

Mišljenje medicinskih sestara/tehničara o ograničavanju posjeta bolesnicima tijekom pandemije Covid-19 bolesti

Marušić, Marinela

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:087533>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-20**

Repository / Repozitorij:

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek
Repository](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Marinela Marušić

**MIŠLJENJE MEDICINSKIH SESTARA /
TEHNIČARA O OGRANIČAVANJU
POSJETA BOLESNICIMA TIJEKOM
PANDEMIJE COVID – 19 BOLESTI**

Diplomski rad

Osijek, 2021.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Marinela Marušić

**MIŠLJENJE MEDICINSKIH SESTARA /
TEHNIČARA O OGRANIČAVANJU
POSJETA BOLESNICIMA TIJEKOM
PANDEMIJE COVID – 19 BOLESTI**

Diplomski rad

Osijek, 2021.

Rad je ostvaren u KBC Osijek na Klinici za unutarnje bolesti.

Mentor rada: doc. dr. sc. Ivana Barać, prof.

Rad ima četrdeset i četiri (44) lista, dvadeset i tri (23) tablice i četiri (4) slike.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

Zahvala

Zahvaljujem se doc. dr. sc. Ivana Barać, prof. na mentorstvu, savjetima i pomoći tijekom izrade ovoga diplomskog rada.

Zahvaljujem se svojoj obitelji na neizmjernoj podršci, razumijevanju tijekom školovanja.

SADRŽAJ

| | |
|---|----|
| 1. UVOD | 1 |
| 1.1. Važnosti sestrinske skrbi kroz teoriju i praksu..... | 2 |
| 1.2. Važnost mentalnog zdravlja bolesnika za vrijeme pandemije | 4 |
| 1.3. Doprinos utjehe i komfora na mentalno zdravlje bolesnika..... | 6 |
| 1.4. Teškoće u pružanju adekvatne psihosocijalne podrške bolesniku u vrijeme pandemije COVID-19..... | 12 |
| 2. CILJ | 15 |
| 3. MATERIJAL I METODE | 16 |
| 3.1. Ustroj studije | 16 |
| 3.2. Ispitanici..... | 16 |
| 3.3. Metode..... | 16 |
| 3.4. Statističke metode | 16 |
| 3.5. Etička načela | 17 |
| 4. REZULTATI | 18 |
| 5. RASPRAVA | 29 |
| 6. ZAKLJUČAK | 35 |
| 7. SAŽETAK | 36 |
| 8. SUMMARY | 37 |
| 9. LITERATURA | 39 |

1. UVOD

Napredak sestrinstva kao profesije je posljedica napretka u stvaranju te prenošenju i analizi različitih filozofija koje promiču poboljšanje cjelokupne zdravstvene skrbi za pacijenta. Pomicanje granica i pristupanje prema pružanju zdravstvene skrbi izvan tradicionalnih oblika sestrinske skrbi zajedno čine značajan iskorak koji je potrebno učiniti kako bi sestrinstvo omogućilo individualan pristup pacijentima te osigurale njihovo emocionalno i fizičko ozdravljenje. Tijekom pandemije COVID-19 zdravstvene ustanove uspostavile su nove politike koje utječu na skrb zabolesnika, često ne računajući na uvid medicinskih sestara koje ih moraju provoditi. Te su promjene dovele do nepovjerenja i promijenjenog osjećaja sigurnosti kod medicinskih sestara. Promjene institucionalnih politika koje utječu na obiteljske posjete utjecale na mentalno zdravlje medicinskih sestara te pacijenata (1).

U ovom radu se prikazuje istraživanje provedeno u Kliničkog bolničkog centra Osijek s ciljem analize razmišljanja medicinskih sestara i tehničara vezano za restrikcije posjeta. Rasprava nudi praktične prijedloge za podršku otpornosti i mentalnom zdravlju medicinskih sestara tijekom ove nevidene krize javnog zdravstva. Rane faze pandemije COVID-19 usredotočile su se na sprječavanje širenja infekcije SARS-CoV-2 i utvrđivanje strategija liječenja. Iako je suzbijanje ove zarazne bolesti od najveće važnosti, dugoročni učinak na pacijente s nezaraznim bolestima je značajan. Iako se čini da određene bolesti povećavaju ozbiljnost COVID-19 i rizik smrtnosti, infekcija SARS-CoV-2 u preživjelih s drugim nezaraznim bolestima također može utjecati na napredovanje njihovih već postojećih kliničkih stanja. Mjere suzbijanja infekcije imat će značajne kratkoročne i dugoročne posljedice; socijalno udaljavanje i ograničenja posjeta mogu dovesti do urušavanja mentalnog zdravlja pacijenata pogoršavajući kliničke simptome bolesti. Mnoge su zemlje napravile promjene u rutinskom upravljanju bolesnicima s nezaraznim bolestima, npr. otkazivanjem nehitnih ambulantnih posjeta, što će imati važne implikacije na upravljanje bolestima, dijagnozu novo nastalih nezaraznih bolesti, pridržavanje terapijskom liječenju i napredovanje kroničnih nezaraznih bolesti. Restrikcije posjeta su također jedna od mjera koja može značajno utjecati na emocionalno stanje pacijenta, ali i na opseg sestrinskog posla (1).

1.1. Važnosti sestrinske skrbi kroz teoriju i praksu

Zdravstvena skrb uključuje promicanje zdravlja, prevenciju bolesti i zagovaranje prava pacijenata. -Skrbje često jedan od glavnih pojmova sestrinske profesije koji se provlači kroz cijelo obrazovanje. Zdravstvena skrb se često opisuje kao odnos koji se ostvaruje na relaciji bolesnik– medicinska sestra. Važnost teorije transpersonalne skrbi što dodatno naglašava benefite koje medicinska sestra ostvaruje samom formulacijom ovog odnosa, što omogućava medicinskoj sestri pružanje još bolje zdravstvene skrbi. Unutarnje zadovoljstvo te mogućnost za samoaktualizacijom dovodi do osjećaja zadovoljstva te ublažava posljedice emocionalno stresnih aspekata posla koji su posebno povećani u razdoblju pandemije gdje se primjećuje pojačan stres koji proizlazi iz mogućnosti zaraze, straha za vlastitu sigurnost i sigurnost svoje obitelji, napornih smjena i promjena u poslu, restriktivnih mjera i suočavanja s smrtnošću i teškim komplikacijama bolesti (1).

Samospoznaja omogućava medicinskoj sestri uvid u svoj unutarnji svijet i ostvarenje psihičkog blagostanja. Svjesnost prilikom obavljanja posla također ukazuje na potrebu za odmorom u pravim trenucima što dovodi do smanjenja mogućnosti za pojavnost burn out sindroma koji je sve češći u zdravstvenih djelatnika, a pogotovo u doba COVID-19 pandemije u svijetu. Koristeći filozofska načela sestrinske skrbi, ne samo da ima mogućnost pružiti bolesniku cjelokupnu zdravstvenu skrb, nego i prepoznaje potrebu da sama s jednakim žarom brine i za svoje zdravlje (2).

Razmjena životnih iskustava između medicinske sestre i bolesnika pomaže u razvijanju dobrih odnosa, te omogućava uspostavljanje veze koja se bazira na uzajamnom povjerenju i poštovanju. Kao rezultat toga što će se bolesnik vjerojatnije osjećati slobodno, on će i postavljati pitanja bez oklijevanja pa stoga medicinska sestra radi i na njegovoj daljnjoj edukaciji i zajedno aktivno sudjeluju u procesu liječenja. Svi elementi teorije korisni su za pružanje sestrinske skrbi, ali ono o čemu se ne govori je vrijednost vještina medicinskih sestara u promicanju zdravlja. Kliničke vještine su od izuzetne važnosti kao i psihosocijalni aspekt sestrinske skrbi one moraju biti temelj za uspješno liječenje bolesnika. Za pružanje cjelovite skrbi vitalna je kombinacija brige i tehničkih vještina za poboljšanje čovjekova zdravlja (3).

Različite teorije sestrinske skrbi mogu primijeniti na bilo koji aspekt njege u različitim poljima sestinstva. Kada se medicinska sestra dodijeli bolesniku određeno vrijeme radi pružanja skrbi, ona će početi graditi terapijski odnos koji omogućava oboma da podijele svoje brige što je i temelj

za postavljanje relacije transpersonalnog odnosa sestra - bolesnik. Ovo je izuzetno bitno u razdoblju kada su posjete ograničene jer omogućava očuvanje želje za ozdravljenjem i široko se koristiti u očuvanju mentalnog zdravlja kod bolesnika kojima je potrebna podrška poput medicinske sestre koja brine o njima i cijeni njihove osjećaje (2).

Suvremeno sestrinstvo vrlo je tehnički orijentirano i usmjereno je na zadatke koji medicinskoj sestri ne daju dovoljno vremena da upozna bolesnika zbog ekonomskih razloga, nedostatka medicinskog kadra i opsega posla. Ipak, važno je naglasiti da medicinska sestra mora odvojiti trenutak da promotri okoliš, duhovno, psihičko i fizičko stanje bolesnika. Sestrinska skrb se usredotočuje i na bolesnika i na bolesnikovu obitelj, a medicinske sestre su odgovorne za pružanje skrbi obitelji bolesnika uzimajući u obzir njihove potrebe, očekivanja, vrijednosti i uvjerenja koja mogu utjecati na proces ozdravljenja samog bolesnika. Budući da su u razdoblju pandemije bolesnici i njihove obitelji odvojeni ovo dodatno pomaže obitelji da se nosi s bolesti i odsutnošću bolesnika, a također medicinskoj sestri pomaže postići ulogu njegovatelja. Koristeći postupak karitasa, medicinske sestre ostvaruju istinski brižan odnos s bolesnikom. Medicinska sestra podučava otvoreno prema drugima i pružajući podršku bolesniku bilo da on osjeća pozitivne ili negativne osjećaje. Prakticiranje sestrinske skrbi u svakom danu sestrinske karijere može utjecati na proces ozdravljenja bolesnika (3).

Medicinske sestre imaju najveću ulogu u pružanju zdravstvene njege bolesniku kada je narušeno njegovo zdravlje. Glavna uloga medicinskih sestara je cjelovito liječenje bolesnika, stvaranje brižnog odnosa s bolesnikom, promicanje zdravlja edukacijom i provođenje vremena s bolesnikom (4).

Za sestrinsku profesiju se nekad smatralo kako samo slijedi liječničku zapovijed, ali nakon razvijanja sestrinstva kao individualne znanosti viđenje same profesije se promijenilo. Početne teorije su se temeljile na model njege bolesnika te su u osnovi bile biomedicinske i više usredotočene na liječenje bolesti nego na bolesnika. Prelazak na teorijsku praksu učinio je sestrinsku karijeru dragocjenijom. Teorija sestrinstva zbirka je pretpostavki, koncepata, definicija koje proizlaze iz modela sestrinstva i planiranja korisnih pojava planiranjem odnosa između pojmova. Prema Watson, sestrinske teorije se definiraju kao grupiranje znanja, ideja i iskustava koji se simbolički predstavljaju i nastoje rasvijetliti određene fenomene. Teorije sestrinske skrbi

odnose se na znanje i iskustvo koje čine dio sestrinske prakse i sastoje se od niza povezanih koncepta koji čine temeljenu bazu koju medicinske sestre primjenjuju u praktičnom okruženju (4).

Znanje koje čini dio sestrinske teorije proizlazi iz eksperimentalnog učenja i istraživanja. Model brige za bolesnike uključuje poziv i za umjetnost i za znanost koji nudi okvir koji obuhvaća i presjeca umjetnost, znanost, humanističke znanosti, duhovnost i povezuje nove dimenzije duha, uma i tijela s medicinom i sestrinštvom. Skrb za bolesnike je za medicinske sestre prilika za interakciju s idejama, eksperimentiranje i osobni rast unutar filozofije koju promiče te se može aktivno i živjeti u osobnom i profesionalnom životu. Teorija brige o čovjeku usredotočena je na brigu u svrhu cjelovitosti čovječanstva, okoliša i očuvanja ljudskog dostojanstva. Model skrbi u cjelini objašnjava da medicinske sestre imaju presudnu ulogu u njezi i održavanju brige za čovjeka (2).

1.2. Važnost mentalnog zdravlja bolesnika za vrijeme pandemije

Kroz sestrinsku skrb, bolesnik se promatra i kao "duhovno biće" s visokim stupnjem svijesti koje ima autonomiju nad sobom. On može biti netko kome je potrebna pomoć u zdravstvenoj njezi u bolničkom okruženju ili grupe kojima je potrebno obrazovanje za promicanje zdravlja, a sestrinštvo se odvija u ovom okruženju, u bolnici, ustanovi ili kući. Odgovornost je medicinske sestre da procijeni okoliš u svrhu promicanja zdravlja bolesnika kojem je potrebna skrb u određenom okruženju. Kao što je gore spomenuto, njegovateljska uloga je pomoći osobi da cjelovito postigne zdravlje što uključuje fizičke, socijalne, mentalne i duhovne aspekte. Medicinskim sestrama, kao pružateljicama zdravstvene skrbi, cilj je pomoći osobi da postigne najbolje zdravstveno stanje. Poštivanje bolesnika omogućava otvaranje povezanosti s okolinom, sobom, drugima, slušanje bolesnika stvara priliku za ljudsku povezanost i reagiranje na potrebe i osjećaje bolesnika te pomaže stvoriti odnos povjerenja i uzajamne brige koji dodatno olakšava terapijski proces (3).

Formacija humanističko-alturističkog sustava vrijednosti u procesu obrazovanja za medicinsku sestru ili tehničara podrazumijeva odgovornost u obavljanju svog životnog poziva. Medicinske sestre prepoznaju važnosti prakticiranja ljubavnosti i pružanja ljubavi kako bi se aktivno i svjesno brinule za svijest svojih bolesnika posebice u razdoblju kada su izolirani od svojih bližnjih i suočeni s teškim zdravstvenim stanjima. Upravo zato, pomoć te pružanje vjere i nade bolesnicima ima veliku ulogu u toku liječenja. Suočavanje s hospitalizacijom i težom bolesti utječe na svijest i stavove svakoga bolesnika. Svojom prisutnošću i dobro razvijenim sustavom vjerovanja i

poštovanja za pacijentov doživljaj okoliša i stanja u kojem se nalazi, medicinske sestre kod bolesnika razvijaju osjećaj povjerenja te pozitivne emocije koje pomažu boljem ishodu liječenja (5).

Spoznaja i prihvaćanje svojih i tuđih osjećaja omogućuje ostvarivanje povjerenja i kontrolu nad emocionalnim reakcijama. Prepoznavanjem i kontrolom nad svojim osjećajima, medicinska sestra nadilazi moguće početne predrasude i svjesno formulira pozitivan odnos s bolesnikom neovisno o početnom transferu i kontra transferu. Ostvarivanjem odnosa povjerenja i pomoći odnosno iscjeljenja postavlja se temelj za ostvarivanje pozitivnog odnosa. Bez istinskog povjerenja, medicinsku sestra teško može ostvariti priliku za pružanje podrške pacijentovom mentalnom i duhovnom zdravlju. Ovaj odnos nadilazi i medicinsku sestru i bolesnika te se često širi i na bolesnikovu obitelj i cijeli medicinski tim (liječnike, fizioterapeute, psihologe i druge) jer je medicinska sestra upravo ona koja bolesniku olakšava najteže trenutke i omogućava mu osjećaj komfora te provodi najviše vremena s njim (5).

Prihvaćanje svih osjećaja, i pozitivnih i negativnih, olakšava bolesniku i medicinskoj sestri iskrenu komunikaciju te uklanja moguće nejasnoće i frustracije. Ignoriranjem negativnih emocija nastaje zapreka prilikom stvaranja autentičnog i transparentnog odnosa te se ovim putem olakšava uklanjanje bilo kakvih poteškoća koje bi stajale na putu k potpunom ozdravljenju bolesnika. Ovime se promiče i osobni te duhovni rast i razvoj bolesnika i medicinske sestre, a prihvaćanje i prepoznavanje negativnih emocija u najmanju ruku pomaže zadržati zreli odnos temeljen na povjerenju i iskrenosti. Iskrenost omogućuje povezanost s vlastitom nutrinom. Znanstveni pristup prilikom odabira metoda za rješavanje novonastalih problema, odnosno sustavno korištenje kreativnih metoda koje olakšavaju rješavanje problema koji nastaju tokom zdravstvene brige i skrbi za pacijenta umjetnost je koju medicinska sestra uči u radu i obrazovanju. Kreativnom upotrebom svojih znanja i iskustava, medicinska sestra poboljšava vlastite vještine pružanja sestrinske skrbi i brige za pacijenta. Upravo zato je sestrinstvo i praktična klinička znanost i umjetnost rješavanja problema (6).

Uključivanjem u učenje i usavršavanje pomaže medicinskoj sestri u ostvarenju i pronalasku smisla. Poučavanjem dolazi do vlastitog napretka, osnažuje se vlastiti proces ozdravljenja i unutarnje „ja“ što olakšava proces ozdravljenja drugoga. Ostvarivanjem suportivnog, protektivnog i/ili korektivnog mentalnog, fizičkog, socijalnog i suportivnog spiritualnog okoliša, ostvaruje se okoliš

u kojem se ozdravljenje može postići ne samo na fizičkom nivou nego i na duhovnom. U ovakvom okolišu bolesniku se omogućava stvaranje i utjecaj na okoliš koji će mu olakšati proces k ozdravljenju. Samim time očuvan je integritet osobe te joj se olakšava boravak u bolnici. Bolesnik samostalno utječe na udobnost te se tako povećava i osjećaj unutarnjeg mira i očuvano je njegovo dostojanstvo što dovodi do osjećaja mira, bez obzira na situaciju u kojoj se nalazi (7).

Ispomoć prilikom ostvarivanja ljudskih potreba omogućava medicinskoj sestri djelovanje na području prevencije i očuvanja zdravlja bolesnika. Bolesnika uči o njezi i omogućuje mu se upoznavanje sebe i potreba svoga tijela i uma. Medicinska sestra pristupa pružanju pomoći brižno i s nepodijeljenom pažnjom što olakšava bolesniku shvaćanje važnosti iste te mu omogućava da upozna i sebe i vlastite potrebe. Prihvaćanje postojanja egzistencijalno-fenomenoloških sila medicinskim sestrama se omogućava prihvaćanje postojanja ponekad znanstveno neobjašnjivih fenomena. Spremnost i otvorenost k razumijevanju fenomena života i smrti te briga za duh, odnosno dušu kako svoju, pa tako i pacijentovu olakšava uspostavljanje veze na relaciji medicinska sestra - bolesnik. Osnovna pravila sestrinske skrbi za čovjeka povezuju tjelesne potrebe s onima duhovne prirode te se njihovim usklađivanjem ostvaruje cjelovitost ozdravljenja i ravnoteža između svih aspekata ljudskog postojanja (7).

Sestrinstvo je profesija blisko povezana s brigom i ljubavlju prema pacijentu na duhovnoj razini, što znači da će medicinska sestra koja poznaje sebe i spoznaje vlastitu duhovnost moći pružiti cjelovitu, sveobuhvatnu i bolju skrb. Briga za čovjeka se događa između dvoje ljudi, na primjer medicinske sestre i bolesnika, te je izvan fizičkog aspekta sestrinske skrbi, te rezultira ubrzavanjem i poboljšanjem iscjeljivanja (6).

1.3. Doprinos utjehe i komfora na mentalno zdravlje bolesnika

Teorije zdravstvene skrbitemelje se na praksi sestrinske skrbi, unatoč tomu što se često oslanjaju na filozofske i humanističke znanosti. Sestrinski pristupi zdravstvenoj skrbi vraćaju u pozornost važnost komfora i utjehe koju bolesnici dobivaju tijekom boravka u bolnici u kontekstu što bržeg ozdravljenja. Utjeha je temeljna potreba svih ljudi koja donosi olakšanje za narušeno duhovno i tjelesno stanje koje proizlazi iz stresnih situacija povezanih s zdravljem osobe. Utjeha i komfor mogu poboljšati zdravstveno ponašanje bolesnika, članova obitelji i medicinskih sestara. Medicinske sestre svakodnevno prakticiraju pružanje utjehe bolesnicima u svrhu olakšanja hospitalizacije (8).

Razumijevanje važnosti utjehe direktno dovodi do napredovanja sestrinske skrbi i uključuje tjelesne, psihološke, duhovne, socijalne i okolišne dimenzije. Sestrinske intervencije trebaju uključivati holistički pristup u ostvarenju utjehe i omogućavanja određenog stupnja komfora prilikom hospitalizacije, poput ohrabrenja bolesnika, informiranja i uključivanja bolesnikau proces liječenja ali i aktivnosti poput pomoći pri odlasku u toalet ili obavljanju svakodnevne higijene. Manjak komfora i nedostatak utjehe kod bolesnikadovode do stanja tuge, neizvjesnosti, anksioznosti i općenito do toga da se bolesnik osjeća subjektivno bolesnije ili lošije. Ovakva spoznaja može poslužiti za unaprjeđenje sestrinske prakse te otvariti vrata daljnjim istraživanjima jer rezultati implementacije utjecaja utjehe mogu biti empirijski mjerljivi, holistički i pozitivni kako za bolesnike tako i za medicinske sestre (9).

Pojedina istraživanja potvrđuju kako postoji interes među različitim zdravstvenim disciplinama za pružanje utjehe i adekvatne podrške mentalnom zdravlju hospitaliziranih bolesnika. Prvotna analiza koncepta komfora zahtijevala je interdisciplinarno istraživanje iz područja sestrinstva, medicine, psihologije, psihijatrije, filozofije i engleskog jezika, odnosno same definicije riječi utjehe kao takve. U Oxfordskom rječniku jedna od prvih definicija utjehe bila je "jako ojačati". Ova je definicija pružila prekrasno obrazloženje za medicinske sestre kako bi utješile bolesnike, jer bi se bolesnici bolje snašli u bolničkom okruženju, a medicinske sestre bi se osjećale zadovoljnije obavljajući svoje svakodnevne zadatke (10).

Ideje pružanja utjehe i komfora postoje u sestrinskoj praksi od samih početaka; Florence Nigtingale je 1859. izjavila kako se svi sestrinski zadatci obavljaju u svrhu „*spašavanja života i povećanja zdravlja i komfora pacijenata*.“ Istraživanja u području sestrinstva ističu ulogu komfora u izliječenju i sestrinskim svakodnevnim aktivnostima. Aikens ističe kako ništa što se tiče utjehe i komfora bolesnika tijekom hospitalizacijeni je za zanemariti te je o tom području potrebno promišljati tijekom obavljanja svake sestrinske intervencije. Navodi kako mogućnost i želja za pružanjem komfora razlučuje uspješne medicinske sestre od onih manje uspješnih. Hamer navodi kako je zadatak u provođenju sestrinskih aktivnosti osigurati dobru atmosferu kako bi osigurala prostor i vrijeme za pružanje komfora i utjehe. Važnost sreće, komfora, i psihofizičkog olakšanja se ne smije zanemariti u odnosu na san i odmor, prehranu, higijenu kao i liječenje bolesnika. Goodnow navodi kako je sposobnost medicinske sestre da sredinu u kojoj bolesnik boravi učini komfornom. U različitim literaturama emocionalni komfor se smatra mentalnim komforom.

Komfor je dakle u svojoj srži pozitivan i prilikom hospitalizacije se postiže zahvaljujući radu i djelovanju medicinskih sestara (11).

Ljudi komuniciraju sa svojom okolinom i ta interakcija može dovesti do boli, nezadovoljstva ili utjehe. Ljudi uče iz svojih iskustava i to ih dovodi do sposobnosti donošenja odluka koje ih mogu zadržati u ugodnijem okruženju. Zdravstvene potrebe bolesnika proizlaze iz stresnih zdravstvenih situacija u kojima se pacijenti nalaze te od narušenog zdravlja. Vrste potreba koje se mogu pojaviti su: tjelesne, psihičke, socijalne i okolišne. One postaju jasne medicinskoj sestri zahvaljujući iskustvu, tihoj opservaciji ili samoj komunikaciji s pacijentom. Sestrinske intervencije kao primarnu svrhu imaju odgovoriti na specifične potrebe bolesnika koje služe za povećanje komfora, utjehu i jačanje njegova cjelokupnog zdravstvenog stanja. Intervencijske varijable su sve što sestra radi te sestrinska skrb koja dugoročno utječe na ishod. Neke moguće varijable uključuju: prošlo iskustvo, dob, stav, emocionalno stanje, sustav potpore, prognozu i socijalni status bolesnika. Udobnost bolesnika definira se kao, „neposredno stanje ojačanog bivanja“ koje se ostvaruje zadovoljavanjem potreba u 4 konteksta ljudskog iskustva: fizičko, psiho-duhovno, socijalno i okolišno iskustvo (10, 11).

Komfor se definira kao stanje koje bolesnici doživljavaju prilikom intervencije medicinskih sestara. Komfor je cjelovito iskustvo jačanja kada se odvija u svoja sva četiri konteksta (fizički, psiho-duhovni, sociokulturni i okolišni) i upravo tada omogućava zadovoljenje potreba koje proizlaze iz 3 vrsta udobnosti (olakšanje, lakoća i transcendencija). Ponašanje u potrazi za zdravljem je široka skupina ponašanja koja je podjeljena u 3 skupine: interna, vanjska ponašanja i mirna smrt ukoliko bolesnik ne može doseći zdravo stanje. Institucijski integritet uključuje sve institucije koje se bave očuvanjem zdravlja dakle korporacije, lokalne zajednice, škole, bolnice, regije, države i zemlje koje kako bi postigle vlastite ciljeve moraju biti cjelovite, holistički orijentirane, zdrave, etične i iskrene što im omogućuje da dosegnu institucionalni integritet (10).

Potrebe zdravstvene skrbi, sestrinske intervencije i intervenirajuće varijable sve rade u suradnji kako bi poboljšale udobnost. Poboljšana udobnost tada dovodi do željenih ponašanja bolesnika u potrazi za zdravljem. Institucije koje koriste najbolje politike i najbolje prakse tada će moći promovirati i povezati ponašanja u potrazi za zdravljem koristeći te politike i prakse. Ponašanja koja traže zdravlje tada imaju sposobnost da postanu unutarnja i vanjska ponašanja što može

dovesti do većeg zdravlja. Ponašanja u potrazi za zdravljem mogu također dovesti do mirne smrti jer je to cilj sestrinske skrbi u hospiciju (11).

Osiguranje komfora bolesnicima pozitivno djeluje pozitivno i na medicinske sestre, studente, i bolesnike jer povećana udobnost u jednom kontekstu iskustva komunicira s drugim kontekstima kako bi pružila potpunu utjehu. Briga o komfuru je prirodna jer je utjeha poznata ideja praktičarima. Ona je i znanstvena jer podrazumijeva sestrinsko znanje i vještine specifične za bolesnikov medicinski problem. Također je i učinkovita jer mnoge intervencije namijenjene holističkoj udobnosti mogu biti učinjene tijekom jednog susreta s bolesnikom, poput podešavanja svjetla sobe, podučavanja ili uvažavanja potreba pacijenta. Ovaj tip skrbi je jednostavan je provesti jer je nekoliko sestrinskih intervencija usmjereno na odgovor cjelovite osobe. Teorijska struktura ima stvarni potencijal za usmjeravanje rada i razmišljanja svih pružatelja zdravstvene zaštite unutar jedne ustanove. Holistički promatrano, komfor se definira kao neposredno iskustvo jačanja kroz zadovoljavanje potreba za olakšanjem, lakoćom i transcendencijom u četiri konteksta iskustva (fizički, psihički, socijalni i okolišni) (12).

Medicinske sestre mogu napraviti mentalne kontrolne liste dok se raspituju o podacima svakog pacijenta kojima mogu mjeriti stupanj komfora koji osjećaju i brzo provesti intervencije kako biste zadovoljili potrebe za udobnošću u četiri konteksta iskustva. Medicinske sestre tada mogu procijeniti stanje svog bolesnika i njegovu percepciju komfora prije i nakon intervencija (12).

Intuitivno, medicinske sestre znaju da komfor povećava šanse i brzinu ozdravljenja. Povećan komfor i utjeha donose i trenutne i naknadne beneficije za bolesnike. Prilikom procesa ozdravljenja, medicinske sestre se uglavnom slažu da će pacijent će vjerojatnije sudjelovati u liječenju ako se on ili ona osjeća ugodno. Bolesnici također stječu zahvalnost za ovaj personalizirani i jedinstveni stil zdravstvene skrbi i prihvaćanje jedinstvenih potreba bolesnika. Bolesnici oduševljeno reaguju na ovaj tip zdravstvene skrbi i medicinske sestre se osjećaju nagrađeno i sposobno. Jednom kada medicinske sestre prepoznaju važnost utjehe u svojoj praksi, postanu svjesne tjelesnog stanja svojih bolesnika i njihove potrebe za psihičkom, okolišnom i socijalnom udobnosti. Praktičari mogu nastaviti razvijati ovaj oblik sestrinske skrbi u svojim karijerama. Sada, više nego ikad, medicinskim sestrama je potrebno učinkovito organiziranje okvira za olakšavanje odrađivanja zadovoljavajuće zdravstvene skrbi. Bolesnici trebaju i žele biti utješeni. Umijeće teorije komfora je pružanje pomoći medicinskim sestrama prilikom suočavanja

sa stresnim situacijama u modernoj medicini, pogotovo u jeku pandemije COVID-19 kada su brojni bolesnici uplašeni i udaljeni od svojih obitelji te se tu pružaju nove prilike za istraživanje i procjenu uspješnosti ove teorije u praksi. Medicinske sestre ponovno otkrivaju ponosnu tradiciju profesionalnog sestrinstva: pružanje utjehe, udobnosti i komfora u svrhu cjelokupnog ozdravljenja čovjeka (13).

Skrb za bolesnika postaje optimalnija kada se njezina provedba integrira unutar organizacijske hijerarhije. Provedbom učinkovite skrbi može se poboljšati kvaliteta obavljanja posla medicinske sestre koja je direktno u vezi s upravljačkom podrškom za poboljšanje kompetentnosti i poštivanja kvalitete sestrinstva. Duhovno i etička briga prvenstveno se fokusiraju na unutarnji razvoj vještina što na taj način povećava razinu zadovoljstva medicinske sestre koja ju provodi. Radno okruženje, zdrava radna atmosfera također pozitivno utječu na razvoj sposobnosti medicinske sestre. Uloge i funkcije glavnih medicinskih sestara postaju glavno središte u procesu održavanja rada medicinskih sestara prema organizacijskim ciljevima (13).

Primjena kvalitetne sestrinske njegei dalje se smatra relativno skupom. Briga o ekonomiji mora pronaći kompromis za rješenje ovog problema. Ekonomska briga glavnih medicinskih sestara usmjerena je na postojanje inovativne kulture djelotvornog i odgovornog sestrinskog djelovanja sa sviješću troškovima. Brižno ponašanje medicinske sestre ima ekonomsku vrijednost za zdravstvene organizacije kroz učinke na zadovoljstvo bolesnika, fiziologiju, samopoštovanja te pravilnu i opravdanu upotrebu lijekova, laboratorijskih testova i postupaka. Briga o zdravstvenim radnicima može utjecati na financije zdravstvenih organizacija kroz pet posljedica brižnog ponašanja. Prvo, zadovoljstvo bolesnika donosi prihod. Sljedeće su tri posljedice fiziološke, samoostvarenje i samopoštovanje, što rezultira izbjegavanjem troškova za bolnicu. Posljednja, peta, posljedica je pravna, ušteda troškova proizašla iz ostale četiri posljedice te malen broj pravnih tužbi za eventualan nemar ili diskriminaciju na radu (14).

Svaka od pet posljedica rezultat je određenog brižne skrbi. Zadovoljstvo bolesnika rezultat je komunikacije i poštovanja. Fiziološke promjene bolesnikauzrokovane stresnom situacijom smanjit će se informiranjem, pružanjem pomoći i utjehom. Komunikacija i suosjećanje sa zdravstvenim radnicima stvorit će povjerenje između bolesnika. Čin brige, posebno poštovanje, pomaganje i komuniciranje poboljšat će bolesnikovo samopoštovanje. Čini se da su pravne radnje protiv zdravstvenih radnika povezane s količinom vremena provedenog s bolesnikom i kvalitetom

komunikacije, uključujući empatiju. Povećanjem ovog vremena smanjuje se pojavnost pravnih tužbi, a samim time i njihovih troškova (14).

Glavne medicinske sestre s mogućnošću pristupa bolničkim resursima mogu poticati upotrebu tehnologije kao dijela tehnološke primjene skrbi. Pozitivan učinak tehnološki napredne skrbi je mogućnost da medicinska sestra stekne najnovija znanja iz sestrinske znanosti. Ovaj tip brige se treba koristiti za razvoj svijesti medicinske sestre i mrežne komunikacije. Dakle, timovi medicinskih sestara redovito trebaju ažurirati svoja znanja iz područja sestrinske znanosti i medicine (15).

Karakteristike organizacije također su presudni čimbenici za zadržavanje kvalificiranih medicinskih sestara. Razvoj atraktivnog organizacijskog koncepta postaje ključni čimbenik za stvaranje povoljnog radnog okruženja. Pogodno radno okruženje značajno doprinosi razvoju sestrinske kompetencije. Organizacijska struktura koja ima vodoravni hijerarhijski put skraćuje komunikaciju između glavnih medicinskih sestara i drugih medicinskih sestara. Stoga su kompetencije glavne medicinske sestre bolnice odgovorne za ostvarivanje i prenošenje kultura etičke brige. Dakle, moralna briga može stvoriti preduvjete za osoban rast i razvoj osoblja (16).

Medicinske sestre su nositelji kulture i odgovorne za stvaranje kultura sestrinske skrbi. Ublažavajući ljudsku patnju, žele podići kvalitetu života bolesnika te očuvati njihovo zdravlje. Njihovi etički stavovi, uporaba jezika, obrasci mišljenja, norme i vrijednosti sestrinske njege i brige o tradiciji stvaraju kulturne preduvjete koji se prenose osoblju. Kroz svoje upravljanje, one zajedno s timom čine temeljnu vrijednosnu bazu koja se sastoji od poštivanja, između ostalog, pravde, izvrsne brige za bolesnike i osoblje te djelovanja utemeljenog na znanstvenim dokazima. Medicinske sestre imaju vitalnu ulogu u održavanju motivacije i kvalitete izvođenja rada medicinskih sestara. Uloga glavnih medicinskih sestara je mentorstvo, nadgledanje kvalitete obavljanja posla i stvaranje inovativnog radnog okruženja. Formalno, struktura sestrinske skrbi je dinamična i sintetizirana između teze poimanja sestrinske skrbi koja sadrži humanističku, socijalnu, obrazovnu, etičku i religioznu / duhovnu dimenziju (sa svim svojim elementima humanizma i brige), i antiteze sestrinske skrbi koja sadrži ekonomsku, političku, pravnu i tehnološku dimenziju (elementi birokracije). Ove dvije dimenzije se sintetiziraju u jedinstvenu teoriju o birokratskoj skrbi (17).

Sveukupno, sestrinska skrb nije samo transpersonalna, već i kontekstualna. To drugim riječima znači da je pod utjecajem socijalne strukture složenih organizacija odnosno zdravstvenih institucija (vrijednosnog sustava birokracije i humanističke brige). Interakcije i simbolički sustavi značenja formiraju se i reproduciraju iz konstrukcije vrijednosti koje se zadržavaju u sestrinstvu, ali i drugim profesijama, uključujući i vrijednosti bolesnika i organizacije (18).

Medicinske sestre stoga trebaju njegu promatrati u kontekstu i birokratskih i humanističkih okvira na kojima sestrinstvo počiva. Skrbje jedinstvena cjelina u kojoj se sestrinska praksa provodi ovisno o obje dimenzije. Sinteza obje dimenzije pomaže medicinskim sestrama u razumijevanju svakodnevnih zadataka i problema s kojima se suočavaju te u očuvanju strukture zdravstvene institucije u kojoj djeluju. One su srž onoga što čini organizaciju koja uključuje birokratske elemente i na taj način nastavljaju stvarati i pružati značenje složenom organizacijskom sustavu, poput bolnice, i obiteljskog sustava u zdravstvu zajednice. Medicinske sestre dakle djeluju kao živa zajednica. Razumijevanjem i uključivanjem oba okvira u svakodnevni rad, medicinske sestre i drugi zdravstveni djelatnici unaprjeđuju njegu - što omogućuje napredak ljudskoj zajednici i zdravstvenoj instituciji i što poboljšava duhovnu dobrobit i intelektualni život pojedinaca i grupe (19).

1.4. Teškoće u pružanju adekvatne psihosocijalne podrške bolesniku u vrijeme pandemije COVID-19

Njega je interaktivna, razvojna ljudska aktivnost, koja se više bavi budućim razvojem osobe nego podrijetlom ili uzrokom njezinog mentalnog poremećaja. Iskustvo mentalne nevolje povezane s bolesti se javlja u vidu dijagnoze ili se proživljava unutar psihoemocionalne dimenzije osobe te je iskustvo života s tim problemima poznato samo bolesniku. Medicinska sestra pomaže pacijentu pronaći i prepoznati vlastitu snagu da se suoči s problemom. Medicinske sestre i zdravstveni djelatnici moraju shvatiti da odnos koji ostvaruju s bolesnikom nije jednosmjernan. I bolesnik i medicinska sestra uzajamno djeluju na iskustvo života drugoga, tako se nadopunjuju i međusobno napreduju. Promjena je stalna, a unutar odnosa dolazi do promjena u odnosu i unutar sudionika odnosa (20).

Iskustvo mentalnih bolesti nije nužno vezano samo za dijagnozu i medicinske simptome, nego je pretočeno i u razne poremećaje svakodnevnog života i ljudske reakcije na probleme u životu (21). Sestrinska skrb je usmjerena na suradnju. Medicinska sestra u procesu terapijske intervencije i

objašnjenja važnosti mentalnog zdravlja pacijentu nije beznačajna u kontekstu interdisciplinarnе suradnje zdravstvenih djelatnika. Sestrinstvo je vjerno njegovanju međuljudskih odnosa. Model sestrinske skrbi sugerira da bi medicinske sestre trebale uspostaviti dobru komunikaciju s bolesnicima kojima je potrebno liječenje i sestrinska skrb kako bi saznale što zdravlje i iskustvo bolesti znače za pojedinca. Iako u bolnici dolazi do sve veće upotrebe tehnoloških metoda liječenja, brz način modernog života dovodi do sve veće potrebe za međusobnom komunikacijom između bolesnika i zdravstvenog djelatnika (22).

Danas, bolesnik želi izravno komunicirati s osobom koja pruža liječenje i sestrinsku skrb. Medicinska sestra mora voditi inicijativu prilikom liječenja i pružanja sestrinske njege tijekom krize, ali i naglašava važnost očuvanja u prijelaznim razdobljima i relapsima što doprinosi razvoju osobnom razvoju bolesnika i njegovom postupku oporavka. Iako se međusobno prilično razlikuju, granice među njima su sasvim jasne (22).

Zadovoljavanje potreba pojedinca je u središtu važnosti za skrb o bolesniku. Drugim riječima, model pretpostavlja da liječenje i briga za potrebe pojedinaca s mentalnim poremećajem trebaju pružati službe za mentalno zdravlje u zajednici i zdravstveni djelatnici u psihijatrijskim službama. Bolesnik, a tako i njegove potrebe se neprestano mijenjaju. Stoga model pretpostavlja važnost fleksibilnosti pristupa osobama kojima je potrebna pomoć. Važno je osigurati da bolesnik sudjeluje u procjeni sestrinske skrbi i preuzima inicijativu što je više moguće. Svaka sestrinska intervencija treba biti planirana s liječnikom. Ovdje je dužnost medicinske sestre pratiti i podržavati pojedinca te mu pomoći da se razvije prilikom pronalaska rješenja za svoje probleme. Važno je da terapijski odnos teži uzajamnom povjerenju. To uključuje i evaluaciju bolesnika te razmjenu informacija za inicijative planirane u procesu ozdravljenja (23).

Sestrinska skrb neizbježno zahtijeva ravnotežu i sklad između bolesnika i medicinske sestre. Psihološko osnaživanje, koje je osnova skrbi, znači da „ono što treba učiniti kako bi pacijentu bilo bolje“ u velikoj mjeri određuje bolesnika kao individualca. Sukladno tome, ovaj se model temelji na sustavnom pristupu i rješenju usmjerenom na istraživanje i osnaživanje osobnih resursa, s jakim naglaskom na rješavanju osobnih problema. Medicinska sestra ne treba bolesnika gledati kao dijagnozu ili skup simptoma koji treba liječiti. Njezin cilj treba biti razumjeti trenutno stanje bolesti i zdravlja pojedinca. Kada medicinska sestra izražava svoj interes za bolesnika, ona želi razumjeti

što se događa uključivanjem u bolesnikov pojedinačni svijet i iskustava te ostvariti vlastita opažanja. Ova se faza naziva i početkom liječenja i skrbi bolesnika (24).

Većina procesa skrbi koje zdravstveno osoblje svakodnevno provodi je prilično slično svim navedenim teorijskim aspektima. Medicinske sestre nastoje pomagati i podržavati bolesnika provodeći puno vremena slušajući što bolesnik ima za reći, podržavajući njih i njihove obitelji kroz teška vremena. No, omjer osoblja i bolesnika je najčešće velik što otežava medicinskim sestrama osigurati dovoljno vremena da provode s svakim bolesnikom. Veliko radno opterećenje često već emocionalno iscrpljuje i uzrokuje dodatni stres kod osoblja, koje posljedično ima smanjenje kapacitete za provođenje ovakvih modela. No daljnjim razvojem i edukacijom te osposobljavanjem medicinskih sestara za implementaciju modela te pravednijom raspodjelom posla, ovaj model bi mogao biti izvediv u bolnicama i na drugim odjelima (25).

Sestrinska skrb je već dugo povezana s konceptima skrbi koji se odnose na ljudske odnose. Razgovori s bolesnicima su sve tehnički zahtjevniji i manje realni jer medicinske sestre moraju obavljati mnoge administrativne poslove te su u pravilu preopterećene brojem bolesnika na odjelima. Međutim, odnos bolesnika i medicinske sestre treba ponovno dobiti na važnosti jer bolesnici žele imati odnose s osobama odgovornim za njihovo liječenje i skrb (26).

Iz ovog gledišta, ne može se poreći da se naglašava važnost pristupa i međuljudske komunikacije. Sestrinska skrb mora odvojiti pojedinca od njegove dijagnoze te ga potiče da sudjeluje u rješavanju svojih problema. Upravo tada pojedinac samostalno preuzima odgovornost za odluke koje se tiču njegova liječenja. Medicinsko osoblje donosi se odluku da se pojedincu da na izbor da utječe na put prema oporavku vlasititog zdravlja a cijeli put je dugotrajan proces jer život nije konstantan nego promjenjiv i za pretpostavi je da će se događati izmjene između perioda poboljšanja i pogoršanja. Pacijentima se pruža nada koja pojačava mogućnosti za oporavak, a pojedinac je dio modela. Ovo postavlja medicinsku sestru na važno mjesto u liječenju. Sestrinska skrb na odjelima psihijatrije treba biti neovisna o dijagnozi. Sestrinska skrb ima svoje prioritete te prati plan liječenja na emocionalnom i fizičkom polju. Ti prioriteti nisu u suprotnosti sa profesionalnim idealima medicinskih sestara nego se međusobno prožimaju. Komunikacija između bolesnika i medicinske sestre je u središtu liječenja te ju čini sveobuhvatnom i primjenjivom u praksi (27).

2. CILJ

Cilj ovog istraživanja je ispitati mišljenje medicinskih sestara / tehničara o ograničavanju posjeta bolesnicima tijekom pandemije COVID-19, koji su zaposleni u Kliničkom bolničkom centru Osijek.

Specifični cilj istraživanja je ispitati mišljenje o ograničavanju posjeta bolesnicima tijekom COVID-19 pandemije u odnosu na:

- Spol ispitanika,
- Dob ispitanika,
- Duljinu radnog staža u sestrinstvu,
- Razinu obrazovanja i
- Radno vrijeme na trenutnom radnom mjestu.

3. MATERIJAL I METODE

3.1. Ustroj studije

Provedeno je presječno istraživanje, prospektivnom metodom prikupljanja podataka, od ožujka do svibnja 2021. godine (28).

3.2. Ispitanici

U istraživanju je sudjelovao 107 ispitanika, od kojih je 20 muškaraca te 87 žena. Ispitanici su medicinske sestre/ tehničari zaposleni u KBC Osijek, Klinici za unutarnje bolesti, životne dobi od 21 do 59 godine.

3.3. Metode

Ispitivanje je provedeno između ožujka i svibnja 2021. godine. Ispitanici su u istraživanju sudjelovali dobrovoljno te su prije ispitivanja dobili informacije o temi i ciljevima istraživanja. Ispitanici su upitnik ispunjavali samostalno ili uz pomoć ispitivača. Za ispunjavanje upitnika bilo je potrebno 10 minuta.

Prvi su dio upitnika činila pitanja o općim i demografskim osobitostima ispitanika (spol, dob, duljina radnog staža, mjesto rada unutar klinike, završeno prethodno obrazovanje te radno vrijeme). Drugi je dio upitnika uključivao instrument konstruiran za potrebe ovog istraživanja, autora Marušić M. i Barać I.). Instrument se sastoji od 24 tvrdnje, od kojih se 6 tvrdnji negativno boduje, odnosno rekodira. To su tvrdnje 4, 5, 13, 16, 17 i 23. Sadržajno ima dva područja, od kojih se 17 tvrdnji odnosi na emocije i motivaciju bolesnika, a 7 tvrdnji se odnosi na samopercepciju medicinskih sestara/tehničara. Sve tvrdnje su u obliku Likertove skale od 1 do 5, pri čemu 1 označava - uopće se ne slažem s navedenom tvrdnjom, a 5 - u potpunosti se slažem s navedenom tvrdnjom. Ukupni rezultat na skali može se odrediti kao linearna kombinacija, pri tome je mogući teorijski raspon rezultata od 24 do 120. Koeficijent pouzdanosti skale iznosi 0,660. Instrument nije prošao cjelokupnu psihometrijsku i validacijsku kontrolu.

3.4. Statističke metode

Kategorijski podatci predstavljeni su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podatci opisani su medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Zbog odstupanja od normalne raspodjele, numeričke varijable između dviju nezavisnih skupina testirane su Mann-Whitneyevim U testom. Numeričke varijable u slučaju tri i više nezavisnih skupina zbog odstupanja od normalne raspodjele testirane su Kruskal-Wallisovim testom. Sve P vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti je postavljena na $\alpha = 0,05$. Za statističku analizu korišten je statistički program SPSS (inačica 18.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

3.5. Etička načela

Ispitivanje je provedeno uz dozvolu Etičkog povjerenstva KBC Osijek. Ispitanici su u istraživanju sudjelovali dobrovoljno, a prije ispitivanja dobili su informacije o temi i ciljevima istraživanja te potpisali suglasnost da su voljni sudjelovati.

4. REZULTATI

U istraživanju je sudjelovao 107 ispitanika, od kojih je 20 (18,7 %) muškaraca te 87 (81,3 %) žena. Medijan dobi ispitanika je 39 godina, u rasponu od 21 do 59 godine. Najviše ispitanika, njih 69 (64,5 %) ima završenu srednjoškolsko obrazovanje, dok njih 36 (33,6 %) je završilo za prvostupnika/cu u sestrinstvu. Svega 2 (1,9 %) ispitanika ima visoko obrazovanje, magistre sestrinstva. Najveći broj ispitanika, njih 69 (65,5 %) su medicinske sestre/tehničari, zatim je njih 36 (33,6 %) prvostupnik/ca u sestrinstvu te je njih 2 (1,9 %) magistra sestrinstva. Srednja vrijednost (medijan) duljine radnog staža iznosi 17 godina, od toga je minimalna godinu dana do najveće duljine radnog staža od 40 godina. Od ukupnog broja, njih 62 (62,6 %) radi sve tri smjene, pri tome turnus kao smjena pripada ovoj kategoriji, njih 23 (21,5 %) radi dvije smjene, dnevnu prijedodne i dnevnu poslijepodne te njih 17 (15,9 %) radi samo jednu smjenu, dnevnu prijedodne (tablica 1).

Tablica 1. Osnovna obilježja ispitanika

| | Obilježja ispitanika | Broj (%) ispitanika |
|-------------------------------|----------------------|---------------------|
| Spol | muško | 20 (18,7) |
| | žensko | 87 (81,3) |
| Dob | 21 – 32 | 35 (32,7) |
| | 33 – 43 | 35 (32,7) |
| | 44 – 59 | 37 (34,6) |
| Obrazovanje | medicinska sestra | 69 (65,5) |
| | prvostupnik | 36 (33,6) |
| | magistra | 2 (1,9) |
| Duljina radnog staža (godine) | 1 – 11 | 36 (33,5) |
| | 12 – 23 | 35 (32,7) |
| | 24 – 40 | 36 (33,5) |
| Radno vrijeme | tri smjene | 67 (62,6) |
| | dvije smjene | 23 (21,5) |
| | jedna smjena | 17 (15,9) |
| | Ukupno | 107 (100) |

Analizirajući prema tvrdnjama, najveći broj ispitanika izrazito se slaže s tvrdnjom Posjete su važne za emocionalno stanje bolesnika prilikom hospitalizacije, njih 78,5 %. Sa tvrdnja Smatram da posjete težim bolesnicima pružaju dodatnu utjehu, njih 51,4 % se također izrazito slaže. Od ostalih tvrdnji, niti jedna više ne prelazi 50 % slaganja svih ispitanika na skaliranju tvrdnje, dok se njih 82,4 % izrazito ili djelomično slaže s tvrdnjom kako posjete za vrijeme pandemije dodatno ugrožavaju bolesnike. S tvrdnjom kako im cjelodnevni rad ne predstavlja dodatno opterećenje djelomično i izrazito se ne slaže 67,3 % ispitanika (tablica 2).

Tablica 2. Mišljenje o ograničavanju posjeta bolesnicima tijekom COVID-19 pandemije prema tvrdnjama

| Tvrdnje | Broj (%) ispitanika | | | | |
|--|---------------------|--------------|--------------|--------------|---------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Posjete su važne za emocionalno stanje bolesnika prilikom hospitalizacije. | 0 | 0 | 2 (1,9) | 21 (19,6) | 84 (78,5) |
| Bolesnici su više motivirani za liječenje nakon posjeta. | 0 | 0 | 18 (16,8) | 53 (49,6) | 36 (33,6) |
| Mislim da imam dovoljno vremena da odgovorim na socijalne i emocionalne potrebe bolesnika. | 7 (6,5) | 27 (25,2) | 21 (19,6) | 40 (37,4) | 12 (11,2) |
| Drugi bolesnici u bolesničkoj sobi su dovoljni za zadovoljenje socijalnih potreba bolesnika. | 22 (20,6) | 41 (38,3) | 23 (21,5) | 20 (18,7) | 1 (0,9) |
| Kontakt s medicinskim osobljem je dovoljan za socijalno blagostanje hospitaliziranog bolesnika. | 30 (28) | 14 (13,1) | 14 (13,1) | 27 (25,2) | 22 (20,6) |
| Zbog povećanog opsega posla tokom COVID-19 pandemije osjećam da ne mogu odgovoriti na emocionalne potrebe bolesnika. | 20 (18,7) | 41 (38,3) | 13 (12,1) | 26 (24,3) | 7 (6,5) |
| Smatram da posjete težim bolesnicima pružaju dodatnu utjehu. | 9 (8,4) | 4 (3,7) | 7 (6,5) | 32 (29,9) | 55 (51,4) |
| Primjećujem duže trajanje oporavka kod bolesnika. | 14 (13,1) | 35 (32,7) | 40 (37,4) | 15 (14) | 3 (2,8) |
| Primjećujem smanjenu motivaciju za sudjelovanje u liječenju kod hospitaliziranih bolesnika. | 3 (2,8) | 39 (36,4) | 29 (27,1) | 29 (27,1) | 7 (6,5) |
| Kod starijih bolesnika primjećujem smanjenu terapijsku suradljivost. | 0 | 29 (27,1) | 43 (40,2) | 32 (29,9) | 3 (2,8) |
| Primjećujem povećanje razdražljivosti kod bolesnika. | 6 (5,6) | 13 (12,1) | 15 (14) | 61 (57) | 12 (11,2) |
| Primjećujem veću mentalnu i emocionalnu iscrpljenost. | 17 (15,9) | 6 (5,6) | 43 (40,2) | 38 (35,5) | 3 (2,8) |

1 – uopće se ne slažem; 2 – djelomično se ne slažem; 3 – niti se slažem, niti se ne slažem; 4 – djelomično se slažem; 5 – u potpunosti se slažem

Tablica 2. Mišljenja o ograničavanju posjeta bolesnicima tijekom COVID-19 pandemije prema tvrdnjama (nastavak)

| Tvrdnje | Broj (%) ispitanika | | | | |
|---|---------------------|---------------------|--------------|---------------------|---------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Posjete uopće ne utječu na brzinu oporavka bolesnika. | 39 (36,4) | 27 (25,5) | 19 (17,8) | 21 (19,6) | 1 (0,9) |
| Posjete za vrijeme pandemije COVID-19 dodatno ugrožavaju bolesnike. | 5 (4,7) | 1 (0,9) | 13 (12,1) | 68 (63,6) | 20 (18,7) |
| Posjete za vrijeme pandemije COVID-19 dodatno ugrožavaju medicinske djelatnike. | 11 (10,3) | 23 (21,5) | 20 (18,7) | 34 (31,8) | 19 (17,8) |
| Posjete u vrijeme COVID-19 ne predstavljaju dodatni rizik za bolesnike. | 26 (24,3) | 25 (23,4) | 7 (6,5) | 41 (38,3) | 8 (7,5) |
| Posjete u vrijeme COVID-19 ne ugrožavaju medicinske djelatnike. | 37 (34,6) | 35 (32,7) | 7 (6,5) | 19 (17,8) | 9 (8,4) |
| Ograničavanje posjeta ugrožava socijalno i emocionalno blagostanje bolesnika. | 0 | 6 (5,6) | 44 (41,1) | 36 (33,6) | 21 (19,6) |
| Kod bolesnikaprimjećujem povećanu potrebu za anksioliticima. | 1 (0,9) | 37 (34,6) | 44 (41,1) | 21 (19,6) | 4 (3,7) |
| Kod bolesnikaprimjećujem povećanu potrebu za analgeticima. | 8 (7,5) | 37 (34,6) | 48 (44,9) | 9 (8,4) | 5 (4,7) |
| Cjelodnevni rad s bolesnicimami predstavlja dodatno opterećenje. | 53 (49,5) | 19 (17,8) | 18 (16,8) | 15 (14) | 2 (1,9) |
| Osjećam se emocionalno iscrpljenim/om zbog opsega posla. | 33 (30,8) | 38 (35,5) | 20 (18,7) | 13 (12,1) | 3 (2,8) |
| Ne primjećujem nikakvu razliku kod bolesnika. | 25 (23,4) | 35 (32,7) | 32 (29,9) | 11 (10,3) | 4 (3,7) |
| Primjećujem kako su bolesnicismireniji i suradljiviji. | 32 (29,9) | 19 (17,8) | 18 (16,8) | 34 (31,8) | 4 (3,7) |

1 – uopće se ne slažem; 2 – djelomično se ne slažem; 3 – niti se slažem, niti se ne slažem; 4 – djelomično se slažem; 5 – u potpunosti se slažem

Ne postoji značajna razlika u odnosu na spol ispitanika. Najbliži vrijednosti razlike te po analizi srednje vrijednosti nešto veću mentalnu i emocionalnu iscrpljenost izražavaju muški ispitanici (tablica 3).

Tablica 3. Mišljenje o ograničavanju posjeta bolesnicima tijekom COVID-19 pandemije u odnosu na spol ispitanika

| Tvrdnje | Medijan (interkvartilni raspon) | | P* |
|--|---------------------------------|-----------|------|
| | Muško | Žensko | |
| Posjete su važne za emocionalno stanje bolesnika prilikom hospitalizacije. | 5 (5 – 5) | 5 (5 – 5) | 0,86 |
| Bolesnici su više motivirani za liječenje nakon posjeta. | 4,5 (4 – 5) | 4 (4 – 5) | 0,28 |
| Mislim da imam dovoljno vremena da odgovorim na socijalne i emocionalne potrebe bolesnika. | 3 (2,25 – 4) | 4 (2 – 4) | 0,86 |
| Drugi bolesnici u bolesničkoj sobi su dovoljni za zadovoljenje socijalnih potreba bolesnika. | 4 (3 – 4) | 4 (3 – 4) | 0,49 |
| Kontakt s medicinskim osobljem je dovoljan za socijalno blagostanje hospitaliziranog bolesnika. | 3 (2 – 5) | 3 (2 – 5) | 0,70 |
| Zbog povećanog opsega posla tokom COVID-19 pandemije osjećam da ne mogu odgovoriti na emocionalne potrebe bolesnika. | 2 (1 – 2,75) | 2 (2 – 4) | 0,55 |
| Smatram da posjete težim bolesnicima pružaju dodatnu utjehu. | 5 (4 – 5) | 4 (4 – 5) | 0,29 |
| Primjećujem duže trajanje oporavka kod bolesnika. | 3 (2 – 3) | 3 (2 – 3) | 0,73 |
| Primjećujem smanjenu motivaciju za sudjelovanje u liječenju kod hospitaliziranih bolesnika. | 3 (2,25 – 4) | 3 (2 – 4) | 0,16 |
| Kod starijih bolesnika primjećujem smanjenu terapijsku suradljivost. | 3 (2,25 – 3) | 3 (2 – 4) | 0,44 |
| Primjećujem povećanje razdražljivosti kod bolesnika. | 4 (4 – 4) | 4 (3 – 4) | 0,90 |
| Primjećujem veću mentalnu i emocionalnu iscrpljenost. | 4 (3 – 4) | 3 (3 – 4) | 0,13 |
| Posjete uopće ne utječu na brzinu oporavka bolesnika. | 4 (4 – 5) | 4 (3 – 5) | 0,32 |
| Posjete za vrijeme pandemije COVID-19 dodatno ugrožavaju bolesnike. | 4 (4 – 4) | 4 (4 – 4) | 0,36 |
| Posjete za vrijeme pandemije COVID-19 dodatno ugrožavaju medicinske djelatnike. | 4 (3 – 5) | 3 (2 – 4) | 0,18 |
| Posjete u vrijeme COVID-19 ne predstavljaju dodatan rizik za bolesnike. | 4 (2 – 5) | 3 (2 – 4) | 0,33 |
| Posjete u vrijeme COVID-19 ne ugrožavaju medicinske djelatnike. | 4 (2 – 4) | 4 (3 – 5) | 0,16 |
| Ograničavanje posjeta ugrožava socijalno i emocionalno blagostanje bolesnika. | 3,5 (3 – 4) | 4 (3 – 4) | 0,65 |
| Kod bolesnika primjećujem povećanu potrebu za anksioliticima. | 3 (2 – 4) | 3 (2 – 3) | 0,42 |
| Kod bolesnika primjećujem povećanu potrebu za analgeticima. | 3 (2 – 3) | 3 (2 – 3) | 0,61 |
| Cjelodnevni rad s bolesnicima predstavlja dodatno opterećenje. | 2 (1 – 3,75) | 1 (1 – 3) | 0,37 |
| Osjećam se emocionalno iscrpljenim/om zbog opsega posla. | 2 (1 – 3) | 2 (1 – 3) | 0,84 |
| Ne primjećujem nikakvu razliku kod bolesnika. | 4 (3 – 5) | 4 (3 – 4) | 0,42 |
| Primjećujem kako su bolesnici smireniji i suradljiviji. | 2 (1 – 4) | 3 (1 – 4) | 0,63 |

*Mann-Whitney U test

Značajna razlika u odnosu na dob ispitanika je u tvrdnji Mislim da imam dovoljno vremena da odgovorim na socijalne i emocionalne potrebe bolesnika ($P = 0,02$) pri čemuna mlađa kategorija po dobi od 21 do 32 godine starosti ovu tvrdnju vrednuje kao izrazito slaganje u odnosu na starije ispitanike. U tvrdnji da drugi bolesnici u bolesničkoj sobi su dovoljni za zadovoljenje socijalnih potreba bolesnika postoji značajna razlika ($P = 0,03$), pri tome se ispitanici iz kategorije srednje dobi od 33 do 43 godine starosti s ovom tvrdnjom niti slažu niti ne slažu odnosno ovu tvrdnju vrednuju na nižoj razini od mlađih i starijih ispitanika. Postoji značajna razlika u tvrdnji Osjećam se emocionalno iscrpljenim/om zbog opsega posla ($P = 0,02$) pri čemu ispitanici koji pripadaju najstarijoj kategoriji prema dobi, od 44 do 59 godina ovu tvrdnju vrednuju više u odnosu na mlađe dobne skupine ispitanika (tablica 4).

Tablica 4. Mišljenje o ograničavanju posjeta bolesnicima tijekom COVID-19 pandemije u odnosu na dob ispitanika

| Tvrdnje | Medijan (interkvartilni raspon) | | | P* |
|--|---------------------------------|-----------|-------------|-------------|
| | 21 – 32 | 33 – 43 | 44 – 59 | |
| Posjete su važne za emocionalno stanje bolesnika prilikom hospitalizacije. | 5 (5 – 5) | 5 (4 – 5) | 5 (4,5 – 5) | 0,42 |
| Bolesnici su više motivirani za liječenje nakon posjeta. | 4 (4 – 5) | 4 (4 – 5) | 4 (4 – 4) | 0,24 |
| Mislim da imam dovoljno vremena da odgovorim na socijalne i emocionalne potrebe bolesnika. | 4 (3 – 4) | 3 (4 – 4) | 3 (2 – 4) | 0,02 |
| Drugi bolesnici u bolesničkoj sobi su dovoljni za zadovoljenje socijalnih potreba bolesnika. | 4 (3 – 4) | 3 (2 – 4) | 4 (3 – 5) | 0,03 |
| Kontakt s medicinskim osobljem je dovoljan za socijalno blagostanje hospitaliziranog bolesnika. | 2 (1 – 4) | 3 (2 – 5) | 3 (2 – 5) | 0,27 |
| Zbog povećanog opsega posla tokom COVID-19 pandemije osjećam da ne mogu odgovoriti na emocionalne potrebe bolesnika. | 2 (2 – 4) | 2 (2 – 4) | 2 (2 – 4) | 0,72 |
| Smatram da posjete težim bolesnicima pružaju dodatnu utjehu. | 4 (4 – 5) | 5 (4 – 5) | 5 (4 – 5) | 0,64 |
| Primjećujem duže trajanje oporavka kod bolesnika. | 2 (2 – 3) | 3 (2 – 3) | 3 (2 – 3) | 0,40 |
| Primjećujem smanjenu motivaciju za sudjelovanje u liječenju kod hospitaliziranih bolesnika. | 3 (2 – 4) | 3 (2 – 4) | 3 (2 – 3) | 0,14 |

*Kruskal Wallis test

Tablica 4. Mišljenje o ograničavanju posjeta bolesnicima tijekom COVID-19 pandemije u odnosu na dob ispitanika (nastavak)

| Tvrdnje | Medijan (interkvartilni raspon) | | | P* |
|---|---------------------------------|-----------|-------------|-------------|
| | 21 – 32 | 33 – 43 | 44 – 59 | |
| Kod starijih bolesnika primjećujem smanjenu terapijsku suradljivost. | 3 (2 – 4) | 3 (2 – 4) | 3 (3 – 4) | 0,16 |
| Primjećujem povećanje razdražljivosti kod bolesnika. | 4 (4 – 4) | 4 (3 – 4) | 4 (3 – 4) | 0,50 |
| Primjećujem veću mentalnu i emocionalnu iscrpljenost. | 3 (3 – 4) | 3 (3 – 4) | 3 (3 – 4) | 0,93 |
| Posjete uopće ne utječu na brzinu oporavka bolesnika. | 4 (3 – 5) | 4 (3 – 5) | 4 (3 – 5) | 0,98 |
| Posjete za vrijeme pandemije COVID-19 dodatno ugrožavaju bolesnike. | 4 (4 – 4) | 4 (3 – 4) | 4 (4 – 4) | 0,57 |
| Posjete za vrijeme pandemije COVID-19 dodatno ugrožavaju medicinske djelatnike. | 3 (2 – 4) | 4 (3 – 4) | 4 (2 – 4) | 0,63 |
| Posjete u vrijeme COVID-19 ne predstavljaju dodatan rizik za bolesnike. | 2 (2 – 5) | 4 (2 – 4) | 2 (2 – 4,5) | 0,76 |
| Posjete u vrijeme COVID-19 ne ugrožavaju medicinske djelatnike. | 4 (2 – 5) | 4 (3 – 4) | 4 (2 – 5) | 0,68 |
| Ograničavanje posjeta ugrožava socijalno i emocionalno blagostanje bolesnika. | 3 (3 – 4) | 4 (3 – 5) | 3 (3 – 4) | 0,10 |
| Kod bolesnikaprimjećujem povećanu potrebu za anksioliticima. | 3 (2 – 3) | 3 (2 – 3) | 3 (2 – 4) | 0,88 |
| Kod bolesnikaprimjećujem povećanu potrebu za analgeticima. | 3 (2 – 3) | 3 (2 – 3) | 3 (2 – 3) | 0,84 |
| Cjelodnevni rad s bolesnicimami predstavlja dodatno opterećenje. | 1 (1 – 2) | 2 (1 – 3) | 2 (1 – 3) | 0,12 |
| Osjećam se emocionalno iscrpljenim/om zbog opsega posla. | 2 (1 – 2) | 2 (1 – 2) | 2 (2 – 3,5) | 0,02 |
| Ne primjećujem nikakvu razliku kod bolesnika. | 4 (3 – 5) | 3 (3 – 4) | 4 (3 – 4) | 0,66 |
| Primjećujem kako su bolesnicismireniji i suradljiviji. | 3 (1 – 4) | 3 (1 – 4) | 2 (1 – 4) | 0,90 |

*Kruskal Wallis test

Značajna razlika u odnosu na duljinu radnog staža ispitanika je u tvrdnji Mislim da imam dovoljno vremena da odgovorim na socijalne i emocionalne potrebe bolesnika ($P = 0,03$) pri čemu najmlađa kategorija po duljini radnog staža, od 1 do 11 godina, ovu tvrdnju vrednuje kao izrazito slaganje u odnosu na ispitanike koji imaju više godina radnog staža. U tvrdnji da kod starijih bolesnika primjećuju smanjenu terapijsku suradljivost postoji značajna razlika ($P = 0,05$), pri tome ovu tvrdnju više vrednuju ispitanici s najviše godina radnog staža, od 24 do 40 godina u odnosu na ispitanike s manje godina radnog staža. Postoji značajna razlika u tvrdnji „cjelodnevni rad s

bolesnicimami predstavlja dodatno opterećenje“, ($P = 0,05$) pri tome ovu tvrdnju više vrednuju ispitanici s najviše godina radnog staža, od 24 do 40 godina u odnosu na ispitanike s manje godina radnog staža (tablica 5).

Tablica 5. Mišljenje o ograničavanju posjeta bolesnicima tijekom COVID-19 pandemije u odnosu na duljinu radnog staža

| Tvrdnje | Medijan (interkvartilni raspon) | | | P* |
|--|---------------------------------|-----------|--------------|-------------|
| | 1 – 11 | 12 – 23 | 24 – 40 | |
| Posjete su važne za emocionalno stanje bolesnika prilikom hospitalizacije. | 5 (5 – 5) | 5 (5 – 5) | 5 (4,25 – 5) | 0,64 |
| Bolesnici su više motivirani za liječenje nakon posjeta. | 4 (4 – 5) | 4 (4 – 5) | 4 (4 – 4) | 0,29 |
| Mislim da imam dovoljno vremena da odgovorim na socijalne i emocionalne potrebe bolesnika. | 4 (3 – 4) | 3 (2 – 4) | 3 (2 – 4) | 0,03 |
| Drugi bolesnici u bolesničkoj sobi su dovoljni za zadovoljenje socijalnih potreba bolesnika. | 4 (3 – 4) | 4 (3 – 4) | 4 (3 – 5) | 0,72 |
| Kontakt s medicinskim osobljem je dovoljan za socijalno blagostanje hospitaliziranog bolesnika. | 2 (1 – 4) | 3 (2 – 5) | 3 (2 – 5) | 0,12 |
| Zbog povećanog opsega posla tokom COVID-19 pandemije osjećam da ne mogu odgovoriti na emocionalne potrebe bolesnika. | 2 (2 – 4) | 2 (2 – 4) | 2 (2 – 4) | 0,58 |
| Smatram da posjete težim bolesnicima pružaju dodatnu utjehu. | 4 (4 – 5) | 5 (4 – 5) | 4,5 (4 – 5) | 0,47 |
| Primjećujem duže trajanje oporavka kod bolesnika. | 2 (2 – 3) | 3 (2 – 3) | 2 (2 – 3,75) | 0,16 |
| Primjećujem smanjenu motivaciju za sudjelovanje u liječenju kod hospitaliziranih bolesnika. | 3 (2 – 4) | 3 (2 – 4) | 3 (2 – 3,75) | 0,29 |
| Kod starijih bolesnika primjećujem smanjenu terapijsku suradljivost. | 3 (2 – 3,75) | 3 (2 – 4) | 3 (3 – 4) | 0,05 |
| Primjećujem povećanje razdražljivosti kod bolesnika. | 4 (4 – 4) | 4 (3 – 4) | 4 (3 – 4) | 0,62 |
| Primjećujem veću mentalnu i emocionalnu iscrpljenost. | 3 (3 – 4) | 3 (3 – 4) | 3 (3 – 4) | 0,93 |

*Kruskal Wallis test

Tablica 5. Mišljenje o ograničavanju posjeta bolesnicima tijekom COVID-19 pandemije u odnosu na duljinu radnog staža (nastavak)

| Tvrdnje | Medijan (interkvartilni raspon) | | | P* |
|---|---------------------------------|-----------|----------------|-------------|
| | 1 – 11 | 12 – 23 | 24 – 40 | |
| Posjete uopće ne utječu na brzinu oporavka bolesnika. | 4 (2,25 – 5) | 4 (3 – 5) | 4 (3 – 5) | 0,98 |
| Posjete za vrijeme pandemije COVID-19 dodatno ugrožavaju bolesnike. | 4 (4 – 4) | 4 (3 – 4) | 4 (4 – 4) | 0,39 |
| Posjete za vrijeme pandemije COVID-19 dodatno ugrožavaju medicinske djelatnike. | 3 (2 – 4) | 3 (2 – 4) | 4 (2 – 4) | 0,35 |
| Posjete u vrijeme COVID-19 ne predstavljaju dodatan rizik za bolesnike. | 2 (2 – 5) | 4 (2 – 4) | 2,5 (2 – 4,75) | 0,75 |
| Posjete u vrijeme COVID-19 ne ugrožavaju medicinske djelatnike. | 4 (3 – 5) | 4 (3 – 4) | 4 (2 – 5) | 0,64 |
| Ograničavanje posjeta ugrožava socijalno i emocionalno blagostanje bolesnika. | 3 (3 – 4) | 4 (3 – 5) | 3,5 (3 – 4) | 0,18 |
| Kod bolesnikaprimjećujem povećanu potrebu za anksioliticima. | 3 (2 – 3) | 3 (2 – 3) | 3 (2 – 4) | 0,52 |
| Kod bolesnikaprimjećujem povećanu potrebu za analgeticima. | 3 (2 – 3) | 3 (2 – 3) | 3 (2 – 3) | 0,58 |
| Cjelodnevni rad s bolesnicimami predstavlja dodatno opterećenje. | 1 (1 – 2) | 2 (1 – 3) | 3 (2 – 3) | 0,05 |
| Osjećam se emocionalno iscrpljenim/om zbog opsega posla. | 2 (1 – 2,75) | 2 (1 – 3) | 2 (2 – 3,75) | 0,07 |
| Ne primjećujem nikakvu razliku kod bolesnika. | 4 (3 – 4) | 4 (3 – 4) | 4 (3 – 4,75) | 0,86 |
| Primjećujem kako su bolesnicismireniji i suradljiviji. | 3 (1 – 4) | 3 (1 – 4) | 2 (1 – 4) | 0,56 |

*Kruskal Wallis test

Značajna razlika u odnosu na razinu obrazovanja ispitanika je u tvrdnji „drugi bolesnici u bolesničkoj sobi su dovoljni za zadovoljenje socijalnih potreba bolesnika“ (P = 0,01) pri čemu magistre sestinstva kao i prvostupnice ovu tvrdnju vrednuju više od medicinskih sestara/tehničara (tablica 6).

Tablica 6. Mišljenje o ograničavanju posjeta bolesnicima tijekom COVID-19 pandemije u odnosu na razinu obrazovanja

| Tvrdnje | Medijan (interkvartilni raspon) | | | P* |
|--|---------------------------------|---------------------------|---------------------|-------------|
| | medicinska sestra/tehničar | prvostupnica/k sestrištva | magistra sestrištva | |
| Posjete su važne za emocionalno stanje bolesnika prilikom hospitalizacije. | 5 (4,5 – 5) | 5 (5 – 5) | 5 (5 – 5) | 0,46 |
| Bolesnici su više motivirani za liječenje nakon posjeta. | 4 (4 – 5) | 4 (4 – 5) | 4 (3 – 4) | 0,96 |
| Mislim da imam dovoljno vremena da odgovorim na socijalne i emocionalne potrebe bolesnika. | 3 (2 – 3) | 4 (2 – 4) | 2,5 (2 – 2,5) | 0,63 |
| Drugi bolesnici u bolesničkoj sobi su dovoljni za zadovoljenje socijalnih potreba bolesnika. | 3 (2,5 – 4) | 4 (4 – 5) | 5 (5 – 5) | 0,01 |
| Kontakt s medicinskim osobljem je dovoljan za socijalno blagostanje hospitaliziranog bolesnika. | 3 (2 – 4) | 4 (2 – 5) | 4 (3 – 4) | 0,35 |
| Zbog povećanog opsega posla tokom COVID-19 pandemije osjećam da ne mogu odgovoriti na emocionalne potrebe bolesnika. | 2 (2 – 4) | 2 (2 – 4) | 4 (4 – 4) | 0,21 |
| Smatram da posjete težim bolesnicima pružaju dodatnu utjehu. | 4 (4 – 5) | 5 (4 – 5) | 5 (5 – 5) | 0,18 |
| Primjećujem duže trajanje oporavka kod bolesnika. | 3 (2 – 3) | 3 (2 – 3) | 2,5 (2 – 2,5) | 0,85 |
| Primjećujem smanjenu motivaciju za sudjelovanje u liječenju kod hospitaliziranih bolesnika. | 3 (2 – 4) | 2,5(2 – 4) | 2,5 (2 – 2,5) | 0,27 |
| Kod starijih bolesnika primjećujem smanjenu terapijsku suradljivost. | 3 (2 – 4) | 3 (2,25 – 4) | 2,5 (2 – 2,5) | 0,57 |
| Primjećujem povećanje razdražljivosti kod bolesnika. | 4 (3 – 4) | 4 (3 – 4) | 2,5 (2 – 2,5) | 0,13 |
| Primjećujem veću mentalnu i emocionalnu iscrpljenost. | 3 (3 – 4) | 3 (2,25 – 4) | 2 (1 – 2) | 0,36 |
| Posjete uopće ne utječu na brzinu oporavka bolesnika. | 4 (3 – 5) | 4 (2 – 5) | 2 (1 – 2) | 0,14 |
| Posjete za vrijeme pandemije COVID-19 dodatno ugrožavaju bolesnike. | 4 (4 – 4) | 4 (4 – 4) | 3,5 (3 – 3,5) | 0,28 |
| Posjete za vrijeme pandemije COVID-19 dodatno ugrožavaju medicinske djelatnike. | 3 (2 – 4) | 3,5 (2 – 4) | 3,5 (3 – 3,5) | 0,96 |
| Posjete u vrijeme COVID-19 ne predstavljaju dodatni rizik za bolesnike. | 3 (2 – 4) | 4 (2 – 5) | 3,5 (3 – 3,5) | 0,66 |
| Posjete u vrijeme COVID-19 ne ugrožavaju medicinske djelatnike. | 4 (2 – 5) | 4 (2,25 – 5) | 4 (4 – 4) | 0,31 |
| Ograničavanje posjeta ugrožava socijalno i emocionalno blagostanje bolesnika. | 4 (3 – 4) | 4 (3 – 4) | 4 (4 – 4) | 0,67 |
| Kod bolesnikaprimjećujem povećanu potrebu za anksioliticima. | 3 (2 – 4) | 3 (2 – 3) | 2,5 (2 – 2,5) | 0,57 |
| Kod bolesnikaprimjećujem povećanu potrebu za analgeticima. | 3 (2 – 3) | 3 (2 – 3) | 2,5 (2 – 2,5) | 0,50 |
| Cjelodnevni rad s bolesnicimami predstavlja dodatno opterećenje. | 2 (1 – 3) | 1 (1 – 3) | 3 (3 – 3) | 0,32 |
| Osjećam se emocionalno iscrpljenim/om zbog opsega posla. | 2 (1 – 3) | 2 (2 – 3) | 3 (3 – 3) | 0,31 |

| | | | | |
|---|-----------|--------------|-----------|------|
| Ne primjećujem nikakvu razliku kod bolesnika. | 4 (3 – 4) | 4 (3 – 4,75) | 4 (3 – 4) | 0,86 |
| Primjećujem kako su bolesnicimireniji i suradljiviji. | 3 (1 – 4) | 2 (1 – 4) | 2 (1 – 2) | 0,71 |

*Kruskal Wallis test

Značajna razlika u odnosu na radno vrijeme ispitanika je u tvrdnji „posjete su važne za emocionalno stanje bolesnika prilikom hospitalizacije“ ($P = 0,05$) pri čemu ovu tvrdnju najviše vrednuju ispitanici koji rade samo jednu, dnevnu smjenu, a najmanje ju vrednuju ispitanici koji rade samo dnevne smjene, ali prijepodnevnne i poslijepodnevnne.

U tvrdnji da „drugi bolesnici u bolesničkoj sobi su dovoljni za zadovoljenje socijalnih potreba bolesnika“ postoji značajna razlika ($P = 0,01$), pri čemu tvrdnju vrednuju niže ispitanici koji rade tri smjene, odnosno turnusne smjene.

Postoji značajna razlika u tvrdnji „Posjete uopće ne utječu na brzinu oporavka bolesnika“ ($P = 0,05$), pri čemu najmanju važnost ovoj tvrdnji daju ispitanici koji rade samo jednu, dnevnu smjenu. Također, postoji značajna razlika u tvrdnji „Posjete u vrijeme COVID-19 ne ugrožavaju medicinske djelatnike“ ($P = 0,02$) pri čemu se s ovom tvrdnjom izrazito slažu ispitanici koji rade samo jednu, dnevnu smjenu. Postoji značajna razlika u tvrdnji „Kod bolesnika primjećujem povećanu potrebu za anksioliticima“ ($P = 0,04$), pri čemu ovu tvrdnju vrednuju najviše ispitanici koji rade dvije smjene, samo dnevne (tablica 7).

Tablica 7. Mišljenje o ograničavanju posjeta bolesnicima tijekom COVID-19 pandemije u odnosu na radno vrijeme

| Tvrdnje | Medijan (interkvartilni raspon) | | | P* |
|--|---------------------------------|--------------|--------------|-------------|
| | tri smjene | dvije smjene | jedna smjena | |
| Posjete su važne za emocionalno stanje bolesnika prilikom hospitalizacije. | 5 (4 – 5) | 4 (3 – 4) | 5 (5 – 5) | 0,05 |
| Bolesnici su više motivirani za liječenje nakon posjeta. | 4 (4 – 5) | 4 (4 – 5) | 4 (4 – 4,5) | 0,62 |
| Mislim da imam dovoljno vremena da odgovorim na socijalne i emocionalne potrebe bolesnika. | 3 (2 – 4) | 3 (2 – 4) | 4 (3 – 4) | 0,54 |
| Drugi bolesnici u bolesničkoj sobi su dovoljni za zadovoljenje socijalnih potreba bolesnika. | 3 (3 – 4) | 4 (3 – 4) | 4 (4 – 5) | 0,01 |
| Kontakt s medicinskim osobljem je dovoljan za socijalno blagostanje hospitaliziranog bolesnika. | 2 (2 – 4) | 4 (2 – 5) | 3 (1 – 4,5) | 0,13 |
| Zbog povećanog opsega posla tokom COVID-19 pandemije osjećam da ne mogu odgovoriti na emocionalne potrebe bolesnika. | 2 (2 – 4) | 2 (2 – 3) | 2 (2 – 4) | 0,87 |
| Smatram da posjete težim bolesnicima pružaju dodatnu utjehu. | 4 (4 – 5) | 5 (4 – 5) | 5 (4 – 5) | 0,14 |
| Primjećujem duže trajanje oporavka kod bolesnika. | 2 (2 – 3) | 3 (2 – 3) | 3 (1 – 3) | 0,74 |
| Primjećujem smanjenu motivaciju za sudjelovanje u liječenju kod hospitaliziranih bolesnika. | 3 (2 – 4) | 3 (2 – 4) | 2 (2 – 3,5) | 0,17 |
| Kod starijih bolesnika primjećujem smanjenu terapijsku suradljivost. | 3 (2 – 4) | 3 (3 – 4) | 3 (2,5 – 4) | 0,67 |
| Primjećujem povećanje razdražljivosti kod bolesnika. | 4 (3 – 4) | 4 (3 – 4) | 4 (3 – 4) | 0,91 |
| Primjećujem veću mentalnu i emocionalnu iscrpljenost. | 3 (2 – 4) | 3 (3 – 4) | 3 (3 – 4) | 0,63 |
| Posjete uopće ne utječu na brzinu oporavka bolesnika. | 4 (4 – 5) | 4 (4 – 5) | 3 (2 – 4,5) | 0,05 |
| Posjete za vrijeme pandemije COVID-19 dodatno ugrožavaju bolesnike. | 4 (4 – 4) | 4 (3 – 4) | 4 (4 – 4) | 0,85 |
| Posjete za vrijeme pandemije COVID-19 dodatno ugrožavaju medicinske djelatnike. | 3 (2 – 4) | 4 (3 – 5) | 2 (2 – 4) | 0,08 |
| Posjete u vrijeme COVID-19 ne predstavljaju dodatni rizik za bolesnike. | 2 (2 – 4) | 4 (3 – 5) | 2 (2 – 4,5) | 0,08 |
| Posjete u vrijeme COVID-19 ne ugrožavaju medicinske djelatnike. | 4 (3 – 5) | 3 (2 – 3) | 5 (3,5 – 5) | 0,02 |
| Ograničavanje posjeta ugrožava socijalno i emocionalno blagostanje bolesnika. | 4 (3 – 4) | 4 (3 – 5) | 3 (3 – 4) | 0,17 |
| Kod bolesnikaprimjećujem povećanu potrebu za anksioliticima. | 3 (2 – 3) | 4 (3 – 4) | 3 (2 – 3,5) | 0,04 |
| Kod bolesnikaprimjećujem povećanu potrebu za analgeticima. | 3 (2 – 3) | 3 (2 – 3) | 3 (2 – 3) | 0,34 |
| Cjelodnevni rad s bolesnicimami predstavlja dodatno opterećenje. | 2 (1 – 3) | 2 (1 – 3) | 1 (1 – 3,5) | 0,73 |
| Osjećam se emocionalno iscrpljenim/om zbog opsega posla. | 2 (1 – 3) | 2 (1 – 3) | 2 (2 – 3,5) | 0,07 |
| Ne primjećujem nikakvu razliku kod bolesnika. | 4 (3 – 4) | 4 (3 – 5) | 4 (3 – 5) | 0,93 |
| Primjećujem kako su bolesnicismireniji i suradljiviji. | 3 (2 – 4) | 2 (1 – 3) | 3 (1 – 4) | 0,14 |

*Kruskal Wallis test

5. RASPRAVA

Obitelj je jedna od osnovnih jedinica društva i ima veliku utjecaj na svoje članove. Kada član obitelji postane bolestan, bolest utječe na dobrobit ostalih članova obitelji, uzrokujući promjene u životu cijele obitelji. Bolesti se često događaju bez upozorenja i upravo zbog toga obitelji i bolesnici imaju malo vremena da se pripreme na potencijalnu hospitalizaciju. Ako članovi obitelji mogu se zadovoljiti neposredne potrebe bolesnika, poželjni učinci mogu se postići i za članove obitelji i bolesnike. Kako bi zadovoljile potrebe člana obitelji, medicinske sestre moraju znati moći točno prepoznati potrebe bolesnika. Mnogi pacijenti nisu u mogućnosti komunicirati zbog sedacije, mehaničke ventilacije, zbunjenosti i kome. To rezultira velikim dijelom teret odlučivanja i izbora liječenja pada na članove obitelji bolesnika. To može oštetiti članove obitelji povećavajući razinu stresa i povećavajući rizik za razvoj psiholoških i fizičkih simptoma (29).

Sestrinska skrb mora odgovoriti ne samo na potrebe bolesnika, nego i na potrebe cijele obitelji. Potrebe bolesnika i one njihovih obitelji posebno su složeni zbog fizičkih i emocionalnih zahtjeva. Obitelji dožive jak stres i tjeskobu i mogu se osjećati bespomoćno i nesposobno da se snađu u novonastalim situacijama. Točna procjena njihovih potreba jedna je od prvih koraka u pružanju odgovarajuće skrbi bolesnicima i njihovim obiteljima (29).

Korištenje inventara potreba obitelji bolesnika (CCFNI), je razvio Molten 1979., a revidirao Leske 1991. godine. Većina studija potvrdila je sljedeće osnovne potrebe članova obitelji: potrebe za informacijama, osiguranjem, podrška, blizina ili blizina i udobnost. Zadovoljavanje potreba rodbine kritično bolesnih bolesnika može imati pozitivan utjecaj na sposobnost bolesnika da se snađe tijekom njegovog boravka u bolnici. Kad su obitelji pod stresom, otežano pružaju podršku bolesniku i svoj stres prenose na bolesnika. Pristup informacijama o stanju bolesnika i kvalitetni odnosi sa medicinskim sestrama visoko su prioritetne potrebe za obitelji. Zadovoljavanje ovih potreba članova obitelji je primarna odgovornost liječnika i medicinskih sestara te kritične važnosti jedinice za liječenje. Obitelji imaju očekivanja da će ispuniti sve potrebe od pružatelja zdravstvenih usluga koje se često previđaju ili postaju sekundarne u odnosu na brigu o bolesniku pogotovo zbog povećanog opterećenja posla (30).

Još jedan mogući razlog zašto obiteljske posjete pomažu bolesnicima je usmjereno na to da medicinske sestre mogu biti previše zaokupljene postupcima skrbi kako bi imale vremena promatrati cjelokupnu psihosocijalnu sliku bolesnika. Ovaj nedostatak vremena može biti

uzrokovan nedostatkom medicinskih sestara na odjelu. Uzrok je nedostatak osoblja, prenatrpanost i problemi s planiranjem omjera između medicinskih sestara- bolesnika pogotovo tijekom pandemije. Postoje i druga moguća objašnjenja zašto posjete povoljno djeluju na pacijente. Javlja se i problem s organizacijom skrbi, koju bi trebalo ispraviti na administrativnoj razini što je velik zadatak, iako je utvrđeno da poboljšava i kvalitetu i skrbte njezine ishode. Ključno je zapamtiti da se skrb se razlikuje u svim zemljama, kao i ugled te prepoznavanje važnosti medicinske sestre. Te razlike mogu utjecati na odnose između medicinskih sestara, bolesnika i njihovih obitelji. Međutim, uloga sestrinske skrbi u zdravstvenom sustavu treba smjestiti bolesnika i obitelj u središte skrbi (31).

Članovi obitelji bolesnika igraju ključnu ulogu u pružanju skrbi za njih. Ovo uključuje boravak s njima te podržavanje i pomaganje u njihovim aktivnostima. Medicinske sestre ponekad imaju pomiješane osjećaje zbog upletenosti članova obitelji u proces liječenja; a na rodbinu mogu gledati ili kao korist ili kao teret. S gledišta medicinske sestre, uključivanje članova obitelji može dovesti do dodatnog posla; međutim, članovi obitelji također mogu igrati važnu ulogu u pružanju sestrinske skrbi bolesniku. Prihvatanje značaja obitelji u pogledu pružanja skrbi bolesniku se razlikuju ovisno o kontekstu skrbi koju medicinska sestra pruža. Na primjer, medicinske sestre koje rade na pedijatriji više prihvaćaju pomoć članova obitelji bolesnika od onih koji rade na hitnom odjelu. Jedna studija je pokazala da medicinske sestre vjeruju da su obitelji izvor integriranog znanja ozdravstvenom stanju dotičnih bolesnika i da mogu pomoći u poboljšanju liječenja bolesnika. Ista je studija također naglasila da medicinske sestre poštuju obitelji bolesnika i pokušavaju ublažiti njihovu zabrinutost. Medicinske sestre također vjeruju da bi obitelji mogle pogrešno razumjeti informacije koje su im pružene (32).

U ovom su istraživanju medicinske sestre i tehničari izvijestili da imaju pozitivnu percepciju prema posjetama i važnosti istih u većini stavki upitnika. Prema rezultatima, većina sudionika su vjerovali da prisutnost članova obitelji omogućuje obitelji da ostanu informirani o statusu dotičnog bolesnika i, osim toga, utječu na poboljšanje stanja bolesnika te na njegovu suradljivost. Pružanje čestih ažuriranja o stanjima i prognozama bolesnika daju obiteljima osjećaj kontrole i svijesti koja im je olakšala uključenost u skrb o bolesniku, dajući im bolju iskustvo i poboljšanje konačnih ishoda. Većina sudionika u ovoj studiji je pokazala da je anksioznost bolesnika povećana ukoliko su izolirani od obitelji te da je povećana upotreba analgetika. Ovirezultati su bili slični rezultatima

drugih istraživanja, koje potvrđuju da posjete pomažu smanjiti i obiteljski i bolesnikom strah i tjeskobu. Nadalje, polovica sudionika složila se da prisutnost članova obitelji nije utjecala na njihovu kliničku uspješnost ili im dodatno otežala posao. Sudionici također smatrali da ih brojne profesionalne dužnosti nisu spriječile da pruže utjehu i emocionalnu potporu u njezi bolesnika. Među sudionicima je postojala razlika s obzirom na uvjerenje da se prisutnost obitelji tijekom liječenja smatrala izvorom stresa te razlika s obzirom na godine radnog staža i radno vrijeme. Čini se da su određeni sudionici vjerovali da ova tvrdnja ovisi o mjestu i situaciji.

Za buduća istraživanja važno je prikupiti kvalitativne podatke koji mogu pružiti više dubinske informacije o tome na koji način restrikcije posjeta utječu na obujam posla i psihoemocionalni status medicinskih sestara i bolesnika. Štoviše, uključeni izazovis pandemijom te povećanim obujmom posla dodatno otežavaju provedbu sestrinske skrbi (33).

Tijekom pandemije COVID-19, većina bolnica uvela je ozbiljna ograničenja nabroj pojedinaca koji mogu posjetiti bolesnika. Ograničenje uključuje i povezane pružatelje zdravstvenih usluga kao članove obitelji. Poznato je da je uporaba takvih strategija ublažavanja učinkovita u smanjenju prijenosa bolesti. Također ima neposredne i dugoročne emocionalne i psihološke rizike za bolesnike i članove njihove obitelji. Ograničena posjeta potkopava želju za podrškom u skrbi usmjerenoj na obitelj za koju se vjeruje da je i psihološki i medicinski korisna. Pažljiva etička analiza može izvagati rizike i koristi takvih ograničenja i analizirati kada bi mogle postojati iznimke za ukidanje ograničenja (34).

Prvo što treba razmotriti je utvrditi jesu li članovi obitelji koji su uključeni u fizičku i emocionalnu skrb o bolesniku posjetitelji ili se umjesto toga na njih gleda kao na sastavni dio tima za skrb. To se može razlikovati ovisno o postavci, kao i o osnovnoj dijagnozi, dobi i kognitivnom kapacitetu bolesnika. Ova jedinstvena uloga zahtijeva promišljenu analizu kako bi se procijenile posljedice ograničavajućeg pristupa članu obitelji od slučaja do slučaja. Da bi se to osiguralo, mora postojati jasna artikulacija rizika u odnosu na koristi od ovih ograničenja. Ove proporcije moraju biti i razumne. Teško je kvantificirati rizike kad ispitivanja nisu dostupna i etička, a nitko ne zna mogu li simptomi predstavljati COVID-19 ili druge virusne bolesti (34).

Rizici u stvarnim slučajevima COVID-19 mnogo su veći od rizika drugih bolesti, posebno za ranjivu populaciju, uključujući pacijente s postojećim popratnim bolestima kod kojih infekcija može biti ozbiljna. Ispitivanje lokalnih epidemioloških podataka kako bi se razumjelo širenje virusa

u zajednici i rizik koji predstavlja je presudno. Međutim, ovo je izuzetno komplicirano zbog malo informacija o pojavi ove nove virusne bolesti i točnog modeliranja širenja u zajednici. Pored takvih makro podataka o javnom zdravlju, politike moraju uzeti u obzir i određene rizične postupce. Ovi rizici zaraze moraju se mjeriti s jednako nesigurnim emocionalnim psihološkim rizicima za bolesnike i obitelj zbog ograničenja posjećivanja (35).

Još se uvijek ne zna na koji način će ograničenja posjeta utjecati na ishode liječenja bolesnika. Ti su izračuni komplicirani nesigurnom učinkovitošću i pristupom tehnologiji kao što su video pozivi koji se mogu ponuditi i koristiti u najvećoj mogućoj mjeri. Nakon što su ti rizici jasno artikulirani i kvantificirani, pozornost treba usmjeriti na ublažavanje sadašnje i buduće bolesnike, obitelji, pružatelje zdravstvenih usluga i širu javnost (35).

Kako se dostupnost i distribucija zdravstvene zaštite poboljšavaju, povećavaju se razine ispitivanja na temelju populacije i donositelji odluka moraju osigurati znanje u vezi s prijenosom napretka COVID-19 za stalnu ponovnu procjenu njihovih strategija posjećivanja bolnica. Ovakva transparentna prilagodba politike mora zaštititi i fiziološke i psihološke rizike i koristi se kako bi se osiguralo da su odluke proporcionalno i empirijski utemeljene. Individualizirane odluke o posjetima su opravdane kada nastaju u jedinstvenim okolnostima. Takve individualizirane odluke trebaju uzeti u obzir strukturu obitelji i kulturne čimbenike. Humane politike dopustit će iznimke kad je to opravdano, pod uvjetom da se te iznimke koriste dosljedno. Suosjećajna komunikacija s obiteljima i zdravstvenim timovima neophodna je kako bi obitelji razumjele razloge ograničenja. Sve ovo mora se dogoditi kako zdravstveni radnici ne bi bili prepušteni sami sebi i osumnjičeni za nedostatak empatije ili suosjećanja (36).

Ogroman broj problema proizlazi iz politika zabrane posjetitelja. Takve se politike uvijek razvijaju iz utilitarnih razloga koji žrtvuju neke koristi za pojedine bolesnike i obitelji kako bi maksimizirali koristi za zajednicu. Korist za zajednicu uključuje ograničavanje u širenju infekcije. Tijekom pandemije COVID-19, takve politike također omogućuju očuvanje osobne zaštitne opreme za medicinske djelatnike. Ali, ovakvi nameti su obiteljima i bolesnicima teret i možda jesu psihološki štetne za pojedine bolesnike. Politike suzbijanja zaraze izuzetno su važne, ali etički je imperativ za te politike mora biti osmišljen s povećanim razmatranjima za psihosocijalnu skrb. To znači da je povremeno potrebno osigurati fleksibilnost. Sigurnost bolesnika uvijek bi trebala ostati najvažnija, naravno. Ali, postoji mogućnost da sigurnost pacijenta ostane najvažnija uz uključivanje

rješavanja problema koji stalno mijenjaju psihosocijalne potrebe bolesnika i njihovih njegovatelja. To će također ublažiti pritisak na osoblje iriješiti potencijalno traumatična zdravstvena iskustva za bolesnike. Nužnost skrbi bolesnicima tijekom ove pandemije dovode do ogromnog stresa nazdravstvene djelatnike gdje stručnjaci za psihosocijalnu skrb mogu biti od velike pomoći (37).

Pandemija COVID -19 je dovela je do situacija u kojima zdravstveni radnici i ustanove moraju ugroziti vrijednosti koje se, u drugim okolnostima, čine primarnima i bitnima. Svi medicinski djelatnici supredani na skrb usmjerenu na obitelj. Obitelj se često vidi kao ključni partner u skrbi o bolesnicima. Važno je prepoznati kako je obiteljska prisutnost i psihološki korisna i dobra za kvalitetu i sigurnost te medicinsku skrb koju zdravstveni djelatnici pružaju. S obzirom na sve te obveze, teško je razvijati i provoditi politike koje krše duboko zadržane vrijednosti. Ali, u pandemiji, ravnoteža rizika i koristi se mijenja. Izazov je pažljivo izbalansirati štetu ograničavanja posjeta s koristima zaštite drugih bolesnika, obitelji i zdravstvenih radnika. Politike zasnovane na dokazima su ključne. Iznimke utemeljene na suosjećanju također su ponekad prikladne (37).

Rad medicinskih sestara i tehničara je proces obrazovanja i ozdravljenja bolesnika koji mora uključivati bolesnike, zdravstvene djelatnike i obitelj. To je proces koji bi se trebao provoditi kroz niz specifičnih ciljeva na putu do cjelokupnog ozdravljenja. Iz mjeseca u mjesec rad u okruženju s visokim ulozima COVID-19 imao je ogroman utjecaj na mentalno zdravlje i dobrobit medicinskih sestara. Dugotrajna briga za bolesnike, strahovi od zaraze virusom, odvojenosti od voljenih i preraspoređivanja doveo je do toga da je pritisak na medicinske sestre neumoljiv od ožujka prošle godine. Sama smrtnost bolesnika, iscrpljenost, brige o osobnoj sigurnosti, radno opterećenje, složenost slučaja, kombinacija vještina i zdravlje voljenih među širokim su rasponom stresora koji prelaze iz profesionalnih okruženja, koji se možda najjasnije vide u jedinicama intenzivne njege, ali i na drugim odjelima s velikom populacijom visoko rizičnih bolesnika kao na odjelu Klinike za unutarnje bolesti.

Većina ispitanika se slaže da su posjete važne za emocionalno stanje bolesnika prilikom hospitalizacije, ali se i slažu da trenutno dodatno ugrožavaju i medicinsko osoblje te same bolesnike. Ispitanici koji rade sve tri smjene, odnosno provode najviše vremena s bolesnicima smatraju kako drugi bolesnici u bolesničkoj sobi nisu dovoljni za zadovoljenje socijalnih potreba bolesnika. Ispitanici većinski smatraju kako posjete dodatno olakšavaju hospitalizaciju bolesnicima te kako je sama brzina oporavka od pojedinih bolesti prema njihovom razmišljanju

smanjena od kako su uvedene restriktivne mjere. Analizirajući prema tvrdnjama, najveći broj ispitanika izrazito se slaže s tvrdnjom da su posjete su važne za emocionalno stanje bolesnika prilikom hospitalizacije, njih 78,5 %. Sa tvrdnjom smatram da posjete težim bolesnicima pružaju dodatnu utjehu, njih 51,4 % se također izrazito slaže. Od ostalih tvrdnji, niti jedna više ne prelazi 50 % slaganja svih ispitanika na skaliranju tvrdnje, dok se njih 82,4 % izrazito ili djelomično slaže s tvrdnjom kako posjete za vrijeme pandemije dodatno ugrožavaju bolesnike. S tvrdnjom kako im cjelodnevni rad ne predstavlja dodatno opterećenje djelomično i izrazito se ne slaže 67,3 % ispitanika. Postoji značajna razlika u tvrdnji „cjelodnevni rad s bolesnicima mi predstavlja dodatno opterećenje“, pri tome ovu tvrdnju više vrednuju ispitanici s najviše godina radnog staža, od 24 do 40 godina u odnosu na ispitanike s manje godina radnog staža.

Medicinske sestre i tehničari su pretrpjeli velik teret tijekom pandemije COVID-19. Fizički su i psihički iscrpljene, ali i rad u ovakvom izrazito stresom okruženju je pomogao osnažiti ih i omogućiti im priliku za učenje i osoban razvoj kroz požrtvovanost poslu jer su ponovno pokazale kako biti sestra nije samo posao, nego i životni poziv.

6. ZAKLJUČAK

Zaključak:

Nakon provedenog istraživanja i rezultata koji su dobiveni izvedeni su sljedeći zaključci:

- Ne postoji značajna razlika u odnosu na spol ispitanika. Najbliži vrijednosti razlike te po analizi srednje vrijednosti nešto veću mentalnu i emocionalnu iscrpljenost izražavaju muški ispitanici.
- Postoji značajna razlika u odnosu na dob ispitanika, pri čemu mlađi ispitanici pokazuju veću empatiju na na socijalne i emocionalne potrebe bolesnika.
- Postoji značajna razlika u pojedinim tvrdnjama odnosu na duljinu radnog staža ispitanika pri čemu ispitanici s manje radnog staža pokazuju veće suosjećanje s potrebama bolesnika i manje iskazuju opterećenje u brizi bolesnika koji su bez posjeta.
- Značajna razlika prikazuje se u manjem dijelu, u odnosu na razinu obrazovanja ispitanika pri čemu magistre sestinstva kao i prvostupnice smatraju kako se socijalna potreba bolesnika može zadovoljiti i kroz ostale socijalne kontakte, a ne samo s obitelji.
- Postoji značajna razlika u odnosu na radno vrijeme ispitanika, pri čemu ispitanici koji rade samo jednu, dnevnu smjenu smatraju kako posjete ne utječu toliko na brzinu oporavka bolesnika.

7. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Cilj ovog istraživanja je ispitati razmišljanja medicinskih sestara / tehničara vezano za ograničavanje posjeta tokom pandemije COVID-19 u Republici Hrvatskoj.

Ustroj studije: Provedeno je presječno istraživanje, prospektivnom metodom prikupljanja podataka, od ožujka do svibnja 2021. godine.

Ispitanici i metode: U istraživanju je sudjelovao 107 ispitanika, od kojih je 20 muškaraca te 87 žena. Ispitanici su medicinske sestre/ tehničari zaposleni u KBC Osijek, Ispitivanje je provedeno između ožujka i svibnja 2021. godine. Prvi su dio upitnika činila pitanja o općim i demografskim osobitostima ispitanika, a drugi je dio upitnika uključivao instrument konstruiran za potrebe ovog istraživanja. Sve tvrdnje u drugom dijelu su u obliku Likertove skale od 1 do 5.

Rezultati: Ne postoji značajna razlika u odnosu na spol ispitanika. Najbliži vrijednosti razlike te po analizi srednje vrijednosti nešto veću mentalnu i emocionalnu iscrpljenost izražavaju muški ispitanici. Značajna razlika u odnosu na duljinu radnog staža ispitanika je u tvrdnji Mislim da imam dovoljno vremena da odgovorim na socijalne i emocionalne potrebe bolesnika ($P = 0,03$) pri čemu najmlađa kategorija po duljini radnog staža, od 1 do 11 godina, ovu tvrdnju vrednuje kao izrazito slaganje u odnosu na ispitanike koji imaju više godina radnog staža. Značajna razlika u odnosu na dob ispitanika je u tvrdnji Mislim da imam dovoljno vremena da odgovorim na socijalne i emocionalne potrebe bolesnika ($P = 0,02$) pri čemu najmlađa kategorija po dobi od 21 do 32 godine starosti ovu tvrdnju vrednuje kao izrazito slaganje u odnosu na starije ispitanike te u tvrdnji Osjećam se emocionalno iscrpljenim/om zbog opsega posla ($P = 0,02$) pri čemu ispitanici koji pripadaju najstarijoj kategoriji prema dobi, od 44 do 59 godina ovu tvrdnju vrednuju više u odnosu na mlađe dobne skupine ispitanika.

Zaključak: Ispitanici se slaže kako su posjete važne za emocionalno stanje bolesnika prilikom hospitalizacije, ali i da trenutno dodatno ugrožavaju i medicinsko osoblje te same bolesnike. Ispitanici koji rade sve tri smjene, smatraju kako drugi bolesnici u bolesničkoj sobi nisu dovoljni za zadovoljenje socijalnih potreba bolesnika. Posjete dodatno olakšavaju hospitalizaciju bolesnicima te je brzina oporavka od pojedinih bolesti smanjena od kako su uvedene restriktivne mjere.

Ključne riječi: brzina oporavka; COVID - 19; mentalno zdravlje; zabrane posjeta

8. SUMMARY

Opinion of nurses / technicians on limiting visits to patients during the COVID-19 pandemic

Objectives: The aim of this research is to examine the thinking of nurses / technicians regarding the restriction of visits during the COVID-19 pandemic in the Republic of Croatia.

Study structure: A cross-sectional study, by a prospective data collection method, from March to May 2021, has been carried.

Subjects and methods: The study involved 107 respondents, of whom 20 were men and 87 women. The respondents are nurses / technicians employed at KBC Osijek. The survey was conducted between March and May 2021. The first part of the questionnaire consisted of questions about the general and demographic characteristics of the respondents, and the second part of the questionnaire included an instrument constructed for the purposes of this research. All the statements in the second part are in the form of a Likert scale from 1 to 5.

Results: : There is no significant difference in relation to the sex of the respondents. The closest values of the difference and, according to the analysis of the mean value, slightly higher mental and emotional exhaustion are expressed by male respondents. A significant difference in relation to the length of service of the respondents is in the statement I think I have enough time to respond to the social and emotional needs of patients ($P = 0.03$) where the youngest category by length of service, from 1 to 11 years, evaluates this statement as a distinct agreement in relation to respondents who have several years of work experience. There is a significant difference in relation to the age of the respondents in the statement I think I have enough time to respond to the social and emotional needs of patients ($P = 0.02$) while the youngest category at the age of 21 to 32 years evaluates this statement as a strong agreement older respondents and in the statement I feel emotionally exhausted due to the scope of work ($P = 0.02$) and respondents who belong to the oldest category by age, from 44 to 59 years, value this statement more than younger age groups of respondents.

Conclusion: Respondents agree that visits are important for the emotional state of patients during hospitalization, but also that they currently further endanger the medical staff and the patients themselves. Respondents working all three shifts feel that other patients in rooms are not sufficient

to meet the social needs of the patients. Visits improve hospitalization of patients and the speed of recovery from certain diseases has been slowed down since the introduction of restrictive measures.

Key words: COVID - 19; mental health; speed of recovery; visitation restrictions

9. LITERATURA

1. Virani AK, Puls HT, Mitsos R, Longstaff H, Goldman RD, Lantos JD. Benefits and Risks of Visitor Restrictions for Hospitalized Children During the COVID Pandemic. *Pediatrics*. 2020;146(2):e2020000786.
2. Rose L, Cook A, Casey J, Meyer J. Restricted family visiting in intensive care during COVID-19. *Intensive Crit Care Nurs*. 2020;60:102896.
3. Negro A, Mucci M, Beccaria P. Introducing the Video call to facilitate the communication between health care providers and families of patients in the intensive care unit during COVID-19 pandemia. *Intensive Crit Care Nurs*. 2020;60:102893.
4. Freeman-Sanderson A, Rose L, Brodsky MB. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) cuts ties with patients' outside world. *Aust Crit Care*. 2020;33(5):397–398.
5. Happ MB, Garrett KL, Tate JA, DiVirgilio D, Houze MP, Demirci JR. Effect of a multi-level intervention on nurse–patient communication in the intensive care unit: results of the SPEACS trial. *Heart Lung*. 2014;43:89–98.
6. Hagger MS, Keech JJ, Hamilton K. Managing stress during the coronavirus disease 2019 pandemic and beyond: Reappraisal and mindset approaches. *Stress Health*. 2020;36(3):396–401.
7. Pavlakis S, McAbee G, Roach ES. Fear and Understanding in the Time of COVID-19. *Pediatr Neurol*. 2020;111:37–38.
8. Gupta J, Madaan P, Chowdhury SR, Gulati S. COVID-19 and Pediatric Neurology Practice in a Developing Country. *Pediatr Neurol*. 2020;113:1.
9. Heale R, Wray J. Mental health in the time of COVID-19. *Evid Based Nurs*. 2020;23(4):93.
10. Arenivas A, Carter KR, Harik LM, Hays KM. COVID-19 neuropsychological factors and considerations within the acute physical medicine and rehabilitation setting. *Brain Inj*. 2020;34(8):1136–1137.
11. Suchy Y. Introduction to special issue: Clinical neuropsychology in the time of COVID-

19. Clin Neuropsychol. 2020;34(7-8):1249–1250.
12. Woong NL, Ekstrom VSM, Xin X, et al. Empower to connect and connect to empower: experience in using a humanistic approach to improve patients' access to, and experience of, care in isolation wards during the COVID-19 outbreak in Singapore. *BMJ Open Qual.* 2021;10(1):e000996.
13. Murray PD, Swanson JR. Visitation restrictions: is it right and how do we support families in the NICU during COVID-19? *J Perinatol.* 2020;40(10):1576–1581.
14. Erdei C, Liu CH. The downstream effects of COVID-19: a call for supporting family wellbeing in the NICU. *J Perinatol.* 2020;40(9):1283–1285.
15. Breindahl M, Zachariassen G, Christensen PS, Henriksen TB. Dilemmas and Priorities in the Neonatal Intensive Care Unit during the COVID-19 Pandemic. *Dan Med J.* 2020;67(4):A205021.
16. Reyhaneh K, Ahmad G, Gharib K, Vida V, Raheleh K, Mehdi TN. Frequency & specificity of RBC alloantibodies in patients due for surgery in Iran. *Indian J Med Res.* 2013;138:252–6.
17. Palmer K, Monaco A, Kivipelto M. The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. *Aging Clin Exp Res.* 2020;32(7):1189–1194.
18. Bembich S, Tripani A, Mastromarino S, Di Risio G, Castelpietra E, Risso FM. Parents experiencing NICU visit restrictions due to COVID-19 pandemic. *Acta Paediatr.* 2021;110(3):940–941.
19. Khalili M, Karamouzian M, Nasiri N, Javadi S, Mirzazadeh A, Sharifi H. Epidemiological characteristics of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Infect.* 2020;148:e130.
20. Azoulay E, Cariou A, Bruneel F. Symptoms of Anxiety, Depression, and Peritraumatic Dissociation in Critical Care Clinicians Managing Patients with COVID-19. A Cross-Sectional Study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2020;202(10):1388–1398.

21. Pleguezuelos E, Del Carmen A, Moreno E. The Experience of COPD Patients in Lockdown Due to the COVID-19 Pandemic. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2020;15:2621–2627.
22. Pedrozo-Pupo JC, Campo-Arias A. Depression, perceived stress related to COVID, post-traumatic stress, and insomnia among asthma and COPD patients during the COVID-19 pandemic. *Chron Respir Dis.* 2020;17:1479973120962800
23. Jacob S, Mwangiru D, Thakur I, Moghadam A, Oh T, Hsu J. Impact of societal restrictions and lockdown on trauma admissions during the COVID-19 pandemic: a single-centre cross-sectional observational study. *ANZ J Surg.* 2020;90(11):2227–2231.
24. Savulescu J, Persson I, Wilkinson D. Utilitarianism and the pandemic. *Bioethics.* 2020;34(6):620–632.
25. Virani AK, Puls HT, Mitsos R, Longstaff H, Goldman RD, Lantos JD. Benefits and Risks of Visitor Restrictions for Hospitalized Children During the COVID Pandemic. *Pediatrics.* 2020;146(2):e2020000786.
26. Gao Y, Sun F, Jiang W. Beliefs towards the COVID-19 pandemic among patients with emotional disorders in China. *Gen Psychiatr.* 2020;33(3):e100231.
27. Mercadante S, Adile C, Ferrera P, Giuliana F, Terruso L, Piccione T. Palliative Care in the Time of COVID-19. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60(2):e79–e80.
28. Verhaegh MTH, Snijders F, Janssen L. Perspectives on the preventability of emergency department visits by older patients. *Neth J Med.* 2019;77(9):330–337.
29. Street RL Jr, Gordon H, Haidet P. Physicians' communication and perceptions of patients: is it how they look, how they talk, or is it just the doctor?. *Soc Sci Med.* 2007;65(3):586–598.
30. Chevance A, Gourion D, Hoertel N. Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narrative review. *Encephale.* 2020;46(3):193–201.
31. Robert R, Kentish-Barnes N, Boyer A, Laurent A, Azoulay E, Reignier J. Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. *Ann Intensive Care.* 2020;10(1):84.

32. Annis T, Pleasants S, Hultman G. Rapid implementation of a COVID-19 remote patient monitoring program. *J Am Med Inform Assoc.* 2020;27(8):1326–1330.
33. Gebbia V, Piazza D, Valerio MR, Borsellino N, Firenze A. Patients With Cancer and COVID-19: A WhatsApp Messenger-Based Survey of Patients' Queries, Needs, Fears, and Actions Taken. *JCO Glob Oncol.* 2020;6:722–729.
34. Heath L, Yates S, Carey M, Miller M. Palliative Care During COVID-19: Data and Visits From Loved Ones. *Am J Hosp Palliat Care.* 2020;37(11):988–991.
35. Voo TC, Senguttuvan M, Tam CC. Family Presence for Patients and Separated Relatives During COVID-19: Physical, Virtual, and Surrogate. *J Bioeth Inq.* 2020;17(4):767–772.
36. Sun J, Xu Y, Qu Q, Luo W. Knowledge of and attitudes toward COVID-19 among parents of child dental patients during the outbreak. *Braz Oral Res.* 2020 Jun 8;34:e066.
37. McQuoid-Mason DJ. Is the COVID-19 regulation that prohibits parental visits to their children who are patients in hospital invalid in terms of the Constitution? What should hospitals do?. *S Afr Med J.* 2020;110(11):1086–1087.