

Medicinska sestra u timu: presječno istraživanje sestričkih stavova o odnosu sestre i liječnika

Sule, Zdenka

Master's thesis / Diplomski rad

2018

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:280528>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-04**

Repository / Repozitorij:



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

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



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SESTRINSTVA

Zdenka Sule

**MEDICINSKA SESTRA U TIMU: PRESJEČNO
ISTRAŽIVANJE SESTRINSKIH STAVOVA O ODNOSU
MEDICINSKE SESTRE I LIJEČNIKA**

Diplomski rad

Split, 2018.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SESTRINSTVA

Zdenka Sule

**MEDICINSKA SESTRA U TIMU: PRESJEČNO
ISTRAŽIVANJE SESTRINSKIH STAVOVA O ODNOSU
MEDICINSKE SESTRE I LIJEČNIKA**

**NURSE IN A TEAM: CROSS-SECTIONAL STUDY OF
NURSES ATTITUDES ON RELATIONS BETWEEN NURSES
AND DOCTORS**

Diplomski rad / Masters thesis

Mentor: prof. dr. sc. Ana Marušić

Split, 2018.

Zahvala

Veliko hvala prof. dr. sc. Ani Marušić na iznimnoj pomoći u izradi ovog diplomskog rada.

Veliko hvala prof. dr. sc. Matku Marušiću, bez čije vizije ne bismo bili ovdje gdje jesmo.

I na kraju hvala mojoj obitelji i prijateljima na potpori, ručku, večeri, trpljenju...

SADRŽAJ

1. UVOD	6
1.1. Filozofija i identitet sestrinstva	7
1.2. Sestrinstvo: profesija ili poziv	10
1.2.1. Profesionalna autonomija u sestrinstvu	11
1.3. Etika i sestrinstvo	13
1.3.1. Kriza, izvor i temelj etike sestrinstva	15
1.4. Identitet, integritet i autonomija sestriinske profesije u Hrvatskoj	16
1.4.1. Nove mogućnosti obrazovanja medicinskih sestara	18
1.4.2. Prepreke profesionalizaciji sestrinstva	20
1.5. Odnos liječnik – medicinska sestra	21
1.5.1. Igra medicinska sestra – liječnik	21
1.5.2. Žene iscjeliteljice kroz povijest	22
1.6. Povijest nastanka medicinskih sestara	23
1.7. Medicinske sestre danas	24
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	28
3. METODE I ISPITANICI	28
3.1. Ustroj istraživanja	28
3.2. Uzorak	28
3.3. Glavna mjera ishoda	29
3.3.1. Anonimni upitnik za medicinske sestre KBC Split	29
3.4. Statistička obrada podataka	35
3.5. Zbunjujući čimbenici i odstupanja	36
3.6. Etička pitanja	36
4. REZULTATI	37
4.1. Opći stavovi	37
4.2. Samopoštovanje	38
4.3. Prikaz tri scenarija	41
4.3.1. Izazov sestriinskom medicinskom znanju	41
4.3.2. Izazov sestriinskom medicinskom iskustvu	45
4.3.3. Izazov sestriinskom uvjerenju	49

5. RASPRAVA	53
6. ZAKLJUČCI	60
7. LITERATURA	63
8. SAŽETAK	68
9. ABSTRACT	69
10. ŽIVOTOPIS	70

1. UVOD

„Prema mojoj procjeni odanost mora biti na prvom mjestu i temeljni je kamen dobrog sestrinstva.... Moja je prva i najvažnija zadaća ispuniti očekivanja liječnika da budem jednostavan i inteligentan stroj za provedbu njegovih odredbi.“

Sarah Dock, 1917. [1]

Od samih početka sestrinstvo se razvijalo kao poziv koji je kao glavnu zadaću imao zadovoljenje osnovnih ljudskih potreba i pružanje pomoći bolesnima i nemoćnima. Briga za bolesne i nemoćne uglavnom je bila zadaća žena, stoga ne čudi kako se sestrinstvo smatralo ženskim zanimanjem. Poimanje sestrinstva kao ženskog zanimanja uključivalo je skrb za druge, suosjećanje, odgoj, potporu i njegovanje što je jačalo poveznicu između ženstvenosti i statusa podređenosti. Nažalost, mnogi i danas smatraju da su obuzdavanje osjećaja, neovisnost u kreiranju aktivnosti, mentalna i fizička superiornost odlike muškarca te stoga i ne čudi činjenica da je uloga medicinska sestre kroz povijest tradicionalno povezivana s ulogom liječnikove pomoćnice. Iz toga proistječu današnja otvorena pitanja o odnosu medicinskih sestara i liječnika. Amerikanac William Goodea u svojim analizama govori o sestrinstvu kao uslužnoj djelatnosti, gdje se na sestru gledalo kao na zamjensku majku bez sestrinskog znanja. Razlog tomu je činjenica da sestrinsko znanje oblikuje i definira liječnik, čineći ga tako nižim stupnjem obrazovanja čime osporava sestru kao profesionalca [2].

Proučavajući povijesne podatke i zapise u kojima se opisuje rad zdravstvenih djelatnika gotovo uvijek nailazimo na podjelu liječnici i ostali. U samom načinu evidentiranja zdravstvene zaštite izostavljen je rad medicinskih sestara, potvrđujući tako izreku: „Što nije zapisano, nije ni napravljeno“.

Razvoj sestrinstva u profesiju, profesionalizacija sestrinstva te omogućavanje znanstvenog napredovanja unutar djelatnosti stav o podjeli na „muške” i „ženske” dužnosti čini zastarjelim [3]. Premda, još uvijek, u strukturi zaposlenih u sestrinstvu dominiraju žene, muškarci su danas dio ravnopravne manjine prisutne na svim položajima u sestrinstvu. Povijesni put koji je imalo sestrinstvo od osporavane i marginalne struke do društvenog priznanja sestrinstva kao zasebne profesije, bio je težak, napose ako se imaju na umu smisao i značenje te mjesto i uloga sestrinstva u suvremenom društvu općenito, kao i u zdravstvenom sustavu [4].

1.1. FILOZOFIJA I IDENTITET SESTRINSTVA

Medicinska sestra dio je zdravstvenog tima u kojem može ravnopravno sudjelovati samo ako dobro zna svoj posao. Svaka nesigurnost ruši samopoštovanje. U zdravstvenoj skrbi za bolesnika znanje je njezino najjače oružje. Sveobuhvatna skrb za bolesnika uključuje i odnos prema bolesniku te ostvarenje kvalitetne komunikacije. Odnos između liječnika i medicinske sestre, prema tome, u određenoj je mjeri pod utjecajem onoga što pacijenti misle i govore [5]. Radcliffe tvrdi da je moć unutar onoga što govori pacijent. „Ako sumnjate, pitajte pacijenta” [6]. Javnost voli svoje medicinske sestre, ali istodobno osjeća veliko strahopoštovanje prema liječniku. Ta činjenica odražava tradicionalno, popularno gledanje na uloge liječnika i medicinskih sestara.

Medicinske sestre tijekom povijesti osjećale su veliku potrebu i želju da pronađu pravi smisao sestrinstva, bit sestrinstva, jasne smjernice u sklopu profesije i profesionalnih aktivnosti. Tako već 19 st. pišu o tome kao o svojoj „filozofiji”. Iako su kroz povijest neke sestre odustale od tog traganja, većina sestara bila je ustrajna u utvrđivanju prave misije sestrinstva, kao i u želji za njenom profesionalizacijom [7]. Činjenica je da se odgovornost prema bolesniku tijekom dvadesetog stoljeća razvijala iz jedne prilično ograničene razine vještina u preko sedamdeset funkcija u zdravstvenom sustavu. Te razine zahtijevaju određeno znanje, vještine i iskustvo [8] što potrebu za profesionalizacijom sestrinstva dovodi do jasnog stajališta prema drugim profesijama, ali i razradi vlastitih koncepata, teorija i modela [7].

Tri ključna pitanja u središtu filozofije sestrinstva kao profesije, prema Ernestini Wiedenbach, su pitanje poštovanja života, pitanja poštovanja čovjeka i pitanje poštovanja vlastite profesije [9]. Za medicinsku sestru koja bi bila samo pomoćnica liječnika i u tom smislu ne bi imala svoj profesionalni identitet, bilo bi dovoljno da posjeduje neke elemente liječničkog znanja kojim bi se služile po uputama i nadzorom liječnika. Takvo sestrinstvo zagovara paternalistički model u kojem dominira liječnik kao znalac i muškarac, a sestra mu pomaže kao neka vrsta pomoćne radnice [10]. Stoga je primarni zadatak filozofije sestrinstva pitanje vlastitog identiteta. U pitanjima identiteta sestrinska profesija našla se pred izazovom, kako zbog odbacivanja ideala sestrinstva Florence Nightingale, tako i zbog različitih pristupa u traganju za atributima koji su sestrinstvo čine jedinstvenim i posebnim.

Pitanje identiteta sestrinstva nameće se osobito u procesu premještanja sestrinskog odgojno-obrazovnog procesa iz bolničkog u akademsko okruženje. Unaprjeđenje sestrinske prakse tako se odvija putem novog znanstvenog modela sestrinstva, što dovodi do neslaganja

među teoretičarima. Mnogi od njih pitaju se nije li to moralno potkopavanje sestrinske esencije, onoga što ono tradicionalno jest [7].

S obzirom na nedostatak jasne definicije sestrinstva, teoretičarka sestrinstva Ann Bradshaw, smatra da je ono u krizi. Bradshaw tvrdi da je ta kriza nastala zbog napuštanja objektivnih standarda sestrinske prakse, prihvatanja autonomije i proširenja ovlasti te zbog povratka na nekadašnje, odbačene vrijednosti sestrinstva – lojalnost i poslušnost. Sve navedeno dovodi do gubitka autoriteta medicinskih sestara što je u vezi s manjkom samosvijesti o identitetu njihovog zvanja [11].

Krizu u sestrinstvu potkrepljuje i činjenica da je opis poslova medicinskih sestra i danas poprilično konfuzan i kao takav ne podupire razvoj identiteta same profesije. Važno je, stoga, artikulirati one elemente koji su sestrama nužni za njihov identitet, jer bi im oni mogli pomoći u „uspostavljanju ponovne veze s onim vrijednostima koje čuvaju i stvaraju pretpostavke za one uvjete koji će osigurati najbolju skrb za bolesnike, njihovu obitelj, za kolege, a i za njih same” [12]. Matulić je ustvrdio „da je jedan od elemenata važnih za identitet sestrinstva i činjenica postupnog slabljenja liječničkog autoriteta nad drugim zdravstvenim osobljem u kliničkom okruženju“ [4]. To slabljenje vezano je uz porast svijesti bolesnika o osobnim pravima poput prava na slobodu izbora u procesu donošenja važnih odluka tijekom liječenja. Također, slabljenje liječničkog autoriteta možemo povezati i sa sve većom profesionalizacijom sestrinske prakse. Posljedica toga jest potreba za intenzivnijim promišljanjem o specijaliziranim područjima unutar zdravstvenih organizacija. Naime, primjećuju se dva smjera profesionalizacije. Prvi teži prema duhu korporativizma odnosno neovisnog profesionalnog udruženja, dok je drugi usmjeren duhu integracije odnosno suradnji među svim zdravstvenim djelatnicima [4].

Analizirajući odnose između liječnika i bolesnika, T. May ujedino analizira i strukturu liječničkog autoriteta nad cijelim zdravstvenim timom, ponajprije nad medicinskim sestrama. Kroz spomenuti odnos, T. May smatra da liječnički autoritet nad drugim zdravstvenim profesijama počiva na samom značenju liječnika nametnutom kroz povijest. Liječničko obrazovanje drugačije je od sestrinskog. To znači da bi liječnička profesija trebala osigurati uvjete za ispravno liječenje bolesnika i primjenu najboljeg medicinskog tretmana. S druge strane, sestrinsko obrazovanje treba naučiti razumjeti i primijeniti liječničke naloge i smjernice da bi mogle ispravno vrednovati rezultate propisane terapije. Ovakvim uzajamnim djelovanjem liječnika i medicinskih sestara nastaje jedinstveni terapijski proces čiji je konačni cilj dobrobit bolesnika. Nadalje, T. May ne smatra da se sestrinstvo može svesti na puko praćenje liječničkih naloga. Naime, samo obrazovanje medicinskih sestara sve je

kompleksnije i sofisticiranije te kao takvo ima svoje stručne i profesionalne kompetencije, čime stavlja liječnike u tzv. „racionalni autoritet“. Iz toga proistječe da sestrinska profesija ima pravo, u određenim okolnostima, osporiti liječnički autoritet, ako on djeluje protivno najboljem interesu i dobrobiti bolesnika. Riječ je o autonomnoj profesionalnoj odgovornosti koja može u pojedinim okolnostima poprimiti i kaznene posljedice, kao što je primjer prilikom nesavjesnog liječenja [13].

O tome nam svjedoči i primjer dr. Neil Barber i dr. Robert Nejd, osumnjičenih za ubojstvo bolesnika. Bolesnik je nakon pretrpljenog srčanog udara zapao u stanje kome koje je zahtijevalo respiratornu potporu. Smatrajući da je bolesniku mozak ozbiljno oštećen te da je njegovo stanje nepovratno, u dogovoru sa suprugom bolesnika, liječnici su isključili bolesnika s respiratora očekujući trenutnu smrt. Kako trenutna smrt nije nastupila, liječnici su u dogovoru s bolesnikovom obitelji, nakon tri dana, prekinuli hranjenje i pojenje bolesnika. Problem je nastao kada je medicinska sestra prijavila liječnike nadležnom sudu jer je smatrala da liječnička odluka o prekidanju svih medicinskih tretmana nije poštivala logiku najboljeg interesa i dobrobiti bolesnika [14]. To pokazuje da je medicinska sestra djelovala moralno autonomno, odnosno u skladu sa sudom osobne savjesti, i profesionalno autonomno, odnosno u skladu sa svojom sestrinskom kompetencijom i iskustvom. Smatrala je da su liječnici svojim odlukama djelovali protiv dobrobiti bolesnika, s obzirom da je dotadašnja medicinska praksa u jedinici intenzivne njege podrazumijevala respirator, hranjenje i pojenje redovitim medicinskim sredstvima [15]. Ne postoji nikakvo etičko opravdanje za prekidanje postupaka liječenja [16]. Iz tog je slučaja jasno da medicinska sestra ostala vjerna i dosljedna temeljnom načelu najveće moguće dobrobiti bolesnika, da nije tek pasivni provoditelj odluka, već aktivni moralni subjekt medicinske njege. Nadalje, pokazala je da nikakva liječnička odluka ne može dokinuti njenu moralnu autonomiju, posebno ako smatra da je ta odluka protiv dobrobiti bolesnika. Taj primjer ističe da „mi ne možemo jednostavno riješiti problem udjeljujući apsolutni autoritet odlukama rodbine i liječnika“ [17]. Bitno je kroz partnerski dijalog svih članova zdravstvenoga tima naći ispravnu medicinsku odluku za pojedini klinički slučaj [18]. U tom slučaju nitko ne može osporiti samostalnost sestrinske profesije tijekom procesa donošenja važnih kliničkih odluka. Sestrinstvo tako ne može biti svedeno na „estetsku“ i „egzekutivnu“ komponentu zdravstvenoga tima, jer ima nezamjenjivu „terapijsku ulogu“ djelatnoga subjekta unutar jedinstvenoga terapijskoga odnosa liječnik-bolesnik [4]. Papinsko vijeće *Cor unum* navodi: „Usprkos činjenici što mnogi liječnici smatraju sestre pukim pomoćnicama, one imaju fundamentalnu ulogu u posredovanju između liječnika i bolesnika. Na svu sreću u mnogim bolnicama započinje prevladavati istinski osjećaj timskog rada

između liječnika i sestara. Njihova intimna suradnja je bitna za olakšanje i pravilnu njegu svakog bolesnika” [19].

Najveća moguća dobrobit bolesnika ovisi o usklađenom timskome radu kompetentnih profesionalaca među kojima vlada moralna harmonija i terapijski sklad u svrhu ostvarenja dobrobiti bolesnika [4]. Sestrinska praksa tako se definira kao autonomna i kompetentna praksa s vlastitim identitetom sestrinstva unutar zdravstvenoga sustava u čijem je središtu smisao i značenje skrbi i njege.

1.2. SESTRINSTVO: PROFESIJA ILI POZIV

Teško je govoriti o sestrinstvu kao profesiji ili pozivu promatrajući ga u samo u povijesnim okolnostima kroz njegu bolesnika ili ranjenika. Profesionalno sestrinstvo počinje se razvijati tek u XIX. stoljeću kada Florence Nightingale (1820.-1910.) mijenja sam pojam i značenje sestrinstva. Ona je sestrinstvo tretirala kao moralnu praksu usmjerenu na njegovanje bolesnika [20]. Prema tumačenju Cecil Woodham-Smith, sestrinstvo u očima F. Nightingale imalo je bitnu religioznu odrednicu – ono je bilo moralni imperativ koji dolazi od Boga [21]. Iako je religiozna dimenzija sestrinstva s vremenom gubila na značenju, nikad nije potpuno nestala, o čemu i danas svjedoče medicinske sestre redovnice. Do slabljenja religiozne dimenzije dolazi zbog razvoja medicinske znanosti kao i zbog sve veće povezanosti s prirodoznanstvenom metodom. S razvojem medicinske znanosti stvoreni su preduvjeti koji postupno udaljavaju liječništvo od sestrinstva, čime se stvorila bojazan od svođenja sestrinstva na pomoćnu djelatnost liječnicima. Iako se bojazan pokazala opravdanom, to ne znači da smisao i značenje sestrinstva nemaju svoje mjesto, ulogu i opravdanje u zdravstvenom sustavu, već samo govori o činjenici mukotrpnog potvrđivanja uloge sestrinstva u tom istom sustavu.

Sestrinstvo je danas priznata profesija koju nitko ne osporava [22]. Kao takva zahtijeva strogo obrazovanje – koje, što ide prema višim razinama, postaje sve složenije i sofisticiranije. Do danas sestrinstvo je razvilo različite kriterije vrednovanja kvalitete sestrinske prakse, ali i sve uvjete potrebne za dobivanje dozvole za rad. Sestrinske organizacije uobičajena su pojava na različitim razinama. Te organizacije brinu se za sve statusne, stručne i obrazovne komponente sestrinstva. Ipak, sve navedeno još uvijek nije dovoljno, osobito kad je riječ o značenju i smislu sestrinstva. O profesiji sestrinstva možda najbolje govori opći opis Williama Goodea koji sestrinsku profesiju tumači „kao zajednicu u

kojoj su članovi vezani osjećajem jednakosti i za većinu njih je trajna, što znači da je napušta samo malo pripadnika koji su u nju ušli. Takvu zajednicu karakterizira vrijednosni sustav koji dijele svi članovi, stručni jezik – nazivlje koji samo djelomice razumiju laici i točno utvrđene kompetencije njezinih članova.“ W. Goode također kaže „da profesija treba uživati ugled društva, dakle, imati status i društvenu moć, ali svoja specijalizirana znanja ne bi smjela zlorabiti zbog postizanja tog istog statusa i moći. Svaki pripadnik profesije trebao bi interese korisnika staviti ispred svojih. Profesija uspostavlja vlastite norme ponašanja koje članovi moraju poštovati“ [23].

U svijetu postoji nekoliko službenih definicija medicinskih sestara i sestrinstva. Tako Međunarodni savjet medicinskih sestara (ICN) definira medicinsku sestru kao osobu sa završenim programom osnovne izobrazbe kojoj mjerodavno državno tijelo daje dozvolu za rad iz područja zdravstvene njege. Međunarodna organizacija rada definirala je profesionalnu medicinsku sestru kao osobu obrazovanu i osposobljenu za obavljanje visoko složenih i odgovornih poslova te ih je ovlaštena obavljati. Američko udruženje medicinskih sestara (ANA) zdravstvenu njegu definira kao postupak dijagnosticiranja i tretiranja čovjekovih reakcija na aktualne i potencijalne zdravstvene probleme [24]. Međutim, sociolozi, među kojima i američki sociolog Earl L. Koos osnovnu ulogu medicinske sestre vide drukčije. Tako Koos prednost daje „socijalnim ulogama“ medicinske sestre kako prema samom pojedincu, njegovoj obitelji, tako i prema društvu čiji je ona profesionalni član [25]. S. Kalauz smatra da, znajući sve navedeno i analizirajući današnje stanje „odgovor je li sestrinstvo profesija, poluprofesija ili zanimanje bio bi u formalnom smislu afirmativan, jer medicinske sestre u većini zemalja imaju svoju legislativu, regulativu, svoje područje djelovanja, svoje teorije, koncepte, modele i profesionalnu etiku“ [7].

1.2.1. PROFESIONALNA AUTONOMIJA U SESTRINSTVU

Autonomija je pravni položaj po kojemu svi ljudi imaju pravo na samoorganiziranje. Odnosi se na samostalnost i neovisnost u ponašanju i mišljenju u odnosu na autoritete i svoju širu socijalnu i kulturnu sredinu. To je vladanje vlastitoga uma [26].

Autonomija upućuje na prihvaćanje osobnih vrijednosti i temeljnih ljudskih prava. Moralna dužnost je činiti dobro drugome, jednako raspodijeliti prava i obveze, naći ravnotežu između dobra i zla, jednako postupanje prema svima i kažnjavanje nepoštovanja moralnih i pravnih normi. Dva su ključna stajališta u određivanju autentične vrijednosti njege bolesnika. Prvo se odnosi na etičku motivaciju koja uvijek mora biti iznad pojedinih vrijednosnih

kriterija zdravstvenih radnika i usmjerena dobrobiti bolesnika. Drugo se odnosi na značaj timskoga rada, pri čemu treba voditi računa o specifičnim kompetencijama pojedinih profesija, tako da ni jedna od njih ne bi izgubila vlastitu autonomiju, odnosno identitet. Etika sestrištva zasnovana je na zdravstvenoj njezi bolesnika koja je njezino autonomno područje djelovanja, pa s toga mora ostati u okvirima svojih izvornih ideala profesije [27]. Autentično vrednovanje medicinske skrbi i njege u društvu i u zdravstvu osigurava uvjete za jačanje sestrištva o vrijednosti vlastite profesije i neovisnosti stečenih kompetencija i vještina od neprimjerenih uplitanja sa strane [4].

Ubrzani razvoj znanosti i tehnologije još više potiču profesionalnu autonomiju sestrištva, čije začetke, kako je već prije rečeno, možemo naći u idejama F. Nightingale. Iako Nightingale od svojih sestara traži „pokornost liječniku“, u profesionalnom smislu, ona im ipak daje određenu autonomiju.

Nadalje, proučavajući suvremene definicije sestrištva, malokad ćemo naći one definicije koje ističu sestru kao pomoćnicu liječniku. Primjer jedne takve je u Enciklopediji iz 1963. godine gdje piše: „Medicinska sestra je stručno obrazovana osoba za njegu bolesnika, za rad u medicinskim laboratorijima i za pomoć liječnicima“ [28].

Sonja Kalauz u svojoj knjizi Etika sestrištva naglašava da su „sestrištvu kao neovisnoj profesiji ključna dva elementa – profesionalna autonomija i profesionalna samoregulacija. Neovisna profesija sama upravlja procesima koji se unutar nje događaju te odlučuje tko se može smatrati njezinim članom, koje je područje profesionalnoga djelovanja te koje su kompetencije na kojima se temelji. Profesija je neovisna onoliko koliko može nametnuti vlastite standarde i vrijednosti, kako svojim članovima, tako i društvu u cjelini. Ako to nije u mogućnosti, ako slijedi vrijednosti i standarde druge profesije ne može se smatrati autonomnom profesijom. Profesionalna autonomija u osnovi je pravo svakoga pripadnika profesije da u svojem stručnom radu donosi vlastite odluke i prosudbe u skladu s profesionalnim ovlastima. Za neovisnu profesiju važno je da njezine vrijednosti i standarde propisuju njezini članovi, a ne neki autoriteti izvana“ [7]. Nadalje, osvrćući se na sestrištvo kao profesiju, prof. Kalauz kaže „da se autonomija sestrištva može definirati kao sposobnost i pravo na samostalno donošenje odluka i samostalno djelovanje u skladu svojih profesionalnih kompetencija, ali u interaktivnom odnosu s bolesnikom te drugim zdravstvenim i nezdravstvenim profesijama poštujući njihov identitet, integritet i autonomiju“ [7].

U skladu s time, glavno obilježje sestrištva jest skrb za bolesnog i zdravog pojedinca. I danas pojam autonomije sestrištva izaziva nesuglasice u tumačenju, shvaćanju i

prihvaćanju iste. Prof. Matulić kaže: „Same sestre na autonomiju gledaju kroz prizmu redukcionizma zbog straha od izjednačavanja s drugom ili nestajanja vlastite profesije“, smatrajući da „problem profesionalne autonomije nalazi se upravo u razlici između profesionalnih ideala i profesionalne percepcije [4].“ Profesionalni je ideal profesionalna autonomija, ali aktualno stanje stavlja medicinske sestre u podređeni položaj. Medicinske sestre tako su izložene nizu različitih pravila, radnom opterećenju koje ozbiljno ugrožava njihovo zdravlje, konfuziji u organizaciji te aroganciji suradnika. U takvim uvjetima sestre ne mogu ispuniti svoja profesionalna očekivanja jer je realnost u suprotnosti sa željom za samoaktualizacijom profesije [29]. Dolazi se do zaključka da medicinske sestre nigdje u svijetu nisu autonomne te da je potrebna temeljita reforma zdravstvenog sustava za postizanje promjena u vrlo osjetljivim odnosima među zdravstvenim profesijama. Također, jedan od problema vezan uz sestrinsku profesiju, prema L. Newton, jest i „raskorak među očekivanjima pripadnica profesije i percepcije javnosti“ [29]. Neka istraživanja pokazala su da javnost nerijetko percipira medicinske sestre kao loše obrazovane, ne osobito inteligentne, nesigurne u preuzimanju odgovornosti – što je teško povezati pojmom profesionalnoga statusa. Kadšto se javnost s tim „intelektualnim i obrazovnim deficitom“ koristi kada se odlučuje kako će se odnositi prema medicinskim sestrama, pozivajući se na njihov tradicionalni status i uključujući njihove autentične potrebe za zdravstvenom njegom [29].

Za sada medicinske sestre, u praksi, pri donošenju etičkih odluka još uvijek ovise o odluci liječnika. Negiranje prava medicinskim sestrama da ravnopravno sudjeluju u donošenju odluka nije ništa drugo nego moralni elitizam liječničke profesije koja ne priznaje univerzalna moralna prava i obveze drugih profesionalaca koji rade u ostvarenju zajedničkoga cilja – najvećeg mogućeg dobra bolesnog ili zdravog čovjeka [30]. Danas sestre ulažu mnogo truda da bi bile autonomna profesija što nastoje ostvariti kroz sve stupnjeve visokog obrazovanja, a čime bi promijenile percepciju i stajalište javnosti. Da bi se pružila kvalitetna zdravstvena njega javnost mora biti obaviještena o stvarnim kompetencijama i vrijednostima modernog sestriinstva.

1.3. ETIKA I SESTRINSTVO

Prisna veza između sestriinstva i etike postoji još od začetaka uloge njegovateljice kao prethodnice sestrinskog zanimanja. Zahvaljujući moralnoj ideji dobra, kao i ljubavi spram drugih, nastala je praksa njege bolesnih i ozlijeđenih. Autori knjige „Sestrinska etika kroz životni vijek“ (Nursing Ethics Through the Life Span) kažu: „Moderno sestriinstvo naslijedilo

je te komponente te mi danas zaista poistovjećujemo sestrinstvo s dobrim i činjenjem dobra“ [10]. Iako njezini korijeni sežu duboko u prošlost, sestrijska etika razmjerno je mlada profesionalna etika. Prvi začeci profesionalne etike vežu se još za doba F. Nightingale, po čijem su modelu obrazovane medicinske sestre morale biti vrlo požrtvovne i disciplinirane [20]. Taj etički stereotip medicinske sestre kao odgovorne, uredne, prisebne, požrtvovne, radišne i majčinski nježne žene koja je pokorna liječniku, nije ništa drugo nego ono što danas nazivamo sestra pomoćnica. Nightingale je s pomoću tog stereotipa medicinske sestre nastojala sestre u društvu afirmirati kao nositeljice vrijednog, ali i stručnog posla, u čemu je djelomice i uspjela. Međutim, taj model zadržao je sestrijsku struku u granicama „zanimanja“. Nadalje, i sam Cockerham kaže da je taj model ovjekovječio ženu u ulozi medicinske sestre, a medicinsku sestru u ulozi majke, a nad njezine obje uloge nadvišen je liječnik – muškarac i muškarac – liječnik [2].

Sve dosad navedeno namjerno naglašava važno pitanje o budućnosti sestrijsva koje ne ovisi o znanosti, već o nenadomjestivoj sestrijskoj praksi unutar zdravstvene skrbi. Glavna pitanja s kojima se današnje sestrijsvo susreće tiču se prije svega etike, diskriminacije i epistemologije. Broj knjiga, zbornika, studija i članaka o etici sestrijsva iz godine u godinu raste, tako da je danas postalo teško pratiti sve što se govori, piše, tvrdi, zastupa i promiče pod imenom profesionalne etike sestrijsva. Razlog te pojave isključivo je povezan s napretkom biomedicinskih znanosti i tehnologizacijom medicinske prakse koja i danas utječe na potkopavanje temeljnih vrijednosti medicinske skrbi. Ubrzan razvoj medicinske tehnologije, iako oduševljava, zahtjeva i odgovore na mnoga etička pitanja koja izazivaju različite kontroverze, osobito kada je riječ o poštovanju dostojanstva i kvalitete ljudskoga života. O tome najbolje svjedoči pojava nove znanstvene discipline – bioetike, koja je nastala s ciljem hvatanja u koštac s radikalnim prevrjednovanjima i redefiniranjima nosivih zdravstvenih binoma život – smrt, rađanje – umiranje, zdravlje – bolest, liječenje – skrb, liječnik – bolesnik, sestra – bolesnik, prevencija bolesti i očuvanje zdravlja i druge [31].

Stoga je potrebno istančnije vrijednosno definiranje sestrijske prakse s načelnim svrhama promicanja zdravlja, prevencije bolesti, restauracije zdravlja i uklanjanja patnje i boli [32]. To definiranje omogućilo bi da sestrijska deontologija izađe iz uskog područja koje utvrđuje i definira pravila sestrijskog ponašanja prema bolesnicima i drugim zdravstvenim djelatnicima. Time bi sestrijsvo zauzelo mjesto koje zaslužuje kao zasebno područje istraživanja unutar bioetičke discipline [33]. Sposobnost donošenja etičkih odluka, pitanje je moralne izvrsnosti medicinskih sestara. One se često nađu u vrlo zahtjevnim situacijama kad za određenu radnju ili moralnu odluku trebaju imati jake argumente. Sudjelujući u moralnim

raspravama i boreći se za svoja stajališta, svoje mišljenje moraju temeljiti na etičkim teorijama, načelima ili sintezi teorijskog znanja i prakse. Etika sestrinstva nije isto što i medicinska etika ili liječnička etika.

1.3.1. KRIZA, IZVOR I TEMELJ ETIKE SESTRINSTVA

Velike i radikalne promjene koje dominiraju vremenom u kojem živimo utječu na stvaranje kriznih situacija. Krizna situacija, koja je donedavna činila kao moralna kriza, odnosno kriza vrijednosti, sve se više otkriva kao dubinska kriza temelja [34].

U prilog tome govori i T. Matulić: „U današnjim civilizacijskim okolnostima, kao i duhovnim uvjetima etika sestrinstva otkriva se kao jasan znak dubinske krize, ali ujedno i probuđene nade. Etika sestrinstva nije odraz pomodarskih prohtjeva i želja. Ona je uistinu čin jedne časne zdravstvene profesije koja se iz dana u dan sve teže snalazi u uvjetima i okolnostima tehnologizirane, sofisticirane i totalno poznanstvenjene medicinske prakse“ [4].

Osnovu etike sestrinstva čini ideja skrbi odnosno njege. Patricia Benner i Judith Wrubel smatraju da je skrb „način postojanja u svijetu“ [35] kao terapijsko skrbljenje za oboljelu osobu. Radi se o aktivnom činu koji podrazumijeva ulaženje u bolesnikovo stanje, koje bi mu trebalo pomoći na način da mu pruži pozitivan i vedar pogled na smisao života i moguću rekonstrukciju životnih planova [17]. Briga za bolesnika je iskonski moralni čin. Medicinska skrb, prema tome, ima prednost nad svim ostalima radnjama u provođenju medicinske djelatnosti. Matulić naglašava: „Tradicionalno utemeljenje medicine u ideji skrbi i samilosti, počevši od antičkog preko srednjovjekovnog do ranog modernog doba, uzdrmano je suvremenim biomedicinskim modelom koji medicinu smatra primijenjenom biologijom, a liječništvo primarno znanstvenom aktivnošću koje bolesniku pristupa isključivo kao funkcionalno poremećenom organizmu koji treba pomoću tehničkih zahvata popraviti“ [4]. Stoga je ideja etike sestrinstva pred velikim izazovom ovisno o tome hoće li u samom njezinom temelju stajati ideja skrbi ili ideja znanosti.

Etika sestrinstva utemeljena na ideji skrbi najsigurniji je put da sestrinstvo kao autonomna zdravstvena profesija ostane vjerna svojim idealima. Nakon analize kompleksnog stanja bolesnika, L. N

Newton zaključuje: „Osoba koju [bolesnik, nap. a] uistinu treba, koja bi bila u stanju skrbiti za sve navedene probleme, očito je njegova majka, pa je prvi posao sestre da bude zamjenska majka“ [29]. Za suvremenu racionalnu osobu, danas, ta je tvrdnja (pre)sentimentalna. Međutim, ne smije se zanemariti da je sestrińska praksa oduvijek

njegovala istančanu svijest o brižnosti, pažnji, zauzetosti, suosjećanju, utjesi, poticaju i ohrabrenju onih koji su bili povjereni sestrinskoj skrbi.

Sama ideja zdravstvene skrbi ipak nije jednoznačna. S jedne strane, ona proistječe iz ideje samilosti i iskrene želje da se osobi pomogne i olakša životna situacija. Nadalje, ideja zdravstvene skrbi proistječe i iz spremnosti da se bolesnoj osobi pruži ono što ona nije u stanju učiniti sama za sebe, kao i iz ideje jamstva sigurnosti bolesnoj osobi da su nositelji zdravstvene skrbi posvećeni rješavanju njezinih problema. I na kraju, značenje zdravstvene skrbi proistječe iz ideje kompetencije tj. poznavanja svih osobnih ili tehničkih procedura potrebnih za savjesno obavljanje zdravstvene skrbi.

Iz navedenoga zaključujemo da sestre ni u kojem slučaju nisu pasivne promatračice „kliničkih zbivanja”. One aktivno i neposredno sudjeluju u ostvarivanju najbolje moguće dobrobiti za bolesnika.

1.4. IDENTITET, INTEGRITET I AUTONOMIJA SESTRINSKE PROFESIJE U HRVATSKOJ

U povijesnim okvirima sestrinstvo je nastajalo i razvijalo se iz potrebe pružanja njege bližnjima. Povijesni put do društvenog priznanja sestrinstva kao zasebne profesije bio je dugotrajan i težak, ali uspješan [4].

Sestrinstvo kao dio sustava zdravstvene zaštite u Hrvatskoj ima dugogodišnju tradiciju. Prve škole za medicinske sestre otvaraju se dvadesetih tih godina prošlog stoljeća. Od tada pa sve do danas dogodile su se mnoge promjene u načinu školovanja medicinskih sestara, bezbrojne reforme zdravstvenog sustava i nekoliko promjena političkog sustava.

Uspoređujući broj medicinskih sestara u odnosu na druge zdravstvene djelatnike nije teško zaključiti kako ono zauzima visoko mjesto. Međutim, isto se ne može reći za obrazovanje u sestrinstvu. Dragica Šimunec naglašava „da je iznimka jedino razdoblje dr. Andrije Štampara koje je prekratko trajalo da bi imalo neki značajniji utjecaj na razvitak sestrinstva u drugoj polovici dvadesetog stoljeća“ [36]. Politikom zdravstvenog sustava u kojem je liječnik imao potpuni autoritet u sustavu obrazovanja, medicinske sestre nisu mogle razviti svoju autonomiju. Iako se sedamdesetih godina prošlog stoljeća, otvaranjem viših škola, podiže razina obrazovanja medicinskih sestara nije postignut veliki pomak jer su liječnici i dalje vodili glavnu riječ, a medicinskim sestrama nije bilo dozvoljeno da školuju i odgajaju druge medicinske sestre. Takav način školovanja u medicinskih sestara razvijao je

pasivan pristup, a dolazilo je i do potpunog nedostatka motivacije za podizanje sestrinstva na višu razinu stručnosti, odgovornosti i samostalnosti [36].

Zbog svijesti kolektivne odgovornosti, sestre su provodile niz postupaka koji su bili isključivo u domeni liječnika. „Opće prihvaćeno pravilo je bilo da je medicinska sestra uvijek tu da uradi sve ono što će joj liječnik, fizioterapeut, činovnik ili netko drugi odrediti“, zaključuje Dragica Šimunec promišljajući o položaju medicinskih sestara u hrvatskim zdravstvenim ustanovama. Nadalje naglašava „kako je najbolja medicinska sestra bila ona koja nije puno pitala“ [36]. Vrlo mali broj glavnih sestara moglo je sedamdesetih i osamdesetih godina prošlog stoljeća pristupiti s nekom novom idejom ili prijedlogom, a da nisu doživjela neki oblik otpora ili nerazumijevanja. Stoga ne čudi da sestre u takvim okolnostima nisu mogle profesionalno razmišljati i djelovati.

Velikim društvenim i političkim previranjima u Europi osamdesetih godina prošlog stoljeća, a osobito s padom Berlinskoga zida, sestrinstvo kao profesija doživljava procvat. Dolazi do političkih promjena u svim zemljama koje su bile opterećene komunističkim režimom, pa tako i u Hrvatskoj.

U Hrvatskoj devedesete godine dvadesetog stoljeća donose brojne promjene otvarajući medicinskim sestrama širom vrata u pokušaju dostizanja sestrinstva kao samostalne djelatnosti. Zakon o zdravstvenoj zaštiti nastao u ratnim uvjetima 1993. godine najavio je veliki preokret u zdravstvu te ujedno predstavlja i početak profesionalizacije sestrinstva u Hrvatskoj [37]. Provođenje zdravstvene njege utemeljeno na Procesu zdravstvene njege, i sustavni način bilježenja zdravstvene njege kroz sestrinsku dokumentaciju osigurava njezin kontinuitet, sigurnost bolesnika kao i vrednovanje ciljeva zdravstvene njege. Izglasavanjem Zakona o sestrinstvu u srpnju 2003. godine definirana je uloga i odgovornost medicinske sestre. Zakon ujedno utvrđuje obvezu donošenja standarda sestrinske prakse, ulogu medicinske sestre u timu, obvezu evidencije sestrinskog rada, sustav obrazovanja, osobnu odgovornost te odnose s liječnikom [38]. Osnivanje Hrvatske komore medicinskih sestara (HKMS) potpuno mijenja situaciju u hrvatskom sestrinstvu. HKMS preuzima odgovornost za osiguravanje rada medicinskih sestara u okviru propisa koje sama donosi, izdaje odobrenja za samostalni rad, provodi nadzor nad radom medicinskih sestara, osigurava stručnost i odgovornost medicinskih sestara [39].

Može se slobodno reći da je sestrinstvo u Hrvatskoj slijedilo razvoj modernog sestrinstva i dalo veliki obol u razvoju sestrinstva kao autonomne profesije. No, je li sestrinstvo danas u Republici Hrvatskoj autonomna profesija? Sestrinstvo u Hrvatskoj ima sva potrebne elemente koji profesiju razlikuju od zvanja ili zanimanja, a to su: obavljanje

zanimanja u punom radnom vremenu, stručni monopol, sveučilišna izobrazba, profesionalne udruge i etički kodeks. Stoga se odgovorno može reći da je sestrinstvo u Hrvatskoj profesija. Međutim, stvarnost je potpuno drugačija. Medicinske sestre u Hrvatskoj još uvijek moraju prijeći brojne prepreke da bi sestrinstvo u Hrvatskoj bilo prepoznato i prihvaćeno kao temeljna zdravstvena profesija.

O problemima s kojima se sestrinstvo u Hrvatskoj još uvijek susreće, kao i nezadovoljavajuća razina na kojoj se kao profesija nalazi, svjedoči otvoreno pismo HKMS i stručnih udruga upućeno tadašnjem ministru zdravlja dr. Siniši Vargi [40]. U pismu su jasno iznijeta neslaganja sa zdravstvenom i školskom politikom vezanom uz sestričku profesiju. HKMS je, temeljem zaključka Stručnog vijeća Komore, sazvala sastanak sa svim stručnim udrugama u sestrinstvu Republike Hrvatske s ciljem da se raspravi stanje u obrazovanju medicinskih sestara. Zaključci doneseni nakon rasprave bili su jednoglasni. Smatraju da je aktualno stanje u obrazovanju medicinskih sestara neodrživo, opasno za korisnike zdravstvene zaštite i neprihvatljivo za sestrinstvo kao profesionalnu skupinu koja čini 50% zdravstvenih djelatnika. Naglašavaju, da u bolničkom sustavu ima najmanje 500 medicinskih sestara prvostupnica koje su svoje obrazovanje same platile, a uprava bolnice ih ne raspoređuje na propisana radna mjesta. Isto tako, medicinske sestre su izložene pritiscima u bolnicama da tijekom 24 satne skrbi provode mnogobrojne postupke koji nadilaze njihove zakonom propisane ovlasti. Sustavno se ignorira priznavanje visoke stručne sprema medicinskim sestrama koje su raspoređene na najzahtjevnija radna mjesta kao što su glavne sestre klinika, zavoda, a u isto vrijeme visoka stručna sprema priznaje se voditeljima tehničke službe ili spremačica. Smatraju da uvođenje petogodišnje srednje škole za medicinske sestre i „utopijski“ kurikulum nisu dovoljni za brzo stjecanje kompetencija propisanih u Europskoj Uniji. Kao razlog navode različite uvjete u 24 srednje medicinske škole za koje vrijedi isti kurikulum ne vodeći pritom računa o činjenici da pojedine bolnice nemaju djelatnosti zadane kurikulumom. Također, drže nedopustivim propustom činjenicu da program nema potrebne predmete za završnu maturu i nastavak školovanja što od učenika zahtjeva dodatnu nastavu uz ionako zahtjevan program [40]. Sve navedeno potvrđuje da se potpisani dokumenti vezani uz Direktivu 2005/36 i 55/11 ne provode [41].

1.4.1. NOVE MOGUĆNOSTI OBRAZOVANJA MEDICINSKIH SESTARA

Pitanje razine obrazovanja i odgovornosti jedno je od najvažnijih pitanja za same medicinske sestre. Naime, one same moraju postaviti granicu između sestrinstva kao struke i

sestrinstva kao profesije. Bitno je postaviti jasne standarde obrazovanja. O tome vrlo jasno govori Havelka: „Ako se standardi obrazovanja za sestrinsku profesiju postave prenisko sestrinstvo u Hrvatskoj neće doseći punu autonomiju i profesionalizaciju. Postave li se standardi previsoko najveći broj medicinskih sestara srednje stručne spreme, dakle sestra sa golemim praktičnim znanjem stečenim višegodišnjim radom u sestrinskoj praksi, pretvorit će se u pomoćno osoblje“ [42]. Na toj razini rasprava o obrazovanju i profesionalizaciji sestrinstva dobiva novu dimenziju. Havelka naglašava da je „jedini mogući izlaz iz ove situacije je opsežan razvoj cjeloživotnog obrazovanja u sestrinstvu i osmišljavanje modela trajnog obrazovanja medicinskih sestara unutar kojeg će biti moguće da neformalno stečena teorijska i praktična znanja budu sastavni dio daljnjem formalnom cjeloživotnom obrazovanju. Tako se neće izgubiti dragocjena znanja i vještine kojima naše srednje medicinske sestre raspolažu, a omogućit će se i poticati trajni naponi u postizavanju sve većih razina obrazovanja“ [42]. Postojanje Zakona o sestrinstvu i osnivanje Hrvatske komore medicinskih sestara otvara brojne mogućnosti cjeloživotnog obrazovanja medicinskih sestara. Nužnost licenciranja sestrinske djelatnosti govori o ozbiljnosti medicinskih sestara u daljnjoj profesionalizaciji svoje struke. Samo one struke koje potiču svoje članove na trajno obrazovanje, na stalno profesionalno samopotvrđivanje, imaju pravo na profesionalnu neovisnost.

U povijesti sestrinstva u Republici Hrvatskoj nisu postojali dovoljno široki okviri za njen razvoj kao što je to situacija danas. Usklađivanjem obrazovnog zakonodavstva Republike Hrvatske sa standardima Europske unije te Bolonjskom deklaracijom, čija je potpisnica i Hrvatska, preuzete su obveze da se naše visoko obrazovanje uskladi s obrazovanjem u zemljama članicama Europske unije [43].

Prema Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju nakon srednjoškolskog obrazovanja na razini stručnih studija (među koje spada i studij sestrinstva), mogući su slijedeći stupnjevi obrazovanja:

1. Dvogodišnji specijalistički studij nakon završene srednje škole (zamišljeni kao oblik cjeloživotnog obrazovanja za one koji su se zaposlili odmah nakon završene srednje škole).
2. Trogodišnji studiji ili studiji prve razine visoke stručne spreme kojima se stječe naziv prvostupnika ili bakalaureata. Prema preporukama europskih i svjetskih sestrinskih tijela, ovaj stupanj trebala bi biti ona sestrinskog obrazovanja koja omogućava samostalnost i kompetentnost za obavljanje složenih poslova u sestrinstvu, dakle prva stepenica u profesionalizaciji sestrinstva.

3. Jednogodišnji diplomski specijalistički studij nakon trogodišnjih studija.
4. Dvogodišnji diplomski specijalistički studij nakon trogodišnjih studija.
5. Integralni četverogodišnji studij.
6. Jednogodišnji specijalistički studij nakon integralnog četverogodišnjeg studija.
7. Dvogodišnji specijalistički studij nakon integralnog četverogodišnjeg studija.
8. Doktorski studij [44].

„U novom modelu toliko naglašavana razlika između stručnih i sveučilišnih studija postaje manje bitna. Najbitnije je opterećenje pojedinih programa te njihova kvaliteta u izvedbi“, obrazlaže Havelka [42].

1.4.2. PREPREKE PROFESIONALIZACIJI SESTRINSTVA

„Nakon dogovora o strategijama obrazovanja, potrebno je svladati i postojeće prepreke na putu društvenog prihvaćanja dogovorenih pravaca razvoja sestrinskog obrazovanja i sestrinske profesije“, navodi Havelka govoreći i pišući o preprekama u profesionalizaciji sestrinstva u Hrvatskoj [42].

Jedna od velikih prepreka profesionalizaciji sestrinstva je tradicionalni stav prema toj profesiji, koji proistječe iz povijesnog razvoja sestrinstva. Kao što je već ranije napisano, sestrinstvo je promatrano kao pomoćna profesija koja ne treba imati svoju autonomiju te koja je u funkciji pružanja pomoći medicini i liječniku. Taj stav i ne bi bio tolika prepreka u daljnjem razvoju sestrinstva kada bi bio proširen samo među liječnicima. Međutim, mnoge medicinske sestre još uvijek svoju ulogu percipiraju u skladu s takvim tradicionalnim odnosom sestrinstva i medicine odnosno medicinskih sestara i liječnika.

Hijerarhijski monopol u zdravstvu koji tradicionalno drže liječnici izražen je i danas. Upravo zabrinutost liječnika od gubitka hijerarhijskog monopola razlog je pojave njihova otpora u profesionalizaciji sestrinstva. Da bi se spomenuti otpor uklonio, razvoj sestrinske profesije mora se usmjeriti u pravcu koji se temelji na teorijama holističkog pristupa čuvanju zdravlja i liječenja bolesti, pristupa koji se temelji na potpuno drukčijim obrazovnim konceptima od klasičnog medicinskog obrazovanja [42].

Još jedna od prepreka profesionalizaciji sestrinstva predstavljaju specifičnosti organizacije i financiranja zdravstvenog sustava u Hrvatskoj. Trajni manjak proračunskih sredstava za sve skuplje zdravstvene usluge, raskorak između cijene i kvalitete usluge, kao i nedovoljno razvijen privatni sektor zdravstva, izaziva poteškoće u financiranju obrazovanja i profesionalnog napredovanja medicinskih sestara.

„Načelno“, nadalje komentira Havelka, „ mnogi kreatori strategija razvoja zdravstva složiti će se da će bolje obrazovana i u svom radu profesionalnija medicinska sestra donijeti znatne uštede zdravstvenog novca [42]. Međutim, suočeni s aktualnom situacijom manjka financijskih sredstava u zdravstvenim fondovima nisu skloni daljnjem razvoju bilo koje zdravstvene struke, jer bi ono moglo dovesti do značajnog povećanja troškova zdravstvenih usluga. U takvoj situaciji čak i one medicinske sestre koje već imaju visok obrazovni status u sestrinstvu, u zdravstvenoj praksi nisu vrednovane sukladno tom statusu. „O uspješnosti samih medicinskih sestara, njihovih udruženja, a posebno Hrvatske komore medicinskih sestara ovisi kako brzo i koliko uspješno će postojeće prepreke na putu profesionalizacije sestrinstva u Hrvatskoj, biti prevladane“, ističe Havelka pišući o položaju sestara u Hrvatskoj [42].

1.5. ODNOS LIJEČNIK – MEDICINSKA SESTRA

Liječnici i sestre su oduvijek morali raditi zajedno, bilo u zajednici, ili u bolnici, ali njihov se odnos vremenom znatno promijenio.

„Sestra mora početi svoj posao s idejom čvrsto usađenom u svoj um da je ona samo instrument pomoću kojeg liječnik provodi svoje upute; ona nema samostalan položaj u liječenju bolesne osobe“, napisao je McGregor-Robertson davne 1902 godine, što najbolje govori o položaju sestre u to vrijeme [45]. Danas takva izjava zvuči neprimjereno, no u prošlosti liječnici su imali veliku kontrolu nad sestrama, do te mjere da su ih učili raditi sestriński posao po vlastitim prohtjevima. Ta praksa nastavila se sve do 1930-ih kada je bilo uobičajeno da liječnici predaju i provode ispite studentima sestrinstva. Uloga sestre zbog toga izgledala je kao provedba liječničkih naredbi, a ne izdvojena briga za pacijente.

Unatoč postojanju takvih stavova i danas, dolazi do napretka sestriński profesije, te se uloga sestre u zdravstvenom timu, ali i društvu vidljivo mijenja. Razlog tomu je i dovitljivost medicinskih sestara, koje su na razne načine željele popraviti svoj položaj u zdravstvenom timu igrajući razne uloge. Jedna od najpoznatijih jest „igra sestra-liječnik“.

1.5.1. IGRA MEDICINSKA SESTRA – LIJEČNIK

Odnos medicinskih sestara i liječnika vrlo je složen, a često i neskladan. Mogućnost suradnje može se promatrati iz različitih perspektiva skrbi za bolesnike, s različitih razina u hijerarhiji statusa profesija, te kroz različitost spolova [46]. Spomenutu tvrdnju potvrđuje

pojam „igra sestra-liječnik”. Pojam opisuje način komunikacije među članovima zdravstvenoga tima kada medicinske sestre razvijaju strategiju neformalne interakcije, odnosno na suptilan način prosljeđuju liječniku informacije koje su u izravnoj svezi s ishodom liječenja, ali tako da ne dovode autoritet liječnika u pitanje, nego „šapću” preporuke tako da liječnik misli da je samostalno došao do njih [47]. U vojnome modelu sestrinstva opisanom u 19. stoljeću, medicinska sestra slijepo i bespogovorno slijedi upute liječnika, iako one mogu štetiti bolesniku. Taj se anakroni model djelomice održavao i tijekom prošlog stoljeća kada je, primjerice, bilo primjereno da sestra ustane i ustupi mjesto liječniku kada on uđe u prostoriju [48]. Takav tradicionalni, paternalistički model, poticao je medicinski elitizam i glorificirao liječničku struku, dok je sestra bila podređen član tima, od kojega se nije očekivalo kritičko promišljanje i sudjelovanje u odlukama vezanima uz zdravlje bolesnika [49].

Profesionalizacijom sestrinske struke razvio se odvjetnički model sestrinstva koji bolesnika stavlja u središte interesa profesionalnog djelovanja medicinskih sestara uz naglasak na profesionalnu autonomiju medicinskih sestara [50]. Iako se „igra sestra-liječnik” i „podređeno-nadređeni odnos” u 21. stoljeću čine zastarjelim fenomenima, oni su i danas prisutni u svakodnevnom radu medicinskih sestara. Subordinacijski odnos medicinska sestra-liječnik povezan je s patrijarhalnom dominacijom muškog spola u općenitim društvenim odnosima. Opisani društveni odnos uzrokovali su čimbenici obrazovanja, odnosno duljina i vrste sestrinskih studija u odnosu na liječničke studije [49].

Upravo zato su liječnici (viši stupanj obrazovanja), podučavali medicinske sestre o čimbenicima znanosti o sestrinstvu, dok istodobno medicinske sestre nisu mogle sudjelovati u procesu edukacije.

Da bi se odnos liječnik – medicinska sestra mogao što jasnije prikazati potrebno se vratiti u doba srednjeg vijeka kada su živjele i djelovale žene iscjeliteljice, vrijeme njihove supresije i progona.

1.5.2. ŽENE ISCJELITELJICE KROZ POVIJEST

Žene iscjeliteljice živjele su i liječile, uglavnom seosko stanovništvo, mnogo prije razvoja moderne medicinske tehnologije. Svoja znanja stjecale su učeći jedna od druge, prenoseći iskustva sa susjede na susjedu, s majke na kći. Ljudi su ih nazivali „mudrim ženama“, a vlasti vješticama i šarlatankama. Progon i spaljivanje žena iscjeliteljica u tom razdoblju označavalo je početak borbe žena protiv zabrane njihovog djelovanja s jedne strane,

ali i početak nastanka nove muške medicinske profesije pod pokroviteljstvom vladajuće klase s druge strane.

Sve to bilo je s ciljem da se eliminiraju žene iscjeliteljice. Više od četiri stoljeća (od 14. do 17. st.) trajalo je razdoblje progona i provedeno je tisuće smaknuća žena iscjeliteljica, obično spaljivanjem na lomači.

Žene iscjeliteljice bile su optuživane za mnoga „zlodjela“, ali ipak najviše fascinira optužba za pomaganje i liječenje. Uz potporu Crkve, liječnici su kao medicinski eksperti samovoljno donosili odluke je li određena žena vještica. Crkva je zauzimala jasan stav da svako neprofesionalno liječenje nije ništa drugo doli hereza: „Ako se žena usudi liječiti bez prethodnog obrazovanja, vještica je i treba umrijeti“ [51]. Nije bilo načina na koji bi se žena mogla obrazovati te euforija oko vještica postaje izlika za liječničke neuspjehe.

1.6. POVIJEST NASTANKA MEDICINSKIH SESTARA

Početak 19. stoljeća, donošenjem zakona o licencama još je više naglašen i potvrđen liječnički monopol nad medicinskom praksom. Jedino su primalje donekle imale svoju autonomiju. „Godine 1910. oko 50% sve novorođene djece, porođeno je uz pomoć primalja – većina su bile crkinje i imigrantkinje iz radničke klase. To je bilo neprihvatljivo za novorastuću porodiljnu (opstetričku) praksu – svaka siromašna žena koja bi otišla k primalji, bila je jedan izgubljeni izvor za akademsko poučavanje i istraživanje. Opstetričari su, dakle, krenuli u napad na primalje – u ime znanosti i reforme“, zaključuju Barbara Ehrenreich i Deidre English [51]. Jedini izlaz bio je u obrazovanju primalja. Međutim, budući da se pokazalo da su američki opstetričari bili manje kompetentni od primalja, primaljska praksa ubrzo biva zabranjena i ograničena samo na liječnike. Zabranom primaljske prakse jedino preostalo zanimanje za žene u medicini bilo je u službi medicinske sestre i njegovanja. U ranim godinama devetnaestog stoljeća bolnice su bile utočišta za bolesne i umiruće siromahe gdje su radile medicinske sestre na lošem glasu, podložne pijanstvu, promiskuitetnom ponašanju i krađi. Takvo stanje u sestrinstvu zahtijevalo je ozbiljnu reformu kako bi ga učinilo pristupačnim ženama „dobrog karaktera“. Utemeljiteljica sestrinstva Florence Nightingale priliku za reformu dobila je djelujući u ratnim bolnicama, u vrijeme Krimskoga rata. Tada je osposobila mnogo discipliniranih, savjesnih sredovječnih žena. Međutim, to sestrinstvo nosilo je neizbrisive tragove vlastitih klasnih predrasuda. Trenirao se karakter, a ne vještine. Sestrinstvo tako postaje ženska domena gdje sestrińska nježnost i duhovnost nisu primjerene svijetu znanosti, a liječništvo se smatra isključivo muškim zanimanjem. Tako

ukorijenjen seksistički stereotip pokazao se gotovo nepremostivim. Tome svjedoče i brojna sociološka istraživanja. Prof. Cockerham navodi: „Neka istraživanja jasno daju do znanja da sestre vide sebe kao igračke u rukama moćnijih i da one same podržavaju svoj podređeni položaj koji su im nametnuli liječnici i bolničke administracije“ [2].

Dosadašnju spoznaju o postojanju dva osnovna subjekta u zdravstvenom sustavu, misleći pri tome na liječnika i pacijenta, suvremena medicina prevladala je nastankom brojnih paraliječničkih zanimanja. Tu se misli na fizioterapeute, laborante, farmaceute, a posebnu skupinu čine medicinske sestre. Svi oni djeluju kao posrednici između pacijenta i liječnika. Šegota posebno ističe stajalište vodećeg američkog sociologa Eliot Freidsona koji smatra da paraliječnička zanimanja imaju četiri zajedničke značajke po kojima su u položaju ovisnosti o liječniku. „Prvo, njihova znanja imaju svrhu da budu tražena, razvijena i unapređivana od liječnika; drugo, oni pomažu liječnicima, ali ih ne zamjenjuju u poslovima dijagnostike i liječničkog tretmana; treće, svoj posao najvećim dijelom obavljaju na liječnikov zahtjev, od njega dobivaju radne zadatke i pod njegovim su nadzorom; četvrto, njihova su zanimanja u javnosti manje respektirana od liječničkog“, navodi Šegota [10]. Ipak, razvojem znanosti i tehnologije taj tradicionalan odnos sve više slabi, pogotovo ako govorimo o medicinskim sestrama.

1.7. MEDICINSKE SESTRE DANAS

Tradicionalno, medicinske sestre pružale su skrb na temelju medicinske dijagnoze i uputa liječnika te su služile ponajprije liječniku, a ne pacijentu.

Danas je za medicinske sestre glavna odgovornost identificirati i rješavati potrebe bolesnika, izraditi plan skrbi, pružiti skrb i procijeniti rezultate. Očito se radi o složenom intelektualnom procesu koji zahtijeva širok raspon znanja i vještina [52].

Medicinske sestre danas u svojim okruženjima upravljaju sve složenijim intervencijama u zdravstvu koje uključuju napredak u tehnologiji i upravljanju bolestima. U okruženjima primarne zdravstvene zaštite glavni zadatak medicinskih sestara je upravljanje rastućim brojem posljedica kroničnih bolesti, zbrinjavanju maloljetnika, praćenje gerijatrijskih pacijenata i u pomoći pacijentima da upravljaju vlastitim zdravljem. U tim okolnostima medicinske sestre dužne su obavljati sve više zadataka koje su tradicionalno obavljali liječnici. Takve nove obveze i odgovornosti zahtijevaju različite kompetencije u sestrinstvu. Razmatrajući sestriinske zahtjeve za većim udjelom u samostalnom obavljanju bazičnih medicinskih zahvata i donošenju terapijskih odluka u bolestima kao što su dijabetes,

gojaznost, povišeni tlak, prof. Matulić iznosi zapažanja dr. J. P. Kassirera koji je otvoreno iznio sumnje u sposobnosti sestrinske profesije da samostalno preuzmu na sebe odgovornost za obavljanje bilo kakvih medicinskih tretmana, bez liječničkog nadzora. Nadalje, Kassirer nije apriori protiv širenja sestrinskih kompetencija, nego samo zauzima oprezan stav radi zaštite dobrobiti bolesnika. „Rješenje problema, stoga, nije u suprotstavljanju među zdravstvenim profesijama, kako je već naglašeno, nego u uzajamnoj suradnji i poštivanju specifičnih kompetencija u svrhu ostvarivanja najveće moguće dobrobiti bolesnika, odnosno liječenja bolesti i prikladne njege njegovih zdravstvenih tegoba“, zaključuje Matulić [4].

Medicinski akt donesen 1968. godine koji je samo liječnicima, zubarima i veterinarima dozvoljavao propisivanje lijekova pokazao se nepodudaranim sa zahtjevima suvremenog društva. O tome svjedoči Cumberlege izvješće (Odjel za zdravlje i socijalne usluge, 1986.) koje detaljno opisuje Marian Lanyon [53]; nakon njega propisivanje lijekova prolazi kroz niz modifikacija koji omogućuje medicinskim sestrama i farmaceutima propisivanje lijekova neovisno o Britanskoj nacionalnoj formulaciji (BNF), sa izuzetkom nekih kontroliranih lijekova i lijekova za koje nemaju dozvolu.

Odbor za zdravlje 2001. godine uočio je i zabilježio mnoge prednosti takve prakse, međutim brojna istraživanja pokazala su da su sestre doživljavale brojne probleme jer ih pacijenti [54], farmaceuti [55] i članovi njihove vlastite profesije ne doživljavaju kao kvalificirane osobe za propisivanje lijekova [56]. Praksa propisivanja lijekova od strane sestara, bez liječničkog nadzora, istodobno ih je dovela u izravan sukob s moćnom i bučnom skupinom – liječničkom profesijom. Kada je časopis „BMJ“ objavio nekoliko članaka u kojima je iznijet prijedlog vlade da se cijeli BNF (British National Formulary) otvori sestrama i farmaceutima, odgovor liječnika je bio brz i oštar kao što i citat prikazuje: „Kako netko može naučiti dijagnosticirati i prepisivati lijekove s pomoću nekoliko kratkih tečajeva? Mislim da mi kao liječnici podcjenjujemo vlastitu profesiju ako prepisivanje lijekova smatramo nebitnim i da može biti dodatak na diplomu sestara. Doći će neizbježnih spuštanja standarda primjenom te odluke. Morbiditet će porasti, ali i cijena zdravstvenih usluga općenito“ [57].

Ta stajališta o propisivanju lijekova od strane sestara ne zastupaju svi pripadnici liječničke profesije, ali su pokazatelj napetosti u odnosima između medicinskih sestara i liječnika u tom pitanju. Općenito, promjenama u ponašanju trebale bi prethoditi promjene u stavu.

Istraživanje provedeno u zdravstvenoj ustanovi na jugoistoku Engleske o mogućim koristima propisivanja lijekova od strane medicinskih sestara i farmaceuta, bez liječničkog

nadzora, pokazalo je da su medicinske sestre i farmaceuti dobro koristili svoja znanja i kvalifikacije [58]. Jednako tako, pokazali su punu svijest o svojim ograničenjima i znanje potencijalnih rizika vezanih uz propisivanje lijekova. Sve navedeno, jasno govori da se radi o zrelim i iskusnim profesionalcima. U prilog tome govori i činjenica da su mnogi liječnici voljni dopustiti određen stupanj autonomije ovim profesionalcima, uz određena ograničenja[58].

Iz toga proistječe da granice između liječnika i medicinskih sestara postaju manje krute.

O promijenjenim ulogama i širenju odgovornosti medicinskih sestara u Velikoj Britaniji danas, najbolje govori članak Fagina i Garelicka koji se bazira na istraživanju radnih odnosa između kolega na polju zaštite mentalnog zdravlja. Autori dolaze do zaključka da psihijatrijska praksa ovisi o stupnju razumijevanja između medicinskih sestara i liječnika. Time je odnos liječnika i sestre na radnim mjestima u liječenju psihijatrijskih pacijenata stekao status – posebnog odnosa [46]. Danas se moderna psihijatrija odvija na različitim mjestima. To uključuje centre za mentalno zdravlje u zajednici, domove za pacijente i različite institucionalne i stambene jedinice koje se brinu za pojedince s psihijatrijskim poremećajima. Navedene okolnosti u kojima se provodi briga za mentalno zdravlje pacijenata utječe na prirodu odnosa među zdravstvenim osobljem. Nadalje, „spomenuto zahtijeva različite stilove radnih angažmana koji sudionicima proizvode različite uloge. Većina psihijatrijskih odjela djeluje unutar multidisciplinarnog okvira i interakcija s drugim stručnjacima kao što su socijalni radnici, terapeuti, psiholozi, vanjske agencije i drugi, koji imaju utjecaj na dimenziju odnosa liječnik i medicinska sestra umanjujući njihovu posebnost“, naglašavaju Fagin i Garelicek [46].

Iako je već prije spomenuto da su granice između liječnika i medicinskih sestara sve manje krute, nije teško zamijetiti da časopisi o zdravstvenoj njezi sadrže veliku količinu literature o odnosima liječnika i sestara. Međutim, zanimljivo je spomenuti da se ta tema jedva uočava u medicinskoj literaturi. To odražava tradicionalne nejednakosti u odnosima, osobito što se tiče diferencijalne snage (u statusu, prestižu i ekonomiji). Istraživanje provedeno u Velikoj Britaniji pokazuje da je gotovo 50% medicinskih sestara nezadovoljno svojim odnosima s liječnicima, osobito sestre koje rade u bolnicama. One smatraju da postoji jaka atmosfera konkurentnosti. Nadalje, na pitanje o svojem doživljaju odnosa sestra-liječnik, 42% medicinskih sestara doživljava ga kao partnerski odnos, ali 31% sestara smatra se podređenima liječniku [59].

Pitanje stupnja podređenosti liječniku bio je jedan od ciljeva istraživanja Hoflinga i suradnika o stupnjevima poslušnosti medicinskih sestara liječničkim zahtjevima. Nađeno je da 95% medicinskih sestara nikada ne bi htjelo primijeniti neodgovarajuću terapiju, ali i da istodobno 95% medicinskih sestara na zahtjev liječnika takvu terapiju primjenjuje bolesnicima [60]. Rezultati spomenute studije upućuju da su medicinske sestre sklone potiskivati sposobnost kritičkog promišljanja te tako nesvjesno nanose štetu zdravlju bolesnika doživljavajući liječničke odluke apsolutnima i autoritativnim naredbama. Također, istraživanje Ranka i Jacobsona, opisuje da medicinske sestre primjenjuju nezadovoljavajuće terapije koje je ordinirao liječnik, zbog dvaju razloga: medicinske sestre doživljavaju liječnika kao apsolutni autoriteti i nemaju dostatno znanje o farmakokinetici i farmakodinamici [61].

U Republici Hrvatskoj dosad je provedeno jedno istraživanje koje se bavi ovom problematikom. Istraživača je zanimalo stajalište medicinskih sestara u dvjema zdravstvenim ustanovama u Zagrebu o trima čimbenicima: doživljaju liječnika kao profesionalnog autoriteta, iskustvo medicinskih sestara neutemeljenim zahtjevima liječnika i stupanj spremnosti medicinskih sestara za provođenje neutemeljenih zahtjeva [62]. Rezultati su pokazali da medicinske sestre u gradu Zagrebu liječnika smatraju stručnim i znanstvenim autoritetom i spremne su provoditi njegove neutemeljene zahtjeve. Utvrđen je visoki stupanj zadovoljstva u izvršavanju aktivnih radnih zadataka i to u medicinskih sestara koje doživljavaju liječničku struku kao autoritet. Medicinske sestre s višim stupnjem naobrazbe doživljavaju osobni strukovni položaj u procesu rada nezadovoljavajućim. Koji je pravi razlog i zašto je to tako moglo bi se objasniti na više načina, a jedan je siguran – liječnik još uvijek predstavlja veliki autoritet u sestrinstvu [62].

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos između liječnika i medicinskih sestara u splitskoj bolnici. Danas je ovaj odnos vrlo aktualan osobito kada znamo da u zdravstvenim ustanovama imamo sve veći broj prvostupnica i diplomiranih medicinskih sestara. Do 2001. godine, kada se ponovo otvara Studij sestrinstva na Veleučilištu u Splitu, kasnije i u sklopu splitskog sveučilišta, nije se moglo govoriti o velikom broju obrazovanih medicinskih sestara (tada Viša medicinska sestra), odnosno uglavnom su bile sestre srednje stručne spreme. Od tada se njihov broj povećava, a od posebno je važna 2005. godina koja donosi nove mogućnosti daljnjeg obrazovanja medicinskih sestara odnosno titulu diplomirane medicinske sestre. Ovakve promjene u sestrinstvu donose i brojne promjene u samom položaju medicinskih sestara kako u odnosu prema liječniku, tako i u društvu općenito.

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Tradicionalno uvriježen stav da je liječnik nadređen medicinskim sestrama bio je normalan za liječnike i medicinske sestre. Danas je takav stav neprihvatljiv. Sestrinstvo je priznata profesija, a osnovne sestrinske znanosti utemeljene na dokazima, a ne na tradiciji, dio su svakodnevnih radnih aktivnosti medicinskih sestara. Polazeći od te činjenice, cilj ovog rada bio je istražiti današnji odnos liječnika i medicinskih sestara u splitskoj bolnici te mišljenja i potencijalne reakcije medicinskih sestara ako se nađu u situaciji da moraju provesti nalog liječnika za koji smatraju da je znanstveno neutemeljen i protivan sestrinskom znanju, iskustvu i uvjerenju. Obradom podataka dobiveni ispunjavanjem upitnika primjerenom cilju, istraživača je zanimalo je li hipoteza *Sestre provode traženja liječnika i kad ta traženja nisu u skladu sa sestrinskim znanjem, iskustvom ili uvjerenjem* točna.

3. METODE I ISPITANICI

3.1. USTROJ ISTRAŽIVANJA

U KBC-u Split provedeno je presječno istraživanje koje je uključivalo sve medicinske sestre. Za potrebe istraživanja složen je originalni anonimni upitnik koji je istraživač provodio u razdoblju od kolovoza do prosinca 2017. godine.

3.2. UZORAK

U istraživanje su uključene medicinske sestre zaposlene u KBC-u Split (n=760). Uzorak je oblikovan prigodno: 100 upitnika raspodijeljeno je tako da je po 10 upitnika dano glavnim sestrama 10 od 13 Klinika KBC Split: Klinika Klinike za kirurgiju, Klinike za unutarnje bolesti, Klinike za dječje bolesti, Klinike za bolesti uha, nosa i grla, Klinike za ženske bolesti i porode, Klinike za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, Klinike za neurologiju, Klinike za psihijatriju, Klinike za bolesti srca i krvnih žila i Klinike za ortopediju. Glavne sestre klinika su podijelile ankete medicinskim sestrama na Klinici i vratile ispunjene upitnike.

3.3. GLAVNA MJERA ISHODA

Semantički diferencijal bio je glavni oblik odgovaranja. Ispitanice su odgovarale na pitanja označavanjem križića na vizualno-analognoj ljestvici od 0 do 10 za svako pitanje. Pritom označavanje križića prema ulijevo predstavlja najmanji ili manji stupanj suglasja s tvrdnjama, a označavanje križića prema desno veći ili najveći stupanj slaganja. Kao sekundarnu mjeru ishoda uzeti su rezultati Rosebnergovog testa samopoštovanja [63] koji se sastoji od deset tvrdnji. Ispitanice su svakoj tvrdnji pridružile broj od 1 do 5 koji je pokazatelj stupnja slaganja s navedenim tvrdnjama (1 – uopće nisam suglasna, 2 – djelomice nisam suglasna, 3 – ne mogu odlučiti, 4 – djelomice sam suglasna, 5 – potpuno sam suglasna). Raspon mogućeg ukupnog zbroja na ljestvici bio je od 5 do 50.

3.3.1. ANONIMNI UPITNIK ZA MEDICINSKE SESTRE KBC SPLIT

Ovdje prikazujem upitnik koji su ispunile ispitanice u istraživanju. Upitnik je podijeljen na nekoliko dijelova.

Prvi, uvodni dio odnosi se na demografske podatke o ispitanicama.

Drugi dio čine opća pitanja iz čega se zaključuju stavovi medicinskih sestara prema njihovom poslu te stavovi medicinskih sestara prema njihovom poslu u odnosu na stupanj obrazovanja.

Treći dio sadrži prikaz tri scenarija gdje medicinske sestre stupnjem slaganja odnosno neslaganja s ponuđenim tvrdnjama ili upitima direktno odgovaraju na postavljenu hipotezu.

Split, ožujak 2017.

Hvala Vam što ste pristali ispuniti ovaj upitnik.

Upitnik je dio istraživanja o stavovima zdravstvenih djelatnika o odnosima unutar zdravstvenog tima. Sastoji se od općih pitanja te pitanja u svezi tri primjera problema u odnosima unutar zdravstvenog tima. Molimo Vas da ga pažljivo i potpuno ispunite.

Upitnik je anonimn, a rezultati će se prikazivati zbirno za cijeli uzorak studije.

Unaprijed Vam zahvaljujem,

Vaša kolegica, Zdenka Sule

A) O Vama

Vaša dob (godine) _____

Godine staža u struci? _____

Odjel/Klinika/Zavod na kojem radite: _____

Pozicija/dužnost koju obnašate: _____

Završena škola (zaokružite Vašu najvišu diplomu):

- Srednja stručna sprema (Medicinska škola)
- Prvostupnica sestrinstva
- Diplomirana medicinska sestra (magistra sestrinstva)

B) NEKOLIKO OPĆIH PITANJA (označite križićem na crti vrijednost na ljestvici od 0 do 10, pri čemu 0 znači „uopće niste suglasni” a „10 „potpuno ste suglasni”.)

Zadatak medicinske sestre je ponajprije izvršavanje liječničkih naloga.

Uopće nisam suglasna	_____	Potpuno sam suglasna
----------------------	-------	----------------------

Sve odredbe o liječenju bolesnika ulaze isključivo u liječničku domenu rada.

Uopće nisam suglasna	_____	Potpuno sam suglasna
----------------------	-------	----------------------

Medicinska sestra ima jednak autoritet kao i drugi članovi tima.

Uopće nisam suglasna	_____	Potpuno sam suglasna
----------------------	-------	----------------------

Medicinska sestra je osobno odgovorna za svoj rad, odgovara za svoje postupke i propuste, bez obzira na savjete ili upute drugih stručnjaka.

Uopće nisam suglasna	_____	Potpuno sam suglasna
----------------------	-------	----------------------

Obično ne iskazujem liječniku svoje mišljenje o bolesniku, jer je ono nebitno.

Uopće nisam suglasna	_____	Potpuno sam suglasna
----------------------	-------	----------------------

Sestra bi u kliničkoj praksi trebala biti liječnikova pomoćnica, a ne suradnica i kolega.

Uopće nisam suglasna	_____	Potpuno sam suglasna
----------------------	-------	----------------------

S godinama sestrinskog iskustva raste i broj odbijanja liječničkih odluka za koje medicinska sestra procijeni da nisu najbolje za bolesnika.

Uopće nisam suglasna	_____	Potpuno sam suglasna
----------------------	-------	----------------------

Primarna je dužnost medicinske sestre štititi i podupirati zdravlje bolesnika.

Uopće nisam suglasna	_____	Potpuno sam suglasna
----------------------	-------	----------------------

C) TRI PRIMJERA

Primjer 1. – Znanje

Klinika iz ovog slučaja prostorno je smještena na lokaciji A i lokaciji B. Predstojnik lokacije A od svojih liječnika zahtjeva da ordiniraju lijek 1, dok Predstojnik lokacije B zahtjeva ordiniranje lijeka 2. Problem je nastao kada je Predstojnik lokacije A dežurao na lokaciji B. Tijekom dežurstva zaprimio je bolesnika iz operacijske dvorane, pri čemu je ordinirao lijek 1, iako je znao da ga na odjelu nema. Medicinska sestra je znala da se radi o istom lijeku, ali različitog proizvođača, pa je Predstojniku lokacije A predložila da se bolesniku dade lijek 2, kojega inače koriste na lokaciji B i koji se nalazi na zalihama. Predstojnik lokacije A odlučno je odbio zahtjev, naglašavajući da je on u službi glavnog dežurnoga liječnika i neka sestra izvoli stvoriti lijek. Medicinska sestra potom nabavlja lijek 1 s nekog trećeg odjela i daje ga bolesniku. Sljedeći dan, nakon upoznavanja sa situacijom, Predstojnik lokacije B verbalno je napao medicinsku sestru vrijeđajući je, nazivajući je nesposobnom i prijeteći premještanjem ili suspenzijom. Medicinska sestra je potom ponudila platiti razliku u cijeni lijekova iz vlastitog džepa.

Pitanja (zaokružite vrijednost na ljestvici od 0 do 10, pri čemu 0 znači „nimalo” a „10 „potpuno”):

Koliko događaje iz ovog slučaja smatrate neetičnim?

Nimalo |-----| Potpuno

Koliko postupak Predstojnika lokacije A smatrate neetičnim?

Nimalo |-----| Potpuno

Koliko postupak Predstojnika lokacije B smatrate neetičnim?

Nimalo |-----| Potpuno

Koliko postupak sestre smatrate neetičnim?

Nimalo |-----| Potpuno

Medicinska sestra iz ovog slučaja doživjela je zlostavljanje na radnom mjestu.

Uopće nisam |-----| Potpuno sam
suglasna suglasna

Medicinska sestra trebala je odbiti naređenje Predstojnika lokacije A da nabavi i dade lijek 1.

Uopće nisam |-----| Potpuno sam
suglasna suglasna

Koliko Vam je čudno da Predstojnik na lokaciji A uporno daje jedan, a Predstojnik na lokaciji B uporno daje drugi lijek?

Nimalo |-----| Jako

Što mislite o opisanom primjeru? (Upišite u okvir)

Kako biste Vi riješili navedeni primjer? (Upišite u okvir)

Je li sestra trebala slučaj prijaviti?

- a) DA
- b) NE

Ako DA, kome:

- a) glavnoj sestri klinike
- b) glavnoj sestri bolnice
- c) ravnateljstvu bolnice
- d) nikome

Smatrate li da su slučajevi slični ovom česta pojava u Vašem radnom okruženju?

Uopće nisu |-----| Jako su česti

Koliko su u pravilu sestre popustljive prema liječnicima i kada znaju da je njihov zahtjev znanstveno neutemeljen ili je potencijalno neopravdan?

Nimalo |-----| Potpuno

Koliko ste suglasni s tvrdnjom da farmaceutske tvrtke i sestrama daju određene materijalne beneficije da bi poticale potrošnju lijekova koje oni proizvode?

Nimalo |-----| Potpuno

Koliko često Vam se dogodilo da ste dali bolesniku neodgovarajući lijek ili dozu lijeka, a koju je liječnik upisao na terapijsku listu?

Nikada |-----| Često

Koliko često Vam se dogodilo da provedete odluku koju Vam je delegirao liječnik iako ste znali da vjerojatno nije ispravna?

Nikada |-----| Često

Koliko često ste doživjeli da Vas liječnik nazove nesposobnom jer ste odbili dati lijek koji vam je telefonski ordinirao?

Nikada |-----| Često

Koliko često ste učinili nešto što je nadilazilo vaše kompetencije, a ulazilo u liječničke?

Nikada |-----| Često

Što mislite o opisanom primjeru? (Upišite u okvir.)

Kako biste Vi riješili navedeni primjer? (Upišite u okvir.)

Primjer 2. – Iskustvo

U bolesnice NN u postoperacijskom oporavku, nakon kirurškog zahvata na toraksu, nastala je teška infekcija prsne kosti, s defektom kosti. Takva vrsta komplikacije zahtjeva primjenu vakum-asistirane kompresivne terapije (VAC - terapije), čijom primjenom se postižu brzi i veliki uspjesi u liječenju rana, ali sam postupak je skuplji, zahtjeva znanje i vještine u primjeni istih. U sklopu tretmana bolesnica je trebala biti previjana 2-3 puta tjedno. Termini previjanja, međutim, nisu bili ispoštovani što zbog stvarno hitnih slučajeva, ali i zbog elektivnih operacija. To je dovelo do pogoršanja rane, pri čemu je život bolesnice bio ugrožen. Nakon dva mjeseca medicinska sestra X.Y., koja ima iskustvo u zdravstvenoj skrbi teških kroničnih rana, zabrinuta zbog teškog zdravstvenog stanja bolesnice i nezadovoljna odnosom prema njoj, upozorava odgovornog liječnika na stanje bolesnice i na propuste u terminima previjanja. Komentar nadležnog liječnika bio je: „Ti trebaš znati gdje ti je mjesto, nisi ti doktor.“ Medicinska sestra je rekla da će o slučaju upoznati glavnu sestru i predstojnika klinike.

Slučaj je isti liječnik iznio na liječničkom kolegiju, a on je potom „preuzeo i zasluge za njegovo uočavanje“. Predstojnik klinike od tada zahtijeva da se previjanje obavlja u skladu s terminima i nakon uspješnog liječenja, bolesnica je otpušena kući.

Pitanja (zaokružite vrijednost na ljestvici od 0 do 10, pri čemu 0 znači „nimalo“ a „10 „potpuno“):

Koliko događaje iz ovog slučaja smatrate neetičnim?

Nimalo |-----| Potpuno

Koliko ste suglasni s tvrdnjom da je sestra trebala odmah nadležnima prijaviti zanemarivanje bolesnice u teškom stanju?

Uopće nisam |-----| Potpuno sam
suglasna suglasna

Koliko je uvredljiv, podcjenjivački bio odgovor (komentar) nadležnog liječnika sestri kad ga je upozorila na teško stanje zanemarene bolesnice?

Nimalo |-----| Potpuno

Koliko su, prema Vašem iskustvu, česti slučajevi preskakanja reda liječenja teških pacijenata zbog davanja prednosti „važnijim“ pacijentima?

Nikada |-----| Često

Koliko često Vam se dogodilo da je liječnik podigao glas na Vas (tj. vikao je na Vas), jer ste iznijeli svoje mišljenje o nekom slučaju unatoč njegovom inzistiranju da je on u pravu?

Nikada |-----| Često

Koliko često ste doživjeli da Vas se pita za stručno mišljenje na zajedničkim sastancima liječnika i sestara?

Nikada |-----| Često

Koliko Vas nesudjelovanje u takvim sastancima čini nezadovoljnom?

Nimalo |-----| Potpuno

Smatrate li da je dovoljno da Vam liječnik jednom kaže: „Niste vi završili medicinski fakultet za to!“ – da Vam nikad više ne padne napamet nešto sugerirati?

Uopće nisam |-----| Potpuno sam
suglasna suglasna

Smatrate li da medicinska sestra, neovisno o stupnju obrazovanja, ima pravo intervenirati u (ovakvim i sličnim) situacijama u kojima primjećuje nesavjesno postupanje drugih članova zdravstvenog tima?

Uopće nisam |-----| Potpuno sam
suglasna suglasna

Smatrate li da pojam „igra sestra – liječnik“, tj. suptilno prosljeđivanje informacija liječniku pri čemu se ne dovodi u pitanje njegov autoritet, može ublažiti odnos medicinskih sestara i liječnika koji je vrlo složen, a kadšto i neskladan?

Uopće nisam |-----| Potpuno sam
suglasna suglasna

Što mislite o opisanom primjeru? (Upišite u okvir.)

--

Kako biste Vi riješili navedeni primjer? (Upišite u okvir.)

--

Primjer 3 – Uvjerenje

Liječnici i medicinske sestre u Hrvatskoj mogu se pozvati na priziv savjesti u situacijama kada ih njihova vjerska uvjerenja priječe da sudjeluju u medicinskim zahvatima protivnim postulatima vjere. Niti jedna osoba, bolnica ili ustanova ne treba biti prisiljena, ni biti smatrana odgovornom, niti biti diskriminirana na bilo koji način zbog svojeg odbijanja da izvrši, omogući, potpomogne ili pošalje na abortus, izvršenje bilo kakve vrste pobačaja ili eutanazije ili bilo kojeg čina koji bi prouzročio smrt ljudskog fetusa ili embrija zbog bilo kojeg razloga (Rezolucija 1763 – 2010. Pravo na priziv savjesti u zakonitoj zdravstvenoj zaštiti). Slučaj kninske primalje, koja je zbog priziva savjesti i odbijanja asistiranja u izvođenju pobačaja dobila otkaz otvorio je pitanje tko sve ima pravo pozvati se na savjest u obavljanju svog posla. Ona se potom obratila za pomoć brojnim tijelima, od Komore primalja do sestričkog sindikata, a nitko joj nije ni odgovorio. Obratila se za pomoć i bivšem ravnatelju. Ni u njega nije naišla na razumijevanje; štoviše, on je na jednom sastanku otvoreno stao na stranu liječnice, koja je rekla da je J.S. mogla biti frizerka ili kuharica, a ne primalja, ako nije bila spremna na takve zahvate. Na to se J.S. obratila javnosti i mediji su danima raspravljali o njezinu slučaju, ali on nije riješen. J.S. naglašava da neće odustati te da ima pravo na prigovor savjesti kao što ga imaju i liječnici i medicinske sestre. Navodi da će se, ukoliko bude potrebno, obratiti i Međunarodnom sudu za ljudska prava u Strasbourgu.

Pitanja (zaokružite vrijednost na ljestvici od 0 do 10, pri čemu 0 znači „nimalo” a „10 „potpuno”):

Smatrate li se da ovakvih i sličnih slučajeva ima više u praksi, ali su javnosti nepoznati?

Uopće nisam suglasna		Potpuno sam suglasna
-------------------------	--	-------------------------

Koliko često ste bili u situaciji da morate provesti postupak protivan Vašim uvjerenjima?

Uopće nisam suglasna		Potpuno sam suglasna
-------------------------	--	-------------------------

Smatrate li se da vjerska i /ili moralna uvjerenja trebaju imati prednost nad profesionalnim djelovanjem medicinskih sestara?

Uopće nisam suglasna		Potpuno sam suglasna
-------------------------	--	-------------------------

Smatrate li da priziv savjesti na izvjestan način osobu stigmatizira odnosno diskriminira?

Uopće nisam suglasna		Potpuno sam suglasna
-------------------------	--	-------------------------

Koliko su postupci upućenih službi, od Ravnateljstva do Sindikata, bili neetični?

Nimalo		Potpuno
--------	--	---------

Koliko ste suglasni s tvrdnjom da je primalja J.S. postupila neprofesionalno?

Uopće nisam suglasna		Potpuno sam suglasna
-------------------------	--	-------------------------

Smatrate li da je primalja J.S. svoje vjersko stajalište, a time i nesudjelovanje u aktu pobačaja imala pismeno zavedeno, bila izuzeta iz istih /sličnih medicinskih postupaka?

Uopće nisam suglasna		Potpuno sam suglasna
----------------------	--	----------------------

Koliko ste suglasni s komentarom liječnice o postupku primalje J.S.?

Uopće nisam suglasna		Potpuno sam suglasna
----------------------	--	----------------------

Koliko ste suglasni da će sud za ljudska prava u Strasbourgu dati J.S. za pravo?

Uopće nisam suglasna		Potpuno sam suglasna
----------------------	--	----------------------

Koliko ste Vi osobno suglasni da sudjelujete u medicinskom aktu (samilosna smrt, medicinska oplodnja,sterilizacija) koji može biti medicinski opravdan, ali je protivian Vašim temeljnim uvjerenjima?

Uopće nisam suglasna		Potpuno sam suglasna
----------------------	--	----------------------

Što mislite o opisanom primjeru? (Upišite u okvir)

Kako biste Vi riješili navedeni primjer? (Upišite u okvir)

D. JOŠ NEKOLIKO PITANJA

Molimo Vas da za svaku slijedeću tvrdnju **zaokružite broj** koji odgovara stupnju Vaše suglasnosti s pojedinom tvrdnjom. Brojevi znače:

1-----2-----3-----4-----5

uopće nisam
suglasna

djelomice nisam
suglasna

ne mogu
odlučiti

djelomice sam
suglasna

potpuno sam
suglasna

1. Općenito govoreći, zadovoljna sam sobom.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
2. Željela bih imati više poštovanja prema samoj sebi.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
3. Osjećam da nema puno toga čime bih se mogla ponositi.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
4. Ponekad se osjećam potpuno beskorisnom.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
5. Sposobna sam raditi i obavljati zadatke podjednako uspješno kao i većina drugih ljudi.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
6. S vremena na vrijeme se osjećam kao da ništa ne vrijedim.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
7. Osjećam da sam isto toliko sposobna koliko i drugi ljudi.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
8. Osjećam da posjedujem niz vrijednih osobina.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
9. Sve više dolazim do spoznaje da jako malo vrijedim.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
10. Mislim da vrijedim barem koliko i drugi ljudi.	1 – 2 – 3 – 4 – 5

Zahvaljujem Vam na suradnji i pomoći.

3.4. STATISTIČKA OBRADA PODATAKA

Prikupljeni podatci uneseni su u Microsoft Excel Program za Windows. Obrada podataka napravljena je u statističkom paketu SPSS 20 (IBM Corporation, Armonk, New York, SAD). Kategorijske varijable prikazane su apsolutnim brojevima i postocima, a kontinuirane varijable medijanom i interkvartilnim rasponom jer se radilo o podacima koji nisu pratili normalnu distribuciju. Rezultati su interpretirani na razini značajnosti od $P < 0,005$. U obradi su korišteni Mann-Whitney U test i Spearmanov test korelacije.

3.5. ZBUNJUJUĆI ČIMBENICI I ODSUPANJA

Postoji mogućnost da su medicinske sestre dale socijalno poželjne odgovore. Na iskrenost u odgovorima mogli su utjecati strah od otkrivanja identiteta, neprihvatljiv cilj i svrha istraživanja te prezasićenost medicinskih sestara sudjelovanjem u istraživanjima. Te čimbenike nismo mogli kontrolirati tijekom provedbe upitnika ili obrade podataka, ali smo ih raspravili tijekom interpretacije rezultata.

3.6. ETIČKA PITANJA

Istraživanje je odobrilo Etičko povjerenstvo KBC Split (KL. 500-03/17-01/13, Ur. br.: 2181-147-01/06 M.S.-17-2). Istraživanje je provedeno u okviru projekta Hrvatske zaklade za znanost („Profesionalizam u zdravstvu“) br. IP-2014-09-7672, voditeljice prof. dr. sc. Ane Marušić, dr. med.

4. REZULTATI

Od 100 upitnika, 94 upitnika su ispunjena i vraćena čime se dobio prigodni uzorak od 94 ispitanice (94% stopa odgovora). Medijan njihove životne dobi bio je 42 godine (95% CI 21-63), a medijan radnog staža 21 godinu (95% CI 1-44). Prema stupnju obrazovanja od ukupnog broja ispitanica 31 medicinska sestra je srednje stručne sprema (34%), 52 su prvostupnice (55%), a 11 ispitanica su diplomirane medicinske sestre (11%). U istraživanju su sudjelovala samo dva medicinska tehničara te će se u daljnjoj raspravi generalno koristiti termin ispitanice. Nije se radila analiza upitnika prema mjestu rada (Klinikama) kako se ne bi omogućila identifikacija ispitanica. Demografski podaci o sestrama prikazani su u tablici 1.

Tablica 1. Demografski podatci o ispitanicama

Značajka	Nalaz
Dob (Medijan, min - max)	42 (21-63)
Godine staža u struci (Medijan, min - max)	21 (1-44)

Stupanj obrazovanja	Broj (%) sestara
Srednja stručna sprema (Medicinska škola)	31 (34)
Prvostupnica sestrinstva	52 (55)
Diplomirana medicinska sestra (magistra sestrinstva)	11 (11)

4.1. OPĆI STAVOVI

Kao što je vidljivo iz tablice 2, ispitanice u pokazale različit opći stupanj suglasja na pojedinačne čestice. Čestice koje su imale visoki stupanj suglasja (median >9,5 od mogućih 10) bile su:

- Medicinska sestra je osobno odgovorna za svoj rad, odgovara za svoje postupke i propuste, bez obzira na savjete ili upute drugih stručnjaka.
- Primarna je dužnost medicinske sestre štititi i podupirati zdravlje bolesnika.

Čestice koje su imale izrazito niski medijan stupnja suglasja (median $\leq 3,5$) bile su:

- Zadatak medicinske sestre je ponajprije izvršavanje liječničkih naloga.
- Obično ne iskazujem liječniku svoje mišljenje o bolesniku, jer je ono nebitno.
- Sestra bi u kliničkoj praksi trebala biti liječnikova pomoćnica, a ne suradnica i kolega.

Čestice koje su imale srednji stupanj suglasja (median 4-7) bile su:

- Medicinska sestra ima jednak autoritet kao i drugi članovi tima.

- S godinama sestrinskog iskustva raste i broj odbijanja liječničkih odluka za koje medicinska sestra procijeni da nisu najbolje za bolesnika.
- Sve odredbe o liječenju bolesnika ulaze isključivo u liječničku domenu rada.

Medijan stupnja suglasja čestice „Zadatak medicinske sestre je ponajprije izvršavanje liječničkih naloga” je za 2,76 manji kod prvostupnica i diplomiranih medicinskih sestara nego kod sestara sa srednjom stručnom spremom ($Z = 2,49$; $P = 0,013$; tablica 2). Medijan stupnja suglasja čestice „Sestra bi u kliničkoj praksi trebala biti liječnikova pomoćnica, a ne suradnica i kolega“ je za 1,71 manji kod prvostupnica i diplomiranih medicinskih sestara nego kod sestara sa srednjom stručnom spremom ($Z = 2,76$; $P = 0,006$; tablica 2). Nismo dokazali statističku značajnu razliku stupnja suglasja ostalih šest čestica iz upitnika između medicinskih sestara srednje stručne sprema i skupine sestara prvostupnica i diplomiranih medicinskih sestara ($P > 0,05$; tablica 2).

Tablica 2. Stupanj suglasja s česticama iz upitnika o općim stavovima svih sestara i u odnosu na njihov stupanj obrazovanja*

	Medicinske sestre			P^\dagger
	Sve	Prvostupnice i diplomirane	Srednje stručne sprema	
	C (Q1-Q3)	C (Q1-Q3)	C (Q1-Q3)	
Zadatak medicinske sestre je ponajprije izvršavanje liječničkih naloga.	2,26 (0,33-4,85)	1,26 (0,15-4,56)	4,02 (2,04-6,37)	0,013
Medicinska sestra ima jednak autoritet kao i drugi članovi tima.	4,59 (0,89-7,74)	4,56 (0,63-7,74)	4,96 (1,96-7,80)	0,707
S godinama sestrinskog iskustva raste i broj odbijanja liječničkih odluka za koje medicinska sestra procijeni da nisu najbolje za bolesnika.	5,08 (1,91-9,66)	6,37 (3,13-9,66)	4,05 (0,95-8,59)	0,224
Medicinska sestra je osobno odgovorna za svoj rad, odgovara za svoje postupke i propuste, bez obzira na savjete ili upute drugih stručnjaka.	9,73 (8,74-9,92)	9,85 (9,05-9,92)	9,08 (7,79-9,94)	0,130
Obično ne iskazujem liječniku svoje mišljenje o bolesniku, jer je ono nebitno.	0,27 (0,00-1,95)	0,23 (0,00-1,64)	0,59 (0,00-4,81)	0,295
Sestra bi u kliničkoj praksi trebala biti liječnikova pomoćnica, a ne suradnica i kolega.	0,19 (0,00-1,64)	0,11 (0,00-0,57)	1,82 (0,02-6,67)	0,006

Sve odredbe o liječenju bolesnika ulaze isključivo u liječničku domenu rada.	4,39 (0,42-7,82)	4,39 (0,38-7,14)	4,22 (0,63-8,29)	0,454
Primarna je dužnost medicinske sestre štititi i podupirati zdravlje bolesnika.	9,81 (9,54-9,92)	9,81 (9,58-9,92)	9,79 (9,18-9,96)	0,884

*Opći stavovi se mjere kao stupanj suglasja na vizualno – analognoj skali od 0 do 10.

† Mann-Whitney U test.

4.2. SAMOPOŠTOVANJE

Na sva pitanja iz upitnika samopoštovanja medijan stupnja suglasja iznosio je 5, osim za pitanje „Željela bih imati više poštovanja prema samoj sebi“ koji je iznosio 2 (tablica 3).

Medijan stupnja suglasja čestice „Željela bih imati više poštovanja prema sebi“ bio je za 1 veći kod prvostupnica i diplomiranih sestara nego kod medicinskih sestara srednje stručne spreme ($Z = 1,97$; $P = 0,049$; tablica 3). Nismo dokazali statistički značajnu razliku stupnja suglasja ostalih devet čestica između sestara srednje stručne spreme i skupine prvostupnica i diplomiranih medicinskih sestara ($P > 0,05$). Ukupno samopoštovanje prikazalo se ukupnom sumom odgovora na svim česticama za svaku pojedinu sestru. Testiranjem je utvrđeno da su prvostupnice i diplomirane medicinske sestre imale veću razinu samopoštovanja za 4 boda od medicinskih sestara srednje stručne spreme ($Z = 2,55$; $P = 0,011$; tablica 3).

Tablica 3. Samopoštovanje sestara prema stupnju obrazovanja*

	Medicinske sestre			P†
	Sve	Prvostupnice i diplomirane	Srednje stručne spreme	
	C (Q1-Q3)	C (Q1-Q3)	C (Q1-Q3)	
Općenito govoreći, zadovoljna sam sobom.	5,00 (4,00-5,00)	5,00 (4,00-5,00)	5,00 (5,00- 5,00)	0,253
Željela bih imati više poštovanja prema samoj sebi.‡	2,00 (2,00-5,00)	3,00 (2,00-5,00)	2,00 (1,00-5,00)	0,049
Osjećam da nema puno toga čime bih se mogla ponositi.‡	5,00 (4,00-5,00)	5,00 (5,00-5,00)	5,00 (3,00-5,00)	0,103
Ponekad se osjećam potpuno beskorisnom.‡	5,00 (3,00-5,00)	5,00 (4,00-5,00)	4,50 (2,00-5,00)	0,101
Sposobna sam raditi i obavljati zadatke podjednako uspješno kao i većina drugih ljudi.	5,00 (5,00-5,00)	5,00 (5,00-5,00)	5,00 (4,00-5,00)	0,257

S vremena na vrijeme se osjećam kao da ništa ne vrijedim.‡	5,00 (4,00-5,00)	5,00 (4,00-5,00)	5,00 (2,00-5,00)	0,159
Osjećam da sam isto toliko sposobna koliko i drugi ljudi.	5,00 (4,00-5,00)	5,00 (4,00-5,00)	5,00 (4,00-5,00)	0,716
Osjećam da posjedujem niz vrijednih osobina.	5,00 (5,00-5,00)	5,00 (5,00-5,00)	5,00 (4,00-5,00)	0,409
Sve više dolazim do spoznaje da jako malo vrijedim.‡	5,00 (5,00-5,00)	5,00 (5,00-5,00)	5,00 (5,00-5,00)	0,517
Mislim da vrijedim barem koliko i drugi ljudi.	5,00 (4,00-5,00)	5,00 (5,00-5,00)	5,00 (3,00-5,00)	0,113
Samopoštovanje	44,50 (40,00-49,00)	46,00 (42,00-50,00)	42,00 (37,00-46,00)	0,011

*Samopoštovanje se mjeri i prikazuje kao stupanj suglasja na zadane tvrdnje na Likertovoj skali od 1 do 5. Rezultati su prikazani kao median (C) i interkvartilni raspon (Q1-Q3).

† Mann-Whitney U test.

‡ Negativno postavljena pitanja su preokrenuta, kao bi se mogla usporediti s ostalim pitanjima.

Testirali smo i povezanost (ρ) ukupnog stupnja samopoštovanja (razina samopoštovanja) sa stupnjem suglasja (razina suglasja) za svaku pojedinu česticu o općim stavovima medicinskih sestara, pri čemu je korišten Spearman test. Utvrđena je statistički značajna, ali slaba negativna povezanost razine samopoštovanja i razine suglasja na česticu „Zadatak medicinske sestre je ponajprije izvršavanje liječničkih naloga“ ($\rho = -0,22$; $P = 0,043$). Utvrdili smo i pozitivnu statistički značajnu povezanost razine samopoštovanja i razine na česticu „Medicinska sestra ima jednak autoritet kao i drugi članovi tima“ ($\rho = 0,40$; $P < 0,001$).

Razina samopoštovanja je bila statistički značajno i pozitivno povezana sa stavom o čestici „Medicinska sestra osobno je odgovorna za svoj rad, odgovara za svoje postupke i propuste, bez obzira na savjete ili upute drugih stručnjaka“ ($\rho = 0,26$; $P = 0,019$).

S druge strane, razina samopoštovanja bila je statistički značajno i negativno povezana sa stavom o čestici „Sestra bi u kliničkoj praksi trebala biti liječnikova pomoćnica, a ne suradnica i kolega“ ($\rho = -0,33$; $P < 0,001$), kao i o čestici „Obično ne iskazujem liječniku svoje mišljenje o bolesniku, jer je ono nebitno“ ($\rho = -0,31$; $P < 0,001$).

Povezanost razine samopoštovanja sa stupnjem suglasja na ostalim česticama iz općeg djela upitnika nije se pokazala statistički značajna ($P > 0,05$) (tablica 4).

Tablica 4. Korelacija ukupnog stupnja samopoštovanja sa stupnjem suglasja za svaku česticu o općim stavovima medicinskih sestara*

	ρ	P
Zadatak medicinske sestre je ponajprije izvršavanje liječničkih naloga.	-0,22	0,043

Sve odredbe o liječenju bolesnika ulaze isključivo u liječničku domenu rada.	-0,11	0,284
Medicinska sestra ima jednak autoritet kao i drugi članovi tima.	0,40	<0,001
Medicinska sestra je osobno odgovorna za svoj rad, odgovara za svoje postupke i propuste, bez obzira na savjete ili upute drugih stručnjaka.	0,26	0,019
Obično ne iskazujem liječniku svoje mišljenje o bolesniku, jer je ono nebitno.	-0,31	<0,001
Sestra bi u kliničkoj praksi trebala biti liječnikova pomoćnica, a ne suradnica i kolega.	-0,33	<0,001
S godinama sestrinskog iskustva raste i broj odbijanja liječničkih odluka za koje medicinska sestra procijeni da nisu najbolje za bolesnika.	0,03	0,764
Primarna je dužnost medicinske sestre štititi i podupirati zdravlje bolesnika.	0,16	0,132

*Samopoštovanje se mjeri i prikazuje kao stupanj suglasja na zadane tvrdnje na Likertovoj skali od 1 do 5; Opći stavovi se mjere kao stupanj suglasja na vizualno – analognoj skali od 0 – 10. Spearman koeficijent korelacije ρ upotrijebljen je za izračun povezanosti.

4.3. PRIKAZ TRI SCENARIJA

4.3.1. IZAZOV SESTRINSKOM MEDICINSKOM ZNANJU – Scenarij 1

Prvi scenarij opisuje događaj u kojem je medicinska sestra posrednik neslaganja dvaju liječnika koji su ujedno i predstojnici odjela na različitim lokacijama. Svaki od njih ustrajava na potrošnji određenog lijeka na svom radilištu. Radi se o lijekovima koji imaju ista farmakokinetička i farmakodinamička svojstva, ali različitog dobavljača, odnosno farmaceutske kuće. Problem nastaje kad spomenuti liječnici dežuraju na lokaciji na kojoj se taj lijek ne ordinira.

Za ovaj scenarij napravljen je upitnik od petnaest (14) čestica. Stupanj suglasja po svakoj čestici može poprimiti vrijednost od 0 – 10, gdje 0 znači „uopće nisam suglasna“, a 10 „potpuno sam suglasna“ (tablica 5).

Nije utvrđena statistički značajna razlika ni na jednu česticu iz upitnika u odnosu na stupanj obrazovanja medicinskih sestara ($P > 0,05$).

Tablica 5 prikazuje suglasje ispitanica sa stavovima o scenariju. Čestice koje su imale visoki stupanj suglasja (median $>9,5$) bile su:

- Koliko događaje iz ovog slučaja smatrate neetičnim?
- Koliko postupak Predstojnika lokacije A smatrate neetičnim?
- Koliko postupak Predstojnika lokacije B smatrate neetičnim?

- Medicinska sestra iz ovog slučaja doživjela je zlostavljanje na radnom mjestu.

Čestice koje su imale izrazito niski medijan stupnja suglasja (median $\leq 3,5$) bile su:

- Koliko postupak sestre smatrate neetičnim?
- Medicinska sestra trebala je odbiti naređenje Predstojnika lokacije A da nabavi i dade lijek 1.
- Koliko ste suglasni s tvrdnjom da farmaceutske tvrtke i sestrama daju određene materijalne beneficije da bi poticale potrošnju lijekova koje oni proizvode?
- Koliko često Vam se dogodilo da ste dali bolesniku neadekvatan lijek ili dozu lijeka a koju je liječnik upisao na temperaturnu listu?
- Koliko često Vam se dogodilo da provedete odluku koju Vam je delegirao liječnik iako ste znali da vjerojatno nije ispravna?
- Koliko često ste doživjeli da Vas liječnik nazove nesposobnom jer ste odbili dati lijek koji vam je telefonski ordinirao?

Čestice koje su imale medijan stupnja suglasja (median 4-7) bile su:

- Koliko Vam je čudno da Predstojnik na lokaciji A uporno daje jedan, a Predstojnik na lokaciji B uporno daje drugi lijek?
- Smatrate li da su slučajevi slični ovom česta pojava u Vašem radnom okružju?
- Koliko su u pravilu sestre popustljive prema liječnicima i kada znaju da je njihov zahtjev znanstveno neutemeljen ili je potencijalno neopravdan?
- Koliko često ste učinili nešto što je nadilazilo vaše kompetencije, a ulazilo u liječničke?

Tablica 5. Scenarij 1: Stupanj suglasja s česticama iz upitnika o prvom scenariju svih sestara i u odnosu na njihov stupanj obrazovanja*

	Medicinske sestre			P†
	Sve	Prvostupnice i diplomirane	Srednje stručne spreme	
	C (Q1-Q3)	C (Q1-Q3)	C (Q1-Q3)	
Koliko događaje iz ovog slučaja smatrate neetičnim?	9,73 (9,39-9,92)	9,73 (9,47-9,89)	9,79 (4,05-9,98)	0,916
Koliko postupak Predstojnika lokacije A smatrate neetičnim?	9,77 (8,90-9,92)	9,70 (9,39-9,89)	9,85 (7,66-10,00)	0,332

Koliko postupak Predstojnika lokacije B smatrate neetičnim?	9,83 (9,60-9,92)	9,81 (9,62-9,89)	9,87 (8,09-10,00)	0,715
Koliko postupak sestre smatrate neetičnim?	0,15 (0,00-1,25)	0,15 (0,00-0,76)	0,34 (0,00-4,92)	0,533
Medicinska sestra iz ovog slučaja doživjela je zlostavljanje na radnom mjestu.	9,85 (9,66-9,96)	9,81 (9,69-9,92)	9,92 (8,78-10,00)	0,346
Medicinska sestra trebala je odbiti naređenje Predstojnika lokacije A da nabavi i daje lijek 1.	2,31 (0,11-7,00)	0,88 (0,11-6,91)	4,24 (0,23-7,21)	0,300
Koliko Vam je čudno da Predstojnik na lokaciji A uporno daje jedan, a Predstojnik na lokaciji B uporno daje drugi lijek?	4,89 (0,28-9,85)	4,53 (0,19-9,81)	8,45 (1,02-10,00)	0,131
Smatrate li da su slučajevi slični ovom česta pojava u Vašem radnom okružju?	5,00 (2,46-8,60)	6,55 (3,33-9,36)	4,87 (2,31-7,31)	0,231
Koliko su u pravilu sestre popustljive prema liječnicima i kada znaju da je njihov zahtjev znanstveno neutemeljen ili je potencijalno neopravdan?	6,93 (4,56-8,70)	7,07 (4,63-8,52)	5,91 (4,56-9,22)	0,956
Koliko ste suglasni s tvrdnjom da farmaceutske tvrtke i sestrama daju određene materijalne beneficije da bi poticale potrošnju lijekova koje oni proizvode?	0,87 (0,11-4,72)	0,59 (0,15-4,74)	1,15 (0,00-4,26)	0,840
Koliko često Vam se dogodilo da ste dali bolesniku neadekvatan lijek ili dozu lijeka a koju je liječnik upisao na temperaturnu listu?	0,38 (0,04-2,43)	0,34 (0,08-1,48)	0,87 (0,04-4,00)	0,247
Koliko često Vam se dogodilo da provedete odluku koju Vam je delegirao liječnik iako ste znali da vjerojatno nije ispravna?	2,60 (0,46-5,48)	2,51 (0,34-4,83)	3,84 (1,64-7,00)	0,135
Koliko često ste doživjeli da Vas liječnik nazove nesposobnom jer ste odbili dati lijek koji vam je telefonski ordinirao?	0,27 (0,00-2,17)	0,27 (0,00-1,79)	0,23 (0,00-3,00)	0,859
Koliko često ste učinili nešto što je nadilazilo vaše kompetencije, a ulazilo u liječničke?	4,96 (1,25-7,81)	5,06 (1,56-8,29)	3,00 (0,23-7,38)	0,218

* Stupanj suglasja iz upitnika o prvom scenariju mjeri se i prikazuje na analogno – vizualnoj skali od 0 do 10. Rezultati su prikazani kao median (C) i interkvartilni raspon (Q1-Q3).

† Mann-Whitney U test.

Od ukupnog broja ispitanica 84 medicinske sestre (93%) su smatrale da je događaj trebalo prijaviti i to:

- 73 medicinske sestre (87%) glavnoj sestri klinike.
- 2 medicinske sestre (2%) glavnoj sestri bolnice.
- 9 medicinskih sestara (11%) ravnateljstvu bolnice.

Testirali smo povezanost ukupnog stupnja samopoštovanja (razina samopoštovanja) sa stupnjem suglasja (razina suglasja) za svaku pojedinu česticu upitnika o prvom scenariju, pri čemu je korišten Spearman test.

Utvdili smo slabu pozitivnu korelaciju razine samopoštovanja s razinom suglasja na česticu „Koliko događaje iz ovog slučaja smatrate neetičnim?“ ($\rho = 0,27$; $P = 0,011$) s razinom suglasja na česticu „Koliko postupak Predstojnika lokacije A smatrate neetičnim?“ ($\rho = 0,24$; $P = 0,021$) i s razinom suglasja na česticu „Koliko često ste učinili nešto što je nadilazilo vaše kompetencije, a ulazilo u liječničke?“ ($\rho = 0,24$; $P = 0,021$).

Povezanost razine samopoštovanja sa stupnjem suglasja na ostale čestice iz upitnika nije pokazala statističku značajnost ($P > 0,05$; tablica 6).

Tablica 6. Korelacija između ukupnog stupnja samopoštovanja sa stupnjem suglasja za svaku pojedinu česticu upitnika o prvom scenariju*

	ρ	P
Koliko događaje iz ovog slučaja smatrate neetičnim?	0,27	0,011
Koliko postupak Predstojnika lokacije A smatrate neetičnim?	0,13	0,218
Koliko postupak Predstojnika lokacije B smatrate neetičnim?	0,24	0,021
Koliko postupak sestre smatrate neetičnim?	-0,08	0,459
Medicinska sestra iz ovog slučaja doživjela je zlostavljanje na radnom mjestu.	0,18	0,090
Medicinska sestra trebala je odbiti naređenje Predstojnika lokacije A da nabavi i dade lijek 1.	0,04	0,737
Koliko Vam je čudno da Predstojnik na lokaciji A uporno daje jedan, a Predstojnik na lokaciji B uporno daje drugi lijek?	0,06	0,592
Smatrate li da su slučajevi slični ovom česta pojava u Vašem radnom okružju?	-0,07	0,495
Koliko su u pravilu sestre popustljive prema liječnicima i kada znaju da je njihov zahtjev znanstveno neutemeljen ili je potencijalno neopravdan?	0,09	0,403
Koliko ste suglasni s tvrdnjom da farmaceutske tvrtke i sestrama daju određene materijalne beneficije da bi poticale potrošnju lijekova koje oni proizvode?	0,00	0,963
Koliko često Vam se dogodilo da ste dali bolesniku neadekvatan lijek ili dozu lijeka, a koju je liječnik upisao na temperaturnu listu?	0,06	0,563

Koliko često Vam se dogodilo da provedete odluku koju Vam je delegirao liječnik iako ste znali da vjerojatno nije ispravna?	0,06	0,576
Koliko često ste doživjeli da Vas liječnik nazove nesposobnom jer ste odbili dati lijek koji vam je telefonski ordinirao?	-0,11	0,313
Koliko često ste učinili nešto što je nadilazilo vaše kompetencije, a ulazilo u liječničke?	0,24	0,021

*Samopoštovanje se mjeri i prikazuje kao stupanj suglasja na zadane tvrdnje na Likertovoj skali od 1 do 5; Stupanj suglasja iz upitnika o prvom scenariju mjeri se i prikazuje na analognoj – vizualnoj skali od 0 do 10. Spearman koeficijent korelacije ρ upotrijebljen je za izračun povezanosti.

Medicinske sestre su osim popunjavanja upitnika dale i vlastito mišljenje o prvom scenariju te su temeljem toga napravljene kategorije odgovora za mišljenje o prvom scenariju i za potencijalne reakcije medicinskih sestara na isti scenarij (tablica 7).

Tablica 7. Odgovori (%) medicinskih sestara prema kategorijama odgovora na prvi scenarij

Pitanje	Kategorije odgovora	n (%)*
Mišljenje o scenariju 1 (n=82)	Liječnikovo ponašanje prema medicinskoj sestri je neetično i nepotrebno	39 (48%)
	Sestra je posredna žrtva sukoba dvaju liječnika	21 (26%)
	Ovaj scenarij je čest slučaj u svakodnevnom radu	15 (19%)
	Medicinska sestra treba poslušati liječnika	7 (9%)
Potencijalne reakcije medicinskih sestara (n=75)	Nabavila bih i dala lijek koji je liječnik ordinirao	66 (88%)
	Ne bih poslušala liječnika	9 (12%)

* Broj odgovora sudionika za određenu kategoriju; ukupan broj sudionika za pojedino pitanje razlikuje se ovisno o tome koliko je sudionika dalo odgovor.

4.3.2. IZAZOV SESTRINSKOM MEDICINSKOM ISKUSTVU – Scenarij 2

Drugi scenarij odnosi se na nehotični propust u liječenju bolesnice. Nakon operativnog zahvata postoji mogućnost komplikacije koja zahtjeva najmanje dva puta tjedno previjanje bolesnice u operacijskoj sali u sterilnim uvjetima, koji su identični uvjeti kao i kod samog operacijskog zahvata. Liječenje bolesnice mora biti planirano u tjednom operacijskom programu koji potpisuje šef odjela. Na ovaj način planirano liječenje zahtijevalo je da bolesnica bude adekvatno pripremljena za isto što je uključivalo bude na tašte. Svako odgađanje previjanja kod bolesnice stvaralo je emocionalni stres i moguće dodatne medicinske komplikacije. Kako termini previjanja nisu bili ispoštovani, što zbog hitnih, što

zbog „važnijih“ bolesnika, medicinska sestra upozorila je odjelnog liječnika na sve lošije stanje bolesnice.

Za ovaj scenarij napravljen je upitnik od deset (10) čestica. Stupanj suglasja po svakoj čestici može poprimiti vrijednost od 0 – 10. 0 znači „uopće nisam suglasna“, a 10 znači „potpuno sam suglasna“.

Tablica 8 prikazuje suglasje ispitanica sa stavovima o scenariju. Čestice koje su imale visoki stupanj suglasja (median >9,5) bile su:

- Koliko događaje iz ovog slučaja smatrate neetičnim?
- Koliko ste suglasni s tvrdnjom da je sestra trebala odmah nadležnima prijaviti zanemarivanje bolesnice u teškom stanju?
- Koliko je uvredljiv, podcjenjivački bio odgovor (komentar) nadležnog liječnika sestri kad ga je upozorila na teško stanje zanemarene bolesnice?
- Smatrate li da medicinska sestra, neovisno o stupnju obrazovanja, ima pravo intervenirati u (ovakvim i sličnim) situacijama u kojima primjećuje nesavjesno postupanje drugih članova zdravstvenog tima?

Čestice koje su imale izrazito niski medijan stupnja suglasja (median $\leq 3,5$) bile su:

- Koliko često Vam se dogodilo da je liječnik podigao glas na Vas (tj. vikao je na Vas), jer ste iznijeli svoje mišljenje o nekom slučaju unatoč njegovom inzistiranju da je on u pravu?
- Koliko često ste doživjeli da Vas se pita za stručno mišljenje na zajedničkim sastancima liječnika i sestara?
- Smatrate li da je dovoljno da Vam liječnik jednom kaže: „Niste vi završili medicinski fakultet za to!“ – da Vam nikad više ne padne napamet nešto sugerirati?

Čestice koje su imale medijan stupnja suglasja (median 4-7) bile su:

- Koliko su, prema Vašem iskustvu, česti slučajevi preskakanja reda liječenja teških pacijenata zbog davanja prednosti „važnijim“ pacijentima?
- Koliko Vas nesudjelovanje u takvim sastancima čini nezadovoljnom?

Nije dokazana statistički značajna razlika u odnosu na niti jednu česticu iz upitnika u odnosu na stupanj obrazovanja medicinskih sestara ($P > 0,05$) osim na „Niste vi završili medicinski fakultet za to! – da Vam nikad više ne padne napamet nešto sugerirati“ ($Z = 2,45$;

$P = 0,014$). Viša razina suglasja za 4,77 bodova utvrđena je kod prvostupnica i diplomiranih medicinskih sestara u odnosu na medicinske sestre srednje stručne spreme (tablica 8).

Tablica 8. Scenarij 2: Stupanj suglasja s česticama iz upitnika o drugom scenariju svih sestara i u odnosu na stupanj obrazovanja*

	Medicinske sestre			P^\dagger
	Sve	Prvostupnice i diplomirane	Srednje stručne spreme	
	C (Q1-Q3)	C (Q1-Q3)	C (Q1-Q3)	
Koliko događaje iz ovog slučaja smatrate neetičnim?	9,75 (6,19-10,00)	9,69 (6,21-9,92)	9,89 (6,17-10,00)	0,577
Koliko ste suglasni s tvrdnjom da je sestra trebala odmah nadležnima prijaviti zanemarivanje bolesnice u teškom stanju?	9,46 (6,48-9,96)	9,65 (8,35-9,96)	8,04 (5,58-10,00)	0,155
Koliko je uvredljiv, podcjenjivački bio odgovor (komentar) nadležnog liječnika sestri kad ga je upozorila na teško stanje zanemarene bolesnice?	9,90 (9,58-10,00)	9,85 (9,62-10,00)	9,92 (8,39-10,00)	0,735
Koliko su, prema Vašem iskustvu, česti slučajevi preskakanja reda liječenja teških pacijenata zbog davanja prednosti „važnijim“ pacijentima?	6,72 (4,57-9,58)	6,45 (3,62-9,51)	7,13 (4,75-9,62)	0,480
Koliko često Vam se dogodilo da je liječnik podigao glas na Vas (tj. vikao je na Vas), jer ste iznijeli svoje mišljenje o nekom slučaju unatoč njegovom inzistiranju da je on u pravu?	2,13 (0,30-5,01)	1,89 (0,23-4,64)	3,13 (1,28-7,00)	0,115
Koliko često ste doživjeli da Vas se pita za stručno mišljenje na zajedničkim sastancima liječnika i sestara?	3,17 (0,36-7,18)	3,45 (0,61-6,55)	3,00 (0,34-7,80)	0,879
Koliko Vas nesudjelovanje u takvim sastancima čini nezadovoljnom?	4,87 (0,80-8,02)	5,36 (0,92-8,24)	4,56 (0,34-7,00)	0,302
Smatrate li da je dovoljno da Vam liječnik jednom kaže: „Niste vi završili medicinski fakultet za to!“ – da Vam nikad više ne padne napamet nešto sugerirati?	3,37 (0,27-6,78)	1,23 (0,19-5,02)	6,00 (1,11-9,89)	0,014
Smatrate li da medicinska sestra, neovisno o stupnju obrazovanja, ima pravo intervenirati u (ovakvim i sličnim) situacijama u kojima primjećuje nesavjesno postupanje drugih članova zdravstvenog tima?	9,81 (8,81-9,96)	9,77 (9,04-9,96)	9,92 (6,44-10,00)	0,830
Smatrate li da pojam „igra sestra – liječnik“, tj. suptilno prosljeđivanje informacija liječniku pri čemu se ne	6,87 (4,77-9,50)	6,74 (4,71-9,43)	7,00 (4,83-9,92)	0,701

dovodi u pitanje njegov autoritet, može ublažiti odnos medicinskih sestara i liječnika koji je vrlo složen, a kadšto i neskladan?

* Stupanj suglasja iz upitnika o drugom scenariju mjeri se i prikazuje na analogno – vizualnoj skali od 0 do 10. Rezultati su prikazani kao median (C) i interkvartilni raspon (Q1-Q3).

† Mann-Whitney U test.

Nije dokazana statistički značajna povezanost stupnja suglasja čestica iz upitnika drugog scenarija s ukupnim stupnjem samopoštovanja ($P > 0,005$; tablica 9).

Tablica 9. Korelacija između ukupnog stupnja samopoštovanja sa stupnjem suglasja za svaku pojedinu česticu upitnika o drugom scenariju*

Samopoštovanje	ρ	P
Koliko događaje iz ovog slučaja smatrate neetičnim?	0,03	0,756
Koliko ste suglasni s tvrdnjom da je sestra trebala odmah nadležnima prijaviti zanemarivanje bolesnice u teškom stanju?	0,07	0,515
Koliko je uvredljiv, podcjenjivački bio odgovor (komentar) nadležnog liječnika sestri kad ga je upozorila na teško stanje zanemarene bolesnice?	0,05	0,666
Koliko su, prema Vašem iskustvu, česti slučajevi preskakanja reda liječenja teških pacijenata zbog davanja prednosti „važnijim“ pacijentima?	0,10	0,373
Koliko često Vam se dogodilo da je liječnik podigao glas na Vas (tj. vikao je na Vas), jer ste iznijeli svoje mišljenje o nekom slučaju unatoč njegovom inzistiranju da je on u pravu?	-0,07	0,536
Koliko često ste doživjeli da Vas se pita za stručno mišljenje na zajedničkim sastancima liječnika i sestara?	0,16	0,126
Koliko Vas nesudjelovanje u takvim sastancima čini nezadovoljnom?	0,09	0,426
Smatrate li da je dovoljno da Vam liječnik jednom kaže: „Niste vi završili medicinski fakultet za to!“ – da Vam nikad više ne padne napamet nešto sugerirati?	-0,02	0,848
Smatrate li da medicinska sestra, neovisno o stupnju obrazovanja, ima pravo intervenirati u (ovakvim i sličnim) situacijama u kojima primjećuje nesavjesno postupanje drugih članova zdravstvenog tima?	0,08	0,473
Smatrate li da pojam „igra sestra – liječnik“, tj. suptilno prosljeđivanje informacija liječniku pri čemu se ne dovodi u pitanje njegov autoritet, može ublažiti odnos medicinskih sestara i liječnika koji je vrlo složen, a kadšto i neskladan?	0,14	0,189

*Samopoštovanje se mjeri i prikazuje kao stupanj suglasja na zadane tvrdnje na Likertovoj skali od 1 do 5; Stupanj suglasja iz upitnika o drugom scenariju mjeri se i prikazuje na analogno – vizualnoj skali od 0 do 10. Spearman koeficijent korelacije ρ upotrijebljen je za izračun povezanosti.

Medicinske sestre su osim popunjavanja upitnika dale i vlastito mišljenje o drugom scenariju te su temeljem toga napravljene kategorije odgovora za mišljenje o drugom scenariju kao i za potencijalne reakcije medicinskih sestara na isti scenarij (tablica 10).

Tablica 10. Odgovori (%) medicinskih sestara prema kategorijama odgovora na drugi scenarij

Pitanje	Kategorije odgovora	n (%)*
Mišljenje o slučaju (n=68)	Liječnik ne smije sebi priskrbiti zasluge medicinske sestre	6 (9%)
	Sestra je trebala i prije reagirati	9 (13%)
	Sestra je pravilno reagirala	24 (35%)
	Liječnikovo ponašanje je bilo neetično	29 (43%)
Potencijalne reakcije sudionika (n=68)	Ne bih poslušala liječnika	29 (43%)
	Ne bih išla protivno odluci liječnika	19 (30%)
	Izvijestila bih i nekog drugog o stanju pacijentice	20 (29%)

* Broj odgovora sudionika za određenu kategoriju; ukupan broj sudionika za pojedino pitanje razlikuje se ovisno o tome koliko je sudionika dalo odgovor.

4.3.3. IZAZOV SESTRINSKOM UVJERENJU – Scenarij 3

Treći scenarij opisuje neugodno iskustvo kninske primalje koja zbog priziva savjesti odbija sudjelovati u namjernom prekidu trudnoće zbog čega je ukorena od strane nadležnih službi te je dobila otkaz na radnom mjestu.

Tablica 11 prikazuje suglasje ispitanica sa stavovima o scenariju. Čestice koje su imale visoki stupanj suglasja (median >8) bile su:

- Smatrate li se da ovakvih i sličnih slučajeva ima više u praksi, ali su javnosti nepoznati?
- Koliko su postupci upućenih službi, od Ravnateljstva do Sindikata, bili neetični?
- Koliko ste suglasni da će sud za ljudska prava u Strasbourgu dati J.S. za pravo?

Čestice koje su imale izrazito niski medijan stupnja suglasja (median ≤3,5) bile su:

- Koliko često ste bili u situaciji da morate provesti postupak protivan Vašim uvjerenjima?
- Koliko ste suglasni s tvrdnjom da je primalja J.S. postupila neprofesionalno?
- Koliko ste suglasni s komentarom liječnice o postupku primalje J.S.

- Koliko ste Vi osobno suglasni da sudjelujete u medicinskom aktu (samilosna smrt, medicinska oplodnja, sterilizacija) koji može biti medicinski opravdan, ali je protivan Vašim temeljnim uvjerenjima?

Čestice koje su imale medijan stupnja suglasja (median 4-7) bile su:

- Smatrate li se da vjerska i /ili moralna uvjerenja trebaju imati prednost nad profesionalnim djelovanjem medicinskih sestara?
- Smatrate li da priziv savjesti na izvjestan način osobu stigmatizira odnosno diskriminira?
- Smatrate li da je primalja J.S. svoje vjersko stajalište, a time i nesudjelovanje u aktu pobačaja imala pismeno zavedeno, bila izuzeta iz istih /sličnih medicinskih postupaka?

Nije dokazana statistički značajna razlika ni na jednu česticu iz upitnika u odnosu na stupanj obrazovanja medicinskih sestara ($P > 0,05$; tablica 11).

Tablica 11. Scenarij 3; Stupanj suglasja s česticama iz upitnika o trećem scenariju svih sestara i u odnosu na stupanj obrazovanja*

	Medicinske sestre			P†
	Sve	Prvostupnice i diplomirane	Srednje stručne spreme	
	C (Q1-Q3)	C (Q1-Q3)	C (Q1-Q3)	
Smatrate li se da ovakvih i sličnih slučajeva ima više u praksi, ali su javnosti nepoznati?	7,88 (4,87-9,75)	7,79 (4,81-9,69)	8,09 (5,31-9,92)	0,430
Koliko često ste bili u situaciji da morate provesti postupak protivan Vašim uvjerenjima?	2,04 (0,17-4,29)	1,22 (0,23-3,36)	2,44 (0,08-4,89)	0,558
Smatrate li se da vjerska i /ili moralna uvjerenja trebaju imati prednost nad profesionalnim djelovanjem medicinskih sestara?	4,39 (1,05-6,37)	4,00 (1,00-5,69)	4,77 (1,11-6,76)	0,776
Smatrate li da priziv savjesti na izvjestan način osobu stigmatizira odnosno diskriminira?	5,00 (1,00-8,30)	5,08 (1,26-8,40)	4,47 (0,46-7,44)	0,239
Koliko su postupci upućenih službi, od Ravnateljstva do Sindikata, bili neetični?	9,45 (6,68-9,90)	9,66 (8,36-9,89)	7,44 (3,17-9,96)	0,122
Koliko ste suglasni s tvrdnjom da je primalja J.S. postupila neprofesionalno?	0,42 (0,04-2,61)	0,27 (0,04-1,26)	1,49 (0,08-5,00)	0,096

Smatrate li da je primalja J.S. svoje vjersko stajalište, a time i nesudjelovanje u aktu pobačaja imala pismeno zavedeno, bila izuzeta iz istih /sličnih medicinskih postupaka?	4,96 (2,13-7,68)	5,00 (3,03-8,24)	4,60 (0,92-7,09)	0,440
Koliko ste suglasni s komentaram liječnice o postupku primalje J.S.?	0,19 (0,00-0,67)	0,19 (0,00-0,65)	0,15 (0,00-0,84)	0,853
Koliko ste suglasni da će sud za ljudska prava u Strasbourgu dati J.S. za pravo?	8,35 (4,75-9,87)	8,39 (5,02-9,89)	6,09 (2,15-9,85)	0,287
Koliko ste Vi osobno suglasni da sudjelujete u medicinskom aktu (samilosna smrt, medicinska oplodnja, sterilizacija) koji može biti medicinski opravdan, ali je protivan Vašim temeljnim uvjerenjima?	1,63 (0,13-5,03)	1,53 (0,15-4,98)	1,80 (0,11-6,13)	0,833

* Stupanj suglasja iz upitnika o trećem scenariju mjeri se i prikazuje na analogno – vizualnoj skali od 0 do 10. Rezultati su prikazani kao median (C) i interkvartilni raspon (Q1-Q3).

† Mann-Whitney U test.

Postojala je slaba pozitivna statistički značajna korelacija stupnja suglasja česticom „Smatrate li da priziv savjesti na izvjestan način osobu stigmatizira odnosno diskriminira?“ s ukupnim stupnjem samopoštovanja ($\rho = 0,25$; $P = 0,017$; tablica 12).

Tablica 12. Korelacija između ukupnog stupnja samopoštovanja sa stupnjem suglasja za svaku pojedinu česticu upitnika o trećem scenariju*

Samopoštovanje	ρ	P
Smatrate li se da ovakvih i sličnih slučajeva ima više u praksi, ali su javnosti nepoznati?	-0,17	0,119
Koliko često ste bili u situaciji da morate provesti postupak protivan Vašim uvjerenjima?	-0,06	0,564
Smatrate li se da vjerska i /ili moralna uvjerenja trebaju imati prednost nad profesionalnim djelovanjem medicinskih sestara?	0,03	0,811
Smatrate li da priziv savjesti na izvjestan način osobu stigmatizira odnosno diskriminira?	0,25	0,017
Koliko su postupci upućenih službi, od Ravnateljstva do Sindikata, bili neetični?	0,00	0,994
Koliko ste suglasni s tvrdnjom da je primalja J.S. postupila neprofesionalno?	0,11	0,316
Smatrate li da je primalja J.S. svoje vjersko stajalište, a time i nesudjelovanje u aktu pobačaja imala pismeno zavedeno, bila izuzeta iz istih /sličnih medicinskih postupaka?	0,01	0,962
Koliko ste suglasni s komentaram liječnice o postupku primalje J.S.?	0,03	0,816

Koliko ste suglasni da će sud za ljudska prava u Strasbourgu dati J.S. za pravo? 0,02 0,822

*Samopoštovanje se mjeri i prikazuje kao stupanj suglasja na zadane tvrdnje na Likertovoj skali od 1 do 5; Stupanj suglasja iz upitnika o trećem scenariju mjeri se i prikazuje na analogno – vizualnoj skali od 0 do 10. Spearman koeficijent korelacije ρ upotrijebljen je za izračun povezanosti.

Medicinske sestre su osim popunjavanja upitnika dale i vlastito mišljenje o trećem scenariju te su temeljem toga napravljene kategorije odgovora za mišljenje o trećem scenariju kao i za potencijalne reakcije medicinskih sestara na isti scenarij (tablica 13).

Tablica 13. Odgovori (%) medicinskih sestara prema kategorijama odgovora na treći scenarij

Pitanje	Kategorije odgovora	n (%)*
Mišljenje o slučaju (n=66)	Medicinska sestra ima pravo odbiti asistirati ako se kosi s njenim uvjerenjima	66 (100%)
Potencijalne reakcije sudionika (n=60)	Našla bih drugu osobu da to napravi	7 (12%)
	Odbila asistirati pri postupku	36 (60%)
	Ne znam	8 (13%)
	Napravila bih ono što liječnik traži	9 (15%)

*Broj odgovora sudionika za određenu kategoriju; ukupan broj sudionika za pojedino pitanje razlikuje se ovisno o tome koliko je sudionika dalo odgovor.

5. RASPRAVA

Istraživanje provedeno u KBC-u Split u kojem su sudjelovale 94 medicinske sestre, najvećim dijelom prvostupnice sestrinstva, pokazalo je da u toj zdravstvenoj ustanovi liječnik još uvijek predstavlja profesionalni autoritet. Nadalje, medicinske sestre rijetko sudjeluju na zajedničkim sastancima o unutar zdravstvenog tima gdje bi ih se pitalo za stručno mišljenje o bolesnicima, a zabrinjavajuće je što ih to ne smeta. To potvrđuje i indiferentan stav o vlastitoj ravnopravnosti s drugim članovima zdravstvenog tima.

Medicinske sestre višeg stupnja obrazovanja koje su sudjelovale u ovoj studiji manje su sklone subordinacijskom odnosu liječnik – medicinska sestra te su iskazale i veću razinu samopoštovanja u odnosu na medicinske sestre srednje stručne spreme. Međutim, odgovori koje su sve ispitanice ponudile na zadani upitnik, a posebno odgovori koji su se odnosili na njihova osobna mišljenja kao i potencijalne reakcije na ponuđene scenarije, pokazali su da u budućnosti medicinske sestre moraju prihvatiti asertivan način rješavanja konflikata te odbiti izvršiti odluku za koju procijene da nije najbolja za bolesnika.

Iako postoji veliki broj istraživanja koja se odnose na ispitivanje odnosa između liječnika i medicinskih sestara kao i potrebu mijenjanja tradicionalno uvriježenog stava da je liječnik nadređen medicinskoj sestri [1, 6, 13, 46, 47, 68, 72] navedena tema ipak je marginalizirana u znanosti o sestrinstvu te je želja istraživača bila doprinjeti važnosti ove teme.

Unatoč tome što neki zdravstveni djelatnici smatraju medicinske sestre samo pomoćnicama, njihova je osnovna zadaća posredovanje između liječnika i bolesnika [10]. Za medicinsku sestru koja bi bila samo pomoćnica liječniku i u tom smislu ne bi imala svoj profesionalni identitet, bilo bi dovoljno da posjeduje neke elemente liječničkog znanja. Da medicinske sestre u splitskoj bolnici ne doživljavaju sebe kao liječnikovu pomoćnicu pokazuje vrlo nizak stupanj suglasja za česticu „Sestra bi u kliničkoj praksi trebala biti liječnikova pomoćnica, a ne suradnica i kolega“. Ako to usporedimo s istraživanjem provedenim u splitskoj bolnici, ne tako davne 2015. godine, u kojem medicinske sestre na česticu „Sestre nisu puke pomoćnice“, vjerojatno poučene dugogodišnjom praksom, nisu mogle zauzeti odlučan stav odnosno djelomično su se složile [66], može se pretpostaviti da su te pozitivne promjene u stavovima medicinskih sestara posljedica strategije stalnog napredovanja sestrinske struke te povezivanja istog s mogućnostima akademskog napredovanja. Ovaj stav medicinskih sestara potvrđuje i niska razina suglasja na česticu „Zadatak medicinske sestre ponajprije je izvršavanje liječničkih naloga“. Nacionalno

istraživanje provedeno u Norveškoj [67] pokazalo je da liječnici profesionalno i samouvjereno održavaju svoj tradicionalni fokus na dijagnostici i medicinskom tretmanu koji još uvijek dominira bolničkim radom. Liječnicima dobra suradnja znači da se njihove terapijske odluke učinkovito provode te da budu informirani o njihovom učinku. Međutim, medicinske sestre su na njihovu suradnju gledale drugačije. Medicinskim sestrama suradnja nije značila samo informiranje liječnika o učinku terapijskog postupka ili administriranje lijekova već i poštovanje njihovih neovisnih doprinosa procesu ozdravljenja.

Odnos između liječnika i medicinskih sestara glavna je odrednica kvalitete zdravstvene prakse. Schmalenberg i Kramer u svojoj studiji o odnosu medicinskih sestara i liječnika u bolnicama jasno opisuje zašto su dobri odnosi između medicinskih sestara i liječnika važni za kvalitetnu njegu bolesnika [68]. Ta studija temelji se na iskazima 20.000 medicinskih sestara o tome kako percipiraju, procjenjuju i razvijaju kvalitetne odnose s liječnicima u bolnicama s ciljem poboljšanja brige za bolesnika [68].

Naime, liječnička profesija trebala bi osigurati uvjete za ispravno liječenje bolesnika i primjenu najboljeg tretmana. S druge strane, sestrinsko obrazovanje treba naučiti razumjeti i primijeniti liječnikove naloge i smjernice. Ovakav odnos upućuje da bi svi članovi zdravstvenog tima u procesu liječenja trebali biti ravnopravni te imati jednak autoritet u skladu sa svojim kompetencijama. Indiferentan stav na česticu „Medicinska sestra ima jednak autoritet kao i drugi članovi tima“, upućuje da se ispitanice niti slažu niti ne slažu. taj rezultat našeg istraživanja je zabrinjavajući, prvenstveno zbog najvećeg broja prvostupnica u istraživanju te nezanemarivog broja diplomiranih medicinskih sestara. One bi kao nositeljice suvremenog sestrinstva trebale odgovoriti na sve profesionalne izazove suvremene medicinske prakse i zdravstvene skrbi. Zapravo, negiranje prava medicinskim sestrama da ravnopravno sudjeluju u donošenju odluka Matulić naziva moralnim elitizmom liječničke profesije nad sestrinskom koja ne priznaje univerzalna moralna prava i obveze drugih profesionalaca koji rade u ostvarivanju zajedničkog cilja odnosno najvećeg mogućeg dobra bolesnog i zdravog čovjeka [30].

U našem je istraživanju utvrđen najveći stupanj suglasja za slijedeće čestice: „Medicinska sestra je osobno odgovorna za svoj rad, odgovara za svoje postupke i propuste, bez obzira na savjete ili upute drugih stručnjaka“ i „Primarna je dužnost medicinske sestre štititi i podupirati zdravlje bolesnika“ što je bitna pretpostavka da su medicinske sestre svjesne postulata i temeljnih načela sestrinske profesije. Sukladno tome medicinska sestra ima pravo intervenirati u situacijama kad primijeti nesavjesno liječenje od strane liječnika te pravo odbiti aplicirati lijek koji je ordinirao liječnik, a štetan je za zdravlje bolesnika [38]. No, ponekad se

medicinska sestra nalazi u nezavidnoj situaciji. Pretpostavimo da smatra kako je liječnik propisao bolesniku krivi lijek ili naredio da se učini nešto što nije za njegovo dobro. Što da učini? Da se suprotstavi liječniku? To zahtijeva hrabrost, taktičnost i verbalnu snalažljivost, a povlači za sobom i određenu dozu rizika. Nažalost, neki liječnici nisu spremni prihvatiti prijedloge onih koje smatraju podređenima. Stigmatizirana kao konfliktna osoba, ne samo od strane liječnika već i od drugih medicinskih sestara, medicinska sestra sklonija je konformizmu izbjegavajući tako eventualni sukob sa dotičnim liječnikom.

Rezultati istraživanja su pokazali da ispitanice s višom razinom obrazovanja (prvostupnice i diplomirane) pokazuju manji stupanj suglasja za čestice „Zadatak medicinske sestre je ponajprije izvršavanje liječničkih naloga” i „Sestra bi u kliničkoj praksi trebala biti liječnikova pomoćnica, a ne suradnica i kolega“. Ovo nije iznenađujući pokazatelj ako se uzme u obzir da sve veći broj medicinskih sestara, željne daljnjeg obrazovanja, završavaju studij sestrinstva približavajući se time duljini školovanja liječnika. Za sestrinstvo u Republici Hrvatskoj to predstavlja značajan napredak, osobito kada znamo da su donedavno medicinske sestre svoje bazično obrazovanje stjecale završetkom srednje medicinske škole, nakon čega su stupale u radni odnos. S druge strane liječničko obrazovanje zahtjeva sveučilišni studij u trajanju od šest godina. Nakon studija medicine liječnik može ići na specijalizaciju iz na primjer kirurgije te nakon njezina završetka može operirati. Zapravo, neupitno je da je razlika u duljini obrazovanja bila velika. Danas, te su razlike ipak manje i kada govorimo o sestriškim specijalizacijama nakon završenog bazičnog obrazovanja, vrlo lako ih možemo usporediti s liječničkim. Naime, glavni cilj je dati sestrama kompetencije temeljem znanja i vještina koje će usavršiti tijekom specijalizacije.

Nadalje, prikazom tri scenarija od kojih prvi prikazuje događaj u kojem je medicinska sestra posrednik sukoba dvaju liječnika, drugi neetično ponašanje liječnika prema medicinskoj sestri koja ga upozorava za propust u liječenju, te treći gdje u pitanje dolazi i egzistencija navedene primalje jer je odbila sudjelovati u postupku koji je protivan njenom uvjerenju, istraživača je zanimalo što o navedenim scenarijama misle ispitanice, kao i što bi one učinile u istoj ili sličnoj situaciji.

Rezultati istraživanja u prvom scenariju pokazali su da medicinske sestre postupak oba liječnika smatraju neetičnim. Isto tako složile su se da je sestra samo posrednik sukoba dvaju liječnika koji uporno ordiniraju određeni lijek na svojim radilištima dobivajući određene beneficije farmaceutske tvrtke čiji je lijek, iako oba lijeka imaju jednak učinak.

Suprotno rezultatima Ružićeva istraživanja, koji upućuju da su medicinske sestre tijekom svog kliničkog iskustva provele nerazuman zahtjev liječnika s mogućim letalnim

posljedicama za bolesnika [62], u ovom istraživanju ispitanice su niskom razinom suglasja ($\leq 3,5$) na čestice „Koliko često Vam se dogodilo da ste dali bolesniku neadekvatan lijek ili dozu lijeka a koju je liječnik upisao na temperaturnu listu?“, „Koliko često Vam se dogodilo da provedete odluku koju Vam je delegirao liječnik iako ste znali da vjerojatno nije ispravna?“ te „Koliko često ste doživjeli da Vas liječnik nazove nesposobnom jer ste odbili dati lijek koji vam je telefonski ordinirao?“ pokazale da su medicinske sestre u splitskoj bolnici izložene nezadovoljavajućim zahtjevima liječnika i njihovoj aktivnoj participaciji u provođenju istih, ali da je to vrlo rijetko.

Medicinske sestre su osim popunjavanja upitnika dale i vlastito mišljenje o prvom scenariju kao i njihove potencijalne reakcije. Iako se ne slažu s postupcima liječnika i njihovom ponašanju prema medicinskoj sestri, većina je kao potencijalnu reakciju navela da bi u istoj situaciji nabavile i dale traženi lijek, odnosno poslušale bi liječnika (66 ispitanica), što je sukladno iskazanom niskom stupnju suglasja ispitanica na česticu „Medicinska sestra trebala je odbiti naređenje Predstojnika lokacije A da nabavi i dade lijek 1“. Ostaje nepoznato zašto sve ispitanice nisu odgovorile na ova dva upita. Od 94 ispitanice njih 82 su iznijele svoje mišljenje o scenariju, a 75 ispitanica navelo je potencijalne reakcije.

U drugom scenariju, ispitanice su, iskazavši visoki stupanj suglasja ($>9,5$) na čestice: „Koliko događaje iz ovog slučaja smatrate neetičnim?“, „Koliko ste suglasni s tvrdnjom da je sestra trebala odmah nadležnima prijaviti zanemarivanje bolesnice u teškom stanju?“, „Koliko je uvrjedljiv, podcjenjivački bio odgovor (komentar) nadležnog liječnika sestri kad ga je upozorila na teško stanje zanemarene bolesnice?“ i „Smatrate li da medicinska sestra, neovisno o stupnju obrazovanja, ima pravo intervenirati u (ovakvim i sličnim) situacijama u kojima primjećuje nesavjesno postupanje drugih članova zdravstvenog tima?“ pokazale da je ponašanje liječnika prema medicinskoj sestri i bolesnici neetično te da je medicinska sestra pravilno postupila upozoravajući liječnika na teško stanje bolesnice. Medicinske sestre smatrale su da komentari liječnika „nisi ti doktor, nemaš medicinski fakultet“ nije dovoljno jak argument da i u buduću ne iznose svoje mišljenje, što su i iskazale niskim stupnjem suglasja. Međutim, ostaje nejasno zašto medicinske sestre rijetko sudjeluju na stručnim sastancima, štoviše, zašto ih to ne smeta.

Medicinske sestre su, od svog postanka do danas, nesvjesno tražile najbolje načine komunikacije s liječnikom nastojeći liječnikov autoritet ne dovesti u pitanje. Pojam „igra sestra-liječnik“, iako satran zastarjelim fenomenom, prisutan je i danas u odnosu između liječnika i medicinskih sestara. Pojam opisuje način komunikacije među članovima zdravstvenoga tima kada medicinske sestre razvijaju strategiju neformalne interakcije,

odnosno na suptilan način prosljeđuju liječniku informacije koje su u izravnoj svezi s ishodima liječenja, ali tako da ne dovode autoritet liječnika u pitanje, nego „šapću” preporuke tako da liječnik misli da je samostalno došao do njih [47]. Da medicinske sestre u splitskoj bolnici i danas igraju „igru sestra – liječnik“ pokazuje viši stupanj suglasja s tvrdnjom da „igra sestra – liječnik“ može ublažiti odnos medicinskih sestara i liječnika koji je vrlo složen, a kadšto i neskladan.

Kao i u prvom scenariju, i u ovom scenariju 66 ispitanica iznijele su vlastita mišljenja i potencijalne reakcije. Svih 66 ispitanica smatralo je da je medicinska sestra pravilno postupila stavljajući na prvo mjesto dobrobit bolesnice. Od njih 66,30% ispitanica ne bi ništa napravile smatrajući da je liječnik jedini kompetentan u odabiru prioriteta.

U trećem scenariju koji opisuje slučaj kninske primalje, medicinske sestre su se složile da ovakvih i sličnih primjera ima i više, ali su javnosti nepoznati. Iako su postupci upućenih službi, od Ravnateljstva do Sindikata, prema dotičnoj primalji bili vrlo neetični, tek nakon što je dobila otkaz primalja je cijeli slučaj prijavila Sudu za ljudska prava u Strasbourgu. Ispitanice su visokim stupnjem suglasja izrazile svoje mišljenje kako je to jedini put da se pomogne primalji u ostvarivanju vlastitih prava. Isto tako smatraju da bi primalja bila izuzeta iz cijelog slučaja da je svoje uvjerenje o nesudjelovanju u aktu pobačaja imala unaprijed pismeno zavedeno.

Tijekom svog rada medicinske sestre su doživjele situacije kad moraju napraviti nešto što je protivno njihovim uvjerenjima, međutim rijetko, što su iskazale i niskom razinom suglasja. Na čestice „Smatrate li se da vjerska i/ili moralna uvjerenja trebaju imati prednost nad profesionalnim djelovanjem medicinskih sestara?“ i „Smatrate li da priziv savjesti na izvjestan način osobu stigmatizira odnosno diskriminira?“ ispitanice su iskazale indiferentan stav. Ostaje nejasno je li to zbog neupućenosti o njihovim pravima kad su uvjerenja u pitanju ili jednostavno smatraju da su te radnje sastavni dio njihovog posla.

Iznoseći vlastito mišljenje o scenariju kao i potencijalne reakcije 66 ispitanica (toliko ih je iznijelo mišljenje) smatralo je da je primalja imala pravo odbiti sudjelovati u aktu pobačaja. Od njih 60, koje su se iznijele što bi napravile u istoj situaciji, 15% ispitanica sudjelovalo bi u aktu pobačaja iako je to protivno njihovom uvjerenju.

Iako su sve ispitanice odgovarajući na tvrdnje ljestvice samopoštovanja (od 1 do 5) iskazale visoku razinu samopoštovanja, ipak je utvrđeno da prvostupnice i diplomirane medicinske sestre imaju veću razinu samopoštovanja u odnosu na medicinske sestare srednje stručne spreme. Ovo je bitan pokazatelj važnosti daljnjeg obrazovanja, a time i stjecanja novih saznanja, vještina i kompetencija čime se podiže i stupanj prepoznatljivosti medicinskih

sestara kako u zdravstvenim ustanovama tako i u društvu uopće. Međunarodno istraživanje Linde H. Aiken, sveučilišne profesorice zdravstvene njege i sociologije Sveučilišta u Pennsylvaniji i brojnih suradnika, a rezultati istraživanja objavljeni su u znanstvenom časopisu *Lancet* 2014. godine pokazalo je da veći udio medicinskih sestara prvostupnica povezan sa znatno manjim udjelom smrtnih slučajeva nakon rutinskih kirurških postupaka [69]. Nadalje, istraživači su na temelju podataka o 422.730 kirurških pacijenata iz 300 bolnica u 9 evropskih zemalja, te podataka o medicinskim sestrama i njihovom obrazovanju dobivenih ispitivanjem 26 516 sestara, otkrili su da je svako povećanje u broju prvostupnica za 10% bilo povezano sa smanjenjem rizika od smrti pacijenata za 7% [69].

Istraživača je zanimalo postoji li povezanost između ukupnog stupnja samopoštovanja sa stupnjem suglasja za svaku pojedinu česticu upitnika. Utvrđena je slaba negativna povezanost razine samopoštovanja i razine suglasja na čestice: „Zadatak medicinske sestre je ponajprije izvršavanje liječničkih naloga“, „Medicinska sestra ima jednak autoritet kao i drugi članovi tima“ i „Medicinska sestra osobno je odgovorna za svoj rad, odgovara za svoje postupke i propuste, bez obzira na savjete ili upute drugih stručnjaka“. Sve to upućuje da će medicinska sestra s višom razinom samopoštovanja manje doživljavati sebe kao pukog provoditelja liječničkih naloga, da će se osjećati ravnopravnim članom zdravstvenog tima, duboko svjesna postulata i temeljnih principa svoje profesije. Istraživanje je potvrdilo da samopoštovanje u velikoj mjeri utječe na samopouzdanje. Despot Lučanin navodi: „Samopouzdanije medicinske sestre uspješnije su u nekim aspektima komunikacije, otvorenije su u komunikaciji, iznose više podataka o sebi, češće sudjeluju u raspravama, surađuju s drugima i postavljaju pitanja, vode računa dobrobiti drugih, razumiju njihove potrebe, spremnije su pomoći, spremnije su suprotstaviti se drugima i lakše podnose kritiku, manje su sklone konformirati se pritisku većine i spremnije su izratiti svoje mišljenje“ [70]. Uspoređujući ovo istraživanje s sličnim istraživanjima u drugim zemljama nije teško zaključiti da se s ovom problematikom susreću sve medicinske sestre u zdravstvenim ustanovama.

Istraživanje koje su proveli Skela Savić i Pagon u četrnaest slovenskih bolnica, u kojem su sudjelovali i liječnici i medicinske sestre, pokazalo je da se podčinjenost medicinskih sestara može objasniti tržišnom kulturom, razinom osobne uključenosti i razinom obrazovanja [71]. Liječnici i sestre najviše su cijenili kulturu unutarnjeg fokusa, stabilnosti i kontrole. Obje skupine su procijenile da su bile slabo uključene u odlučivanje u njihovim radnim organizacijama i nedovoljno uključene u timski rad, dok su sestre smatrale da su podčinjene liječnicima više nego što su to mislili liječnici [71].

Siedlecki i Hixon u svom istraživanju o odnosima između liječnika i medicinskih sestara pokazali su da obje profesije različito ocjenjuju njihove međusobne odnose [72]. Liječnici su odnose ocijenili znatno boljim, dok je 55% medicinskih sestara reklo da ponašanje liječnika znatno utječe na kvalitetu zdravstvene njege. Isto tako, istraživanje je pokazalo da su medicinske sestre mlađe dobi i s manje radnog iskustva više pogođene neprimjerenim ponašanjem liječnika te su spremnije prijaviti takvo ponašanje liječnika [72].

Rezultati istraživanja u splitskoj bolnici pokazali su da se odnos liječnika i medicinskih sestara još uvijek naslanja na tradicionalno mišljenje o liječniku kao autoritetu u zdravstvenom timu. Odgovarajući na tvrdnje iz upitnika koje se odnose na tri scenarija, posebno kod iznošenja vlastitog mišljenja i potencijalnih reakcija na svaki scenarij, utvrđeno je da medicinske sestre koje su sudjelovale u ovom istraživanju doživljavaju liječnika i dalje profesionalnim autoritetom što potvrđuje postavljenu hipotezu: „Medicinske sestre ispunjavaju naloge liječnika i kad su oni u suprotnosti s njihovim znanjem, iskustvom i uvjerenjima“.

Pretpostavka je da dobiveni rezultat ne odražava realnu sliku o svakodnevnom radu medicinskih sestara u splitskoj bolnici, već da je ovo mnogo veći i aktualniji problem u sestrinstvu. Navedeno potkrijepljuje i činjenica da su medicinske sestre nakon vizualne ocjene upitnika odbile sudjelovati u istraživanju smatrajući ga vrlo direktnim, usmjerenim protiv liječnika te iskazale strah od otkrivanja identiteta. Nakon što je ispušten jedan demografski pokazatelj, koji se odnosio na mjesto obnašanja rada, većina medicinskih sestara pristala je sudjelovati.

Za svrhe budućih istraživanja potrebno je povećati raznorodnost uzorka i broj ispitanika te u istraživanje uključiti i liječnike. Istraživanje bi trebalo obuhvaćati, ne samo zdravstvene djelatnike u bolnici, već i zdravstvene djelatnike u drugim zdravstvenim ustanovama, kako bi se dobila što realnija slika o odnosima liječnika i medicinskih sestara.

Liječnici i medicinske sestre čine najveću skupinu unutar zdravstvene prakse, stoga istraživač nije imao namjeru suprotstaviti ove dvije profesije. Naprotiv, odnos između liječnika i medicinskih sestara glavna je odrednica kvalitete zdravstvene prakse. Rezultati recentnih studija utvrđuju nužnost usvajanja komunikacijskih vještina uporabom različitih vrsta treninga te upućuju nužnost trajne edukacije s ciljem uspostavljanja stabilnih, uvažavajućih i profesionalnih odnosa među članovima zdravstvenog tima [73]. Promjene u društvenom statusu medicinskih sestara preduvjet su za uspostavu boljih odnosa među članovima zdravstvenog tima. Radi poboljšanja završnih ciljeva djelovanja zdravstvenog tima potrebno je poboljšati socioemocionalnu klimu, međuljudske odnose, povećati stupanj

uvažavanja medicinskih sestara kao ravnopravnih članova zdravstvenog tima. Znanstveno je dokazano kako sve navedeno pridonosi povećanju stupnja sigurnosti bolesnika [68, 74].

6. ZAKLJUČCI

1. Medicinske sestre iskazale su visoki stupanj suglasja o tome da je medicinska sestra osobno odgovorna za svoj rad, odgovara za svoje postupke i propuste, bez obzira na savjete ili upute drugih stručnjaka, te da joj je primarna je dužnost štititi i podupirati zdravlje bolesnika.
2. U odnosu na medicinske sestre srednje stručne spreme, prvostupnice i diplomirane medicinske sestre manje su suglasne s mišljenjem da je zadatak medicinske sestre ponajprije izvršavanje liječničkih naloga te da bi sestra u kliničkoj praksi trebala biti liječnikova pomoćnica, a ne suradnica i kolega.
3. Medicinske sestre kao autonomna profesija imaju svoje stručne i profesionalne kompetencije te pravo u određenim okolnostima osporiti liječnički autoritet. Unatoč takvom stavu, u velikom bi broju poslušale liječnikovu uputu i kad ne bi bila ispravna.
4. Hijerarhijski monopol u zdravstvu, koji tradicionalno drže liječnici te glorificiranje liječničke nad sestrinskom profesijom, koji je prikazan u drugom scenariju, nije dovoljan da medicinske sestre ne iznose svoja mišljenja. Medicinske sestre smatraju da imaju pravo intervenirati ako primjete nesavjesno postupanje drugih članova zdravstvenog tima.
5. Uzajamno djelovanje liječničke i sestrinske profesije siguran su put za ispravno liječenje bolesnika. Međutim, ispitanice su pokazale da ih se rijetko pita za stručno mišljenje, pa stoga ne čudi da ih nesudjelovanje na zajedničkim sastancima ne smeta.
6. Medicinske sestre kroz „igru sestra – liječnik“ prosljeđuju informacije liječniku ne narušavajući time njegov autoritet. To potvrđuje viši stupanj suglasja s tvrdnjom da „igra sestra – liječnik“ može ublažiti odnos medicinskih sestara i liječnika koji je vrlo složen, a kadšto i neskladan.
7. Medicinske sestre podržavaju aktivnu ulogu sestre, kao što je vidljivo iz reakcije na scenarij o nemaru prema životno ugroženoj bolesnici. Ipak, skoro trećina se ne bi suprotstavila liječniku, a druga trećina bi o stanju bolesnice izvijestile nekog drugog.
8. Svaka je ispitanica u svojoj praksi doživjela da mora provesti postupak protivan njezinom uvjerenju. Ipak, da takvi slučajevi u praksi nisu česti pokazuje visok stupanj nesuglasja na ovu česticu.
9. Stupanj suglasja da vjerska uvjerenja trebaju imati prednost nad profesionalnim djelovanjem medicinskih sestara te stupanj suglasja da priziv savjesti osobu na

izvjestan način stigmatizira pokazuju da ispitanice nemaju jasno izražen stav o spomenutim tvrdnjama.

10. Iako su sve ispitanice bile mišljenja da medicinska sestra ima pravo odbiti sudjelovati u medicinskom aktu koji se protivi njezinim uvjerenjima 60% bi ih odbilo sudjelovati u postupku.
11. Prvostupnice i diplomirane medicinske sestre su imale veću razinu samopoštovanja od medicinskih sestara srednje stručne spreme te su samim tim i manje suglasne s česticama u kojima je izražen subordinacijski odnos između liječnika i medicinskih sestara.

7. LITERATURA

1. Dock S. The relation of the nurse to the doctor and the doctor to the nurse. *Am J Nurs.* 1917;17:394-6.
2. Cockerham WC. *Medical Sociology.* Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 1989.
3. Licul R. Sestrinstvo – ženska profesija? *J AHR.* 2014;5:189-90.
4. Matulić T. Identitet, profesija i etika sestrištva. *Bogoslovska smotra.* 2007;77: 727-44.
5. Rušinović-Sunara Đ. Prava pacijenta i partnerski odnosi u sustavu zdravstva. U: *Sestrinstvo sigurnost i prava pacijenta. Zbornik radova, ur. Organizacijski odbor. Zdravstveno veleučilište; 2006 svibanj 18.-20.; Opatija. str. 25-38.*
6. Radcliffe M. Doctor and nurses: new game, same result. *BMJ.* 2000;320:1085.
7. Kalauz S. *Etika u sestrištvu.* Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
8. Committee on Nursing Education ANA. American Nurses Association's first position on education for nursing. *Am J Nurs.* 1965;65:106-7.
9. Silva MC, Rothbart D. An analysis of changing trends in philosophies of science on nursing theory development and testing. *ANS Adv Nurs Sci.* 1984;6:1-13.
10. Šegota I. Etika sestrištva: Smiju li medicinske sestre štrajkati?. *Društvena istraživanja.* siječanj 1995;4:101-24.
11. Bradshaw A. The virtue of nursing: The covenant of care. *J Med Ethics.* 1999 Dec;25:477-81.
12. Boardman K, Kelpe M, Straub D, Van Fleet R. Shining through a merger. *Nursing Management.* 2003;34:47.
13. May T. The Nurse under physician authority. *J Med Ethics.* 1993;19:223-7.
14. Barber and Najdl vs. Superior Court of State of California. 1983; 195 Cal.Rptr.484:147 Cal. App.3d 1054.
15. Kelly G. The duty of using artificial means of preserving life. *Theological Studies.* 1950;11:203-20.
16. Pontificio consiglio della pastorale per gli operatori sanitari. *Carta degli Operatori Sanitari.* Citta del Vaticano. 1995;4:93-4.
17. Pellegrino ED., Thomasma DC. *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care.* New York: Oxford University Press; 1988.

18. Thomasma DC. An Interdisciplinary Code for Team Care. U: Proceedings of the Ninth Annual Interdisciplinary Health Care Conference. Ohio State University; 1986; Columbus, Ohio.
19. Pontifical council cor unum. Questions of Etichs Regarding the FATALY III and the Dying. Vatican Press. Vatican City. 1981.
20. Nightingale F. Notes of Nursing: What It Is, and What It Is Not. Philadelphia: J. B. Lippincott Company; 1946.
21. Woodham-Smith C. Florence Nightingale, 1820-1910. New York: Atheneum; 1983.
22. Lysaught JP. Action in Afirmation: Toward in Unambiguous Profession of Nursing. New York: McGraw-Hill; 1981.
23. Goode WJ. Community within a community: the professions. Am Soc Rev. 1957 Apr; 22:194-200.
24. Wilson SC. Another way. My definition of nursing. Nurs Forum. 2005 Jul-Sep; 40:116-8.
25. Koos EL. The Sociology of the Patient - A Textbook for Nurses. New York: McGraw-Hill Book Co.; 1950.
26. Kalauz S. Organizacija i upravljanje u području zdravstvene njege. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
27. Kalauz S. Bioetika u sestinstvu. Medicina Fluminensis. 2008 rujan;44:129-34.
28. Šercer A. urednik. Medicinska enciklopedija. Zagreb: Leksikografski zavod FNRJ; 1963. 721 str.
29. Newton LH. In defense of the traditional nurse. Nurs Outlook. 1981 Jun;29:348-54.
30. Kalauz S. Sestrinska profesija u svjetlu bioetičkog pluriperspektivizma. Zagreb: Pregamena i Hrvatska komora medicinskih sestara; 2011.
31. Garcia D. Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo. Cinisello Balsamo (Mi): Edizioni San Paolo; 1993.
32. Internacional council of nurses. Code for nurses. Ethical concepts applied to nursing. Geneva. 1973.
33. Fray ST. Individual vs aggregate good: ethical tension in nursing pratice. Int. J. Nurs. Stud. 1985;22:303-10.
34. Moltmann J. Science & Wisdom. Minneapolis: Fortress Press; 2003.
35. Benner PE, Wrubel J. The Primacy of caring: Stress and coping in health and illness. Menlo Park (CA): Addison-Wesley; 1989.

36. Šimunec D. Profesionalizacija sestrinstva u RH. U: Profesionalizacija sestrinstva u Hrvatskoj. Zbornik radova, ur. Organizacijski odbor. Zdravstveno veleučilište; 2005. Svibanj 12.-14.; Opatija. str. 3-7.
37. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Donositelj: Zastupnički dom Sabora Republike Hrvatske. Narodne novine br. 75/1993. 1534.
38. Zakon o sestrinstvu. Donositelj: Hrvatski sabor. Narodne novine br. 121/2003. 1710.
39. Hrvatska komora medicinskih sestara. Statut Hrvatske komore medicinskih sestara. Zagreb: Komora; 2006. Klasa: 032-01/06-01/02.
40. Hrvatska komora medicinskih sestara. Stajalište HKMS i stručnih udruga u sestrinstvu o obrazovanju medicinskih sestara i tehničara u Republici Hrvatskoj. Zagreb: Komora; 2015.
41. Europski parlament, Vijeće europske unije. Direktiva 2005/36/EZ o priznavanju stručnih kvalifikacija. Strasbourg. 2005.
42. Havelka M. Uloga obrazovanja u profesionalizaciji sestrinstva. U: Profesionalizacija sestrinstva u Hrvatskoj. Zbornik radova, ur. Organizacijski odbor. Zdravstveno veleučilište; 2005. Svibanj 12.-14.; Opatija. str. 15-21.
43. Španiček Đ. Bolonjski proces u Hrvatskoj. Polimeri: časopis za plastiku i gumu. 2005; 26:76-8.
44. Zakon o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju. Zakon RH: pročišćen tekst zakona. Narodne novine br. 123/03; 198/03; 105/04; 174/04; 02/07; 46/07; 45/09; 63/11; 94/13; 139/13; 101/14; 60/15.
45. McGregor-Robertson J. The Household Physician. London: Gresham Pub; 1902.
46. Fagin L, Garelick A. The doctor–nurse relationship. Advances in Psychiatric Treatment. 2004;10:277–86.
47. Stein LI. The doctor-nurse game. Arch Gen Psychiatry. 1967 Jun;16:699-703.
48. Lewin T. Advanced nursing practices are invading doctors' turf. New York Times. 1993 Nov 22.
49. Group TM, Roberts JI. Nursing, Physician Control, and the Medical Monopoly. Historical Perspectives on Gendered Inequality in Roles, Rights, and Range of Practice. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press; 2001.
50. Šegota I, Brkljačić M, Sorta Bilajac I, Rinčić Legra I. Sestrinstvo u Hrvatskoj - između vojnog i odvjetničkog modela. U: Bioetika kao temeljna dimenzija suvremenog sestrinstva. Zbornik radova, ur. Organizacijski odbor. Zdravstveno veleučilište; 2007. svibanj 10.-12.; Opatija. str. 71-3.

51. Ehrenreich B, English D. *Witches, Midwives, and Nurses: A History of Women Healers*. New York: The Feminist Press; 2010.
52. World Health Organization. *European Strategy for Nursing and Midwifery Education; guidelines for member states on the implementation of the Strategy*. WHO Regional Office for Europe; 2001.
53. Lanyon M. Nurse prescribing: current status and future developments. *Nursing times*. 2004 april; 100:28-9.
54. Harrison A. Mental health service users' views of nurse prescribing. *Nurse Prescribing*. 2003;1:78-85.
55. Pleasance G, Brownsel M. Improving communication between nurse prescribers and community pharmacists. *Nurse Prescribing*. 2004;2:171-3.
56. Bradley E, Campbell P, Nolan P. Nurse prescribers: who are they and how do they perceive their role? *J. Adv Nurs*. 2005 Sep;51:439-48.
57. Avery A, Pringle M. Extended prescribing by UK nurses and pharmacists. *BMJ*. 2005 Nov;331:1154-5.
58. Avery G, Todd J, Green G, Sains K. Non-medical prescribing: the doctor-nurse relationship revisited. *Nurse Prescribing*. 2013 Sep;5:93.
59. Heenan, A. Working with doctors. Uneasy partnership. *Nursing Times*. 1991 Mar;87:25-7.
60. Hofling CK, Brotzman E, Dalrymple S, Graves N, Pierce CM. An experimental study of nurse-physician relationships. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1966;143:171-80.
61. Rank SG, Jacobson CK. Hospital's nurses compliance with medication overdose orders: A failure to replicate. *J Health Soc Behav*. 1977 Jun;18:188-93.
62. Ružić I, Petrak O. Pitanje autoriteta u sestriinstvu. *Sestrinski glasnik*. srpanj 2013;18:119-26.
63. Rosenberg, M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press. 1965.
64. Zakon o liječništvu. Donositelj: Zastupnički dom Sabora Republike Hrvatske. *Narodne novine* br, 121/03; 117/08.
65. Zakon o primaljstvu. Donositelj: Zastupnički dom Sabora Republike Hrvatske. *Narodne novine* br, 120/08; 145/10.
66. Matas N. Očekivanja medicinskih sestara/tehničara tijekom studiranja u odnosu na status nakon zapošljavanja. Sveučilište u Splitu: Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, 2015. Diplomski rad. Dostupno na: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/ozs:58>

67. Krogstad U, Hofoss D, Hjortdahl P. Doctor and nurse perception of inter – professional co – operation in hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2004 Dec;16:491-7.
68. Schmalenberg C, Kramer M. Nurse – physician relationships in hospitals: 20 000 nurses tell their story. *Crit Care Nurse*. 2009 Feb;29:74-83.
69. Aiken HL, Sloane MD, Kinnunen J, Kozka M, Bruyneel L, Van den Heede K, i sur. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014 May;383:1824-30.
70. Despot Lučanin J. Komunikacijske vještine. Katedra za zdravstvenu psihologiju, Zdravstveno veleučilište. Zagreb; 2006.
71. Skela Savić B, Pagon M. Relationship between nurses and physicians in term o f organizational culture: Who is responsible for subordination of nurses? *CroatMed J*. 2008 Jun;5:334-43.
72. Siedlecki SL, Hixson ED. Relationships between nurses and phisicians matter. *Online J Issues Nurs*. 2015 Aug 31;20:6.
73. Moloney M. Professionalization of nursing: current issues and trends. Philadelphia: Lippincott; 1986.
74. Benner AB. Physician and nurse relationships, a key to patient safety. *J Ky Med Assoc*. 2007 Apr;105:165-9.

8. SAŽETAK

CILJ: Odnos liječnika i medicinskih sestara vrlo je složen, a kadšto i neskladan. Liječnik je niz godina bio percipiran kao osoba nadređena medicinskoj sestri, dok je sestrinska dužnost bila provoditi liječničke naloge neovisno o stručno-znanstvenoj utemeljenosti i učinkovitosti. Danas, zahvaljujući profesionalizaciji sestrinske struke, razvio se odvjetnički model sestrinstva koji bolesnika stavlja u središte interesa profesionalnog djelovanja medicinskih sestara, uz naglasak na njihovu profesionalnu autonomiju. Usprkos tome, u svakodnevnom radu medicinskih sestara, ostaci vojnog modela sestrinstva prisutni su i danas. Odnos liječnik – sestra, izloženost medicinskih sestara nerazumnim zahtjevima liječnika, kao i stupanj poslušnosti medicinskih sestara spram nerazumnim zahtjevima liječnika marginalizirane su teme u znanosti o sestrinstvu te o toj problematici nema važnijih istraživanja. Ovo istraživanje testiralo je hipotezu da medicinske sestre provode traženja liječnika i kad ta traženja nisu u skladu s sestrinskim znanjem, uvjerenjem i iskustvom.

METODE: U istraživanje su uključene 94 medicinske sestre zaposlene u KBC-u Split, uporabom anonimnog upitnika koji je izrađen za potrebe provedenog istraživanja. Upitnik se sastoji od demografskih podataka ispitanica, općih tvrdnji, ljestvice samopoštovanja te tri scenarija gdje ispitanice, putem analogno-vizualne ljestvice, odgovarajući na tvrdnje ili pitanja iskazuju stupanj suglasja. Prvi scenarij prikazuje situaciju kao izazov sestrinskom znanju, drugi iskustvu, a treći uvjerenju.

REZULTATI: Testiranjem je utvrđeno da su ispitanice s većom razinom samopoštovanja manje suglasne s tvrdnjama u kojima je izražen subordinacijski odnos liječnika i medicinskih sestara. Isto tako, dobiveni rezultati koji se odnose na vlastita mišljenja i potencijalne reakcije svake ispitanice na prikazana tri scenarija pokazali su da medicinske sestre ispunjavaju traženja liječnika i kad su ona u suprotnosti s njihovi znanjem, iskustvom i uvjerenjem.

ZAKLJUČAK: Rezultati istraživanja pokazuju da su medicinske sestre, iako svjesne svoje profesionalne autonomije, a time i prava na samostalno donošenje odluka i djelovanje u skladu sa svojim profesionalnim kompetencijama, u želji da budu prihvaćene od strane suradnika te da bi izbjegle moguće konflikte popustljive prema liječničkim zahtjevima i kad oni nisu znanstveno utemeljeni.

9. ABSTRACT

OUTCOME: The doctor-nurse relationship has always been complex and sometimes in lack of harmony. For a long time doctors have been considered superior to nurses and their duty has been to carry out doctors' orders regardless of their professional and scientific grounds and efficiency. Nowadays, due to more professional approach to nursing profession which puts a patient in the center of professional act of nurses emphasizing their professional autonomy. In spite of military approach towards the nurses still remains. The doctor-nurse relationship which exposes nurses to irrational demanding of doctors, as well as obedience of nurses towards doctors and their demands have been put on the margins of scientific researches about nursing profession and there have not been any significant researches. This study tested the hypothesis that nurses fulfill doctors' demands even when that is not within their knowledge, belief or experience.

METHODS: This research involved ninety-four nurses, employees of University Hospital Split, using anonymous questionnaire specially made for this research. The questionnaire included demographic data, general statements, self-esteem scale and three case scenario in which participants submit their range of agreement using analog-visual scales, responding to questions or statements. The first case scenario challenged their knowledge, the second their experience and the third their beliefs.

RESULTS: The research demonstrated that the nurses with high level of self-esteem were more prone to disagree with the subordinate doctor-nurse relationship. Also, when it comes to their own opinion and potential reactions of the participants the results exposed that the nurses carry out the demands of the doctors even when it was opposed to their knowledge, experience and belief.

CONCLUSION: The results of the study demonstrate that nurses, even though aware of their autonomy and their prerogative to make their own decisions and act based on their professional competence, in order to be accepted by their associates and to avoid any possible conflicts are prone to appease to doctors' demands even when not scientifically founded.

10. ŽIVOTOPIS

Sule Zdenka,
diplomirana medicinska sestra
Klinika za ženske bolesti i porode
Klinički bolnički centar Split
Spinčićeva 1
Tel. 556 – 111

Datum i mjesto rođenja:
16. 11. 1967. godine, Tomislavgrad
Kućna adresa:
Mile Gojsalić 80, 21 312 Podstrana
(Hrvatska)
021/330-431; 091/755 51 27
zdenka.tara1@gmail.com

OBRAZOVANJE I OSPOSOBLJAVANJE

02/06/2014 – danas: dipl. medicinska sestra, mag. Sestrinstva, Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija – diplomski sveučilišni studijski program u Splitu;
07/03/2002 – 02/05/2005: Stručna prvostupnica (bacc) sestrinstva, Sveučilište u Splitu - Medicinski fakultet u Splitu;
10/09/1984 – 15/06/1986: Medicinska sestra općeg smjera, Zdravstveni obrazovni centar Split u Splitu;
10/09/1982 – 31/08/1984: Srednje obrazovanje, Centar za odgoj i obrazovanje „Ante Jonić“ u Splitu;
09/09/1974 – 15/06/1982: Osnovno obrazovanje, Osnovna škola „Strožanac“ u Podstrani.

RADNO ISKUSTVO

01/11/2017 – danas: Stručna prvostupnica (baccalaurea) sestrinstva – tehničar instrumentarka KBC Split, Klinika za ženske bolesti i porode u Splitu;
10/08/2007 – 01/11/2007: stručna prvostupnica (baccalaurea) sestrinstva – tehničar instrumentarka KBC Split, Klinika za kardiokirurgiju u Splitu;
19/11/1996 – 10/08/2007: Medicinska sestra – tehničar instrumentarka KBC Split, Odjel za kirurgiju u Splitu;
Edukacija u KB Dubrava u trajanju od 6 mjeseci;
25/08/1996 – 18/11/1996: Medicinska sestra, Ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju „Sano“ u Splitu;
31/10/1988 – 24/08/1996: Medicinska sestra, KBC Split – Odjel za plastičnu i rekonstruktivnu kirurgiju i opeklone u Splitu
16/07/1986 – 01/06/1988: Medicinska sestra, Dom za djecu i omladinu „Mileva Tomić“ u Splitu.

POSLOVNE VJEŠTINE

- Aktivni sudionik brojnih kongresa i stručnih skupova s područja kirurgije i kardiokirurgije
- Predavač u sklopu trajnog obrazovanja medicinskih sestara u organizaciji Hrvatske Komore medicinskih sestara
- Sudionica ERC tečajeva
- Aktivni sudionik otvaranja Klinike za kardiokirurgiju u Splitu nakon edukacije u KBC Dubrava u Zagrebu u trajanju od šest mjeseci