

Načini donošenja odluka medicinskih sestara koje rade u patronažnoj službi, kućnoj njezi i u bolničkom sustavu

Pranjić, Mateja

Master's thesis / Diplomski rad

2024

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:876307>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-02**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN**



DIPLOMSKI RAD br. 326/SSD/2024

**NAČINI DONOŠENJA ODLUKA MEDICINSKIH
SESTARA KOJE RADE U PATRONAŽNOJ
SLUŽBI, KUĆNOJ NJEZI I U BOLNIČKOM
SUSTAVU**

Mateja Pranjić

Varaždin, rujan 2024.

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

Diplomski sveučilišni studij sestrinstvo- menadžment u sestrinstvu



DIPLOMSKI RAD br. 326/SSD/2024

**NAČINI DONOŠENJA ODLUKA MEDICINSKIH
SESTARA KOJE RADE U PATRONAŽNOJ
SLUŽBI, KUĆNOJ NJEZI I U BOLNIČKOM
SUSTAVU**

Student:
Mateja Pranjić, 1003035534

Mentor:
izv.prof.dr.sc. Marijana Neuberg

Varaždin, rujan 2024.

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo- menadžment u sestrinstvu		
PRISTUPNIK	Mateja Pranjic	MATIČNI BROJ	1003035534
DATUM	31.05.2024.	KOLEGIJ	Vještine vođenja i organizacije rada u sestrinstvu
NASLOV RADA	Načini donošenja odluka medicinskih sestara koje rade u patronažnoj službi, kućnoj njezi i u bolničkom sustavu		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Ways od making decisions of nurses who work in patronage service, home care and in the hospital system		
MENTOR	Izv. prof. dr.sc. Marijana Neuberger	ZVANJE	Izvanredni profesor
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Ivana Živoder, predsjednica 2. izv.prof.dr.sc. Marijana Neuberger, mentorica 3. doc.dr.sc. Sonja Obranić, članica 4. izv.prof.dr.sc. Rosana Ribić, zamjenski član 5.		

Zadatak diplomskog rada

BROJ 326/SSD/2024

OPIS

Odlučivanje predstavlja stalan proces u poslovnom, ali i u privatnom životu, sastavljen od niza međusobno povezanih aktivnosti, čiji je krajnji cilj donošenje odluke. Donošenje odluka označava temelj upravljanja, što možemo pojasniti tako da se odlučivanje predstavi kao kompleksna funkcija menadžmenta. Donošenje odluka bitno je za sestrinsku praksu, medicinska sestra za vrijeme svog radnog vijeka nerijetko dolazi do pojedinih problema i situacija kad je potrebno na temelju podataka donijeti pravilnu i kvalitetnu odluku. Proces odlučivanja u velikoj mjeri ovisi o čimbenicima o kojima na koncu ovisi i kvaliteta konačne odluke. Čimbenici na primjer mogu biti ograničenja u odlučivanju, a najčešća ograničenja koja se javljaju u procesu odlučivanja jesu ograničenost sredstvima, vremenom te informacijama. U mnogim literaturama se spominje donošenje odluka medicinskih sestara na temelju intuicije, rasuđivanja i racionalnog odlučivanja. S obzirom da Intuiciju nazivaju i "šesto čulo" brojna literatura govori o tome kako medicinske sestre najčešće svoje odluke donose na temelju intuicije. Cilj ovog rada je ispitati ima li razlike u donošenju odluka između medicinskih sestara s obzirom na stručnu spremu te postoji li razlika u načinu donošenja odluka između patronažnih sestara, medicinskih sestara iz kućne njege i medicinskih sestara u bolnici.

ZADATAK URUČEN

12.06.2024.

POTPIS MENTORA

SVEUČILIŠTE
SJEVER

Predgovor

Na početku se želim zahvaliti svim profesorima i profesoricama Sveučilišta Sjever na prenesenom znanju i vještinama koje sam stekla studirajući, posebno se zahvaljujem mentorici izv.prof.dr.sc. Marijani Neuberg na savjetima, podršci, motivaciji, razumijevanju i velikoj pomoći pri izradi diplomskog rada.

Zahvaljujem se ravnateljici Dzzž Ispostava Dugo Selo Sunčani Žuteković, glavnoj sestri Heleni Drpić, te svim kolegicama i kolegama na strpljenju i podršci tijekom mojih izbivanja sa posla.

Zahvaljujem se mojim dragim kolegicama i kolegama koje sam upoznala tijekom studiranja i svim članovima obitelji i prijateljima koji su bili velika potpora i bodrili me kroz ove 2 godine, posebno mojoj mami koja se na majčinski način brinula i molila za mene.

Najviše se zahvaljujem mojem mužu koji je preuzeo veliki dio mojih obaveza dok sam ja bila odsutna, te prilagodio svoje obaveze i način života tijekom ove 2 godine i kćeri koja je mojim studiranjem osvijestila važnost učenja i osnažila želju za visokim obrazovanjem, bez njihove pomoći ne bi uspjela na vrijeme sve odraditi i položiti sve ispite.

Sažetak

Uvod i cilj: Odlučivanje predstavlja stalan proces u poslovnom, ali i u privatnom životu, sastavljen od niza međusobno povezanih aktivnosti, čiji je krajnji cilj donošenje odluke. Donošenje odluka bitno je za sestrinsku praksu. Medicinske sestre i tehničari (u daljnjem tekstu: medicinske sestre) tijekom svog radnog vijeka često se susreću s pojedinim problemima i situacijama kada je potrebno na temelju podataka donijeti ispravnu i kvalitetnu odluku. Patronažne sestre i sestre koje rade u zdravstvenoj njezi u kući obilaze pacijente u njihovim domovima te nisu u mogućnosti savjetovati se s timom koji radi na bolničkom odjelu niti se osloniti na medicinsku tehnologiju dostupnu za praćenje stanja pacijenata u bolnici. Patronažna sestra i sestra koja radi u zdravstvenoj njezi u kući mora posjedovati veliko znanje te se ponekad osloniti na intuiciju ili prosuđivanje kako bi mogla pravilno postupiti u situacijama koje zahtijevaju žurnu reakciju.

Cilj ovog rada je ispitati postoje li razlike u donošenju odluka između medicinskih sestara s obzirom na stručnu spremu te postoji li razlika u načinu donošenja odluka između sestara koje rade u patronažnoj službi, ustanovi za zdravstvenu njegu u kući i u bolničkom sustavu.

Metode: Istraživanje je provedeno kvantitativnom istraživačkom metodom i uključilo je 328 sudionika. U svrhu istraživanja korišten je anketni upitnik sastavljen od ukupno 20 pitanja. Prvi dio upitnika odnosio se na sociodemografske karakteristike sudionika, kao što su spol, dob, stupanj obrazovanja, radni staž i djelatnost u kojoj sudionici trenutno rade. Drugi dio upitnika obuhvaćao je tvrdnje vezane za postupke medicinskih sestara povezane s načinima donošenja odluka.

Rezultati: Medicinske sestre su iskazale da patronažna služba i zdravstvena njega u kući zahtijevaju višu razinu obrazovanja jer one moraju samostalno donijeti ispravnu odluku za pacijenta i njegovu obitelj. Sudionici također ističu kako pravilno i kvalitetno donošenje odluka uzrokuje veću razinu stresa, s naglaskom na kvalitetne komunikacijske vještine i razvijenu empatiju prema pacijentu.

Zaključak: Sestrinstvo je profesija koja zahtijeva kontinuirano usavršavanje zbog sve zahtjevnijeg zdravstvenog sustava i kompetencija koje se traže od medicinskih sestara. Profesionalnost, empatija, komunikacijske vještine te etičko postupanje prema pacijentima, bez obzira na spol, dob i rasu, ono su što medicinsku sestru čini jedinstvenom i kvalitetnom. Kontinuirano usavršavanje vještina i viša razina obrazovanja olakšavaju donošenje odluka koje su ključne za pacijenta i njegovu obitelj.

Ključne riječi: patronažna sestra, sestra iz kućne njege, načini odlučivanja, intuicija, prosuđivanje, racionalno odlučivanje.

Summary

Introduction and goal: Decision-making is a constant process in both professional and personal life, consisting of a series of interconnected activities, whose ultimate goal is to make a decision. Decision-making is essential in nursing practice. Nurses and technicians (hereinafter referred to as nurses) often encounter various problems and situations during their working lives where it is necessary to make correct and quality decisions based on data. Patronage nurses and home care nurses visit patients in their homes and are not able to consult with a team working on a hospital ward or rely on medical technology available for monitoring the patient's condition in the hospital. A patronage nurse and a home care nurse must possess extensive knowledge and sometimes rely on their intuition or judgment to act correctly in situations that require urgent reaction.

The aim of this study is to examine whether there are differences in decision-making between nurses based on their level of education and whether there is a difference in decision-making methods between nurses working in patronage health services, home health care facilities, and the hospital system.

Methods: The research was conducted using a quantitative research method and included 328 participants. For the purpose of the study, a survey questionnaire consisting of 20 questions was used. The first part of the questionnaire related to the sociodemographic characteristics of the participants, such as gender, age, level of education, work experience, and the sector in which the participants currently work. The second part of the questionnaire addressed statements regarding nurses' procedures related to decision-making methods.

Results: Nurses indicated that patronage health services and home health care require a higher level of education because they need to independently make the right decisions for the patient and their family. Participants also pointed out that proper and quality decision-making leads to a higher level of stress, with an emphasis on strong communication skills and developed empathy towards the patient.

Conclusion: Nursing is a profession that requires continuous improvement due to the increasingly demanding healthcare system and the competencies required of nurses. Professionalism, empathy, communication skills, and ethical behavior towards patients, regardless of gender, age, or race, are what make a nurse unique and high-quality. Continuous skill development and higher levels of education facilitate decision-making, which is crucial for both the patient and their family.

Keywords: patronage nurse, home care nurse, decision-making methods, intuition, judgment, rational decision-making.

Popis korištenih kratica

HKMS	Hrvatska komora medicinskih sestara
NIPDS	Nurse Intuition Patient Deterioration Scale- skala za procjenu stanja pacijenta na temelju intuicije med.sestre
NEWS	Nacionalni rezultat ranog upozorenja pogoršanja kod pacijenata
MEWS	Modificirani rezultat ranog upozorenja
REMS	Rapid Emergency Medicine Score - skala za procjenu hitnih stanja
GCS	Glasgow Coma Scale- Glasgow ljestvica procijene stanja svijesti prilikom gubitka svijesti
SpO2	Saturacija
APACHE II	Mjeri ozbiljnost bolesti koja se temelji na trenutnim fiziološkim mjerenjima
OASIS	ljestvica za procjenu ozbiljnosti i funkcionalnog oštećenja povezanih sa simptomima anksioznosti i depresije
MODS	Sustav bodovanja koji se koristi za procjenu ozbiljnosti disfunkcije više organa
JIL	Jedinica intenzivnog liječenja
HZZO	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
HKO	Hrvatski kvalifikacijski okvir
EBN	Evidence Based Nursing- praksa utemeljena na dokazima
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences – statistički paket za društvene znanosti
N	Uzorak
M	Aritmetička sredina
SD	Standardna devijacija
r	koeficijent korelacije
p	p- vrijednost
Min	najmanji rezultat
Max	najveći rezultat
EBM	Evidence Based Medicine

Sažetak

1. Uvod.....	1
2. Odlučivanje	4
2.1. Odlučivanje u sestrinstvu	5
2.2. Načini odlučivanja.....	5
3. Vrste odlučivanja.....	7
3.1. Intuitivno odlučivanje	7
3.2. Odlučivanje na temelju prosuđivanja	10
3.3. Racionalno odlučivanje	10
4. Sestrinska profesija	12
4.1. Razvoj sestrinstva u Republici Hrvatskoj	12
4.2. Obrazovanje medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj.....	13
5. Podjela zdravstvene zaštite.....	14
5.1.1. Primarna zdravstvena zaštita.....	14
5.1.2. Sekundarna zdravstvena zaštita.....	15
5.1.3. Tercijarna zdravstvena zaštita.....	16
5.2. Patronažna služba	16
5.3. Zdravstvena njega u kući.....	18
5.4. Bolnička služba	20
5.5. Sestrinstvo utemeljeno na znanstvenim dokazima –EBNP.....	21
6. Istraživački dio rada	25
6.1. Cilj istraživanja	25
6.2. Hipoteze	25
6.3. Sudionici.....	25
6.4. Etički aspekti istraživanja.....	26
6.5. Opis mjernog instrumenta	26
6.6. Metode obrade podataka	26
7. Rezultati istraživanja	27
7.1. Sociodemografska obilježja sudionika	27
7.2. Deskriptivna statistička analiza	44
7.3. Inferencijalna statistička analiza	48
8. Rasprava	55
9. Zaključak	59
10. Literatura	61
11. Dodaci.....	64
11.1. Popis tablica	64
11.2. Popis grafikona.....	64
11.3. Popis slika	65
12. Prilozi.....	66
12.1. Anketni upitnik.....	66

12.2.	Izjava o autorstvu	72
12.3.	Odgovor na upit o broju medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj	72

1. Uvod

Sestrinstvo, kao organizirana djelatnost, ima svoje korijene u dalekoj prošlosti.

Florence Nightingale je utemeljila moderno sestrinstvo i otvorila prvu školu za medicinske sestre. Današnje moderno sestrinstvo ističe edukaciju kao prioritet u životu medicinske sestre/tehničara, a edukaciju trebaju voditi visoko obrazovane medicinske sestre/tehničari na svim razinama obrazovanja. Medicinske sestre moraju poštivati etički kodeks koji ima pet osnovnih načela, „Načelo poštivanja bolesnika, načelo odgovornosti prema radu, svojim postupcima i propustima, i to bez obzira na savjete ili upute drugih stručnjaka, načelo skrbi za bolesnike, načelo poštivanja zakona i načelo odnosa prema Hrvatskoj komori za medicinske sestre (HKMS)”. Korištenje etičkog kodeksa se preporuča u svakodnevnoj praksi, sestrijskim istraživanjima i obrazovanju. Stručnost i djelovanje u skladu s kodeksima te tradicionalne etičke vrijednosti pomažu profesionalcu u dvojbama i svakodnevnim moralnim dilemama u cjelokupnom procesu zdravstvene skrbi [1].

Medicinske sestre/tehničari su najbrojnija skupina profesionalnih djelatnika u zdravstvenom sustavu, postale su neophodne u svim procesima zdravstvene skrbi i ravnopravni su nositelji odgovornosti za konačne ishode liječenja bolesnika, prevenciju bolesti ili zaštitu zdravlja u zajednici. Odluke koje medicinske sestre/tehničari donose u svojim intervencijama doprinose kvaliteti zdravstvene njege kao i sigurnosti te ishodima stanja bolesnika [2]. Međutim, svaki pacijent je jedinstven i često je potrebno prilagoditi pristup kako bi se zadovoljile individualne potrebe. Stoga, sposobnost medicinskih sestara da balansiraju između standardiziranih smjernica i individualizirane skrbi ključna je za uspješno donošenje odluka u sestrinstvu.

Zdravstvena njega bolesnika u 21. stoljeću provodi se na vrlo visokoj tehnologijskoj i moralnoj razini, a medicinske sestre su svjesne da sve što rade moraju temeljiti na najnovijim znanstvenim spoznajama, na dobroj kliničkoj ekspertizi i poštivanju volje bolesnika kao ravnopravnog sudionika u procesu liječenja [2]. Praksa utemeljena na dokazima se nalazi u bazi podataka zvanog EBM. Svoj je pravi razvoj EBM počela 70-tih godina prošlog stoljeća kada je A. L. Cochrane (1909. – 1988.) skrenuo pozornost na nedostatak čvrstih dokaza o ishodima zdravstvene skrbi [3]. Autor Sikavica (2014) je definirao odluku kao „smjer, putokaz odnosno pravac djelovanja ili akcije za onoga tko je mora provesti u život“ [4].

Pojam odlučivanje prisutan je u svakoj vrsti organizacije te je ključan za donošenje poslovnih odluka, na svim razinama menadžmenta i u svim poduzećima. Također, odlučivanje je jedna od funkcija menadžmenta, a mnogi autori smatraju da je ona ujedno i najvažnija funkcija [5]. Donošenje odluka je proces biranja najbolje opcije za postizanje ciljeva" [6]. Donošenje odluka u sestrinstvu ključan je aspekt svakodnevne prakse koji utječe na kvalitetu skrbi, sigurnost pacijenata i profesionalni razvoj medicinskih sestara. Može se ostvariti na grupnoj ili individualnoj razini. Proces donošenja odluka u sestrinstvu uključuje integraciju teorijskog znanja, kliničkog iskustva i etičkih principa kako bi se osigurala najbolja moguća skrb za pacijente. Medicinske sestre, kao ključne članice zdravstvenog tima, svakodnevno su suočene s brojnim izazovima u donošenju odluka bez obzira na to rade li u patronažnoj službi, ustanovi za kućnu njegu ili u bolničkom sustavu. Medicinske sestre moraju biti sposobne analizirati situacije, prepoznati problem te sukladno svojim kompetencijama donijeti pravilnu i kvalitetnu odluku o daljnjem postupanju.

Patronažna služba, ustanova za kućnu njegu i bolnički sustav tri su specifična radna okruženja koja postavljaju različite zahtjeve pred medicinske sestre. Patronažna služba, koja uključuje rad u zajednici, zahtijeva od medicinskih sestara samostalnost i sposobnost donošenja odluka u različitim situacijama, često uz ograničene informacije i resurse. U kućnoj njezi, gdje su pacijenti često u dugotrajnom procesu oporavka ili terminalnoj fazi bolesti sestre se suočavaju s izazovom pružanja skrbi u pacijentovom domu. Potrebno je donijeti odluke koje će osigurati kontinuitet skrbi i poštivanje pacijentove autonomije, uz uzimanje u obzir obiteljskih dinamika i dostupnosti resursa. U bolničkom sustavu, medicinske sestre često rade u visokointenzivnom okruženju koje zahtijeva brze i precizne odluke, često u suradnji sa multidisciplinarnim timom. Njihove odluke moraju biti usklađene između standardiziranih protokola i individualizirane skrbi. Medicinske sestre u kliničkoj praksi mogu koristiti Nurse Intuition Patient Deterioration Scale-skala za procjenu stanja pacijenta na temelju intuicije medicinske sestre (NIPDS) i Nacionalni rezultat ranog upozorenja pogoršanja kod pacijenata (NEWS) za procjenu rizika kod pacijenata i predviđanja štetnih događaja. U istraživanju autora Filipa Haegdorensa i suradnika, iz 2020. godine, sudjelovalo je 325 pacijenata smještenih u bolnici u Belgiji koji su imali ispunjenu NIPDS skalu, dobiveni su rezultati gdje je NIPDS pokazao jake mogućnosti predviđanja pogoršanja stanja pacijenta i dokazano može objektivizirati intuiciju medicinske sestre u procjeni stanja pacijenta u svrhu povećanja sigurnosti pacijenta [7].

Prilikom osiguravanja kontinuiteta skrbi za pacijenta, pružanja podrške pacijentima i obiteljima te prilikom provođenja medicinskih intervencija važno je uključiti pacijente i njihove obitelji u proces donošenja odluka, poštujući njihove želje i vrijednosti.

S obzirom na sve složeniji zdravstveni sustav, potrebe za većim kompetencijama medicinskih sestara su sve više izražene. Educirane i visokoeducirane medicinske sestre mogu značajno utjecati na sveukupno zdravlje stanovništva, na njihov način života kao i na životne navike.

Obrazovanje medicinskih sestara nužno je u svrhu sigurnosti bolesnika i poboljšanju kvalitete zdravstvene njege, a kontinuiranom edukacijom unaprjeđuje se kvaliteta zdravstvene njege i povećava se učinkovitost u radu s bolesnicima te se time održava i povećava njihova sigurnost. Stupanj obrazovanja olakšava postizanje razine znanja i vještina koje doprinose intelektualnim procesima koji su potrebni za sudjelovanje u razvoju zdravstvene politike. Atributi vodstva se mogu naučiti kroz osnovne obrazovne institucije i treba ih njegovati kroz napredovanje u karijeri svakog pojedinca [8].

Cilj ovog rada je osvijestiti važnost medicinskih sestara, osvijestiti koliko je bitno da medicinska sestra radi na svojim vještinama i kompetencijama te objasniti načine na koje medicinske sestre donose konačne odluke. Utvrditi da li se služe intuicijom te ima li razlike u radnom okruženju i donošenju odluka u patronažnoj službi, ustanovi za zdravstvenu njegu u kući i u bolničkom sustavu.

2. Odlučivanje

Odlučivanje je proces donošenja izbora između različitih mogućnosti ili opcija, s ciljem odabira one koja će najvjerojatnije dovesti do željenog ishoda. U osnovi, to je kognitivni proces koji uključuje procjenu informacija, razmatranje mogućih posljedica, vaganje prednosti i nedostataka svake opcije te donošenje zaključka o tome koja je opcija najprikladnija za određenu situaciju. Događa se na svim razinama i u svim područjima ljudskoga djelovanja, a upućuje na postojanje problema, prilika ili ciljeva koji se moraju realizirati. Bez donošenja odluka ni pojedinac ni organizacija ne mogu rasti, razvijati se ili ostvariti uspjeh [7]. Poslovno odlučivanje temelji se na informaciji, kontroli i upravljanju, te ga je potrebno razlikovati od pojma rukovođenja. Odlučivanje se sastoji od pet faza, ima svoj odgovarajući tijek i pravila te se odnosi na područja koja pokriva logistička znanost.

Faze logističkog odlučivanja su:

1. Iniciranje odlučivanja
2. Priprema odluke
3. Izbor u procesu odlučivanja
4. Provedba odluke
5. Kontrola i upravljanje procesom

Prilikom donošenja odluka menadžeri mogu koristiti različite stilove odlučivanja. Stilovi odlučivanja mogu biti autokratski, demokratski te bihevioralni. Osnovna značajka autokratskog stila odlučivanja je da se koncentracija moći odlučivanja nalazi u jednoj osobi. Demokratski stil odlučivanja, za razliku od autokratskog u proces donošenja odluka uključuje više sudionika, odnosno prilikom donošenja odluka, pri čemu važnu ulogu igraju i niže razine menadžmenta. Bihevioralni stil odlučivanja podrazumijeva širi krug ljudi koji sudjeluju u procesu donošenja odluka te je zasnovan na suradnji, objektivnosti, racionalizaciji i traženju što jednostavnijih rješenja. Izbor stila ovisi prvenstveno o menadžeru i njegovom načinu razmišljanja. Različiti pristupi i shvaćanja o tome kako se odluke donose i kako bi se one trebale donositi proizlaze iz interdisciplinarnosti područja odlučivanja [8]. Odluke mogu biti ponavljajuće i jednostavne uz laku mogućnost promjene ishoda, pa do odluka gdje je važnija pažljiva procjena postavljanjem većih zahtjeva za detaljnom prosudbom i analizom. Važnost odluke ovisi o ishodu koji može izazvati veće ili manje posljedice za pojedinca, skupinu osoba, organizaciju, institucije ili okruže, pa je potrebno pažljivo razmotriti sve aspekte prije donošenja odluke. Svrha odlučivanja jest uspješnim, ekonomičnim i pravodobnim odlukama postići pozitivan ishod, ukoliko je moguće izbjeći pogrešan odabir negativnoga ishoda, a posljedice umanjiti ili ublažiti [9]

2.1. Odlučivanje u sestrinstvu

Donošenje odluka je svakodnevno ljudsko iskustvo, a kliničko donošenje odluka je svakodnevno iskustvo medicinske sestre, u svoj svojoj složenosti i u različitim kliničkim kontekstima. Unatoč opsežnim smjernicama, politikama i obrazovanju, stvarnost medicinskih sestara društveno je konstruirana i subjektivno interpretirana [8]. Odlučivanje u sestrinstvu ključni je aspekt profesionalne prakse medicinskih sestara jer izravno utječe na kvalitetu skrbi koja se pruža pacijentima. Ovaj proces uključuje procjenu zdravstvenog stanja pacijenta, planiranje i provođenje odgovarajućih intervencija te evaluaciju ishoda kako bi se osiguralo da su potrebe pacijenta zadovoljene na optimalan način. Medicinske sestre donose odluke u različitim kontekstima, a svaka situacija zahtijeva prilagodbu pristupa, ovisno o složenosti kliničkih situacija, dostupnim resursima, hitnosti problema i specifičnim potrebama pacijenata. U bolničkom okruženju, sestre često surađuju s liječnicima i drugim zdravstvenim stručnjacima, što zahtijeva donošenje brzih i preciznih odluka u okviru multidisciplinarnog tima. U patronažnoj službi i ustanovama za kućnu njegu, sestre često donose samostalne odluke, oslanjajući se na svoje kliničko znanje i iskustvo, s posebnim naglaskom na procjenu rizika i sigurnosti pacijenata. Uključuju i etičke aspekte, poput poštivanja autonomije pacijenata, procjene koristi i rizika intervencija te osiguravanja dostojanstva i kvalitete života pacijenata. Donošenje odluka može biti utemeljeno na dokazima opisanim u protokolima i smjernicama za medicinske sestre. Medicinske sestre moraju balansirati između medicinskih smjernica, zakonskih okvira, profesionalnih standarda i individualnih potreba pacijenata kako bi donijele odluke koje su u najboljem interesu pacijenata. Važno je da medicinska sestra jasno i empatično komunicira s pacijentima kako bi ih uključila u proces donošenja odluka. Prilikom donošenja odluka moraju se uzeti u obzir etički principi i vrijednosti te osigurati da donešene odluke poštuju autonomiju, pravednost i dobrobit pacijenata.

2.2. Načini odlučivanja

Odlučivanje je odabir smjera djelovanja između više alternativa, ono je bit planiranja, odnosno korak, čak i kada se obavlja brzo i s malo razmišljanja ili kada utječe na akciju svega par minuta [4]. Odnose se na različite pristupe i metode koje pojedinci ili organizacije koriste prilikom donošenja odluka [9]. Ovi načini mogu varirati ovisno o kontekstu, složenosti problema, dostupnim informacijama i vremenskim ograničenjima.

Temeljna podjela načina odlučivanja je prema:

- Vrsti problema o kojima se odlučuje (programirano / strukturirano ili rutinsko i neprogramirano / nestrukturirano ili nerutinsko)
- Klasifikacija odluka s obzirom na mjesto odlučivanja u strukturi radne organizacije (strateška, taktička, logistička i operativna razina)
- Odlučivanje prema subjektima koji sudjeluju u procesu (individualno/pojedinačno i grupno/skupno)
- Klasifikacija odluka s obzirom na način odlučivanja (intuitivno odlučivanje , odlučivanje na temelju prosuđivanja, racionalno odlučivanje)
- Klasifikacija odluka s obzirom na okolnosti u kojima se donose (sigurnosti, rizika, nesigurnosti) [6].

3. Vrste odlučivanja

Odluke su zbroj tri čimbenika: intuicije, procjene i racionalnosti, što dovodi do podjele na intuitivno odlučivanje, odlučivanje na temelju prosuđivanja i racionalno odlučivanje [9].

Odlučivanje na temelju intuicije ima najmanju vrijednost i najčešće se koristi kod operativnih odluka. Srednju vrijednost ima odlučivanje na temelju prosuđivanja i ono se najčešće koristi za taktičke odluke i na kraju najveću vrijednost ima racionalno odlučivanje koje se koristi za strateške odluke. Razdvajanje međudjelovanja između intuicije utemeljene na iskustvu i implementacije utemeljene na teoriji, ključno je za prepoznavanje izravnog doprinosa koji teorija može dati za generiranje promjena u ponašanju potrebnih za uspješno prevođenje dokaza [10].

3.1. Intuitivno odlučivanje

Autor Alexis Carrel rekao je: „Intuicija je vrlo slična vidovitosti, javlja se kao vrlo snažna percepcija stvarnosti. “Nikola Tesla, jedan od najvećih istraživača prirodnih zakona i tvorac mnogih tehnoloških otkrića, uvijek je isticao da do glavnih spoznaja nije došao logičkim analizama nego intuicijom [11]. Kako bi se ispitala primjena intuicije u odlučivanju, provedeni su mnogi eksperimenti. Osobe koje donose odluke pod pritiskom i u žurbi najčešće koriste intuiciju. Pretpostavka je da prilikom ponavljanja određenih radnji, postupaka dolazimo do stečenog iskustva koje nam donosi brzinu djelovanja. Pri donošenju određenih zaključaka i postupaka, na prvi pogled može se činiti da su odluke donesene isključivo na temelju intuicije, no dublja analiza otkriva prisutnost racionalne podloge stečene kroz proces učenja, koja kasnije omogućuje intuitivno djelovanje. Autor Kahneman (2002.godine) u svojoj literaturi intuiciju opisuje kao stručnost, a razvija se samo za one situacije: koje se ponavljaju, imaju određena jasna pravila i u kojima dobivamo brzu povratnu informaciju o tomu jesmo li u pravu ili u krivu. Autor Carl Gustav Jung (1875.-1961.), napisao je definiciju intuicije koja glasi: „intuicija je iracionala psihička funkcija koja predstavlja nesvjesno opažanje i vrstu nesvjesnog razumijevanja određenih sadržaja [10]. “U istraživanju autorice Natalie Taylor i suradnika (2023. godine) koje je provedeno u Australiji, sudjelovala su 32 stručnjaka iz područja genomike. Cilj im je bio opisati kombinirani pristup koji se temelji na intuiciji kliničara i teoriji za identificiranje odrednica i strategija za implementaciju klinikogenomike. Nakon testiranja zaključak je da kliničari prirodno generiraju vlastita rješenja kada provode kliničke intervencije, a u ovom primjeru klinikogenomike te su intuitivne strategije usklađene s teorijskim preporukama u 20% slučajeva [9].

Intuicija medicinskih sestara ima ključnu ulogu u svakodnevnoj kliničkoj praksi, omogućujući im da brzo i učinkovito odgovore na potrebe pacijenata, često u situacijama kada nemaju sve potrebne informacije ili kada su pod pritiskom vremena. Iako se intuicija može činiti kao instinktivna reakcija, ona je zapravo rezultat dugogodišnjeg iskustva, kontinuiranog učenja i dubokog razumijevanja kliničkih obrazaca. Medicinske sestre koriste intuiciju za prepoznavanje suptilnih znakova promjena u pacijentovom stanju, donošenje odluka u složenim situacijama i procjenu rizika, što im omogućuje pružanje pravovremene i individualizirane skrbi. Intuicija tako postaje vrijedan alat koji nadopunjuje njihovu stručnost, pridonoseći poboljšanju kvalitete zdravstvene skrbi. U kliničkoj praksi valjan i precizan instrument koji koristi kliničke znakove za procjenu pogoršanja pacijenta kod hospitaliziranih pacijenata je Nurse Intuition Patient Deterioration Scale (NIPDS), skala za procjenu pogoršanja stanja pacijenta [11].

NIPDS se sastoji od raznih skala. Modificirani rezultat ranog upozorenja (MEWS) jednostavan je indeks bodovanja uz krevet koji procjenjuje fiziološko stanje pacijenta na temelju šest vitalnih parametara; broj otkucaja srca, krvni tlak, brzina disanja, središnja tjelesna temperatura, mentalni status i izlučivanje urina. Rapid Emergency Medicine Score (REMS) skala za procjenu hitnih stanja, indikatore koje koristi su krvni tlak, brzina disanja, puls, Glasgow Coma Scale (GCS)-Glasgow ljestvica procijene stanja svijesti prilikom gubitka svijesti, dob i saturacija (SpO₂) [12]. APACHE II mjeri ozbiljnost bolesti koja se temelji na trenutnim fiziološkim mjerenjima, dobi i prijašnjim zdravstvenim stanjima. Rezultat može pomoći u procjeni pacijenata kako bi se odredila razina i stupanj dijagnoze [13]. OASIS ljestvica služi za procjenu 5 stavki koje se odnose na prošli tjedan i ocjenjuje se na Likertovoj ljestvici u rasponu od 0 do 4. Viši rezultati ukazuju na veću ozbiljnost i oštećenje povezano s anksioznošću. Dizajnirana je za procjenu ozbiljnosti i funkcionalnog oštećenja povezanih sa simptomima anksioznosti i depresije [14]. MODS je sustav bodovanja koji se koristi za procjenu ozbiljnosti disfunkcije više organa kod kritično bolesnih pacijenata, uz praćenje vitalnih funkcija pacijenta i krvnih parametara, SpO₂, Prate se i kontroliraju respiratorni, kardiovaskularni, bubrežni, jetreni, neurološki i hematološki sustav i ovisno o broju zahvaćenih sustava procjenjuje se smrtnost pacijenta [15].

Sve navedene skale se koriste u jedinici intenzivnog liječenja (JIL-u) u bolničkom sustavu te u hitnoj službi. U istraživanju autora Haegdorensa i suradnika iz 2022. godine, opisano je korištenje NIPDS skale u bolnici na dva kirurška i u dvije jedinice intenzivnog liječenja u Belgiji. Prilikom hospitalizacije pacijenta na odjel ispunjena je NIPDS ljestvica i promatrani su pacijenti. Proučavani ishodi bili su hitan poziv liječniku za pomoć, poziv reanimacijskom timu, smrt pacijenta i neplanirani premještaj na intenzivnu. Rezultati su pokazali da je uz intuiciju medicinske sestre, NIPDS valjan i točan instrument za predviđanje događaja kod kirurških pacijenata i pacijenata smještenih u JIL-u.

Naslov	Indikator	Ukupni rezultat	Cilj	Odjel primjene	Prednost	Nedostatak
MEWS	Otkucaji srca, Sistolički krvni tlak, Disanje, Temperatura, Svijest	0–14	Procijeniti stanje pacijenata	JIL, Hitni odjel	Jednostavan za korištenje, Kratko vrijeme trošenja	Visoka stopa lažnih pozitivnih rezultata
REMS	Krvni tlak, Disanje, Puls, GCS, Dob, SpO2	0–26	Predvidjeti smrtnost pacijenata	JIL, Hitni odjel	Visoka točnost	Vrijeme trošenja
APACHE II	Akutni fiziološki rezultat, Dob, Kronična zdravstvena procjena	0–71	Procijeniti stanje pacijenata	JIL, Hitni odjel	Visoka točnost, Opsežna upotreba	Vrijeme trošenja
OASIS	Dani u bolnici, Otkucaji srca, Disanje, Dob, Srednji arterijski tlak, Temperatura, GCS, 24h izlučivanje urina	0–75	Procijeniti stanje pacijenata	JIL	Jednostavan za korištenje	Neodređena granična vrijednost
MODS	PaO2, FiO2, CVP, GCS, Trombociti, Serum kreatinin, Ukupni bilirubin u serumu, Otkucaji srca, Srednji arterijski tlak	0–24	Predvidjeti smrtnost pacijenata	JIL	Visoka točnost	Vrijeme trošenja

Slika 3.1.1. Nurse Intuition Patient Deterioration Scale (NIPDS) skala za procjenu pogoršanja stanja pacijenta. Izvor: F. Haegdorens [11].

Intuicija se češće koristi u svakodnevnim životnim situacijama, pogotovo u privatnom životu. U slučajevima kada su informacije minimalne, okolnosti nesigurne i treba žurno reagirati, intuicija može poslužiti samo kao brza reakcija u takvim situacijama. Intuicija ima važnu ulogu u praksi medicinskih sestara. Ona je brz, instiktivan odgovor na situaciju koja se temelji na prethodnom iskustvu, znanju i emocionalnim signalima. Intuicija se ne može objasniti na racionalan način, ali može biti jako korisna u situacijama koje su hitne i kada su nam informacije ograničene. Unatoč dobrom iskustvu s korištenjem intuicije ili donošenju odluka na temelju intuicije, ona nije uvijek pouzdana i ne smije se koristiti kao jedini faktor u donošenju odluka. Medicinska sestra treba koristiti svoje kliničko znanje, surađivati sa kolegama radi donošenja boljih odluka i osiguranja najbolje skrbi za pacijenta.

3.2. Odlučivanje na temelju prosuđivanja

Prosuđivanje se može definirati kao mentalni proces u kojem pojedinac procjenjuje i interpretira informacije kako bi formirao stavove, zaključke i odluke. Ovaj proces uključuje analizu podataka, povezivanje informacija, a često i emocionalne i intuitivne elemente [4].

Odlučivanje na temelju prosuđivanja je odlučivanje koje se temelji na prijašnjim iskustvima koje možemo primjeniti na istim ili sličnim situacijama, odnosno temelji se na programiranom odlučivanju. Koristi se kada postoje približno isti ili slični uvjeti i na temelju toga se donosi odluka [16]. U slučaju da su se uvjeti izmijenili onda prijašnje iskustvo ne vrijedi. Primjenjuje se samo u situacijama koje se ponavljaju. Odlučivanje temeljem prosuđivanja je kompleksan, ali ključan proces koji oblikuje naše živote. Razumijevanje i poboljšanje naših vještina prosuđivanja može značajno doprinijeti kvaliteti naših odluka, kako u osobnom tako i u profesionalnom kontekstu [4].

3.3. Racionalno odlučivanje

Racionalno odlučivanje temelji se na znanstvenim metodama odlučivanja: podaci i informacije prikupljaju se iz različitih izvora (baze podataka, skladišta, časopisi, internet...) [16].

Donošenje racionalnih odluka je dugotrajan proces, prikupljeni se podaci analiziraju, utvrđuje se više alternativnih mogućnosti, i na kraju, bira se jedna. U racionalnom odlučivanju veliku ulogu ima logika, stoga se može reći da ne postoji savršena racionalnost. Menadžeri imaju veliku odgovornost pri donošenju odluke jer se njihove odluke ne odnose samo na njih, nego i na živote drugih ljudi. Nedostatak ovakvog donošenja odluka je nedovoljna informiranost ako je riječ o kraćem roku. Racionalno odlučivanje se provodi u nekoliko faza, broj faza se razlikuje prema autorima, no svaki autor navodi relevantne faze procesa racionalnog odlučivanja.

Faze racionalnog odlučivanja su:

- Dijagnosticiranje problema
- Prepoznavanje ograničenja u odlučivanju
- Prepoznavanje mogućnosti, odnosno određivanje inačica
- Procjena mogućnosti, odnosno ocjena inačica
- Izbor određene inačice, odnosno donošenje najbolje odluke.

Poželjno je da se što više poslovnih odluka donosi racionalno, no to nije realno za očekivati. Zbog niza okolnosti, iskustava u prošlosti, nepredvidivih događaja u budućnosti, nemogućnosti

sagledavanja svih čimbenika utjecaja i mogućnosti alternativnih odluka, teško je donijeti savršenu racionalnu odluku koja bi bila primjerena baš u tom trenutku i situaciji [14].

4. Sestrinska profesija

Sestrinska profesija ima ključnu ulogu u zdravstvenom sustavu svake zemlje, pružajući osnovnu i specijaliziranu njegu pacijentima u različitim okruženjima. Kroz povijest, sestrinstvo se razvijalo kao odgovor na rastuće potrebe društva za zdravstvenom skrbi, od tradicionalne uloge njegovateljice do visokoobrazovane medicinske sestre koja aktivno sudjeluje u organizacijskim i upravljačkim sustavima zdravstva, sustavu zdravstvene zaštite u zajednici, telemedicini, primjeni sve složenijih terapija i tehnologija. Standard obrazovanja, sadržaj i način djelovanja, uvjeti za obavljanje djelatnosti, kontrola kvalitete, dužnosti i kompetencije te stručni nadzor nad radom medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj uređuje Zakon o sestrinstvu [17].

4.1. Razvoj sestrinstva u Republici Hrvatskoj

U Hrvatskoj je u Dubrovniku 1347. godine otvorena prva bolnica pod nazivom „Domus Christi“, a prva karantena otvorena je 1377. godine. Prema pričama, u Varaždinu je osnovan prvi hospital uz samostan, koji su izgradili vitezovi iz reda Ivanovaca, a služio je samo kao svratište za bolesne i nemoćne, međutim, pravih povijesnih dokumenata o osnivanju hospitala nema. U 18. stoljeću, prema nalogu carice Marije Terezije, izdaje se zakon o obaveznom školovanju primalja i time počinje školovanje prvih primalja, najprije u Trstu, a zatim 1786. godine u Rijeci i 1820. godine u Zagrebu. Na području Republike Hrvatske začetnik obrazovanja medicinskih sestara bio je liječnik dr. Andrija Štampar. Zbog prepoznavanja potreba za obrazovanjem medicinskih sestara 1921. godine u Zagrebu otvorena je prva škola za sestre – pomoćnice. Sam model školovanja za sestre pomoćnice tražio je od polaznica da nakon tri mjeseca provedenih u internatu, praćenja njihovog rada s bolesnicima i ponašanja, za nastavak školovanja polažu pripremljeni ispit. Po završetku školovanja polagale su stručni ispit i postajale diplomirane sestre. Kasnije je školovanje trajalo dvije godine, a od 1930. godine izjednačeno je s ostalim srednjim školama i trajalo je tri godine. Škola za medicinske sestre pripojena je Medicinskom fakultetu 1953. godine, a osnovana je Viša škola za medicinske sestre. U Republici Hrvatskoj 1959. godine postojalo je pet Viših škola (Zagreb, Osijek, Pula, Rijeka i Split), ali donošenjem zakona o srednjim školama 1959. godine postojeće Više škole postale su srednje škole koje traju četiri godine [17].

4.2. Obrazovanje medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj

Hrvatski sabor je 2003. godine donio Zakon o sestrinstvu, a iste godine osnovana je Hrvatska komora medicinskih sestara. Započeo je novi sustav visokog obrazovanja medicinskih sestara/tehničara u RH akademske godine 2005/2006., prema smjernicama Međunarodnog vijeća medicinskih sestara i preporuci Svjetske zdravstvene organizacije obrazovanja medicinskih sestara i primalja. Od školske godine 2010/2011. srednjoškolsko obrazovanje traje pet godina prema novome nastavnom planu i programu. Prvostupnici sestrinstva se obrazuju na stručnim, ali i sveučilišnim studijima od 2010. godine u trajanju od tri godine. Na sveučilišni diplomski studij sestrinstva na Medicinskom fakultetu u Osijeku 2010. upisane su prve medicinske sestre/tehničari. Po završetku studija u trajanju od dvije godine stječu akademski naziv magistar/magistra sestrinstva [18].

Preddiplomski i diplomski studiji sestrinstva u Republici Hrvatskoj postaju važan i sastavni dio obrazovanja na sveučilištima. Magistrima se pruža prilika za radnim mjestima na kojima im se priznaje veći koeficijent na plaću, svojim istraživanjima mogu doprinjeti razvoju sestrinstva ali i mogućnost daljnjeg školovanja na doktorskom studiju što im omogućuje napredovanje u znanstveno nastavna zvanja predavača. Profesija medicinskih sestara posjeduje veliko, ali i jedinstveno znanje u unaprijeđenju zdravlja, zdravstvenoj njezi bolesnih osoba i u zadnje vrijeme sve više spominjanoj, palijativnoj skrbi. Napredak tehnologije, razvoj znanosti zahtijevaju i konstantno učenje, edukaciju i visoku razinu obrazovanja medicinskih sestara.

Direktive o priznavanju stručnih kvalifikacija, usklađivanje zakonodavstva i prakse svih zemalja članica EU su Direktiva 2005/36/EZ i Direktiva 2013/55/EU. U njima su točno definirani procesi i norme obrazovanja medicinskih sestara čime su zemlje članice EU zjednačile kompetencije i razine obrazovanja medicinskih sestara. Svrha usklađivanja zakonodavstva i prakse unutar EU je pružanje istih usluga i mogućnosti svim građanima žiteljima EU. Europski savez udruga medicinskih sestara donio je zajednički konsenzus o potrebi za jedinstvenim standardom programa i kompetencija medicinskih sestara koji je usklađene sa Direktivama. Ovakav jedinstveni način izuzetno je važan i za medicinske sestre, pacijente i za javnost.

5. Podjela zdravstvene zaštite

Dobar zdravstveni sustav je onaj koji pruža kvalitetne i pravovremene usluge svom stanovništvu, ima jak razvijen model financiranja, educirane zaposlenike tj. pružatelje zdravstvenih usluga te razvijenu infrastrukturu institucija i ustanova [18].

Zdravstveni sustav u RH obuhvaća brojne sudionike, a najvažnije je Ministarstvo zdravstva. Ovlasti ministarstva zdravstva su od upravljanja zakonodavstvom (zdravstvene zaštite) do izrade proračuna za zdravstveni sustav pa i educiranje zdravstvenih djelatnika, te donošenje i provođenje reformi u zdravstvu. Ministarstvo zdravstva zaduženo je za ulaganje zdravstvene ustanove u vlasništvu države. Financiranje zdravstvene zaštite provodi se preko već spomenutog HZZO-a i doprinosa, odnosno transfera iz državnog proračuna, koje odobrava Ministarstvo financija. Sustav funkcionira tako da HZZO i zdravstvene ustanove sklapaju ugovor kojim se uređuju prava i obveze za provedbu bolničkog liječenja, odnosno specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite [18]. HZZO definira osnovne zdravstvene usluge koje će biti pokrivena obveznim zdravstvenim osiguranjem kao i cijene koje će biti plaćene zdravstvenim ustanovama za provedene usluge [19]. Zdravstvena zaštita u Hrvatskoj organizirana je na tri razine:

1. primarna
2. sekundarna
3. tercijarna.

Zdravstvena zaštita stanovništva Republike Hrvatske provodi se na načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a specijaliziranog pristupa u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti [20].

5.1.1. Primarna zdravstvena zaštita

Zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja na primarnoj razini osigurane osobe Zavoda ostvaruju na osnovi slobodnog izbora doktora, u pravilu, prema mjestu stanovanja, a prema odredbama općih akata Zavoda.

Zdravstvena zaštita na primarnoj razini pruža se kroz djelatnosti:

- opću/obiteljsku medicinu
- zdravstvenu zaštitu predškolske djece
- zdravstvenu zaštitu žena
- patronažnu zdravstvenu zaštitu
- zdravstvenu njegu u kući bolesnika

- stomatološku zdravstvenu zaštitu (polivalentnu)
- higijensko-epidemiološku zdravstvenu zaštitu
- preventivno-odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata
- laboratorijsku dijagnostiku
- ljekarništvo
- hitnu medicinsku pomoć

Zdravstvena zaštita na primarnoj razini obuhvaća:

- praćenje zdravstvenog stanja stanovnika i predlaganje mjera za zaštitu i unapređenje zdravlja stanovnika
- sprječavanje i otkrivanje bolesti kao i liječenje i rehabilitaciju bolesnika
- specifičnu preventivnu zdravstvenu zaštitu djece i mladeži, osobito u osnovnim i srednjim školama te visokim učilištima na svom području
- zdravstvenu zaštitu žena
- preventivnu zdravstvenu zaštitu rizičnih skupina i ostalih stanovnika u skladu s programima preventivne zdravstvene zaštite
- savjetovanje, zdravstveno prosvjeđivanje i promicanje zdravlja radi njegovog očuvanja i unapređenja
- higijensko-epidemiološku zaštitu
- sprječavanje, otkrivanje i liječenje bolesti zubi i usta s rehabilitacijom,
- zdravstvenu rehabilitaciju djece i mladeži s poremećajima u tjelesnom i duševnom razvoju
- patronažne posjete, zdravstvenu njegu i liječenje u kući
- medicinu rada
- hitnu medicinsku pomoć
- palijativnu skrb
- zaštitu mentalnoga zdravlja [20].

5.1.2. Sekundarna zdravstvena zaštita

Zdravstvena djelatnost na sekundarnoj razini obuhvaća specijalističko-konzilijarnu i bolničku djelatnost. Specijalističko-konzilijarna djelatnost obuhvaća složnije mjere i postupke u pogledu prevencije, dijagnosticiranja te liječenja bolesti i ozljeda, provođenja ambulantne rehabilitacije te medicinske rehabilitacije u kući korisnika, odnosno štićenika u ustanovama za socijalnu skrb.

Specijalističko-konzilijarna djelatnost za svoje potrebe mora imati osiguranu laboratorijsku i drugu dijagnostičku djelatnost [20].

5.1.3. Tercijarna zdravstvena zaštita

Najviša razina zdravstvene zaštite, koja uključuje najsloženije dijagnostičke i terapijske postupke. Ova razina obično se pruža u kliničkim bolničkim centrima ili specijaliziranim ustanovama i obuhvaća napredne operativne zahvate, transplantacije, liječenje rijetkih bolesti i slično [20].

5.2. Patronažna služba

Razvoj patronažne službe u Hrvatskoj datira od 1930. godine, tj. od osnutka Središta sestara pomoćnica za socijalno higijenski rad u Zagrebu. Kroz povijest se patronažna skrb mijenjala pod utjecajem promjena koje su se događale u zdravstvu, pa se tako razvijao monovalentni ili specijalizirani tip patronažne skrbi koji se ponegdje zadržao sve do 1980-ih godina. Patronažne sestre su pripadale određenom dispanzeru i skrb su pružale samo pripadajućoj populaciji. Iako se nije mogla osporiti kvaliteta rada specijaliziranih sestara taj je tip patronažne skrbi bio u suprotnosti s holističkim poimanjem pojedinca i njegove obitelji, te je mnogostruko poskupljivao zdravstvenu zaštitu [21]. Polivalentni tip patronažne skrbi je funkcionalni model patronažne skrbi kojim se osigurava sestrinska skrb svim pojedincima na određenom području na principu zbrinjavanja obitelji i svih njezinih članova, sa posebnim naglaskom na holističkom poimanju pojedinca. Medicinska sestra je imala određeno geografski ograničeno područje i broj stanovnika za koje je trebala brinuti. Sve patronažne sestre Doma zdravlja činile su zasebnu službu, a o otkrivenim zdravstvenim problemima su obavještavale ovlaštenog liječnika ili drugog stručnjaka s kojim je dogovarala moguća rješenja. Polivalentni oblik patronažne skrbi zadržao se je i do danas. Obitelj kao temelj zajednice ciljana je skupina patronažne službe i u njejoj isključivoj i ekskluzivnoj nadležnosti.

Patronažna sestrinska skrb usmjerena je prema dvije glavne grupe rješavanja postavljenih zadataka, to su:

- Promicanje i očuvanje zdravlja te sprečavanje bolesti kod; novorođenčeta dojenčeta male i predškolske djece školske djece i omladine žena osobito za vrijeme trudnoće, babinja i dojenja starijih i nemoćnih osoba osoba s povećanim potrebama osoba rizičnog ponašanja i loših životnih navika
- Prepoznavanje, pravodobno otkrivanje i skrb za bolesne i nemoćne koja se provodi tamo gdje ljudi žive i rade, a najčešće u njihovim domovima.

Primarni cilj patronažne zdravstvene skrbi kao djela integralnog zdravstvenog sustava jest pružiti zdravstvenu zaštitu korisnicima izvan zdravstvenih ustanova, poticati ih na očuvanje i unapređenje vlastitog zdravlja, posebno u najosjetljivijim razdobljima života i u posebnim stanjima i okolnostima kao što su kronična bolest, invaliditet, starost ili loša socijalna situacija. Iz Zakona o sestrinstvu u Članaku 17. navodi se da je medicinska sestra obvezna evidentirati sve provedene postupke u sestrijskoj dokumentaciji za svakog pojedinog pacijenta na svim razinama zdravstvene zaštite. Postupke zdravstvene njege od 1.4.2013. je moguće prikazati kroz više DT postupaka te smo konačno u mogućnosti djelomice prikazati svoje izvršene usluge na osnovu vrste korisnika i oblika rada. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) je donio Odluku o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN, 38/13) kojom se radi praćenja rada i pravdanja utvrđenih sredstava za djelatnost patronažne zdravstvene zaštite iz stavka 1. ovog članka utvrđuju dijagnostičko-terapijski postupci „nulte“ razine:

- PT001 Prvi posjet obitelji
- PT002 Primarna prevencija
- PT003 Sekundarna i tercijarna prevencija
- PT004 Rad s grupama
- PT005 Telefonsko savjetovanje
- PT006 Suradnja s drugim stručnjacima
- PT007 Motivacija za sudjelovanje u nacionalnom preventivnom programu za rano otkrivanje raka vrata maternice
- PT008 Motivacija za sudjelovanje u nacionalnom preventivnom programu za rano otkrivanje raka dojke
- PT009 Motivacija za sudjelovanje u nacionalnom preventivnom programu za rano otkrivanje raka debelog crijeva s dostavom materijala za testiranje
- PT010 Procjena potreba za propisivanjem ortopedskih pomagala i med proizvoda
- PT011 Praćenje korištenja i revizija ortopedskih pomagala i medicinskih proizvoda

- PT012 Edukacija o načinu života i prevenciji komplikacija nakon operacije i drugih dijagnostičko-terapijskih postupaka
- PT013 Edukacija bolesnika za samozbrinjavanje rane
- PT014 Edukacija člana obitelji/skrbnika za tretiranje rane
- PT015 Edukacija bolesnika za tretiranje umjetnih otvora
- PT016 Edukacija člana obitelji/skrbnika za tretiranje umjetnih otvora
- PT017 Edukacija bolesnika za primjenu kisika u kući [22]

Sestrinska dokumentacija iz stavka 1. ovoga članka jest skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege. Danas patronažna sestra sestrinsku dokumentaciju provodi u elektroničkom obliku i sastavni je dio integriranog zdravstvenog sustava [23].

Djelovanje medicinske sestre je teritorijalno određeno i svaka sestra prema standardima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje pokriva područje od oko 5100 stanovnika [24]. U teško pristupačnim i dislociranim područjima taj normativ bi trebao biti znatno manji, što u praksi na žalost i nije tako. Na primjer; područje rada u gradskoj sredini uključuje djelovanje u prostoru od nekoliko ulica ovisno o naseljenosti, dok u Ličko-senjskoj županiji u prosjeku jedna patronažna sestra pokriva područje od 411, 75 km² i skrbi za 4129 stanovnika.

Prema podacima HZZO-a ugovorenih patronažnih sestara na području Republike Hrvatske ima ukupno 872, a prema broju stanovnika i potrebama bi ih trebalo biti 888, podaci pokazuju da ipak postoji mali pad u broju patronažnih sestara u odnosu na potrebe pacijenata i radnog okruženja [25]. Patronažna sestra osim skrbi za korisnike surađuje sa svim djelatnostima, osim primarne zdravstvene zaštite, ona surađuje sa medicinskim sestrama i fizioterapeutima koji rade u zdravstvenoj njezi u kući, palijativnim timom, centrom za socijalnu skrb...

5.3. Zdravstvena njega u kući

Bolesne i nemoćne osobe njegovali su članovi obitelji u vlastitim kućama, a korijeni zdravstvene njege bolesnika u kući sežu iz 1882. godine. Tada su opisane prve poželjne karakteristike njegovateljica koje su se dragovoljno brinule za bolesnike [26].

Od 1975. Godine počinje djelovati "Centar za njegu bolesnika s liječenjem u kući", osnovan od strane Crvenog križa. U 20. stoljeću naglasak se stavlja na kvalitetu života starijih i nemoćnih osoba, čime dolazi do podjele ustanova /domova za umirovljenike i ustanove za zdravstvenu njegu u kući, kao i na javnu i privatnu praksu. Godine 1991. osnovana je prva privatna zdravstvena njega i rehabilitacija u kući, čija je osnivačica bila Dubravka Lekić, bacc.med,techn. Nakon toga

uslijedila su osnivanja drugih privatnih ustanova na području Republike Hrvatske, a 2010. godine uveden je sustav koncesija u sve županije, čime je postignut dogovor između private prakse i Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje [27].

Organizacija rada i korištenje usluga zdravstvene njege u kući ima svaka osigurana osoba na osnovi sljedećih stanja:

- ✓ Nepokretnost ili teška pokretnost
- ✓ Kronične bolesti u fazi pogoršanja ili komplikacije (ako liječnik procijeni potrebu)
- ✓ Prolaznih ili trajnih zdravstvenih stanja kod kojih nije moguće samozbrinjavanje
- ✓ Skrb za stome, kirurške rane i rane koje su nastale kao komplikacija ležanja
- ✓ Osobe koje su u terminalnoj fazi bolesti

Izabrani liječnik primarne zdravstvene zaštite određuje potrebu za zdravstvenom njegom nakon pregleda pacijenta i uvida u dokumentaciju. Kada utvrdi da postoje potrebe za zdravstvenom njegom u kući pacijenta, liječnik primarne medicine izdaje nalog za izvršavanje postupaka.

S obzirom na stupanj zahtjevnosti prema dijagnostičko –terapijskim postupcima dijeli na:

- ❖ DTP 1- minimalna zdravstvena njega bolesnika (uzimanje materijala za laboratorijske i mikrobiološke pretrage, mjerenje vitalnih znakova, toaleta i njega stome, primjena i.m. i s.c. injekcije)
- ❖ DTP 2- pojačana zdravstvena njega bolesnika (obuhvaća sve postupke iz DTP 1, previjanje rana prvog i drugog stupnja, toaleta sonde, potpuna zdravstvena njega teško pokretnog ili nepokretnog pacijenta)
- ❖ DTP 3- opsežna zdravstvena njega bolesnika (svi postupci iz DTP 1 I DTP 2, previjanje rana 3 stupnja, primjena terapije kisikom)
- ❖ DTP 4- zdravstvena njega bolesnika u terminalnoj fazi bolesti (svi postupci iz DTP 1, DTP 2, DTP 3 te previjanje rana četvrtog stupnja)

Dodatni dijagnostičko terapijski postupci zdravstvene njege su:

- ❖ DTP 5- primjena klizme
- ❖ DTP 6- toaleta i prijevoj rana prvog i drugog stupnja (dekubitusi i ulkusi)
- ❖ DTP 7- toaleta i prijevoj rane trećeg i četvrtog stupnja
- ❖ DTP 8 - postavljanje i primjena nazogastrične sonde [24].

Bolesnici u zdravstvenoj njezi u kući često su otpušteni iz bolnica i nastavljaju liječenje u svojim domovima. Pacijenti, iako su sretni što su s obitelji, suočavaju se s bolovima, promijenjenim

ponašanjem i neizvjesnošću. Često su trajno vezani za krevet i ovisni o pomoći drugih. U ustanovama za zdravstvenu njegu u kući rade medicinske sestre opće njege i prvostupnice sestrištva. Osim opće njege pacijenta, one provode i složenije zahvate, što zahtijeva sve veće kompetencije. Medicinska sestra je izložena brojnim reakcijama i zahtjevima bolesnika koje ne može ispuniti ili mora zaboraviti. Često nailazi na socijalne probleme i susreće se sa obiteljskim problemima koji se rješavaju sudskim putem gdje često mora biti svjedokom u obiteljskim situacijama. U zdravstvenoj njezi u kući sestra radi na terenu, putuje po lijepim, kišnim, snježnim i zaleđenim uvjetima. Radi u nekontroliranoj okolini, često su to kućni ljubimci (znatan broj mačaka, pasa, u jednoj situaciji su zatekle kokoši u spavaćoj sobi starijeg pacijenta), otežanim higijenskim uvjetima (nedostatak vode, sapuna), bez struje, obavlja njegu u nezagrijanim prostorijama, na niskim krevetima. U kući većina u pravilu koristi krevet ili kauč koje ukućani koriste za spavanje kad su zdravi ili neadekvatan ležaj jer nemaju postelju. Unatoč svim poteškoćama, medicinske sestre obavljaju svoj posao, prilagođavajući se izazovima na terenu. Prema trenutnim brojkama koji postoje, u zdravstvenoj njezi u kući radi 1254 ugovorenih medicinskih sestara, a prema potrebama ih fali još 144 [21].

5.4. Bolnička služba

Osnivanje mnogih modernih bolnica s odvojenim odjelima za različite bolesti i stanja. Bolnice su postale specijalizirane ustanove s odjelima za kirurgiju, zarazne bolesti, mentalno zdravlje i druge specijalnosti. U 20. stoljeću događa se veliki napredak u medicini: Uvođenjem antibiotika, anestezije i aseptičkih tehnika značajno je povećana kvaliteta skrbi. Počinju se koristiti suvremeni dijagnostički uređaji poput rendgenskih aparata, koji omogućuju preciznije dijagnosticiranje i liječenje. Tijekom drugog svjetskog rata osnivaju se ratne bolnice i pokretne medicinske jedinice postaju ključne za zbrinjavanje ranjenih vojnika. U mnogim zemljama osnivaju se nacionalni zdravstveni sustavi koji osiguravaju pristup zdravstvenoj skrbi za sve građane. U Velikoj Britaniji je NHS (National Health Service) osnovan 1948. godine, pružajući besplatnu medicinsku skrb svima. 21. stoljeće donosi stvaranje sve suvremenijih bolnica; modernizacija bolnica uključuje digitalizaciju medicinskih kartona, telemedicinu, minimalno invazivne kirurške tehnike i multidisciplinarnu pristupe liječenju. Bolnice su opremljene naprednom tehnologijom koja omogućuje bržu i učinkovitiju skrb.

Globalna pandemija COVID-19 ubrzala je promjene u zdravstvenom sustavu, uključujući povećanje kapaciteta intenzivne njege i razvoj novih pristupa u liječenju i prevenciji. Bolnice su

se morale brzo prilagoditi svojim postupanjem sa pacijentima kako bi se nosile s velikim brojem pacijenata oboljelih od COVID-19.

Hrvatska ima 5 kliničkih bolničkih centara (KBC), koji su najveće zdravstvene ustanove u zemlji i pružaju širok spektar specijaliziranih zdravstvenih usluga. To su: KBC Osijek, KBC Rijeka, KBC Sestre milosrdnice, KBC Split, KBC Zagreb.

Uz kliničke bolničke centre, u Hrvatskoj postoje i 3 kliničke bolnice: KB Dubrava, KB Merkur, KB Sveti Duh, sve se nalaze u gradu Zagrebu.

Pored KBC-ova i KB-ova, u Hrvatskoj postoji više desetaka drugih bolnica, uključujući opće bolnice, specijalne bolnice (npr. za rehabilitaciju, ortopediju, dječje bolesti itd.), te privatne bolnice. Ukupno, broj bolnica u Hrvatskoj iznosi oko 60. Uz to postoje i 3 lječilišta: Topusko, Veli Lošinj i Bizovačke toplice [28].

U bolničkom sustavu na dan 19.07.2024. radi 16 986 medicinskih sestara koje rade na radilištima od hitnih službi i odjela intenzivne njege, preko specijaliziranih bolničkih odjela kao što su anesteziologija, interna, kirurgija, onkologija, pedijatrija, psihijatrija, palijativni odjeli i odjeli za rehabilitaciju. [29].

5.5. Sestrinstvo utemeljeno na znanstvenim dokazima –EBNP

Izraz “temeljen na dokazima” (EBP), prvi je u riječniku počeo primjenjivati autor David E. Eddy. Prvi puta ga je objavio 1990. godine u američkom časopisu “The Journal of the American Medical Association”, gdje je naveo kako se zdravstvena politika mora temeljiti na dokazima koji su potvrđeni znanstvenim istraživanjima [30]. Sestrinstvo je profesija koja pruža usluge zdravstvene njege i skrbi za bolesne i zdrave. Autorica Fučkar (1994.) spominje u svojoj literaturi Virginiju Henderson koja je definirala ulogu medicinske sestre kao: „... pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje pridonose zdravlju, oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. Pomoć treba pružiti na način koji će pridonijeti što bržem postizanju njegove samostalnosti”.

Praksa temeljena na dokazima (EBP) pristup je rješavanju problema njezi pacijenata, koji integrira najbolje dokaze iz dobro osmišljenih studija sa stručnošću kliničara, procjenama pacijenata i vlastitim preferencijama pacijenata, što vodi do bolje i sigurnije njege, boljih rezultata i nižih troškova zdravstvene zaštite [30].

EBP način donošenja odluka zasnovan je na 3 izvora:

- Dokazi koji proizlaze iz relevantnih kliničkih istraživanja
- Educiranost, klinička praksa i iskustvo zdravstvenog djelatnika stečeno kroz sustav obrazovanja i rad
- Bolesnikov sustav vrijednosti, vjerovanja i očekivanja temeljen na relevantnim činjenicama

Združivanjem ova tri izvora dolazi do najbolje moguće odluke za svakog pojedinog bolesnika.

Kako bi se donjela najbolja odluka potrebno je slijediti princip opisan u pet koraka:

1. Postavljanje kliničkog pitanja
2. Traženje dokaza
3. Krićka prosudba valjanosti i relevantnost dokaza
4. Klinička primjena dokaza (donošenje odluke, integriranje dokaza s kliničkim iskustvom i bolesnikovim osobnim vrijednostima, odnosno bolesnikovom odlukom temeljenom na dokazima)
5. Vrednovanje rezultata [31].

Kada se govori u sestinstvu utemeljenom na dokazima (engl. EBN/Evidence Based Nursing ili EBNP/Evidence Based Nursing Practice), u literaturi postoje različita tumaćenja. Zdravstvena njega utemeljena na dokazima oznaćava promišljen i metodićki pristup u postupku donošenja sestinskih odluka i definira se kao savjesna, jasna i krićka primjena najboljeg znanstvenog dokaza u donošenju odluka o skrbi za pojedinog bolesnika.

Dva su temeljna načela zdravstvene njege utemeljene na dokazima:

- Donošenje sestinskih odluka temelji se na hijerarhijskoj ljestvici dokazne snage razlićitih vrsta istraživanja,
- Znanstveni dokaz sam po sebi nije dostatan za donošenje konaćne odluke o postupku/aktivnosti iz područja zdravstvene njege, već se povezuje s obilježjima bolesnika (psihološko i emocionalno stanje bolesnika, obitelj, društveni status i slićno), njegovim željama i stavovima te profesionalnoj izvrsnosti medicinskih sestara.

Zdravstvena njega utemeljena na dokazima omogućava medicinskim sestrama da podignu razinu izvrsnosti rada i da na taj naćin doprinesu boljim ishodima ukupne skrbi. Praksa utemeljena na dokazima ukljućuje sposobnost pristupa i primjene informacija iz literature u svakodnevne klinićeke probleme [3]. Autor Melnyk i kolege sa Sveučilića Ohio State, proveli su 2012. godine deskriptivno istraživanje na uzorku od 1015 ćlanova Amerićkog udruženja medicinskih sestara. Rezultati su pokazali da se samo 34,5% ispitanika (350) slaže ili se u potpunosti slaže da njihovi

kolege dosljedno koriste EBP u liječenju pacijenata. Iako je većina (76,2%) smatrala da je za njih važno imati više obrazovanja i vještina u EBP-u, većina je smatrala da žele obrazovne prilike, budući da su imali pristup stručnim mentorima, resursima i alatima potrebnim za korištenje EBP-a. Međutim, dvije najčešće spominjane prepreke EBP-u bile su nedostatak vremena i organizacijska kultura koja ga nije podržavala—prevladavanje otpora na radnom mjestu i ograničavajuće snage fraze: "Mi ovdje uvijek tako radimo ." [30].

Zdravstvene ustanove diljem svijeta nastoje poboljšati kvalitetu skrbi za bolesnike, njihovu sigurnost i zadovoljstvo, uz ograničenu medicinsku opremu, ljudske, financijske i ostale resurse. Kvaliteta skrbi poboljšava se kontinuiranim edukacijama i praćenjem razvoja sestrinstva i medicine. Kao što je već navedeno, sestrinstvo utemeljeno na dokazima imperativ je izvrsnosti sestrinske skrbi, ali je istovremeno praćeno brojnim preprekama.

Analizom velikog broja istraživanja u svijetu i u Hrvatskoj, medicinske sestre za bavljenje znanstvenim istraživanjima i primjenu znanstvenih dokaza u praksu, najčešće navode slijedeće prepreke:

- ✓ Nedostatak teorijskog i praktičnog znanja iz područja zdravstvene njege
- ✓ Nedostatak znanja iz područja znanstvenog rada i znanstvenih istraživanja
- ✓ Nemogućnost pristupa znanstvenim bazama podataka
- ✓ Nedostatak vremena/opterećenje rutinskim poslovima na radnom mjestu
- ✓ Nedostatak znanstvenih časopisa
- ✓ Nezainteresiranost rukovodećih struktura u radnoj organizaciji za uvođenje prakse zasnovane na dokazima
- ✓ Nedostatak znanja iz područja informatike
- ✓ Nedostatak motivacije [32].

Melnyk i suradnici sa Sveučilišta Ohio State navode kako medicinske sestre ne koriste dosljedno EBP. Medicinske sestre na rukovodećim mjestima i visokoobrazovane sestre koje su na mjestima mentora ili edukatora, od velike su važnosti, jer ako one nisu dovoljno svjesne i motivirane, onda želju za praćenjem najnovijih istraživanja i savjeta oko postupaka sa pacijentom ne mogu prenijeti ni na ostale medicinske sestre i tehničare [30].

U današnje vrijeme znanja i vještine medicinskih sestara moraju pratiti sve promjene u medicini i drugim povezanim znanstvenim područjima, naprosto zato što je njihov rad i učinak komplementaran, očekuje konstantno praćenje trendova i novih spoznaja.

Svakom dodatnom edukacijom medicinska sestra/tehničar povećava svoju razinu znanja, a time osigurava kvalitetnije donošenje odluka, te kvalitetniju skrb za pacijenta.

Postoje razni načini motiviranja sestara, bolja plaća, uvjeti rada, besplatne edukacije i nastavak obrazovanja koje će dovesti do zadovoljstva medicinskih sestara/tehničara, kvalitetnijeg rada, ugodnijeg okruženja na random mjestu te boljom skrbi za pacijenta.

6. Istraživački dio rada

6.1. Cilj istraživanja

Cilj istraživanja bio je istražiti postoje li razlike u donošenju odluka između medicinskih sestara koje rade u patronažnoj službi, kućnoj njezi i bolničkom sustavu.

Specifični ciljevi istraživanja uključuju:

1. Ispitati postoji li razlika u donošenju odluka kod medicinskih sestara u odnosu na stručnu spremu.
2. Ispitati postoji li razlika u donošenju odluka s obzirom na radno mjesto: patronažna služba, kućna njega, bolnica.
3. Ispitati koliko su važne komunikacijske vještine u radu sa pacijentima radi boljeg uvida u stanje pacijenta i kvalitetnijeg donošenja odluka.

6.2. Hipoteze

U skladu sa ciljevima postavljene su sljedeće hipoteze:

H1 - Medicinske sestre sa višim stupnjem obrazovanja stječu složenije vještine i donose odluke primjenom prakse temeljene na dokazima.

H2 – Medicinske sestre koje rade u patronažnoj službi i ustanovi za kućnu njegu moraju imati više znanja i bolju procjenu situacija jer nemaju mogućnost podrške tehnologije i medicinskog tima kao što imaju medicinske sestre u bolničkom sustavu.

H3 - Medicinske sestre koje rade u patronažnoj službi i ustanovi za kućnu njegu moraju imati bolje komunikacijske vještine s pacijentima i njihovim obiteljima radi boljeg uvida u stanje pacijenta i kvalitetnijeg donošenja odluka.

H4 – Medicinske sestre koje rade u patronažnoj djelatnosti i ustanovi za kućnu njegu imaju različite načine donošenja odluka od medicinskih sestara koje rade u bolničkom sustavu.

6.3. Sudionici

U istraživanju provedenom u razdoblju od 17. svibnja 2024. do 20. srpnja 2024. godine sudjelovale su medicinske sestre i tehničari koji su zaposleni u patronažnoj službi, kućnoj njezi i bolnici na području Republike Hrvatske. Ukupno je sudjelovalo 328 medicinskih sestara i

tehničara. Istraživanje je provedeno pomoću online alata za kreiranje obrazaca i provođenje anketa koji je bio dostupan putem Google platforme (Google Forms).

6.4. Etički aspekti istraživanja

Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno i anonimno, a svi sudionici morali su na početku ankete potvrditi svoj pristanak te su mogli odustati u bilo kojem trenutku. Svi sudionici imali su mogućnost kontaktirati nas putem e-maila radi dodatnih informacija vezanih uz istraživanje.

6.5. Opis mjernog instrumenta

Za provođenje ovog istraživanja konstruiran je upitnik u kojem su sudionici odgovarali na pitanja grupirana u dvije skupine podataka. Prvi dio upitnika odnosio se na sociodemografska obilježja sudionika, dok se drugi dio sastojao od tvrdnji vezanih uz postupke medicinskih sestara u vezi s načinima odlučivanja. Sudionici su svoj stupanj slaganja izražavali na skali od pet stupnjeva, pri čemu su stupnjevi označavali:

- 1 - Uopće se ne slažem,
- 2 - Djelomično se ne slažem
- 3 - Niti se slažem niti se ne slažem
- 4 - Djelomično se slažem
- 5 - U potpunosti se slažem

6.6. Metode obrade podataka

Iz dobivenih podataka excel datoteke konvertirane su u SPSS datoteku. Na osnovu SPSS datoteke izvedene su statističke analize programom IBM SPSS Statistics 29. a grafički prikazi su izrađeni pomoću Microsoft Office Excela 2010. za Windows i SPSS programa.

7. Rezultati istraživanja

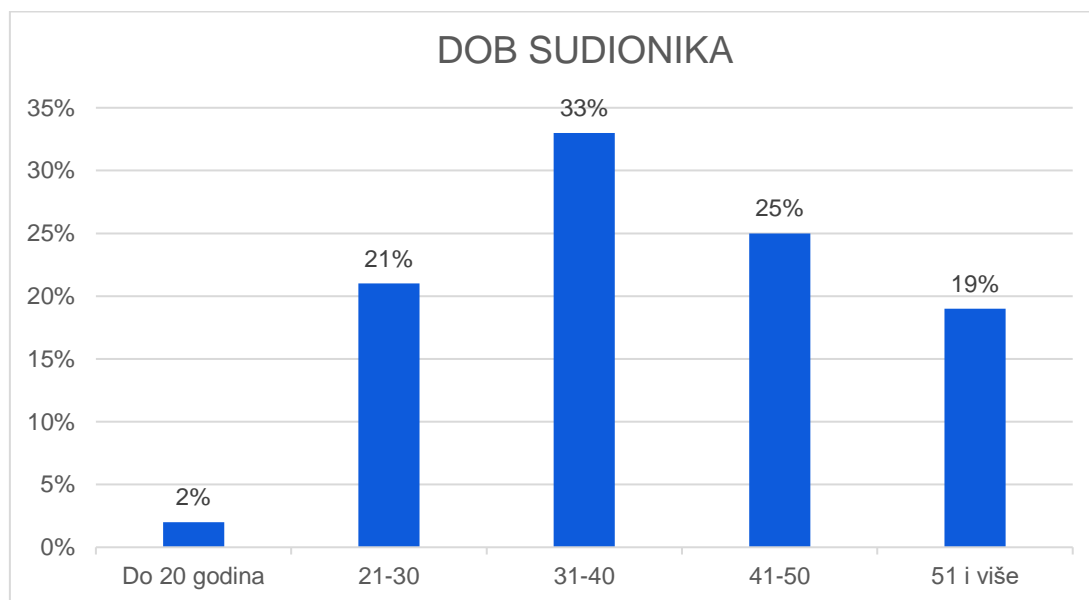
7.1. Sociodemografska obilježja sudionika

U tablici 7.1. prikazani su sociodemografski podaci sudionika koji su sudjelovali u istraživanju. Gledajući frekvencije odgovora iz gore navedene tablice, može se zaključiti da je najveći dio sudionika ženskog spola, (94%). Dob sudionika koja je najzastupljenija je od 31-40 godina (33%). Najveći broj sudionika bio je iz bolničkog sustava (49%), a radni staž 11-20 godina imalo je (31%) sudionika. Najviše zastupljena razina obrazovanja je prvostupnica/ik sestrinstva (47%).

	N	%
SPOL SUDIONIKA		
Muški spol	18	5%
Ženski spol	308	94%
Ne želim se izjasniti	2	1%
DOB SUDIONIKA		
Do 20 godina	8	2%
21-30	68	21%
31-40	109	33%
41-50	80	25%
51 i više	63	19%
STUPANJ OBRAZOVANJA		
Medicinska sestra/tehničar opće njege	122	37%
Prvostupnica/ik sestrinstva	154	47%
Magistrica/ar sestrinstva	52	16%
RADNI STAŽ:		
0 - 5 godina	49	15%
6 - 10 godina	50	15%
11 - 20 godina	102	31%
21 - 30 godina	69	21%
31 godinu i više	58	18%
DJELATNOST ZDR.ZAŠTITE U KOJOJ TRENUTO RADITE		
Medicinska sestra/tehničar u patronažnoj službi	87	27%
Medicinska sestra/tehničar u kućnoj njezi	80	24%
Medicinska sestra/tehničar u bolničkom sustavu	161	49%

Tablica 7.1.1. Opći prikaz sociodemografskih podataka sudionika koji su sudjelovali u istraživanju. [Izvor: autor M.P.]

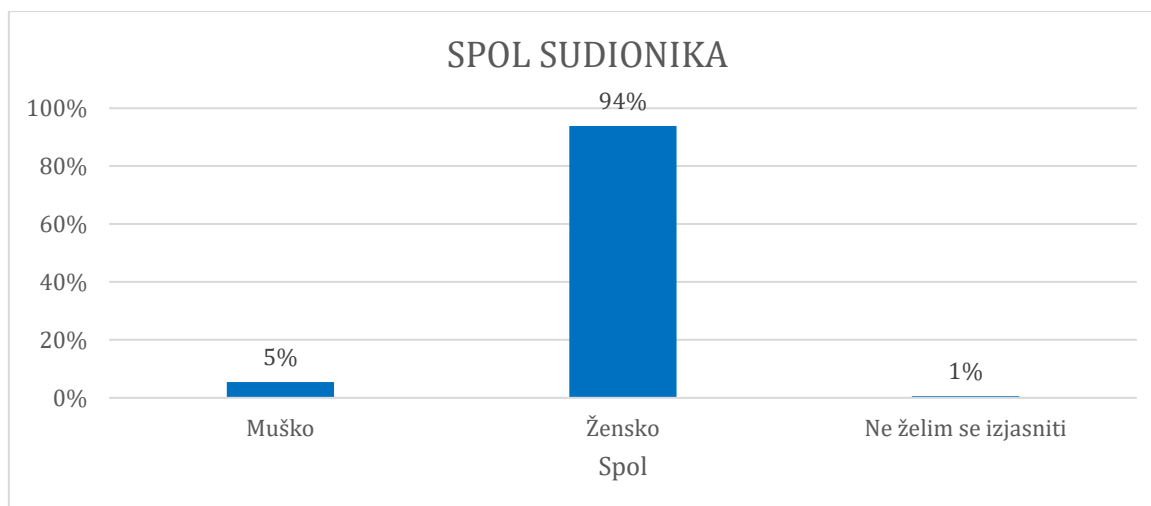
Grafikon 7.1.1. prikazuje dob sudionika. Rezultati prikazuju da je najzastupljenija dobna skupina sudionika bila u dobi od 31-40 godina, njih 109 (33%) ispitanih, zatim dobna skupina 41-50 godina, njih 80 (25%) sudionika. Nadalje, dobna skupina 21-30 godina imala je 68 (21%) isudionika, dok je u dobi od 51 godinu i više bilo 63 (19%) ispitanika. Dobna skupina do 20 godina obuhvatila je 8 (2%) sudionika.



Grafikon 7.1.1. Prikaz distribucije odgovora s obzirom na dob sudionika.

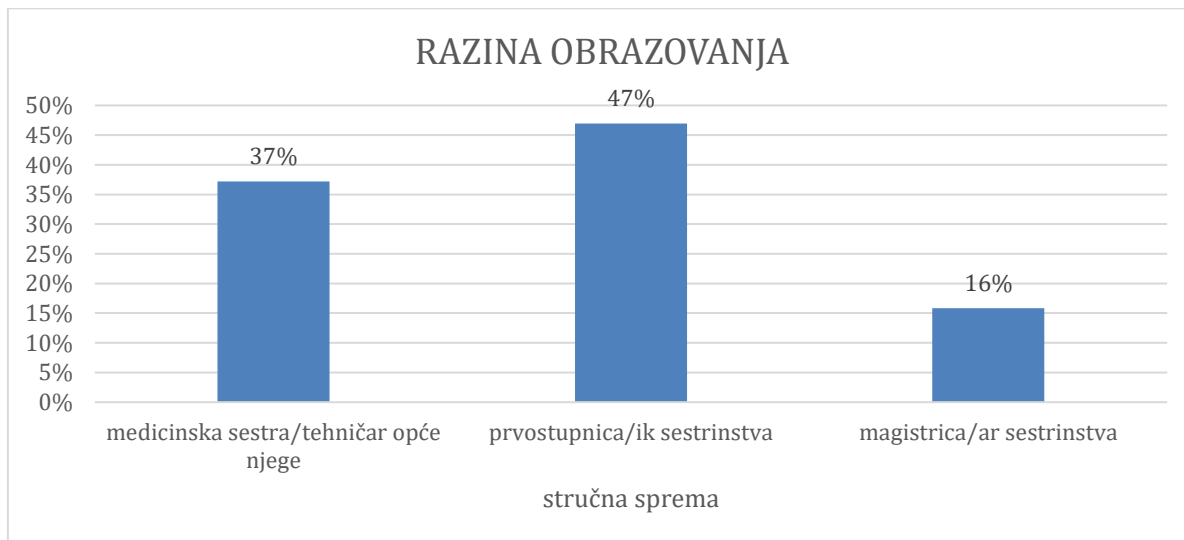
[Izvor: autor M.P.]

Pogledaju li se podaci vezani za spol ispitanika iz grafikona 7.1.2. može se uočiti kako 2 (1%) sudionika koji se ne žele izjasniti, njih 18 (5%) sudionika muškog spola, dok je 308 (94%) od ukupno 328 sudionika ženskog spola.



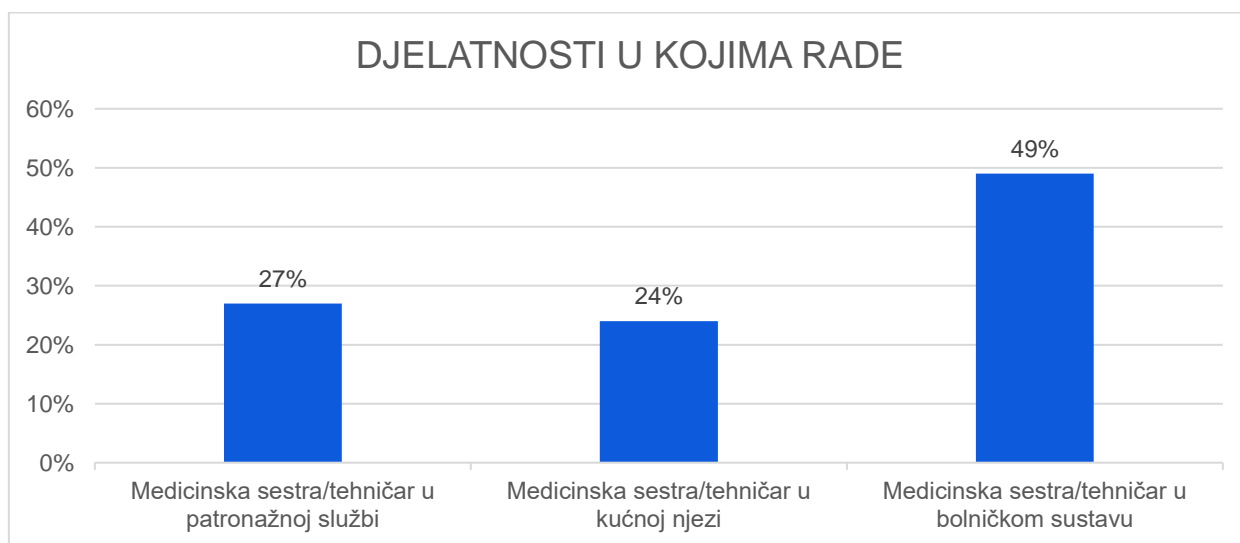
Grafikon 7.1.2. Prikaz distribucije odgovora s obzirom na spol sudionika. [Izvor: autor M.P.]

U grafikonu 7.1.3. prikazuje razinu obrazovanja sudionika. Vidljivo su brojniji prvostupnici sestrištva, njih 154 (47%), medicinske sestre/tehničari opće njege, njih 122 (37%), te 52 (16%) magistrice/magistara sestrištva. U anketi je bila navedena i razina doktorica/doktor znanosti, ali nitko od navedene razine nije sudjelovao u anketi.



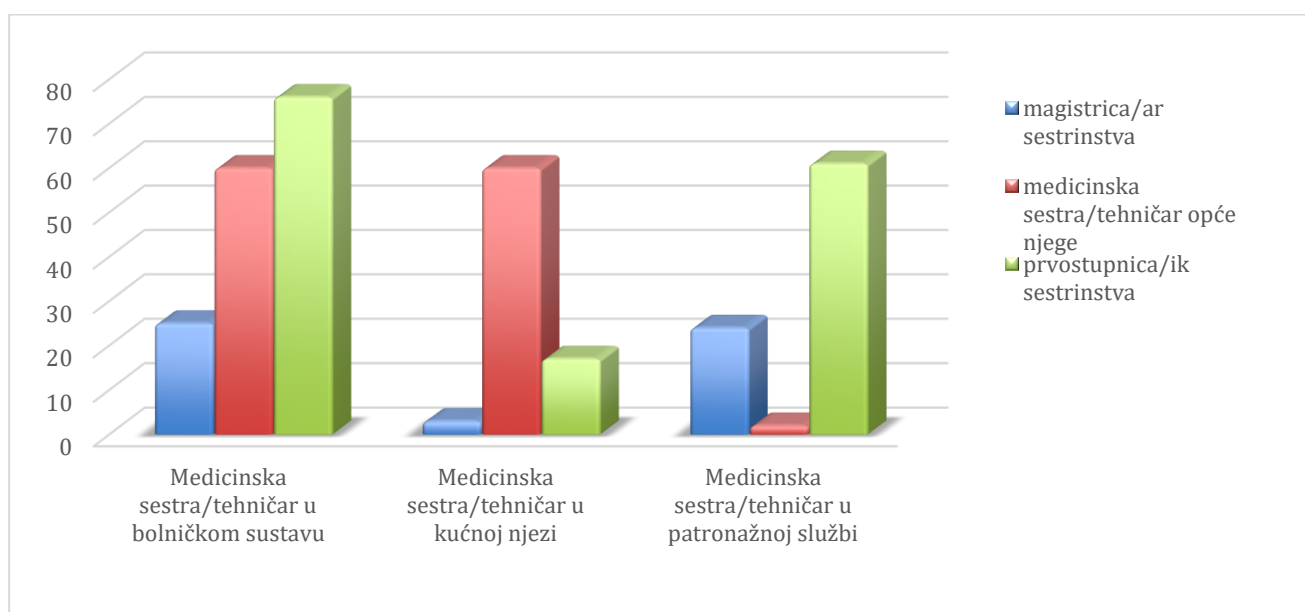
Grafikon 7.1.3. Prikaz distribucije prema razini obrazovanja ispitanika. [Izvor: autor M.P.]

Grafikon 7.1.4. prikazuje djelatnosti u kojima sudionici rade. Vidljivo je da je najveći broj sudionika koji rade u bolničkom sustavu, njih 161 (49%). Nadalje medicinska sestra/tehničar u patronažnoj službi, njih 87 (27%), te 80 (24%) sudionika koji rade kao medicinska sestra/tehničar u kućnoj njezi.



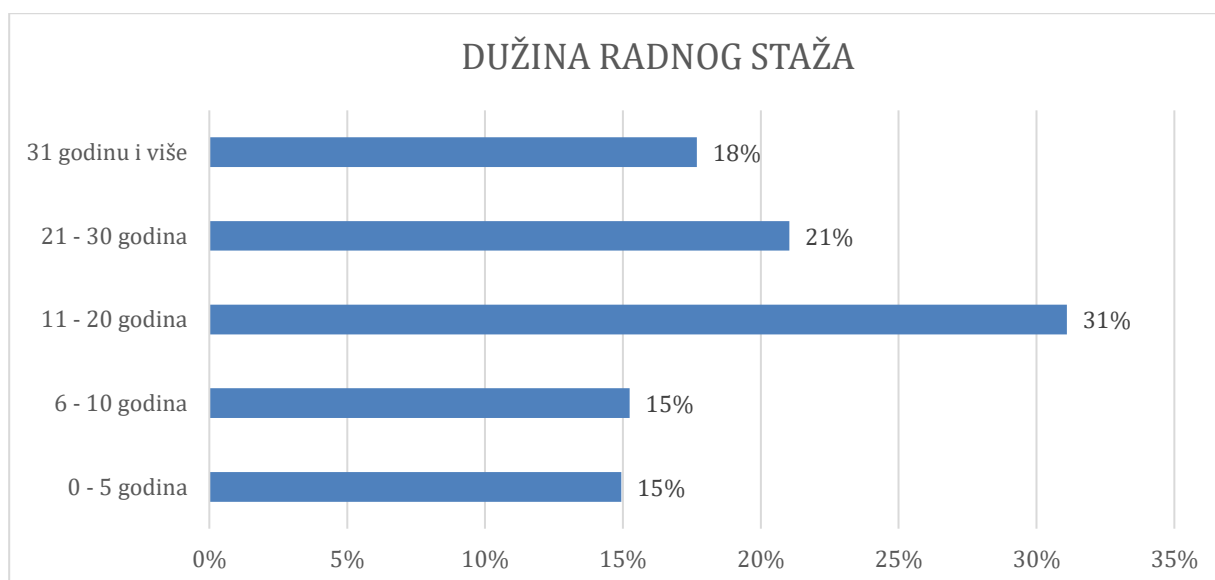
Grafikon 7.1.4. Prikaz distribucije prema djelatnosti u kojima rade. [Izvor: autor M.P.]

Grafikon 7.1.5. prikazuje raspodjelu broja medicinskih sestara promatranu s obzirom na obrazovanje i djelatnosti u kojima rade. U anketi su sudjelovale medicinske sestre iz bolničkog sustava; od ukupno 161 sudionika, sudjelovalo je 76 (49%) prvostupnica sestrinstva, dok je medicinskih sestara/tehničara opće njege sudjelovalo 60 (49%), a djelatnika koje rade kao magistar/magistrice sestrinstva 25 (48%). Kod djelatnosti zdravstvene njege u kući vidljivo je da su u anketi sudjelovale medicinske sestre/tehničari opće njege njih 60 (49%), prvostupnica/ik sestrinstva njih 17(11%), dok su 3 (6%) od ukupno 80 sudionika magistrice/magistra sestrinstva. Kao zadnju djelatnost bih spomenula patronažnu službu, gdje zbog opisa radnog mjesta i razine obrazovanja koju zahtijeva zakon Republike Hrvatske, najviše sudionika su prvostupnice sestrinstva njih 61 (40%), magistri sestrinstva 24 (46%), a 2 (2%) medicinske sestre opće njege.



Grafikon 7.1.5. Prikaz distribucije broja medicinskih sestara promatrane sa razine obrazovanja i djelatnosti u kojima rade. [Izvor: autor M.P.]

Grafikon 7.1.6. prikazuje raspodjelu sudionika prema godinama radnog staža. Najveći broj sudionika dužinu radnog staža navodi u trajanju od 11-20 godina 102 (31%), zatim 69 (21%) sudionika navodi radni staž u trajanju od 21-30 godina, dok 58 (18%) sudionika navodi radni staž u profesiji 31 godinu i više. Također, 50 (15%) sudionika radi od 6-10 godina, dok je 49 (15%) sudionika navelo radni staž od 0-5 godina.



Grafikon 7.1.6. Prikaz distribucije broja sudionika prema radnom stažu [Izvor: autor M.P.]

U tablici 7.1.2. Prikazani su rezultati provedenog upitnika istraživanja ukupnog broja sudionika N=328, postotak i aritmetička sredina.

TVRDNJA		N	%	M
1.Elementi koji su bitni u donošenju odluka su znanja i vještine	1- Uopće se ne slažem,	2	1%	
	2 - Djelomično se ne slažem,	6	2%	
	3 - Niti se slažem niti se ne slažem	12	4%	
	4 - Djelomično se slažem,	75	23%	
	5 - U potpunosti se slažem	233	71%	
	Ukupno:	328	100%	4,62
2.Med.sestra sa dužim radnim stažom donose odluka na temelju intuicije i prosuđivanja	1- Uopće se ne slažem,	23	7%	
	2 - Djelomično se ne slažem,	17	5%	
	3 - Niti se slažem niti se ne slažem	48	15%	
	4 - Djelomično se slažem,	179	55%	
	5 - U potpunosti se slažem	61	19%	
	Ukupno:	328	100%	3,73
3.Medicinske sestre sa višom razinom obrazovanja donose kvalitetnije odluke	1- Uopće se ne slažem,	68	21%	
	2 - Djelomično se ne slažem,	39	12%	
	3 - Niti se slažem niti se ne slažem	78	24%	
	4 - Djelomično se slažem,	97	30%	
	5 - U potpunosti se slažem	46	14%	

	Ukupno:	328	100%	3,04
4. Medicinske sestre koje rade u patron. djelatnosti i zdr. njezi u kući, moraju imati veću razinu znanja u donošenju odluka	1- Uopće se ne slažem, 2 - Djelomično se ne slažem, 3 - Niti se slažem niti se ne slažem 4 - Djelomično se slažem, 5 - U potpunosti se slažem	19 12 48 124 125	6% 4% 15% 38% 38%	
	Ukupno:	328	100%	3,99
5. Medicinske sestre moraju biti sposobne brzo procijeniti situaciju u kući pacijenata kako bi identificirale hitne potrebe i donijele odgovarajuće odluke	1- Uopće se ne slažem, 2 - Djelomično se ne slažem, 3 - Niti se slažem niti se ne slažem 4 - Djelomično se slažem, 5 - U potpunosti se slažem	0 3 5 54 266	0% 1% 2% 16% 81%	
	Ukupno:	328	100%	4,78
6. Medicinske sestre koje rade u bolničkom sustavu lakše i sigurnije donose odluke poradi parametara koje mogu koristiti prije donošenja odluke	1- Uopće se ne slažem, 2 - Djelomično se ne slažem, 3 - Niti se slažem niti se ne slažem 4 - Djelomično se slažem, 5 - U potpunosti se slažem	10 17 47 156 98	3% 5% 14% 48% 30%	
	Ukupno:	328	100%	3,96
7. Medicinske sestre u patronažnoj službi i zdravstvenoj njezi u kući pacijenta donose odluke sa većom razinom stresa nego med. sestre u bolnici	1- Uopće se ne slažem, 2 - Djelomično se ne slažem, 3 - Niti se slažem niti se ne slažem 4 - Djelomično se slažem, 5 - U potpunosti se slažem	31 13 72 110 102	9% 4% 22% 34% 31%	
	Ukupno:	328	100%	3,73
8. Upotreba tehnologije ima veći utjecaj u procesu donošenja odluka medicinskih sestara koje rade u kući pacijenta u odnosu na rad u bolnici	1- Uopće se ne slažem, 2 - Djelomično se ne slažem, 3 - Niti se slažem niti se ne slažem 4 - Djelomično se slažem, 5 - U potpunosti se slažem	30 25 111 112 50	9% 8% 34% 34% 15%	
	Ukupno:	328	100%	3,39
9. U hitnim situacijama ili kada su informacije nepotpune, intuicija može pomoći med.	1- Uopće se ne slažem, 2 - Djelomično se ne slažem, 3 - Niti se slažem niti se ne slažem	7 9 44	2% 3% 13%	

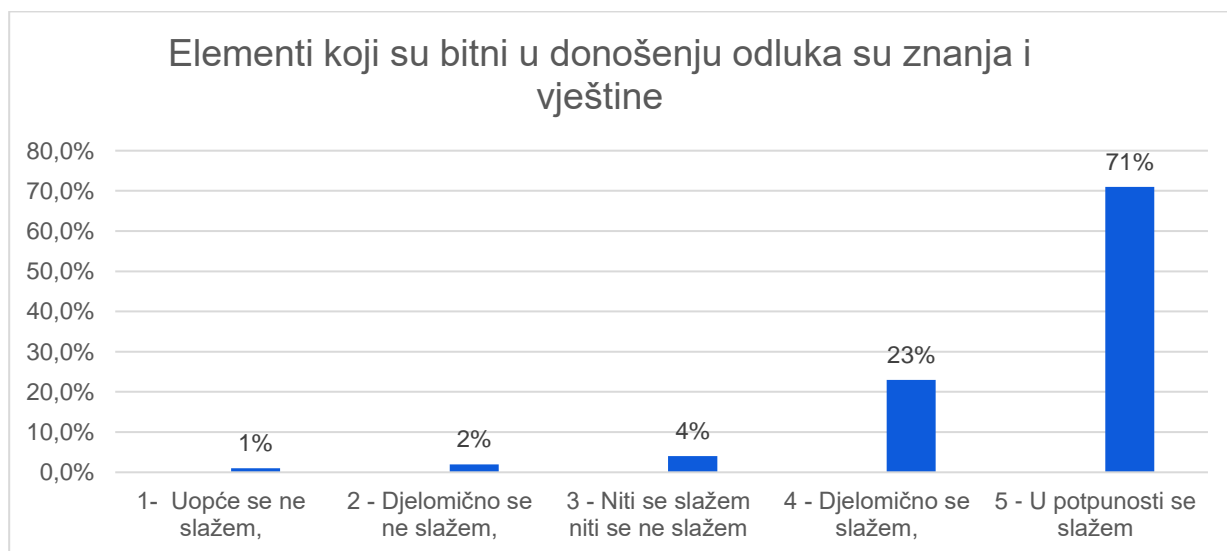
sestrama da donesu brze odluke koje su	4 - Djelomično se slažem,	149	45%	
ključne za sigurnost pacijenta	5 - U potpunosti se slažem	119	36%	
	Ukupno:	328	100%	4,11
10. Medicinske sestre koje rade u patronažnoj djelatnosti i zdr.njezi u kući češće donose odluke na temelju intuicije i prosuđivanja.	1- Uopće se ne slažem,	34	10%	
	2 - Djelomično se ne slažem,	20	6%	
	3 - Niti se slažem niti se ne slažem	108	33%	
	4 - Djelomično se slažem,	134	41%	
	5 - U potpunosti se slažem	32	10%	
	Ukupno:	328	100%	3,34
11.Kvaliteta donešenih odluka medicinskih sestara u kuću pacijenata jednaka je kao i kod medicinskih sestara u bolnici.	1- Uopće se ne slažem,	14	4%	
	2 - Djelomično se ne slažem,	24	7%	
	3 - Niti se slažem niti se ne slažem	72	22%	
	4 - Djelomično se slažem,	101	31%	
	5 - U potpunosti se slažem	117	36%	
	Ukupno:	328	100%	3,86
12. Medicinske sestre moraju imati razvijenu empatiju kako bi kvalitetno radile sa pacijentima i obitelji.	1- Uopće se ne slažem,	2	1%	
	2 - Djelomično se ne slažem,	2	1%	
	3 - Niti se slažem niti se ne slažem	12	4%	
	4 - Djelomično se slažem,	54	16%	
	5 - U potpunosti se slažem	258	79%	
	Ukupno:	328	100%	4,72
13. Vrlo je važno da medicinska sestra ima sposobnost primjećivanja pacijentovih promjena u ponašanju i izgledu.	1- Uopće se ne slažem,	0	0%	
	2 - Djelomično se ne slažem,	2	1%	
	3 - Niti se slažem niti se ne slažem	2	1%	
	4 - Djelomično se slažem,	19	6%	
	5 - U potpunosti se slažem	305	93%	
	Ukupno:	328	100%	4,91
14. Pacijent i njegova obitelj ima pravo na sudjelovanje i uključivanje u donošenje odluka vezano za pacijenta i zdravstvenu njegu.	1- Uopće se ne slažem,	2	1%	
	2 - Djelomično se ne slažem,	6	2%	
	3 - Niti se slažem niti se ne slažem	16	5%	
	4 - Djelomično se slažem,	95	29%	
	5 - U potpunosti se slažem	209	64%	
	Ukupno:	328	100%	4,53
15. Komunikacija sa pacijentom i obitelji olakšava medicinskoj	1- Uopće se ne slažem,	2	1%	
	2 - Djelomično se ne slažem,	2	1%	

sestri uvid u pacijentovo stanje i donošenje odluka u procesu zdravstvene njege.	3 - Niti se slažem niti se ne slažem	6	2%	
	4 - Djelomično se slažem,	42	13%	
	5 - U potpunosti se slažem	276	84%	
	Ukupno:	328	100%	4,79

Tablica 7.1.2. Prikaz rezultata upitnika ukupno. [Izvor: autor M.P.]

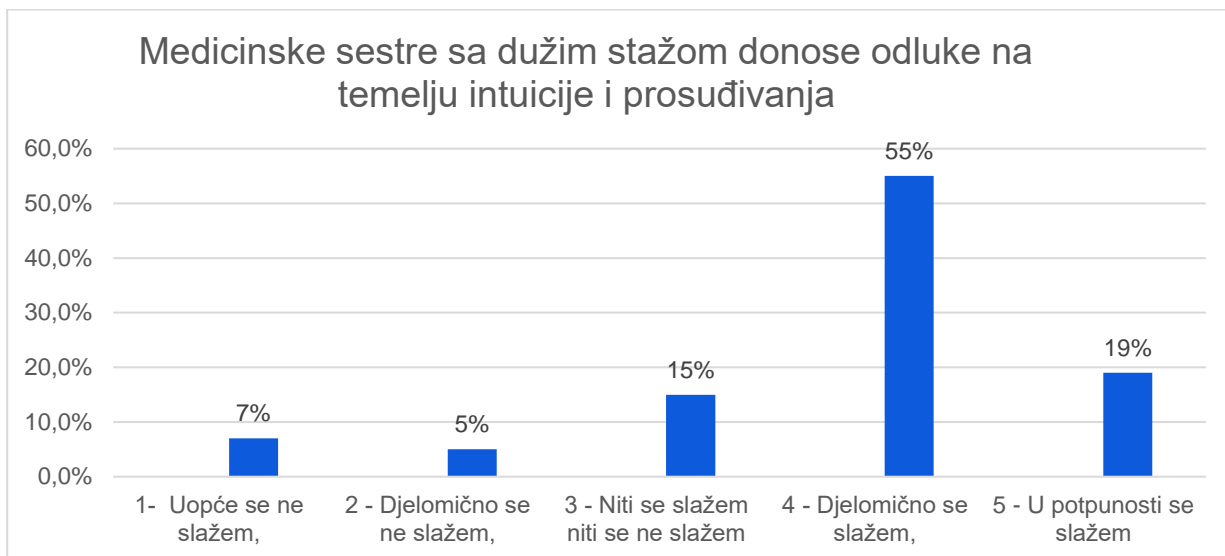
Rezultati odgovora na potvrđene tvrdnje ukupnog broja sudionika biti će prezentirane u nastavku uz grafički prikaz.

Na tvrdnju “Elementi koji su bitni u donošenju odluka su znanja i vještine” uopće se ne slažem odgovorilo je 2 (1%) sudionika, djelomično se ne slažem 6 (2%) sudionika, niti se slažem niti se ne slažem 12 (4%) sudionika, djelomično se slažem se 75 (23%) sudionika, a u potpunosti se slaže sa tvrdnjom 233 (71%) sudionika istraživanja. Distribucija odgovora vidljiva je na grafikonu 7.1.7.



Grafikon 7.1.7. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 1. [Izvor: autor M.P.]

Na tvrdnju “Medicinske sestre sa dužim stažom donose odluke na temelju intuicije i prosuđivanja”, uopće se ne slažem odgovorilo je 23 (7%) sudionika, djelomično se ne slažem 17 (5%) sudionika, niti se slažem niti se ne slažem 48 (15%) sudionika, djelomično se slažem 179 (55%) sudionika, a u potpunosti se slaže sa tvrdnjom 61 (19%) sudionika istraživanja. Distribucija odgovora vidljiva je na grafikonu 7.1.8.



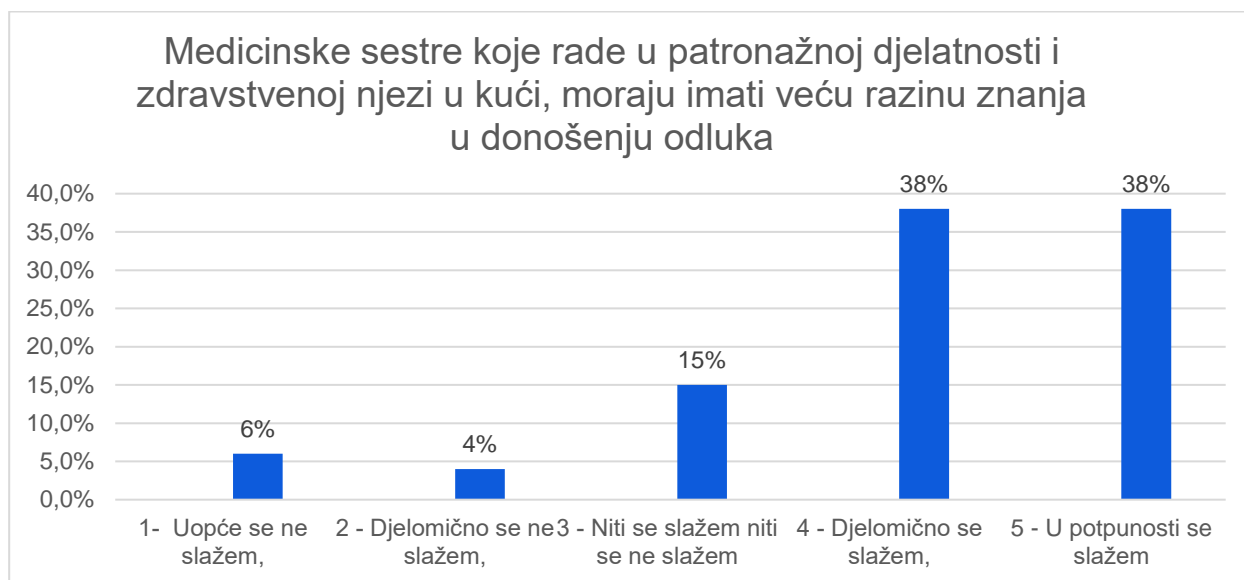
Grafikon 7.1.8. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 2. [Izvor: autor M.P.]

Na tvrdnju “Medicinske sestre sa višom razinom obrazovanja donose kvalitetnije odluke”, uopće se ne slažem odgovorilo je 68(21%) sudionika, djelomično se ne slažem 39 (12%) sudionika, niti se slažem niti se ne slažem 79 (24%) sudionika, djelomično se slažem 97 (30%) sudionika, a u potpunosti se slaže sa tvrdnjom 46 (14%) sudionika istraživanja. Distribucija odgovora vidljiva je na grafikonu 7.1.9.



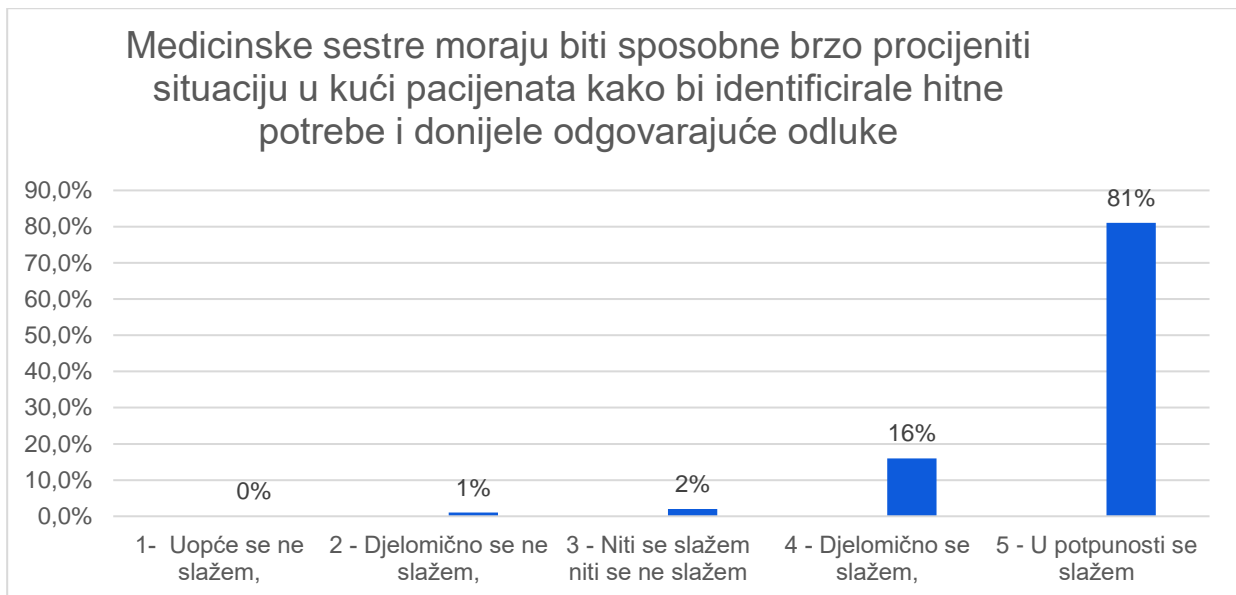
Grafikon 5.1.9. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 3. [Izvor: autor M.P.]

Na tvrdnju “Medicinske sestre koje rade u patronažnoj djelatnosti, zdravstvenoj njezi u kući, moraju imati veću razinu znanja u donošenju odluka” uopće se ne slažem odgovorilo je 19 (6%) sudionika, djelomično se ne slažem 12 (4%) sudionika, niti se slažem niti se ne slažem 48 (15%) sudionika, djelomično se slažem 124 (38%) sudionika, a u potpunosti se slaže sa tvrdnjom 125 (38%) sudionika istraživanja. Distribucija odgovora vidljiva je na grafikonu 5.1.10.



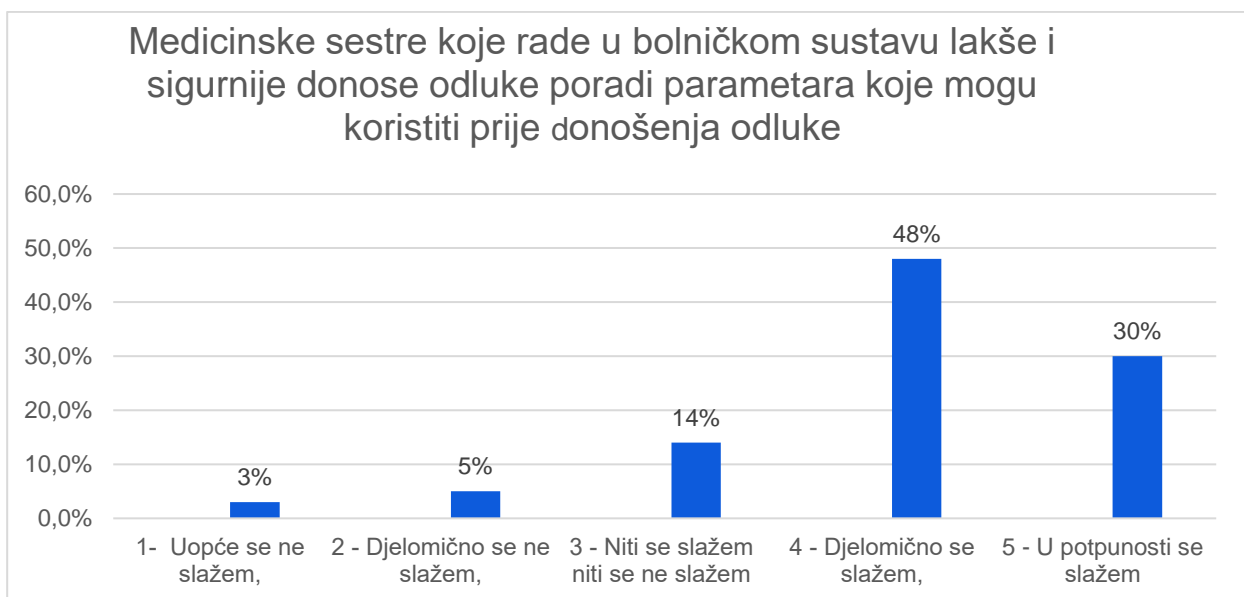
Grafikon 7.1.10. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 4. [Izvor: autor M.P.]

Na tvrdnju “Medicinske sestre moraju biti sposobne brzo procijeniti situaciju u kući pacijenata kako bi identificirale hitne potrebe i donijele odgovarajuće odluke”, uopće se ne slažem je odgovorilo 0% sudionika, djelomično se ne slažem 3 (1%) sudionika, niti se slažem niti se ne slažem 5 (2%) sudionika, djelomično se slažem se 54 (16%) sudionika, a u potpunosti se slaže sa tvrdnjom 98 (81%) sudionika istraživanja. Distribucija odgovora vidljiva je na grafikonu 7.1.11.



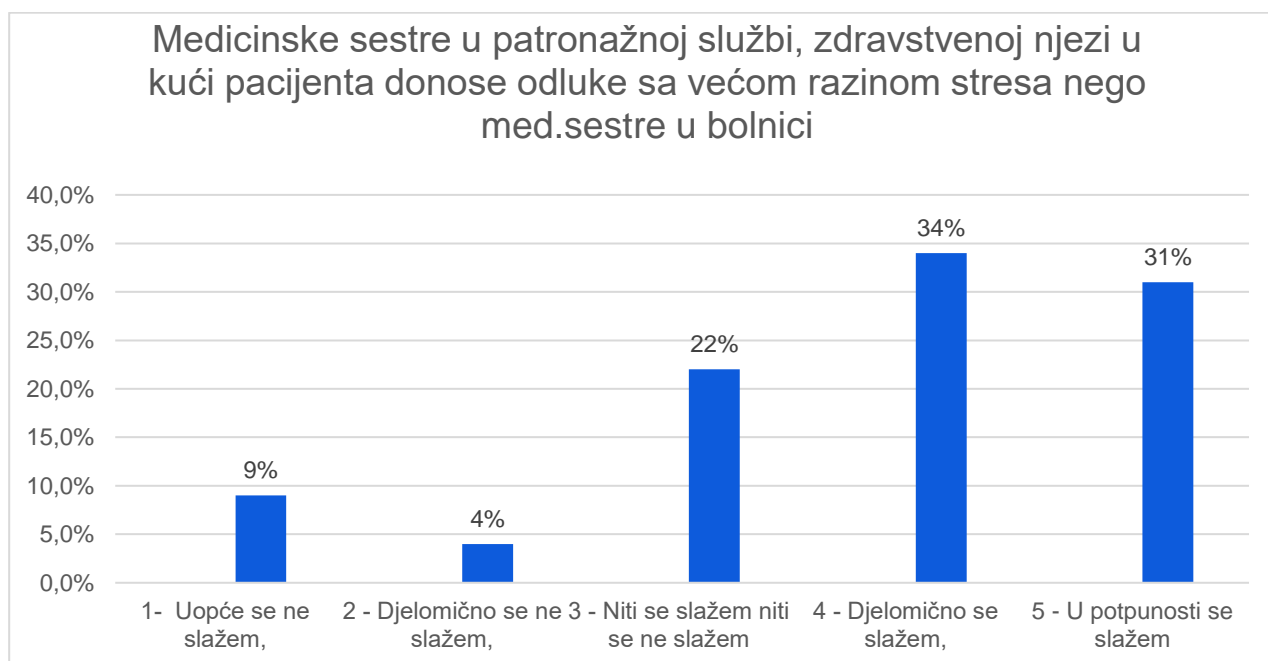
Grafikon 7.1.11.. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 5. [Izvor: autor M.P.]

Na tvrdnju “Medicinske sestre koje rade u bolničkom sustavu lakše i sigurnije donose odluke poradi parametara koje mogu koristiti prije donošenja odluke”, uopće se ne slažem odgovorilo je 10 (3%) sudionika, djelomično se ne slažem 17 (5%) sudionika, niti se slažem niti se ne slažem 47 (14%) sudionika, djelomično se slažem 156 (48%) sudionika, a u potpunosti se slaže sa tvrdnjom 98 (30%) sudionika istraživanja. Distribucija odgovora vidljiva je na grafikonu 7.1.12.



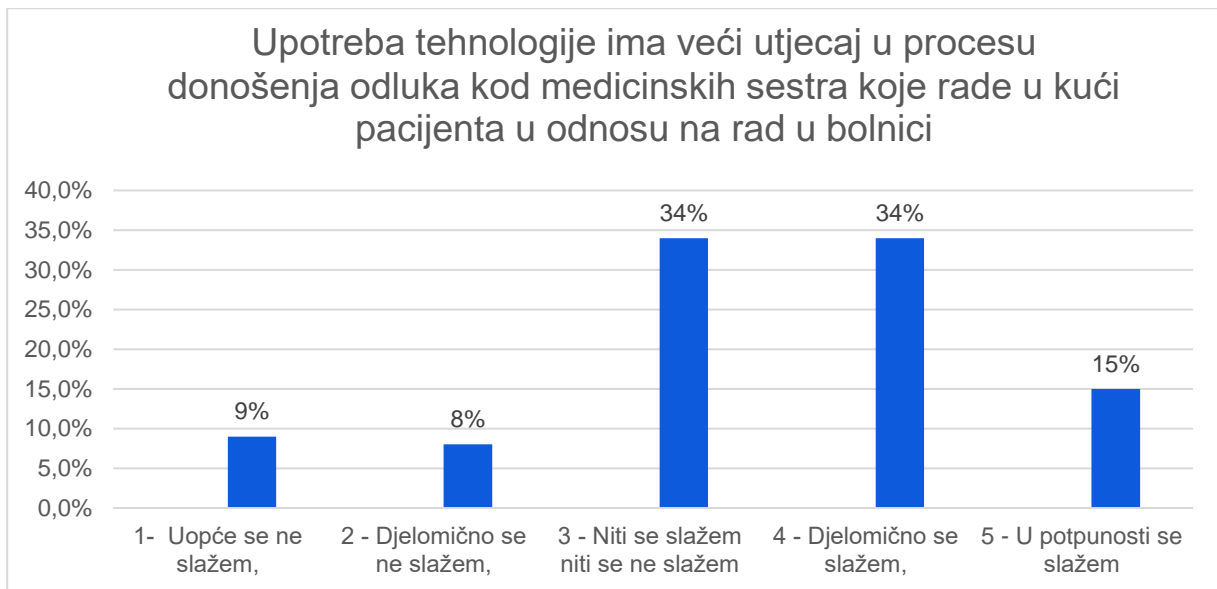
Grafikon 7.1.12. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 6. [Izvor: autor M.P.]

Na tvrdnju “Medicinske sestre u patronažnoj službi, na terenu donose odluke sa većom razinom stresa nego med.sestre u bolnici”, uopće se ne slažem odgovorilo je 31 (9%) sudionika, djelomično se ne slažem 13 (4%) sudionika, niti se slažem niti se ne slažem 72 (22%) sudionika, djelomično se slažem se 110 (34%) sudionika, a u potpunosti se slaže sa tvrdnjom 102 (31%) sudionika istraživanja. Distribucija odgovora vidljiva je na grafikonu 7.1.13.



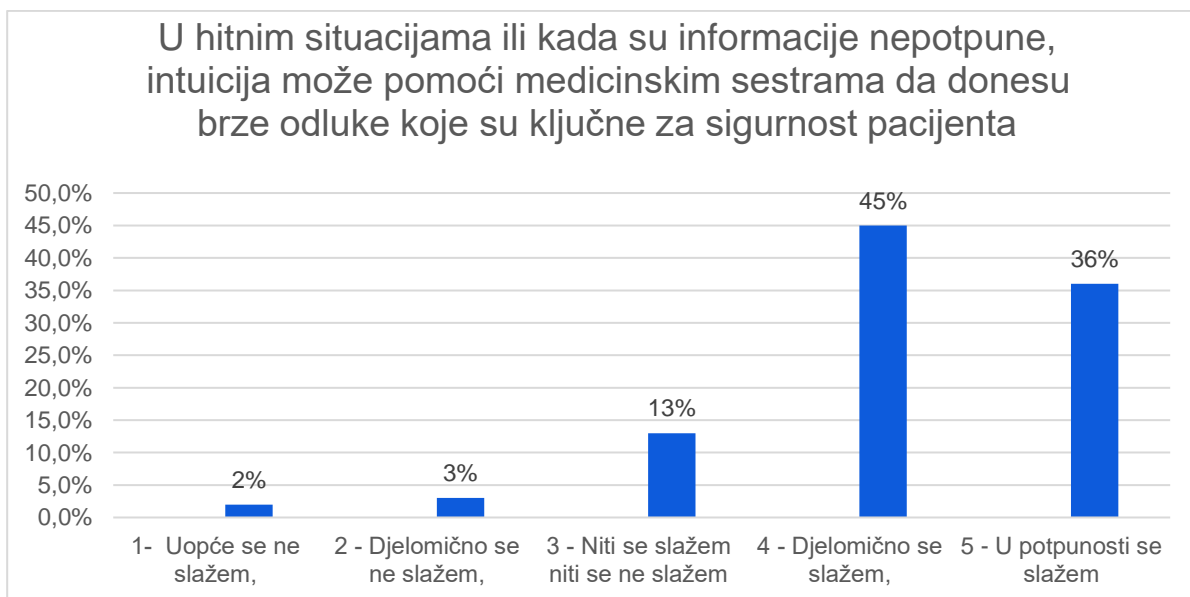
Grafikon 7.1.13. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 7. [Izvor: autor M.P.]

Na tvrdnju “Upotreba tehnologije ima veći utjecaj u procesu donošenja odluka na terenu u odnosu na rad u bolnici”, uopće se ne slažem odgovorilo je 30 (9%) sudionika, djelomično se ne slažem 25 (8%) sudionika, niti se slažem niti se ne slažem 111 (34%) sudionika, djelomično se slažem 112 (34%) sudionika, a u potpunosti se slaže sa tvrdnjom 50 (15%) sudionika istraživanja. Distribucija odgovora vidljiva je na grafikonu 7.1.14.



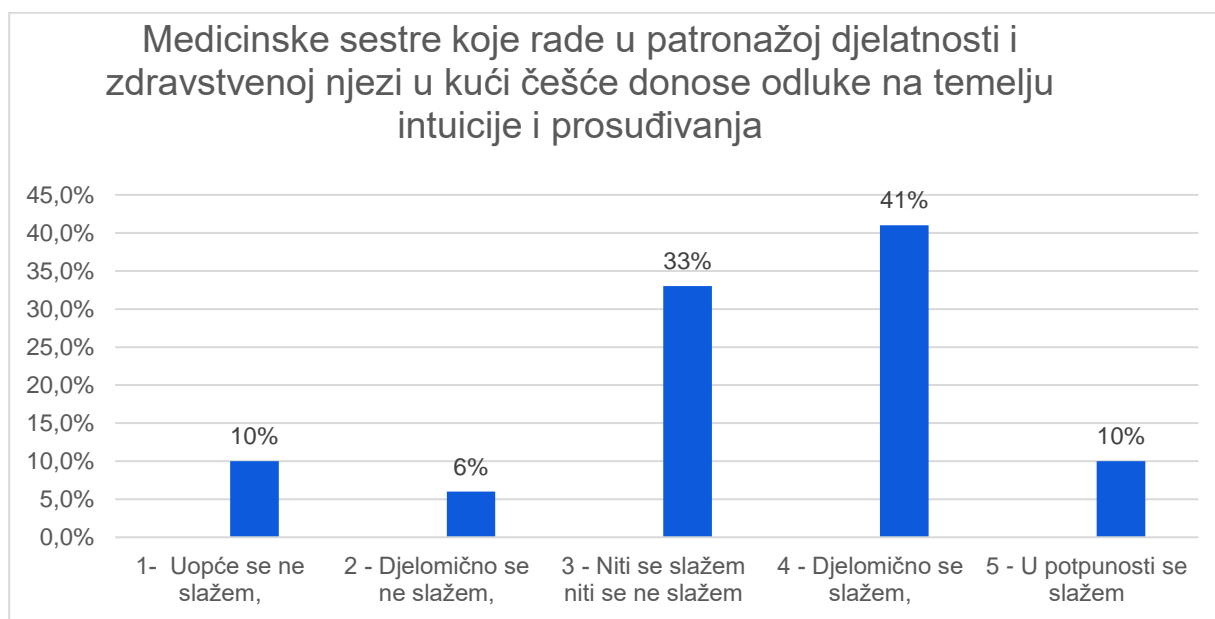
Grafikon 7.1.14. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 8. [Izvor: autor M.P.]

Na tvrdnju “U hitnim situacijama ili kada su informacije nepotpune, intuicija može pomoći medicinskim sestrama da donesu brze odluke koje su ključne za sigurnost pacijenta”, uopće se ne slažem odgovorilo je 7 (2%) sudionika, djelomično se ne slažem 9 (3%) sudionika, niti se slažem niti se ne slažem 44 (13%) sudionika, djelomično se slažem 149 (45%) sudionika, a u potpunosti se slaže sa tvrdnjom 119 (36%) sudionika istraživanja. Distribucija odgovora vidljiva je na grafikonu 7.1.15.



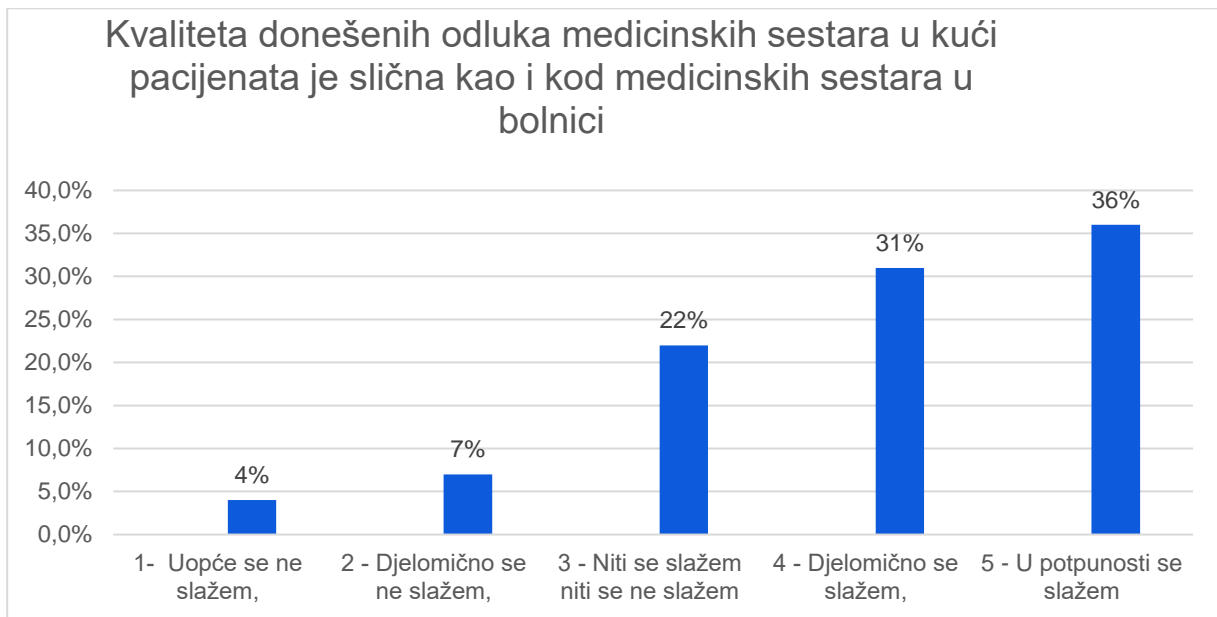
Grafikon 7.1.15. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 9. [Izvor: autor M.P.]

Na tvrdnju “Medicinske sestre koje rade u patronažoj djelatnosti i zdravstvenoj njezi u kući češće donose odluke na temelju intuicije i prosuđivanja”, uopće se ne slažem odgovorilo je 34 (10%) sudionika, djelomično se ne slažem 20 (6%) sudionika, niti se slažem niti se ne slažem 108 (33%) sudionika, djelomično se slažem 134 (45%) sudionika, a u potpunosti se slaže sa tvrdnjom 32 (10%) sudionika istraživanja. Distribucija odgovora vidljiva je na grafikonu 7.1.16.



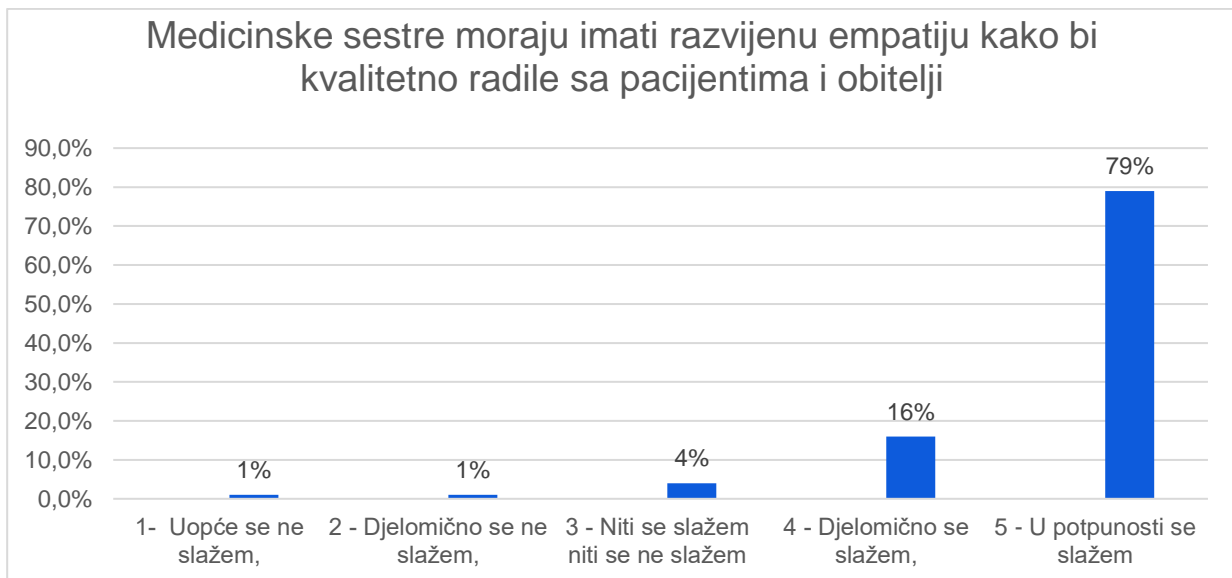
Grafikon 7.1.16. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 10. [Izvor: autor M.P.]

Na tvrdnju “Kvaliteta donešenih odluka medicinskih sestara u kući pacijenata je slična kao i kod medicinskih sestara u bolnici”, uopće se ne slažem odgovorilo je 14 (4%) sudionika, djelomično se ne slažem 24 (7%) sudionika, niti se slažem niti se ne slažem 72 (22%) sudionika, djelomično se slažem se 101 (31%) sudionika, a u potpunosti se slaže sa tvrdnjom 117 (36%) sudionika istraživanja. Distribucija odgovora vidljiva je na grafikonu 7.1.17.



Grafikon 7.1.17. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 11. [Izvor: autor M.P.]

Na tvrdnju “Medicinske sestre moraju imati razvijenu empatiju kako bi kvalitetno radile sa pacijentima i obitelji”, uopće se ne slažem odgovorilo je 2 (1%) sudionika, djelomično se ne slažem 2 (1%) sudionika, niti se slažem niti se ne slažem 12 (4%) sudionika, djelomično se slažem 54 (16%) sudionika, a u potpunosti se slaže sa tvrdnjom 258 (79%) sudionika istraživanja. Distribucija odgovora vidljiva je na grafikonu 7.1.18.



Grafikon 7.1.18. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 12. [Izvor: autor M.P.]

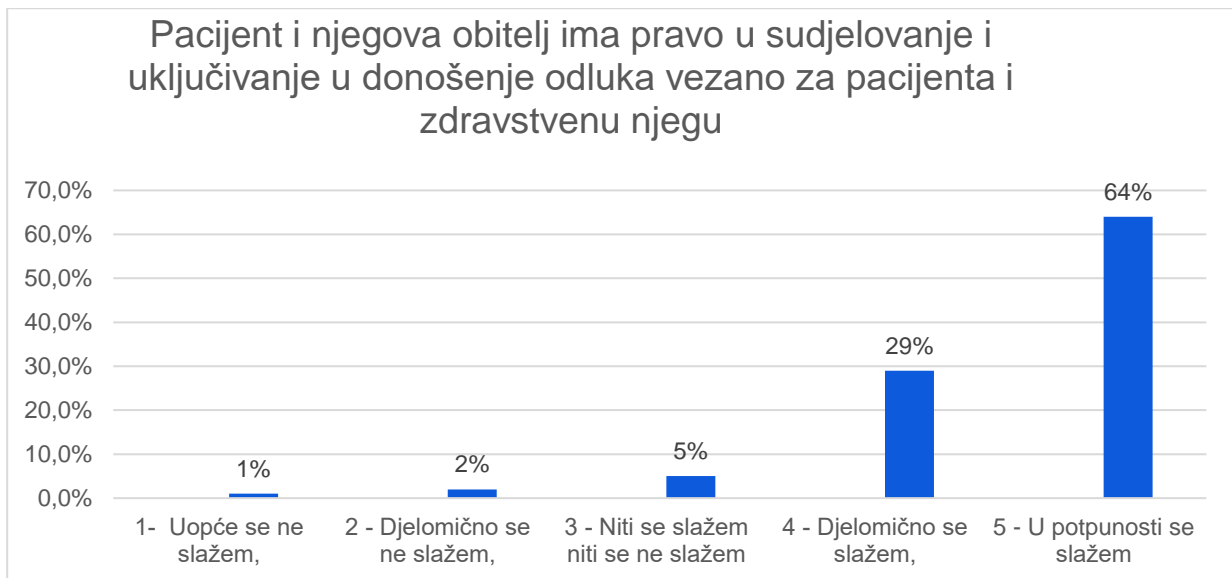
Na tvrdnju “Vrlo je važno da med.sestra ima sposobnost primjećivanja pacijentovih promjena u ponašanju i izgledu”, uopće se ne slažem odgovorilo je 0% sudionika, djelomično se ne slažem 2 (1%) sudionika, niti se slažem niti se ne slažem 2 (1%) sudionika, djelomično se slažem 19 (6%) sudionika, a u potpunosti se slaže sa tvrdnjom 305 (93%) sudionika istraživanja.

Distribucija odgovora vidljiva je na grafikonu 7.1.19.



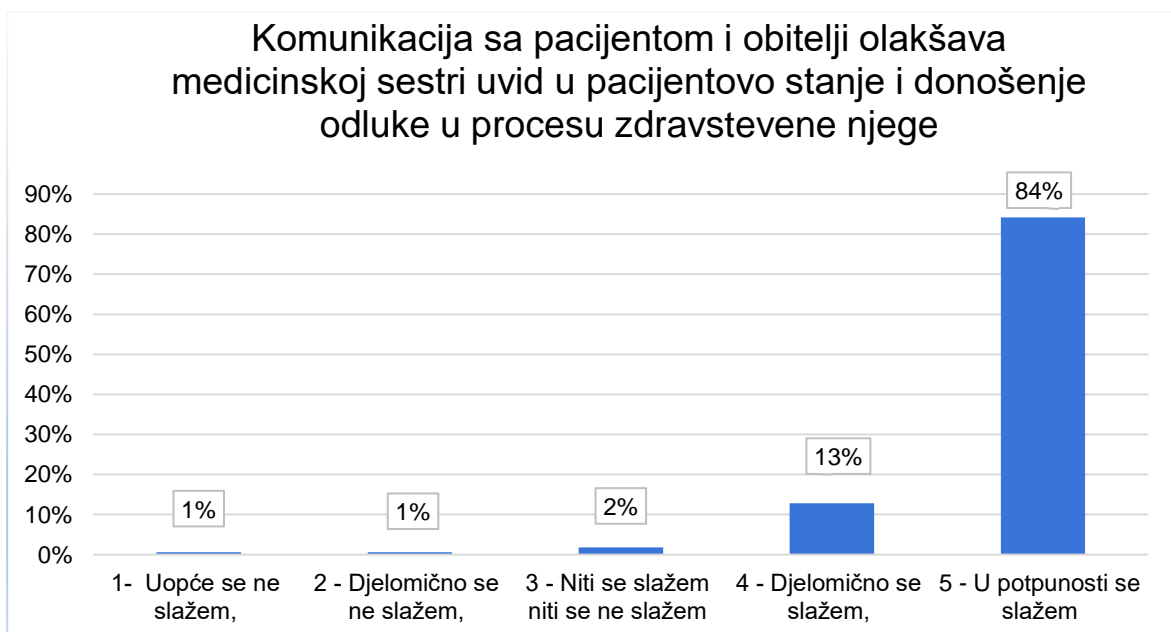
Grafikon 7.1.19. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 13. [Izvor: autor M.P.]

Na tvrdnju “Pacijent i njegova obitelj ima pravo u sudjelovanje i uključivanje u donošenje odluka vezano za pacijenta i zdravstvenu njegu”, uopće se ne slažem odgovorilo je 2 (1%) sudionika, djelomično se ne slažem 6 (2%) sudionika, niti se slažem niti se ne slažem 16 (5%) sudionika, djelomično se slažem 95 (29%) sudionika, a u potpunosti se slaže sa tvrdnjom 209 (64%) sudionika istraživanja. Distribucija odgovora vidljiva je na grafikonu 7.1.20.



Grafikon 7.1.20. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 14. [Izvor: autor M.P.]

Na tvrdnju “Komunikacija sa pacijentom i obitelji olakšava medicinskoj sestri uvid u pacijentovo stanje i donošenje odluke u procesu zdravstvene njege”, uopće se ne slažem odgovorilo je 2 (1%) sudionika, djelomično se ne slažem 2 (1%) sudionika, niti se slažem niti se ne slažem 6 (2%) sudionika, djelomično se slažem 42 (13%) sudionika, a u potpunosti se slaže sa tvrdnjom 276 (84%) sudionika istraživanja. Distribucija odgovora vidljiva je na grafikonu 7.1.21.



Grafikon 7.1.21. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 15. [Izvor: autor M.P.]

7.2. Deskriptivna statistička analiza

Drugi dio deskriptivne statističke analize odnosi se na tvrdnje. Anketa se sastoji od 15 tvrdnji, pri čemu su sudionici istraživanja morali ocijeniti na Likertovoj ljestvici od 1 do 5 koliko se slažu sa navedenom tvrdnjom, pri čemu je 1 značilo “uopće se ne slažem”, a 5 “u potpunosti se slažem”.

Analiza će biti prikazana deskriptivnim pokazateljima za svaku tvrdnju u obliku frekvencije i postotaka, aritmetičke sredine i standardne devijacije, min i max odgovora.

Kod svake tvrdnje, podebljana je najveća frekvencija.

TVRDNJA		N	%	M	Sd	Min	Max
1. Elementi koji su bitni u donošenju odluka su znanja i vještine	1- Uopće se ne slažem,	2	1%				
	2 - Djelomično se ne slažem,	6	2%				
	3 - Niti se slažem niti se ne slažem	12	4%				
	4 - Djelomično se slažem,	75	23%				
	5 - U potpunosti se slažem	233	71%				
	Ukupno:	328	100%	4,62	0,702	1	5
2. Med.sestra sa dužim radnim stažom donose odluka na temelju intuicije i prosuđivanja	1- Uopće se ne slažem,	23	7%				
	2 - Djelomično se ne slažem,	17	5%				
	3 - Niti se slažem niti se ne slažem	48	15%				
	4 - Djelomično se slažem,	179	55%				
	5 - U potpunosti se slažem	61	19%				
	Ukupno:	328	100%	3,73	1,048	1	5
3. Medicinske sestre sa višom razinom obrazovanja donose kvalitetnije odluke	1- Uopće se ne slažem,	68	21%				
	2 - Djelomično se ne slažem,	39	12%				
	3 - Niti se slažem niti se ne slažem	78	24%				
	4 - Djelomično se slažem,	97	30%				
	5 - U potpunosti se slažem	46	14%				
	Ukupno:	328	100%	3,04	1,345	1	5
4. Medicinske sestre koje rade u patron. djelatnosti i zdr.njezi u kući, moraju imati veću razinu znanja u donošenju odluka	1- Uopće se ne slažem,	19	6%				
	2 - Djelomično se ne slažem,	12	4%				
	3 - Niti se slažem niti se ne slažem	48	15%				
	4 - Djelomično se slažem,	124	38%				
	5 - U potpunosti se slažem	125	38%				
	Ukupno:	328	100%	3,99	1,095	1	5

5. Medicinske sestre moraju biti sposobne brzo procijeniti situaciju pacijenta na terenu kako bi identificirale hitne potrebe i donijele odgovarajuće odluke	1- Uopće se ne slažem,	0	0%				
	2 - Djelomično se ne slažem,	3	1%				
	3 - Niti se slažem niti se ne slažem	5	2%				
	4 - Djelomično se slažem,	54	16%				
	5 - U potpunosti se slažem	266	81%				
	Ukupno:	328	100%	4,78	0,509	2	5
6. Medicinske sestre koje rade u bolničkom sustavu lakše i sigurnije donose odluke poradi parametara koje mogu koristiti prije donošenja odluke	1- Uopće se ne slažem,	10	3%				
	2 - Djelomično se ne slažem,	17	5%				
	3 - Niti se slažem niti se ne slažem	47	14%				
	4 - Djelomično se slažem,	156	48%				
	5 - U potpunosti se slažem	98	30%				
	Ukupno:	328	100%	3,96	0,962	1	5
7. Medicinske sestre u patronažnoj službi i zdravstvenoj njezi u kući pacijenta donose odluke sa većom razinom stresa nego med. sestre u bolnici	1- Uopće se ne slažem,	31	9%				
	2 - Djelomično se ne slažem,	13	4%				
	3 - Niti se slažem niti se ne slažem	72	22%				
	4 - Djelomično se slažem,	110	34%				
	5 - U potpunosti se slažem	102	31%				
	Ukupno:	328	100%	3,73	1,213	1	5
8. Upotreba tehnologije ima veći utjecaj u procesu donošenja odluka medicinskih sestara koje rade u kući pacijenta u odnosu na rad u bolnici	1- Uopće se ne slažem,	30	9%				
	2 - Djelomično se ne slažem,	25	8%				
	3 - Niti se slažem niti se ne slažem	111	34%				
	4 - Djelomično se slažem,	112	34%				
	5 - U potpunosti se slažem	50	15%				
	Ukupno:	328	100%	3,39	1,117	1	5
9. U hitnim situacijama ili kada su informacije nepotpune, intuicija može pomoći med.	1- Uopće se ne slažem,	7	2%				
	2 - Djelomično se ne slažem,	9	3%				
	3 - Niti se slažem niti se ne slažem	44	13%				

sestrama da donesu brze odluke koje su ključne za sigurnost pacijenta	4 - Djelomično se slažem,	149	45%				
	5 - U potpunosti se slažem	119	36%				
	Ukupno:	328	100%	4,11	0,888	1	5
10. Medicinske sestre koje rade u patronažnoj djelatnosti i zdr.njezi u kući češće donose odluke na temelju intuicije i prosuđivanja.	1- Uopće se ne slažem,	34	10%				
	2 - Djelomično se ne slažem,	20	6%				
	3 - Niti se slažem niti se ne slažem	108	33%				
	4 - Djelomično se slažem,	134	41%				
	5 - U potpunosti se slažem	32	10%				
	Ukupno:	328	100%	3,34	1,080	1	5
11.Kvaliteta donešenih odluka medicinskih sestara u kući pacijenata jednaka je kao i kod medicinskih sestara u bolnici.	1- Uopće se ne slažem,	14	4%				
	2 - Djelomično se ne slažem,	24	7%				
	3 - Niti se slažem niti se ne slažem	72	22%				
	4 - Djelomično se slažem,	101	31%				
	5 - U potpunosti se slažem	117	36%				
	Ukupno:	328	100%	3,86	1,113	1	5
12. Medicinske sestre moraju imati razvijenu empatiju kako bi kvalitetno radile sa pacijentima i obitelji.	1- Uopće se ne slažem,	2	1%				
	2 - Djelomično se ne slažem,	2	1%				
	3 - Niti se slažem niti se ne slažem	12	4%				
	4 - Djelomično se slažem,	54	16%				
	5 - U potpunosti se slažem	258	79%				
	Ukupno:	328	100%	4,72	0,621	1	5
13. Vrlo je važno da medicinska sestra ima sposobnost primjećivanja pacijentovih promjena u ponašanju i izgledu.	1- Uopće se ne slažem,	0	0%				
	2 - Djelomično se ne slažem,	2	1%				
	3 - Niti se slažem niti se ne slažem	2	1%				
	4 - Djelomično se slažem,	19	6%				
	5 - U potpunosti se slažem	305	93%				
	Ukupno:	328	100%	4,91	0,360	2	5
14. Pacijent i njegova obitelj ima pravo na sudjelovanje i uključivanje u donošenje odluka	1- Uopće se ne slažem,	2	1%				
	2 - Djelomično se ne slažem,	6	2%				
	3 - Niti se slažem niti se ne slažem	16	5%				

vezano za pacijenta i zdravstvenu njegu.	4 - Djelomično se slažem,	95	29%				
	5 - U potpunosti se slažem	209	64%				
	Ukupno:	328	100%	4,53	0,729	1	5
15. Komunikacija sa pacijentom i obitelji olakšava medicinskoj sestri uvid u pacijentovo stanje i donošenje odluka u procesu zdravstvene njege.	1- Uopće se ne slažem,	2	1%				
	2 - Djelomično se ne slažem,	2	1%				
	3 - Niti se slažem niti se ne slažem	6	2%				
	4 - Djelomično se slažem,	42	13%				
	5 - U potpunosti se slažem	276	84%				
	Ukupno:	328	100%	4,79	0,558	1	5

Legenda: N – broj sudionika; M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; Min – najmanji rezultat; Max – najveći rezultat

Tablica 7.2.1. Deskriptivni pokazatelji slaganja sa ponuđenom tvrdnjom (n= 328)

[Izvor: autor M.P.]

Najviša vrijednost aritmetičkih sredina zabilježena je kod tvrdnje br. 13: “Vrlo je važno da medicinska sestra ima sposobnost primjećivanja pacijentovih promjena u ponašanju i izgledu“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,91, a standardna devijacija iznosi 0,36. Zatim, kod tvrdnje br. 15: „Komunikacija sa pacijentom i obitelji olakšava medicinskoj sestri uvid u pacijentovo stanje i donošenje odluka u procesu zdravstvene njege“, aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,79, a standardna devijacija iznosi 0,556.

Nadalje, najniža vrijednost aritmetičkih sredina zabilježena je kod tvrdnje br. 3: „Medicinske sestre sa višom razinom obrazovanja donose kvalitetnije odluke“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,04, a standardna devijacija iznosi 1,35. Zatim kod tvrdnje br. 10: „Medicinske sestre koje rade u patronažnoj djelatnosti i zdravstvenoj njezi u kući češće donose odluke na temelju intuicije“, aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,34, a standardna devijacija iznosi 1,08.

Sve tvrdnje u tablici 5.2.2. imaju najčešće odgovore „djelomično se slažem“ i “u potpunosti se slažem”, osim kod tvrdnje broj. 3, „Medicinske sestre sa višom razinom obrazovanja donose kvalitetnije odluke“ gdje su svi odgovori bili dosta zastupljeni. Gledajući na sve odgovore, možemo zaključiti da se većina sudionika slaže sa napisanim tvrdnjama.

7.3. Inferencijalna statistička analiza

H1 - Medicinske sestre sa višim stupnjem obrazovanja odgovornije donose odluke.

Za analizu ove hipoteze potrebne su varijable stupanj obrazovanja i tvrdnje pod rednim brojem od 1-5. Kako bi odlučili o izboru korelacijskog koeficijenta pri ispitivanju hipoteze bilo je potrebno provesti test normalnosti distribucija. Kolmogorov – Smirnov test normalnosti distribucije ukazao je na to da je narušeno pravilo normalne raspodjele rezultata u testu s obzirom na nezavisne varijable te je stoga prilikom provjere ove hipoteze odlučeno koristiti Spearmanov koeficijent rang korelacije. U nastavku slijedi prikaz rezultata.

		Stupanj obrazovanja
Elementi koji su bitni u donošenju odluka su stečena znanja i vještine	Koeficijent korelacije	-0,078
	p-vrijednost	0,158
	N	328
Medicinske sestre sa dužim radnim stažom donose odluke na temelju intuicije i prosuđivanja	Koeficijent korelacije	-0,102
	p-vrijednost	0,064
	N	328
Medicinske sestre sa višom razinom obrazovanja donose kvalitetnije odluke	Koeficijent korelacije	,317**
	p-vrijednost	<,001
	N	328
Medicinske sestre koje rade u patronažnoj djelatnosti i zdr. njezi u kući moraju imati veću razinu znanja u donošenju odluka	Koeficijent korelacije	,192**
	p-vrijednost	<,001
	N	328
Medicinske sestre moraju biti sposobne brzo procijeniti situaciju u kući pacijenata kako bi identificirale hitne potrebe i donijele odgovarajuće odluke	Koeficijent korelacije	-0,044
	p-vrijednost	0,423
	N	328

Napomena: ** su označene značajne korelacije uz razinu rizika od 1 %

Tablica 7.3.1. Prikaz korelacijskih analiza varijabli stupanj obrazovanja i tvrdnji pod rednim brojem od 1-5. [Izvor: autor M.P.]

Analizom tvrdnji od 1-5 može se uvidjeti kako rezultat korelacije kod tvrdnje ” Medicinske sestre sa višom razinom obrazovanja donose kvalitetnije odluke” iznosi $r = 0,317$, te $p < 0,001$ kao i kod tvrdnje “Medicinske sestre koje rade u patronažnoj djelatnosti, zdr. njezi u kući moraju imati veću razinu znanja u donošenju odluka” gdje $r = 0,192$, $p < 0,001$. Ove korelacije su pozitivne i statistički značajne, što sugerira da viši stupanj obrazovanja korelira s percepcijom donošenja kvalitetnijih odluka te da postoji statistički značajna razlika između obrazovanja i percepcije potrebe za većim znanjem u specifičnim radnim uvjetima poput patronažne sestre i sestre koja radi zdravstvenu njegu u kući.

Kod tvrdnji “Elementi koji su bitni u donošenju odluka su stečena znanja i vještine”, $r = -0,078$, a p - vrijednost 0,158. Kod tvrdnje “Medicinske sestre sa dužim radnim stažom donose odluke na temelju intuicije i prosuđivanja”, $r = -0,102$, a $p = 0,064$. Također kod tvrdnje “Medicinske sestre moraju biti sposobne brzo procijeniti situaciju pacijenta na terenu kako bi identificirale hitne potrebe i donijele odgovarajuće odluke”, $r = -0,044$, a $p = 0,423$. Sve p -vrijednosti su veće od 1%, što znači da ne postoji statistički značajna razlika između obrazovanja i ovih tvrdnji.

H2 – Medicinske sestre koje rade u patronažnoj službi i ustanovi za kućnu njegu moraju imati više znanja i bolju procjenu situacija jer nemaju mogućnost podrške tehnologije i medicinskog tima kao što imaju medicinske sestre u bolničkom sustavu.

Kao i kod prethodne hipoteze, prije provjere ove hipoteze bilo je potrebno utvrditi normalnost distribucija rezultata za postavljene tvrdnje s obzirom na nezavisnu varijablu djelatnost zdravstvene zaštite u kojoj sudionik trenutno radi. Kolmogorov – Smirnov test normalnosti distribucije ukazao je da je narušeno pravilo normalne raspodjele rezultata u testu s obzirom na nezavisne varijable, te je stoga prilikom provjere ove hipoteze odlučeno koristiti Spearmanov koeficijent rang korelacije. U nastavku slijedi prikaz rezultata.

		Djelatnost zdravstvene zaštite u kojoj trenutno radite
Medicinske sestre koje rade u bolničkom sustavu lakše i sigurnije donose odluke poradi parametara koje mogu koristiti prije donošenja odluke	Koeficijent korelacije	-0,084
	p-vrijednost	0,127
	N	328
		Koeficijent korelacije
		-0,398

Medicinske sestre u patronažnoj službi u zdravstvenoj njezi u kući pacijenata donose odluke sa većom razinom stresa nego med.sestre u bolnici	p-vrijednost	<,001
	N	328
Upotreba tehnologije ima veći utjecaj u procesu donošenja odluka medicinskih sestara koje rade u kući pacijenta u odnosu na rad u bolnici	Koeficijent korelacije	0,003
	p-vrijednost	0,950
	N	328
U hitnim situacijama ili kada su informacije nepotpune, intuicija može pomoći medicinskim sestrama da donesu brze odluke koje su ključne za sigurnost pacijenta	Koeficijent korelacije	-0,019
	p-vrijednost	0,731
	N	328
Medicinske sestre koje rade u patronažnoj djelatnosti i zdr. njezi u kući češće donose odluke na temelju intuicije	Koeficijent korelacije	0,011
	p-vrijednost	0,844
	N	328

Napomena: ** su označene značajne korelacije uz razinu rizika od 1 %

Tablica 7.3.2. Prikaz korelacijskih analiza varijabli stupanj obrazovanja i tvrdnji pod rednim brojem od 5-10. [Izvor: autor M.P.]

Analizom tvrdnji od 5-10 može se uvidjeti kako se sudionici slažu sa tvrdnjom da medicinske sestre u patronažnoj službi, zdravstvenoj njezi u kući, donose odluke sa većom razinom stresa nego medicinske sestre u bolnici ($p < 0,001$). Odgovori na ostale tvrdnje ne pokazuju statistički značajan utjecaj na odluku.

H3 - Medicinske sestre koje rade u patronažnoj službi i ustanovi za kućnu njegu moraju imati bolje komunikacijske vještine sa pacijentima i njihovim obiteljima radi boljeg uvida u stanje pacijenta i kvalitetnijeg donošenja odluka.

Prije provjere ove hipoteze bilo je potrebno utvrditi normalnost distribucija rezultata za postavljene tvrdnje s obzirom na nezavisnu varijablu djelatnost zdravstvene zaštite u kojoj sudionik trenutno radi. Kolmogorov – Smirnov test normalnosti distribucije ukazao je na to da je narušeno pravilo normalne raspodjele rezultata u testu s obzirom na nezavisne varijable, te je stoga prilikom provjere ove hipoteze odlučeno koristiti Spearmanov koeficijent rang korelacije. U nastavku slijedi prikaz rezultata.

		Djelatnost zdravstvene zaštite u kojoj trenutno radite
Kvaliteta donešenih odluka medicinskih sestara u kući pacijenata jednaka je kao i kod medicinskih sestara u bolnici	Koeficijent korelacije	-0,134*
	p-vrijednost	0,015
	N	328
Medicinske sestre moraju imati razvijenu empatiju kako bi kvalitetno radile sa pacijentima i obitelji	Koeficijent korelacije	-0,061
	p-vrijednost	0,274
	N	328
Vrlo je važno da medicinska sestra ima sposobnost primjećivanja pacijentovih promjena u ponašanju i izgledu	Koeficijent korelacije	-0,062
	p-vrijednost	0,264
	N	328
Pacijent i njegova obitelj ima pravo na sudjelovanje i uključivanje u donošenje odluka vezano za pacijenta i zdravstvenu njegu	Koeficijent korelacije	-0,116*
	p-vrijednost	0,035
	N	328
Komunikacija sa pacijentom i obitelji olakšava medicinskoj sestri uvid u pacijentovo stanje i donošenje odluka u procesu zdravstvene njege	Koeficijent korelacije	-0,123*
	p-vrijednost	0,026
	N	328

Napomena: * su označene značajne korelacije uz razinu rizika od 5 %

Tablica 7.3.3. Prikaz korelacijskih analiza varijabli stupanj obrazovanja i tvrdnji pod rednim brojem od 10-15. [Izvor: autor M.P.]

Na temelju dobivenih rezultata, hipoteza da medicinske sestre koje rade u patronažnoj službi i ustanovi za kućnu njegu moraju imati bolje komunikacijske vještine nije potvrđena u svim aspektima. Iako postoje značajne razlike u percepciji kvalitete odluka i prava pacijenata na sudjelovanje u donošenju odluka, nema statistički značajnih razlika u aspektima kao što su oslanjanje na intuiciju, potreba za empatijom i primjećivanje pacijentovih promjena.

H4 – Medicinske sestre koje rade u patronažnoj djelatnosti i ustanovi za kućnu njegu imaju različite načine donošenja odluka od medicinskih sestara koje rade u bolničkom sustavu.

Kako bi provjerili ovu hipotezu analizirane su tvrdnje i djelatnosti u kojima medicinske sestre rade. Prije provjere ove hipoteze bilo je potrebno utvrditi normalnost distribucija rezultata za postavljene tvrdnje s obzirom na nezavisnu varijablu - djelatnost zdravstvene zaštite u kojoj sudionik trenutno radi. Kolmogorov – Smirnov test normalnosti distribucije ukazao je kako je narušeno pravilo normalne raspodjele rezultata u testu s obzirom na nezavisne varijable, te je stoga prilikom provjere ove hipoteze odlučeno koristiti Kruskal-Wallis test. Rezultati su prikazani u tablici 7.3.4.

	Kruskal-Wallis H	df	p
Elementi koji su bitni u donošenju odluka su stečena znanja i vještine	1,061	328	0,588
Medicinske sestre sa dužim radnim stažom donose odluke na temelju intuicije i prosuđivanja	0,709	328	0,701
Medicinske sestre sa višom razinom obrazovanja donose kvalitetnije odluke	11,581	328	0,003
Medicinske sestre koje rade u patronažnoj djelatnosti, zdr. njezi u kući moraju imati veću razinu znanja u donošenju odluka	43,677	328	0,000
Medicinske sestre moraju biti sposobne brzo procijeniti situaciju pacijenta na terenu kako bi identificirale hitne potrebe i donijele odgovarajuće odluke	0,755	328	0,686
Medicinske sestre koje rade u bolničkom sustavu lakše i sigurnije donose odluke poradi parametara koje mogu koristiti prije donošenja odluke	2,352	328	0,308
Medicinske sestre u patronažnoj službi i zdr. njezi u kući pacijenata donose odluke sa većom razinom stresa nego med.sestre u bolnici	51,717	328	0,000
Upotreba tehnologije ima veći utjecaj u procesu donošenja odluka medicinskih sestara koje rade u kući pacijenat odnosu na rad u bolnici	1,609	328	0,447

U hitnim situacijama ili kada su informacije nepotpune, intuicija može pomoći medicinskim sestrama da donesu brze odluke koje su ključne za sigurnost pacijenta	0,906	328	0,636
Medicinske sestre koje rade u patronažnoj djelatnosti i zdr. njezi u kući češće donose odluke na temelju intuicije	0,085	328	0,958
Kvaliteta donešenih odluka medicinskih sestara u kući pacijenata jednaka je kao i kod medicinskih sestara u bolnici	15,591	328	0,000
Medicinske sestre moraju imati razvijenu empatiju kako bi kvalitetno radile sa pacijentima i obitelji	3,790	328	0,150
Vrlo je važno da medicinska sestra ima sposobnost primjećivanja pacijentovih promjena u ponašanju i izgledu	2,289	328	0,318
Pacijent i njegova obitelj ima pravo na sudjelovanje i uključivanje u donošenje odluka vezano za pacijenta i zdravstvenu njegu	13,638	328	0,001
Komunikacija sa pacijentom i obitelji olakšava medicinskoj sestri uvid u pacijentovo stanje i donošenje odluka u procesu zdravstvene njege	4,994	328	0,082

Tablica 7.3.4. Prikaz rezultata Kruskal-Wallis testa analize povezanosti djelatnosti u kojima sudionici rade sa tvrdnjama na koje su odgovorili. [Izvor: autor M.P.]

Analizom rezultata koji su prikazani u tablici 7.3.4. može se zaključiti da medicinske sestre koje rade u patronažnoj djelatnosti i ustanovama za kućnu njegu imaju različite načine donošenja odluka u usporedbi s medicinskim sestrama koje rade u bolničkom sustavu. Prva tvrdnja je vezana uz donošenje odluka. Iz tablice je vidljivo ($K-W H = 1,061$, $p = 0,588$) da nema statistički značajne razlike među skupinama, što sugerira da sve medicinske sestre bez obzira na radno mjesto koriste stečena znanja i vještine na sličan način.

Donošenje odluka na temelju radnog staža, intuicije i prosuđivanja (K-W H = 0,709, p = 0,701), također je vidljivo da nema značajne razlike među skupinama u vezi s utjecajem radnog staža na donošenje odluka temeljenih na intuiciji. Razina obrazovanja i kvaliteta donešenih odluka (K-W H = 11,581, p = 0,003), ukazuje da ovdje postoji značajna razlika, što ukazuje da sestre s višim obrazovanjem donose kvalitetnije odluke, i ovo može imati različite implikacije u različitim radnim okruženjima. Koliko je važna razina znanja u donošenju odluka u patronažnoj službi i ustanovi za kućnu njegu (K-W H = 43,677, p = 0,000), rezultati ukazuju kako su medicinske sestre prepoznale situaciju u kojoj patronažna sestra i sestra iz zdravstvene njege u kući rade i da im znanje mora biti na višoj razini zbog samostalno donesenih odluka.

Medicinske sestre u patronažnoj službi i zdravstvenoj njezi u kući doživljavaju značajno veći stres pri donošenju odluka u odnosu na sestre u bolnicama, a tome u prilog ide rezultat (K-W H = 51,717, p = 0,000). Postoji značajna razlika u kvaliteti donesenih odluka (K-W H = 15,591, p = 0,000) između onih donesenih u kući pacijenta i onih u bolnici. Pacijent i njegova obitelj imaju pravo na sudjelovanje u donošenju odluka (K-W H = 13,638, p = 0,001); ovisno o radnom mjestu većina se medicinskih sestara slaže.

Na temelju rezultata Kruskal-Wallis testa može se zaključiti da postoje značajne razlike u načinu donošenja odluka između medicinskih sestara koje rade u patronažnoj službi i zdravstvenoj njezi u kući u usporedbi s onima koje rade u bolnicama. Konkretno, sestre u patronažnoj službi i kućnoj njezi moraju imati višu razinu znanja, suočavaju se s većim stresom, te njihova razina obrazovanja značajno utječe na kvalitetu odluka koje donose. Ovi rezultati potvrđuju hipotezu koja glasi: "Medicinske sestre koje rade u patronažnoj djelatnosti i ustanovi za kućnu njegu imaju različite načine donošenja odluka od medicinskih sestara koje rade u bolničkom sustavu".

8. Rasprava

Uloga medicinskih sestara u pružanju zdravstvene skrbi je iznimno važna i često ključna za ishod liječenja pacijenata. Donošenje odluka u sestrinskoj praksi nije samo tehnički aspekt rada, već uključuje složen proces koji je pod utjecajem više čimbenika, uključujući obrazovanje i radno okruženje. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) procjenjuje da su medicinske pogreške i nepovoljne zdravstvene situacije među vodećim uzrocima smrti i invaliditeta u svijetu. Prema podacima WHO-a, u razvijenim zemljama 1 od 10 pacijenata je pogođen medicinskom pogreškom tijekom boravka u bolnici [33]. Studija autora Makaryja i Danielsa objavljena 2016. godine u časopisu "BMJ" (British Medical Journal) procjenjuje da su medicinske pogreške treći vodeći uzrok smrti u SAD-u, s procijenjenih oko 250.000 smrti godišnje zbog različitih vrsta medicinskih pogrešaka [34]. Glavni cilj ovog istraživanja bio je istražiti postoje li razlike u donošenju odluka između medicinskih sestara koje rade u patronažnoj službi, ustanovi za zdravstvenu njegu u kući i bolničkom sustavu. Rezultati dobiveni u ovom istraživanju, Spearmanova analiza korelacije otkriva da postoji značajna pozitivna korelacija između višeg stupnja obrazovanja i percepcije kvalitete donesenih odluka ($r = 0,317, p < 0,001$), potvrđuje da veća razina obrazovanja omogućuje sestrama da donose odluke koje su kvalitetnije i temeljitije. Razlog za to može biti u činjenici da viši stupanj obrazovanja pruža svestraniji uvid u kliničku praksu, poboljšava kritičko razmišljanje te omogućava bolje razumijevanje složenih kliničkih situacijate ukazuje na važnost obrazovanja medicinskih sestara. Viša razina obrazovanja obično je povezana s boljom sposobnošću analize situacija, kritičkim razmišljanjem i primjenom teorijskog znanja u praksi. Međutim, važno je napomenuti da ne postoji značajna korelacija između obrazovanja i tvrdnji koje se odnose na intuiciju, brzo prosuđivanje ili oslanjanje na stečeno iskustvo (p -vrijednosti $> 0,05$). Podatak ukazuje da, iako obrazovanje poboljšava percepciju kvalitete odluka, faktori kao što su intuicija i iskustvo ostaju važni u svakodnevnom radu medicinskih sestara, osobito u hitnim situacijama gdje je vrijeme za odluku ograničeno. Tehnologija je sastavni dio zdravstvene zaštite. S brzim razvojem tehnoloških inovacija koje informiraju i podržavaju medicinske sestre, važno je procijeniti kako te tehnologije mogu utjecati na njihovo radno opterećenje, posebno u ruralnim kontekstima, gdje radna snaga i podrška mogu biti ograničeni [35]. Autorica Marković je 2021. godine ispitala informatičku i informacijsku pismenost u bolnicama na sjeverozapadnoj Hrvatskoj, sudionici su se složili kako medicinske sestre troše previše vremena na administriranje u odnosu na zdravstvenu skrb te da im je potrebno kvalitetnije obrazovanje u području informatičkog i informacijskog opismenjavanja kroz formalno obrazovanje i cjeloživotno učenje, a samim time i na donošenje kvalitetnijih odluka [36]. Autor Ahmady i Šahbazi su 2020. godine proveli istraživanje na 40

studenta u Iranu, gdje su opisali skupinu koja je nakon edukacije poboljšala kognitivno rješavanje problema, kritičko razmišljanje i vještine donošenja odluka. Uzimajući u obzir ovaj rezultat, obrazovanje sestrištva treba prezentirati koristeći nove strategije i kreativne načine koji se razlikuju od tradicionalnih obrazovnih metoda [32]. Nove situacije i tehnologija, te iznenadne situacije kao što je bila pandemija Covid-19, imaju značajan utjecaj kod specifičnog radnog okruženja, na razinu stresa i donošenje odluka. Stres može biti posljedica nekoliko faktora, uključujući složenost kliničkih situacija, potrebu za brzim prosuđivanjem i ograničen pristup informacijama. Sestre u patronažnoj službi često rade same, daleko od resursa koji su dostupni u bolničkim uvjetima, što ih prisiljava na oslanjanje na vlastito znanje i procjenu situacije. Ovi uvjeti zahtijevaju višu razinu znanja i iskustva, što dodatno pojačava stres tijekom donošenja odluka. Rezultati istraživanja pokazuju da medicinske sestre koje rade u patronažnoj službi ili kućnoj njezi doživljavaju značajno veći stres pri donošenju odluka u usporedbi s medicinskim sestrama u bolnicama ($r = -0,398$, $p < 0,001$). Ovaj podatak naglašava izazove s kojima se suočavaju sestre u ovim okruženjima, gdje često moraju donositi odluke bez podrške tehnologije i medicinskog tima. Autorica Milković je 2016. godine provela istraživanje na području Osijeka gdje su sudjelovale 24 medicinske sestre iz patronažne službe Doma zdravlja Osijek i 27 medicinskih sestara iz 3 ustanove za kućnu njegu (Jadranka Plužarić, „Spomenka Kurina“, „Terica Breber“). Navode kako je sindrom sagorijevanja intenzivnije izražen kod sestara iz ustanove za kućnu njegu čemu se može pripisati kako medicinske sestre u ustanovi za kućnu njegu u pravilu imaju srednjoškolsko obrazovanje i njihova zadaća je provoditi zdravstvenu njegu bolesnika. Medicinske sestre koje rade u službi patronažne zdravstvene zaštite u pravilu imaju visoku stručnu spremu i njihova zadaća je procjena potrebe daljnjeg provođenja zdravstvene njege. Ipak, medicinske sestre iz patronažne zdravstvene zaštite i ustanova za zdravstvenu njegu u kući možemo povezati s obzirom na mjesto obavljanja djelatnosti zdravstvene njege, a to je bolesnikova kuća. Njihov svakodnevni radni dan sadrži veliku varijaciju, susrećući se sa zdravim i bolesnim ljudima. Doživljavanje stresa izazvanog poslom smanjuje kvalitetu sestriškog rada, tj. kvalitetu zdravstvene njege. S vremenom, nekima od njih se događa da gube volju za poslom, postaju bezosjećajni i nezainteresirani za ljude s kojima rade te u svom radu ne vide više nikakav smisao. Ta promjena odnosa prema poslu i promjena ponašanja veliki je problem za pomagača, ali i za one kojima je pomoć potrebna. Sindrom sagorijevanja je veliki problem postupnog tijeka koji postupno iscrpljuje tijelo i duh, katkad do te mjere da inače zdrava i kompetentna osoba postane potpuno blokirana [37]. Više autora su u svojim istraživanjima naveli kako su ustanovili da su stresori „neadekvatne plaće“, nedostatan broj djelatnika, suočavanje s neizlječivim bolesnicima, svakodnevne nepredviđene situacije, administrativni poslovi, noćni rad ocijenjeni kao najstresniji, a „komunikacija s osobama oštećena sluha ili vida“ kao najmanje stresna situacija. Općenito se može

reći da dominiraju stresori koji su povezani s opsegom i nepredvidivošću posla te osjećaj neadekvatne naknade. Zanimljivo je da su navedeni stresori koji se odnose na međusobnu komunikaciju unutar tima relativno nisko ocijenjeni u autoričinu istraživanju. Treća hipoteza (H3) istražuje potrebu za boljim komunikacijskim vještinama među medicinskim sestrama koje rade u patronažnoj službi i kućnoj njezi. Iako je logično pretpostaviti da bi sestre u ovim okruženjima trebale imati razvijenije komunikacijske vještine kako bi bolje razumjele pacijentovo stanje i donijele kvalitetnije odluke, rezultati istraživanja nisu u potpunosti podržali ovu pretpostavku. Autorice Šilje i Glavinčić u svom radu provedenom 2016. godine navode kako je bolesnik izložen nizu neugodnih doživljaja. Prvotno ima subjektivne stavove o medicinskim djelatnicima. Pojava bolesti je „nešto“ novo, strašno i nepoznato, dijagnoza je nepoznati subjekt - nerazumljiv, te u značajnom obimu neshvatljiv. Potrebe bolesnika od onih osnovnih: za čašom vode, za okretanjem nepokretnog, za pomoći pri ustajanju; do onih na razini: poštovanja, sestrinog osmjeha, ulijevanja povjerenja da smo tu za njega, od značajne su važnosti. Iznalazi se kontinuirana potreba za trajnim educiranjem medicinskih sestara zbog potrebe poticanja, usvajanja i učenja opisanih vještina. Orijentiranost na zadatke stvara jaz između bliskog, empatijskog odnosa medicinskih sestara i bolesnika. Iz navedenog proizlazi da posjedovanje interpersonalnih vještina u značajnom obimu povećava kvalitetu pružanja zdravstvene njege [38]. Kruskal-Wallis test je u ovom istraživanju pokazao statistički značajne razlike u percepciji kvalitete odluka među sestrama u različitim okruženjima (K-W H = 15,591, p = 0,000), kao i razlike u percepciji pacijentovog prava na sudjelovanje u donošenju odluka (K-W H = 13,638, p = 0,001). Međutim, aspekti poput empatije, intuicije i potrebe za promatranjem pacijentovih promjena nisu pokazali statistički značajne razlike (p-vrijednosti > 0,05). Ovi rezultati sugeriraju da, iako postoje određene razlike u percepciji važnosti komunikacijskih vještina, one možda nisu presudne za sve aspekte donošenja odluka u različitim radnim okruženjima. U 2021. godini provedeno je jedno presječno istraživanje autorice Bitunjac i suradnika, na području Republike Hrvatske na temu: “Empatija medicinskih sestara” sudjelovalo je 252 ispitanika. Rezultati istraživanja su ukazali na višu razinu empatije medicinskih sestara i tehničara negoli je uočena u prijašnjim istraživanjima, ali da ima još prostora za poboljšanje. Viša razina empatije je uočena kod starijih djelatnika, ali nije uočena povezanost sa stručnom spremom. Njihovim istraživanjem se očekivalo da će profesionalno iskustvo i viši stupanj obrazovanja doprinjeti višoj razini empatičnosti [35]. Samim time zaključujemo da su i dalje potrebna poboljšanja u obrazovnom, radnom i organizacijskom segmentu medicinskih sestara. Posljednja hipoteza (H4) istražuje razlike u načinu donošenja odluka između medicinskih sestara koje rade u bolničkom sustavu i onih koje rade u patronažnoj službi i ustanovi za kućnu njegu. Analiza Kruskal-Wallis testa otkrila je nekoliko značajnih razlika, uključujući razinu obrazovanja (K-W H = 11,581, p = 0,003) i kvalitetu donesenih odluka (K-W H = 15,591, p =

0,000). Rezultati istraživanja jasno potvrđuju hipotezu da radno okruženje značajno utječe na način donošenja odluka. Sestre u bolnicama imaju pristup većem broju resursa i podrške, što im olakšava donošenje odluka. S druge strane, sestre u patronažnoj službi moraju se oslanjati na svoje znanje i iskustvo u donošenju odluka, često pod većim pritiskom i bez mogućnosti konzultacija s kolegama ili korištenja napredne tehnologije. Autorica Milković također spominje u svom istraživanju provedenom 2016. godine razliku između patronažnih sestara i medicinskih sestara koje rade u zdravstvenoj njezi u kući, naspram sestara koje rade u bolnicama je u raznolikosti njihovih zadataka, načinima pristupa prema onima kojima se pomoć pruža. One pružaju zdravstvenu njegu pojedincu, obitelji i zajednici te promoviraju zdravlje [37].

Tijekom istraživanja dobiven je upit od kolegice patronažne sestre koja je spomenula da sam u anketi pogrešno napisala razinu obrazovanja patronažnih sestara. Upit je glasio: "Zašto sam u anketi napisala medicinska sestra opće njege kad je svima jasno i zakonom regulirano da patronažne sestre moraju biti prvostupnice sestrinstva." Na upit kolegice patronažne sestre dato je pojašnjenje: "U Zagrebačkoj županiji je unazad 2 godine radila kolegica koja je bila medicinska sestra opće njege, a poznato nam je da u ruralnim mjestima još ima medicinskih sestara koje rade sa srednjom stručnom spremom i drago mi je da su i one sudjelovale u istraživanju".

9. Zaključak

Zdravstvena njega je temelj sestrinske profesije, ali moderno sestrinstvo se treba temeljiti na znanju, a to omogućuje školovanje visokoobrazovanih kadrova. Većina istraživanja ukazuje na važnost ulaganja u obrazovanje i profesionalni razvoj medicinskih sestara, čime se ne samo poboljšava njihova sposobnost donošenja odluka nego se jača i kvaliteta zdravstvene skrbi te sigurnost pacijenata. Donošenje odluka process je odabira između dvije ili više opcija na temelju analize, razmatranja i vrednovanja dostupnih informacija. U praksi, donošenje odluka često zavisi od situacije, vremena i raspoloživih resursa, ali uz strukturiran pristup može biti olakšano. U ovom radu analizirana su ključna obilježja donošenja odluka u sestrinstvu, uzimajući u obzir kompleksnost zdravstvene skrbi i razne aspekte koji utječu na profesionalno djelovanje medicinskih sestara. Donošenje odluka u ovom području nije isključivo individualna aktivnost, već zahtijeva suradnju i komunikaciju unutar timova, kao i integraciju znanstvenih saznanja s praktičnim iskustvom. Analiza ukazuje na važnost donošenja odluka u sestrinstvu, kao i na povezanost između razine obrazovanja i kvalitete tih odluka. Istraživanje jasno pokazuje da medicinske sestre s višim stupnjem obrazovanja imaju bolju sposobnost donošenja odgovarajućih odluka, što je ključno za kvalitetu skrbi i sigurnost pacijenata i od posebnog je značaja u složenim radnim okruženjima poput patronažne službe i zdravstvene njege u kući. Jedan od ključnih zaključaka je da kvaliteta zdravstvene skrbi u velikoj mjeri ovisi o sposobnosti medicinskih sestara da donose informirane i pravovremene odluke. U tom smislu, obrazovanje i kontinuirana stručna usavršavanja igraju značajnu ulogu u jačanju kompetencija sestara, čime se unapređuje ne samo njihova profesionalnost, već i ukupna zdravstvena usluga. Iako su razvijene komunikacijske vještine prepoznate kao važne za kvalitetno donošenje odluka, istraživanje nije u potpunosti potvrdilo hipotezu da medicinske sestre u patronažnoj službi i kućnoj njezi imaju bolje komunikacijske vještine u odnosu na svoje kolegice u bolničkom sustavu. Važno je naglasiti kako su komunikacijske vještine i empatija od suštinske važnosti, osobito u patronažnoj službi i kućnoj njezi, gdje medicinske sestre često djeluju samostalno i nemaju uvijek podršku timova ili tehnologije. S obzirom na to da je empatija prepoznata kao složena i važna komponenta zdravstvene skrbi, potrebno je dodatno istražiti kako se ona može razvijati kroz formalno obrazovanje i kontinuiranu profesionalnu edukaciju. Zanimljivo je i to što su sudionici anketu doživjeli kao priliku za izražavanje svojih stavova o važnosti komunikacije i empatije. Razumijevanje etičkih principa i sposobnost donošenja moralnih odluka ključni su za očuvanje ljudskog dostojanstva i pružanje skrbi usmjerenih na pacijenta. Ukazuje i na važnost empatije u

sestrinskoj praksi, posebno u kontekstu promatranja pacijentovih promjena i odgovarajuće reakcije na njih.

Uz to, implementacija suvremenih tehnologija i informatičkih sistema može značajno olakšati proces donošenja odluka, omogućujući brži pristup relevantnim informacijama i podržavajući kliničke procese. Osim toga, činjenica da su sudionici bili različite dobi i razina obrazovanja može ukazivati na promjenu generacija u sestriinstvu, gdje medicinske sestre sa manje radnog iskustva možda imaju bogatije iskustvo s tehnologijom, dok medicinske sestre sa više iskustva mogu donijeti više praktičnog znanja. Ovaj aspekt zasigurno zaslužuje daljnje istraživanje kako bi se bolje razumjeli intergeneracijski odnosi i kako se iskustvo može prenijeti na mlađe kolege.

Na kraju, naglašava se potreba za jačim predvođenjem i podrškom menadžmenta u zdravstvenim ustanovama, što može dodatno unaprijediti proces donošenja odluka u sestriinstvu. Ove promjene, zajedno s jačanjem interdisciplinarne suradnje, doprinijet će boljoj organizaciji i kvaliteti zdravstvene skrbi.

Buduće studije trebale bi se usredotočiti na detaljniju analizu faktora koji utječu na donošenje odluka, s ciljem unapređenja kvalitete zdravstvene skrbi i sigurnosti pacijenata. U konačnici, kontinuirano usavršavanje i prilagodba sestriinske prakse novim izazovima ostaju ključni elementi za postizanje optimalnih ishoda u zdravstvenoj skrbi. Samo kroz kontinuiranu refleksiju i prilagodbu praksi, sestriinstvo može odgovoriti na izazove modernog zdravstvenog sustava.

10. Literatura

1. Kalauz S. Etika u Sestrinstvu. Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
2. Prlić N. Zdravstvena njega. Školska knjiga. Zagreb; 1999.
3. Raković I. Sestrinstvo utemeljeno na dokazima - prepreke za primjenu u praksi [Internet] [info:eu-repo/semantics/masterThesis]. University of Zagreb. School of Medicine. Chair of Social Medicine and Health Care Organization; 2018 [citirano 08. kolovoz 2024.]. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:226935>
4. Pere Sikavica, Tihomir Hunjak, Nina Begičević Ređep, Tomislav Hernaus. Poslovno odlučivanje. Školska knjiga; 2014.
5. Peračković K. Pere Sikavica, Tihomir Hunjak, Nina Begičević Ređep, Tomislav Hernaus: Poslovno odlučivanje. Društvena istraživanja : časopis za opća društvena pitanja. 01. ožujak 2015.;24(1):163–7.
6. Certo S. C, Certo S. T. Moderni menadžment. Zagreb: MATE d.o.o; (10. izdanje).
7. Haegdorens F, Lefebvre J, Wils C, Franck E, Van Bogaert P. Combining the Nurse Intuition Patient Deterioration Scale with the National Early Warning Score provides more Net Benefit in predicting serious adverse events: A prospective cohort study in medical, surgical, and geriatric wards. Intensive and Critical Care Nursing. 01. kolovoz 2024.;83:103628.
8. Shariff NJ. Empowerment model for nurse leaders' participation in health policy development: an east African perspective. BMC Nursing. 13. svibanj 2015.;14(1):31.
9. Taylor N, McKay S, Long JC, Gaff C, North K, Braithwaite J, i ostali. Aligning intuition and theory: a novel approach to identifying the determinants of behaviours necessary to support implementation of evidence into practice. Implementation Sci. 20. srpanj 2023.;18(1):29.
10. Carl Gustav Jung. Psychological Types. John Wiley & Sons; 1992.
11. Haegdorens F, Wils C, Franck E. Predicting patient deterioration by nurse intuition: The development and validation of the nurse intuition patient deterioration scale. International Journal of Nursing Studies. 01. lipanj 2023.;142:104467.
12. Bidari A, Talachian E. Rapid Emergency Medicine Score (REMS) As a Predictor of Early Mortality in the Setting of Emergency Department. Iran J Med Sci. ožujak 2022.;47(2):81–2.
13. Mumtaz H, Ejaz MK, Tayyab M, Vohra LI, Sapkota S, Hasan M, i ostali. APACHE scoring as an indicator of mortality rate in ICU patients: a cohort study. Ann Med Surg (Lond). 24. ožujak 2023.;85(3):416–21.

14. Rojas RL, Cremades CF, Celleri M, Garay CJ. Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) and Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS): Adaptation and Validation in Buenos Aires, Argentina. *Clin Psychol Eur.* 29. lipanj 2023.;5(2):e10451.
15. Marshall JC. The multiple organ dysfunction syndrome. U: *Surgical Treatment: Evidence-Based and Problem-Oriented* [Internet]. Zuckschwerdt; 2001 [citirano 30. kolovoz 2024.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK6868/>
16. KALAUZ S. Organizacija i upravljanje u zdravstvenoj njezi. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
17. Zakon o sestrinstvu - Zakon.hr [Internet]. [citirano 30. kolovoz 2024.]. Dostupno na: https://www.zakon.hr/z/407/Zakon-o-sestrinstvu#google_vignette
18. Mršo L. ULOGA DRŽAVE U RAZVOJU KVALITETE ZDRAVSTVA I ZDRAVSTVENIH USLUGA [Internet] [info:eu-repo/semantics/masterThesis]. Josip Juraj Strossmayer University of Osijek. Faculty of Economics in Osijek; 2021 [citirano 30. kolovoz 2024.]. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:145:164777>
19. Povijest | HZZO [Internet]. [citirano 30. kolovoz 2024.]. Dostupno na: <http://hzzo.hr/ona/povijest>
20. Zakon o zdravstvenoj zaštiti [Internet]. [citirano 30. kolovoz 2024.]. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2003_07_121_1706.html
21. Mojsović Z. i sur. Sestrinstvo u zajednici. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2004.
22. Šifarnici HZZO-a | HZZO [Internet]. [citirano 15. kolovoz 2024.]. Dostupno na: <http://hzzo.hr/hzzo-za-partnere/sifarnici-hzzo-0>
23. Vrabec B. Informatizacija u djelatnosti patronaže. *Hrvatski Časopis za javno zdravstvo.* 07. siječanj 2013.;9(33):221–3.
24. Opis zdravstvenog sustava | HZZO [Internet]. [citirano 08. kolovoz 2024.]. Dostupno na: <http://hzzo.hr/pravni-akti/opis-zdravstvenog-sustava>
25. Ugovoreni sadržaji zdravstvene zaštite u RH | HZZO [Internet]. [citirano 08. kolovoz 2024.]. Dostupno na: <http://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni>
26. Scribd [Internet]. [citirano 08. kolovoz 2024.]. ZDRAVSTVENA NJEGA U KUĆI - (Nastavni Tekstovi) - 1 | PDF. Dostupno na: <https://www.scribd.com/document/623484318/ZDRAVSTVENA-NJEGA-U-KU%C4%86I-nastavni-tekstovi-1>
27. Zakon o koncesijama - Zakon.hr [Internet]. [citirano 08. kolovoz 2024.]. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/157/Zakon-o-koncesijama>

28. [zdravlje.gov.hr \[Internet\]. \[citirano 01. rujan 2024.\]. Bolničke zdravstvene ustanove.](https://zdravlje.gov.hr/kontakti/kontakti-zdravstvenih-ustanova/bolnicke-zdravstvene-ustanove/2722)
Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/kontakti/kontakti-zdravstvenih-ustanova/bolnicke-zdravstvene-ustanove/2722>
29. Glas Istre HR [Internet]. 2024 [citirano 08. kolovoz 2024.]. Hrvatskoj nedostaje najmanje 4.000 medicinskih sestara. Pula po tom pitanju radi jednu dobru stvar. Dostupno na: <https://www.glasistre.hr/hrvatska/2024/05/18/hrvatskoj-nedostaje-najmanje-4000-medicinskih-sestara-pula-po-tom-pitanju-radi-jednu-dobru-stvar-934163>
30. Wallis L. Barriers to implementing evidence-based practice remain high for U.S. nurses: getting past „we’ve always done it this way“ is crucial. *Am J Nurs.* prosinac 2012.;112(12):15.
31. Zulle K. Primjena prakse temeljene na dokazima u fizioterapeutskoj praksi u Republici hrvatskoj. *World of Health.* 2018.;1(1):10–7.
32. Ljubičić M, Šare S. The connection between theory and practice in nursing care. *NURSING JOURNAL.* 20. siječanj 2015.;20:254–6.
33. Patient safety [Internet]. [citirano 01. rujan 2024.]. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
34. Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ.* 03. svibanj 2016.;353:i2139.
35. Mohammadnejad F, Freeman S, Klassen-Ross T, Hemingway D, Banner D. Impacts of Technology Use on the Workload of Registered Nurses: A Scoping Review. *J Rehabil Assist Technol Eng.* 17. lipanj 2023.;10:20556683231180189.
36. Marković B. Informatička i informacijska pismenost u području sestriinstva kao preduvjet za održivo financijsko poslovanje. *Croatian Regional Development Journal.* 30. lipanj 2023.;4(1):15–33.
37. Milković S. Usporedba prisutnosti sindroma sagorijevanja medicinskih sestara u patronažnoj zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenoj njezi u kući na području grada Osijeka [Internet] [info:eu-repo/semantics/bachelorThesis]. Josip Juraj Strossmayer University of Osijek. Faculty of Medicine; 2016 [citirano 01. rujan 2024.]. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:162819>
38. Šilje M, Glavinić N. Potrebna znanja i vještine medicinske sestre/tehničara: vještine postavljanja pitanja potrebne za savjetovanje i metode koje pomažu u prihvaćanju dijagnoze. *Sestrinski glasnik.* 15. travanj 2017.;22(1):18–22.

11. Dodaci

11.1. Popis tablica

Tablica 7.1.1. Opći prikaz sociodemografskih podataka sudionika koji su sudjelovali u istraživanju

Tablica 7.1.2. Prikaz rezultata upitnika ukupno.

Tablica 7.2.1. Deskriptivni pokazatelji slaganja sa ponuđenom tvrdnjom (n= 328)

Tablica 7.3.1. Prikaz korelacijskih analiza varijabli stupanj obrazovanja i tvrdnji pod rednim brojem od 1-5.

Tablica 7.3.2. Prikaz korelacijskih analiza varijabli stupanj obrazovanja i tvrdnji pod rednim brojem od 5-10.

Tablica 7.3.3. Prikaz korelacijskih analiza varijabli stupanj obrazovanja i tvrdnji pod rednim brojem od 10-15.

Tablica 7.3.4. Prikaz rezultata Kruskal-Wallis testa analize povezanosti djelatnosti u kojima sudionici rade sa tvrdnjama na koje su odgovorili

11.2. Popis grafikona

Grafikon 7.1.1. Prikaz distribucije odgovora s obzirom na dob sudionika

Grafikon 7.1.2. Prikaz distribucije odgovora s obzirom na spol sudionika

Grafikon 7.1.3. Prikaz distribucije prema razini obrazovanja ispitanika

Grafikon 7.1.4. Prikaz distribucije prema djelatnosti u kojima rade.

Grafikon 7.1.5. Prikaz distribucije broja medicinskih sestara promatrane sa razine obrazovanja i djelatnosti u kojima rade.

Grafikon 7.1.6. Prikaz distribucije broja sudionika prema radnom stažu

Grafikon 7.1.7. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 1.

Grafikon 7.1.8. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 2

Grafikon 7.1.9. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 3.

Grafikon 7.1.10. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 4.

Grafikon 7.1.11.. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 5.

Grafikon 7.1.12. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 6.

Grafikon 7.1.13. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 7.

Grafikon 7.1.14.. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 8.

Grafikon 7.1.15. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 9.

Grafikon 7.1.16. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 10.

Grafikon 7.1.17.. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 11

Grafikon 7.1.18. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 12.

Grafikon 7.1.19. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 13.

Grafikon 7.1.20. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 14.

Grafikon 7.1.21. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 15.

11.3. Popis slika

Slika 3.1.1. Nurse Intuition Patient Deterioration Scale (NIPDS) skala za procjenu pogoršanja stanja pacijenta.

12. Prilozi

12.1. Anketni upitnik

Anketni upitnik na temu; „Načini donošenja odluka medicinskih sestara koje rade u patronažnoj službi, kućnoj njezi i u bolničkom sustavu “

Poštovani/e,

molim Vas za ispunjavanje upitnika o načinu donošenja odluka medicinskih sestara koje rade u patronažnoj službi, kućnoj njezi i u bolničkom sustavu. Podaci prikupljeni ovim istraživanjem koristit će se u svrhu izrade i obrane diplomskog rada na diplomskom studiju sestrinstva Sveučilišta Sjever u Varaždinu i u potrebe pisanja znanstvenih članaka, pod mentorstvom Izv.prof.dr.sc.Marijane Neuberg. Upitnik je dobrovoljan i anonimn te u svakom trenutku možete odustati. Za ispunjavanje upitnika potrebno je 5-10 minuta.

Za dodatne informacije, nedoumice ili nejasnoće možete se obratiti na e-mail adresu:

matpranjic@unin.hr

Unaprijed Vam hvala na suradnji i pomoći.

Mateja Pranjic, bacc.med.techn., studentica diplomskog studija sestrinstva

1. Spol

- a) Muško
- b) Žensko

2.Dob

- a) Do 20 godina
- b) 21-30 godina
- c) 31-40 godina
- d) 41-50 godina
- e) 51 i više

3.Stupanj obrazovanja

- a) SSS
- b) VŠS
- c) VSS

d) DOKTORAT

4. Radni staž

- a) 0-5 godina
- b) 6-10 godina
- c) 11-20 godina
- d) 21-30 godina
- e) 31 godinu i više

5. Djelatnost zdravstvene zaštite u kojoj trenutno radite

- a) Medicinska sestra/tehničar u patronažnoj službi
- b) Medicinska sestra/tehničar u kućnoj njezi
- c) Medicinska sestra/tehničar u bolničkom sustavu

Drugi dio ankete se odnosi na tvrdnje vezane za postupke medicinskih sestara vezane za načine odlučivanja prema Likertovoj ljestvici

- 1. Uopće se ne slažem
- 2. Djelomično se slažem
- 3. Niti se slažem niti se ne slažem
- 4. Djelomično se slažem
- 5. U potpunosti se slažem

1. Elementi koji su bitni u donošenju odluka su stečena znanja i vještine

- 1. Uopće se ne slažem
- 2. Djelomično se slažem
- 3. Niti se slažem niti se ne slažem
- 4. Djelomično se slažem
- 5. U potpunosti se slažem

2. Medicinske sestre sa dužim stažom donose odluke na temelju intuicije i prosuđivanja

1. Uopće se ne slažem
2. Djelomično se slažem
3. Niti se slažem niti se ne slažem
4. Djelomično se slažem
5. U potpunosti se slažem

3. Medicinske sestre sa višom razinom obrazovanja donose kvalitetnije odluke

1. Uopće se ne slažem
2. Djelomično se slažem
3. Niti se slažem niti se ne slažem
4. Djelomično se slažem
5. U potpunosti se slažem

4. Medicinske sestre koje rade u patronažnoj djelatnosti, zdravstvenoj njezi u kući, moraju imati veću razinu znanja u donošenju odluka

1. Uopće se ne slažem
2. Djelomično se slažem
3. Niti se slažem niti se ne slažem
4. Djelomično se slažem
5. U potpunosti se slažem

5. Medicinske sestre moraju biti sposobne brzo procijeniti situaciju u kući pacijenata kako bi identificirale hitne potrebe i donijele odgovarajuće odluke

1. Uopće se ne slažem
2. Djelomično se slažem
3. Niti se slažem niti se ne slažem
4. Djelomično se slažem
5. U potpunosti se slažem

6. Medicinske sestre koje rade u bolničkom sustavu lakše i sigurnije donose odluke poradi parametara koje mogu koristiti prije donošenja odluke

1. Uopće se ne slažem
2. Djelomično se slažem
3. Niti se slažem niti se ne slažem
4. Djelomično se slažem
5. U potpunosti se slažem

7. Medicinske sestre u patronažnoj službi I zdravstvenoj njezi u kući donose odluke sa većom razinom stresa nego med.sestre u bolnici.

1. Uopće se ne slažem
2. Djelomično se slažem
3. Niti se slažem niti se ne slažem
4. Djelomično se slažem
5. U potpunosti se slažem

8. Upotreba tehnologije ima veći utjecaj u procesu donošenja odluka medicinskih sestara koje rade u kući pacijenata u odnosu na rad u bolnici

1. Uopće se ne slažem
2. Djelomično se slažem
3. Niti se slažem niti se ne slažem
4. Djelomično se slažem
5. U potpunosti se slažem

9. U hitnim situacijama ili kada su informacije nepotpune, intuicija može pomoći medicinskim sestrama da donesu brze odluke koje su ključne za sigurnost pacijenta

1. Uopće se ne slažem
2. Djelomično se slažem
3. Niti se slažem niti se ne slažem

4. Djelomično se slažem
5. U potpunosti se slažem

10. Medicinske sestre koje rade u patronažnoj djelatnosti i zdravstvenoj njezi u kući češće donose odluke na temelju intuicije i prosuđivanja

1. Uopće se ne slažem
2. Djelomično se slažem
3. Niti se slažem niti se ne slažem
4. Djelomično se slažem
5. U potpunosti se slažem

11. Kvaliteta donešenih odluka medicinskih sestara u kući pacijenata je slična kao i kod medicinskih sestara u bolnici

1. Uopće se ne slažem
2. Djelomično se slažem
3. Niti se slažem niti se ne slažem
4. Djelomično se slažem
5. U potpunosti se slažem

12. Medicinske sestre moraju imati razvijenu empatiju kako bi kvalitetno radile sa pacijentima i obitelji

1. Uopće se ne slažem
2. Djelomično se slažem
3. Niti se slažem niti se ne slažem
4. Djelomično se slažem
5. U potpunosti se slažem

13. Vrlo je važno da med.sestra ima sposobnost primjećivanja pacijentovih promjena u ponašanju i izgledu

1. Uopće se ne slažem
2. Djelomično se slažem
3. Niti se slažem niti se ne slažem
4. Djelomično se slažem
5. U potpunosti se slažem

14. Pacijent i njegova obitelj ima pravo u sudjelovanje i uključivanje u donošenje odluka vezano za pacijenta i zdravstvenu njegu.

1. Uopće se ne slažem
2. Djelomično se slažem
3. Niti se slažem niti se ne slažem
4. Djelomično se slažem
5. U potpunosti se slažem

15. Komunikacija sa pacijentom i obitelji olakšava medicinskoj sestri uvid u pacijentovo stanje i donošenje odluke u procesu zdravstvene njege.

1. Uopće se ne slažem
2. Djelomično se slažem
3. Niti se slažem niti se ne slažem
4. Djelomično se slažem
5. U potpunosti se slažem

12.2. Izjava o autorstvu

Sveučilište
Sjever

IZJAVA O AUTORSTVU

Završni/diplomski/specijalistički 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 (knjige, članci, doktorski disertacije, magistrantski radovi, izvori 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 prenosivjem tuđeg znanstvenog ili strojnog rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ia, MATEJA PRANJIC (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog/specijalističkog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Naziv završnog/diplomskog/specijalističkog rada (potpisati naslov) te da u u potpisanoj izjavi neću koristiti dijelove tuđih radova (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(potpisati ime i prezime)
Mateja Pranjić
(vlastoručni potpis)

Sukladno članku 58, 59 i 61. Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti završne/diplomske/specijalističke radove sveučilišta su dužna objaviti u roku od 30 dana od dana obrane na nacionalnom repozitoriju odnosno repozitoriju visokog učilišta.

Sukladno članku 111. Zakona o autorskom pravu i srodnim pravima student se ne može protiviti da se njegov završni rad stvoren na bilo kojem studiju na visokom učilištu učini dostupnim javnosti na odgovarajućoj javnoj mrežnoj bazi sveučilišne knjižnice, knjižnice sastavnice sveučilišta, knjižnice veleučilišta ili visoke škole i/ili na javnoj mrežnoj bazi završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice, sukladno zakonu kojim se uređuje umjetnička djelatnost i visoko obrazovanje.

12.3. Odgovor na upit o broju medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj

Poštovana,

na današnji dan ukupno važeća odobrenja za rad ima 41722 član.

U bolničko sustavu prema našim podacima rade 16986 medicinskih sestara i tehničara.

Napominjemo kako se navedeni podaci dnevno mijenjaju. Također podatak o broju sestara u bolničkom sustavu nije pouzdan, budući da nam članovi ne šalju redovno zahtjeve za promjenu podataka vezano uz promjenu poslodavca.

S poštovanjem,



Ivanka Kalić, mag.oec.

Hrvatska komora medicinskih sestara/Croatian Nursing Council

Maksimirska 111/2, 10000 Zagreb, Croatia

Phone: +385 1 2444 300

Fax: +385 1 2444 306

e-mail: ivanka.kalic@hkms.hr

www.hkms.hr