PERCEPCIJA BOLESNIKA, MEDICINSKIH SESTARA I STUDENATA SESTRINSTVA O MEĐUODNOSU MEDICINSKE SESTRE I BOLESNIKA TIJEKOM SESTRINSKE SKRBI

Vujanić, Jasenka

Doctoral thesis / Disertacija

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:933183

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

Repository of the Faculty of Medicine Osijek

DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Jasenka Vujanić

PERCEPCIJA BOLESNIKA, MEDICINSKIH SESTARA I STUDENATA SESTRINSTVA O MEĐUODNOSU MEDICINSKE SESTRE I BOLESNIKA TIJEKOM SESTRINSKE SKRBI

Doktorska disertacija

Osijek, 2021.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Jasenka Vujanić

PERCEPCIJA BOLESNIKA, MEDICINSKIH SESTARA I STUDENATA SESTRINSTVA O MEĐUODNOSU MEDICINSKE SESTRE I BOLESNIKA TIJEKOM SESTRINSKE SKRBI

Doktorska disertacija

Osijek, 2021.

Doktorska disertacija je ostvarena u Kliničkom bolničkom centru Osijek i Fakultetu za dentalnu medicinu Osijek Sveučilišta J. J. Strossmayera u Osijeku

Mentor doktorske disertacije je doc.dr.sc. Nada Prlić, prof.
Doktorska disertacija ima 149 listova 64 tablice

ZAHVALE

Zahvaljujem doc. dr. sc. Nadi Prlić, prof., mentorici, na nesebičnoj pomoći i potpori te dragocjenim uputama i savjetima koji su bili potrebni za istraživanje i izradu doktorske disertacije.

Zahvaljujem suprugu Stanku, sinovima Vjekoslavu i Mateju kao i svojim roditeljima. Zahvaljujem prijateljima na strpljenju, razumijevanju i pomoći pri studiranju, istraživanju i izradi doktorske disertacije.

SADRŽAJ

Popis tablica…… IV

1. UVOD.....1

1.1. Skrb - definicija, koncept, značenje 1

1.1.1. Definicija skrbi 1

1.1.2. Koncept skrbi 3

1.1.3. Međuodnos medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi 4

1.2. Teorijski okvir - teorija skrbi J. Watson.....5

1.2.1. Čimbenici skrbi *(carative factors*) - temelj profesionalne zdravstvene njege.....6

1.3. Instrumenti za procjenu kvalitete skrbi i učinkovitog međuodnosa medicinske sestre i bolesnika.....8

1.4. Dosadašnja istraživanja - pregled literature 11

1.4.1. Primjena skrbi u kliničkoj praksi.....11

1.5. Važnost sestrinske skrbi iz percepcije bolesnika, medicinskih sestara i studenta sestrinstva - pregled literature 15

1.5.1. Važnost sestrinske skrbi iz percepcije bolesnika i medicinskih sestara 15

1.5.2. Važnost sestrinske skrbi iz percepcije studenta sestrinstva.....16

2. HIPOTEZA 19

3. CILJ ISTRAŽIVANJA 20

4. ISPITANICI I METODE.....21

4.1. Ustroj studije 21

4.2. Ispitanici 21

4.3. Metode.....22

4.4. Statističke metode 24

4.5. Etička načela 25

5. REZULTATI 26

5.1. Obilježja ispitanika 26

5.1.1. Obilježja bolesnika 26

5.1.2. Obilježja medicinskih sestara 27

5.1.3. Obilježja studenata sestrinstva 28

5.2. Percepcija bolesnika, medicinskih sestra i studenta sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi 29

5.2.1. Percepcija bolesnika o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 29

5.2.2. Percepcija medicinskih sestara o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 33

5.2.3. Percepcija studenata sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 37

5.3. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi prema česticama 42

5.4. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi prema područjima 52

5.5. Percepcija bolesnika, medicinskih sestra i studenta sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi prema CNPI-70 skali i prema područjima skrbi 57

5.6. Percepcija bolesnika o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi s obzirom na opća obilježja ispitanika 60

5.7. Percepcija medicinskih sestara o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi s obzirom na opća obilježja ispitanika 66

5.8. Percepcija studenata sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi s obzirom na opća obilježja ispitanika 69

6. RASPRAVA 76

6.1. Percepcija bolesnika, medicinskih sestra i studenta sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi 76

6.2. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika prema područjima i česticama CNPI-70.....79

6.3. Percepcija bolesnika o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika prema područjima skrbi CNPI-70 87

6.4. Percepcija medicinskih sestara o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika prema područjima skrbi CNPI-70 90

6.5. Percepcija studenata sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika prema područjima skrbi CNPI-70 96

6.6. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi prema CNPI-70 i područjima skrbi.....100

6.7. Percepcija bolesnika medicinskih sestara i studenata sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi prema obilježjima ispitanika.....106

7. ZAKLJUČAK 116

8. **SAŽETAK** 118

9. SUMMARY 119

10. LITERATURA.....120

11. ŽIVOTOPIS 142

12. PRILOZI.....149

POPIS TABLICA

1. Tablica 1.1. Čimbenici skrbi J.Watson …… 7
2. Tablica 4.1. Pouzdanost skale međuodnos medicinska sestra – bolesnik (CNPI-70) ……..... 24
3. Tablica 5.1. Obilježja bolesnika …… 26
4. Tablica 5.2. Obilježja medicinskih sestara …… 27
5. Tablica 5.3. Obilježja studenata sestrinstva …….. 28
6. Tablica 5.4. Razdioba ispitanika – bolesnika u području *humanizam* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 …….. 29
7. Tablica 5.5. Razdioba ispitanika – bolesnika u području *nada* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 …….. 29
8. Tablica 5.6. Razdioba ispitanika – bolesnika u području *osjetljivost* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 …….. 30
9. Tablica 5.7. Razdioba ispitanika – bolesnika u području *odnos pomaganja* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 ……... 30
10. Tablica 5.8. Razdioba ispitanika – bolesnika u području *izražavanje osjećaja* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 ……. 30
11. Tablica 5.9. Razdioba ispitanika – bolesnika u području *rješavanje problema* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 ……... 31
12. Tablica 5.10. Razdioba ispitanika – bolesnika u području *poučavanje* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 ……... 31
13. Tablica 5.11. Razdioba ispitanika – bolesnika u području *okolina* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 …….. 32
14. Tablica 5.12. Razdioba ispitanika – bolesnika u području *potrebe* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 …….. 32
15. Tablica 5.13. Razdioba ispitanika – bolesnika u području *duhovnost* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 …….. 32
16. Tablica 5.14. Razdioba ispitanika – medicinskih sestara u području *humanizam* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 …… 33
17. Tablica 5.15. Razdioba ispitanika – medicinskih sestara u području *nada* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 ……... 33
18. Tablica 5.16. Razdioba ispitanika – medicinskih sestara u području *osjetljivost* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 ……. 34

19. Tablica 5.17. Razdioba ispitanika – medicinskih sestara u području *odnos pomaganja* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 …… 34
20. Tablica 5.18. Razdioba ispitanika – medicinskih sestara u području *izražavanje osjećaja* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 …….. 34
21. Tablica 5.19. Razdioba ispitanika – medicinskih sestara u području *rješavanje problema* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 ……. 35
22. Tablica 5.20. Razdioba ispitanika – medicinskih sestara u području *poučavanje* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 …… 35
23. Tablica 5.21. Razdioba ispitanika – medicinskih sestara u području *okolina* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 ……... 36
24. Tablica 5.22. Razdioba ispitanika – medicinskih sestara u području *potrebe* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 ……... 36
25. Tablica 5.23. Razdioba ispitanika – medicinskih sestara u području *duhovnost* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 …….. 37
26. Tablica 5.24. Razdioba ispitanika – studenata sestrinstva u području *humanizam* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 …… 37
27. Tablica 5.25. Razdioba ispitanika – studenata sestrinstva u području *nada* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 ……... 38
28. Tablica 5.26. Razdioba ispitanika – studenata sestrinstva u području *osjetljivost* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 ……. 38
29. Tablica 5.27. Razdioba ispitanika – studenata sestrinstva u području *odnos pomaganja* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 …… 38
30. Tablica 5.28. Razdioba ispitanika – studenata sestrinstva u području *izražavanje osjećaja* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 …….. 39
31. Tablica 5.29. Razdioba ispitanika – studenata sestrinstva u području *rješavanje problema* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 ……. 39
32. Tablica 5.30. Razdioba ispitanika – studenata sestrinstva u području *poučavanje* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 …… 40
33. Tablica 5.31. Razdioba ispitanika – studenata sestrinstva u području *okolina* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 …….. 40
34. Tablica 5.32. Razdioba ispitanika – studenata sestrinstva u području *potrebe* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 …….. 41

35. Tablica 5.33. Razdioba ispitanika – studenata sestrinstva u području *duhovnost* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 …….. 41
36. Tablica 5.34. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva prema CNPI-70 česticama područja skrbi *humanizam* …… 42
37. Tablica 5.35. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva prema CNPI-70 česticama područja skrbi *nada* …….. 43
38. Tablica 5.36. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva prema CNPI-70 česticama područja skrbi *osjetljivost* ……. 44
39. Tablica 5.37. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva prema CNPI-70 česticama područja skrbi *odnos pomaganja* ….. 45
40. Tablica 5.38. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva prema CNPI-70 česticama područja skrbi *izražavanje osjećaja* . 46
41. Tablica 5.39. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva prema CNPI-70 česticama područja skrbi *rješavanje problema* 47
42. Tablica 5.40. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva prema CNPI-70 česticama područja skrbi *poučavanje* …… 48
43. Tablica 5.41. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva prema CNPI-70 česticama područja skrbi *okolina* …….. 49
44. Tablica 5.42. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva prema CNPI-70 česticama područja skrbi *potrebe* …….. 50
45. Tablica 5.43. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva prema CNPI-70 česticama područja skrbi *duhovnost* …….. 51
46. Tablica 5.44. Percepcija bolesnika o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika prema područjima skrbi CNPI-70 …… 52
47. Tablica 5.45. Percepcija medicinskih sestara o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika prema područjima skrbi CNPI-70 …….. 54
48. Tablica 5.46. Percepcija studenata o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika prema područjima skrbi CNPI-70 ……. 56
49. Tablica 5.47. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata prema CNPI-70 skali ……... 57
50. Tablica 5.48. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva prema područjima skrbi CNPI-70 skale ……. 58
51. Tablica 5.49. Percepcija bolesnika s obzirom na dob (N = 291) ……. 60

52. Tablica 5.50. Razlike u percepciji bolesnika s obzirom na spol (N = 291) …….. 61
53. Tablica 5.51. Percepcija bolesnika s obzirom na razinu obrazovanja (N = 291) …….. 62
54. Tablica 5.52. Percepcija bolesnika s obzirom na broj hospitalizacija (N = 291) …….. 63
55. Tablica 5.53. Percepcija bolesnika s obzirom na mjesto stanovanja (N = 291) …….. 64
56. Tablica 5.54. Doprinos socioekonomskih varijabli prema percepciji važnosti međuodnosa medicinska sestra – bolesnik kod bolesnika ……. 65
57. Tablica 5.55. Percepcija medicinskih sestara s obzirom na razinu obrazovanja (N=155) ……... 66
58. Tablica 5.56. Percepcija medicinskih sestara s obzirom na duljinu radnog staža (N = 155) ……. 67
59. Tablica 5.57. Percepcija medicinskih sestara s obzirom na mjesto stanovanja (N = 155) …… 68
60. Tablica 5.58. Doprinos socioekonomskih varijabli prema percepciji važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika kod medicinskih sestara ……... 69
61. Tablica 5.59. Percepcija studenata o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika s obzirom na godinu studija (N = 226) ……... 70
62. Tablica 5.60. Percepcija studenata s obzirom zaposlenost u struci (N = 226) …….. 73
63. Tablica 5.61. Percepcija studenata s obzirom na mjesto stanovanja (N = 226) …….. 74
64. Tablica 5.62. Doprinos socioekonomskih varijabli prema percepciji važnosti međuodnosa medicinska sestra – bolesnik kod studenata ……. 75

1. UVOD

Sestrinstvo se, kao i druga zanimanja u zdravstvu, temelji na idealu služenja čovječanstvu (1). U srži vrjednota sestrinstva leži ideal nesebične skrbi koji je vođen teorijom, istraživanjem i etičkim kodeksom (1). Sestrinstvo je usmjereno stvaranju okruženja skrbi – ozdravljenja koje pomaže pojedincima, obiteljima i zajednicama da postignu ili zadrže stanje optimalnog zdravlja u životu od rođenja tijekom cijelog života sve do njegova završetka. Većina osoba bira sestrinstvo kao zanimanje jer se žele brinuti o drugima (1). Skrb koja se temelji na kvalitetnom međuodnosu medicinske sestre i bolesnika nudi vrijednosne temelje zanimanju kao i osnove za razvoj dodatnih znanja za vođenje kliničke prakse i istraživanja (2 - 4). Važnost međuodnosa medicinskih sestara i bolesnika tijekom skrbi potvrđuju i eminentni teoretičari Watson, Leininger, Boykin i Swanson u svojim filozofskim raspravama, teorijama i inovativnim istraživanjima (5 - 7). Upravo ti teoretičari skrb određuju kao bit sestrinstva i ključnim elementom učinkovitog međuodnosa s bolesnikom i kvalitetne zdravstvene skrbi, a zdravstvene znanosti smatraju nepotpunima bez znanosti o skrbi (8 - 10). Zdravstvena njega usmjerena prema osobi, sigurnost i kvaliteta takve temeljne skrbi globalne su inicijative koje osnažuju i odražavaju važnost međuodnosa zdravstvenog profesionalca i bolesnika (11). Upravo taj odnos pun povjerenja kamen je temeljac kvalitetne zdravstvene skrbi. Međutim, dokumentirane pogreške pri pružanju zdravstvene njege na globalnoj razini ponovno su stavile kvalitetu zdravstvene njege i odnos medicinske sestre i bolesnika u središte interesa javnosti i akademske zajednice (12, 13). Veći dio tog interesa odnosi se na sestrinske stavove i emocije te se nameće pitanje jesu li medicinske sestre izgubile sposobnost za skrb o bolesniku (14, 15).

1.1. Skrb – definicija, koncept, značenje

Literatura o skrbi iz područja sestrinstva nalazi svoje izvorište u spoznajno - teorijskoj i filozofsko - teorijskoj prirodi skrbi. Sve je više disciplina uključeno u fenomen skrbi o čovjeku u odnosu na ozdravljenje, zdravlje zajednice i mir (16). Okvir skrbi potvrđuje da je skrb prepoznata kao okvir za zdravstvenu njegu, a koncept skrbi utječe na sestrinstvo u cjelini (17).

1.1.1. Definicija skrbi

Iako ne postoji sveobuhvatna definicija skrbi, to je glavni koncept teorija zdravstvene njege Watson, Leininger, Roach, Boykin i Schoenhofer (18 - 21). Leininger je skrb definirala kao radnje i aktivnosti usmjerene na pomaganje, potporu ili osposobljavanje drugog pojedinca ili skupine s očitim ili očekivanim zadovoljavanjem potreba ili poboljšanjem općeg stanja ljudi ili načina života ili suočavanjem sa smrću. Naglašava i odvaja urođen osjećaj skrbi od

profesionalne skrbi. Profesionalnu skrb smatra kao kognitivna i kulturološki naučena ponašanja, tehnike, procese ili obrasce koji su održivi ili pomažu pojedincu, obitelji ili zajednici kako bi poboljšali ili očuvali povoljno zdravstveno stanje ili životni put (19).

Prema Roach, skrb nije samo emocionalan ili osobni odgovor, skrb je cjelovit način postojanja, povezivanja, djelovanja, kvaliteta ulaganja i predanost drugomu – osobi, ideji, projektu, stvari ili sebi (20). Boykin i Schoenhofer navode da skrb treba postati središte sestrinske prakse, a to zahtijeva radikalnu promjenu planiranja zdravstvene njege s naglaskom na plan koji omogućuje medicinskoj sestri preusmjeravanje svojih stavova s biomedicinskog modela na prepoznavanje potreba pacijenata i pružanje odgovarajuće skrbi (21 - 23). Wrubel i Benner mišljenja su da je skrb „način postojanja u svijetu“, misleći pritom na skrb o oboljelim osobama. Po njima takva skrb nije pasivan nego aktivan odnos, a podrazumijeva pomoć bolesniku kako bi mogao preispitati i obnoviti smisao života i životne planove utemeljene na osobnim i društvenim vrijednostima. Skrb o bolesnom čovjeku smatra se u cijelosti moralnim činom i kroz povijest povezana je s idejom samilosti, suosjećanja i pomaganja u nevolji (24). Cara i sur. navode da skrb počiva na humanističkom pristupu pri čemu medicinske sestre trebaju razviti posebne stavove i ponašanja, uključujući suosjećanje, razumijevanje, potporu, suradnju i uzajamnost kako bi promicale ozdravljenje, zdravlje i opće dobro stanje (25). Swanson definira skrb kao brižan odnos prema drugoj, nama važnoj osobi, prema kojoj osjećamo osobnu predanost i odgovornost, a bitna je sastavnica odnosa medicinska sestra – bolesnik u bilo kojem okruženju. Skrb se primjenjuje u svakom odnosu medicinska sestra – bolesnik koji uključuje kompetentnu primjenu čimbenika skrbi (shvaćanje, biti uz nekoga, činiti za nekoga, osposobljavanje i zadržavanje vjere). Bez obzira na duljinu iskustva, na skrb utječe sestrin stav (zadržavanje vjere), razumijevanje iskustva bolesnika (shvaćanje), verbalna i neverbalna interakcija s klijentom (biti uz nekoga), osposobljavanje (vjera u klijentovu sposobnost proživljavanja teških tranzicija) i rezultati skrbi (očekivani rezultat procesa njege) (26). Swanson tvrdi da čimbenici skrbi postoje istodobno te ne mogu biti pruženi u linearnom obliku ili odvojeni jedni od drugih. Trebaju biti primjenjivi u svim situacijama u kojima je skrb dio međusobnog odnosa. Swanson i Watson smatraju svoje teorije komplementarnima jer iako su njihovi programi istraživanja jedinstveni, slaganje njihovih rezultata doprinosi vjerodostojnosti njihova rada (26).

Mc Cance i sur. uspoređivali su teorije Leininger, Watson, Roach, Boykin i Schoenhofer. Usporedbom teorija ističu njihovu korisnost u sestrinskoj praksi te naglašavaju da su teorije skrbi M. M. Leininger i J. Watson manje apstraktne od drugih i imaju veću mogućnosti

primjene u praksi (27). Leininger predviđa da će njezina teorija različitosti i univerzalnosti kulture skrbi kao i metodologija etničkog istraživanja i dalje u velikoj mjeri pridonositi napretku sestrinstva kao znanosti te će kulturološki biti u skladu s praksama skrbi koje promiču zdravlje, izlječenje, kvalitetu života i mir u svijetu. Watson u svojoj viziji budućnosti naglašava izrazito subjektivnu dimenziju čovječanstva, duhovni aspekt zdravlja i izlječenja, pristupe prirodnog liječenja i skrb u čijem su središtu odnosi. Leininger i Watson imaju vlastite, originalne teorije skrbi. Obje smatraju da je skrb bit zdravstvene njege, ali imaju različite vizije razvoja koncepta skrbi do 2050. godine (28). Watson (29), Benner i Wrubel (30) smatraju se pionirima sestrinstva. Watson nastavlja zagovarati tezu da je sestrinstvo filozofija i znanost o skrbi te da skrb donosi smisao, dostojanstvo i altruizam u sestrinstvo i zdravstvenu njegu bolesnika (31).

Skrb se tumači na različite načine. Većina znanstvenika skrb promatra iz svojeg konteksta, stoga univerzalna definicija skrbi nije moguća. Složenost definiranja skrbi treba prepustiti pojedincu. Tek kad razumijemo sami sebe, možemo formulirati vlastitu definiciju skrbi. Intelektualni dijalog o skrbi unutar sestrinske zajednice omogućit će toj profesiji da jačanjem njezine biti osoba dosegne svoj puni potencijal na radnom mjestu kao medicinska sestra/tehničar (32).

1.1.2. Koncept skrbi

Koncept skrbi, definicija i važnost za sestrinstvo tema su rasprave u znanstvenim krugovima već desetljećima, no skrb još uvijek pobuđuje zanimanje na empirijskoj razini u suvremenim istraživanjima o sestrinstvu (2, 33). Neovisno o njezinoj nedokučivoj kliničkoj pojavnosti i složenoj konceptualnoj konstrukciji, čini se da u literaturi postoji konsenzus prema kojemu zdravstvena skrb predstavlja moralan aspekt ili etičku dimenziju sestrinske prakse (34).

Morse i suradnici naglašavaju složenu konceptualizaciju skrbi četirima dimenzijama: skrb kao moralna osobina, skrb kao međuljudski odnos, skrb kao terapeutska intervencija i skrb kao afekt (2, 34). Roach je formulirala šest „C“ skrbi (*compassion, competence, confidence, conscience, courage and commitment*): suosjećanje, kompetentnost, pouzdanost, savjest, hrabrost i predanost. Ti se koncepti mogu koristiti kao pokazatelji koji pomažu u prepoznavanju i opisivanju posebnih slučajeva skrbi (35). Mayeroff navodi sedam obilježja skrbi: znanje, naizmjeničan ritam, nada, povjerenje, hrabrost, poniznost, strpljenje i iskrenost (36).

Rezultati kvalitativne metasinteze 55 studija autorice Finfgeld-Connett provedene u cilju poboljšanja razumijevanja koncepta skrbi pokazuju da je kontekst skrbi poseban međuljudski

proces koji određuju stručna sestrinska praksa, međuljudska osjetljivost i intimni odnosi. Prethodi mu potreba i otvorenost za skrb primatelja te profesionalna zrelost i moralni temelji medicinske sestre. Uz to, neophodno je radno okruženje koje pogoduje skrbi. Posljedice koncepta skrbi uključuju poboljšanje mentalne dobrobiti medicinskih sestara i bolesnika te poboljšanje tjelesne dobrobiti bolesnika (34).

Koncept skrbi važan je za zdravstvene djelatnike i osnovna je ljudska potreba (37). Premda se definicija skrbi razlikuje među kulturama i u znanstvenim disciplinama, njezina prisutnost u zdravstvenim znanostima upućuje na to da je u njezinoj biti usmjerenost prema bolesniku u području zdravstvene njege. To se očituje u pretpostavci da su ljudi zbog svoje prirode brižni i sposobni pružiti njegu (38). Priroda zdravstvene discipline upućuje na činjenicu da je skrb temeljna ljudska osobina koja je implicitno i eksplicitno usađena u praksu svake zdravstvene discipline. Iako medicinske sestre pripisuju koncept skrbi sestrinstvu, skrb nije i ne bi trebala biti isključivo u domeni sestrinstva. Skrb je univerzalna te je zajedničko obilježje svih zdravstvenih disciplina. Upravo jedinstven način pružanja skrbi unutar svake zdravstvene discipline čini zaposlenike profesionalno različitima (39).

1.1.3. Međuodnos medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi

Odnos je medicinske sestre i bolesnika profesionalan, terapeutski odnos osmišljen kako bi medicinskim sestrama omogućio procjenu, planiranje i pružanje zdravstvene njege usmjerene na zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba bolesnika (40, 41). Međuodnos koji medicinske sestre razviju tijekom skrbi s bolesnicima i njihovim obiteljima odgovara humanom procesu koji je Watson nazvala transpersonalnim odnosom skrbi (42). Kako bi to bio pravi odnos, medicinske sestre svoju praksu moraju temeljiti na humanističko-altruističkom sustavu vrijednosti koji omogućuje bolesnicima i njihovim obiteljima rasti u okruženju pogodnom za razvoj potencijala. Takav pristup pruža medicinskim sestrama mogućnost razvijanja potpunog pogleda na ljude do kojih im je stalo i pridavanje važnosti svojim iskustvima (43). Utvrđena je važnost sigurnog i povjerljivog odnosa medicinske sestre i bolesnika za bolesnikovo iskustvo o primljenoj njezi i ishod njegova liječenja kao i za zadovoljstvo medicinske sestre (44 - 46). Različiti su autori dokumentirali pozitivne terapijske učinke međuodnosa u skrbi – i za medicinske sestre u kontekstu boljeg samopoštovanja, blagostanja, osjećaja za osobna postignuća te veće razine zadovoljstva poslom (47), ali i za bolesnike u vidu poboljšanja razine samostalnosti, neovisnosti, nade, kvalitete života, otpornosti i zadovoljstva pruženom njegom (48). Druga su istraživanja također potvrdila da povezanost tijekom skrbi doprinosi razvoju osjećaja sigurnosti kod bolesnika te smanjenju udjela ponovnog boravka u bolnici (49 - 51).

Unatoč prepoznavanju važnosti međuodnosa medicinskih sestara i bolesnika kao osnove za visokokvalitetnu skrb, postoji malo smjernica za medicinske sestre o tome kako razvijati i održavati pozitivne odnose s bolesnicima u zdravstvenim ustanovama (52).

1.2.Teorijski okvir – teorija skrbi J. Watson

Teorijski okvir ovog istraživanja zasnovan je na teoriji skrbi Jean Watson (37, 42, 53). Watson skrb definira kao etički i moralni ideal zdravstvene njege s međuljudskim i humanističkim kvalitetama. To je složen koncept koji uključuje razvoj znanja, vještina i stručnosti koji obuhvaćaju holizam, empatiju, komunikaciju, kliničku kompetentnost, tehničku osposobljenost i međuljudske vještine (54). U svojim radovima ističe da skrb čovjeka prema čovjeku predstavlja najvažniju profesionalnu odgovornost medicinskih sestra, ulogu i moralni temelj struke (16, 54). Prema teoriji skrbi J. Watson, sestrinstvo je „usmjereno na unaprjeđenje zdravlja, sprječavanje bolesti, skrb o bolesnima i uspostavljanje zdravlja“. Watson vjeruje da je holistička zdravstvena zaštita središte sestrinske prakse. Vrjednuje humanistički aspekt skrbi, odnosno stavove i ponašanja koji pokazuju zanimanje i poštovanje prema bolesnikovim psihološkim, socijalnim i duhovnim potrebama i vrijednostima. Bolesnika smješta u kontekst obitelji, zajednice i kulture. Središte je prakse usmjereno na bolesnika, a ne na tehnologiju (53, 54). U svojem je radu predstavila teoriju o humanoj skrbi, pružanje zdravstvene njege kroz postupke skrbi, proces humane skrbi i autentične odnose između medicinskih sestara i bolesnika. Naglašava da medicinska sestra pruža ljubav i skrb bolesniku postupcima zdravstvene njege koji prelaze u proces skrbi. Pristupa bolesniku holistički (cjelovito) i ističe da je duhovna skrb jednako važna kao i fizičke potrebe, stoga medicinske sestre trebaju primjenjivati takvu skrb prema svojim bolesnicima. Rutinski zadatci i konvencionalna skrb postaju cjeloviti kada se primjenjuju postupci njege pa medicinska sestra treba biti dobro pripremljena za pružanje cjelovite skrbi bolesniku i povezana s dubljom razinom čovječanstva i univerzuma. Kada sestra dostigne duboku povezanost, skrb nadilazi odrađivanje uobičajenih poslova (18, 55).

Watson je pojasnila da se skrb može izraziti tehničkim i izražajnim ponašanjem/aktivnostima. Tehničke aktivnosti uključuju one aktivnosti i postupke usmjerene na zadatak, održavanje fizičkog okruženja, podučavanje, davanje savjeta i rješavanje problema. Izražajne aktivnosti doživljavaju se kao afektivna ponašanja poput uspostavljanja povjerenja, pružanja emocionalne potpore, suosjećanja, prihvaćanja osjećaja, osjetljivosti na potrebe bolesnika, poštivanja privatnosti i potrebe za sigurnom i zaštitničkom okolinom (56).

U svojim radovima objašnjava da je bit sestrinstva odnos medicinska sestra – bolesnik koji rezultira terapeutskim ishodom, a ne proceduralni dijelovi – postupci, zadatci i intervencije koji se koriste u različitim područjima sestrinske prakse. Stoga njezin okvir nije ograničen na sestrinsku specijalizaciju. Iako naglašava da su neophodni i bit i proceduralni dijelovi, smatra da proceduralni dijelovi ne mogu biti središte profesionalnog modela „sestrinstvo za sestrinstvo“ (18, 37, 56). Watson svoju viziju zdravstvene njege, koju opisuje kao „pomoć osobama da steknu viši stupanj harmonije kroz transpersonalan odnos skrbi“, objašnjava ljudskim potencijalom za samoizlječenje i prelaženje na višu razine svijesti (18). Transpersonalan odnos prikazuje kao odnos u kojem se medicinska sestra u potpunosti zauzima za bolesnika, dovodeći svako svoje iskustvo u stvarnu priliku za skrb. Takav odnos tijekom skrbi istovremeno prepoznaje vrijednosti i daje na važnosti osobnosti bolesnika i medicinske sestre. U skladu s navedenim, deset čimbenika skrbi identificiranih u njezinoj teoriji usredotočeni su na pripremu medicinske sestre na međuodnos s bolesnikom (18, 37, 42, 56).

1.2.1. Čimbenici skrbi *(carative factors)* – temelj profesionalne sestrinske prakse

Čimbenici skrbi predstavljaju bit teorijskog doprinosa J. Watson i nisu linearni koraci prema humanoj skrbi. Iako su čimbenici skrbi definirajuća obilježja skrbi koja označavaju transpersonalan odnos skrbi, neki su jasnije usmjereni prvenstveno na medicinsku sestru, odnose ili proces zdravstvene njege (53, 57). Prva tri čimbenika, prema autoričinim riječima, predstavljaju filozofski temelj znanosti o skrbi, a preostalih sedam čimbenika skrbi proizlaze iz temelja koje su postavila prva tri čimbenika. Svaki čimbenik sadrži dinamičnu fenomenološku sastavnicu koja se odnosi na pojedinca obuhvaćenog zdravstvenom njegom (53, 57). Ti su čimbenici poslužili kao temelj i okvir za znanost i praksu sestrinstva bez kojih medicinske sestre vjerojatno nisu primjenjivale profesionalnu zdravstvenu njegu, ali su funkcionirale kao tehničari ili kvalificirani djelatnici unutar dominantnog okvira medicinske tehnologije (18, 55). Dakle, pomoću čimbenika skrbi sestre obavljaju svoju temeljnu profesionalnu dužnost: olakšavaju bolesnicima vlastitu zdravstvenu promidžbu podučavanjem, potporom, upoznavanjem s tehnikama rješavanja problema te razvijanjem vještina za nošenje s problemima i vještina za prilagodbu na gubitak (18, 55, 57).

Čimbenici skrbi *(carative factors)* koje je opisala J. Watson dobro su prihvaćeni u struci jer upućuju na humanističku vrijednost zdravstvene njege i funkcioniraju kao strukturni vodiči za razumijevanje procesa međuljudskih odnosa tijekom skrbi (tablica 1.1) (57).

Tablica 1.1. čimbenici skrbi J. Watson

Čimbenici skrbi	**Definicije/opisi**
Humanizam	Formuliranje humanističko-altruističkog sustava vrijednosti. Ove vrijednosti se nauče u ranoj životnoj dobi, ali na njih, također, značajno mogu utjecati i medicinske sestre edukatorice. Ovaj se čimbenik može definirati kao doživljavanje zadovoljstva kroz davanje i ispunjavanje vlastite osobnosti.
Nada	Ulijevanje nade i vjerovanja. Time se olakšava promicanje holističke sestrinske njege; definira se sestrinska uloga u razvoju poželjnog odnosa medicinske sestre i bolesnika te promiče bolesnikovo prihvaćanje pozitivnog zdravstvenog ponašanja.
Osjetljivost	Njegovanje osjetljivosti za sebe i druge. Prepoznavanje i prihvaćanje osjećaja vodi ka samoaktualizaciji kroz prihvaćanje samoga sebe i kod sestre i kod bolesnika. Kako sestre prihvaćaju svoju osjetljivost i osjećaje, tako postaju iskrenije, otvorenije i osjetljivije prema drugima.
Odnos pomaganja	Razvoj odnosa pomoći i povjerenja između medicinske sestre i pacijenta je temelj transpersonalne skrbi. Odnos povjerenja promiče i prihvaća izražavanje i pozitivnih i negativnih osjećaja. To uključuje usklađivanje, empatiju, nesebičnu toplinu i učinkovitu komunikaciju. Usklađivanje uključuje biti realan, pošten, iskren i otvoren. Empatija je sposobnost doživljavanja i razumijevanja percepcije i osjećaja druge osobe. Učinkovita komunikacija sadrži kognitivne, afektivne i bihevioralne komponente.
Izražavanje osjećaja	Promicanje i prihvaćanje izricanja pozitivnih i negativnih osjećaja. Uzajamnost iskazivanja osjećaja uvijek je rizično iskustvo i za sestru i za bolesnika. Medicinska sestra mora biti pripremljena i na pozitivne i na negativne osjećaje te mora razumjeti da se intelektualno i emocionalno shvaćanje situacije razlikuje.
Rješavanje problema	Sustavna uporaba kreativnih znanstvenih metoda rješavanja problema kao temelja za donošenje odluka. Primjena procesa zdravstvene njege uvodi znanstveni pristup rješavanju problema u sestrinsku njegu, te ukida tradicionalno shvaćanje o sestri kao liječnikovoj pomoćnici. Sestrinski proces sličan je istraživačkom procesu po tome što je organiziran i sustavan.
Poučavanje	Promicanje međusobnog poučavanja i učenja. Ovaj je čimbenik bitan za sestrinstvo jer dijeli njegu od liječenja. Sestre daju pacijentu obavijesti i usmjeravaju odgovornost za blagostanje i zdravlje bolesnika na njega samoga. Taj proces sestra olakšava metodama poučavanja-učenja koje su osmišljene da omoguće pacijentima brinuti se sami za sebe, odrediti osobne potrebe i pružiti mogućnost za njihov osobni razvoj.
Okolina	Osiguravanje zaštitničkog i korektivnog, mentalnog, fizičkog, sociokulturnog i spiritualnog okruženja. Sestre moraju prepoznati utjecaj koji unutarnji i vanjski okoliš imaju na zdravlje i bolest pojedinaca. Koncepti relevantni za unutarnji okoliš uključuju mentalno i duhovno blagostanje i društveno kulturna vjerovanja pojedinca
Potrebe	Dostojanstvena pomoć pri zadovoljavanju ljudskih potreba. Medicinske sestre uvažavaju hijerarhiju ljudskih potreba za disanjem, eliminacijom i hranom do potreba za samoaktualizacijom. One prepoznaju biofizičke, psihofizičke, psihosocijalne i intrapersonalne potrebe sebe i pacijenata. Bolesnici moraju zadovoljiti potrebe nižeg ranga prije nego što pokušaju zadovoljiti potrebe višeg ranga.
Duhovnost	Uključivanje egzistencijalističkih, fenomenoloških i spiritualnih snaga. Fenomenološka analiza neposredne životne situacije olakšava bolje razumijevanje sebe i drugih; fenomenologija opisuje podatke o neposrednoj situaciji koji pomažu ljudima shvatiti pojave o kojima se radi. Egzistencijalna psihologija je znanost o ljudskom postojanju koja koristi fenomenološku analizu.

Watson je unaprijedila koncept deset čimbenika skrbi (*carative factors*) u kliničke karitativne procese (*clinical caritas processes*). Premda je koncept kliničkih karitativnih procesa sličan konceptu deset čimbenika skrbi, klinički karitativni procesi imaju više izraženu duhovnu dimenziju i jasno pobuđuju ljubav i skrb (58). Međutim, deset izvornih čimbenika skrbi i dalje ostaju kao bezvremenska strukturna jezgra teorije, a karitativni procesi svojim pitkim jezikom omogućuju višu razinu njihova razumijevanja i razvoja (58).

Važnost teorije Jean Watson za sestrinsku praksu

Iako biomedicinski model u nekim zemljama ostaje dominantan pristup, modeli se skrbi polako prihvaćaju, a teorija skrbi J. Watson može imati izniman potencijal, osobito za područja i situacije u kojima je biomedicinski model snažno povijesno utemeljen na obrazovanju i praksi medicinskih sestara (59). Više je činitelja koji tu teoriju čine jedinstvenom među teorijama zdravstvene njege. Prvo, teorija naglašava važnost proživljenog iskustva ne samo bolesnika, već i medicinske sestre. Oboje se sastaju u trenutku skrbi koji postaje dijelom povijesti u životu svake osobe. Drugo, teorija priznaje jedinstvene dimenzije čovjeka – biofiziološku, psihološku, kognitivnu i duhovnu dimenziju bez ugrožavanja cjelovitosti osobe. Treća je vrijednost njezine teorije u tome što jasno potvrđuje više načina spoznaje, uključujući empirijsko, estetsko, etičko i osobno znanje (60). Također, ta teorija jasno odvaja zdravstvenu njegu od liječenja i omogućuje povratak dubokim korijenima sestrinske profesije i njezinim vrjednotama (61).

Izniman je doprinos teorije u tome što je objedinila mnoge pristupe konceptualizacije skrbi u jedan izvor kao i instrumente koji su osmišljeni za procjenu kvalitete skrbi i međuodnosa medicinske sestre i bolesnika (61).

1.3. Instrumenti za procjenu kvalitete skrbi i učinkovitog međuodnosa medicinske sestre i bolesnika

U literaturi se sve više ističe da je došlo pravo vrijeme kako bi se napravio odmak od raspravljanja o definiciji skrbi i krenulo prema priznavanju složenosti i subjektivne prirode skrbi koja se razvija kroz proces zdravstvene njege, ponašanja i međuodnosa (62). Uz konceptualan razvoj i rasprave o skrbi nastoji se mjeriti skrb u sestrinstvu kako bi se omogućilo istraživanje učestalosti, važnosti, kompetentnosti i primjenjivosti skrbi među populacijama i kontekstima kao i istraživanje mogućnosti koje skrb ima na ishod liječenja (62). Iako su stavovi i emocije važni, oni su tek dio onoga od čega se sastoji učinkovit odnos medicinske sestre i bolesnika, stoga nisu toliko presudni kao ponašanja. Upravo ponašanja, koja su vidljiv dokaz načina na koji medicinske sestre razvijaju i održavaju odnos s bolesnikom, predstavljaju ono

što bolesnici vide i dožive tijekom zdravstvene njege. Zbog toga, poboljšanje pružanja zdravstvene njege i odnosa medicinske sestre i bolesnika treba biti usmjereno na ponašanje. Još je presudnije izmjeriti i vrjednovati ta ponašanja na jasan i sustavan način. Mjerenje vidljivih ponašanja postaje objektivno sredstvo procjene u kliničkoj praksi, edukaciji i istraživanju o tome kako medicinske sestre razvijaju i održavaju odnos s bolesnicima. Taj način procjene pruža stupanj objektivnosti i razvidnosti koji nije moguće dobiti mjerenjem samo stavova i osjećaja (48, 63, 64). S druge strane, znanje dobiveno takvim mjerenjem može:

- pružiti dokaz o kvaliteti odnosa medicinske sestre i bolesnika;
- osigurati sigurnost bolesnika i njegovo pozitivno iskustvo o njezi;
- medicinskim sestrama pružiti povratnu informaciju o obavljenom poslu, nudeći time materijal za refleksiju;
- informirati o mjernim podatcima unutar zdravstvene organizacije pružajući podatke o područjima na koja se treba usmjeriti kako bi se poboljšala zdravstvena njege i ishod liječenja bolesnika;
- informirati o obrazovanju i stručnom usavršavanju medicinskih sestara pomažući edukatorima u mjerenju, praćenju i evaluaciji napretka učenika/studenata i medicinskih sestara (48, 64).

Pretraživanjem literature otkriveno je nekoliko instrumenata za mjerenje ponašanja u skrbi i odnosa medicinske sestre i bolesnika (63 - 66). Neki instrumenti mjere stvarno, tj. vidljivo ponašanje npr. Popis svih ponašanja u skrbi (CBI, prema engl. *Caring Behaviours Inventory*) (67), a drugi su usmjereni na hipotetsko ponašanje kao što su percepcija važnosti određenih ponašanja ili samoprocjena kompetencije medicinskih sestara za izvođenje tih ponašanja npr. Skrb - Q (prema engl. *Care-Q*) (68). Osim čestica kojima mjere ponašanje, mnogi instrumenti uključuju i čestice koje su usmjerene na aspekte odnosa medicinske sestre i bolesnika, primjerice stavovi medicinskih sestara npr. Skala međuodnos medicinska sestra – bolesnik (CNPI, prema engl. *Caring Nurse – Patient Interaction Scale*) (69). Također, primjenjuju se i instrumenti koji su usmjereni isključivo na pružanje zdravstvene njege u odnosu na one koji kombiniraju mjerenje odnosa medicinske sestre i bolesnika s mjerenjem drugih aspekata skrbi kao što su odnos liječnika i bolesnika npr. Procjena korisnika o sustavu zdravstvene skrbi i osobama koje ju pružaju (CAHPS, prema engl. *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*) (70).

Češće su upotrijebljeni instrumenti za procjenu i samoprocjenu skrbi medicinskih sestara, bolesnika i studenata sestrinstva:

- Care-Q instrument – sastoji se od 50 čestica, ponašanje se medicinskog osoblja može podijeliti u šest kategorija: pristupačnost, tumačenje i potpora, pružanje utjehe, predviđanje, odnos povjerenja te nadgledanje i praćenje. U literaturi se navodi da je najčešće primjenjivan instrument mjerenja.
- Popis svih dimenzija skrbi (CDI, prema engl. *The caring dimensions inventory*) – instrument koji uključuje 35 čestica o tipičnim postupcima medicinske sestre koji su podijeljeni u pet kategorija: psihosocijalni, tehnički, profesionalni, neprimjereni i nepotrebni postupci.
- Skala transpersonalne skrbi (TCS, prema engl. *The Transpersonal Caring Scale*) – instrument koji se sastoji od čestica koje su preuzete iz deset karitativnih procesa J. Watson. Te čestice uključuju elemente koji ispituju koncepte transpersonalnog odnosa njege i izlječenja koji se zasniva na moralu i duhovnosti, procesu stjecanja poštovanja i povezivanja kroz sveti prostor .
- Skala čimbenika skrbi (CFS, prema engl. *The Carative Factors Scale*) – ispituje koncepte koji su uključeni u popis čimbenika skrbi. Sadrži 20 čestica koje procjenjuju percepciju bolesnika o primljenoj skrbi medicinskih sestara koje su pokazale svjesnost u skrbi i nježnost prema njima kao cjelovitoj osobi, uključujući jedinstvo uma, tijela i duha.
- Anketa o radnom okruženju u zdravstvu (HES, prema engl. The *Healthcare Environment Survey*) – instrument koji se sastoji od 86 čestica, a primjenjuje se za prikupljanje percepcije zdravstvenih djelatnika o:
  - radnom okruženju, uključujući odnose među suradnicima, s upraviteljem, liječnicima i drugim medicinskim sestrama te
  - profesionalnoj brizi o bolesniku, autonomiji, raspodjeli osoblja i njihova zaduženja, izvršnom upravitelju, mogućnostima učenja, nagradama koje dobiva organizacija, ponosu koji osjećaju prema organizaciji u kojoj rade, namjeri da se ostane raditi u organizaciji, radnom opterećenju (70).
- CNPI-70 smatra se pouzdanim instrumentom za procjenu kvalitete međuodnosa medicinskih sestara i bolesnika kroz sedamdeset čestica i deset čimbenika skrbi/podskala temeljenih na teoriji skrbi J. Watson. Sedamdeset čestica pomaže medicinskim sestrama procijeniti teoriju skrbi kroz sve svoje postupke, nadilazeći samo odnos ljubaznosti prema bolesniku. Opisuju stavove i ponašanja u kliničkoj praksi koja mjere važnost, učestalost i

primjenjivost (71). CNPI-70 zbog relevantnosti i sveobuhvatnosti formuliranih čestica primjenjiv je za različite skupine ispitanika (bolesnici, članovi obitelji, medicinske sestre, studenti sestrinstva) (72, 73).

Činjenica je da skrb ne može biti objektivno izmjerena i kvantificirana, no posebni mjerni instrumenti mogu biti korisni pomoćni alati za procjenu i samoprocjenu kompetentnosti, učestalosti primjene te važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi (50, 73 - 76).

1.4. Dosadašnja istraživanja – pregled literature

Skrb je obogatila sestrinstvo novim značenjem jer omogućuje borbu protiv rizika od dehumanizacije, odnosno objektivizacije ljudi uzrokovane porastom tehnologije u zdravstvenoj njezi i pritiscima zbog produktivnosti zdravstvenog sustava što je povećalo opterećenje medicinskih sestara i smanjilo količinu vremena koje mogu posvetiti bolesniku (77). Stoga brojni autori upozoravaju na činjenicu da medicinske sestre u današnje vrijeme pružaju skrb na vrlo niskoj razini (4, 47, 50, 51, 78, 79) i u svojim studijama naglašavaju zabrinutost zbog nedostatka suosjećanja pri skrbi, a njihovi rezultati upućuju na problem nedostatka pružanja kvalitetne zdravstvene njege jer kvalitetna zdravstvena njega može povećati razinu udobnosti bolesnika i poboljšati zdravstveno stanje ljudi (80, 81).

1.4.1. Primjena skrbi u kliničkoj praksi

U sestrinskoj praksi postoji razlika između humanih modela skrbi, zbog čega je većina medicinskih sestara odabrala sestrinsku profesiju, i biomedicinskog modela usmjerenog na zadatak koji odražava stvarnost institucionalnih zahtjeva pri čemu medicinske sestre imaju podređenu ulogu, slušaju naputke liječnika i postupaju u skladu s njima. Takvo pridržavanje naputaka ne dopušta medicinskim sestrama samostalno postupanje, a skrb i brižan odnos koji omogućava stanje povezanosti i brige često se stavljaju na drugo mjesto. Razvoj sestrinstva kao znanstvene discipline započinje pokušajem jasnog razlučivanja između sestrinske i medicinske spoznaje, u čemu su najviše pridonijele autorice čiji su teorijski radovi utemeljili filozofski pristup sestrinstvu (55, 59, 81).

Promjene u sustavu pružanja zdravstvene zaštite u svijetu dovele su do povećanja djelokruga rada medicinske sestre. Tehnološki napredak značajno je promijenio ulogu medicinskih sestara i njihov međuodnos s bolesnicima i ostalim zdravstvenim djelatnicima (47, 82). Međutim,

utjecaj se suvremene tehnologije na zdravstvo uvelike mijenja. Neki autori vjeruju da visokoprecizna tehnologija čini zdravstvo bezličnim i manje humanim, a neki opisuju njegove neutralne ili čak pozitivne učinke na zadovoljstvo bolesnika (77, 83). Nepobitna je činjenica da uporaba suvremenih medicinskih aparata (npr. monitora za praćenje stanja bolesnika, elektroničke dokumentacije, telemedicine i dr.) olakšava medicinski postupak i smanjuje rizik od ljudskih pogrešaka koje se događaju uglavnom zbog nedostatka medicinskih sestara i povećanog djelokruga njihova rada (82, 83). U skladu s navedenim, tehnološki napredak pridonosi sigurnosti bolesnika i smanjuje troškove u zdravstvenim sustavima, ali može smanjiti i međuodnos licem u lice te naštetiti humanom elementu zdravstvene zaštite (84). U studiji Coatsworth-Puspoky i sur. bolesnici navode da ih bolničke tehnologije i postupci odvajaju u potpunosti iz svijeta u kojem žive i željeli bi da medicinske sestre više komuniciraju s njima (85).

Provedba zadataka i smanjenje troškova postali su prioriteti današnje zdravstvene zaštite. Medicinske se sestre osjećaju brižno i humano, no često su usmjerene na zadatak i pružaju skrb ne uzimajući u obzir da je bolesnicima izuzetno važno doživjeti humanost (86). Mnogi autori opisuju teške uvjete rada i neučinkovitu organizacijsku kulturu kao vrlo čestim vanjskim čimbenicima koji negativno utječu na usvajanje i primjenu skrbi te potiču nedostatak individualiziranog i humanog pristupa (72, 74, 80, 81, 86). Fortuno kao ključne negativne čimbenike opisuje brzi tempo rada u bolnicama, rad medicinskih sestara usmjerenih na cilj i zadatak te prekovremeni rad. Među ostalim, navodi i otežavajuće okolnosti poput obveza dokumentiranja svih postupaka zbog mogućih sudskih tužbi, opsežne laboratorijske pretrage i medicinske postupke koje uskraćuju vrijeme medicinskih sestara za komunikaciju s bolesnikom i pružanje potrebne pomoći (47). Također, kineska studija potvrđuje da su upravo problemi poput nedostatka osoblja i teškog posla razlozi zašto medicinske sestre doživljavaju operativno ponašanje važnijim od emocionalnih aktivnosti tijekom skrbi (87).

Profesionalna okruženja čije se upravljanje temelji na poslovnoj ekonomiji i strogoj usmjerenosti na zadatke pruža vrlo malo mogućnosti za human pristup skrbi (88). Stoga se trend u kojem je naglasak na povezanost njege i izlječenja pomiče prema upravljanju okruženjem u kojem se skrb odvija što posljedično obećava transformaciju i prakse i okruženja (89). Novo okruženje u kojem se odvija proces njege i liječenja sve više ovisi o partnerskom odnosu, pregovorima, koordinaciji, novim obrascima komunikacije i autentičnim odnosima. Novi je naglasak na promjeni svijesti, namjernom fokusiranju na odnos između njege i izlječenja i njegovim modalitetima te na pomaku prema naprijed u odnosu na duhovni element

zdravlja usuprot ograničenom medicinskom pogledu. Stoga su potrebni novi standardi, načela, smjernice i modeli napredovanja i održavanja profesionalnih praksi zdravstvene skrbi (62, 89).

Persky i sur. proveli su istraživanje kako bi utvrdili identitet medicinskih sestara koje su učinkovite u skrbi prema preporukama Jean Watson. Pri tome su se koristili upitnicima CFS i HES. Rezultati su pokazali da su medicinske sestre svih dobnih skupina koje su ostvarile visoke rezultate u skrbi na temelju čimbenika skrbi bile najiskusnije, radile su točno prema rasporedu, najviše ih se dojmio odnos s bolesnikom, najviše su uživale u odnosu sa suradnicima, najdosljednije su provodile kontinuiranu skrb, ali su ujedno bile najviše frustrirane radnom okolinom (90). Autori pretpostavljaju da bi medicinske sestre koje su najveće ocjene dale primjeni čimbenika skrbi CFS mogle biti frustrirane jer uvjeti i praksa zdravstvene njege nisu u skladu s vrijednostima i ciljevima skrbi. Frustracija među medicinskim sestrama s visokim CFS indeksom također može nastati iz spoznaje da postupci skrbi uzimaju više od dostupnog vremena i resursa (90).

Yam i Rossiter intervjuirali su deset medicinskih sestara iz Hong Konga o njihovim percepcijama ponašanja tijekom skrbi u kliničkom okruženju, preprekama za ta ponašanja i mogućim načinima prevladavanja tih prepreka. Prikupljeni podatci pokazali su da ispitanici vrjednuju važnost ekspresivnog ponašanja i interpersonalne komunikacijske vještine u pružanju holističke njege bolesniku. Osjećali su se ograničeni socijalnim, ekonomskim, kulturološkim i osobnim varijablama kao što su nedostatak osoblja, tradicionalan pristup njezi usmjeren na zadatak, dominacija medicine u zdravstvenom sustavu, utjecaj kineske kulture na stavove o radu, njihovim ograničenim vještinama i nedostatkom edukacije (91).

Rezultati studije Maben i sur. pokazuju da se ideali i vrijednosti sestrinstva stječu s kvalifikacijom medicinskih sestara, ali njihov razvoj ovisi o organizacijskim ograničenjima u praksi (92). Vandenhouten i sur. na uzorku od 242 medicinske sestre proveli su istraživanje kojemu je cilj bio utvrditi čimbenike koji utječu na percepciju zdravstvene njege medicinskih sestara. Primijenjeni su CFS i TCS upitnici osmišljeni temeljem teorije skrbi Jean Watson. Rezultati su pokazali da su iskusne, bolničke medicinske sestre i one koje su bolje poznavale teoriju Jean Watson imale i bolje rezultate u skrbi. Studija je važna jer podržava potrebu izlaganja studenata sestrinstva teorijama skrbi u cilju povećanja primjene skrbi čime bi se poboljšalo zadovoljstvo bolesnika i ishodi zdravstvene njege (93). Lukose je također naglasio važnost dubinskog razumijevanja teorije skrbi kako bi se mogla primijeniti u svakodnevnoj

praksi (94). To potvrđuju i rezultati studije Glembocki i Dunn koji pokazuju da se percepcija i primjena skrbi poboljšava izlaganjem programu usmjerenom na skrb (95).

Fortuno i sur. u filipinskoj studiji pomoću CNPI-70 upitnika ispitivali su učestalost primjene međuodnosa medicinska sestra – bolesnik tijekom sestrinske skrbi, a rezultati su pokazali najčešću primjenu čimbenika skrbi „humanizam“ i „okolina“ (47). Također, učestalost je brižnog ponašanja medicinskih sestara na hemodijalizi procjenjivana u švicarskoj studiji primjenom istog upitnika – iz percepcije bolesnika i medicinskih sestara. Bolesnici su dali najviše ocjene za čimbenik skrbi „potrebe“, a medicinske su sestre najviše ocijenile čimbenik „okolina“. I jedni i drugi najniže su ocijenili čimbenik „rješavanje problema“ (96). Rezultati studije Vujanić i sur., provedene u Republici Hrvatskoj, u kliničkom bolničkom centru, potvrđuju da su medicinske sestre više usmjerene na kliničke vještine i provedbu zadataka, a rjeđe tijekom skrbi primjenjuju ponašanja koja se odnose na čimbenike: „humanizam“, „njegovanje osjetljivosti prema sebi i drugima“, „rješavanje problema“ i „podučavanje“ (97). Upitnik CNPI-70 primijenjen je u američkoj studiji čiji je cilj bio ispitati primjenu čimbenika skrbi medicinskih sestara u zdravstvenoj njezi u kući. Rezultati su potvrdili da se stavovi i ponašanja na temelju teorije skrbi često primjenjuju u ustanovama za zdravstvenu njegu u kući, a regresijska je analiza pokazala da su dob, godine radnog iskustva i razina obrazovanja značajno povećali učestalost primjene (73). To je djelomice u skladu s rezultatima istraživanja Vujanić i sur. koji potvrđuju da su ispitanici s radnim iskustvom do 15 godina procijenili značajno manju učestalost primjene stavova i ponašanja iz podskala: „humanizam“ „njegovanje osjetljivosti“, „izražavanje osjećaja“, „rješavanje problema“ i „duhovnost “ u odnosu na ispitanike s više od 30 godina radnog iskustva. Međutim, nisu utvrđene značajne razlike u primjeni skrbi prema razini obrazovanja (97). Drugi autori također ne nalaze jasnu korelaciju i rezultati potvrđuju da nema značajnih razlika u primjeni skrbi s obzirom na razinu obrazovanja (55, 93). Ponašanja pri skrbi trebaju se razvijati tijekom obrazovanja kao kritičan element učenja vrijednosti i biti sestrinske profesije (98). Jiang i sur. primijetili su da medicinske sestre s visokim obrazovanjem imaju višu razinu kompetencija i rezultate izvodljivosti (99) što je u skladu s rezultatima novije literature koja opisuje da obrazovanje i radno iskustvo koreliraju s višom razinom stavova i ponašanja prema skrbi (100).

U relevantnoj literaturi o primjeni skrbi u kliničkoj praksi većina zaključaka upućuje na činjenicu da se sestrinska skrb može podučavati, stoga je uključivanje teorija skrbi u kurikulum zdravstvene njege bolesnika bitno za poboljšanje ishoda liječenja bolesnika. Teorije skrbi

sugeriraju da medicinske sestre koje primjenjuju vještine skrbi pokazuju suosjećanje kako bi ublažile patnju bolesnika i obitelji doprinoseći vlastitoj aktualizaciji. Bolesnici imaju najveću korist od skrbi koja se pruža u stručnom okruženju. Tek pomoću vrijednosti takve zdravstvene njege medicinska sestra može nadići jednostavnu provedbu svakodnevnih zadataka te osjetiti ispunjenje i zadovoljstvo u svojem pozivu (81, 90, 93, 101).

1.5. Važnost sestrinske skrbi iz percepcije bolesnika, medicinskih sestra i studenata sestrinstva

Percepcija skrbi kao i individualne razlike mogu izravno utjecati na radno ponašanje. Ljudi s različitim percepcijama imaju različite karakteristike, potrebe, svjetonazore i međuodnos s nadređenima, suradnicima, podređenima i korisnicima (102).

1.5.1. Važnost sestrinske skrbi iz percepcije medicinskih sestara i bolesnika

Usporedne studije koje se bave percepcijom medicinskih sestara i bolesnika o ponašanju u skrbi provode se u različitim okruženjima, uključujući bolnice, centre za fizikalnu terapiju i rehabilitaciju, a rezultati su tih studija kontradiktorni i pokazuju značajne razlike među rangiranjima važnosti ponašanja medicinske sestre tijekom skrbi (8, 103 - 108). Također, relevantne studije opisuju da medicinske sestre nisko ocjenjuju i zanemaruju vlastita ponašanja tijekom skrbi, a favoriziraju kognitivnu i psihomotornu domenu kompetencija radi učinkovitije tehničke izvedbe zadataka (99, 109, 110). Niska razina afektivne sestrinske skrbi i nedostatak individualiziranog i humanog pristupa dijelom su posljedice pretjerane opterećenosti medicinskih sestara dodatnim poslovima (npr. administracija) koji ih odvlače od njihovih bolesnika (47, 72, 99, 109 - 111). Felgen i sur. naglašavaju da korisnici zdravstvene skrbi očekuju humano ponašanje i postaju zadovoljni i vjerni klijenti kada ga doživljavaju u okviru primanja zdravstvene zaštite (112). Međutim, u suvremenom okruženju zdravstvene zaštite, brižnost i humanost često su manje važni zbog nastojanja da se provedu zadaće i naplati usluga bez obzira na to što je bolesnicima važnije doživjeti humanost (112). Suprotno tomu rezultati istraživanja Papastavrou i sur. upućuju na to da bolesnici smatraju važnijima instrumentalne, tehničke vještine u skrbi više nego medicinske sestre, a medicinske sestre percipiraju svoje psihološke vještine i afektivno ponašanje pri njezi važnijima nego bolesnici (2, 49). Rezultati studije provedene u Švicarskoj potvrdili su visoke ocjene bolesnikove percepcije važnosti skrbi, a medicinske su sestre važnost skrbi ocijenile još više. Bolesnici su najvažnijim ocijenili čestice koje se odnose na klinički aspekt skrbi, a medicinske su sestre podjednako važnima procijenile i humanistički i klinički aspekt skrbi (73, 113).

1.5.2. Važnost sestrinske skrbi iz percepcije studenata sestrinstva

Relevantna literatura sugerira da na percepcije i primjenu skrbi utječu čimbenici poput razine znanja i formalno obrazovanje (114) te trajanje neposrednog rada medicinskih sestara s bolesnicima (3, 115, 116). Pritom se naglašava važnost što ranijeg upoznavanja medicinskih sestara s načelima skrbi, i to već u najranijim fazama formalnog obrazovanja kada medicinske sestre stječu i dodatno razvijaju obilježja skrbi (117), a kasnije i tijekom rada (118). Kada se koncept skrbi prihvati kao temelj profesionalne sestrinske prakse i obrazovanja, to će medicinskim sestrama omogućiti primjenu vrijednosti koncepata (62, 117, 118). Iako je uloga kliničkog okruženja prepoznata kao bitna u razvoju kompetencija za skrb, ono također može djelovati kao opstrukcijski čimbenik kada klinički mentori, menadžeri i drugi zdravstveni djelatnici ne pridaju važnost kulturi skrbi (119, 120). Stoga brojni autori istražuju obrazovni kontekst i socijalizaciju s idealima skrbi radi otkrivanja i razvijanja odgovarajućih procesa učenja (38, 121, 122). Međutim, ta istraživanja upućuju na vrlo pesimističan trend. Idealistički stavovi o skrbi s kojima studenti ulaze u sustav obrazovanja postupno su smanjivani i narušavani tijekom njihova obrazovanja; njihova percepcija skrbi i ponašanja pri skrbi mijenjaju se i postaju usredotočeni na tehničke aspekte skrbi (106, 123, 124). Watson i sur. u longitudinalnoj studiji utvrdili su da su studenti studija sestrinstva nakon 12 mjeseci obrazovanja izgubili dio svojeg idealističkog stava o skrbi, a nakon 24 mjeseca postao je više u skladu s profesionalnim i tehničkim aspektima (125, 126). Rezultati studije provedene u Velikoj Britaniji pokazuju da je na kraju obrazovnog programa sestrinstva došlo do gubitka idealističkog stava o skrbi i utvrđeni su negativni aspekti koje su studenti tijekom studiranja otkrili u kliničkoj praksi (123). Ti su rezultati u suprotnosti s rezultatima Eklund-Myrskoga u kojima je većina studenata na kraju sestrinskog obrazovanja razvila dublje razumijevanje znanosti o skrbi (127).

Studenti sestrinstva u studiji provedenoj u Litvi skrb percipiraju kao stečena tehnička znanja i sposobnosti koja omogućuju pomoć bolesnicima pri kontroli vitalnih funkcija i fizički rad smatraju kao pravu skrb (128). To je u skladu s rezultatima istraživanja Khademian i sur. provedenog u Iranu u kojem studenti najvažnijim smatraju znanja i vještine (monitoring, promatranje bolesnika, podučavanje i olakšavanje), a najmanje važnim smatraju emocionalan aspekt skrbi (odnos povjerenja, udobnost) (129). Suprotno tomu, rezultati studije Karaöza provedene u Turskoj pokazuju da studenti percipiraju skrb kao profesionalan odnos pomaganja i kao tehničku kompetenciju (130).

Osim kliničkog okruženja, i drugi su čimbenici prepoznati kao utjecajni u procesu učenja zdravstvene njege. Studenti uče zdravstvenu njegu ne samo tijekom kliničkog obrazovanja, već i iz različitih iskustava, primjerice iz cjelovitog okruženja podučavanja i učenja te iz razvijene kulture pružanja skrbi nastavnog osoblja (131, 132). Stoga Brown smatra da je nužno razmotriti i emocionalne dimenzije u nastavnom planu sestrinstva umjesto usredotočivanja samo na znanje i vještine (133). Naime kada se veća važnost pridaje fizičkim aspektima skrbi, a manje socijalnim i duhovnim, cijela se osoba svodi na status objekta što se ne slaže s filozofijom, vrijednostima, nasljeđem, teorijama i profesionalnim stavovima sestrinstva (134). Watson upozorava da takav trend može dovesti do nezadovoljstva bolesnika sestrinskom skrbi. Nezadovoljstvo pruženom skrbi, pri čemu se osoba osjeća kao objekt, velika je prijetnja kvaliteti zdravstvenog sustava, stoga je potrebno baviti se važnosti sestrinske skrbi u kliničkoj praksi, istraživanjima i obrazovanju (134).

Aupia i sur. u studiji provedenoj u Indoneziji ističu da su ponašanja tijekom skrbi ispitivana različitim instrumentima s različitim ciljnim skupinama, ali da nijedna studija prije navedene nije istodobno ispitivala medicinske sestre, bolesnike i studente. Ističu da je od vitalne važnosti za profesionalce zdravstvenih zanimanja utvrditi razlike ponašanja u skrbi iz percepcije tih ciljnih skupina – ispitanika, ali na većem broju od ukupno 158 ispitanika koliko je obuhvaćala njihova studija (135).

U Republici je Hrvatskoj do sada provedeno samo istraživanje Vujanić i sur. koje je ispitivalo kako medicinske sestre samoprocjenjuju učestalost primjene međuodnosa medicinska sestra – bolesnik tijekom sestrinske skrbi (97). Pregledom srodne literature uočava se da je, unatoč brojnim istraživanjima o skrbi u sestrinskoj profesiji na globalnoj razini, još uvijek nedostatan broj studija koje istovremeno ispituju razlike o važnosti skrbi iz percepcije medicinskih sestara, ali i bolesnika i studenata studija sestrinstva (135 - 137). Manjak istraživanja može utjecati na globalno razumijevanje važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi. Prijeko je potrebno da medicinske sestre usklade odnose s bolesnikom tijekom skrbi temeljem percepcije važnosti tih odnosa iz različitih skupina radi profesionalnog i osobnog razvoja, većeg zadovoljstva i sigurnosti bolesnika, odnosno radi unaprjeđenja kvalitete zdravstvene njege i cijele organizacije. Stoga ovom studijom nastojimo pomoći ispuniti taj nedostatak pružanjem rezultata percepcije o važnosti skrbi u kliničkoj praksi polazeći od činjenice da stavovi imaju važan utjecaj na ponašanje te da je bitno prevenirati i djelovati u različitim fazama stavova.
Svrha je ovoga rada ispitati postoje li razlike u važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi iz percepcije bolesnika, medicinskih sestara i studenata

studija sestrinstva kako bi se povećala usklađenost njihovih stavova o skrbi i time osigurali znanstveni temelji za donošenje odluka o pravilnicima i standardima koji se odnose na rad medicinskih sestara u kliničkoj praksi i kvalitetu pružene zdravstvene skrbi. Pravovremeno utvrđivanje mogućih razlika u percepcijama bolesnika i medicinskih sestara uputilo bi na važnost neprekidnog osnaživanja stavova medicinskih sestara i studenata sestrinstva prema skrbi već od najranijih faza njihova obrazovanja i profesionalne identifikacije u skladu sa standardima i iskonskim vrijednostima sestrinskoga zanimanja usklađenih s vrijednostima, potrebama i navikama bolesnika.

2. HIPOTEZA

Postoji razlika u percepciji bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi. Bolesnici u odnosu na medicinske sestre i studente sestrinstva pridaju značajno više važnosti međuodnosu medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi.

3. CILJ ISTRAŽIVANJA

Glavni je cilj doktorskoga rada ispitati percepciju bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi.

Posebni su ciljevi usmjereni na sljedeća pitanja:

- ispitati razinu percepcije bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi
- ispitati postoje li razlike u percepciji bolesnika, medicinskih sestara i studenta sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi
- ispitati postoje li razlike u percepciji bolesnika o važnosti međuodnosa medicinska sestra – bolesnik tijekom skrbi s obzirom na broj hospitalizacija, dob, spol, razinu obrazovanja, mjesto stanovanja
- ispitati postoje li razlike u percepciji medicinskih sestara o važnosti međuodnosa medicinska sestra – bolesnik tijekom skrbi s obzirom na godine radnog iskustva, razinu obrazovanja, završenu srednju školu i mjesto stanovanja
- ispitati postoje li razlike u percepciji studenata sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinska sestra – bolesnik tijekom skrbi s obzirom na godinu studija, radno iskustvo i mjesto stanovanja.

4. ISPITANICI I METODE

4.1. Ustroj studije

Provedeno je presječno istraživanje. Podatci su prikupljani u Kliničkom bolničkom centru Osijek (KBC Osijek) na četirima klinikama: Klinici za kirurgiju, Klinici za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata, Klinici za ginekologiju i opstetriciju, Klinici za unutarnje bolesti, dvama zavodima: Zavodu za urologiju, Zavodu za ortopediju i traumatologiju te na nastavnim bazama Fakulteta za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek. Anketne upitnike podijelile su kontakt-osobe koje je odredio istraživač.

- Bolesnici su upitnik ispunjavali u bolesničkoj sobi. Popunjeni su se upitnici od bolesnika prikupljali kasnije istoga dana kako bi se povećala stopa odgovora.
- Medicinske sestre koje su bile ispitane, nakon ispunjavanja odložile su upitnik u kutiju namijenjenu za tu svrhu, a koja se nalazila u sobi glavne sestre. Medicinskim je sestrama upućen usmeni podsjetnik 1 – 2 tjedna od raspodjele upitnika kako bi se omogućila povećana stopa odgovora.
- Studenti su upitnike ispunjavali u predavaonicama prije početka predavanja. Ispitivač je unaprijed dogovorio vrijeme s predavačem te obavijestio studente o provedbi istraživanja.

Vrijeme ispunjavanja upitnika nije bilo ograničeno, a prosječno je trajanje bilo oko 30 minuta. Iz istraživanja bile su isključene medicinske sestre koje su imale kratke interakcije s bolesnicima (npr. sestre u polikliničkom dijelu bolnice, operacijskom bloku, hitnom prijamu…) i bolesnici korisnici navedenog jer analiza literature o skrbi navodi da apstraktnost koncepta i klinička realnost u nekim situacijama (npr. kratke interakcije s bolesnicima koji dolaze u ambulantu) ograničavaju razvoj međuodnosa tijekom skrbi temeljen na bazi znanja o teoriji skrbi J. Watson (138).

4.2. Ispitanici

U istraživanje je bilo uključeno 672 ispitanika:

- 291 bolesnik hospitaliziran minimalno 48 sati u Kliničkom bolničkom centru Osijek na Klinici za kirurgiju, Klinici za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata, Klinici za ginekologiju i opstetriciju, Klinici za unutarnje bolesti, Zavodu za urologiju, Zavodu za ortopediju i traumatologiju.

- 155 medicinskih sestara/medicinskih tehničara s licencijom za samostalan rad, zaposlenih na istim klinikama/zavodima Kliničkog bolničkog centra Osijek gdje su hospitalizirani anketirani bolesnici.
- 226 studenata preddiplomskog i diplomskog studija Sestrinstvo Fakulteta za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek koji su na istim klinikama/zavodima obavljali kliničku nastavu.

Veličina je uzorka medicinskih sestara i bolesnika izračunana primjenom mrežne programske podrške *„Sample Size Calculator"* tvrtke Creative Research Systems (139).
Izračun se uzorka medicinskih sestara temeljio na ukupnom broju medicinskih sestara zaposlenih na ispitivanim odjelima i definiranim uključnim kriterijima (N = 209) uz početno definirane vrijednosti intervala pouzdanosti od 3,99 %, razine pouzdanosti 95 % i razine značajnosti (α = 0,05). Izračun preporučene veličine uzorka za ovu je studiju iznosio 155 medicinskih sestara.

Uzorak se bolesnika također temeljio na ukupnom broju bolesnika hospitaliziranih na ispitivanim odjelima u terminu provođenja istraživanja, prema uključnim kriterijima (N = 330), uz početno definirane vrijednosti intervala pouzdanosti od 3,99 %, razine pouzdanosti 95 % i razine značajnosti (α = 0,05). Izračun optimalne veličine uzorka za ovu studiju iznosio je 213 bolesnika.

Studenti su činili prigodan uzorak prema broju studenata na godini studija Sestrinstvo.

4.3. Metode

Instrument ispitivanja bio je anketni upitnik. U prvom su dijelu upitnika pitanja o općim obilježjima ispitanika i razlikuje se prema ciljnoj skupini/ispitanicima:

- bolesnici (spol, dob, stručna sprema, zanimanje, mjesto stanovanja, odjel na kojem su hospitalizirani, broj hospitalizacija)
- studenti studija Sestrinstvo (spol, dob, godina studija, radni odnos, trajanje radnog staža u struci)
- medicinske sestre (spol, dob, mjesto stanovanja, koju su srednju školu završile, razina obrazovanja, godina radnog staža u struci, klinički odjel na kojem rade).

Kako bi se istražila važnost međuodnosa medicinska sestra – bolesnik tijekom sestrinske skrbi, na početku je upitnika istaknuto pitanje:

- Koliko važnim smatrate međuodnos medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi u svakoj od sljedećih izjava?

Drugi dio upitnika činio je standardizirani upitnik Međuodnos medicinska sestra – bolesnik, inačica za medicinske sestre/studente/inačica za bolesnike.

Anketni upitnik *Croatian translation of the CNPI-70 scale*; Međuodnos medicinska sestra – bolesnik, inačica za medicinske sestre/studente/inačica za bolesnike sa 70 čestica preveden je s engleskog na hrvatski jezik putem sljedećih koraka: prevođenje dvaju dvojezičnih stručnjaka, samostalno; unatražni prijevod, bez ikakva pozivanja na izvorni tekst instrumenta; usporedba izvornika i prevedenih stavki drugog dvojezičnog stručnjaka. Prilagođen je normama i standardima sestrinske skrbi u kliničkoj praksi u Republici Hrvatskoj pomoću docentice iz područja sestrinstva Fakulteta za dentalnu medicinu i zdravstvo u Osijeku, profesorice psihologije i dvaju magistara sestrinstva – doktoranada. Svi su navedeni predavači i mentori sa studija Sestrinstvo, s više od 25 godina kliničkoga iskustva. Sadržajnu su valjanost upitnika ispitala dva stručnjaka iz područja sestrinstva. Za uporabu upitnika dobivena je suglasnost prve autorice Sylvie Cossette inf. PhD, Professor, The Faculty of Nursing, University of Montreal, The Research Center, Montreal Heart Institute, Quebec, Canada (prilog 1).

U originalu ta skala nosi naziv *Caring Nurse-Patient Interactions Scale: 70-item Version* (*nurse/nursing students version*) i (*patient version*) (*CNPI-70*), a konstruirala ju je Cossette, Cara, Ricard i Pepin 2005. godine na temelju teorije skrbi koju je razvila J. Watson (140). Sedamdeset čestica upitnika opisuje stavove i ponašanja ispitanika prema skrbi u kliničkoj praksi i mogu mjeriti važnost, kompetentnost, učestalost i primjenjivost. Formulacija čestica razlikuje se prema ciljnoj skupini. Čestice upitnika odražavaju čimbenike skrbi organizirane u deset podskala: humanizam (1 – 6), nada (7 – 13), osjetljivost (14 – 19), odnos pomaganja (20 – 26), izražavanje osjećaja (27 – 32), rješavanje problema (33 – 38), poučavanje (39 – 47), okolina (48 – 54), potrebe (55 – 64) i duhovnost (65 – 70). Svaka je tvrdnja vrjednovana na petstupanjskoj Likertovoj skali od „nimalo – 1“, do „vrlo mnogo – 5“. Formulacija se čestica razlikuje prema ciljnoj skupini – ispitanicima te je upotrijebljena inačica za medicinske sestre, inačica za studente sestrinstva i inačica za bolesnike (140).

Pouzdanost CNPI-70 skale

Pouzdanost skale važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika te njezinih područja ispitana je pomoću Cronbach alpha koeficijenta. Vrijednost Cronbach alpha koeficijenta (0,977) pokazuje visoku razinu pouzdanosti upitnika. Prema pojedinim područjima percepcije skrbi, Cronbach alpha koeficijent ima visoke vrijednosti pouzdanosti svakog područja, u rasponu od 0,772 do 0,901 (tablica 4.1).

Tablica 4.1. Pouzdanost CNPI-70 skale (N= 672)

Područja skrbi CNPI-70	Broj čestica	α*	Granica 95 % raspona pouzdanosti	
			Donja	Gornja
humanizam	6	0,772	4,26	4,35
nada	7	0,872	4,39	4,47
osjetljivost	6	0,868	4,05	4,15
odnos pomaganja	7	0,849	4,31	4,40
izražavanje osjećaja	6	0,863	4,22	4,32
rješavanje problema	6	0,901	4,13	4,23
poučavanje	9	0,885	4,28	4,37
okolina	7	0,873	4,43	4,52
potrebe	10	0,879	4,53	4,60
duhovnost	6	0,899	4,25	4,35
Ukupno	70	0,977	4,31	4,39

*α = koeficijent pouzdanosti *Cronbach's alpha*

4.4. Statističke metode

Kategorijski su podatci predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli ispitana je Shapiro -Wilkovim testom. Brojčani podatci opisani su aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom jer su varijable slijedile normalnu raspodjelu. Razlike numeričkih varijabli između dviju nezavisnih skupina ispitane su Studentovim t-testom, a među više nezavisnih skupina jednosmjernom analizom varijance (ANOVA). Razlike varijabli između više zavisnih skupina ispitane su jednosmjernom analizom varijance za ponavljana mjerenja pri čemu se koristila i višestruka usporedba aritmetičkih sredina u zavisnim skupinama, post-hoc analiza, ispitana Fisherovim LSD testom. Za utvrđivanje međusobnog doprinosa među varijablama te međusobne ovisnosti jedne zavisne varijable o drugim prediktorskim varijablama upotrijebila se višestruka hijerarhijska regresijska analiza (141 - 143).

Pouzdanost instrumenata ispitana je mjerama pouzdanosti, Cronbach alpha koeficijentom s 95 % intervala pouzdanosti. Razina značajnosti postavljena je na Alpha = 0,05. Za statističku obradu podataka upotrijebljen je program SPSS for Windows (inačica 22.0, IBM SPSS, Armonk, NY, SAD).

4.5. Etička načela

Za istraživanje je dobiveno pozitivno mišljenje i suglasnost Etičkog povjerenstva za istraživanja Medicinskog fakulteta Osijek o predloženom istraživanju te suglasnost Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara i tehničara KBC Osijek. Tijekom istraživanja poštivala su se sva etička načela i ljudska prava u biomedicinskom istraživanju u području biomedicine i zdravstva uključujući standarde korištenja postupaka u znanstvenim istraživanjima. Ispitanici su bili obaviješteni o cilju istraživanja, dobili su pisanu obavijest za ispitanike i izjavu i dokument o pristanku i suglasnosti obaviještenog ispitanika za sudjelovanje, dobrovoljno su pristali sudjelovati u njemu što su potvrdili svojim potpisom.

5. REZULTATI

5.1. Obilježja ispitanika

5.1.1. Bolesnici

Od ukupno 672 ispitanika u istraživanju, 291 (43,3 %) je bio hospitaliziran bolesnik, od kojih je 140 (48,1 %) bilo žena i 151 (51,9 %) muškarac (tablica 5.1). Ispitanici su bili u rasponu dobi od 18 do 95 godina starosti. Najveći broj ispitanika bolesnika živi u gradu, njih 146 (50,2 %). S obzirom na razinu obrazovanja, značajno najveći broj bolesnika, njih 189 (64,9 %), ima srednju stručnu spremu. Najveći broj bolesnika, njih 76 (26,1 %), hospitaliziran je na Klinici za unutarnje bolesti. Najveći broj bolesnika, njih 128 (44 %), hospitaliziran je od tri do pet puta (tablica 5.1).

Tablica 5.1. Obilježja ispitanika – bolesnici (N = 291)

Obilježja ispitanika		Broj (%)	*P**
Spol	muškarci	151 (51,9)	0,519
	žene	140 (48,1)	
Dob (godina)	18 – 40	38 (13,1)	
	41 – 60	87 (29,9)	< 0,001
	61– 90	166 (57,0)	
Mjesto stanovanja	grad	146 (50,2)	0,954
	selo	145 (49,8)	
Stručna sprema	osnovna škola	70 (24,1)	
	srednja stručna sprema	189 (64,9)	< 0,001
	visoka stručna sprema	32 (11,0)	
Odjel	Traumatologija i ortopedija	56 (19,2)	
	Kirurgija	22 (7,6)	
	Ginekološka onkologija	30 (10,3)	
	Urologija	23 (7,9)	< 0,001
	ORL	18 (6,2)	
	Onkologija	66 (22,7)	
	Interna klinika – kardiologija	76 (26,1)	
Broj hospitalizacija	1 – 2	123 (42,3)	
	3 – 5	128 (44,0)	< 0,001
	6 i više	40 (13,7)	

*χ^2 test

5.1.2. Medicinske sestre

Od ukupno 672 ispitanika u istraživanju, 155 (23 %) je medicinskih sestara i tehničara (tablica 5.2). Značajno je više bilo medicinskih sestara, njih 130 (83,9 %), u odnosu na 25 (16 %) medicinskih tehničara. Ispitanici su bili u rasponu dobi od 20 do 64 godine starosti. Najveći broj medicinskih sestara i tehničara živi u gradu, njih 96 (61,9 %). S obzirom na razinu obrazovanja, značajno najveći broj medicinskih sestara i tehničara, njih 112 (72,3 %), ima temeljnu naobrazbu (tablica 5.2).

Tablica 5.2. Obilježja ispitanika – medicinske sestre (N = 155)

Obilježja ispitanika		Broj (%)	*P**
Spol	muškarci	25 (16,1)	< 0,001
	žene	130 (83,9)	
Dob (godina)	18 – 25	28 (18,1)	
	26 – 40	54 (34,8)	< 0,001
	> 40	73 (47,1)	
Mjesto stanovanja	grad	96 (61,9)	< 0,001
	selo	59 (38,1)	
Razina obrazovanja	temeljno obrazovanje	112 (72,3)	< 0,001
	fakultetsko obrazovanje	43 (27,7)	
Radni staž (godine)	≤ 5	38 (24,5)	
	6 – 20	45 (29,0)	< 0,001
	> 21	72 (46,5)	
Radno mjesto	Traumatologija i ortopedija	40 (25,8)	
	Kirurgija	34 (21,9)	
	Ginekološka onkologija	15 (9,7)	
	Urologija	7 (4,5)	< 0,001
	ORL	11 (7,1)	
	Onkologija	21 (13,5)	
	Interna klinika – kardiologija	27 (17,4)	

*χ^2 test

5.1.3. Studenti

U istraživanju je od ukupno 672 ispitanika bilo 226 (33,6 %) studenata sestrinstva među kojima je značajno više bilo studentica, njih 190 (84,1 %), u odnosu na 36 (15,9 %) studenata. Studenti su bili u rasponu dobi od 19 do 57 godina starosti. Značajno najveći broj studenata živi u gradu, njih 136 (60,2 %). Značajno je najveći broj studenata na trećoj godini studija, njih 64 (28,3 %), a svega ih je 26 (11,5 %) na prvoj godini studija. Srednju medicinsku školu završio je značajno najveći broj studenata, njih 174 (77,0 %), a značajno više studenata, njih 161 (71,2 %), nije zaposleno u struci (tablica 5.3).

Tablica 5.3. Obilježja ispitanika – studenti (N = 226)

Obilježja ispitanika		Broj (%)	*P**
Spol	muškarci	36 (15,9)	< 0,001
	žene	190 (84,1)	
Dob (godina)	18 – 21	103 (45,6)	
	22 – 25	66 (29,2)	< 0,001
	> 26	57 (25,2)	
Mjesto stanovanja	grad	136 (60,2)	< 0,001
	selo	90 (39,8)	
Završena srednja škola	srednja medicinska škola	174 (77,0)	
	srednja strukovna škola	11 (4,9)	< 0,001
	gimnazija	41 (18,1)	
Rad u struci	da	65 (28,8)	< 0,001
	ne	161 (71,2)	
Godina studija	prva	26 (11,5)	
	druga	58 (25,7)	
	treća	64 (28,3)	< 0,001
	četvrta	30 (13,3)	
	peta	48 (21,2%)	

*χ^2 test

5.2. Percepcija bolesnika, medicinskih sestra i studenta sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi

5.2.1. Percepcija bolesnika o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Razdiobom tvrdnji ukupne skale CNPI-70 razvidno je da najveći broj bolesnika visoko vrjednuje tvrdnju „*Lijekove daju u određeno vrijeme"* iz područja potrebe, njih 229 (78,7 %) procjenom izrazito mnogo (tablica 5.12). Najveći broj bolesnika vrijednost ne daje tvrdnji „*Ne zauzimaju stav neodobravanja"* iz područja *humanizam* procjenom nimalo, njih 18 (6,2 %), ili malo, njih 17 (5,8 %) (tablica 5.4).

U tablicama od 5.5 do 5.13 dana je razdioba ispitanika – bolesnika u područjima *nada, osjetljivost, odnos pomaganja, izražavanje osjećaja, rješavanje problema, poučavanje, okolina, potrebe i duhovnost* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 (tablica 5.5 – tablica 5.13).

Tablica 5.4. Razdioba ispitanika – bolesnika u području *humanizam* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI **Područje *humanizam***	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Pristupaju mi kao pojedincu i pokazuju da nisu zainteresirani samo za moj zdravstveni problem.	22 (7,6)	10 (3,4)	40 (13,7)	80 (27,5)	139 (47,8)
Pokušavaju gledati na situaciju iz moje perspektive.	6 (2,1)	6 (2,1)	41 (14,1)	96 (33,0)	142 (48,8)
Prihvaćaju me takvog kakav jesam.	2 (0,7)	2 (0,7)	26 (8,9)	62 (21,3)	199 (68,4)
Poštuju mene i moje najbliže.	2 (0,7)	3 (1,0)	23 (7,9)	72 (24,7)	191 (65,6)
Ne zauzimaju stav neodobravanja.	18 (6,2)	17 (5,8)	44 (15,1)	85 (29,2)	127 (43,6)
Sa mnom i mojim najbližima imaju human i topao odnos.	2 (0,7)	3 (1,0)	27 (9,3)	77 (26,5)	182 (62,5)

Tablica 5.5. Razdioba ispitanika – bolesnika u području *nada* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 **Područje *nada***	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Pokazuju da su dostupne ako ih trebam.	2 (0,7)	3 (1,0)	11 (3,8)	55 (18,9)	220 (75,6)
Potiču me na razvijanje samopouzdanja.	4 (1,4)	4 (1,4)	34 (11,0)	76 (26,1)	173 (59,5)
Potiču me na pozitivan stav o mojem zdravstvenom stanju.	2 (0,7)	3 (1,0)	19 (6,5)	73 (25,1)	194 (66,7)
Uvažavaju moje osjećaje.	3 (1,0)	6 (2,1)	32 (11,0)	78 (26,8)	172 (59,1)
Potiču me nadanju kada je to primjereno.	2 (0,7)	5 (1,7)	25 (8,6)	89 (30,6)	170 (58,4)
Pomažu pri traženju motivacije za poboljšanje mojega zdravstvenog stanja.	1 (0,3)	3 (1,0)	36 (12,4)	75 (25,8)	176 (60,5)
Uvažavaju ono što sam znam o svojem zdravstvenom stanju.	3 (1,0)	4 (1,4)	35 (12,0)	106 (36,4)	143 (49,1)

Tablica 5.6. Razdioba ispitanika – bolesnika u području *osjetljivost* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 Područje *osjetljivost*	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Pitaju kako bi željeli da se provedu postupci.	7 (2,4)	14 (4,8)	54 (18,6)	96 (33,0)	120 (41,2)
Pokazuju meni i bližnjima da su svjesni naših osjećaja.	3 (1,0)	9(3,1)	27 (9,3)	97 (33,3)	155 (53,3)
Sposobni su izabrati pravi trenutak za raspravu o mojem zdravstvenom stanju i pravodobno reagirati.	2 (0,7)	5 (1,7)	36 (12,4)	85 (29,2)	163 (56,0)
Sposobni su na primjeren način izraziti osjećaje o mojoj situaciji.	2 (0,7)	9 (3,1)	36 (12,4)	86 (29,6)	158 (54,3)
Pomažu mi spoznati kako i moji bližnji doživljavaju novonastalu situaciju.	4 (1,4)	10 (3,4)	39(13,4)	93 (32,0)	145 (49,8)
Upoznaju moje bližnje s mojim trenutačnim zdravstvenim stanjem (uz moj pristanak).	5 (1,7)	5 (1,7)	39 (13,4)	79 (27,1)	163 (56,0)

Tablica 5.7. Razdioba ispitanika – bolesnika u području *odnos pomaganja* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 Područje *odnos pomaganja*	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Pozorno slušaju mene i moje bližnje.	3 (1,0)	3 (1,0)	31 (10,7)	83 (28,5)	171 (58,8)
Jasno se predstavljaju imenom i funkcijom.	14 (4,8)	19 (6,5)	46 (15,8)	72 (24,7)	140 (48,1)
Odgovaraju odmah, ako je to moguće, kada ih pozovem.	1 (0,3)	1 (0,3)	26 (8,9)	84 (28,9)	179 (61,5)
Poštuju svoje zadaće – što kažu, to i naprave.	3 (1,0)	4 (1,4)	15 (5,2)	78 (26,8)	191 (65,6)
Pri njezi ne ostavljaju dojam da su zauzeti nečim drugim.	10 (3,4)	3 (1,0)	34 (11,7)	81 (27,8)	163 (56,0)
Ne prekidaju me kada govorim.	10 (3,4)	5 (1,7)	28 (9,6)	87 (29,9)	161 (55,3)
Ne osuđuju strogo moje ideje i ponašanje.	10 (3,4)	6 (2,1)	42 (14,4)	90 (30,9)	143 (49,1)

Tablica 5.8. Razdioba ispitanika – bolesnika u području *izražavanje osjećaja* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 Područje *izražavanje osjećaja*	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Potiču me da slobodno izražavam svoje misli i osjećaje.	2 (0,7)	9 (3,1)	36 (12,4)	89 (30,6)	155 (53,3)
Ostaju mirni kada sam ljut/a.	3 (1,0)	6 (2,1)	41 (14,1)	86 (29,6)	155 (53,3)
Pomažu mi razumjeti moje osjećaje u situaciji u kojoj se nalazim.	1 (0,3)	7 (2,4)	23 (7,9)	89 (30,6)	171 (58,8)
Ne smanjuju svoju prisutnost u teškim trenutcima.	8 (2,7)	2 (0,7)	20 (6,9)	99 (34,0)	162 (55,7)
Pomažu mi prebroditi moje loše osjećaje.	3 (1,0)	7 (2,4)	30 (10,3)	92 (31,6)	159 (54,6)
Omogućuju mi izraziti bol, žalost, strah i slične osjećaje.	2 (0,7)	11 (3,8)	41 (14,1)	80 (27,5)	157 (54,0)

Tablica 5.9. Razdioba ispitanika – bolesnika u području *rješavanje problema* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 Područje *rješavanje problema*	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Pomažu mi postaviti realne ciljeve u skladu s mojim zdravstvenim stanjem.	2 (0,7)	3 (1,0)	36 (12,4)	97 (33,3)	153 (52,6)
Pomažu mi suočiti se sa stresom koji je prouzročilo moje zdravstveno stanje.	2 (0,7)	8 (2,7)	38 (13,1)	93 (32,,0)	150 (51,%)
Pomažu mi vidjeti situaciju iz drugog kuta.	4 (1,4)	10 (3,4)	35 (12,0)	104 (35,7)	138 (47,4)
Pomažu mi prepoznati sredstva za učinkovito rješavanje mojih problema.	4 (1,4)	6 (2,1)	34 (11,7)	105 (36,1)	142 (48,8)
Pokušavaju sa mnom utvrditi posljedice mojega ponašanja.	4 (1,4)	9 (3,1)	44 (15,1)	100 (34,4)	134 (46,0)
Obavještavaju mene i moje bližnje o resursima prilagođenim mojim potrebama (npr. dom zdravlja, rehabilitacijski centar i sl.).	8 (2,7)	6 (2,1)	32 (11,0)	95 (32,6)	150 (51,5)

Tablica 5.10. Razdioba ispitanika – bolesnika u području *poučavanje* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 Područje *poučavanje*	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Pomažu mi oblikovati i postavljati pitanja o mojoj bolesti i liječenju.	7 (2,4)	7 (2,4)	27 (9,3)	93 (32,0)	157 (54,0)
Provjeravaju razumijemo li moji bližnji i ja dobivenu informaciju.	6 (2,1)	7 (2,4)	30 (10,3)	80 (27,5)	168 (57,7)
Daju potrebne informacije ili mi omoguće pristup informaciji kako bi na temelju toga mogao/la donijeti odluku.	2 (0,7)	7 (2,4)	31 (10,7)	88 (30,2)	163 (56,0)
Unaprijed objasne zdravstvenu skrb i terapijske postupke.	3 (1,0)	9 (3,1)	32 (11,0)	71 (24,4)	176 (60,5)
Ne upotrebljavaju stručno nazivlje ili jezik koji moji bližnji i ja ne razumijemo.	11 (3,8)	13 (4,5)	32 (11,0)	81 (27,8)	154 (52,9)
Omoguće mi provoditi samozbrinjavanje.	3 (1,0)	3 (1,0)	30 (10,3)	87 (29,9)	168 (57,7)
Poštuju moju brzinu shvaćanja kada daju informacije ili odgovaraju na moja pitanja.	3 (1,0)	2 (0,7)	24 (8,2)	92 (31,6)	170 (58,4)
Nauče me uzimanju lijekova na vrijeme i njihovoj pripremi.	0 (0,0)	2 (0,7)	17 (5,8)	83 (28,5)	189 (64)
Daju upute i objasne kako riješiti ili spriječiti određene nuspojave lijekova ili terapijskih postupaka.	1 (0,3)	3 (1,0)	24 (8,2)	81 (27,8)	182 (62,5)

Tablica 5.11. Razdioba ispitanika – bolesnika u području *okolina* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 Područje *okolina*	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Razumiju me kada želim biti sam/a.	2 (0,7)	5 (1,7)	26 (8,9)	97 (33,3)	161 (55,3)
Pridonose mojoj udobnosti (npr. izmasiraju mi leđa, pomažu pri promjeni položaja, prilagode svjetlo, preporuče posebnu opremu i slično).	4 (1,4)	10 (3,4)	27 (9,3)	74 (25,4)	176 (60,5)
Nakon njege pospreme sobu.	2 (0,7)	2 (0,7)	23 (7,9)	82 (28,2)	182 (62,5)
Provjere djeluju li lijekovi na simptome (npr. slabost, bolove, zatvor, anksioznost i slično).	3 (1,0)	5 (1,7)	30 (10,3)	68 (23,4)	185 (63,6)
Poštuju moju privatnost (npr. ne izlažu me nepotrebno pogledima drugih).	2 (0,7)	5 (1,7)	21 (7,2)	72 (24,7)	191 (65,6)
Prije odlaska provjere imam li sve potrebno.	1 (0,3)	4 (1,4)	22 (7,6)	81 (27,8)	183 (62,9)
Pomažu mi jasno reći koje stvari želim da mi donesu određene osobe.	5 (1,7)	7 (2,4)	31 (10,7)	86 (29,6)	162 (55,7)

Tablica 5.12. Razdioba ispitanika – bolesnika u području *potrebe* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 Područje *potrebe*	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Pomažu mi pri osobnoj higijeni kada ju ne mogu sam/a provesti.	1 (0,3)	0 (0,0)	19 (6,5)	63 (21,6)	208 (71,5)
Sposobne su primijeniti terapijske postupke (npr. intravenoznu injekciju, previjanje i slično).	1 (0,3)	0 (0,0)	13 (4,5)	51 (17,5)	226 (77,7)
Sposobne su koristiti se posebnom opremom.	1 (0,3)	0 (0,0)	11 (3,8)	74 (25,4)	205 (70,4)
Lijekove daju u određeno vrijeme.	1 (0,3)	3 (1,0)	8 (2,7)	50 (15,2)	229 (78,7)
Potiču bližnje da mi budu potpora (uz moj pristanak).	3 (1,0)	7 (2,4)	23 (7,9)	84 (28,9)	174 (59,8)
Pozorno prate i bilježe moje zdravstveno stanje.	1 (0,3)	0 (0,0)	16 (5,5)	62 (21,3)	212 (72,9)
Pomažu mi osjetiti da imam određenu kontrolu nad svojom situacijom.	4 (1,4)	2 (0,7)	34 (11,7)	89 (30,6)	162 (55,7)
Sposobne su reagirati u situaciji kada je potrebno hitno intervenirati.	1 (0,3)	1 (0,3)	9 (3,1)	53 (18,2)	227 (78,0)
U kontaktu s bolesnicima pokazuju sposobnost i vještinu u načinu postupanja s njima.	1 (0,3)	1 (0,3)	21 (7,2)	55 (18,9)	213 (73,2)
Uvažavaju moje osnovne potrebe (npr. spavanje, osobna higijena i sl.).	1 (0,3)	4 (1,4)	12 (4,1)	65 (22,3)	209 (71,8)

Tablica 5.13. Razdioba ispitanika – bolesnika u području *duhovnost* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 Područje *duhovnost*	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Pomažu mi da se osjećam dobro u svojem stanju.	1 (0,3)	5 (1,7)	23 (7,9)	65 (22,3)	197 (67,7)
Prepoznaju i uvažavaju da me molitva, meditacije ili druge stvari mogu smiriti i dati mi nadu.	5 (1,7)	11 (3,8)	34 (11,7)	82 (28,2)	159 (54,6)
Pomažu mi razlučiti što je važno u mojem životu.	8 (2,7)	12 (4,1)	50 (17,2)	75 (25,8)	146 (50,2)
Pomažu mi razlučiti važnost koju sam/a pridajem svojem zdravstvenom stanju.	6 (2,1)	6 (2,1)	44 (15,1)	75 (25,8)	160 (55,0)
Pomažu mi naći određenu ravnotežu u životu.	6 (2,1)	11 (3,8)	57 (19,6)	73 (25,1)	144 (49,5)
Poštuju moje duhovne potrebe (molitva, meditacija)	9 (3,1)	10 (3,4)	33 (11,3)	69 (23,7)	170 (58,4)

5.2.2. Percepcija medicinskih sestara o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika bolesnika prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Razdiobom tvrdnji ukupne CNPI-70 skale razvidno je da najveći broj medicinskih sestara visoko vrjednuje tvrdnju „*Sposoban/a sam primijeniti terapijske postupke (npr. intravenoznu injekciju, previjanje i slično)*“ iz područja *potrebe*, i to njih 119 (76,8 %) procjenom izrazito mnogo (tablica 5. 22). Najveći broj medicinskih sestara vrijednost ne daje tvrdnji „*Ne zauzimaju stav neodobravanja“* iz područja *humanizam*. Procjenu nimalo dalo je njih devet (5,8 %), a procjenu malo 11 medicinskih sestara (7,1 %) (tablica 5.14).

U tablicama od 5.15 do 5.23 dana je razdioba ispitanika – medicinskih sestara u područjima *nada, osjetljivost, odnos pomaganja, izražavanje osjećaja, rješavanje problema, poučavanje, okolina, potrebe i duhovnost* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 (tablica 5.15 – 5.23).

Tablica 5.14. Razdioba ispitanika – medicinskih sestara u području *humanizam* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 Područje *humanizam*	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Pristupam bolesnicima kao pojedincima i pokazujem da nisam zainteresirana samo za njihov zdravstveni problem.	13 (8,4)	3 (1,9)	35 (22,6)	66 (42,6)	38 (24,5)
Pokušavam gledati na situaciju iz bolesnikove perspektive.	1 (0,6)	1 (0,6)	27 (17,4)	82 (52,9)	44 (28,4)
Bolesnike prihvaćam takve kakvi jesu.	0 (0,0)	0 (0,0)	23 (14,8)	57 (36,8)	75 (48,4)
Poštujem bolesnike i njihove najbliže.	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (3,2)	61 (39,4)	89 (57,4)
Ne zauzimam stav neodobravanja.	9 (5,8)	11 (7,1)	48 (31,0)	50 (32,3)	37 (23,9)
S bolesnicima i njihovim najbližima imam human i topao odnos.	0 (0,0)	0 (0,0)	30 (19,4)	62 (40,0)	63 (40,6)

Tablica 5.15. Razdioba ispitanika – medicinskih sestara u području *nada* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 Područje *nada*	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Bolesnicima pokazujem da sam dostupna ako me trebaju.	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (5,8)	62 (40,0)	84 (54,2)
Bolesnike potičem na razvijanje samopouzdanja.	0 (0,0)	0 (0,0)	19 (12,3)	73 (47,1)	63 (40,6)
Bolesnike potičem na pozitivan stav o njihovu zdravstvenom stanju.	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (7,7)	76 (49,0)	67 (43,2)
Uvažavam bolesnikove osjećaje.	0 (0,0)	1 (0,6)	12 (7,7)	75 (48,4)	67 (43,2)
Bolesnike potičem nadanju kada je to primjereno.	0 (0,0)	0 (0,0)	32 (20,6)	76 (49,0)	47 (30,3)
Bolesnicima pomažem u traženju motivacije za poboljšanje njihova zdravstvenog stanja.	0 (0,0)	0 (0,0)	23 (14,8)	80 (51,6)	52 (33,5)
Uvažavam ono što bolesnici sami znaju o svojem zdravstvenom stanju.	0 (0,0)	2 (1,3)	40 (25,8)	68 (43,9)	45 (29,0)

Tablica 5.16. Razdioba ispitanika – medicinskih sestara u području *osjetljivost* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 Područje *osjetljivost*	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Bolesnike pitam kako bi željeli da se provedu postupci.	3 (1,9)	6 (3,9)	66 (42,6)	49 (31,6)	31 (20,0)
Pokažem bolesnicima i bližnjima da sam svjesna njihovih osjećaja.	0 (0,0)	2 (1,3)	34 (21,9)	74 (47,7)	45 (29,0)
Sposoban/a sam izabrati pravi trenutak za raspravu o bolesnikovu zdravstvenom stanju i pravodobno reagirati.	0 (0,0)	4 (2,6)	38 (24,5)	68 (43,9)	45 (29,0)
Sposoban/a sam na primjeren način izraziti osjećaje o bolesnikovoj situaciji.	0 (0,0)	0 (0,0)	29 (18,7)	80 (51,6)	46 (29,7)
Pomažem bolesnicima spoznati kako i njihovi bližnji doživljavaju novonastalu situaciju.	0 (0,0)	2 (1,3)	59 (38,1)	65 (41,9)	29 (18,7)
Upoznajem bolesnikove bližnje s bolesnikovim trenutačnim zdravstvenim stanjem (uz bolesnikov pristanak).	2 (1,3)	9 (5,8)	64 (41,3)	51 (32,9)	29 (18,7)

Tablica 5.17. Razdioba ispitanika – medicinskih sestara u području *odnos pomaganja* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 Područje *odnos pomaganja*	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Pozorno slušam bolesnike i njihove bližnje.	0 (0,0)	1 (0,6)	17 (11,0)	87 (56,1)	50 (32,3)
Bolesnicima se jasno predstavim imenom i funkcijom.	4 (2,6)	5 (3,2)	34 (21,9)	59 (38,1)	53 (34,2)
Odgovorim odmah, ako je to moguće, kada me bolesnik pozove.	0 (0,0)	1 (0,6)	17 (11,0)	64 (41,3)	73 (47,1)
Poštujem svoje zadaće – što kažem, to i napravim.	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (5,2)	64 (41,3)	83 (53,5)
Pri njezi bolesnika ne ostavljam dojam da sam zauzeta nečim drugim.	2 (1,3)	1 (0,6)	22 (14,2)	78 (50,3)	52 (33,5)
Ne prekidam bolesnike kada govore.	2 (1,3)	4 (2,6)	25 (16,1)	71 (45,8)	53 (34,2)
Ne osuđujem strogo bolesnikove ideje i ponašanje.	3 (1,9)	9 (5,8)	41 (26,5)	60 (38,7)	42 (27,1)

Tablica 5.18. Razdioba ispitanika – medicinskih sestara u području *izražavanje osjećaja* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 Područje *izražavanje osjećaja*	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Bolesnike potičem da slobodno izražavaju svoje misli i osjećaje.	0 (0,0)	0 (0,0)	35 (22,6)	63 (40,6)	57 (36,8)
Ostajem mirna kada su bolesnici ljuti.	1 (0,6)	5 (3,2)	44 (28,4)	69 (44,5)	36 (23,2)
Pomažem bolesnicima razumjeti njihove osjećaje u situaciji u kojoj se nalaze.	0 (0,0)	1 (0,6)	29 (18,7)	76 (49,0)	49 (31,6)
Ne smanjujem svoju prisutnost kod bolesnika u teškim trenutcima.	2 (1,3)	0 (0,0)	35 (22,6)	69 (44,5)	9 (31,6)
Pomažem bolesnicima prebroditi njihove osjećaje.	0 (0,0)	2 (1,3)	31 (20,0)	71 (45,8)	51 (32,9)
Omogućujem bolesnicima izraziti bol, žalost, strah i slične osjećaje.	2 (1,3)	6 (3,9)	32 (20,6)	66 (42,6)	49 (31,6)

Tablica 5.19. Razdioba ispitanika – medicinskih sestara u području *rješavanje problema* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 **Područje *rješavanje problema***	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Pomažem bolesnicima postaviti realne ciljeve u skladu s njihovim zdravstvenim stanjem.	0 (0,0)	1 (0,6)	38 (24,5)	78 (50,3)	38 (24,5)
Pomažem bolesnicima suočiti se sa stresom koji je prouzročilo njihovo zdravstveno stanje.	0 (0,0)	1 (0,6)	29 (18,7)	80 (51,6)	45 (29,0)
Pomažem bolesnicima vidjeti situaciju iz drugog kuta.	0 (0,0)	1 (0,6)	37 (23,9)	75 (48,4)	42 (27,1)
Pomažem bolesnicima prepoznati sredstva za učinkovito rješavanje njihovih problema.	0 (0,0)	1 (0,6)	33 (21,3)	72 (46,5)	49 (31,6)
Pokušavam s bolesnicima utvrditi posljedice njihova ponašanja.	0 (0,0)	3 (1,9)	46 (29,7)	71 (45,8)	35 (22,6)
Obavještavam bolesnike i njihove bližnje o resursima prilagođenim njihovim potrebama (npr. dom zdravlja, rehabilitacijski centar i sl.).	0 (0,0)	8 (5,2)	46 (29,7)	56 (36,1)	45 (29,0)

Tablica 5.20. Razdioba ispitanika – medicinskih sestara u području *poučavanje* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 **Područje *poučavanje***	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Pomažem bolesnicima oblikovati i postavljati pitanja o njihovoj bolesti i liječenju.	1 (0,6)	5 (3,2)	43 (27,7)	74 (47,7)	32 (20,6)
Provjerim razumiju li bolesnici i njihovi bližnji dobivenu informaciju.	0 (0,0)	6 (3,9)	20 (12,9)	77 (49,7)	52 (33,5)
Bolesnicima dajem potrebne informacije ili im omogućim pristup informaciji kako bi na temelju toga mogli donijeti odluku.	0 (0,0)	1 (0,6)	30 (19,4)	72 (46,5)	52 (33,5)
Bolesnicima unaprijed objasnim zdravstvenu skrb i terapijske postupke.	0 (0,0)	0 (0,0)	24 (15,5)	81 (52,3)	50 (32,3)
Ne upotrebljavam stručno nazivlje ili jezik koji bolesnici i njihovi bližnji ne razumiju.	2 (1,3)	12 (7,7)	32 (20,6)	60 (38,7)	49 (31,6)
Bolesnicima omogućim provoditi samozbrinjavanje.	0 (0,0)	3 (1,9)	15 (9,7)	92 (59,4)	45 (29,0)
Poštujem bolesnikovu brzinu shvaćanja kada dajem informacije ili odgovaram na njihova pitanja.	0 (0,0)	1 (0,6)	19 (12,3)	86 (55,5)	49 (31,6)
Bolesnike naučim uzimanju lijekova na vrijeme i njihovoj pripremi.	0 (0,0)	14 (9,0)	14 (9,0)	70 (45,2)	69 (44,5)
Bolesnicima dam upute i objasnim kako riješiti ili spriječiti određene nuspojave lijekova ili terapijskih postupaka.	0 (0,0)	4 (2,6)	20 (12,9)	71 (45,8)	60 (38,7)

Tablica 5.21. Razdioba ispitanika – medicinskih sestara u području *okolina* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 Područje *okolina*	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Razumijem bolesnike kada žele biti sami.	0 (0,0)	1 (0,6)	21 (13,5)	64 (41,3)	69 (44,5)
Pridonosim bolesnikovoj udobnosti (npr. izmasiram mu leđa, pomažem pri promjeni položaja, prilagodim svjetlo, preporučim posebnu opremu i slično).	0 (0,0)	2 (1,3)	18 (11,6)	62 (40,0)	73 (47,1)
Nakon njege bolesnika pospremim sobu.	1 (0,6)	1 (0,6)	18 (11,6)	51 (32,9)	84 (54,2)
Provjerim djeluju li bolesnikovi lijekovi na simptome (npr. slabost, bolove, opstipaciju, anksioznost i slično).	1 (0,6)	0 (0,0)	14 (9,0)	63 (40,6)	77 (49,7)
Poštujem bolesnikovu privatnost (npr. ne izlažem ga nepotrebno pogledima drugih).	0 (0,0)	0 (0,0)	13 (8,4)	65 (41,9)	77 (49,7)
Prije odlaska provjerim ima li bolesnik sve potrebno.	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (5,8)	71 (45,8)	75 (48,4)
Pomažem bolesnicima jasno reći koje stvari žele da im donesu određene osobe.	1 (0,6)	0 (0,0)	18 (11,6)	66 (42,6)	70 (45,2)

Tablica 5.22. Razdioba ispitanika – medicinskih sestara u području *potrebe* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 Područje *potrebe*	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Pomažem bolesnicima pri osobnoj higijeni kada ju ne mogu sami provesti.	1 (0,6)	0 (0,0)	4 (2,6)	52 (33,5)	98 (63,2)
Sposoban/a sam primijeniti terapijske postupke (npr. intravenoznu injekciju, previjanje i slično).	0 (0,0)	1 (0,6)	4 (2,6)	31 (20,0)	119 (76,8)
Sposoban/a sam se koristiti posebnom opremom.	0 (0,0)	2 (1,3)	1 (0,6)	65 (41,9)	87 (56,1)
Lijekove dajem bolesnicima u određeno vrijeme.	1 (0,6)	0 (0,0)	4 (2,6)	36 (23,2)	114 (73,5)
Potičem bližnje da budu potpora bolesniku (uz njegov pristanak).	0 (0,0)	0 (0,0)	14 (9,0)	76 (49,0)	65 (41,9)
Pozorno pratim i bilježim bolesnikovo zdravstveno stanje.	0 (0,0)	1 (0,6)	5 (3,2)	64 (41,3)	85 (54,8)
Pomažem bolesnicima osjetiti kako imaju određenu kontrolu nad svojom situacijom.	0 (0,0)	1 (0,6)	14 (9,0)	89 (57,4)	51 (32,9)
Sposoban/a sam reagirati u situaciji kada je potrebno hitno intervenirati.	1 (0,6)	0 (0,0)	10 (6,5)	56 (36,1)	88 (56,8)
U kontaktu s bolesnicima pokazujem sposobnost i vještinu u načinu postupanja s njima.	0 (0,0)	1 (0,6)	6 (3,9)	72 (46,5)	76 (49,0)
Uvažavam bolesnikove osnovne potrebe (npr. spavanje, osobna higijena i sl.).	1 (0,6)	0 (0,0)	12 (7,7)	55 (35,5)	87 (56,1)

Tablica 5.23. Razdioba ispitanika – medicinskih sestara u području *duhovnost* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 Područje *duhovnost*	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Pomažem bolesnicima da se osjećaju dobro u svojem stanju.	0 (0,0)	0 (0,0)	20 (12,9)	74 (47,7)	61 (39,4)
Prepoznajem i uvažavam da molitva, meditacije ili druge stvari mogu bolesnike smiriti i dati im nadu.	0 (0,0)	2 (1,3)	22 (14,2)	71 (45,8)	60 (38,7)
Pomažem bolesnicima razlučiti što je važno u njihovu životu.	0 (0,0)	3 (1,9)	31 (20,0)	77 (49,7)	44 (28,4)
Pomažem bolesnicima razlučiti važnost koju sami pridaju svojem zdravstvenom stanju.	0 (0,0)	1 (0,6)	21 (13,5)	79 (51,0)	54 (34,8)
Bolesnicima pomažem naći ravnotežu u njihovu životu.	2 (1,3)	1 (0,6)	33 (21,3)	76 (49,0)	43 (27,7)
Poštujem bolesnikove duhovne potrebe (molitva, meditacija, sudjelovanje u određenim ritualima).	0 (0,0)	2 (1,3)	19 (12,3)	58 (37,4)	76 (49,0)

5.2.3. Percepcija studenata o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika bolesnika prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Razdiobom tvrdnji ukupne CNPI-70 skale razvidno je da najviše studenata visokom ocjenom vrjednuje tvrdnju *Poštujem bolesnike i njihove najbliže*, i to njih 193 (85,4 %) procjenom izrazito mnogo (tablica 5.24). Najviše studenata vrijednost ne daje tvrdnji *Obavještavam bolesnike i njihove bližnje o resursima prilagođenim njihovim potrebama (npr. dom zdravlja, rehabilitacijski centar i sl.).* Procjenu nimalo dalo je šest (2,7 %) studenata, a procjenu malo 11 (4,9 %) studenata (tablica 5.29). U tablicama od 5.25 do 5.33 dana je razdioba ispitanika – studenata u područjima *nada, osjetljivost, odnos pomaganja, izražavanje osjećaja, rješavanje problema, poučavanje, okolina, potrebe i duhovnost* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70 (tablica 5.25 – tablica 5.33).

Tablica 5.24. Razdioba ispitanika – studenata sestrinstva u području *humanizam* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 Područje *humanizam*	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Pristupam bolesnicima kao pojedincima i pokazujem da nisam zainteresirana samo za njihov zdravstveni problem.	8 (3,5)	3 (1,3)	23 (10,2)	74 (32,7)	118 (52,2)
Pokušavam gledati na situaciju iz bolesnikove perspektive.	0 (0,0)	1 (0,4)	19 (8,4)	97 (42,9)	109 (48,2)
Bolesnike prihvaćam takve kakvi jesu.	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (4,0)	56 (24,8)	161 (71,2)
Poštujem bolesnike i njihove najbliže.	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (0,4)	31 (13,7)	193 (85,4)
Ne zauzimam stav neodobravanja.	3 (1,3)	6 (2,7)	62 (27,4)	72 (31,9)	83 (36,7)
S bolesnicima i njihovim najbližima imam human i topao odnos.	0 (0,0)	3 (1,3)	11 (4,9)	62 (27,4)	150 (66,4)

Tablica 5.25. Razdioba ispitanika – studenata sestrinstva u području *nada* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 Područje *nada*	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Bolesnicima pokazujem da sam dostupna ako me trebaju.	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (1,8)	49 (21,7)	173 (76,5)
Bolesnike potičem na razvijanje samopouzdanja.	0 (0,0)	2 (0,9)	21 (9,3)	80 (35,4)	123 (54,4)
Bolesnike potičem na pozitivan stav o njihovu zdravstvenom stanju.	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (4,0)	69 (30,5)	148 (65,5)
Uvažavam bolesnikove osjećaje.	0 (0,0)	1 (0,4)	4 (1,8)	50 (22,1)	171 (75,7)
Bolesnike potičem nadanju kada je to primjereno.	1 (0,4)	0 (0,0)	26 (11,5)	77 (34,1)	122 (54)
Bolesnicima pomažem pri traženju motivacije za poboljšanje njihova zdravstvenog stanja.	0 (0,0)	5 (2,2)	15 (6,6)	89 (39,4)	117 (51,8)
Uvažavam ono što bolesnici sami znaju o svojem zdravstvenom stanju.	0 (0,0)	1 (0,4)	22 (9,7)	98 (43,4)	105 (46,5)

Tablica 5.26. Razdioba ispitanika – studenata sestrinstva u području *osjetljivost* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 Područje *osjetljivost*	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Bolesnike pitam kako bi željeli da se provedu postupci.	0 (0,0)	10 (4,4)	71 (31,4)	100 (44,2)	45 (19,9)
Pokažem bolesnicima i bližnjima da sam svjestan/svjesna njihovih osjećaja.	1 (0,4)	0 (0,0)	19 (8,4)	100 (44,2)	106 (46,9)
Sposoban/a sam izabrati pravi trenutak za raspravu o bolesnikovu zdravstvenom stanju i pravodobno reagirati.	0 (0,0)	2 (0,9)	30 (13,3)	125 (55,3)	69 (30,5)
Sposoban/a sam na primjeren način izraziti osjećaje o bolesnikovoj situaciji.	0 (0,0)	1 (0,4)	34 (15,0)	110 (48,7)	81 (35,8)
Pomažem bolesnicima spoznati kako i njihovi bližnji doživljavaju novonastalu situaciju.	0 (0,0)	4 (1,8)	60 (26,5)	108 (47,8)	54 (23,9)
Upoznajem bolesnikove bližnje s bolesnikovim zdravstvenim stanjem.	5 (2,2)	20 (8,8)	53 (23,5)	89 (39,4)	59 (26,1)

Tablica 5.27. Razdioba ispitanika – studenata sestrinstva u području *odnos pomaganja* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 Područje *odnos pomaganja*	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Pozorno slušam bolesnike i njihove bližnje.	1 (0,4)	0 (0,0)	9 (4,0)	68 (30,1)	148 (65,5)
Bolesnicima se jasno predstavim imenom i funkcijom.	1 (0,4)	3 (1,3)	21 (9,3)	51 (22,6)	150 (66,4)
Odgovorim odmah, ako je to moguće, kada me bolesnik pozove.	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,3)	64 (28,3)	159 (70,4)
Poštujem svoje zadaće – što kažem, to i napravim.	1 (0,4)	0 (0,0)	3 (1,3)	61 (27,0)	161 (71,2)
Pri njezi bolesnika ne ostavljam dojam da sam zauzeta nečim drugim.	3 (1,3)	1 (0,4)	17 (7,5)	67 (29,6)	138 (61,1)
Ne prekidam bolesnike kada govore.	4 (1,8)	4 (1,8)	15 (6,6)	59 (26,1)	144 (63,7)
Ne osuđujem strogo bolesnikove ideje i ponašanje.	3 (1,3)	1 (0,4)	28 (12,4)	97 (42,9)	97 (42,9)

Tablica 5.28. Razdioba ispitanika – studenata sestrinstva u području *izražavanje osjećaja* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 **Područje *izražavanje osjećaja***	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Bolesnike potičem da slobodno izražavaju svoje misli i osjećaje.	1 (0,4)	0 (0,0)	15 (6,6)	73 (32,3)	137 (60,6)
Ostajem mirna kada su bolesnici ljuti.	2 (0,9)	5 (2,2)	41 (18,1)	98 (43,4)	80 (35,4)
Pomažem bolesnicima razumjeti njihove osjećaje u situaciji u kojoj se nalaze.	0 (0,0)	1 (0,4)	20 (8,8)	98 (43,4)	107 (47,3)
Ne smanjujem svoju prisutnost kod bolesnika u teškim trenutcima.	2 (0,9)	6 (2,7)	19 (8,4)	93 (41,2)	106 (46,9)
Pomažem bolesnicima prebroditi njihove loše osjećaje.	1 (0,4)	2 (0,9)	23 (10,2)	99 (43,8)	101 (44,7)
Omogućujem bolesnicima izraziti bol, žalost, strah i slične osjećaje.	3 (1,3)	2 (0,9)	27 (11,9)	82 (36,3)	112 (49,6)

Tablica 5.29. Razdioba ispitanika – studenata sestrinstva u području *rješavanje problema* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 **Područje *rješavanje problema***	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Pomažem bolesnicima postaviti realne ciljeve u skladu s njihovim zdravstvenim stanjem.	0 (0,0)	1 (0,4)	20 (8,8)	103 (45,6)	102 (45,1)
Pomažem bolesnicima suočiti se sa stresom koji je prouzročilo njihovo zdravstveno stanje.	0 (0,0)	0 (0,0)	29 (12,8)	112 (49,6)	85 (37,6)
Pomažem bolesnicima vidjeti situaciju iz drugog kuta.	0 (0,0)	1 (0,4)	24 (10,6)	111 (49,1)	90 (39,8)
Pomažem bolesnicima prepoznati sredstva za učinkovito rješavanje njihovih problema.	0 (0,0)	2 (0,9)	35 (15,5)	105 (46,5)	84 (37,2)
Pokušavam s bolesnicima utvrditi posljedice njihova ponašanja.	0 (0,0)	5 (2,2)	45 (19,9)	105 (46,5)	71 (31,4)
Obavještavam bolesnike i njihove bližnje o resursima prilagođenim njihovim potrebama (npr. dom zdravlja, rehabilitacijski centar i sl.)	6 (2,7)	11 (4,9)	39 (17,3)	81 (35,8)	89 (39,4)

Tablica 5.30. Razdioba ispitanika – studenata sestrinstva u području *poučavanje* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 Područje *poučavanje*	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Pomažem bolesnicima oblikovati i postavljati pitanja o njihovoj bolesti i liječenju.	3 (1,3)	5 (2,2)	26 (11,5)	108 (47,8)	84 (37,2)
Provjerim razumiju li bolesnici i njihovi bližnji dobivenu informaciju.	0 (0,0)	3 (1,3)	18 (8,0)	84 (37,2)	121 (53,5)
Bolesnicima dajem potrebne informacije ili im omogućim pristup informaciji kako bi na temelju toga mogli donijeti odluku.	0 (0,0)	3 (1,3)	22 (9,7)	82 (36,3)	119 (52,7)
Bolesnicima unaprijed objasnim zdravstvenu skrb i terapijske postupke.	0 (0,0)	0 (0,0)	26 (11,5)	95 (42,0)	105 (46,5)
Ne upotrebljavam stručno nazivlje ili jezik koji bolesnici i njihovi bližnji ne razumiju.	4 (1,8)	8 (3,5)	29 (12,8)	60 (26,5)	125 (55,3)
Bolesnicima omogućim provoditi samozbrinjavanje.	1 (0,4)	0 (0,0)	16 (7,1)	87 (38,5)	122 (54,0)
Poštujem bolesnikovu brzinu shvaćanja kada dajem informacije ili odgovaram na njihova pitanja.	0 (0,0)	2 (0,9)	6 (2,7)	87 (38,5)	131 (58,0)
Bolesnike naučim uzimanju lijekova na vrijeme i njihovu pripremu.	0 (0,0)	3 (1,3)	20 (8,8)	66 (29,2)	137 (60,6)
Bolesnicima dam upute i objasnim kako riješiti ili spriječiti određene nuspojave lijekova ili terapijskih postupaka.	1 (0,4)	7 (3,1)	24 (10,6)	74 (32,7)	120 (53,1)

Tablica 5.31. Razdioba ispitanika – studenata sestrinstva u području *okolina* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 Područje *okolina*	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Razumijem bolesnike kada žele biti sami.	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (3,1)	55 (24,3)	164 (72,6)
Pridonosim bolesnikovoj udobnosti (npr. izmasiram mu leđa, pomažem pri promjeni položaja, prilagodim svjetlo, preporučim posebnu opremu i slično).	0 (0,0)	2 (0,9)	13 (5,8)	75 (33,2)	136 (60,2)
Nakon njege bolesnika pospremim sobu.	1 (0,4)	2 (0,9)	4 (1,8)	51 (22,6)	168 (74,3)
Provjerim djeluju li bolesnikovi lijekovi na simptome (npr. slabost, bolove, opstipaciju, anksioznost i slično).	0 (0,0)	2 (0,9)	16 (7,1)	84 (37,2)	124 (54,9)
Poštujem bolesnikovu privatnost (npr. ne izlažem ga nepotrebno pogledima drugih).	1 (0,4)	1 (0,4)	5 (2,2)	50 (22,1)	169 (74,8)
Prije odlaska provjerim ima li bolesnik sve potrebno.	1 (0,4)	1 (0,4)	7 (3,1)	62 (27,4)	155 (68,6)
Pomažem bolesnicima jasno reći koje stvari žele da im donesu određene osobe.	1 (0,4)	4 (1,8)	18 (8,0)	80 (35,4)	123 (54,4)

Tablica 5.32. Razdioba ispitanika – studenata sestrinstva u području *potrebe* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 Područje *potrebe*	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Pomažem bolesnicima pri osobnoj higijeni kada ju ne mogu sami provesti.	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	33 (14,6)	192 (85,0)
Sposoban/a sam primijeniti terapijske postupke (npr. intravenoznu injekciju, previjanje i slično).	0 (0,0)	2 (0,9)	20 (8,8)	51 (22,6)	153 (67,7)
Sposoban/a sam se koristiti posebnom opremom.	0 (0,0)	10 (4,4)	40 (17,7)	81 (35,8)	95 (42,0)
Lijekove dajem bolesnicima u određeno vrijeme.	0 (0,0)	3 (1,3)	5 (2,2)	44 (19,5)	174 (77,0)
Potičem bližnje da budu potpora bolesniku (uz njegov pristanak).	0 (0,0)	1 (0,4)	15 (6,6)	68 (30,1)	142 (62,8)
Pozorno pratim i bilježim bolesnikovo zdravstveno stanje.	1 (0,4)	0 (0,0)	9 (4,0)	71 (31,4)	145 (64,2)
Pomažem bolesnicima osjetiti da imaju određenu kontrolu nad svojom situacijom.	0 (0,0)	2 (0,9)	20 (8,8)	100 (44,2)	104 (46,0)
Sposoban/a sam reagirati u situaciji kada je potrebno hitno intervenirati.	2 (0,9)	8 (3,5)	24 (10,6)	77 (34,1)	115 (50,9)
U kontaktu s bolesnicima pokazujem sposobnost i vještinu u načinu postupanja s njima.	1 (0,4)	1 (0,4)	9 (4,0)	93 (41,2)	122 (54,0)
Uvažavam bolesnikove osnovne potrebe (npr. spavanje, osobna higijena i sl.).	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,9)	44 (19,5)	180 (79,6)

Tablica 5.33. Razdioba ispitanika – studenata sestrinstva u području *duhovnost* prema pojedinim tvrdnjama CNPI-70

Tvrdnje CNPI-70 Područje *duhovnost*	**Broj ispitanika (%)**				
	Nimalo	**Malo**	**Umjereno**	**Mnogo**	**Izrazito mnogo**
Pomažem bolesnicima da se osjećaju dobro u svojem stanju.	0 (0,0)	2 (0,9)	7 (3,1)	83 (36,7)	134 (59,3)
Prepoznajem i uvažavam da molitva, meditacije ili druge stvari mogu bolesnike smiriti i dati im nadu.	1 (0,4)	1 (0,4)	11 (4,9)	64 (28,3)	149 (65,9)
Pomažem bolesnicima razlučiti što je važno u njihovu životu.	3 (1,3)	5 (2,2)	31 (13,7)	82 (36,3)	105 (46,5)
Pomažem bolesnicima razlučiti važnost koju sami pridaju svojem zdravstvenom stanju.	1 (0,4)	2 (0,9)	25 (11,1)	89 (39,4)	109 (48,2)
Bolesnicima pomažem naći ravnotežu u njihovu životu.	3 (1,3)	5 (2,2)	51 (22,6)	82 (36,3)	85 (37,6)
Poštujem bolesnikove duhovne potrebe (molitva, meditacija, sudjelovanje u određenim ritualima).	1 (0,4)	3 (1,3)	11 (4,9)	46 (20,4)	165 (73,0)

5.3. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika prema česticama CNPI-70

U području skrbi *humanizam* postoje značajne razlike u percepciji skrbi između bolesnika, medicinskih sestara i studenata za svih šest tvrdnji (ANOVA, $P < 0,001$) (tablica 5.34). Studenti svih šest ponašanja tijekom skrbi percipiraju važnijim u odnosu na bolesnike i medicinske sestre (aritmetička sredina = 4,46; standardna devijacija = 0,45), a percepcija medicinskih sestara ima ukupno najniže vrijednosti u tom području (aritmetička sredina = 4,08; standardna devijacija = 0,56). Najniže vrjednuju sva ponašanja u području *humanizam*, osim postupka *„Poštujem bolesnike i njihove najbliže"* koji pak bolesnici najniže vrjednuju (aritmetička sredina = 4,53; standardna devijacija = 0,74) (tablica 5.34).

Tablica 5.34. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva prema CNPI-70 česticama područja skrbi *humanizam*

1. Područje skrbi *humanizam* Čestice / ponašanja tijekom skrbi	Percepcija ispitanika			*P**
	Aritmetička sredina (Standardna devijacija)			
	Bolesnici	Medicinske sestre	Studenti	
Pristupam bolesnicima kao pojedincima i pokazujem da nisam zainteresirana samo za njihov zdravstveni problem.	4,04 (1,19)	3,72 (1,11)	4,28 (0,95)	< 0,001
Pokušavam gledati na situaciju iz bolesnikove perspektive.	4,24 (0,91)	4,07 (0,73)	4,38 (0,65)	< 0,001
Bolesnike prihvaćam takve kakvi jesu.	4,56 (0,74)	4,33 (0,72)	4,67 (0,54)	< 0,001
Poštujem bolesnike i njihove najbliže.	4,53 (0,74)	4,54 (0,56)	4,84 (0,41)	< 0,001
Ne zauzimam stav neodobravanja.	3,98 (1,17)	3,61 (1,10)	4,00 (0,93)	< 0,001
S bolesnicima i njihovim najbližima imam human i topao odnos.	4,49 (0,76)	4,21 (0,74)	4,58 (0,64)	< 0,001
Ukupno	4,30 (0,65)	4,08 (0,56)	4,46 (0,45)	< 0,001

* jednosmjerna analiza varijance

Percepciju skrbi *nada* najvišom ocjenom vrjednuju studenti (aritmetička sredina = 4,52; standardna devijacija = 0,44), a najnižom medicinske sestre (aritmetička sredina = 4,25; standardna devijacija = 0,51). Od ukupno sedam tvrdnji, značajne su razlike među srednjim vrijednostima u njih šest (ANOVA, $P < 0,001$), osim za tvrdnju *„Bolesnike potičem na*

razvijanje samopouzdanja" (ANOVA, *P* = 0,140) koju najnižom ocjenom vrjednuju medicinske sestre (aritmetička sredina = 4,28; standardna devijacija = 0,67). Studenti percipiraju važnijim pet ponašanja tijekom skrbi u odnosu na bolesnike i medicinske sestre, osim postupaka *„Bolesnike potičem nadanju kada je to primjereno"*, koji najvišom ocjenom vrjednuju bolesnici (aritmetička sredina = 4,44; standardna devijacija = 0,77), i *„Bolesnicima pomažem pri traženju motivacije za poboljšanje njihova zdravstvenog stanja"* koji također najvišom ocjenom vrjednuju bolesnici (aritmetička sredina = 4,45; standardna devijacija = 0,77) (tablica 5.35).

Tablica 5.35. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva prema CNPI-70 česticama područja skrbi *nada*

2. Područje skrbi *nada* Čestice / ponašanja tijekom skrbi	Percepcija ispitanika			*P**
	Aritmetička sredina (Standardna devijacija)			
	Bolesnici	Medicinske sestre	Studenti	
Bolesnicima pokazujem da sam dostupna ako me trebaju.	4,67 (0,66)	4,48 (0,60)	4,74 (0,47)	< 0,001
Bolesnike potičem na razvijanje samopouzdanja.	4,40 (0,85)	4,28 (0,67)	4,43 (0,69)	0,140
Bolesnike potičem na pozitivan stav o njihovu zdravstvenom stanju.	4,56 (0,72)	4,35 (0,62)	4,61 (0,56)	< 0,001
Uvažavam bolesnikove osjećaje.	4,40 (0,84)	4,34 (0,64)	4,73 (0,51)	< 0,001
Bolesnike potičem nadanju kada je to primjereno.	4,44 (0,77)	4,09 (0,70)	4,41 (0,72)	< 0,001
Bolesnicima pomažem pri traženju motivacije za poboljšanje njihova zdravstvenog stanja.	4,45 (0,77)	4,18 (0,67)	4,40 (0,71)	< 0,001
Uvažavam ono što bolesnici sami znaju o svojem zdravstvenom stanju.	4,31 (0,81)	4,00 (0,77)	4,35 (0,67)	< 0,001
Ukupno	4,46 (0,59)	4,25 (0,51)	4,52 (0,44)	< 0,001

* jednosmjerna analiza varijance

U području skrbi *osjetljivost* postoje značajne razlike između bolesnika, medicinskih sestara i studenata, i to u svim tvrdnjama (ANOVA, *P* < 0,001). Najvišu srednju vrijednost imaju bolesnici (aritmetička sredina = 4,28; standardna devijacija = 0,70), a najnižu medicinske sestre

(aritmetička sredina = 3,86; standardna devijacija = 0,64). Bolesnici percipiraju važnijim pet ponašanja tijekom skrbi u odnosu na medicinske sestre i studente, a najvišom ocjenom vrjednuju tvrdnju „*Sposoban/a sam izabrati pravi trenutak za raspravu o bolesnikovu zdravstvenom stanju i pravodobno reagirati"* (aritmetička sredina = 4,38; standardna devijacija = 0,81). Medicinske sestre u području *osjetljivost* najnižim ocjenama vrjednuju sva ponašanja tijekom skrbi u odnosu na bolesnike i studente, a najvišom ocjenom vrjednuju tvrdnju „*Sposoban/a sam na primjeren način izraziti osjećaje o bolesnikovoj situaciji*" (aritmetička sredina = 4,11; standardna devijacija = 0,68). Studenti pak najvišom ocjenom vrjednuju tvrdnju „*Pokažem bolesnicima i bližnjima da sam svjesna njihovih osjećaja"* (aritmetička sredina = 4,37; standardna devijacija = 0,67) (tablica 5.36).

Tablica 5.36. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva prema CNPI-70 česticama područja skrbi *osjetljivost*

3. Područje skrbi *osjetljivost* Čestice / ponašanja tijekom skrbi	Percepcija ispitanika			*P**
	Aritmetička sredina (Standardna devijacija)			
	Bolesnici	Medicinske sestre	Studenti	
Bolesnike pitam kako bi željeli da se provedu postupci.	4,05 (1,00)	3,63 (0,91)	3,79 (0,80)	< 0,001
Pokažem bolesnicima i bližnjima da sam svjesna njihovih osjećaja.	4,34 (0,85)	4,04 (0,75)	4,37 (0,67)	< 0,001
Sposoban/a sam izabrati pravi trenutak za raspravu o bolesnikovu zdravstvenom stanju i pravodobno reagirati.	4,38 (0,81)	3,99 (0,80)	4,15 (0,67)	< 0,001
Sposoban/a sam na primjeren način izraziti osjećaje o bolesnikovoj situaciji.	4,33 (0,86)	4,11 (0,68)	4,19 (0,69)	< 0,001
Pomažem bolesnicima spoznati kako i njihovi bližnji doživljavaju novonastalu situaciju.	4,25 (0,91)	3,78 (0,75)	3,93 (0,75)	< 0,001
Upoznajem bolesnikove bližnje s bolesnikovim trenutačnim zdravstvenim stanjem (uz bolesnikov pristanak).	4,34 (0,89)	3,61 (0,89)	3,78 (1,00)	< 0,001
Ukupno	4,28 (0,70)	3,86 (0,64)	4,04 (0,55)	< 0,001

* jednosmjerna analiza varijance

U području skrbi *odnos pomaganja* postoje značajne razlike između bolesnika, medicinskih sestara i studenata, i to u svim tvrdnjama (ANOVA, $P < 0,001$). Najvišu srednju vrijednost imaju studenti (aritmetička sredina = 4,53; standardna devijacija = 0,48), a najnižu medicinske sestre (aritmetička sredina = 4,15; standardna devijacija = 0,58). Sve tri skupine ispitanika

najvišom ocjenom vrjednuju tvrdnju *„Poštujem svoje zadaće – što kažem, to i napravim“*. Bolesnicima je najmanje u percepciji odnosa pomaganja važna tvrdnja *„Bolesnicima se jasno predstavim imenom i funkcijom“* (aritmetička sredina = 4,04; standardna devijacija = 1,15), a medicinskim sestrama tvrdnja *„Ne osuđujem strogo bolesnikove ideje i ponašanje*“ (aritmetička sredina = 3,83; standardna devijacija = 0,95), isto kao i studentima (aritmetička sredina = 4,25; standardna devijacija = 0,79) (tablica 5.37).

Tablica 5.37. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva prema CNPI-70 česticama područja skrbi *odnos pomaganja*

4. Područje skrbi *odnos pomaganja* Čestice / ponašanja tijekom skrbi	Percepcija ispitanika			*P**
	Aritmetička sredina (Standardna devijacija)			
	Bolesnici	Medicinske sestre	Studenti	
Pozorno slušam bolesnike i njihove bližnje.	4,43 (0,80)	4,20 (0,64)	4,60 (0,61)	< 0,001
Bolesnicima se jasno predstavim imenom i funkcijom.	4,04 (1,15)	3,98 (0,96)	4,53 (0,75)	< 0,001
Odgovorim odmah, ako je to moguće, kada me bolesnik pozove.	4,50 (0,70)	4,34 (0,69)	4,61 (0,49)	< 0,001
Poštujem svoje zadaće – što kažem, to i napravim.	4,54 (0,74)	4,48 (0,59)	4,68 (0,54)	< 0,001
Pri njezi bolesnika ne ostavljam dojam da sam zauzeta nečim drugim.	4,32 (0,96)	4,14 (0,77)	4,48 (0,76)	< 0,001
Ne prekidam bolesnike kada govore.	4,32 (0,95)	4,09 (0,84)	4,48 (0,83)	< 0,001
Ne osuđujem strogo bolesnikove ideje i ponašanje.	4,20 (0,99)	3,83 (0,95)	4,25 (0,79)	< 0,001
Ukupno	4,33 (0,65)	4,15 (0,58)	4,53 (0,48)	< 0,001

* jednosmjerna analiza varijance

U području skrbi *izražavanje osjećaja* postoje značajne razlike između bolesnika, medicinskih sestara i studenata, i to u svim tvrdnjama (ANOVA, $P < 0,001$). Najvišu srednju vrijednost imaju bolesnici (aritmetička sredina = 4,35; standardna devijacija = 0,66), a najnižu medicinske sestre (aritmetička sredina = 4,04; standardna devijacija = 0,62). Bolesnici najvišom ocjenom vrjednuju tvrdnju *„Pomažem bolesnicima razumjeti njihove osjećaje u situaciji u kojoj se nalaze"* (aritmetička sredina = 4,45; standardna devijacija = 0,77), a tvrdnju *„Bolesnike potičem da slobodno izražavaju svoje misli i osjećaje*" najvišom ocjenom vrjednuju i medicinske sestre (aritmetička sredina = 4,14; standardna devijacija = 0,75) i studenti (aritmetička sredina = 4,52; standardna devijacija = 0,66) (tablica 5.38).

Tablica 5.38. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva prema CNPI-70 česticama područja skrbi *izražavanje osjećaja*

5. Područje skrbi *izražavanje osjećaja* Čestice / ponašanja tijekom skrbi	Percepcija ispitanika			*P**
	Aritmetička sredina (Standardna devijacija)			
	Bolesnici	Medicinske sestre	Studenti	
Bolesnike potičem da slobodno izražavaju svoje misli i osjećaje.	4,32 (0,85)	4,14 (0,75)	4,52 (0,66)	< 0,001
Ostajem mirna kada su bolesnici ljuti.	4,32 (0,86)	3,86 (0,83)	4,10 (0,83)	< 0,001
Pomažem bolesnicima razumjeti njihove osjećaje u situaciji u kojoj se nalaze.	4,45 (0,77)	4,11 (0,72)	4,37 (0,60)	< 0,001
Ne smanjujem svoju prisutnost kod bolesnika u teškim trenutcima.	4,39 (0,88)	4,05 (0,81)	4,30 (0,80)	< 0,001
Pomažem bolesnicima prebroditi njihove loše osjećaje.	4,36 (0,84)	4,10 (0,75)	4,31 (0,72)	< 0,001
Omogućujem bolesnicima izraziti bol, žalost, strah i slične osjećaje.	4,30 (0,89)	3,99 (0,89)	4,31 (0,81)	< 0,001
Ukupno	4,35 (0,66)	4,04 (0,62)	4,32 (0,54)	< 0,001

* jednosmjerna analiza varijance

U području skrbi *rješavanje problema* postoje značajne razlike između bolesnika, medicinskih sestara i studenata, i to u svim tvrdnjama (ANOVA, $P < 0,001$). Najvišu srednju vrijednost imaju bolesnici (aritmetička sredina = 4,28; standardna devijacija = 0,74), a najnižu medicinske sestre (aritmetička sredina = 3,99; standardna devijacija = 0,63). Bolesnici percipiraju važnijim pet ponašanja u odnosu na medicinske sestre i studente, osim ponašanje „*Pomažem bolesnicima vidjeti situaciju iz drugog kuta"* koje najvišom ocjenom vrjednuju studenti (aritmetička sredina = 4,28; standardna devijacija = 0,66). Svih šest ponašanja tijekom skrbi u području *rješavanje problema* najnižom ocjenom vrjednuju medicinske sestre, no najvišu vrijednost prikazuju u tvrdnji „*Pomažem bolesnicima suočiti se sa stresom koji je prouzročilo njihovo zdravstveno stanje*" (aritmetička sredina = 4,09; standardna devijacija = 0,70) (tablica 5.39).

Tablica 5.39. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva prema CNPI-70 česticama područja skrbi *rješavanje problema*

6. Područje skrbi *rješavanje problema* Čestice / ponašanja tijekom skrbi	Percepcija ispitanika			*P**
	Aritmetička sredina (Standardna devijacija)			
	Bolesnici	Medicinske sestre	Studenti	
Pomažem bolesnicima postaviti realne ciljeve u skladu s njihovim zdravstvenim stanjem.	4,36 (0,85)	3,98 (0,72)	4,35 (0,65)	< 0,001
Pomažem bolesnicima suočiti se sa stresom koji je prouzročilo njihovo zdravstveno stanje.	4,30 (0,85)	4,09 (0,70)	4,24 (0,66)	0,011
Pomažem bolesnicima vidjeti situaciju iz drugog kuta.	4,24 (0,89)	4,01 (0,73)	4,28 (0,66)	< 0,001
Pomažem bolesnicima prepoznati sredstva za učinkovito rješavanje njihovih problema.	4,28 (0,85)	4,09 (0,74)	4,19 (0,72)	0,031
Pokušavam s bolesnicima utvrditi posljedice njihova ponašanja.	4,20 (0,90)	3,89 (0,76)	4,07 (0,77)	< 0,001
Obavještavam bolesnike i njihove bližnje o resursima prilagođenim njihovim potrebama (npr. dom zdravlja, rehabilitacijski centar i sl.)	4,28 (0,93)	3,89 (0,88)	4,04 (1,00)	< 0,001
Ukupno	4,28 (0,74)	3,99 (0,63)	4,19 (0,56)	< 0,001

* jednosmjerna analiza varijance

U području skrbi *poučavanje* postoje značajne razlike između bolesnika, medicinskih sestara i studenata, i to u svih devet tvrdnji (ANOVA, $P < 0,001$). Najvišu srednju vrijednost imaju bolesnici (aritmetička sredina = 4,40; standardna devijacija = 0,62), a najnižu medicinske sestre (aritmetička sredina = 4,11; standardna devijacija = 0,55). Bolesnici percipiraju važnijim pet ponašanja u odnosu na medicinske sestre i studente, među kojima je najvišom ocjenom vrjednovana tvrdnja „*Bolesnike naučim uzimanju lijekova na vrijeme i njihovoj pripremi"* koja je s istim rezultatom najvažnija i medicinskim sestrama i studentima (aritmetička sredina = 4,57; standardna devijacija = 0,63). U području *poučavanje* medicinskim je sestrama najmanje vrijedna tvrdnja „*Pomažem bolesnicima oblikovati i postavljati pitanja o njihovoj bolesti i liječenju*" (aritmetička sredina = 3,84; standardna devijacija = 0,80) kao i studentima (aritmetička sredina = 4,17; standardna devijacija = 0,81) (tablica 5.40).

Tablica 5.40. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva prema CNPI-70 česticama područja skrbi *poučavanje*

7. Područje skrbi *poučavanje* Čestice / ponašanja tijekom skrbi	Percepcija ispitanika			*P**
	Aritmetička sredina (Standardna devijacija)			
	Bolesnici	Medicinske sestre	Studenti	
Pomažem bolesnicima oblikovati i postavljati pitanja o njihovoj bolesti i liječenju.	4,32 (0,91)	3,84 (0,80)	4,17 (0,81)	< 0,001
Provjerim razumiju li bolesnici i njihovi bližnji dobivenu informaciju.	4,36 (0,91)	4,12 (0,77)	4,42 (0,69)	< 0,001
Bolesnicima dajem potrebne informacije ili im omogućim pristup informaciji kako bi na temelju toga mogli donijeti odluku.	4,38 (0,82)	4,12 (0,73)	4,40 (0,71)	< 0,001
Bolesnicima unaprijed objasnim zdravstvenu skrb i terapijske postupke.	4,40 (0,87)	4,16 (0,67)	4,35 (0,67)	< 0,001
Ne upotrebljavam stručno nazivlje ili jezik koji bolesnici i njihovi bližnji ne razumiju.	4,21 (1,05)	3,91 (0,97)	4,30 (0,94)	< 0,001
Bolesnicima omogućim provoditi samozbrinjavanje.	4,42 (0,79)	4,15 (0,66)	4,45 (0,66)	< 0,001
Poštujem bolesnikovu brzinu shvaćanja kada dajem informacije ili odgovaram na njihova pitanja.	4,45 (0,76)	4,18 (0,65)	4,53 (0,59)	< 0,001
Bolesnike naučim uzimanju lijekova na vrijeme i njihovoj pripremi.	4,57 (0,63)	4,57 (0,63)	4,57 (0,63)	< 0,001
Bolesnicima dam upute i objasnim kako riješiti ili spriječiti određene nuspojave lijekova ili terapijskih postupaka.	4,51 (0,72)	4,51 (0,72)	4,51 (0,72)	< 0,001
Ukupno	4,40 (0,62)	4,11 (0,55)	4,38 (0,48)	< 0,001

* jednosmjerna analiza varijance

U području skrbi *okolina* od ukupno sedam tvrdnji značajne su razlike između bolesnika, medicinskih sestara i studenata u njih pet (ANOVA, $P < 0,001$), odnosno u tvrdnji „*Pridonosim*

bolesnikovoj udobnosti“ razlika je prisutna na razini većoj od 1 % (ANOVA, $P = 0,041$). Nema značajne razlike između skupina ispitanika u tvrdnji *„Provjerim djeluju li bolesnikovi lijekovi na simptome“* (ANOVA, $P = 0,520$) i *„Pomažem bolesnicima jasno reći koje stvari žele da im donesu određene osobe“* (ANOVA, $P = 0,460$) (tablica 5.14). Studenti šest ponašanja tijekom skrbi percipiraju važnijim u odnosu na bolesnike i medicinske sestre, a svih sedam ponašanja tijekom skrbi u području *okolina* najnižom ocjenom vrjednuju medicinske sestre (tablica 5.41).

Tablica 5.41. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva prema CNPI-70 česticama područja skrbi *okolina*

8. Područje skrbi *okolina* Čestice / ponašanja tijekom skrbi	Percepcija ispitanika: Aritmetička sredina (Standardna devijacija)			*P**
	Bolesnici	Medicinske sestre	Studenti	
Razumijem bolesnike kada žele biti sami.	4,40 (0,77)	4,29 (0,72)	4,69 (0,52)	< 0,001
Pridonosim bolesnikovoj udobnosti (npr. izmasiram mu leđa, pomažem pri promjeni položaja, prilagodim svjetlo, preporučim posebnu opremu i slično).	4,40 (0,89)	4,32 (0,73)	4,52 (0,64)	0,041
Nakon njege bolesnika pospremim sobu.	4,51 (0,73)	4,39 (0,76)	4,69 (0,59)	< 0,001
Provjerim djeluju li bolesnikovi lijekovi na simptome (npr. slabost, bolove, opstipaciju, anksioznost i slično).	4,46 (0,82)	4,38 (0,70)	4,46 (0,66)	0,520
Poštujem bolesnikovu privatnost (npr. ne izlažem ga nepotrebno pogledima drugih).	4,52 (0,76)	4,41 (0,64)	4,70 (0,57)	< 0,001
Prije odlaska provjerim ima li bolesnik sve potrebno.	4,51 (0,72)	4,42 (0,60)	4,63 (0,61)	< 0,001
Pomažem bolesnicima jasno reći koje stvari žele da im donesu određene osobe.	4,35 (0,89)	4,31 (0,72)	4,41 (0,75)	0,460
Ukupno	4,45 (0,61)	4,36 (0,55)	4,58 (0,42)	< 0,001

* jednosmjerna analiza varijance

U području skrbi *potrebe* od ukupno deset tvrdnji postoje značajne razlike između bolesnika, medicinskih sestara i studenata u njih šest na razini manjoj od 1 % (ANOVA, $P < 0,001$), a prisutna je i razlika u tvrdnji „*Potičem bližnje da budu potpora bolesniku*“ (ANOVA, $P = 0,010$) te u tvrdnji „*Pozorno pratim i bilježim bolesnikovo zdravstveno stanje*“ (ANOVA, $P = 0,020$). Najvišu srednju vrijednost u tom području imaju bolesnici (aritmetička sredina = 4,62; standardna devijacija = 0,47), a najnižu medicinske sestre (aritmetička sredina = 4,49; standardna devijacija = 0,46) (tablica 5.42).

Tablica 5.42. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva prema CNPI-70 česticama područja skrbi *potrebe*

9. Područje skrbi *potrebe* Čestice / ponašanja tijekom skrbi	Percepcija ispitanika Aritmetička sredina (Standardna devijacija)			*P**
	Bolesnici	Medicinske sestre	Studenti	
Pomažem bolesnicima pri osobnoj higijeni kada ju ne mogu sami provesti.	4,63 (0,63)	4,58 (0,61)	4,84 (0,37)	< 0,001
Sposoban/a sam primijeniti terapijske postupke (npr. intravenoznu injekciju, previjanje i slično).	4,72 (0,57)	4,72 (0,53)	4,57 (0,69)	< 0,001
Sposoban/a sam koristiti se posebnom opremom.	4,65 (0,58)	4,52 (0,58)	4,15 (0,86)	< 0,001
Lijekove dajem bolesnicima u određeno vrijeme.	4,72 (0,59)	4,69 (0,58)	4,72 (0,57)	0,810
Potičem bližnje da budu potpora bolesniku (uz njegov pristanak).	4,44 (0,82)	4,32 (0,63)	4,55 (0,63)	0,010
Pozorno pratim i bilježim bolesnikovo zdravstveno stanje.	4,66 (0,61)	4,50 (0,59)	4,58 (0,61)	0,020
Pomažem bolesnicima osjetiti kako imaju određenu kontrolu nad svojom situacijom.	4,38 (0,82)	4,22 (0,62)	4,35 (0,67)	0,080
Sposoban/a sam reagirati u situaciji kada je potrebno hitno intervenirati.	4,73 (0,56)	4,48 (0,67)	4,30 (0,86)	< 0,001
U kontaktu s bolesnicima pokazujem sposobnost i vještinu u načinu postupanja s njima.	4,64 (0,66)	4,43 (0,60)	4,47 (0,64)	< 0,001
Uvažavam bolesnikove osnovne potrebe (npr. spavanje, osobna higijena i sl.).	4,63 (0,66)	4,46 (0,69)	4,78 (0,43)	< 0,001
Ukupno	4,62 (0,47)	4,49 (0,46)	4,53 (0,41)	0,010

* jednosmjerna analiza varijance

U području skrbi *duhovnost* od ukupno šest tvrdnji značajne su razlike među srednjim vrijednostima u tri tvrdnje (ANOVA, $P < 0,001$). Bolesnici najvišom ocjenom vrjednuju tvrdnju „*Pomažem bolesnicima da se osjećaju dobro u svojem stanju*“ (aritmetička sredina = 4,55; standardna devijacija = 0,74), dok su medicinske sestre (aritmetička sredina = 4,34; standardna devijacija = 0,74) i studenti (aritmetička sredina = 4,64; standardna devijacija = 0,67) najvišom ocjenom vrjednovali tvrdnju „*Poštujem bolesnikove duhovne potrebe (molitva, meditacija, sudjelovanje u određenim ritualima)*“ (tablica 5.43).

Tablica 5.43. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva prema CNPI-70 česticama područja skrbi *duhovnost*

10. Područje skrbi *duhovnost* Čestice / ponašanja tijekom skrbi	Percepcija ispitanika			*P**
	Aritmetička sredina (Standardna devijacija)			
	Bolesnici	Medicinske sestre	Studenti	
Pomažem bolesnicima da se osjećaju dobro u svojem stanju.	4,55 (0,74)	4,26 (0,67)	4,54 (0,60)	< 0,001
Prepoznajem i uvažavam da molitva, meditacije ili druge stvari mogu bolesnike smiriti i dati im nadu.	4,30 (0,93)	4,21 (0,73)	4,58 (0,64)	< 0,001
Pomažem bolesnicima razlučiti što je važno u njihovu životu.	4,16 (1,03)	4,04 (0,75)	4,24 (0,86)	0,110
Pomažem bolesnicima razlučiti važnost koju sami pridaju svojem zdravstvenom stanju.	4,29 (0,94)	4,20 (0,68)	4,34 (0,74)	0,251
Bolesnicima pomažem naći određenu ravnotežu u njihovu životu.	4,16 (1,00)	4,01 (0,79)	4,06 (0,89)	0,230
Poštujem bolesnikove duhovne potrebe (molitva, meditacija, sudjelovanje u određenim ritualima).	4,30 (1,01)	4,34 (0,74)	4,64 (0,67)	< 0,001
Ukupno	4,29 (0,57)	4,18 (0,57)	4,40 (0,57)	0,007

* jednosmjerna analiza varijance

5.4. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika prema područjima skrbi CNPI-70

Ukupna srednja vrijednost percepcije bolesnika o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika prema CNPI-70 skali iznosi, mjereno aritmetičkom sredinom 4,39, standardne devijacije 0,48. Prema područjima, najviša je percepcija bolesnika u području *potrebe* (aritmetička sredina = 4,62; standardna devijacija = 0,47), a najniža u području *rješavanje problema* (aritmetička sredina = 4,28; standardna devijacija = 0,74). Percepcija bolesnika o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika značajno se razlikuje prema područjima (ANOVA, $P < 0,001$) (tablica 5.44).

Tablica 5.44. Percepcija bolesnika o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika prema područjima skrbi CNPI-70

Područja skrbi CNPI-70	Percepcija bolesnika		
	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	*P**
1. humanizam	4,30†	0,65	< 0,01
2. nada	4,46‡	0,59	
3. osjetljivost	4,28§	0,70	
4. odnos pomaganja	4,33‖	0,65	
5. izražavanje osjećaja	4,35¶	0,66	
6. rješavanje problema	4,28**	0,74	
7. poučavanje	4,40††	0,62	
8. okolina	4,45‡‡	0,61	
9. potrebe	4,62	0,47	
10. duhovnost	4,29	0,57	
Ukupno	4,39	0,48	

* jednosmjerna analiza varijance

† = područje *humanizam* značajno se razlikuje i manje je od područja *nada*, *okolina* i *potreba* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

‡ - područje *nada* se značajno razlikuje i veće je od područja *osjetljivost, odnos povjerenja, rješavanje problema, potrebe, duhovnost* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$) te od područja *izražavanje osjećaja* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,002$)

§ područje *osjetljivost* značajno je manje od područja *poučavanje*, *okolina* i *potrebe* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

‖ - područje *odnos pomaganja* značajno je manje od područja *okolina* i *potrebe* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

¶ - područje *izražavanje osjećaja* značajno je manje od područja *okolina* i *potrebe* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

** - područje *rješavanje problema* značajno je manje od područja *poučavanje*, *okolina* i *potrebe* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

†† - područje *poučavanja* značajno je manje od područja *potreba* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$) te značajno veće od područja *duhovnost* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,027$)

‡‡ - područje *okolina* značajno je manje od područja *potreba*, a značajno veće od područja *duhovnost* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

§§ - područje *potreba* značajno je veće od svih navedenih područja (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

Značajne su razlike u percepciji bolesnika o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika, prema područjima, najveće između područja *potrebe* i svih ostalih područja, ukupno njih devet (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$). Između područja *nada* i *poučavanje* te *okolina* nema značajne razlike (Post-hoc Fisherov LSD test, $P > 0,999$). Međutim, područje *nada* ima značajnu razliku u odnosu na područja *humanizam, osjetljivost, odnos pomaganja, rješavanje problema, potrebe* i *duhovnost* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$) te *izražavanje osjećaja* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,002$). Najmanje je značajnih razlika u području *odnos pomaganja* pri čemu to područje ima značajnu razliku u odnosu na područja *okolina, potrebe* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$) i *izražavanje osjećaja* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,002$). Među područjima skrbi *humanizam, osjetljivost, odnos pomaganja, izražavanje osjećaja, rješavanje problema* i *duhovnost* nema značajnih razlika (Post-hoc Fisherov LSD test, $P > 0,999$).

Ukupna srednja vrijednost percepcije medicinskih sestara o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika prema CNPI-70 skali iznosi, mjereno aritmetičkom sredinom 4,17, a standardne devijacije 0,46. Prema područjima, medicinske sestre imaju najviše srednje vrijednosti percepcije u području *potrebe* (aritmetička sredina = 4,49; standardna devijacija = 0,46), a najnižom ocjenom vrjednuju područje *osjetljivost* (aritmetička sredina = 3,86; standardna devijacija = 0,64). Percepcija medicinskih sestara o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika značajno se razlikuje prema područjima (ANOVA, $P < 0,001$) (tablica 5.45).

Tablica 5.45. Percepcija medicinskih sestara o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika prema područjima skrbi CNPI-70

Područja skrbi CNPI-70	Percepcija medicinskih sestara		
	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	*P**
1. humanizam	4,08†	0,56	< 0,01
2. nada	4,25‡	0,51	
3. osjetljivost	3,86§	0,64	
4. odnos pomaganja	4,15‖	0,58	
5. izražavanje osjećaja	4,04¶	0,62	
6. rješavanje problema	3,99**	0,63	
7. poučavanje	4,11††	0,55	
8. okolina	4,36‡‡	0,55	
9. potrebe	4,49§§	0,46	
10. duhovnost	4,18	0,57	
Ukupno	4,17	0,46	

* jednosmjerna analiza varijance

† područje *humanizam* značajno se razlikuje i manje je od područja *okolina* i *potreba* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$) te *nade* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,002$), a značajno je različito i veće od područja *osjetljivost* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

‡ područje *nada* značajno se razlikuje i veće je od područja *osjetljivost*, *izražavanje osjećaja*, *rješavanje problema*, *poučavanje* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$) te je značajno različito, ali manje od područja *potrebe* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$) i *okolina* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,046$)

§područje *osjetljivost* značajno je manje od svih devet područja (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

‖ područje *odnos pomaganja* značajno je manje od područja *okolina* i *potrebe* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$) te je značajno različito, ali veće od područja *izražavanje osjećaja* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,011$) i *rješavanje problema* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,009$)

¶ područje *izražavanje osjećaja* značajno je manje od područja *okolina* i *potrebe* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

** područje *rješavanje problema* značajno je manje od područja *okolina*, *potrebe*, *duhovnost* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$) te *poučavanje* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,008$)

††- područje *poučavanje* značajno je manje od područja *okolina* i *potreba* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

‡‡- područje *okolina* značajno je manje od područja *potreba*, a značajno veće od područja *duhovnost* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

§§ - područje *potreba* značajno je veće od svih ostalih područja (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

Značajne razlike u percepciji medicinskih sestara o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika, prema područjima, najveće su između područja *osjetljivost* i *potrebe* u odnosu na ostalih devet područja (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$). Područje *okolina* ima značajnu razliku u odnosu na područja *humanizam, osjetljivost, odnos pomaganja, izražavanje osjećaja, rješavanje problema, poučavanje, potrebe i duhovnost* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$) te područje *nada* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,046$). Između područja *nada* i *odnos pomaganja* nema značajne razlike (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,290$) kao ni između područja *nada* i *duhovnost* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P > 0,999$). Najmanje je značajnih razlika u području *humanizam* pri čemu to područje ima značajnu razliku samo u odnosu na područja *osjetljivost, okolina, potrebe* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$) i *nada* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,002$). Također, najmanje je značajnih razlika i u području *duhovnost* pri čemu to područje ima značajnu razliku samo u odnosu na područja *osjetljivost, potrebe* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$) te *rješavanje problema* i *okolina* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,001$) (tablica 5.45).

Ukupna srednja vrijednost percepcije studenata o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika prema CNPI-70 skali iznosi, mjereno aritmetičkom sredinom 4,41, a standardne devijacije 0,37. Prema područjima, studenti imaju najviše srednje vrijednosti u području *okolina* (aritmetička sredina = 4,58; standardna devijacija = 0,42), a najnižom ocjenom vrjednuju područje *osjetljivost* (aritmetička sredina = 4,04; standardna devijacija = 0,55). Percepcija studenata o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika značajno se razlikuje prema područjima (ANOVA, $P < 0,001$) (tablica 5.46).

Tablica 5.46. Percepcija studenata o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika prema područjima skrbi CNPI-70

Područja skrbi CNPI-70	Percepcija studenata		
	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	*P**
1. humanizam	4,46†	0,45	< 0,01
2. nada	4,52‡	0,44	
3. osjetljivost	4,04§	0,55	
4. odnos pomaganja	4,53‖	0,48	
5. izražavanje osjećaja	4,32¶	0,54	
6. rješavanje problema	4,19**	0,56	
7. poučavanje	4,38††	0,48	
8. okolina	4,58‡‡	0,42	
9. potrebe	4,53§§	0,41	
10. duhovnost	4,40	0,57	
Ukupno	4,41	0,37	

* jednosmjerna analiza varijance

† područje *humanizam* značajno se razlikuje i veće je od područja *osjetljivost, rješavanje problema* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$), *izražavanje osjećaja* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,002$) te *okolina* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,005$)

‡ područje *nada* značajno se razlikuje i veće je od područja *osjetljivost*, *izražavanje osjećaja*, *rješavanje problema*, *poučavanje* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$) te *duhovnost* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,007$)

§područje *osjetljivost* značajno je manje od svih devet područja (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

‖ područje *odnos pomaganja* značajno je veće od područja *izražavanje osjećaja*, *rješavanje problema, poučavanje* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$) te *duhovnost* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,005$)

¶ područje *izražavanje osjećaja* značajno je manje od područja *okolina* i *potrebe* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$) te značajno veće od područja *rješavanje problema* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,010$)

** područje *rješavanje problema* značajno je manje od područja *poučavanje, okolina, potrebe, duhovnost* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

†† područje *poučavanje* značajno je manje od područja *okolina*, *potreba*, *duhovnost* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

‡‡- područje *okolina* značajno je veće od područja *duhovnost* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

§§ - područje *potrebe* značajno je veće od područja *osjetljivost, izražavanje osjećaja, rješavanje problema, poučavanje* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$) te *duhovnost* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,013$)

Značajne razlike u percepciji studenata o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika, prema područjima, najveće su između područja *osjetljivost* i svih ostalih devet područja (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$). Najmanje je značajnih razlika u području *humanizam* pri čemu to područje ima značajnu razliku samo su odnosu na područja *osjetljivost, rješavanje problema* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$), *izražavanje osjećaja* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,002$) te *okolina* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,005$). Također, najmanje je značajnih razlika i u području *potrebe* pri čemu to područje ima značajnu razliku samo u odnosu na područja *osjetljivost, izražavanje osjećaja, rješavanje problema* te *poučavanje* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$) (tablica 5.46).

5.5. Percepcija bolesnika, medicinskih sestra i studenta sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi prema CNPI-70 skali i prema područjima skrbi

Među ukupnim srednjim vrijednostima percepcije bolesnika, medicinskih sestara i studenata prema CNPI-70 skali postoje značajne razlike (ANOVA, $P < 0,001$). Najviše srednje vrijednosti imaju studenti (aritmetička sredina = 4,41; standardna devijacija = 0,37), a najnižu vrijednost imaju medicinske sestre (aritmetička sredina = 4,17; standardna devijacija = 0,46) (tablica 5.47).

Tablica 47. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata prema CNPI-70 skali

CNPI-70 skala	Percepcija ispitanika			*P**
	Aritmetička sredina (Standardna devijacija)			
	Bolesnici	Medicinske sestre	Studenti	
	4,39† (0,80)	4,17‡ (0,46)	4,41 (0,37)	< 0,001

* jednosmjerna analiza varijance

† skupina ispitanika – bolesnici značajno se razlikuje i veća je od skupine medicinskih sestara (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$), ali ne i od skupine studenata (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,725$)

‡ skupina ispitanika – medicinske sestre značajno se razlikuje i manja je od skupine ispitanika studenata (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

Usporedbom srednjih vrijednosti prema skupinama ispitanika prikazuje se značajna razlika u percepciji međuodnosa medicinske sestre i bolesnika između skupina bolesnika i medicinskih sestara (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$) te između skupina studenata i medicinskih sestara (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$). Značajne razlike u percepciji međuodnaosa nema između skupine bolesnika i skupine studenata (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,725$) (tablica 5.47).

Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva prema područjima skrbi značajno se razlikuje u svih deset područja skrbi (ANOVA, $P < 0,001$) (tablica 5.48).

Tablica 5.48. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva prema područjima skrbi CNPI-70 skale

Područja skrbi CNPI-70 skale	Percepcija ispitanika			F	*P**
	Aritmetička sredina (Standardna devijacija)				
	Bolesnici	Medicinske sestre	Studenti		
1. humanizam	4,30 (0,65)	4,08 (0,56)	4,46 (0,45)	19,80[†]	< 0,001
2. nada	4,46 (0,59)	4,25 (0,51)	4,52 (0,44)	13,39[‡]	< 0,001
3. osjetljivost	4,28 (0,70)	3,86 (0,64)	4,04 (0,55)	23,53[§]	< 0,001
4. odnos pomaganja	4,33 (0,65)	4,15 (0,58)	4,53 (0,48)	19,52[‖]	< 0,001
5. izražavanje osjećaja	4,35 (0,66)	4,04 (0,62)	4,32 (0,54)	14,09[¶]	< 0,001
6. rješavanje problema	4,28 (0,74)	3,99 (0,63)	4,19 (0,56)	9,59[**]	< 0,001
7. poučavanje	4,40 (0,62)	4,11 (0,55)	4,38 (0,48)	14,73[††]	< 0,001
8. okolina	4,45 (0,61)	4,36 (0,55)	4,58 (0,42)	8,29[‡‡]	< 0,001
9. potrebe	4,62 (0,47)	4,49 (0,46)	4,53 (0,41)	4,68[§§]	0,010
10. duhovnost	4,29 (0,57)	4,18 (0,57)	4,40 (0,57)	4,94 [‖‖]	0,007

* jednosmjerna analiza varijance

[†] značajne razlike među svim trima skupinama ispitanika (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

[‡] značajne razlike između skupine medicinskih sestara i bolesnika te medicinskih sestara i studenata (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

[§] značajne razlike među svim trima skupinama (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

[‖] značajne razlike među svim trima skupinama (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

[¶]značajne razlike između skupine medicinskih sestara i bolesnika te medicinskih sestara i studenata (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

[**] značajne razlike između skupine medicinskih sestara i bolesnika te medicinskih sestara i studenata (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

[††]značajne razlike između skupine medicinskih sestara i bolesnika te medicinskih sestara i studenata (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

[‡‡]značajne razlike između skupine studenata i bolesnika te studenata i medicinskih sestara (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

[§§]značajne razlike između skupine bolesnika i medicinskih sestara (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$) te bolesnika i studenata (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,020$)

[‖‖] značajne razlike između skupine studenata i medicinskih sestara (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$)

Značajne razlike u percepciji svih triju skupina ispitanika prisutne su u područjima *humanizam*, *osjetljivost* i *odnos pomaganja* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P < 0,001$). Značajnih razlika nema između bolesnika i studenata u područjima *nada* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,180$), *izražavanje osjećaja* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,510$), *rješavanje problema* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,160$), *poučavanje* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,690$). Bolesnici i medicinske sestre značajno se ne razlikuju u području *okolina* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,100$). Medicinske sestre i studenti ne razlikuju se u području *potrebe* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,420$), dok se percepcija bolesnika ne razlikuje ni među medicinskim sestrama ni među studentima u području *duhovnost* (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,080$) (tablica 5.48).

5.6. Percepcija bolesnika o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi s obzirom na opća obilježja ispitanika

Percepcija bolesnika s obzirom na dob

S obzirom na kategoriju dobi bolesnika, ne postoje značajne razlike ni u područjima ni ukupno u percepciji bolesnika o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi (ANOVA, $P = 0{,}543$) (tablica 5.49).

Tablica 5.49. Percepcija bolesnika s obzirom na dob (N = 291)

Područja skrbi CNPI-70 skale	Dob bolesnika (godine)			*P**
	Aritmetička sredina (Standardna devijacija)			
	18 - 40	41 – 60	61 – 90	
1. humanizam	4,04 (0,68)	4,20 (0,36)	4,31 (0,66)	0,482
2. nada	4,25 (0,67)	4,25 (0,56)	4,47 (0,59)	0,431
3. osjetljivost	4,10 (0,60)	4,12 (0,31)	4,29 (0,70)	0,670
4. odnos pomaganja	4,25 (0,67)	4,32 (0,37)	4,34 (0,66)	0,922
5. izražavanje osjećaja	4,20 (0,51)	4,29 (0,77)	4,36 (0,67)	0,791
6. rješavanje problema	4,27 (0,41)	4,20 (0,59)	4,28 (0,75)	0,974
7. poučavanje	4,16 (0,53)	4,05 (0,57)	4,41 (0,63)	0,283
8. okolina	4,32 (0,55)	4,10 (0,59)	4,46 (0,61)	0,421
9. potrebe	4,50 (0,38)	4,37 (0,51)	4,63 (0,47)	0,423
10. duhovnost	4,12 (0,79)	3,95 (1,15)	4,30 (0,79)	0,571
Ukupno	4,23 (0,49)	4,19 (0,52)	4,40 (0,56)	0,543

* jednosmjerna analiza varijance

Percepcija bolesnika s obzirom na spol

S obzirom na spol bolesnika, ne postoje značajne razlike u ukupnoj srednjoj vrijednosti percepcije bolesnika prema CNPI-70 skali (Studentov t-test, *P* = 0,798). Značajna razlika ne postoji ni među srednjim vrijednostima prema područjima skrbi CNPI-70 (tablica 5.50).

Tablica 5.50. Razlike u percepciji bolesnika s obzirom na spol (N = 291)

Područja skrbi CNPI-70 skale	Spol bolesnika		*P**
	Aritmetička sredina (Standardna devijacija)		
	Muško	Žensko	
1. humanizam	4,26 (0,63)	4,35 (0,68)	0,277
2. nada	4,43 (0,58)	4,50 (0,59)	0,332
3. osjetljivost	4,31 (0,58)	4,25 (0,81)	0,496
4. odnos pomaganja	4,34 (0,57)	4,33 (0,74)	0,89
5. izražavanje osjećaja	4,36 (0,60)	4,34 (0,73)	0,801
6. rješavanje problema	4,28 (0,70)	4,28 (0,77)	0,973
7. poučavanje	4,40 (0,58)	4,40 (0,67)	0,998
8. okolina	4,44 (0,57)	4,46 (0,65)	0,807
9. potrebe	4,63 (0,42)	4,61 (0,52)	0,628
10. duhovnost	4,28 (0,73)	4,30 (0,87)	0,811
Ukupno	4,39 (0,49)	4,40 (0,62)	0,798

* Studentov t-test

Percepcija bolesnika s obzirom na razinu obrazovanja

S obzirom na razinu obrazovanja bolesnika, ne postoje značajne razlike u ukupnoj srednjoj vrijednosti (ANOVA, $P = 0{,}431$) kao ni među srednjim vrijednostima (tablica 5.51).

Tablica 5.51. Percepcija bolesnika s obzirom na razinu obrazovanja (N = 291)

Područja skrbi CNPI-70 skale	Razina obrazovanja			*P**
	Aritmetička sredina (Standardna devijacija)			
	Osnovna škola	Srednja škola	Fakultet	
1. humanizam	4,35 (0,61)	4,31 (0,64)	4,16 (0,80)	0,372
2. nada	4,49 (0,63)	4,46 (0,56)	4,40 (0,69)	0,781
3. osjetljivost	4,40 (0,61)	4,27 (0,68)	4,06 (0,91)	0,071
4. odnos pomaganja	4,42 (0,57)	4,32 (0,67)	4,20 (0,74)	0,293
5. izražavanje osjećaja	4,43 (0,60)	4,32 (0,68)	4,35 (0,72)	0,501
6. rješavanje problema	4,32 (0,70)	4,26 (0,71)	4,25 (0,93)	0,811
7. poučavanje	4,51 (0,51)	4,38 (0,64)	4,31 (0,75)	0,22
8. okolina	4,53 (0,53)	4,43 (0,62)	4,36 (0,69)	0,373
9. potrebe	4,65 (0,44)	4,61 (0,48)	4,59 (0,49)	0,801
10. duhovnost	4,33 (0,83)	4,28 (0,77)	4,28 (0,90)	0,894
Ukupno	4,46 (0,49)	4,38 (0,56)	4,31 (0,65)	0,431

* jednosmjerna analiza varijance

Percepcija bolesnika s obzirom na broj hospitalizacija

S obzirom na broj hospitalizacija bolesnika, ne postoje značajne razlike ni u područjima ni ukupno u percepciji bolesnika o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi (ANOVA, *P* = 0,853) (tablica 5.52).

Tablica 5.52. Percepcija bolesnika s obzirom na broj hospitalizacija (N = 291)

Područja skrbi CNPI-70 skale	Broj hospitalizacija			*P**
	Aritmetička sredina (Standardna devijacija)			
	Jedna	Dvije	Tri i više	
1. humanizam	4,27 (0,63)	4,33 (0,67)	4,34 (0,69)	0,751
2. nada	4,48 (0,51)	4,43 (0,66)	4,51 (0,60)	0,692
3. osjetljivost	4,26 (0,65)	4,32 (0,71)	4,24 (0,81)	0,721
4. odnos pomaganja	4,34 (0,62)	4,30 (0,67)	4,43 (0,73)	0,564
5. izražavanje osjećaja	4,36 (0,59)	4,33 (0,70)	4,41 (0,77)	0,754
6. rješavanje problema	4,34 (0,64)	4,21 (0,79)	4,27 (0,82)	0,373
7. poučavanje	4,41 (0,56)	4,38 (0,66)	4,44 (0,70)	0,852
8. okolina	4,49 (0,54)	4,41 (0,63)	4,48 (0,75)	0,582
9. potrebe	4,66 (0,40)	4,57 (0,52)	4,66 (0,49)	0,311
10. duhovnost	4,28 (0,75)	4,33 (0,81)	4,23 (0,92)	0,764
Ukupno	4,41 (0,51)	4,37 (0,58)	4,42 (0,62)	0,853

* jednosmjerna analiza varijance

Percepcija bolesnika s obzirom na mjesto stanovanja

S obzirom na mjesto stanovanja bolesnika, ne postoje značajne razlike u ukupnoj percepciji bolesnika o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi (Studentov t-test, $P = 0,065$). Prema područjima skrbi, bolesnicima koji žive na selu, u odnosu na bolesnike iz grada, značajno su važnija područja skrbi *rješavanje problema* (Studentov t-test, $P = 0,045$) i *potrebe* (Studentov t-test, $P=0,035$) (tablica 53).

Tablica 5.53. Percepcija bolesnika s obzirom na mjesto stanovanja (N = 291)

Područja skrbi CNPI-70 skale	Mjesto stanovanja		*P**
	Aritmetička sredina (Standardna devijacija)		
	Grad	Selo	
1. humanizam	4,27 (0,65)	4,34 (0,66)	0,417
2. nada	4,41 (0,57)	4,51 (0,61)	0,166
3. osjetljivost	4,21 (0,71)	4,36 (0,68)	0,071
4. odnos pomaganja	4,27 (0,69)	4,40 (0,61)	0,111
5. izražavanje osjećaja	4,30 (0,68)	4,41 (0,64)	0,173
6. rješavanje problema	4,19 (0,78)	4,36 (0,67)	0,045
7. poučavanje	4,35 (0,66)	4,46 (0,58)	0,121
8. okolina	4,39 (0,67)	4,51 (0,55)	0,081
9. potrebe	4,56 (0,50)	4,68 (0,43)	0,035
10. duhovnost	4,22 (0,83)	4,37 (0,76)	0,099
Ukupno	4,33 (0,58)	4,46 (052)	0,065

* Studentov t-test

Doprinos nezavisnih varijabli na percepciju bolesnika o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika

Nezavisne varijable socioekonomskog statusa kod bolesnika ne pridonose predviđanju važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika. Konačan model koji obuhvaća dob, spol, razinu obrazovanja, broj hospitalizacija i mjesto stanovanja objašnjava svega 1,8 % varijance skrbi (regresijka analiza, $R^2 = 0,018$, $F_{(5,289)} = 0,02$; $P = 0,405$) što čini model neznačajnim (tablica 5.54).

Tablica 5.54. Doprinos socioekonomskih varijabli prema percepciji važnosti međuodnosa medicinska sestra – bolesnik kod bolesnika

	Važnost međuodnosa	
SES nezavisnih varijabli	β	*P*
dob	0,046	0,446
spol	0,000	0,994
razina obrazovanja	- 0,049	0,415
broj hospitalizacija	- 0,056	0,353
mjesto stanovanja	0,109	0,067
	Regresijski model †R= 0,133, ‡R^2 = 0,018, §R^2_{kor} = 0,000, ‖$F_{(5,289)}$ = 1,02, *P* = 0,405	

* β = beta regresijski koeficijent; †R = koeficijent multiple korelacije; ‡ R^2= koeficijent determinacije; §R^2_{kor}= korigirani koeficijent determinacije; ‖F = F omjer

5.7. Percepcija medicinskih sestara o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi s obzirom na opća obilježja ispitanika

Percepcija medicinskih sestara s obzirom na razinu obrazovanja

S obzirom na razinu obrazovanja medicinskih sestara, ne postoje značajne razlike u ukupnoj percepciji medicinskih sestara o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi (Studentov t-test, $P = 0{,}307$) te ne postoje značajne razlike prema područjima skrbi (tablica 5.55).

Tablica 5.55. Percepcija medicinskih sestara s obzirom na razinu obrazovanja (N=155)

Područja skrbi CNPI-70 skale	Razina obrazovanja		*P**
	Aritmetička sredina (Standardna devijacija)		
	Temeljno obrazovanje	Fakultet	
1. humanizam	4,06 (0,64)	4,34 (0,80)	0,170
2. nada	4,23 (0,56)	4,49 (0,69)	0,360
3. osjetljivost	3,89 (0,68)	4,09 (0,91)	0,287
4. odnos pomaganja	4,13 (0,67)	4,37 (0,74)	0,920
5. izražavanje osjećaja	4,02 (0,68)	4,28 (0,72)	0,689
6. rješavanje problema	3,97 (0,71)	4,30 (0,93)	0,290
7. poučavanje	4,08 (0,64)	4,48 (0,75)	0,155
8. okolina	4,34 (0,62)	4,59 (0,69)	0,464
9. potrebe	4,47 (0,48)	4,79 (0,49)	0,318
10. duhovnost	4,15 (0,77)	4,45 (0,90)	0,629
Ukupno	4,15 (0,56)	4,44 (0,65)	0,307

* Studentov t-test

Percepcija medicinskih sestara s obzirom na radni staž

S obzirom na duljinu radnog staža medicinskih sestara, ne postoje značajne razlike u ukupnoj percepciji medicinskih sestara o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi (ANOVA, *P* = 0,871) (tablica 5.56).

Tablica 5.56. Percepcija medicinskih sestara s obzirom na duljinu radnog staža (N = 155)

Područja skrbi CNPI-70 skale	Radni staž (godina)			*P**
	Aritmetička sredina (Standardna devijacija)			
	≤ 5	6 – 20	21 i više	
1. humanizam	4,06 (0,55)	4,11 (0,57)	4,07 (0,58)	0,931
2. nada	4,26 (0,54)	4,22 (0,51)	4,26 (0,51)	0,913
3. osjetljivost	3,83 (0,65)	3,85 (0,67)	3,88 (0,62)	0,940
4. odnos pomaganja	4,20 (0,56)	4,16 (0,53)	4,12 (0,63)	0,791
5. izražavanje osjećaja	4,01 (0,58)	4,06 (0,65)	4,05 (0,62)	0,932
6. rješavanje problema	3,90 (0,61)	3,98 (0,66)	4,04 (0,61)	0,542
7. poučavanje	4,04 (0,53)	4,09 (0,56)	4,17 (0,55)	0,492
8. okolina	4,35 (0,50)	4,40 (0,52)	4,34 (0,59)	0,810
9. potrebe	4,48 (0,35)	4,50 (0,45)	4,49 (0,52)	0,971
10. duhovnost	4,10 (0,58)	4,04 (0,66)	4,30 (0,49)	0,050
Ukupno	4,15 (0,42)	4,16 (0,49)	4,19 (0,47)	0,871

* jednosmjerna analiza varijance

Percepcija medicinskih sestara s obzirom na mjesto stanovanja

S obzirom na mjesto stanovanja medicinskih sestara, ne postoje značajne razlike u ukupnoj percepciji medicinskih sestara o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi (Studentov t-test, *P*= 0,857) (tablica 5.57).

Tablica 5.57. Percepcija medicinskih sestara s obzirom na mjesto stanovanja (N = 155)

Područja skrbi CNPI-70 skale	Mjesto stanovanja		*P**
	Aritmetička sredina (Standardna devijacija)		
	Grad	Selo	
1. humanizam	4,13 (0,60)	4,00 (0,48)	0,145
2. nada	4,23 (0,52)	4,27 (0,50)	0,700
3. osjetljivost	3,84 (0,69)	3,89 (0,55)	0,640
4. odnos pomaganja	4,13 (0,61)	4,17 (0,53)	0,677
5. izražavanje osjećaja	4,03 (0,66)	4,06 (0,55)	0,723
6. rješavanje problema	3,97 (0,66)	4,01 (0,56)	0,698
7. poučavanje	4,11 (0,57)	4,12 (0,51)	0,906
8. okolina	4,39 (0,56)	4,31 (0,52)	0,346
9. potrebe	4,49 (0,48)	4,50 (0,43)	0,883
10. duhovnost	4,24 (0,56)	4,07 (0,58)	0,070
Ukupno	4,18 (0,49)	4,16 (0,42)	0,857

*Studentov t-test

Doprinos nezavisnih varijabli na percepciju medicinskih sestara o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika

Nezavisne varijable socioekonomskog statusa kod medicinskih sestara ne pridonose predviđanju važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika. Konačan model koji obuhvaća razinu obrazovanja, radni staž i mjesto stanovanja objašnjava svega 0,8 % varijance skrbi (regresijka analiza, $R^2 = 0{,}008$, $F_{(4,154)} = 0{,}30$; $P = 0{,}874$) što čini model neznačajnim (tablica 5.58).

Tablica 5.58. Doprinos socioekonomskih varijabli prema percepciji važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika kod medicinskih sestara

	Važnost međuodnosa	
SES nezavisnih varijabli	β	*P*
razina obrazovanja	0,084	0,308
radni staž	- 0,101	0,807
mjesto stanovanja	- 0,002	0,998
	Regresijski model $^{\dagger}R = 0{,}090$, $^{\ddagger}R^2 = 0{,}008$, $^{\S}R^2_{kor} = 0{,}000$, $^{\|}F_{(4,154)} = 0{,}30$, $P = 0{,}874$	

* β = beta regresijski koeficijent; †R = koeficijent multiple korelacije; ‡ R^2= koeficijent determinacije; $^{\S}R^2_{kor}$= korigirani koeficijent determinacije ; $^{\|}$F = F omjer

5.8. Percepcija studenata sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi s obzirom na opća obilježja ispitanika

Percepcija studenata o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika s obzirom na godinu studija

S obzirom na godinu studija kod studenata, ne postoje značajne razlike u ukupnoj percepciji studenata o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi (ANOVA; *P* = 0,089) (tablica N). Prema područjima skrbi, postoje značajne razlike u percepciji studenata različitih godina studija za četiri područja skrbi: *nada* (ANOVA, *P* = 0,040)*, poučavanje* (ANOVA, *P* = 0,043), *okolina* (ANOVA, *P* = 0,014) i *potrebe* (ANOVA, *P* = 0,039) (tablica 5.59).

Tablica 5.59. Percepcija studenata o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika s obzirom na godinu studija (N = 226)

Područja skrbi CNPI-70 skale	Godina studija					*P**
	Aritmetička sredina (Standardna devijacija)					
	Prva	Druga	Treća	Četvrta	Peta	
1. humanizam	4,34 (0,58)	4,49 (0,46)	4,45 (0,49)	4,56 (0,29)	4,43 (0,37)	0,479
2. nada	4,39 (0,61)	4,50 (0,46)	4,48 (0,45)	4,74 (0,22)	4,54 (0,37)	0,040†
3. osjetljivost	4,11 (0,71)	4,06 (0,54)	3,95 (0,53)	4,20 (0,50)	3,98 (0,52)	0,288
4. odnos pomaganja	4,47 (0,65)	4,57 (0,47)	4,55 (0,44)	4,65 (0,42)	4,40 (0,46)	0,168
5. izražavanje osjećaja	4,23 (0,79)	4,37 (0,56)	4,27 (0,46)	4,52 (0,40)	4,24 (0,52)	0,142
6. rješavanje problema	4,07 (0,68)	4,22 (0,48)	4,10 (0,65)	4,41 (0,46)	4,23 (0,50)	0,100
7. poučavanje	4,39 (0,67)	4,33 (0,49)	4,31 (0,46)	4,63 (0,31)	4,39 (0,44)	0,043‡
8. okolina	4,57 (0,57)	4,50 (0,45)	4,64 (0,36)	4,79 (0,21)	4,49 (0,43)	0,014§
9. potrebe	4,56 (0,46)	4,52 (0,48)	4,41 (0,39)	4,66 (0,27)	4,61 (0,37)	0,039‖
10. duhovnost	4,19 (0,84)	4,47 (0,46)	4,42 (0,52)	4,53 (0,55)	4,31 (0,57)	0,127
Ukupno	4,35 (0,57)	4,41 (0,37)	4,37 (0,35)	4,58 (0,21)	4,38 (0,33)	0,089

∗ jednosmjerna analiza varijance

† značajne razlike između četvrte i prve (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,004$), druge (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,020$) i treće godine studija (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,009$)

‡ značajne razlike između četvrte i druge (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,006$), treće (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,003$) i pete godine studija (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,031$)

§značajne razlike između četvrte i druge (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,003$) i pete godine studija (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,002$)

‖ značajne razlike između četvrte i pete godine studija (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,006$) te između treće i pete godine studija (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,013$)

Područje skrbi *nada* studenti četvrte godine percipiraju važnijim (aritmetička sredina = 4,74; standardna devijacija = 0,22) od studenata svih ostalih studijskih godina, a značajno važnijim od studenata prve (Post-hoc Fisherov LSD test, P = 0,004), druge (Post-hoc Fisherov LSD test, P= 0,020) i treće godine studija (Post-hoc Fisherov LSD test, P = 0,009). U percepciji studenata ostalih godina studija za područje skrbi *nada* ne postoje značajne razlike (tablica 5.59).

Područje skrbi *osjetljivost* studenti četvrte godine percipiraju značajno važnijim (aritmetička sredina = 4,20; standardna devijacija = 0,50) samo od studenata treće godine studija (Post-hoc Fisherov LSD test, P = 0,046). U percepciji studenata ostalih godina studija za područje skrbi *osjetljivost* ne postoje značajne razlike (tablica 5.59).

Studenti pete godine studija područje *odnos pomaganja* percipiraju manje važnim (aritmetička sredina = 4,40; standardna devijacija = 0,46) od studenata svih ostalih godina, a značajno manje važnim od studenata četvrte godine studija (Fisherov LSD test, P = 0,025). U percepciji studenata ostalih godina studija za područje skrbi *odnos pomaganja* ne postoje značajne razlike (tablica 5.59).

Područje skrbi *izražavanje osjećaja* studenti četvrte godine percipiraju važnijim (aritmetička sredina = 4,52; standardna devijacija = 0,40) od studenata svih ostalih studijskih godina, a značajno važnijim od studenata prve (Fisherov LSD test, P = 0,047), treće (Fisherov LSD test, P= 0,035) i pete godine studija (Fisherov LSD test, P = 0,027). U percepciji studenata ostalih godina studija za područje skrbi *nada* ne postoje značajne razlike (tablica 5.59).

Studenti četvrte godine područje skrbi *poučavanje* percipiraju značajno važnijim (aritmetička sredina = 4,63; standardna devijacija = 0,31) od studenata druge (Post-hoc Fisherov LSD test, P=0,006), treće (Post-hoc Fisherov LSD test, P= 0,003) i pete godine studija (Post-hoc Fisherov LSD test, P=0,031). U percepciji studenata ostalih godina studija za područje skrbi *poučavanje* nisu uočene značajne razlike (tablica 5.59).

Područje skrbi *rješavanje problema* studenti četvrte godine percipiraju važnijim (aritmetička sredina = 4,41; standardna devijacija = 0,46) od studenata svih ostalih studijskih godina, a značajno važnijim od studenata prve (Post-hoc Fisherov LSD test, P = 0,022) i treće godine studija (Post-hoc Fisherov LSD test, P = 0,013). U percepciji studenata ostalih godina studija za područje skrbi *rješavanje problema* ne postoje značajne razlike (tablica 5.59).

Područje skrbi *okolina* također studenti četvrte godine percipiraju značajno važnijim (aritmetička sredina = 4,79; standardna devijacija = 0,21) od studenata druge (Post-hoc

Fisherov LSD test, $P = 0,003$) i pete godine studija (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,002$). U percepciji studenata ostalih godina studija za područje skrbi *okolina* ne postoje značajne razlike (tablica 5.59).

Za područje skrbi *potrebe* najviše srednje vrijednosti percepcije imaju studenti četvrte (aritmetička sredina = 4,66; standardna devijacija = 0,27) i pete godine studija (aritmetička sredina = 4,61; standardna devijacija = 0,37). Studenti treće godine područje *potrebe* percipiraju značajno manje važnim od studenata četvrte (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,006$) i studenata pete godine studija (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,013$). U percepciji studenata ostalih godina studija za područje skrbi *potrebe* nisu uočene značajne razlike (tablica 5.59).

Studenti prve godine studija područje *duhovnost* percipiraju značajno manje važnim (aritmetička sredina = 4,19; standardna devijacija = 0,84) od studenata druge (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,038$) i studenata četvrte godine studija (Post-hoc Fisherov LSD test, $P = 0,025$). U percepciji studenata ostalih godina studija za područje skrbi *duhovnost* ne postoje značajne razlike (tablica 5.59).

Percepcija studenata sestrinstva s obzirom na zaposlenost u struci

S obzirom na zaposlenost u struci studenata, ne postoje značajne razlike u ukupnoj percepciji studenata o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi (Studentov t-test, $P = 0{,}322$) (tablica 5.33). Prema područjima skrbi CNPI-70, zaposlenim studentima, u odnosu na studente koji ne rade u struci, značajno su važnija područja skrbi *odnos pomaganja* (Studentov t-test, $P = 0{,}012$), *rješavanje problema* (Studentov t-test, $P = 0{,}030$) i *potrebe* (Studentov t-test, $P < 0{,}001$). Za ostalih sedam područja CNPI-70 ne postoje značajne razlike u percepciji studenata s obzirom na zaposlenost u struci (tablica 5.60).

Tablica 5.60. Percepcija studenata s obzirom zaposlenost u struci (N = 226)

Područja skrbi CNPI-70 skale	Zaposlenost u struci Aritmetička sredina (Standardna devijacija)		*P**
	Zaposlen	Nezaposlen	
1. humanizam	4,46 (0,40)	4,46 (0,47)	0,994
2. nada	4,56 (0,38)	4,52 (0,46)	0,552
3. osjetljivost	4,12 (0,49)	4,01 (0,57)	0,150
4. odnos pomaganja	4,40 (0,50)	4,58 (0,46)	0,012
5. izražavanje osjećaja	4,28 (0,51)	4,33 (0,56)	0,516
6. rješavanje problema	4,33 (0,45)	4,15 (0,59)	0,030
7. poučavanje	4,48 (0,39)	4,35 (0,51)	0,063
8. okolina	4,59 (0,39)	4,58 (0,44)	0,920
9. potrebe	4,70 (0,30)	4,47 (0,43)	< 0,001
10. duhovnost	4,37 (0,47)	4,41 (0,61)	0,653
Ukupno	4,45 (0,31)	4,40 (0,39)	0,322

* Studentov t-test

Percepcija studenata sestrinstva s obzirom na mjesto stanovanja

S obzirom na mjesto stanovanja studenata, ne postoje značajne razlike u ukupnoj percepciji studenata o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi (Studentov t-test, P = 0,316). Prema područjima skrbi CNPI-70, studentima koji žive na selu, u odnosu na studente iz grada, značajno je važnije područje *okolina* (Studentov t-test, P = 0,013). Za ostalih devet područja CNPI-70 ne postoje značajne razlike u percepciji studenata s obzirom na mjesto stanovanja (tablica 5.61).

Tablica 5.61. Percepcija studenata s obzirom na mjesto stanovanja (N = 226)

Područja skrbi CNPI-70 skale	Mjesto stanovanja		*P**
	Aritmetička sredina (Standardna devijacija)		
	Grad	Selo	
1. humanizam	4,44 (0,48)	4,49 (0,39)	0,428
2. nada	4,53 (0,45)	4,51 (0,43)	0,655
3. osjetljivost	4,01 (0,56)	4,07 (0,54)	0,488
4. odnos pomaganja	4,49 (0,49)	4,59 (0,45)	0,109
5. izražavanje osjećaja	4,28 (0,56)	4,38 (0,51)	0,183
6. rješavanje problema	4,21 (0,55)	4,17 (0,57)	0,606
7. poučavanje	4,36 (0,48)	4,41 (0,49)	0,418
8. okolina	4,53 (0,46)	4,67 (0,34)	0,013
9. potrebe	4,54 (0,41)	4,51 (0,31)	0,576
10. duhovnost	4,34 (0,62)	4,49 (0,47)	0,050
Ukupno	4,39 (0,40)	4,44 (0,33)	0,316

* Studentov t-test

Doprinos nezavisnih varijabli na percepciju studenata o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika

Nezavisne varijable socioekonomskog statusa studenata (godina studija, zaposlenost u struci, mjesto stanovanja) ne pridonose predviđanju važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika. Konačan model objašnjava svega 0,016 % varijance skrbi (regresijka analiza, R^2 = 0,016, $F_{(4,225)}$ = 0,388P = 0,476) što čini model neznačajnim (tablica 5.62).

Tablica 5.62. Doprinos socioekonomskih varijabli prema percepciji važnosti međuodnosa medicinska sestra – bolesnik kod studenata

	Važnost međuodnosa	
SES nezavisnih varijabli	β	*P*
godina studija	0,012	0,881
zaposlenost u struci	- 0,079	0,384
mjesto stanovanja	0,080	0,238
	Regresijski model †R= 0,125, ‡ R^2 = 0,016, §R^2_{kor} = 0,000, ‖$F_{(4,225)}$ = 0,88, *P* = 0,476	

* β = beta regresijski koeficijent; †R = koeficijent multiple korelacije; ‡ R^2= koeficijent determinacije;
§R^2_{kor}= korigirani koeficijent determinacije; ‖F = F omjer

6. RASPRAVA

Provedeno istraživanje o percepciji bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika daje nekoliko vrijednih pokazatelja za sve tri skupine ispitanika te upućuje na potrebu samokorekcije u smjeru poboljšanja učinkovite komunikacije, prisutnosti i osobnog kontakta s bolesnicima, poučavanja i pružanja informacija bolesnicima i članovima njihove obitelji. Pružanje kvalitetne fizičke pomoći u zadovoljavanju ljudskih potreba učinkovitom komunikacijom i poučavanjem ključno je za promicanje psihosocijalne pomoći i međuodnosa medicinske sestre i bolesnika te većeg zadovoljstva pruženom skrbi, a bez većeg financijskog ulaganja.

6.1. Percepcija bolesnika, medicinskih sestra i studenta sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi

U skladu s objašnjenjem Jean Watson o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi, u ovom se istraživanju, prema obilježjima ispitanika, može prikazati percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi. Watson je objasnila da je bit sestrinstva međuodnos medicinska sestra – bolesnik koji rezultira terapeutskim ishodom, a ne proceduralni dijelovi – postupci, zadatci i intervencije koji se koriste u različitim područjima sestrinske prakse. Njezin teorijski okvir nije naime ograničen na sestrinsku specijalizaciju (18, 37, 53). Stoga su sve tri skupine ispitanika, svatko u svojoj ulozi, iz kliničkog okruženja gdje se sestrinska skrb provodi radi kirurškog liječenja te iz okruženja s konzervativnim načinima liječenja i skrbi. Navedena su klinička okruženja i nastavne baze gdje se izvodi nastava studentima studija sestrinstva uključenima u ovo istraživanje, a ispitanici su medicinske sestre zaposlenice tih odjela.

Najveći broj bolesnika u ovom istraživanju visoko vrjednuje tvrdnje: „*Lijekove daju u određeno vrijeme“*, njih 229 (78,7 %), „*Sposobne su reagirati u situaciji kada je potrebno hitno intervenirati“*, njih 227 (78,0%), *„Sposobne su primijeniti terapijske postupke (npr. intravenoznu injekciju, previjanje i slično“,* njih 226 (77,7%), procjenom izrazito mnogo. Sve su navedene tvrdnje iz područja *potrebe* što može upućivati na to da bolesnici instrumentalne aspekte skrbi percipiraju kao najvažnija ponašanja tijekom skrbi. Ta ponašanja doprinose učinkovitosti i sigurnosti što zahtijeva od medicinskih sestara stjecanje vještina potrebnih za primjenu intervencija koje uključuju rukovanje raznovrsnom opremom i materijalima. Bolesnicima je vještina važna kompetencija medicinskih sestara, stoga je bitno da se postupci

sestrinske skrbi primjenjuju kompetentno, stručno i sigurno, sukladno standardima jer to doprinosi kvaliteti zdravstvene njege kakvu bolesnici očekuju. Slično su ponašanja tijekom skrbi vrjednovali bolesnici u istraživanju Ogugu i sur. kojima su najvažnije rangirane tvrdnje „*Lijekove daju u određeno vrijeme"* i *„Pomažu mi u osobnoj higijeni kada ju ne mogu sam provesti"* (144). Bolesnici u istraživanju Nasim i sur. više pozitivnih odgovora dali su tvrdnjama „*Terapijske postupke i lijekove primjenjuju u određeno vrijeme"*, *„Uvažavaju moje osnovne potrebe (npr. spavanje, osobna higijena i slično)"* te tvrdnji *„Omoguće mi provoditi samozbrinjavanje"* (145). Međutim u stvarnosti je malo vjerojatno da bolesnicima nije izuzetno važan i odnos s medicinskom sestrom kao i druge dimenzije skrbi jer čak i najkompetentnija medicinska sestra ne bi mogla pružiti skrb pravilno bez mogućnosti pružanja utjehe i razvijanja čvrstih odnosa s bolesnicima i njihovim obiteljima. Percepcija skrbi izuzetno ovisi o kontekstu. Bolesnici koji boluju od akutnih bolesti možda su više usmjereni na provedbu zadatka i učinkovite načine liječenja jer ako ih boli, važno im je da medicinska sestra lijekove primijeni u pravo vrijeme u pravoj dozi i na pravi način (146). Bolesnici u terminalnoj fazi bolesti ili bolesnici koji su dugo u postupcima skrbi možda neće toliku važnost pridavati fizičkoj pomoći i možda će im biti važniji kvalitetan međuodnos kako bi mogli slobodno izreći svoje strahove, nade i očekivanja pouzdanom partneru u skrbi. Međutim i percepcija se kod akutnih bolesnika može promijeniti nakon stabilizacije stanja i uklanjanja simptoma te će u određenom trenutku veću važnost pridavati i drugim dimenzijama skrbi. To predstavlja profesionalan izazov za medicinske sestre i njihovu osjetljivost na dinamične i brzo promjenjive potrebe svih bolesnika (146).

Najveći broj bolesnika u ovom istraživanju vrijednost ne daje tvrdnji „*Ne zauzimaju stav neodobravanja"*, i to procjenu nimalo njih 18 (6,2 %) i procjenu malo njih 17 (5,8 %). To je u suprotnosti s rezultatima istraživanja Nasim i sur. u kojem su bolesnici najviše pozitivnih odgovora dali upravo tvrdnji *„Ne zauzimaju stav neodobravanja"*, a najviše je negativnih odgovora bilo za tvrdnje „*Pokušavam s bolesnicima utvrditi posljedice njihova ponašanja"*, *„Pomažem bolesnicima razlučiti što je važno u njihovu životu"* i *„Bolesnicima pomažem naći određenu ravnotežu u njihovu životu"* (145). U literaturi se navodi da na percepciju bolesnika može utjecati vrijeme provedeno u skrbi (147). Percepcija se bolesnika prema skrbi poboljšava kako se produljuje vrijeme provedeno u skrbi s istim medicinskim sestrama što je u skladu s rezultatima drugih autora koji smatraju da je potrebno vrijeme za uspostavljanje povjerenja (148). Stoga vrlo kratke hospitalizacije mogu predstavljati velik izazov za uspostavljanje međuodnosa bolesnika i medicinske sestre tijekom skrbi (147).

Najveći broj medicinskih sestara u ovom istraživanju visoko vrjednuje tvrdnje „*Sposoban/a sam primijeniti terapijske postupke (npr. intravenoznu injekciju, previjanje i slično)"*, njih 119 (76,8 %), i „*Lijekove dajem bolesnicima u određeno vrijeme njih"*, njih 114 (73,5%), i to procjenom izrazito mnogo što je sukladno vrjednovanju bolesnika u ovom istraživanju. To može upućivati da medicinske sestre i bolesnici izrazitu važnost pridaju zajedničkom cilju koji se odnosi na upravljanje simptomima i stabilizaciji stanja bolesnika prema normalnom fiziološkom stanju čak i kada imaju uvid u ponašanja iz svih dimenzija sestrinske skrbi. Rezultati su ovog istraživanja sukladni vrjednovanju medicinskih sestara iz onkološkog okruženja u Iranu koje navedene tvrdnje vrjednuju kao dva najvažnija ponašanja tijekom skrbi (107). Također, rezultati su djelomice u skladu s rezultatima Nasim i sur. u kojem su medicinske sestre pokazale veći ukupan udio u odgovorima *mnogo* i *izuzetno mnogo* nego u odgovorima *nimalo* i *malo* za tvrdnje „*Terapijske postupke i lijekove primjenjujem u određeno vrijeme"*, „*Uvažavam bolesnikove osnovne potrebe (npr. spavanje, osobna higijena i slično)"* te „*Poštujem bolesnikovu privatnost (npr. ne izlažem ga nepotrebno pogledima drugih"* (145). To može upućivati na činjenicu da medicinske sestre u različitim kliničkim okruženjima instrumentalne dimenzije skrbi doživljavaju izuzetno važnima. Drugi autori podržavaju to mišljenje i ističu da je sestrinska skrb usmjerena na vještine, učinkovitost i sigurnost u provođenju intervencija koje uključuju rukovanje raznovrsnom opremom (149). Suprotno tomu pojedini autori u svojim istraživanjima opisuju navedena ponašanja kao skrb najniže razine s obzirom na kvalitetu skrbi (150, 151). Skrb na toj razini odražava prilično funkcionalno-instrumentalni odnos između bolesnika i medicinske sestre. Središte te razine skrbi usmjerena je na „pružanje njege" i pomoći samo u rješavanju fizičkih i medicinskih potreba bolesnika. Bolesnici pokazuju nezadovoljstvo prema toj razini skrbi na što upućuju njihove izjave da se medicinske sestre tijekom skrbi ponašaju rutinski i malo vode računa o bolesniku kao jedinstvenoj osobi, rade ono što moraju i što se od njih traži, ali ništa više. Na toj je razini bolesnik pasivan, prirodno prihvaća radnju „stručnjaka" i često igra ulogu „dobrog bolesnika". Autori zaključuju da se pružanje skrbi na toj razini može smatrati „minimalnom" ili „osnovnom skrbi" (150, 151).

Najviše medicinskih sestara vrijednost ne daje tvrdnji „*Ne zauzimam stav neodobravanja"*, procjenom nimalo njih devet (5,8 %) ili procjenom malo njih 11 (7,1 %). Ta je tvrdnja iz humanističkog područja skrbi. Unatoč tomu što je Watson postavila cilj da se profesionalnost medicinskih sestara održi teorijom koja vrjednuje odnose tijekom skrbi (1, 134), on još uvijek ipak nije u potpunosti ostvaren. Neke medicinske sestre i dalje profesionalne stavove i

ponašanja tijekom skrbi mogu promatrati kao predispozicije osobe ili opću dobrotu i uljudnost što može umanjiti procjenu vlastitih stavova i ponašanja tijekom skrbi (1, 134).

Najveći broj studenata u ovom istraživanju visoko vrjednuje tvrdnje „*Poštujem bolesnike i njihove najbliže“*, njih 193 (85,4 %) procjenom izrazito mnogo, i „*Pomažem bolesnicima pri osobnoj higijeni kada ju ne mogu sami provesti“*, njih 192 (85 %). Prva tvrdnja pripada humanističkom području skrbi, a druga je iz područja *potrebe* što upućuje na to da studenti tijekom zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba primjenjuju etički odnos prema bolesniku i poštuju potrebe i vrijednosti čovjeka. Navedeno može biti povezano i s obrazovnim programima u kojima je predmet Etika u sestrinstvu zastupljen od prve godine studijskog programa te se međupredmetno povezuje s ostalim predmetima iz područja sestrinske skrbi. U literaturi se navodi da na percepciju i razvoj profesionalnih vrijednosti prema skrbi bitnu ulogu ima obrazovanje i stjecanje iskustva. Neki autori ističu važnu ulogu nastavnika u usvajanju profesionalnih stavova i ponašanja. Objašnjavaju da nastavnici mogu osposobiti studente za moralno donošenje odluka i profesionalan rast vrijednosti pomažući im u procesu socijalizacije (152, 153).

Studenti ne daju vrijednost tvrdnji „*Obavještavam bolesnike i njihove bližnje o resursima prilagođenim njihovim potrebama (npr. dom zdravlja, rehabilitacijski centar i sl.)“*, i to procjenom nimalo njih šest (2,7 %) ili procjenom malo njih 11 (4,9 %). Taj se rezultat može objasniti neiskustvom studenata koji još nisu dovoljno upoznati s organizacijom i pružanjem skrbi na svim razinama zdravstvene zaštite što je bitno za medicinske sestre pri pisanju otpusnog pisma i preporuka za daljnji nastavak skrbi i zadovoljavanje potreba bolesnika radi što ranijeg postizanja njegove samostalnosti.

6.2. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika prema područjima i česticama CNPI-70

Rezultati u ovoj studiji pokazuju da postoje značajne razlike u percepciji bolesnika, medicinskih sestara i studenata za svih šest tvrdnji u području skrbi *humanizam.* Studenti ih smatraju važnijima u odnosu na bolesnike i medicinske sestre, a medicinske sestre najniže vrjednuju sve tvrdnje osim ponašanja *„Poštujem bolesnike i njihove najbliže“.* Bolesnici najvišom ocjenom vrjednuju tvrdnju *„Bolesnike prihvaćam takve kakvi jesu“.*

Humanizam je u zdravstvu opisan pomoću pet pojmova koji predstavljaju ključne stavove i ponašanja: holistički pristup tijekom skrbi, vrijednosti, uvažavanje perspektive, prepoznavanje

univerzalnosti i naglasak na odnose. Pojam vrijednosti uključuje poštovanje i uvažavanje drugih osoba i njihovih vrijednosti. Stoga rezultati u ovoj studiji mogu upućivati da medicinske sestre humanizam percipiraju kao vrijednost koja uključuje poštovanje bolesnika i njegovih bližnjih te da ih prihvaćaju onakvima kakvi jesu što je u skladu s najvažnije ocijenjenim ponašanjem bolesnika u ovom istraživanju (154). Neki autori ističu da se pružanjem humanističke skrbi povećava mogućnost bolesnika za aktivnije sudjelovanje u postupcima tijekom skrbi i dosljednije pridržavanja uputa što rezultira boljim ishodom skrbi (4, 155). Stavovi i ponašanja potrebni medicinskim sestrama za takvo pružanje skrbi mogu se unaprijediti i ojačati uključivanjem autentične prisutnosti, suosjećanja, aktivnog slušanja, razumijevanja, potpore, uzajamnosti i suradnje (155). Rezultati ovog istraživanja također upućuju da su studenti sestrinstva tijekom obrazovanja razvili pozitivan stav prema humanizmu koji se odnosi na oblikovanje humanistički nesebičnog sustava vrijednosti. Te se vrijednosti nauče u ranoj životnoj dobi, ali na njih, također, uvelike mogu utjecati i sestre edukatorice (18). Istraživanja više autora pokazuje da razvoj i usvajanje stavova prema skrbi može unaprijediti pozitivan odnos između nastavnika i studenata (156 - 158). Drugi autori razvoj prema humanističkoj skrbi pripisuju planu i programu svojih kurikula (159). Međutim rezultati drugih istraživanja upućuju na to da se pozitivni stavovi prema skrbi smanjuju tijekom studiranja (80, 119, 120, 160). Neki autori opisuju da kultura kliničkog okruženja može biti prepreka za razvoj humanističke skrbi i za studente i za medicinske sestre (144, 161) što potvrđuju rezultati kvalitativnog istraživanja u kojem medicinske sestre navode da imaju ograničenu kontrolu skrbi u okviru biomedicinskog modela (81).

Područje skrbi *nada* u ovom istraživanju najvišom ocjenom vrjednuju studenti, a najmanjom medicinske sestre/tehničari što se razlikuje od rezultata drugih usporednih istraživanja u kojima medicinske sestre značajno višom ocjenom vrjednuju područje *nada* u odnosu na bolesnike (144, 147). U ovom su istraživanju od ukupno sedam tvrdnji u području *nada* značajne razlike među srednjim vrijednostima šest tvrdnji, osim za tvrdnju *„Bolesnike potičem na razvijanje samopouzdanja* koju medicinske sestre vrjednuju najmanjom ocjenom. Studenti percipiraju važnijim pet ponašanja tijekom skrbi u odnosu na bolesnike i medicinske sestre, osim tvrdnji *„Bolesnike potičem nadanju kada je to primjereno“* i *„Bolesnicima pomažem pri traženju motivacije za poboljšanje njihova zdravstvenog stanja“* koje najvišom ocjenom vrjednuju bolesnici. Tim se ponašanjima tijekom skrbi olakšava promicanje holističke zdravstvene njege, definira sestrinska uloga u razvoju poželjnog odnosa sestre i pacijenta te promiče pacijentovo prihvaćanje pozitivnog zdravstvenog ponašanja (18, 37, 58). Rezultati ovoga istraživanja

pokazuju da su bolesnicima ta ponašanja važna i da žele preuzeti odgovornost za svoje zdravlje, dok medicinske sestre najmanje važnosti pridaju razvijanju samopouzdanja kod bolesnika. Međutim i rezultati drugih istraživanja upućuju na to da se većini medicinskih sestara ulijevanje nade i vjerovanja odnosi samo na davanje informacija bolesniku o mogućim dobrim ishodima (147).

U području skrbi *osjetljivost* postoje značajne razlike između bolesnika, medicinskih sestara i studenata u svim tvrdnjama. Najveću srednju vrijednost imaju bolesnici, a najmanju medicinske sestre. Bolesnici percipiraju važnijim pet ponašanja tijekom skrbi u odnosu na medicinske sestre i studente, a najvišom ocjenom vrjednuju tvrdnju „*Sposobne su izabrati pravi trenutak za raspravu o mojem zdravstvenom stanju i pravodobno reagirati"*. Medicinske sestre u području *osjetljivost* najnižom ocjenom vrjednuju sva ponašanja tijekom skrbi u odnosu na bolesnike i studente. Najvišom ocjenom vrjednuju tvrdnju *„Sposoban/a sam na primjeren način izraziti osjećaje o bolesnikovoj situaciji*" , a studenti najvišom ocjenom vrjednuju tvrdnju „*Pokažem bolesnicima i bližnjima da sam svjesna njihovih osjećaja".* Prepoznavanje i prihvaćanje osjećaja vodi k samoaktualizaciji prihvaćanjem samoga sebe i kod medicinske sestre i kod bolesnika. Kako medicinske sestre prihvaćaju svoju osjetljivost i osjećaje, tako postaju iskrenije, otvorenije i osjetljivije prema drugima (18). Navedena se ponašanja tijekom skrbi podrazumijevaju ili čak očekuju, ali bolesnici u praksi rijetko doživljavaju tu razinu skrbi iako joj pridaju veću važnost u odnosu na studente i medicinske sestre. Međutim istraživanja pokazuju da se bolesnici rijetko žale na nedostatak te razine skrbi jer to uglavnom pripisuju teškom kontekstu skrbi koji se odnosi na nedostatak vremena medicinskih sestra, nedostatke timskog modela sestrinske skrbi i nedovoljne potpore kulturi skrbi (150). Rezultati drugih istraživanja potvrđuju da je bolesnicima važna prisutnost medicinske sestre koja ih razumije, prati i podupire tijekom bolesti, liječenja i rehabilitacije. Važnost pridaju odnosu i ulozi medicinske sestre kao stručnjaka, ali i osobe koja je spremna izraziti svoju osjetljivost. Medicinske sestre na toj razini imaju cilj utvrditi što je bolesnicima važno, kako se osjećaju u trenutačnoj situaciji i kako doživljavaju svoju bolest i liječenje te im pružiti potporu kao profesionalci i kao ljudi (150, 151). Takav se odnos temelji na visokoj razini kompetencija medicinskih sestara. Usklađenost kompetencija i stavova prema skrbi presudni su za pružanje kvalitetne sestrinske skrbi (151).

U području skrbi *odnos pomaganja* postoje značajne razlike između bolesnika, medicinskih sestara i studenata u svim tvrdnjama. Područje *odnos pomaganja* podrazumijeva izjave koje se

prvenstveno odnose na poštivanje prava bolesnika i komunikacijske vještine kao što je predstavljanje imena i funkcije, slušanje, uvažavanje bolesnika, njegovih stavova i ideja te njegovih bližnjih te neodavanje dojma da se nema vremena za pacijenta. Bolesnicima je u ovom istraživanju najmanje važno ponašanje *„Bolesnicima se jasno predstavim imenom i funkcijom“,* a veću važnost pridaju ponašanjima „*odgovorim odmah, ako je to moguće kada me bolesnik pozove*“ „ *Pozorno slušam bolesnike i njihove bližnje*“ i *„Ne prekidam bolesnike kada govore“*. Studenti su ta ponašanja ocijenila višom ocjenom od bolesnika, a medicinskim su sestrama navedena ponašanja najmanje važna u odnosu na bolesnike i studente. Najvišu srednju vrijednost u ovom području imaju studenti, a najnižu medicinske sestre. Možda se objašnjenje za visoku ocjenu percepcije studenata prema tom području može tražiti u trenutačnom sustavu obrazovanja, zasnovanom na načelima procesa zdravstvene njege: usmjerenost na bolesnika, uvažavanje bolesnika kao subjekta, cjelovitost (holistički pristup) zbrinjavanja bolesnika. U postupku pristupanja EU-u Republika Hrvatska morala je uskladiti svoje zakonodavstvo i praksu s direktivama i uredbama EU-a i u području zdravstva. Direktiva 2013/55/EU izmjena je Direktive 2005/36/ EZ te je još preciznija u svojim zahtjevima vezanim uz priznavanje stručnih kvalifikacija, a radi racionalizacije, pojednostavnjenja i poboljšanja propisa za priznavanje stručnih kvalifikacija što se odnosi na zanimanja u zdravstvu koja utječu na javno zdravlje ili sigurnost pacijenata (162). Iz Direktive 2013/55/EU vidi se potreba za stalnim profesionalnim razvojem koji doprinosi sigurnoj i učinkovitoj praksi. Vještine i kompetencije moraju biti prepoznatljive i usklađene u svim državama članicama EU-a. Stoga je za nastavnike važno prepoznati potencijale novih kurikula koji omogućuju da se sadržaji obrazovnog programa na studiju sestrinstva u znatno većoj mjeri mogu poučavati u okruženju izvorne stvarnosti i demonstrirati kako se mogu primijeniti u praksi (162, 163).

Sve tri skupine ispitanika u ovom istraživanju najvišom ocjenom vrjednuju tvrdnju *„Poštujem svoje zadaće – što kažem, to i napravim“*. To ponašanje zahtijeva realnost, poštenost, iskrenost i otvorenost, a može upućivati na važnost koju ispitanici pridaju usklađenosti i zajedničkom cilju sestrinske skrbi (18, 37). Druga istraživanja također potvrđuju važnost koju bolesnici pridaju razvoju odnosa pomoći i povjerenja (164). Rezultati Holopainen i sur. pokazuju da su bolesnici izuzetno cijenili ispunjeno obećanje i povjerenje koje su gradili s medicinskom sestrom tijekom sestrinske skrbi iz dana u dan. Ti bolesnici vjeruju da će im medicinska sestra biti dostupna i da će njihovo zajedničko vrijeme omogućiti održavanje odnosa tijekom skrbi (164). Rezultati autora Settecase-Wu i sur. pokazuju da netom diplomirane medicinske sestre naglašavaju važnost uspostavljanja odnosa s bolesnikom. Smatraju da će se povjerenje u

međuodnosu medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi ostvariti ako se ispune obećanja dana bolesnicima i njihovim obiteljima (165). Ti su rezultati u skladu s percepcijom bolesnika kojima je optimalan cilj uspostavljanje odnosa povjerenja tijekom sestrinske skrbi (166).

U području skrbi *izražavanje osjećaja* postoje značajne razlike između bolesnika, medicinskih sestara i studenata u svim tvrdnjama. Najveću srednju vrijednost imaju bolesnici, a najmanju medicinske sestre. Bolesnici najvišom ocjenom vrjednuju tvrdnju *„Pomažem bolesnicima razumjeti njihove osjećaje u situaciji u kojoj se nalaze*, a tvrdnju *„Bolesnike potičem da slobodno izražavaju svoje misli i osjećaje*“ najvišom ocjenom vrjednuju i medicinske sestre i studenti. Uzajamnost izricanja osjećaja uvijek je rizično iskustvo za medicinsku sestru i za bolesnika. Medicinska sestra mora biti pripremljena na pozitivne i na negativne osjećaje te mora razumjeti da se intelektualno i emocionalno shvaćanje situacije razlikuje (18, 37, 58). Pomoć u izricanju negativnih osjećaja obično uključuje slušanje. Izrazi su kojima se najčešće koriste za opisivanje razgovora s bolesnicima: razgovarati, objasniti, podučavati, informirati. Kvalitetu slušanja koju pružaju medicinske sestre nemoguće je utvrditi, ali ako medicinske sestre samo pasivno slušaju, bez davanja povratnih informacija koje pokazuju da se zabrinutost bolesnika čuje i razumije, bolesnik neće biti zadovoljan međuodnosom (147). U odnosima tijekom skrbi Gustin i Wagner ističu važnost izricanja osjećaja te da medicinska sestra i bolesnik trebaju biti iskreni i govoriti o tome kako je važno slušati i čuti bolesnika ono što je njemu važno za reći (167). Drugi autori također navode da je za promicanje i prihvaćanje izricanja pozitivnih i negativnih osjećaja u međuodnosu medicinske sestre i bolesnika najvažnije aktivno slušanje (164, 166 - 172).

U području skrbi *rješavanje problema* postoje značajne razlike između bolesnika, medicinskih sestara i studenata u svim tvrdnjama. Najveću srednju vrijednost imaju bolesnici, a najmanju medicinske sestre. Bolesnici percipiraju važnijim pet ponašanja u odnosu na medicinske sestre i studente, osim ponašanje „*Pomažem bolesnicima vidjeti situaciju iz drugog kuta“* koje najvišom ocjenom vrjednuju studenti. Svih šest ponašanja tijekom skrbi u području *rješavanje problema* najnižom ocjenom vrjednuju medicinske sestre. Rezultati su ovog istraživanja zabrinjavajući jer to se područje odnosi na primjenu procesa zdravstvene njege i uvodi znanstveni pristup rješavanju problema u sestrinsku skrb te ukida tradicionalno shvaćanje o sestri kao liječnikovoj pomoćnici. Proces zdravstvene njege sličan je istraživačkom procesu po organiziranosti i sustavnosti (18). Objašnjenje zašto su medicinske sestre u ovom istraživanju najnižom ocjenom vrjednovale sve tvrdnje iz područja *rješavanje problema* u odnosu na

bolesnike i studente možda treba tražiti u brojnim kritikama i otporu prema procesu zdravstvene njege upućene uglavnom zbog njegova nedovoljnog razumijevanja. Nerazumijevanje važnosti procesa zdravstvene njege može se odraziti na razvoj odnosa i pozitivnog okruženja u kliničkoj praksi te stavova i ponašanja svih sudionika u procesu skrbi (173). Ranije kritike prema procesu zdravstvene njege uglavnom su se odnosile na filozofsku prirodu procesa. Filozofija sestrinstva naglašava znanost kao izvor znanja, stoga je tijekom kliničkih prosudbi manje usmjerenosti na intuiciju. Međutim uvođenje procesa u kliničku praksu bio je velik izazov zbog narušavanja hijerarhije moći među zdravstvenim timovima u pružanju zdravstvene skrbi. Pojedini su kritičari mišljenja da je proces zdravstvene njege usmjeren na medicinsku sestru te se njime pojačava njezina samostalnost i moć. To može smanjiti koordinaciju među članovima zdravstvenih timova različitog djelokruga rada tijekom zdravstvene skrbi (173). Prema mišljenju drugih, proces je zdravstvene njege usmjeren na bolesnika, ali takav pristup može dovesti do nedostatka zaštite privatnosti bolesnika jer bolesnik treba navesti sve osobne podatke kako bi sudjelovao u procesu zdravstvene njege. Druga su mišljenja ta da je proces razvijen deduktivno i ne temelji se na stvarnom učinku medicinske sestre, već ga medicinske sestre primjenjuju za razvoj svoje profesije te je zbog toga manje koristan bolesnicima. Međutim glavni je razlog kritika upućenih procesu zdravstvene njege nerazumijevanje njegova značenja što može utjecati na percepciju medicinskih sestara, studenata i bolesnika za to područje skrbi (173). Stoga je moguće da povećanje znanja i obrazovanje medicinskih sestara nisu dovoljni za provedbu procesa zdravstvene njege. Upravo zbog toga obrazovanje ne smije biti usmjereno samo na stjecanje znanja već i na usvajanje stavova i razumijevanje svih područja skrbi (174, 175). Sve dok znanja, vještine i stavovi u procesu zdravstvene njege ne budu standardi ponašanja, nastavit će se izazovi povezani s provedbom procesa zdravstvene njege (175). Drugi autori to područje i ponašanja smatraju višom razinom kvalitete skrbi i opisuju ga kao profesionalnu skrb jer obuhvaća stavove i ponašanja koji jasno omogućuju utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom uvažavajući individualnost bolesnika. Medicinske sestre u postupke tijekom skrbi uključuju bolesnike i čine više od osnovnih stvari. Prema percepciji bolesnika, medicinske sestre koje provode skrb na toj razini uvažavaju njihove potrebe i nastoje ih zadovoljiti pri pružanju njege: „*Pomažu im da razumiju i suoče se sa situacijom u kojoj se nalaze“ i „Pomažu bolesnicima prepoznati sredstva za učinkovito rješavanje njihovih problema“*. Takav je odnos između medicinske sestre i bolesnika profesionalan, ali bolesnici su naglasili neravnopravnost u takvom odnosu. Bolesnici očekuju višu razinu skrbi i ravnopravan odnos te da medicinske sestre budu i fizički i emocionalno bliske bolesnicima (150, 151).

U području skrbi *poučavanje* postoje značajne razlike između bolesnika, medicinskih sestara i studenata u svih devet tvrdnji. Najveću srednju vrijednost u tom području imaju bolesnici, a najmanju medicinske sestre. To je područje važno za sestrinstvo jer dijeli zdravstvenu njegu od liječenja. Medicinske sestre pružaju bolesnicima obavijesti i usmjeravaju odgovornost za blagostanje i zdravlje bolesnika na njega samoga (18, 37, 57). *Poučavanje* su bolesnici u jednoj bolnici u Japanu rangirali među tri najvažnija ponašanja (176). Drugi autori ističu da se važnost poučavanja bolesnika stalno treba naglašavati, posebice njegovu ključnu ulogu u pružanju mogućnosti bolesnicima da se sami brinu o sebi, utvrđuju osobne potrebe, donose odluke i osobno se razviju na temelju pruženih informacija (144, 177) što je u skladu s drugim istraživanjima koja pokazuju da pravilna zdravstvena edukacija bolesnika poboljšava samozbrinjavanje bolesnika, smanjuje komplikacije, povećava zadovoljstvo bolesnika i smanjuje troškove (107, 178). Bolesnici u području *poučavanje* percipiraju pet ponašanja važnijim u odnosu na medicinske sestre i studente, a od toga im je najvišom ocjenom vrjednovana tvrdnja „*Bolesnike naučim uzimanju lijekova na vrijeme i njihovoj pripremi"*. Medicinskim sestrama/tehničarima i studentima najmanje je vrijedna tvrdnja „*Pomažem bolesnicima oblikovati i postavljati pitanja o njihovoj bolesti i liječenju*". Druga pak istraživanja pokazuju da je iz percepcije studenata sestrinstva *poučavanje* bolesnika najvažnije ponašanje u zdravstvenoj njezi usmjerenoj na bolesnika (179) što je sukladno rezultatima istraživanja Tahery i sur. u kojem su studenti edukaciju bolesnika ocijenili primarnim zadaćama medicinskih sestara (180). Međutim druga su istraživanja pokazala da su bolesnici u kliničkom okruženju neodgovarajuće educirani i da se tim ponašanjima pridaje manje važnosti. Stoga autori naglašavaju da medicinske sestre i studenti trebaju preuzeti odgovornost za edukaciju bolesnika i pružiti bolesnicima odgovarajuće poučavanje (181, 182).

U području skrbi *okolina*, od ukupno sedam tvrdnji, značajne su razlike između bolesnika, medicinskih sestara i studenata u pet tvrdnji. Nema značajne razlike između skupina ispitanika u tvrdnji *„Provjerim djeluju li bolesnikovi lijekovi na simptome"* i *„Pomažem bolesnicima jasno reći koje stvari žele da im donesu određene osobe"*. Studenti šest ponašanja tijekom skrbi percipiraju važnijim u odnosu na bolesnike i medicinske sestre, a svih sedam ponašanja tijekom skrbi u području *okolina* najnižom ocjenom vrjednuju medicinske sestre. Watson ističe da medicinske sestre moraju prepoznati utjecaj koji unutarnje i vanjsko okruženje imaju na zdravlje i bolest pojedinaca. Koncepti relevantni za unutarnje okruženje podrazumijevaju mentalno i duhovno blagostanje i društveno-kulturna vjerovanja pojedinca. Uz kliničko okruženje drugi vanjski čimbenici uključuju udobnost, privatnost, sigurnost i čisto i estetsko

okruženje (134, 183). Rezultati ovog i drugih istraživanju pokazuju da bolesnici smatraju stvaranje zdravog okruženja važnim područjem skrbi u različitim kulturama (144). Okolina medicinske sestre i bolesnika može biti potpora, zaštita i korekcija kada je ugodno, čisto, sigurno, estetski i privatno (134). U istraživanjima se ističe da skrb predstavlja i „male znakove pažnje“ koje medicinske sestre zbog ograničenog vremena i povećanog djelokruga rada više ne omogućuju bolesnicima (80, 134). Više studija navode prirodu kliničkog okruženja kao ključnu odrednicu u izgradnji i održavanju terapeutskih odnosa s bolesnicima (45, 81, 169, 171, 172, 184).

U području skrbi *potrebe,* od ukupno deset tvrdnji, postoje značajne razlike između bolesnika, medicinskih sestara i studenata u šest tvrdnji, a prisutna je i razlika u tvrdnji *„Potičem bližnje da budu potpora bolesniku*“ te u tvrdnji „*Pozorno pratim i bilježim bolesnikovo zdravstveno stanje“.* Najveću srednju vrijednost u tom području imaju bolesnici, a najmanju medicinske sestre. Istraživanja drugih autora također pokazuju važnost koju bolesnici pridaju fiziološkim potrebama i tehničkim vještinama što može upućivati da bolesnici možda neće biti otvoreni ili prihvaćati druga ponašanja u skrbi dok se ne zadovolje fiziološke potrebe (2, 70).

U području skrbi *duhovnost*, od ukupno šest tvrdnji, značajne su razlike među srednjim vrijednostima u tri tvrdnje. Bolesnici najvišom ocjenom vrjednuju tvrdnju „*Pomažem bolesnicima da se osjećaju dobro u svojem stanju“*, dok je najvišom ocjenom vrjednovana tvrdnja *„Poštujem bolesnikove duhovne potrebe (molitva, meditacija, sudjelovanje u određenim ritualima)*“ kod medicinskih sestara i studenata. Ti rezultati upućuju na to da medicinske sestre i studenti u ovom istraživanju duhovnost kulturološki povezuju s vjerskom praksom. J. Watson svjesna je zahtjevnosti toga čimbenika koji podrazumijeva poznavanje egzistencijalističke psihologije i korištenje fenomenološke analize, ali ga objašnjava jednostavno navodeći da čovjek mora biti otvoren prema nepoznatim stvarima i stvarima koje se ne mogu kontrolirati jer ne može se sve objasniti (58, 134). Štoviše, duhovnost je složeno pitanje koje nije ograničeno na uobičavanje vjere, već se odnosi na pronalaženje ravnoteže u životu. Rezultati pak ovoga istraživanja pokazuju da je bolesnicima najvažnije da se osjećaju dobro u svojem stanju. Stoga sestrinska potpora duhovnosti može biti primijenjena kroz druge aktivnosti i ne podrazumijeva izričito raspravu. Pojedini autori preporučuju da medicinske sestre mogu promicati i podržavati vrijednosti bolesnika, povjerenje i vjeru u Boga ili „višu silu“ svojom prisutnosti i slušajući (185). Uloga je duhovnosti u zdravstvenom kontekstu vrlo složena jer uključuje međuodnos medicinske sestre i bolesnika, kulturne norme i osobna

uvjerenja. U tom smislu razvoj tog područja skrbi zahtijeva posebnu edukaciju koja je nedovoljno zastupljena u današnjem sustavu obrazovanja medicinskih sestara (96).

Watson vjeruje da medicinske sestre imaju odgovornost izvan tih deset čimbenika/područja skrbi kako bi olakšale razvoj bolesnika na području promicanja zdravlja kroz preventivne postupke. Cilj se postiže poučavanjem bolesnika o osobnim promjenama za promicanje zdravlja, pružanju situacijske potpore, poučavanju metoda rješavanja problema i prepoznavanju vještina suočavanja i prilagođavanja na gubitak (28).

6.3. Percepcija bolesnika o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika prema područjima skrbi CNPI-70

Ukupna srednja vrijednost percepcije bolesnika o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika prema CNPI-70 skali u ovom istraživanju iznosi 4,39 što upućuje na činjenicu da bolesnici pridaju važnost međuodnosu medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi. Rezultati ovog istraživanja u skladu su s rezultatima istraživanja provedenih u Saudijskoj Arabiji (186), Filipinima (4) te u šest europskih država: Cipru, Češkoj, Finskoj, Grčkoj, Mađarskoj i Italiji (2).

Iako bolesnici u ovom istraživanju pridaju na važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika, prema CNPI-70 skali rezultati pokazuju značajne razlike u percepciji bolesnika prema područjima skrbi. Najveću vrijednost bolesnici u ovom istraživanju pridaju području *potrebe* što upućuje na činjenicu da je za bolesnike najvažnija dostojanstvena pomoć pri zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba. Objašnjenje tog rezultata može se tražiti u činjenici da se u Republici Hrvatskoj sestrinska praksa odvija prema modelu osnovnih ljudskih potreba V. Henderson koji usmjerava praksu i postupke u zdravstvenoj njezi, a to se može odraziti na percepciju bolesnika sudionika takve sestrinske prakse. Međutim područja skrbi CNPI-70 skale u skladu su s vrijednostima teorije J. Watson koja s teorijom V. Henderson ima i sličnosti i razlike. Naime V. Henderson bila je među autorima koji su utjecali na razvoj teorije J. Watson. Obje su istog uvjerenja da zdravstvena njega treba podržavati holistički pristup bolesniku i predstavlja mnogo više od zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba. Obje smatraju da zdravstvena njega treba biti usmjerena i na zadovoljavanje psihosocijalnih, socijalnih i duhovnih potreba bolesnika. Međutim teorija V. Henderson više je usmjerena na pomoć bolesnicima u njihovim svakodnevnim aktivnostima i zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba, a teorija J. Watson više je usmjerena na partnerske odnose s pojedincima tijekom skrbi te posebno naglašava područje duhovnosti u osobnom životu svakog pojedinca (55).

Druga istraživanja također upućuju na važnost koju bolesnici pridaju osnovnim fiziološkim potrebama (2,170,172). Istraživanje Merrill i sur. pokazalo je da su bolesnici ocijenili važnost fizioloških potreba na siguran i pravodoban način kao važno područje skrbi (170) što je u skladu s istraživanjem i autora Papastavrou i sur. (2). Bolesnici su pak u jednoj studiji provedenoj u Saudijskoj Arabiji područje *potrebe* ocijenili trećim po važnosti, a veću su ocjenu dali područjima *humanizam* i *nada* koja pripadaju potrebama višeg ranga. Stoga rezultati u navedenoj studiji pokazuju da je bolesnicima humanistički pristup i njihov sustav vrijednosti važniji od osnovnih ljudskih potreba (186).

Nakon područja *potreba*, koje bolesnici u ovom istraživanju smatraju najvažnijim, slijede područja skrbi *nada, okolina i poučavanje* među kojima nema značajne razlike i sva su ocijenjena važnijima od preostalih šest. Navedena područja, osim *nade,* mogu se grupirati u teoretski šire područje koje obuhvaća kliničku skrb i reakcije medicinske sestre usmjerene na kliničke vještine potrebne za rješavanje zdravstvenih problema i zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba (63). Stoga ti rezultati mogu upućivati na to da je bolesnicima pri zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba najnižeg ranga jednako važno i područje *nada.* Ono pripada potrebama višeg ranga i predstavlja humanističku dimenziju skrbi koja podrazumijeva sustav vrednota pojedinaca i promiče bolesnikovo prihvaćanje pozitivnog zdravstvenog ponašanja. Za ulijevanje nade i vjerovanja u odnos medicinske sestre i bolesnika važna je prisutnost medicinske sestre (18). Prisutnost je medicinske sestre nada za bolesnika koji može osjećati strah i bol, a s druge strane i medicinska sestra osjeća nadu za bolesnike i sebe u terapeutskom međuodnosu tijekom skrbi (18, 45, 184).

Okolina se odnosi se na potporno/zaštitno/korektivno okruženje i obuhvaća zadovoljavanje osnovnih fizioloških potreba uvažavajući podatke o bolesnikovim svakodnevnim navikama (npr. primjena lijekova protiv bolova, vježbe, nježnost) i osiguravanje urednog i sigurnog okruženja. Bolesnici su u ovom istraživanju prepoznali važnost okoline medicinske sestre i bolesnika koja može biti potpora, zaštita i korekcija kada je ugodna, čista, sigurna, privlačna i osigurava privatnost (18) što je u skladu s istraživanjem autora Lynn i sur. koje pokazuje da su bolesnici područje *okolina* ocijenili najvažnijim (187). Više studija navodi prirodu kliničkog okruženja kao važnu odrednicu u izgradnji i održavanju terapeutskog odnosa s bolesnicima. Međutim ističu zabrinutost i prepreke za pružanje skrbi koje su u svezi s fizičkom okolinom, materijalno-tehničkim uvjetima, nedostatkom vremena i medicinskog osoblja, politikom zapošljavanja, upravljanja te administracije (45, 81, 169, 171, 172, 184). Studija autora Berry i

sur. pokazuje da je percepcija skrbi bolesnika značajno povezana sa zadovoljstvom medicinskih sestara okolinom, odnosom s liječnicima i s medicinskim sestrama te opterećenjem medicinskih sestara. Kako su se povećavali rezultati medicinskih sestara prema odnosima u radnom okruženju, tako se povećavala i pozitivna percepcija prema sestrinskoj skrbi kod bolesnika (184).

Osim *nade i okoline*, bolesnici su u ovoj studiji jednako važno ocijenili i *poučavanje* koje su prepoznali kao dio temeljne sestrinske skrbi usmjeren na razvoj samostalnosti u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba, ali i osobnu odgovornost za blagostanje i zdravlje. To može upućivati na to da je bolesnicima u ovom istraživanju izuzetno važna samostalnost i da im je važno preuzeti i odgovornost za svoje zdravlje. Poučavanje obuhvaća ponašanja koja se odnose na utvrđivanje nedostatka specifičnih znanja o bolesti, liječenju i zdravstvenoj njezi te vrstu pomoći putem davanja informacija na odgovarajući način iz svojeg djelokruga rada. Pritom medicinska sestra ne samo da objašnjava i upoznaje bolesnike s važećim smjernicama već koristi i odgovarajuće metode poučavanja (18, 37). Potter i suradnici otkrili su te vještine kao kritičko mišljenje, međutim poučavanje zahtijeva i učinkovitu komunikaciju između bolesnika i medicinske sestre (188). Također treba naglasiti kako i druga istraživanja pokazuju da bolesnici tijekom provođenja zdravstvene njege trebaju i traže odgovarajuća objašnjenja i navode da su im objašnjenja pomogla da se osjećaju sigurnije te da su manje zabrinuti (189, 190).

Među područjima skrbi *humanizam, osjetljivost, odnos pomaganja, izražavanje osjećaja, rješavanje problema i duhovnost* nema značajnih razlika i bolesnici te emocionalne dimenzije skrbi percipiraju značajno manje važnima od navedenih četiriju područja skrbi. Rezultati drugih istraživanja također potvrđuju da bolesnici manje važnosti pridaju emocionalnim područjima skrbi te da je među bolesnicima prošireno uvjerenje da medicinske sestre imaju glavnu ulogu u upravljanju simptomima, ali malu ulogu u pružanju psihosocijalne skrbi te nisu bili voljni izraziti svoju psihosocijalnu zabrinutost (191 - 193). To može upućivati na činjenicu da bolesnici nisu svjesni uloge medicinskih sestara u emocionalnim područjima skrbi. U prilog tomu govori i istraživanje autora Tay i sur. koji su otkrili da mnogi onkološki bolesnici pružanje psihosocijalne skrbi, poput rješavanja emocionalnih problema i sudjelovanja u savjetovanju, nisu smatrali vrstom pomoći koja je u djelokrugu rada medicinskih sestara, a nekolicina bolesnika koji su smatrali da medicinske sestre imaju takvu ulogu pitali su se jesu li dovoljno bliski s njima da bi mogli razgovarati o svojim psihosocijalnim problemima (194).

Emocionalnu potporu radije traže od članova obitelji i prijatelja nego od zdravstvenih djelatnika. Autori stoga smatraju da se ti rezultati ne odnose samo na percepciju bolesnika o važnosti odnosa medicinske sestre i bolesnika već se odnose i na percepciju uloge i kompetencija medicinskih sestara za pružanje tog područja skrbi (194). Autori Song i sur. navode da percepcija bolesnika o zauzetosti medicinskih sestara i uvjetima rada u kliničkom okruženju, poput nedostatka vremena i užurbanog posla, također može mijenjati njihove obrasce komunikacije (195). Bolesnici uvažavaju zahtjevnost i opterećenost medicinskih sestara te se osjećaju neugodno zbog toga što smatraju da ih dodatno opterećuju pa da svoju tjelesnu bol izražavaju tek onda kada postane nepodnošljiva (195). Isto potvrđuju i autori Chan i sur. te dodaju da bolesnici zbog toga određuju prioritete kada će pozvati medicinsku sestru i pozivaju je samo kada smatraju da je važno, uglavnom zbog fizioloških promjena i potreba. Za izražavanje zabrinutosti i osjećaja traže pogodno vrijeme jer to smatraju manje hitnim za rješavanje i pokušavaju ne ometati medicinske sestre zbog toga (191).

Sve navedeno upućuje na to da je nužno bolesnike uputiti na važnost otvorenije komunikacije te da se tako mogu stvoriti uvjeti za bolji razvoj odnosa s medicinskim sestrama. Bolesnici još uvijek ulogu medicinske sestre tradicionalno smatraju usmjerenom samo na zadovoljavanje fizičkih potreba pa i vjerojatno ne očekuju pružanje emocionalne skrbi, a ne zato što misle da im je to manje važno, pogotovo u trenutku kada u svojem životu proživljavaju traumatično iskustvo (191, 194, 195).

6.4. Percepcija medicinskih sestara o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi prema područjima skrbi

Rezultati ove studije pokazuju da ukupna srednja vrijednost percepcije medicinskih sestara o važnosti međuodnosa medicinskih sestara i bolesnika prema CNPI-70 skali iznosi 4,17 te se može reći da medicinske sestre pridaju važnost međuodnosu medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi. Navedeno je u skladu s rezultatima filipinske studije gdje je ukupna srednja ocjena CNPI bila 4,20 što se smatra izvrsnim (4). Slični su rezultati i drugih studija (47, 146). Istraživanje Jiang Li i sur. provedeno u Šangaju pokazuje da su medicinske sestre relativno visoko ocijenile ne samo važnost (4, 68) već i kompetentnost (4, 24) i primjenjivost (4, 33) stavova i ponašanja opisanih u CNPI skali pokazujući tako da opće razumijevanje skrbi postoji među kliničkim medicinskim sestrama (99). Autori pretpostavljaju da bi to moglo biti povezano s pridavanjem važnosti skrbi tijekom njihova profesionalnog obrazovanja i sa zagovaranjem kulture skrbnog ponašanja od strane zdravstvene ustanove i sestrinske zajednice u njihovoj kulturi. Navode da visoka stopa prihvaćanja CNPI-ja postavlja temelje za daljnje

produbljivanje koncepta skrbi u budućnosti, a promicanje brižnog ponašanja i veću kvalitetu zdravstvene njege (99). Važnost koju medicinske sestre pridaju međuodnosu medicinske sestre i bolesnika i njihovoj vjeri da bi mogle promicati ozdravljenje poboljšanjem međuodnosa s bolesnicima potvrdili su i rezultati kvalitativne studije autora Fortuno i sur. (47). Isto potkrjepljuju i tvrdnje Robinsona i Wattersa (196) da medicinske sestre vjeruju kako trebaju biti dobre ne samo u sestrinskim psihomotornim vještinama već trebaju biti sposobne i dobro komunicirati s bolesnicima (196). Rezultati drugih autora sugeriraju da međuodnos medicinske sestre i bolesnika treba određivati učinkovita komunikacija (197) što je u skladu s istraživanjem autora Crawford i sur. (198) koji su utvrdili da je učinkovita komunikacija važna za izgradnju odnosa s bolesnicima. Komunikacija se ne može podcjenjivati dok medicinska sestra obavlja svoju ulogu u procjeni bolesnikova stanja, provođenju sestrinske edukacije kao i savjetovanja (198). CNPI je važan skup kliničkih vještina u sestrinstvu koje pomažu u osiguravanju kvalitetne skrbi bolesnika u socijalnom, kognitivnom i fizičkom pogledu. Kvalitetnim međuodnosom medicinske sestre i bolesnika može se poboljšati dobrobit pacijenta, psihološko i fizičko zdravlje i psihoduhovno funkcioniranje (197).

Anderson i sur. u svojoj su kvalitativnoj studiji nastojali proširiti opise medicinskih sestara o njihovu razumijevanju skrbi kako bi dodatno dobili uvid i produbili razumijevanje stavova o skrbi iz percepcije medicinskih sestara. Skrb je opisana kao djelovanje između vrijednosti skrbi medicinskih sestara i kontekstualnih uvjeta u kojima se skrb dogodila. To dovodi u pitanje sposobnost održavanja skrbi medicinskih sestara u skladu s njihovim vrijednostima i prioritetima bolesnika (199).

Međutim iako rezultati ove studije i drugih relevantnih studija pokazuju relativno visoke ocjene ukupne vrijednosti prema CNPI skali, analizom razlika njihovih percepcija prema područjima skrbi uočavaju se značajne razlike. Tako je srednja vrijednost percepcije medicinskih sestara u ovom istraživanju za područje *potrebe* značajno najviša od ostalih područja skrbi. To područje predstavlja uvažavanje hijerarhije ljudskih potreba od potreba za disanjem, eliminacijom i hranom do potreba za samoaktualizacijom. Pomoću toga čimbenika medicinske sestre prepoznaju biofizičke, psihofizičke, psihosocijalne i intrapersonalne potrebe sebe i bolesnika pri čemu bolesnici trebaju zadovoljiti potrebe nižeg ranga prije nego što pokušaju zadovoljiti potrebe višeg ranga (57). Međutim područje *potrebe* upotrijebljenog instrumenta sadrži čestice koje uglavnom opisuju potrebe/aktivnosti nižeg ranga jer su potrebe višeg ranga zastupljene među ostalim područjima. To upućuje na činjenicu da medicinske sestre u ovom istraživanju najveću važnost pridaju zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba nižeg ranga. Rezultati pilot-

studije Vujanić i sur. (97) također su pokazali da medicinske sestre u kliničkoj praksi najčešće i primjenjuju postupke i ponašanja upravo iz podskale *potrebe* što se može objasniti činjenicom da stavovi imaju važan utjecaj na ponašanje (74, 97, 111). Također, razlog zbog kojeg su medicinske sestre najvažnije ocijenile *potrebe* može biti u tome što je teorija potreba V. Henderson postala, nakon duboko ukorijenjenog biomedicinskog modela, temeljem obrazovanja i prakse medicinskih sestara u RH. To znači da se medicinske sestre već u najranijim fazama obrazovanja usmjeravaju na sestrinsku praksu i načela rada prema njezinoj definiciji sestrinstva i ulozi medicinske sestre. Stoga se može pretpostaviti da je taj čimbenik prepoznat kao najvažniji jer je u skladu s teorijom ljudskih potreba V. Henderson koja zdravlje shvaća kao sposobnost pojedinca da samostalno zadovoljava svoje potrebe, a bolest kao nesposobnost pojedinaca u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba (60). Također treba istaknuti činjenicu da je taj model zdravstvene njege još uvijek usmjeren na ispunjavanje zadatka jer je na spoznaje zdravstvene njege i sestrinstva V. Henderson, osim humanističke psihologije i teorije motivacije A. Maslowa, utjecaj imala i medicina (60).

Drugo prema važnosti, a prema percepciji medicinskih sestara, u ovom istraživanju jest područje *okolina* koje je procijenjeno značajno važnijim od ostalih osam područja skrbi, osim područja *potrebe. Okolina* zajedno s područjima *potrebe* i *poučavanje* odražava reakcije medicinske sestre i kliničke vještine potrebne za rješavanje pacijentovih zdravstvenih problema, a odnose se na područje kliničke skrbi (47). Ti su rezultati djelomice u skladu s rezultatima studije provedene u Šangaju (99) koji također pokazuju da medicinske sestre veću važnost pridaju područjima koja odražavaju klinički aspekt skrbi *potrebe, okolina i poučavanje,* ali se razlikuju po tome što medicinske sestre u drugim istraživanjima jednaku važnost pridaju i području *poučavanje,* dok je poučavanje u ovom istraživanju ocijenjeno manje važnim. To upućuje na činjenicu da medicinske sestre tijekom postupaka i ponašanja usmjerenih na zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba i osiguravanja sigurne i zaštitničke okoline manje važnosti pridaju metodama poučavanja i učenja koje su osmišljene da omoguće bolesnicima brinuti se sami o sebi, odrediti osobne potrebe i pružiti mogućnost za njihov osobni razvoj. Druga pak istraživanja pokazuju da medicinske sestre pridaju veću važnost poučavanju (188, 197) – primjerice rezultati istraživanja autora Omari i sur. pokazuje da medicinske sestre najveću važnost pridaju upravo području *poučavanje* koje pripada kognitivnim aspektima skrbi (200). Istraživanje McCanna i sur. te Whiteheada potvrdilo je da su medicinske sestre svjesne kako je promicanje zdravlja važan dio njihova rada te da zdravstveni odgoj ima vrlo pozitivne rezultate za pacijente (201, 202). U svojem tumačenju jedinstvene uloge medicinske sestre i V.

Henderson ističe da je značajan dio sestrinskog rada edukacija pojedinaca, skupine i zajednice kada nemaju dovoljno znanja koje bi im omogućilo unaprjeđenje zdravlja, odnosno oporavak od bolesti. Umiruće bolesnike, ali i članove njihovih obitelji, također valja poučavati načelima hospicijske skrbi. Sve su to bili argumenti koji su mogli utjecati na NANDA-inu odluku o prihvaćanju neupućenosti kao sestrinske dijagnoze (203). Međutim neupućenost može pridonijeti brojnim problemima, stoga ju treba prihvatiti kao etiološki činitelj za što se zalaže i Carpenito (204). S obzirom na rezultate ovog istraživanja, važno je naglasiti da se neupućenost ne navodi u svim situacijama kada se predviđaju edukacijske intervencije. Naime tretiranje gotovo svakog problema zahtijeva poučavanje – primjerice ako bolesnik ima smanjenu prohodnost dišnih putova, nužno je podučiti ga važnosti uzimanja tekućine ili načinu iskašljavanja (203, 204).

Među srednjim vrijednostima percepcije medicinskih sestara u ovom istraživanju, kada je riječ o područjima skrbi *nada, duhovnost i odnos pomaganja*, nema značajne razlike, a sva tri navedena područja medicinske sestre percipiraju značajno važnijima od preostalih pet područja skrbi. *Duhovnost* i *odnos pomaganja* naglašavaju glavne elemente terapeutskog odnosa koji uzimaju u obzir pacijentovu percepciju određene situacije. Stoga rezultati ovoga istraživanja pokazuju da medicinske sestre pridaju važnost terapeutskom odnosu tijekom skrbi. Rezultati Bassetova istraživanja potvrđuju da medicinske sestre *odnosu pomaganja* pridaju najveću važnost i ocjenjuju razvoj čvrstog odnosa pomoći i povjerenja između medicinske sestre i bolesnika najvažnijim područjem skrbi (146) što je suprotno rezultatima drugih autora koji pokazuju da medicinske sestre to područje smatraju najmanje važnim (200, 205). Pregled literature autora Boutell i Bozett te Narayansamy otkriva nekoliko izvora koji navode da pružanje duhovne skrbi medicinskih sestara ne postoji, nije prikladno ili se rijetko pruža (206, 207). Navode se brojni razlozi koji objašnjavaju zašto medicinske sestre zanemaruju otkrivanje i zadovoljavanje duhovnih potreba pacijenata. Neki razlozi uključuju: a) vjerovanje da je pacijentova duhovnost privatna stvar i izvan uloge sestre; b) strah pri razlikovanju pružanja duhovne njege i obraćenja; c) nedostatak edukacije kako bi se zadovoljile pacijentove duhovne potrebe, posebno ako se sestrina duhovna uvjerenja razlikuju od pacijentovih; d) nedostatak vremena; e) strah da će se pojaviti problemi s kojima se ni sestra ni bolesnici neće moći suočiti; f) sestrinsko nepridavanje važnosti vlastitoj duhovnosti (206 - 209). Prema istraživanjima Murraya i Dunna, većina je medicinskih sestara izjavila da ih obrazovanje i edukacija nisu pripremili za pružanje odgovarajuće duhovne skrbi za svoje pacijente, a da je zabilježen statistički značajan porast znanja, samopouzdanja i kompetentnosti kod medicinskih sestara

koje su pohađale radionice o duhovnoj skrbi (210). Drugi autori također ističu da medicinske sestre tijekom obrazovanja nisu usvojile dovoljno znanja, vještina ni ponašanja u svezi s duhovnom skrbi što rezultira općom zbrkom (211, 212).

Područja skrbi *poučavanje, humanizam, izražavanje osjećaja, rješavanje problema* i *osjetljivost* u ovom su istraživanju ocijenjena manje važnim od prethodno opisanih područja skrbi. Područje *rješavanje problema* odnosi se na primjenu procesa zdravstvene njege i uvođenje znanstvenog pristupa u rješavanju problema. Utvrđivanje potreba i određivanje sestrinske dijagnoze jedan je od glavnih izazova s kojima su suočene medicinske sestre u provođenju procesa zdravstvene njege (213, 214). Međutim rezultati istraživanja pokazuju da se u većini slučajeva proces zdravstvene njege ne provodi sustavno (215), a ponekad se zamjenjuje rutinskim obavljanjem njege (216). U literaturi se važnim čimbenicima koji utječu na stavove i primjenu procesa navodi broj bolesnika, broj medicinskih sestara te dovoljna razina znanja o procesu zdravstvene njege (213). Nedostatak znanja medicinskih sestara ima ključnu ulogu u nedostatku odgovarajuće provedbe procesa zdravstvene njege. S druge strane, većina će medicinskih sestara lako primijeniti proces zdravstvene njege pri individualnom pristupu svakom bolesniku, ali s povećanjem broja bolesnika taj se postupak možda neće primjenjivati (213). Nedostatak znanja i vještina kod medicinskih sestara, dominacija liječnika, nedostatak odgovarajućeg sustava evidencije i nedostatak odgovarajućih institucija za potporu poznati su kao najvažnije prepreke u provođenju procesa (217). Zapravo je jedan od glavnih izazova razina znanja medicinskih sestara (218 - 220). Rezultati nekih studija pokazuju da se nakon stručnog usavršavanja medicinskih sestara u svezi s primjenom procesa povećala razina primjene i utvrđivanja dijagnoza u procesu zdravstvene njege (221). Stoga se čini da bi se problemi povezani s procesom zdravstvene njege mogli svesti na najmanju moguću mjeru njegovim većim naglaskom tijekom formalnog obrazovanja, a kasnije stalnom edukacijom medicinskih sestara (174).

Medicinske sestre u ovom istraživanju najmanje važnim smatraju područje *njegovanje osjetljivosti prema sebi i drugima* koji s područjima *humanizam* i *nada* pripada humanističkoj skrbi. Osjetljivost je usmjerena razvoju osobnog rasta i uvjerenja te sestrinske prakse u cjelini (18). Drugi autori ističu da bi medicinske sestre trebale pomagati ljudima i pritom biti osjetljive za sebe i druge u odnosima tijekom skrbi koji su usmjereni k zaštiti i jačanju njihova dostojanstva (222). Rezultati ovog istraživanja djelomice su u skladu s rezultatima autora Jiang

Li i sur. u kojima ispitanici najmanje važnim smatraju emocionalna područja skrbi i smatraju operativno ponašanje važnije od emocionalnih ponašanja tijekom skrbi (99).

Suprotni su njima rezultati istraživanja Youssef i suradnika koji pokazuju da su medicinske sestre područja *humanizam, nada* i *njegovanje osjetljivosti* ocijenile kao najvažnija područja skrbi (205). Sudionici su skrb opisali kao proces koji uključuje osjećaje, zajedno s profesionalnim znanjem, kompetencijom, vještinom i njegom što je u skladu s istraživanjem Ogugu i sur. u kojem su medicinske sestre ta afektivna područja skrbi ocijenili najvažnijima (144). Također, istraživanje O'Connell i sur. pokazuju da su medicinske sestre emocionalne dimenzije skrbi doživljavale važnijim od drugih dimenzija skrbi. Skrb opisuju kao proces koji uključuje osjećaje kao profesionalnu kompetenciju sa znanjem, vještinom i istraživanjem u sestrinstvu (223). Navedeno je u skladu s percepcijom medicinskih sestara koje smatraju da njihova fizička i psihološka prisutnost s pacijentom uključuje emocionalan rad za uspostavljanje odnosa povjerenja, a taj osjećaj dostupnosti s humanizmom smatraju temeljem skrbi u sestrinstvu (136). Brojni su autori tražili objašnjenja razloga toj kontradiktornoj percepciji važnosti skrbi i odgovore na pitanje zašto se skrb ne odražava potpuno u njezi koju pružaju medicinske sestre. Pojedini autori navode da povećano opterećenje i smanjena predanost medicinskih sestara u postizanju organizacijskih ciljeva može utjecati na stavove i ponašanja u skrbi (99). Drugi autori upozoravaju da su provedba zadataka i smanjenje troškova postali prioriteti današnje zdravstvene zaštite (86). Medicinske se sestre vjerojatno osjećaju brižno i humano, no često su usmjerene na ispunjavanje zadataka (86) zbog teških uvjeta rada, neučinkovite organizacijske kulture, brzog tempa rada u bolnicama i prekovremenog rada zbog nedostatka medicinskih sestara. Sve to uskraćuje vrijeme medicinskih sestara za komunikaciju s bolesnikom i pružanje potrebne pomoći. Relevantna literatura sugerira da su to najčešći razlozi zbog kojih medicinske sestre doživljavaju operativno ponašanje važnijim od emocionalnih aktivnosti tijekom skrbi (47, 72, 99, 109 - 111). Pojedine studije kao razloge navode tehnološki napredak koji s jedne strane doprinosi sigurnosti bolesnika i smanjenju troškova u zdravstvenim sustavima, ali može smanjiti međuodnos licem u lice te naštetiti humanom elementu zdravstvene zaštite (84, 85). Drugi pak autori navode pozitivne stavove medicinskih sestra koje smatraju da je tehnologija dio skrbi u kliničkom okruženju. Tehnološke vještine percipiraju kao sredstvo potpore i unaprjeđenja sestrinske prakse uz istodobno održavanje humanog područja skrbi. Drugi su autori sličnog mišljenja i navode da je uporaba suvremene tehnologije kompetencija u kliničkoj sestrinskoj praksi i može se shvatiti kao dio skrbi pa ne mora uvijek biti prepreka (136).

6.5. Percepcija studenata o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika prema područjima skrbi

Ukupna srednja vrijednost percepcije studenata o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika prema CNPI-70 skali u ovom istraživanju iznosi 4,41. Ti rezultati upućuju da studenti pridaju važnost međuodnosu medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi što je u skladu i s drugim istraživanjima provedenim u različitim kulturama (225 - 229). Također, rezultati istraživanja provedenog među studentima iz Nigerije, Indije, Grčke i Filipina pokazuju visoke ocjene važnosti skrbi (65). Rezultati istraživanja provedenog u Turskoj pokazali su da postoji pozitivna, snažna povezanost između percepcije važnosti i percepcije kompetentnosti prema CNPI skali. Kako se povećavala ocjena važnosti kod studenata, tako se povećavao i osjećaj kompetentnosti. Postojala je i pozitivna, umjerena i statistički značajna povezanost između percepcije važnosti i percepcije primjenjivosti studenata sestrinstva prema CNPI skali (225). Rezultati tog istraživanja upućuju da studenti prilično visoko vrjednuju važnost međuodnosa medicinske sestre i bolesnika, nižu su ocjenu dali primjenjivosti tih ponašanja u skrbi, a najniže su ocijenili svoju kompetentnost (225). U literaturi se navodi da obrazovanje temeljeno na humanističkoj filozofiji može utjecati na razinu percepcije važnosti, neučinkovita primjena teorijskog znanja u praksi može utjecati na percepciju kompetentnosti, a uvjeti u kliničkoj praksi i opterećenost poslom zbog nedostatka medicinskih sestara mogu utjecati na ocjenu primjenjivosti (71, 198).

Rezultati ovoga istraživanja pokazuju značajne razlike u percepciji studenata prema područjima skrbi CNPI skale. Studenti značajno najvažnijima percipiraju područja skrbi *okolina, odnos pomaganja, potrebe* i *nada,* a među srednjim vrijednostima navedenih područja nema značajnih razlika. Ti rezultati mogu upućivati i na to da studenti prepoznaju važnost različitih dimenzija skrbi jer su bez značajnih razlika jednako važno ocijenili područja *okolina* i *potrebe* koja se odnose na kliničku skrb i instrumentalne vještine. Najvažnije ocjenjuju i područje *nada*, koje se odnosi na humanističku dimenziju skrbi, te razvoj *odnosa pomoći i pomaganja* koje pripada odnosima u skrbi. To se može objasniti time da je za studente u ovom istraživanju priroda kliničkog okruženja ključna i najvažnija odrednica u izgradnji i održavanju terapijskog odnosa s bolesnicima, a važnim smatraju i razvoj povjerenja u odnosu medicinske sestre i bolesnika. Važnost studenti pridaju i prisutnosti medicinske sestre koja bolesnicima pruža vjeru i nadu tijekom temeljne njege. Slični su rezultati istraživanja Konuka i sur. koji pokazuju da studenti najvažnijim smatraju razvoj *odnosa pomoći i povjerenja* (228). Autori navode da je

ugodno vidjeti kako studenti najveću važnost pridaju odnosima u skrbi i afektivnom području te ne smatraju da se skrb sastoji samo od kognitivnih i psihomotornih sposobnosti (228).

Sljedeće je područje skrbi prema važnosti studenata u ovom istraživanju *humanizam* i procijenjeno je značajno manje važnim u odnosu na spomenuta četiri najvažnija područja skrbi. To je u suprotnosti s rezultatima istraživanja Delikats i sur. provedenog u Turskoj u kojem je većina studenata skrb povezala s humanizmom (229). Sudionici su izrazili da je humanizam najvažnije područje sestrinske skrbi te da predstavlja ljubav prema ljudima. Nadalje, vrijedno je napomenuti da studenti smatraju kako medicinske sestre prije svega trebaju dodirivati svoje bolesnike, ne rukama ili očima, već srcem. Ohrabrujuće je što su studenti u navedenom istraživanju humanizam i milosrđe smatrali temeljnim vrijednostima profesionalnog identiteta sestrinstva (229). Rezultati su u skladu s istraživanjem percepcije studenata autora Akhtar-Danesh i sur. u kojem studenti humanizam smatraju profesionalnim sustavom vrijednosti koji se odnosi na poštivanje ljudskog dostojanstva i osobnog integriteta, zaštitu privatnosti bolesnika, zaštitu bolesnika od neželjenih događaja, odgovornost, pridavanje važnosti osobnim uvjerenjima i vrijednostima (229). Istraživanja pokazuju da razlike u percepciji studenata prema profesionalnim vrijednostima ovise o sustavu obrazovanja (131, 132). Pritom se naglašava važna uloga nastavnika u usvajanju i oblikovanju tih vrijednosti. Profesionalne vrijednosti studenata mijenjaju se i razvijaju tijekom obrazovnog procesa, a veću razinu postignuća omogućit će primjeri uzornog ponašanja nastavnika i klinička iskustva temeljena na profesionalnim normama i standardima. (131, 132). Stoga brojni autori istražuju obrazovni kontekst i socijalizaciju s idealima skrbi radi otkrivanja i razvijanja odgovarajućih procesa učenja (120 - 123, 131, 132).

Međutim iako je uloga kliničkog okruženja prepoznata kao bitna u razvoju kompetencija za skrb, ono također može djelovati kao opstrukcijski čimbenik kada klinički mentori, menadžeri i drugi zdravstveni djelatnici ne pridaju važnost kulturi skrbi (119, 120). Pojedini autori navode da je svjestan i voljan odabir profesije također važan čimbenik u razvoju stavova i ponašanja prema profesiji (198) kao i da su čimbenici poput interesa, želje i sposobnosti preduvjeti za razvoj sestrinske profesije (232). Studenti koji su se za sestrinstvo odlučili jer im profesija predstavlja smisao samoostvarenja ocijenili su područja skrbi *humanizam, nada, osjetljivost, odnos pomaganja, izražavanje osjećaja, podučavanje, okolina i potrebe* važnijima u usporedbi sa studentima koji su se za sestrinstvo odlučili iz nekih drugih razloga (225).

Sljedeća po važnosti područja skrbi u ovom su istraživanju *duhovnost, poučavanje* i *izražavanje osjećaja.* Studenti su ih percipirali važnijima samo od područja *rješavanje problema i osjetljivosti. Osjetljivost* je studentima značajno najmanje važno područje u odnosu na sva ostala područja skrbi. Zanimljivo je primijetiti da područje *poučavanje*, koje uz područja *potrebe* i *okolina* pripada dimenziji kliničke skrbi, studenti u ovom istraživanju nisu ocijenili jednako važnim. Područja *potrebe* i *okolina,* koja obuhvaćaju instrumentalne vještine u zadovoljavanju osnovnih potreba, ocijenili su najvažnijim ponašanjima u skrbi, a područje *poučavanje*, koje se odnosi na komunikacijske vještine i kognitivan aspekt skrbi, ocijenili su značajno manje važnim. Takav rezultat može upućivati na to da studenti ponašanja koja se odnose na pomoć bolesniku u prepoznavanju nedostatka znanja, pružanje informacija iz svoga djelokruga rada i poučavanje usmjereno na postizanje veće samostalnosti bolesnika nisu identificirali kao temeljnu kliničku dimenziju skrbi. Autori navode da je za poučavanje ključno posjedovanje sposobnosti primjene znanja, prethodnog iskustva, predviđanja različitih situacija i analize posljedica. Stoga se te vještine smatraju kritičkim mišljenjem i zbog toga medicinska sestra treba biti odgovorna i sposobna prepoznati potrebe, odgovoriti i prilagoditi se promjenama i potrebama bolesnika (189).

Područje skrbi *rješavanje problema* u ovom je istraživanju za studente među najmanje važnim područjima, a manju važnost pridaju samo *njegovanju osjetljivosti.* Taj je rezultat zabrinjavajući jer to se područje odnosi na primjenu procesa zdravstvene njege pa su stavovi budućih medicinskih sestara prema procesu zdravstvene njege važni s obzirom na to da se mogu odraziti na učinkovitost njegove primjene. Proces zdravstvene njege sada se provodi kao standard za zdravstvenu njegu u zdravstvenim sustavima u većini razvijenih zemalja (233). Studenti se već prve godine studija poučavaju prema takvom modelu i osposobljavaju za primjenu procesa zdravstvene njege. Primjena procesa zdravstvene njege omogućuje planiranje dobre, jasne i učinkovite sestrinske skrbi koja doprinosi poboljšanju kvalitete skrbi bolesnika (234). Međutim unatoč dobivenim rezultatima, neke su studije pokazale da se proces zdravstvene njege u praksi suočava s brojnim izazovima (235). Neki stručnjaci vjeruju da proces zdravstvene njege u sadašnjem okviru nije razumljiv jer je dugotrajan i težak za izvođenje (236).

Osjetljivost je studentima u ovom istraživanju značajno najmanje važna u odnosu na sva ostala područja skrbi. Iako je to područje važno i predstavlja humanističku dimenziju skrbi usmjerenu razvoju osobnog rasta i uvjerenja te sestrinske prakse u cjelini (18, 37, 166), studenti su u ovom

istraživanju to ocijenili najmanje važnim. Ti su rezultati sukladni rezultatima i drugih autora gdje je utvrđeno da su najveći prosječni rezultat studenti ostvarili za područje *potrebe*, a najniži u području *osjetljivosti* (226, 228). Rezultate slične tomu dobili su autori u istraživanjima provedenim u Turskoj (225). Postoji sličnost i s istraživanjem provedenim u Iranu u kojem studenti smatraju fizičke aspekte u skrbi važnijima od afektivnih ponašanja u skrbi (129) što je sukladno istraživanju Zamanzadeha i sur. (107) u kojem studenti smatraju instrumentalna i praktična ponašanja važnijim od psiholoških vještina. Suprotno tomu istraživanje Labrague i sur. provedeno među studentima u Nigeriji, Indiji, Grčkoj i Filipinima upućuje da studenti emocionalna ponašanja u skrbi smatraju važnijima od instrumentalnih ponašanja (117). Stoga autori upozoravaju da je nužno razmotriti i emocionalne dimenzije u nastavnom planu sestrinstva umjesto usredotočivanja samo na znanje i vještine (133). Drugi autori također ističu da bi medicinske sestre trebale biti sposobne pomagati ljudima i tijekom skrbi njegovati osjetljivost za sebe i druge usmjerenu na zaštitu i jačanje dostojanstva (223). Konuk i sur. naglašavaju da bi i kliničke medicinske sestre trebale prepoznati svoju odgojnu ulogu na nastavi u kliničkom okruženju i biti uzor studentima zajedno s njihovim nastavnicima (228). Kada student vlastitu sposobnost pružanja skrbi doživljava pozitivno, tada će se i rezultat njegove percepcije prema skrbi pozitivno promijeniti. Isto tako, pozitivnoj percepciji prema skrbi doprinosi i sposobnost suosjećanja studenta i zato je vrlo bitno da cjelokupno okruženje u kojem se odvija nastavni proces bude usmjereno pružanju potpore studentima u razvijanju empatije prema profesionalnoj praksi (228). To potvrđuje istraživanje Labrague i sur. (117) u kojem rezultati pokazuju da je percepcija nastavnika prema ponašanjima tijekom skrbi u pozitivnoj korelaciji s percepcijom studenta prema skrbi što upućuje na to da pozitivno ponašanje nastavnika tijekom skrbi pozitivno utječe na ponašanje studenata (117).

6.6. Percepcija bolesnika, medicinskih sestra i studenta sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi prema CNPI-70 i područjima skrbi

Unatoč brojnim istraživanjima o skrbi u sestrinskoj profesiji na globalnoj razini, još je uvijek nedostatan broj studija koje istovremeno ispituju razlike o važnosti skrbi iz percepcije medicinskih sestara, bolesnika i studenata studija sestrinstva (97, 135 - 137), posebice istraživanja koja su koristila dugu inačicu Skale međuodnosa medicinska sestra – bolesnik sa sedamdeset čestica (CNPI-70) i svim trima skupinama ispitanika (135). Autori za svoja istraživanja češće odabiru kraću inačicu (CNPI-23) s dvadeset i trima česticama (96). Iako kraća inačica još uvijek odražava čimbenike skrbi, zbog smanjivanja broja čestica neizbježno se smanjivao i broj čimbenika/područja te su grupirani u teoretski šira područja. Međutim autori navedenih instrumenata ističu da sveobuhvatna procjena skrbi treba uključiti svih deset čimbenika/područja skrbi ako se istraživanje i klinička praksa temelje na teoriji J. Watson (69, 71, 72, 141), no smatraju da i kraća inačica može biti korisna, posebice kada su ispitanici teški bolesnici i dužina upitnika predstavlja problem/napor (71, 72). Stoga dužina upitnika može biti razlog zbog kojega autori češće odabiru kraću inačicu (63) unatoč rezultatima psihometrijskih testiranja koji pokazuju snažan potencijal duže inačice za primjenu u kliničkoj praksi i obrazovanju (96, 226, 228).

Među ukupnim srednjim vrijednostima percepcije bolesnika, medicinskih sestara i studenata prema CNPI-70 skali u ovom istraživanju postoje značajne razlike. Rezultati pokazuju da medicinske sestre percipiraju međuodnos medicinske sestre s bolesnikom značajno manje važnim u odnosu na bolesnike i studente, a studenti navedene međuodnose vrjednuju nešto višim od bolesnika, no bez značajne razlike. Ti rezultati mogu upućivati na to da su medicinske sestre svjesnije koncepta skrbi i njegovih dimenzija zbog svojeg stručnog usavršavanja i stečenog znanja te postavljaju više standarde kada procjenjuju stavove i ponašanja tijekom skrbi u odnosu na bolesnike koji se pri procjeni više oslanjaju na intuiciju (237). S druge strane studenti su zbog svoje trenutačne uloge i formalnog učenja svjesniji pojma skrbi i njegovih dimenzija, lakše prepoznaju koncepte koje trenutačno proučavaju tijekom nastave i na koje im nastavnici skreću pozornost tijekom kliničkih vježbi, stoga sestrinsku profesiju percipiraju više idealistički od medicinskih sestara i bolesnika. Daljnje objašnjenje moglo bi biti da se percepcija važnosti i primjene skrbi kod medicinskih sestara s vremenom smanjuje bez obzira na razinu obrazovanja što podupiru i drugi autori (237, 238). Taj bi se fenomen mogao povezati s inhibicijskim djelovanjem mnogih profesionalnih okruženja sa strogo ekonomskim upravljanjem gdje se važnost pridaje isključivo izvedbi zadatka, a malo ili nimalo odnosima

tijekom skrbi (239, 240). Takva okruženja možda još nemaju utjecaj na mlade medicinske sestre i studente zbog njihova nedostatka radnog iskustva što može biti jedan od razloga zbog kojeg veću važnost pridaju ponašanju tijekom skrbi u odnosu na medicinske sestre i bolesnike (240). S druge strane bolesnici ne posjeduju stručna profesionalna znanja o konceptu skrbi i više se oslanjaju na intuiciju, na svoju osjetljivost prema međuodnosima u skrbi, osjećaju da je sestra prisutna, vidljiva i spremna za djelovanje što povećava njihovu sigurnost i percepciju važnosti prema skrbi (241, 242).

Rezultati se ovoga istraživanja razlikuju od istraživanja Aupije i sur. gdje ukupan srednji rezultat percepcije ponašanja tijekom skrbi upućuje na to da među medicinskim sestrama, bolesnicima i studentima nema značajne razlike (135) što je slično istraživanju Wu i sur. u kojem između medicinskih sestara i bolesnika nema značajnih razlika u percepciji ponašanja tijekom skrbi (242). Rezultati drugih autora pokazuju da medicinske sestre ponašanja tijekom skrbi smatraju važnijima od bolesnika (2, 4, 243). Razlike u percepciji ispitanika prema ponašanjima tijekom skrbi u navedenim istraživanjima mogle bi se objasniti veličinom uzorka ispitanika, različitim procesima zbrinjavanja bolesnika i modelima zdravstvene njege kao i obrazovanja, geografskim područjem i kulturološkim razlikama. Također, neki su od tih autora svoje istraživanje proveli u više bolnica i koristili se drugim inačicama upitnika za procjenu ponašanja tijekom skrbi (135).

Rezultati ovoga istraživanja također upućuju na značajne razlike u percepciji bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva među pojedinim područjima skrbi CNPI-70 skale. Za područja skrbi *humanizam* i *odnos pomaganja* postoje značajne razlike u percepciji među svim trima grupama ispitanika. Navedena područja značajno najvišim vrjednuju studenti, a medicinske ih sestre vrjednuju značajno najnižim.

Druga istraživanja također upućuju na važnost koju studenti pridaju humanizmu. Tako su studenti u istraživanju autora Delikats i sur. izrazili da je humanizam vitalni aspekt sestrinstva te da temeljno predstavlja ljubav prema ljudima (229). Većina je studenata u tom istraživanju povezala skrb s humanizmom te smatra da medicinske sestre trebaju voljeti ljude prije nego što im pruže pomoć (229). Navedeno je u skladu s rezultatima istraživanja provedenog u Poljskoj koji pokazuju da u percepciji studenata ulaskom u obrazovni sustav dominira važnost prema humanističkom području skrbi, a prvo je kliničko iskustvo unaprijedilo njihovu percepciju prema skrbi (226). Pojedini autori smatraju da percepcija studenata odražava bolesnikovu viziju idealne sestrinske skrbi i njihova očekivanja od ponašanja medicinskih sestara u skladu s

humanističkim pristupom (123, 124). Drugi autori to pripisuju sadržajima kurikula sestrinstva u kojima se već u prvoj godini obrazovanja znatan dio sadržaja odnosi na humanističko područje skrbi (226). Međutim autori ističu da se trenutačna idealistička vizija studenata prema skrbi može promatrati na dva načina. Pozitivno je da studenti ulaskom u obrazovni sustav kao kandidati za sestrinsku profesiju skrb promatraju izuzetno humanistički, međutim ako tijekom obrazovanja izostane potpora u razvoju pozitivnih stavova, studenti suočeni s drugačijom stvarnošću mogu doživjeti razočaranje, gubitak morala ili čak ravnodušnost prema drugima i njihovim potrebama (106, 123). Istraživanje provedeno u Kanadi također pokazuje želju mladih medicinskih sestara da promijene život ljudi. Nesebičnost, skrb i suosjećanje otkriveni su kao središnji pojmovi zbog kojih su studenti odabrali sestrinstvo kao karijeru (244). Ambicija medicinskih sestara vođena vrijednostima predstavlja bitnu snagu sestrinske profesije i omogućuje medicinskim sestrama zaista unijeti pozitivne promjene u zdravstveni sustav. Međutim iako se medicinske sestre u svojem poslu trude primijeniti u praksi te ključne sestrinske vrijednosti, čini se da su njihova unutarnja snaga i potencijal u velikoj mjeri nedovoljno iskorišteni u svakodnevnoj praksi. Sklonost medicinskih sestara da pristanu na prilagodljivost, posebno u etički osjetljivim situacijama, zabrinjavajuća je, ali u isto vrijeme nije iznenađujuća u trenutačnom stanju zdravstvenog sustava. Suočeni s povećanjem i složenošću posla, nedostatkom sigurnosti i razumijevanja sva ljudska bića imaju tendenciju tražiti nešto za što bi se „držala“ kako bi smanjila anksioznost povezanu s neizvjesnošću i nesigurnošću i mogla preživjeti u složenom modernom vremenu. Stoga je prilagodljivost u praksi prikladan način funkcioniranja i suočavanja s tim okolnostima (150, 151). Pravila, norme, standardi i protokoli nude dobrodošlicu i način na koji medicinske sestre mogu pojednostaviti i kontrolirati složene situacije što dovodi do lažnog osjećaja sigurnosti. Stoga ne iznenađuje što medicinske sestre kasnije razviju takav pristup jer često je poželjan u svim područjima suvremenog svijeta (245). Takvo objašnjenje može upućivati na činjenicu da primjena etike skrbi zahtijeva od medicinskih sestara ne samo da posjeduju kompetentnost i suosjećanje već i hrabrost. Ulazeći u odnose s bolesnikom tijekom skrbi i postupajući u skladu s vlastitim vrijednostima i uvjerenjima, koja nisu u skladu s trenutnim očekivanjima ili pravilima, nije uvijek siguran put i pravi je izazov za medicinske sestre (246, 247).

Područja skrbi *nada, izražavanje osjećaja, rješavanje problema* i *poučavanje* medicinske sestre u ovom istraživanju značajno nižim vrjednuju od bolesnika i studenata, dok za navedena područja nema značajne razlike u percepcijama bolesnika i studenata. To može upućivati na činjenicu da bolesnici i studenti jednako važnim smatraju prisutnost medicinske sestre koja

bolesnicima ulijeva nadu kao i pomoć bolesniku u prihvaćanju izricanja pozitivnih i negativnih osjećaja. Razgovarati, objasniti, podučavati i informirati najčešći su aktivni glagoli koji se koriste kada se opisuje razgovor s bolesnicima. Ta vrsta pomoći medicinske sestre obično uključuje slušanje. Kvalitetu slušanja koju pružaju medicinske sestre nemoguće je utvrditi. Međutim ako je slušanje pasivno bez davanja povratnih informacija bolesniku kako se njegova verbalizacija zabrinutosti čuje i razumije, međuodnos neće biti zadovoljavajući (147). Isto tako, utvrđivanje negativnih osjećaja kao problema koji treba riješiti vjerojatno zahtijeva primjenu odgovarajućih vrsta pomoći poput podučavanja i objašnjavanja (147). Tomu u prilog govore i rezultati istraživanja Kullberg i sur. koji pokazuju da bolesnici koji su tijekom hospitalizacije aktivnije uključeni u vlastitu skrb često sami započinju razgovor i obraćaju se medicinskim sestrama radi informacija o njihovoj bolesti i samopomoći što pak promiče komunikaciju medicinske sestre i bolesnika te omogućuje partnerski odnos (248). Međutim medicinske sestre u ovom istraživanju područje *poučavanje* značajno nižim vrjednuju od bolesnika i studenata. Istraživanja drugih autora potvrđuju da su medicinske sestre svjesne kako je promicanje zdravlja važan dio njihova rada, da zdravstveni odgoj ima vrlo pozitivne rezultate za bolesnike, ali i da velik udio studenata i medicinskih sestara vjeruje da postoje određene zapreke u pružanju te vrsti pomoći povezane s nedostatkom znanja, razlikama između teorije i prakse te nedostatkom vremena (201, 202). Također, organizacijski modeli u kliničkoj praksi ne uključuju tu vrstu pomoći bez obzira na njezinu važnost, a nerijetko se primjećuju otpor i nedostatak potpore (249).

Područje *rješavanje problema* medicinske sestre u ovom istraživanju značajno nižim vrjednuju od bolesnika i studenata. Ti su rezultati zabrinjavajući jer to se područje odnosi na rješavanje problema učinkovitom provedbom procesa zdravstvene njege koje dovodi do poboljšanja zdravstvene njege jer olakšava postupak ozdravljenja bolesnicima i smanjuje njihov boravak u bolnici, a u konačnici povećava zadovoljstvo bolesnika pruženom skrbi (250) i kvalitetom odnosa tijekom skrbi (251). Primjena procesa zdravstvene njege ima i ekonomski učinak jer kako se bolesnikov boravak u bolnici smanjuje, tako se smanjuje i trošak zdravstvenog sustava. Nadalje, proces zdravstvene njege omogućuje medicinskim sestrama da svoje aktivnosti obavljaju s logičkim opravdanjem i pomaže im da funkcioniraju kao autonomna i zasebna profesija (251, 252). Druga istraživanja potvrđuju da će se primjenom procesa zdravstvene njege sestrinstvo unaprijediti i internacionalizirati te da će se objediniti kriteriji usmjereni na uvažavanje dostojanstva bolesnika tijekom skrbi (219). Navedeno je u skladu s istraživanjima u kojima se navodi da sestrinstvo nije profesija ako se intervencije kod bolesnika provode bez

procjene i utvrđivanja njegovih potreba i planiranih aktivnosti koje doprinose ostvarenju cilja (251). Unatoč spomenutoj važnosti provođenja procesa zdravstvene njege, značajan broj medicinskih sestara to ne primjenjuje u praksi (219, 220, 250). Više autora navodi nedostatak znanja o procesu, neodgovarajuću edukaciju, omjer bolesnika i medicinskih sestara, nedostatak resursa, utjecaj ostalih članova zdravstvene zaštite, nisku plaću i lošu promociju medicinskih sestara kao negativne čimbenike koji utječu na stavove i ponašanja prema procesu zdravstvene njege (219, 250, 253). Drugi autori kao razloge navode nedostatak znanja o procesu, neodgovarajuće poučavanje procesa, nedostatak trajnog stručnog usavršavanja, nedostatak iskustva medicinske sestre, nisku razinu obrazovanja, neprimjerene uvjete rada, lošu administrativnu potporu i sl. (215, 220, 250, 254). Proces zdravstvene njege predstavlja znanstveni pristup rješavanju problema. Međutim razina se primjene procesa zdravstvene njege razlikuje među državama iako se provodi gotovo u cijelom svijetu, a u nekim se zemljama koristi kao standard skrbi (255).

Za područje skrbi *osjetljivost* značajne su razlike u percepciji među svim trima skupinama ispitanika. Bolesnici značajno najvišom ocjenom vrjednuju to područje, dok medicinske sestre u odnosu na bolesnike i studente imaju najniže vrijednosti percepcije za područje *osjetljivost*. Istraživanja pokazuju da je bolesnicima više nego ikad važno da su medicinske sestre tijekom skrbi sposobne razumjeti kako se osjećaju i kako njihova bolest utječe na njihov život i opće dobro stanje (256, 257). Bolesne osobe prati neizvjesnost i nesigurnost što povećava njihovu potrebu za pažnjom, razumijevanjem i uvažavanjem kao ljudskih bića. Čini se da je osjetljivost na ranjivost bolesnika važna za ostvarenje etički utemeljene prakse. To zahtijeva razumijevanje stvarne situacije bolesnika, gledano iz njegove perspektive, a za to je važna hrabrost medicinskih sestara da uđu u međuodnos medicinska sestra – bolesnik (256, 257). U trenutačnom visokotehnološkom, racionalnom, podijeljenom i prilično kaotičnom zdravstvenom okruženju bolesnici upozoravaju i traže holističku, individualiziranu i bolesniku usmjerenu zdravstvenu njegu. Istraživanja, kao i praksa, podupiru hipotezu da takva vrsta skrbi često izostaje. Najviše zabrinjava otkriće da i bolesnici i medicinske sestre osjećaju kako moraju pronaći kompromis u dobroj njezi da bi preživjeli u teškom okruženju u kojem se skrb odvija (150, 151, 258, 259).

Nužno je postaviti pitanje poduzima li se sve u sestrinskoj profesiji za pružanje skrbi i primjenu ponašanja koja se smatraju manje važnima. Vjeruje li se potpuno u važnost odnosa tijekom skrbi koji omogućuje povezanost s bolesnim osobama i doprinosi unaprjeđenju zdravstvene

zaštite? Ako je tomu tako, onda je nužno preusmjeriti središte aktivnosti i interesa s pretežito tehničkog, intelektualnog i znanstvenog modela koji trenutačno dominira sestrinskom profesijom. Takav cilj predstavlja izazov za nastavnike, pružatelje usluga skrbi i voditelje (260, 261). Pred odgajateljima je izazov da stvore kontekst u kojem se pozitivan stav prema skrbi može smisleno podučavati i razvijati te omogućiti studentima da prepoznaju, razumiju i odgovore na patnje drugih (262, 263). Razvijanjem kritičke samoprocjene studenata i medicinskih sestra u kliničkoj praksi predstavlja ključnu komponentu uspješnog etičkog obrazovanja (262 - 264). U kliničkoj praksi potrebni su uzori koji će moći kritički promatrati i promišljati o svakodnevnoj praksi i uskladiti primjenu tehničkih vještina i postupaka s ostalim područjima skrbi. Modeli uloga presudni su u stvaranju okruženja pogodnog za skrb i omogućuju skrb napraviti „vidljivom“ (265).

Područje skrbi *potrebe* bolesnici značajno višim vrjednuju od medicinskih sestara i studenata, a između percepcije medicinskih sestara i studenata ne postoje značajne razlike. Neki autori takve rezultate pripisuju utjecaju biomedicinskog modela na sestrinsku praksu te činjenici da medicinske sestre još uvijek svojim temeljnim zadatkom smatraju dirigirane medicinske intervencije. To može biti razlog zbog kojeg i medicinske sestre i bolesnici veću važnost pridaju pružanju fizičke pomoći medicinskih sestara. Međutim pojedini autori smatraju da se to treba pozitivno iskoristiti i da usmjerenost na fizičku udobnost bolesnika može poboljšati i psihološko blagostanje bolesnika (191, 226, 267). Stoga bi medicinske sestre mogle razmotriti mogućnost promicanja psihosocijalne udobnosti kod bolesnika poboljšanjem kvalitete pružanja fizičke pomoći putem uspješne komunikacije tijekom provođenja postupaka sestrinske skrbi i smanjivanja ili otklanjanja simptoma. To bi moglo biti rješenje za uravnoteženu skrb u raspoloživom vremenskom okviru i ostvarenje ciljeva zdravstvene njege (191).

Područje skrbi *duhovnost* studenti vrjednuju najvišim, značajno višim od medicinskih sestara, ali ne i značajno višim od bolesnika. Percepcija bolesnika u području *duhovnost* ne razlikuje se ni kada su u pitanju medicinske sestre ni studenti. Navedeno je u suprotnosti s rezultatima istraživanja Delmas i sur. koji pokazuju da postoje razlike u percepciji duhovnosti između medicinskih sestara i bolesnika. Medicinske su sestre područje duhovnosti ocijenile značajno višim u odnosu na bolesnike, ali su obje skupine ispitanika području *duhovnost* dali najmanju ocjenu u odnosu na ostala područja skrbi (96). Druga istraživanja ne pokazuju značajne razlike u ocjeni područja *duhovnost* u odnosu na ostala područjima skrbi (225, 227). Autori su mišljenja da medicinske sestre tijekom formalnog obrazovanja možda nisu stekle dovoljno znanja i

vještina za pružanje takve vrste skrbi što bi mogao biti razlog nižeg vrjednovanja toga područja, ali ne i pokazatelj da im to područje nije važno. Bolesnici pak pojam skrbi više doživljavaju kao povjerenje, sigurnost, a manje kao duhovnost koja je još uvijek kulturno povezana s vjerskim postupcima (225). Nadalje, duhovnost je jedino područje skrbi koje uz medicinske sestre pružaju svećenici, duhovnici i volonteri povezani s vjerskim udrugama (268). Prisutnost duhovnika može utjecati na odnos sa zdravstvenim djelatnicima osobito ako zdravstvena njega nije usmjerena na bolesnika te bolesnici smatraju da je duhovnost izvan djelokruga sestrinske skrbi (268).

6.7. Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi s obzirom na opća obilježja ispitanika

Percepcija bolesnika o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi s obzirom na opća obilježja

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da ne postoje značajne razlike u percepciji bolesnika prema CNPI-70 skali kao ni prema područjima skrbi s obzirom na dob, razinu obrazovanja, broj hospitalizacija i mjesto stanovanja. Navedeno je u skladu s istraživanjem Nasim i sur. čiji rezultati pokazuju da opća obilježja ispitnika ne utječu na percepciju skrbi koju dobivaju od medicinskih sestara (145). Suprotno tomu rezultati Aupije i sur. pokazali su da stariji bolesnici, bolesnici s nižom razinom obrazovanja i žene veću važnost pridaju ponašanjima tijekom skrbi (135), a to je djelomice u skladu s istraživanjem Papastavrou i sur. u kojem stariji bolesnici i oni s nižom razinom obrazovanja imaju bolju percepciju važnosti skrbi (2, 70). Druga istraživanja također potvrđuju da postoji pozitivna korelacija između dobi bolesnika i percepcije bolesnika prema skrbi (269). Autori tu pojavnost objašnjavaju većom potrebom starijih bolesnika za zdravstvenom zaštitom zbog fiziološkog i funkcionalnog pada sposobnosti koji dovodi do invaliditeta te povećavanom potrebom za pomoći u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Stariji bolesnici više nego mlađi ovise o sustavu zdravstvene zaštite i pomoći drugih, stoga su njihova očekivanja prema ponašanjima tijekom skrbi veća, a najviše očekuju poštovanje i povezanost (135, 269). Rezultati Johansson i sur. pokazuju da što je viša razina obrazovanja bolesnika, to su veća njihova očekivanja od sestrinske skrbi (270). Bolesnici s višom razinom obrazovanja mogu imati veća očekivanja u pogledu informacija koje im se pružaju, ali i od cjelokupne skrbi. Ako se ta očekivanja ne ispune, bolesnici svoje zadovoljstvo sestrinskom skrbi ocjenjuju nižim ocjenama. (270). Druga su istraživanja pokazala da bolesnici

s visokom razinom obrazovanja niže ocjene daju zadovoljstvu pruženom skrbi (271) što je u suprotnosti s rezultatom istraživanja Abdela Maqsooda i suradnika (272). U literaturi se razina obrazovanja bolesnika često navodi kao čimbenik koji utječe na percepciju modela zdravstvene njege usmjerene na bolesnika (273). Suhonen i sur. uočili su trend prema kojem su ortopedski i traumatološki bolesnici iz pet različitih zemalja, Finske, Grčke, Švedske, Velike Britanije i SAD-a, pruženu skrb doživljavali manje individualiziranom što je njihova razina obrazovanja bila viša (274).

Rezultati ovoga istraživanja pokazuju da ne postoje značajne razlike u percepciji bolesnika prema CNPI skali kao ni prema područjima skrbi s obzirom na broj hospitalizacija. Pretraživanjem relevantne literature uočeno je da su istraživanja više usmjerena prema utjecaju duljine hospitalizacije na percepciju bolesnika prema skrbi te pokazuju da duljina boravka ima bitan utjecaj na zadovoljstvo bolesnika pruženom skrbi. Što je vrijeme hospitalizacije bilo dulje, veća je bila razina zadovoljstva pruženom skrbi (273). Pojedini autori to objašnjavaju činjenicom da bolesnici koji su imali kratke hospitalizacije i rano su otpušteni, kontinuitet skrbi trebaju nastaviti kod kuće, a nemaju dovoljno znanja i informacija o aktivnostima samozbrinjavanja što može dovesti do niže razine njihova zadovoljstva pruženom skrbi. Pretpostavlja se i da bolesnici koji dulje borave na određenom odjelu mogu razviti jači odnos s medicinskim sestrama i mogu slobodnije komunicirati o svojim željama i potrebama, a medicinske sestre mogu bolje utvrditi i razmotriti te želje i potrebe (275).

Percepcija medicinskih sestara o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi s obzirom na opća obilježja

Rezultati ovoga istraživanja pokazuju da ne postoje značajne razlike u percepciji medicinskih sestara prema CNPI-70 skali kao ni prema područjima skrbi s obzirom na razinu obrazovanja, radni staž i mjesto stanovanja. Ti su rezultati u skladu s rezultatima istraživanja Aupije i sur. u kojem je utvrđeno da ne postoje razlike u percepciji prema područjima skrbi s obzirom na dob, spol, razinu obrazovanja i godine kliničkog iskustva (135), a djelomice su u skladu s istraživanjem Vandenhoutena i sur. koje upućuje na to da ne postoje značajne razlike u percepciji medicinskih sestra prema skrbi s obzirom na razinu obrazovanja (93). Ni drugi autori nisu pronašli jasnu povezanost između područja skrbi i razine obrazovanja medicinskih sestara (55, 93). Moguće bi objašnjenje moglo biti u tome da se važnost i primjena skrbi u kliničkoj praksi vremenom smanjuje bez obzira na razinu obrazovanja što podupire nekoliko istraživanja (55, 93), a taj bi fenomen mogao biti povezan s inhibicijskim djelovanjem mnogih

profesionalnih konteksta (93). Navedena su istraživanja u suprotnosti s rezultatima drugih autora koji izdvajaju razinu obrazovanja i radni staž medicinskih sestara ključnim osobnim čimbenicima koji utječu na percepciju i primjenu ponašanja u skrbi (3, 44, 45). Također, istraživanja Li i sur. upućuju na to da na percepciju ponašanja tijekom skrbi utječu dob i radni staž medicinskih sestra. Njihovi su rezultati potvrdili da medicinske sestre, koje su prosječno 5,33 godina starije od studenata sestrinstva, pridaju veću važnost ponašanjima tijekom skrbi (137). Nastavno uz to, navode i da radno iskustvo može značajno utjecati i na primjenu ponašanja tijekom skrbi (137) što je u skladu s istraživanjem Vandenhoutena i sur. koje pokazuje da postoji značajna razlika u percepciji prema područjima skrbi s obzirom na dob i radno iskustvo medicinskih sestara (93). U tom su istraživanju medicinske sestre s licencijom za samostalan rad i starije od pedeset godina života značajno više ocijenile područja skrbi CNPI skale u odnosu na mlađe kolegice, a medicinske sestre s dvadeset ili više godina radnog iskustva značajno višim ocjenama vrjednuju područja skrbi u odnosu na medicinske sestre s manje radnog iskustva (93). Navedeno je slično istraživanju Lechleitner i sur. koje pokazuje da se s porastom životne dobi, godina radnog staža i razine obrazovanja povećavaju i ukupni rezultati prema CNPI skali (115). Autori navode nekoliko objašnjenja za takav rezultat. Smatraju da povećanjem životne dobi ili radnog iskustva osobe mogu prirodno postajati brižnije u odnosu prema drugima, a pridavanje veće važnosti prema skrbi može upućivati na njihovu osobnu potrebu za kvalitetnom skrbi kako postaju starije (115). Nameće se i pitanje jesu li veći ukupni rezultati prema CNPI skali rezultat profesionalne primjene koncepata skrbi opisanih u deset čimbenika skrbi J. Watson ili je to jednostavno odraz osobne želje zdravstvenog djelatnika za boljim odnosom tijekom skrbi zbog njegove životne dobi? Mnogi smatraju zdravstveno područje brižnom profesijom pa ima smisla da životna dob utječe na percepciju važnosti skrbi. Isto tako radni staž kao prediktor ukupnog međuodnosa medicinske sestre i bolesnika upućuje na to da zdravstveni djelatnici tijekom rada u svojem zdravstvenom području postaju sve bolji u skrbi – ili vježbom ili zahvaljujući instinktu (115).

Percepcija studenata sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi s obzirom na opća obilježja

Rezultati ovoga istraživanja pokazuju da ne postoje značajne razlike u percepciji studenata sestrinstva prema CNPI-70 skali s obzirom na godinu studija. Međutim postoje razlike u percepciji studenta prema područjima skrbi s obzirom na godine studija.

Studenti četvrte godine studija značajno su važnijim ocijenili četiri područja skrbi: *nada, poučavanje, okolina, i potrebe* u odnosu na ostale godine studija. Studenti su četvrte godine nakon završetka preddiplomskog studija prva godina diplomskog sveučilišnog studija i očekuje se da pridaju važnost prisutnosti medicinske sestre te da su prepoznali prethodnicu koncepta skrbi – vrijeme potrebno za razvoj međuodnosa tijekom skrbi. Pozitivno je i što su studenti četvrte godine studija prepoznali važnost *poučavanja* i smatraju ga sastavnim dijelom temeljne kliničke skrbi. Ti se rezultati mogu objasniti sadržajem studijskog programa na prvoj godini diplomskog studija koji omogućuje studentima dublje upoznavanje i promišljanje o teorijama zdravstvene njege. Ishodi su usmjereni na opise, analizu i vrjednovanje teorija iz područja zdravstvene njege te analize koncepata prema zadanim kriterijima. Vezano uz to, očekivane su značajne razlike u percepciji studenata četvrte godine, ali i studenata pete godine u odnosu na ostale godine studija što rezultati ovoga istraživanja nisu pokazali. To može upućivati na potrebu analize ishoda, sadržaja i metoda poučavanja studenta pete godine.

Tražeći objašnjenje tih rezultata, svakako treba krenuti od obrazovanja medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj, odnosno od studijskih programa jer očekuje se da postoje razlike u percepciji važnosti prema stavovima i ponašanjima tijekom skrbi među godinama studija kao i razlike u postignutoj razini ostvarenih ishoda. Obrazovanje medicinskih sestara na razini sveučilišnih i stručnih preddiplomskih studija počinje nakon završenog programa četverogodišnje srednje škole ili petogodišnje škole za medicinske sestre temeljem uspjeha ostvarenog tijekom srednjoškolskog obrazovanja za medicinsku sestru/medicinskog tehničara i/ili uz položenu državnu maturu. Nakon te razine izobrazba se može nastaviti na specijalističkome diplomskom stručnom studiju ili na sveučilišnome diplomskom studiju. Temeljno obrazovanje i obrazovanje na razini preddiplomskih studija usklađeno je s EU direktivom 2005/36/EC i EU direktivom 2013/55/EU koje opisuju zahtjeve za osposobljavanjem medicinskih sestara općenito, u smislu sadržaja, rasporeda i vremena provedenog u neposrednom kontaktu s bolesnicima tijekom kliničkih vježbi (162, 163). Iz direktiva je razvidna potreba za stalnim profesionalnim razvojem koji doprinosi sigurnoj i učinkovitoj sestrinskoj praksi. Vještine i kompetencije moraju biti prepoznatljive i usklađene u svim državama članicama EU-a. Međutim, direktive ne objašnjavaju kako ti zahtjevi mogu osigurati kvalitetu što je odgovornost svake države. Sukladno zahtjevima postavljeni su i temelji njihova ostvarenja (162, 163). Jedan od temelja u razvoju kliničkih i profesionalnih kompetencija u obrazovanju medicinskih sestara jest učenje u stvarnim uvjetima na kliničkim vježbama. Zbog toga je nastava u kliničkom okruženju bitna sastavnica svakog sestrinskog programa (276).

Tijekom obrazovanja studenti stečena znanja u predavaonici u poznatim uvjetima trebaju primijeniti na nastavi vježbi u nepoznatim uvjetima izvorne stvarnosti u kliničkom okruženju. Stoga na percepciju stavova i ponašanja studenata prema skrbi ne utječu samo nastavnici već cjelokupno okruženje u kojem se skrb poučava. Medicinske sestre koje rade u kliničkom okruženju također imaju obrazovnu ulogu i trebaju biti uzor i potpora studentima u suradnji s njihovim nastavnicima (276). Brojni autori u svojim istraživanjima naglašavaju ulogu nastavnika i cjelokupnog okruženja u kojem se odvija nastavni proces i činjenicu da će studenti razviti snažnija uvjerenja o važnosti sestrinske profesije ako su u okruženju s pozitivnim uzorima (278 - 280). Važno je da studenti sestrinstva imaju dobre modele ponašanja kako bi ojačali moralni razvoj i izgradili snažan profesionalan identitet (280). Pozitivni uzori i podržavajuće radno okruženje dva su važna konceptualna područja za razvoj etičkih vrijednosti skrbi te pozitivno ponašanje medicinskih sestara koje može dodatno osnažiti poštovanje studenata prema sestrinskoj profesiji (280). Obrazovanje na diplomskoj razini treba omogućiti medicinskim sestrama da prepoznaju i primijene sestrinsku teoriju koja sadrži elemente skrbi usmjerene na bolesnika s holističkim pristupom i partnerskim odnosom između medicinske sestre i bolesnika. Iako se sestrinska praksa u RH temelji na konceptualnom modelu Virginije Henderson, možda bi se u našoj sestrinskoj praksi trebalo razmisliti o primjeru nama susjednih zemalja, u prvom redu Slovenije, koje su već napravile iskorak u obrazovanju medicinskih sestara i teoriju J. Watson nedavno primijenile u svoje obrazovne programe što su studenti pozitivno prihvatili, a medicinske sestre u praksi sve su svjesnije njezine važnosti (55). Kod njih teorija J. Watson kao i druge teorije zdravstvene njege sada utječu na kliničku praksu, posebice kao okvir za istraživanje u sestrinstvu (55).

Najnovija istraživanja upućuju na to da tijekom obrazovanja medicinskih sestara važnu ulogu u učenju zdravstvene njege ima odnos studenata i bolesnika te da percepcija studenata o vlastitom međuodnosu s bolesnikom može pružiti povratne informacije o profesionalnom postignuću studenata (277). Važnost je toga odnosa više izražena na preddiplomskom studiju, a sudjelovanje bolesnika u kliničkom obrazovanju temeljenom na kompetencijama postupno se proširuje (281 - 283). Bolesnici imaju aktivnu ulogu u procesu učenja studenta tijekom svoje hospitalizacije davanjem informacija studentima i odgovaranjem na pitanja u svezi s njihovom bolesti, navikama, ali i davanjem savjeta studentima. Zajednička je odgovornost i obrazovnog i zdravstvenog sustava da stvore odgojno-obrazovno okruženje pogodno za razvoj suradničkog međuodnosa student – bolesnik kao dijela razvoja profesionalnih kompetencija (277, 283). Navedeno je u skladu s novim elementima u Direktivi 2013/55/EU koji se odnose na sestrinsko

obrazovanje koje treba omogućiti komunikaciju, utvrđivanje, planiranje, organiziranje i vrjednovanje pružene sestrinske skrbi (163, 276). Stoga dobiveni rezultati u ovom istraživanju mogu uputiti na potrebu analize ishoda, sadržaja, metoda poučavanja i vrjednovanja postojećih studijskih programa.

Rezultati u ovoj studiji u suprotnosti su s rezultatima istraživanja Konukaa i sur. koji pokazuju značajne razlike u ukupnoj vrijednosti CNPI skale (228). U tom je istraživanju uočeno da studenti četvrte godine studija imaju niže prosječne ocjene od ostalih studijskih godina (228). Iznenađujuće je da su rezultati studenata prve i druge godine bili isti ili veći od rezultata studenata treće i četvrte godine studija. Autori te rezultate pripisuju uzbuđenju oko prvog kliničkog iskustva jer podatci su prikupljani na kraju semestra kada su imali vježbe iz Osnova zdravstvene njege što je bilo njihovo prvo kliničko iskustvo. Rezultati pokazuju da se percepcija studenata prema važnosti ponašanja u skrbi smanjuje upisom u višu godinu studija. Stoga autori u tom slučaju pretpostavljaju da obrazovanje može utjecati na smanjenje idealističkih stavova studenata prema sestrinskoj profesiji. Iako je očekivano da se ocjene percepcije studenata prema skrbi povećavaju tijekom obrazovanja i usporedno s usvajanjem znanja, stavova i ponašanja, njihovi su rezultati pokazali suprotno: kako su se povećavali godina studija, vrijeme provedeno u kliničkom okruženju i njihovo iskustvo, tako se smanjivalo oduševljenje prema sestrinskoj skrbi (228). Navedeno je istraživanje u skladu s istraživanjima autora Mackintosha te autora Murphyja i sur., provedenim u Ujedinjenom Kraljevstvu, čiji rezultati također upućuju na to da se povećanjem iskustva studenata smanjuje njihovo oduševljenje prema profesiji (123, 124). Suprotni su tim rezultatima rezultati istraživanja Khademian i sur. provedenim u Iranu (129) i nekoliko istraživanja provedenih u Turskoj koji upućuju na to da se percepcija studenata prema ponašanjima u skrbi povećavala kako se povećavala godina studiranja (231, 284, 285). Druge studije upućuju na činjenicu da postoji značajna povezanost između razine obrazovanja i poznavanja teorije J. Watson što potvrđuje činjenicu da viši stupanj obrazovanja donosi i bolje poznavanje teorije J. Watson (55, 93). Navedena su istraživanja važna jer podržavaju potrebu izlaganja studenata sestrinstva teorijama o skrbi kako bi se povećala razina važnosti i primjena skrbi, a time poboljšalo zadovoljstvo bolesnika i ishodi njege (55, 93).

Rezultati se ovoga istraživanja razlikuju od rezultata istraživanja Atar i sur. koje pokazuje da studenti druge i četvrte godine percipiraju područja skrbi *nada, odnos pomaganja, rješavanje problema, poučavanje* i *potrebe* važnijima u odnosu na studente treće godine, a studenti druge

godine smatraju područja *humanizam, osjetljivost, izražavanje osjećaja* važnijima u odnosu na studente ostalih godina studija (224). Rezultati Cossete i sur., u čijem su istraživanju ispitivani samo studenti prve i treće godine preddiplomskog studija, pokazuju da su studenti treće godine ocijenili područja skrbi *humanizam, nada, osjetljivost, izražavanje osjećaja, poučavanje i okolina* značajno važnijim u odnosu na studente prve godine (71, 72). Rezultati istraživanja autora Dobrowolska i sur. provedenog u Poljskoj pokazuju da studenti prve godine studija veću važnost pridaju emocionalnim dimenzijama skrbi od instrumentalnih te da u sustav obrazovanja ulaze s dubokom humanističkom vizijom skrbi i na konceptualnoj razini i na razini ponašanja, a njihovo prvo kliničko iskustvo tu je viziju unaprijedilo (226). Druga istraživanja pokazuju da se idealistički stavovi o skrbi s kojima studenti ulaze u sustav obrazovanja postupno smanjuju tijekom njihova obrazovanja, a njihova percepcija skrbi i ponašanja pri skrbi mijenjaju se i postaju usredotočeni na tehničke aspekte skrbi (106, 123, 124). Na kraju pak obrazovnog programa sestrinstva došlo je do gubitka idealističkog stava o skrbi i utvrđeni su negativni aspekti koje su studenti tijekom studiranja otkrili u kliničkoj praksi (123).

Rezultati ovoga istraživanja pokazuju da ne postoji značajna razlika u percepciji studenata prema CNPI skali s obzirom na zaposlenost u struci, ali razlike postoje u percepciji studenata prema područjima skrbi u odnosu na zaposlenost u struci. Zaposlenim studentima, u odnosu na studente koji ne rade, značajno su važnija područja skrbi *odnos pomaganja, rješavanje problema, potrebe*. Za ostalih sedam područja CNPI-70 ne postoje značajne razlike u percepciji studenata s obzirom na zaposlenost u struci. Ti su rezultati u skladu s rezultatima Atar i sur. gdje je utvrđeno da ne postoje razlike u percepciji važnosti, primjenjivosti i kompetentnosti prema CNPI skali studenata zaposlenih u struci i onih koji ne rade u struci (224). Slični su rezultati i drugih istraživanja koja pokazuju da opća obilježja studenata nisu povezana s njihovim stavovima o skrbi i da ne postoje razlike u percepciji s obzirom na kliničko iskustvo (286, 287). Istraživanje Cossette i sur. provedeno u Kanadi pokazuje da studenti zaposleni u struci smatraju područja skrbi *osjetljivost, odnos pomaganja, izražavanje osjećaja, rješavanje problema, okolina* i *duhovnost* manje realnima i manje primjenjivima u odnosu na studente koji ne rade u struci (71). Autori te rezultate komentiraju kao očekivane zbog promjena u zdravstvenom sustavu u Sjevernoj Americi gdje postoji velik nedostatak medicinskih sestara i znatno je smanjeno vrijeme hospitalizacije u odnosu na situaciju prije deset godina zbog sličnih stanja bolesnika (71). Te promjene sigurno doprinose percepciji studenata koji rade u struci, a iako su im ta područja važna, postoje poteškoće da ih se prilagodi i primijeni u praksi (71, 72).

U ovom istraživanju ne postoji značajna razlika u percepciji važnosti studenata prema CNPI skali s obzirom na mjesto stanovanja. Prema područjima skrbi rezultati pokazuju da je studentima koji žive na selu, u odnosu na studente iz grada, značajno važnije područje *okolina*. Za ostalih devet područja CNPI-ja ne postoje značajne razlike u percepciji studenata s obzirom na mjesto stanovanja. Rezultati bi se mogli objasniti višestrukom povezanošću tih mjesta te da između gradskih i ruralnih područja postoje sve manje kulturne razlike koje bi mogle oblikovati vrijednosti i percepciju. Studenti koji dolaze sa sela i prigradskih naselja nakon osnovne škole svoje su obrazovanje nastavili u gradu, a nakon završetka obrazovanja njihovo je radno mjesto, uglavnom, vezano uz gradsko područje što može biti razlog tomu da mjesto stanovanja nema utjecaja u oblikovanju vrijednosti i percepcije prema važnosti ponašanja tijekom skrbi. Različita kulturna kreativnost i ekspresivnost pojedinih seoskih sredina poznata je činjenica. Sela imaju snažno kolektivno pamćenje koje stvara i održava lokalnu tradiciju. Razlike u izgledu i uređenju kuća i sela, običaji i svetkovine doprinose izgradnji posebnog identiteta, ali i osnažuju ukupnost kulture što je doprinijelo većoj percepciji važnosti u području *okolina* studenata koji žive na selu (288).

U skladu s ciljem ovoga istraživanja otkrivene su značajne razlike u percepciji važnosti među svim trima skupinama ispitanika koje upućuju na potrebu stalne samoprocjene i samokorekcije kako bi se smanjile razlike i povećala podudarnost percepcije važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi. Otkrivena područja važnosti i njihove razlike upućuju na potrebu uvođenja neprekidne evaluacije bolesnika pruženom sestrinskom skrbi na kraju hospitalizacije radi dobivanja povratnih informacija o njihovu zadovoljstvu i/ili učestalosti primjene postupaka i ponašanja tijekom skrbi. To bi omogućilo medicinskim sestrama, nastavnicima zdravstvene njege, ali i studentima da na temelju dobivenih podataka iz percepcije bolesnika i osobne samoprocjene korigiraju i unaprijede svoj odnos prema bolesnicima. Voditelji odgovorni za upravljanje i organizacijske modele u području sestrinstva trebali bi zagovarati te iste vrijednosti i omogućiti unutar stvarnog konteksta zdravstvene zaštite njihovo promicanje te maksimalno iskoristiti snagu i potencijal medicinskih sestara u praksi. Otkrivena područja važnosti iz percepcije bolesnika pokazuju visoke ocjene koje bolesnici pridaju osnovnim potrebama i fizičkoj pomoći što daje mogućnost medicinskim sestrama promicati i unaprijediti psihosocijalnu udobnost bolesnika poboljšanjem kvalitete pružanja fizičke pomoći putem uspješne komunikacije i poučavanja tijekom provođenja postupaka sestrinske skrbi. Upravo to bi moglo biti rješenje za uravnoteženu skrb u raspoloživom vremenskom okviru i ostvarenje ciljeva zdravstvene njege.

Značajno niže ocjene bolesnikove važnosti prema emocionalnim dimenzijama skrbi mogu upućivati ne samo na njihovu percepciju važnosti ove dimenzije skrbi već i na njihovu percepciju uloge, djelokruga rada i kompetencija medicinske sestre u pružanju tih dimenzija skrbi. Stoga bi bilo korisno da medicinske sestre slušaju i razumiju stavove bolesnika kako bi premostile razlike među bolesnikovim stavovima, očekivanjima i profesionalnom ulogom medicinskih sestara.

Uzimajući u obzir percepciju bolesnika i važnost koju pridaju međuodnosu medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi, nužno je da medicinske sestre postanu svjesnije svojih komunikacijskih vještina i osobnih stavova što bi se moglo ostvariti stalnom edukacijom medicinskih sestara u kliničkoj praksi i nastavnika zdravstvene njege putem radionica, prikazima slučaja bolesnika, njihovih iskustava i očekivanja kada je riječ o međuodnosu s medicinskom sestrom. Povratne bi informacije omogućile učenje i unaprjeđenje uspješne komunikacije i odnosa tijekom skrbi kroz model uvažavanja, a ne deficita.

Potpora uprave zdravstvenih ustanova najvažnija je za medicinske sestre kako bi mogle rekonstruirati kliničku stvarnost, uspješnu komunikaciju i dijalog sa sustručnjacima. Također, zbog teških kontekstualnih uvjeta u kojima se skrb odvija, veću važnost treba pridavati zakonima u sestrinstvu i tražiti uporište u Zakonu o zaštiti prava pacijenata koji naglašava i podržava temeljne vrijednosti skrbi poput zaštitnih mjera, načela humanosti, prava na suodlučivanje, prava na obaviještenost, povjerljivost, privatnost bolesnika što bi također moglo pomoći medicinskim sestrama da pružaju skrb kako bi udovoljile potrebama i očekivanjima svojih bolesnika i unaprijedile kulturu ponašanja skrbi koja će omogućiti pozitivno okruženje učenicima i studentima za učenje i usvajanje stavova i ponašanja prema skrbi. Mnogi se autori slažu da uspješan razvoj studenata za profesionalnu ulogu u sestrinskoj skrbi ovisi o kvaliteti kliničkog okruženja za učenje (119, 120).

Cilj je sestrinskog obrazovanja i osposobljavanja omogućiti studentima sestrinstva cjelokupan pogled na znanost o skrbi kako bi mogli individualno razvijati svoja ponašanja tijekom skrbi (163, 276). Stoga bi studijski programi trebali sadržavati strategije poučavanja utemeljene na etici skrbi koja promiče vrijednosti skrbi u sestrinstvu. Angažiranje studenata tijekom poučavanja skrbi može se poticati netradicionalnom pedagogijom učenja poput simulacije slučaja, igranja uloga, primjena prikaza slučaja bolesnika kako bi se izvorna stvarnost poučavala i analizirala u učionici prije kliničkog okruženja. Nastavnici također trebaju tražiti dokumentirane prikaze slučaja i planove zdravstvene njege te poticati studente na pisanje

članaka te njihovo oblikovanje za predaju u znanstvenim i stručnim časopisima. Važno je i da nastavnici vrjednovanje i samovrjednovanje koriste i za učenje i kao učenje, a ne samo vrjednovanje naučenog, primjerice aktivnostima samoprocjene primjene ponašanja u skrbi na temelju kriterija tijekom i nakon kliničke nastave ili bilježenje svih aktivnosti tijekom vježbi u kojima su prepoznali ponašanja u skrbi.

Znanstveni je doprinos ovoga istraživanja upravo u otkrivenim područjima važnosti i njihovim razlikama u međuodnosu medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi koji omogućuju samokorekciju i razvoj specifičnih modela međuodnosa s bolesnicima na temelju znanstvenog pristupa u skladu s novom praksom utemeljenom na dokazima. Uvođenje specifičnih modela međuodnosa medicinske sestre s bolesnikom u zdravstveni sustav koji se temelje na skrbi može značajno poboljšati uvjete radnog okruženja, osigurati višu razinu zadovoljstva medicinskih sestara i bolesnika, višu razinu bolesnikove sigurnosti uz značajno kvalitetniju zdravstvenu skrb, onu iznad rutinskih zadataka, a bez velikog financijskog ulaganja.

Doprinos je dobivenih rezultata u njihovoj primjeni za izradu standardiziranih postupka sestrinske skrbi, u procesu analize i revizije kurikula u skladu s razvojnim promjenama zdravstvenog i obrazovnog sustava, u definiranju ishoda učenja i sadržaja kurikula, pri odabiru učinkovitih metoda i oblika odgojno - obrazovnog procesa i učinkovitih metoda vrjednovanja i samovrjednovanja nastavnika i studenata.

7. ZAKLJUČAK

Temeljem provedenog istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- Postoji visoka razina percepcije bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi.
- Postoje značajne razlike u percepciji bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi.

  Medicinske sestre međuodnosu medicinske sestre i bolesnika pridaju značajno manje važnosti u odnosu na bolesnike i studente.

  Studenti međuodnosu medicinske sestre i bolesnika pridaju više važnosti od bolesnika, no bez značajne razlike.

  Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva značajno se razlikuje u svih deset područja skrbi.

  Značajne razlike u percepciji svih triju skupina ispitanika prisutne su u područjima *humanizam, osjetljivost i odnos pomaganja.*
- Razlike ne postoje u ukupnoj percepciji bolesnika o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi i prema područjima skrbi s obzirom na broj hospitalizacija, dob, spol, razinu obrazovanja, mjesto stanovanja.
- Razlike ne postoje u ukupnoj percepciji medicinskih sestara o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi i prema područjima skrbi s obzirom na razinu obrazovanja, završenu srednju školu, godine radnog iskustva i mjesto stanovanja
- Razlike postoje u ukupnoj percepciji studenata sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi s obzirom na godinu studija, radno iskustvo i mjesto stanovanja.
- Prema područjima skrbi postoje značajne razlike u percepciji studenata različitih godina studija za četiri područja skrbi: *nada, poučavanje, okolina i potrebe.* Studenti četvrte godine studija značajno su važnije ocijenili ta područja s obzirom na ostale godine studija.

  Studenti pete godine studija područje *odnos pomaganja* percipiraju manje važnim od studenata svih ostalih godina.

  Zaposlenim studentima, u odnosu na studente koji ne rade u struci, značajno su važnija područja skrbi *odnos pomaganja, rješavanje problema* i *potrebe.*

Studentima koji žive na selu u odnosu na studente iz grada značajno je važnije područje skrbi *okolina.*

8. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Glavni je cilj doktorskoga rada ispitati percepciju bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi.

Nacrt studije: presječno istraživanje

Ispitanici i metode: U istraživanje je bilo uključeno 672 ispitanika: 291 bolesnik hospitaliziran minimalno 48 sati, 155 medicinskih sestara/medicinskih tehničara s licencijom za samostalan rad i 226 studenata preddiplomskog i diplomskog studija Sestrinstvo. Instrument ispitivanja bio je anketni upitnik. Prvi dio upitnika sadrži pitanja o općim obilježjima ispitanika, a drugi je dio standardizirani upitnik Međuodnos medicinska sestra – bolesnik; Caring Nurse-Patient Interactions Scale inačica za medicinske sestre/studente/bolesnike sa 70 čestica.

Rezultati: Percepcija međuodnosa medicinska sestra – bolesnik značajno se razlikuje prema ukupnim srednjim vrijednostima percepcije bolesnika, medicinskih sestara i studenata ($P < 0,001$). Najviše srednje vrijednosti imaju studenti (aritmetička sredina = 4,41; standardna devijacija = 0,77), a najnižu vrijednost imaju medicinske sestre (aritmetička sredina = 4,17; standardna devijacija = 0,46). Rezultati pokazuju značajne razlike u percepciji međuodnosa medicinske sestre i bolesnika između skupina bolesnika i medicinskih sestara ($P < 0,001$) te između skupina studenata i medicinskih sestara ($P < 0,001$). Nema značajne razlike u percepciji međuodnosa između skupine bolesnika i skupine studenata, $P = 0,725$). Percepcija bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva, prema područjima skrbi, značajno se razlikuje u svih deset područja skrbi ($P < 0,001$). Značajne razlike u percepciji svih triju skupina ispitanika prisutne su u područjima *humanizam, osjetljivost* i *odnos pomaganja* ($P < 0,001$). Značajnih razlika nema između bolesnika i studenata u područjima *nada* ($P = 0,180$), *izražavanje osjećaja* ($P = 0,510$), *rješavanje problema* ($P = 0,160$), *poučavanje* ($P = 0,690$).

Zaključak: Postoje značajne razlike u percepciji bolesnika, medicinskih sestara i studenata sestrinstva o važnosti međuodnosa medicinske sestre i bolesnika tijekom skrbi. Medicinske sestre međuodnosu medicinske sestre i bolesnika pridaju značajno manje važnosti u odnosu na bolesnike i studente. Značajne razlike u percepciji svih triju skupina ispitanika prisutne su u područjima *humanizam, osjetljivost* i *odnos pomaganja.*

Ključne riječi: bolesnici; medicinska sestra; međuodnos; percepcija; skrb; studenti sestrinstva

9. SUMMARY

Title: The importance of nurse-patient interaction during nursing care as perceived by patients, nurses and students.

Aim: To research the importance of nurse-patient interaction during nursing care as perceived by patients, nurses, and nursing students.

Design: cross-sectional study

Participants and methods: There were 672 respondents: 291 patients who were hospitalized for at least 48 hours, 155 registered nurses, and 226 undergraduate and graduate nursing students. The instrument of the research was a questionnaire. The first section of the questionnaire consists of general information questions, while in the second section the standardized Caring Nurse-Patient Interactions Scale: 70-item (nurse/nursing student/patient version) is used.

Results:

The perception of the nurse-patient interaction varies significantly in relation to mean values of patients, nurses and nursing students ($P < 0.001$). The results showed the highest mean values in students (arithmetic mean = 4.41; standard deviation = 0.77), and the lowest mean values in nurses (arithmetic mean = 4.17; standard deviation = 0.46). There are significant differences in perception of nurse-patient interaction between nurses and patients ($P < 0.001$), as well as between nursing students and nurses ($P < 0.001$). There is no significant difference in perception of nurse-patient interaction between patients and nursing students ($P = 0.725$). Patients', nurses' and nursing students' perceptions differ significantly in all 10 fields of care ($P < 0.001$). There are significant differences in perception of all three groups of respondents in fields of *humanism, sensibility and helping relationship* ($P < 0.001$). There are no significant differences between patients and nursing students in the fields of *hope* ($P = 0.180$), *expression of emotions* ($P = 0.510$), *problem-solving* ($P = 0.160$), *teaching* ($P = 0.690$).

Conclusion: There are significant differences in perception of the importance of nurse-patient interaction during nursing care among patients, nurses, and nursing students. Nurses attach less importance to nurse-patient interaction than patients and nursing students. There are significant differences in all respondent groups in the fields of *humanism, sensibility and helping relationship.*

Key words: patients, nurse, interaction, perception, care, nursing students.

10. LITERATURA

1. Watson J. Human caring science: A theory of nursing, 2.izd. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Learning LLC; 2012.
2. Papastavrou E, Efstathiou G, Tsangari H, Suhonen R, Leino- Kilpi H, Patiraki E i sur. A cross-cultural study of the concept of caring through behaviours patients' and nurses' perspectives in six different EU countries. J Adv Nurs. 2012;68:1026-37.
3. Haryani A. Lukmanulhakim. Predictors of Nurse's Caring Behavior towards Patients with Critical Illness, in Selection and Peer-review under the responsibility of the ICHT Conference Committee, KnE Life Sciences. 2018;12-22.
4. Calong KA, Soriano GP. Construct Validity and Reliability of Caring Nurse Patient Interaction Scale-Nurse among Filipino Nurses. Int. J. Caring Sci. 2019;12:1017-22.
5. Dyess SM, Boykin A, Bulfin MJ. Hearing the voice of nurses in caring theory-based practice. Nurs Sci Quart. 2013;26:167-173.
6. McFarland MM, Wehbe-Alamah HB. The Theory of cultural care diversality and universality. U: McFarland MM, Wehbe-Alamah HB, ur. Culture care diversity and universality: A worldwide theory of nursing. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, Canada, 2015;1-31.
7. Blasdell ND. The Meaning of Caring in Nursing Practice. Int J Nurs Clin Pract. 2017;4:238.
8. McCance T, Slater P, McCormack B. Using the caring dimensions inventory as an indicator of person-centred nursing. J Clin Nurs. 2009;18(3):409-417.
9. Jesse DE. Alligod MR. Watson's philosophy and theory of transpersonal caring. U: Alligood MR, ur. Nursing theorists and their work. St. Louis: Mosby Elsevier, 2014;9-97.
10. Létourneau D, Chantal C, Goudreau J. Humanizing Nursing Care: An Analysis of Caring Theories Through the Lens of Humanism. Int J Hum Caring. 2017;21:(1)32-40.
11. Kitson A, Muntlin Athlin A, Conroy T. Anything but basic: Nursing's challenge in meeting patients' fundamental care needs. J Nurs Scholarsh. 2014;46:331-339.
12. Francis R. Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Enquiry. London: The Stationery Office; 2013.
13. Groves A, Thomson D, McKellar D, Procter N. The Oakden report. Adelaide: SA Health; 2017.

14. Darbyshire P. McKenna L. Nursing's crisis of care: What part does nursing education own? Nurse Educ. Today. 2013;33:305-307.
15. Feo R, Conroy T, Wiechula R, Rasmussen P, Kitson A. Instruments measuring behavioural aspects of the nurse-patient relationship: A scoping review. J Clin Nurs. 2020;29:1808-21.
16. Watson, J. *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F.A. Davis; 2005.
17. Clarce P.N. Watson J, Brewer BB. From Theory to Practice Caring Science According to Watson and Brewer. Nursing Science Quarterly. 2009;22(4):339-345.
18. Watson J. The Philosophy and Science of Caring. Boulder: University Press of Colorado; 2008.
19. Leininger MM. Leininger's theory of nursing: Cultural care diversality and universality. Nurs Sci Q. 1988;1(4):152-60.
20. Roach MS. Caring, the Human Mode of Being: A Blueprint for thr Healt Professions. 2. izd. Ottawa: Publishead by CHA Press; 2002.
21. Boykin A, Schoenhofer SO, Smith N, St. Jean J, Aleman D. (2003). Transforming practice using a caring-based nursing model. Nurs.Adm. Q. 2003;27:223-30.
22. Boykin A, Schoenhofer S. Anne Boykin and Savina O. Schoenhofer's nursing as caring theory. U: Parker ME. Nursing theories and nursing practice. Philadelphia: FA Davis; 2006. str.334-48.
23. Boykin A, Schoenhofer S O, Bulfin S, Baldwin J, McCarthy D. (2005). Living caring in practice: The transformative power of the theory of nursing as caring. Int J Hum Caring. 2005;9(3):15-19.
24. Edwards SD. Benner and Wrubel on caring in nursing. J Adv Nurs. 2001;33(2):167-71.
25. Cara C, Nyberg J, Brousseau S. Fostering the coexistence of caring philosophy and economics in Today's Health Care System. Nurs. Adm. Q. 2011;35(1):6-14.
26. Wojnar DM. Caring. U: Peterson SJ, Bredow TS, ur. Middle range theories: application to nursing research. 2. izd. Philadelphia: Wolters Kluver 2009. str.190-01.
27. McCance TV, McKenna HP, Boore JRP. Caring: theoretical perspectives of relevance to nursing. J Adv Nurs. 1999;30(6):1388-1395.
28. Pilkington FB. Envisioning nursing in 2050 through the eyes of nurse theorists: Leininger and Watson. Nurs Sci Q. 2007;20(1):8.
29. Watson J. Nursing: the Philosophy and Science of Caring. Boulder: Associated University Press; 1985.

30. Bener P, Wrubel J. The primary of Caring:Stress and Coping in Helth and Illnes. New York: Addison-Wesley; 1989.
31. Watson J. Intentionality and caring-healing consciousness: A practice of transpersonal nursing. Holist Nurs Pract. 2002;16:12-19.
32. Blasdell ND. The Meaning of Caring in Nursing Practice. Int J Nurs Clin Pract. 2017; (4)238:1-5.
33. Palese A, Tomietto M, Suhonen R, Efstathiou G, Tsangari H, Merkouris A. i sur. Surgical patient satisfaction as an outcome of nurses' caring behaviors: a descriptive and correlational study in six European countries. J Nurs Scholarsh. 2011;43(4):341-350.
34. Finfgeld-Connett D. Meta-synthesis of caring in nursing. J Clin Nurs. 2008;17:196-204.
35. Bradshaw A. An analysis of England's nursing policy on compassion and the 6.Cs the hidden presence of M. Simone Roach's model of caring. Nurs. Inq. 2016;23(1):78-85
36. Mayeroff M. On Caring. New York: Harper-Collins; 1971.
37. Watson J. Caring science and human caring theory : Transforming personal and professional practices of nursing and health care. J Health Hum Serv Adm. 2009;466-482.
38. Boykin A, Schoenhofer S. Nursing as caring: A model for transforming practice. Sudbury: Jones and Bartlett Learning; 2001.
39. Martinez RCKP. Human-Connectedness in Technology-Caring. J. Med. Invest. 2019;66:12-19.
40. Gordon S. The new cartesianism: Dividing mind and body and thus disembodying care. U: Nelson S, Gordon S. ur. The com-plexities of care: Nursing reconsidered. New York: Cornell University Press; 2006. str. 104-121.
41. Weinberg DB. When little things are big things: The importance of relationships for nurses' professional practice. U: Nelson S, Gordon S, ur. The complexities of care: Nursing reconsidered. New York: Cornell University Press; 2006. str. 33-43.
42. Watson J. Theory of human caring. U: Parker MA, ur. Nursing theories and nursing practices. Philadelphia: F.A. Davis; 2001. str. 344-354.
43. Cara C, Gauvin-Lepage J, Lefebvre H, Létourneau D, Alderson M, Larue, C. i sur. Le Modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM: Perspective novatrice et pragmatique. Recherche en Soins Infirmiers. 2016;125:20-31.

44. Marshall A, Kitson A, Zeitz K. Patients' views of patient-centred care: a phenomenological case study in one surgical unit. J Adv Nurs. 2012;68(12):2664-73.
45. Bridges J, Nicholson C, Maben J, Pope C, Flatley M, Wilkinson C, Tziggili, M. Capacity for care: Meta-ethnography of acute care nurses' experiences of the nurse-patient relationship. J Adv Nurs. 2013;69:760-772.
46. Wiechula R, ConroyT, Kitson A, Marshall RJ, Whitaker N, Rasmussen P. Umbrella review of the evidence: What factors influence the caring relationship between a nurse and patient? J Adv Nurs. 2015;72:723-734.
47. Fortuno AF, Oco DB, Clores MA. Influential Components of Caring Nurse-Patient Interaction (CNPI) in a Tertiary Hospital in the Philippines: Towards Improving Health Outcomes of Patients. Int. J. Nurs. Sci. 2017;7:84-90.
48. Feo R, Donnelly F, Athlin ÅM, Jangland E. Providing high-quality fundamental care for patients with acute abdominal pain. J Health Organ Manag. 2019;33(1):110-123.
49. Papastavrou E, Efstathiou G, Nikitara M, Tsangari H,Merkorius A, Karlou C i sur. The Concept of Caring in Nursing: Results from a Pilot Research Study. Nosileftiki. 2010;49:406-417.
50. Soriano GP. Psychometric Evaluation of the Filipino Version of Caring Nurse-Patient Interaction Scale-Patient. Int. J. Hum. Caring. 2019;23:329-333.
51. Haryani A. Predictors of Nurse's Caring Behavior towards Patients with Critical Illness. Kne Life Sci. 2019;12-22.
52. Dewar B, Nolan M. Caring about caring: Developing a model to implement compassionate relationship centred care in an older people care setting. Int. J. Nurs. Stud. 2013;50:1247-1258.
53. Watson J, Foster R. The Attending Nurse Caring Model: Integrating theory, evidence and advanced caring-healing therapeutic for transforming proffesional practice. J Clin Nurs. 2003;12:360-65.
54. Watson J, Jackson D, Borbasi S. Tracing nursing caring: Issues, concerns, debates. U: Daley J, Speedy S, D. Jackson D, ur. Professional nursing: Concepts, issues, and challenges. New York: Springer; 2005. str. 51-68.
55. Pajnkihar M, McKenna HP, Štiglic G, Vrbnjak D. Fit for Practice: Analysis and Evaluation of Watson's Theory of Human Caring. Nurs Sci Q. 2017;30:243-252.
56. Leodoro J. Impact of Instructors' Caring on Students' Perceptions of Their Own Caring Behaviors. J. Nurs. Scholarsh. 2015;47(4):338-346.

57. Létourneau D, Chantal C, Goudreau J. Humanizing Nursing Care: An Analysis of Caring Theories Through the Lens of Humanism. Int J Hum Caring. 2017;21:(1)32-40.
58. Watson J. Watson's theory of human carıng and subjectıve lıvıng experıences: caratıve factors/carıtas processes as a dıscıplınary guıde to the professıonal nursıng practıce. Texto Contexto Enferm, Florianópolis 2007;16:129-135.
59. McKenna H, Pajnkihar M, Murphy F. Fundamentals of Nursing Models, Theories and Practice. 2.izd. New York: John Wiley & Sons Inc; 2014.
60. Falk R, Adeline R. Watson's Philosophy, Science, and Theory of Human Caring as a Conceptual Framework for Guiding Community Health Nursing Practice. Aspen Publishers Inc. 2000;23(2):34-49.
61. Sitzman K, Watson J. Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences: Watson's Caring Science Guide. 3. izd. New York: Springer Publishing Company; 2019.
62. Sargent A. Reframing caring as discursive practice: a critical review of conceptual analyses of caring in nursing. Nurs. Inq. 2012;19:134-143.
63. Cossette S, Cote JK, Pepin J, Ricard N, D'Aoust LX. A dimensional structure of nurse-patient interactions from a caring perspective: Refinement of the Caring Nurse-Patient Interaction Scale (CNPI-Short Scale). J. Adv. Nurs. 2006;55(2):198-214.
64. Tejero LMS. Development and validation of an instrument to measure nurse-patient bonding. Int J Nurs Stud. 2010;47:608-615.
65. Labrague L J. Caring competencies of baccalaureate nursing students of samar state university. J Nurs Educ Pract. 2012;2:105-113.
66. Gremigni P, Casu G, Sommaruga M. Dealing with patients in healthcare: A self-assessment tool. Patient Educ Couns. 2016;99:1046-1053.
67. Wolf ZR, Giardino ER, Osborne PA, Ambrose MS. Dimensions of nurse caring. Image J Nurs Sch**.** 1994;26:107-112.
68. Larson P. Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. San Fransisco: University of California; 1981.
69. Zoni S, Verga ME, Hauschild M, Aquarone-Vaucher MP, Gyuriga T, Ramelet AS i sur. Patient perspectives on nurse-led consultations within a pilot structured transition program for young adults moving from an academic tertiary setting to community-based type 1 diabetes care. J. Pediatr. Nurs. 2018;38:99-105.

70. Papastavrou E, Georgios Efstathiou G, Charalambous A. Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: quantitative systematic review of comparative studies. Journal of Advanced Nursing 2011;67(6):1191-1205.
71. Cossette S, Cara C, Ricard N, Pepin J. Assessing nurse–patient interactions from a caring perspective: Report of the development and preliminary psychometric testing of the Caring Nurse–Patient Interactions Scale. Int. J. Nurs. Stud. 2005;42:673-686.
72. Cossette S, Pepin J, Fontaine G. Caring Nurse-Patient Interactions Scale. U: Sitzman K, Watson J, ur. Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences: Watson's Caring Science Guide. New York: Springer Publishing Company, 2012;251-70.
73. Lechleitner R. A Study to Assess Home Health Nurses from a Carative Perspective. Hosp. Top. 2019;97(1):1-4.
74. Lovrić R, Prlić N, Milutinović D, Marjanac I, Žvanut B. Changes in nursing students' expectations of nursing clinical faculties' competences: A longitudinal, mixed methods study. Nurse Educ.Today 2017;59:38-44.
75. Wei H, Fazzone PA, Sitzman K, Hardin SR. The Current Intervention Studies Based on Watson's Theory of Human Caring: A Systematic Review. Int. J. Hum. Caring. 2019;23:4-22.
76. Rodrigues MGDR, Séchaud L. Caring Models in Geriatric Rehabilitation. Holist. Nurs. Pract. 2019;33:237-253.
77. Bailey JE. Does Health Information Technology Dehumanize Health Care? AMA J. Ethic. 2011;13:181-185.
78. Tiara T, Lestari A. Perilaku Caring Perawat Dalam Meningkatkan Kepuasan Pasien rawat Inap. Journal Keperawatan. 2013;4:43-55.
79. Rumagit T, Mulyadi N, Malara RT. Hubungan Motivasi Kerja Dengan Perilaku Caring Intensive Care Unit Di Rsu Pancaran Kasih Gmim Manado. Journal Keperawatan. 2017;5:1-7.
80. Pearcey P. 'Caring? It's the little things we are not supposed to do anymore'. Int J Nurs Pract. 2010;16:51-56.
81. Beckett K. Professional wellbeing and caring: exploring a complex relationship. Br J Nurs. 2013;22:1118-124.
82. Johnson M, Cowin LS, Wilson I, Young H. Professional identity and nursing: Contemporary theoretical developments and future research challenges. Int. Nurs. Rev. 2012;59:562-569.

83. Agrawal A. Medication errors: Prevention using information technology systems. Br. J. Clin. Pharmacol. 2009;67:681-686.
84. Locsin RC. The Co-Existence of Technology and Caring in the Theory of Technological Competency as Caring in Nursing. J. Med. Investig. 2017;64:160-164.
85. Coatsworth-Puspoky R, Forchuk C.Ward-Griffin, C. Nurse-client processes in mental health: Recipients' perspectives. J. Psychiatr. Ment. Health Nurs. 2006;13:347-355.
86. Morrison KB, Korol S. Nurses' perceived and actual caregiving roles: Identifying factors that can contribute to job satisfaction. J. Clin. Nurs. 2014;23:3468-3477.
87. Qilian H, Yanfen Fu, Yunpeng Su. Understanding Chinese Nursing Education and Practice for Developing International Nursing Partnerships. J. Transcult. Nurs. 2019;31(4):406-412.
88. Adams LY, Maykut CA. Bullying: The antithesis of caring, acknowledging the dark side of the nursing profession. Int. J. Caring Sci. 2015;8:765-773.
89. Miller J, Apker K. On the front lines of managed care: Professional changes and communicative dilemmas of hospital nurses. Nurs. Outlook. 2002;50(4):154-9
90. Persky GJ, Nelson JW, Watson J, Bent K. Creating a profile of a nurse effective in caring. Nurs. Adm. Q. 2008;32(1):15-20.
91. Yam BM, Rossiter JC. Caring in nursing: Perceptions of Hong Kong nurses. J Clin Nurs. 2000;9(2):293–302.
92. Maben J, Latterb S, Clarkb JM. The sustainability of ideals, values and the nursing mandate: evidence from a longitudinal qualitative study. Nurs. Inq. 2007;14(2): 99-113.
93. Vandenhouten C, Kubsch S, Peterson M, Murdock J, Lehrer LWatson's theory of transpersonal caring: factors impacting nurses professional caring**.** Holist Nurs Pract. 2012;26(6):326-334.
94. Lukose A. Developing a Practice Model for Watson's Theory of Caring. Nurs Sci Q. 2011;24(1):27-30.
95. Glembocki MM, Dunn KS. Building an organizational culture of caring: caring perceptions enhanced with education. J Contin Educ Nurs. 2010;41(12):565-570.
96. Delmas P, O'Reilly L, Iglesias K, Cara C, Burnier M. Feasibility, Acceptability, and Preliminary Effects of Educational Intervention to Strengthen Humanistic Practice Among Hemodialysis Nurses in the Canton of Vaud, Switzerland: A Pilot Study. Int. J. Hum. Caring. 2016;20:31-43.

97. Vujanić J, Prlić N, Lovrić R. Nurses' Self-Assessment of Caring Behaviors in Nurse-Patient Interactions: A Cross-Sectional Study. Int. J. Environ. Res. Public Health**:** 2020;17:1-15.

98. Nursalam Wijaya A, Bakar A, Efendi F. Indonesian nursing students in caring behavior. Nursing and Health Care. 2015;2(2):1-4.

99. Jiang LL, Ruan H, Xiang XJ, Jia Q. Investigation and analysis of the caring attitude and behaviour of nurses in Shanghai, China. Int. J. Nurs. Pract. 2014;21:426–432.

100. Compton EK, Gildemeyer K, Reich RR, Mason TM. Perceptions of caring behaviours: A comparison of surgical oncology nurses and patients. J. Clin. Nurs. 2019;28:1680-1684.

101. Patiraki E, Karlou C, Efstathiou G, Tsangari H, Merkouris A, Jarošová, D i sur. The Relationship Between Surgical Patients and Nurses Characteristics with Their Perceptions of Caring Behaviors. Clin. Nurs. Res. 2012;23:132-152.

102. Elnaga AA. The impact of perception on work behavior. Arabian J Bus Manag Review. 2012;2(2):56-71.

103. Watson R, Hoogbruin AL, Rumeu C, Beunza M, Barbarin B, Macdonald J, McCready T. Differences and similarities in the perception of caring between Spanish and UK nurses. J Clin Nurs. 2003;12(1):85-92.

104. Ekstrom DN. Gender and perceived nurse caring in nurse patient dyads. J. Adv. Nurs. 1999;29(6):1393-1401.

105. Tucket A, Hughes K, Schluter P, Turner C. Validation of CARE-Q in residential aged-care: rating of importance of caring behaviors from an e-cohort sun-study. J Clin Nurs. 2009;18:1501-9.

106. Mlinar S. First-and third-year student nurses' perceptions of caring behaviours. Nursing Ethics. 2010;17(4):491-500.

107. Zamanzadeh V, Azimzadeh R, Rahmani A, Valizadeh L. Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. BMC Nursing. 2010;9:10.

108. Green A, Davis S. Toward a predictive model of patient satisfaction with nurse practitioner care. J Am Acad Nurse Pract. 2005;17(4):139-148.

109. Morrison KB, Korol SA. Nurses perceived and actual caregiving roles: identifying factors that can contribute to job satisfaction. J Clin Nurs. 2014;23:3468-77.

110. Cossette S, Pepin J, Fontaine G. Caring nurse-patient interactions scale. U: Sitzman KL, Watson J, ur. Assessing and measuring caring in nursing and health science. New York: Springer; 2019. str. 251-270.
111. Lovrić R, Prlić N, Zec D, Pušeljić S, Žvanut B. Students' Assessment and Self-assessment of Nursing Clinical Faculty Competencies: Important Feedback in Clinical Education? Nurse Educ. 2015;40:1-5.
112. Felgen JA. Caring. Core value, currency, and commodity ... is it time to get tough about "soft"? Nurs Admin Q. 2003;27(3):208-214.
113. Roulin MJ, Jonniaux S, Guisado H, Séchaud L. Perceptions of inpatients and nurses towards the importance of nurses' caring behaviours in rehabilitation: A comparative study. Int J Nurs Pract. 2020;23:12835.
114. Sunardi A. Caring Behavior Analysis of Associate Nurses. Jurnal Keperawatan. 2014;5:69-78.
115. Lechleitner R. A Study to Assess Home Health Nurses From a Carative Perspective. Hosp. Top. 2019;97:11-14.
116. Kumanjas FW, Herman W, Jeavery B. Hubungan karakteristik individu dengan kinerja perawat di ruang rawat inap penyakit dalam RSUD Datoe Binangkang Kabupaten Bolaang Mongondow. Jurnal Keperawatan. 2014;2:1-8.
117. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Papathanasiou IV, Edet OB. Arulappan J. Impact of instructors' caring on students' perceptions of their own caring behaviors. J Nurs Scholarsh. 2015;47:338-46.
118. Johnson M, Cowin LS, Wilson I, Young H. Professional Identity and Nursing: Contemporary Theoretical Developments and Future Research Challenges. Int Nurs Rev. 2012;59:562-9.
119. Ma F, Li J, Liang H, Bai Y, Song J. Baccalaureate nursing Students' perspectives on learning about caring in China: a qualitative descriptive study. BMC Med Educ. 2014;14:42.
120. Ma F, Li J, Liang H, Zhu D, Bai Y, Song J. Confronting the caring crisis in clinical practice. BMC Med Educ. 2013;47:1037-1047.
121. Costello J, Haggard M. The nature of nursing: Can we teach students how to care? CARE. 2008;2:41-55.
122. Richardson C, Percy M, Hughes J. Nursing therapeutics: Teaching student nurses care, compassion and empathy. Nurse EducToday. 2015;36:1-5.

123. Mackintosh C. Caring: the socialization of preregistration students nurses: a longitudinal qualitative descriptive study. Int J Nurs Stud. 2006;43:935-962.
124. Murphy F, Jones S, Edwards M, James J, Mayer A. The impact of nurse education on the caring behaviours of nursing students. Nurse Educ Today. 2009;29:254-264.
125. Watson R, Deary IJ, Lea A. A longitudinal study into the perceptions of caring among student nurses. J Adv Nurs. 1999;29(5):1228-37.
126. Watson R, Deary IJ, Hoogbruin AL. A 35-item version of the Caring Dimensions Inventory (CDI-35): multivariate analysis and application to a longitudinal study involving student nurses. Int J Nurs Stud. 2001;38(5):511-521.
127. Eklund-Myrskog ED. Student nurses' understanding of caring science. Nurse Educ. Today. 2000;20(2):164-170.
128. Kapborg I. The nursing education programme in Lithuania: voices of student nurses. J Adv Nurs. 2000;32(4):857-863.
129. Khademian Z, Vizeshfar F. Nursing students' perceptions of the importance of caring behaviours. J Adv Nurs. 2008;61(4):456-462.
130. Karaöz S. Turkish nursing students' perception of caring. Nurse Educ.Today. 2005;25:31-40.
131. Beck CT. Caring within nursing education: A metasynthesis. J Nurs Educ. 2001;40(3):101-109.
132. Cook PR, Cullen JA. Caring as an imperative for nursing education. Nurs.Educ. Perspect. 2003;24(4):192-197.
133. Brown L P. Revisiting our roots: Caring in nursing curriculum design. Nurs. Educ. Pract. 2011;11:360-4.
134. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. rev.izd. Boulder: University Press of Colorado; 2008.
135. Aupia A, Lee T-T, Chieh-Yu Liu C-Y, Wu S-FV, Mills MA. Caring behavior perceived by nurses, patients and nursing students in Indonesia. J Prof Nurs. 2018;34:314-319.
136. Wilkin K, Slevin E. The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. J. Clin. Nurs. 2004;13:50-59.

137. Li Y-S, Yu W-P, Yang B-H and Liu C-F. A comparison of the caring behaviours of nursing students andregistered nurses: implications for nursing education. J Clin Nurs. 2016;25:3317-25.

138. Morse J, Bottorff J, Neander W, Solberg S. Comparative analysis of conceptualizations and theoriesof caring. J Nurs Scholarsh. 1991;23:119-126.

139. Creative Research Systems. Your Complete Survey Software Solution Since 1982. Dostupno na adresi: https://www.surveysystem.com/sscalc.htm. Datum pristupa: 25.11.2020.

140. Cossete S, Cara C, Richard N, Pepin J. Assessing nurse-patient interactions from a caring perspective: report oft he development and preliminary psychometric testing oft he Caring Nurse-Patient Interactions Scale. Int J Nurs Stud. 2005;42:673-686.

141. Petz B. Osnovne statističke metode za nematematičare. 2. izd. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1997.

142. Field A. Discovering Statistiscs using SPSS. 3. izd. New York: SAGE; 2009.

143.Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. New York: Allyn and Bacon; 2001.

144. Ogugu E, Kenya M, Odero T, Ong'any A, Wagoro M. Nurses'and Patients'Perceptions on the lmportance of Nurse-Caring Behaviors: A Study at the SurgicalWards of Kenyatta National Hospital, Nairobi. Int J Hum Caring. 2015;19(2):55-60.

145. Nasim A, Chrysoula D. Investigating the perceptions of nurses and patients for the nursing care provided and received in a hospital setting. J. Nurs. Healthc. Res. 2020;9(5):8-15.

146. Bassett C. Nurses' perceptions of care and caring. Int. J. Nurs. Pract. 2002;8:8-15.

147. Thomas D, Newcomb P, Fusco P. Perception of Caring Among Patients and Nurses. J Patient Exp. 2019;6(3):194–200.

148. Vanneste BS, Puranam P, Kretschmer T. Trust over time inexchange relationships: meta-analysis and theory. Strategic Manage J. 2013;35:1891-902.

149. Linton A. lntraduction to medical-surgical nurslng. 4. izd. St. Louis: Saunders Elsevier; 2007.

150. Dierckx de Casterle B, Izumi S, Godfrey NS, Denhaerynck K. Nurses' responses to ethical dilemmas in nursing practice: meta-analysis. J. Adv. Nurs. 2008;63:540-549.

151. Dierckx de Casterle B. Realising skilled companionship in nursing: a utopian idea or difficult challenge? J. Clin. Nurs. 2015;24:3327–3335.

152. Parandeh A, Khaghanizade M, Mohammadi E, Mokhtari -Nouri J. Nurses' human dignity in education and practice: An integrated literature review. Iran J Nurs Midwifery Res. 2016;21(1):1-8.

153. Weis D, Schank M J.Professional values: key to professional development. Journal of Professional Nursing. 2002;18(5):271-275.

154. Roze des Ordons AL , de Groot JM, Rosenal T, Viceer N, Nixon L.How clinicians integrate humanism in their workplace-'Just trying to put myself in their human being shoes. Perspect Med Educ. 2018;7:318-324.

155. Longtin Y. Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. Mayo Clinic Proceedings. 2010;85:53-62.

156. Bray L, O'Brien MR, Kirton J, Zubairu K, Christiansen A.The role of professional education in developing compassionate practitioners: A mixed methods study exploring the perceptions of health professionals and pre-registrations students. Nurse Educ. Today. 2014;4:480-486.

157. Mikkonen K, Kyngäs H, Kääriäinen M. Nursing students' experiences of the empathy of their teachers: A qualitative study. Adv Health Sci Educ. 2015;20:669-682.

158. Parandeh A, Khaghanizade M, MohammadiE, Mokhtari Nouri J. Factors Influencing Development of Professional Values Among Nursing Students and Instructors: A Systematic Review .Global Journal of Health Science.2015;7(2)-293.

159. Adam D, Taylor R. Compassionate care: Empowering students through nurse education. Nurse Educ. Today. 2014;34:1242–1245.

160. Wolf ZR, Byrne D, Hanson-Zalot M. Undergraduate nursing students' caring behaviors: A cross-sectional study. Int J Hum Caring. 2018;22:199-208.

161. Cornwell J, Donaldson J, Smith, P. Nurse education today: Special issue on compassionate care. Nurse Educ.Today. 2014;34:1188-1189.

162. Domitrović DL, Relić D, Britvić A, Ožvačić Adžić Z, Jureša V, Cerovečki V. Obrazovanje medicinskih sestara u Hrvatskoj. Liječ Vjesn. 2018;14:229-236.

163. European Federation of Nurses Associations. EFN Guideline for the implementation of Article 31 of the Mutual Recognition of Professional Qualifications Directive 2005/36/EC, amended by Directive 2013/55/EU. Bruxelles: EFN Competency Framework; 2015. Dostupno na: http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/EFNCompetency-Framework-19-05-2015. Datum pristupa: 2.3.2021.

164. Holopainen G, Kasen A, Nystrom L.The space of togetherness – a caring encounter. Scand. J. Caring Sci. 2014;28:186-192.

165. Settecase-Wu C. Martha V. Whetsel MV.Caring in the Nurse-Patient Relationship through the Caritas Lens: An Integrative Review. Cultura del Cuidado; 2018;15(2):34-66.

166. Ranheim A, Kärner A, Berterö C. Caring theory and practice-entering a simultaneous concept analysis. Nurs Forum. 2012;47(2):78-90.

167. Gustin LW, Wagner L. The butterfly effect of caring - clinical nursing teachers'understanding of self-compassion as a source to compassionate care. Scand. J. Caring Sci. 2013;27(1):175-183.

168. Arslan-Oskan I, Okumus H, Buldukoglu K. A randomized controlled trial of the effects of nursing care based on Watson's theory of human caring on distress, self-efficacy and adjustment in infertile women. J Adv Nurs. 2013;70(8):1801-1812.

169. Holopainen G, Nystrom L, Kasen A. Day by day, moment by moment – the meaning of the caring encounter. Int. J. Caring Sci.2014;7(1):51-57.

170. Merrill AS, Hayes JS, Clukey L, Curtis, D. Do they really care? How trauma patients perceive nurses' caring behaviors. J Trauma Nurs. 2012;19(1):3-37.

171. Norman V, Rossillo K, Skelton K. Creating healing environments through the theory of caring. AORN J. 2016;104(5):401-409

172. Sossong A, Poirier P. Patient and nurse perceptions of caring in rural United States. Int J Hum Caring. 2013;17(1):79-85.

173. De Moraes Lopes MH, Higa R, Dos Reis MJ, de Oliveira NR, Christóforo FF. Evaluation of the nursing process used at a Brazilian teaching hospital. Int J Nurs Terminol Classif. 2010;21:116-23.

174. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Tabrizi FJ, Behshid M, Lotfi M. Challenges associated with the implementation of the nursing process: A systematic review. Iranian J Nursing Midwifery Res. 2015;20:411-419.

175. Jafari A. Relationship between religious orientation (internal-external) methods to deal with stress among students. Behav Sci. 2009;1:91-114.

176. Mizuno M, Ozawa M, Evans DR, Okada A, Takeo K. Caring behaviors perceived by nurses in a Japanese hospital. J. Nurs. Stud. 2005;4(1):13-19.

177. White L. Foundations of basic nursing. 2. izd. New York; Clifton Park: 2010

178. Weiner SJ, Schwartz A, Sharma G, Binns-Calvey A, Ashley N, Kelly B i sur. Patient-centered decision making and health care outcomes: An observational study. Ann. Intern. Med. 2013;158(8):573-579.

179. Ghane G, Esmaeili M. Nursing students' perception of patient-centred care: A qualitative study. Nurs. Open. 2020;7:383-389.

180. Tahery NRZM, Razavi ZM, Kaiali M, Rashidi M, Yaghoobi M, Shirzaei K, i sur. Importance of patient education according Abadan nursing students' opinions Modern Care. Birjand Nurs Midwifery Fac. 2011;8(2):100-106.

181. Baraz S, Memarian R, Vanaki Z. Learning challenges of nursing students in clinical environments: A qualitative study in Iran. J Educ Health Promot. 2015;4(1):52.

182. de Boer D, Delnoij D, Rademakers J. The importance of patient-centered care for various patient groups. Patient Educ.Couns. 2013;90(3):405-410.

183.Watson J. Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices, Nursing Adm Q. 2006;3:48-55.

184. Berry DM, Kaylor M, Church J, Campbell K, McMillin T, Wamsley R. Caritas and job environment: A replication of Persky et al. Contemporary Nurse. Aust J Adv Nurs. 2013;43(2):237-243.

185. Tanyi RA, Werner JS. Women's experience of spirituality within end-stage renal disease and hemodialysis. Clin. Nurs. Res.2008;17(1):32-49.

186. Suliman WA, Welmann E, Tagwa Omer T, Laisamma Thomas L. Applying Watson's Nursing Theory to Assess Patient Perceptions of Being Cared for in a Multicultural Environment. J Nurs Res. 2009;17(4):293-300.

187. Lynn ML. Understanding and measuring patients' assessment of the quality of nursing care. Nurs. 2007;56(3):159-166.

188. Potter P, Wolf L, Boxerman S, Grayson D, Sledge J, Dunagan C, i sur. Understanding the cognitive work of nursing in the acute care environment. J Nurs Adm. 2005;35(7-8):327-335.

189. Liu JE, Mok E, Wong T. Caring in nursing: Investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijing, China. J.Clin.Nurs. 2006;75(2):188-196.

190. Lotfi M, Zamanzadeh V, Valizadeh L, Khajehgoodari M. Assessment of nurse–patient communication and patient satisfaction from nursing care. Nurs. Open. 2019;6:1189-1196.

191. Chan EA, Wong F, Cheung MY, Lam W. Patients' perceptions of their experiences with nurse-patient communication in oncology settings: A focused ethnographic study. PLoS ONE. 2018; 13(6):1-17.

192. Harley C, Pini S, Bartlett YK, Velikova G. Defining chronic cancer: patient experiences and self-management needs. BMJ Support. Palliat. Care. 2012;2(3):248-255.

193. Dilworth S, Higgins I, Parker V, Kelly B, Turner J. Patient and health professional's perceived barriers to the delivery of psychosocial care to adults with cancer: a systematic review. Psycho-Oncol. 2014;23:601-612.

194. Tay LH, Hegney D, Ang E. Factors affecting effective communication between registered nurses and adult cancer patients in an inpatient setting: a systematic review. Int J Evid Based Healthc. 2011;9(2):151–164.

195. Song Y, Lv X, Liu J, Huang D, Hong J, Wang W, Wang W. Experience of nursing support from the perspective of patients with cancer in mainland China. Nurs Health Sci. 2016;18(4):510-518.

196. Robinson K, Watters S, Bridging the communication gap through implementation of a patient navigator program. Pa Nurse. 2010;65(2):19-21.

197. Felsmann M, Andruszkiewicz A, Kosobucka A. The adaptation of the caring nurse-patient interaction scale (CNPI-70) to Polish conditions on the basis of nursing student's self-assessment of their caring competencies. Medical Biol. Sci. 2015;29(2):47-55.

198. Crawford P, Brown B, Baker C, Tischler V, Abrams B. Health Humanities. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2015.

199. Andersson E K, Sjostrom-Strand A, Willman A, Gunilla Borglin G. Registered nurses views of caring in coronary care-a deductive and inductive content analysis. J. Clin. Nurs. 2015;24:3481-3493.

200. Omari FH, AbuAlRub R, Ayasreh IRA. Perceptions of patients and nurses towards nurse caring behaviors in coronary care units in Jordan. J.Clin. Nurs. 2013;22:3183-3191.

201. McCann TV, Clark E, Rowe K. Undergraduate nursing students` attitudes towards health promotion. Nurs Health Sci. 2005;7:164 -174.

202. Whitehead D. Health education, behavioural change and social psychology: nursing`s contribution to health promotion? J Adv Nurs. 2001;34 (6):822-832.

203. Fučkar G. Uvod u sestrinske dijagnoze. Zagreb: Impresum: Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju; 1996.

204. Carpenito JL. Nursing Diagnosis. Application to Clinical Practice. 14 izd. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 2013.

205. Youssef HAM, Mansour MAM, Ayasreh IRA, Al-Mawajdeh NAA. A Medical-Surgical Nurse's Perceptions of Caring Behaviors among Hospitals in Taif City. Life Sci. 2013;10(4):720-730.
206. Boutell KA, Bozett FW. Nurses' assessment of patients' spiritualty: Continuing education implications. J Contin Educ Nurs. 1990;21(4):172-176.
207. Narayanasamy A. Nurses' awareness and educational preparation in meeting their patients'spiritual needs. Nurse Educ.Today. 1993;13(3):196-201.
208. Soeken KL, Carson VJ. Study measures nurses' attitudes about providing spiritual care. Health Progres. 1986;67(3):52-5.
209. Taylor EJ. Amenta M. Midwifery to the soul whill the body dies:Spiritual care among hospice nurses. Am J Hosp Palliat Care. 1994;11(6):28-35.
210. Murray RP, Dunn KS. Assessing Nurses' Knowledge of Spiritual Care Practices Before and After an Educational Workshop. J Contin Educ Nurs. 2017;48:115-122.
211. Kiaei MZ, Salehi A, Nasrabadi AM, Whitehead D, Azmal M, Kalhor R, Bahrami ES. Spirituality and spiritual care in Iran: Nurses' perceptions and barriers. Int Nurs Rev. 2015;62:584–592.
212. Şahin ZA, Özdemir FK. Spirituality and spiritual care: A descriptive survey of nursing practices in Turkey. Contemp. Nurse. 2016;52:454-461.
213. Lukes E. The nursing process and program planning. AAOHN 2010;58:5-7.
214. De Moraes Lopes MH, Higa R, Dos Reis MJ, de Oliveira NR, Christóforo FF. Evaluation of the nursing process used at a Brazilian teaching hospital. Int J Nurs Terminol Classif 2010;21:116-23.
215. Pokorski S, Moraes MA, Chiarelli R, Costanzi AP, Rabelo ER. Nursing process: From literature to practice. What are we actually doing? Rev Lat Am Enfermagem 2009;17:302-307.
216. Dal Sasso GT, Barra DC, Paese F, Almeida SR, Rios GC, Marinho MM, i sur. Computerized nursing process: Methodology to establish associations between clinical assessment, diagnosis, interventions, and outcomes. Rev Esc Enferm USP. 2013;47:242-249.
217. Granero-Molina J, Fernández-Sola C, Peredo de Gonzales MH, Aguilera-Manrique G, Mollinedo-Mallea J, Castro-Sánchez AM. Nursing process: What does it mean to nurses from santa cruz (Bolivia)? Rev Esc Enferm USP. 2012;46:973-9.

218. Ghafouri Fard M, Haririan H, Aghajanloo A, Akbari M, Shirvani Y. Obstacles of Nursing Process Application from Perspective of the Nursing Instructor and Nursing Students in Zanjan Faculty of Nursing and Midwifery. J Med Educ Dev. 2012;5:69-77.

219. Akbari M, Shamsi A. A survey on nursing process barriers from the nurses' views on intensive care units. Iran J Crit Care Nurs. 2011;4:181-6.

220. Noohi E, Karimi H, Najmaei E. Application obstacles of nursing process from view of the nursing managers and interns in Kerman University of Medical Sciences. J Qual Res Health Sci. 2010;10:52-8.

221. Hasson H, Arnetz JE. The impact of an educational intervention for elderly care nurses on care recipients' and family relatives' ratings of quality of care: A prospective, controlled intervention study. Int J Nurs Stud 2008;45:166-79.

222. Pajnkihar M. Is caring a lost art in nursing? Int J Nurs Stud. 2008;45(5):807-808.

223. O'Connell E, Landers MG The importance of critical care nurses' caring behaviours as perceived by nurses and relatives. Intensive Crit Care Nurs. 2008;24(6):349-58.

224. Atar NY, Asti T. Attitudes and Behaviors of Nursing Students towards Nurse-Patient Interaction. Int. J. Caring Sci. 2020;13(1):411-423.

225.Yılmaz D, Çinar HG. Hemşirelik bölümü son sınıf öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutmlarının incelenmesi. Journal of Human Sciences. 2017;14(4):3300-3309.

226. Dobrowolska B, Palese A. The caring concept, its behaviours and obstacles: perceptions from a qualitative study of undergraduate nursing students. Nurs. Inq. 2016;23:305-314.

227. Kalender N, Tosun N, İknur Çınar F, Bağçivan G, Yaşar Z. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Derg 2016;58: 277-281.

228. Konuk TG, Tanyer D. Investigation of Nursing Students' Perception of Caring Behaviors. J Caring Sci.2019;8(4):191-197.

229. Deliktas A, Korukcu O, Aydin R, Kabukcuoglu K. Nursing Students' Perceptions of Nursing Metaparadigms: A Phenomenological Study. J Nurs Res. 2019;27(5):1-9.

230. Akhtar-Danesh N, Baumann A, Kolotylo C, Lawlor Y, Tompkins C, Lee R. Perceptions of professionalism among nursing faculty and nursing students. West. J. Nurs. Res. 2013;35(2):248-271.

231. Birimoglu C, Ayaz S. Nursing Students Perceptions of Caring Behaviors. Hacettepe University, Faculty of Nursing. 2015;2(3):40-48.

232. Huckabay LM. Clinical reasoned judgment and the nursing process. Nurs. Forum. 2009;44:2-78.

233. Potter PJ, Frisch N. Holistic assessment and care: Presence in the process. Nurs Clin North Am. 2007;42:213-28.

234.Takahashi AA, Barros AL, Michel JL, Souza MF. Difficulties and facilities pointed out by nurses of a university hospital when applying the nursing process. Acta Paulista de Enfermagem. 2008;21:32-8.

235. Guedes Ede S, Turrini RN, de Sousa RM, Baltar VT, da Cruz Dde A. Attitudes of nursing staff related to the nursing process. Rev Esc Enferm USP. 2012;46:130-7

236. Bennett PN. Technological intimacy in haemodialysis nursing. Nurs. Inq. 2011;18(3):247-252.

237. Martin A, Davidson CL, Panik A, Buckenmyer C, Delpais P, Ortiz M. An examination of ESI triage scoring accuracy in relationship of ED nursing attitudes and experience. J. Emerg. Nurs. 2014;40:461-468.

238. Adams LY, Maykut CA. Bullying: The antithesis of caring, acknowledging the dark side of the nursing profession. Int. J. Caring Sci. 2015;8:765-773.

239. Berquist R, St-Pierre I, Holmes D. Uncaring nurses: Mobilizing power, knowledge, difference and resistance to explain workplace violence in academia. Res Theory Nurs Pract. 2018;32(2):199-215.

240. Wilson B, Harwood L. Outcomes for successful cannulation of the arteriovenous fistula: Perspectives from patients on hemodialysis. Nephrol Nurs J. 2017;44(5):381-388.

241. Romyn A, Rush KL, Hole R. Vascular access transition: Experiences of patients on hemodialysis. Nephrol Nurs J. 2015;42(5):445-453.

242. Wu Y, Larrabee JH, Putman HP. Caring behavior inventory: A reduction of the 42-item instrument. Nurs. Res. 2006;55(1):18-25.

243. He T, Du Y, Wang L, Zhong ZF, Ye XC, Liu XH. Perceptions of caring in China: Patient and nurse questionnaire survey. Int Nurs Rev. 2013;60(4):487-493.

244. Price SL, Hall LM, Angus JE, Peter E. Choosing nursing as a career: a narrative analysis of millennial nurses' career choice of virtue. Nurs. Inq. 2013;20:305-316.

245. Seely AJE. Embracing the certainty of uncertainty: implications for health care and research. Perspect. Biol. Med. 2013;56:65-77.

246. Thorup CB, Rundqvist E, Roberts C, Delmar C. Care as a matter of courage: vulnerability, suffering and ethical formation in nursing care. Scand. J. Caring Sci. 2011;26:427-435.

247. Komatsu H, Yagasaki K. The power of nursing: guiding patients through a journey of uncertainty. Eur J Oncol Nurs. 2014;18:419-424.

248. Kullberg A, Sharp L, Johansson H, Bergenmar M. Information exchange in oncological inpatient care-Patient satisfaction, participation, and safety. Eur J Oncol Nurs. 2015;19(2):142-147.

249. Holt M, Warne T. The educational and practice tensions in preparing pre- registration nurses to become health promoters: a small scale explorative study. Nurs Educ Pract. 2006;7 (6):373-380.

250. Takahashi AA, Barros AL, Michel JL, Souza MF. Difficulties and facilities pointed out by nurses of a university hospital when applying the nursing process. *Acta* Paul Enferm. 2008;21:32-8.

251. Ledesma-Delgado E, Mendes MM. The nursing process presented as routine care actions: Building its meaning in clinical nurses' perspective. Rev Lat Am Enfermagem 2009;17:328-34.

252. Ghafouri Fard M, Haririan H, Aghajanloo A, Akbari M, Shirvani Y. Obstacles of Nursing Process Application from Perspective of the Nursing Instructor and Nursing Students in Zanjan Faculty of Nursing and Midwifery. J Med Educ Dev. 2012;5:69-77.

253. Akbari Kaji M, Farmahani Farahani B. The effect of nursing process education on nursing care quality of schizophrenic patients. KAUMS Journal (FEYZ). 2011;15:32-7.

254. De Moraes Lopes MH, Higa R, Dos Reis MJ, de Oliveira NR, Christóforo FF. Evaluation of the nursing process used at a Brazilian teaching hospital. Int J Nurs Terminol Classif. 2010;21:116-23.

255. Miskir Y, Emishaw S. Determinants of Nursing Process Implementation in North East Ethiopia: Cross-Sectional Study. Nurs Res Pract. 2018;1-9.

256. Thorup CB, Rundqvist E, Roberts C, Delmar C. (2011) Care as a matter of courage: vulnerability, suffering and ethical formation in nursing care. Scand. J. Caring Sci. 2011;26:427-435.

257. Gjengedal E, Ekra EM, Hol H, Kjelsvik M, Lykkeslet E, Michaelsen R, i sur. Vulnerability in healthcare-reflections on encounters in every day practice. Nurs Philos. 2013;14:127-138.

258. Sorlie V, Torjuul K, Ross A, Kihlgren M. Satisfied patients are also vulnerable patients-narratives form an acute care ward. J. Clin. Nurs. 2006;15:1240-1246.

259. Nayeri ND, Agjahana M. Patients' privacy and satisfaction in the emergent department: a descriptive analytical study. Nurs. Ethics. 2010;17:167-176.

260. Bridges J, Flatley M, Meyer J. Older people's and relatives' experiences in acute care settings: systematic review and synthesis of qualitative studies. Int. J. Nurs. Stud. 2010;47:89-107.

261. Milton CL. An ethical exploration of quality and safety initiatives in nurse practice. Nurs. Sci. Q. 2011;24:107-110.

262. Vanlaere L, Gastmans C. Ethics in nursing education: learning to reflect on care practices. Nurs. Ethics. 2007;14:758-76.

263. Rolfe G, Gardner LD. The compassion deficit and what we do about it: a response to Paley. Nurs. Philos. 2014;15:288-297.

264. Levesque MC, Hovey RB, Bedos C. Advancing patient-centered care through transformative educational leadership: a critical review of health care professional preparation for patient-centered care. J. Healthc. Leadersh. 2013;5:35-46

265. Maben J. The art of caring: invisible and subordinated? A response to Juliet Corbin: 'Is caring a lost art in nursing?' Int. J. Nurs. Stud. 2008;45:335-338.

266. Dong ST, Butow PN, Agar M, Lovell MR, Boyle F, Stockler M, et al. Clinicians' perspectives on managing symptom clusters in advanced cancer: a semi-structured interview study. J Pain Symptom Manage. 2016;51(4):706-717.

267. Been-Dahmen JM, Dwarswaard J, Hazes JM, van Staa A, Ista E. Nurses' views on patient self-management: a qualitative study. *J* Adv Nurs. 2015;71(12):2834–2845.

268. Cervantes L, Zoucha J, Jones J, Fischer S. Experiences and values of Latinos with end stage renal disease: A systematic review of qualitative studies. Nephrol Nurs J. 2016;43(6):479-493.

269. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. Lancet. 2013;369(9570)1328-1329.

270. Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. Scand J Caring Sci. 2002;16(4):337-44.

271. Dzomeku VM, Atinga BE, Tulukuu P, Mantey R E. In- patient satisfaction with nursing care: A case study at Kwame Nkrumah University of Science and Technology hospital. Int J Med Sci Public Health. 2013;2(1):19-24.

272. Abdel Maqsood AS, Oweis AI, Hasna FS. Differences between patients' expectations and satisfaction with nursing care in a private hospital in Jordan. Int J Nurs Pract. 2012;18:140-146.

273. Köberich S, Feuchtinger J, Farin E. Factors influencing hospitalized patients' perception of individualized nursing care: a cross-sectional study. BMC Nurs. 2016;1(14);1-11.

274. Suhonen R, Välimäki M, Katajisto J. Individualized care in a Finnish healthcare organization. J Clin Nurs. 2000;9(2):218-27.

275. Charalambous A. Variations in patient satisfaction with care for breast, lung, head and neck and prostate cancers in different cancer care settings. Eur J Oncol Nurs. 2013;17(5):588-95.

276. Henriksen J , Lo¨fmark A, Eivor Wallinvirta E, Gunnarsdo´ttir PJ, Slettebø A. European Union directives and clinical practice in nursing education in the Nordic countries. Nord. J. Nurs. Res. 2020;40(1):3-5.

277. Suikkala A. Koskinen S, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Congruence between nursing students' and patients' views of student–patient relationships. Adv Health Sci Educ. 2021;26:79-115.

278. Emeghebo L. The image of nursing as perceived by nurses. Nurs. Educ.Today. 2012;32(6):49-53.

279. Erkayirana O, Senocak SU, Demirkiran F. The Role of Nurses in Professional Perceptions of Nursing Students: A Cross-Sectional Study International Journal of Caring Sciences. 2019;12(1):199-209.

280. Sabatino L, Rocco G, Stievano A, Alvoro R. Perceptions of Italian student nurses of the concept of professional respect during their clinical practice learning experience. Nurse Educ. Pract. 2015;15(4):314-320.

281. Rowland P, Anderson M, Kumagai AK, McMillan S, Vijay K, Sandhu VK, i sur. Patient involvement in health professionals' education: A meta narrative review. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2018;24:595-617.

282. Scammell J, Heaslip V, Crowley E. Service user involvement in preregistration general nurse education: A systematic review. J Clin Nurs. 2016;25:53-69.

283. Suikkala A, Koskinen S, Leino-Kilpi H. Patients' involvement in nursing students' clinical education: A scoping review. Int. J. Nurs. Stud. 2018; 84:40-51.

284. Ayaz S. Stomalı bireylerde hemşirenin rolü. Turkiye Klinikleri J Med Sci. 2007;27(1):86-90.

285. Kursun S, Arslan FT. Nursing students' perceptions of caring in Turkey. Health Med. 2012;6(9):3145-51.

286. Zhang MF, Petrini MA. Factors influencing Chinese undergraduate nursing students perceptions of the nursing profession. Int. Nurs. Rev. 2008;55(3):274-280.

287. Denat Y, Gurol Arslan G, Sahbaz M. „Change in students“ perception of profession during nursing education in Turkey: A longitudinal study. Int. J. Hum. Resour. 2016;13(1):900.

288. Župančić M.Tranzicija i modernizacijske perspektive hrvatskog sela. Sociologija sela. 2000;38(147/148):11-78.

11. ŽIVOTOPIS

Podatci o doktorandici

Ime i prezime: Jasenka Vujanić

Datum i mjesto rođenja: 28. srpnja 1968., Čepinski Martinci

Zvanje: magistra sestrinstva (mag. med. techn.)

Matični broj studenta: 70130620

Adresa: Sjenjak 46, Osijek, 31 000

Obiteljsko stanje: udana, majka dvaju sinova

e-pošta: jvujanic@fdmz.hr; jasenkav@gmail.com

Obrazovanje

2013. – studentica poslijediplomskog doktorskog studija Biomedicina i zdravstvo, Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek, J. Huttlera 4, Osijek (Hrvatska)

2010. – 2012. magistra sestrinstva, Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek, sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo, J. Huttlera 4, Osijek (Hrvatska)

1989. – 1993. prvostupnica sestrinstva, Zdravstveno veleučilište u Zagrebu, Viša medicinska škola Medicinskog fakulteta u Zagrebu, Mlinarska cesta 38, Zagreb

1983. – 1987. medicinska sestra, Medicinska škola Osijek, Vukovarska 209, Osijek (Hrvatska)

Radno iskustvo

2019. radno mjesto I. vrste u nastavnom zvanju i nastavnom radnom mjestu predavača iz znanstvenog područja biomedicine i zdravstva, znanstvenog polja kliničke medicinske znanosti, znanstvene grane sestrinstvo

2013. – 2019. naslovno suradničko zvanje asistenta i radno mjesto asistenta na određeno vrijeme s 20 % radnog vremena u znanstvenom području biomedicina i zdravstvo, znanstvenom polju kliničke medicinske znanosti, znanstvenoj grani sestrinstvo

2018. – 2020. profesor savjetnik, Medicinska škola Osijek, Vukovarska 209, Osijek

2013. – 2018. profesor mentor, Medicinska škola Osijek, Vukovarska 209, Osijek

1995. – 2013. nastavnik zdravstvene njege, Medicinska škola Osijek, Vukovarska 209, Osijek
1992. – 1995. glavna instrumentarka, Opća bolnica Osijek, Odjel za ortopediju, S. Radića, Osijek

1991. – 1992. sudionica Domovinskoga rata kao zdravstvena djelatnica ustanove: Klinička bolnica Osijek

1989. – 1991. voditeljica pododjela, Opća bolnica Osijek, Odjel za ortopediju, S. Radića, Osijek

1987. – 1989. medicinska sestra, Opća bolnica Osijek, Odjel za ortopediju, S. Radića, Osijek

Profesionalne nastavne, stručne i znanstvene aktivnosti

Popis radova

Vujanić J, Prlić N, Lovrić R. Nurses' Self-Assessment of Caring Behaviors in Nurse–Patient Interactions: A Cross-Sectional Study. International journal of environmental research and public health: 2020;17(14):1-15.

Lovrić R, Piškorjanac S, Pekić V, **Vujanić J,** Kramarić Ratković K, Luketić S, Plužarić J, Matijašić-Bodalec D, Barać I, Žvanut B. Translation and validation of the clinical learning environment, supervision and nurse teacher scale (CLES + T) in Croatian language. *Nurse education in practice*: 2016;(19):48-53.

Vujanić J, Prlić N . Nursing Care Values in Clinical Practice. Mednarodna konferenca »Z znanjem do zdravja in razvoja v 21. stoletju« - International conference »Knowledge Brings Health and Development in the 21st Century« Zbornik predavanj - Conference Proceedings, Maribor : Fakulteta za zdravstvene vede. 2014;80-84.

Vujanić J, Prlić N, Pekić V. 7th International Scientific Conference Udine-C group in Osijek, Croatia: Possibilities of Scientific Research in the Process of Mentoring in Nursing –Increase of the Effectiveness of Mentoring Through Education. *Nursing care valeus in clinical practice*. SEEHSJ 2013;3(2):28.

Pekić V, Prlić N, **Vujanić J.** 7th International Scientific Conference Udine-C group in Osijek, Croatia: Possibilities of Scientific Research in the Process of Mentoring in Nursing – Increase of the Effectiveness of Mentoring Through Education. Presence of stressors in

edukation programs' structure and processes in formal education of working nurses. SEEHSJ 2013;3(2):32.

Sažetci kongresnih priopćenja – aktivna sudjelovanja

Vujanić J, Prlić N, Lovrić R. Percepcija studenta sestrinstva o međuodnosu medicinske sestre i bolesnika tijekom sestrinske skrbi. Book of abstracts 1st international scientific conference contemporary nursing (ur) Lovrić R, Včev A. Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku. 2018;122-123.

Prlić N, **Vujanić J,** Lovrić R, Barać I. Obrazovanje medicinskih sestara – izazov i(ili) preduvjet razvoja suvremenoga sestrinstva? Book of abstracts 1st international scientific conference contemporary nursing (ur) Lovrić R, Včev A. Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku. 2018;24-25.

Vujanić J, Prlić N, Lovrić R. Correlation between the professional stress of nursing teachers and the quality of the teaching process. 4th Scientific and professional international conference (ur)Vinkler J. Koper : University of Primorska Press. 2017;50-51.

Lovrić R, Prlić N, **Vujanić J.** The concept of physical activity, strength and fitness - a precondition for performing professional duties as a nurse. 4th Scientific and professional international conference. (ur)Vinkler J. Koper : University of Primorska Press.2017;105-106.

Vujanić J, Prlić N. Vrijednosti sestrinske skrbi iz percepcije pacijenata, medicinskih sestara i studenata studija sestrinstva. Dani doktoranada. Knjiga sažetaka godišnjih seminarski radova. (ur) Smolić M, Miškulin M, Včev A. Medicinski Fakultet Osijek Sveučilišta J.J. Strossmayera u Osijeku. 2016;156-157.

Vujanić J, Prlić N. Vrijednosti sestrinske skrbi u kliničkoj praksi. str 138-139. Dani doktoranada 2015. Knjiga sažetaka godišnjih seminarski radova. (ur) Smolić M. Medicinski Fakultet Osijek Sveučilišta J.J. Strossmayera u Osijeku. 2015;138-139.

Barać I, Pekić V, **Vujanić J**. Padovi i ozljede starijih ljudi. XIV. stručni skup društva kirurških sestara Hrvatske: Zbornik sažetaka. Osijek, 2012.

Ostala kongresna priopćenja

Prlić N, Lončar Z, **Vujanić J,** Lovrić R, Barać I. Kompetencije medicinske sestre edukatora. 7. Simpozij s međunarodnim sudjelovanjem „Kompetencije medicinskih sestra/tehničara“. Mostar, 2019.

Prlić N, Lončar Z, Kokić A, **Vujanić J,** Lovrić R. Zadovoljstvo bolesnika - indikator kvalitete skrbi u bolnici. Zbornik sažetaka 5. Simpozij s međunarodnim sudjelovanjem „Indikatori kvalitete zdravstvene njege“. Mostar 2017;5-6.

Prlić N, Lovrić R, **Vujanić J.** Kompetencije nastavnika zdravstvene njege. Knjiga sažetaka. VIII. Kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine (DNOOM) „Bolesnik s bolestima mokraćnog sustava – Što povezuje bubreg i srce?“ Zagreb: 2017;202-203.

Prlić N, Lončar Z, Luketić S. **Vujanić J,** Lovrić R. Stavovi medicinskih sestara prema Udruženju medicinskih sestara tehničara Federacije BiH (UMSTFBiH). Zbornik sažetaka 4. Simpozij s međunarodnim sudjelovanjem „Iskustva sestrinske profesije prije i poslije ulaska u EU“. Mostar: 2016;6-7.

Recenzije

Prlić N. Zdravstvena njega kirurških bolesnika – opća, udžbenik za 4. razred medicinske škole za zanimanje medicinska sestra opće njege /medicinski tehničar opće njege. Školska knjiga d. d. Zagreb: Školska knjiga d.d; 2013.

Jurić O, Kevrić J. Pomoćno nastavno sredstvo: Kronične rane. Jastrebarsko: Naklada slap; 2018.

Maretić M. i suradnici. Dnevnik praćenja tijekom vježbi za stjecanje strukovne kvalifikacije medicinske sestre opće njege /medicinski tehničar opće njege. Zagreb: Medicinska naklada; 2019.

Prlić N. Zdravstvena njega kirurških bolesnika-specijalna udžbenik za 5. razred medicinske škole za zanimanje medicinska sestra opće njege /medicinski tehničar opće njege. Zagreb: Školska knjiga d.d.; 2019.

Projektna aktivnost

IPA PROJEKT; Modernizacija školskih kurikuluma u strukovnim školama u skladu s promjenjivim potrebama tržišta rada/gospodarstva „Započnimo edukaciju sada kako bismo

povećali opću odgovornost za skrb o starijim osobama“ Medicinska škola Osijek, 9. studeni 2012. - 6. rujna 2013.

NCVO PROJEKT: Vanjsko vrednovanje eksperimentalne provedbe novih strukovnih kurikuluma i strukovnih programa. Član stručne radne skupine za sadržajnu analizu, travanj-srpanj 2016. godine.

ASOO; ESF PROJEKT: „Modernizacija sustava stručnog usavršavanja nastavnika strukovnih predmeta. Održano stručno usavršavanje za nastavnike; Unaprjeđenje kompetencija za razvoj stručnih sadržaja i sadržaja za poučavanje“. Osijek, 23.- 25. travnja i 1. srpnja 2019. **(55 sati edukacije)**

Javna izlaganja na stručnim skupovima, radionice

Stručni skup MŽSV obrazovnog sektora zdravstvo i socijalna skrb; PREDAVANJE; „Nastavna sredstva od poučavanja do vrednovanja“. Medicinska škola Osijek, 27. rujna 2019. (predavanje i organizator)

Stručni skup MŽSV obrazovnog sektora zdravstvo i socijalna skrb; PREDAVANJE; „Evaluacija novog strukovnog kurikuluma za stjecanje kvalifikacije MSONJ/MTONJ“. Medicinska škola Osijek, 29. ožujka 2019. (predavanje i organizator)

Stručni skup MŽSV obrazovnog sektora zdravstvo i socijalna skrb; PREDAVANJE; „Kako održati predavanje na stručnim i znanstvenim skupovima“. Medicinska škola Osijek,11. siječnja 2019. (predavanje i organizator)

Stručni skup za nastavnike HUMS „Sestrinstvo za sestrinstvo, nasuprot modelu sestrinstvo za medicinu“. Koprivnica 23. ožujka 2019.

Stručni skup novog modela stručnog usavršavanja ASOO-a u okviru ESF-ova projekta „Modernizacija sustava stručnog usavršavanja nastavnika strukovnih predmeta. Održano stručno usavršavanje za nastavnike; Unaprjeđenje kompetencija za razvoj stručnih sadržaja i sadržaja za poučavanje“. Osijek, 23.-25. travnja i 1. srpnja 2019. (55 sati edukacije, predavač i organizator)

Druga konferencija o integrativnoj superviziji u odgoju i obrazovanju-Rješavanje problema i vođenje AZOO. Našice, 14.-16. studenog 2018.

Stručno usavršavanje strukovnih nastavnika. Opatija 26.3.- 28.3. 2018. (11 sati edukacije).

Škola za život - Stručno usavršavanje nastavnika: Radionica; Kako uspješno učiti u online okruženju. Osijek, 15. 11. 2018.

Stručni skup MŽSV obrazovnog sektora zdravstvo i socijalna skrb; PREDAVANJE; „Treba li pisati pripremu za svaki sat“ „Elementi i kriteriji ocjenjivanja“ . Medicinska škola, Osijek, 3. srpnja 2018. (predavanje, radionice, organizator)

Stručni skup ASOO obrazovnog sektora zdravstvo i socijalna skrb: PREDAVANJE; „Primjeri dobre nastavne prakse u obrazovnom sektoru Zdravstvo i socijalna skrb“. Zagreb, 11. siječnja 2017. (predavanje)

Stručni skup MŽSV obrazovnog sektora zdravstvo i socijalna skrb; PREDAVANJE; „Planiranje, pripremanje i priprema za nastavni proces - vježbe“. Medicinska škola Osijek,13. svibnja 2016. (predavanje, radionica, organizator)

Stručni skup ASOO obrazovnog sektora zdravstvo i socijalna skrb: PREDAVANJE; „Plan rada MŽSV, Natjecanja u sektoru, Operativno planiranje strukovnih predmeta“. Zagreb,24. lipnja 2016. (predavanje)

XVI. Stručni skup kirurških sestara Hrvatske. XXVII Stručni skup Društva kirurških sestara Slavonije i Baranje. Vujanić J, Marušić J, Grdić Lj. „Izvođenje nastavnog procesa prema novom strukovnom kurikulumu za stjecanje kvalifikacije medicinska sestra opće njege/medicinski tehničar opće njege“. Osijek, 23.-24. rujna 2016.

Stručni skup MŽSV obrazovnog sektora zdravstvo i socijalna skrb: PREDAVANJE;“ Informiranje i upoznavanje članova MŽSV s ciljevima, planiranim tijekom i provedbom cjelovite kurikularne reforme“. Osijek, 10. lipnja 2015. (predavanje, organizator)

Stručni skup MŽSV obrazovnog sektora zdravstvo i socijalna skrb: PREDAVANJE;“ Elementi i kriteriji ocjenjivanja. Praćenje učeničkog postignuća na vježbama - primjer dobre prakse“. Osijek, 28. 11. 2014. (predavanje, radionica, organizacija)

Stručni skup ASOO obrazovnog sektora zdravstvo i socijalna skrb: PREDAVANJE; „Izborni strukovni predmeti u 4. razredu“. Zagreb, 25. ožujka 2013. (predavanje)

Stručni skup ASOO obrazovnog sektora zdravstvo i socijalna skrb: PREDAVANJE; „Procjenjivanje i mjerenje znanja“. Zagreb, 13.rujna 2013. (predavanje)

Stručni skup ASOO obrazovnog sektora zdravstvo i socijalna skrb: PREDAVANJE; “Implementacija kurikuluma Dentalna asistentica/dentalni asistent“. Zagreb, 21. rujna 2012. (predavanje)

Stručno usavršavanje nastavnika AZOO. Sudjelovanje u supervizijskoj grupi nastavnika Medicinske škole u Osijeku u trajanju od 36 sati. Osijek 27. lipnja 2011.

Projekt „Kvalitetna škola“: Teorija izbora u školi; Put ka kvalitetnoj školi-školi bez prisile“ (72 sata seminara). Osijek, 6. listopada 2002.

Članstvo u znanstvenim i stručnim društvima

2013. – 2019. voditeljica MŽSV strukovnih nastavnika u sektoru zdravstvo i socijalna skrb

2016. god. – Društvo medicinskih sestara i tehničara Domovinskog rata (HUMS)

1987. god. – Hrvatska udruga medicinskih sestara (HUMS)

12. PRILOZI

12.1. Prilog 1 - Skala međuodnos medicinska sestra - bolesnik; verzija za bolesnike

12.2. Prilog 2 - Skala međuodnos medicinska sestra - bolesnik; verzija za medicinske sestre

12.3. Prilog 3 - Skala međuodnos medicinska sestra - bolesnik; verzija za studente sestrinstva

12.1. Prilog 1 - Skala međuodnos medicinska sestra - bolesnik; CNPI-70 (verzija za bolesnike)

Croatian translation of the CNPI-70 scale; Međuodnos medicinska sestra - bolesnik

Author of the transation: Vujanić, Prlić; University of J.J. Strossmayer, Facutly of Medicine, the University Graduate Study of Nursing, Osijek, Croatia jasenkav@gmail.com

Caring Nurse-Patient Interactions Scale:

70-item Version – (Patient) (CNPI-70)

(Cossette, Cara, Ricard, & Pepin, 2005)

Verzija za bolesnike

Molimo Vas, pozorno pročitajte navedene tvrdnje. Među tvrdnjama nema dvije jednake i zato prije odgovora razmotrite svaku izjavu. Vaš je zadatak odrediti **koliko važnim smatrate stavove i ponašanja u svakoj od sljedećih izjava**? Zanima nas Vaša osobna percepcija, nema točnih i pogrješnih odgovora.

Molimo Vas zaokružite broj koji najbolje odgovara Vašem stavu u svakoj od navedenih izjava.

1	**2**	**3**	**4**	**5**
nimalo	malo	umjereno	mnogo	izuzetno mnogo

Izjava		**ocjena**				
1.	Pristupaju mi kao pojedincu i pokazuju da nisu zainteresirani samo za moj zdravstveni problem.	1	2	3	4	5
2.	Pokušavaju gledati na situaciju iz moje perspektive.	1	2	3	4	5
3.	Prihvaćaju me takvog kakav jesam.	1	2	3	4	5
4.	Poštuju mene i moje najbliže.	1	2	3	4	5
5.	Ne zauzimaju stav neodobravanja.	1	2	3	4	5
6.	Sa mnom i mojim najbližima imaju human i topao odnos.	1	2	3	4	5
7.	Pokazuju da su dostupne ako ih trebam.	1	2	3	4	5
8.	Potiču me na razvijanje samopouzdanja.	1	2	3	4	5
9.	Potiču me na pozitivan stav o mome zdravstvenom stanju.	1	2	3	4	5
10.	Uvažavaju moje osjećaje.	1	2	3	4	5
11.	Potiču me nadanju kada je to primjereno.	1	2	3	4	5

12.	Pomažu pri traženju motivacije za poboljšanje moga zdravstvenog stanja.	1	2	3	4	5
13.	Uvažavaju ono što sam znam o svojem zdravstvenom stanju.	1	2	3	4	5
14.	Pitaju kako bi željeli da se provedu postupci.	1	2	3	4	5
15.	Pokazuju meni i bližnjima da su svjesni naših osjećaja.	1	2	3	4	5
16.	Sposobni su izabrati pravi trenutak za raspravu o mome zdravstvenom stanju i pravodobno reagirati.	1	2	3	4	5
17.	Sposobni su na primjeren način izraziti osjećaje o mojoj situaciji.	1	2	3	4	5
18.	Pomažu mi spoznati kako i moji bližnji doživljavaju novonastalu situaciju.	1	2	3	4	5
19.	Upoznaju moje bližnje s mojim trenutačnim zdravstvenim stanjem (uz moj pristanak).	1	2	3	4	5
20.	Pozorno me slušaju i moje bližnje.	1	2	3	4	5
21.	Jasno se predstavljaju imenom i funkcijom.	1	2	3	4	5
22.	Odgovaraju odmah, ako je to moguće, kada ih pozovem.	1	2	3	4	5
23.	Poštuju svoje zadaće – što kažu to i naprave.	1	2	3	4	5
24.	Pri njezi ne ostavljaju dojam da su zauzeti nečim drugim.	1	2	3	4	5
25.	Ne prekidaju me kada govorim.	1	2	3	4	5
26.	Ne osuđuju strogo moje ideje i ponašanje.	1	2	3	4	5
27.	Potiču me da slobodno izražavam svoje misli i osjećaje.	1	2	3	4	5
28.	Ostaju mirni kada sam ljut/a.	1	2	3	4	5
29.	Pomažu mi razumjeti moje osjećaje u situaciji u kojoj se nalazim.	1	2	3	4	5
30.	Ne smanjuju svoju prisutnost u teškim trenutcima.	1	2	3	4	5
31.	Pomažu mi prebroditi moje loše osjećaje.	1	2	3	4	5
32.	Omogućuju mi izraziti moju bol, žalost, strah i slične osjećaje.	1	2	3	4	5
33.	Pomažu mi postaviti realne ciljeve u skladu s mojim zdravstvenim stanjem.	1	2	3	4	5
34.	Pomažu mi suočiti se sa stresom koji je prouzročilo moje zdravstveno stanje.	1	2	3	4	5
35.	Pomažu mi vidjeti situaciju iz drugog kuta.	1	2	3	4	5

36.	Pomažu mi prepoznati sredstva za učinkovito rješavanje mojih problema.	1	2	3	4	5
37.	Pokušavaju sa mnom utvrditi posljedice moga ponašanja.	1	2	3	4	5
38.	Obavještavaju me i moje bližnje o resursima prilagođenim mojim potrebama (npr. dom zdravlja, rehabilitacijski centar i sl.).	1	2	3	4	5
39.	Pomažu mi oblikovati i postavljati pitanja o mojoj bolesti i liječenju.	1	2	3	4	5
40.	Provjeravaju razumijem li ja i moji bližnji dobivenu informaciju.	1	2	3	4	5
41.	Daju potrebne informacije ili mi omoguće pristup informaciji kako bi na temelju toga mogao/la donijeti odluku.	1	2	3	4	5
42.	Unaprijed objasne zdravstvenu skrb i terapijske postupke.	1	2	3	4	5
43.	Ne upotrebljavaju stručno nazivlje ili jezik kojeg ja i moji bližnji ne razumijemo.	1	2	3	4	5
44.	Omoguće mi provoditi samozbrinjavanje.	1	2	3	4	5
45.	Poštuju moju brzinu shvaćanja kada daju informacije ili odgovaraju na moja pitanja.	1	2	3	4	5
46.	Nauče me uzimanju lijekova na vrijeme i njihovoj pripremi.	1	2	3	4	5
47	Daju upute i objasne kako riješiti ili spriječiti određene nuspojave lijekova ili terapijskih postupaka.	1	2	3	4	5
48.	Razumiju me kada želim biti sam.	1	2	3	4	5
49.	Pridonose mojoj udobnosti (npr. izmasiraju mi leđa, pomažu pri promjeni položaja, prilagode svjetlo, preporuče posebnu opremu i slično).	1	2	3	4	5
50.	Nakon njege pospreme sobu.	1	2	3	4	5
51.	Provjere djeluju li lijekovi na simptome (npr. slabost, bolove, zatvor, anksioznost i slično).	1	2	3	4	5
52.	Poštuju moju privatnost (npr. ne izlažu me nepotrebno pogledima drugih).	1	2	3	4	5
53.	Prije odlaska provjere imam li sve potrebno.	1	2	3	4	5
54.	Pomažu mi jasno reći koje stvari želim da mi donesu određene osobe.	1	2	3	4	5
55.	Pomažu mi pri osobnoj higijeni kada ju ne mogu sam/a provesti.	1	2	3	4	5

56.	Sposobne su primijeniti terapijske postupke (npr. intravenoznu injekciju, previjanje i slično).	1	2	3	4	5
57.	Sposobne su koristiti se posebnom opremom.	1	2	3	4	5
58.	Lijekove daju u određeno vrijeme.	1	2	3	4	5
59.	Potiču bližnje da mi budu potpora (uz moj pristanak).	1	2	3	4	5
60.	Pozorno prate i bilježe moje zdravstveno stanje.	1	2	3	4	5
61.	Pomažu mi osjetiti kako imam određenu kontrolu nad svojom situacijom.	1	2	3	4	5
62.	Sposobne su reagirati u situaciji kada je potrebno hitno intervenirati.	1	2	3	4	5
63.	U kontaktu s bolesnicima pokazuju sposobnost i vještinu u načinu postupanja s njima.	1	2	3	4	5
64.	Uvažavaju moje osnovne potrebe (npr. spavanje, osobna higijena i sl.).	1	2	3	4	5
65.	Pomažu mi da se osjećam dobro u svojem stanju.	1	2	3	4	5
66.	Prepoznaju i uvažavaju da me molitva, meditacije ili druge stvari mogu smiriti i dati mi nadu.	1	2	3	4	5
67.	Pomažu mi razlučiti što je važno u mojem životu.	1	2	3	4	5
68.	Pomažu mi razlučiti važnost koju sam/a pridajem svojem zdravstvenom stanju.	1	2	3	4	5
69.	Pomažu mi naći određenu ravnotežu u mom životu.	1	2	3	4	5
70.	Poštuju moje duhovne potrebe (molitva, meditacija, sudjelovanje u određenim ritualima).	1	2	3	4	5

Molimo Vas na kraju odgovorite na nekoliko pitanja o sebi.
1. Spol: M Ž
2. Godine starosti:_____
3. stručna sprema
4. Zanimanje:_____
5. Mjesto gdje živite: a) grad b) prigradsko naselje c) selo d) ostalo_____

6. Odjel na kojem ste hospitalizirani_____

7. Koji je ovo boravak u bolnici?

a) 1. boravak
b) 2.boravak
c) 3.boravak
d) 4.boravak
e) _____

Author of the transation: Vujanić, Prlić; University of J.J. Strossmayer, Facutly of Medicine, the University Graduate Study of Nursing, Osijek, Croatia, jasenkav@gmail.com

12.2. Prilog 2 - Skala međuodnos medicinska sestra - bolesnik; CNPI-70 (verzija za medicinske sestre)

Croatian translation of the CNPI-70 scale ; Međuodnos medicinska sestra - bolesnik

Caring Nurse - Patient Interactions Scale:

70-item Version - (nurse) (CNPI-70)

(Cossette, Cara, Ricard, & Pepin, 2005)

Verzija za medicinske sestre

Molimo Vas, pozorno pročitajte navedene tvrdnje. Među tvrdnjama nema dvije jednake i zato prije odgovora razmotrite svaku izjavu. Vaš je zadatak odrediti **koliko važnim smatrate stavove i ponašanja u svakoj od sljedećih izjava**? Zanima nas Vaša osobna percepcija, nema točnih i pogrješnih odgovora.

Molimo Vas zaokružite broj koji najbolje odgovara Vašem stavu u svakoj od navedenih izjava.

1	**2**	**3**	**4**	**5**
nimalo	malo	umjereno	mnogo	izuzetno mnogo

	Izjava	**ocjena**				
1. Humanizam: Oblikovanje humanističko-nesebičnog sustava vrijednosti						
1.	Pristupam bolesnicima kao pojedincima i pokazujem da nisam zainteresirana samo za njihov zdravstveni problem.	1	2	3	4	5
2.	Pokušavam gledati na situaciju iz bolesnikove perspektive.	1	2	3	4	5
3.	Bolesnike prihvaćam takve kakvi jesu.	1	2	3	4	5
4.	Poštujem bolesnike i njihove najbliže.	1	2	3	4	5
5.	Ne zauzimam stav neodobravanja.	1	2	3	4	5
6.	S bolesnicima i njihovim najbližima imam human i topao odnos.	1	2	3	4	5
2. Nada: Ulijevanje nade i vjerovanja						
7.	Bolesnicima pokazujem da sam dostupna ako me trebaju.	1	2	3	4	5
8.	Bolesnike potičem na razvijanje samopouzdanja.	1	2	3	4	5
9.	Bolesnike potičem na pozitivan stav o njihovu zdravstvenom stanju.	1	2	3	4	5
10.	Uvažavam bolesnikove osjećaje.	1	2	3	4	5

11.	Bolesnike potičem nadanju kada je to primjereno.	1	2	3	4	5
12.	Bolesnicima pomažem pri traženju motivacije za poboljšanje njihova zdravstvenog stanja.	1	2	3	4	5
13.	Uvažavam ono što bolesnici sami znaju o svojem zdravstvenom stanju.	1	2	3	4	5
3. Osjetljivost: Njegovanje osjetljivosti prema sebi i drugima						
14.	Bolesnike pitam kako bi željeli da se provedu postupci.	1	2	3	4	5
15.	Pokažem bolesnicima i bližnjima da sam svjesna njihovih osjećaja.	1	2	3	4	5
16.	Sposoban/a sam izabrati pravi trenutak za raspravu o bolesnikovu zdravstvenom stanju i pravodobno reagirati.	1	2	3	4	5
17.	Sposoban/a sam na primjeren način izraziti osjećaje o bolesnikovoj situaciji.	1	2	3	4	5
18.	Pomažem bolesnicima spoznati kako i njihovi bližnji doživljavaju novonastalu situaciju.	1	2	3	4	5
19.	Upoznajem bolesnikove bližnje s bolesnikovim trenutačnim zdravstvenim stanjem (uz bolesnikov pristanak).	1	2	3	4	5
4. Odnos pomaganja: Razvoj odnosa pomoći i povjerenja						
20.	Pozorno slušam bolesnike i njihove bližnje.	1	2	3	4	5
21.	Bolesnicima se jasno predstavim imenom i funkcijom.	1	2	3	4	5
22.	Odgovorim odmah, ako je to moguće, kada me bolesnik pozove.	1	2	3	4	5
23.	Poštujem svoje zadaće – što kažem to i napravim.	1	2	3	4	5
24.	Pri njezi bolesnika ne ostavljam dojam da sam zauzeta nečim drugim.	1	2	3	4	5
25.	Ne prekidam bolesnike kada govore.	1	2	3	4	5
26.	Ne osuđujem strogo bolesnikove ideje i ponašanje.	1	2	3	4	5
5. Izražavanje osjećaja: Poticanje i prihvaćanje izricanja pozitivnih i negativnih osjećaja						
27.	Bolesnike potičem da slobodno izražavaju svoje misli i osjećaje.	1	2	3	4	5
28.	Ostajem mirna kada su bolesnici ljuti.	1	2	3	4	5
29.	Pomažem bolesnicima razumjeti njihove osjećaje u situaciji u kojoj se nalaze.	1	2	3	4	5

30.	Ne smanjujem svoju prisutnost kod bolesnika u teškim trenutcima.	1	2	3	4	5
31.	Pomažem bolesnicima prebroditi njihove loše osjećaje.	1	2	3	4	5
32.	Omogućujem bolesnicima izraziti svoju bol, žalost, strah i slične osjećaje.	1	2	3	4	5
6. Rješavanje problema: Sustavna upotreba rješavanja problema u procesu njege						
33.	Pomažem bolesnicima postaviti realne ciljeve u skladu s njihovim zdravstvenim stanjem.	1	2	3	4	5
34.	Pomažem bolesnicima suočiti se sa stresom koji je prouzročilo njihovo zdravstveno stanje.	1	2	3	4	5
35.	Pomažem bolesnicima vidjeti situaciju iz drugog kuta.	1	2	3	4	5
36.	Pomažem bolesnicima prepoznati sredstva za učinkovito rješavanje njihovih problema.	1	2	3	4	5
37.	Pokušavam s bolesnicima utvrditi posljedice njihova ponašanja.	1	2	3	4	5
38.	Obavještavam bolesnike i njihove bližnje o resursima prilagođenim njihovim potrebama (npr. dom zdravlja, rehabilitacijski centar i sl.).	1	2	3	4	5
7. Poučavanje: Promicanje međusobnog poučavanja i učenja						
39.	Pomažem bolesnicima oblikovati i postavljati pitanja o njihovoj bolesti i liječenju.	1	2	3	4	5
40.	Provjerim razumiju li bolesnici i njihovi bližnji dobivenu informaciju.	1	2	3	4	5
41.	Bolesnicima dajem potrebne informacije ili im omogućim pristup informaciji kako bi na temelju toga mogli donijeti odluku.	1	2	3	4	5
42.	Bolesnicima unaprijed objasnim zdravstvenu skrb i terapijske postupke.	1	2	3	4	5
43.	Ne upotrebljavam stručno nazivlje ili jezik kojeg bolesnici i njihovi bližnji ne razumiju.	1	2	3	4	5
44.	Bolesnicima omogućim provoditi samozbrinjavanje.	1	2	3	4	5
45.	Poštujem bolesnikovu brzinu shvaćanja kada dajem informacije ili odgovaram na njihova pitanja.	1	2	3	4	5
46.	Bolesnike naučim uzimanju lijekova na vrijeme i njihovoj pripremi.	1	2	3	4	5

47	Bolesnicima dam upute i objasnim kako riješiti ili spriječiti određene nuspojave lijekova ili terapijskih postupaka.	1	2	3	4	5
8. Okolina: Osiguravanje zaštitničkog i korektivnog mentalnog, fizičkog, sociokulturološkog i spiritualnog okruženja						
48.	Razumijem bolesnike kada žele biti sami.	1	2	3	4	5
49.	Pridonosim bolesnikovoj udobnosti (npr. izmasiram mu leđa, pomažem pri promjeni položaja, prilagodim svjetlo, preporučim posebnu opremu i slično).	1	2	3	4	5
50.	Nakon njege bolesnika pospremim sobu.	1	2	3	4	5
51.	Provjerim djeluju li bolesnikovi lijekovi na simptome (npr. slabost, bolove, opstipaciju, anksioznost i slično).	1	2	3	4	5
52.	Poštujem bolesnikovu privatnost (npr. ne izlažem ga nepotrebno pogledima drugih).	1	2	3	4	5
53.	Prije odlaska provjerim ima li bolesnik sve potrebno.	1	2	3	4	5
54.	Pomažem bolesnicima jasno reći koje stvari žele da im donesu određene osobe.	1	2	3	4	5
9. Potrebe: Dostojanstvena pomoć pri zadovoljavanju ljudskih potreba						
55.	Pomažem bolesnicima pri osobnoj higijeni kada ju ne mogu sami provesti.	1	2	3	4	5
56.	Sposoban/a sam primijeniti terapijske postupke (npr. intravenoznu injekciju, previjanje i slično).	1	2	3	4	5
57.	Sposoban/a sam se koristiti posebnom opremom.	1	2	3	4	5
58.	Lijekove dajem bolesnicima u određeno vrijeme.	1	2	3	4	5
59.	Potičem bližnje da budu potpora bolesniku (uz njegov pristanak).	1	2	3	4	5
60.	Pozorno pratim i bilježim bolesnikovo zdravstveno stanje.	1	2	3	4	5
61.	Pomažem bolesnicima osjetiti kako imaju određenu kontrolu nad svojom situacijom.	1	2	3	4	5
62.	Sposoban/a sam reagirati u situaciji kada je potrebno hitno intervenirati.	1	2	3	4	5
63.	U kontaktu s bolesnicima pokazujem sposobnost i vještinu u načinu postupanja s njima.	1	2	3	4	5
64.	Uvažavam bolesnikove osnovne potrebe (npr. spavanje, osobna higijena i sl.).	1	2	3	4	5
10. Duhovnost: Uključivanje egzistencijalističkih, fenomenoloških i spiritualnih snaga						

65.	Pomažem bolesnicima da se osjećaju dobro u svojem stanju.	1	2	3	4	5
66.	Prepoznajem i uvažavam da molitva, meditacije ili druge stvari mogu bolesnike smiriti i dati im nadu.	1	2	3	4	5
67.	Pomažem bolesnicima razlučiti što je važno u njihovu životu.	1	2	3	4	5
68.	Pomažem bolesnicima razlučiti važnost koju sami pridaju svojem zdravstvenom stanju.	1	2	3	4	5
69.	Bolesnicima pomažem naći određenu ravnotežu u njihovu životu.	1	2	3	4	5
70.	Poštujem bolesnikove duhovne potrebe (molitva, meditacija, sudjelovanje u određenim ritualima).	1	2	3	4	5

Molimo Vas na kraju odgovorite na nekoliko pitanja o sebi.
1. Spol: M Ž
2. Godine starosti:_____
3. Mjesto gdje živite: a) grad b) prigradsko naselje c) selo d) ostalo_____
4. Koju ste srednju školu završili:_____
5. Koja je vaša razina obrazovanja? a) završena srednja medicinska škola b) završen preddiplomski studij sestrinstvo c) završen diplomski studij sestrinstvo d) ostalo _____
6. Koliko imate godina radnog staža u sestrinstvu: _____godina
7. Klinički odjel na kojem ste zaposleni:_____

12.3. Prilog 3 - Skala međuodnos medicinska sestra - bolesnik; CNPI-70 (verzija za studente sestrinstva)

Croatian translation of the CNPI-70 scale; Međuodnos medicinska sestra - bolesnik

Caring Nurse-Patient Interactions Scale:

70-item Version - (nursing students) (CNPI-70)

(Cossette, Cara, Ricard, & Pepin, 2005)

Verzija za studente studija sestrinstva

Molimo Vas, pozorno pročitajte navedene tvrdnje. Među tvrdnjama nema dvije jednake i zato prije odgovora razmotrite svaku izjavu. Vaš je zadatak odrediti **koliko važnim smatrate stavove i ponašanja u svakoj od sljedećih izjava**? Zanima nas Vaša osobna percepcija, nema točnih i pogrješnih odgovora.

Molimo Vas zaokružite broj koji najbolje odgovara Vašem stavu u svakoj od navedenih izjava.

1	**2**	**3**	**4**	**5**
nimalo	malo	umjereno	mnogo	izuzetno mnogo

	Izjava	**ocjena**				
1. Humanizam: Oblikovanje humanističko-nesebičnog sustava vrijednosti						
1.	Pristupam bolesnicima kao pojedincima i pokazujem da nisam zainteresirana samo za njihov zdravstveni problem.	1	2	3	4	5
2.	Pokušavam gledati na situaciju iz bolesnikove perspektive.	1	2	3	4	5
3.	Bolesnike prihvaćam takve kakvi jesu.	1	2	3	4	5
4.	Poštujem bolesnike i njihove najbliže.	1	2	3	4	5
5.	Ne zauzimam stav neodobravanja.	1	2	3	4	5
6.	S bolesnicima i njihovim najbližima imam human i topao odnos.	1	2	3	4	5
2. Nada: Ulijevanje nade i vjerovanja						
7.	Bolesnicima pokazujem da sam dostupna ako me trebaju.	1	2	3	4	5
8.	Bolesnike potičem na razvijanje samopouzdanja.	1	2	3	4	5
9.	Bolesnike potičem na pozitivan stav o njihovu zdravstvenom stanju.	1	2	3	4	5
10.	Uvažavam bolesnikove osjećaje.	1	2	3	4	5

11.	Bolesnike potičem nadanju kada je to primjereno.	1	2	3	4	5
12.	Bolesnicima pomažem pri traženju motivacije za poboljšanje njihova zdravstvenog stanja.	1	2	3	4	5
13.	Uvažavam ono što bolesnici sami znaju o svojem zdravstvenom stanju.	1	2	3	4	5
3. Osjetljivost: Njegovanje osjetljivosti prema sebi i drugima						
14.	Bolesnike pitam kako bi željeli da se provedu postupci.	1	2	3	4	5
15.	Pokažem bolesnicima i bližnjima da sam svjesna njihovih osjećaja.	1	2	3	4	5
16.	Sposoban/a sam izabrati pravi trenutak za raspravu o bolesnikovu zdravstvenom stanju i pravodobno reagirati.	1	2	3	4	5
17.	Sposoban/a sam na primjeren način izraziti osjećaje o bolesnikovoj situaciji.	1	2	3	4	5
18.	Pomažem bolesnicima spoznati kako i njihovi bližnji doživljavaju novonastalu situaciju.	1	2	3	4	5
19.	Upoznajem bolesnikove bližnje s bolesnikovim trenutačnim zdravstvenim stanjem (uz bolesnikov pristanak).	1	2	3	4	5
4. Odnos pomaganja: Razvoj odnosa pomoći i povjerenja						
20.	Pozorno slušam bolesnike i njihove bližnje.	1	2	3	4	5
21.	Bolesnicima se jasno predstavim imenom i funkcijom.	1	2	3	4	5
22.	Odgovorim odmah, ako je to moguće, kada me bolesnik pozove.	1	2	3	4	5
23.	Poštujem svoje zadaće – što kažem to i napravim.	1	2	3	4	5
24.	Pri njezi bolesnika ne ostavljam dojam da sam zauzeta nečim drugim.	1	2	3	4	5
25.	Ne prekidam bolesnike kada govore.	1	2	3	4	5
26.	Ne osuđujem strogo bolesnikove ideje i ponašanje.	1	2	3	4	5
5. Izražavanje osjećaja: Poticanje i prihvaćanje izricanja pozitivnih i negativnih osjećaja						
27.	Bolesnike potičem da slobodno izražavaju svoje misli i osjećaje.	1	2	3	4	5
28.	Ostajem mirna kada su bolesnici ljuti.	1	2	3	4	5
29.	Pomažem bolesnicima razumjeti njihove osjećaje u situaciji u kojoj se nalaze.	1	2	3	4	5

30.	Ne smanjujem svoju prisutnost kod bolesnika u teškim trenutcima.	1	2	3	4	5
31.	Pomažem bolesnicima prebroditi njihove loše osjećaje.	1	2	3	4	5
32.	Omogućujem bolesnicima izraziti svoju bol, žalost, strah i slične osjećaje.	1	2	3	4	5
6. Rješavanje problema: Sustavna upotreba rješavanja problema u procesu njege						
33.	Pomažem bolesnicima postaviti realne ciljeve u skladu s njihovim zdravstvenim stanjem.	1	2	3	4	5
34.	Pomažem bolesnicima suočiti se sa stresom koji je prouzročilo njihovo zdravstveno stanje.	1	2	3	4	5
35.	Pomažem bolesnicima vidjeti situaciju iz drugog kuta.	1	2	3	4	5
36.	Pomažem bolesnicima prepoznati sredstva za učinkovito rješavanje njihovih problema.	1	2	3	4	5
37.	Pokušavam s bolesnicima utvrditi posljedice njihova ponašanja.	1	2	3	4	5
38.	Obavještavam bolesnike i njihove bližnje o resursima prilagođenim njihovim potrebama (npr. dom zdravlja, rehabilitacijski centar i sl.).	1	2	3	4	5
7. Poučavanje: Promicanje međusobnog poučavanja i učenja						
39.	Pomažem bolesnicima oblikovati i postavljati pitanja o njihovoj bolesti i liječenju.	1	2	3	4	5
40.	Provjerim razumiju li bolesnici i njihovi bližnji dobivenu informaciju.	1	2	3	4	5
41.	Bolesnicima dajem potrebne informacije ili im omogućim pristup informaciji kako bi na temelju toga mogli donijeti odluku.	1	2	3	4	5
42.	Bolesnicima unaprijed objasnim zdravstvenu skrb i terapijske postupke.	1	2	3	4	5
43.	Ne upotrebljavam stručno nazivlje ili jezik kojeg bolesnici i njihovi bližnji ne razumiju.	1	2	3	4	5
44.	Bolesnicima omogućim provoditi samozbrinjavanje.	1	2	3	4	5
45.	Poštujem bolesnikovu brzinu shvaćanja kada dajem informacije ili odgovaram na njihova pitanja.	1	2	3	4	5
46.	Bolesnike naučim uzimanju lijekova na vrijeme i njihovoj pripremi.	1	2	3	4	5

47	Bolesnicima dam upute i objasnim kako riješiti ili spriječiti određene nuspojave lijekova ili terapijskih postupaka.	1	2	3	4	5
8. Okolina: Osiguravanje zaštitničkog i korektivnog mentalnog, fizičkog, sociokulturološkog i spiritualnog okruženja						
48.	Razumijem bolesnike kada žele biti sami.	1	2	3	4	5
49.	Pridonosim bolesnikovoj udobnosti (npr. izmasiram mu leđa, pomažem pri promjeni položaja, prilagodim svjetlo, preporučim posebnu opremu i slično).	1	2	3	4	5
50.	Nakon njege bolesnika pospremim sobu.	1	2	3	4	5
51.	Provjerim djeluju li bolesnikovi lijekovi na simptome (npr. slabost, bolove, opstipaciju, anksioznost i slično).	1	2	3	4	5
52.	Poštujem bolesnikovu privatnost (npr. ne izlažem ga nepotrebno pogledima drugih).	1	2	3	4	5
53.	Prije odlaska provjerim ima li bolesnik sve potrebno.	1	2	3	4	5
54.	Pomažem bolesnicima jasno reći koje stvari žele da im donesu određene osobe.	1	2	3	4	5
9. Potrebe: Dostojanstvena pomoć pri zadovoljavanju ljudskih potreba						
55.	Pomažem bolesnicima pri osobnoj higijeni kada ju ne mogu sami provesti.	1	2	3	4	5
56.	Sposoban/a sam primijeniti terapijske postupke (npr. intravenoznu injekciju, previjanje i slično).	1	2	3	4	5
57.	Sposoban/a sam se koristiti posebnom opremom.	1	2	3	4	5
58.	Lijekove dajem bolesnicima u određeno vrijeme.	1	2	3	4	5
59.	Potičem bližnje da budu potpora bolesniku (uz njegov pristanak).	1	2	3	4	5
60.	Pozorno pratim i bilježim bolesnikovo zdravstveno stanje.	1	2	3	4	5
61.	Pomažem bolesnicima osjetiti kako imaju određenu kontrolu nad svojom situacijom.	1	2	3	4	5
62.	Sposoban/a sam reagirati u situaciji kada je potrebno hitno intervenirati.	1	2	3	4	5
63.	U kontaktu s bolesnicima pokazujem sposobnost i vještinu u načinu postupanja s njima.	1	2	3	4	5
64.	Uvažavam bolesnikove osnovne potrebe (npr. spavanje, osobna higijena i sl.).	1	2	3	4	5
10. Duhovnost: Uključivanje egzistencijalističkih, fenomenoloških i spiritualnih snaga						

65.	Pomažem bolesnicima da se osjećaju dobro u svojem stanju.	1	2	3	4	5
66.	Prepoznajem i uvažavam da molitva, meditacije ili druge stvari mogu bolesnike smiriti i dati im nadu.	1	2	3	4	5
67.	Pomažem bolesnicima razlučiti što je važno u njihovu životu.	1	2	3	4	5
68.	Pomažem bolesnicima razlučiti važnost koju sami pridaju svojem zdravstvenom stanju.	1	2	3	4	5
69.	Bolesnicima pomažem naći određenu ravnotežu u njihovu životu.	1	2	3	4	5
70.	Poštujem bolesnikove duhovne potrebe (molitva, meditacija, sudjelovanje u određenim ritualima).	1	2	3	4	5

Molimo Vas na kraju odgovorite na nekoliko pitanja o sebi.
1. Spol: M Ž
2. Godine starosti:_____
3. Koju ste srednju školu završili:_____
4. Mjesto gdje živite: a) grad b) prigradsko naselje c) selo d) ostalo_____
5. Zaokružite koja ste godina studija sestrinstva a) 1. b) 2. c) 3. d) 4. e) 5.
6. Jeste li zaposleni u struci? a) da b) ne
7. Koliko imate godina radnog staža u sestrinstvu: _____godina
8. Klinički odjel na kojem ste zaposleni:_____