.1. predstavlja kotač performanse koji se sastoji od talenta i tipa (vrste), znanja i vještina. Taj kotač performansi se stalno okreće, mijenja i može se nadopunjavati. Kod kotača „talent i tip“, postavlja se pitanje : „Tko si?“ . Kod kotača znanje postavlja se pitanje „Što znaš?“ i kod kotača vještine, postavlja se pitanje“što činiš?. Odgovori na pitanja mogu biti od velike pomoći u analizi rada članova u timu [30].

Moguće je iznenađenje kada se otkrije kako drugi ljudi vide snage osobe koja je okrenula kotač. Ponekad će doći do faktora iznenađenja kada se otkrije što drugi vide kao njegove snage. Često se može raditi s radnim kolegama u smjeni, a da se nije svjesno koje su njihove posebne snage, osim ako im nije dopušteno da ih izraze i ako ih se ne potiče da ih koriste. Korištenjem gore navedene aktivnosti sa svojim timom, svatko može početi cijeniti kako svaki pojedinac može biti učinkovitiji, bolje iskorišten i osjećati se cijenjenim u svojoj ulozi. Takav tim može uključiti kolege studente, mali tim medicinskih sestara dodijeljen određenoj skupini pacijenata, tim medicinskih sestara u zajednici ili tim opće prakse koji uključuje medicinske sestre te medicinsko i administrativno osoblje [30]. U svakom slučaju, ne smije se podcijeniti važnost timske dinamike. Način na koji članovi tima surađuju u planiranju i pružanju skrbi utjecat će na to koliko učinkovito tim funkcionira. Vođa treba upravljati timom na način koji podrazumijeva zajedništvo i da svi članovi tima imaju svoju ulogu. Belbin (2010.) je identificirao devet uloga vođe koje se vide unutar timova (vidi tablicu 3.2.2.1.)



Tablica 3.2.2.1.. Devet uloga vođe unutar timova (Belbin, 2010)

Uloga	Snage	Ograničenja	Ipak....
<b>Tražitelj resursa</b> Pronalazi ideje koje dijeli s timom-	Entuzijastičan. Istražuje prilike i razvija prilike.	Može biti preoptimističan Može izgubiti interes nakon početnog entuzijazma.	Mogao bi zaboraviti pratiti smjernice.
<b>Član tima</b> Pomaže timu.	Suradnički perceptivni i diplomatski. Dobar slušatelj i otklanja sukobe.	Može biti neodlučan u ključnim situacijama Sklon izbjegavanju konfrontacija.	Mogli bi oklijevati pa zbog toga donese nepopularne odluke.
<b>Koordinator</b> Usredotočen na ciljeve tima.	Zreo, samouvjeren, prepoznaje talent. Pojašnjava ciljeve.	Može se smatrati manipulativnim i svoja zaduženja dati drugima.	Previše delegiranja, ostavlja sebi malo posla.
<b>Planer</b> Kreativan u rješavanju problema.	Kreativna, maštovita, slobodoumna, stvara ideje i rješava teške probleme.	Može zanemariti sporedne stvari, može biti previše zaokupljen da bi učinkovito komunicirao.	Mogli bi biti odsutni mislima ili zaboravni.
<b>Evaluator</b> Donosi nepristrane prosudbe, procjenjuje opcije.	Logičan, strateg i pronicljiv. Vidi sve mogućnosti i točno prosuđuje.	Manjak poticaja i sposobnosti da inspirira druge. Može biti pretjerano kritičan.	Sporost u donošenju odluka.
<b>Stručnjak</b> Timu donosi temeljna znanja/vještine.	Samostalan, pokretljiv i predan. Pružuje specijalizirana znanja i vještine.	Pružuje podršku određenom broju ljudi. Ne vodi računa o tehničkim detaljima.	Dobiva previše informacija.
<b>Oblikovatelj</b> Pružuje poticaj kako bi tim ostao usredotočen i ne gubi snagu.	Prihvata izazove. Dinamičan, podnosi pritisak. Posjeduje želju i hrabrost da svlada prepreke.	Sklonost provokacijama i ponekad može povrijediti osjećaje ljudi.	Rizik agresivnog ponašanja. Sklonost neraspoloženju šri obavljanju zadataka.
<b>Implementator</b> Provedba planova uz efikasne strategije.	Praktičar, pouzdan, učinkovit. Ideje pretvara u akcije i uspješno izvršava zadatke.	Može biti nefleksibilan i spor u pridobijanju novih mogućnosti.	Teško se odriču planova u korist pozitivnih promjena.
<b>Finišer</b> Radi evaluaciji radi razumijevanja nastalih grešaka u procesu. Koristi visoke standarde	Naporno radi, pokazuje zabrinutost, savjestan, traži greške. Privodi kraju sve zadatke.	Sklon pretjeranoj brizi i odbacivanju delegiranja.	Navode se da pretjeruju u perfekcionizmu.

kontrole kvalitete.			
---------------------	--	--	--

Izvor: prilagođeno prema K. Norman. *Communication Skills: For Nursing and Healthcare Students Essential*. London: Lantern Publishing Ltd, 2019., str. 215

Na temelju tablice 3.2.2.1. Belbin je dokazao da postoji devet ključnih osobina osobe /vođe na rukovodećoj poziciji a sve to ovisi o njihovom znanju, vještinama i vrsti talenta koji imaju. Uočeno je da često spominje kreativnost, fleksibilnost, naporan rad, pouzdanost. Sve to bi trebalo činiti osobu na rukovodećem položaju a ne osobu koja pretjeruje u perfekcionizmu, sporo donosi odluke i uz sebe ima samo par ljudi.

Prema navedenom može se zaključiti da je timski rad najrašireniji oblik izvođenja složenih profesionalnih zadataka za čije ostvarenje su potrebna znanja iz različitih profesionalnih područja, specijalizirana znanja iz istog ili sličnih profesionalnih područja. Svrha stvaranja timova i timskog rada je integriranje znanja i iskustva članova tima pri rješavanju istog problema. Zajednički ciljevi, edukacije, posjedovanje potrebnih vještina i znanja za obavljanje određene uloge u timu samo su dio čimbenika koji pomaže izgradnji sinergije, koja je izuzetno važna za postojanje timskog rada. Timski rad zasniva se i na dobroj i otvorenoj komunikaciji. Dobra i otvorena komunikacija među članovima tima jedna je od ključnih odrednica uspješnih timova. Timski rad ima visok utjecaj na kvalitetu pružanja zdravstvenih usluga i važan je faktor u funkcioniranju zdravstvenog sustava i organizaciji zdravstvene skrbi. Predstavlja najrašireniji oblik izvođenja složenih profesionalnih zadataka. Za postizanje optimalnoga cilja potrebna je kontinuirana suradnja bolesnika, njegove obitelji i tima koji planiraju, provode i ostvaruju realni cilj poboljšanja kvalitete života.

Mogući su problemi u komunikaciji između medicinske sestre i liječnika objašnjeni su u nastavku .

### **3.3. Najčešći problemi u komunikaciji medicinske sestre tehničar i liječnika**

Tijekom protoka komuniciranja moguće su smetnje koje smanjuju uređenost i povećavaju entropiju Kod pošiljatelja nastaju smetnje zbog nejasne, dvostruko oblikovane poruke (u poruci se isprepliću važni i nevažni sadržaji) te neprimjereno kodirane poruke (neuređena, dugačka i površna poruka). Smetnja može nastati ako pošiljatelj nema empatičan odnos prema primatelju [31].

Smetnje kod primatelja nastaju kada primatelj poruku ne dekodira ili ju dekodira pogrešno; primatelj nema interes za primljenu poruku; poruka se može objasniti tako da odgovara njemu u trenutnoj situaciji; ponekad ima više poruka u isto vrijeme jer su po sadržaju poruke opsežne i primatelj ih ne može sve dekodirati. U smetnje na komunikacijskom putu ubraja se: sve što kanal prenosi uz poruku (buka u prostoriji), prekinuti komunikacijski kanal (istovremeno govorenje više osoba) i smetnje koje stupnjuje broj posrednika u komunikacijskom kanalu [31].

Značajno je promjena uloga medicinske sestre i više nije podređena liječniku. Ravnopravni član je medicinskog tima. Promijenjena je njezina uloga, također: od uloge izvršitelja zapovijedi od strane liječnika, postala je profesionalni partner liječniku, što je posebno došlo do izražaja u vrijeme pandemije SARS Cov-2. Jedna od najvećih razloga promijenjene uloge je obrazovanje za koju su medicinske sestre dobila izvanrednu priliku na Sveučilištima u Republici Hrvatskoj i dalje.

Analizirajući modele komuniciranja između liječnika i medicinskih sestara dominantna je dvosmjerna komunikacija. Najčešći model je dvosmjerna simetrična. U izuzetnim okolnostima i liječnici i odjeli komuniciraju s vanjskom, eksternom javnošću putem medija pa tako se događa masovno komuniciranje. Sva tri oblika komunikacije primjenjuju se svakodnevno. Verbalna i neverbalna su dominantan oblik komuniciranja liječnik-medicinska sestra ali značajno je zastupljena i pisana komunikacija, posebno putem e-mail komunikacija [32]. Međutim, događaju se problemi u komuniciranju i to najčešće kod pitanja dvosmjerne komunikacije te u situacijama donošenja odluka vezane za rad u zdravstvenoj ustanovi i u komunikaciji s pacijentima.

### **3.4. Perspektiva komunikacije medicinske sestre/tehničara i liječnika**

Perspektiva komunikacije između medicinske sestre i liječnika mora prije svega uključivati visoku razinu uvažavanja koje je utemeljeno na etičkom kodeksu bilo da je riječ o medicinskim sestrama s nižim stupnjem obrazovanja ili višim stupnjem obrazovanja i suradnja s liječnicima između medicinskih sestara/tehničara koje su na rukovodećoj poziciju u odnosu na one koje nisu.

Druga perspektiva odnosila bi se na stalno pokretanje kotača performansi koji čine znanje, vještine i talente te svakodnevno ih treba nadopunjavati i nadograđivati a nusprodukt toga je mnoštvo perspektiva za medicinsku sestru/tehničara i liječnika.

Treća perspektiva je uvažavanje rukovodeće osobe ali i da rukovodeća osoba prihvaća druge članove tima kao ravnopravne (primjer uloga opisane su od strane autora Belbina, 2010.).

Četvrta perspektiva je zajedničko učenje medicinske sestre/tehničara i liječnika posebno u bolničkim uvjetima gdje brzina, fleksibilnosti i brzo uočavanje problema može biti ključno za zdravlje pacijenta.

Peta perspektiva jesu edukacije koja zajedno mogu odraditi medicinska sestra/tehničar i liječnik. Mogu zajedno odabrati temu te pronaći izvor gdje bi svoja zajednička promišljanja, iskustva i istraživanja mogli zajedno prikazati drugim članovima tima te tako ukazati na dobrobit takvog oblika suradnje. Medicinska sestra/tehničar ima veliku prohodnost u obrazovanju i može steći titulu magistre sestrinstva te sa svojim novim kvalifikacijama itekako može kvalitetno odraditi istraživanja i pisanje znanstvenog rada.

Šesta perspektiva je timski rad. U bolničkim uvjetima nema niti ne smije biti solo igrača. Svi čine jedan dio „orkestra“ koji moraju uigrano djelovati i raditi da bi na kraju bili zadovoljni oni koji su ih slušali.

## 4. Profesionalna suradnja medicinskih sestara/tehničara i liječnika

U članku „Plavi fokus“, godina izdanja 2017., postavilo se pitanje . „Tko je najodgovorniji za status medicinskih sestara?“

ODGOVORENO je sljedeće: *to je preširoko pitanje. Zapravo bi se zadiralo u politiku, struku, zdravstvo, a ja se ograđujem od nekih stvari koje nisu u mojoj domeni Želim svoj posao obavljati profesionalno. Smatram da je potrebno donijeti nacionalnu strategiju sestrinstva jer je to od vitalnog značaja za Republiku Hrvatsku. Treba razvijati kompetencije za medicinske sestre sa srednjom stručnom spremom – posebno za prvostupnice, a posebno za diplomirane medicinske sestre i magistre sestrinstva. Naravno, rad treba i vrednovati. Mi, medicinske sestre i tehničari, to pokušavamo kroz naše ustanove. Trebamo se ujediniti, jasno i glasno reći koliko je medicinskih sestara i tehničara potrebno, zatim koji stupanj obrazovanja, napraviti procjenu prema broju stanovnika. Moramo jasno i glasno reći što želimo. Ne povući se, već biti hrabar i odlučan, to je naša obveza prema ljudima kojima služimo i s kojima živimo. I kad pogledamo trenutno stanje – nemamo medicinsku sestru/tehničara kao pomoćnika ministra, a znamo da u sustavu postoji i magistar sestrinstva i doktorat sestrinstva [33].*

Ovo je može se reći stav jedne medicinske sestre ali njezino promišljanje prelama se ne ostale medicinske sestre/tehničara. U biti, iskazano je pitanje potrebe donošenja Nacionalne strategije sestrinstva. Treba u biti posložiti pravna pitanje glede sestrinske profesije.

### 4.1. Primjeri istraživanja

U ovom dijelu analiziraju se različite inozemna istraživanja o stavovima medicinskih sestara /tehničara o profesionalnoj suradnji s liječnicima.

Cilj Hossnyeve studije (2021) bila je ispitati stavove zdravstvenih djelatnika po pitanju suradnje medicinske sestre i liječnika te ispitati razinu zadovoljstva kvalitetom suradnje među njima. Napravljena je deskriptivna komparativna studija čiji prigodan uzorak bio je N= 338 sudionika (158 medicinskih sestara na stažu, 139 medicinskih sestara (koje su zaposlene) i 41 liječnika) koji rade u jedinicama intenzivne njege, kirurškom odjelu i drugim odjelima. Rezultati istraživanja pokazali su da medicinske sestre pripravnice (na stažu) dale visoke ocjene (38,6%) u lošoj razini zadovoljstva kvalitetom suradnje između medicinskih sestara i liječnika (odnosno ocjena zadovoljstva kvalitete suradnje je niska).

S druge strane liječnici su zadovoljni (61%) razinom suradnje između njih i medicinskih sestara. Medicinske sestre (zaposlene) imaju visok pozitivan stav (48,45 (4,03) prema suradnji medicinskih sestara i liječnika u usporedbi s liječnicima i medicinskim sestrama na stažu. Zaključilo se da medicinske sestre na stažu nisu bile zadovoljne razinom suradnje između medicinskih sestara i liječnika [34].

Drugo istraživanje autora Migoto i suradnika (2019) imalo je za cilj: procijeniti utječe li udio medicinskih sestara i liječnika u određenoj jedinici na stav suradnje između medicinskih sestara i liječnika prema izjavama medicinskih sestara.

-ispitati kako ove dvije dimenzije komuniciraju kako bi utjecali na stavove prema suradnji.

Metoda rada bila je presječna studija koja je uključila 700 medicinskih sestara koje rade u 36 bolnica u Italiji. Korištena je validirana talijanska verzija Jeffersonove skale stavova prema suradnji liječnika i medicinske sestre. Rezultati istraživanja pokazali su da je sudjelovalo je ukupno 430 medicinskih sestara, a zaključilo se da prema navodima medicinskih sestara postoji slabija suradnja kada pretežno u timovima ima više medicinskih tehničara koji komuniciraju s timovima s više liječnika. Međutim, u bolnicama koje vode liječnice, više ženskih članica u timu medicinskih sestara osiguravaju veću suradnju prema navodima medicinskih sestara[35].

Slijedi istraživanje autora McCaffrey i suradnika (2011) pokazalo je da praksa suradnje među svim zdravstvenim djelatnicima stvara pozitivno radno okruženje, smanjuje troškove, poboljšava zadovoljstvo poslom među medicinskim sestrama i poboljšava brigu o pacijentima, kao i smanjuje morbiditet i mortalitet pacijenata. Loša komunikacija i nedostatak timskog rada ili suradnje navedeni su kao trajni problemi u zdravstvu. Jeffersonova ljestvica stavova prema suradnji liječnika i medicinske sestre i alat za ispitivanje komunikacije, suradnje i kritičkog razmišljanja za kvalitetne ishode pacijenata mjerili su stavove 68 medicinskih sestara i 47 medicinskih specijalizanata u područjima pozitivne komunikacije i suradnje. Rezultati su ukazali na to da su formalni obrazovni program i naknadne rasprave poboljšali stavove medicinskih sestara i specijalizanata na Jeffersonovoj ljestvici i na komunikacijskoj ljestvici Zaključak istraživanje je sljedeći: kontinuirano obrazovanje medicinskih sestara, specijalizanata i drugih pružatelja zdravstvenih usluga može pomoći u razvoju pozitivnih komunikacijskih stilova i promovirati kolegijalnost i timski rad [36].

## **4.2. Preporuke i intervencije u profesionalnom odnosu liječnik i medicinska sestra/tehničar**

Zwarenstein i Bryant (2000) pružili su preporuke i intervencije koje se tiču profesionalizacije odnosa medicinske sestre /tehničara i liječnika. Kada se pogleda unatrag, uočena je dominacija i isprepletenost sestriinske i medicinske profesije.

Medicinske sestre i liječnici cijene svoju suradnju, ali njihov odnos može biti obilježen sukobom. Njihova međuprofesionalna komunikacija o njezi pacijenata može biti loša, a odvojeno (bez dogovora) profesionalno odlučivanje je uobičajeno [37]. Uz to, Zwarenstein (1990) upozorava da posao koji svaka profesija obavlja može postati rutiniziran i time ne odgovarati pojedinom pacijentu [38]. Ti čimbenici mogu utjecati i na kvalitetu i na učinkovitost skrbi za pacijente. Ako nedostatak suradnje medicinske sestre i liječnika pridonosi problemima u kvaliteti i učinkovitosti skrbi za pacijenta, intervencije za poboljšanje suradnje mogu pozitivno utjecati na skrb. Trenutna organizacijska teorija izvedena iz drugih sektora industrije podržava ovu ideju i sugerira da kvaliteta proizvoda i učinkovitost proizvodnje ovise o uspješnom timskom radu [39]. U zdravstvenoj skrbi, općenito, učinkovitost i kvaliteta skrbi mogu ovisiti o stupnju do kojeg su međuprofesionalni odnosi suradnički [40]. Slijede preporuke i intervencije za medicinske sestre i liječnike koji dijele odgovornost za brigu o pacijentu. Suradnja se odvija tako da se radi razmjena informacija, koordinacija rada i zajednička odluka o aspektima skrbi o pacijentima. Preporuke i intervencije su: radionice za osposobljavanje u suradnji i komunikacijske vještine; reorganizacija odjela u manje timove; timski razvoj putem radionica, sastanaka ili drugih sredstava koordinacija skrbi; i naponi usmjereni na pacijente koji uključuju i medicinske sestre i liječnike u zajedničkom radu.

Različiti stavovi i ponašanja mogu se promijeniti kao rezultat bolje suradnje. To uključuje promjene u: komunikaciji (informacija, mišljenja i osjećaja); dijeljenje (zadataka, donošenja odluka i ciljeva); dinamika moći (vidljivi izrazi moći, kao što je ravnopravnije verbalno sudjelovanje u odlukama); uzajamno poštovanje i prihvaćanje učinkovitih terapija. Intervencije također mogu imati izravne učinke na njegu pacijenata, na primjer: poštivanje smjernica za liječenje, zadovoljstvo pacijenata, nezgode i komplikacije skrbi, preživljavanje i smrtnost, i mjere korištenja resursa kao što su lijekovi i laboratorijski testovi [36]:

## **5. Obrazovanje medicinskih sestara/tehničara – borba za profesionalnu ravnopravnost i uvažavanje**

Iako nema opće prihvaćene definicije sestriinstva, opis uloge medicinske koji je dala V. Henderson, smatra se dobrom definicijom: „Jedinstvena je uloga medicinske sestre pa tako i obrazovane sestre - magistre sestriinstva pomagati pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju onih aktivnosti koje pridonose zdravlju, oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi obavljao sam kad bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje“ [41].

Uloge magistre sestriinstva u suglasju s Međunarodnim Vijećem sestara-ICN: skrb bolesnih, zagovaranje potrebe i prava pacijenta, sudjelovanje u istraživanju, sudjelovanje i utjecanje na oblikovanje zdravstvene politike, rad kroz menadžment i sudjelovanje u edukacijama kao predavač ili kao gost [41].

Samo kvalificirana osoba može provoditi poslove magistre sestriinstva. Opis poslova magistre sestriinstva je jedinstven i opisan je u Zakonu o sestriinstvu [42]. Promijenjena uloga magistre sestriinstva unijela je promjene ne samo na mjesto rada i uvjete na radnom mjestu, već na području obrazovanja, uz primjenu moderne tehnologije, složenost dijagnoze osoba o kojima brinu i pružaju uslugu zdravstvene njege. Promjene su potrebne a i uz to profesionalizacija odnosa liječnika i magistre sestriinstva mora biti na iznimnoj razini zato što korisnici usluga danas su osviješteni i zahtijevaju pomoć u realnom vremenu od strane kompetentnih profesionalaca. Zajamčeno pravo svih članova društva i zemalja članica EU je sigurna i kvalitetna zdravstvenu skrb koju pružaju zdravstveni profesionalci bez obzira na sredstva s kojima se raspolaže, zdravstveno stanje i mjesto življenja [43].

Odredba EU nalaže da je pravo svih u Europi, bez obzira na financijska sredstva, mjesto življenja i zdravstveno stanje, pravo na najkompetentnije zdravstvene profesionalce koji pružaju najkompetentnija ujednačenu zdravstvenu skrb. Statistički podaci govore da će jedna od tri osobe imati potrebu za zdravstvenom njegom prije navršanih 65 godina, a gotovo svi trebat će neki oblik skrbi nakon 65 godina [44]. Projekcije razvoja sestriinstva sukladne porastu starije populacije u RH nisu vidljive. Sestriinstvo s obzirom na starenje sestara i odlascima iz RH, ali i iz profesije ne daje nadu budućim korisnicima, uključujući i medicinske sestre kao potencijalne korisnike. Zato je razvoj strategije sestriinstva važan, uključujući magistre sestriinstva. Potencijali su prisutni i postoje. Na svima razinama obrazovanja, preddiplomskih i diplomskih, ali i postdiplomskih studija medicinske sestre se obrazuju uglavnom iz vlastitih potreba i inicijativa, s vlastitim izvorima financiranja, a njihov profesionalni potencijal nije



kapitaliziran. Zdravstveni sustav prepoznaje, sistematizira i priznaje prvostupnice, pa je tako osiguran i osoban dohodak. Inače još je uvijek premalena brojka zdravstvenih ustanova koji integriraju medicinske sestre s diplomskom razinom obrazovanja iako je napravljen mali pomak u posljednjih nekoliko godina [45]. Ipak ostaje jasna činjenica da se uloga medicinske sestre /tehničara iznimno promijenila, a time se promijenio odnos između medicinske sestre/tehničara i liječnika. Najveći i najbolji razlog promijenjene uloge su kompetencije medicinske sestre/tehničara dobivene obrazovanjem na višim razinama do doktorata te specijalizacijama kojima preuzimaju dio liječničkih poslova. Time medicinske sestre konkuriraju liječnicima, ali i ujedno im postaju i ravnopravne čim će se uspješnije mijenjati tradicionalni odnos liječnik-medicinska sestra koji se i danas često opisuje kao dominantno-podređeni odnos.

### **5.1. Kompetencije magistre sestrinstva – utjecaj na promjenu profesionalnog odnosa liječnik i medicinska sestra/tehničar**

Magistra sestrinstva može uz pomoć svojeg znanja i vještina iskomunicirati svoja stečena znanja sa drugim članovima tima. Razvoj kompetencija magistra sestrinstva kao edukatora može se razvijati u različitim fazama koje su ilustrirane u nastavku (Shema 5.1.1.).

*Shema 5.1.1. Faze razvoja kompetencije edukatora magistre sestrinstva*



Izvor: Izrada autorice prema WHO. Nurse educator core competencies. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland, 2016 [46].

Prva faza odnosi se na pretraživanje i pregled velikog broja publikacija, uključujući dokumente koje su objavile stručna zdravstvena vijeća i udruženja. Prema SZO (2016) urađen je prvi nacrt u kojem su prikazane prve od 28 temeljnih kompetencija edukatora magistra sestrinstva. Te su kompetencije zatim dalje razvijane i usavršavane na temelju istraživačkog rada magistra sestrinstva. Druga faza odnosi se na korištenje Delphi upitnika kao procesa za prikupljanje stručnih informacija o bitnim kompetencijama koje se traže od edukatora. Ispitanici su naveli da bi trebalo raditi na promjeni kompetencijskog okvira i presložiti ključne kompetencije (one koje su glavne) od ne-ključnih kompetencija koje mogu biti periferne za ulogu magistre sestrinstva kao edukatora. Treća faza odnosi se na provjeru valjanosti ključnih kompetencija medicinskih sestara/tehničara. Nakon procesa vrjednovanja, temeljne kompetencije magistra sestrinstva edukatora dodatno su kategorizirane unutar kognitivnih (znanje), afektivnih (stavovi i ponašanja) i psihomotornih (vještine) područja učenja. Slijedi njihova integracija [46]. Slijedi shematski prikaz ključnih kompetencija magistra sestrinstva (Shema 5.1.2).

*Shema 5.1.2. Ključne kompetencije magistre sestrinstva/edukator*



Izvor: Izrada autorice prema WHO. Nurse educator core competencies. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland, 2016 [46].

Nakon analize kompetencije koje može razvijati magistra sestrinstva u sklopu svoje nove uloge kao edukatora, ispituje se na koje sve načine magistra sestrinstva može razvijati suradničke odnose s liječnikom u zdravstvenom sustavu. Stoga, dolazi do promjene, od starog prema novome profesionalnom odnosu liječnika i medicinska sestra/tehničar. U prvom području kompetencija Teorije i principi učenja, magistra sestrinstva i liječnik mogu zajedno analizirati kontekst područja učenja te kreirati pojmovi i konceptualne okvire.

U drugom području kompetencija Kurikulum i implementacija liječnici i medicinska sestra zajedno raditi na podržavanju cjeloživotno učenja svih uključenih osoba: magistre sestrinstva, liječnika i onih koji stječu znanja. U trećem području kompetencija Praktičan rad magistre sestrinstva mogu zajedno analizirati i obrađivati područja kliničke prakse u sestrinstvu s različitih stajališta.

U četvrtom području kompetencija, Istraživanje i dokazivanje hipoteza liječnik i magistra sestrinstva mogu zajedno razmijeniti iskustva o korištenje internetskih izvora za pronalaženje istraživanja i kliničkih smjernica relevantnih za pitanja te interpretirati kvalitetu i primjenjivost znanstvenih radova i izvješća.

Peto područje kompetencija Komunikacija suradnja i partnerstvo može se smatrati ključnim područjem jer analizira područje komunikologije i odnos između medicinske sestre/tehničara i liječnika. U ovom području medicinske sestre edukatori pokazuju učinkovite komunikacijske vještine koje promiču suradnički timski rad i unaprjeđuju partnerstvo između obrazovne i kliničke prakse zdravstvene struke.

Šesto područje kompetencija Etički /pravni principi i profesionalizam, liječnici i medicinske sestre mogu zajedno diskutirati, predlagati etički kodeksa ponašanja i obveza povezanih s obrazovanjem i praksom medicinskih sestara., a isto tako zakone i propise.

Sedmo područje kompetencija Monitoring i evaluacija , liječnik i medicinska sestra mogu zajedno koristiti različite strategije za praćenje i evaluaciju programa sestrinstva, nastavnog plana i programa te pratiti, procjenjivati i evaluirati metode i iskustva poučavanja i učenja ali surađivati s drugim medicinskim sestrama i liječnicima , raditi na upravljanju i evaluaciji kurikuluma, programa.

Osmo područje kompetencija Menadžment vodstvo, promocija označava da magistra i liječnik mogu zajedno raditi na razvijanju željenih programa za medicinske sestre i oblikovanje budućnosti obrazovnih institucija i u suradnji s drugim liječnicima iz drugih područja medicine.

Zaključuje se da postoji izniman broj različitih načina komuniciranja između liječnika i medicinske sestre, a posebno je to izraženo i aktualno kroz znanstveno područje gdje zajedno mogu raditi kao partneri, svatko sukladno svojim kompetencijama i odgovornostima.

## **6. Istraživački dio**

Istraživački dio rada prikazuje i analizira rezultate provedenog istraživanja. Ovo poglavlje obuhvaća uvid u cilj istraživanja, hipoteze, metodologiju istraživanja i uzorak ispitanika, nakon čega slijede rezultati istraživanja i rasprava.

### **6.1. Cilj istraživanja**

Cilj istraživanja ispitati stavove, mišljenja i iskustva medicinskih sestara/tehničara o profesionalnoj suradnji medicinskih sestara/tehničara i liječnika u sklopu bolničke zdravstvene skrbi na nacionalnoj.

Koliko su medicinske sestre zadovoljne profesionalnom suradnjom s liječnikom? Tradicionalno, odnos između liječnika i medicinskih sestara je hijerarhijski i karakterizira ga dominacija liječnika, a medicinske sestre se promatraju kao pomoćnici, a ne kao partneri u holističkoj skrbi za pacijenta.

### **6.2. Hipoteze**

H1. Postoji statistički značajna razlika u zadovoljstvu suradnjom s liječnicima između medicinskih tehničara i medicinskih sestara

H2. Postoji statistički značajna razlika u zadovoljstvu suradnjom s liječnicima između medicinskih sestara/tehničara s nižim stupnjem obrazovanja u odnosu na one s višim stupnjem obrazovanja.

H3: Postoji statistički značajna razlika u zadovoljstvu suradnjom s liječnicima između medicinskih sestara/tehničara koje su na rukovodećoj poziciju u odnosu na one koje nisu.

### **6.3. Metode i sudionici**

Instrument istraživanja je online anketa koja je izrađena u Google obrascu te elektronski prosljeđena ispitanicima, u vremenskom intervalu od 15.03.2023.-15.5.2023. Ispunjavanje ankete je bilo u potpunosti dobrovoljno i anonimno, a sudionici su prije ispunjavanja ankete bili upoznati sa svrhom, načinom i metodom istraživanja. pitanja. U anketi je sudjelovalo 193 sudionika od čega je 181 žena i 12 muškaraca.

## 6.4. Statistička obrada podataka

Svi prikupljeni kategorijski podaci prikazani su apsolutnim i relativnim frekvencijama, dok su numerički podaci prikazani aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom ili medijanom i interkvartilnim rasponom. Za testiranje normalnosti distribucije korišten je ShapiroWilksov test, a rezultati su prezentirani u tablicama i grafikonima. Za statističku analizu korištene su standardne statističke metode. Za usporedbu kategorijskih podataka korišten je Hikvadrat test te po potrebi Fisherov egzaktni test. Razlike između dvije nezavisne skupine numeričkih podataka testirane su neparametrijskim MannWhitney U testom, dok su više nezavisnih skupina numeričkih podataka testirane neparametrijskim KruskalWallis testom uz Conover posthoc test. Za provjeru unutarnje konzistentnosti, odnosno pouzdanosti i valjanosti mjerenja pojedinim upitnikom korišten je Cronbach alfa koeficijent. Za statističku analizu podataka korišteni su programski sustavi MedCalc (inačica 20.008, MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium) i IBM SPSS Statistics (inačica 24.0.0.0, IBM Corp, Armonk, New York, SAD) uz odabranu razinu značajnosti od  $\alpha=0,05$ . Sve P vrijednosti su dvostrane.

Uzorak sudionika je medicinsko osoblje koje radi u bolnicama. Ukupan uzorak činilo je 193 ispitanika koji rade u sklopu bolničke zdravstvene skrbi. Kriterij isključenja jesu medicinsko osoblje koji rad van bolničkog sustava (Dom zdravlje, privatne ambulante, klinike, poliklinike i drugo).

## 6.5. Očekivani znanstveni doprinos istraživanja

Ovim istraživanjem dati će se uvid u profesionalni odnos medicinskih sestara i liječnika sa gledišta medicinske sestre u RH u sklopu bolničke zdravstvene skrbi te uvid komponente odnosa.

## 6.6. Opis upitnika

Nakon urađene online ankete, slijede rezultati istraživanja. Anketa se sastoji od 6 dijelova. Prvi dio sastoji se od 7 pitanja sociodemografskih podataka U prvom slijedu, to su rezultati sociodemografskih podataka: spol, dob ispitanika, razina obrazovanja, radni staža u struci, županija ispitanika, radilištu ispitanika te pitanje „Da li je na rukovodećoj poziciji na radnom mjestu?“

Nakon prvog dijela istraživanja slijedi drugi dio koji se odnosi na slaganje sa tvrdnjama (1 - u potpunosti se ne slažem, 2 - ne slažem se, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 -

slažem se, 5 - u potpunosti se slažem). Drugi dio ankete je Jefferson skala suradnje koja se sastoji od 15 pitanja:

[Liječnici bi trebali biti educirani za uspostavljanje suradničkih odnosa s medicinskim sestrama/tehničarima] ; [Međuprofesionalna suradnja liječnika i medicinske sestre/tehničara trebala bi biti uključena u njihov obrazovni program]; [Tijekom školovanja medicinske sestre/tehničari i liječnici treba li bi biti uključeni u timski rad kako bi razumjeli uloge jedni drugih]; [Medicinske sestre/tehničare trebalo bi smatrati kolegom i suradnikom liječnika umjesto njihovim pomoćnikom]; [Medicinske sestre/tehničari kvalificirani su za procjenu i odgovor na potrebe pacijenta sa psihološkog aspekta]; [Medicinske sestre/tehničari bi također trebali imati odgovornost za praćenje posljedica medicinske skrbi]; [Medicinske sestre/tehničari trebali bi biti uključeni u donošenje odluka koje utječu na njihove radne uvjeta]; [Primarna funkcija medicinske sestre/tehničara je izvršavanje naloga liječnika]; [Liječnici bi trebali biti dominantan autoritet u svim aspektima zdravstvene zaštite]; [Postoje mnoga područja u kojima se preklapaju odgovornosti liječnika i medicinske sestre/tehničara ]; [Medicinske sestre/tehničari trebali bi biti uključeni u donošenje odluka o uslugama o kojima njihov rad ovisi]; [Medicinske sestre/tehničari trebali bi biti odgovorni za skrb koju pružaju pacijentima]; [Medicinske sestre/tehničari trebali bi razjasniti nalog liječnika kada smatraju da postoji mogućnost štetnog učinka na pacijenta]; [Medicinske sestre/tehničari imaju posebnu stručnost u poučavanju i psihološkom savjetovanju pacijenata]; [Liječnici i medicinske sestre/tehničari bi trebali pridonijeti odlukama koje se tiču otpusta pacijenata iz bolnice];

Treći dio ankete odnosi se na međudnos s liječnikom, sadrži 15 pitanja koja se odnose na slaganje sa tvrdnjama (1 - u potpunosti se ne slažem, 2 - ne slažem se, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 - slažem se, 5 - u potpunosti se slažem): [Medicinske sestre/tehničari imaju dobro razumijevanje vlastitih i liječnikovih odgovornosti ]; [Liječnici su obično voljni uzeti u obzir mišljenje medicinske sestre/tehničara u planiranju liječenja pacijenta]; [Čini mi se da njega i liječenja pacijenata nisu dovoljno dobro diskutirani (raspravljani) između medicinskih sestara]; [Liječnici su voljni raspraviti o poteškoćama s kojim se susreću medicinske sestre/tehničari]; [Liječnici bi bili voljni surađivati s novim sestrijskim praksama] ; [Liječnici obično ne pitaju medicinske sestre/tehničare za mišljenje ]; [Važne informacije se razmjenjuju između liječnika i medicinskih sestara/tehničara]; [Nesuglasice s liječnikom ostaju neriješene] [Liječnici smatraju da je njihov posao važniji od posla medicinske sestre/tehničara]; [Liječnici ne bi bili voljni raspravljati o svojim novim praksama s medicinskim sestrama/tehničarima]; [Liječnici i medicinske sestre/tehničari imaju dobar radni odnos]; [Mnogo je timskog rada između

liječnika i medicinskih sestara/tehničara]; [Postoji suradnja između medicinskih sestara/tehničara i liječnika]; [Liječnici surađuju s načinom na koji organiziramo zdravstvenu njegu (npr. poštuju vrijeme vizite, vrijeme obroka, vrijeme njege)]; [Liječnici i medicinske sestre/tehničari dijele slične ideje u postupanju s pacijentom (npr. komunikacija, pristup)];

Četvrti dio ankete odnosi se na profesionalnost liječnika koja se sastoji od 6 pitanja koja se odnose na slaganje sa tvrdnjama (od kojih je prvo pitanje izbačeno u obradi podataka) (1 - u potpunosti se ne slažem, 2 - ne slažem se, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 - slažem se, 5 - u potpunosti se slažem): [Profesionalni odnos s liječnikom/cima utječe na kvalitetu pružanja zdravstvene njega]; [Liječnik/ci su dovoljno kompetentni za posao koji obavljaju]; [Liječnik/ci koriste svoj položaj za iskazivanje moći]; [Liječnik/ci koriste svoj položaj za dobivanje beneficija (godišnji odmor, pauza)]; [Liječnik/ci imaju veća prava od mene]; [Liječnik/ci se smatraju superiornim]

Peti dio ankete odnosi se na ophođenje liječnika prema medicinskoj sestri/tehničaru i ocjenjivala se učestalost 26 tvrdnji (1 - nikad, 2 - rijetko, 3 - ponekad, 4 - često, 5 - uvijek): [Liječnik/ci imaju povjerenje u mene]; [Liječnik/ci me poštuju]; [Liječnik/ci kasne na posao]; [Liječnik/ci ranije odlaze s posla]; [Moram pokrivati liječnika kada kasni ili odlazi ranije s posla pred pacijentima]; [Liječnik/ci me pitaju za mišljenje]; [Mogu izreći svoje mišljenje pred liječnikom bez zadržke (konstruktivna kritika, prijedlog upućena liječniku)]; [Liječnik/ci uvažavaju moje mišljenje]; [Svađam se s liječnikom/cima]; [Liječnik/ci me ne žele saslušati]; [Ukazujem liječniku na pogrešku kada se dogodi]; [Radim poslove koje su u domeni liječnika (npr. transfuzija krvi, dokumentacija)]; [Liječnik/ci se ljute kada ne želim obaviti njihov posao]; [Liječnik/ci ne dolaze (ogluše se) na moj poziv]; [Liječnik/ci propisuju terapiju preko telefona]; [Liječnik/ci me omalovažavaju pred pacijentom/ima]; [Smatram se manje vrijednim/om u prisustvu liječnika]; [Liječnik/ci odbijaju suradnju]; [Liječnik/ci me smatraju svojim pomoćnikom]; [Liječnik/ci me smatraju profesionalcem]; [Liječnik/ci cijene moje znanje i kompetencije]; [Liječnik/ci me smatraju ravnopravnim članom tima]; [Osjećam strahopoštovanje prema liječniku/cima]; [Liječniku/cima se popušta]; [Liječnik/ci me iskorištavaju]; [Liječnik/ci me vrijeđaju].

Na kraju ankete, ispitanici su bili zamoljeni dati svoj komentar na postavljeno pitanje: „Što po Vašem mišljenju liječnici mogu učiniti kako bi poboljšali (profesionalni) odnos liječnika i medicinske sestre/tehničara?“



## 7. Rezultati

### 7.1. Deskriptivna statistika

Rezultati istraživanja podijeljeni su na deskriptivnu i inferencijalnu statistiku. Najveću srednju vrijednost ima dob ispitanika ( $M=39,24$ ,  $SD=11,99$ ), što indicira da se radi o ispitanicima starije dobi koje ujedno imaju veliku radno iskustvo (Tablica 7.1.1.)

Tablica 7.1.1. Deskriptivna statistika za socioideografske podatke

	Min	Max	Srednja vrijednost	SD
2. Koliko imate godina?	10	66	39.24	11.99
3. Koju razinu obrazovanja imate?	1	4	2.20	.843
4. Koliko imate radnoga staža u struci?	.4	47.0	18.50	12.44
6. Na kojem radilištu radite?	1	9	5.38	3.37
7. Da li ste na rukovodećoj poziciji na radnom mjestu?	1	2	1.63	0.48

Utvrđeno je da najvišu srednju vrijednost ima dob ispitanika ( $M=39.24$ ,  $sd= 11,99$ ), dok najmanju ima rukovodeća pozicija ( $M=1,63$ ,  $sd= 0,48$ ).

Tablica 7.1.2. Deskriptivna statistika za stavove ispitanika

	Min	Max	M	S.D
Liječnici bi trebali biti educirani za uspostavljanje suradničkih odnosa s medicinskim sestrama/tehničarima	3	5	4.49	.662
Međuprofesionalna suradnja liječnika i medicinske sestre/tehničara trebala bi biti uključena u njihov obrazovni program	2	5	4.52	.654
Tijekom školovanja medicinske sestre/tehničari i liječnici treba li bi biti uključeni u timski rad kako bi razumjeli uloge jedni drugih	2	5	4.65	.586
Medicinske sestre/tehničare trebalo bi smatrati kolegom i suradnikom liječnika umjesto njihovim pomoćnikom	2	5	4.74	.547
Medicinske sestre/tehničari kvalificirani su za procjenu i odgovor na potrebe pacijenta sa psihološkog aspekta	2	5	4.27	.842
Medicinske sestre/tehničari bi također trebali imati odgovornost za praćenje posljedica medicinske skrbi]	2	5	4.27	.791
Medicinske sestre/tehničari trebali bi biti uključeni u donošenje odluka koje utječu na njihove radne uvjete	2	5	4.74	.498
Primarna funkcija medicinske sestre/tehničara je izvršavanje naloga liječnika	2	5	3.95	1.200
Liječnici bi trebali biti dominantan autoritet u svim aspektima zdravstvene zaštite	2	5	3.81	1.250
Postoje mnoga područja u kojima se preklapaju odgovornosti liječnika i medicinske sestre/tehničara	2	5	4.12	.845
Medicinske sestre/tehničari trebali bi biti uključeni u donošenje odluka o uslugama	2	5	4.57	.626

o kojima njihov rad ovisi				
Medicinske sestre/tehničari trebali bi biti odgovorni za skrb koju pružaju pacijentima	2	5	4.63	.633
Medicinske sestre/tehničari trebali bi razjasniti nalog liječnika ka1 smatraju 1 postoji mogućnost štetnog učinka na pacijenta]	2	5	4.49	.751
Označite koliko se slažete sa sljedećim tvrdnjama Medicinske sestre/tehničari imaju posebnu stručnost u poučavanju i psihološkom savjetovanju pacijenata	2	5	3.96	1.017
Liječnici i medicinske sestre/tehničari bi trebali pridonijeti odlukama koje se tiču otpusta pacijenata iz bolnice	2	5	4.27	.792
Medicinske sestre/tehničari imaju dobro razumijevanje vlastitih i liječnikovim odgovornostima	2	5	3.61	.924
Liječnici su obično voljni uzeti u obzir mišljenje medicinske sestre/tehničara u planiranju liječenja pacijenta]	2	5	3.27	1.036
Čini mi se da njega i liječenja pacijenata nisu dovoljno dobro diskutirani (raspravljani) između medicinskih sestara	2	5	3.67	.868
Liječnici su voljni raspraviti o poteškoćama s kojim se susreću medicinske sestre/tehničara	2	5	3.39	1.146
Liječnici bi bili voljni surađivati s novim sestrinskim praksama	2	5	3.26	.994
Liječnici obično 2 pitaju medicinske sestre/tehničare za mišljenje	2	5	3.61	1.015
Važne informacije se razmjenjuju između liječnika i medicinskih sestara/tehničara	2	5	3.53	.974
Nesuglasice s liječnikom 4 ostaju neriješene	2	5	3.63	1.028
Liječnici smatraju da je njihov posao važniji od posla medicinske sestre/tehničara	2	5	4.38	.789
Liječnici ne bi bili voljni raspravljati o svojim novim praksama s medicinskim sestrama/tehničarima	2	5	3.84	.947
Liječnici i medicinske sestre/tehničari imaju dobar radni odnos	2	5	3.41	.863
Mnogo je timskog ra1 između liječnika i medicinskih sestara/tehničara	2	5	4.08	.868
Postoji suradnja između medicinskih sestara/tehničara i liječnika	2	5	3.87	.828
Liječnici surađuju s načinom na koji organiziramo zdravstvenu njegu (npr. poštuju vrijeme vizite, vrijeme obroka, vrijeme njege)]	1	5	3.54	1.109
Liječnici i medicinske sestre/tehničari dijele slič2 ideje u postupanju s pacijentom (npr. komunikacija, pristup)]	2	5	3.45	.968
Profesionalni odnos s liječnikom/cima utječe na kvalitetu pružanja zdravstvene njege	2	5	4.24	.840
Liječnik/ci su dovoljno kompetentni za posao koji obavljaju	2	5	3.78	.864
Liječnik/ci koriste svoj položaj za iskazivanje moći	2	5	3.96	.918
Liječnik/ci koriste svoj položaj za dobivanje be2ficija (godišnji odmor, pauza)	2	5	3.88	1.011
Liječnik/ci imaju veća prava od mene	2	5	4.25	.903
Liječnik/ci se smatraju superiornim	2	5	4.27	.896

Sukladno Tablici 7.1.2. najveću srednju vrijednost ima tvrdnja ispitanika:“ Medicinske sestre/tehničari trebali bi biti uključeni u donošenje odluka koje utječu na njihove radne uvjete (M=4.74.sd= 0,498), dok najmanju učestalost ima tvrdnja:“ Liječnici bi bili voljni surađivati s novim sestrinskim praksama (M=3.2, sd=0.994).

Tablica 7.1.3. Deskriptivna statistika za učestalost

Deskriptivna statistika/ Učestalost za navedene tvrdnje				
	Mi	Max	M	SD
Liječnik/ci me vrijeđaju	1	5	1.47	.958
Liječnik/ci me iskorištavaju	1	5	2.33	1.289
Liječniku/cima se popušta	1	5	3.33	1.355

Osjećam strahopoštovanje prema liječniku/cima	1	5	2.36	1.288
Liječnik/ci me smatraju ravnopravnim članom tima	1	5	3.48	1.137
Liječnik/ci cijene moje znanje i kompetencije	1	5	3.79	1.071
Liječnik/ci me smatraju profesionalcem	1	5	3.65	1.163
Liječnik/ci me smatraju svojim pomoćnikom	1	5	3.15	1.258

U deskriptivnoj analizi učestalosti za navedene tvrdnje najveću srednju vrijednost ima tvrdnja „Liječnik/ci cijene moje znanje i kompetencije“, ( $M=3,79$ ,  $sd=1,071$ ) dok najmanju učestalost ima tvrdnja: „Liječnik/ci me vrijeđaju“ ( $M=1.487$ ,  $sd=0.958$ ) (Tablica 7.1.3.).

## 7.2. Opis ispitanika i inferencijalna statistika

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 193 ispitanik, prosječne starosne dobi od 39,3 ( $SD = 11,8$ ) godina uz ukupni raspon od 20 do 66 godina, sa prosječno 18,5 ( $SD = 12,4$ ) godina radnog staža, u rasponu od pola godine do 47 godina ukupnog radnog staža. Značajna većina ispitanika (Hi-kvadrat test,  $P < 0,001$ ) su bila ženskog spola, najviše je bilo ispitanika sa završenim preddiplomskim studijem (Hi-kvadrat test,  $P < 0,001$ ) dok ih nešto više od trećine (Hi-kvadrat test,  $P = 0,009$ ) radi na nekom rukovodećem položaju (Tablica 7.2.1.).

Tablica 7.2.1. Distribucija demografskih parametara

Vrsta varijable	Kategorije	Broj (%) ispitanika	P*
Spol	Žensko	181 (93,8)	<0,001
	Muško	12 (6,2)	
Obrazovanje	Srednja	43 (22,3)	<0,001
	Preddiplomski	79 (40,9)	
	Diplomski	61 (31,6)	
	Poslijediplomski	10 (5,2)	
Rukovodeći	Da	71 (36,8)	0,009

položaj	Ne	122 (63,2)	
	<b>Ukupno</b>	193 (100,0)	

\*Hi-kvadrat test

Ispitanici iz ovog istraživanja su relativno mladi ljudi i najviše pripadaju dobnoj skupini od 31- 40 godina (50 ispitanika) dok najmanje pripadaju dobnoj skupini <20 godina. (1 ispitanik) Uočena je značajna distribucija ispitanika koji pripadaju dobnoj skupini od 41- 50 godina (45 ispitanika). (Tablica 7.2.2.).

*Tablica 7.2.2..Distribucija ispitanika po dobi*

<b>Vrsta varijable</b>	<b>Kategorije</b>	<b>Broj (%) ispitanika</b>
Dob ispitanika	<20	1
	20-25	28
	26-30	30
	31-40	50
	41-50	45
	>50	39
	<b>Ukupno</b>	193 (100,0)

Ispitanici iz ovog istraživanja imaju dugogodišnje radno iskustvo rada u bolnici, 30 i više godina (41 ispitanik), dok najmanje ima ispitanika s radnim stažom od 6-10 godina (24 ispitanika) (Tablica 7.2.3.).

*Tablica 7.2.3. Distribucija ispitanika po radnom stažu*

<b>Vrsta varijable</b>	<b>Kategorije</b>	<b>Broj (%) ispitanika</b>
Dob ispitanika	0-5	40
	6-10	24
	11-15	18
	16-20	37
	21-30	33
	30 i više	41

	<b>Ukupno</b>	193 (100,0)
--	---------------	-------------

Ispitanici su bili iz svih županija Republike Hrvatske. Najviše ispitanika je bilo iz grada Zagreba, zatim iz Osječko - baranjske županije, pa zatim iz Zagrebačke i Varaždinske županije (Tablica 7.2.4.).

*Tablica 7.2.4. Distribucija ispitanika po županijama*

<b>Vrsta varijable</b>	<b>Kategorije</b>	<b>Broj (%) ispitanika</b>
<b>Županija</b>	Zagreb	42
	Zagrebačka	25
	Bjelovarsko - bilogorska	3
	Brodsko - posavska	3
	Dubrovačko - neretvanska	1
	Istarska	10
	Karlovačka	3
	Krapinsko - zagorska	10
	Ličko - senjska	2
	Međimurska	8
	Osječko - baranjska	27
	Požeško - slavonska	6
	Primorsko - goranska	3
	Sisačko - moslavačka	5
	Šibensko - kninska	3
	Varaždinska	25
	Splitsko - dalmatinska	7

	Vukovarsko - srijemska	3
	Zadarska	3
	<b>Ukupno</b>	193 (100,0)

Ispitanici iz ovog istraživanja su najčešće radili na odjelu kirurgije i interne, zatim na odjelima intenzivne, onkologije, nešto manje na odjelima ginekologije, neurologije te infektologije. Mala zastupljenost ispitanika, najčešće po jedno ili dvoje je bila sa ostalih odjela, odnosno radilišta u bolnicama u kojima je provedeno istraživanje (Tablica 7.2.5.).

*Tablica 7.2.5. Distribucija ispitanika po radilištima*

<b>Vrsta varijable</b>	<b>Kategorije</b>	<b>Broj (%) ispitanika</b>
Pojedino radilište	Kirurgija	36 (18,7)
	Interna	35 (18,1)
	Intenzivna	13 (6,7)
	Onkologija	11 (5,7)
	Ginekologija	9 (4,7)
	Neurologija	9 (4,7)
	Infektologija	8 (4,1)
	Hitni prijem	6 (3,1)
	Pedijatrija	6 (3,1)
	Psijatrija	6 (3,1)
	Ostali odjeli	54 (27,9)
	<b>Ukupno</b>	193 (100,00)

### 7.3. Pouzdanost i valjanost pojedinih upitnika

Pouzdanost i valjanost pojedinog korištenog upitnika testirana je računanjem Cronbach alfa koeficijenta. Dok je za tri od četiri korištena upitnika koeficijent veći i od 0,8

(za dovoljni stupanj valjanosti treba biti iznad 0,7), za upitnik Profesionalnost liječnika je bilo potrebno izostaviti prvo od šest pitanja kako bi popravili pouzdanost i valjanost trećeg upitnika (Tablica 6).

Izostavljanjem prve od šest čestica upitnika Profesionalnost liječnika (izostavljanje prvog pitanja) znatno se popravila unutarnja pouzdanost i valjanost upitnika. Stoga se u daljnjoj analizi koristila korigirana verzija upitnika (Tablica 7.3.1).

Tablica 7.3.1. Vrijednosti Cronbach alfa koeficijenta

Nazivi pojedinog upitnika	Broj pitanja	Cronbach alfa
Jefferson skala suradnje	15	0,889
Poslovan međuodnos	15	0,826
Profesionalnost liječnika	6	0,688*
Profesionalnost liječnika - korigirana verzija	5	0,805
Ophođenje liječnika prema medicinskoj sestri/tehničaru	26	0,919

\*efekt izostavljanja prve čestice je povećanje koeficijenta za 0,116

#### 7.4. Stupanj zadovoljstva suradnjom sa liječnicima (mjereno različitim upitnicima)

Upitnici koji su korišteni u ovome radu nemaju definirane referentne vrijednosti, odnosno nemaju normirano bodovanje, no iz distribucije bodova i ukupnog mogućeg raspona bodova moguće je procijeniti i opisati prosječnu ocjenu pojedine mjerene varijable. Pa tako, Jeffersonova skala suradnje ima mogući raspon od minimalno 15 do maksimalno 75 bodova, gdje medijalna sredina bodova iznosi 66 što je na ukupnoj skali vrlo visoka srednja ocjena. Skala za procjenu Poslovnog međuodnosa također ima mogući raspon od minimalno 15 do maksimalno 75 bodova, no ovdje je medijalna sredina bodova nešto manja i iznosi prosječnih 43 boda. Profesionalnost liječnika je ocjenjen medijanom od samo 12 bodova na skali od minimalnih 5 do maksimalnih 25 bodova, što je čak niže od 15 bodova koji predstavljaju odgovor „niti se slažem niti se ne slažem“.

Ukupni raspon bodova kod upitnika Ophođenje liječnika prema medicinskoj sestri/tehničaru ide od minimalnih 26 do maksimalnih 130 bodova, a medijan iznosi relativno visokih prosječnih 94 boda (Tablica 7.4.1.).

*Tablica 7.4.1. Distribucija bodova na skalama pojedinih upitnika*

<b>Nazivi pojedinog upitnika</b>	<b>Medijan</b>	<b>Interkvartilni raspon</b>	<b>Ukupni raspon</b>
Jefferson skala suradnje	66	60 do 70	17 do 75
Poslovan međuodnos	43	38 do 50	15 do 67
Profesionalnost liječnika	12	9 do 14,3	5 do 25
Ophođenje liječnika prema medicinskoj sestri / tehničaru	94	82 do 104	38 do 121

## **7.5. Razlika zadovoljstva suradnjom između medicinskih sestara i tehničara**

S obzirom na postavljenu prvu hipotezu slijedi analiza razine zadovoljstva suradnjom s liječnicima, te razlike u zadovoljstvu između medicinskih sestara i medicinskih tehničara. Nema značajne razlike u prosječnoj dobi između medicinskih tehničara i medicinskih sestara (Mann-Whitney test,  $P = 0,11$ ), iako su tehničari nešto mlađi uz medijan dobi od 31 (26 do 40) godine u usporedbi sa medijanom dobi medicinskih sestara od 39 (29,8 do 49) godina. Također, nema značajne razlike između medicinskih tehničara i medicinskih sestara po pitanju razine obrazovanja niti po pitanju rada na rukovodećim položajima (Tablica 7.5.1.).

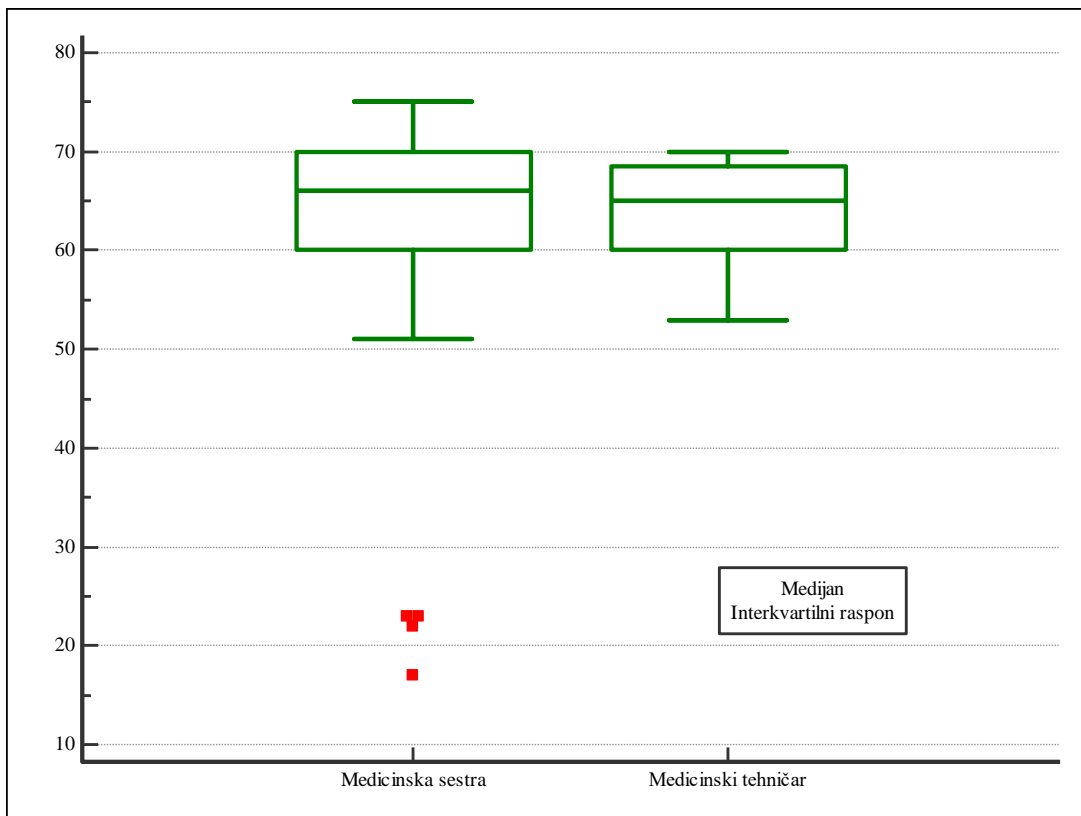


Tablica 7.5.1. Razlike u demografskim parametrima između medicinski tehničara i sestara

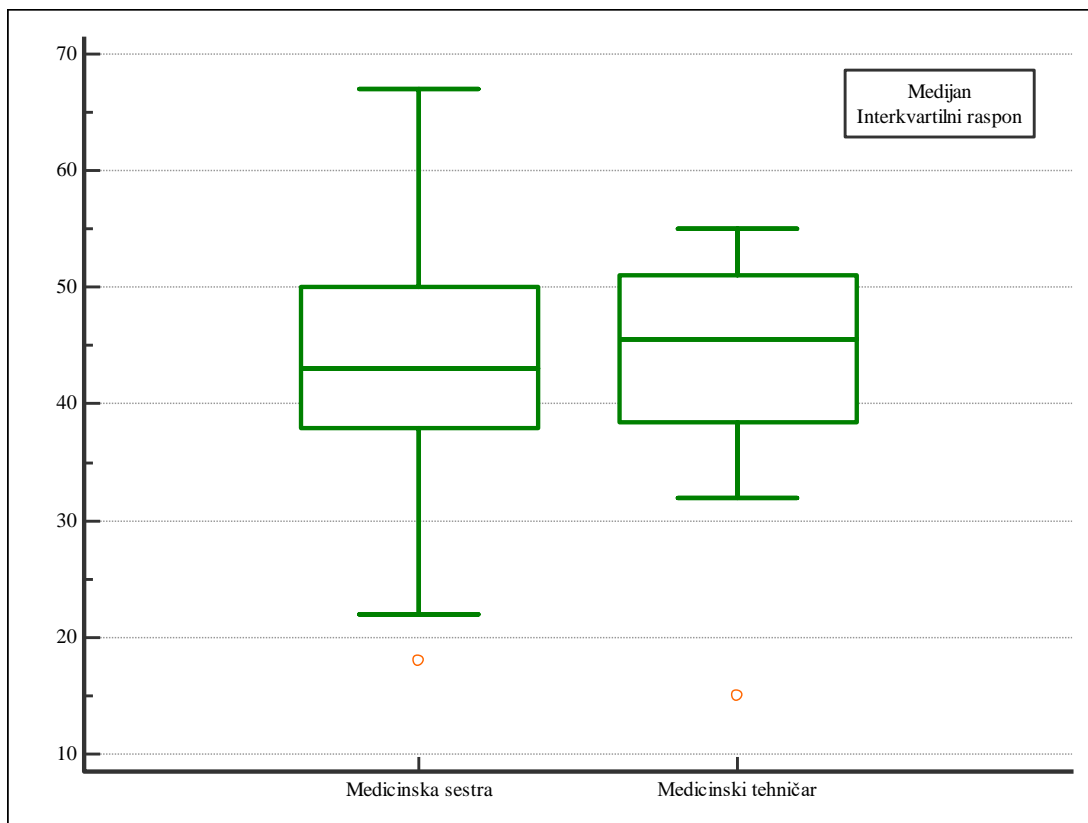
Vrsta varijable	Kategorije	Broj (%) ispitanika		P*
		Medicinski tehničari	Medicinske sestre	
Obrazovanje	Srednja	2 (16,7)	41 (22,7)	0,90
	Preddiplomski	5 (41,7)	74 (40,9)	
	Diplomski	5 (41,7)	56 (30,9)	
	Poslijediplomski	0	10 (5,5)	
Rukovodeći položaj	Da	5 (41,7)	66 (36,5)	0,76
	Ne	7 (58,3)	115 (63,5)	
	<b>Ukupno</b>	<b>12 (100,0)</b>	<b>181 (100,0)</b>	

\*Fisherov egzaktni test

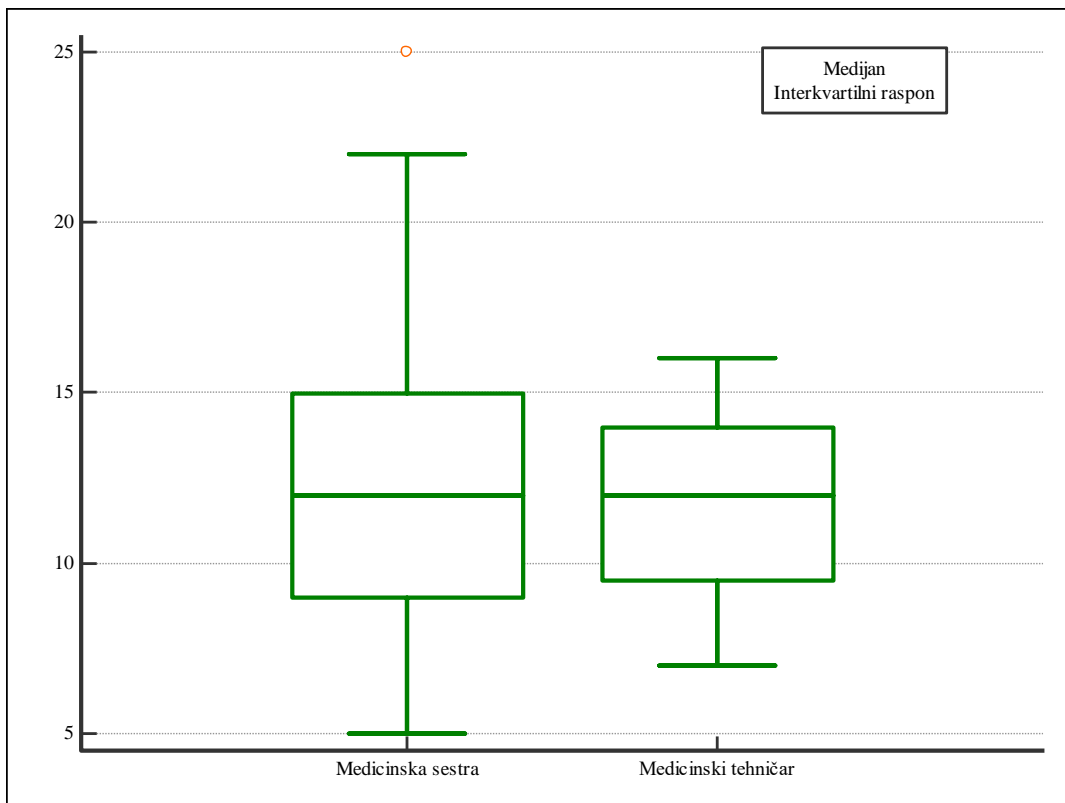
Razlike u razini zadovoljstva između medicinskih sestara i tehničara prema Jeffersonovoj skali suradnje nisu značajne (Mann-Whitney test,  $P = 0,45$ ), iako je nekoliko pojedinih medicinskih sestara izrazito loše ocijenilo odnose sa liječnicima (Slika 7.5.1.). Nije nađena značajna razlika (Mann-Whitney test,  $P = 0,73$ ) niti u ocjeni Poslovnog međudnosa (Slika 7.5.2). Također, i Profesionalnost liječnika (Mann-Whitney test,  $P = 0,93$ ) i Ophođenje liječnika prema medicinskoj sestri/tehničaru (Mann-Whitney test,  $P = 0,49$ ) je podjednako ocjenjeno od strane medicinskih sestara odnosno medicinskih tehničara (Slika 7.5.3. i Slika 7.5.4.).



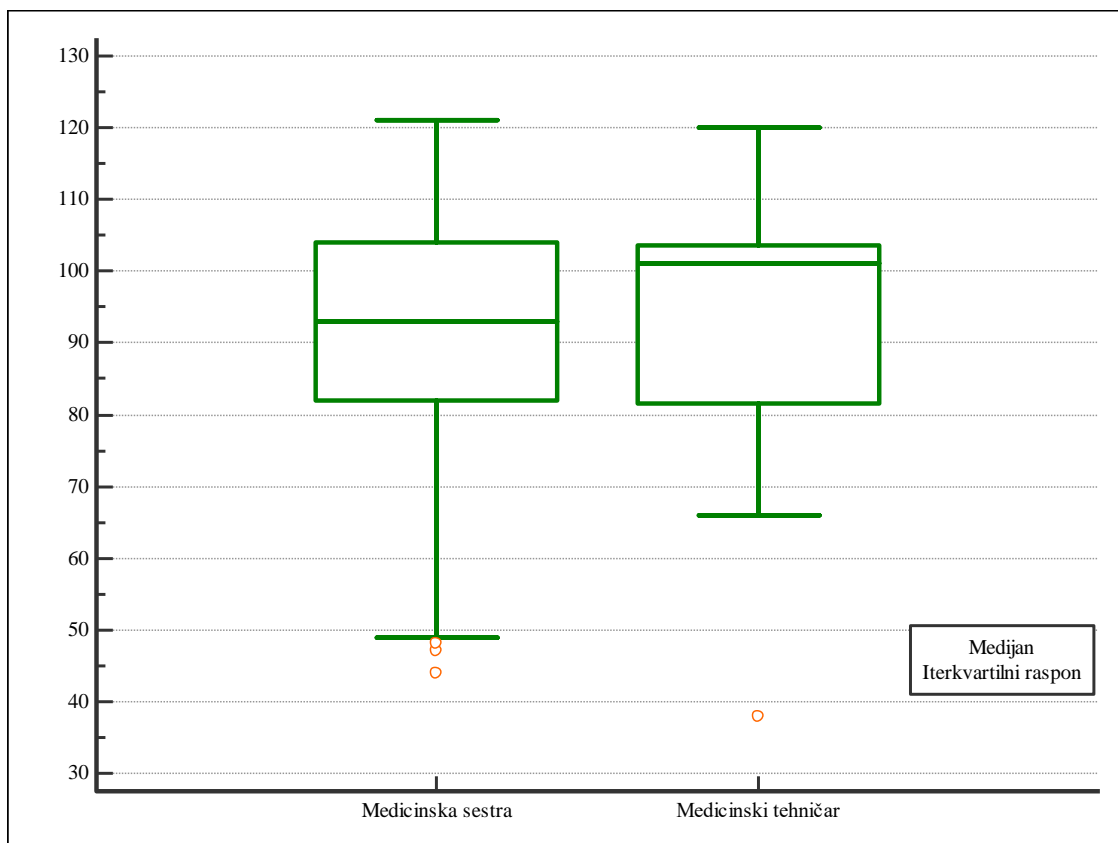
Slika 7.5.1. Razlike u razini zadovoljstva prema Jeffersonovoj skali suradnje



Slika 7.5.2. Razlike u ocjeni Poslovnog međuodnosa



Slika 7.5.3. Razlike u procjeni Profesionalnosti liječnika

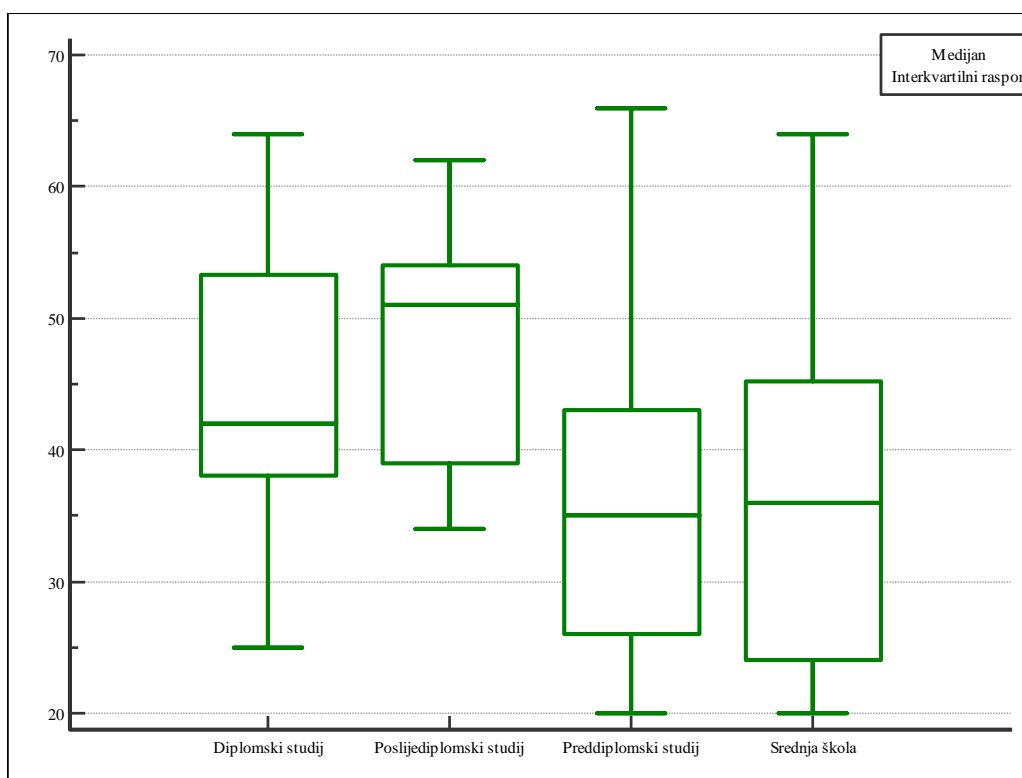


Slika 7.5.4. Razlike u ocjeni Ophođenja liječnika prema medicinskoj sestri/tehničaru

## 7.6. Razlike s obzirom na stupanj obrazovanja

S obzirom na drugu postavljenu hipotezu slijedi analiza razine zadovoljstva suradnjom s liječnicima među medicinskim sestara i medicinskim tehničarima različitog stupnja obrazovanja.

Ispitanici sa završenom srednjom školom i preddiplomskim studijem očekivano su značajno mlađi (Kruskal-Wallis test,  $P < 0,001$  uz Conover post-hoc test,  $P < 0,05$ ) od ispitanika sa završenim diplomskim i poslijediplomskim studijem. Razlika između medijalnih vrijednosti prosječne dobi ide od sedam do 16 godina (Slika 7.6.1).



Slika 7.6.1. Razlike u dobi s obzirom na stupanj obrazovanja

Nema značajne razlike između stupnja obrazovanja i spola ispitanika, no očekivano je značajna (Fisherov egzaktni test,  $P < 0,001$ ) povezanost stupnja obrazovanja i rada na nekom rukovodećem radnom mjestu (Tablica 7.6.2.).

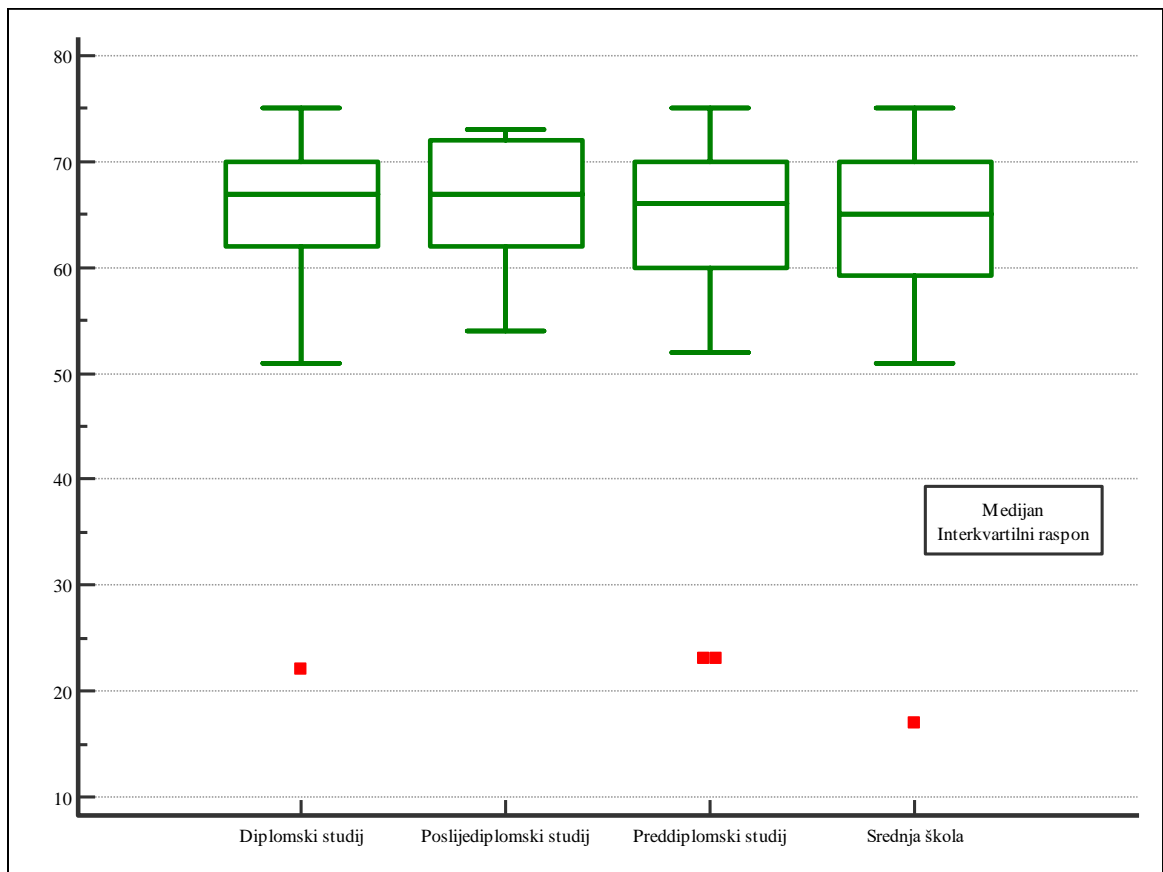
Tablica 7.6.2. Razlike u demografskim parametrima s obzirom na stupanj obrazovanja

Vrsta varijable	Kategorije	Broj (%) ispitanika	P*

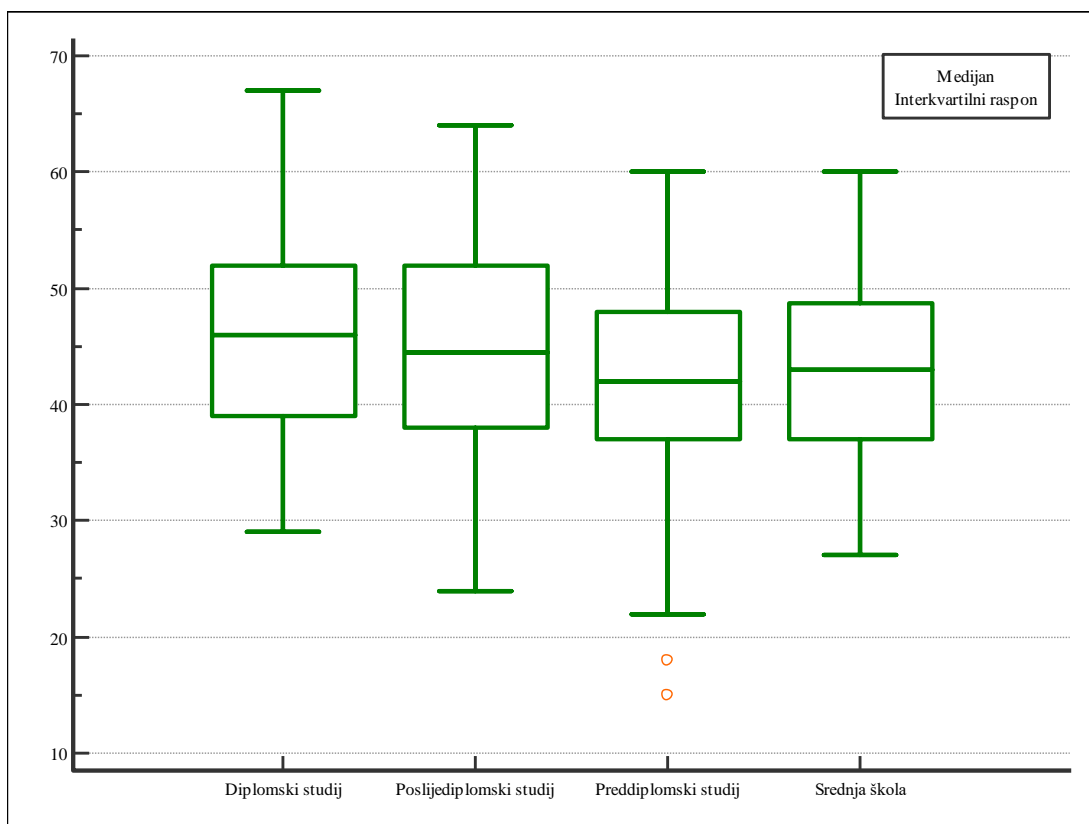
		<b>Srednja</b>	<b>Preddiplomski</b>	<b>Diplomski</b>	<b>Poslijediplomski</b>	
Spol	Žensko	41 (95,3)	74 (93,7)	56 (91,8)	10 (100,0)	0,9 0
	Muško	2 (4,7)	5 (6,3)	5 (8,2)	0	
Rukovo deći položaj	Da	0	20 (25,3)	42 (68,9)	9 (90,0)	<0, 001
	Ne	43 (100,0)	59 (74,7)	19 (31,1)	1 (10,0)	
	<b>Ukupno</b>	<b>43 (100,0)</b>	<b>79 (100,0)</b>	<b>61 (100,0)</b>	<b>10 (100,0)</b>	

\*Fisherov egzaktni test

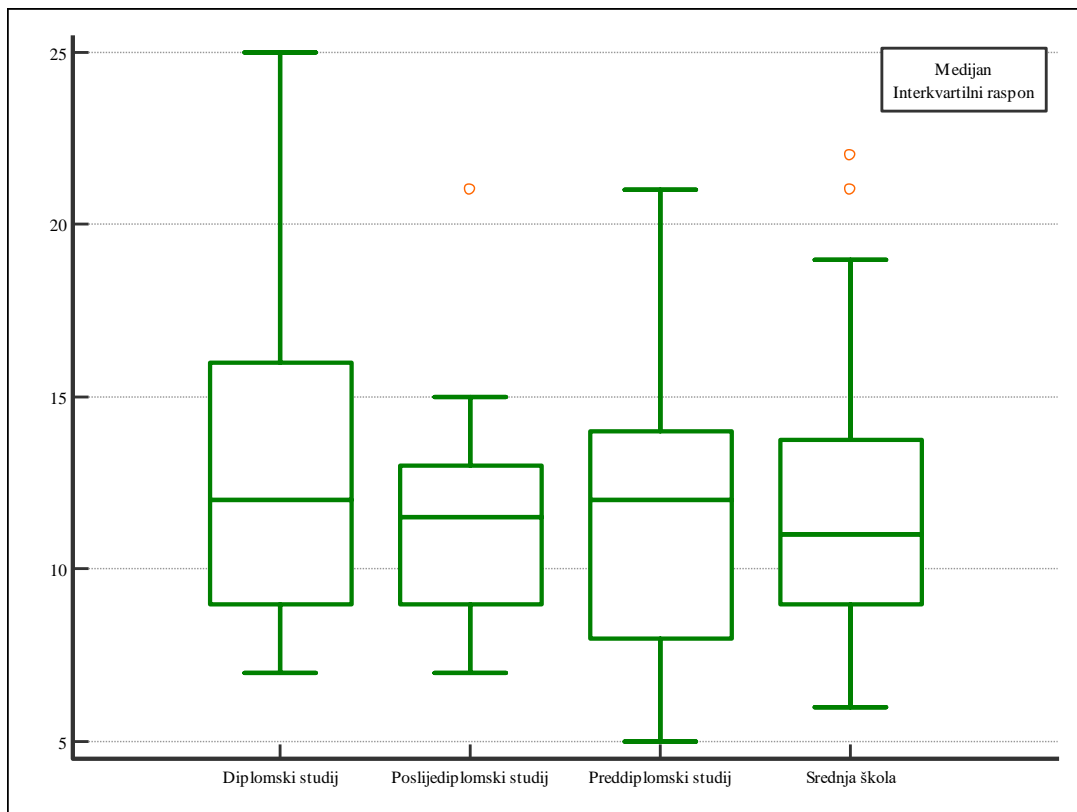
Nisu nađene značaje razlike (Kruskal-Wallis test,  $P = 0,67$ ) u razini zadovoljstva mjerenoj Jeffersonovom skalom suradnje s obzirom na stupanj obrazovanja ispitanika, odnosno suradnja je podjednako ocjenjena (Slika 7.6.3.). Također nije nađena značajna razlika ni kod ocjene Poslovnog međuodnosa (Kruskal-Wallis test,  $P = 0,11$ ), niti kod procjene Profesionalnosti liječnika (Kruskal-Wallis test,  $P = 0,43$ ) s obzirom na stupanj obrazovanja ispitanika (Slika 7.6.4. i Slika 7.6.5.). Međutim, ispitanici višeg stupnja obrazovanja, oni sa završenim diplomskim i poslijediplomskim studijem, značajno bolje (Kruskal-Wallis test,  $P = 0,002$  uz Conover post-hoc test,  $P < 0,05$ ) ocjenjuju Ophođenje liječnika prema medicinskoj sestri/tehničaru nego ispitanici sa završenim prediplomskim studijem ili srednjom školom (Slika 7.6.6.).



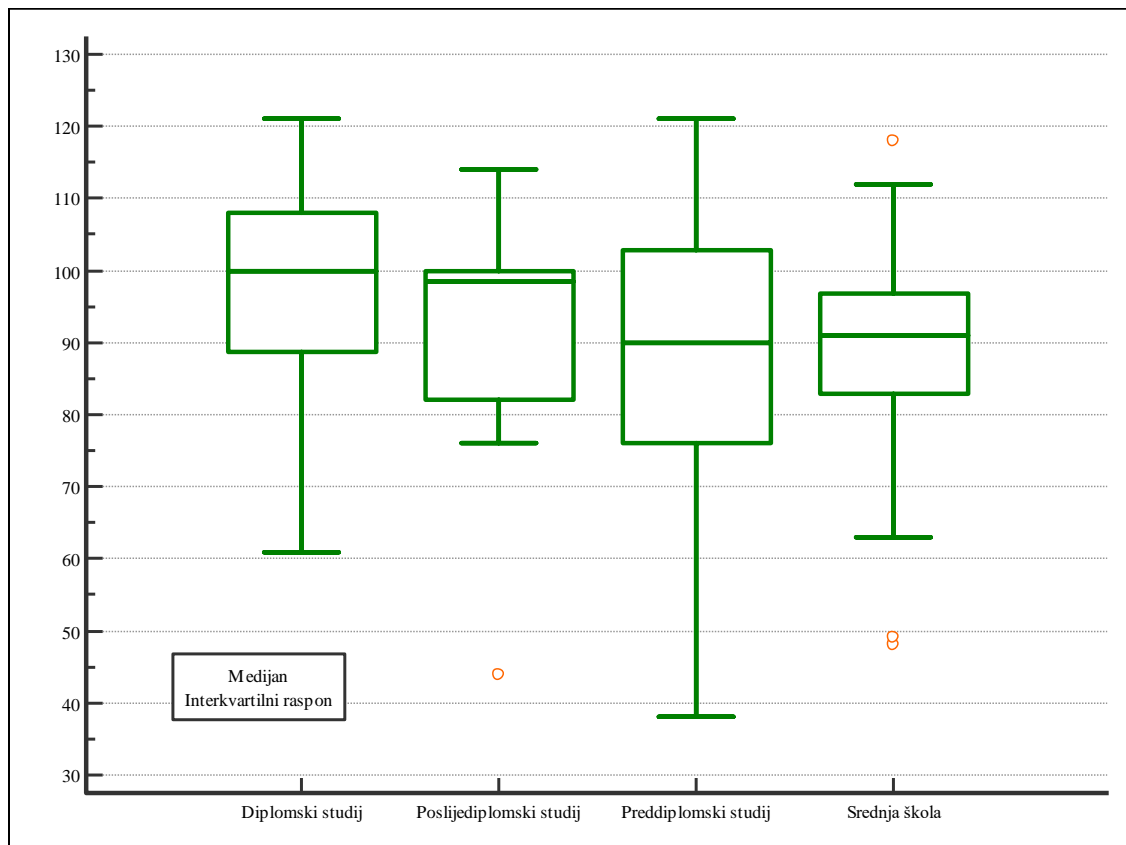
Slika 7.6.3. Razlike u razini zadovoljstva prema Jeffersonovoj skali suradnje



Slika 7.6.4. Razlike u ocjeni Poslovnog međudnosa



Slika 7.6.2. Razlike u procjeni Profesionalnosti liječnika

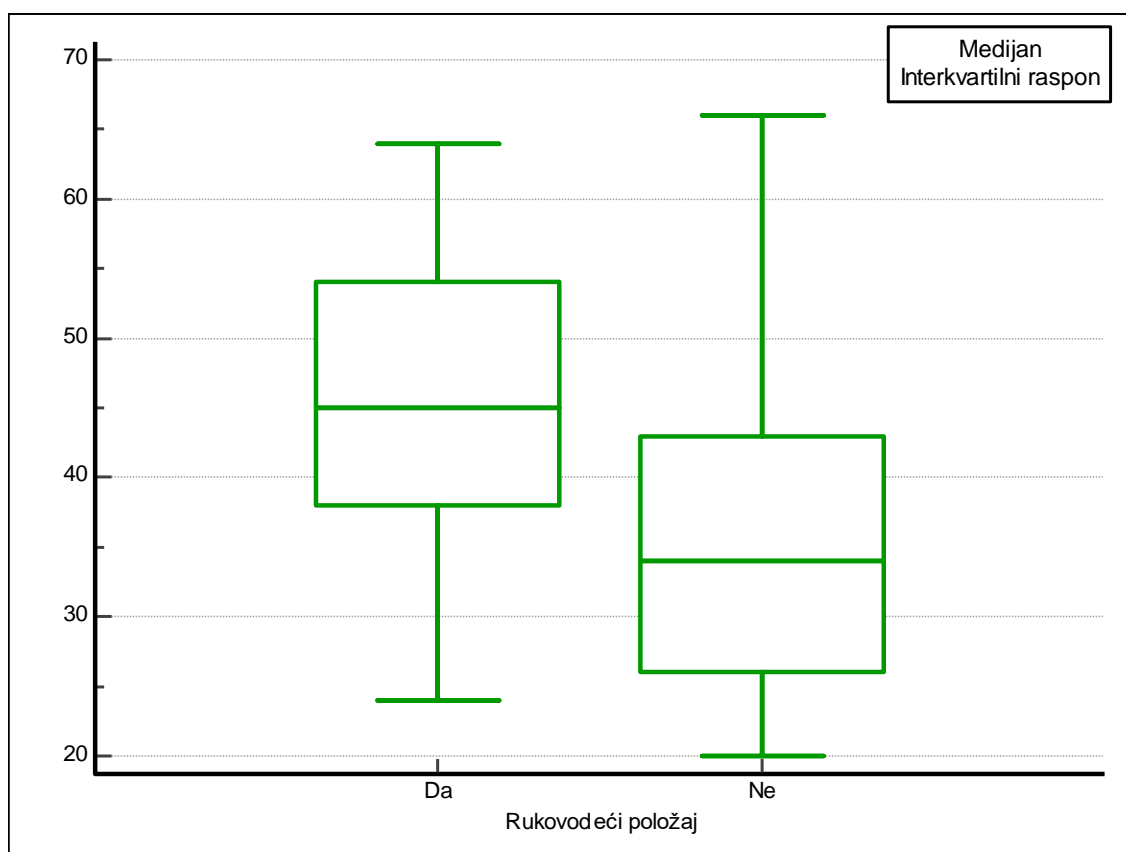


Slika 7.6.6. Razlike u ocjeni Ophođenja liječnika prema medicinskoj sestri/tehničaru

## 7.7. Razlike s obzirom na rad na rukovodećoj poziciji

Slijedi analiza razine zadovoljstva suradnjom s liječnicima među medicinskim sestara i medicinskim tehničarima s obzirom na rukovodeću radnu poziciju, a prema trećoj postavljenoj hipotezi.

Očekivano su ispitanici koji rade na nekom rukovodećem položaju u prosjeku značajno stariji (Mann-Whitney test,  $P < 0,001$ ) od ispitanika koji ne rade na rukovodećem položaju (Slika 7.7.1.).



Slika 7.7.1. Razlike u dobi s obzirom na rukovodeći položaj

Nema značajne razlike, odnosno nema povezanosti između rada na nekom rukovodećem položaju i spola ispitanika (Tablica 7.7.1.).

Tablica 7.7.1., Razlike po spolu s obzirom na rukovodeći položaj

Vrsta varijable	Kategorije	Broj (%) ispitanika			P*
		Rukovodeći položaj		Ukupno	
		Da	Ne		



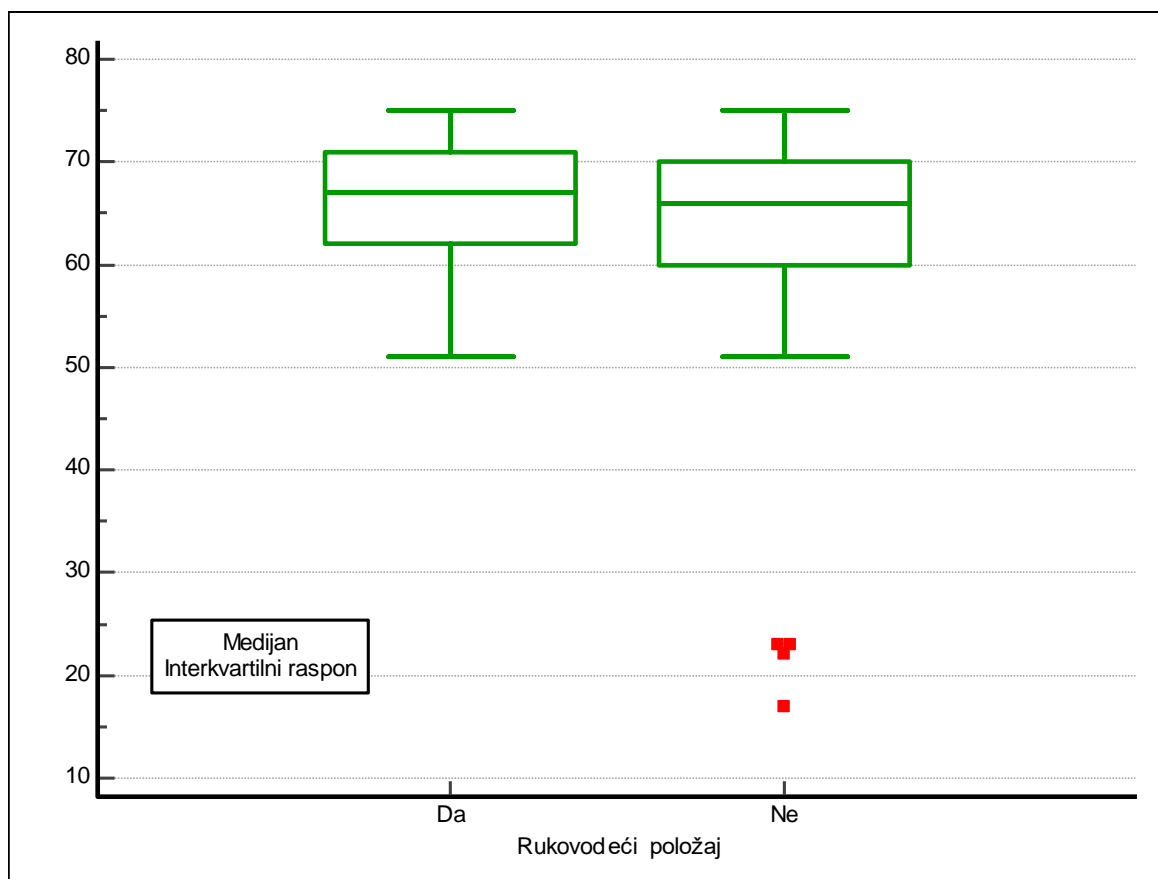
Spol	Žensko	66	115	181 (93,8)	0,72
	Muško	5	7	12 (6,2)	
	<b>Ukupno</b>	<b>71 (100,0)</b>	<b>122 (100,0)</b>	<b>193 (100,0)</b>	

\*Hi-kvadrat test

Nije nađena značajna razlika (Mann-Whitney test,  $P = 0,14$ ) u razini zadovoljstva mjerenoj Jeffersonovom skalom suradnje s obzirom na rukovodeći položaj na poslu, odnosno suradnja je podjednako ocjenjena kod obje skupine ispitanika (Slika 7.7.2.).

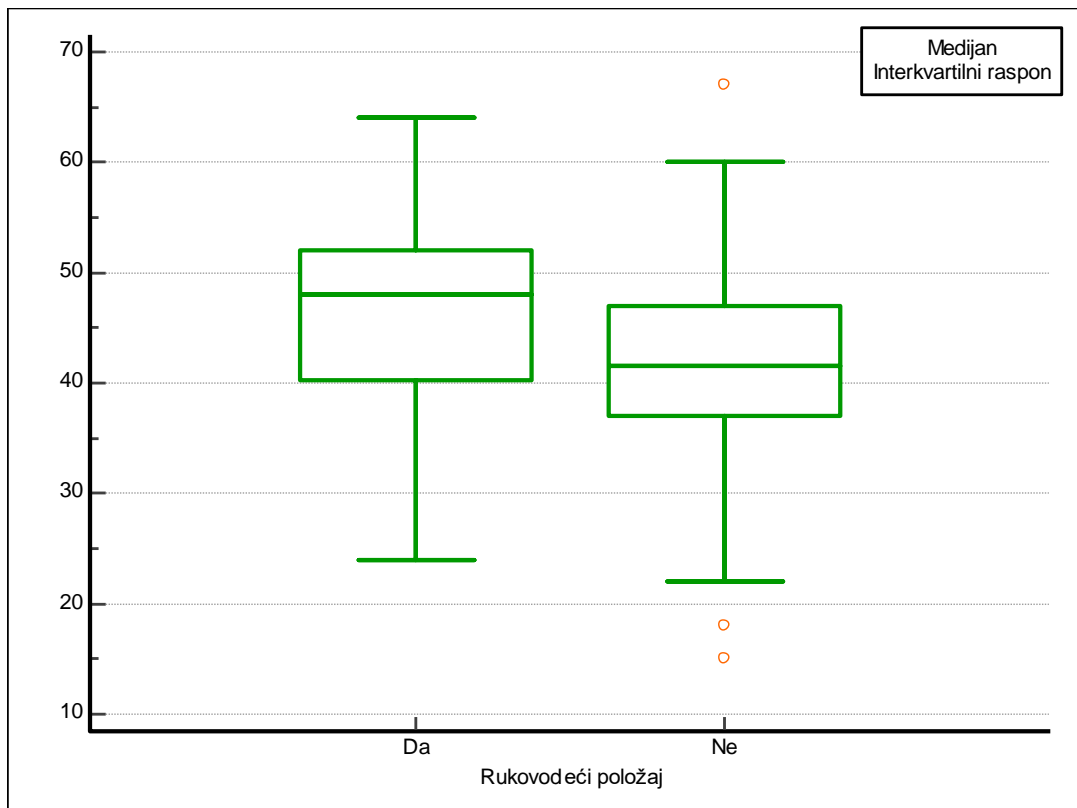
Značajno bolju ocjenu Poslovnog međudnosa (Mann-Whitney test,  $P < 0,001$ ) te također značajno bolju ocjenu Ophođenja liječnika prema medicinskoj sestri/tehničaru (Mann-Whitney test,  $P < 0,001$ ) dali su ispitanici koji rade na nekom od rukovodećih radnih mjesta (Slika 7.7.3. i Slika 7.7.4.).

Međutim, nema značajne razlike u prosječnoj procjeni Profesionalnosti liječnika (Mann-Whitney test,  $P = 0,17$ ) među ispitanicima s obzirom na rad na nekom od rukovodećih položaja (Slika 7.7.5.).

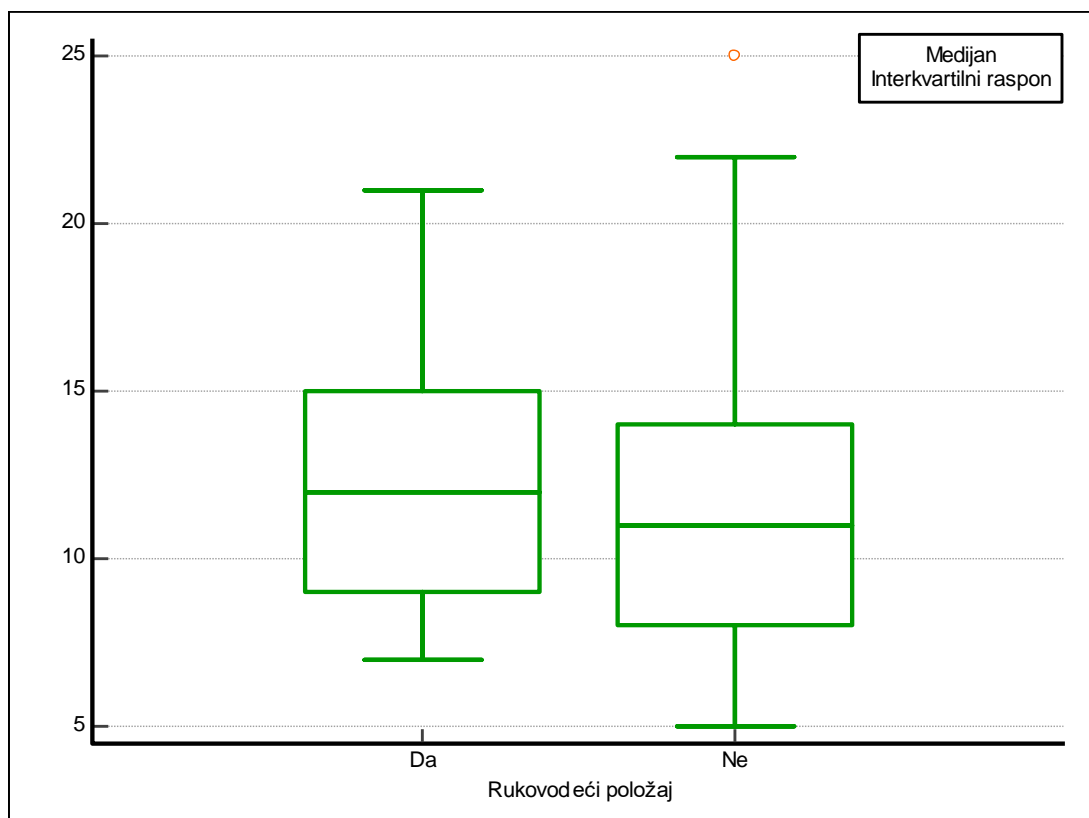


Slika 7.7.2., Razlike u razini zadovoljstva prema Jeffersonovoj skali suradnje s obzirom na

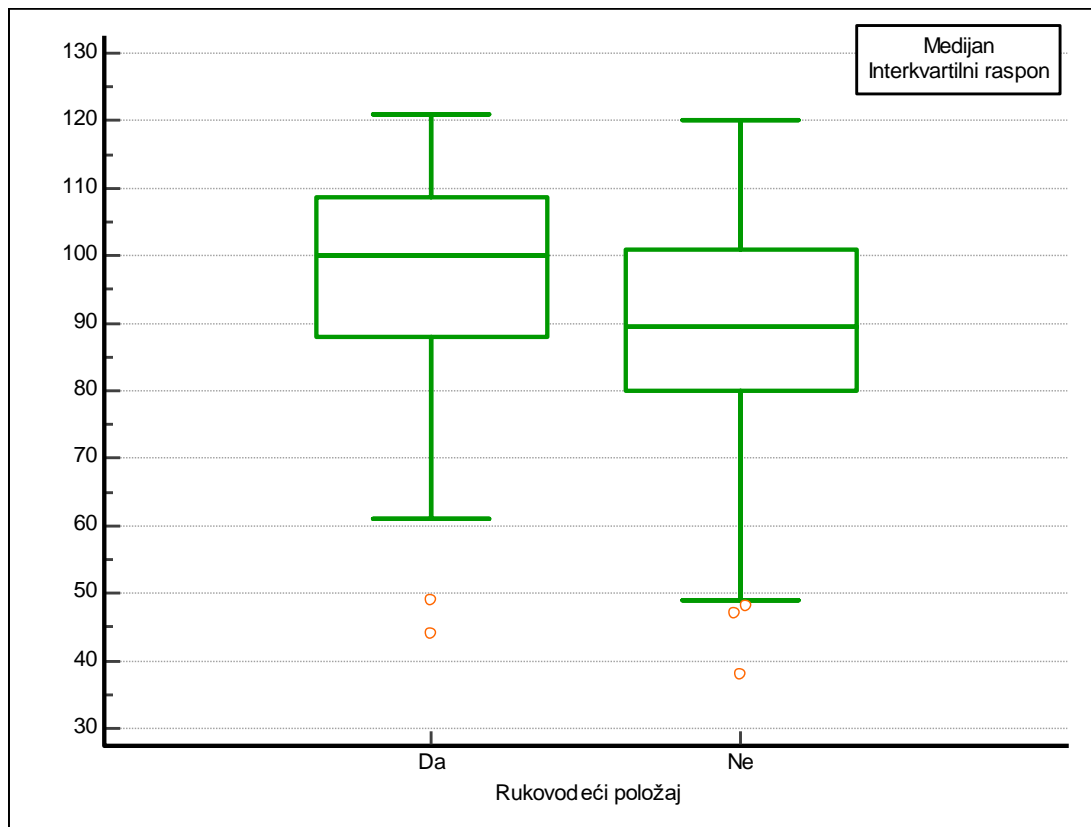
*rukovodeći položaj*



*Slika 7.7.3., Razlike u ocjeni Poslovnog međudnosa s obzirom na rukovodeći položaj*



*Slika 7.7.4., Razlike u procjeni Profesionalnosti liječnika s obzirom na rukovodeći položaj*



*Slika 7.7.5., Razlike u ocjeni Ophođenja liječnika prema medicinskoj sestri/tehničaru s obzirom na rukovodeći položaj*

## 8. Rasprava

S obzirom na prvu postavljenu hipotezu ne može se tvrditi da su medicinski tehničari zadovoljniji sa suradnjom s liječnicima u odnosu na medicinske sestre, jer rezultati nisu pokazali statistički značajnu razliku. Međutim, nekoliko je medicinskih sestara znatno lošije ocijenilo liječnike prema Jeffersonovoj skali suradnje (što se vidi iz grafa na Slici 6.7.2.1.) što ide u prilog postavljenoj hipotezi. Slična istraživanja pronađena su na PubMedu. Pokazalo se da komunikacija medicinska sestra – liječnik ima značajan utjecaj na zadovoljstvo poslom i zadržavanje osoblja. Neuspjeh u komunikaciji između medicinskih sestara i liječnika pokazao se kao jedan od vodećih uzroka ozljeda pacijenata koje se mogu spriječiti, komplikacija, smrti i tužbi zbog nesavjesnog liječenja. Cilj istraživanja autora Hailu i suradnika (2016) je utvrditi percepciju medicinskih sestara i liječnika u odnosu na komunikaciju između medicinskih sestara i liječnika. Dob, plaća i organizacijski čimbenici bili su statistički značajni prediktori za percipirano poštovanje i zadovoljstvo, dok su spol, radno mjesto u bolnici, pojedinačni čimbenici odnosa prema poslu i organizacijski čimbenici bili značajni prediktori percipirane otvorenosti i dijeljenja informacija o pacijentu u komunikaciji medicinske sestre i liječnika tijekom skrbi za pacijenta [47]. Nadalje, u kvalitativnim nalazima utvrđeno je da su neprivlačna radna okruženja i negativni stavovi liječnika prepreke komunikaciji između medicinske sestre i liječnika [48]

Druga postavljena hipoteza da su medicinske sestre, odnosno medicinski tehničari s nižim stupnjem obrazovanja nezadovoljniji suradnjom s liječnicima, je potvrđena s četvrtim korištenim upitnikom (graf u Slici 6.7.4.1.) koji mjeri Ophođenje liječnika prema medicinskoj sestri odnosno tehničaru, no ostala tri korištena upitnika to nisu potvrdila. Učinkovit odnos i suradnja između liječnika i medicinskih sestara smatra se glavnim čimbenikom u postizanju pozitivnih medicinskih rezultata, što je i najvažniji cilj zdravstvenog sustava. Istraživanje autora Mahboubeh i suradnika ima za cilj usporediti stavove liječnika i medicinskih sestara prema čimbenicima povezanim sa suradnjom liječnika i medicinske sestre, uključujući zajedničko obrazovanje i timski rad, skrb nasuprot liječenju, liječničku dominaciju i autonomiju medicinskih sestara. U ovoj presječnoj, deskriptivno-komparativnoj studiji, Jeffersonova skala stavova prema suradnji liječnika i medicinske sestre korištena je za procjenu suradnje liječnika i medicinske sestre u četiri područja, uključujući zajedničko obrazovanje i timski rad, skrb za razliku od liječenja, dominaciju liječnika i autonomiju medicinskih sestara. U tu svrhu korištena je deskriptivna (srednja vrijednost, standardna devijacija) i inferencijalna statistika

uključujući nezavisni t test, hi-kvadrat i analizu varijance. Prema dobivenim rezultatima, u usporedbi s liječnicima, medicinske sestre pokazale su pozitivniji stav prema zajedničkoj edukaciji i timskom radu, brizi za razliku od liječenja i dominaciji liječnika, ali nije bilo značajne razlike između dvije skupine u autonomiji medicinskih sestara: Što se tiče suradnje liječnika i medicinske sestre, bitno je da se liječnici i medicinske sestre akulturiraju tijekom svog akademskog obrazovanja. Štoviše, politike za promjenu obrasca profesionalnih odnosa iz hijerarhijskih u komplementarne mogu biti učinkovite u jačanju profesionalne autonomije medicinskih sestara i smanjenju narušenih profesionalnih interakcija [49].

Treća postavljena hipoteza o tome da postoji statistički značajna razlika u zadovoljstvu suradnjom s liječnicima između medicinskih sestara/tehničara koje su na rukovodećoj poziciju u odnosu na one koje nisu. Značajno bolju ocjenu Poslovnog međuodnosa te također značajno bolju ocjenu Ophođenja liječnika prema ms/mt dali su ispitanici koji rade na nekom od rukovodećih radnih mjesta. Rezultati analize prikupljenih podataka su potvrdili treće postavljenu hipotezu da postoji statistički značajna razlika u zadovoljstvu suradnjom s liječnicima između medicinskih sestara/tehničara koje su na rukovodećoj poziciju u odnosu na one koje nisu. Nije nađena razlika generalno po pitanju profesionalnosti i suradnje, no značajna je po pitanju profesionalnosti i poslovnog međuodnosa, što je bilo i za očekivati s obzirom na viši stupanj obrazovanja na rukovodećem mjestu.

## 9. Zaključak

Komunikacija ima značajnu ulogu u stvaranju povoljnih ili nepovoljnih dojmova o pojedincu i organizaciji i odnosi se na razmjenu informacija, ideja, osjećaja, verbalnim i neverbalnim putem. Temelj je uspjeha međuljudskih, kako privatnih, tako i poslovnih odnosa, a to je iznimno važno u komunikaciji između medicinske sestre i liječnika u sklopu bolničke zdravstvene skrbi.

Pojava pandemije COVID-19 na neki način je preusmjerila komuniciranje među zdravstvenim osobljem. Digitalizacija i rad na poboljšanju informatičke pismenosti postaje značajan faktor u odnosu liječnik i medicinska sestra u sklopu bolničke zdravstvene skrbi. Uz to, sve više se cijeni međusobno uvažavanje i timski rad jer se time omogućuju kvalitetnija suradnja ali i kvalitetniji odnosi zdravstvenog tima s pacijentima u sklopu bolničke zdravstvene skrbi.

Perspektive kvalitetne i uvažene komunikacije između liječnika i medicinske sestre/tehničara odnose se na kontinuirano pokretanje kotača performansi koji čine znanje, vještine i talente, zatim uvažavanje rukovodeće osobe ali i da rukovodeća osoba prihvaća druge članove tima kao ravnopravne. Četvrta perspektiva je zajedničko učenje medicinske sestre/tehničara i liječnika posebno u bolničkim uvjetima gdje brzina, fleksibilnosti i brzo uočavanje problema može biti ključno za zdravlje pacijenta. Peta perspektiva jesu edukacije koja zajedno mogu odraditi medicinska sestra/tehničar i liječnik. Mogu zajedno odabrati temu te pronaći izvor gdje bi svoja zajednička promišljanja, iskustva i istraživanja mogli zajedno prikazati drugim članovima tima te tako ukazati na dobrobit takvog oblika suradnje.

Medicinska sestra/tehničar ima veliku prohodnost u obrazovanju i može steći titulu magistre sestrištva kao i doktora sestrištva te sa svojim novim kvalifikacijama itekako može kvalitetno odraditi istraživanja i pisanje znanstvenog rada. Došlo je do promjena u kvalifikacijskim okvirima za medicinsku sestru/tehničara a time i do promjene u odnosima između medicinske sestre/tehničara i liječnika, a sve u suglasju s novim kompetencijama magistre sestrištva edukatora. Opisano je osam područja kompetencija: Kurikulum i implementacija, praktičan rad, istraživanje i dokazivanje hipoteza, komunikacija, suradnja i partnerstvo, etički i pravni principi i profesionalizam, evaluacija i menadžment. Kroz sva navedena područja uvažava se odnos liječnika i medicinske sestre/tehničara.

Rezultati istraživanja pokazali su da se ne može tvrditi da su medicinski tehničari zadovoljniji sa suradnjom s liječnicima u odnosu na medicinske sestre, jer rezultati nisu

pokazali statistički značajnu razliku. Međutim, nekoliko je medicinskih sestara znatno lošije ocijenilo liječnike prema Jeffersonovoj skali suradnje što ide u prilog prvoj postavljenoj hipotezi. Druga postavljena hipoteza da su medicinske sestre, odnosno medicinski tehničari s nižim stupnjem obrazovanja nezadovoljniji suradnjom s liječnicima, je potvrđena s četvrtim korištenim upitnikom koji mjeri Ophođenje liječnika prema medicinskoj sestri odnosno tehničaru, no ostala tri korištena upitnika to nisu potvrdila.

Rezultati analize prikupljenih podataka su potvrdili treće postavljenu hipotezu da postoji statistički značajna razlika u zadovoljstvu suradnjom s liječnicima između medicinskih sestara/tehničara koje su na rukovodećoj poziciju u odnosu na one koje nisu. Nije nađena razlika generalno po pitanju profesionalnosti i suradnje, no značajna je po pitanju poslovnog međuodnosa i ophođenju liječnika prema ms/mt, što je bilo i za očekivati s obzirom na viši stupanj obrazovanja na rukovodećem mjestu.

Istraživanja pokazuju je da u usporedbi s liječnicima, medicinske sestre pokazale su pozitivniji stav prema zajedničkoj edukaciji i timskom radu, brizi za razliku od liječenja i dominaciji liječnika. Što se tiče suradnje liječnika i medicinske sestre, bitno je da se liječnici i medicinske sestre akulturiraju tijekom svog akademskog obrazovanja i stoga ponuđene kompetencije magistre sestrinstva edukatora je jedan veliki uspjeh u komunikaciji među članovima zdravstvenog tima u sklopu zdravstvene bolničke skrbi.

## 10. Literatura

[1] E. Gjerberg, LKjølsrød, The doctor–nurse relationship: how easy is it to be a female doctor co-operating with a female nurse?, *Social Science & Medicine*, 2000. Volume 52, Issue 2.

[2] V Pakpour, M. Ghafourifard, S. Salimi Iranian Nurses' Attitudes Toward Nurse-Physician Collaboration and its Relationship with Job Satisfaction. *J Caring Sci.* 2019.;8(2):

[3] A. Elsous, M Radwan, S. Mohsen. Nurses and Physicians Attitudes toward Nurse-Physician Collaboration: A Survey from Gaza Strip, Palestine. *Nurs Res Pract.* 2017.; 1–7.

[4] L. Fagin and A. Garelick, "The doctor–nurse relationship," *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 10, no. 4, pp. 277–286, 2004.

[5] Y Endris, M. Selassie A Edmealem, S Ademe, W Yimam, Y. Zenebe Nurse and Physician Inter-Professional Collaboration and Associated Factors at Public Hospitals in Dessie City, Amhara, Northeastern Ethiopia, 2021. *J Multidiscip Health.* 2022.;15:1697–708.

[5] M. Marušić *Uvod u znanstveni rad u medicini.* Medicinska naklada: Zagreb. 2019.

[6] M. Žugaj, K., Dumičić, V. Dušak, *Temelji znanstvenoistraživačkog rada: metodologija i metodika. 2. dopunjeno i izmijenjeno izdanje.* Varaždin: Sveučilište u Zagrebu, Fakultet organizacije i informatike. 2006.

[7] R. Zelenika. *Metodologija i tehnologija izrade znanstvenog i stručnog djela.* Rijeka: Ekonomski fakultet. 2000

[8] NN 121/03, 117/08, 57/11 Zakon o sestrinstvu <https://www.zakon.hr/z/407/Zakon-o-sestrinstvu>

[9] S. Mirilović i B. Pavlić, "Je li etika sestrinstva zasebna disciplina ili je dio medicinske etike ?! Is ethics in nursing a discipline or a part of medical ethics?!", *Sestrinski glasnik*, vol.19, br. 3, str. 242-245, 2014. [Online]. <https://doi.org/10.11608/sgnj.2014.19.051>

[10] I. Šegota, *Etika sestrinstva: smiju li medicinske sestre štrajkati?*, Društvena istraživanja, vol.4, br. 1 (15), str. 101-124, 1995. [Online]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/32827>. [Citirano: 15.07.2023.]

[11] S. Kalauz, *Etika u sestrinstvu*, Zagreb: Medicinska naklada Zagreb, 2012.

[12] Hrvatska komora medicinskih sestara, »Etički kodeks medicinskih sestara,« 2005.



[13] N. Naranda, "Trajno usavršavanje medicinskih sestara Županijska bolnica Čakovec", *Andragoški glasnik*, vol.20, br. Broj 1-2 (35), str. 95-101, 2016. [Online]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/173605>. [Citirano: 15.07.2023.]

[14] S. Vuletić, *Skripta za studente; Profesionalna autonomija sestrinstva utemeljena na znanstveno humanističkoj odgovornosti.*, Zagreb, 2013.

[15] N. Zurak, *Medicinska etika*, Zagreb: Sveučilište u Zagrebu - Medicinski fakultet, 2007.

[16] B. Vrhovac i suradnici. *Interna medicina*, četvrto promijenjeno i dopunjeno izdanje Zagreb: Naklada Ljevak, 2008.

[17] M Šilje, (2018). Komunikacijske vještine medicinske sestre/medicinskog tehničara sa psihijatrijskim bolesnicima Communication skills of nurses/technicians with psychiatric patients. *Sestrinski glasnik*, 23 (3), 173-180. <https://doi.org/10.11608/sgnj.2018.23.033>

[18] M. Jukić, V. Gašparović I, Husedžinović i suradnici. *Intenzivna medicina*. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.

[19] J. Vukosav K. Šiljeg D. Kovačević. *Komuniciranje u zdravstvu (zbirka nastavnih tekstova)*. Dubrovnik: Sveučilište u Dubrovniku. 2016

[20] M. Pejić Bach, J. Murgić. *Poslovne komunikacije 2*. Zagreb: Alka skripta, 2013.

[21] H. Priest H. *Uvod u psihološku njegu u sestrinstvu i drugim zdravstvenim strukama*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2014.

[22] Psihijatrija i mentalna higijena. Dostupno na <http://www.psihijatrija.com/maturanti/predavanja/br%204%20sestrinska%20skrb.htm>. Psihijatrija i mentalna higijena. (1.7.2023).

[23] Z. Mojsovići sur. *Sestrinstvo u zajednici*. Zagreb: Zdravstveno učilište. 2005

[24] S.L. Siedlecki, E.D. Hixson Relationships Between Nurses and Physicians Matter. *Online J Issues Nurs*. 2015 Aug 31;20(3):6. PMID: 26882515

[25] D. Lučanin i J. Despot Lučanin, *Komunikacijske vještine u zdravstvu*, Zagreb: Naklada Slap, 2010.

[26] E. Kozarević, A. Delić, Potrebe za samoaktualizacijom Potrebe za poštovanjem Društvene potrebe Potrebe za sigurnošću Fiziološke potrebe..

[27] A. H. Maslow *Motivation and Personality*, Harper and Row, New York, 1954

[28] A. H. Maslow, *Towards a Psychology of Being*, 3rd ed., John Wiley & Sons, New York, 1999

[29] Jezikoslovac hr. Definicija pokuda. Dostupno na : <https://jezikoslovac.com/word/4viy> (2.7.2023).

[30] K. Norman. *Communication Skills: For Nursing and Healthcare Students Essential*. London: Lantern Publishing Ltd, 2019.

[31] Smith L, Mounter, P. *Effective internal communication*. London: Kogan Page; 2005.

[32] S. Karabatić, "Modeli, razine i oblici komuniciranja medicinskog osoblja i pacijenta", *Zdravstveni glasnik*, vol.4, br. 1, str. 72-78, 2018. [Online]. <https://doi.org/10.47960/2303-8616.2018.7.72>

[33].D. Šimunec. Razgovor s Dubravkom Jakšetić. Plavi fokus. Informativno glasilo HKMS. 2017. Godina XIII / BROJ 2 / ISSN: 1845-8165. <https://www.scribd.com/document/375505117/Plavi-Fokus-2-2017>

[34] Hossny EK, Sabra HE. The attitudes of healthcare professionals towards nurse-physician collaboration. *Nurs Open*. 2021 May;8(3):1406-1416. doi: 10.1002/nop2.756. Epub 2020 Dec 30. PMID: 33378598; PMCID: PMC8046133.

[35] Migotto S, Garlatti Costa G, Ambrosi E, Pittino D, Bortoluzzi G, Palese A. Gender issues in physician-nurse collaboration in healthcare teams: Findings from a cross-sectional study. *J Nurs Manag*. 2019 Nov;27(8):1773-1783. doi: 10.1111/jonm.12872. Epub 2019 Oct 4. PMID: 31529750

[36] McCaffrey R, Hayes RM, Cassell A, Miller-Reyes S, Donaldson A, Ferrell C. The effect of an educational programme on attitudes of nurses and medical residents towards the benefits of positive communication and collaboration. *J Adv Nurs*. 2012 Feb;68(2):293-301. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05736.x. Epub 2011 Jun 16. PMID: 21679224.

[37] M Zwarenstein, W Bryant Interventions to promote collaboration between nurses and doctors (Review). *The Cochrane Library* 2000, Issue 2

[38] S. Walby J Greenwell L, Mackay K Soothill. *Medicine and nursing: professions in a changing health service*. London: Sage, 1994

[39] MF Zwarenstein, SR, Benatar LR. Shaw The pattern of care in the medical wards of a teaching hospital. *S Afr Med J* 1990;77:460–3.

[40] LE, Andreason B, Coriat F, den Hertog R Kaplinsky (eds). *Europe's next step: organisational innovation, competition and employment*. Essex: Frank Cass, 1995.

[41] S. Čukljek, *Osnove zdravstvene njege - Priručnik za studij sestrinstva*, Zagreb: Zdravstveno veleučilište u Zagrebu, 2005.

[42] N.N. 121/03, 117/08, 57/1. *Zakon o sestrinstvu* NN. Zagreb.2013, 2008 , 2011

[43] EU. 2019. European Commission – Health care. Dostupno na: [https://ec.europa.eu/info/aid-development-cooperation-fundamental-rights/your-rights-eu/know-your-rights/solidarity/health-care\\_en](https://ec.europa.eu/info/aid-development-cooperation-fundamental-rights/your-rights-eu/know-your-rights/solidarity/health-care_en):

[44] OECD. 2019. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). <https://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-graph13-en>

[45] B. Rimac, "O sestrinstvu , zanimanju, profesiji, znanstveno utemeljenoj disciplini i budućnosti", Zbornik sveučilišta Libertas, vol.4, br. 4, str. 135-154, 2019. [Online]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/226936>. [Citirano: 17.07.2023.]

[46] WHO. Nurse educator core competencies. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland, 2016.

[47]. Hailu FB, Kassahun CW, Kerie MW. Perceived Nurse-Physician Communication in Patient Care and Associated Factors in Public Hospitals of Jimma Zone, South West Ethiopia: Cross Sectional Study. *PLoS One*. 2016 Sep 15;11(9).

[48]. Jemal M, Kure MA, Gobena T, Geda B. Nurse-Physician Communication in Patient Care and Associated Factors in Public Hospitals of Harari Regional State and Dire-Dawa City Administration, Eastern Ethiopia: A Multicenter-Mixed Methods Study. *J Multidiscip Healthc*. 2021 Aug 27;14:2315-2331.

[49]. Mahboubé L, Talebi E, Porouhan P, Orak RJ, Farahani MA. Comparing the attitude of doctors and nurses toward factor of collaborative relationships. *J Family Med Prim Care*. 2019 Oct 31;8(10):3263-3267.

## 11. Popis tablica, slika i shema

Slika 2.1. Etička načela.

Slika 3.2.1.1. Koraci u komunikaciji liječnik-medicinska sestra.

Slika 3.2.1.2. Maslovljeva hijerahija potreba

Slika 3.2.2.1. Kotač performanse

Slika 7.5.1. Razlike u razini zadovoljstva prema Jeffersonovoj skali suradnje

Slika 7.5.2. Razlike u ocjeni Poslovnog međudnosa

Slika 7.5.3. Razlike u procjeni Profesionalnosti liječnika

Slika 7.5.4. Razlike u ocjeni Ophođenja liječnika prema medicinskoj sestri/tehničaru

Slika 7.6.1. Razlike u razini zadovoljstva prema Jeffersonovoj skali suradnje s obzirom

Slika 7.6.2. Razlike u ocjeni Poslovnog međudnosa s obzirom na stupanj obrazovanja

Slika 7.6.3. Razlike u procjeni Profesionalnosti liječnika s obzirom na stupanj obrazovanja

Slika 7.6.4. Razlike u ocjeni Ophođenja liječnika prema medicinskoj sestri/tehničaru

*Slika 7.7.1. Razlike u dobi s obzirom na rukovodeći položaj*

Slika 7.7.2. Razlike u razini zadovoljstva prema Jeffersonovoj skali suradnje s obzirom na rukovodeći položaj

Slika 7.7.3. Razlike u ocjeni Poslovnog međudnosa s obzirom na rukovodeći položaj

Slika 7.7.4. Razlike u procjeni Profesionalnosti liječnika s obzirom na rukovodeći položaj

Slika 7.7.5. Razlike u ocjeni Ophođenja liječnika prema medicinskoj sestri/tehničaru s obzirom na rukovodeći položaj

Tablica 3.2.2.1. Devet uloga unutar timova (Belbin, 2010)

Tablica 7.1.1. Deskriptivna statistika za socioideografske podatke

Tablica 7.1.2. Deskriptivna statistika za stavove ispitanika

Tablica 7.1.3. Deskriptivna statistika za učestalost

Tablica 7.2.1.. Distribucija demografskih parametara

Tablica 7.2.2. Distribucija ispitanika po dobi

Tablica 7.2.3. Distribucija ispitanika po radnom stažu

Tablica 7.2.4. Distribucija ispitanika po županijama

Tablica 7.2.5. Distribucija ispitanika po radilištima

Tablica 7.3.1. Vrijednosti Cronbach alfa koeficijenta

Tablica 7.4.1. Distribucija bodova na skalama pojedinih upitnika

Tablica 7.5.1.. Razlike u demografskim parametrima između medicinski tehničara i sestara

Tablica 7.6.2. Razlike u demografskim parametrima s obzirom na stupanj obrazovanja

Tablica 7.7.1. Razlike po spolu s obzirom na rukovodeći položaj

Shema 5.1.1. Faza kompetencije edukatora magistre sestrinstva

Shema 5.1.2. Ključne kompetencije magistre sestrinstva/edukator

## **Prilog 1. Anketni upitnik**

Poštovani,

pred Vama se nalazi anketni upitnik čiji se podaci prikupljaju u svrhu izrade diplomskog rada studentice Nikoline Borovčak na diplomskom sveučilišnom studiju Sestrinstvo - menadžment u sestrinstvu Sveučilišta Sjever u Varaždinu.

Naslov rada je "Stavovi, mišljenja i iskustva medicinskih sestara/tehničara o profesionalnoj suradnji medicinskih sestara/tehničara i liječnika u sklopu bolničke zdravstvene skrbi". Rad se izrađuje pod mentorstvom izv.prof.dr.sc. Tomislava Meštrović.

Cilj istraživanja ispitati stavove, mišljenja i iskustva medicinskih sestara/tehničara o profesionalnoj suradnji medicinskih sestara/tehničara i liječnika u sklopu bolničke zdravstvene skrbi na nacionalnoj razini. Stoga Vas molimo da upitnik ispunite samo ukoliko radite u bolnici.

Predviđeno vrijeme ispunjavanja upitnika je 15 minuta. Sudjelovanje u istraživanju dobrovoljno je i anonimno te u svakom trenutku možete odustati od ispunjavanja obrasca. Rezultati će se obrađivati isključivo u svrhu izrade diplomskog rada te publiciranja u stručnim časopisima. Ni u jednom trenutku neće se od Vas tražiti da navedete svoje osobne podatke te se Vaši odgovori neće moći povezati s Vašim identitetom, poštovati će se Zakon o privatnosti te će se pridržavati etička načela znanstveno-istraživačkog rada. Pitanja u upitniku nemaju točne i pogrešne odgovore, traži se isključivo Vaše mišljenje, stav i iskustvo, stoga Vas molimo da odgovarate iskreno.

U slučaju dodatnih pitanja ili zanimanja za rezultate istraživanja informacije možete dobiti na e-mail: niborovcak@unin.hr.

Hvala na suradnji i izdvojenom vremenu!

Nikolina Borovčak bacc.med.techn.,

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo - menadžment u sestrinstvu,

Odjel za Sestrinstvo, Sveučilište Sjever, Sveučilišni centar Varaždin

### **Sociodemografski podaci**

1. Spol

M

Ž

2. Koliko imate godina? \_\_\_\_\_

3. Koju razinu obrazovanja imate?

Srednja škola

Preddiplomski studij

Diplomski studij

Poslijediplomski studij

4. Koliko imate radnoga staža u struci?

\_\_\_\_\_

5. Iz koje ste županije?

\_\_\_\_\_

6. Na kojem radilištu radite?

Neurologija

Pedijatrija

Ginekologija

Psihijatrija

Onkologija

Kirurgija

Interna

Hitni prijem

Intenzivna

Oftalmologija

Ostalo:

7. Da li ste na rukovodećoj poziciji na radnom mjestu?

Da

Ne

### **Jefferson skala suradnje**

(1 - u potpunosti se ne slažem, 2 - ne slažem se, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 - slažem se, 5 - u potpunosti se slažem)

[Liječnici bi trebali biti educirani za uspostavljanje suradničkih odnosa s medicinskim sestrama/tehničarima] ; [Međuprofesionalna suradnja liječnika i medicinske sestre/tehničara trebala bi biti uključena u njihov obrazovni program]; [Tijekom školovanja medicinske sestre/tehničari i liječnici treba li bi biti uključeni u timski rad kako bi razumjeli uloge jedni drugih]; [Medicinske sestre/tehničare trebalo bi smatrati kolegom i suradnikom liječnika umjesto njihovim pomoćnikom]; [Medicinske sestre/tehničari kvalificirani su za procjenu i odgovor na potrebe pacijenta sa psihološkog aspekta]; [Medicinske sestre/tehničari bi također trebali imati odgovornost za praćenje posljedica medicinske

skrbi]; [Medicinske sestre/tehničari trebali bi biti uključeni u donošenje odluka koje utječu na njihove radne uvjeta]; [Primarna funkcija medicinske sestre/tehničara je izvršavanje naloga liječnika]; [Liječnici bi trebali biti dominantan autoritet u svim aspektima zdravstvene zaštite]; [Postoje mnoga područja u kojima se preklapaju odgovornosti liječnika i medicinske sestre/tehničara ]; [Medicinske sestre/tehničari trebali bi biti uključeni u donošenje odluka o uslugama o kojima njihov rad ovisi]; [Medicinske sestre/tehničari trebali bi biti odgovorni za skrb koju pružaju pacijentima]; [Medicinske sestre/tehničari trebali bi razjasniti nalog liječnika kada smatraju da postoji mogućnost štetnog učinka na pacijenta]; [Medicinske sestre/tehničari imaju posebnu stručnost u poučavanju i psihološkom savjetovanju pacijenata]; [Liječnici i medicinske sestre/tehničari bi trebali pridonijeti odlukama koje se tiču otpusta pacijenata iz bolnice];

### **Međudnos s liječnikom**

(1 - u potpunosti se ne slažem, 2 - ne slažem se, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 - slažem se, 5 - u potpunosti se slažem)

[Medicinske sestre/tehničari imaju dobro razumijevanje vlastitih i liječnikovih odgovornosti ]; [Liječnici su obično voljni uzeti u obzir mišljenje medicinske sestre/tehničara u planiranju liječenja pacijenta]; [Čini mi se da njega i liječenja pacijenata nisu dovoljno dobro diskutirani (raspravljani) između medicinskih sestara]; [Liječnici su voljni raspraviti o poteškoćama s kojim se susreću medicinske sestre/tehničari]; [Liječnici bi bili voljni surađivati s novim sestrinskim praksama] ; [Liječnici obično ne pitaju medicinske sestre/tehničare za mišljenje ]; [Važne informacije se razmjenjuju između liječnika i medicinskih sestara/tehničara]; [Nesuglasice s liječnikom ostaju neriješene] [Liječnici smatraju da je njihov posao važniji od posla medicinske sestre/tehničara]; [Liječnici ne bi bili voljni raspravljati o svojim novim praksama s medicinskim sestrama/tehničarima];[Liječnici i medicinske sestre/tehničari imaju dobar radni odnos]; [Mnogo je timskog rada između liječnika i medicinskih sestara/tehničara]; [Postoji suradnja između medicinskih sestara/tehničara i liječnika]; [Liječnici surađuju s načinom na koji organiziramo zdravstvenu njegu (npr. poštuju vrijeme vizite, vrijeme obroka, vrijeme njege)]; [Liječnici i medicinske sestre/tehničari dijele slične ideje u postupanju s pacijentom (npr. komunikacija, pristup)]

### **Profesionalnost liječnika**

(1 - u potpunosti se ne slažem, 2 - ne slažem se, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 - slažem se, 5 - u potpunosti se slažem)



[Profesionalni odnos s liječnikom/cima utječe na kvalitetu pružanja zdravstvene njega]; [Liječnik/ci su dovoljno kompetentni za posao koji obavljaju]; [Liječnik/ci koriste svoj položaj za iskazivanje moći]; [Liječnik/ci koriste svoj položaj za dobivanje beneficija (godišnji odmor, pauza)]; [Liječnik/ci imaju veća prava od mene]; [Liječnik/ci se smatraju superiornim]

### **Ophođenje liječnika prema medicinskoj sestri/tehničaru**

(1 - nikad, 2 - rijetko, 3 - ponekad, 4 - često, 5 - uvijek)

[Liječnik/ci imaju povjerenje u mene]; [Liječnik/ci me poštuju]; [Liječnik/ci kasne na posao]; [Liječnik/ci ranije odlaze s posla]; [Moram pokrivati liječnika kada kasni ili odlazi ranije s posla pred pacijentima]; [Liječnik/ci me pitaju za mišljenje]; [Mogu izreći svoje mišljenje pred liječnikom bez zadržke (konstruktivna kritika, prijedlog upućena liječniku)]; [Liječnik/ci uvažavaju moje mišljenje]; [Svađam se s liječnikom/cima]; [Liječnik/ci me ne žele saslušati]; [Ukazujem liječniku na pogrešku kada se dogodi]; [Radim poslove koje su u domeni liječnika (npr. transfuzija krvi, dokumentacija)]; [Liječnik/ci se ljute kada ne želim obaviti njihov posao]; [Liječnik/ci ne dolaze (ogluše se) na moj poziv]; [Liječnik/ci propisuju terapiju preko telefona]; [Liječnik/ci me omalovažavaju pred pacijentom/ima]; [Smatram se manje vrijednim/om u prisustvu liječnika]; [Liječnik/ci odbijaju suradnju]; [Liječnik/ci me smatraju svojim pomoćnikom]; [Liječnik/ci me smatraju profesionalcem]; [Liječnik/ci cijene moje znanje i kompetencije]; [Liječnik/ci me smatraju ravnopravnim članom tima]; [Osjećam strahopoštovanje prema liječniku/cima]; [Liječniku/cima se popušta]; [Liječnik/ci me iskorištavaju]; [Liječnik/ci me vrijeđaju].

„Što po Vašem mišljenju liječnici mogu učiniti kako bi poboljšali (profesionalni) odnos liječnika \_\_\_\_\_ i \_\_\_\_\_ medicinske sestre/tehničara?“ \_\_\_\_\_



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.

STAVU, MIŠLJENJA I  
ISKUSNA MEDICINSKIH  
SESTRA/TEHNIČARA O  
PROFESIONALNOS SURVIVANSI  
MEDICINSKIH SESTRA/  
TEHNIČARA I LISIČNIKA U  
KLOPU BOLNIČE ZDRAVSTVENE  
SKRBI

Ja, NIKOLINA BREVČIČ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica ~~završnog~~/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom \_\_\_\_\_ (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)

(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, NIKOLINA BREVČIČ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom ~~završnog~~/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom STAVU, MIŠLJENJA I ISKUSNA MEDICINSKIH SESTRA/TEHNIČARA O PROFESIONALNOS SURVIVANSI MEDICINSKIH SESTRA/TEHNIČARA I LISIČNIKA U KLOPU BOLNIČE ZDRAVSTVENE SKRBI (upisati naslov) čiji sam autor/ica. SESTRA/TEHNIČARA I LISIČNIKA U KLOPU BOLNIČE ZDRAVSTVENE SKRBI

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)

(vlastoručni potpis)