



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**  
*Angela Boškin Faculty of Health Care*

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
**ZDRAVSTVENA NEGA**

**MEDPROFESIONALNO SODELOVANJE V  
ENOTI INTENZIVNE TERAPIJE**

**INTERPROFESSIONAL COLLABORATION  
IN INTENSIVE CARE UNITS**

Mentorica:  
Sedina Kalender Smajlović, pred.

Kandidatka:  
Barbara Ručigaj

Jesenice, maj, 2017

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorici Sedinii Kalender Smajlović, pred., za strokovno pomoč in napotke v času nastajanja diplomskega dela. Z njeno podporo in strokovnimi nasveti je bilo diplomsko delo lažje privedi do zaključka.

Zahvaljujem se vodstvu Splošne bolnišnice Jesenice in vodstvu Splošne bolnišnice Celje za pomoč pri izvedbi raziskave. Hvala tudi vsem medicinskim sestram, ki so si vzele čas za reševanje vprašalnika.

Zahvaljujem se recenzentkama Gordani Lokajner, pred., in doc. dr. Ivici Avberšek Lužnik za strokovno mnenje. Zahvaljujem se tudi mag. slov. jezika Nataši Koražija za strokovno lektoriranje diplomskega dela.

## **POVZETEK**

**Teoretična izhodišča:** Dobri medosebni odnosi, ki temeljijo na profesionalnosti, kakovostno vplivajo na varno in učinkovito zdravstveno obravnavo v enoti intenzivne terapije. Brez dobrega komuniciranja tudi tim ne deluje uspešno in hkrati se pojavijo konflikti ali ovire na delovnem mestu.

**Cilj:** Cilj je bil ugotoviti, kakšno je sodelovanje medicinskih sester z ostalimi zdravstvenimi delavci v enoti intenzivne terapije in kakšna je komunikacija v timu.

**Metoda:** Raziskava je temeljila na kvantitativni neeksperimentalni metodi raziskovanja. Uporabili smo neslučajnostni priložnostni vzorec. Raziskavo smo izvedli v kliničnem okolju, na ciljni populaciji medicinskih sester v enotah intenzivne terapije v Splošni bolnišnici Jesenice in Splošni bolnišnici Celje. Dobljene rezultate smo obdelali s programom Microsoft Excel in statističnem programom Statistical Package for Social Sciences, verzija 20.0. Za ugotavljanje povezav med spremenljivkami smo uporabili Pearsonov koeficient korelacije, kjer je stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 in manj.

**Rezultati:** Raziskava je pokazala, da so medicinske sestre v enotah intenzivne terapije, izbrale največje strinjanje strditvijo, da je bistvo timskega dela skupno uresničevanje ciljev ( $n = 59$ ;  $PV = 4,8$ ;  $SO = 0,36$ ). Rezultati korelacijske analize pokažejo visoko pozitivno povezavo med starostjo in trditvijo, da se anketiranci v primeru nesoglasja pogovorijo z vodjo ( $r = 0,259$ ;  $p = 0,048$ ), z njo se strinjajo starejši anketiranci. Ugotovimo manjšo povezavo med trditvama, da če v timu ni medsebojnega zaupanja, tudi komunikacija ne more biti uspešna in učinkovita, ter da so zbiranje, izmenjava, priprava in posredovanje informacij bistveni za uspešno in učinkovito komuniciranje v timu ( $r = 0,368$ ;  $p = 0,004$ ).

**Razprava:** Izvedena raziskava je pokazala, da se medicinske sestre zavedajo pomembnosti dobrih medosebnih odnosov, kakovostne komunikacije in dobrega vodja, da bi tim deloval enotno in dosegal postavljene cilje. Potrebne bi bile dodatne raziskave, ki bi pripomogle k razumevanju pomembnosti medosebnih odnosov.

**Ključne besede:** Sodelovanje v zdravstvu, enota intenzivne terapije in komunikacija v zdravstvu.

## **ABSTRACT**

**Background:** Good interpersonal relationships based on a professional approach have a positive effect on the safety and efficiency of medical treatment in the intensive care unit. Without good communication, the team is unable to work successfully which leads to conflict in the workplace.

**Aims:** The goal was to study the cooperation and team communication between nurses and other medical staff in the intensive care unit.

**Methods:** The research was based on quantitative, non-experimental methods of research. We used non-random convenience sample. The research was conducted in a clinical setting, targeted population were nurses in the intensive care units at General Hospital Jesenice and General Hospital Celje. The results were analysed with Microsoft Excel and statistics program Statistical Package for Social Sciences, version 20.0. To determine the relationship between variables we used the Pearson correlation coefficient, where the level of statistic importance is 0.05 and below.

**Results:** The study has shown that the nurses in the intensive care unit have exhibited the highest level of agreement with the statement that shared goals are the essential factor of teamwork ( $n = 59$ ;  $PV = 4.8$ ;  $SO = 0.36$ ). The results of the correlation analysis have shown a highly positive correlation between age and the assertion that respondents talk to their superior in the event of a disagreement ( $r = 0.259$ ;  $p = 0.048$ ), where older respondents have shown higher level of agreement. We found a lesser link between the statements that a team without mutual trust, cannot communicate effectively and that the gathering, sharing, preparation and distribution of information are essential for efficient and effective communication in the team ( $r = 0.368$ ;  $p = 0.004$ ).

**Discussion:** The research has shown that nurses are aware of the importance of good interpersonal relations, quality communication and good leader to ensure a team works together and achieves the set goals. It would require additional research that would contribute to the understanding of the importance of interpersonal relations.

**Keywords:** Collaboration in healthcare, intensive care unit and communication in healthcare.

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>3</b>
2.1	ENOTA INTENZIVNE TERAPIJE .....	3
2.1.1	Doživljanje stresa medicinskih sester v enotah intenzivne terapije .....	4
2.2	SODELOVANJE MEDICINSKE SESTRE V TIMU .....	5
2.2.1	Vloga medicinske sestre v enoti intenzivne terapije .....	5
2.2.2	Odnos med medicinsko sestro in zdravnikom .....	6
2.2.3	Partnerski odnos .....	7
2.3	TIMSKO DELO V ENOTI INTENZIVNE TERAPIJE .....	8
2.3.1	Prednosti in pomanjkljivosti timskega dela .....	9
2.3.2	Razlika med zdravstvenim in negovalnim timom .....	10
2.3.3	Vloga vodje v negovalnem timu .....	10
2.4	KOMUNIKACIJA V TIMU .....	11
2.4.1	Profesionalna komunikacija .....	12
2.4.2	Motnje v komunikaciji .....	13
2.4.3	Konflikti v timu .....	14
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>16</b>
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA .....	16
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	16
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	16
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	16
3.3.2	Opis merskega instrumenta .....	17
3.3.3	Opis merskega vzorca .....	18
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	19
3.4	REZULTATI .....	20
3.5	RAZPRAVA .....	26
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK</b> .....	<b>32</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA</b> .....	<b>33</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGE</b>	

## 6.1 INSTRUMENT

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Demografske značilnosti anketirancev .....	19
Tabela 2: Vpliv demografskih podatkov na sodelovanje medicinskih sester v timu ....	21
Tabela 3: Sodelovanje medicinske sestre v timu .....	22
Tabela 4: Komunikacija v timu .....	22
Tabela 5: Medosebni odnosi v timu .....	23
Tabela 6: Ovire in konflikti v timu .....	24
Tabela 7: Korelacijska analiza (izbrana pomembna vprašanja) .....	25

## 1 UVOD

Poklic predstavlja velik delež našega vsakdanjika in življenja. Pomembno je, kako se pri svojem delu počutimo in ali smo zadovoljni. Velikokrat so zaradi čustveno napornega in zahtevnega dela s pacienti v intenzivni terapiji pomembni dobri medosebni odnosi, ki jih medicinske sestre vzpostavijo na svojem profesionalnem delovnem mestu (Križan, 2009).

Mohar, et al. (2009) menijo, da je poklic medicinske sestre zelo odgovoren poklic. Središče njenega delovanja in zanimanja je bolan ali zdrav človek. Za zagotavljanje kvalitetne zdravstvene oskrbe mora imeti medicinska sestra ustrezno znanje in spretnosti. S stalnim spremljanjem novosti in pridobivanjem novih znanj medicinska sestra gradi osebnostno in strokovno rast. Kramar (2011) v raziskavi ugotavlja, da je izobraževanje v zdravstveni negi zmeraj bolj pomembno, saj se le tako izboljša profesionalnost zdravstvene nege, hkrati pa medicinska sestra dobi večjo odgovornost, to pa ima velik učinek na njeno osebnostno rast. Navaja, da bo medicinska sestra, ki je učena in veščca, znala veliko bolj kritično in preišljeno razmišljati, znala bo komunikacijo prilagoditi na vseh nivojih, delovala bo timsko, znala se bo prilagajati novonastalim spremembam in bo sposobna reševati ter obvladati vsako nevarno stanje pri obravnavi pacientov.

Zaletel Kragelj in Pahor (2011) navajata, da je zdravstvo tisto področje, kjer se redno srečuje mnogo zastopnikov različnih poklicnih strok zdravstva. Vsaka stroka ima svoje sposobnosti in predvsem veliko znanja. Vse stroke pa se trudijo za profesionalno zdravstveno oskrbo pacientov. Zelo pomembni so tudi dobri medosebni odnosi med vsemi zaposlenimi na oddelku. Uspešno sodelovanje predstavnikov strok pomeni, da so prisotni dobri rezultati dela, zadovoljni pacienti in zaposleni. Najboljše rezultate velikokrat dosežejo takrat, ko se znajo prilagoditi in hkrati ustvarijo učinkovit in dober tim, v katerega pa naj bi vsak prispeval največ znanja.

Klemenc in Pahor (2006) menita, da je medpoklicno sodelovanje zdravnikov in medicinskih sester trdno medosebno povezano s kakovostnejšo zdravstveno obravnavo.



Tako opazimo široko paleto odnosov v zdravstvu, na eni strani medpoklicnih odnosov, na drugi strani pa medosebne odnose. Eden pomembnejših elementov kakovosti je merjenje zadovoljstva zaposlenih in pacientov.

V diplomskem delu želimo predstaviti vidik medprofesionalnega sodelovanja medicinskih sester v enoti intenzivne terapije. Ugotoviti želimo, kakšen pomen medicinske sestre predpisujejo profesionalnemu sodelovanju in ustrezni komunikaciji. Tako verbalno kot neverbalno komuniciranje je del poklicnega delovanja, pogosto se tega premalokrat zavedamo. Učinkovito poklicno sodelovanje je zapleten pojem, zato ga ni lahko doseči. Popolnost je skoraj vedno nedosegljiva. Poklic medicinske sestre je zelo odgovoren. Delo, ki ga opravlja ji nudi precejšnje zadovoljstvo, vendar se pri delu lahko pojavita tudi stres in izčrpanost.

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 ENOTA INTENZIVNE TERAPIJE

Mavsar Najdenov (2011) navaja, da so enote intenzivne terapije posebej kakovostno opremljene in organizirane enote. Omogočajo zelo visoko specializirano oskrbo in obravnavo pacientov po hujših poškodbah ter kritično bolnih pacientov. Zdravnik se odloči za sprejem pacienta glede na ugotovitvah kliničnega stanja. To zahteva natančno nadzorovanje vitalnih funkcij, opazovanje in specializirane načine zdravljenja. Za paciente skrbi multidisciplinarno osebje, ki je strokovno usposobljeno na področju zdravstvene nege in intenzivne medicine. Prav tako dodaja, da je za resne in kritične zaplete ter zaradi nestabilnosti kliničnega stanja potreben multidisciplinaren pristop. Uspešen zaključek vsakega zdravljenja ogroženih pacientov v enoti intenzivne terapije je odvisen od timskega načina dela in kakovostne organizacije medosebne sodelovanja profesionalcev z različnih strok.

V enoti intenzivne terapije zdravstveno nego odlikuje sistematična organiziranost, celotni in posamični pristopi k pacientu. Makovec (2009) trdi, da medicinska sestra zato potrebuje dobre psihofizične in osebne lastnosti, ki naj bi ji omogočale človeški in pristen odnos do pacienta, družinskih članov in sodelavcev. Biti mora natančna, znati mora odgovoriti na problem, kritično razmišljati, imeti mora veliko strokovnega znanja, ki ga sproti gradi in izkušenj ter biti sposobna odlične komunikacije. Nursing theories (2012) navaja, da je vloga medicinske sestre, da pomaga posamezniku, zdravemu in bolnemu, pri izvedbi aktivnosti, ki pripomorejo k njegovemu zdravju, njegovi vrnitvi zdravja in/ali mirnejši smrti in bi jih sam izvajal brez pomoči, če bi imel zato dovolj moči, volje ali znanja.

Kodila (2008) navaja, da po slovenskih kriterijih intenzivne medicine so enote intenzivne terapije razdeljene v raven A (stopnja II. in stopnja III.) in raven B (stopnja I.). Po kriterijih evropskega združenja za intenzivno medicino je delitev naslednja: pod prvo stopnjo opredeljuje tiste paciente, za katere mislimo, da bodo imeli zdravstvene komplikacije in izvajamo poostren nadzor vitalnih funkcij. Pod drugo stopnjo pa paciente, ki imajo hudo ogroženost odpovedi pomembnih organskih sistemov in poleg

poostrelega nadzora vitalnih funkcij potrebujejo dodatne terapevtske ukrepe. Kot zadnjo, tretjo stopnjo opredeljuje paciente, pri katerih je že prišlo do odpovedi enega ali več pomembnih organskih sistemov in poleg poostrelega nadzora vitalnih funkcij, spremljajoče terapevtske ukrepe potrebuje še hemodinamski nadzor. Dodaja še pomembno ugotovitev, da pacienti III. stopnje intenzivnosti sestavljajo veliko število pacientov, ki so zdravljeni v kirurški enoti intenzivne terapije.

### 2.1.1 Doživljanje stresa medicinskih sester v enotah intenzivne terapije

Stres je sindrom, ki se kaže kot nespecifični odziv organizma na reakcijo iz okolja (Bilban, 2009). Pri poklicnem okolju lahko razjasnimo stres kot sesuto ravnotežje med določenimi zahtevami delovnega mesta in osebnostnimi zmožnostmi. Sotirov in Železnik (2011) sta v raziskavi ugotovila, da naj bi bil stres velik dejavnik, ki ovira poklicno delovanje in osebno počutje posameznikov. Motivacija med sodelavci pada, simptomi oziroma stres so močno vidni.

Zaradi prezahtevnega dela s pacienti so medicinske sestre velikokrat izpostavljene številnim stresnim trenutkom. Kralj (2009) navaja, da so stresni trenutki največkrat povezani z umiranjem in smrtjo pacienta, različnimi operativnimi posegi, dodatnim podaljšanjem delovnega urnika in dežurstvi. Posamezne trenutke doživljajo negativno, in to na njih vpliva zelo intenzivno in dnevno. Tudi Kaučič in Filej (2007) ugotavljata, da je delo medicinske sestre izčrpavajoče in stresno. Navedeta tri najpogostejše vzroke, ki so: neprimerni odnosi v delovnem okolju, problemi z sodelavci/nadrejenimi in obremenjenost. V veliki meri je delovno okolje odvisno od dobrih medosebnih odnosov. Tudi Gomboc (2010) dodaja, da se medicinske sestre, ki delajo na oddelkih intenzivne terapije v internističnih in kirurških oddelkih, vsakodnevno soočajo s kar veliko stopnjo stresa: z neurejenimi razmerji/pogoji za delo, pogosta nočna in izmenična dela, zaradi pomanjkanja osebja in večje odgovornosti ob zelo nizkih osebnih dohodkih.

Birk (2009) navaja, da bi se lahko z znanjem govora izognili obliki stresa na delovnem mestu, saj bi tako učinkovito znali podajati informacije za zaposlene, paciente in njihove bližnje. Informacije bi bile uspešno in kakovostno predane, sprejete in razumljene. Tudi Gomboc (2010) ugotavlja, da bi bilo zavedanje posameznika o stresu

na delovnem prostoru zelo dober korak k uspešnemu reševanju le-tega. Zavedati se je treba, da se ga ne moremo znebiti, se pa lahko z njim uspešno spopademo in tako zmanjšamo ali odpravimo morebitne zdravstvene posledice.

## **2.2 SODELOVANJE MEDICINSKE SESTRE V TIMU**

Naka (2009) navaja, da je odnos v zdravstveni negi socialni stik med udeleženci v določenem procesu, saj je vsako snidenje med medicinskimi sestrami in zdravniki določena oblika odnosa, ki se oblikuje. Dubois (2006, povzeto po Bregar 2012) ugotavlja, da se spreminjajo tudi tradicionalne vloge posameznih poklicev v sistemu zdravstvenega varstva in se najbolj dotikajo dveh poklicnih skupin (zdravnikov in zaposlenih v zdravstveni negi).

Železnik (2006) trdi, da bi morala medicinska sestra z različnimi načini obvladati različne pojme komuniciranja in jih znati prilagoditi vsakemu posamezniku. Poznati mora uspešne veščine za komuniciranje v timu. Med te najpomembnejše veščine sodijo reševanje in obvladovanje sporov, povezanost komuniciranja v večjih in manjših skupinah, izmenjava strokovnih in običajnih informacij ter poučevanje. Zavedati se mora svojih pravic in še pomembneje odgovornosti komuniciranja, prav tako mora upoštevati mnenje vsakega sogovornika in mu dopustiti enakovredno sodelovanje.

### **2.2.1 Vloga medicinske sestre v enoti intenzivne terapije**

Rozman (2011) navaja, da je glavna naloga medicinske sestre pri življenjsko ogroženem pacientu podpora načrta zdravljenja. Tako ugotovimo, da ima medicinska sestra dve pomembni funkciji v intenzivni terapiji, odvisno in samostojno funkcijo. Odvisna funkcija je zelo pomembna, kaže se v poostrenem nadzoru vitalno ogroženega pacienta, sodelovanju pri terapevtskih ter diagnostičnih postopkih in natančnosti dajanja zdravil po izdanih zdravnikovih napotkih. Ne smemo zanemariti, da je pri strokovnem delu potrebno tudi poostreno opazovanje pacienta, pravočasno zavedanje in reševanje zapletov, pravočasno informiranje zdravnika in pravilno ukrepanje po njegovih napotkih.

Kodila (2008) meni, da je življenjsko ogrožen pacient delno ali popolno odvisen od medicinske sestre. Skrbi za zadostno zagotovitev potreb po zdravstveni oskrbi in deluje po sistemu zdravstvene oskrbe v skladu z postavljeno medicinsko diagnozo ter upoštevanjem skupnega timskega pristopa. Prav tako Križan (2009) ugotavlja, da delo in več zahtevnih nalog od medicinske sestre zahteva dobro psihofizično sposobnost in urejene osebnostne zmožnosti, ki naj bi ji omogočale človeški odnos do pacientov. Njihov odnos do pacientov in njihovih bližnjih je obziren in mora dajati vtis varnosti ter zaupanja. Pri svojem delu se največkrat soočajo s pacientovo bolečino, trpljenjem ter z umiranjem in njihovo smrtjo.

### 2.2.2 Odnos med medicinsko sestro in zdravnikom

Ovijač, et al. (2006) so s pomočjo projekta z naslovom »Medpoklicno sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki, ki ga izvaja raziskovalna skupina Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana v sodelovanju s Slovenskim zdravniškim društvom in Raziskovalnim inštitutom Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani« (Ovijač, et al., 2006, pp. 218-234) ugotovili, da medicinske sestre dobro sprejemajo medpoklicno sodelovanje ter se ocenjujejo kot odlične timske sodelavke. Hkrati pa tudi negativno ocenjujejo posamezne značilnosti medpoklicnih sodelovanj, pri katerih je prišlo do pomembno značilnih razlik. Prisotno naj bi bilo visoko strinjanje s posamičnimi trditvami, da so v zdravstvu prisotni hierarhija, predsodki, pristranskost v odnosih in neodkrita komunikacija.

Bitežnik (2011) ugotavlja, da je izvajanje zdravstvene oskrbe v primerjavi z medicino še zmeraj na podrejenem mestu, saj medicina vidi vlogo medicinske sestre v hierarhičnem položaju kot pomočnico pod nadzorstvom zdravnika, ta pa je tudi vodja tima. Prav tako Klemenc (2007) meni, da se vloga medicinske sestre niti ni bistveno spremenila. Zdravnik vidi dejansko vlogo medicinske sestre v hierarhičnem tipu modela, kot njegovo pomočnico pod njegovim nadzorom. Trdi tudi, da zdravstveni tim potrebuje posameznika, ki bi bil usposobljen za zdravljenje vsakega pacienta. Po njihovem mnenju bi kakovost zdravstvenega dela lahko padla, če bi medicinske sestre izvajale delo samostojno. Medicinske sestre želijo poudariti, da ne zahtevajo in ne želijo prevzeti odgovornosti za zdravljenje, ampak za zdravstveno oskrbo.

Klemenc (2007) je s pomočjo Kanadske raziskave o spolu in moči (medicinska sestra in zdravnik) ugotovila, da hierarhično neravnovesje v medosebnih odnosih vedno bolj blede, saj je to veliko bolj pogojeno s spolom kot s profesionalno hierarhijo. Medicinske sestre so vedno bolj ustrežljive in popustljive do moških zdravnikov, medtem ko k ženskim zdravnicam pristopajo bolj enakovredno in z odločno komunikacijo. Tudi bolj sovražno so nastrojene proti zdravnicam kot do zdravnikov. Tudi Pahor (2006a) meni, da je končni rezultat razlik med medicinskimi sestrami in zdravniki tudi njihov različen ugled v očeh javnosti. Predsodki ne vladajo samo med medicinskimi sestrami in zdravniki, ampak tudi med prebivalstvom, ki gleda profila ločeno: medicinske sestre so pomočnice zdravnika, zdravnik je tisti, ki ima znanje.

Klemenc (2007) ugotavlja, da tuje (zahodnoevropske in severnoameriške) raziskave o posameznih posebnostih zdravstvenih delavcev kažejo na vse večje osamosvajanje pri podrejenih strokovnih poklicnih skupinah v pomenu ustvarjanja večjega usposabljanja samostojnosti, zmanjševanja nadrejenosti in povečevanja medosebne pomoči. Medicinskim sestram je dostopno izobraževanje na univerzitetni stopnji, ki jim omogoča medosebno odvisno delo. Dokazano je, da dobra obojestranska zveza izboljša izid samega zdravljenja. Medtem ko se je medicina veliko bolj usmerila v odkrivanje same bolezni, pa se zdravstvena nega ukvarja s pacientom, počutjem in enostavnimi težavami. Za to področje zdravniki niso dodobra poučeni in izučeni, na kar se pojavlja vprašanje o samem izvoru ideologije zdravniške avtoritete nad medicinskimi sestrami.

### 2.2.3 Partnerski odnos

Poredoš (2006) navaja, da v zdravstvenem timu nastopata zdravnik in medicinska sestra kot pomembna partnerja. Tudi Lawrence (2011) navaja, da ključni elementi uspešnega medpoklicnega sodelovanja vključujejo skupne cilje in partnerstva, vključno z zahtevnimi, dopolnjujočimi in medosebnimi odvisnimi vlogami (medosebno spoštovanje, delitev moči).

Lamprecht in Verdev (2010) navajata, da ima v zdravstvu vlogo vodje zdravnik ali medicinska sestra. Vodja ustrezno načrtuje in sprejema odločitve. Prav tako je glavna naloga vodje, da strokovno razdeli delo med sodelavci, tudi glede na posamezne

izkušnje in znanje. Kot dober vodja pa mora tudi obvladati družbene in medprofesionalne veščine. Pahor (2006b) v raziskavi ugotavlja, da so se slovenske medicinske sestre najpogosteje videle kot zdravnikove pomočnice. Mnenja so, da je takšna podoba medicinskih sester tudi v javnosti. V času študija se je mnenje medicinskih sester zelo spremenilo, vse bolj so razumele poklic, postale razgledane, pridobile veliko več znanja in idej, teoretičnih temeljev, organizacijskih in vodstvenih znanj. Zaradi vsega tega so dobile več spoštovanja in ugleda med sodelavci v službi.

S pomočjo raziskave so Wagter, et al. (2012) ugotovili, da na Nizozemskem dnevno sodelovanje zdravnikov in medicinskih sester vključuje velik potencial za izmenjavo znanja med strokovnjaki. Zato je treba več pozornosti nameniti neformalnemu učenju pri ustvarjanju strategije in ustreznih pogojev za krepitev in ozaveščanje neformalnega učenja na delovnem mestu. Prav tako so Van den Bulcke, et al. (2016) s pomočjo raziskave ugotovili, da se v Belgiji z organizacijskega vidika medpoklicnega sodelovanja in procesov oskrbe lahko izboljša s prilagojenimi intervencijami, ki upoštevajo strokovne potrebe zdravstvenih delavcev.

### **2.3 TIMSKO DELO V ENOTI INTENZIVNI TERAPIJI**

Cerović (2009) navaja, da je zdravljenje življenjsko ogroženega pacienta zelo zahtevno, saj zahteva sodelovanje posameznih specialistov in veliko znanja ter izkušenj, zato je delo v timu še kako potrebno. Temeljni cilj vsakega tima je kakovostno zdravljenje s čim manjšimi komplikacijami. Prav tako Klemenc, et al. (2011) podpirajo timski model obravnave pacientov v enoti intenzivne terapije in nege, saj gre za sodobni pristop, ki je uveljavljen tako v Sloveniji kot v svetu. Tudi Lawrence (2011) navaja, da je delo lahko v enoti intenzivne terapije dinamično, kompleksno, včasih je prisotno tudi stresno delovno okolje. Vključuje stalno izpostavljenost zapletenosti medpoklicnega delovanja tima. Skupna raba energije je eden od najbolj zapletenih vidikov medpoklicnega sodelovanja. Sodelovanje po definiciji pomeni soodvisnost v nasprotju z avtonomijo.

Zaletel Kragelj in Pahor (2011) opisujeta, da tim sestavljajo strokovnjaki, ki se dobro zavedajo, da samo s skupnimi znanji, potrpežljivostjo in skupnim ciljem lahko posegajo po najboljših rezultatih, ki pa so kvalitetno priznani s strani vseh zdravstvenih delavcev.

Tudi Cerović (2009) navaja, da pri zdravljenju pacienta sodelujejo različni zdravstveni profili, ki imajo jasno postavljene vloge v timu ter so prilagojene njihovi izobrazbi in usposobljenosti. Skupaj so del multidisciplinarnega tima, za katerega je značilno medosebno sodelovanje in profesionalno komuniciranje. Prav tako Lamprecht in Verdev (2010) navajata, da obstajajo tudi ključni dejavniki, ki lahko vplivajo na samo učinkovitost tima. Zelo pomembni so komunikacija, organiziranost dela, medosebni odnosi, motiviranost, obojestransko zaupanje članov in timsko delovanje.

### 2.3.1 Prednosti in pomanjkljivosti timskega dela

Lamprecht in Verdev (2010) ugotavljata, da je lahko tim v primerjavi s posameznikom bolj produktiven, prilagodljiv in kreativen ter predstavlja veliko možnosti za doseganje zastavljenih ciljev. Naloge so razdeljene glede na izkušnje in znanje. Najslabše bi bilo, če bi se v timu našli uspešni in/ali isto misleči posamezniki. Premik (2007) opisuje, da je učinkovitost in uspešnost celega tima veliko odvisna od konkretnih opredelitev odgovornosti vsakega člana, zlasti od medosebnih odnosov, ki prevladujejo v timu. Zelo pomembno vlogo ima vodja, saj pokaže pripadnost družbenim in delovnim vrednotam, opazuje delovanje tima, vzpostavlja realne in jasne cilje, omogoča pozitivne pogoje za uspešno delo in priznava uspešnost vsakega člana tima.

Sargeant, et al. (2008) navajajo pet komunikacijskih interakcij v timu, in to so: norme, vloge, konfliktni menedžment, sprejemanje odločitev in kulturna raznolikost. Vloge, vezane na delo, ocenjujejo in povzemajo ideje samega tima, njegov napredek in/ali spodbujajo obnovitev novih idej »vloge vzdrževanja poskušajo lajšati timsko napetost ali pritisk oziroma vzdrževati harmonijo v timu. Osrednje vloge v timu poskušajo dominirati v diskusiji in delu, ali pa odvrtačajo pozornost tima od pomembnih težav tako, da jih delajo nepomembne. Omenjene vloge se razumejo kot najmanj učinkovite v timu« (Sargeant, et al., 2008, pp. 228–234).

Prednosti timskega dela so »boljša kakovost in učinkovitost dela, boljši rezultati dela, manj napak pri delu, zmanjšani škodljivi vplivi preutrujenosti, večje zadovoljstvo pri delu, člani tima so zadovoljni, vsak posamezni prispeva svoje znanje, demokratično vodenje in pripadnost timu«. Prav tako opišeta tudi pomanjkljivosti tima, kot so



»prevelika individualnost in tekmovalnost, kulturne in verske razlike, različni načini in načela zdravljenja in zdravstvene nege, prevlada člana v diskusiji, možni konflikti med člani in razpršena odgovornost« (Voga & Podsedenšek, 2010, pp. 73–84).

### 2.3.2 Razlika med zdravstvenim in negovalnim timom

Vrečko Pernat, et al. (2006) navajajo, da je zdravstveni tim sestavljen iz različnih strokovnjakov, zato jih poimenujejo interdisciplinarni ali multidisciplinarni tim in ga sestavljajo zdravnik, medicinska sestra, fizioterapevt, zdravstveni tehnik, delovni terapevt, socialni delavec in psiholog. Negovalni tim predstavljajo medicinske sestre, medicinska sestra s visokošolsko izobrazbo, medicinska sestra z akademsko podiplomsko izobrazbo, medicinska sestra-specialistka na različnih poklicnih pristojnostih in tehnik zdravstvene nege.

Poredoš (2006) navaja, da v zdravstvenem timu nastopata zdravnik in medicinska sestra kot pomembna partnerja. Oba imata določene delokroge in izvajata samostojne zdravstvene poklice. V timu pa se ne izključujejo profesionalne hierarhije, kar je dokaz, da je to eden pomembnih pogojev za uspešno sodelovanje tima.

Vrečko Pernat, et al. (2006) navajajo, da je delo negovalnega tima neprekinjeno in traja štiriindvajset ur. Zelo pomembno je stalno poročanje v pisni in ustni obliki, zaradi neprekinjenega spremljanja obravnave zdravstvene nege, takojšnje opazovanje in reagiranje na odstopanje znanja. Vse, kar je dokumentirano, ima arhivsko in pravno vrednost. Delitev dela je razdeljena glede na posameznikovo stopnjo strokovne izobrazbe. Tako delitev dela pripomore k racionalizaciji v zdravstveni negi.

### 2.3.3 Vloga vodje v negovalnem timu

Kot dobrega vodja Lamprecht in Verdev (2010) opredeljujeta tistega, ki vidi sebe kot uspešnega vodja in kot asistenta posamezniku v njegovem timu. Prednosti ne dajeta demokratičnemu stilu vodenja, saj pogostokrat vodi v kompleksnost odločanja in daje strokovnim članom preozek spekter razmišljanja. Najboljše je, če je vodja nekdo, ki ima celovito osebnost. Menita tudi, da vodja pogosto misli, da si, ko svojega dela ne opravi uspešno, zasluži kritiko, če pa ga opravi uspešno, pohvalne besede ne potrebuje.

Poudarjata ogromno razliko, ki je prisotna v timih. Med običajnim vodjem ta pogostokrat kritizira delo članov in ukazuje ter trenutno sodobnim vodjem, ki pogostokrat uporablja pohvalo, izvrši zastavljene cilje in deluje prijateljsko.

Mezek (2011) navaja, da se medicinske sestre strinjajo, da vodja premisli in upošteva mišljenja sodelavcev ter jih tako vključi v načrt izvajanja sprememb. Na podlagi metasinteze je Skela Savič (2011) ugotovila, da učinkovito vodenje zelo vpliva na posameznikov strokoven razvoj zdravstvene oskrbe, ima tudi končno vlogo pri pozitivnih izidih same obravnave pacientov. Podsedenšek (2015) navaja, da je učinkovito vodenje temelj uspešnega dela v zdravstveni negi in se pokaže z višjo stopnjo zdravja vseh zaposlenih in višjo stopnjo izboljšanja zdravstvenega stanja pacienta. Vodja mora motivirati svoje podrejene, saj se le tako trudijo za kakovostne medosebne odnose v timu, hkrati pa jih sodelavci spoštujejo, ko dajejo svoj doprinos v timu in delu.

Krajnc (2008) meni, da je lasten razvoj dolžnost in odgovornost vsakega posameznika, ta se mora vključiti v tisti sistem, ki pomaga pri osebnem razvoju. Tako spozna možnosti samostojnega razvoja pri lastnem delu in bo iskal možnosti nadaljnega razvoja. Skela Savič in Robida (2013) pa menita, da ima položaj vsakega zaposlenega statistično pozitivno velik vpliv na razvoj vseh zaposlenih, medosebne odnose med zaposlenimi, vodjem in motivacijo.

Gomboc (2010) ugotavlja, da delovno mesto zagotavlja popolno socialno podporo, večjo samozavest in varnost. Pomembno vpliva tudi na počutje in zdravje zaposlenih. Ker sčasoma postane precejšnji del našega življenja, je pomembno, da se zaposleni na delovnem mestu dobro počutijo, imajo dobre odnose s sodelavci in nadrejenimi ter da je vzdušje v organizaciji iskreno in odkrito.

## **2.4 KOMUNIKACIJA V TIMU**

Mohar, et al. (2009) so mnenja, da beseda komunicirati izhaja iz latinščine (*communicare*), ki pa pomeni posredovati informacije, misli, posvetovati se, sporazumevati se, vprašati za nasvet in razpravljati. To naj bi pomenilo, da udeleženci

posredujejo/izmenjujejo informacije, izkušnje in znanje s komuniciranjem. Ljudje med komuniciranjem prenašajo sporočila z različnimi simboli. Vedno je dvosmeren proces, ker je povezan sočasno z izmenjavo medosebnih sporočil in hkrati medosebno zaznavo. Prav tako je Šauperl (2009) mnenja, da je za komunikacijo značilno celotno (psihično, fizično, duhovno) in iskreno sprejemanje sogovornika, poznavanje njegovega problema, objektivno sporočanje in aktivno poslušanje. Na uspešnost celotnega razgovora ima velik vpliv obojestransko zaupanje.

Mušič (2012) navaja, da je v organizacijah komunikacija zelo pomembna, saj sodelavci z njo med seboj izmenjujejo potrebne informacije, ki so pomembne. Učinkovito in uspešno komuniciranje hitreje pomaga k doseganju želenih ciljev. Komunikacija, ki je kakovostna v celotni organizaciji, okrepi odnose med sodelavci in tako pripomore k večjemu zadovoljstvu vseh zaposlenih. Omogoča tudi kakovost, pomaga pri večji učinkovitosti, razumevanju in zaupanju ter uspešno reševanje nastalih težav ter kakovostno organizacijo. Za uspešno sodelovanje v timu je potrebno enakovredno komuniciranje posameznih članov tima in učinkovita komunikacija. Komunikacija naj bi bila sestavni del profesionalnega sodelovanja medicinske sestre. Kajič (2006) ugotavlja, da je kakovostno komuniciranje v pozitivni korelaciji s samim zadovoljstvom zaposlenih in tudi z njihovo večjo potrebo po pripadnosti organizaciji in učinkovitostjo. Prav tako navaja, da v Sloveniji večinoma prevladuje komunikacija od zgoraj navzdol. Najmočnejša metoda komunikacije je še vedno komuniciranje z zaposlenimi preko elektronske pošte in seznanjanje preko predstavniških organov. Individualne metode komunikacije naraščajo in tako omogočajo večje sodelovanje zaposlenih.

#### 2.4.1 Profesionalna komunikacija

Profesionalna komunikacija je osnova kakovostne zdravstvene nege, navaja Birk (2009), saj izboljšuje njeno učinkovitost ter uspešnost in je eden pomembnih pogojev za blaginjo zaposlenih in pacientov. Zelo pomembna je informacija, ki jo pridobimo s komunikacijo, saj je ključna pri dobrem delovanju timskega dela. Šauperl (2009) meni, da mora medicinska sestra za popolno izpeljavo profesionalne komunikacije uporabljati odprto komuniciranje. To naj bi bilo jasno, direktno, ciljno, iskreno, pozorno, odgovorno in sodelujoče. Velik poudarek daje nebesednemu in besednemu izražanju.

Komuniciranje je ena izmed pomembnih veščin in bi jo vsakdo moral obvladati. »Profesionalno komuniciranje je temeljno tkivo, ki povezuje udeležence v organizaciji in med organizacijami« (Hedberg, et al., 2007, pp. 214–221). Za dobro komunikacijo s sodelavci morajo imeti medicinske sestre precej dobre govorniško-retorične spretnosti. Popolne in prave informacije so bistvenega pomena, saj z njimi lahko rešujemo življenje in tako omogočimo, da živijo še naprej kakovostnejše. Z informacijami, ki so primerno podane, si prihranimo mnogo časa in se v veliki meri izognemo večjim napakam (Birk, 2009).

Birk (2009) navaja, da je ne komuniciranje tudi komuniciranje, saj je molk lahko zelo zgovoren. Zatisnjena ušesa in obrnjen hrbet velikokrat pomeni odklonitev, da z drugo osebo ne želimo komunicirati. Neprestano spremljamo vedenje oseb okrog sebe, jih opazujemo in si opaženo po svoje razlagamo. Vsako posamezno dejanje in ne dejanje ima nek svoj pomen.

#### 2.4.2 Motnje v komunikaciji

Pajnkihar in Lahe (2006) menita, da je pri pogovoru zelo pomembno upoštevanje mnenja sogovornika. Vsakega posameznika bi morali sprejemati kot celovito osebnost. Njegovega osebnega spoštovanja ne želimo omejiti, saj s tem prizadenemo tudi njegove želje, pričakovanja, osebnost in cilje. Želimo mu pustiti lastno mišljenje. V zdravstveni negi lahko ovire v komunikaciji nastopijo s strani prejemnika in oddajnika. Motnje pa lahko pričakujemo tudi v komunikacijski poti ali kanalu (motnje, šumi). Dodajata tudi, da so najpogostejše motnje medicinskih sester, da govorijo neurejeno, nejasno, napačno podajajo navodila, govorijo nerazločno in tiho, so dvomljive same vase, so neodkrite do samih sebe in pacientov, ne obvladajo jezika, primanjkuje jim časa in velikokrat govorijo strokovno, zato se jih ne razume.

McCabe in Timmins (2013) menita, da zaradi drugačnih pričakovanj, vrednot, znanja ter različnih osebnostnih profilov nihanja v počutju v vsakem timu velikokrat pride do komunikacijskih zamaškov, ki mnogokrat vplivajo na manjšo ustvarjalnost, povzročajo negativno klimo, slabšo produktivnost in poslabšajo učinkovitost sodelovanja. Prav tako Sirota (2007) meni, da bi lahko pomanjkanje komuniciranja med medicinskimi sestrami

in zdravniki lahko predstavljalo grožnjo varnosti pacientov. Ugotavlja, da bi se lahko medicinske sestre, če se s strani posameznih zdravnikov ne počutijo razumljene in spoštovane, lahko počutile jezne in nemočne. Tako se bodo izogibale komunikaciji z določenimi zdravniki, to lahko vodi v nesporazume, napake in stopnjevanje sporov med vpletenimi osebami.

Dobnik (2007) navaja, da so v komuniciranju najpogostejše motnje med sodelavci s strani oddajnika in jih lahko opišemo kot napačno razumljena navodila, strah pred možnimi vprašanji sodelavca, naša lastna negotovost, napačne predstave, nejasno in neurejeno govorjenje, časovno stisko in pomanjkanje stikov. Med najpogostejše motnje s strani sprejemnika lahko opredelimo pomanjkanje časa, neustrezen odnos, brezbržnost, neustrezno odzivanje, neodkritost ter jemanje poguma z mimiko in kretnjami. Do motenj lahko prihaja, ker nekdo ne razume vsebine, je poslana na neprimerni način ali pa je ne želi razumeti.

#### 2.4.3 Konflikti v timu

Organizacije so vedno primeren prostor za nastanek konfliktov, ugotavlja Černetič (2007), saj se na določenih mestih nahaja večja skupina posameznih ljudi, ki so zaradi narave dela in potrebnih socialnih potreb tudi prisiljeni več ur na dan, večkrat po več let, delovati skupaj na istem delovnem mestu. Voga in Podsedenšek (2010) ugotavljata, da če se pojavijo negativne ocene v medosebnem odnosu v timu, jih moramo vedno jemati resno in dobro preučiti ter poizkušati vpeljati izboljšave. Birk (2009) ugotavlja, da je na delovnem mestu treba izvajati supervizijo, to je metoda, ki se uporablja za reševanje nastalih konfliktov in problemov znotraj posamezne skupine ali oddelka. Tako pripomore k višji delovni zmožnosti in hitrejši učinkovitosti. Tudi Križan (2009) ugotavlja, da bi supervizija imela velik učinek na osebno rast, sprejemanje kritike in samozaupanje medicinskih sester. Pomagala bi ji, da razvije lastne sposobnosti, z njimi pa bi lahko začutila in prepoznala potrebe pacienta, bližnjega in sodelavca.

S pomočjo raziskave o percepcijah etičnih problemov je Klemenc (2007) ugotovila in dokazala, da zdravniki in medicinske sestre ne vidijo enako drug drugega. Medtem ko so medicinske sestre večkrat omenjale konflikte z zdravniki, pa zdravniki konfliktov z

medicinskimi sestrami niso omenili. Zdravniki spore z medicinsko sestro ne navajajo in jih tudi ne prepoznajo, dolgotrajni spori bi lahko onemogočali uspešno zdravljenje. Zdravniki so omenili, da so jim bolj pomembni drugi zdravniki, pacienti in njihovi svojci.

Jankovec (2006) ugotavlja, da je zelo pomembno, da se konfliktov ne bojimo, ampak jih poskušamo čim prej odpraviti. Če bi se jim izogibali, bi nezadovoljstvo naraščalo in bi se lahko preneslo tudi v domače okolje. Nerešeni konflikti se odražajo v vsesplošni kritiki in nezadovoljstvu v timu. V timih, kjer se uspešno rešujejo problemi, to so tisti, kjer se sporočila prenašajo skladno in svobodno, člani se medosebno aktivno poslušajo in spoštujejo potrebe ter je med njimi prisotno vzajemno zaupanje.

### **3 EMPIRIČNI DEL**

#### **3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA**

Namen diplomskega dela je ugotoviti, kakšen pomen medicinske sestre pripisujejo sodelovanju v negovalnem timu ter kakšni so medosebni odnosi v enoti intenzivne terapije v Splošni bolnišnici Jesenice in Splošni bolnišnici Celje.

Cilji diplomskega dela:

C1: Predstaviti pomen sodelovanja medicinske sestre v timu.

C2: Ugotoviti, kakšno je mnenje medicinske sestre o delovanju tima.

C3: Ugotoviti, kako vplivajo medosebni odnosi na medicinske sestre.

#### **3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

Na podlagi opredeljenih ciljev smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

V1: Kako medicinske sestre sodelujejo v timu (vpliv demografskih podatkov)?

V2: Kakšno je mnenje medicinskih sester do timskega dela v enoti intenzivne terapije?

V3: Kako komunikacija vpliva na medosebne odnose v timu?

V4: Kako pomembni so medosebni odnosi za medicinske sestre?

V5: Kakšni odnosi vladajo v timu, po mnenju medicinskih sester?

V6: Katere so po mnenju medicinskih sester največje ovire v komunikaciji?

V7: Kakšen je odnos medicinskih sester do ovir in konfliktov v timu?

#### **3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA**

##### **3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov**

Uporabili smo kvantitativno neeksperimentalno metodo raziskovanja. Za potrebe teoretičnega dela je bila pregledana strokovna in znanstvena literatura iz podatkovnih baz COBISS, PubMed, Google učenjak in revija Obzornik zdravstvene nege. Omejitve, ki smo si jih zadali za iskanje pomembnih znanstvenih člankov so bile, da so zapisane v celotnem besedilu, in da so bili znanstveni članki izdani med leti 2006 in 2016. Iskanje literature je potekalo z naslednjimi ključnimi besedami v slovenskem in angleškem

jeziku: »sodelovanje v zdravstvu (cooperation in healthcare), enota intenzivne terapije (intensive care unit) in komunikacija v zdravstvu (communication in healthcare)«. Za empirični del je bila uporabljena deskriptivna kvantitativna raziskovalna metodologija, in sicer vprašalnik, s katerim smo pridobili pomembne podatke o mnenjih, stališčih in možnih problemih, ki se pojavljajo v enotah intenzivne terapije oziroma kakšno je medosebno sodelovanje medicinskih sester v negovalnem timu. Podatke smo zbirali v Splošni bolnišnici Jesenice in v Splošni bolnišnici Celje.

### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za zbiranje podatkov smo uporabili vprašalnik, ki je sestavljen iz vprašanj zaprtega tipa. Vprašanja v vprašalniku smo oblikovali glede na namen in cilje diplomskega dela. Podatke o sodelovanju v timu in komuniciranju v timu smo pripravili na osnovi pregleda domače in tuje strokovne ter znanstvene literature (Pahor, 2006; Kaučič, 2007; Križan, 2009; Mohar, 2009; Gomboc, 2010; Bitežnik, 2011; Mušič, 2012; McCabe, 2012; Sirota, 2007; Sargeant, 2008; Wagter, 2012). Vsi anketiranci so bili seznanjeni o možnosti zavrnitve sodelovanja v raziskavi ter o namenu in vsebini raziskave.

Vprašalnik je bil namenjen medicinskim sestram v enotah intenzivne terapije in je bil sestavljen iz petih sklopov. Prvi sklop so bili demografski podatki, vsebovali so vprašanja o spolu, izobrazbi, starosti, delovni dobi, delovnem mestu in zdravstvenem zavodu, v katerem so zaposlene. Drugi sklop je opredeljeval sodelovanje medicinske sestre v timu in je vseboval trinajst trditev. Tretji sklop je opredeljeval medosebne odnose v timu in je vseboval osemnajst trditev. Četrty sklop je opredeljeval komunikacijo v timu in je vseboval osem trditev. Zadnji peti sklop je vseboval trditve o ovirah in konfliktih v timu in je vseboval osem trditev. Vsi sklopi so vsebovali Likertovo lestvico. Vrednosti so bile definirane z oceno od 1 do 5. Posamezne ocene so pomenile: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 – se strinjam in 5 – popolnoma se strinjam. Tako so anketirani imeli možnost samostojnega izbora za odločanje izbire ocene posamezne trditve, s katero so se strinjali. Vsem anketirancem, ki so izpolnili vprašalnik je bila zagotovljena popolna anonimnost. Preverili smo tudi zanesljivost vprašalnika, ki smo ga testirali s pomočjo Cronbachovega koeficienta alfa, ki je znašal 0,858. Cronbachov koeficient alfa je



presegel spodnji prag 0,8, ki v strokovni literaturi določa visoko stopnjo zanesljivosti instrumenta (Cencič, 2009).

### 3.3.3 Opis merskega vzorca

Raziskavo smo izvedli med medicinskimi sestrami v Enoti kirurške in internistične intenzivne terapije v Splošni bolnišnici Jesenice in Splošni bolnišnici Celje. V Splošni bolnišnici Jesenice smo razdelili 30 vprašalnikov, medtem ko smo v Splošni bolnišnici Celje razdelili 60 vprašalnikov. Naknadno smo izvedeli, da je v Splošni bolnišnici Jesenice v kirurški enoti intenzivne terapije zaposlenih 12 medicinskih sester, prav tako 12 medicinskih sester v enoti internistične intenzivne terapije, skupaj jih je zaposlenih 24, kar pomeni 80-odstotno realizacijo vzorca. V Splošni bolnišnici Celje je v kirurški enoti intenzivne terapije zaposlenih 25 medicinskih sester, prav tako 25 medicinskih sester v enoti internistične intenzivne terapije, skupaj jih je zaposlenih 50, kar pomeni 83,33-odstotno realizacijo vzorca. V raziskavo so bile vključene medicinske sestre (tehtnica zdravstvene nege/tehtnik zdravstvene nege, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, višja medicinska sestra/višji zdravstvenik in magistrica zdravstvene nege/magister zdravstvene nege). Anketiranje je potekalo od začetka meseca novembra 2016 do začetka meseca januarja 2017. Sodelovalo je 19 anketirancev v Splošni bolnišnici Jesenice in 40 anketirancev v Splošni bolnišnici Celje. Celotna (skupna) realizacija vzorca je bila 78,67-odstotna.

Rezultati demografskih podatkov anketirancev so prikazani v tabeli 1, ki prikazuje, da je 76 % anketirank in anketirancev v naši raziskavi po izobrazbi diplomiran(a) medicinska sestra/zdravstvenik, 17 % je po izobrazbi tehtnica zdravstvene nege/tehtnik zdravstvene nege, z 3 % sledi višja medicinska sestra/višji zdravstvenik in z 3 % magistrica zdravstvene nege/magister zdravstvene nege. V raziskavi je sodelovalo 14 % moških in 86 % žensk. Povprečna starost anketirancev je bila 38,1 leta; najmlajša zaposlena oseba ima 24 let in najstarejša pa 57 let. Povprečna delovna doba anketirancev je bila 14,2 leta; najmanjša delovna doba je 1 leto, medtem ko je najdaljša delovna doba 36 let zaposlitve. V raziskavi je sodelovalo 46 % anketirancev, ki so zaposleni v internistični enoti intenzivne terapije, medtem ko 54 % anketirancev dela v kirurški enoti

internistične terapije. V Splošni bolnišnici Jesenice je zaposlenih 32 % anketirancev, medtem ko je v Splošni bolnišnici Celje zaposlenih 68 % anketirancev.

**Tabela 1: Demografske značilnosti anketirancev**

Demografski podatki		n	f	%	Skupaj %
Izobrazba	TZN	59	10	17 %	100 %
	DMS		45	76 %	
	VMS		2	3 %	
	MZN		2	3 %	
Spol	Ženski	59	51	86 %	100 %
	Moški		8	14 %	
Starost	18–25 let	59	3	5,08 %	100 %
	26–35 let		22	37,29 %	
	36–45 let		22	37,29 %	
	46 in več let		12	20,34 %	
Delovna doba	0–5 let	59	10	16,95 %	100 %
	6–10 let		14	23,73 %	
	11–15 let		12	20,34 %	
	16–20 let		10	16,95 %	
	Nad 21 let		13	22,03 %	
Enota intenzivne terapije	Internistična EIT	59	27	46 %	100 %
	Kirurška EIT		32	54 %	
Zdravstveni zavod	SB Jesenice	19	19	32 %	79,16 %
	SB Celje	40	40	68 %	80 %

Lestvica: n = število anketirancev; f = frekvenca; % = odstotek; TZN – Tehnica zdravstvene nege/tehnika zdravstvene nege; DMS – Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik; VMS – Višja medicinska sestra/višji zdravstvenik; MZN – Magistrica zdravstvene nege/magister zdravstvene nege; EIT – Enota intenzivne terapije; SB – Splošna bolnišnica

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred izvajanjem raziskave smo najprej pridobili soglasje pomočnice direktorja za področje zdravstvene nege Splošne bolnišnice Jesenice in soglasje pomočnice direktorja za področje zdravstvene nege Splošne bolnišnice Celje. Z raziskavo smo seznanili tudi vodje intenzivnih enot. Raziskava je trajala od začetka meseca novembra 2016 do začetka meseca januarja 2017. Zaposlenim v enotah intenzivne terapije so vprašalnik razdelili koordinatorji oddelkov. Navodila za izpolnjevanje in namen raziskave so bila podana v vprašalniku. Anonimnost anketirancev smo zagotovili tako, da so izpolnjene vprašalnike shranjevali v zaprte ovojnice in jih odlagali v kartonski zabojnik. Dobljene podatke smo obdelali s pomočjo programa Microsoft Excel in statističnega programa SPSS, verzija 20.0. Uporabili smo opisno in bivariantno statistiko. Za prikaz celotnih statističnih podatkov smo uporabili tabele. Za predstavitev demografskih podatkov smo uporabili frekvenčne (n) in odstotne (%) porazdelitve vrednosti. V tabelah so navedene povprečne vrednosti (PV) in standardni odklon (SO) vseh odgovorov pri celotni

populaciji. Uporabili smo tudi Pearsonov koeficient korelacije, ki je pomemben za ugotavljanje povezav med spremenljivkami. Stopnja statistične pomembnosti je bila na ravni 0,05 in manj.

### 3.4 REZULTATI

Rezultate predstavljamo po posameznih sklopih vprašanj, tako kot so si sledila postavljena raziskovalna vprašanja.

Najprej smo želeli ugotoviti, ali imajo demografski podatki kakšen vpliv na to, kako medicinske sestre sodelujejo v negovalnem timu. Z rezultati korelacijske analize (tabela 2) smo iskali povezavo med demografskimi podatki in izbranimi zastavljenimi vprašanji v vprašalniku, ki so v povprečju dosegla najvišjo vrednost. Iz tabele 2 je razvidna statistična pomembna povezava med spolom in trditvijo, da je vloga vodje izredno pomembna pri oblikovanju in vzdrževanju uspešnega tima ( $r = -0,337$ ;  $p = 0,009$ ). Povezava je negativna, kar pomeni, da se moški spol manj strinja s to trditvijo, povezanost je nizka. Naslednja pomembna povezava se pokaže med spolom in trditvijo, da je odnos medicinska sestra–zdravnik je odvisen samo od medicinske sestre ( $r = 0,286$ ;  $p = 0,028$ ). Povezava je pozitivna, s to trditvijo se bolj strinjajo moški, povezanost je visoka. Ugotovimo tudi, da obstaja pozitivna povezava med starostjo in trditvijo, da se v primeru nesoglasja pogovorijo z vodjo ( $r = 0,259$ ;  $p = 0,048$ ). Povezava je pozitivna, kar pomeni, da se z njo strinjajo tisti, ki so starejši. Rezultati nam podajo tudi pomembno pozitivno povezavo med delovno dobo in trditvama, da so v timu, kjer so zaposleni, vsi člani tima vključeni v sprejemanje odločitev ( $r = 0,271$ ;  $p = 0,038$ ), in trditvijo, da ko pride do problema, se pogovorijo vsi udeleženi ( $r = 0,264$ ;  $p = 0,044$ ). Povezava pri obeh trditvah je pozitivna in visoka, kar nam pove, da se z njima strinjajo tisti, ki imajo daljšo delovno dobo. Ugotovili smo tudi, da obstaja pozitivna povezava med enoto intenzivne terapije in trditvijo, da hierarhični odnosi povzročajo napetost, nesoglasja in slabo sodelovanje ( $r = 0,268$ ;  $p = 0,040$ ). Povezanost je visoka, s to trditvijo se nekoliko bolj strinjajo kirurške medicinske sestre. Naslednja pomembna povezava se pokaže med zdravstvenim zavodom in trditvami, kjer smo zaposleni, prevladuje pozitivna klima ( $r = 0,266$ ;  $p = 0,042$ ), trditvijo, da jih podpora in sodelovanje celotnega tima dodatno motivira ( $r = 0,289$ ;  $p = 0,027$ ), trditvijo, da pred nekaterimi nadrejenimi občutijo strah ( $r = 0,268$ ;  $p = 0,040$ ), trditvijo, da menijo, da je

komunikacija med zdravstvenim in negovalnim timom dovolj kakovostna ( $r = 0,279$ ;  $p = 0,032$ ), in med trditvijo, da ko pride do problema, se pogovorijo vsi udeleženi ( $r = 0,439$ ;  $p = 0,000$ ). Pri vseh trditvah lahko opazimo, da je povezava pozitivna in povezanost visoka, razen pri zadnji trditvi, ki je statistično nepomembna, saj Pearsonov korelacijski koeficient znaša 0,000. Z vsemi naštetimi trditvami se nekoliko bolj strinjajo v Splošni bolnišnici Celje. Drugih statistično bistvenih povezav nismo potrdili.

**Tabela 2: Vpliv demografskih podatkov na sodelovanje medicinskih sester v timu**

	Izobrazba	Spol	Starost	Delovna doba	EIT	Zdravstveni zavod
<b>1</b>	-0,012	0,150	-0,081	0,044	0,108	<b>0,266*</b>
<b>2</b>	-0,073	-0,048	0,177	<b>0,271*</b>	-0,099	0,003
<b>3</b>	-0,136	<b>-0,337**</b>	0,099	0,091	<b>0,323*</b>	0,014
<b>4</b>	0,068	-0,009	-0,215	-0,108	0,239	<b>0,289*</b>
<b>5</b>	0,014	-0,010	-0,028	0,004	<b>0,310*</b>	<b>0,268*</b>
<b>6</b>	-0,100	<b>0,286*</b>	-0,030	0,020	0,046	0,071
<b>7</b>	-0,123	0,068	-0,091	-0,043	<b>0,268*</b>	0,251
<b>8</b>	-0,020	0,015	0,016	0,133	0,216	<b>0,279*</b>
<b>9</b>	-0,030	-0,075	<b>0,259*</b>	<b>0,327*</b>	-0,003	0,243
<b>10</b>	-0,038	0,030	0,175	<b>0,264*</b>	0,083	<b>0,439**</b>

**n = 59 Sig (2 – tailed)**

Lestvica:  $p = (0,01**)$ ;  $p = (0,05*)$ ;  $n =$  število anketirancev; Sig (2 – tailed) = dvostranski test; 1 – Kjer sem zaposlen/a, prevladuje pozitivna klima; 2 – V timu kjer sem zaposlen/a, smo vsi člani tima vključeni v sprejemanje odločitev; 3 – Vloga vodje je izredno pomembna pri oblikovanju in vzdrževanju uspešnega tima; 4 – Podpora in sodelovanje celotnega tima me dodatno motivira; 5 – Pred nekaterimi nadrejenimi občutim strah; 6 – Odnos medicinska sestra – zdravnik je odvisen samo od medicinske sestre; 7 – Hierarhični odnosi povzročajo napetost, nesoglasja in slabo sodelovanje; 8 – Menim, da je komunikacija dovolj kvalitetna med zdravstvenim in negovalnim timom; 9 – V primeru nesoglasja se pogovorim z vodjo; 10 – Ko pride do problema, se pogovorimo vsi udeleženi

Nato smo želeli ugotoviti, kako medicinske sestre sodelujejo v negovalnem timu, kar prikazujemo v tabeli 3. Rezultati prikazujejo, da so sodelujoči v intenzivni enoti v povprečju navedli največje strinjanje s trditvama, da mora imeti učinkovit tim jasno vizijo ( $n = 59$ ;  $PV = 4,8$ ;  $SO = 0,36$ ) in trditev, da je bistvo timskega dela skupno uresničevanje ciljev ( $n = 59$ ;  $PV = 4,8$ ;  $SO = 0,36$ ). Visoko strinjanje je dosegla tudi trditev, da je učinkovita komunikacija temeljna lastnost za uspešen tim ( $n = 59$ ;  $PV = 4,7$ ;  $SO = 0,48$ ). Manjše strinjanje sta dosegli trditvi, da so vsi člani tima vključeni v sprejemanje odločitev ( $n = 59$ ;  $PV = 3,3$ ;  $SO = 0,97$ ) in da so za delo dobro usposobljeni, vendar jih vodja ali sodelavci ovirajo, da bi lahko to znanje uporabili ( $n = 59$ ;  $PV = 2,6$ ;  $SO = 1,23$ ). Zanimiva trditev, ki je dosegla povprečno oceno, je bila, da imajo preveč postavljenih nalog in premalo časa za njihovo izpolnitev ( $n = 59$ ;  $PV = 3,8$ ;  $SO = 0,96$ ).

**Tabela 3: Sodelovanje medicinske sestre v timu**

TRDITEV	n	PV	SO
Bistvo timskega dela je skupno uresničevanje ciljev.	59	4,8	0,36
Učinkovit tim ima jasno vizijo.	59	4,8	0,36
Kjer sem zaposlen/a, prevladuje pozitivna klima.	59	3,7	0,83
Med člani tima vladajo dobri, odkriti odnosi.	59	3,4	0,82
Skupinsko delo je zaželeno.	59	4,5	0,68
Moja vloga in odgovornost na oddelku sta razumljivi.	59	4,3	0,65
Kritiko sprejemem kot dobronamerno.	59	4,3	0,66
Menim, da je učinkovita komunikacija temeljna lastnost za uspešen tim.	59	4,7	0,48
Menim, da imam preveč postavljenih nalog in premalo časa za njihovo izpolnitev.	59	3,8	0,96
Za delo sem dobro usposobljen/a, vendar me vodja ali sodelavci ovirajo, da bi lahko to znanje uporabil.	59	2,6	1,23
V timu, kjer sem zaposlen/a, smo vsi člani tima vključeni v sprejemanje odločitev.	59	3,3	0,97
Vloga vodje je izredno pomembna pri oblikovanju in vzdrževanju uspešnega tima.	59	4,7	0,44
Člani tima smo avtonomni pri izvedbi del in nalog na področju zdravstvene nege.	59	4	0,78

Lestvica: n = število anketirancev; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Nato smo želeli raziskati, kako komunikacija vpliva na medosebne odnose v negovalnem timu. Rezultate prikazujemo v tabeli 4 spodaj, kjer je največje strinjanje dosegla trditev, da komunikacija mora biti dvosmerna, odprta in sproščena (n = 59; PV = 4,8; SO = 0,38). Visoko strinjanje je dosegla še trditev, da komuniciranje ni samo posredovanje informacij (n = 59; PV = 4,7; SO = 0,44). Pri naslednji trditvi se pokaže najmanjše strinjanje v povprečju, in sicer da med medicinskimi sestrami in zdravniki poteka enakovredna komunikacija (n = 59; PV = 3,1; SO = 1,07). Zanimivi trditvi, ki sta v povprečju dosegli visoko strinjanje, sta, da je za doseganje timskega soglasja nujno potrebna povratna informacija, s katero preverimo razumevanje in podporo tima (n = 59; PV = 4,5; SO = 0,65), in trditev, da je komunikacija med zdravstvenim in negovalnim timom dovolj kakovostna (n = 59; PV = 3,3; SO = 0,93).

**Tabela 4: Komunikacija v timu**

TRDITEV	n	PV	SO
Komunikacija mora biti dvosmerna, odprta, sproščena.	59	4,8	0,38
Komuniciranje ni samo posredovanje informacij.	59	4,7	0,44
Moje trenutno počutje vpliva na kakovost mojega dela v timu.	59	3,5	1,23
Za doseganje timskega soglasja je nujno potrebna povratna informacija, s katero preverimo razumevanje in podporo tima.	59	4,5	0,65
Če v timu ni medsebojnega zaupanja, tudi komunikacija ne more biti uspešna in učinkovita.	59	4,6	0,58
Menim, da je komunikacija dovolj kvalitetna med zdravstvenim in negovalnim timom.	59	3,3	0,93

TRDITEV	n	PV	SO
Med medicinskimi sestrami in zdravniki poteka enakovredna komunikacija.	59	3,1	1,07
Zbiranje, izmenjava, priprava in posredovanje informacij so bistveni za uspešno in učinkovito komuniciranje v timu.	59	4,5	0,59

Lestvica: n = število anketirancev; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Nato smo hoteli razumeti, kako pomembni so medosebni odnosi za medicinske sestre. Rezultate predstavljamo v tabeli 5 spodaj. Največje strinjanje anketirancev v povprečju je dosegla trditev, da jih podpora in sodelovanje celotnega tima dodatno motivira (n = 59; PV = 4,3; SO = 0,80). Visoko strinjanje je dosegla tudi trditev, da v medosebnem odnosu postavijo ustrezno mejo (n = 59; PV = 4; SO = 0,64). Pri naslednji trditvi se pokaže najmanjše strinjanje v povprečju, da je odnos medicinska sestra–zdravnik odvisen samo od medicinske sestre (n = 59; PV = 1,6; SO = 0,97). Zanimiva trditev, ki je dosegla povprečno visoko oceno, je, da jih sodelavci cenijo, ko dajejo svoj doprinos v tim (n = 59; PV = 3,8; SO = 0,79). Nato smo želeli ugotoviti, kakšni medosebni odnosi po mnenju medicinskih sester vladajo v negovalnem timu. Rezultate prikazujemo v tabeli 5. Največje strinjanje anketirancev v povprečju je dosegla trditev, da se do drugega obnašajo tako, kakor bi si želeli, da se on obnaša do njih (n = 59; PV = 4,5; SO = 0,97). Pri naslednjih dveh trditvah se pokaže najmanjše strinjanje v povprečju. Trditev, da se pogosto dogaja, da sodelavci kritizirajo moje delo (n = 59; PV = 2,3; SO = 1,01), je dosegla podoben rezultat kot trditev, da pred nekaterimi sodelavci občutijo strah (n = 59; PV = 2,2; SO = 1,28). Zanimive trditve, ki so dosegle povprečne vrednosti strinjanja, so, da dobijo dovolj informacij in povratnih informacij zdravstvenega tima (n = 59; PV = 3,6; SO = 0,85), avtoritarni odnosi povzročajo napetost, nesoglasja in slabo sodelovanje (n = 59; PV = 3,5; SO = 1,10) in da hierarhični odnosi povzročajo napetost, nesoglasja in slabo sodelovanje (n = 59; PV = 3,1; SO = 1,27).

**Tabela 5: Medosebni odnosi v timu**

TRDITEV	n	PV	SO
Podpora in sodelovanje celotnega tima me dodatno motivira.	59	4,3	0,80
V medosebnem odnosu postavim ustrezno mejo.	59	4	0,64
Vodji oddelka lahko popolnoma zaupam.	59	3,8	0,94
Vodja oddelka skrbi za moj osebni in karierni razvoj.	59	3,7	0,92
Vodja oddelka in sodelavci spoštujejo moje delo.	59	3,9	0,74
Sodelavci me cenijo, ko dajem svoj doprinos v tim.	59	3,8	0,79
Odnosi v delovnem okolju so dobri.	59	3,6	0,85
V timu mi premalo zaupajo.	59	2,5	1,09

TRDITEV	n	PV	SO
Pogosto se dogaja, da sodelavci kritizirajo moje delo.	59	2,3	1,01
Pred nekaterimi sodelavci občutim strah.	59	2,2	1,28
Pred nekaterimi nadrejenimi občutim strah.	59	2,4	1,32
Člani tima so zelo previdni pri tem, kaj povedo.	59	3	1,05
Do drugega se obnašam tako, kakor bi si želel, da se on obnaša do mene.	59	4,5	0,97
Odnos medicinska sestra – zdravnik je odvisen samo od medicinske sestre.	59	1,6	0,97
Pomembno se mi zdi, s katerim članom negovalnega tima opravljam delo na oddelku.	59	2,9	1,23
Hierarhični odnosi povzročajo napetost, nesoglasja in slabo sodelovanje.	59	3,1	1,27
Avtoritarni odnosi povzročajo napetost, nesoglasja in slabo sodelovanje.	59	3,5	1,10
Dobim dovolj informacij in povratnih informacij zdravstvenega tima.	59	3,6	0,85

Lestvica: n = število anketirancev; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Nato smo želeli ugotoviti, katere so po mnenju medicinskih sester največje ovire v komunikaciji. Rezultate najdemo v tabeli 6 spodaj. V povprečju je največje strinjanje dosegla trditev, da so pomanjkanje časa, preobremenjenost in neučinkovit pretok informacij najpogostejše ovire za uspešno komunikacijo (n = 59; PV = 4,2; SO = 0,81). Nekoliko manjše strinjanje je dosegla trditev, da če se pojavi nesoglasje/ovira pri delu, se umirijo in situacijo preučijo (n = 59; PV = 3,8; SO = 0,87). Najmanjše strinjanje je dosegla trditev, da jih vsaka malenkost »vrže s tira« (n = 59; PV = 2,1; SO = 1,06). Nato smo želeli ugotoviti, kakšen je odnos medicinskih sester do ovir in konfliktov v negovalnem timu oziroma kako se medicinske sestre odzovejo na ta dva pojava. Rezultate predstavljamo v tabeli 6 spodaj. V povprečju je največje strinjanje dosegla trditev, da se v primeru nesoglasja pogovorijo z vodjo (n = 59; PV = 4; SO = 0,85). Najmanjše strinjanje sta dosegli trditvi, da se konfliktom v timu najraje izognejo tako, da se umaknejo (n = 59; PV = 2,8; SO = 1,24) in trditev, da je konfliktna situacija v timu priložnost za tekmovanje (n = 59; PV = 2,1; SO = 1,27). Kot zanimivost predstavljamo trditev, ki je ocenjena z povprečno vrednostjo, če pride do problema, se pogovorijo vsi udeleženi (n = 59; PV = 3,4; SO = 0,99).

**Tabela 6: Ovire in konflikti v timu**

TRDITEV	n	PV	SO
Konfliktom v timu se najraje izognem tako, da se umaknem.	59	2,8	1,24
Konfliktna situacija v timu je priložnost za tekmovanje.	59	2,1	1,27
V primeru nesoglasja se pogovorim z vodjo.	59	4	0,85
Vsaka malenkost me »vrže s tira«.	59	2,1	1,06
Ko pride do problema, se pogovorimo vsi udeleženi.	59	3,4	0,99
Če se pojavi nesoglasje-ovira pri delu se umirim in situacijo preučim.	59	3,8	0,87
Pomanjkanje časa, preobremenjenost in neučinkovit pretok informacij so najpogostejše ovire za uspešno komunikacijo.	59	4,2	0,81
Pogajanje, popuščanje in iskanje rešitev pripeljejo do uspešne razrešitve konfliktov.	59	3,9	1,17

Lestvica: n = število anketirancev; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Naslednja tabela 7 prikazuje rezultate korelacijske analize. Ta korelacijska analiza je pomembna iz vidika za ugotavljanje povezav med izbranimi spremenljivkami (vprašanji), ki so v povprečju dobila najvišjo vrednost. Uporabili smo Pearsonov koeficient korelacije, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 in manj.

**Tabela 7: Korelacijska analiza (izbrana pomembna vprašanja)**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	0,191	<b>0,284*</b>	0,174	0,239	0,185	<b>0,311*</b>	<b>0,548**</b>	<b>0,353**</b>	<b>0,328*</b>
2	0,191	1	<b>0,499**</b>	<b>0,349**</b>	-0,099	0,133	0,141	0,125	<b>0,328*</b>	<b>0,421**</b>
3	<b>0,284*</b>	<b>0,499**</b>	1	<b>0,608**</b>	-0,129	0,216	0,025	0,058	<b>0,415**</b>	<b>0,377**</b>
4	0,174	<b>0,349**</b>	<b>0,608**</b>	1	-0,203	0,196	-0,050	0,064	<b>0,374**</b>	<b>0,276*</b>
5	0,239	-0,099	-0,129	-0,203	1	0,174	<b>0,258*</b>	0,087	-0,104	0,019
6	0,185	0,133	0,216	0,196	0,174	1	<b>0,349**</b>	<b>0,414**</b>	0,179	0,146
7	<b>0,311*</b>	0,141	0,025	-0,050	<b>0,258*</b>	<b>0,349**</b>	1	<b>0,386**</b>	<b>0,270*</b>	0,183
8	<b>0,548**</b>	0,125	0,058	0,064	0,087	<b>0,414**</b>	<b>0,368**</b>	1	<b>0,507**</b>	<b>0,432**</b>
9	<b>0,353**</b>	<b>0,328*</b>	<b>0,415**</b>	<b>0,374**</b>	-0,104	0,179	<b>0,270*</b>	<b>0,507**</b>	1	<b>0,615**</b>
10	<b>0,328*</b>	<b>0,421**</b>	<b>0,377**</b>	<b>0,276*</b>	0,019	0,146	0,183	<b>0,432**</b>	<b>0,615**</b>	1

n = 59 Sig (2 – tailed)

Lestvica: p = (0,01\*\*); p = (0,05\*); n = število anketirancev; Sig (2 – tailed) = dvostranski test; 1 – Bistvo timskega dela je skupno uresničevanje ciljev; 2 – Moja vloga in odgovornost na oddelku sta razumljivi; 3 – Vodji oddelka lahko popolnoma zaupam; 4 – Odnosi v delovnem okolju so dobri; 5 – Pred nekaterimi nadrejenimi občutim strah; 6 – Komunikacija mora biti dvosmerna, odprta, sproščena; 7 – Če v timu ni medsebojnega zaupanja, tudi komunikacija ne more biti uspešna in učinkovita; 8 – Zbiranje, izmenjava, priprava in posredovanje informacij so bistveni za uspešno in učinkovito komuniciranje v timu; 9 – V primeru nesoglasja se pogovorim z vodjo; 10 – Če se pojavi nesoglasje/ovira pri delu, se umirim in situacijo preučim

Z rezultati korelacijske analize (tabela 7) smo iskali povezavo med izbranimi zastavljenimi vprašanji v vprašalniku, in sicer o pomembnosti sodelovanja in medosebnih odnosov medicinskih sester v timu, kot uspešen način reševanja ovir in konfliktov v povezavi z komunikacijo. Iz tabele je razvidna statistična pomembna pozitivna povezava med trditvijo, da je bistvo timskega dela skupno uresničevanje ciljev in da, vodji oddelka lahko popolnoma zaupajo ( $r = 0,284$ ;  $p = 0,030$ ). Povezanost je visoka. Naslednja pomembna pozitivna povezava se pokaže med trditvijo, da je bistvo timskega dela skupno uresničevanje ciljev in da, če v timu ni medsebojnega zaupanja, tudi komunikacija ne more biti uspešna in učinkovita ( $r = 0,328$ ;  $p = 0,016$ ). Obstaja tudi statistično pomembna povezava med trditvijo, da je bistvo timskega dela skupno uresničevanje ciljev in da se, če se pojavi nesoglasje/ovira pri delu, umirijo in situacijo preučijo ( $r = 0,328$ ;  $p = 0,011$ ). Rezultati nam poročajo tudi pomembno pozitivno povezavo med trditvama, da sta moja vloga in odgovornost na oddelku razumljivi in da se v primeru nesoglasja pogovorijo z vodjo ( $r = 0,499$ ;  $p = 0,011$ ). Ugotovimo tudi, da obstaja pozitivna povezava med trditvama, da so odnosi v delovnem okolju dobri in če se pojavi nesoglasje-ovira pri delu se umirijo in situacijo preučijo ( $r =$



0,276;  $p = 0,035$ ). Povezanost je visoka. Prav tako obstaja manjša povezava med trditvama, da so odnosi v delovnem okolju dobri in da se v primeru nesoglasja pogovorijo z vodjo ( $r = 0,374$ ;  $p = 0,004$ ). Naslednja pozitivna visoka povezava je med trditvama, da pred nekaterimi nadrejenimi občutijo strah, in če v timu ni medsebojnega zaupanja, tudi komunikacija ne more biti uspešna in učinkovita ( $r = 0,258$ ;  $p = 0,048$ ). Ugotovimo tudi pomembno povezavo med trditvami, da mora biti komunikacija dvosmerna, odprta, sproščena in da če v timu ni medsebojnega zaupanja, tudi komunikacija ne more biti uspešna in učinkovita ( $r = 0,349$ ;  $p = 0,007$ ), ter manjšo povezavo pri trditvi zbiranje, izmenjava, priprava in posredovanje informacij so bistveni za uspešno in učinkovito komuniciranje v timu ( $r = 0,414$ ;  $p = 0,001$ ). Obstaja tudi pozitivna povezava med trditvama, da če v timu ni medsebojnega zaupanja, tudi komunikacija ne more biti uspešna in učinkovita in da se v primeru nesoglasja pogovorijo z vodjo ( $r = 0,270$ ;  $p = 0,039$ ). Pokaže se tudi manjša povezava med trditvama, da če v timu ni medsebojnega zaupanja, tudi komunikacija ne more biti uspešna in učinkovita, in da so zbiranje, izmenjava, priprava in posredovanje informacij bistveni za uspešno in učinkovito komuniciranje v timu ( $r = 0,368$ ;  $p = 0,004$ ). Drugih statistično bistvenih povezav nismo potrdili.

### 3.5 RAZPRAVA

Sodeč po odzivu so anketiranci pokazali precejšnjo mero zanimanja za raziskovalno področje in prav tako tudi pripravljenost za sodelovanje. Z zastavljenimi vprašanji smo lahko odgovorili na vsa raziskovalna vprašanja, ki smo si jih na začetku diplomskega dela zastavili.

V prvem delu vprašalnika lahko na celotne pridobljene in obdelane rezultate podamo odgovor na prvo raziskovalno vprašanje, kako medicinske sestre sodelujejo v timu (vpliv demografskih podatkov), odgovorimo s pomočjo korelacijske analize (tabela 2), ki pokaže, da izobrazba, spol, delovna doba in oddelek intenzivne terapije pokažejo pozitivne povezanosti, kako medicinske sestre sodelujejo v timu glede na demografske podatke. Lahko trdimo, da še vedno v timu prevladuje ženski spol. Glede izobrazbe nismo našli nobene povezave z zastavljenimi vprašanji v vprašalniku. Na starost lahko podamo mnenje, da si starejše medicinske sestre veliko bolj želijo pogovorov z vodjo v

primeru nesoglasja. Tiste, ki imajo daljšo delovno dobo, se nekoliko lažje vključujejo v sam tim, kjer jih spoštujejo in jim dopuščajo sodelovanje oziroma izražanje lastnega mnenja. Kirurška intenzivna terapija je imela nekoliko večje strinjanje, da hierarhični odnosi povzročajo napetost, nesoglasja in slabo sodelovanje. To bi lahko pomenilo, da je hierarhija še vedno prisotna v delovnem okolju. Klemenc (2007) v svoji raziskavi ugotavlja, da je prisotna izrazita posebnost zvez med zdravstvenimi delavci in to je hierarhičnost, ki v veliki meri temelji na strokovni izobrazbi. Sodelovanje temelji na osnovi nadzora in popolne odgovornosti. Med zdravnikom in medicinsko sestro je veliko večja socialna distanca kot pri drugih poklicih med delavci z visoko oziroma višjo in srednjo izobrazbo.

Drugo raziskovalno vprašanje je bilo, kakšno je mnenje medicinske sestre do timskega dela v enotah intenzivne terapije. Rezultati nam podajo podatke, da medicinske sestre gledajo na tim, kot pomemben faktor za uspešno in kakovostno delo. Brez kakovostnega sodelovanja v timu tudi tim ne deluje dobro in pojavljajo se napake, lahko tudi usodne. Medicinske sestre v intenzivni enoti so navedle, da mora imeti vsak učinkoviti tim jasno vizijo. Medicinske sestre imajo pozitivno mnenje do vodje oddelka, menijo, da je vloga vodje pri oblikovanju in vzdrževanju uspešnega tima izredno pomembna. Za dobro organizacijo dela je zelo pomembno, kako tim deluje medosebno, zato se strinjajo, da kjer so zaposlene, prevladuje pozitivna klima. Tako kot vedno je motivacija izrednega pomena, pomembno je, da se med seboj spodbujajo in ne grajajo, zato se tudi medicinske sestre strinjajo, da jih podpora in sodelovanje celotnega tima dodatno motivira. Iz te trditve si lahko razlagamo, da pozitivna klima v timu ugodno vpliva na motivacijo in rast samozavesti. Odkrijemo tudi manjše strinjanje, da nekaterim v timu premalo zaupajo. Voga in Podsedenšek (2010) sta prišli do ugotovitve, da je delo na intenzivnem oddelku v večji meri odvisno od medicinske sestre, ki mora obvladati prav vse. Zaveda se, da s svojim dobrim delom in sodelovanjem veliko pripomore k uspešnemu tinskemu delu. Uresničevanje uspešnega timskega dela je neposredno vpeto v njihovo vsakdanje delo.

Sledilo je tretje raziskovalno vprašanje, kako komunikacija vpliva na medosebne odnose v timu. Medosebni odnosi so pomembni za uspešno sodelovanje tima, pri tem ne

smemo pozabiti pomena komunikacije in načina komuniciranja med zaposlenimi. Medicinske sestre se najbolj strinjajo s trditvijo, da če v timu ni medsebojnega zaupanja, tudi komunikacija ne more biti uspešna in učinkovita. Podobno mišljenje medicinskih sester opazimo pri trditvah, da so zbiranje, izmenjava, priprava in posredovanje informacij bistveni za uspešno in učinkovito komuniciranje v timu, in trditvi, da je za doseganje timskega soglasja nujno potrebna povratna informacija, s katero preverimo razumevanje in podporo tima. Medicinske sestre so povprečno ocenile trditev, da med medicinskimi sestrami in zdravniki poteka enakovredna komunikacija. To bi lahko razložili tako, da se medicinske sestre še vedno vidijo v vlogi pomočnice zdravniku, namesto da bi bile zaupanja vredne strokovnjakinje na svojem poklicnem področju. Klemenc (2007) meni, da pozitivna komunikacija vpliva na kakovostne medpoklicne odnose ter varno zdravstveno obravnavo. Če sodelovanje poteka gladko, se pojavijo tudi boljši rezultati dela, manj zapletov in zniža se stopnja odsotnosti zaposlenih hkrati pa se poveča stopnja zadovoljstva.

Četrto raziskovalno vprašanje je bilo, kako pomembni so medosebni odnosi za medicinske sestre. Ne samo medicinskim sestram, tudi drugim v ekipi je zelo pomembno, kako te sprejemajo v delovnem okolju. Od tega je odvisna samozavest in v veliki meri tudi osebna rast, ki poskrbita za pozitivno delovanje na delovnem mestu. Medicinske sestre navajajo, da v medosebnem odnosu postavijo ustrezno mejo. Ne želijo prestopiti te meje, saj bi se s porušenjem te meje lahko pojavile ovire in nastali konflikti na delovnem mestu. Nekoliko se jim zdi pomembno, s katerim članom negovalnega tima opravljajo delo na oddelku. Nikakor pa se ne strinjajo, da je odnos medicinska sestra–zdravnik odvisen samo od medicinske sestre. Lahko trdimo, da se medicinske sestre zavzemajo za svoje delo in svoja stališča, ki jim pripadajo. Podajo pomembno mnenje, da med člani tima vladajo dobri in odkriti odnosi. Brez dobrih in iskrenih odnosov tudi tim ne more delovati enotno. Prav tako Podsedenshek (2015) ugotavlja, da morajo vodje motivirati in poskrbeti za pozitivno delovno okolje, največji pomen pa naj bi imelo, da se trudijo za ohranitev dobrih medosebnih odnosov v timu. Klemenc (2007) je mnenja, da v bolnišnici, kjer je večji status precej pomemben, se to pokaže z oddaljenostjo zdravnika do pacienta (kratki in omejeni stiki le na jutranjo vizito) in zblíževanjem medicinske sestre s pacientom (dnevni pogovori, pomoč pri

intimnih stvareh). Zdravniki so v takih trenutkih odvisni od informacij, ki jim jih posredujejo medicinske sestre, zato je zelo pomembno v kakšnem odnosu sodelujeta.

Sledilo je peto raziskovalno vprašanje, kakšni odnosi vladajo v timu, po mnenju medicinskih sester. Glede na odgovore lahko sklepamo, da so medicinske sestre v enotah intenzivne terapije zadovoljne z odnosi v timu, zavedajo pa se tudi pomembnosti dobrega vodja. Medicinske sestre se dobro zavedajo, da vodja oddelka in sodelavci spoštujejo njihovo delo. To ima velik vpliv na njihovo samostojno delo. Navajajo tudi, da so odnosi v delovnem okolju dobri in da avtoritarni odnosi povzročajo napetost, nesoglasja in slabo sodelovanje. Še vedno pa so mnenja, da hierarhični odnosi povzročajo napetost, nesoglasja in slabo sodelovanje. Podsedenšek (2015) navaja, da se medicinske sestre zavedajo, da na delovnih mestih potrebujejo osebe, ki imajo kakovostno znanje in hkrati tudi pozitivne osebnostne lastnosti, ki jih potrebuje dober vodja. V prihodnosti bi bilo treba ustvariti homogen kolektiv, v katerem bi vladali dobri medosebni odnosi ter bi posvečali pozornost k zaupanju in spoštovanju vsakega posameznika. Klemenc (2007) opisuje tri različne modele odnosa. Pri birokratskem modelu so medicinske sestre poslušne in zveste. Pri modelu, ki podpira zdravnika, medicinske sestre odgovarjajo le zdravniku, delujejo v korist znanosti, raziskav in tehnologije. Pri modelu, ki zagovarja pacienta, se medicinske sestre zavzemajo za pacientovo avtonomijo in pacientove pravice.

Šesto raziskovalno vprašanje je bilo, katere so po mnenju medicinske sestre največje ovire v komunikaciji. Medicinske sestre menijo, da ovire v komunikaciji lahko odpravimo, vendar bodo vedno prisotne. Mnenja so, da so pomanjkanje časa, preobremenjenost in neučinkovit pretok informacij najpogostejše ovire za uspešno komunikacijo. Pojasnijo, da če se pojavi nesoglasje-ovira pri delu se umirijo in situacijo preučijo. Menijo tudi, da je komunikacija dovolj kvalitetna med zdravstvenim in negovalnim timom. Ker je bila ta trditev ocenjena s povprečno vrednostjo, lahko menimo, da se še vedno pojavijo ovire v komunikaciji, lahko zaradi nerazumevanja navodil, samo ustno naročilo ali pa vzpostavitev avtoritarnosti posameznika. Zaletel Kragelj in Pahor (2011) ugotavljata, da po uspešnih rezultatih posežejo takrat, ko zaupajo v delo drug drugega in poteka enakovredna komunikacija v timu. Dobnik

(2007) navaja, da do motenj lahko prihaja, ker nekdo ne razume vsebine, je poslana na neprimeren način ali pa je ne želi razumeti.

Sledi zadnje sedmo raziskovalno vprašanje, kakšen je odnos medicinskih sester do ovir in konfliktov v timu. Medicinske sestre navajajo, da se v primeru nesoglasja pogovorijo z vodjo. Vodja bi jih moral poslušati in jim svetovati ter jih usmerjati k razrešitvi nastalega problema. Menijo, da pogajanje, popuščanje in iskanje rešitev pripeljejo do uspešne razrešitve konfliktov. Konflikt medicinskim sestram ne povzroča težav, to opazimo pri trditvi, da se konfliktom v timu najraje izognejo tako, da se umaknejo. Manj pa se strinjajo, da je konfliktna situacija v timu priložnost za tekmovanje. Tekmovanje v timu nikoli ni dobrodošlo, saj tako nastane veliko problemov in tudi traja dlje časa, da te probleme razrešijo. Jankovec (2006) poudarja, da konflikti lahko povzročajo resne težave. Seveda smo si ljudje različni in vsak reagira drugače na oviro ali konflikt v timu. Navaja, da moramo to oviro preprečiti že na začetku in nikakor dopustiti, da bi se jim izogibali, saj se nerešeni problemi lahko prenesejo tudi v naše domače okolje. Križan (2009) poudarja, da bi bilo, če bi se znali pogovarjati, veliko manj konfliktov, zmožnost znati prisluhniti pa bi pripomogla k izboljšanju medosebnih odnosov. Enostavnega recepta za pozitivno odpravljanje ovir in konfliktov na delovnem mestu ni.

Velikokrat se premalo zavedamo, da smo pri delu odvisni drug od drugega, pozabimo pa tudi, kako pomembno je sodelovanje v timu, da bi dosegali najvišjo raven kakovostne nege in dela. Zato je izrednega pomena, da so zdravstveni delavci v dobrih medosebnih odnosih v kolektivu, saj bodo le tako vzpostavili dobro delovno klimo in zadovoljstvo postane motivacijski dejavnik. V svoji raziskavi Skela Savič (2006) ugotavlja, da se medicinske sestre v enotah intenzivne terapije dobro zavedajo pomena učinkovite komunikacije, saj predstavlja glavno lastnost za uspešen voden tim. Dodaja, da je dobra komunikacija lastnost vseh kakovostnih timov. Trdimo lahko, da je sporazumevanje izrednega pomena za vsak tim, če želi uspešno delovati ter ohranjati dobre medosebne odnose.

V raziskavi smo naleteli na določene omejitve. Največja omejitev je bila v majhnem vzorcu in v neuravnoteženosti vzorca. V obeh splošnih bolnišnicah ni bilo vsaj trideset medicinskih sester, zaposlenih v intenzivni terapiji, da bi lahko izvedli primerjavo med bolnišnicama. Glede na majhen vzorec, ki je zajet v našo raziskavo, vidimo možnost nadaljevanja raziskav v več splošnih bolnišnicah po Sloveniji. Tako bi lahko tudi naredili primerjavo med kirurško in internistično intenzivno terapijo. Poleg tega smo v raziskavo vključili samo medicinske sestre, da bi dobili realni vidik medosebnih odnosov v intenzivni terapiji, bi morali vključiti še ostale člane multidisciplinarnega tima. V raziskavo smo vključili le kvantitativno raziskovalno metodo (vprašalnik), za ocenjevanje organizacijske kulture bi bilo potrebno vključiti še kvalitativno raziskovalno metodologijo.

## 4 ZAKLJUČEK

V diplomskem delu smo z raziskavo ugotovili, da so medicinske sestre v enotah kirurške in internistične intenzivne terapije seznanjene s timskim načinom dela in se tudi zavedajo, da brez kakovostnih medosebnih odnosov tim ne more delovati enotno. Zavedajo se tudi, da brez dobrega vodja tim ne zmore uspešno učinkovati niti dosegati postavljenih ciljev. Ugotovili smo, da uspešno sodelovanje medicinskih sester pozitivno vpliva na medosebne odnose, hkrati pa tudi lažje opravljajo svoje delo v intenzivnih enotah. Zato je pomembno, da se trudijo za čim boljše partnerstvo in profesionalno delo v korist celotnega tima. Kljub stalnemu in profesionalnemu pristopu zdravnika morajo medicinske sestre v enotah intenzivne terapije hitro in uspešno ukrepati pri ogroženih stanjih, zato je potrebnega veliko znanja, predvsem pa odlična organizacija dela v timu. Znano je, da pomanjkljiva komunikacija lahko ogrozi kakovostno in še pomembneje varno zdravstveno obravnavo. Odstranitev konkretnih težav bi posledično izločila tudi raznovrstne neprijetnosti, s katerimi se srečujejo medicinske sestre na delovnem mestu. Domnevamo, da bi z boljšim skupnim sodelovanjem med medicinskimi sestrami in ostalimi zdravstvenimi delavci premagali raznovrstne težave, ki se pojavljajo na delovnem mestu, in tako tudi dosegli večje ugodje pri posamezniku.

V prihodnosti bi bile potrebne tudi dodatne pomembne raziskave na to temo, ki bi prispevale k razumevanju pomembnosti medosebnih odnosov v enotah intenzivne terapije. Lahko bi se opravila večja raziskava v vseh splošnih bolnišnicah v Sloveniji, tako bi tudi dobili večji vzorec in realnejšo sliko, kako medicinske sestre doživljajo medosebne odnose v timu. Če gledamo dolgoročno, bi bilo pomembno, da se medicinskim sestram zagotovi več različnih načinov za vseživljenjsko izpopolnjevanje in osebno rast na delovnem mestu. Tako bi povečali motivacijo, predvsem pa samozavest posameznika za delo.

## 5 LITERATURA

Bilban, M., 2009. Kako razpoznati stres v delovnem okolju. In: L. Zaletel Kragelj, ed. *Stres, izgorelost in mobing kot javnozdravstveni problem: 5. letno srečanje strokovnjakov s področja javnega zdravja, Ljubljana, 25. september 2009*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, pp. 21–34.

Birk, K., 2009. Profesionalna komunikacija kot del managementa v zdravstveni negi. In: T. Andrejašič & A. Ježovnik, eds. *Zbornik 6. študentske konference Fakultete za management Koper, 18.–20. novembra 2009*. Koper: Univerza na primorskem, Fakulteta za management Koper, pp. 57–61.

Bitežnik, Ž., 2011. *Medpoklicno sodelovanje na primeru zdravstvenega doma: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Bregar, B., 2012. Kadrovske stiske zaposlenih v bolnišnični zdravstveni negi – vidik kakovosti in varnosti. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & K. Skinder Savič eds. *Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje – prispevek k zdravju posameznika in družbe: zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 223–228.

Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.

Cerović, O., 2009. Timsko delo na intenzivnem oddelku. In: G. Voga, & A. Pernat, eds. *18. Mednarodni kongres intenzivne medicine in 15. Seminar intenzivne medicine za medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege: zbornik predavanj*. Ljubljana: Slovensko združenje za intenzivno terapijo, p. 170.

Černetič, M., 2007. *Management in sociologija organizacij*. Kranj: Založba Moderna Organizacija, p. 176.



Dobnik, M., 2007. Analiza komunikacijskega udobja in motenj pri komunikaciji. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(2/3), pp. 153–158.

Gomboc, N., 2010. *Vpliv stresa na delovnem mestu: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Hedberg, B., Cederborg, A. & Johanson, M., 2007. Care planning meetings with stroke survivors. Nurses as moderators of the communication. *Journal of Nursing Management*, 15(2), pp. 214–221.

Jankovec, C., 2006. *Učinkovita komunikacija kot dejavnik za zmanjševanje stresa pri medicinskih sestrah: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta - oddelek za pedagogiko in andragogiko.

Kajič, B., 2006. *Komunikacija kot osnova participacije zaposlenih*. [online] Available at: <http://www.delavskaparticipacija.com/html/clankiiskanje.asp?Sklop=%25&Naslov=komunikacija&Avtor=&letnik=%25&stevilka=%25&sort> [Accessed 30 march 2016].

Kaučič, B.M. & Filej, B., 2007. Dejavniki, ki vplivajo na uspešno timsko delo v zdravstveni negi. In: B. Filej & P. Kersnič, eds. *Zdravstvena in babiška nega-kakovostna, učinkovita in varna: 6. kongresa zdravstvene in babiške nege, Ljubljana, 10.–11. maj 2007*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 603–606.

Klemenc, D. & Pahor, M., 2006. *Povezovanje poklicnih skupin kot pogoj za uvajanje kakovosti v zdravstvu*. Portorož: Management v zdravstvu.

Klemenc, D., 2007. Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki – priložnost za nenehno izboljševanje kakovosti. *Zdravniški vestnik*, pp. 76: 55–94.

Kodila, V., 2008. *Osnovni vodnik po kirurški enoti intenzivnega zdravljenja: Priročnik za medicinske sestre in zdravstvene tehnike*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, p. 2.

Krajnc, R., 2008. *Osební razvoj zaposlenih: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta.

Kralj, M., 2009. Odvisnost od dovoljenih in prepovedanih drog zdravstvenih delavcev – odgovor na stresne dejavnike. In: R. Roban, ed. *Raznolikost odzivanja na stresne situacije: 4. Modul medsebojni odnosi kot temelj kakovosti v zdravstvu*. Logarska dolina: Društvo za kulturo odnosov, p. 25.

Kramar, Z., 2011. Izkušnje pri izvajanju kliničnega izobraževanja zaposlenih v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery, J. Zorc & K. Skinder Savič, eds. *Na dokazih podprta zdravstvena obravnava-priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj: zbornik prispevkov, Ljubljana 9.-10. junij 2011*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 592–600.

Križan, P., 2009. *Poklicno zadovoljstvo medicinskih sester v enoti intenzivne terapije: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Lamprecht, S. & Verdev, I., 2010. *Kako pomembni so dobri medosebni odnosi v timu ter dober vodja: raziskovalno delo*. Celje: Splošna bolnišnica Celje.

Lawrence, S., 2011. Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? Canada: Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto. *Nursing Critical Care*, 16(1), pp. 5-10.

Makovec, V., 2009. Dokumentiranje in standardi, protokoli zdravstvene nege v Enoti intenzivne terapije. In: G. Voga, A. Pernat & P. Radšelj, eds. *18. Mednarodni simpozij*

intenzivne medicine in 15. Seminar intenzivne medicine za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Bled: Slovensko združenje za intenzivno medicino, p. 176.

Mavsar Najdenov, B., 2011. Bolnik v enoti intenzivne terapije. Splošna bolnišnica Jesenice. *Farmaceutski vestnik*, pp. 62: 249–250.

Mezek, C., 2011. *Izkušnje zaposlenih v zdravstveni negi – ocena stilov vodenja in vključevanje v uvajanje sprememb: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

McCabe, C. & Timmins, F., 2013. *Communication Skills for Nursing Practice*. New York: *Companies and representatives through out the world*, pp. 10-16.

Mohar, P., Drobne, J. & Prebil, A., 2009. *Komunikacija v zdravstvu*. Celje: Celjska Mohorjeva družba, pp. 21-22.

Mušič, A., 2012. Medicinske sestre in povezanost splošnega zadovoljstva na delovnem mestu s komuniciranjem v timu, z zdravnikom in z vodstvom. In: A. Ježovnik, ed. *Zbornik 9. festivala raziskovanja ekonomije in managementa, 29.–31. marec 2012*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper, pp. 32-36.

Naka, S., 2009. Dejavniki, ki vplivajo na odnos med medicinsko sestro in pacientom. In: M. Cotič Anderle, ed. *Strokovni seminar Urgentni pacient – usklajenost dela in sodelovanje, Radenci*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci, p. 51.

Nursing theories, 2012. *Virginia Henderson Need Theory*. [online] Available at: [http://currentnursing.com/nursing\\_theory/Henderson.html](http://currentnursing.com/nursing_theory/Henderson.html) [Accessed 21 september 2016].

Ovijač, D., Škrabl, N., Kobilšek, P., Cevc, M. & Pahor, M., 2006. Sodelovanje v slovenskem zdravstvu iz ptičje perspektive (nekateri rezultati anketne raziskave). In: A. Kvas, M. Pahor, D. Klemenc & J. Šmitek, eds. *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki. Zdravniki in medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 218-234.

Pahor, M., 2006a. *Sodelovanje v zdravstvu kot predmet preišljevanja, pojasnjevanja in ukrepanja. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti: zbornik z recenzijo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 112–122.

Pahor, M., 2006b. *Medicinske sestre in univerza*. Domžale: Založba Izolit.

Pajnkihar, M. & Lahe, M., 2006. Spoštovanje pacientovega dostojanstva in avtonomnosti v medsebojnem partnerskem odnosu med medicinsko sestro in pacientom. In: M. Filej, B. Kaučič, M. Lahe & M. Pajnkihar, eds. *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik referatov in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 31–34.

Podsedenšek, D., 2015. *Ocena kakovosti vodij tima na intenzivnem oddelku: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Poredoš, P., 2006. Medsebojni odnosi v zdravstvenem timu – pogoj za kakovostno storitev. In: A. Kvas, M. Pahor, P. Klemenc & J. Šmitek eds. *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti: zbornik z recenzijo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, p. 15.

Premik, M., 2007. Zdravnik in medpoklicno sodelovanje v zdravstvu. *Zdravniški vestnik*, pp. 76: 49–53.

Rozman, A., 2011. *Organizacijska klima in zadovoljstvo zaposlenih v enoti intenzivne terapije: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede Maribor.

Sargeant, J., Loney, E. & Murphy, G., 2008. Effective Interprofessional Teams: "Contact Is Not Enough" to Build a Team. *Journal of continuing education in the health professions*, 28(4), pp. 228–234.

Sirota, T., 2007. Nurse/physician relationships improving or not? *Nursing*, 37(1), pp. 52–56.

Skela Savič, B., 2006. Organizacijska kultura in uvajanje sprememb v slovenskih bolnišnicah: subkulture in mesto zdravstvene nege? *Obzornik zdravstvene nege*, pp. 40: 187–196.

Skela Savič, B., 2011. Vloga vodij pri razvoju profesije. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery, J. Zorc, & K. Skinder Savič, eds. *Na dokazih podprta zdravstvena obravnava – priložnost za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 85–96.

Skela Savič, B. & Robida, A., 2013. Capacity of middle management in health - care organizations for working with people – the case of Slovenian hospitals. *Human Resources for Health*, 11(1), pp. 1–15.

Sotirov, D. & Železnik, D., 2011. Analiza stresa in poznavanje klinične supervizije med zaposlenimi v Zdravstvenem domu Novo mesto in Splošni bolnišnici Novo mesto. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(1), pp. 23–29.

Šauperl, M., 2009. *Profesionalno delovanje medicinske sestre in ohranjanje dostojanstva pacientov v zdravstveni negi: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Van den Bulcke, B., Vyt, A., Vanheule, S., Hoste, E., Decruyenaere, J. & Benoit, D., 2016. The perceived quality of interprofessional team work in an intensive care unit: A single centre intervention study. Belgium: Surgical Unit, ICU, Ghent University Hospital. *Journal of Interprofessional Care*, 30(3), pp. 301–308.

Vrečko Pernat, S., Kisner, N., Rozman, M. & Klasinc, M., 2006. Zdravstvena nega 1. In: I. Žolger, & M. Pivec, eds. *Učbenik za 1. Letnik srednjega strokovnega izobraževanja za program tehnik zdravstvene nege pri predmetu zdravstvena nega in prva pomoč*. Maribor: Založba Pivec, p. 19.

Voga, G. & Podsedenshek, D., 2010. Pomen timskega dela na intenzivnem oddelku. *Zdravstvena nega v okolju, ki zagotavlja varno in kakovostno obravnavo bolnika*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, pp. 73–84.

Wagter, J.M., Van de Bunt, G., Honing, M., Eckenhausen, M. & Scherpbier, A., 2012. Informalinter professional learning: visualizing the clinical work place. The Netherlands: Foreest Medical School, Medical Centre Alkmaar, *Journal of Interprofessional Care*, 26(3), pp. 173–182.

Zaletel Kragelj, L. & Pahor., M., 2011. *Zdravnik in medpoklicno sodelovanje: seminar*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.

Železnik, D., 2006. Pomen komunikacije in etike v zdravstveni negi. In: B. Filej, B.M. Kaučič, M. Lahe & M. Pajnkihar, eds. *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik referatov in posterjev: 1. simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo, Maribor, 21. september 2006*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 35–41.

## **6 PRILOGE**

### **6.1 INSTRUMENT**

#### **VPRAŠALNIK**

Pozdravljeni!

Sem Barbara Ručigaj, absolventka Fakultete za zdravstvo Jesenice. Pripravljam diplomsko delo z naslovom Medprofesionalno sodelovanje v enoti intenzivne terapije, pod mentorstvom Sedine Kalender Smajlovič, pred. Z raziskavo želim ugotoviti, kakšno je sodelovanje medicinskih sester v timu, kakšni so medosebni odnosi, kakšna je komunikacija v timu in možne motnje v komuniciranju. Prosim vas, da izpolnite vprašalnik in mi tako pomagate pri izdelavi diplomskega dela.

Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno, vprašalnik je anonimen, pridobljeni podatki pa bodo uporabljeni izključno za namen diplomskega dela.

Za sodelovanje se vam vnaprej zahvaljujem.

#### **SKLOP 1: DEMOGRAFSKI PODATKI**

STROKOVNA IZOBRAZBA:

1. Tehnica zdravstvene nege/tehniki zdravstvene nege
2. Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik
3. Višja medicinska sestra/višji zdravstvenik
4. Magistrica zdravstvene nege/magister zdravstvene nege

SPOL:

1. Ženski
2. Moški

STAROST:

---

DELOVNA DOBA V ENOTI INTENZIVNE TERAPIJE:

---

V KATERI ENOTI INTENZIVNE TERAPIJE STE ZAPOSLENI:

1. Internistična EIT
2. Kirurška EIT

ZDRAVSTVENI ZAVOD, V KATEREM STE ZAPOSLENI:

---

Vprašalnik je razdeljen v štiri sklope in vsebuje različne trditve, kjer se opredelite glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5.

## SKLOP 2: SODELOVANJE MEDICINSKE SESTRE V TIMU

Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – čisto nič se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam.

TRDITEV	OCENA				
Bistvo timskega dela je skupno uresničevanje ciljev.	1	2	3	4	5
Učinkovit tim ima jasno vizijo.	1	2	3	4	5
Kjer sem zaposlen/a, prevladuje pozitivna klima.	1	2	3	4	5
Med člani tima, vladajo dobri, odkriti odnosi.	1	2	3	4	5
Skupinsko delo je zaželeno.	1	2	3	4	5
Moja vloga in odgovornost na oddelku sta razumljivi.	1	2	3	4	5
Menim, da je učinkovita komunikacija temeljna lastnost za uspešen tim.	1	2	3	4	5



<b>TRDITEV</b>	<b>OCENA</b>				
Kritiko sprejemem kot dobronamerno.	1	2	3	4	5
Menim, da imam preveč postavljenih nalog in premalo časa za njihovo izpolnitev.	1	2	3	4	5
Za delo sem dobro usposobljen/a, vendar me vodja ali sodelavci ovirajo, da bi lahko to znanje uporabil.	1	2	3	4	5
V timu, kjer sem zaposlen/a, smo vsi člani tima vključeni v sprejemanje odločitev.	1	2	3	4	5
Vloga vodje je izredno pomembna pri oblikovanju in vzdrževanju uspešnega tima.	1	2	3	4	5
Člani tima smo avtonomni pri izvedbi del in nalog na področju zdravstvene nege.	1	2	3	4	5

### **SKLOP 3: MEDOSEBNI ODNOSI V TIMU**

Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – čisto nič se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam.

<b>TRDITEV</b>	<b>OCENA</b>				
Podpora in sodelovanje celotnega tima me dodatno motivira.	1	2	3	4	5
V medosebnem odnosu postavim ustrezno mejo.	1	2	3	4	5
Vodji oddelka lahko popolnoma zaupam.	1	2	3	4	5
Vodja oddelka skrbi za moj osebni in karierni razvoj.	1	2	3	4	5
Vodja oddelka in sodelavci spoštujejo moje delo.	1	2	3	4	5
Sodelavci me cenijo, ko dajem svoj doprinos v tim.	1	2	3	4	5
Odnosi v delovnem okolju so dobri.	1	2	3	4	5
V timu mi premalo zaupajo.	1	2	3	4	5
Pogosto se dogaja, da sodelavci kritizirajo moje delo.	1	2	3	4	5
Pred nekaterimi sodelavci občutim strah.	1	2	3	4	5
Pred nekaterimi nadrejenimi občutim strah.	1	2	3	4	5

<b>TRDITEV</b>	<b>OCENA</b>				
Člani tima so zelo previdni pri tem, kaj povedo.	1	2	3	4	5
Do drugega se obnašam tako, kakor bi si želel, da se on obnaša do mene.	1	2	3	4	5
Odnos medicinska sestra – zdravnik je odvisen samo od medicinske sestre.	1	2	3	4	5
Pomembno se mi zdi, s katerim članom negovalnega tima opravljam delo na oddelku.	1	2	3	4	5
Hierarhični odnosi povzročajo napetost, nesoglasja in slabo sodelovanje.	1	2	3	4	5
Avtoritarni odnosi povzročajo napetost, nesoglasja in slabo sodelovanje.	1	2	3	4	5
Dobim dovolj informacij in povratnih informacij zdravstvenega tima.	1	2	3	4	5

#### **SKLOP 4: KOMUNIKACIJA V TIMU**

Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – čisto nič se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam.

<b>TRDITEV</b>	<b>OCENA</b>				
Komunikacija mora biti dvosmerna, odprta, sproščena.	1	2	3	4	5
Komuniciranje ni samo posredovanje informacij.	1	2	3	4	5
Menim, da je komunikacija dovolj kvalitetna med zdravstvenim in negovalnim timom.	1	2	3	4	5
Med medicinskimi sestrami in zdravniki poteka enakovredna komunikacija.	1	2	3	4	5
Za doseganje timskega soglasja je nujno potrebna povratna informacija, s katero preverimo razumevanje in podporo tima.	1	2	3	4	5
Če v timu ni medsebojnega zaupanja, tudi komunikacija ne more biti uspešna in učinkovita.	1	2	3	4	5

<b>TRDITEV</b>	<b>OCENA</b>				
Moje trenutno počutje vpliva na kakovost mojega dela v timu.	1	2	3	4	5
Zbiranje, izmenjava, priprava in posredovanje informacij so bistveni za uspešno in učinkovito komuniciranje v timu.	1	2	3	4	5

### **SKLOP 5: OVIRE IN KONFLIKTI V TIMU**

Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – čisto nič se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam.

<b>TRDITEV</b>	<b>OCENA</b>				
Konfliktom v timu se najraje izognem tako, da se umaknem.	1	2	3	4	5
Konfliktna situacija v timu je priložnost za tekmovanje.	1	2	3	4	5
V primeru nesoglasja se pogovorim z vodjo.	1	2	3	4	5
Vsaka malenkost me »vrže s tira«.	1	2	3	4	5
Ko pride do problema, se pogovorimo vsi udeleženi.	1	2	3	4	5
Če se pojavi nesoglasje-ovira pri delu se umirim in situacijo preučim.	1	2	3	4	5
Pomanjkanje časa, preobremenjenost in neučinkovit pretok informacij so najpogostejše ovire za uspešno komunikacijo.	1	2	3	4	5
Pogajanje, popuščanje in iskanje rešitev pripeljejo do uspešne razrešitve konfliktov.	1	2	3	4	5

Hvala za vaš čas!