

SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET

Marija Spevan

**GENERACIJSKE RAZLIČITOSTI U
PERCEPCIJI VODSTVA, RADNOG MJESTA
I PROFESIONALNOG IDENTITETA
MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA NA
PODRUČJU PRIMORSKO-GORANSKE
ŽUPANIJE**

Doktorski rad

Rijeka, 2024.

SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET

Marija Spevan

**GENERACIJSKE RAZLIČITOSTI U
PERCEPCIJI VODSTVA, RADNOG MJESTA
I PROFESIONALNOG IDENTITETA
MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA NA
PODRUČJU PRIMORSKO-GORANSKE
ŽUPANIJE**

Doktorski rad

Rijeka, 2024.

UNIVERSITY OF RIJEKA

FACULTY OF MEDICINE

Marija Spevan

**GENERATIONAL DIFFERENCES IN THE
PERCEPTION OF LEADERSHIP,
WORKPLACE AND PROFESSIONAL
IDENTITY OF NURSES IN PRIMORJE-
GORSKI KOTAR COUNTY**

Doctoral thesis

Rijeka, 2024.

Mentor rada: prof. dr. sc. Amir Muzur, dr. med.

Doktorska disertacija obranjena je dana _____ u/na _____

_____, pred povjerenstvom u sastavu:

1. _____ (titula, ime i prezime)

2. _____ (titula, ime i prezime)

3. _____ (titula, ime i prezime)

4. _____ (titula, ime i prezime)

5. _____ (titula, ime i prezime)

Rad ima _____ listova.

UDK: _____ (UDK broj dodjeljuje Knjižnica Medicinskog fakulteta u Rijeci)

Zahvala

"Budućnost pripada onima koji vjeruju u ljepotu svojih snova." - Eleanor Roosevelt

Ovaj životni uspjeh posvećujem svom sinu Antoniu. Oduvijek si bio moj najveći izvor snage i motivacije. Tvoja prisutnost u mom životu uvijek me gurala naprijed i davala mi snage da se suočim sa svim izazovima. Sine, hvala ti na svemu!

Prije svega, želim izraziti duboku zahvalnost svom mentoru, profesoru Amiru Muzuru, za vodstvo, strpljenje, neiscrpu podršku i vjeru u mene. Njegovo znanje, mudri savjeti i strpljenje bili su od neprocjenjive vrijednosti tijekom cijelog mog istraživanja. Hvala Vam što ste mi omogućili da razvijem svoje ideje i usmjerili me prema završetku ovog rada, čak i kada je bilo najteže.

Veliko hvala i članovima povjerenstva izv. prof. dr. sc. Sandri Bošković, izv. prof. dr. sc. Robertu Lovriću i prof. dr. sc. Marku Zeliću za njihovo vrijeme, stručnost i podršku.

Hvala mojoj obitelji, mom suprugu Alenu koji je uvijek bio moj oslonac i izvor motivacije. Octavia, moja beba priljepak, me naučila da nikada ne treba odustati od onoga što želiš. Hvala mami i tati na bezuvjetnoj ljubavi, razumjevanju i podršci.

Hvala svim kolegama i kolegicama sa Fakulteta zdravstvenih studija, posebno Sandri Kraljević Pavelić koja je bila uz mene u svakom trenutku i neizmjereno mi pomogla. Hvala Mamaji Jančić koja je bila tu kada je najviše trebalo. Hvala Kseniji Baždarić, Lovorki Bilajac i Ivi Rinčić za svu podršku. Veliko hvala Marku Medvedu, Blanki Vrdoljak, Sandi Franković i Mariji Bukvić na povijesnom bogatstvu. Hvala Marku Kovačiću na svakom savjetu, materijalima, ohrabrenjima i pomoći. Hvala Heleni i Evi na brainstormingu.

Hvala mojim dragim prijateljima Jeleni, Dinku, Vedranu i Ivani koji su me uvijek bodrili i grlili kada je bilo najteže, hvala Igoru, Robiju, Toniju i Verneru na pomoći, podršci i iskrenoj sreći radi mog uspjeha. Hvala Marinki i Veri koje su me uvijek slušale i pružale podršku.

Također, želim zahvaliti mojim Kastavcima, Lei, Danijeli, Moniki, Andyu, Bojani i Filipu koji su me podržavali i motivirali da nastavim dalje. Hvala Mauru i ekipi iz Pub-a koji su mi uvijek čuvali moje mjesto za pisanje i beskrajno me dizali kada bih pala. Hvala susjedi Mariji na velikoj pomoći u prvim koracima istraživanja.

Konačno, hvala Upravi Fakulteta zdravstvenih studija, posebno Dekanici Danieli Malnar i Prodekanu Željku Jovanoviću na razumjevanju, ohrabririvanju i vjeri u mene.

Predgovor

Povijest je proučavanje događaja iz prošlosti koji su prethodili današnjem vremenu. No, proučavanje povijesti ne ograničava se samo na prošle događaje, već i na razumijevanje utjecaja koje su ti događaji imali na društveni kontekst. Kroz povijest se odvijaju različiti događaji i javljaju se trendovi. Ti povijesni trendovi, s druge strane, utječu na sudbinu pojedinca ili grupe, oblikujući ih na razne načine. Razvoj i evolucija sestriinske profesije povezani su sa događajima koji su se dogodili kroz stoljeća. Proučavanjem povijesti sestriinstva možemo razumjeti društvene utjecaje i pitanja s kojima se sestriinska struka i dalje suočava. Razvoj sestriinstva obuhvaća i generacijske različitosti koje su imale značajan utjecaj na razvoj profesije. Važno je proučavati ključne trenutke u povijesti sestriinstva kako bismo bolje razumjeli dinamiku unutar struke kroz različite generacije. Generacijski izazovi u sestriinskoj profesiji odražavaju se u promjenama vrijednosti, pristupima zdravstvenoj skrbi i percepcijama jasnoće uloge u zdravstvenom sustavu. Analizom povijesnih trenutaka u sestriinstvu možemo identificirati kako su događale promjene i napredak struke tijekom vremena, što pomaže u shvaćanju suvremenih izazova i postignuća, kao i rast profesionalnog identiteta. Na primjer, promjene u obrazovanju, priznavanje sestriinske uloge u timu i evolucija etičkih standarda su to ključni elementi koji se mogu pratiti kroz povijest. Razumijevanje ključnih trenutaka također omogućuje bolje planiranje budućnosti sestriinstva, uzimajući u obzir naučene „lekcije“ iz prošlosti. Proučavanje povijesti sestriinstva stvara kontekstualni okvir koji pomaže oblikovati smjernice, politike i obrazovne programe sukladno dinamičnom okruženju zdravstvene skrbi.

Istraživanje povijesti sestriinstva može poslužiti kao izvor dragocjenih informacija koje će korigirati teorijski model, osobito ako taj model proizlazi iz istraživanja pretežito provedenih u drugačijim društvenim i kulturnim odnosima poput Zapadnih. Povijest je, dakle, kontekst koji, u našem slučaju, nužno modificira teoriju.

U ovoj disertaciji riječ medicinska sestra ima rodno ravnopravno značenje, te se odnosi na muški i na ženski rod.

SAŽETAK

Ciljevi istraživanja: Ciljevi ovog istraživanja bili su istražiti i opisati povijesni razvoj sestriinske profesije te istražiti i opisati generacijske karakteristike medicinskih sestara/tehničara u odnosu generacije, spola i obrazovne razine s percepcijom o dimenzijama sestrinstva koje se odnose na vodstvo i radno mjesto i samoprocjenu profesionalnog identiteta te dobivene rezultate usporediti između sve četiri generacije.

Ispitanici i metode: Provedeno je povijesno, kvalitativno i kvantitvno istraživanje. Povijesno istraživanje temeljilo se na sondiranju arhivske građe, dostupne literature i povijesnih spisa. Kvalitativno istraživanje se provelo kroz intervjuje i fokus grupe, a kvantitavno putem dva upitnika MNGQ i NPIS. Ispitanici su bile medicinske sestre/tehničari na području Primorsko-goranske županije.

Rezultati: Povijesnim istraživanjem potvrdili smo da su ključne točke u napretku sestrinstva bile napredak sustavne edukacije, epidemije i napredak medicine koji su obilježili svaku generaciju medicinskih sestara/tehničara. Kvalitativnim istraživanjem dobili smo specifičnosti svake pojedine generacije. Kvantitativnim istraživanjem utvrdili smo da postoje statistički značajne razlike između generacijskih karakteristika medicinskih sestara u odnosu generacije, spola i obrazovne razine s percepcijom o dimenzijama sestrinstva koje se odnose na vodstvo, radno mjesto i samoprocjenu profesionalnog identiteta između svake generacije. Rezultati istraživanja potvrđuju visoku pouzdanost i valjanost hrvatske verzije MNGQ i NPIS upitnika, te se oba upitnika mogu implementirati u hrvatski kontekst.

Zaključak: Kombinacija povijesnih, kvalitativnih i kvantitativnih podataka pruža sveobuhvatan uvid u izazove, percepcije i potrebe medicinskih sestara kroz različite generacije. Razumijevanje tih dinamika ključno je za razvoj politika, programa edukacije i radnih okolina koje podržavaju suradnju, raznolikost i dugoročno zadovoljstvo medicinskih sestara. Sve generacije unose svoje jedinstvene perspektive i vještine u sestriinsku praksu, a stvaranje inkluzivnog okruženja ključno je za poboljšanje kvalitete skrbi i održivost zdravstvenog sustava.

Ključne riječi: Generacijska podjela; Generacijske različitosti; Istraživanje mješovitim metodama; Povijest sestrinstva; Profesionalni identitet u sestrinstvu

SUMMARY

Objectives: The objectives of this research were to examine and describe the historical development of the nursing profession as well as to examine and describe the generational characteristics of nurses/technicians in terms of generation, gender and educational level with the perception of dimensions of nursing in terms of leadership and workplace and self-assessment of professional identity and to compare the results obtained between all four generations.

Subjects and methods: Historical, qualitative and quantitative research was carried out. The historical research was based on a review of archival material, available literature and historical writings. The qualitative research was conducted through interviews and focus groups and the quantitative research through two questionnaires MNGQ and NPIS. The respondents were nurses/technicians in the Primorje-Gorski Kotar County region.

Results: Through historical research, we confirmed that the key points of the progress of nursing were the progress of systematic education, epidemics and the progress of medicine that characterized each generation of nurses/technicians. Through qualitative research, we identified the characteristics of each generation. Through quantitative research, we found that there are statistically significant differences between the generational characteristics of nurses in terms of generation, gender, and educational level with perceptions of dimensions of nursing related to leadership, workplace, and self-assessment of professional identity between each generation. The research results confirm the high reliability and validity of the Croatian version of the MNGQ and NPIS questionnaires, and both questionnaires can be used in the Croatian context.

Conclusion: A combination of historical, qualitative and quantitative data provides a comprehensive insight into the challenges, perceptions and needs of nurses across different generations. Understanding these dynamics is critical to developing strategies, educational programs and work environments that promote collaboration, diversity and long-term satisfaction among nurses. All generations bring their unique perspectives and skills to nursing practice, and creating an inclusive environment is critical to improving the quality of care and the sustainability of the healthcare system.

Key words: Generational divisions; Generational differences; History of nursing; Mixed methods research; Professional identity in nursing

Sadržaj

1.	UVOD I PREGLED PODRUČJA ISTRAŽIVANJA	1
1.1.	Povijest sestrinstva - korijeni sestrinstva od samih začetaka	1
1.2.	Sestrinstvo u Europi	2
1.3.	Sestrinstvo u Republici Hrvatskoj	5
1.4.	Sestrinstvo na području (današnje) Primorsko-goranske županije	10
1.5.	Generacijska teorija	11
1.6.	Generacijska podjela	12
1.7.	Karakteristike pojedinih generacija	13
1.7.1.	Tiha generacija – <i>Silent generation</i>	13
1.7.2.	Baby bumeri – <i>Baby Boomers</i>	13
1.7.3.	Generacija X	13
1.7.4.	Generacija Y (Milenijalci) – <i>Millennials</i>	14
1.7.5.	Generacija Z	14
1.8.	PROFESIONALNI IDENTITET U SESTRINSTVU	15
1.8.1.	Važnost profesionalnog identiteta u sestrijskoj profesiji	15
2.	CILJEVI I HIPOTEZE	17
2.1.	Ciljevi istraživanja	17
2.2.	Hipoteze istraživanja	17
3.	MATERIJALI I METODE	18
3.1.	Povijesno istraživanje	18
3.2.	Kvalitativno istraživanje	18
3.2.1.	Polustrukturirani intervjui i Fokus grupe	18
3.2.2.	Analiza narativa	19
3.2.3.	Analiza podataka	20
3.3.	Kvantitativno istraživanje	20
3.3.1.	Multigeneracijski upitnik MNGQ – The Multidimensional Nursing Generations Questionnaire	21

3.3.2.	Upitnik profesionalnog identiteta NPIS – <i>Nurses' professional identity scale</i> ..	21
3.3.3.	Prijevod upitnika i dozvole	22
3.3.4.	Statistička obrada podataka	22
3.3.5.	Ispitanici/sudionici	22
3.4.	Etički aspekti istraživanja	23
4.	REZULTATI ISTRAŽIVANJA	24
4.1.	Povijesno istraživanje	24
4.1.1.	Razdoblje od 1925. do 1944. godine.....	28
4.1.2.	Razdoblje od 1945. do 1964. godine.....	29
4.1.3.	Razdoblje od 1965. do 1980. godine.....	32
4.1.4.	Razdoblje od 1981. do 2001. godine.....	36
4.1.5.	Razdoblje od 2001. do 2023. godine.....	37
4.2.	Kvalitativno istraživanje	39
4.3.	Kvantitativno istraživanje	49
4.3.1.	Faktorska analiza i validacija MNGQ upitnika.....	50
4.3.2.	Faktorska analiza i validacija NPIS upitnika	56
4.3.3.	Razlike u rezultatima MNGQ faktora s obzirom na demografske varijable.....	59
4.3.4.	Razlike u rezultatima upitnika NPIS s obzirom na demografske varijable.....	73
5.	RASPRAVA.....	82
6.	ZAKLJUČCI	93
7.	LITERATURA	94
	POPIS SLIKA.....	101
	POPIS TABLICA	103
	PRILOZI.....	105
	ŽIVOTOPIS.....	124

1. UVOD I PREGLED PODRUČJA ISTRAŽIVANJA

1.1. Povijest sestrinstva - korijeni sestrinstva od samih začetaka

Unutar primitivnih kultura, odgovornost njegovatelja često je unaprijed određena mnogo prije nego što pojedinac stekne sposobnost da aktivno izabere takvu ulogu. Uglavnom se ovo moglo vidjeti u plemenu Zuni, djeteta koje bi se rodilo s dijelom posteljice koja im je prekrivala lice, to se tumačilo kao pokazatelj da im je suđeno preuzeti ulogu njege drugih ljudi [1, 2]. U brojnim društvima dužnost pružanja njege tradicionalno je povjerena ženama. Vjerovalo se da žene, koje su već bile uključene u brigu o vlastitoj djeci, posjeduju sposobnost proširenje svojih pristupa u njezi na njegu o bolesnima i ozlijeđenima članovima svoje zajednice. Unatoč tome, u mnogim društvima, njega bolesnih i onih u potrebi često je bila povjerena vječevima, šamanima ili muškim pripadnicima plemena [2]. U nedostatku obrazovanja u njezi pacijenata, medicinske sestre su u prethodnim vremenima svoju stručnost stjecale usmenom tradicijom koja se prenosila s jedne generacije na drugu. Njihov pristup skrbi za pacijente razvijen je promatranjem i učenjem od drugih njegovatelja, kao i kroz pokušaje i pogreške. Oni koji su pokazali iznimne vještine u brizi o pacijentima često su se našli traženi za pružanje skrbi prijateljima i članovima obitelji, čime su učvrstili svoj položaj u profesiji medicinskih sestara. Povijesni dokazi upućuju na to da su medicinske sestre počele sa djelovanjem rano s vrijednostima usklađenim u načelima ljubavi, služenja i samopožrtvovnosti koje je podržavala crkva [2]. Skrb za bolesne i nemoćne bila je praksa koja se razvijala kroz ljudsku povijest, a začetci se mogu pratiti od drevnih civilizacija; Babilon, Egipat, Palestina, Kina, Indija, Grčka i Rimsko Carstvo, gdje je postignut značajan napredak u medicini i skrbi za bolesne, osiromašene i nemoćne [3].

Kroz zabilježenu povijest vidljivo je da su epidemije kuge, kolere i velikih boginja izazivale javne napore da se građani zaštite od bolesti [4, 5]. Iako se epidemija neke bolesti često smatrala znakom lošeg moralnog i duhovnog stanja, koje je trebalo tretirati „molitvom i pobožnošću“, ipak je vanost učinila velike pomake da se obuzda širenje raznih epidemija izolacijom oboljelih i karantenom putnika [4]. U sedamnaestom stoljeću nekoliko je europskih gradova imenovalo javna tijela za usvajanje i provođenje mjera izolacije i karantene [4]. Velika uloga u borbi protiv epidemija pripala je upravo medicinskim sestrama koje su prepoznavanjem bolesti prema crnim točkama i izraslinama te krvarenjima, te propisanom karantenom u gradskim lukama uspostavile preventivne mjere koje se koriste čak i danas [5].

Godine 1517. Marin Luther postao je svjestan nedostatka adekvatne sestrinske skrbi upravo iz razloga jer su se otvarale gradske bolnice u kojima su radile žene "laici"[6, 7]. Ljudi su dolazili umrijeti u bolnice dok su bili zbrinuti od žena koje nemaju motivaciju, edukaciju niti kvalifikaciju za provođenje njege bolesnika [6, 7].

Renesansa, poznata kao razdoblje kulturnog i umjetničkog razvoja, donijela je određene pomake u medicini, ali se smatra "mračnom dobi sestrinstva". U to vrijeme uvedene su odredbe za skrb o siromašnima, ali pojedinci koji su tražili skrb već su bili u terminalnim fazama bolesti, pa su primali palijativnu skrb do smrti [8]. To je bolnicama donosilo negativne rezultate i ocjene. Tada su uvjeti za medicinske sestre bili najgori. Bolnice su se zatvarale i nitko više nije mogao više prenijeti znanje o skrbi za bolesne, uz općeniti nedostatak žena koje su ovaj posao htjele uopće i raditi [8]. S druge strane, bolnice za bogate, imale su relativno niske stope smrtnosti, uglavnom postignute uskraćivanjem prijema ozbiljno bolesnih ljudi [8].

U 19. stoljeću dolazi do značajnog napretka u sestrinstvu, zahvaljujući Florence Nightingale. Ona je dovela do toga da se sestrinska praksa prizna kao legitimna i cijenjena profesija [9]. Najznačajniji trenutak u sestrinskoj povijesti se dogodio kada je Florence osnovala grupu medicinskih sestara i organizirala pomoć vojnicima koji su se borili u Krimskom ratu [9]. Tamo je svjedočila kako vojnici umiru od više od infekcija koje su bile rezultat loših higijenskih uvjeta, a ne od ozljeda dobivenih u ratu [9]. Upravo je Florence pomogla u razumijevanju uloge higijene u zdravlju, što je dovelo do temeljnih promjena u javnom zdravlju [9]. Dok je kraj 19. stoljeća bio usmjeren na javnozdravstvene napore za promicanje zdravlja u zajednici i borbu protiv zaraznih bolesti, u 20. stoljeću započelo je stavljanje naglaska na zdravlje pojedinca [10]. Mnoge od medicinskih sestara koje su ušle u povijest u tom razdoblju bile su one koje su sestrinsku profesiju podigle na višu razinu; Mary Breckinridge osnovala je Frontier Nursing Service za pružanje skrbi za bolesne i siromašne u ruralnim, izoliranim zajednicama, a Virginia Henderson je bila promotorica obrazovanja medicinskih sestara [9, 10].

1.2. Sestrinstvo u Europi

U Engleskoj, nakon protestantske reformacije, samostani i domovi su se zatvarali i oduzimala su im se zemljišta [11]. Skrb za bolesne i dalje je bila u rukama "običnih" žena, često onih nižeg društvenog sloja, koje su bile stare i bolesne te radi toga nisu mogle obavljati niti jedan drugi posao [11]. U zapisima bolnica iz tog vremena vidljivo je da su medicinske sestre

često bile sankcionirane radi sukoba, neprimjerenog izravanja, sitnih krađa pa čak i iznuđivanja novca od pacijenata [11].

Charles Dickens, poznat po zagovaranju socijalne reforme viktorijanskog doba, opisao je loše uvjete skrbi kroz likove Sairey Gamp i Betsey u svom romanu "Martin Chuzzlewit"[12]. Medicinske sestre prema Dickensovim opisima često su bile pod utjecajem alkohola tijekom radnog vremena, upuštale su se u neprimjerene odnose s pacijentima i često su pokazivale neadekvatnu brigu prema njihovom zdravstvenom stanju [12].

Mnogi britanski socijalni reformatori zagovarali su formiranje vjerskih skupina koje bi se uključile u rad postojećih bolnica, pa je tako Elizabeth Fry, 1840. godine osnovala protestantsko društvo sestara milosrdnica [11]. Članice su dobile osnovnu sestrinsku edukaciju, a praktična iskustva bila su isključivo promatranje bolesnika u dvije londonske bolnice [11]. Medicinske sestre, kuće Sv. Ivana, koje su bile članice engleskog protestantskog sestrinstva koje je osnovano 1848. godine, zajedno su živjele sa svećenikom i nadzornicom koji su ih vodili. Morale su platiti 15 funti za dvogodišnju edukaciju za medicinske sestre, ali su se obavezale raditi za Kuću svetog Ivana 5 godina u zamjenu za smještaj i hranu [11]. Iako su imale praktičnu edukaciju u *Middlesex*, *Westminster* i *King's College* bolnicama u Londonu, dnevno su provodile njegov minimalan broj sati, a ostatak vremena provodile su posvećene vjerskim aktivnostima [11].

Na europskom kontinentu, pastor Theodor Fliedner, u nastojanju stvaranja uloge medicinskih sestara za đakonise, osnovao je dom i bolnicu *Deaconess* u Kaiserswerthu u Njemačkoj [13]. Osnovno obrazovanje đakonisa bilo je usmjereno na sestrinstvo, ali su morale steći i znanje iz vjeronauka i pružanja socijalnih usluga [13]. Đakonise se nisu zavjetovale, ali su obećale nastaviti obavljati svoje dužnosti sve dok osjete poziv za tu ulogu. Zauzvrat, brigu o njima preuzimala je njihova matična organizacija koja im je osiguravala stalni dom, no slali su ih na različite zadatke i štitili ih ako je bilo potrebno [13].

Florence Nightingale, žena čije će djelovanje značajno reformirati sestrinstvo tog vremena i postaviti temelje za profesionalizaciju sestrinstva, rođena je u uglednoj britanskoj obitelji [9]. Njezini roditelji su, nakon vjenčanja, krenuli na obiman medeni mjesec tijekom kojeg su obišli Europu. Po povratku obitelji u Englesku, gospodin Nightingale preuzeo je odgovornost za obrazovanje svoje djece. Florence je završila obrazovanje koje je obuhvaćalo grčki i latinski jezik, matematiku, prirodne znanosti, drevnu i modernu književnost, tečajeve njemačkog, francuskog i talijanskog jezika [9]. Upravo to temeljito obrazovanje bilo je osnova

za njezinu buduće aktivnosti u transformaciji sestrinstva i zdravstvene skrbi. Florence je trebala slijediti tradicionalni put nametnut ženama višeg društvenog razreda, koji je podrazumijevao brak i obiteljski život, ali unatoč udvaranjima raznih imućnih prosaca, odbila je njihove ponude, ističući svoje uvjerenje da je pozvana posvetiti život služenju čovječanstvu [9]. Nakon što je prošla dvotjednu edukaciju u bolnici „*Deaconess*“, vratila se u Kaiserswerth 1851. godine [9, 13]. Na tom putovanju radila je s đakonisama i stekla osnovna znanja o skrbi za pacijente. Po povratku u Englesku, postala je nadzornicom „*Upper Harley Street*“ bolnice namijenjene bolesnim i starijim ženama višeg društvenog sloja koje su imale financijskih poteškoća. Dok je bila na toj poziciji, putovala je Europom kako bi promatrala rad sestara milosrdnica u bolnicama. Također je, za vrijeme Kolere, volontirala kao medicinska sestra u bolnici „*Middlesex*“ [9, 13].

Izbijanjem Krimskog rata 1854. godine, Florence je bila šokirana stopom smrtnosti britanskih vojnika, koja je iznosila visokih 41 % [9, 13]. Zahvaljujući svojim putovanjima i praktičnom iskustvu u sestrinstvu, Florence je posjedovala znatno više znanja o zdravstvenoj njezi od većine zdravstvenih djelatnika svog vremena [9, 13]. Koristeći svoj politički utjecaj, tražila je dopuštenje za sebe i skupinu dama iz višeg društvenog sloja da putuju na Krim kako bi se brinule za bolesne i ranjene [9, 13, 14]. S obzirom da je vjerovala da je nečistoća uzrok bolesti i smrtnosti, pokrenula je pokret za čišćenje vojarni i bolničkih odjela te za osiguravanje sunčeve svjetlosti i zraka. U kratkom roku smrtnost vojnika se značajno smanjila. Ujedno je i dokumentirala rezultate rada i koristila ih kao osnovu za daljnje postupke i intervencije [9, 13, 14].

Po povratku u Englesku, Florence je bila hvaljena kao junakinja. Kao priznanje za njezin rad, britanski narod je osnovao uzajamni fond koji se koristio kako je ona odlučila, a odlučila je osnovati *Nightingale School of Nursing* u bolnici St. Thomas' u Londonu kako bi educirala medicinske sestre [14]. Škola se razlikovala od ranijih oblika obrazovanja medicinskih sestara jer su studenti sestrinstva pohađali teorijska predavanja zajedno s kliničkom praksom na bolničkim odjelima [14]. Osim toga, postavljeni kurikulum bio je baziran na iskustvima učenika, omogućavajući im da tijekom programa prođu edukaciju o različitim aspektima zdravstvene njege. Naglasak je bio stavljen na pravilno obrazovanje medicinskih sestara, a ne samo na zadovoljavanje potreba bolnice [14]. Njezin rad postavio je temelje za modernu praksu temeljenu na dokazima (*Evidence Based Practice Nursing*).

Inspirirani radom Florence, i u Češkoj, u Pragu je otvorena prva škola za medicinske sestre 1874. godine. Škola je pružala modernu edukaciju prema knjizi koju je napisala Florence

i koja je prevedena na češki. U školi, kao i u knjizi istaknuta je važna uloga žena u pružanju zdravstvene skrbi [15, 16].

Slično je bilo i u Poljskoj gdje se prva škola za bolničare osniva 1911. godine u Krakowu prilikom podjele Austrije. Bila je to „Strukovna škola za medicinske sestre sv. Vinko Paulski“ [17]. Nakon 1918. godine, kada Poljska opet stiče neovisnost, počinje se formirati profesionalno sestrinstvo koje se temeljilo na pretpostavkama Florence, kršćanstva, etike i povijesne tradicije [17].

U Sloveniji se moderno sestrinstvo počelo razvijati dosta kasno, no i tamo se sijedio put Florence. Godine 1919. dolaskom prve medicinske sestre u Sloveniju, započinje razvoj profesionalnog sestrinstva [18].

1.3. Sestrinstvo u Republici Hrvatskoj

U prošlosti su velika trgovačka središta bila posebno osjetljiva na epidemije, a tome su pridonijeli ratovi i loši higijenski uvjeti [19]. Godine 1347. otvorena je bolnica „Domus Christi“ u Dubrovniku koja je primarno služila kao sklonište za siromahe. Od 1420. imala je i svoju ljekarnu. Odlukom „Velikog vijeća“ 17.3.1540. godine prerasta u „Javnu državnu bolnicu“ [19]. Godine 1377., također u Dubrovniku, otvara se prva Karantena za oboljele od kuge. Karantena je nastala radi iskustva dubrovačkih vlastelina i trgovaca kroz njihova putovanja [20]. U početku su bili bolesni ili oni kod kojih se sumnjalo na bolest bili smješteni, odnosno izolirani na otočićima pred dubrovačkom lukom, gotovo na otvorenom [20]. Kroz sljedećih stotinu godina, karantena se razvila u posebnu instituciju sa jasnim pravilima, zgradama i osobljem koje je radilo u njima. Takva institucija imala je ulogu zaštite od zaraznih bolesti, posebice gube (lepre) i postala je sastavni dio odgovora na epidemiološke izazove toga vremena [20].

Napretkom medicine ishodi liječenja su bivali sve bolji, ali je broj bolničara koji se brinu za bolesne i nemoćne bio nedovoljan [19]. S obzirom na pozitivna iskustva bolnica u dijelovima Austrougarske, a u kojima su radile sestre milosrdnice, Dalmatinski je sabor na svojoj sjednici 1873. godine donio odluku, koja je obavezivala svoj izvršni organ – Zemaljski odbor, da pozove sestre milosrdnice i zaposli ih u bolnicama u Dalmaciji [19]. Sestre milosrdnice su počele raditi u bolnici u Zadru 1875. godine, a u bolnici u Dubrovniku 1878. godine [19].

Na drugom kraju zemlje, godine 1357. otvorena je prva katolička bolnica u Zagrebu [20]. Bolnica je imala 15 kreveta i bila je namijenjena siromašnima. U toj bolnici, obučene

časne sestre pružale su skrb pacijentima, fokusirajući se na pružanje utjehe i milosrđa [20]. Krajem 1845. godine postignut je dogovor između biskupa Juraja Haulika i tirolsko-briksenskog biskupa Bernarda Galure da u Zagreb dođe šest sestara milosrdnica Tirolske provincije „Družbe sestara milosrdnica“, s „Kućom maticom u Zamsu“ [21]. Cilj njihovog dolaska bio je u tome da rade u školama u Zagrebu kojima je upravljala crkva, ali i u bolnicama koje su trebale biti osnovane [21]. Prije dolaska sestara milosrdnica biskup Haulik je dao sagraditi samostan i crkvu za njih, pa su tako odmah po dolasku počele sa djelovanjem, odnosno „milosrdničkim apostolatom“ što je predstavljalo službu pružanja milosrđa i pomoći zajednici u školama i bolnicama [21]. Zapisima iz „Kronike sestara milosrdnica Družbe sv. Vinka Paulskog u Varaždinu“, sestre milosrdnice su djelovale u hospitalu od 1905. do 1920. godine, pružajući njegu i kuhajući za bolesne i siromašne [22].

Godine 1882. otvara se prva škola za sestre u Rudolfinerhausu Beču i tada buduće medicinske sestre iz Hrvatske odlaze na školovanje. Školu je osnovao poznati kirurg doktor Billroth radi velike potrebe za školovanim medicinskim sestrama [22, 23]. Dr. Andrija Štampar, začetnik obrazovanja medicinskih sestara u Hrvatskoj svojim radom i zalaganjem prepoznaje važnost potrebe za obrazovanim medicinskim sestrama [23]. Dr. Vladimir Čepulić, odgovoran za postupke radi suzbijanja tuberkuloze, smatrao je da ti postupci mogu dati bolje rezultate ako se obuče sestre pomoćnice za rad u antituberkuloznim dispanzerima [23]. Nakon Prvog svjetskog rata, javno zdravstvo u Hrvatskoj je doživjelo značajan razvoj. Zaklada Johna D. Rockefellera osigurala je financijsku potporu za izgradnju zdravstvenih ustanova i stipendiranje edukacije zdravstvenoga kadra što je doprinijelo jačanju infrastrukture i veće dostupnosti zdravstvene skrbi u Hrvatskoj [23].

Godine 1921. otvorena je Škola za sestre pomoćnice što je ujedno i prva škola za medicinske sestre u Hrvatskoj [23]. Škola se oglašavala preko „Službenih novina“ i na taj način radila na širenju informacija među budućim polaznicama škole [23]. Za upis u školu učenice su trebale biti zdrave, nisu smjele biti sklone porocima, i trebale su biti u dobi od 18 do 35 godina. U natječaju je također zahtijevano da polaznice trebaju imati državljanstvo Kraljevine Srba, Hrvata i Slovenaca [23]. Točan podatak o osnutku škole nalazi se u *Zdravstvenom odsjeku za Hrvatsku, Slavoniju i Međimurje br. 859/1921.*, gdje je naznačen i točan datum osnutka 27. siječnja 1921. godine [24]. Primarno obrazovanje je trajalo od 15. siječnja 1921. do 19. veljače 1922. godine, a program sadržava područja kirurgije, primaljstva, dječjih bolesti, unutarnjih bolesti i spolnih bolesti. Školu je pohađalo 39 učenica [23, 24, 25].

Godine 1923. otvorila se škola za medicinske sestre u Mlinarskoj ulici, a godinu kasnije škola ima dva smjera; sestrički i bolničarski, koji traju po godinu dana [25]. Prva generacija učenica upisana je s ciljem da rade na suzbijanju tuberkuloze. Međutim, neke od njih su željele raditi i u bolnicama, što je rezultiralo uvođenjem bolničkog usmjerenja [25]. Školovanje je trajalo godinu dana za prvu generaciju, godinu i pol za drugu generaciju, te dvije godine za treću generaciju. Nakon odrađenog pripravničkog staža i položenog državnog ispita, učenice su dobile diplomu „*Sestre-pomoćnice socijalno-medicinskog smjera*“ ili „*Sestre bolničarke*“ [25]. Godine 1923., škola je dobila službeni naziv „Državna škola za sestre pomoćnice“, prema rješenju Ministarstva zdravlja. Godine 1927. škola je spojena s Školom narodnog zdravlja [25].

Diplomirane sestre pomoćnice sa završenim socijalno-zdravstvenim obrazovanjem zatražile su da umjesto naziva "sestra" dobiju naziv "zdravstvena učiteljica". Smatrale su da bi naziv "zdravstvena učiteljica", bolje odražavao stvarni "rang struke", koji je bio zakonski izjednačen s učiteljskim [25]. Time su zapravo željele doskočiti odnosu medicinska sestara - liječnik, jer su ih liječnici i dalje smatrali i nazivali ne educiranim osobama i pomoćnim osobljem koristeći naziv "sestra" [25]. Unatoč promjeni naziva, i dalje je osnovni zadatak medicinskih sestara bio njega pacijenata [25].

Povećanjem potrebe za educiranim medicinskim sestrama, od 1947. godine osnivaju se edukacijski programi za medicinske sestre u Rijeci, Osijeku, Šibeniku i Splitu [25]. Za razvoj sestričke profesije značajan datum je stupanje na snagu „*Zakona o školama za sanitetsko osoblje*“ u socijalnoj i zdravstvenoj službi iz 1930. godine. Na osnovu navedenog zakona od školske godine 1930./31. školovanje traje tri godine i izjednačeno je sa srednjim školama [23]. Takav obrazovni pristup primjenjivao se do 1945. godine [23].

Medicinska sestra Nikica Bavolini 1929. godine osniva Jugoslavenski savez sestara i postaje predsjednicom saveza, a medicinska sestra Lujza Wagner potpredsjednicom. Godine 1930. u Zagrebu se počeo objavljivati prvi časopis medicinskih sestara „*Sestrička riječ*“. Glavna urednica časopisa bila je Lujza Wagner [26]. Sve do 1941. godine časopis se bavio tematikom stručnog obrazovanja medicinskih sestara, kao i problemima rada u zdravstvenim i socijalnim ustanovama [26].

Početakom II. svjetskog rata, nastava se nije mogla kvalitetno izvoditi, jer je škola morala ustupiti prostor vojnicima, što je rezultiralo smanjenjem upisnih kvoti, pa je tako krajem 1945. godine škola imala samo 24 učenice. Od 1945. godine škola je nastavila djelovanje pod nazivom

„Škola za medicinske sestre“, a 1950. godine naziv je promjenjen u „Škola za liječničke pomoćnike“ [26].

Nakon rata otvorene su mnogobrojne škole za medicinske sestre zaslugom doktora Andrije Štampara. Uvjet za upis bila je mala matura i 17 godina života, a školovanje je trajalo 3 godine [27]. Škola u Zagrebu je 1953. godine pripojena Medicinskom fakultetu te je posljedično tome osnovana Viša škola za medicinske sestre [27]. Kako bi mogle upisati školu, polaznice su trebale imati završenu srednju školu sa položenom maturom, biti zdrave i u dobi od 18 do 25 godina. Nastava je trajala 6 semestara odnosno 3 godine [27].

Godine 1959. u Hrvatskoj je bilo pet viših škola za medicinske sestre; u Zagrebu, Osijeku, Puli, Rijeci i Splitu. Donošenjem Zakona o srednjim školama 1959. godine prestaje vrijediti Zakon o višim školama za tehničare zdravstvene struke. Postojeće više škole tada postaju srednje škole koje traju 4 godine [26, 27]. Viša škola za medicinske sestre i zdravstvene tehničare u Zagrebu osnovana je 13. rujna 1966. godine, te je donesena odluka o upisu redovitih i izvanrednih studenata u školsku godinu 1966./67. Nastava je trajala dvije godine odnosno četiri semestra i odvijala se na odsjecima za medicinske sestre dispanzersko patronažnog i smjera bolničke njege [26, 27].

Kako je i dalje postojala velika potreba za obrazovanim medicinskim sestrama, Viša medicinska škola proširuje svoju djelatnost i na druge gradove u Hrvatskoj, te su studenti 1980. godine mogli upisati dislocirane studije u Splitu i Osijeku [27]. U periodu od 1979. do 1987. godine u Višu medicinsku školu upisuju se samo izvanredni studenti, odnosno oni koji rade [26, 27].

Godine 1986. uveden je jedinstveni program edukacije medicinskih sestara kao posljedica praćenja i nadograđivanja nastave i potreba zdravstvenog sustava [27]. U nastavni plan uvode se kolegiji iz područja zdravstvene njege, a školovanje je trajalo dvije godine [27]. Zbog smanjenja obrazovnih sadržaja u sestrinskom području, pokušavalo se nadoknaditi smanjenje broja sati praktičnog djela nastave drugačijom organizacijom i načinom realizacije nastave što je imalo negativni utjecaj na kvalitetu stručnog obrazovanja medicinskih sestara [27]. Smanjenje praktične nastave utjecalo je na doživljeno praktično iskustvo i pripremu studenata za rad u zdravstvenom sustavu [27].

Godine 1999. reformom visokog obrazovanja promijenilo se trajanje studija sestrinstva. Studij je reformom produžen na tri godine i nastavni program je unaprijeđen uvođenjem novih kolegija iz područja zdravstvene njege [25, 28]. Problem je bio što reforme visokoškolskog

obrazovanja nisu bile usklađene s promjenama u srednjoškolskom obrazovanju [28]. Srednja škola za medicinske sestre i dalje je trajala četiri godine, pri čemu je tek jedna petina ukupnog vremena bila posvećena praktičnoj nastavi, a samo mali dio teorijske nastave ostao je orijentiran na stručne predmete [28]. Nedostatak usklađenosti između srednjoškolskog i visokoškolskog obrazovanja rezultirao je nezadovoljstvom i neadekvatnom stručnom edukacijom medicinskih sestara. Sve to je utjecalo, ne samo na kvalitetu zdravstvene skrbi pruženu pacijentima, već i na negativan doživljaj sestrinstva u javnosti [28].

Bolonjski proces, kao model usklađivanja nastavnih programa na razini zemalja Europske unije, medicinske sestre u Hrvatskoj su dobile priliku samostalno razvijati struku i biti priznati i ravnopravni članovi unutar zdravstvenog tima [25, 27, 28]. Akademske godine 2005./2006. Ministarstvo znanosti obrazovanja i sporta izdalo je dopusnicu za izradu jedinstvenog plana i programa za sve visoke škole za medicinske sestre u Hrvatskoj. Plan i program je usklađen s preporukama Münchenske deklaracije iz 2000. godine, a prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije i Sektorskim direktivama Europske unije [25, 27, 28].

Godine 2003. osnovana je Hrvatska komora medicinskih sestara, kao potpuno autonomno tijelo zaduženo za regulativu i legislativu u sestrinstvu [29]. Komora je osnovana naporima Hrvatske udruge medicinskih sestara i Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske [29]. Iste godine, Sabor Republike Hrvatske, donio je Zakon o sestrinstvu kojim je prvi put definirana djelatnost medicinskih sestara, standardi obrazovanja, uvjeti za obavljanje djelatnosti, dužnosti medicinskih sestara te načini praćenja kvalitete rada [29]. Hrvatska komora medicinskih sestara dobiva ovlast izdavanja licenci za samostalan rad, koju medicinske sestre stječu nakon uspješnog položenog stručnog ispita i odrađenog pripravničkog staža u trajanju od jedne godine [29]. Licenca vrijedi šest godina te se produžuje ako medicinska sestra zadovoljava bodovne kriterije povezane s trajnim stručnim usavršavanjem. Proces trajnog stručnog usavršavanja organiziraju Hrvatska komora medicinskih sestara i sve zdravstvene ustanove. Međutim, nadzor i evaluaciju kvalitete trajnog usavršavanja provodi stručno tijelo koje nadzire ovo područje unutar Komore [29].

U suvremenom kontekstu, smatra se da, osim sposobnosti donošenja stručnih odluka, sposobnost donošenja moralnih odluka predstavlja bitan aspekt stručne i etičke izvrsnosti medicinskih sestara. Ova dvostruka dimenzija, koja obuhvaća i stručnost i moralnost, odražava visoke standarde koje društvo postavlja prema medicinskim sestrama u pružanju kvalitetne zdravstvene skrbi [25, 27, 28, 29].

1.4. Sestrinstvo na području (današnje) Primorsko-goranske županije

Sestrinstvo u Rijeci ima bogatu, ali nedovoljno istraženu povijest. Do 19. stoljeća, skrb za bolesne i ranjene osobe u Rijeci je uglavnom organizirala lokalna zajednica i Crkva. Gradska bolnica Svetoga Duha otvorena je 1. lipnja 1823. u četvrti Pomerio, što je označavalo važan korak u napretku riječkog zdravstva [30]. Tijekom proširenja bolnice ukazala se potreba za dodatnim osobljem, slično kao i u ostatku Hrvatske, pa uprava bolnice poziva sestre milosrdnice iz Zagreba da preuzmu skrb za bolesne, siromahe i siročad [30].

Razvojem medicine i modernizacijom zdravstvenih usluga, sestrinstvo sve više prerasta u formaliziranu profesiju. Prvi tečajevi za bolničarke organiziraju se početkom XX. stoljeća. Godine 1914. organizirana su dva trodnevna tečaja prve pomoći za dobrovoljne bolničarke ugarskog Crvenog križa, koje je vodio doktor Ruggero Grossich [31].

Prva škola za bolničare osnovana je u riječkoj bolnici 1937. godine. Ključnu ulogu u osnivanju i pokretanju škole imao je doktor Viktor Finderle svojim zalaganjem i poštovanjem prema sestrama milosrdnicama i drugim bolničarkama koje su radile u bolnici [32]. Nakon Drugog svjetskoga rata, sestre milosrdnice su suočene s izazovima koji su 1949. godine rezultirali prestankom njihova djelovanja u riječkoj bolnici [32]. Sestrama je tada, zbog političkih zbivanja, bio zabranjen rad u redovničkom odijelu: neke sestre su, uz dozvolu svojih poglavara, prihvatile rad u građanskom odijelu, a one koje to nisu mogle dobile su otkaz i morale su napustiti bolnicu [32].

Godine 1947. tadašnji povjerenik za narodno zdravlje, doktor Ante Švalba, otvara Školu za medicinske sestre u novoj zgradi (danas zgrada Fakulteta zdravstvenih studija, V. C. Emina 5), a 1955. godine Medicinski fakultet započinje s upisima polaznica „Specijalnog odjeljenja za medicinske sestre“ [33]. Prve godine upisano je 15 studentica. S velikom maturom učenik se mogao upisati na bilo koji fakultet te steći visoku stručnu spremu, zanimanje je za ovu školu ubrzo je bivalo sve manje. Tako se godine 1960. Viša škola za medicinske sestre ukida, radi niskog interesa, a obnavlja se 1978. godine, opet pri Medicinskom fakultetu [33, 34]. Viša škola tada prerasta u trogodišnji stručni studij za više medicinske sestre i to za medicinske sestre koje rade. Studenti su mogli upisati bolnički i izvanbolnički smjer [33, 34]. Od 1986. godine pokrenut je redoviti dvogodišnji studij i uvode se novi smjerovi i za druge zdravstvene struke: medicinske sestre, fizioterapeute, medicinsko-laboratorijske inženjere i rendgenske tehničare, a potom i izvanredni smjer za fizioterapeute. Bolonjskom reformom uveden je sustav obrazovanja na razini prvostupnika i magistara sestrinstva [28, 34].

1.5. Generacijska teorija

Generacijska teorija definira generaciju kao kohortu (skupinu) pojedinaca rođenih unutar otprilike 20 godina, a koji su proživjeli zajedničke događaje koji su oblikovali njihove karakteristike na posebne i jedinstvene načine [35]. Svaka se generacija razlikuje jedna od druge, pa tako radeći zajedno mogu biti izvor nesporazuma i sukoba osobito ako rukovođenje nije prilagođeno karakteristikama svake generacije [35]. U zdravstvenom sustavu to dovodi do radnog okruženja koje pruža nisku kvalitetu skrbi. Brojni aspekti generacijskih karakteristika medicinskih sestara još su nedovoljno istraženi ili potpuno ne istraženi, pogotovo uz utjecaje obilježja kao što su kulturalni aspekti i spol [35]. Suvremene vrijednosti, iskustva i povijesni kontekst mogu postati zajednički interesi kada se govori o generacijskim različitostima, međutim, također mogu uzrokovati i sukobe [35].

Najprije Karl Mannheim (1952.: prvi put objavljen 1923.), a kasnije William Strauss i Neil Howe (1991) pokušali su teoretizirati generacijske karakteristike s komplementarnim pristupom; da su ljudi rođeni u isto vrijeme u povijesti i društveno-kulturnom okruženju, doživjeli analogna iskustva koja počinju tijekom njihovih ranih godina kao kolektivna grupa koja se naziva "generacija". Te im sličnosti daju uzajamnu perspektivu iz koje se može izvući značenje i život u svijetu na jedinstven i osebujan način [36]. Okolnosti zakona o odlasku u mirovinu snažno utječu na današnju radnu snagu te samim time više generacija radi zajedno [37].

Višegeneracijska radna snaga nudi i izazove i prilike za rukovoditelje organizacija s obzirom na to da svaka generacija unosi svoju jedinstvenost na radno mjestu, kao i svoje i snage i slabosti, koje zajedno čine generacijske jazove [34, 38]. Te su različitosti uvijek bile pokretači razvoja i inovacija, ali ponekad mogu postati izvori proturječnosti i nesporazuma i problema [38].

Općenito, uključujući i zdravstveni sustav, generacijski fenomen uključuje i rukovoditelje i njihove upravljačke vještine kao i znanje o generacijskim karakteristikama i različitostima te njihovu sposobnost rješavanja problema na organizacijskoj razini koje služe kao vodič za donošenje zajedničkih odluka o načinima upravljanja različitim generacijama [38, 39]. Cilj učinkovitog upravljanja višegeneracijskom radnom snagom utječe pozitivno na produktivnost zaposlenika, kao rezultat veće raznolikosti perspektiva koji se mogu razmotriti, prepoznati i valorizirati [40]. Nadalje, još uvijek se raspravlja o primjenjivosti generacijske

teorije na upravljanje, a postoje neke nesigurnosti povezane s brojnim aspektima generacijskih razlika u zdravstvenoj skrbi koje nisu do kraja istražene [41].

1.6. Generacijska podjela

Karl Mannheim prvi je osmislio generacijski konstrukt 1923. godine i teoretizirao generacijsku prisutnost u društvu. Pretpostavio je neke napetosti ili probleme u suživotu generacija iz sociološke perspektive [42]. Prema Mannheimu, zajednička obilježja među generacijama nisu svjesno razvijene društvene veze koje formiranju formalne grupe; umjesto toga, uspostavljen je oblik nevidljivih veza jer su pripadnici istih generacija uključeni u zajednički društveno-povijesni proces koji se razlikuje od ostalih generacija [42].

Generacijsku teoriju razvili su Strauss i Howe (1991.) te su kasnije i dovršili opis ovog fenomena. U publikaciji „*Generations: The History of America's Future, 1584. to 2069*“, autori su pratili američke generacije kroz vrijeme, i otkrili neke ponavljajuće obrasce u njihovom pojavljivanju u povijesti, teoretizirajući da su oni ciklički prisutni u društvu s različitim dobnim skupinama i raznolikim karakteristikama [43].

Razvojni procesi koji su tipični za tijek ljudskog života utječu na obilježja svake generacije, a ne samo na zajednički raspon godina rođenja, ali i mnoštvo daljnjih zajedničkih gospodarskih, društvenih i socioloških uvjeta, te zajedničke dispozicije i povijesna iskustva [37, 44]. Isto tako, mjesto rođenja, pristup obrazovanju i cjelokupno životno iskustvo u globalnom okruženju može odrediti moguća drugačija iskustva različitih generacija [45]. Iako različite generacije karakterizira utvrđeni dobní raspon rođenja, granica između njih nije jasno razgraničena, čak postoje i preklapanja među generacijama u malim dobnim rasponima [46]. Pojedinci rođeni u tim malim dobnim rasponima imaju odnose s dvije generacije istovremeno i mogu pokazivati ponašanja, sklonosti i karakteristike obje generacije [46, 47]. Nadalje, ne postoje samo zajednička obilježja unutar jedne generacije, već i različitosti također, a pojedinac rođen u određenoj generaciji možda neće imati karakteristike svojih članova [48]. u sestronskoj profesiji danas rade 4 generacije; Baby Boomeri, generacija X i generacija Y (Milenijalci) i generacija Z [48].

1.7. Karakteristike pojedinih generacija

1.7.1. Tiha generacija – *Silent generation*

Pripadnici ove generacije rođeni su u predratno vrijeme ili na samom kraju II. svjetskog rata [44]. Ovaj naziv dobivaju, jer su se zbog nesigurnosti političke situacije uglavnom držali za sebe. Nisu su isticali s mišljenjima, iako su držali političku stabilnost s “tihom većinom” [44]. S druge strane, strogo su odgajani pa su uvijek bili oprezni. Posljedice radikalnih ideologija i represivni režimi vladanja ostavili su trag na ovu generaciju te su ovi ljudi odrasli vjerujući kako je opasno izraziti svoje mišljenje. Njihov život bio je obilježen siromaštvom pa su pripadnici ove generacije bili iznimno zahvalni [44, 47, 48].

1.7.2. Baby bumeri – *Baby Boomers*

Baby Boomeri rođeni su i odrasli u društvu nakon Drugog svjetskog rata. U tom je razdoblju došlo do mlađih brakova, veće stope rađanja i posljedično, veće nestašice resursa. Odrastanje u društvu s ograničenim resursima, ograničenim poslovima i ograničenim školovanjem nadahnulo je generaciju konkurenata: pojedinaca koji su radili s načinom razmišljanja "radite koliko god možete, a onda još više sljedeći put". [44, 47, 48].

Neke uobičajene vrijednosti/mišljenja o ovoj generaciji na radnom mjestu; da su usmjereni na posao i radoholičari, neovisni i samouvjereni, orijentirani na ciljeve i usmjereni na karijeru, natjecateljski i samoaktualizirani. Zajedno, ove vrijednosti i način razmišljanja predstavljaju generaciju koja daje prednost učinkovitosti i djelotvornosti na radnom mjestu, ali nema mnogo obzira prema ravnoteži između posla i privatnog života, pri čemu je posao središte njihovih života [44, 47, 48].

1.7.3. Generacija X

Generacija X je generacija koja slijedi Baby Boomers generaciju. Znajući da je prethodnu generaciju karakterizirao životni stil usmjeren na posao, ne čudi da je generacija koja je uslijedila gotovo u potpunosti odbacila ovo uvjerenje [44, 47, 48].

Generacija X-a odgajana je u vrijeme koje karakteriziraju rani tehnološki razvoj (analogno-digitalni), transformativne društveno-političke promjene i minimalan nadzor odraslih. Zajedno, to je potaknulo generaciju s hiper-neovisnošću (pri čemu su često oba roditelja uvijek radila) i hiper-fleksibilnošću (od potrebe da se neprestano prilagođavaju statusu-quo koji se brzo mijenja) koja, za razliku od Boomersa, daje prioritet ravnoteži između poslovnog i privatnog života: funkcioniranje pod mentalitet "radi naporno, igranj naporno". Neke

zajedničke vrijednosti na radnom mjestu za Generaciju X su neovisnost i samodostatnost, zdrava ravnoteža između poslovnog i privatnog života, fleksibilnost i neformalnost te tehnološka kreativnost [44, 47, 48, 49, 50].

1.7.4. Generacija Y (Milenijalci) – *Millennials*

Generacija Y, ili poznatija kao Millenijalci, slijedi Generaciju X i prethodi Generaciji Z. Millenijalci su najmnogoljudnija generacija i čine većinu današnje radne snage koja čini njihov odgoj i vrijednosti na radnom mjestu posebno zanimljivim poslodavcima. Kao što ime sugerira, većina Milenijalaca odrasli su na prijelazu tisućljeća, služeći kao posljednja generacija koja je vidjela život prije i nakon potpunog digitalnog preuzimanja. Oni su svjedočili ekstremnom tehnološkom rastu i razvoju koji je iznjedrio neviđene razine komunikacije. Ova generacija je odrasla uviđajući važnost i dobrobit ravnoteže između poslovnog i privatnog života koja je generaciji X-a bila prioritet [44, 47, 48, 49, 50].

Navedene karakteristike i okruženja u djetinjstvu rezultirala su visoko progresivnom, empatičnom generacijom koja je prva integrirala moralne vrijednosti na radno mjesto: nastojeći raditi samo u okruženjima koja su u skladu s njihovim temeljnim društveno-političkim vrijednostima, čak i po cijenu smanjenja plaća. Njihov način razmišljanja na radnom mjestu najbolje se opisuje kao "radi naporno, igray se više, ali pokušaj raditi samo tamo gdje se vidiš kako igraš". Vrijednosti koje ova generacija vidi na radnom mjestu su personalizirana i česta interna komunikacija, raznolikost i uključenost, fleksibilnost, timski rad, profesionalni rast i profesionalni razvoj, naglasak na učenje novih vještina [44, 47, 48, 49, 50, 51, 52].

1.7.5. Generacija Z

Generacija Z trenutno čini 30% svjetske populacije i predviđa se da će za manje od 5 godina činiti oko 30% radne snage. Kao prva generacija koja doista postoji bez znanja o tome kako je to odrastati bez digitalne tehnologije, ne čudi da postoje mnoge kvalitete jedinstvene za Generaciju Z koje ih jasno izdvajaju od prethodne tri generacije o kojima smo govorili. Odrastajući s pojavom i širenjem aplikacija društvenih mreža i tehnologije generacija Z nazvana je "prvom globalnom generacijom", s pristupom svemu (i svima) samo jednim pritiskom na gumb. Uparite li se ove karakteristike s globalnim ekonomskim i zdravstvenim preokretima uzrokovanim globalnom financijskom krizom koja se protekla od 2007. do 2009., klimatskim promjenama i ekonomskim posljedicama COVID-19 pandemije koji su svijet prebacili na internet, očekivali bi se da bi ovaj nedostatak stabilnosti proizveo generaciju vrijednosti i uvjerenja sličnih onima Boomers [53]. Međutim, ono što je generacija Z imala, a Boomers nije

imala bila je sposobnost da otvoreno i iskreno komuniciraju o svojim mislima, osjećajima i iskustvima s desecima, stotinama, tisućama, čak i milijunima drugih ljudi koji doživljavaju slične (ili gore) preokrete [53].

Generacija Z je prva generacija koja ima pristup svakoj perspektivi; prva generacija u kojoj gotovo nikakvo traumatično ili neugodno iskustvo nije bilo izolirano, nepovezano ili jedinstveno – prva generacija globalne zajednice [53]. Generacija Z je generacija istine, istraživanja i identiteta (ili nedostatka istih). Generaciju Z pokreće nezasićena glad za temeljnim istinama i traži slobodu od bilo kakvih etiketa koje ograničavaju bilo kakvo istraživanje tih istina. Kao rezultat toga, zadržavanje generacije Z na radnom mjestu predstavlja još veću poteškoću nego zadržavanje milenijalaca na radnom mjestu [53].

Podižući prednost prethodne generacije rada u ustanovama sa sličnim društveno-političkim vrijednostima korak dalje, Generacija Z nema problema s napuštanjem ustanove zaposlenja koji je u suprotnosti s njihovim uvjerenjima [53]. Štoviše, Generacija Z je generacija koja najmanje vodi računa o plaćama, često stavljajući vrijednosti na radnom mjestu ispred konkurentne plaće. Za ovu generaciju te vrijednosti uključuju smislen rad, raznolik i inkluzivnu kulturu, davanje prioriteta mentalnom zdravlju, otvorenu i iskrenu komunikaciju, stabilnost i ravnotežu, profesionalni rast i razvoj, suradnju, autonomiju i fleksibilnost (naglasak na mogućnosti rada na daljinu) [53].

1.8. Profesionalni identitet u sestinstvu

1.8.1. Važnost profesionalnog identiteta u sestinskoj profesiji

Sestinstvo je danas priznata profesija sa potpunom autonomijom, a medicinske sestre/tehničari su kompetentni profesionalci radi obrazovanja koje su prošli u svojoj struci [5]. Autonomija se može definirati kao „sposobnost i pravo na samostalno donošenje odluka, samostalno djelovanje u sklopu svojih profesionalnih kompetencija“ [5].

Profesionalni identitet složen je fenomen koji se percipira i prakticira na različite načine kroz discipline i među pojedincima. Danas se sve više istražuje i daje važnost profesionalnom identitetu medicinskih sestara [54, 55, 56]. Profesionalni identitet definiran je kao identitet medicinske sestre odnosno kao koncept o tome što znači biti i djelovati kao medicinska sestra [57]. Kroz proces edukacije, medicinske sestre dobivaju vrijednosti, stavove i uvjerenja nužna za ispunjavanje profesionalne uloge. U izgradnji profesionalnog identiteta, medicinske sestre počinju integrirati "biće medicinske sestre" u sebe, a mnogu autori smatraju da to dobivaju upravo edukacijom [58]. Kako bi se razvio profesionalni identitet važne su neke vrste

socijalizacije; kako medicinska sestra – početnik prelazi u profesiju, razvija i profesionalni identitet. Početnici u sestrinstvu; učenici i studenti, trebaju imati pozitivne uzore tijekom svoje karijere u cilju razvoja i održavanja profesionalnog identiteta [59].

Sestrinstvo je profesija i društveni fenomen koji se sastoji od unutarnjih vrijednosti, uvjerenja i vještina tijekom preuzimanja uloge profesionalne medicinske sestre [60]. Profesionalni identitet medicinskih sestara uključuje rast profesionalne predanosti, profesionalno ponašanje, ponos i zadovoljstvo profesijom. Kada medicinska sestra razvije profesionalni identitet, sestrinstvo se doživljava više od posla, sestrinstvo postaje način života. Veći osjećaj profesionalizma događa se kada se medicinska sestra posveti unapređenju struke na razne načine. Snažan osjećaj za profesionalni identitet ključni resurs je koji medicinskoj sestri omogućuje održavanje motivacije daje smisao obavljanju posla i nošenju s izazovima na radnom mjestu [61].

Abraham Flexner, reformator obrazovanja postavio je definiciju kriterija profesije koji uključuju; Kvalitetnu edukaciju i pažljiv odabir pristupnika u visokoškolskom obrazovanju; kontinuirano povećanje količine znanja i implementaciju znanstvenih metoda u nastavu; prenošenje znanja i praktičnih postupaka koji su važni za ljudsku i socijalnu dobrobit; autonomnost profesije; mogućnost napredovanja; sloboda obavljanja zanimanja [62].

S obzirom na povijesni kontekst sestrinstva, generacijsku teoriju i važnost profesionalnog identiteta te suvremenih vrijednosti i iskustva ovo istraživanje može pružiti zajednički interes kada se govori o generacijskim različitostima. Stoga, analizom povijesnih izvora, arhivskih i pisanih izvora te analizom rezultata kvalitativnog i kvantitativnog istraživanja će ovaj rad nastojati istražiti povijesni razvoj sestriinske profesije te identificirati ključne trenutke za napredak sestriinske profesije i zajednička obilježja u svakoj generaciji medicinskih sestara/tehničara na području koje danas pokriva Primorsko-goranska županija, a dobiveni rezultati mogu biti primjenjivi na širi kontekst sestrinstva Hrvatske.

Nadalje, povijesna saznanja o sestrinstvu Primorsko-goranske županije, osobito saznanja o razvoju edukacije i društvenim utjecajima mogu imati jak utjecaj na daljnji razvoj obrazovanja i sestrinstva kao profesije, kao i za sestriinsku autonomiju Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci.

2. CILJEVI I HIPOTEZE

2.1. Ciljevi istraživanja

C1: Istražiti i opisati povijesni razvoj sestriinske profesije te identificirati ključne trenutke u svakoj generaciji medicinskih sestara/tehničara koji su doprinijeli kontinuiranom rastu i razvoju sestriinske profesije na području PGŽ.

C2: Istražiti i opisati generacijske karakteristike medicinskih sestara/tehničara u odnosu generacije, spola i obrazovne razine s percepcijom o dimenzijama sestriinstva koje se odnose na vodstvo i radno mjesto i samoprocjenu profesionalnog identiteta te dobivene rezultate usporediti između sve četiri generacije.

2.2. Hipoteze istraživanja

H1: Sestriinstvo se u Primorsko-goranskoj županiji razvijalo prateći europski i svjetski razvoj sestriinstva, te su ključni trenutci u svakoj generaciji napredak obrazovanja, rat ili epidemije zaraznih bolesti.

H2: Postoje statistički značajne razlike između generacijskih karakteristika medicinskih sestara/tehničara u odnosu generacije, spola i obrazovne razine s percepcijom o dimenzijama sestriinstva koje se odnose na vodstvo, radno mjesto i samoprocjenu profesionalnog identiteta između svake generacije.

3. MATERIJALI I METODE

3.1. Povijesno istraživanje

Analiza povijesnih izvora – literature, arhivalija i pisanih izvora (Hrvatski državni arhiv u Rijeci, Arhiv Provincije sestara milosrdnica, Arhiv Odjela za socijalnu medicinu NZZJZ PGŽ i drugi) – ovaj će rad nastojati determinirati ključne trenutke koji su bili prijelomni u razvoju sestrinske profesije (zakonske, etičke i stručne regulative te sustavne stručne edukacije) na području koje danas pokriva Primorsko-goranska županija (PGŽ).

Povijesna metoda – Ovom metodom obuhvatila se kronologija, razvoj, uzrok i posljedica pojavnosti prijelomnih trenutaka za napredak sestrinske profesije na području Primorsko-goranske županije. Glavni instrument koji se koristio da bi se to postiglo su raznovrsni povijesni spisi, dokumenti, povijesne knjige te donirana povijesna građa [63].

Metoda usmene povijesti – ovom metodom smo dobili usmene informacije direktno od sudionika u istraživanju, a radi nadopunjavanja povijesnih izvora.

3.2. Kvalitativno istraživanje

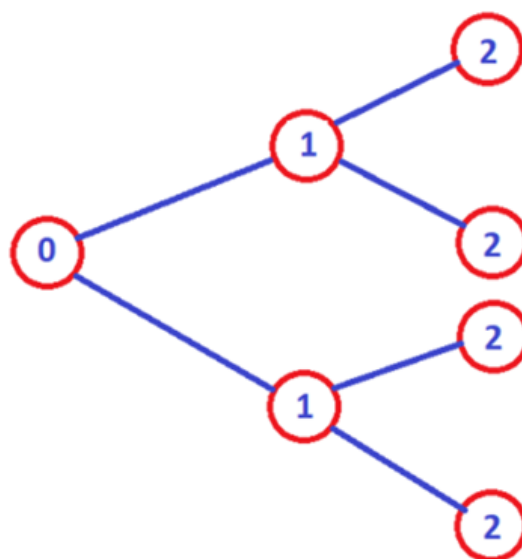
3.2.1. Polustrukturirani intervjui i Fokus grupe

Za potrebe kvalitativnog istraživanja izrađen je protokol za intervjue i fokus grupe. Intervju se proveo sa prvom generacijom (Tiha generacija), radi njihove starosne dobi nije ih bilo moguće povezati u Fokus grupe.

Protokol intervjua/fokus grupe sastojao se od upute o istraživanju i cilju istraživanja te otvorenih pitanja iz teme istraživanja. Ispitanici su dobili na ispunjavanje informirani pristanak i etičke aspekte istraživanja. U svakoj skupini bilo je 6-12 ispitanika prema preporukama za fokus grupe [64].

Metoda uzorkovanja: Metoda snježne grude (*Snow ball*)

Metoda snježne grude (*engl. snowball method*) je definirana kao „ne-probabilističko uzorkovanje u kojem već postojeći elementi unutar uzorka ”regrutiraju” nove elemente u uzorak kroz mrežu poznanstava“. Ova se metoda uzorkovanja koristi uglavnom kod ”skrivenih” populacija kojima se istraživački ne može jednostavno pristupiti [65].



Slika 1. Shematski prikaz metode snježne grude [66].

3.2.2. Analiza narativa

Metoda analize kvalitativnih rezultata bila je analiza narativa. Analiza narativa je kvalitativna metoda, a koristi se kod raznolikosti analitičkih praksi [67]. Podrazumijeva ispričanu ili napisanu priču koja u svom fokusu ima jedan ili više proživljenih događaja koji su kronološki povezani [67]. Analiza narativa prikazuje interpretaciju proživljenog životno-povijesnog iskustva kojeg smo odlučili istražiti, u ovom slučaju ključnih točaka u svakoj sestrinskoj generaciji [67].

Istraživanje se provodilo metodom polustrukturiranog intervjua/fokus grupa. Prije samog intervjua sudionicima je dan i pročitao obrazac informiranog pristanka u kojem je kratko opisana svrha, ciljevi i uzorak na kojem se provodi istraživanje te je opisan proces istraživanja, mogući rizici, pravo na odbijanje i odustajanje, povjerljivost te kome se mogu obratiti za dodatna pitanja. Na samom kraju informiranog pristanka stoji rečenica koju sudionici izgovaraju te tako čine i usmeni pristanak sudjelovanja u istraživanju: „pristajem sudjelovati u istraživanju“. Informirani pristanak potpisan je u jednom primjerku koji pripada istraživaču. Sudionici su dobili izjavu o povjerljivosti podataka potpisanu od istraživača. Usmeni pristanak

kao i intervju/fokus grupe, snimani su *Philips VoiceTracer* diktafonom. Nakon informiranog pristanka slijedila su pitanja prema protokolu intervju/fokus grupe. Pitanja su bila otvorenog tipa i formirana su na način da od svakog sudionika dobije individualni životno-povijesni prikaz iskustva. Dobiveni intervjui transkribirani su u svrhu analize podataka.

U svrhu analize rezultata istraživanja korišten je Labvoljev model koji narativ definira kao rekonstrukciju onoga što su sudionici doživjeli usklađivanjem niza rečenica s nizom povijesnih događaja koji su se zaista dogodili. To znači da narativ ima strogi vremenski okvir koji se ostvaruje poklapanjem onoga što su sudionici rekli s onim što se doista dogodilo u prošlosti, a što smo dobili povijesnim istraživanjem [68]. Kompletni model, kakvog ga Labov predstavlja, započinje orijentacijom, nastavljaajući na komplicirajuće radnje (zaplet), privremeno odgođen evaluacijom, zaključujući s rezultatom (odlukom) i vraćajući slušatelja u sadašnjost pomoću *code* (dobivenog koda) [68].

3.2.3. Analiza podataka

Sva analiza podataka iz povijesnog i kvalitativnog istraživanja analizirala se „ručno“. Kodovi su se izlučivali pomoću softverskog rješenja i provjeravali su se jedan po jedan te se na temelju kodova (*code*) i povijesnih slika vršila interpretacija prikupljenih podataka.

3.3. Kvanitativno istraživanje

Standardiziranim upitnicima “The Multidimensional Nursing Generations Questionnaire” (MNGQ) i “Nurses’ professional identity scale” (NPIS) istražile su se i opisale generacijske različitosti kod medicinskih sestara/tehničara s obzirom na vodstvo, radno mjesto i samopercepciju profesionalnog identiteta. Za korištenje upitnika dobivene su dozvole autora, upitnici će se prevesti na hrvatski jezik metodom dvostrukog prijevoda [69]. Za potrebe ovog istraživanja izrađen je Demografski upitnik koji je sadržavao podatke o dobi, spolu, rukovodećoj poziciji, radnom mjestu te generaciji kojoj ispitanici pripadaju.

Metoda uzorkovanja je bila prigodni uzorak.

3.3.1. Multigeneracijski upitnik MNGQ – The Multidimensional Nursing Generations Questionnaire

Upitnik sadrži 48 čestica osmišljenih za mjerenje generacijskih karakteristika medicinskih sestara s obzirom na šest dimenzija radnog mjesta (faktora):

1. Sukobi među generacijama, povezani su s aspektima koji bi mogli negativno utjecati na kvalitetu zdravstvene njege;
2. Pogled na sigurnost pacijenata, povezan je s aspektima koji mogu utjecati na sigurnost pacijenata i pomoći u promicanju sigurnosnih povratnih informacija i planova intervencija;
3. Problemi odnosa između generacije, namijenjen je mjerenju izravnih aspekata odnosa na radnom mjestu među pripadnicima različitih generacija koji utječu vršnjačko priznanje, radna grupa i razvoj vještina;
4. Rad kao više generacijski tim, uključuje aspekte koji mogu utjecati na učinkovitost;
5. Orijehtacija na promjene, procjenjuje stavove zaposlenika da faktori poput povjerenja, primjerenosti, osobne vrijednosti utječu na samoučinkovitost;
6. Sklonost radu i dostupnost, mjeri stavove koji utječu na organizacijske troškove, produktivnost i kvalitetu skrbi medicinskih sestara.

Upitnik se boduje na Likertovoj skali od 5 stupnjeva koja se kreće od 1 (uopće se ne slažem) do 5 (u potpunosti se slažem) [70].

3.3.2. Upitnik profesionalnog identiteta NPIS – *Nurses' professional identity scale*

NPIS upitnik koji se sastoji od 24 čestice. Upitnik se boduje na Likertovoj skali od 5 stupnjeva od 1 (uopće se ne slažem) do 5 (u potpunosti se slažem). Sedam čestica je obrnuto kodirano (5, 7, 11, 13, 17, 20 i 21) na instrumentu. Odgovori svih stavki zbrajaju su se kako bi se dobio ukupni rezultat NPIS-a koji može varirati od 24 do 120. Viši rezultati ukazuju na jači profesionalni identitet [71].

3.3.3. Prijevod upitnika i dozvole

Prije korištenja upitnika ishodila se dozvola od autora. Upitnici su prevedeni na hrvatski jezik metodom dvostrukog prijevoda [69].

3.3.4. Statistička obrada podataka

Koristili smo faktorsku analizu glavnih komponenti nakon što je prikladnost korelacijske matrice čestica provjerena s Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) mjerom adekvatnosti uzorkovanja i Bartlettovim testom sferičnosti za testiranje valjanosti konstrukta. Izdvojili smo 6 faktora za testiranje prethodno potvrđene strukture i upotrijebili Varimax kao metodu rotacije. Predmeti s opterećenjem $< 0,40$ isključeni su iz analize.

Unutarnja konzistentnost ljestvice i subskala određena je Cronbach alfa. Cronbach alfa $> 0,70$ smatra se dobrim, $> 0,80$ vrlo dobrim i $> 0,90$ izvrsnim.

Rezultati faktora konstruirani su kao linearna kombinacija svih stavki podijeljenih s brojem stavki (raspon 1-5). Niži rezultati ($< 2,7$) smatrani su negativnim, srednji (2,8 – 3,2) neutralnim, a viši rezultati ($> 3,3$) pozitivnim. Kvantitativni podaci prikazani su s mjerama središnje tendencije i varijacije ovisno o distribuciji (Kolmogorov-Smirnov test). Usporedba kvantitativnih podataka napravljena je neparametarskim (Mann-Whitney ili Kruskall Wallis) testovima ovisno o distribuciji.

Post-hoc test za Kruskall-Wallis bio je Dunn test. Za statističku analizu koristili smo 2 statistička paketa SPSS (IBM SPSS Statistic 25) i Medcalc (verzija 16.0.3). $p < 0,05$ se smatrao statistički značajnim.

3.3.5. Ispitanici/sudionici

Ispitanici odnosno sudionici su bili medicinske sestre/tehničari sa licencom za samostalan rad, koji rade ili su radili na području Primorsko-goranske županije. Na dan 27.09.2023. službeni podatak od Hrvatske komore medicinskih sestara navodi da u Primorsko-goranskoj županiji ima 2625 medicinskih sestara/tehničara.

U istraživanje su pozvani medicinske sestre/tehničari svih dobnih skupina, oba spola, svih razina obrazovanja. Putem e-pošte, društvenih mreža i osobnim kontaktima ispitanici su pozvani da sudjeluju u istraživanju.

3.4. Etički aspekti istraživanja

Prije provedbe istraživanja ishodilo se odobrenje Etičkih povjerenstva KBC-a Rijeka, Doma zdravlja PGŽ, Medicinskog fakulteta, Sveučilišta u Rijeci i Fakulteta zdravstvenih studija, Sveučilišta u Rijeci.

Ispitanici su pozvani da sudjeluju u istraživanju. U obrascu informiranog pristanka ispitanicima je objašnjen cilj i svrha istraživanja, te im je naglašeno da je istraživanje anonimno i dobrovoljno, a ukoliko žele odustati, mogu to učiniti u bilo kojem trenutku istraživanja. U uputama je naveden kontakt e-adrese i broj telefona istraživačice za bilo kakva pitanja ili nejasnoće.

U istraživanju smo se vodili temeljnim bioetičkim principima – principom autonomnosti, pravednosti, dobročinstva i neškodljivosti, a u skladu sa Nürnberškim kodeksom, najnovijom revizijom Helskinške deklaracije.

4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

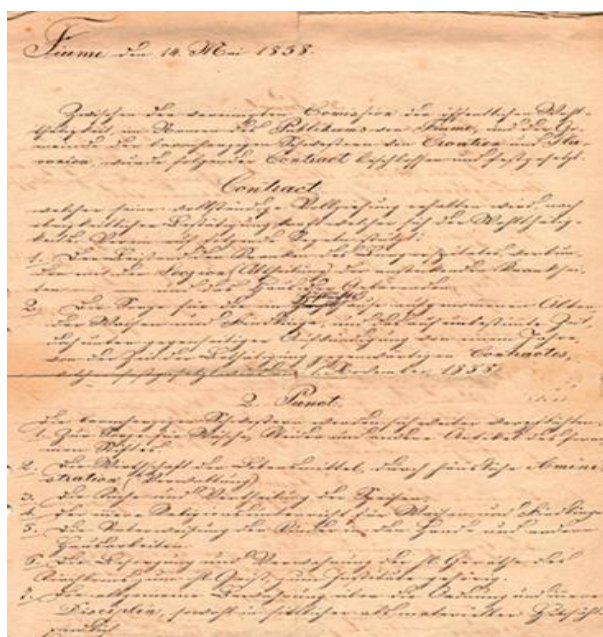
U ovom istraživanju korištena je generacijska podjela prema autoru Simoneu Stevaninu [70]: Baby Boomers (1946. – 1964.), Generacija X (Milenijalci) (1965. – 1980.), Generacija Y (1981. – 2000.) i Generacija Z (2001. i mlađi).

4.1. Povijesno istraživanje

Vremenski okvir podijeljen je prema generacijskoj podjeli i rezultati su prikazani na način da se za svako razdoblje, a koje označava pojedinu generaciju.

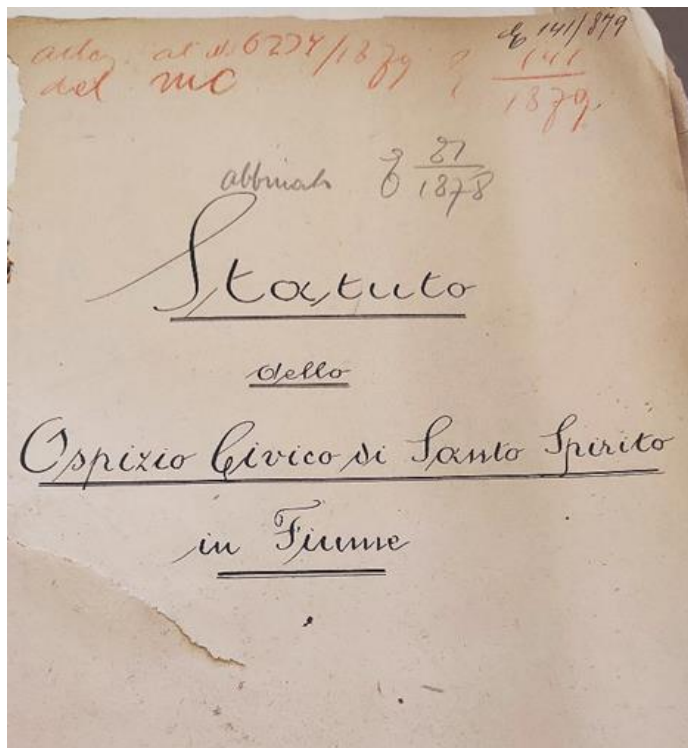
Razdoblje prije 1925. godine obilježilo je niz povijesnih događanja koji su obilježili povijest sestринства u Primorsko-goranskog županiji. Iako ne spada u generacijsku podjelu, važno je prikazati ove rezultate radi kasnijeg konteksta istraživanja.

Kako bi odgovorile na poziv Komisije dobrotvornosti Rijeke, sestre milosrdnice su stigle iz Zagreba, potpisavši ugovor 14. svibnja 1858. godine (Slika 2).

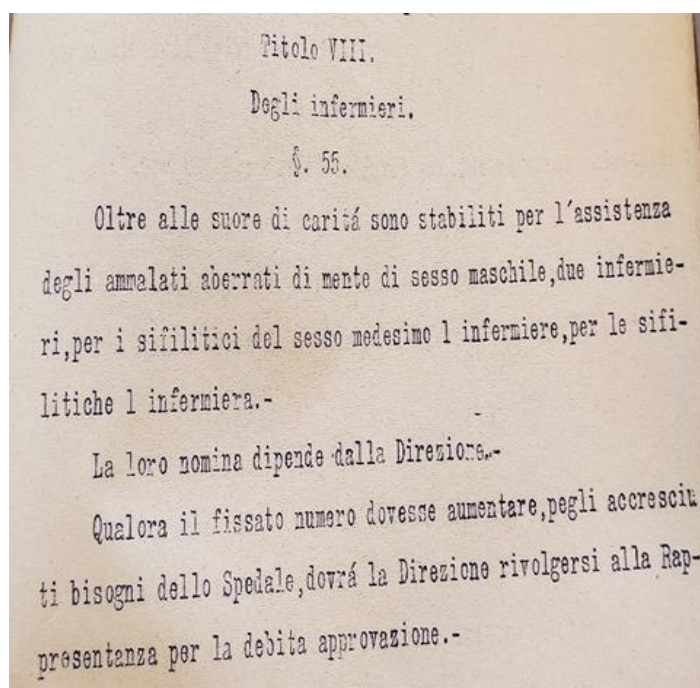


Slika 2. Ugovor između Komisije dobrotvornosti i sestara milosrdnica (Arhiv Provincije Majke Dobrog Savjeta (APMDS), Sjedište Provincije u Rijeci, Spomenica zajednice sestara u bolnici)

Gradska bolnica Svetoga Duha otvorena je 1. lipnja 1823. na lokaciji u četvrti Pomerio, i označava važan korak u evoluciji zdravstvene skrbi u Rijeci [72]. Godine 1879. Bolnica Svetoga Duha ima svoj statut i sistematizaciju radnih mjesta (Slika 3. i Slika 4.).



Slika 3. Statut Bolnice Sv. Duha (HR DARI JU2 Općina Rijeka, gradsko poglavarstvo 1427.-1945.)



Slika 4. Sistematizacija radnih mjesta za medicinske sestre (HR DARI JU2 Općina Rijeka, gradsko poglavarstvo 1427.-1945.)

Godine 1908. otvara se Ubožnica braće Branchetta koja ima odvojene odjele muškarce, žene, dječake i djevojčice [34]. U bolnici su radile sestre milosrdnice koje 1911. godine preuzimaju i službu u Sanatoriju Pećine, da bi 1913. godine bile zaposlene i u Sanatoriju društva liječnika, a cijelo vrijeme znanje prenose sa sestre na sestru, jer nije bilo formalnog obrazovanja [32, 34].

3. kolovoza 1914. obnavlja se podružnica Hrvatskoga Crvenog križa na Sušaku te je uređena i privremena bolnica za ranjenike (Slika 5).

Kako bi se mogao organizirati rad bolnice, prikupljale su se donacije u novcu, namirnicama, posteljini, rublju, odjeći te se nabavljala potrebna medicinska oprema. Ugarski Crveni križ organizirao je tečajeve prve pomoći za dobrovoljne bolničarke koje je u Rijeci vodio dr. Ruggero Grossich. Buduće bolničarke Crvenog križa morale su tri dana u Gradskoj bolnici polaziti potrebnu praktičnu edukaciju [31].



Slika 5. Bolnica podružnice Crvenog križa [31]

Godine 1924. otvorena je Civilna bolnica u Opatiji, a u njoj je radio medicinski tehničar Giovanni Gersinich uz 4 sestre milosrdnice (Slika 6). Njegova plaća 1930. godine iznosila je 5280 lira, a plaća jedne sestre milosrdnice 500 lira (Slika 7).

14/31 corr. 1414 11 dicembre 1931/I
 9 dicembre 1931 Nominativi per Guida.
 Ill.mo Signor
 Commissario Straordinario dell'Asiende Autonoma
 di Cura
 A b b a t i a.

In risposta alla lettera segnata nel margine,
 mi onore comunicare alla S. V. Ill.ma che l'Ospedale è ammi-
 nistrato dalla locale Congregazione di Carità e che l'attua-
 le Presidente è l'avv. Prof. Dott. Ferruccio Costa.
 I patroni sono i seguenti Signori:
 Cemin Giovanni, de Rossignoli dott. Giorgio, Stafel Alfonso e
 Sterk Francesco.
 Il direttore dell'Ospedale è il medico Giacomo dott. Kurz.
 Il medico chirurgo è il dott. Alessandro Lehel.
 Il ff. Segretario è il Rag. Ramiro Vencina.
 Gli infermieri sono: Giovanni Gersinich e quattro suore fi-
 glie della Carità di S. Vincenzo de Paoli.
 Con perfetta osservanza,

IL SEGRETARIO

Slika 6. Djelatnici Gradske bolnice Opatija (HR DARI-Civilna bolnica u Opatiji (1932-1938), (Fascikli 1,2, 5-8)

14/31 corr. 3 Novembre 1931/I
 Imposta di R.M.

Allo Spett.
 Ufficio Distrettuale delle Imposte Dirette
 in Volosca-Abbatia.

Agli effetti della tassazione, mi onore rimet-
 tere a codesto Spett. Ufficio, l'elenco degli stipendi pagati
 nel 1930 agli addetti di quest'Ospedale.

Al Direttore Medico dott. Giacomo Kurz	Lire 8.000.=
al Segretario Luigi Simone	3 2.400.=
all'infermiere Gersinich Giovanni	" 5.280.=
A ciascuna delle 4 suore	" 500.=
Alla lavapiatti Maria Giovanna	" 1.170.=
alla addetta alla cucina Francetio Pierina	" 980.=

Con perfetta osservanza,
 p. Il Segretario

Slika 7. Plaće zaposlenika za 1930.godinu (HR DARI-Civilna bolnica u Opatiji (1932-1938), (Fascikli 1,2, 5-8)

4.1.1. Razdoblje od 1925. do 1944. godine

Prva škola za bolničare osnovana je u sklopu riječke bolnice 1937. pri čemu je u edukaciji i podršci sestara ključnu ulogu odigrao Dr. Viktor Finderle (Slika 8.) [32].



Slika 8. Polaznice škole za bolničarke sa pacijentima [32]

Uvide u stanje u bolnici dobili smo i putem intervjua, pa tako jedna od ispitanica navodi;

U bolnici su 1942. godine, radile 72 sestre i nas smo bile dvije pripravnice. Posao je zahtijevao više nego što su ljudske mogućnosti (intervju, ispitanica, 1925. godište).

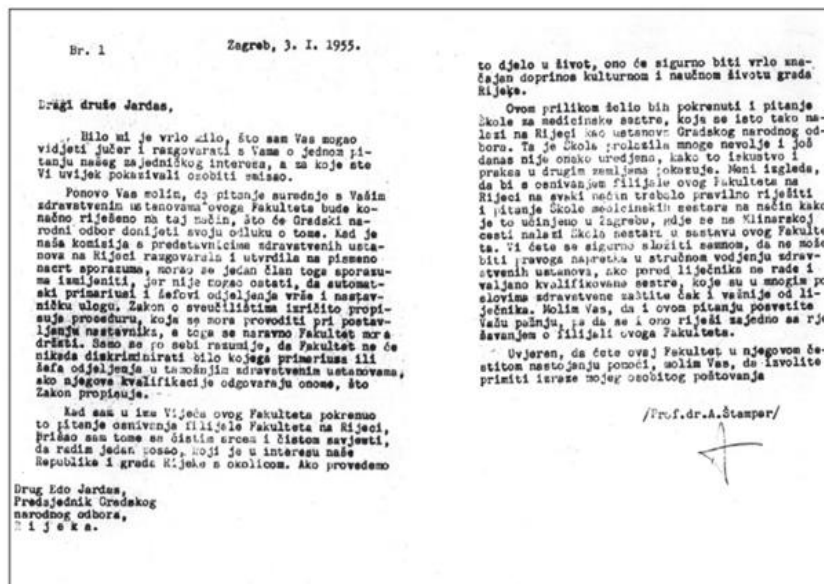
Sestre milosrdnice su radile i u bolnici na Sušaku, u bolnici Kralja Aleksandra I., čija je izgradnja dovršena 1934. godine. Tijekom Drugoga svjetskog rata tri su vojske u toj zgradi „ostavile svoj pečat“ [34]. Nakon bombardiranja Rijeke, 7. siječnja 1944. tuberkulozni, kronični i duševni bolesnici preselili su se u Ičiće u bivšu talijansku vojnu bolnicu te je s njima premješteno 13 sestara milosrdnica koje su skrbile za bolesne [32]. Isto tako, bolničarke su i dalje učile posao od iskusnijih i starijih sestara.

Pitali su me da li bi radila s bolesnicima te su me 1942. godine poslali kao pomoćnu pripravnicu u bolnicu kod sestre Ilone, da pomognem i onda sam ja s njom radila, ona mi je pokazivala sve, radila sam normalno u bolnici (intervju, ispitanica, 1925. godište).

4.1.2. Razdoblje od 1945. do 1964. godine

Nakon što je završio 2 svjetski rat. Onu noć kad je bio preokret, stavili su me da budem dežurna, nisam bila politički angažirana, bila sam dijete takoreći. Tu noć je završio rat, onda su počeli voziti ranjenike, partizane iz šume, na kamionima u sušačku bolnicu. Onda smo po hodnicima držali ljude na madracima. Kad više nije bilo madraca ležali su na dekama. Tamo smo im na podu davali infuzije. Liječnici su bili naši kirurzi iz sušačke bolnice, dr. Komljenović, dr. Kovačić i ostali. Onda je bilo opasno. To je sve bilo tako dobro, uhodano koliko se moglo u tim prilikama. I doktori i komesari i političari svi su bili kao jedan. A bolesnici su bili jako teški. Onda su sušačku bolnicu pretvorili u vojnu bolnicu samo jedan kirurški odjel su ostavili za civile (intervju, ispitanica, 1925. godište).

Zalaganjem primarijusa dr. Ante Švalbe, koji je tada bio gradski povjerenik za narodno zdravlje, došlo je do važnih promjena u obrazovanju u Rijeci. Nakon ukidanja Bolničarske škole sestara milosrdnica, koja je imala ključnu ulogu u zdravstvenom obrazovanju, prva Škola za medicinske sestre osnovana je 1947. godine (Slika 9). Osnivač te nove škole bilo je Ministarstvo za narodno zdravlje u Zagrebu [34]. Prva ravnateljica škole bila je viša medicinska sestra Pavica Defilipis. Škola je u početku djelovala unutar „Bolnice braće dr. Sobol“, a godine 1948. seli se u zgradu današnjeg Fakulteta zdravstvenih studija, odnosno na adresu u blizini bolnice – Viktora Cara Emina br. 5 [23].



Slika 9. Pismo dr. Andrije Štampara predsjedniku Gradskoga narodnog odbora Rijeke Edi Jardasu od 3. siječnja 1955., u kojem se, osim osnivanja Medicinskog fakulteta, vidi i mogućnost daljnjeg razvoja sestrinskog školstva u Rijeci [34].

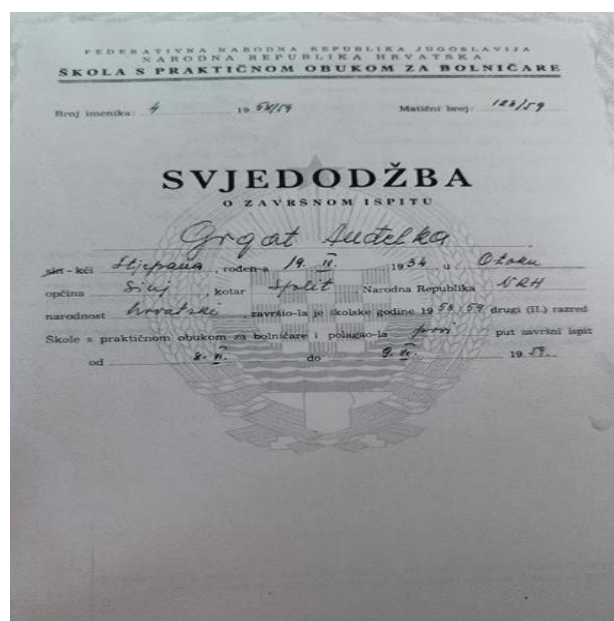
Nakon Drugoga svjetskog rata, sestre milosrdnice su suočene s nepravdom koja je rezultirala prestankom njihova rada i djelovanja u bolnici 1949. godine. Sestrama milosrdnicama bio je zabranjen rad u redovničkom odijelu, te su neke dopuštenjem svojih poglavara prihvatile rad u građanskom odijelu, a one koje to nisu mogle dobiti su otkaz [32].

Godine 1945. se tražilo da obučemo civilno odijelo. Neke nisu pristale, a one koje su pristale ostale su u bolnici. Sve koje nisu prihvatile su morale otići. Redovnička uprava je dala dozvolu, i smjeli smo obući građansko odijelo (intervju, ispitanica, 1925. godište).

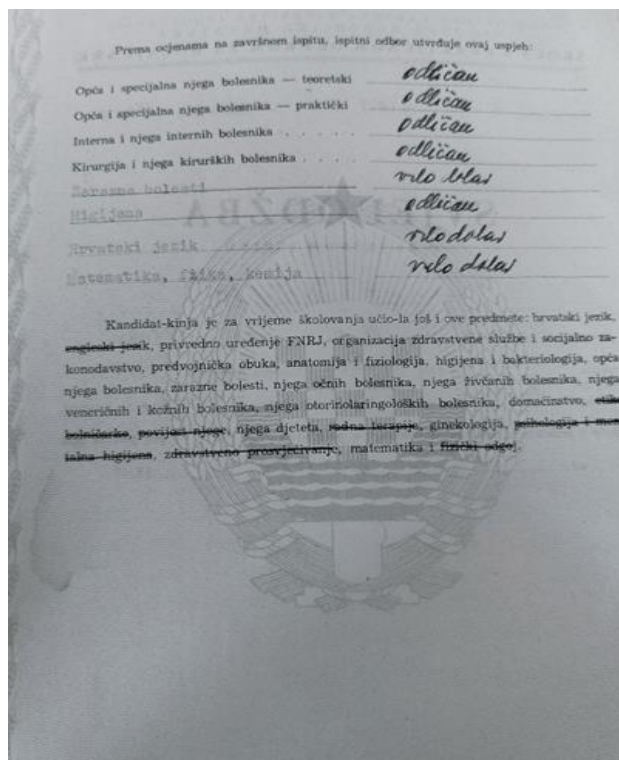
U Rijeci nas nisu primali u školu, pa sam išla u Zagreb, ali i tamo je bilo popunjeno za medicinske sestre, pa smo 2 godine završile bolničarsku školu 1962. u Zagrebu na Rebru, bila je jako dobra škola. Direktorica je bila Mara Čuka, Slovenka, bila je ateist, ali je bila idealna. Imali smo prijemni ispit, matematika, kemija, srpsko-hrvatski i kratak upit o tomu zašto sam se odredila za zdravstvo. Ali to je bilo tako strogo, ni jedna nije mogla pogledati drugu. U Rijeci je bila i medicinska i bolnička škola, ali naše sestre u to vrijeme nisu htjeli. Sestre su došle iz Zagreba i radile u Rijeci u civilu (intervju, ispitanica, 1937. godište).

Išla sam u bolničku školu, vodila ju je sestra Sibila i profesori su bili liječnici, neki iz Zagreba, neki naši iz Rijeke. Škola je bila u Rijeci, trajala je godinu dana i bila je u sklopu bolnice. Kasnije sam išla u medicinsku školu, koja je onda, 1963., trajala 4 godine (intervju, ispitanica, 1925. godište).

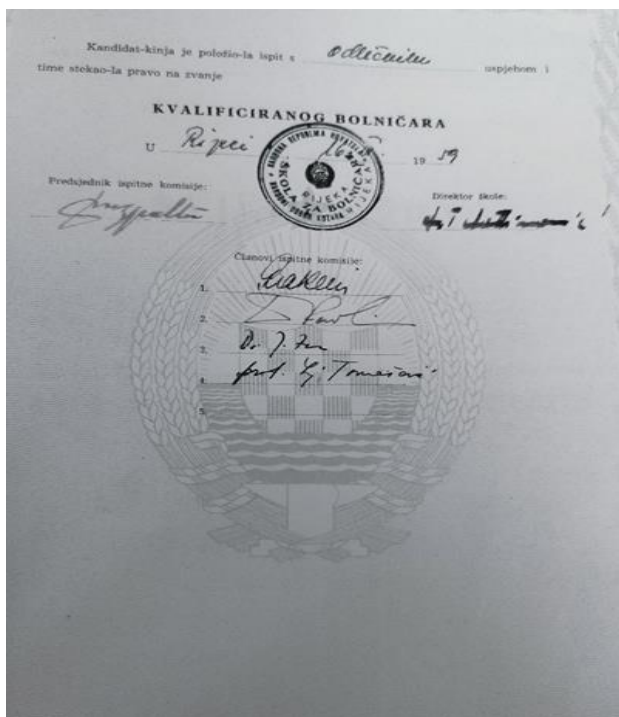
Neke od sestara milosrdnica su mogle završiti školu za bolničarke u Rijeci, završetkom škole, dobile su svjedodžbu sa zvanjem Kvalificirane bolničarke [32] (Slika 10).



Slika 10. Svjedodžba o završenoj školi za bolničare 1959. godine (Privatna zbirka, donirana građa)



Slika 11. Nastavak, svjedodžba o završenoj školi za bolničare 1959. godine (Privatna zbirka, donirana građa)



Slika 12. Nastavak, svjedodžba o završenoj školi za bolničare 1959. godine (Privatna zbirka, donirana građa)

Godine 1956. „Zakon o medicinskim školama“ nalaže da se u svim gradovima koji imaju medicinski fakultet osnuje i viša škola za medicinske sestre [25]. U skladu s time i na Medicinskom fakultetu u Rijeci se otvara „Specijalno odjeljenje za više medicinske sestre“ koji traje tri godine. Prvu godinu je pohađalo petnaest studentica. Studij je ukinut 1960. godine i razina obrazovanja se ponovo spušta na srednjoškolsko obrazovanje[25].

Godine 1962. donese je Zakon o organizaciji zdravstvene službe, iz kojeg proizlazi objedinjavanje preventivne i kurativne skrbi. U članku iz *Narodnog zdravstvenog lista*, spominje se važnost timskog rada i uključenosti medicinskih sestara, bolničarki i patronažnih sestara kao neizostavne članove tima. Takav program rada usvojile su sve zdravstvene ustanove na području Rijeke (Arhiv Odjela za socijalnu medicinu NZZJZ PGŽ, Narodni zdravstveni list, 1962. godine).

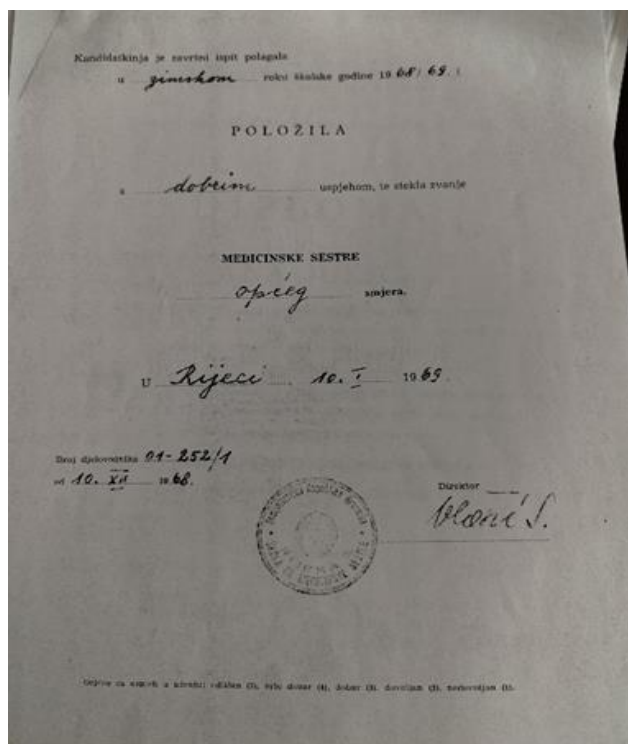
Medicinske sestre su bile kao vrijedni i priznati članovi zdravstvenog sustava, tako je 1962. godine Kolektiv Zavoda za zaštitu zdravlja izabrao Upravni odbor glasanjem. Glasanje se vršilo na 13 izbornih jedinica Zavoda te su od 21 predloženog člana u Upravni odbor izabrane dvije medicinske sestre (Arhiv Odjela za socijalnu medicinu NZZJZ PGŽ, Narodni zdravstveni list, 1962. godine). Godine 1964. potpuno su ukinute škole za bolničare [25].

4.1.3. Razdoblje od 1965. do 1980. godine

Godine 1967. predsjednik Republike odlikovao je 3 zdravstvena radnika, dr. Stanu Leban, prim. dr. Tulio Nonvellier i medicinsku sestru Nevenku Vinski-Čulinović. Sestra Nevenka odlikovana je Ordenom zasluge za narod sa srebrnom zvijezdom (Arhiv Odjela za socijalnu medicinu NZZJZ PGŽ, Narodni zdravstveni list, 1967. godine).

U školskoj godini 1968./69 bilo je ukupno upisano 240 učenika (Arhiv Odjela za socijalnu medicinu NZZJZ PGŽ, Narodni zdravstveni list, 1969. godine)

Srednje medicinske škole do 1974. godine djelovale su svaka za sebe [34]. Temeljem Zakona o zdravstvenim školama sve medicinske škole koje su djelovale pojedinačno spajaju se u „Medicinski školski centar“. Ravnateljica bila je dotadašnja direktorica Škole za medicinske sestre, Sofija Vlašić, viša medicinska sestra [34].



Slika 12. Svjedodžba o završnom ispitu s potpisom direktorice Sofije Vlašić (Privatna zbirka, donirana građa)



Slika 13. Generacija medicinskih sestara 1970. godine (privatna zbirka, donirana građa)

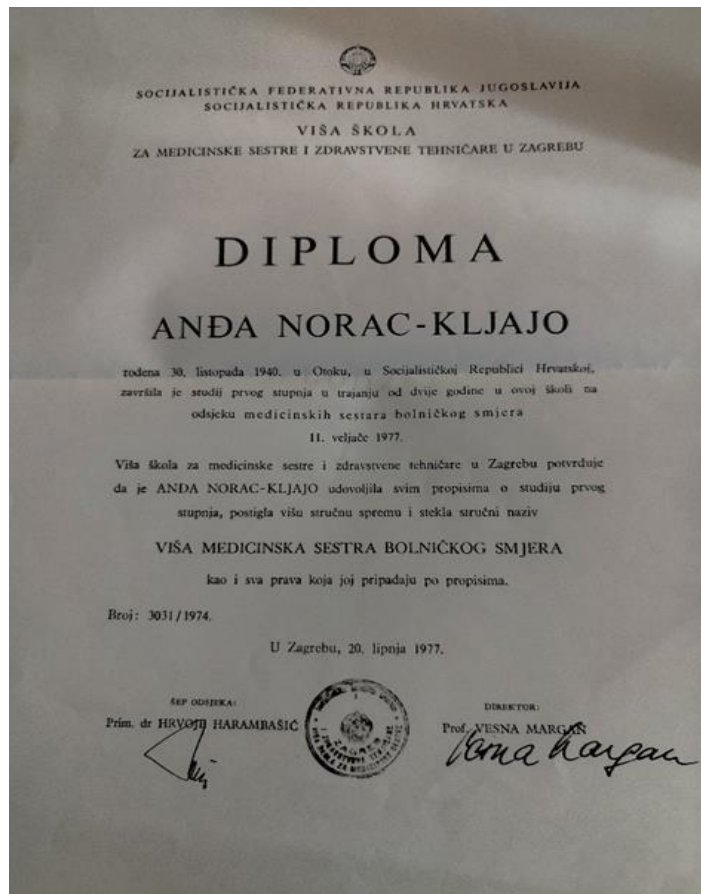


Slika 14. Polaznice medicinske škole s direktoricom Sofijom Vlašić (Arhiv Odjela za socijalnu medicinu NZZJZ PGŽ, Narodni zdravstveni list, 1969. godine)



Slika 15. Polaznice medicinske škole s direktoricom Sofijom Vlašić (Arhiv Odjela za socijalnu medicinu NZZJZ PGŽ, Narodni zdravstveni list, 1969. godine)

Godine 1978. dogodila se reforma u srednjoškolskom obrazovanju. Sve srednje škole, pa tako i one strukovne morale su imati prve 2 godine općeobrazovne predmete [34]. Medicinski fakultet u Rijeci iste je godine organizirao VI. stupanj nastave. U početku je postojao jedan studij, i to za medicinske sestre uz rad, bolničkog ili izvanbolničkog smjera [34]. Tako su medicinske sestre, koje su radile i živjele u Rijeci do 1977. višu školu završavale u Zagrebu (Slika 16) [34].



Slika 16. Zagrebačka diploma za Višu medicinsku sestru bolničkog smjera (Privatna zbirka, donirana građa)

4.1.4. Razdoblje od 1981. do 2001. godine

Objedinjavanje riječkih bolnica počelo je 23. prosinca 1981. godine, kada je održan referendum pet bolnica: Kliničke bolnice „Braća dr. Sobol“, Kliničke bolnice „Dr. Zdravko Kučić“, „Dječje bolnice Kantrida“, „Kliničke bolnice za plućne bolesti Ičići“ i „Ortopedske bolnice Kraljevica“. Tada je donesena odluka o velikoj promjeni riječkog bolničkog sustava u okviru Kliničkog bolničkog centra. Na izborima 1982. godine, izabrani su članovi radničkog vijeća (Monografija, Klinički bolnički centar Rijeka 1984. – 2009.).

Godine 1984. u Kliničkom bolničkom centru se osnivaju zavodi, pa je tako glavna sestra Zavoda za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje VMS Jelka Šanko, uz predstojnika prof. Ljubomira Ribarića (Monografija, Klinički bolnički centar Rijeka 1984. – 2009.).

Što se obrazovanja tiče, do 1988. godine, više škole su trajale dvije godine. Te godine stručni studiji produženi su na tri godine [34]. U slučaju srednjoškolskog obrazovanja, u Rijeci je učinjena jedna od svakako najkorjenitijih i najvažnijih promjena. Postojeći „Medicinski školski centar“ spojen je s „Gimnazijom Mirko Lenac“, i svi su se učenici i nastavnici preselili u zgradu stare „Sušačke gimnazije“ [34]. Prvi ravnatelj novog Centra obrazovanja za zdravstvene djelatnike bio je profesor fizike Andrija Paravić, koji je radio u srednjoj medicinskoj školi. Godine 1992., nakon osamostaljenja Hrvatske, ukida se takav sustav srednjoškolskog obrazovanja, pa u zgradi Sušačke gimnazije nastavljaju s radom dvije odvojene škole pod nazivom „Prva hrvatska sušačka gimnazija“ i „Srednja medicinska škola“ [34].

U školi su nam liječnici predavali „klinike“, a „zdravstvene njege“ medicinske sestre s višim obrazovanjem. Na pripravničkom stažu je bilo na više odjela jako teško. Samo na pojedinima radilištima se moglo malo odmarati i biti nešto duže na marendi. Uglavnom si radio sve, od onog što kaže spremačica, njegovateljica, medicinska sestra, do, naravno, liječnika (intervju, ispitanica, 1975. godište).

Godine 1991. započeo je Domovinski rat. Medicinske sestre i tehničari su bili mobilizirani i poslani na ratišta (Slika 17) [73].



Slika 17. Mobilizirani tim na ličkom bojištu [73]

Ratne godine su ostavile trag na riječkom sestrinstvu. Akcija Oluja, 1995. godine, za mnoge medicinske sestre i tehničare bila je nastavak rada na ratištima gdje su i na prvim crtama obrane spašavali živote ranjenih [73].

4.1.5. Razdoblje od 2001. do 2023. godine

Osnivanjem Hrvatske komore medicinskih sestara i donošenjem zakona o sestrinstvu dogodile su se mnoge promjene: Zakon o znanstvenoj djelatnosti i visokog obrazovanja omogućavali su provedbu Bolonjske deklaracije i napredak u programu obrazovanja koji je vodio da visokoobrazovni sustav bude u korak s Europom [74]. Akademske godine 2005./'6. uveden je sustav obrazovanja na razini prvostupnika i magistara [74]. Sve je to bilo i pod utjecajem porasta kroničnih bolesti, komorbiditeta, promjena stila života i sve starije populacije, što je zahtijevalo kvalitetno obrazovane medicinske sestre i tehničare kao i ostale dionike zdravstvenog sustava [74].

Da bi se zadovoljili zahtjevi i potrebe te kako bi se izjednačila kvaliteta pružanja zdravstvene skrbi, Europska unija nalaže usklađivanje zakonodavstva i prakse svih zemalja članica EU [75]. Najznačajnije direktive za područje zdravstva, a time i za medicinske sestre, jesu direktive o priznavanju stručnih kvalifikacija: Direktiva 2005/36/EZ prema kojoj srednjoškolsko obrazovanje medicinskih sestara od 2010./11. traje 5 godina, umjesto dosadašnjih 4 godine [75].

Školovanje medicinskih sestara u Hrvatskoj se poslije 2005. godine provodi prema preporukama sektorskih direktiva 77/452/EEC (minimalni standardi za kvalifikaciju), 77/453/EEC (osobine i sadržaj programa), 89/595/EEC [74]. Stručni studij sestrinstva i dalje je bio pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci, sve do 2014. godine, kada je nekoliko entuzijasta liječničke struke vidjelo važnost u osamostaljenju i zasebnom obrazovanju ne-liječničkog zdravstvenog kadra. Tako je Odlukom Senata osnovan Fakultet zdravstvenih studija u ožujku 2013.g., a za v.d. dekana imenovan je prof. dr. sc. Alan Šustić (Zapisnik konstituirajuće sjednice privremenog fakultetskog vijeća Fakulteta zdravstvenih studija, 2014).

Stručni studij sestrinstvo ukida se 2022. godine i pokreće se Sveučilišni studij sestrinstvo (Zapisnik XII. sjednice fakultetskog vijeća Fakulteta zdravstvenih studija, 2022.). Godine 2023. pokreće se Specijalističko usavršavanje prvostupnika sestrinstva u djelatnosti Hitne medicine prvi put u Hrvatskoj kao i dva nova Sveučilišna diplomatska studija Sestrinstvo - Gerontologija i palijativna skrb starijih te Sestrinstvo - Javno zdravstvo (Zapisnik IV. sjednice fakultetskog vijeća Fakulteta zdravstvenih studija, 2023.; Zapisnik XII. sjednice fakultetskog vijeća Fakulteta zdravstvenih studija, 2023.)

4.2. Kvalitativno istraživanje

Kvalitativno istraživanje provedeno je sa svrhom nadopune povijesnih rezultata i dubljeg uvida u generacijske karakteristike sudionika. U kvalitativnom istraživanju sudjelovalo je 35 sudionika, ostale demografske karakteristike sudionika prikazane su u Tablici 1.

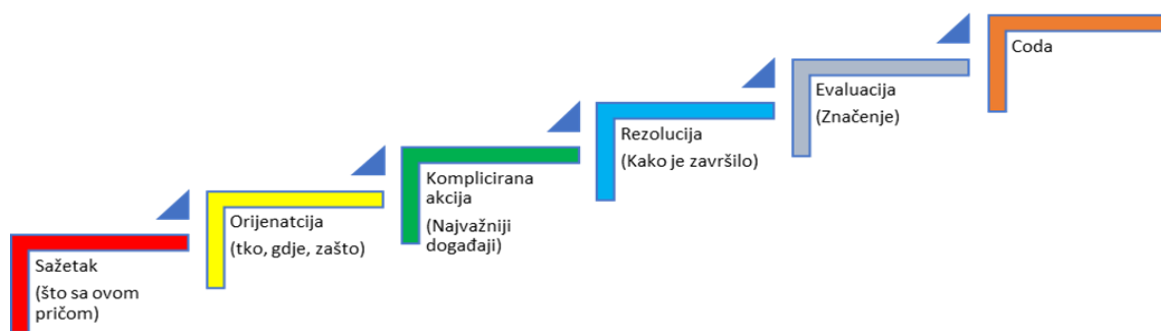
Tablica 1. Demografske karakteristike sudionika kvalitativnog istraživanja

Ispitanici	N	Spol	Stručna sprema	Radno mjesto
Tiha generacija (1925. – 1944.)	6	Ž – 6 M – 0	VŠS – 3 SSS – 3	Bolnica – 4 Ostalo – 2
Baby Boomeri (1945. – 1964.)	9	Ž – 10 M – 0	VŠS – 5 SSS – 4	Bolnica – 5 Ostalo – 4
Generacija X (1965. – 1980.)	7	Ž – 7 M – 0	VŠS – 7 SSS – 0	Bolnica – 6 Ostalo – 1
Milenijalci (1981. – 2001.)	6	Ž – 5 M – 1	VŠS – 0 SSS – 6	Bolnica – 4 Ostalo – 2
Generacija Z (2001. i mlađi)	7	Ž – 5 M – 2	VŠS – 0 SSS – 7	Bolnica – 6 Ostalo – 1

Uspoređujući osobne priče dobivene intervjuima i fokus grupama o sestrinstvu u svakoj generaciji medicinskih sestara/tehničara, koje su analizirane „Labovljevim modelom“, formiralo se 10 tipova iskustava.

Sudionicima su bila postavljena unaprijed osmišljena pitanja i temeljem toga su se generirale *code* (kodovi) prema važnosti koju su dali sami sudionici.

Neka pitanja su nakon analize izbačena jer su sudionici nisu svojim odgovorima dali značajnost tim pitanjima.



Slika 18. Shematski prikaz modela kvalitativnog istraživanja

Na pitanje zašto ste se odlučili baš za sestринство, odgovori ukazuju da gotovo svi sudionici sestринство doživljavaju kao profesionalni identitet (Tablica 2.).

Tablica 2. Prvi tip iskustva – Sestринство kao profesionalni identitet

	Tiha generacija	Baby Boomeri	Generacija X	Milenijalci	Generacija Z
<i>Code</i>	Karizma	Jak profesionalni identitet	Pomaganje drugima	Intrinzična motivacija	Strast
	Osobna motivacija	Osobna motivacija	Želja za uspjehom	Osobna bolesnička iskustva	Samoidentifikacija
	Drugi su odlučivali	Intrinzična potreba	Drugi su odlučili da budem medicinska sestra		Samoostvarenje
	Intrinzična potreba	Pomaganje drugima	Ljubav		Emocionalni doživljaj
	Pomaganje drugima				

Na pitanje kako je izgledalo vaše obrazovanje, prema odgovorima sudionika kao drugi tip iskustva formirala se sustavna edukacija (Tablica 3).

Tablica 3. Drugi tip iskustva – Sustavna edukacija

	Tiha generacija	Baby Boomeri	Generacija X	Milenijalci	Generacija Z
Code	2 godine bolničke škole, nakon toga još 2 medicinske škole	2 godine bolničke škole, nakon toga još 2 medicinske škole	4 godine	4 i 5 godina	5 godina
	Nemogućnost školovanja u Rijeci	Strogi kriteriji primanja u školu	Zahtjevno i strogo školovanje	Malo znanja	Nezadovoljstvo konceptom petogodišnjeg školovanja
	Motivacija za učenjem i usavršavanjem	Prijamni ispiti	Točnost, urednost, marljivost	Malo prakse, Prepuštenost sebi	Manjak prakse radi Covid 19 pandemije, Online vježbe
	Zadovoljstvo školovanjem	Motivacija za učenjem i usavršavanjem	Visoko znanje i zainteresiranost	Nezadovoljstvo školovanjem	Nedostatak znanja i iskustva
		Zadovoljstvo školovanjem	Zadovoljstvo školovanjem	Nema pripravničkog staža	Nema pripravničkog staža

Na pitanje tko vas je učio poslu, formirao se treći tip iskustva koji ukazuje na prenošenje znanja s generacije na generaciju, osim u najmlađoj generaciji (Tablica 4.)

Tablica 4. Treći tip iskustva – Međugeneracijsko prenošenje znanja

	Tiha generacija	Baby Boomers	Generacija X	Milenijalci	Generacija Z
<i>Code</i>	Glavne sestre	Glavne sestre	Pripravnički staž	Najstarije medicinske sestre (55+)	Trčanje za kolegicama da ih nauče
	Odjelne sestre	Odjelne sestre	Kolegice i kolege		Nervoza starijih ako ih moraju učiti
	Liječnici	Liječnici	Liječnici		Učenje s YouTube-a
			Samostalno učenje		

Kroz pitanje kakvi su bili ili kakvi su trenutno radni uvjeti, odgovorima sudionika razlučio se četvrti tip iskustva; Uvjeti rada kao preduvjet zadovoljstva (Tablica 5.)

Tablica 5. Četvrti tip iskustva – Uvjeti rada kao preduvjet zadovoljstva

	Tiha generacija	Baby Boomeri	Generacija X	Milenijalci	Generacija Z
<i>Code</i>	Čisto i uredno	Čisto i uredno	Odlični higijenski uvjeti	Prljavo je	Nedostatak osnovnih stvari za rad
	Loši financijski uvjeti	Loši financijski uvjeti	Dovoljan broj sestara	Sve ovisi o rukovoditelju	Minimalan broj osoblja
	Nedostatak sestara	Nedostatak sestara	Skromna plaća	Nema osnovnih stvari za rad s pacijentima	Štednja u korištenju materijala za rad s pacijentima
	Sve se moglo i stizalo napraviti	Sve se moglo i stizalo napraviti	Kada je počeo rat sve se promijenilo	Stalno posuđivanje s drugih odjela	Nemogućnost uzimanja pauze za jelo i piće

Na pitanje kako su prema vama odnosili mlađi ili stariji kolege formirao se šesti tip iskustva koji ukazuje na važnost dobrih međuljudskih odnosa (Tablica 6.)

Tablica 6. Peti tip iskustva – Međuljudski odnosi

	Tiha generacija	Baby Boomers	Generacija X	Milenijalci	Generacija Z
<i>Code</i>	Odnos s poštovanjem	Odnos s poštovanjem	Glavne sestre stroge	Problemi s kolegama u dobi od 40-45 godina	Sa mladima odlično slaganje i razumijevanje
			Dobri međuljudski odnosi	Stariji bježe od odgovornosti	Rad sa 40+ kolegama je težak
			Stariji autoritativni i patronizirajući	Nedostatak podrške i razumijevanja	Nije im uopće stalo do nas
			Točno se znalo tko je kada počeo raditi	Frustracije	Najbolji rad sa kolegama do 30 godina i onim najstarijima 50-60 godina
					Izrabljivanje, vrijeđanje i diskriminacija

Na pitanje smatrate li da su neki događaji u vašoj karijeri doprinijeli napretku sestrištva u Primorsko-goranskoj županiji, dobili smo šesti tip iskustva, a to su ključni trenutci za napredak sestrištva (Tablica 7.).

Tablica 7. Šesti tip iskustva – Ključni trenutci za napredak sestrištva

	Tiha generacija	Baby Boomers	Generacija X	Milenijalci	Generacija Z
<i>Code</i>	Nema	Prva transplantacija bubrega	Protokol za osobe s HIV-om	Otvoreno tržište rada, odlazak kolega u inozemstvo	Covid 19
		Uvođenje jednokratnih pelena	Postavljanje venskog puta braunilom	Covid 19	Generacija Z
			Sestre edukatori	Poslijediplomski studij za medicinske sestre	Poboljšanje asertivne komunikacije
			Mogućnost usavršavanja	Covid 19	Otvoreno tržište rada

Na pitanje o stavovima o znanosti u sestrištvu formirao se sedmi tip iskustva a to je podržavanje znanosti (Tablica 8.)

Tablica 8. Sedmi tip iskustva – Podržavanje znanosti u sestrištvu

	Tiha generacija	Baby Boomers	Generacija X	Milenijalci	Generacija Z
<i>Code</i>	Nije je bilo	Nije je bilo	Pozitivan stav	Pozitivan stav	Pozitivan stav
	Pozitivan stav	Pozitivan stav	Napredak struke	Volja i želja	Volja i želja
			Nedovoljno znanosti s obzirom na obrazovanje	Nedostatak edukacije i znanja	Nedostatak edukacije i znanja

Na pitanje da li ste stizali ili stignete od svojih poslovnih obaveza voditi brigu o sebi dobili smo osmi tip iskustva koji govori o važnosti brige za sebe u pojedinim generacijama (Tablica 9.)

Tablica 9. Osmi tip iskustva – Važnost brige o sebi

	Tiha generacija	Baby Boomers	Generacija X	Milenijalci	Generacija Z
	Nije bilo izbora	Sve se stizalo	Dostatna briga o sebi	Minimalna briga o sebi	Ne postoji
<i>Code</i>	Sve se stizalo			Najvažniji su obitelj i prijatelji ne posao	Previše se radi
	Bilo je teško ali uspijevali smo				Društveni i emotivni život trpe zbog poslovnoga
					Nerazumijevanje starijih kolega, dobna diskriminacija

Na pitanje kakva je bila ili kakva je komunikacija između mlađih i starijih kolegica i kolega formirao se deveti tip iskustva koji odražava važnost komunikacije i mijenjanju komunikacije kroz vrijeme (Tablica 10).

Tablica 10. Deveti tip iskustva – Važnost adekvatne komunikacije

	Tiha generacija	Baby Boomers	Generacija X	Milenijalci	Generacija Z
	Nije bilo problema u komunikaciji	Nije bilo problema u komunikaciji	U smjeni se znalo tko je starija služba	Loša i nedostatna komunikacija	Stariji ne teže tome da komuniciraju s mladima
<i>Code</i>			Odgajani smo da šutimo i trpimo	Ljubomora	
			Izražena radna etika	Stariji kolege još uvijek šute i trpe	
			Stariji su bili ozbiljniji nego mlađi	Stalno traže krivca, ne znaju komunicirati	

Na pitanje kakav je bio odnos s liječnicima formirao se deseti tip iskustva koji ukazuje na pozitivniji odnos s liječnicima nego kolegicama i kolegama (Tablica 11).

Tablica 11. Deseti tip iskustva – Odnos s liječnicima

	Tiha generacija	Baby Boomers	Generacija X	Milenijalci	Generacija Z
<i>Code</i>	Odličan	Odličan	U jutarnjem radu poslovi strogo odvojeni, u smjenskom puno ležernije	Liječnici nas uvažavaju	Odličan
		Podržavajući	Pun poštovanja		Podržavajući
		Timski rad	Korektan, profesionalan i ravnopravan		Timski rad

4.3. Kvantitativno istraživanje

Radi proširenja povijesnog i kvalitativnog istraživanja i dobivanja saznanja o generacijskim različitostima i profesionalnom identitetu proveli smo i kvantitativno istraživanje.

U kvantitativnom istraživanju sudjelovalo je 341 ispitanika, prosječne dobi od 44 godine, ostale demografske karakteristike prikazane su u Tablici 12. U Primorsko-goranskoj županiji prema podacima Hrvatske komore medicinskih sestara ima 2626 medicinskih sestara i tehničara, odaziv ispitanika u ovom istraživanju je 13 %.

Tablica 12. Demografske karakteristike ispitanika kvantitativnog istraživanja

<i>Varijable</i>	<i>n (%)</i>	
<i>Spol</i>	Ženski	295 (87)
	Muški	45 (13)
	Ne želim odgovoriti	1 (0)
<i>Generacija</i>	Generacija Z	24 (7)
	Milenijalci (Y)	130 (38)
	Generacija X	150 (44)
	Baby Boomers	37 (11)
<i>Razina obrazovanja</i>	Srednja škola	126 (37)
	Prvostupništvo	120 (35)
	Magisterij	95 (28)
<i>Radno mjesto</i>	Bolnica	216 (63)
	Ostalo*	125 (37)
<i>Radni staž</i>	11-20 godina	67 (20)
	21-30 godina	93 (27)
	>30 godina	97 (28)
<i>Tip zaposlenja</i>	Određeno	15 (4)
	Neodređeno	317 (93)
	Ostalo	9 (3)
<i>Rad u smjenama</i>	Ne	137 (40)
	Rad u smjenama	186 (55)
	Ostalo**	18 (5)
<i>Rukovodeća pozicija</i>	Ne	266 (78)
	Da	75 (22)

*Dom zdravlja, vrtić, ustanove socijalne skrbi, **Pripravnost, pola radnog vremena

4.3.1. Faktorska analiza i validacija MNGQ upitnika

Ukupno 48 čestica grupirano je u 6 faktora objašnjavajući 55 % varijance konstrukta (Slika 19). S obzirom da su tri čestice, 10, 17 i 47, imale zasićenja manja od 0,40 analiza je ponovljena na 45 čestica (čestice 10 - Medicinske sestre/tehničari različitih generacija od moje imaju podređen odnos s liječnicima., čestica 17 – Neugodno mi je ako drugima kažem svoje nedoumice u vezi sa zdravstvenom njegom i čestica 47 – Rado mijenjam smjene s kolegama/icama).

Uvjeti za ponovljenu faktorsku analizu su također zadovoljeni (KMO = 0,88; Bartlett test sfericiteta. $P < 0,001$) i dobiveno je 6 faktora koji objašnjavaju 58% varijance konstrukta (Tablica 13). U ovoj je analizi čestica 48 (Na raspolaganju sam da zamijenim izostanke svojih kolega/ica) imala zasićenje manje od 0.40 te je također isključena iz završne obrade. Sveukupno, ostalo je 46 čestica sa zasićenjima na 6 faktora sa dobrom strukturom (Tablica 14).

Tablica 13. Eigen vrijednosti i varijanca faktorske analize glavnih komponenata na 48 čestica

	Eigen	Proporcija varijance	Kumulativna proporcija varijance
Faktor 1	10,693	0,117	0,117
Faktor 2	5,964	0,111	0,228
Faktor 3	3,471	0,109	0,337
Faktor 4	2,688	0,087	0,424
Faktor 5	1,952	0,077	0,501
Faktor 6	1,694	0,050	0,551

Tablica 14. Eigen vrijednosti i varijanca faktorske analize glavnih komponenata na 46 čestica

	Eigen	Proporcija varijance	Kumulativna proporcija varijance
Faktor 1	10,183	0,122	0,122
Faktor 2	5,828	0,117	0,239
Faktor 3	3,354	0,109	0,348
Faktor 4	2,627	0,097	0,445
Faktor 5	1,889	0,083	0,529
Faktor 6	1,590	0,050	0,579

Objašnjenja pojedinih faktora: Faktor 1 – Međugeneracijski konflikti (engl. Conflicts between generations) objašnjava 23 % varijance i sadrži 9 čestica (1-9) te se podudara s faktorom MNGQ upitnika, osim u jednoj čestici (broj 10), koja je isključena zbog niskog zasićenja. Najveća zasićenja imaju čestice 6 i 7 (Konflikti na radnom mjestu nastaju zbog prisutnosti različitih gledišta u svakoj generaciji medicinskih sestara/tehničara i Na zdravstvenu njegu utječu različiti osjećaji o promjenama među generacijama medicinskih sestara/tehničara). Pouzdanost ovog faktora je vrlo dobra, Cronbach $\alpha = 0,89$.

Faktor 2 – objašnjava 13 % varijance i sadrži 10 čestica (35-44). Ovaj se faktor ne podudara s originalnim upitnikom, već predstavlja fuziju 2 faktora; Orijehtacija na promjene (engl. Orientation to change) i Sklonost radu i dostupnost (engl. Work propensity and availability) . Najveće zasićenje imaju čestice 36 i 38 (Važna mi je izgradnja vlastite karijere u sestrinstvu i Važno mi je stjecanje novih vještina). Pouzdanost ovog faktora je vrlo dobra, Cronbach $\alpha = 0,88$.

Faktor 3 – Sigurnost pacijenata (engl. Patient safety view) objašnjava 8 % varijance i sastoji se od 9 čestica (11-16, 18-20). Ovaj se faktor podudara s MNGQ upitnikom, osim jedne čestice, broj 17, koja je izbačena. U našoj se validaciji pokazala značajnom i čestica 25 s negativnim zasićenjem, no isključena je iz konačne analize. Najveće zasićenje je na čestici 16

(Ako vidim problem s zdravstvenom njegom, spomenut ću ga čak i ako bi mogla biti upitna stručnost kolege/ice). Pouzdanost ovog faktora je vrlo dobra, Cronbach $\alpha = 0,86$.

Faktor 4 – Rad u multigeneracijskom timu (engl. Working as a multigenerational team) objašnjava 6 % varijance i sadrži 6 čestica (29-34) kao i u originalnom upitniku. Najveće zasićenje ima čestica 31 (U mojoj jedinici, kada jedna medicinska sestra/tehničar ima posla, medicinske sestre/tehničari iz drugih generacija mu/joj pomažu). Pouzdanost ovog faktora je izvrsna, Cronbach $\alpha = 0,91$.

Faktor 5 – Problemi odnosa između generacija (engl. Relationships issues between generations) objašnjavaju 4.2 % varijance i ima 8 čestica (21-28) kao i u originalnom upitniku. Najveće zasićenje ima čestica 26 (Više bih volio/la da je voditelj/ica moje radne jedinice moje generacije). Pouzdanost ove ljestvice je vrlo dobra, Cronbach $\alpha = 0,85$.

Faktor 6 objašnjava 3,5 % varijance i ima 2 čestice (45, 46) i može se nazvati Sklonost promjeni posla. Budući da je čestica 43. imala negativne korelacije ukupnim rezultatom ovog faktora, isključena je iz Faktora 6. Pouzdanost ove ljestvice je izvrsna, Cronbach $\alpha = 0,94$.

Faktorska zasićenja odnosno korelacije s ukupnim rezultatom pojedinog faktora prikazana su u Tablici 15.

Tablica 15. Rezultati faktorske analize glavnih komponenata MNGQ upitnika

Čestica	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Konflikte na radnom mjestu teško je riješiti jer svaka generacija medicinskih sestara/tehničara ima različita gledišta	0,62					
Svaka generacija medicinskih sestara/tehničara daje drugačiji prioritet potrebama pacijenata	0,68					
Sukobi nastaju zbog različitih obrazovnih razina u svakoj generaciji	0,69					
Sukobi nastaju zbog različitih kliničkih vještina u svakoj generaciji	0,75					
Svaka sestrinska generacija zdravstvenu njegu shvaća na drugačiji način	0,76					
Konflikti na radnom mjestu nastaju zbog prisutnosti različitih gledišta u svakoj generaciji medicinskih sestara/tehničara	0,80					
Na zdravstvenu njegu utječu različiti osjećaji o promjenama među generacijama medicinskih sestara/tehničara	0,79					
Medicinske sestre/tehničari različitih generacija od moje imaju apriori drugačije ideje od mene	0,65					
Medicinske sestre/tehničari različitih generacija od moje ne shvaćaju da su neke aktivnosti koje obavljaju obveze neke druge profesije	0,60					
Medicinske sestre/tehničari različitih generacija od moje imaju podređen odnos s liječnicima						
Slobodno mogu reći ako nešto može negativno utjecati na zdravstvenu njegu			0,67			
Osjećam se slobodno propitivati odluke kolega/ica koji imaju više ovlasti od mene			0,73			
Kad kolega/ica pogriješi, nemam problema reći mu/joj			0,74			
Slobodno postavljam pitanja kada se čini da nešto nije u redu			0,72			
Aktivno sudjelujem u donošenju odluka koje utječu na jedinicu u kojoj radim			0,66			
Ako vidim problem s zdravstvenom njegom, spomenut ću ga čak i ako bi mogla biti upitna stručnost kolege/ice			0,78			
Neugodno mi je ako drugima kažem svoje nedoumice u vezi s zdravstvenom njegom						

Tablica 15. nastavak

Često dajem prijedloge o promjenama vezanim uz struku			0,54		
Osjećam se autonomno u određivanju zdravstvene njege koju obavljam			0,61		
Ako prijavim probleme sa sigurnošću pacijenata, to neće rezultirati negativnim posljedicama za mene			0,46		
Više volim raditi s kolegama/icama svoje generacije				0,63	
Više volim da me mentorira medicinska sestra/tehničar moje generacije kada sam na novom radnom mjestu.				0,73	
Neugodno mi je raditi s kolegama/icama druge generacije				0,59	
Ako radim s kolegama/icama moje generacije integracija je bolja				0,72	
Ne iznosim mišljenja o zdravstvenoj njezi jer bi ih medicinske sestre/tehničari drugih generacija osporile			-0,44	0,46	
Više bih volio/la da je voditelj/ica moje radne jedinice moje generacije				0,77	
Osjećam se ograničeno od strane kolega/ica iz drugih generacija				0,51	
U složenoj djelatnosti (posebni uvjeti rada) osjećam se sigurnije ako me nadzire kolega/ica moje generacije				0,73	
Iako je radna snaga medicinskih sestara/tehničara višegeneracijska, u mojoj jedinici radimo zajedno kao tim				0,77	
Osjećam se dijelom radne skupine, bez obzira na generaciju mojih kolega/ica				0,75	
U mojoj jedinici, kada jedna medicinska sestra/tehničar ima posla, medicinske sestre/tehničari iz drugih generacija mu/joj pomažu				0,78	
Postoji dobra suradnja između različitih generacija medicinskih sestara/tehničara koje trebaju raditi zajedno				0,77	
Osjećam se kao dio svog radnog tima				0,77	
Sestrinska radna snaga dobro radi kako bi pacijentima pružila najbolju zdravstvenu skrb				0,63	
Želio/la bih steći nove vještine nastavkom studiranja		0,77			
Važna mi je izgradnja vlastite karijere u sestrinstvu		0,80			
Nemam problema s preuzimanjem novih obaveza u svom poslu		0,72			

Tablica 15. Nastavak

Važno mi je stjecanje novih vještina		0,79				
Stjecanje nove kvalifikacije poboljšat će moj radni položaj		0,55				
Korištenje znanstvenih članaka za unapređenje vlastitog znanja poboljšava kvalitetu skrbi koju pružam		0,77				
Brzo učim koristiti tehnološke inovacije		0,68				
Zdravstvena njega mi je osobno značajna		0,56				
Posao je vrlo važan dio mog života		0,54				-0,46
Stalo mi je do toga što radim na svom radnom mjestu		0,67				
Kad bih mogao/la, volio/la bih promijeniti posao						0,81
Često razmišljam o promjeni posla						0,79
Rado mijenjam smjene s kolegama/icama						
Na raspolaganju sam da zamijenim izostanke svojih kolega/ica						
Pouzdanost (Cronbach α)	0,89	0,88	0,86	0,91	0,85	0,94

Legenda: F – faktor, *Bold* – izbačena pitanja

4.3.2. Faktorska analiza i validacija NPIS upitnika

Za provođenje faktorske analize glavnih komponentata (*engl. Principal Components analysis* (PCA)) s varimax rotacijom zadovoljen je uvjet Bartlettovog testa sfericiteta ($P < 0,001$).

Ukupno 24 čestica grupirano je u 4 faktora objašnjavajući 55 % varijance konstrukta prikazano je u Tablici 16. S obzirom da su dvije čestice, 13 i 20 imale zasićenja manja od 0,40 analiza je ponovljena na 22 čestice te je prikazana u Tablici 17. S 22 čestice objašnjeno je 59 % varijance konstrukta.

Tablica 16. Eigen vrijednosti i varijanca faktorska analize glavnih komponentata sa 24 čestice

	Eigen	Proporcija varijance	Kumulativna proporcija varijance
Faktor 1	8,135	0,272	0,272
Faktor 2	2,214	0,109	0,381
Faktor 3	1,525	0,099	0,480
Faktor 4	1,422	0,074	0,554

Tablica 17. Eigen vrijednosti i varijanca faktorska analize glavnih komponentata sa 22 čestice

	Eigen	Proporcija varijance	Kumulativna proporcija varijance
Faktor 1	8,099	0,297	0,297
Faktor 2	2,059	0,114	0,411
Faktor 3	1,485	0,103	0,514
Faktor 4	1,388	0,078	0,592

Objašnjenja pojedinih faktora: Faktor 1 – objašnjava 30 % varijance konstrukta i sadrži 10 čestica (1-4, 15, 16, 18, 22-24) Najveće zasićenje ima čestica 15 (Sestrinska praksa me ispunjava). S obzirom na sadržaj čestica ovaj bi se faktor trebao zvati Sestrinstvo (kao poziv). Pouzdanost ovog faktora je vrlo visoka, Cronbach $\alpha = 0,92$.

Faktor 2 – objašnjava 11 % varijance konstrukta i sadrži 6 čestica (5-7, 11, 17, 21). Najveće zasićenje ima čestica 7 (Ne osjećam povezanost sa ostalim medicinskim sestrama/tehničarima). S obzirom na sadržaj čestica ovaj bi se faktor trebao zvati Jasnoća profesionalne uloge. Pouzdanost ovog faktora je zadovoljavajuća, Cronbach $\alpha = 0,70$.

Faktor 3 – objašnjava 10 % varijance konstrukta i sadrži 4 čestica (8, 9, 10, 12). Najveće zasićenje ima čestica 9 (Ja sam kompetentan/na medicinska sestra/tehničar). S obzirom na sadržaj čestica ovaj bi se faktor trebao zvati Pozitivni aspekti sestrinstva. Pouzdanost ovog faktora je zadovoljavajuća, Cronbach $\alpha = 0,77$.

Faktor 4 – objašnjava 7 % varijance konstrukta i sadrži 2 čestice (14, 19). S obzirom na sadržaj čestica ovaj bi se faktor trebao zvati Edukacija drugih sestara. Pouzdanost ovog faktora je niska, Cronbach $\alpha = 0,68$.

Faktorska zasićenja odnosno korelacije s ukupnim rezultatom pojedinog faktora prikazana su u Tablici 18.

Tablica 18. Rezultati faktorske analize glavnih komponenata NPIS upitnika

Čestica	F1	F2	F3	F4
Sestrinstvo je dio mene	0,845			
Sestrinski posao mi odgovara	0,828			
Ponosan/a sam što sam medicinska sestra/tehničar	0,780			
Želim na neki način nastaviti školovanje za medicinsku sestru	0,590			
Nisam siguran/a u svoju ulogu medicinske sestre/tehničara		0,711		
Osjećam da me poštuju kolege/ice		0,515		
Ne osjećam povezanost sa ostalim medicinskim sestrama/tehničarima		0,740		
Osjećam povezanost s pacijentima s kojima radim			0,603	
Ja sam kompetentan/na medicinska sestra/tehničar			0,931	
Imam visoke standarde o sestričkoj praksi			0,798	
Ne smatram da je sestrička praksa poticajna.		0,619		
Promoviram pozitivne aspekte sestričstva			0,402	
Ne pripadam profesionalnoj organizaciji medicinskih sestara				
Uključen/a sam u povjerenstva za stručnu praksu na svom radnom mjestu				0,874
Sestrička praksa me ispunjava	0,870			
Važno mi je razmišljanje o sestričkoj praksi	0,812			
Ne osjećam se neovisno kao medicinska sestra/tehničar		0,625		
Učim o sestričstvu radeći s drugima	0,641			
Mentor/ica sam drugim medicinskim sestrama/tehničarima				0,794
Društvo ne cijeni ono što medicinske sestre/tehničari rade				
Moje početno obrazovanje nije bilo pozitivno iskustvo za mene		0,520		
Sestričstvo mi puno znači	0,847			
Ne mogu zamisliti da sam išta drugo osim medicinska sestra/tehničar	0,791			
Sestričstvo mi pruža intelektualnu stimulaciju	0,800			
Pouzdanost tipa Chronbach α	0,92	0,70	0,77	0,68

F-Faktor, *Bold* – izbačena pitanja

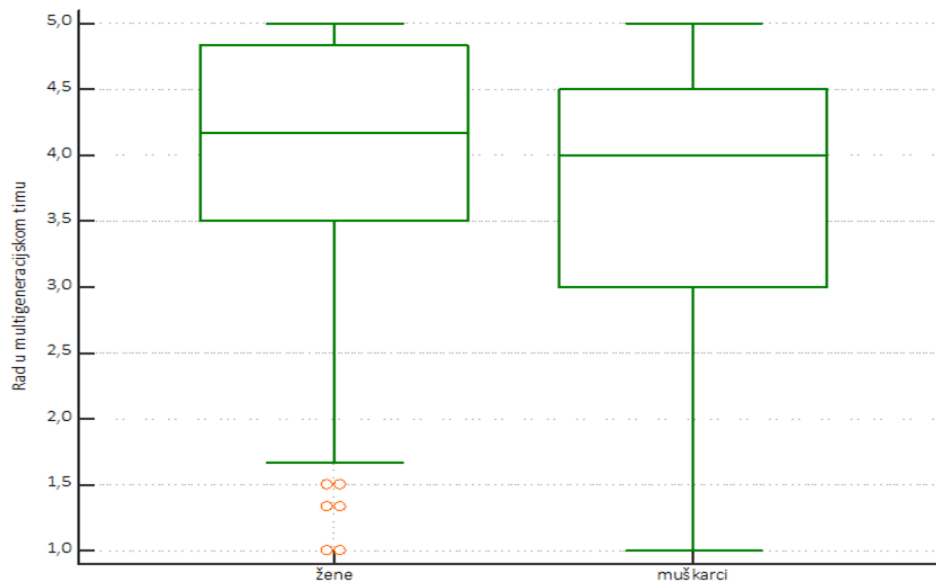
4.3.3. Razlike u rezultatima MNGQ faktora s obzirom na demografske varijable

Pronađene su značajne razlike u rezultatima MNGQ faktora u faktorima Rad u multigeneracijskom timu i Promjena posla (Tablica 19). Žene imaju više rezultate na faktoru Rad u multigeneracijskom timu od muškaraca (4.2 (3.5-4.8) vs. 4.0 (3.0-4.5)), iako obje skupine imaju visoke rezultate. Žene su manje sklone promjeni posla od muškaraca (2.5 (1.0-3.4) vs. 3 (1.5-4.5)).

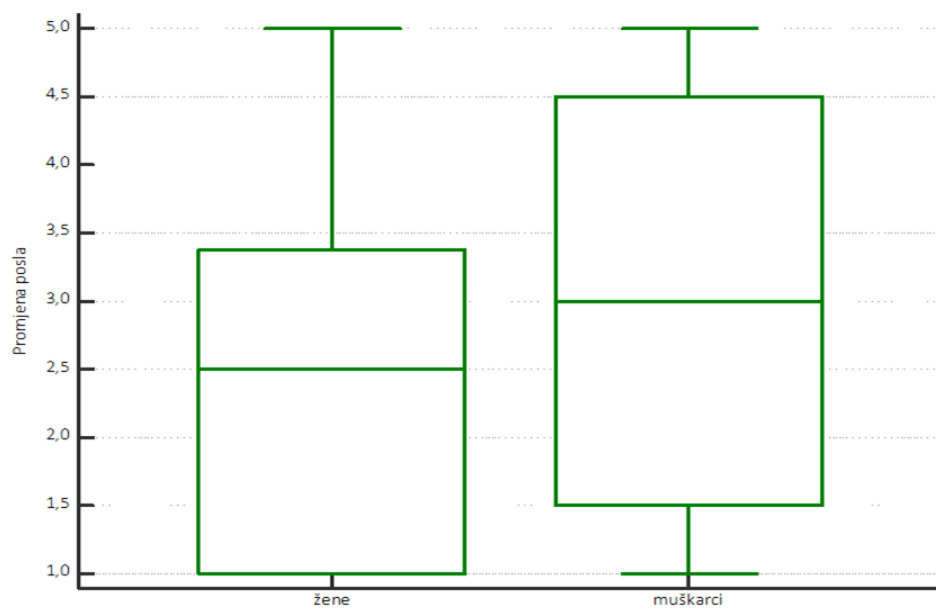
Tablica 19. Razlike u MNGQ faktorima s obzirom na spol

<i>Faktor</i>	Žene (n=295) C (25-75)	Muškarci (n=45) C (25-75)	P
<i>Međugeneracijski konflikti</i>	3,3 (2,9-3,9)	3,6 (3,0-5,0)	0,064
<i>Orijentacija na promjene i sklonost radu i dostupnost</i>	4,3 (3,8-4,7)	4,1 (3,3-4,7)	0,491
<i>Sigurnost pacijenata</i>	3,8 (3,2-4,3)	3,7 (3,1-4,2)	0,693
<i>Rad u multigeneracijskom timu</i>	4,2 (3,5-4,8)	4,0 (3,0-4,5)	0,037
<i>Problemi odnosa između generacija</i>	2,5 (2,0-3,1)	2,6 (2,0-3,3)	0,569
<i>Promjena posla</i>	2,5 (1,0-3,4)	3 (1,5-4,5)	0,031

Legenda: C (25-75) — medijan (25. i 75. percentil)



Slika 19. Rad u multigeneracijskom timu s obzirom na spol



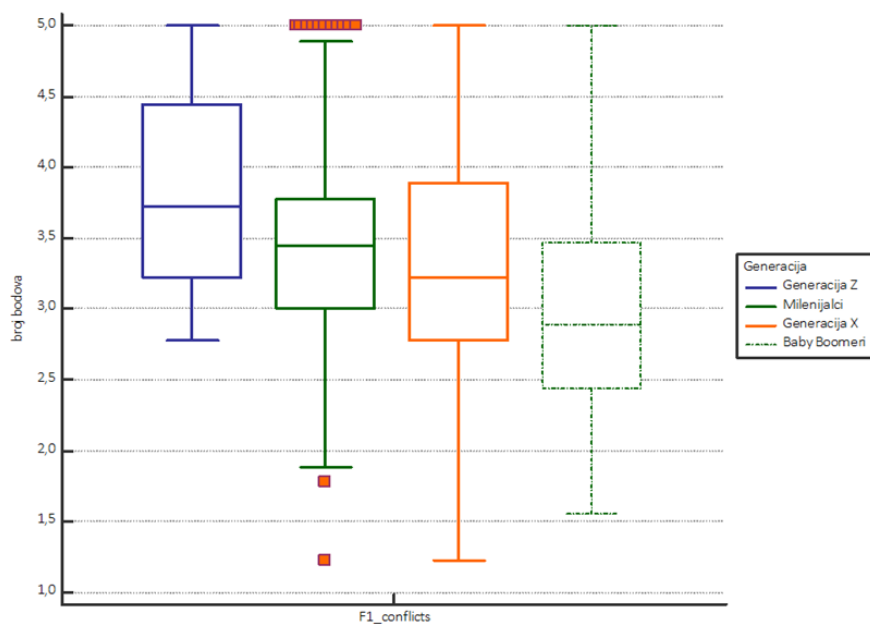
Slika 20. Promjena posla s obzirom na spol

Nadalje, također su pronađene statistički značajne razlike MNGQ faktora s obzirom na generaciju u svim faktorima izuzev faktora Rad u multigeneracijskom timu (Tablica 20).

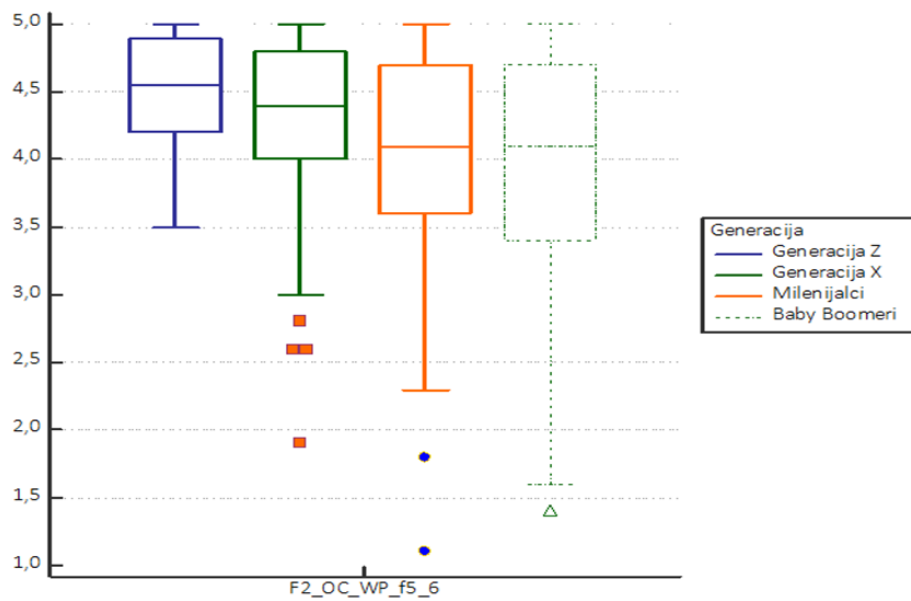
Tablica 20. Razlike u MNGQ faktorima s obzirom na generaciju

<i>Faktor</i>	Baby Boomeri N 24 C (25-75)	Generacija X N 130 C (25-75)	Milenijalci N 150 C (25-75)	Generacija Z N 37 C (25-75)	P**
<i>Međugeneracijski konflikti</i>	2,9 (2,4-3,5)	3,2 (2,8-3,9)	3,4 (3,0-3,8)	3,7 (3,2-4,4)	<0,0011
<i>Orijentacija na promjene i sklonost radu i dostupnost</i>	4,1 (3,4-4,7)	4,1 (3,6-4,7)	4,4 (4,0-4,8)	4,6 (4,2-4,9)	0,0032
<i>Sigurnost pacijenata</i>	3,8 (3,4-4,2)	3,9 (3,3-4,3)	3,7 (3,0-4,2)	3,3 (2,8-3,9)	<0,0013
<i>Rad u multigeneracijskom timu</i>	4,0 (3,5-4,8)	4,2 (3,5-4,8)	4,2 (3,3-4,7)	3,8 (3,3-4,4)	0,570
<i>Problemi odnosa između generacija</i>	2,4 (2,0-2,9)	2,5 (1,9-3,0)	2,7 (2,1-3,1)	3,1 (2,6-3,7)	<0,0014
<i>Promjena posla</i>	2,0 (1,0-2,6)	2,7 (1,5-4,0)	3,0 (1,0-3,5)	2,2 (1,5-3,0)	0,0475

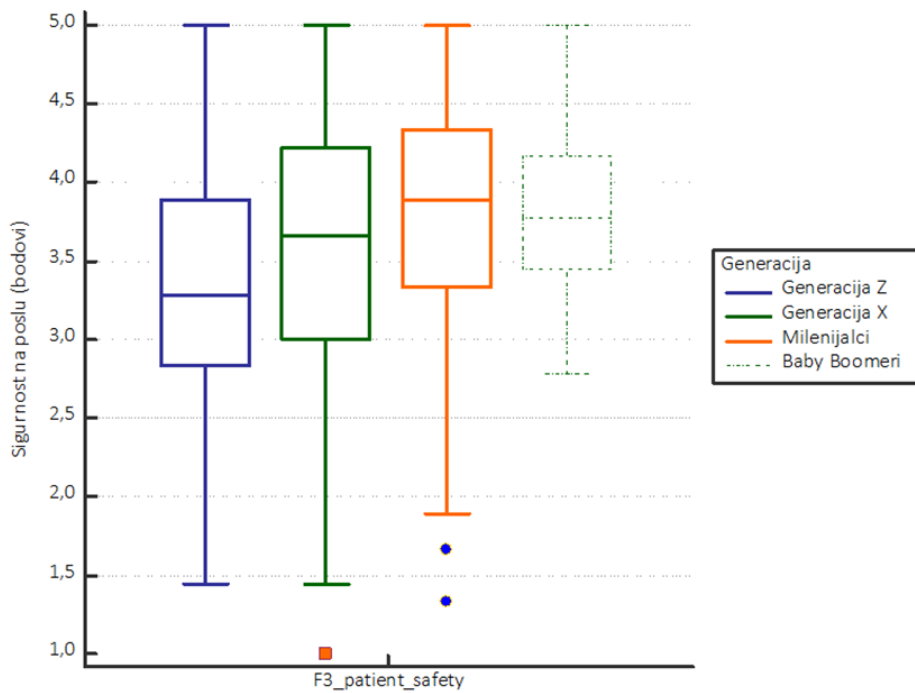
Legenda: C (25-75) — medijan (25. i 75. percentil)



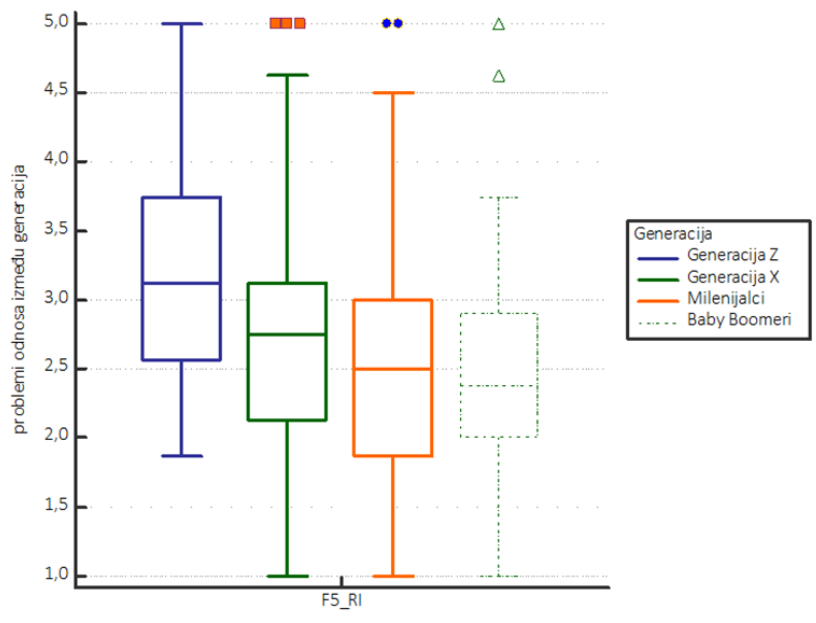
Slika 21. Međugeneracijski konflikti s obzirom na generaciju



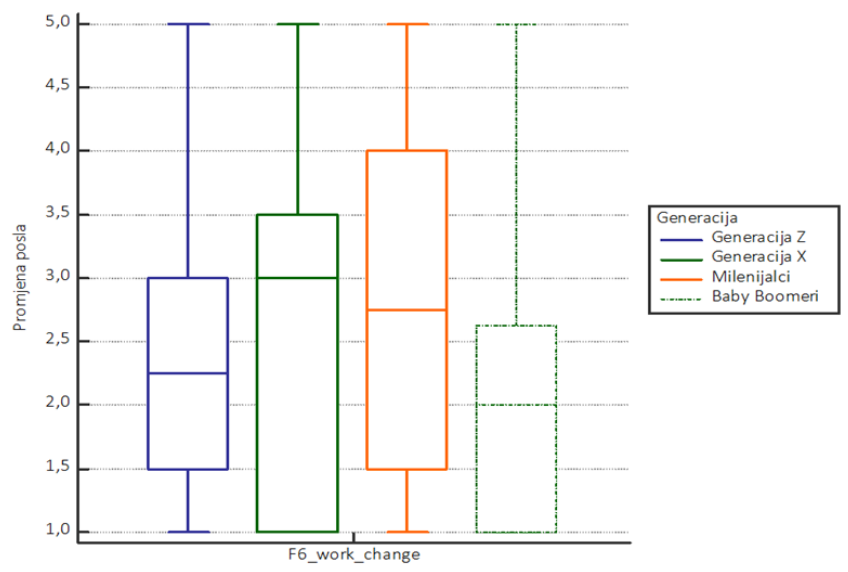
Slika 22. Orijentacija na promjene, sklonost radu i dostupnost s obzirom na generaciju



Slika 23. Sigurnost pacijenata s obzirom na generaciju



Slika 24. Problemi odnosa između generacija s obzirom na generaciju



Slika 25. Promjena posla s obzirom na generaciju

Generacija Z (3.7 (3.2-4.4)) razlikuje se od generacije X (3.2 (2.8-3.9)) i Baby Boomers (2.9 (2.4.-3.5)). Milenijalci (3.4 (3.0-3.8)) se razlikuju od Baby Boomersa, dok se Baby Boomeri razlikuju od svih generacija. Post-hoc razlike prikazane su u Tablici 21.

Tablica 21. Post-hoc razlike u MNGQ faktorima s obzirom na generaciju

<i>Medugeneracijski konflikti</i>	n	Razlika (P<0,05) od faktora
(1)	24	(3)(4)
(2)	130	(4)
(3)	150	(1)(4)
(4)	37	(1)(2)(3)
<i>Orijentacija na promjene i sklonost radu i dostupnost</i>	n	Razlika (P<0,05) od faktora
(1)	24	(3)(4)
(2)	130	(3)(4)
(3)	150	(1)(2)
(4)	37	(1)(2)
<i>Sigurnost pacijenata</i>	n	Razlika (P<0,05) od faktora
(1)	24	(3)(4)
(2)	130	(3)
(3)	150	(1)(2)
(4)	37	(1)
<i>Problemi odnosa između generacija</i>	n	Razlika (P<0,05) od faktora
(1)	24	(2)(3)(4)
(2)	130	(1)(3)(4)
(3)	150	(1)(2)
(4)	37	(1)(2)
<i>Promjena posla</i>	n	Razlika (P<0,05) od faktora
(1)	24	
(2)	130	(4)
(3)	150	(4)
(4)	37	(2)(3)

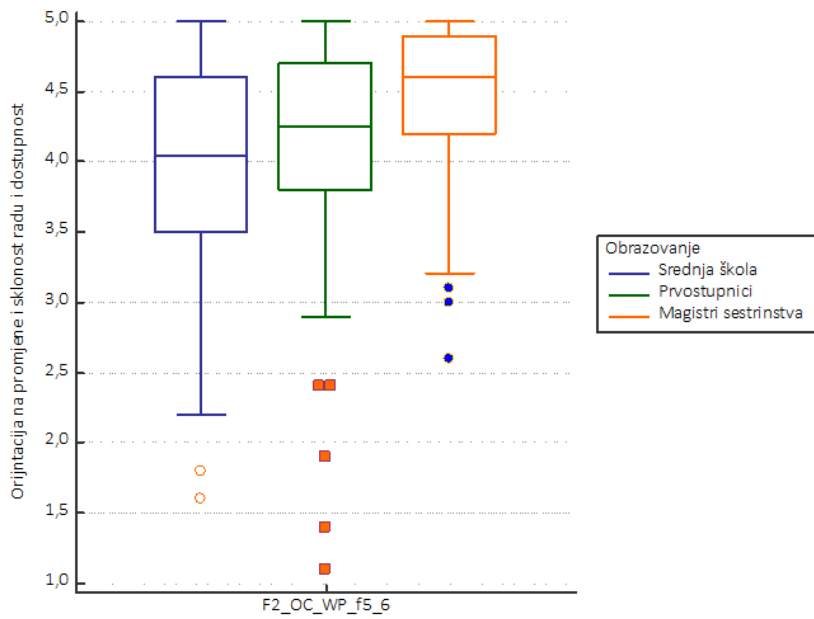
Legenda: 1-Generacija Z, 2 – Millenijalci, 3 - Generacija X, 4 - Baby Boomeri

Pronađene su statistički značajne razlike u faktorima Međugeneracijski konflikti, Sigurnost pacijenata i Problemi odnosa između generacija s obzirom na obrazovanje (Tablica 22).

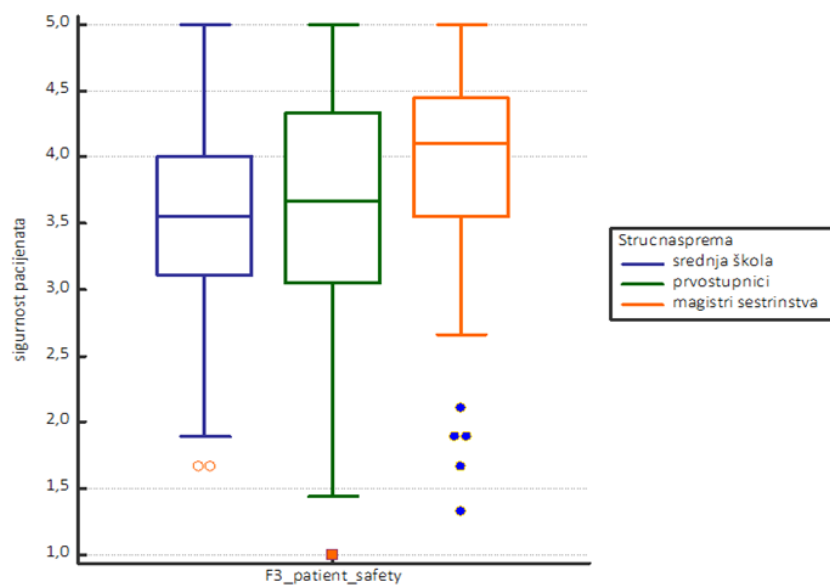
Tablica 22. Razlike u MNGQ faktorima s obzirom na obrazovanje

<i>Faktor</i>	Srednja škola N=126 C (25-75)	Prvostupnici sestrinstva N=120 C (25-75)	Magistri sestrinstva N=195 C (25-75)	P
<i>Međugeneracijski konflikti</i>	3,3 (2,9-3,8)	3,4 (2,9-3,9)	3,2 (2,9-3,9)	0,685
<i>Orijentacija na promjene i sklonost radu i dostupnost</i>	4,0 (3,5-4,6)	4,3 (3,8-4,7)	4,6 (4,2-4,9)	<0,001
<i>Sigurnost pacijenata</i>	3,6 (3,1-4,0)	3,7 (3,0-4,3)	4,2 (3,5-4,8)	<0,001
<i>Rad u multigeneracijskom timu</i>	4,0 (3,3-4,5)	4,2 (3,4-4,7)	4,2 (3,5-4,8)	0,275
<i>Problemi odnosa između generacija</i>	2,6 (2,3-3,3)	2,5 (2,0-3,2)	2,5 (1,6-2,9)	0,014
<i>Promjena posla</i>	2,5 (1,0-3,0)	2,5 (1,3-4,0)	2,5 (1,0-3,4)	0,434

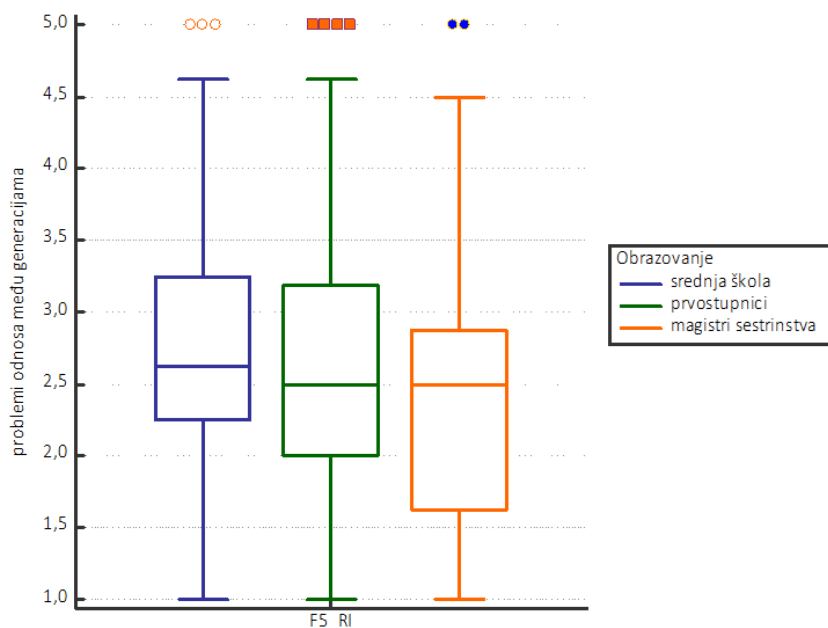
Legenda: C (25-75) — medijan (25. i 75. percentil)



Slika 26. Orijehtacija na promjene i sklonost radu i dostupnost s obzirom na obrazovanje



Slika 27. Sigurnost pacijenata s obzirom na obrazovanje



Slika 28. Problemi odnosa između generacija s obzirom na obrazovanje

Magistri sestrinstva imaju značajno više rezultate na faktorima Orijentacija na promjene i sklonost radu i dostupnost i Sigurnost pacijenata od ispitanika sa srednjom stručnom spremom i prvostupništvom. U faktoru Problemi odnosa između generacija medicinske sestre/tehničari sa srednjom školom imaju nešto viši rezultat od magistara sestrinstva. Post-hoc razlike prikazane su u Tablici 23.

Tablica 23. Post-hoc Razlike u MNGQ faktorima s obzirom na razinu obrazovanja

<i>Orijentacija na promjene i sklonost radu i dostupnost</i>	N	Razlika (P<0,05) od faktora
(1)	126	(3)
(2)	120	(3)
(3)	95	(1)(2)
<i>Sigurnost pacijenata</i>	N	Razlika (P<0,05) od faktora
(1)	126	(3)
(2)	120	(3)
(3)	95	(1)(2)
<i>Problemi odnosa između generacija</i>	N	Razlika (P<0,05) od faktora
(1)	126	(3)
(2)	120	/
(3)	95	(1)

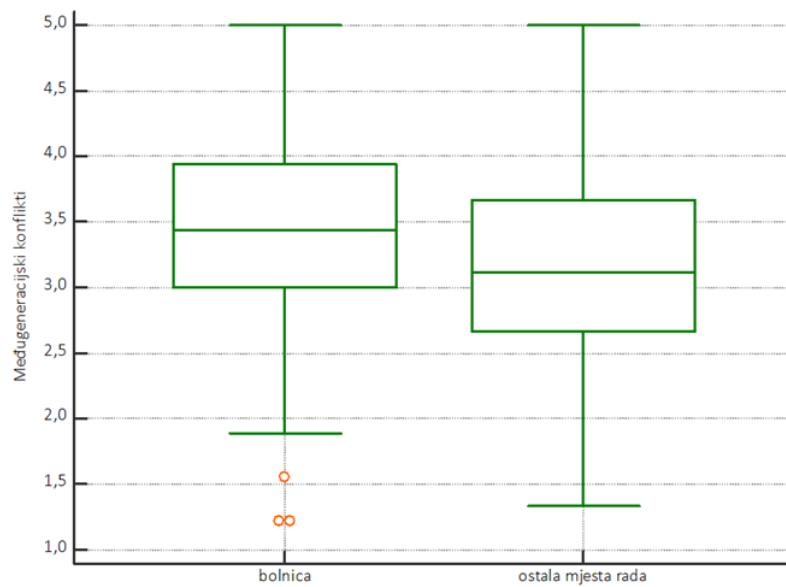
Legenda: 1 - Srednja škola, 2 - Prvostupnici sestrinstva i 3 - Magistri sestrinstva

Također su pronađene razlike u rezultatima MNGQ faktora s obzirom na radno mjesto. Pronađene su značajne razlike u faktoru Međugeneracijski konflikti, dok u ostalim faktorima nema razlike. Ispitanici koji rade u bolnici imaju značajno više rezultate na faktoru Međugeneracijski konflikti od ispitanika koji rade na drugim radilištima (3.4 (3.0-3.9) vs. 3.1 (2.7-3.7)). Sve razlike prikazane su u Tablici 24.

Tablica 24. Razlike u MNGQ faktorima s obzirom na radno mjesto

<i>Faktor</i>	Bolnica N=216 C (25-75)	Ostala radna mjesto N=125 C (25-75)	P
<i>Međugeneracijski konflikti</i>	3,4 (3,0-3,9)	3,1 (2,7-3,7)	0,003
<i>Orijentacija na promjene i sklonost radu i dostupnost</i>	4,3 (3,7-4,8)	4,3 (3,8-4,7)	0,716
<i>Sigurnost pacijenata</i>	3,7 (3,1-4,3)	3,8 (3,3-4,3)	0,280
<i>Rad u multigeneracijskom timu</i>	4,0 (3,3-4,7)	4,0 (3,7-4,8)	0,183
<i>Problemi odnosa između generacija</i>	2,5 (2,0-3,1)	2,5 (2,0-3,1)	0,915
<i>Promjena posla</i>	2,5 (1,5-4,0)	2,5 (1,0-3,0)	0,08

Legenda: C (25-75) — medijan (25. i 75. percentil)



Slika 29. Međugeneracijski sukobi s obzirom na mjesto rada

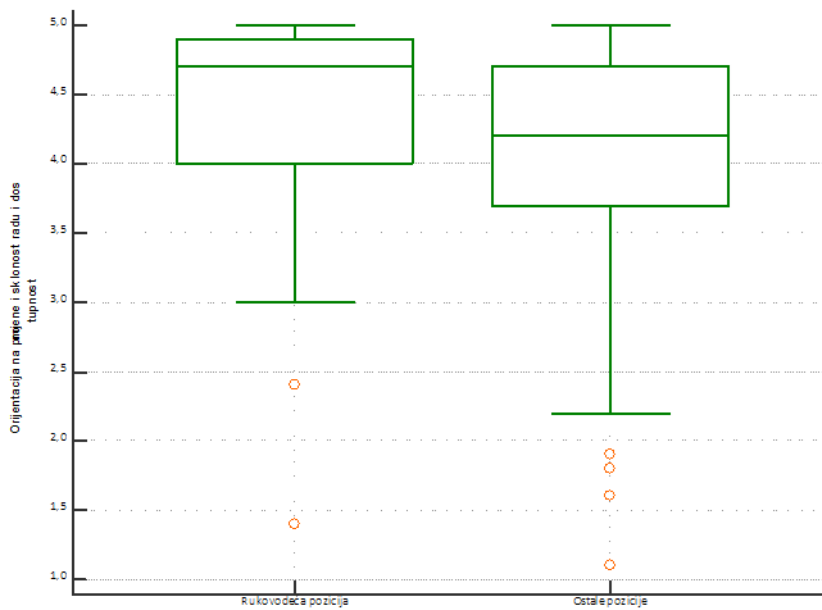
Pronađene su statistički značajne razlike u faktorima Orijentacija na promjene i sklonost radu i dostupnost, Sigurnost pacijenata, Rad u multigeneracijskom timu i Problemi odnosa između generacija.

Ispitanici na rukovodećoj poziciji imaju značajno više rezultate na faktorima Orijentacija na promjene i sklonost radu i dostupnost, Sigurnost pacijenata i Rad u multigeneracijskom timu dok na faktoru Problemi odnosa između generacija imaju značajno niži rezultat. Razlike u rezultatima MNGQ faktora s obzirom na radno mjesto prikazane su u Tablici 25.

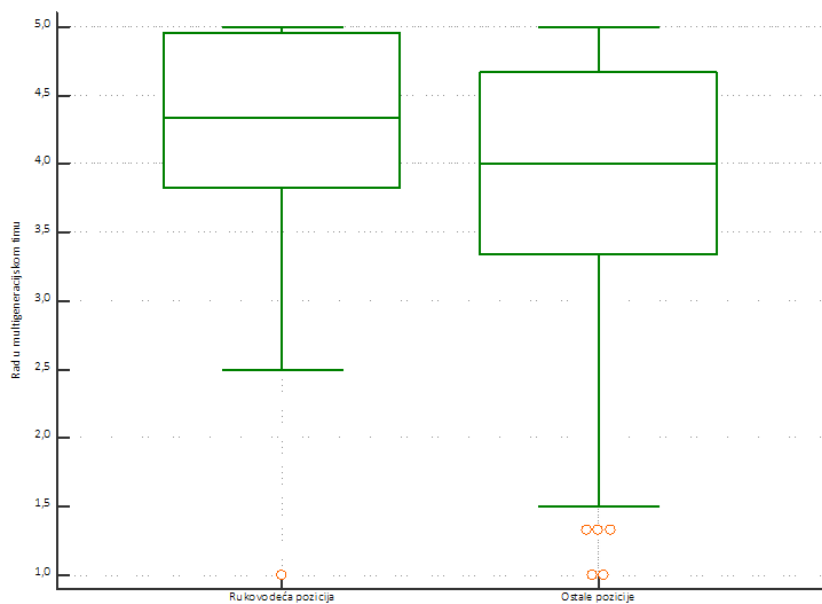
Tablica 25. Razlike u MNGQ faktorima s obzirom na rukovodeću poziciju

<i>Faktor</i>	Rukovodeća pozicija N=75 C (25-75)	Ostale pozicije N=266 C (25-75)	P
<i>Međugeneracijski konflikti</i>	3,2 (2,8-3,9)	3,4 (2,9-3,9)	0,117
<i>Orijentacija na promjene i sklonost radu i dostupnost</i>	4,7 (4,0-4,9)	4,2 (3,7-4,7)	<0,001
<i>Sigurnost pacijenata</i>	4,2 (3,7-4,6)	3,7 (3,0-4,1)	<0,001
<i>Rad u multigeneracijskom timu</i>	4,3 (3,8-4,9)	4,0 (3,3-4,7)	0,003
<i>Problemi odnosa između generacija</i>	2,4 (1,8-3,0)	2,6 (2,1-3,1)	0,014
<i>Promjena posla</i>	2,0 (1,0-3,0)	3,0 (1,5-3,5)	0,134

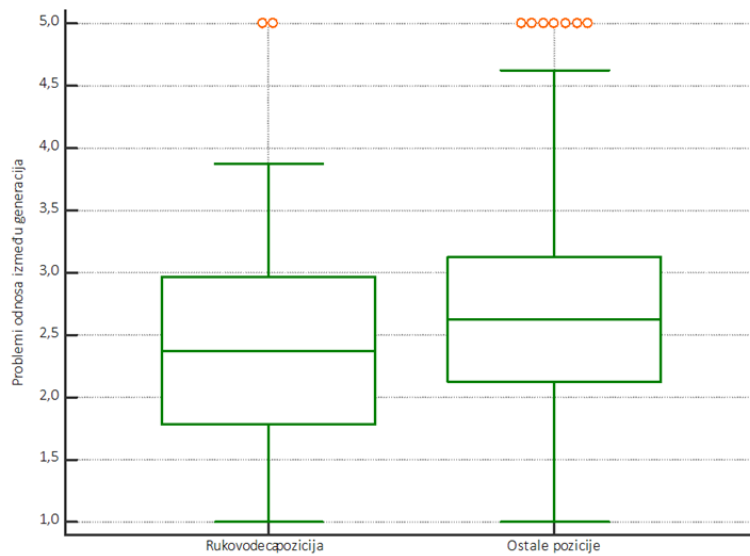
Legenda: C (25-75) — medijan (25. i 75. percentil)



Slika 30. Orijehtacija na promjene i sklonost radu i dostupnost obzirom na rukovodeću poziciju



Slika 31. Rad u multigeneracijskom timu s obzirom na rukovodeću poziciju



Slika 32. Problemi odnosa između generacija s obzirom na rukovodeću poziciju

4.3.4. Razlike u rezultatima upitnika NPIS s obzirom na demografske varijable

S obzirom da sve varijable značajno odstupaju od normalne raspodjele za izračun razlika primjenjeni su neparametrijski statistički testovi. Deskriptivna statistika NPIS faktora je prikazane u Tablici 26.

Tablica 26. Deskriptivna statistika NPIS faktora (n=341)

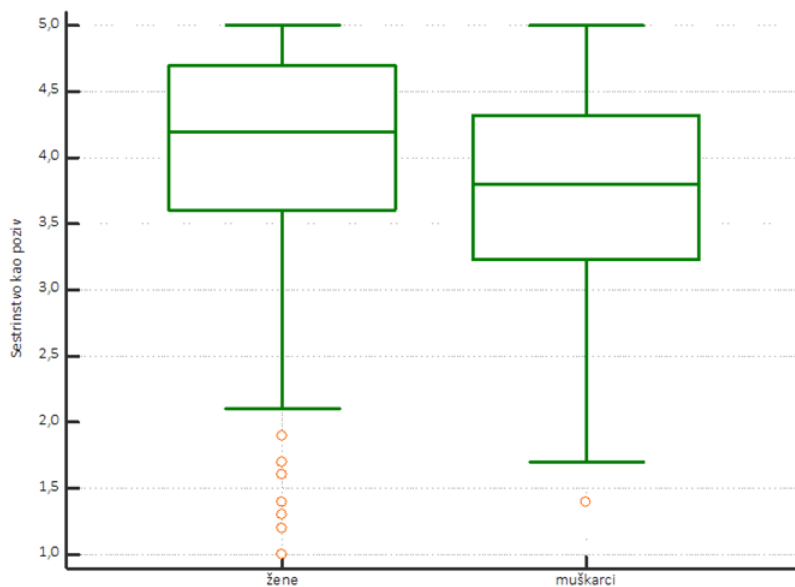
<i>Faktor</i>	M	SD	C	25 - 75	Min-Max	p
<i>Sestrinstvo (kao poziv)</i>	4,0	0,8	4,1	3,6-4,7	1,0-5,0	<0,001
<i>Jasnoća profesionalne uloge</i>	3,5	0,6	3,5	3,2-4,0	1,0-5,0	<0,001
<i>Pozitivni aspekti sestrinstva</i>	4,3	0,6	4,5	4,0-5,0	1,0-5,0	<0,001
<i>Edukacija drugih sestara</i>	2,7	1,3	2,5	1,5-3,5	1,0-5,0	<0,001

Analiza razlika u rezultatima NPIS upitnika s obzirom na spol (Tablica 27) pokazala je da se muškarci i žene razlikuju samo u prvom faktoru, a to je Sestrinstvo kao poziv. Žene imaju statistički značajno viši rezultat od muškaraca.

Tablica 27. Razlike u rezultatima NPIS s obzirom s obzirom na spol

<i>Faktor</i>	Žene N=295 C (25-75)	Muškarci N=45 C (25-75)	P
<i>Sestrinstvo (kao poziv)</i>	4,2 (3,6-4,7)	3,8 (3,2-4,3)	0,008
<i>Jasnoća profesionalne uloge</i>	3,7 (3,2-4,0)	3,3 (3,0-4,0)	0,440
<i>Pozitivni aspekti sestrinstva</i>	4,5 (4,0-5,0)	4,3 (3,5-4,7)	0,235
<i>Edukacija drugih sestara</i>	2,5 (1,5-3,5)	2,5 (1,0-3,1)	0,464

Legenda: C (25-75) — medijan (25. i 75. percentil)



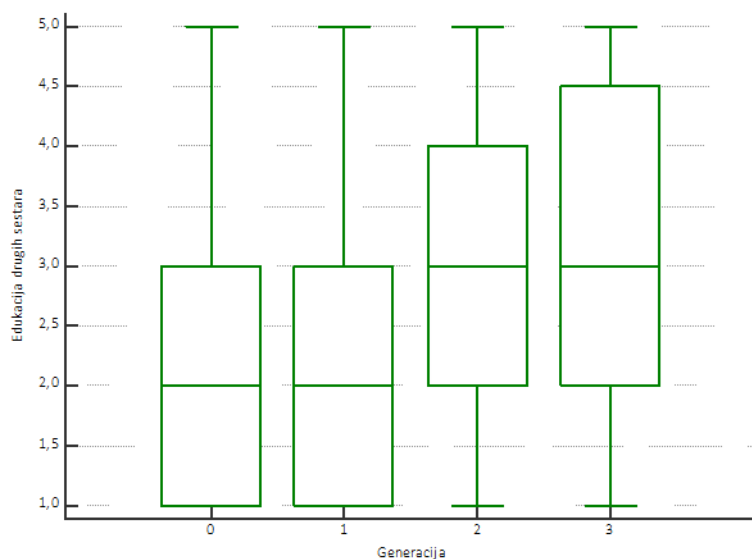
Slika 33. Sestrinstvo kao poziv s obzirom na spol

Pronađene su razlike u faktoru Edukacija drugih sestara. Post-hoc analizom nađene su razlike Generacije Z i Milenijalaca od Generacije X i Baby Boomera. Razlike u rezultatima faktora NPIS s obzirom na generaciju prikazane su u Tablici 28.

Tablica 28. Razlike u rezultatima faktora Sestrinskog identiteta s obzirom na generaciju

<i>Faktor</i>	Baby Bummers N=37 C (25-75)	Generacija X N=150 C (25-75)	Milenijalci N=130 C (25-75)	Generacija Z N=24 C (25-75)	<i>P</i>
<i>Sestrinstvo (kao poziv)</i>	3,9 (3,3-4,8)	4,1 (3,6-4,6)	4,1 (3,5-4,8)	4,6 (4,1-4,9)	0,095
<i>Jasnoća profesionalne uloge</i>	3,3 (3,0-3,9)	3,6 (3,2-4,0)	3,7 (3,0-4,0)	3,4 (3,0-3,8)	0,259
<i>Pozitivni aspekti sestrinstva</i>	4,3 (3,9-5,0)	4,5 (4,0-5,0)	4,5 (4,0-4,8)	4,5 (4,0-4,9)	0,866
<i>Edukacija drugih sestara</i>	3,0 (2,0-4,5)	3,0 (2,0-4,0)	2,0 (1,0-3,0)	2,0 (1,0-3,0)	<0,001

Legenda: C (25-75) — medijan (25. i 75. percentil)



Slika 34. Edukacija drugih sestara s obzirom na generaciju (0-Generacija Z, 1- Generacija X, 2- Milenijalci, 3- Baby Boomeri)

Pronađene su razlike u rezultatima na faktorima upitnika NPIS s obzirom na obrazovanje na svim faktorima (Tablica 29). Post-hoc razlike također su značajne za sve faktore (Tablica 30). Bez obzira na faktor magistre sestrinstva imaju na svim faktorima značajno više rezultate od drugih.

Tablica 29. Razlike u rezultatima faktora NPIS s obzirom na razinu obrazovanja

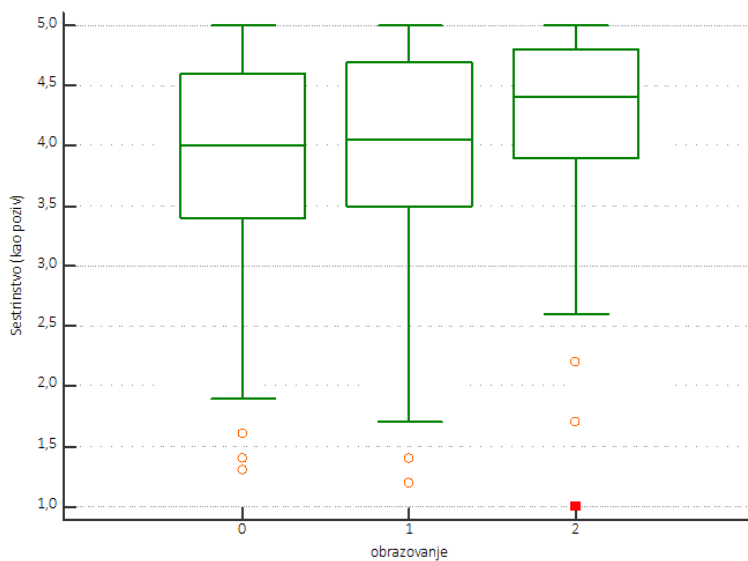
<i>Faktor</i>	Srednja škola N=126 C (25-75)	Prvostupnici sestrinstva N=120 C (25-75)	Magistri sestrinstva N=195 C (25-75)	<i>P</i>
<i>Sestrinstvo (kao poziv)</i>	4,0 (3,4-4,6)	4,0 (3,5-4,7)	4,4 (3,9-4,8)	<0,001
<i>Jasnoća profesionalne uloge</i>	3,5 (3,2-3,8)	3,5 (3,0-4,0)	3,7 (3,2-4,2)	0,029
<i>Pozitivni aspekti sestrinstva</i>	4,1 (3,7-4,7)	4,3 (4,0-5,0)	4,7 (4,3-5,0)	<0,001
<i>Edukacija drugih sestara</i>	2,0 (1,0-3,0)	2,5 (1,3-3,0)	3,5 (3,0-5,0)	<0,001

Legenda: C (25-75) — medijan (25. i 75. percentil)

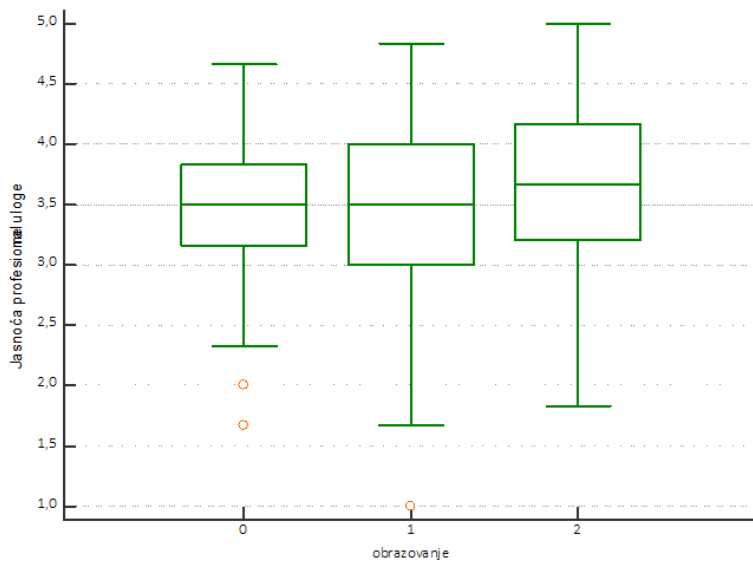
Tablica 30. Post-hoc Razlike u faktorima sestrinskog identiteta s obzirom na razinu obrazovanja

<i>Sestrinstvo (kao poziv)</i>	n	Razlika (P<0,05) od faktora
(1)	126	(3)
(2)	120	(3)
(3)	95	(1)(2)
<i>Jasnoća profesionalne uloge</i>	n	Razlika (P<0,05) od faktora
(1)	126	(3)
(2)	120	(3)
(3)	95	(1)(2)
<i>Pozitivni aspekti sestrinstva</i>	n	Razlika (P<0,05) od faktora
(1)	126	(2)(3)
(2)	120	(1)(3)
(3)	95	(1)(2)
<i>Edukacija drugih sestara</i>		Razlika (P<0,05) od faktora
(1)	126	(2)(3)
(2)	120	(1)(3)
(3)	95	(1)(2)

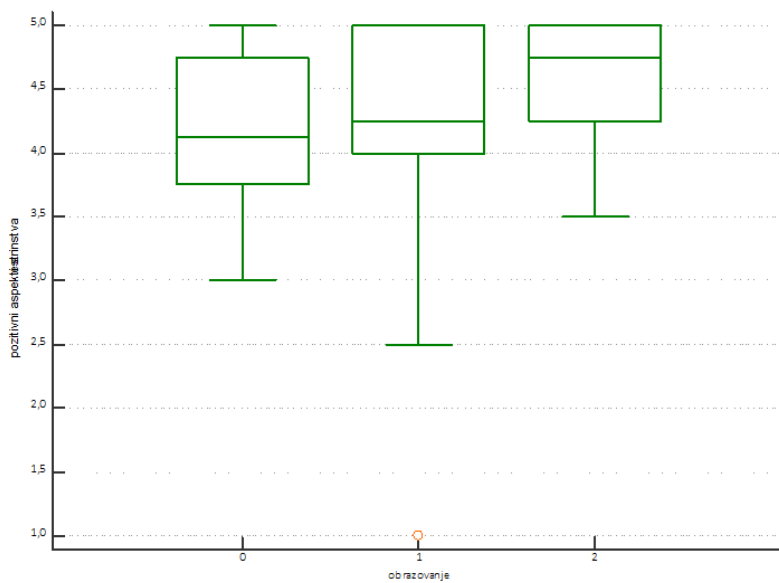
Legenda: 1 - Srednja škola, 2 - Prvostupnici sestrinstva i 3 - Magistri sestrinstva



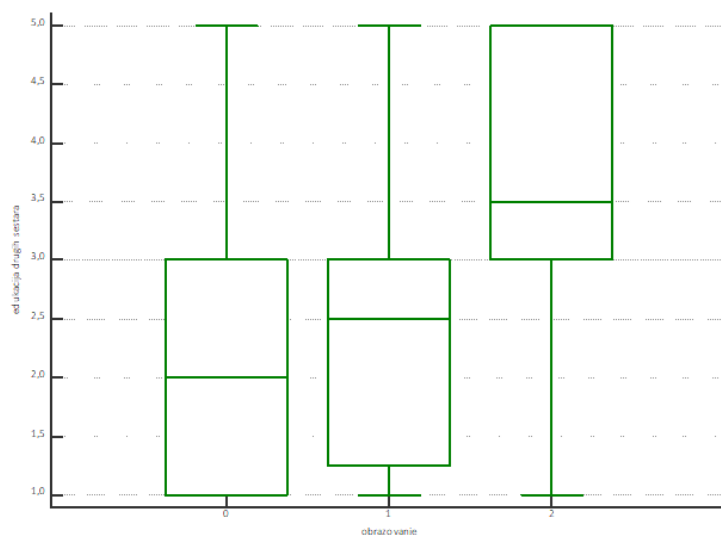
Slika 35. Sestrinstvo (kao poziv) s obzirom na razinu obrazovanja (legenda: 0-srednja škola, 1-prvostupnici sestrinstva, 2-magistri sestrinstva)



Slika 36. Jasnoća profesionalne uloge s obzirom na razinu obrazovanja (legenda: 0-srednja škola, 1-prvostupnici sestrištva, 2-magistri sestrištva)



Slika 37. Pozitivni aspekti sestrištva s obzirom na razinu obrazovanja (legenda: 0-srednja škola, 1-prvostupnici sestrištva, 2-magistri sestrištva)



Slika 38. Edukacija drugih sestara s obzirom na razinu obrazovanja (legenda: 0-srednja škola, 1-prvostupnici sestrinstva, 2-magistri sestrinstva)

Nisu pronađene značajne razlike u rezultatima faktora NPIS s obzirom na mjesto rada (Tablica 31).

Tablica 31. Razlike u rezultatima faktora NPIS s obzirom na mjesto rada

<i>Faktor</i>	Bolnica N=216 C (25-75)	Ostala mjesto rada N=125 C (25-75)	P*
<i>Sestrinstvo (kao poziv)</i>	4,1 (3,5-4,7)	4,1 (3,7-4,7)	0,490
<i>Jasnoća profesionalne uloge</i>	3,7 (3,0-4,0)	3,5 (3,2-4,0)	0,800
<i>Pozitivni aspekti sestrinstva</i>	4,5 (4,0-4,7)	4,5 (4,0-5,0)	0,654
<i>Edukacija drugih sestara</i>	2,5 (1,5-3,5)	2,5 (1,5-4,0)	0,603

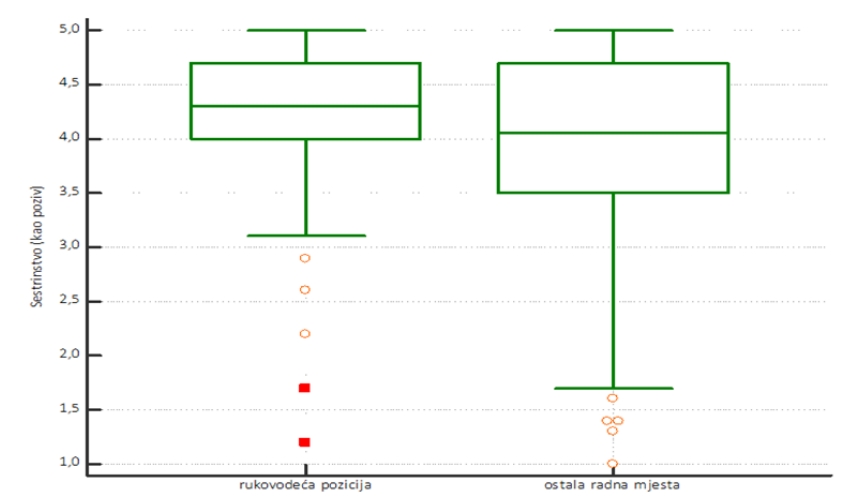
Legenda: C (25-75) — medijan (25ti i 75ti percentil)

Pronađene su značajne razlike svim faktorima NPIS s obzirom na rukovodeću poziciju. Medicinske sestre na rukovodećoj poziciji imaju značajno više rezultate od ispitanika na ostalim radnim pozicijama. Rezultati razlika faktora NPIS s obzirom na rukovodeću poziciju prikazani su u Tablici 32.

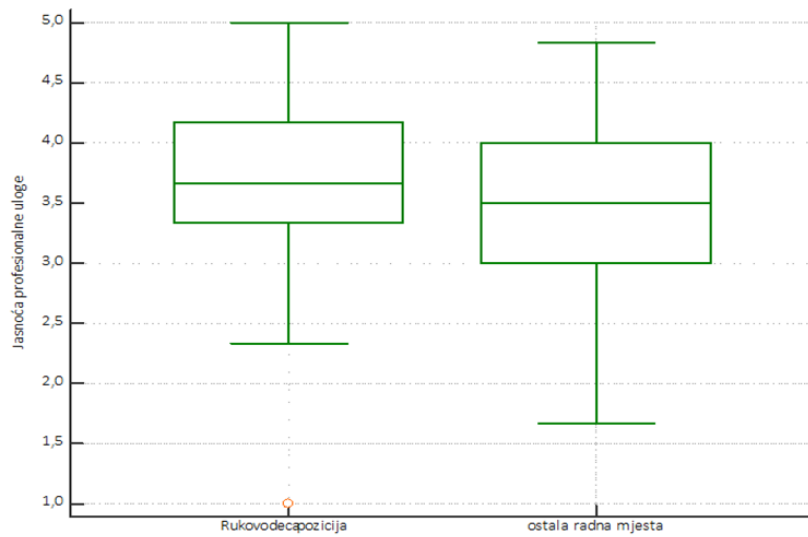
Tablica 32. Razlike u rezultatima faktora NPIS s obzirom na rukovodeću poziciju

<i>Faktor</i>	Rukovodeća pozicija N=75 C (25-75)	Ostale pozicije N=266 C (25-75)	P*
<i>Sestrinstvo (kao poziv)</i>	4,3 (4,0-4,7)	4,0 (3,5-4,7)	0,013
<i>Jasnoća profesionalne uloge</i>	3,7 (3,3-4,2)	3,5 (3,0-4,0)	0,021
<i>Pozitivni aspekti sestrinstva</i>	4,2 (3,7-4,6)	3,7 (3,0-4,1)	<0,001
<i>Edukacija drugih sestara</i>	4,3 (3,8-4,9)	4,0 (3,3-4,7)	0,003

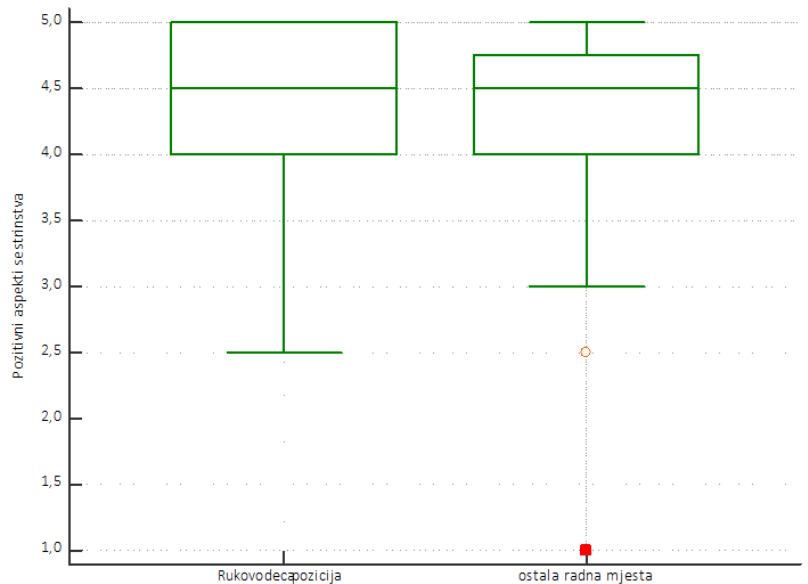
Legenda: C (25-75) — medijan (25ti i 75ti percentil)



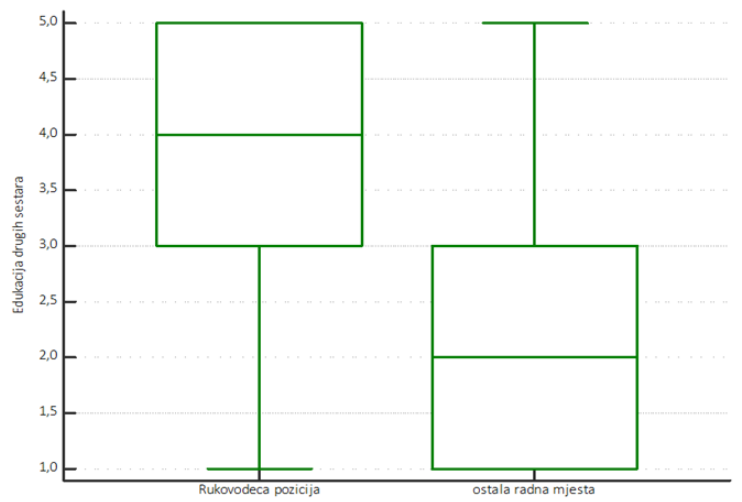
Slika 39. Sestrinstvo (kao poziv) s obzirom na rukovodeću poziciju



Slika 40. Jasnoća profesionalne uloge s obzirom na rukovodeću poziciju



Slika 41. Pozitivni aspekti sestinstva s obzirom na rukovodeću poziciju



Slika 42. Edukacija drugih sestara s obzirom na rukovodeću poziciju

5. RASPRAVA

S obzirom na ciljeve istraživanja kroz prikazane rezultate možemo vidjeti da je prva ključna točka kroz povijest bila otvaranje bolnica i napredak medicine, samim time pokazala se potreba za unaprjeđenjem i pružanjem što kvalitetnije skrbi bolesnicima. Tome su doprinijele razne infektivne bolesti i ratovi [5, 6]. Ulazak sestara milosrdnica u riječku bolničku službu predstavljao je ključnu inovaciju u pružanju zdravstvene skrbi. Slično je bilo i u svijetu, kada početkom 19. stoljeća Elisabeth Fry osniva Protestantsko društvo sestara milosrdnica kako bi se brinule o bolesnicima u zatvoru [6, 7]. Iako su sestre milosrdnice stigle u Rijeku 1858. godine, u Europi je u to doba, točnije 1859. godine Florence objavila »Notes of Hospital«, djelo koje se smatralo najvrjednijim dijelom te vrste. U tom djelu opisala je da biti kvalitetna medicinska sestra treba imati urođenu sklonost prema tome i dobro medicinsko obrazovanje, što napominju sestre i u našem istraživanju. vidljivo je da medicinske sestre i tehničari imaju pozitivne i motivirajuće karakteristike povezane s njihovim profesionalnim identitetom [76].

Sljedeća ključna točka je tečaj Crvenog križa za dobrovoljne bolničare 1914. godine, no u svijetu već u 18. stoljeću postoje škole za medicinske sestre [76]. Iako je u 20. stoljeću sestinstvo u svijetu bilo već uvelike priznato, u Rijeci pa čak i u cijeloj državi su se sestre tek počele educirati [74]. Podršku u razvoju obrazovanja na riječkom području pružio je dr. Viktor Finderle, a kasnije dr. Ante Švalba, što zapravo govori u prilog tome da su liječnici stajali iza medicinskih sestara i podržavali ih i poticali u napretku, što dobivamo i u fokus grupama i intervjuima. Sudionici navode da je odnos sa liječnicima od povijesti pa do danas vrlo korektan i podržavajući. Slično je bilo i u svijetu i u Hrvatskoj, gdje se dr. Vladimir Čepulić zalagao za napredak i obrazovanje medicinskih sestara kao i dr. Andrija Štampar [5, 6, 74]. Iz dobivenih rezultata primjećuje se nekoliko razlika u školovanju medicinskih sestara. Trajanje školovanja varira između generacija. Razlike u trajanju školovanja mogu imati utjecaja na dubinu i opseg pripreme za samostalnu sestričku praksu. Sudionici spominju stroge kriterije primanja u školu, što može ukazivati na visoke standarde i selektivan pristup obrazovanju u prošlosti, a to potvrđuju i povijesni dokazi. Ovaj kod se nalazi u tri generacije (Tiha generacija, Baby Boomers i Generacija X) i može odražavati promjene u pristupu obrazovanju tijekom godina što je vidljivo u kodovima Milenijalaca i Generacije Z. Milenijalci i Generacija Z spominju smanjenje praktičnog iskustva zbog pandemije Covid 19 i povećanja obima online praktične nastave dok prethodne generacije nisu naglašavale takve specifičnosti. Ovo je jasna razlika koja proizlazi iz promjena u društvenim okolnostima, što potvrđuju i usporedna istraživanja [77]. Različite generacije izražavaju različite stupnjeve zadovoljstva školovanjem. Baby Boomeri i Generacija

X djeluju zadovoljnije, dok Milenijalci i Generacija Z izražavaju nezadovoljstvo. Ova razlika ukazuje na promjene u očekivanjima i pristupima u obrazovanju. Uzrok tome mogu biti drastične promjene u obrazovanju koje su nastupile u 21. stoljeću kao što je Bolonjska deklaracija i petogodišnje srednjoškolsko obrazovanje. Rezultati usporednog istraživanja pokazuju da su studenti sestinstva nezadovoljni pružanjem obrazovnih usluga. Ističe se zabrinutost studenata zbog nekompetentnosti nastavnika, zbunjenost učenika u rješavanju obrazovnih problema, produljenje edukacije te nedostatka osposobljavanja studenata za obavljanje rutinskih zadataka u sestinstvu [78]. Milenijalci i Generacija Z izražavaju nedostatak znanja i iskustva kao izazov, dok prethodne generacije nisu naglašavale takve specifičnosti. Također, u usporednom istraživanju spominje se nedostatak znanja kao posljedica neznanja medicinskih sestara koje imaju ulogu edukatora [78].

Naši rezultati ukazuju na to da kada se medicinske sestre zaposle, uče raditi posao od autoriteta: Tiha generacija i Baby Boomers, kao starija generacija, često su imali priliku učiti od autoriteta u medicinskom timu poput liječnika i glavnih sestara što potvrđuju i povijesne činjenice. Rezultati ovog istraživanja zapravo pokazuju pristupačnost u edukaciji i zalaganje autoriteta gledano hijerarhijski jer su se za sestinstvo najviše i zalagali liječnici kroz cijelu povijest kako u Hrvatskoj tako i u svijetu [32, 76]. Pripravnički staž koji je bio do 2005. godine sastavni dio obrazovanja omogućio je medicinskim sestrama Generacije X i Milenijalaca integraciju teoretskog znanja s kliničkim vještinama pod nadzorom iskusnijih medicinskih sestara. Isto tako, važno je bilo i samostalno učenje, što uključuje samostalno istraživanje, dodatno obrazovanje i stalno usavršavanje. Milenijalci naglašavaju dobru suradnju sa starijim kolegama koristeći timski pristup učenju i podržavajući jedni druge u radu. Također, njihov pristup tehnologiji mogao je utjecati na načine komunikacije i dijeljenje informacija. Generacija Z ističe digitalni pristup učenju, kao što je korištenje *YouTube*-a kao izvora informacija. Njihova težnja za brzim pristupom informacijama i vizualnim metodama učenja odražava njihovu povezanost s tehnologijom, no isto tako, ističu da moraju tako učiti, jer ih medicinske sestre iz drugih generacija ne žele učiti poslu, kao i samu činjenicu da tijekom petogodišnjeg obrazovanja više nema pripravničkog staža. U okviru rezultata usporednog istraživanja, jedna od najočitijih razlika pokazala se u komunikaciji starijih generacija s mlađima. Autori navode da bi jedno od mogućih objašnjenja nejednakosti u komunikaciji tijekom interakcija moglo biti posljedica generacijskih razlika između medicinskih sestara Generacije X, Milenijalaca i Generacije Z. Milenijalci i medicinske sestre generacije Z vjerojatnije će se oslanjati na

internetske resurse i društvene medije kako bi potražili tehničke odgovore, stručne savjete i edukaciju o samom poslu koji rade [79].

Nadalje, u našim rezultatima mogu se primijetiti određene međugeneracijske razlike koje proizlaze iz uvjeta i izazova s kojima su se suočavali tijekom svojih karijera kroz povijest. Higijenski uvjeti: Tiha generacija i Baby Boomeri su radili u okruženju koje je bilo čisto i uredno. Briga o higijenskim standardima može ukazivati na određenu vrijednost načela organizacije i profesionalnosti. S druge strane, Milenijalci i Generacija Z suočavaju se s problemima neuredne okoline na radilištima, što može odražavati promjene u standardima održavanja higijene ili resursnim ograničenjima. Kroz povijest se pokazalo da je zapravo poboljšanje higijenskih uvjeta dovelo do smanjenja infekcija i smrtnosti s toga to može biti jedan od razloga zašto je starijim generacijama bilo važno da sve bude uredno i čisto na njihovim radilištima [76].

Baby Boomeri i Generacija X suočavali su se sa skromnim plaćama, dok se Milenijalcima i Generaciji Z pripisuju financijski izazovi u obliku štednje u korištenju materijala ili nemogućnosti uzimanja pauze. Generacija X radila je u okruženju s dovoljnim brojem sestara, dok su Milenijalci i Generacija Z suočavali s minimalnim brojem osoblja i nedostatkom osnovnih sredstava za rad. Rezultati također ukazuju na poštovanje kao temelj odnosa. Bez obzira na generaciju, naglašava se važnost međuljudskih odnosa. No, usporedna istraživanja pokazuju da medicinske sestre napuštaju svoja radna mjesta ne radi plaće nego upravo radi loših međuljudskih odnosa i loših uvjeta rada [79, 80].

Rezultati ukazuju na izazove uzrokovane generacijskim razlikama. To može uključivati nesuglasice, percepcije nedostatka podrške ili razumijevanja među kolegama različitih generacija. U nekim kodovima se spominje kako odnosi s pojedinim generacijama mogu biti teži. Posebno u kodovima Generacije Z, ističu se ozbiljni problemi poput izrabljivanja, vrijeđanja i diskriminacije. Usporedno istraživanje pokazuje da su poremećaji u kolegijalnosti sastavni dio većeg iskustva medicinskih sestara Generacije X u bolničkim okruženjima, kao i činjenica da doživljavaju veću neuljudnost od strane kolega s posla i nadređenih nego Boomeri. Veća sklonost napuštanja posla, odnosno promjene posla je među najmlađim medicinskim sestrama što je posebno problematično za profesiju u kojoj je već sada globalni nedostatak medicinskih sestara koji će se s godinama samo pogoršati [81].

Ključni trenuci u karijeri odražavaju specifičnosti svake generacije, od tradicionalnog doprinosa Tihe generacije i Baby Boomera do prilagodljivosti Generacije X, suočavanja

Milenijalaca s globalnim događajima poput Covid-19 pandemije pa do izazova Generacije Z u radu s različitim dobima i suočavanja s problemima radnog okruženja i potpuno drugačijem sustavu obrazovanja. Iako se percepcija ključnih trenutaka razlikuje između generacija, svaka od njih odražava specifičnosti vremena u kojem su medicinske sestre razvijale svoje karijere. U konačnici, svi ovi ključni trenuci odražavaju prilagodljivost i otpornost medicinskih sestara na različite izazove kroz različite faze njihovih karijera. Rezultati usporednog istraživanja ukazuju upravo da se medicinske sestre dobro nose sa izazovima vremena u kojima rade i žive pa tako da Generacija X i Baby Boomeri mogu unaprijediti svoje vještine i znanja u korištenju tehnologije, dok mlađe generacije, uključujući Generaciju Y i Generaciju Z koje su visoko kvalificirane i prilagodljive korištenju nove tehnologije mogu biti osnažene kao prvaci u tehnološkom napretku zdravstvene skrbi za poboljšanje i pojednostavljenje procesa skrbi uz korištenje nove tehnologije [82].

Svaka generacija medicinskih sestara suočavala se s jedinstvenim izazovima kada se radi o brizi za sebe. Tiha generacija i Baby Boomeri razvijali su strategije kako stizati sve, unatoč izazovima tog vremena. Generacija X pokazuje svijest o važnosti brige o sebi, dok Milenijalci izražavaju promjenu prioriteta usmjerenu na obitelj i prijatelje. S druge strane, Generacija Z suočava se s izazovima nerazumijevanja starijih kolega, radnim opterećenjem i nedostatkom podrške za očuvanje vlastitog blagostanja. Shodno tome, ovo zahtijeva značajno razmatranje u upravljanju medicinskim sestrama mlađe generacije jer otkriva da unatoč potrebi za odvajanjem posla i osobnog života koju je usvojila mlađa generacija, ipak postoji težnja za moći, autoritetom i organizacijom njihovih zadataka i dužnosti. Unatoč tome, bitno je uzeti u obzir demografske čimbenike koji utječu na vrijednost rada i stavove pojedinaca, uključujući nadzorne i rukovodeće pozicije na višoj razini. Uzimajući u obzir da većinu nadzornih i rukovodećih pozicija postižu Baby Boomers i Generacija X sa značajnim radnim iskustvom u organizaciji, njima može biti izazov razumjeti vrijednost rada i stavove mlađe generacije medicinskih sestara. Stoga, razmatranje onoga što je najviše cijenjeno i prioritetno od strane različitih generacijskih skupina može biti učinkovita strategija za rukovoditelje u pristupu upravljanja i zadržavanja mlađe generacije [82].

Dobiveni rezultati potvrđuju pouzdanost i valjanost hrvatske verzije MNGQ upitnika. Upitnik je do sada preveden i implementiran samo u Italiji i Finskoj te vrijednost implementacije ovog upitnika za Hrvatsku može biti od velike važnosti za razumijevanje generacijskih različitosti u sestrinstvu. U Italiji i Finskoj, autori originalnog upitnika Stevanin i sur. (2019) dobili su 6-faktorsku strukturu na uzorku medicinskih sestara, gdje su čestice

Faktora 1 (međugeneracijski konflikti), 3 (Sigurnost pacijenata), 4 (Rad u multigeneracijskom timu) 5 (Problemi odnosa između generacija) bile vrlo slične našoj faktorskoj strukturi [70]. Faktor 2 je fuzija dva originalna faktora Orijentacija na promjene i Sklonost radu i dostupnost. Faktor 6 (Sklonost radu i dostupnost) nije odgovarao našim rezultatima, te je konstruiran potpuno novi faktor, kojeg smo nazvali Sklonost promjeni posla. Neke od stavki koje su izdvojene u istraživanju Stevanina i sur. (2019) nisu jednake u našem istraživanju (nisu bile relevantne za stvaranje faktora zbog niske zasićenosti), vjerojatno zbog prijevoda ili kulturalne razlike, pa su te stavke izbačene iz analize [70]. Cijela ljestvica ima visoku pouzdanost, ali budući da se faktori minimalno razlikuju u originalnom istraživanju i našem istraživanju, preporučujemo da se u Hrvatskoj implementira naša verzija upitnika od 45 čestica.

Prvi put smo, za naše istraživanje napravili faktorsku analizu upitnika NPIS. Upitnik je korišten isključivo kao jedna skala, bez faktora, sa pouzdanosti Cronbach $\alpha = 0,80$ za 24 čestice [71]. Naša verzija upitnika sadržava 4 faktora koje smo nazvali prema česticama koje pripadaju u samim faktorima; Faktor 1 – Sestrinstvo kao poziv, Faktor 2 – Jasnoća profesionalne uloge, Faktor 3 – Pozitivni aspekti sestrinstva i Faktor 4 – Edukacija drugih medicinskih sestara/tehničara. Iz upitnika su izbačene 2 čestice, i s time dobiveni rezultati potvrđuju visoku pouzdanost i valjanost Hrvatske verzije upitnika.

Dobivene su statistički značajne razlike koje govore u prilog tome da je ispitanicama ženskog spola puno lakše raditi u multigeneracijskom timu nego ispitanicima muškog spola, iako su oba rezultata visoka. Iako se ne pronalazi podatak o radu u multigeneracijskom timu, no istraživanja pokazuju da postoji razlika u spolu kada se radi o brizi za kolegama u sestrinstvu, odnosno da su medicinske sestre sklonije brizi za druge medicinske sestre od medicinskih tehničara [83]. Nadalje, rezultati pokazuju da su medicinske sestre manje sklone promjeni posla nego medicinski tehničari. Istraživanje Leitnera i sur. (2010) pokazuje da je namjera promjene posla odnosno napuštanja radnog mjesta povezana isključivo sa lošim međuljudskima odnosima u timu, neadekvatan odnos nadređenih i nedostatak timskog rada [81].

U svim faktorima, osim u Faktoru 4 (rad u multigeneracijskom timu) pronađene su statičke značajnosti za pojedine generacije. Generacija Z statistički se značajno razlikuje od generacije X i Baby Boomera, Milenijalci se razlikuju od Baby Boomera, dok se Baby Boomeri razlikuju od svih generacija, što znači da Baby Boomeri statistički značajno imaju najmanje međugeneracijskih konflikata od svih ostalih generacija, što je zastrašujuće jer i istraživanje Foley, Myrick i Yonge iz 2013. godine navodi da komentari studenata sestrinstva impliciraju

da je kultura vertikalnog nasilja u kojem medicinske sestre „jedu svoje mlade“ prožima sestrinsku profesiju [84].

Što se tiče orijentacije na promjene i sklonost radu i dostupnost, najviši rezultat ima Generacija Z, a najniži Baby Boomeri, što zapravo ne čudi, jer u ovaj faktor spadaju pitanja o korištenju znanstvenih članaka, tehnološkim inovacijama i napredovanjem. Baby Boomeri se suočavaju se s mnogim izazovima u današnjem zdravstvenom okruženju u pogledu tehnoloških inovacija. Računala, složena oprema i sofisticirana tehnologija postali su zlatni standard današnjeg vremena, a Baby Boomeri jedini nisu odrastali u okruženju s tehnologijom [85]. Prijelaz u informacijsko i internetsko doba moglo bi narušiti tradicionalne oblike poučavanja i prenošenja informacija od starijih medicinskih sestara do mlađih medicinskih sestara, mijenjajući generacijske odnose na gore [86].

Pogled na sigurnost pacijenta najviše percipiraju Baby Boomeri, a najmanje Generacija Z. Razlog tome može biti ogroman nedostatak medicinskih sestara/tehničara u današnje vrijeme, a najmlađima to najteže pada jer kroz takav način rada osjećaju nepravdu [86]. Slično je i sa problemima u međugeneracijskim odnosima, svaka generacija se statistički značajno razlikuje od generacije iza svoje, što znači da su Baby Boomersi percipirali najmanje problema u međugeneracijskim odnosima, a Generacija Z najviše, kao i namjeru promjene (napuštanja) posla. Prema sustavnom pregledu o njezi i agresiji na radnom mjestu, dob i manje iskusne medicinske sestre su u većem riziku da budu žrtve nasilja na radnom mjestu [87].

Kompetentnost, inicijativa, uspjeh i snažan osjećaj osobne snage postoji među starijim medicinskim sestrama i nažalost čini novu i mlađu sestrinsku generaciju metom za narušene odnose, isto tako istraživanja pokazuju da starije generacije mlade smatraju prijetnjom i ljubomorni su na njihove više razine obrazovanja [88]. Iako medicinske sestre svih dobi mogu biti žrtve ostalih medicinskih sestara, profesija je poznata po fenomenu da „medicinske sestre jedu svoje mlade“ [88].

Međutim, izazovi u sestrinstvu ne moraju biti izravno rezultat međugeneracijske raznolikosti, nego mogu biti i sustavni čimbenici kao što su nedostatak osoblja, prekovremeni i prekomjerni rad te radna opterećenja koja utječu su na sposobnost cijelog tima da pruži kvalitetnu i sigurnu skrb za pacijente [89]. Sukob će nastati kada različite skupine ljudi rade zajedno pod stresom [85].

Prema izvješću CFNU-a, medicinske sestre u različitim fazama karijere izrazile su zabrinutost zbog utjecaja sestrinstva na njihov osobni život, uključujući sposobnost održavanja

ravnoteže između poslovnog i privatnog života. Budući da je zadovoljstvo poslom snažan prediktor za zadržavanje medicinskih sestara, imperativ je poboljšati cjelokupno zadovoljstvo poslom među medicinskim sestrama generacije X i Milenijalcima, kao i među Generacijom Z [90].

Ako gledamo razinu obrazovanja statistički značajan rezultat dobili smo u faktoru Orijehtacija na promjene i sklonost radu i dostupnost, pri čemu magistri sestrinstva imaju najviši rezultat, što znači da su skloniji napredovanju, promjenama, korištenju znanstvenih članaka, u ovaj faktor spada i osobni značaj zdravstvene njege kao i posao kao važan aspekt života. Usporedno, profesionalne vrijednosti medicinskih sestara ključni su čimbenik u ponašanju medicinskih sestara, donošenju odluka i pružanju kvalitetne skrbi, nadalje razina obrazovanja ima utjecaja na profesionalnost medicinskih sestara. Općenito, rezultati ukazuju da medicinske sestre koje su imale prvostupništvo ili magisterij imaju veću svijest i primjenu profesionalnih vrijednosti od medicinskih sestara nižih razina obrazovanja. Kao rezultat toga, autori preporučuju da bi profesionalne vrijednosti trebale biti integrirane u kurikulum [91].

Pogled na sigurnost pacijenta također pokazuje statistički značajnu razliku, gdje magistri sestrinstva imaju najviši rezultat, a medicinske sestre sa srednjom stručnom spremom najniži rezultat, ovaj podatak zabrinjava, jer bi sigurnost pacijenta trebala biti na prvom mjestu. Ovaj faktor uključuje aspekt autonomije u obavljanju sestrinskog posla, prijavljivanje problema vezanih za zdravstvenu njegu pacijenata koja neće rezultirati negativnim posljedicama po onoga tko je problem prijavio. Moguće je da zbog niže razine obrazovanja, medicinske sestre osjećaju strah u prijavljivanju problema i komunikaciji. To je ujedno i veliki etički problem. Nekoliko istraživanja pokazuje značaj etičkih vrijednosti, ističući da profesionalne vrijednosti simboliziraju temeljne uvjerenja o tome što je ispravno, dobro ili poželjno, što korelira sa razinom obrazovanja odnosno što je viša razina obrazovanja etičke vrijednosti su više [92, 93].

U faktoru Problemi odnosa između generacija, statistički značajna razlika je pronađena kod medicinskih sestara srednje stručne spreme, što znači da ova skupina u najvećoj mjeri smatra da postoje problemi u odnosima među generacijama. Važno je istaknuti da su sukobi i problemi u sestrinskoj kliničkoj praksi povezani s nezadovoljstvom medicinskih sestara s uvjetima rada, nedostatkom motivacijskih tehnika i odnosima nadređeni-podređeni, ne samo s razinom obrazovanja [94]. Gledajući radno mjesto, ispitanici koji rade u bolnici imaju statistički značajno više međugeneracijskih konflikata nego ispitanici koji rade u drugim ustanovama. Sličan rezultat pokazuje usporedno istraživanje, gdje ispitanici navode da je rad u bolnici sličan horor. Uglavnom probleme imaju najmlađe generacije [95].

Rezultati ukazuju da rukovoditelji žele napredovati, raditi na sebi, bolje percipiraju sigurnost pacijenata, mogu raditi sa svim generacijama i imaju najmanje međugeneracijskih problema no to dakako ne znači da je upravljanje multigeneracijskim timom adekvatno samim time što istraživanja uglavnom pokazuju nezadovoljstvo rukovoditeljima i želju da njihov rukovoditelj bude „ljudska osoba” na koju se mogu osloniti. Nadalje, da je svakako podržavajuće da rukovoditelji vode brigu o sebi, da napreduju i sve ostalo, no važno je i da pravilno upravljaju svojim timom [80, 84, 86, 91].

Sestrinstvo kao poziv statistički značajno više doživljavaju ispitanici ženskog spola. Suprotno tome, istraživanja pokazuju da su muškarci u sestrinskoj profesiji diskriminirani i da je sestrinstvo još uvijek uvjetovano rodnim ulogama [96]. Iako se pokazalo da studenti biraju sestrinstvo iz altruističkih, oportunističkih i organizacijskih razloga. Među studentima ženskog spola igra ulogu i “obiteljski i društveni poticaj”. Vizija studenata ženskog spola o njihovoj budućoj profesionalnoj ulozi uključivala je altruizam i pozitivne reprezentacije 'biti medicinska sestra', dok je vizija studenata muškog spola uključivala menadžment i vodstvo te tehničke aspekte sestrinstva [97].

Generacijski gledano, niti u jednom faktoru profesionalnog identiteta nema statistički značajne razlike, osim u faktoru edukacija drugih sestara. Što znači da najmlađe generacije nemaju priliku educirati druge sestre i to im utječe na profesionalni identitet. Učinkovito poučavanje na radnom mjestu sve je važnije u zdravstvu, pri čemu su svi zaposlenici potencijalni edukatori. No, unatoč bogatstvu kliničke prakse kao dobrog okruženja za učenje, stvaranje kapaciteta za poučavanje može biti izazovno. Kliničko poučavanje koje je izravno povezano s optimalnom zdravstvenom njegom pacijenata može potencijalno utjecati i oblikovati pozitivnu kulturu učenja i poučavanja u kliničkim okruženjima [98].

Pronađene su razlike u rezultatima na svim faktorima Sestrinskog profesionalnog identiteta s obzirom na obrazovanje, što znači da magistri sestrinstva osjećaju jači sestrinski poziv, imaju jasniju profesionalnu ulogu, više percipiraju pozitivne aspekte sestrinstva i imaju priliku educirati druge sestre, što čini statistički značajno višu ukupnu samoprocjenu profesionalnog identiteta. Medicinske sestre s najvišom razinom znanja i obrazovanja direktno utječu na to kako će učinkovito obavljati svoj posao, što rezultira većom dobrobiti za pacijenata i poboljšava pružanje sestrinske skrbi, ali i povećava zadovoljstvo medicinskih sestara svojim radom [99]. U ovom istraživanju, sudionici su se složili da profesionalni identitet znači da trebate biti kompetentni u onome što radite, a što se postiže obrazovanjem medicinskih sestara i kliničkom praksom [99]. Ovo je u skladu s konceptualnim okvirom koji je razvilo

Međunarodno društvo za profesionalni identitet u sestinstvu koji predstavlja trenutna razmišljanja o profesionalnom identitetu u sestinstvu [100]. Ovaj okvir predstavlja kako profesionalni identitet mora imati komponentu profesionalnog ponašanja u sestinstvu, a koje se pokazuje riječima, radnjama, prisutnošću i najvišom razinom znanja, što je analiza i primjena informacija dobivenih iz sestinstva i iskustva drugih disciplina, kritičko promišljanje i znanstveni dokazi [100].

Isto tako, medicinske sestre na rukovodećim pozicijama imaju viši rezultat na svim faktorima profesionalnog identiteta, no to također može biti povezano s razinom obrazovanja jer su na rukovodećim pozicijama svi koji su završili magisterij. Medicinska sestra kao rukovoditelj ključni je stup profesionalnog identiteta medicinskih sestara koji podrazumijeva i podržava kontinuirani razvoj medicinskih sestara u sigurnom, učinkovitom i zdravom radnom okruženju. Vodstvo je definirano kao "inspiriranje sebe i drugih da pretvore zajedničku viziju u stvarnost", medicinska sestra kao rukovoditelj razvija se tijekom cijele profesionalne karijere [101].

Počevši od školovanja, studenti moraju naučiti vještine rukovođenja medicinskih sestara te razviti i integrirati karakteristike rukovođenja u svoju praksu. Stručnjaci za profesionalni razvoj trebaju implementirati ove karakteristike u obrazovanje medicinskih sestara. Sadašnje medicinske sestre u praksi trebaju imati uzorno vodstvo kako bi se nove, najmlađe, medicinske sestre što bolje i kvalitetnije uvele u sestričku profesiju i kliničku praksu [101]. U našem slučaju, kombinacija povijesnog istraživanja sa kvalitativnim i kvantitavnim istraživanjem modificirala je postojeći teorijski model upravljanja.

Iz dobivenih rezultata predlažemo model upravljanja na temelju povijesnih, kvalitativnih i generacijskih karakteristika;



Slika 43. Prijedlog modela upravljanja

Predloženi model usmjerava upravljanje u sestrinstvu prema dinamici međugeneracijskih timova i može pridonijeti pozitivnom radnom okruženju. Kontinuirano praćenje i prilagodba modela bit će ključni kako bi se odgovorilo na konstantne promjene u sestrinstvu.

Opis stavki generacijskog modela upravljanja

- Poznavanje generacijskih različitosti: Važno je prepoznati i razumjeti generacijske različitosti u stavovima, vrijednostima i radnim preferencijama među medicinskim sestrama.
- Prilagodba komunikacije: Prilagoditi način komunikacije sukladno vrijednostima različitih generacija. Koristiti različite kanale komunikacije, uključujući tehnološke alate za mlađe generacije i edukacija starijih generacija u korištenju istih.
- Poticanje mentorstva: Poticati mentorstvo između starijih i mlađih medicinskih sestara kako bi se prenijele vještine, znanje i iskustvo.
- Fleksibilnost radnih modela: Prilagoditi radne modele kako bi se odražavale vrijednosti generacija u vezi s radnim vremenom i timskim strukturama.
- Obrazovanje i razvoj: Pružiti priliku svim medicinskim sestrama za kontinuirano obrazovanje i profesionalni razvoj prilagođene potrebama i vrijednostima svake generacije. Razviti programe edukacije koji potiču intergeneracijsko učenje i razumijevanje.
- Poticanje liderstva: Poticati liderstvo koje prepoznaje i cijeni vrijednosti svih generacija. Omogućiti edukaciju rukovoditeljima kako bi uspješno upravljali multigeneracijskim timovima.
- Važnost etičkih aspekata: Osvijestiti medicinske sestre o etičkim aspektima u odnosima među generacijama, kako bi se spriječili loši međuljudski odnosi.
- Potpora radnoj ravnoteži: Pružiti akademsku podršku radnoj ravnoteži, posebno uzimajući u obzir potrebe i vrijednosti svih generacija.
- Uključivanje u odlučivanje: Uključiti medicinske sestre različitih generacija u procese donošenja odluka i oblikovanje radnih politika.
- Promicanje raznolikosti: Promicati raznolikost i uključivost među generacijama kako bi se stvorilo pozitivno radno okruženje za svaku generaciju.

6. ZAKLJUČCI

Kombinacija povijesnih, kvalitativnih i kvantitativnih podataka pruža sveobuhvatan uvid u izazove, percepcije i potrebe medicinskih sestara kroz različite generacije. Razumijevanje tih dinamika ključno je za razvoj politika, programa edukacije i radnih okolina koje podržavaju suradnju, raznolikost i dugoročno zadovoljstvo medicinskih sestara. Sve generacije unose svoje jedinstvene perspektive i vještine u sestrinsku praksu, a stvaranje inkluzivnog okruženja ključno je za poboljšanje kvalitete skrbi i održivost zdravstvenog sustava.

S obzirom na postavljene ciljeve i hipoteze zaključci su sljedeći:

Sestrinstvo se u Primorsko-goranskoj županiji razvijalo prateći europski i svjetski razvoj sestrinstva. Najvažniji ključni trenutci s obzirom na kontekst Primorsko-goranske županije su napredak medicine, razvoj obrazovanja, tehnološki napredak.

Postoje statistički značajne razlike između generacijskih karakteristika medicinskih sestara u odnosu generacije, spola i obrazovne razine s percepcijom o dimenzijama sestrinstva koje se odnose na vodstvo, radno mjesto i samoprocjenu profesionalnog identiteta između svake generacije.

Rezultati istraživanja potvrđuju visoku pouzdanost i valjanost hrvatske verzije MNGQ i NPIS upitnika, te se oba upitnika mogu implementirati u hrvatski kontekst.

Istraživanje povijesti sestrinstva poslužilo je kao izvor informacija koje su u konačnici korigirale postojeći teorijski model. Povijest je, dakle, kontekst koji je, u našem slučaju, modificirao teoriju upravljanja među različitim generacijama.

7. LITERATURA

1. Boslaugh S. (ed.). *Encyclopedia of epidemiology*. Sage Publications, 2007.
2. Roux G i Halstead J. (Eds.). *Issues and trends in nursing: Essential knowledge for today and tomorrow*. Jones & Bartlett Publishers, 2009.
3. Kalauz, S. *Etika u sestrinstvu*, 2012.
4. Goudsblom J. Public health and the civilizing process. *The Milbank Quarterly*, 1986;64(2), 161-188.
5. Matulić T. Identitet, profesija i etika sestrinstva. *Bogoslovska smotra*, 2007;77(3), 727-744.
6. Dietz LD & Lehozky AR. History and modern nursing. (*No Title*). 1963.
7. Judd DM & Sitzman K. *History of American nursing: Trends and eras*. Jones & Bartlett Publishers, 2014.
8. Murphy MM & De Back V. Today's nursing leaders: Creating the vision. *Nursing Administration Quarterly*, 1991;16(1), 71-80.
9. Horsley K. Florence nightingale. *J Military and Veterans Health*, 2010;18(04), 4.
10. Arablouei R & Abdelfatah R. History Of Employer-Based Health Insurance In The U.S. *NPR.org*. 2020.
11. Pavey AE. The Story of the Growth of Nursing as an Art. a Vocation, and a Profession. *AJN The American Journal of Nursing*, 1952;52(8), 1020.
12. Dolan JA. History of nursing, 1968.
13. Roux G & Halstead JA. (Eds.). *Issues and trends in nursing*. Jones & Bartlett Learning, 2017.
14. Alligood MR. *Nursing Theorists and Their Work-E-Book: Nursing Theorists and Their Work-E-Book*. Elsevier Health Sciences, 2017.
15. Kafková V. *Z historie ošetrovatelství*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992.
16. Hutař J, Melichar M & Stoklasová B. Národní digitální knihovna. *Knihovna: Knihovnická Revue*, 2009;20(1), 6.
17. Talaj A. Komentari o etici profesije i važnosti rada medicinskih sestara i primalja. *Studia Elbląskie* , 2019;20, 541-548.
18. Arnež G. *Zgodovinski razvoj zdravstvene nege na Gorenjskem: diplomsko delo visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje" zdravstvena nege"* (Doctoral dissertation, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin). 2014.

19. Perić I. Organizacija i djelovanje pokrajinske bolnice u Dubrovniku od izgradnje njene nove zgrade do prvog svjetskog rata. *Anali Zavoda za povijesne znanosti Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti u Dubrovniku*, 1985;(22-23), 175-222.
20. Demarin K. *Povijest medicine i sestrinstva: s osnovama medicinske etike: priručnik za učenike*. Školska knjiga, 1984.
21. Babić AM. Dolazak i počeci javnoga rada Sestara milosrdnica u Hrvatskoj. *Croatica Christiana periodica*, 1978;2(2), 39-46.
22. Kalauz S. *Sestrinska profesija u svjetlu bioetičkog pluriperspektivizma*, 2011.
23. Dugac Ž. O sestrama, siromašnima i bolesnima: Slike socijalne i zdravstvene povijesti međuratnog Zagreba Zagreb: Srednja Europa, 2015., 224 str. *Acta medico-historica Adriatica : AMHA* [Internet]. 2018 Oct 29;16(2):331–4.
24. Čukljek S. Osnove zdravstvene njege [Internet]. www.croris.hr. 2005
25. Hofgräff D. Osnutak škole za sestre pomoćnice u Zagrebu 1921.–1922. *Arhivski vjesnik*, 2017;60, 165-184.
26. Franković S, Abou Aldan D, Ostojčić N. Početak profesionalnog udruživanja medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj The beginning of professional association of nurses in Croatia. *Sestrinski glasnik* [Internet]. 2020;25(1):17–21.
27. Abou Aldan D. Metodika zdravstvene njege [Internet]. (Biblioteka Priručnici / Medicinska naklada). Zagreb: Medicinska naklada, 2019.
28. Domitrović DL, Relić D, Britvić A, Ožvačić Adžić Z, Jureša V, Cerovečki V. NURSING EDUCATION IN CROATIA. *Liječnički vjesnik*. 2018;140(7-8):229–36.
29. HRVATSKA KOMORA MEDICINSKIH SESTARA [Internet]. [cited 2024 Apr 1]. Available https://www.hkms.hr/data/1321863692_120_mala_Statut%20HKMS_procisceni%20tekst%202011.pdf dostupno na:
30. Kobler G. Memorie per la storia della liburnica città di Fiume (Vol. 1). Stabilimento tipo-litografico Fiumano di E. Mohovich. 1896.
31. Manojlović Z. Ratna bolnica Crvenog križa u Rijeci (1914. – 1918.). *Acta medico-historica Adriatica : AMHA* [Internet]. 2017;15(Supplement 1):47–66.
32. Kirn L & Nosić L. Sestre milosrdnice u Rijeci: 1858-1978 : povijest riječke provincije Družbe sestara milosrdnica sv. Vinka Paulskoga s Kućom maticom u Zagrebu [Internet]. Google Books. Riječka provincija Družbe sestara milosrdnica sv. Vinka Paulskoga, 1980.

33. Muzur A. Nezavršena povijest medicine u Rijeci: priča o gradu, ljudima i profesiji [Internet]. www.croris.hr. 2013.
34. Zgrablić M. Začeci i razvoj medicinskih škola u Rijeci. *Acta medico-historica Adriatica* : AMHA, 2006;4(1):97–110.
35. Stevanin S, Palese A, Bressan V, Vehviläinen-Julkunen K, Kvist T. Workplace-related generational characteristics of nurses: A mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2018 Feb 28;74(6):1245–63.
36. Lyons ST, Schweitzer L, Ng ESW, Kuron LKJ. Comparing apples to apples. *Career Development International* [Internet]. 2012;17(4):333.
37. Hagen J. The effects of increasing the normal retirement age on health care utilization and mortality. *Journal of Population Economics*. 2017 Aug 24;31(1):193–234.
38. Arsenault, PM. Validating Generational Differences A Legitimate Diversity and Leadership Issue. *Leadership & Organization Development Journal*, 2004;25, 124-141.
39. Lancaster LC, Stillman D. *When Generations Collide: Who They Are. Why They Clash. How to Solve the Generational Puzzle at Work* [Internet]. Google Books. Harper Collins; 2009.
40. Bennett J, Pitt M, Price S. Understanding the impact of generational issues in the workplace. *Facilities*. 2012 May 18;30(7/8):278–88.
41. Brunetto Y, Farr-Wharton R, Shacklock K. Communication, training, well-being, and commitment across nurse generations. *Nursing Outlook*. 2012 Jan;60(1):7–15.
42. Mannheim, K. The Problem of Generations. In P. Kecskemeti (Ed.), *Essays on the Sociology of Knowledge 1952*; 276-320. London Routledge and Kegan Paul. - References - Scientific Research Publishing.
43. Strauss W, Howe N. *Generations: The History of America's Future, 1584 to 2069* [Internet]. Google Books. Morrow; 1991.
44. Zemke R, Raines C, Filipczak B. *Generations at Work: Managing the Clash of Boomers, Gen Xers, and Gen Yers in the Workplace* [Internet]. Google Books. American Management Association; 2013.
45. Hendricks JM, Cope VC. Generational diversity: what nurse managers need to know. *Journal of Advanced Nursing* [Internet]. 2012 Jul 9;69(3):717–25.
46. Johnson M, Johnson L. *Generations, Inc: From Boomers to Linksters--managing the Friction Between Generations at Work* [Internet]. Google Books. AMACOM; 2010
47. Clipper B. *The nurse manager's guide to an intergenerational workforce* [Internet]. Indianapolis, IN : Sigma Theta Tau International, 2012.

48. Alaql AA, Alqurashi F & Mehmood R. Multi-generational labour markets: data-driven discovery of multi-perspective system parameters using machine learning. *Science Progress*, 2023;106(4), 00368504231213788.
49. Hu J, Herrick C, Hodgins KA. Managing the Multigenerational Nursing Team. *The Health Care Manager*. 2004;23(4):334–40.
50. Flinkman M, Salanterä S. Early career experiences and perceptions - a qualitative exploration of the turnover of young registered nurses and intention to leave the nursing profession in Finland. *Journal of Nursing Management*. 2014 Sep 3;23(8):1050–7.
51. Hart SM. Generational Diversity. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 2006 Jan;36(1):10–2.
52. Gray T, Downey G. Blogging with the Facebook Generation: Studying Abroad with Gen Y. *AARE 2012 Conference Proceedings & Program*.
53. Dolot A. The characteristics of Generation Z [Internet]. ResearchGate. 2018.
54. Adams K, Hean S, Sturgis P, Clark JM. Investigating the factors influencing professional identity of first-year health and social care students. *Learning in Health and Social Care*, 2006;5(2):55–68.
55. Cook TH, Gilmer MJ, Bess CJ. Beginning Students' Definitions of Nursing: An Inductive Framework of Professional Identity. *Journal of Nursing Education*. 2003 Jul 1;42(7):311–7.
56. Fagermoen MS. Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 1997 Mar;25(3):434–41.
57. Öhlén J, Segesten K. The professional identity of the nurse: concept analysis and development. *Journal of Advanced Nursing* [Internet]. 1998 Oct;28(4):720–7.
58. Gregg MF, Magilvy JK. Professional identity of Japanese nurses: Bonding into nursing. *Nursing and Health Sciences*. 2001 Mar;3(1):47–55.
59. Heidt-Forsythe E. Morals or markets? Regulating assisted reproductive technologies as morality or economic policies in the states. *AJOB Empirical Bioethics*. 2016 Jul 12;8(1):58–67.
60. Fetzer SJ. Professionalism of associate degree nurses: the role of self-actualization. *Nursing Education Perspectives* [Internet]. 2003;24(3):139–43.
61. Fitzgerald A. Professional identity: a Concept Analysis. *Nursing Forum*. 2020;55(3):447–72.
62. Bartley GB. The Unfinished History of Professionalism. *Ophthalmology*. 2021 Jun;
63. Dročić J. Metode povijesne znanosti [Internet]. zir.nsk.hr. 2013.

64. Skoko B, Benković V. Znanstvena metoda fokus grupa – mogućnosti i načini primjene. *Politička misao : časopis za politologiju* [Internet]. 2009 [cited 2024 Apr 4];46(3):217–36.
65. Goodman LA. Snowball Sampling. *Annals of Mathematical Statistics*, 1961;32, 148–170.
66. Batur J. Uzorkovanje na kompleksnim mrežama metodom snježne grude [Internet]. *dabar.srce.hr*. 2019.
67. Podboj M. Narrative analysis as a method of research into discursive construction of identity. *Suvremena lingvistika*. 2020 Dec 31;46(90).
68. Labov W. Narrative analysis: oral versions of personal experience [Internet]. *Academia.edu*. 2020.
69. Lajović J. LOCALIZATION OF MEASUREMENT INSTRUMENTS: EXAMPLE OF THE AMSQUESTIONNAIRE. *Slovenian Medical Journal* [Internet]. 2024;77(6-7).
70. Stevanin S, Mikkonen S, Bressan V, Vehviläinen-Julkunen K, Kvist T. Psychometric validation of the Multidimensional Nursing Generations Questionnaire (MNGQ). *Journal of Advanced Nursing*. 2019 Jul 26;75(11):3147–55.
71. Sharbaugh S. RELATIONSHIPS AMONG NURSES' PROFESSIONAL IDENTITY, CAREER SATISFACTION, OCCUPATIONAL COMMITMENT, AND INTENT TO STAY [Internet]. 2009.
72. Matejčić R. Kako čitati grad: Rijeka jučer, danas. Izdavački centar Rijeka, 1988.
73. Novi list, Medicinske ekipe u Oluji, dostupno na : <https://www.novolist.hr/novosti/rijecke-medicinske-ekipe-u-oluji/> Pristupljeno: 13.02.2024.
74. Kalauz S. *Sestrinska profesija u svjetlu bioetičkog pluriperspektivizma*. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; Pergamena d.o.o., 2011.
75. Domitrović DL, Relić D, Britvić A, Ožvačić Adžić Z, Jureša V, Cerovečki V. *Obrazovanje medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj*. *Liječnički vjesnik* [Internet]. 2018 [pristupljeno 14.04.2024.];140(7-8):229-236.
76. Attewell A. *Florence Nightingale (1820–1910)*, 1998.
77. Dziurka M., i sur. Clinical training during the COVID-19 pandemic: experiences of nursing students and implications for education. *International journal of environmental research and public health*, 2020;19(10), 6352.
78. Vanaki Z, Hakim A. Students' Satisfaction of Nursing Education: A Qualitative Study. *SAGE Open*, 2023;13(2), 21582440231169471.

79. Chao LF, Guo SE, Xiao X, Luo YY, Wang J. A profile of novice and senior nurses' communication patterns during the transition to practice period: An application of the roter interaction analysis system. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021;18(20), 10688.
80. Spevan M, Kvas A, Bošković S. Job satisfaction of nurses in Croatia, Slovenia and Serbia: a cross-sectional study. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 2020;11(4), 154-162.
81. Leiter MP, Price SL, SPENCE LASCHINGER HK. Generational differences in distress, attitudes and incivility among nurses. *Journal of Nursing management*. 2010;18(8):970-80.
82. Tan SH, Chin GF. Generational effect on nurses' work values, engagement, and satisfaction in an acute hospital. *BMC nursing*. 2023;30;22(1):88.
83. Tong LK, Zhu MX, Wang SC, Cheong PL, Van IK. Gender similarities and differences in the perception of caring among nurses during the COVID-19 pandemic: a mixed-methods study. *BMC nursing*. 2023 Dec;22(1):1-1.
84. Foley V, Myrick F, Yonge O. Intergenerational conflict in nursing preceptorship. *Nurse Education Today*. 2013 Sep 1;33(9):1003-7.
85. Weingarten RM. Four generations, one workplace: A Gen XY staff nurse's view of team building in the emergency department. *Journal of emergency nursing*. 2009 Jan 1;35(1):27-30.
86. Hendricks JM, Cope VC. Generational diversity: what nurse managers need to know. *Journal of advanced nursing*. 2013 Mar;69(3):717-25.
87. Edward KL, Ousey K, Warelow P, Lui S. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British journal of nursing*. 2014 Jun 26;23(12):653-9.
88. Longo J. Bullying and the older nurse. *Journal of Nursing Management*. 2013 Oct;21(7):950-5.
89. Price S. *Bridging the generational divide*. des Libris; 2016.
90. Wilson B, Squires MA, Widger K, Cranley L, Tourangeau AN. Job satisfaction among a multigenerational nursing workforce. *Journal of nursing management*. 2008 Sep;16(6):716-23.
91. Stanley D. Multigenerational workforce issues and their implications for leadership in nursing. *Journal of nursing management*. 2010 Oct;18(7):846-52.
92. Sibandze BT, Scafide KN. Among nurses, how does education level impact professional values? A systematic review. *International nursing review*. 2018 Mar;65(1):65-77.

93. Cetinkaya-Uslusoy E, Paslı-Gürdoğan E, Aydınli A. Professional values of Turkish nurses: a descriptive study. *Nursing ethics*. 2017 Jun;24(4):493-501.
94. Gallegos C, Sortedahl C. An exploration of professional values held by nurses at a large freestanding pediatric hospital. *Pediatric nursing*. 2015 Jul 1;41(4):187.
95. Clendon J, Walker L. *Young nurses in Aotearoa New Zealand*. Wellington, New Zealand: New Zealand Nurses Organisation. 2011.
96. Liu HY, Li YL. Crossing the gender boundaries: The gender experiences of male nursing students in initial nursing clinical practice in Taiwan. *Nurse Education Today*. 2017 Nov 1;58:72-7.
97. Prosen M. Nursing students' perception of gender-defined roles in nursing: a qualitative descriptive study. *BMC nursing*. 2022 Dec;21(1):1-1.
98. Reynolds LM, Attenborough J, Halse J. Nurses as educators: creating teachable moments in practice. *Nursing Times*, 2020;116(2), 25-28.
99. Giddens JF. *Concepts for Nursing Practice E-Book*. Elsevier Health Sciences; 2019 Nov 22.
100. Embree, J. L., & Liebig, D. Nurse as Leader, A Pillar of Professional Identity. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 2023;54(11), 497-500.

POPIS SLIKA

- Slika 1. Shematski prikaz metode snježne grude
- Slika 2. Ugovor između Komisije dobrotvornosti i sestara milosrdnica
- Slika 3. Statut Bolnice Sv. Duha
- Slika 4. Sistematizacija radnih mjesta za medicinske sestre
- Slika 5. Slika 5. Bolnica podružnice Crvenog križa
- Slika 6. Djelatnici Gradske bolnice Opatija
- Slika 7. Plaće zaposlenika za 1930. godinu
- Slika 8. Polaznice škole za bolničarke sa pacijentima
- Slika 9. Pismo dr. Andrije Štampara predsjedniku Gradskoga narodnog odbora Rijeke Edi Jardasu
- Slika 10. Svjedodžba o završenoj školi za Bolničare 1959. godine
- Slika 11. Nastavak, svjedodžba o završenoj školi za bolničare 1959. godine
- Slika 12. Svjedodžba o završnom ispitu s potpisom direktorice Sofije Vlašić
- Slika 13. Generacija medicinskih sestara 1970. godine
- Slika 14. Polaznice medicinske škole s direktoricom Sofijom Vlašić
- Slika 15. Polaznice medicinske škole s direktoricom Sofijom Vlašić
- Slika 16. Zagrebačka diploma za Višu medicinsku sestru bolničkog smjera
- Slika 17. Mobilizirani tim na ličkom bojištu
- Slika 18. Shematski prikaz modela kvalitativnog istraživanja
- Slika 19. Rad u multigeneracijskom timu s obzirom na spol
- Slika 20. Promjena posla s obzirom na spol
- Slika 21. Međugeneracijski konflikti s obzirom na generaciju
- Slika 22. Orijentacija na promjene i sklonost radu i dostupnost s obzirom na generaciju
- Slika 23. Sigurnost pacijenata s obzirom na generaciju

- Slika 24. Problemi odnosa između generacija s obzirom na generaciju
- Slika 25. Promjena posla s obzirom na generaciju
- Slika 26. Orijentacija na promjene i sklonost radu i dostupnost s obzirom na obrazovanje
- Slika 27. Sigurnost pacijenata s obzirom na obrazovanje
- Slika 28. Problemi odnosa između generacija s obzirom na obrazovanje
- Slika 29. Međugeneracijski konflikti s obzirom na mjesto rada
- Slika 30. Orijentacija na promjene i sklonost radu i dostupnost obzirom na rukovodeću poziciju
- Slika 31. Rad u multigeneracijskom timu s obzirom na rukovodeću poziciju
- Slika 32. Problemi odnosa između generacija s obzirom na rukovodeću poziciju
- Slika 33. Sestrinstvo kao poziv s obzirom na spol
- Slika 34. Edukacija drugih sestara s obzirom na generaciju (0-Generacija Z, 1-Generacija X, 2- Milenijalci, 3- Baby Boomeri).
- Slika 35. Sestrinstvo (kao poziv) s obzirom na razinu obrazovanja (legenda: 0-srednja škola, 1-prvostupnici sestrinstva, 2-magistri sestrinstva)
- Slika 36. Jasnoća profesionalne uloge s obzirom na razinu obrazovanja (legenda: 0-srednja škola, 1-prvostupnici sestrinstva, 2-magistri sestrinstva)
- Slika 37. Pozitivni aspekti sestrinstva s obzirom na razinu obrazovanja (legenda: 0-srednja škola, 1-prvostupnici sestrinstva, 2-magistri sestrinstva)
- Slika 38. Edukacija drugih sestara s obzirom na razinu obrazovanja (legenda: 0-srednja škola, 1-prvostupnici sestrinstva, 2-magistri sestrinstva)
- Slika 39. Sestrinstvo (kao poziv) s obzirom na rukovodeću poziciju
- Slika 40. Jasnoća profesionalne uloge s obzirom na rukovodeću poziciju
- Slika 41. Pozitivni aspekti sestrinstva s obzirom na rukovodeću poziciju
- Slika 42. Edukacija drugih sestara s obzirom na rukovodeću poziciju
- Slika 43. Prijedlog modela upravljanja

POPIS TABLICA

- Tablica 1. Demografske karakteristike sudionika kvalitativnog istraživanja
- Tablica 2. Prvi tip iskustva – Sestrinstvo kao profesionalni identitet
- Tablica 3. Drugi tip iskustva – Sustavna edukacija
- Tablica 4. Treći tip iskustva – Međugeneracijsko prenošenje znanja
- Tablica 5. Četvrti tip iskustva – Uvjeti rada kao preduvjet zadovoljstva
- Tablica 6. Peti tip iskustva – Međuljudski odnosi
- Tablica 7. Šesti tip iskustva – Ključni trenutci za napredak sestrinstva
- Tablica 8. Sedmi tip iskustva – Podržavanje znanosti u sestrinstvu
- Tablica 9. Osmi tip iskustva – Važnost brige o sebi
- Tablica 10. Deveti tip iskustva – Važnost adekvatne komunikacije
- Tablica 11. Deseti tip iskustva – Odnos s liječnicima
- Tablica 12. Demografske karakteristike ispitanika kvantitativnog istraživanja
- Tablica 13. Eigen vrijednosti i varijanca faktorske analize glavnih komponenata na 48 čestica
- Tablica 14. Eigen vrijednosti i varijanca faktorske analize glavnih komponenata na 46 čestica
- Tablica 15. Rezultati faktorske analize glavnih komponenata MNGQ upitnika
- Tablica 16. Eigen vrijednosti i varijanca faktorska analize glavnih komponenata sa 24 čestice
- Tablica 17. Eigen vrijednosti i varijanca faktorska analize glavnih komponenata sa 22 čestice
- Tablica 18. Rezultati faktorske analize glavnih komponenata NPIS upitnika
- Tablica 19. Razlike u MNGQ faktorima s obzirom na spol
- Tablica 20. Razlike u MNGQ faktorima s obzirom na generaciju
- Tablica 21. Post-hoc razlike u MNGQ faktorima s obzirom na generaciju

Tablica 22. Razlike u MNGQ faktorima s obzirom na obrazovanje

Tablica 23. Post-hoc Razlike u MNGQ faktorima s obzirom na razinu obrazovanja

Tablica 24. Razlike u MNGQ faktorima s obzirom na radno mjesto

Tablica 25. Razlike u MNGQ faktorima s obzirom na rukovodeću poziciju

Tablica 26. Deskriptivna statistika NPIS faktora

Tablica 27. Razlike u rezultatima NPIS s obzirom s obzirom na spol

Tablica 28. Razlike u rezultatima faktora Sestrinskog identiteta s obzirom na generaciju

Tablica 29. Razlike u rezultatima faktora Sestrinskog identiteta s obzirom na razinu obrazovanja

Tablica 30. Post-hoc Razlike u faktorima sestrinskog identiteta s obzirom na razinu obrazovanja

Tablica 31. Razlike u rezultatima faktora Sestrinskog identiteta s obzirom na mjesto rada

Tablica 32. Razlike u rezultatima faktora NPIS s obzirom na rukovodeću poziciju

PRILOZI

Prilog A. Etčka pitanja Fokus grupe i intervju

Generacijske različitosti u percepciji vodstva, radnog mjesta i profesionalnog identiteta medicinskih sestara/tehničara na području Primorsko-goranske županije

a. Način poštivanja načela informiranog pristanka sudionika

Preduvjet sudjelovanja u istraživanju je dobrovoljnost nakon cjelovitog informiranja o svrsi istraživanja. U svrhu informiranja o istraživanju kreiran je Poziv za sudjelovanje u istraživanju (Privitak 1), a u svrhu dobivanja suglasnosti, obrazac informiranog pristanka (Privitak 2). Uz Poziv za sudjelovanje u istraživanju osobe će dobiti na uvid i informacije o istraživanju koje su sastavni dio ovog plana.

Potencijalni sudionici će početno biti informirani o svrsi istraživanja i njihovoj ulozi sukladno informacijama iz ovog Plana (informacije o cilju, svrsi, etičkim pitanjima, Pozivu – Privitak 1) od strane istraživača. Ukoliko ispitanici budu suglasni nastavit će se dogovor za provedbu Fokus grupe s članovima istraživačkog tima. Netom pred provedbu Fokus grupe, provjeriti će se raspolaganje s informacijama o istraživanju i dati im uvid u pisane informacije o istome uz usmeno pojašnjenje. Nakon dobivanja suglasnosti pristupit će se daljnjoj provedbi istraživanja.

b. Način uvažavanja prava i dostojanstva sudionika

Uvažavat će se dobrovoljno sudjelovanje svih osoba uključenih u istraživanje. Sudionici će moći odustati od sudjelovanja u bilo kojoj fazi istraživanja, a istraživači će u skladu s tim isključiti njihove podatke iz daljnje analize.

Sve osobe detektirane moći će se jednako uključiti u istraživanje bez obzira na njihovu spol, nacionalnost, religiju i/ili druga obilježja. S obzirom da će nam dobna skupina za intervju biti ciljana populacija medicinskih sestara/tehničara starijih od 50 godina, s razlogom uvida u povijest njihovog obrazovanja, rada u ratnim uvjetima i sl., u intervjuu, neće se moći uključiti sve dobne skupine. Poštovat će se sve uključene osobe u smislu uvažavanja osobnih vrijednosti, interesa i uvjerenja koje iskažu tijekom istraživanja. Pazit će se na njihovu dobrobit, dobrobit zajednice i društva u cjelini, što će biti istaknuto i kroz informiranje. Pazit će se da se činom izvršenja ili propustom od strane istraživača ne nanese kakva šteta, što će se uključiti pažljivo planiranje postupka provedbe istraživanja i obrade rezultata.

c. Načelo ne nanošenja i izbjegavanja štete

Članovi istraživačkog tima će u postupku prikupljanja podataka voditi računa o ne nanošenju štete. Načelo ne nanošenja i izbjegavanja štete poštuje se isticanjem dobrovoljnosti u istraživanju i mogućnošću njegova napuštanja u bilo kojem trenutku, čuvanjem prikupljenih podataka istraživanja s visokom razinom povjerljivosti, zaštitom povjerljivih podataka, uklanjanjem i uništavanjem svih osobnih imena navedenih tijekom istraživanja (anketa, intervju).

Fokus grupe *face to face* provest će istraživačica – Marija Spevan koja je kompetentna svojim obrazovanjem provesti takvu vrstu ankete. Fokus grupe će se formirati u skladu s epidemiološkim stanjem u trenutku provođenja istraživanja. Ukoliko istraživanje ne bude moguće provesti *face to face*, moguće je da će sudionici biti u fokus grupama *online*.

d. Način poštivanja anonimnosti i povjerljivosti podataka

Podaci prikupljeni istraživanjem biti će dostupni samo istraživačici/istraživačkom timu. Podaci će biti anonimni tako što će u prikazu rezultati biti prikazani generalno, uz uklanjanje svih osobnih podataka kao što je ime/prezime, adresa i sl. te uz eventualno korištenje pseudonima.

Ukoliko se procjeni da je osobni doprinos sestrinstvu pojedinog sudionika bio značajan, tražit će se dozvola za objavom imena i prezime, te doprinosa struci.

Podaci o sudionicima neće biti prosljeđivani drugim potencijalnim istraživačima.

e. Način informiranja sudionika o dobivenim rezultatima

Dobiveni rezultati bit će javno prezentirani u sklopu obrane doktorske disertacije, te pisanje znanstvene literature (članak, knjiga..). Ukoliko će netko od sudionika iskazati specifični interes za dostavu rezultata i zaključaka, isto će biti ispoštovano.

f. Potencijalni rizici za sudionike i način rješavanja rizika

Odobrenje za istraživanje zatražit će se od strane Etičkog povjerenstva Kliničkog bolničkog centra Rijeka, Doma zdravlja PGŽ, Fakulteta zdravstvenih studija te Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci. Opravdanost i prihvatljivosti provedbe istraživanja dana je na ispitivanje Etičkim povjerenstvima gore navedenih Ustanova.

Sudionici se vezano uz pitanja o istraživanju, mogu obratiti voditelju istraživanja, Mariji Spevan.

g. Načini čuvanja tajnosti podataka prikupljenih istraživanjem

Kako bi se osigurala tajnost podataka, pristup podacima imat će isključivo istraživački tim. Podaci će biti pohranjeni putem tvrdog diska uz ograničavanje pristupa drugim osobama. Istraživački tim, potpisati će Izjavu o čuvanju povjerljivosti podataka (Privitak 3) čime će se obavezati na čuvanje podataka u procesu prikupljanja i analize i na onemogućavanje pristupa drugim osobama (zaštita elektroničkih podataka lozinkom, fizičke brave i ograničavanje broja osoba koje mogu imati pristup podacima).

2. Korištenje podataka

Podaci dobiveni istraživanjem javno će se prezentirati i objaviti u sklopu Doktorske disertacije Marije Spevan, te kao znanstvena literatura (Članci, knjige..)

Prilog B. Poziv za sudjelovanje u istraživanju – kvalitativno istraživanje

Istraživanje: *Generacijske različitosti u percepciji vodstva, radnog mjesta i profesionalnog identiteta medicinskih sestara/tehničara na području Primorsko-goranske županije*

Provoditelj istraživanja: Marija Spevan, mag.med.techn.

POZIV ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU

Poštovani/e

Pozivamo Vas da sudjelujete u znanstvenom istraživanju u kojem se procjenjuju generacijske različitosti medicinskih sestara/tehničara, a u svrhu zrade doktorskog rada Marije Spevan, mag.med.techn., doktorandice Doktorske škole iz znanstvenog područja biomedicina i zdravstvo na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci.

Ovo istraživanje se provodi u skladu sa svim primjenljivim smjernicama čiji je cilj osigurati pravilno provođenje istraživanja te sigurnost i anonimnost osoba koje u njemu sudjeluju („Helsinška deklaracija“, „Etički kodeks medicinskih sestara“, „Kodeks liječničke etike i deontologije“).

Cilj ovog istraživanja je istražiti i opisati generacijske karakteristike medicinskih sestara/tehničara u odnosu generacije, spola i obrazovne razine s percepcijom o dimenzijama sestriinstva koje se odnose na vodstvo i radno mjesto i samoprocjenu profesionalnog identiteta te dobivene rezultate usporediti između sve četiri generacije

U tu svrhu predviđena je provedba Fokus grupe.

Vas prepoznajemo kao značajnu osobu koja svojim iskustvom može značajno doprinijeti istraživanju. Molimo Vas da prihvatite sudjelovanje u istraživanju kroz uključenost u Fokus grupu.

Sudjelovanje u istraživanju je dobrovoljno i povjerljivo. Nigdje se neće spominjati Vaše ime i prezime, te osobni podaci. U svakoj fazi možete iz bilo kojeg razloga prekinuti sudjelovanje u Fokus grupi i odustati od sudjelovanja. Rezultati Fokus grupa prikazat će se skupno, osim ako se radi o osobnom doprinosu što bi u radu bilo naglašeno uz Vašu dozvolu.

Istraživanje traje najviše 50-60 minuta. Svaka Fokus grupa se snima u svrhu kasnije analize.

Prilog C. – Informirani pristanak – kvalitativno istraživanje

SUGLASNOST ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU

Molimo pročitajte ranije informacije, a zatim potpišite obrazac.

*Nakon pročitanih i pojašnjenih informacija o istraživanju, ja _____
(ime i prezime) svojim potpisom potvrđujem da razumijem svrhu i način provođenja
istraživanja te pristajem sudjelovati u istraživanju. Ujedno potvrđujem svoj pristanak na to da
se intervju snima.*

Potpis: _____

U _____, datum _____

Prilog D. – Izjava o čuvanju povjerljivosti podataka

Istraživanje: *Generacijske različitosti u percepciji vodstva, radnog mjesta i profesionalnog identiteta medicinskih sestara/tehničara na području Primorsko-goranske županije*

Provoditelj istraživanja: Marija Spevan mag.med.techn.

IZJAVA O ČUVANJU POVJERLJIVOSTI PODATAKA

Marija Spevan, djelatnica je Sveučilišta u Rijeci, Fakulteta zdravstvenih studija i istraživačica u ovom istraživanju. U istraživanju obvezuje se na čuvanje i tajnost svih osobnih podataka dobivenih istraživanjem. ***Generacijske različitosti u percepciji vodstva, radnog mjesta i profesionalnog identiteta medicinskih sestara/tehničara na području Primorsko-goranske županije.***

To znači da se prilikom obrade podataka proizašlih iz Fokus grupe u kojoj ste sudjelovali, nigdje neće koristiti bilo kakvi osobni podaci (poput imena i prezimena) kojima bi se mogao otkriti Vaš identitet.

Dobiveni podaci bit će predstavljeni za skupinu svih sudionika istraživanja, a ne svake osobe pojedinačno.

Svojim potpisom jamčim zaštitu Vaših prava i osobnih podataka dobivenih ovim istraživanjem.

U _____, _____ (datum)

Prilog E. Protokol Fokus grupe/intervjua

Generacijske različitosti u percepciji vodstva, radnog mjesta i profesionalnog identiteta medicinskih sestara/tehničara na području Primorsko-goranske županije

Protokol Fokus grupe

FOKUS GRUPA 1 – GENERACIJA “*BABY BOOMER*” GENERACIJA KOJA JE ROĐENA IZMEĐU 1945.-1964.

FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA, SALA ZA SASTANKE

Moderator: Dobar dan svima, hvala što ste došli. Prvo ću Vas upoznati sa istraživanjem radi kojeg smo danas ovdje, nakon toga ću Vam reći što očekujemo od Vas. Znači da danas rade četiri generacije medicinskih sestara i tehničara, i da postoji generacijski jaz. Ovo istraživanje se provodi sa svrhom izrade moje Doktorske disertacije i eventualne publikacije dosad neobjavljenih rezultata koje ćemo dobiti u ovoj i drugim Fokus grupama.

Ciljevi ovog istraživanja su identificirati razlike u karakteristikama medicinskih sestara i tehničara svake generacije u samoprocjeni posla, radnog mjesta i profesionalnog identiteta. To će nam pomoći da shvatimo na koji način prebroditi generacijski jaz, te koje su dobre strane svake generacije i što jedni od drugih možemo naučiti. Temeljem zaključaka trebali bi ponuditi novu generacijsku teoriju, a vi biste bili u središtu, odnosno temeljem Vaših odgovora mogla bi se kreirati nova budućnost sestrinstva sa manje konflikataa s više razumjevanja i podrške.

Molim Vas za početak da se predstavite, na način da kažete ime, godište i koliko dugo radite kao medicinska sestra/tehničar.

Moderator: Zašto ste se odlučili baš za sestrinstvo?

Moderator: Sada bi Vas zamolila da se prisjetite perioda kada ste kada ste upisivali medicinsku školu. Kako je školovanje izgledalo?

-dvogodišnje obrazovanje

-trogodišnje obrazovanje

-neformalno i formalno učenje...

Moderator: Tko vam je bio uzor, mentor ili neka značajna osoba koja je utjecala na Vašu odluku o odabiru sestrinske profesije?

- roditelji
- liječnik
- prijatelji
- medicinska sestra/tehničar

Moderator: Sjećate li se kako je bilo obavljati poslove na počecima Vaše karijere? Tko Vas je učio poslu?

- uvjeti
- liječnici
- medicinske sestre/tehničar
- samostalno učenje

Moderator: Možete li opisati uvjete zdravstvene njege za vrijeme Vašeg rada?

- higijenski uvjeti
- broj medicinskih sestara/tehničara
- financijski uvjeti
- infrastruktura...

Moderator: Kako su se stariji i mlađi kolege odnosili prema Vama?

Moderator: Smatrate li da je za ovo područje PGŽ neki segment sestrinstva drugačiji od drugih djelova Hrvatske i zašto?

Moderator: Možete li se prisjetiti da li postojali neki značajni trenutci u Vašoj karijeri zbog čega su proizašle neke inovacije ili napredak sestrinstva?

Moderator: Na koji način su se rukovoditelji vaših radnih jedinica odnosili, ili se odnose prema vama?

Moderator: Kakav je Vaš stav prema znanosti u sestrinstvu?

Moderator: Koliko često i gdje ste se profesionalno usavršavali?

Moderator: Da li ste stizali ili trenutno stignete voditi brigu o sebi od svojih profesionalnih obaveza?

Moderator: Smatrate li da ste radili ili radite više ili manje od mlađih kolega?

Moderator: Smatrate li da postoje razlike u plaći između mlađih i starijih kolega? Molim obrazložite.

Moderator: Smatrate li da postoje razlike u komunikaciji ili ponašanje između starijih i mlađih kolega? Molim obrazložite.

Moderator: Možete li se prisjetiti odnosa s liječnicima, kakav je odnos bio, a kakav je danas? Smatrate li da postoje razlike i zašto?

Moderator: Možete li dati neki prijedlog za poboljšanje profesionalnog sestrinstva?

Za kraj, važno je osvijestiti da je sestrinstvo doista važna profesija za cjelokupni zdravstveni sustav, ali da sve proizlazi od nas samih, potrebno je razgovarati i djeliti svoja iskustva kao i boriti se za napredak profesionalnog sestrinstva. Trebamo jedni drugima biti podrška i profesionalnom pristupom pokušati nadvladati teškoće našeg posla i profesije. Hvala Vam što ste došli i iznijeli svoje mišljenje. Pozvati ću vas opet, kako bi čuli rezultate do kojih smo svi zajedno došli.

Do sljedećeg susreta...

Marija Spevan

Prilog F.

NURSES' PROFESSIONAL IDENTITY SCALE

Instructions: Please circle the response that most closely represents your response to the following statements:

	Strongly Disagree 1	Disagree 2	Neutral 3	Agree 4	Strongly Agree 5
1. Nursing is a part of me.	1	2	3	4	5
2. The work in nursing suits me.	1	2	3	4	5
3. I am proud to be a nurse.	1	2	3	4	5
4. I want to continue my education as a nurse in some way.	1	2	3	4	5
5. I am not confident in my role as a nurse.	1	2	3	4	5
6. I feel respected by my nursing colleagues.	1	2	3	4	5
7. I do not feel a connection to other nurses.	1	2	3	4	5
8. I feel a connection to patients that I care for.	1	2	3	4	5
9. I am a competent nurse.	1	2	3	4	5

10. I have high standards for my nursing practice.	1	2	3	4	5
11. I do not find my practice as a nurse to be stimulating.	1	2	3	4	5
12. I promote the positive aspects of nursing.	1	2	3	4	5
13. I do not belong to a professional nursing organization.	1	2	3	4	5
14. I am involved in professional practice committees at my workplace.	1	2	3	4	5
15. Nursing practice fulfills me.	1	2	3	4	5
16. Reflecting on my practice is important to me.	1	2	3	4	5

	Strongly Disagree 1	Disagree 2	Neutral 3	Agree 4	Strongly Agree 5
17. I do not feel independent as a nurse.	1	2	3	4	5
18. I learn about nursing by working with others.	1	2	3	4	5

19. I mentor other nurses.	1	2	3	4	5
20. Society does not appreciate what nurses do.	1	2	3	4	5
21. My initial nursing education was not a positive experience for me.	1	2	3	4	5
22. Nursing is meaningful to me.	1	2	3	4	5
23. I can't imagine being anything other than a nurse.	1	2	3	4	5
24. Nursing provides intellectual stimulation for me.	1	2	3	4	5

© 2007 Sheila Sharbaugh, RN, MSN

Prilog G.

MULTIDIMENSIONAL NURSING GENERATIONS QUESTIONNAIRE (MNGQ)

1. Please mark one of the boxes below to indicate which generation you belong to:

Nurses 72-53 years of age (born between 1945 and 1964)

Nurses 37-52 years of age (born between 1965 and 1980)

Nurses 36 years of age or younger (born after 1980)

In answering the following questions, it is extremely important that you **refer to your own generation**, sincerely express your opinion and answer according to what you actually do in everyday work life.

Please circle the answer which is true for you	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree	
Strongly disagree					
2. Conflicts are hard to solve because every generation of nurses has different points of view	1	2	3	4	5
3. Each nursing generation gives a different priority to patients' needs	1	2	3	4	5
4. Conflicts arise due to different educational levels in each generation	1	2	3	4	5
5. Conflicts arise due to different clinical skills in each generation of nurses	1	2	3	4	5
6. Each nursing generation conceives nursing care in a different way	1	2	3	4	5
7. Conflicts in the workplace arise due to the presence of different	1	2	3	4	5

points of view in each generation of nurses					
8. Care is affected by the different feelings about change among the generations of nurses	1	2	3	4	5
9. Nurses from other generations than mine have a priori different ideas from me	1	2	3	4	5
10. Nurses from different generations than mine do not understand that some activities are the duties of other profession	1	2	3	4	5
11. Nurses from different generations than mine have a submissive relationship with the physicians	1	2	3	4	5
12. I feel free to speak up if something may negatively affect care	1	2	3	4	5
13. I feel free to question the decisions of those with more authority than mine	1	2	3	4	5
14. When a colleague makes a mistake I have no problems telling him/her	1	2	3	4	5
15. I feel free to ask questions when something does not seem right	1	2	3	4	5
16. I actively participate in decisions that affect the unit where I work	1	2	3	4	5
17. If I see a problem with care, I will mention it even it could make	1	2	3	4	5

a colleague's expertise look bad					
18. I feel embarrassed if I tell others about my doubts regarding nursing care	1	2	3	4	5
19. I often make proposals about changes related to professional practice	1	2	3	4	5
20. I feel autonomous in determining my nursing care	1	2	3	4	5
21. If I report patient safety problems it will not result in negative repercussions for me	1	2	3	4	5
22. I prefer working with colleagues of my own generation	1	2	3	4	5
23. I prefer to be mentored by a nurse of my own generation when in a new workplace	1	2	3	4	5
24. I feel uncomfortable working with colleagues of a different generation	1	2	3	4	5

Prilog H. Obavijest za ispitanike i suglasnost – kvantitativno istraživanje

1. PUNI NAZIV ZNANSTVENOG ISTRAŽIVANJA:

Generacijske različitosti u percepciji vodstva, radnog mjesta i profesionalnog identiteta medicinskih sestara / tehničara na području Primorsko-goranske županije

Točan naziv ustanove u kojoj se provodi istraživanje: Klinički bolnički centar Rijeka

Predviđeno trajanje istraživanja: 3 mjeseca

2. POZIV NA SUDJELOVANJE

Poštovana/poštovani,

pozivamo Vas da sudjelujete u znanstvenom istraživanju u kojem će se Generacijske različitosti u percepciji vodstva, radnog mjesta i profesionalnog identiteta medicinskih sestara / tehničara na području Primorsko-goranske županije u sklopu pripreme i pisanja Doktorske disertacije studentice Marije Spevan u okviru Doktorske škole Biomedicina i zdravstvo, smjer Javno zdravstvo. Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet.

Ova obavijest će Vam pružiti podatke čija je svrha pomoći Vam odlučiti želite li sudjelovati u ovom znanstvenom istraživanju. Zato Vas molimo da ju pažljivo pročitate. Za sva pitanja ili nedoumice, obratite se istraživaču koji Vam je uručio ovu obavijest, ili članu istraživačkog tima zaduženom za komunikaciju s ispitanicima.

3. OPIS I SVRHA ZNANSTVENOG ISTRAŽIVANJA

1. Generacijsko grupiranje učinkovit je pristup u pojašnjavanju različitosti ljudi te objašnjava ponašanja pripadnika iste generacije medicinskih sestara/tehničara na radnom mjestu. Obzirom da generacijska teorija definira generaciju kao skupinu pojedinaca rođenih unutar dobni raspon od otprilike 20 godina koji su proživjeli zajedničke događaje koji su oblikovali njihove karakteristike na posebne i jedinstvene načine i da se svaka generacija se razlikuje, radeći zajedno mogu biti izvor nesporazuma i sukoba, osobito ako se upravljanje ne provodi na odgovarajući način.

Cilj ovog istraživanja je:

Istražiti i opisati generacijske karakteristike medicinskih sestara/tehničara u odnosu generacije, spola i obrazovne razine s percepcijom o dimenzijama sestinstva koje se odnose na

vodstvo i radno mjesto i samoprocjenu profesionalnog identiteta te dobivene rezultate usporediti između sve četiri generacije.

4. VAŠA ULOGA KAO ISPITANIKA U OVOM ISTRAŽIVANJU

Vaša uloga u ovom istraživanju je popuniti iskreno anketni upitnik. To će Vam oduzeti 10-15 minuta vremena, no nama će biti od iznimne važnosti za provedbu istraživanja.

5. KOJE SU MOGUĆE PREDNOSTI SUDJELOVANJA ZA VAS KAO ISPITANIKA?

Ne postoji jamstvo da ćete Vi osobno imati koristi od sudjelovanja u istraživanju, ali ovo istraživanje će rezultirati uvođenjem svih postupaka s ciljem podizanja razine zadovoljstva poslom

6. KOJI SU MOGUĆI RIZICI SUDJELOVANJA U OVOM ISTRAŽIVANJU?

Nema rizika

7. MORA LI SE SUDJELOVATI?

Vaše sudjelovanje u ovom istraživanju je dobrovoljno! Možete se slobodno i bez ikakvih posljedica povući u bilo koje vrijeme, bez navođanja razloga. Isključivo na Vama je da odlučite želite li sudjelovati u ovom istraživanju. Ako u bilo kojem trenutku odlučite prekinuti sudjelovanje, molimo da o tome obavijestite glavnog istraživača i/ili njegove suradnike. Istraživanje je u potpunosti anonimno.

8. POVJERLJIVOST I UVID U MEDICINSKU DOKUMENTACIJU

Podaci će biti prikupljeni u skladu s etičkim i bioetičkim principima. Podaci će se obrađivati elektronički, a glavni istraživač i njegovi suradnici pridržavat će se interne procedure za zaštitu podataka. U bazu podataka biti ćete uneseni pomoću koda. Vaše ime nikada neće biti otkriveno.

9. ZA ŠTO ĆE SE KORISTITI PODACI DOBIVENI U OVOM ZNANSTVENOM ISTRAŽIVANJU?

Podaci iz ovog znanstvenog istraživanja mogu biti od praktične i/ili znanstvene koristi. Stoga će se objavljivati u znanstvenim i/ili stručnim publikacijama. Vaš identitet će ostati anoniman.

10. TKO JE PREGLEDAO PRIJAVU OVOG ISTRAŽIVANJA?

Prijavu za ovo istraživanje pregledalo je Etičko povjerenstvo KBC-a Rijeka, Doma zdravlja PGŽ, Etičko povjerenstvo za biomedicinska istraživanja Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci te Etičko povjerenstvo Medicinskog fakulteta u Rijeci, koje je nakon uvida u svu potrebnu dokumentaciju i odobrilo istraživanje.

11. KOGA KONTAKTIRATI ZA DALJNJE OBAVIJESTI

Ako imate bilo kakvih pitanja ili nedoumica, ili trebate dodatne podatke o ovom istraživanju, slobodno se obratite glavnom istraživaču ili njegovim suradnicima:

Marija Spevan

Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija

V.C. Emina 5, 51000 Rijeka

0916019380

mspevan@uniri.hr

12. O PISMENOJ SUGLASNOSTI ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU

Pismena suglasnost priložena na kraju dokumenta

13. ZAKONSKI OKVIRI

Ovo istraživanje se provodi u skladu sa svim primjenljivim smjernicama, čiji je cilj osigurati pravilno provođenje istraživanja i sigurnost osoba koje sudjeluju u ovom znanstvenom istraživanju poštujući Osnove dobre kliničke prakse. Istraživanjem će biti osigurano poštivanje temeljnih etičkih i bioetičkih principa – osobni integritet (autonomnost), pravednost, dobročinstvo i neškodljivost – u skladu s Nürnberškim kodeksom i najnovijom revizijom Helsinške deklaracije.

Naslov istraživanja: Generacijske različitosti u percepciji vodstva, radnog mjesta i profesionalnog identiteta medicinskih sestara/tehničara na području Primorsko-goranske županije

Suglasnost za sudjelovanje u istraživanju

Potvrđujem da sam (datum)....., u
....., pročitao/pročitala Informirani pristanak, te sam imao/imala
priliku postavljati pitanja.

Razumijem da je moj pristanak na predloženo istraživanje dobrovoljan, te se mogu
povući u bilo koje vrijeme, bez navođenja razloga i bez ikakvih posljedica po zdravstvenom ili
pravnom pitanju.

Razumijem da bazi podataka imaju pristup isključivo odgovorni pojedinci, tj. glavni
istraživač i njegovi suradnici. Dajem dozvolu tim pojedincima za pristup podacima.

Pristajem na sudjelovanje u istraživanju.

Ime i prezime:

Ime i prezime (štampano) _____

Potpis: _____

Datum: _____

ŽIVOTOPIS

1. Osobni podaci

Marija Spevan, rođena 23.06.1988. u Beogradu

Adresa: Pelini 6, 51215b Kastav

Mob: 0916019380

e-adresa: mspevan@uniri.hr

2. Obrazovanje (obrnuto kronološki)

Napredna sestrinska praksa, Sveučilište u Iowi, Odjel za sestrinstvo,
Promoting Adoption of Evidence Based Practice, 2021.

Magistra sestrinstva, Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija,
2017.-2019.

Prvostupnica sestrinstva, Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija,
2013.-2016.

Medicinska sestra, Tehnička škola Virovitica, 2003.-2007.

3. Radno iskustvo (obrnuto kronološki)

2019.- Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija, Katedra za
sestrinstvo

2010.-2019. Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za kirurgiju

2008.-2010. Poliklinika „Pro-Vita“

4. Profesionalno, znanstveno, akademsko iskustvo i postignuća

2020.-Testiranje međunarodnog modela zadovoljstva poslom medicinskih
sestara, Bilateralni projekt, Član projektnog tima

2022. UNIRI-INOVA, Član projektnog tima

2023. „Nano-think“, Član projektnog tima

2024. PoC projekt za razvoj inovacije, Član projektnog tima

Znanstvene/stručne nagrade

2023. Europsko priznanje za izvrsnost u ranoj istraživačkoj karijeri u
sestrinstvu i primaljstvu, Sigma Theta Tau International, European region

2023. Nagrada za najbolji znanstveni članak u 2020. godini časopisa World
of Health

2022. Osvojeno prvo mjesto na inovacijskom kampu EQUALS EU "Women
As Role Models and Active Citizens.", sa inovativnom idejom UNIRI for
kids, Baby Tima.

Članstva u znanstvenim i stručnim udruženjima

Hrvatska komora medicinskih sestara

Hrvatska udruga medicinskih sestara
Sigma Theta Tau International

Predavanja na međunarodnim konferencijama i/ili u međunarodno priznatim
znanstvenim organizacijama

2023. Pozvano predavanje na CSIC International Scientific Meeting,
Rijeka, Hrvatska

2023. 12. kongres Hrvatske udruge medicinskih sestara s međunarodnim
sudjelovanjem „Sestrinstvo bez granica

2023. International Scientific Conference „Research and Education in
Nursing“, Maribor, Slovenija

2019. Sveučilište u Ljubljani, 3r International Scientific Conference
HealthOnline DIGITAL TECHNOLOGIES AND HEALTH
ECOSYSTEMS

Usavršavanje i boravak na međunarodnim institucijama (ako je primjenjivo)

2023. Valencija, Španjolska, Ljetna škola 5 dana

2022. Sveučilište u Mariboru, Fakultet zdravstvenih studija, 5 dana

Organizacija kongresa, skupova i radionica (ako je primjenjivo)

2019. CSIC International Scientific Meeting, Međunarodna znanstvena
konferencija

Publikacije s recenzijom (u posljednjih 5 godina)

2023. Prihvaćen članak, publikacija lipanj 2024. *Medicina Fluminensis*

Helena Štrucelj; Jan Rošić Novak; Viktorija Bugarin; Josip Brusić; Marija
Spevan Can we influence habit and motivation for proper hand disinfection
technique through education? An Experimental Pilot Study

Q3

2023. *Journal of Health Sciences*

Adriano Friganović, Snjezana Čukljek, Sandra Bošković, Biljana Kurtović,
Irena Kovačević, Marija Spevan, Josip Brusić, Kristian Civka Differences
in Burnout Aspects in Croatian Nursing Students–A Cross-Sectional Study

Q4

2022. *Acta medico-historica Adriatica*

Spevan, M. (2022). 20th Scientific Conference Rijeka and its Citizens in
Medical History

Q4

2022. *Sestrinski glasnik*

Marija Spevan; Helena Štrucelj; Amir Muzur

Healthy lifestyles of nursing and medical students: a scoping review

2021. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*

Cilar, Leona ; Spevan, Marija ; Musovic, Kasandra ; Stiglic, Gregor

Validation of the Professional Quality of Life Scale among Slovenian and Croatian nurses

Q3

2020. *Nurse Education Today*

Cilar, Leona ; Spevan, Marija ; Trifkovič, Klavdija Čuček ; Štiglic, Gregor

What motivates students to enter nursing? Findings from a cross-sectional study

Q1, WOS

2020. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*

Marija Spevan, Andreja Kvas, Sandra Bošković

Job satisfaction of nurses in Croatia, Slovenia and Serbia: a cross-sectional study

Q3

2020. *Sestrinski glasnik*

Leona Cilar, Marija Spevan

Strategies to improve academic motivation among nursing students

2020. *World of Health*

Marija Spevan, Eli Šuperina Mandić

Konflikti i rješavanje konfliktnih situacija- presječno istraživanje
(Conflicts and conflict resolution-cross-sectional study)

2019. *Sestrinski glasnik*

Marija Spevan, Leona Cilar

Znanstveno istraživački rad u sestinstvu u Republici Hrvatskoj Nursing
scientific-research work in Croatia

Radovi u časopisima, članak, znanstveni

2017. *Sestrinski glasnik*

Spevan, Marija ; Bošković, Sandra ; Kosić, Radoslav

Zadovoljstvo poslom kod medicinskih sestara i tehničara koji rade u
operacijskim salama i kirurškim odjelima Kliničkog bolničkog centra
Rijeka

(Job satisfaction within the nurses and technicians who work in operating
and surgical wards in University Hospital Centre Rijeka)

Radovi u časopisima, članak, znanstveni

Poglavlje u znanstvenoj knjizi

Cilar Budler, Leona, Spevan, Marija, Musović, Kasandra, Denny, Margaret, Denieffe, Suzanne, Štiglic, Gregor and Čuček Trifković, Klavdija. " Young people's decision to study nursing". *Innovative Nursing Care: Education and Research*, edited by Klavdija Čuček Trifković, Mateja Lorber, Nataša Mlinar Reljić and Gregor Štiglic, Berlin, Boston: De Gruyter, 2023, pp. 197-206. <https://doi.org/10.1515/9783110786088-014>