# Razlike u zadovoljstvu provedenih terapijskih vježbi u kućnim i stacionarnim uvjetima kod osoba s preboljenim moždanim udarom: presječna studija u splitsko-dalmatinskoj županiji u 2016. godini

**Mikelić, Vitomir**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2017**

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

*Permanent link / Trajna poveznica:* https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:739822

*Rights / Prava:* In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

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

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

*Repository / Repozitorij:*

Repository of the University Department for Health Studies, University of Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
FIZIOTERAPIJA

**Vitomir Mikelić**

# RAZLIKE U ZADOVOLJSTVU PROVEDENIH TERAPIJSKIH VJEŽBI U KUĆNIM I STACIONARNIM UVJETIMA KOD OSOBA S PREBOLJENIM MOŽDANIM UDAROM: PRESJEČNA STUDIJA U SPLITSKO-DALMATINSKOJ ŽUPANIJI U 2016. GODINI

**Diplomski rad**

Split, 2017.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
FIZIOTERAPIJA

**Vitomir Mikelić**

# RAZLIKE U ZADOVOLJSTVU PROVEDENIH TERAPIJSKIH VJEŽBI U KUĆNIM I STACIONARNIM UVJETIMA KOD OSOBA S PREBOLJENIM MOŽDANIM UDAROM: PRESJEČNA STUDIJA U SPLITSKO-DALMATINSKOJ ŽUPANIJI U 2016. GODINI

# DIFFERENCES IN SATISFACTION WITH THERAPEUTIC EXERCISES IN HOME AND STATIONARY CONDITIONS IN PERSONS WITH STROKE: CROSS-SECTIONAL STUDY IN SPLIT-DALMATIA COUNTY IN 2016

**Diplomski rad / Master's Thesis**

Mentor:

dr. sc. Ivanka Marinović, dr. med.

Split, 2017.

# *Zahvala*

Zahvaljujem svojoj mentorici dr.sc. Ivanki Marinović na iznimnoj susretljivosti i profesionalnoj pomoći tijekom izrade ovog diplomskog rada kao i u izradi mog preddiplomskog rada. Zahvaljujem joj na svim prenijetim stručnim saznanjima i stručnoj izobrazbi tijekom svih 5 godina studija. Zahvaljujem joj na strpljivosti, srdačnosti i odličnim savjetima… Hvala Vam od srca na svemu!

Veliko hvala mojim kolegicama/ma kao i našim bolesnicima koji su svojim angažmanom aktivno pomogli u prikupljanju podataka. Hvala Vam!

Neizmjerno hvala mojoj dragoj prijateljici i kolegici Tei Jurić koja mi je puno pomogla prilikom aktivnog prikupljanja podataka i prilikom izrade ovog diplomskog rada. Hvala Ti što si mi pružila veliku podršku tijekom školovanja i bila uz mene!

Najveća hvala mojoj obitelji na pruženoj ljubavi, podršci i bezuvjetnom vjerovanju u mene! Hvala ogromna na svemu jer bez Vas danas ne bi bio ovo što jesam!

Zahvalan sam i Bogu što mi je otvorio put da nisam pogriješio u izboru svog zvanja!

**POPIS KRATICA**

| | |
|---|---|
| MU | moždani udar |
| TIA | tranzitorna ishemijska ataka |
| CT | kompjutorizirana tomografija |
| MRI | magnetska rezonancija |
| JLMU | jedinice za liječenje moždanog udara |
| ESO | Europska organizacija za moždani udar (engl. European Stroke Organisation) |
| MKS | Međunarodna klasifikacija funkcije, onesposobljenosti i zdravlja |
| NIHSS | engl. National Institute of Health Stroke Score |
| FIM | engl. Functional Independence Measure |
| PNF | proprioceptivna neuromišićna facilitacija |

# SADRŽAJ:

1. UVOD ..... 1
1.1. Moždani udar ..... 1
1.1.1. Lezije lijeve i desne hemisfere ..... 2
1.1.2. Epidemiologija ..... 3
1.1.3. Čimbenici rizika ..... 4
1.1.4. Dijagnostika ..... 4
1.1.5. Liječenje ..... 5
1.1.6. Prevencija ..... 6
1.2. Rehabilitacija ..... 7
1.2.1. Motorička rehabilitacija ..... 9
1.2.2. Kineziterapija ..... 10
1.2.3. Stacionarna rehabilitacija ..... 11
1.2.4. Rehabilitacija u kućnim uvjetima ..... 15
1.3. Zadovoljstvo bolesnika pruženom zdravstvenom uslugom ..... 17
2. CILJ ISTRAŽIVANJA ..... 20
3. METODE I MATERIJALI ..... 21
3.1. Mjesto i vrijeme istraživanja ..... 21
3.2. Ispitanici ..... 21
3.3. Način prikupljanja podataka ..... 22
3.4. Statistička obrada podataka ..... 23
4. REZULTATI ..... 24
5. RASPRAVA ..... 48
6. ZAKLJUČAK ..... 52
7. SAŽETAK ..... 53
8. SUMMARY ..... 54
9. LITERATURA ..... 55
10. ŽIVOTOPIS ..... 59
11. PRILOG ..... 61

# 1. UVOD

Moždani udar (MU) je prvi uzrok invalidnosti u Republici Hrvatskoj i drugi uzrok smrtnosti, a uzrokovan je poremećajem moždane cirkulacije koja dovodi do nedovoljne opskrbe određenih dijelova mozga kisikom i hranjivim tvarima, uzrokujući oštećenje i odumiranje živčanih stanica (1). Liječenje i rehabilitacija iziskuju značajna novčana sredstva, a obzirom da u dvije trećine bolesnika moždani udar uzrokuje invalidnost koja često uzrokuje trajnu radnu nesposobnost, posljedice moždanog udara uvelike financijski opterećuju jednu zemlju (2).

## 1.1. Moždani udar

MU se definira kao klinički sindrom koji je karakteriziran naglim razvojem žarišnog neurološkog deficita, vaskularne geneze (infarkt ili hemoragija). MU označava heterogenu grupu poremećaja koji su definirani kao iznenadni, lokalizirani poremećaj moždane cirkulacije koji izaziva neurološki ispad. MU može biti ishemijski (80%) i nastaje uslijed tromboze ili embolije, te hemoragijski (20%) koji nastaje uslijed puknuća krvne žile (subarahnoidalno ili intracerebralno krvarenje) (2). Ukoliko je došlo samo do prolaznih smetnji moždane cirkulacije koje nisu rezultirale trajnim neurološkim deficitom i koji se povlači unutar najdulje 24 sata, a najčešće za nekoliko minuta, radi se o tranzitornim ishemijskim atakama (TIA). MU zahvaća velike arterije mozga, prednju cirkulaciju koja se sastoji od ogranaka unutarnje karotidne arterije, te posteriornu cirkulaciju koja se sastoji od ogranaka bazilarne, odnosno vertebralnih arterija. Neurološki ispad (deficit) zapravo je pokazatelj koje područje mozga je zahvaćeno. Moždane funkcije predstavljaju integrirane akcije gdje npr. jednostavna aktivnost kao saginjanje za podignuti predmet zahtijeva integrirane funkcije centralnog živčanog sustava. Prilikom oštećenja jedne regije dolazi ne samo do oštećenja specifičnog centra već cijeli mozak osjeća posljedice manjka primanja povratnih informacija iz tog područja (3,4). Oštećenja parenhima u prednjoj cirkulaciji uzrokuju unilateralne smetnje, dok se oštećenja u stražnjoj cirkulaciji manifestiraju bilateralno i stvaraju poremećaje stanja svijesti (2). Prvi korak u dijagnostici moždanog udara je lokalizacija lezije odnosno specifičnog dijela mozga (3,4). Posljedične manifestacije uzrokovane MU, kao što su poremećaj kognitivnih funkcija i gubitak motoričkog funkcionalnog

kapaciteta, čine široki spektar kliničkih znakova i simptoma. Klinička slika MU ovisi o jačini oštećenja i lokalizaciji zahvaćenih moždanih centara.

Najčešći simptomi MU su:

- utrnulost, slabost ili oduzetost ruke, lica, noge, osobito ako je zahvaćena samo jedna strana tijela,
- poremećaj govora (otežano izgovaranje, frfljanje, pogrešno razumijevanje),
- gubitak ravnoteže i/ili koordinacije, kada su kombinirani s drugim upozoravajućim znakovima,
- omaglica ili vrtoglavica, nesigurnost pri hodu ili iznenadni padovi, zajedno s drugim simptomima,
- naglo zamagljenje ili gubitak vida, osobito na jednom oku,
- nagla, jaka glavobolja, bez jasnog uzroka, osobito ako je praćena povraćanjem,
- naglo nastao poremećaj stanja svijesti (5).

### 1.1.1. Lezije lijeve i desne hemisfere

Pojedina hemisfera je odgovorna za počinjanje motoričke aktivnosti i primanje senzornih informacija od suprotne strane tijela. Za pravilno primanje obradu i prijenos informacija za određenu aktivnost zahtijeva integriranu funkciju obje hemisfere stoga dolazi do difuznih cerebrovaskularnih bolesti i stanja koja rezultiraju smanjenjem cerebrovaskularne cirkulacije (6). Iako je glavno oštećenje zahvatilo jednu veću regiju postoje i druga ishemijska manja oštećenja na istoj hemisferi koja mogu zamagliti kliničku sliku.

#### *Poremećaji desne hemisfere*

Desna hemisfera upravlja naučenom ponašanju koje započinje aktivnim iniciranjem, planiranjem i prosudbom prostorne percepcije, a klinički znakovi i simptomi uključuju vizualno-prostorne perceptivne deficite, emocionalne poremećaje i probleme u komunikaciji. Vizualno-prostorni perceptivni poremećaji uključuju lijevostrane ispade, osjećaj nestabilnosti i osjećaj percepcije prostora, konstruktivnu apraksiju i astereognoziju (nemogućnost prepoznavanja predmeta opipavanjem uz dobro očuvane

osjetilne i proprioceptivne receptore). Kod emocionalnih poremećaja pacijenti imaju očuvan govor, ali imaju nedostatak uvida u njihov deficit odnosno njihovu nesposobnost dok komunikacijski problemi (afazija) se rijetko javljaju kod oštećenja desne hemisfere. Pacijenti imaju teškoće prilikom praćenja tijeka konverzacije te poteškoće u izgovaranju i razumijevanju govora, šala, razumijevanju ironičnih dijelova i nemogućnosti pravovremenog započinjanja razgovora što dovodi do socijalne disfunkcije (7).

***Poremećaji lijeve hemisfere***

Lijeva hemisfera je zadužena za učenje i korištenje govornih simbola, a klinički simptomi i znakovi uključuju afaziju, apraksiju te izrazite emocionalne poremećaje. 93% populacije su dešnjaci uz lijevu hemisferu dominantnu za govor (6,7). Poremećaji u govoru nazivaju se afazije (tzv. Brokova afazija).

### 1.1.2. Epidemiologija

MU je značajan javnozdravstveni problem mnogih zemalja. Procjenjuje se da u svijetu na godinu od MU oboli oko 4 milijuna ljudi, gdje na Europu otpada otprilike 570.000, a na Sjedinjene Američke Države oko 500.000 oboljelih (8). Dosadašnje epidemiološke studije pokazuju da stope incidencije rastu eksponencijalno s dobi te da otprilike jedna trećina oboljelih od MU umire, druga trećina ima teži, a treća trećina lakši rezidualni neurološki deficit ili je bez deficita (2). U epidemiološkom podacima HZJZ pri čemu se analiziralo 10 zasebnih vodećih uzroka smrtnosti u Republici Hrvatskoj, MU zauzeo je drugo mjesto s udjelom 14,4% (muškarci 12,3%, žene 17,1%) (8). Prema zadnjim podacima iz 2011. godinu, opća stopa smrtnosti za MU iznosila je 175,2/100 000 (89% u dobi iznad 64 godine, 10,6% u dobi 40-64 godine, 0,4% u dobi 20-39 godina, 0,01% u dobi 0-19 godina). Stopa hospitalizacije uzrokovana MU tijekom 2011. godine je iznosila 421,9/100 000 (muškarci 414,1/100 000, žene 429,17/100 000), dok je broj dana bolničkog liječenja iznosio 26,7%. od ukupnog broj dana liječenja zbog kardiovaskularnih bolesti (muškarci 23,6%, žene 29,7%). Prosječno trajanje liječenja u bolničkim ustanovama za akutno liječenje (opće bolnice, kliničke bolnice, klinički bolnički centri) bilo je 12,8 dana (muškarci 12,0, žene 13,5), a ovisilo je o dobi, spolu, težini MU i komplikacijama (4). Brojni su čimbenici rizika koji utječu na

nastanak MU, među njima suvremeni način života i loše životne navike uz pozitivnu genetsku predispoziciju uvelike povećavaju rizik (3,4).

### 1.1.3. Čimbenici rizika

Čimbenici rizika se mogu podijeliti na: *promjenjive i nepromjenjive* (5,9). Većina danas dokazanih promjenjivih i nepromjenjivih čimbenika rizika prikazana je u tablici 1 (5). Pojedini čimbenici rizika povećavaju rizik za nastanak MU, a neki djeluju indirektno povećavajući sklonost nastanka bolesti koja može dovesti do nastanka MU (10).

**Tablica 1. Promjenjivi i nepromjenjivi čimbenici rizika**

| NEPROMJENJIVI | PROMJENJIVI | |
|---|---|---|
| dob<br>spol<br>rasa<br>nasljeđe<br>MU u obiteljskoj anamnezi<br>podatak o prethodnom MU i/ili prethodnim TIA | povezani sa stilom/načinom života:<br>pušenje<br>alkohol<br>zlouporaba droga<br>tjelesna neaktivnost i gojaznost<br>nezdrava prehrana<br>stres<br>uporaba oralnih kontraceptiva | bolesti i bolesna stanja:<br>hipertenzija<br>srčane bolesti (fibrilacija atrija, bolesti srčanih zalistaka)<br>TIA<br>značajna stenoza karotidnih arterija (stenoza > 75% lumena)<br>povišeni kolesterol<br>šećerna bolest |

### 1.1.4. Dijagnostika

Dijagnoza se temelji na anamnezi, kliničkom pregledu i dijagnostičkoj obradi. U dijagnostičku obradu ubraja se: kompjutorizirana tomografija (engl. Computed Tomography, CT), magnetska rezonancija (engl. Magnetic Resonance Imaging, MRI) i cerebralna angiografija kojima najčešće utvrđujemo patološke promjene kao što su ishemija, intracerebralno krvarenje, subarahnoidalno krvarenje, lociraju se anatomske promjene, mjesto oštećenja, etiološku dijagnozu, uzevši u obzir promjenjive i nepromjenjive čimbenike (4,10). Anamneza započinje pitanjima o simptomima, koji brzo nastaju nakon MU i dovode do razvoja neuroloških deficita. Osim toga, podaci o bolesnikovim dotadašnjim bolestima (hipertenzija, fibrilacija atrija, MU, tranzitorni

ishemijski napadaj, koronarna bolest, dijabetes) i navikama (pušenje, alkohol, kontraceptivi, droge, antikoagulansi) koje povisuju rizik MU te obiteljska anamneza pridonose postavljanju dijagnoze (4).

### 1.1.5. Liječenje

Ciljevi liječenja osoba s akutnim MU su smanjenje primarnog neurološkog oštećenja trombolizom ili neuroprotekcijom kao i monitoriranje i prevencija sekundarnih komplikacija, kao npr. porast intrakranijskog tlaka (11).

Liječenje intravaskularnom trombolizom treba biti provedeno unutar 3 sata od nastanka simptoma. Bolesnike s intrakranijskim krvarenjem s posljedičnim porastom intrakranijskog tlaka i hernijacijom mogu liječiti neurokirurzi kraniotomijom, evakuacijom hematoma i zaustavljanjem krvarenja, a što omogućuje bolje preživljavanje bolesnika i u pravilu dobar oporavak. Od vitalnih funkcija osobito je važno kontrolirati krvni tlak, puls, tjelesnu temperaturu, acidobazni status i glukozu u krvi. Osim toga, dokazano je da zbrinjavanje bolesnika u specijaliziranim Jedinicama za liječenje moždanog udara (JLMU), čak i bez specifične terapije smanjuje mortalitet, kratkotrajnu i dugotrajnu invalidnost te da može poboljšati ishod MU, kao i funkcionalan oporavak bolesnika (10). Što se tiče specifične terapije, ona se primjenjuje u liječenju određenih tipova MU (10,11). Tako se za učinkovito liječenje ishemijskog MU, ali samo unutar prva tri sata od nastanka MU, može koristiti otapanje ugruška, odnosno tromboliza uz primjenu rekombiniranog tkivnog aktivatora plazminogena. Uspješno liječenje hemoragijskog MU moguće je uz primjenu rekombiniranog čimbenika koagulacije VII. (10). Depresija je česta nakon MU i može kod težih oblika zahtijevati i uvođenje antidepresiva i bihevioralnu psihoterapiju.

Kod svih hospitaliziranih bolesnika s MU, a posebno onih nepokretnih, moguć je razvoj komplikacija, kao što su razne infekcije dišnog ili mokraćnog sustava, stvaranje rana (dekubitusa) na mjestima stalnog pritiska (najčešće leđa, kukovi i pete) te razvoja duboke venske tromboze ili plućne embolije (11). Najčešće središnje komplikacije su: cerebralni edem, transtentorijalna hernijacija, hemoragijska transformacija ishemije, epileptični napadaji, depresija. Potrebna je i promjena štetnih životnih navika (npr. pušenje cigareta). Ako se bolesnik i oporavi dovoljno da bude radno sposoban, bez provođenja preventivnih mjera povećava se rizik od ponovnog MU koji može biti i

fatalan. Primarne prevencije i javnozdravstvene akcije provedene u zemlji i svijetu rezultirale su padom učestalosti MU (8).

### 1.1.6. Prevencija

Prevencija MU je najučinkovitija strategija za smanjenje MU. Razlikuje se *primarna i sekundarna* prevencija (12). Primarna prevencija obuhvaća prevenciju u zdravih osoba koje još nisu oboljele, odnosno koje nisu zadobile MU.

Sekundarnu prevenciju predstavlja:

- indentificiranje i liječenje osoba s vrlo visokim rizikom za nastanak MU - kako bi se spriječio nastanak MU,
- te liječenje i rehabilitaciju bolesnika koji su preboljeli MU kako bi se spriječio nastanak novog MU.

U okviru prevencije MU primjenjuje se više postupaka:

- djelovanje na čimbenike rizika povezane s načinom života u cilju otklanjanja nezdravog načina života i promicanja zdravog načina života,
- liječenje bolesti koje predstavljaju rizične čimbenike i smanjivanje utjecaja tih rizičnih čimbenika na povećanje učestalosti MU,
- u slučaju ishemijskog MU uz djelovanje na čimbenike rizika pripisuju se određeni lijekovi: peroralni antikoagulansi i antiagregacijska terapija
- u slučaju značajne stenoze karotidnih arterija pristupa se operacijskom liječenju stenoze (12).

Unazad nekoliko godina liječenje osoba s akutnim MU postalo je učinkovitije jer se organiziranije provode optimalni postupci neurološkog liječenja i medicinske njege kao i provođenje mjera primarne i sekundarne prevencije (11,13). U sekundarnoj prevenciji kada je već došlo do MU nakon stabilizacije bolesnika i njegovih vitalnih funkcija neophodno je što ranije početi sa medicinskom rehabilitacijom prema bolesnikovom općem zdravstvenom stanju i težini samog slučaja.

## 1.2. Rehabilitacija

U Europi i svijetu postoje standardi i smjernice za rehabilitaciju osoba s MU, koje se baziraju na medicinski evidentiranim dokazima o učinkovitosti i postizanju kratkoročnih i dugoročnih ciljeva (14). Svrha smjernica je smanjiti razlike u provođenju rehabilitacije u različitim zdravstvenim ustanovama, te primijeniti znanstvene spoznaje u svakodnevnoj kliničkoj praksi. Oblikovanje smjernica temelji se na raspoloživim rezultatima iz stručne literature uključujući rezultate randomiziranih kontroliranih studija, metaanaliza i prospektivnih studija. One također sadrže i preporuke za organiziranje procesa rehabilitacije u zdravstvenim ustanovama (15). Europska organizacija za MU (engl. European Stroke Organisation, ESO), 2008. godine objavila je smjernice koje sadrže postupke s bolesnikom nakon ishemičnog MU, uključujući i rehabilitacijske postupke (15). Unatoč smanjenju mortaliteta i morbiditeta moždanog udara, učinkovita rehabilitacija je neophodna za bolju kvalitetu života.

Rehabilitacija predstavlja multidisciplinarni proces koji facilitira uspostavljanje funkcije ili adaptaciju na gubitak fiziološke ili psihosocijalne funkcije koristeći neuroplastičnost mozga (14). Cilj joj je ponovno uspostavljanje aktivnosti dnevnog života i participacije u društvu, što dovodi do poboljšanja kvalitete života. Ključni aspekti rehabilitacije su, uz multidisciplinarni pristup, identifikacija smanjenja aktivnosti i participacije, postavljanje kratkoročnih i dugoročnih ciljeva, planiranje i provođenje rehabilitacijskih dijagnostičkih i terapijskih intervencija i evaluacija učinkovitosti rehabilitacijskog procesa. Koristeći ove aspekte rehabilitacije može se djelovati na poboljšanje kvalitete života, odnosno umanjiti posljedice oštećenja mozga nakon moždanog udara (14). Meta analiza velikih studija pokazala je da u rehabilitaciji bolesnika s moždanim udarom postoje dva osnovna cilja - rehabilitirati funkciju ruke (najbolje kroz terapiju ograničenim pokretom – engl. Constraint-Induced Movement Therapy,) i funkciju noge koja se manifestira kroz poremećaj statičke (najčešće rehabilitacija ponavljajućim treningom ustajanja i sjedanja) i dinamičke ravnoteže (nema metoda koje se preferiraju), te promjenu u dužini i ciklusu koraka (preferira se kardiorespiratorni trening) (11). Ukupna ocjena bolesnikova funkcijskog stanja nakon MU je osnova za određivanje kratkoročnih (od tjedna do tjedna) i dugoročnih ciljeva (cilj koji se planira do kraja bolničke medicinske rehabilitacije), predstavlja vodič za vođenje bolesnika u akutnoj,

subakutnoj i kroničnoj fazi, a ostvaruje se primjenom modela Međunarodne klasifikacije funkcije, onesposobljenosti i zdravlja (MKF klasifikacija) (16). Ako se rano započne s rehabilitacijom, može se smanjiti invalidnost i oštećenja funkcionalnog sustava (17). Rehabilitacija osoba nakon MU je vrlo kompleksan i zahtjevan proces i trebala bi početi što je ranije moguće i to već u JLMU. Nakon toga slijedi rehabilitacija u specijaliziranim ustanovama, toplicama, u kući bolesnika (18).

Intenzitet rehabilitacijskog programa ovisi o stanju bolesnika i stupnju neurološkog deficita. Intenzitet rehabilitacije modificira se po mogućnostima bolesnika da sudjeluje u procesu rehabilitacije i gdje se pretpostavlja da će se postići napredak:

- najmanje 45 minuta i više puta dnevno / 5 radnih dana u tjednu
- ako bolesnik ne može participirati 45 minuta dnevno, također se provodi rehabilitacija s aktivnim učešćem bolesnika u okviru njegovih mogućnosti te ako je vidljiv stalni napredak funkcijskog statusa (19).

Dok je bolesnik bez svijesti provodi se pasivna rehabilitacija da se spriječe kontrakture. Ako mišići nisu opterećeni, dolazi do naglog gubitka sarkomera i posljedičnog skraćenja mišića, kao i do hipertrofije vezivnog tkiva. Paralelno s razvojem kontraktura dolazi i do pojave spastičnosti mišića. Ovi nepoželjni učinci mogu se prevenirati ili umanjiti kroz pasivno istezanje mišića, specifičnu mobilizaciju mišića, održavanje pasivne pokretljivosti punog raspona pokreta u zglobovima najmanje dva puta dnevno kao i namještanje bolesnika u normalnom položaju u pojedinim posturalnim setovima (11). Kroz ranu mobilizaciju bolesnika mogu se umanjiti rizici pojave duboke venske tromboze, pneumonija, infekcija mokraćnih puteva, dekubitusi. Rana mobilizacija ima i pozitivan psihološki učinak na bolesnika (11). Mobilizacija može biti isprva pasivna, ali se kroz facilitaciju i stimulaciju teži prema aktivnoj mobilizaciji. Traženje aktivnosti od bolesnika, kao npr. promjena položaja u krevetu, posjedanje, samostalno stabilno sjedenje, transferi krevet – invalidska kolica – WC školjka i obratno, ustajanje i hodanje, elementi su mobilizacije bolesnika. Kroz ranu doziranu vertikalizaciju može se prevenirati i ortostatska hipotenzija. Mobilizacija uključuje i sve aktivnosti svakodnevnog života (toaleta, higijena, oblačenje, svlačenje, hranjenje i dr.). Sve navedene aktivnosti potrebno je započeti već prvih 24 do 48 sati od nastanka MU, ako to opće zdravstveno stanje bolesnika omogućuje. Intrakranijsko krvarenje, kardiovaskularna dekompenzacija i plućna embolija mogu biti privremena

kontraindikacija za fizioterapiju i zahtijevaju prilagodbu fizioterapijskih postupaka (20). Rijetko je potrebno da bolesnik bude nepokretan u krevetu duže od dva dana nakon MU, osim ako nije poremećene svijesti. Nakon toga se bolesnika podiže iz kreveta i postavlja ga se u sjedeći položaj. Potrebno je procijeniti stupanj deficita (motorički i senzorički deficit, intelektualna oštećenja, afazija, agnozija, apraksija, promjene raspoloženja i motivacije, vidni ispadi itd.) i planirati individualni rehabilitacijski program. Rehabilitacijski tim čine neurolog, fizijatar, fizioterapeut, radni terapeut, logoped, psiholog, socijalni radnik i medicinska sestra. Članovi rehabilitacijskog tima trebaju biti koordinirani, odnosno slagati se oko rehabilitacijske procjene, rehabilitacijskih postupaka – intervencija i evaluacije rehabilitacije. Bolesnik i članovi njegove obitelji bitan su dio rehabilitacijskog tima. Njih treba educirati da mogu nastaviti program rehabilitacije u kućnim uvjetima, da učine prilagodbe u stambenom prostoru, nabave pomagala i pruže sociopsihološku podršku. Određeni broj bolesnika treba program fizikalne terapije nastaviti u kući. Aktivna rehabilitacija se treba provoditi dokle god postoje objektivni pokazatelji napretka bolesnika. Nakon što je završena aktivna rehabilitacija započinje program dugotrajne rehabilitacije koji osigurava zadržavanje dostignutog funkcionalnog statusa. Program rehabilitacije trebao bi trajati cijeli život bolesnika. Dugoročna prognoza nakon MU je važna za bolesnike i njihove obitelji. Ona nije povoljna, a kvaliteta života je značajno narušena. Bolesnicima je, pored pune konvencionalne rehabilitacije potrebno ohrabrenje, psihološka podrška te dovoljno neuropsiholoških informacija koje će im omogućiti veću realnost u subjektivnoj procjeni pojedinih segmenata kvaliteta života i bolju mogućnost maksimalnog korištenja očuvanih sposobnosti.

### 1.2.1. Motorička rehabilitacija

Bitni faktori koji utječu na motorički oporavak su stupanj težine MU koji utječe na smanjenje kapaciteta moždane reorganizacije te životna dob, naime, mlađi bolesnici imaju bolji stupanj oporavka od starijih osoba (6,7). Za uspješne ishode pokretljivosti balans trupa predstavlja dodatni faktor oporavka (6). Bolesnici koji imaju sačuvani balans sjedenja i voljne pokrete u kuku, koljenu i/ili gležnju unutar prva 72 sata nakon udara postižu 98% bolje šanse za postizanje samostalne ravnoteže unutar 6 mjeseci. Za razliku od njih, bolesnici koji nisu u stanju samostalno sjediti 30 sekundi i nemaju

kontrolu nad paretičnim donjim ekstremitetom unutar prva 72 sata nakon MU imaju 27% šanse za postizanje samostalnosti u ravnoteži (6,10).

Postoji 7 *Brunnstrom* stupnjeva motoričkog oporavka:

1. flakcidna paraliza i nepostojanje refleksa,
2. manji spastični tonus bez aktivnog pokreta i sinergija dobivena kroz facilitaciju,
3. spasticitet je prisutan i sinergistički pokreti mogu biti izazvani voljno,
4. spasticitet je smanjen i prevladavaju sinergistički pokreti,
5. spasticitet je neznatan, a pokret se može izvesti kroz sinergiju iako je ona prisutna,
6. koordinacija i obrasci pokreta su bliže normalnima, dok postoji problem pri izvođenju brzih i kompleksnih pokreta,
7. normalna pokretljivost. (6,10).

### 1.2.2. Kineziterapija

Bolesnici koji imaju nakon MU različite stupnjeve hemipareze ili hemiplegiju, ispade osjeta, ispade ravnoteže, moraju započeti s kineziterapijom koju provodi fizioterapeut. Fizioterapeut mora biti educiran za rad s navedenim bolesnicima. Rehabilitacija se nastavlja dok god ima napretka u funkciji bez obzira na to kreće li se bolesnik samostalno ili mu je potrebna pomoć pri kretanju druge osobe ili pomagala. Kineziterapija je liječenje pokretom i temeljni je postupak u rehabilitaciji bolesnika sa MU. Tako se postiže bolja pokretljivost zahvaćenih ekstremiteta te povećanje „zaboravljenih“ kretnji zahvaćene strane tijela. U početku je važno vježbati kada je pacijent odmoran, najbolje nakon noćnog ili dnevnog odmora. Kineziterapija se sastoji od 3 faze:

- *prva ili rana faza*
- *druga ili prijelazna faza*
- *treća ili kasna faza*

Ciljevi kineziterapije po fazama:

1. prva ili rana faza:
    - prevencija pneumonije
    - prevencija dekubitusa
    - prevencija kontraktura
    - prevencija cirkulatornih poremećaja
2. druga ili prijelazna faza:
    - sprječavanje spasticiteta
    - sprječavanje atrofije mišića
    - održavanje normalne mobilnosti zglobova
    - adaptacija na okomiti položaj
3. treća ili aktivna faza:
    - jačanje antagonista spastične muskulature
    - učenje balansa iz svih položaja
    - razvijanje selektivnih pokreta
    - uvježbavanje aktivnosti svakodnevnog života.

### 1.2.3. Stacionarna rehabilitacija

U stacionarnim uvjetima mora se također nastaviti provoditi svakodnevna osnovna higijena i zdravstvena njega uz prevenciju dekubitusa i toaletu cijele kože (21). Opći ključni kriteriji za prijem na stacionarnu medicinsku rehabilitaciju su stabilan neurološki status, odsustvo značajnijeg komorbiditeta (srčane dekompenzacije, značajno oštećenje kognitivnih funkcija), prisustvo značajnijeg živčano-mišićnog deficita, u najmanje dvije od navedenih 5 funkcija (11,14):

1. Pokretljivost
2. Aktivnosti samozbrinjavanja
3. Komunikacija
4. Kontrola stolice i mokrenja
5. Kontrola žvakanja i gutanja

Da bi bolesnik mogao biti upućen na stacionarnu medicinsku rehabilitaciju, mora biti u mogućnosti aktivno sudjelovati najmanje 45 minuta do 3 sata dnevno u 5 navedenih ključnih kriterija za bolničku rehabilitaciju (11,22). Aktivnosti treba provoditi po planu i programu, barem 45 minuta, 5 radnih dana u tjednu (11). Bitno je da bolesnik ima očuvane kognitivne funkcije i mogućnost učenja, da ima očuvanu bar minimalnu govornu funkciju za razumijevanje i sporazumijevanje sa članovima rehabilitacijskog tima, da je u fizičkom stanju koje može tolerirati fizičku aktivnost i sudjelovati u ostvarenju zajedničkih ciljeva (bolesnika i članova rehabilitacijskog tima). Opći isključni kriteriji za prijem na stacionarnu medicinsku rehabilitaciju su: povišena tjelesna temperatura, očekivana niska stopa preživljavanja, teške kognitivne promjene i nesuradljivost (11,19). Trijaža bolesnika za daljnju rehabilitaciju provodi se prema NIHSS skali (engl. National Institute of Health Stroke Score) (23):

- Kod lakših funkcijskih onesposobljenosti (NIHSS 0-4) moguća je ambulantna rehabilitacija, rehabilitacija preko dnevne bolnice ili rehabilitacija u kući. Ključni kriteriji su moguć i siguran dolazak na terapiju i organizirano provođenje fizioterapije u kući na području mjesta boravka. U slučaju objektivnih poteškoća obavljanja navedenog načina rehabilitacije (život u udaljenim mjestima s teškom prometnom povezanošću, život na otocima ili u gorskom i planinskom kraju), preporuča se kratkotrajna stacionarna medicinska rehabilitacija.
- Kod težih funkcijskih onesposobljenosti (NIHSS 5-15) potrebna je stacionarna medicinska rehabilitacija u nastavku (akutna, subakutna), dok god postoji stalni funkcijski oporavak, koji se prati odgovarajućim mjernim funkcijskim instrumentima – indeksima.
- Ako nema očuvane dostatne kognitivne funkcije, ako postoji senzomotorna afazija, znatna psihička i emocionalna disfunkcija, te bolesnik ne može tolerirati minimalnu fizičku aktivnost (NIHSS veći od 15), potrebna je doživotna tuđa njega i pomoć.

Trijaža bolesnika za daljnju rehabilitaciju prema FIM indeksu (engl. Functional Independence Measure) po rezultatima jedne prospektivne studije je kako slijedi (15):

- Bolesnicima koji imaju FIM iznad 80 (blago onesposobljenje) preporuča se fizioterapija u kući uz potporu obitelji, ambulantna rehabilitacija, rehabilitacija

preko dnevne bolnice (ako su zadovoljeni objektivni organizacijski uvjeti da se takav oblik fizioterapije može obavljati, a da se ne našteti bolesniku).

- Bolesnicima koji imaju FIM manji od 40 (teško onesposobljenje) potrebna je produžena njega i osnovni rehabilitacijski program smanjenog intenziteta, koji je prilagođen stanju bolesnika.
- Bolesnicima koji imaju FIM od 40-80 potrebna je intenzivna stacionarna rehabilitacija i kod njih se očekuje i registrira veliki napredak.

Rehabilitacijski proces za bolesnike zahtijeva:

- prostor koji odgovara zahtjevima specijaliziranog rehabilitacijskog programa za bolesnike nakon MU
- pažljivo planirani, integrirani i individualno prilagođeni specijalizirani rehabilitacijski program

Navedeni program sastavlja i provodi multidisciplinarni rehabilitacijski tim. Članovi tima moraju obraditi bolesnika i odrediti stupanj oštećenja mozga i posljedičnog smanjenja aktivnosti i participacije kako bi mogli planirati i započeti specijalizirani rehabilitacijski program. Neki su principi rehabilitacije proizišli iz kliničkog istraživanja, a većina ih je utemeljena na kliničkom iskustvu. Potrebno je odmah identificirati probleme u smislu:

- orijentacije u vremenu i prostoru
- pozicioniranja
- transfera
- pokretljivosti / korištenja pomagala; rizika od pada
- gutanja
- govora
- rizika od nastajanja natisnih vrijedova
- kontinencije
- komunikacije, uključujući razumijevanje i sposobnost provedbe zadanih instrukcija, te mogućnost izražavanja želja i potreba
- nutritivnog statusa i hidracije.

Intenzitet rehabilitacije modificira se po mogućnosti bolesnika da participira i gdje se pretpostavlja da će se postići napredak:

- najmanje 45 minuta i više dnevno / 5 radnih dana u tjednu, a ako bolesnik ne može participirati 45 minuta dnevno, također se provodi u sklopu mogućnosti bolesnika
- rehabilitacija s aktivnom participacijom koliko bolesnik može te ako je vidljiv stalni napredak funkcijskog statusa.

Rehabilitacijski plan mora obuhvaćati: pravilno namještanje, održavanje opsega pokreta i fiksiranje, vježbe snage, vježbe po Bobath i Vojta konceptu te proprioceptivnu neuromišićnu facilitaciju (PNF), aerobni trening, multisenzornu stimulaciju, ciljanu terapiju za ekstremitete (sprječavanje kontraktura, zglobova i vezivnih struktura, facilitiranje funkcije i nošenje ortoza), elektrostimulacije, trening hoda i radnu terapiju.

#### 1.2.3.1. Specijalne bolnice u Republici Hrvatskoj

Specijalna bolnica je tip bolničke ustanove odnosno to je zdravstvena ustanova specijalizirana za određenu granu medicinske djelatnosti poput fizikalne terapije. U Republici Hrvatskoj postoji 10 specijalnih bolnica za medicinsku rehabilitaciju.

**Tablica 2.** Specijalne bolnice - naziv

| |
|---|
| "Biokovka" specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju - Makarska |
| "Kalos" Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Vela Luka |
| Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju "Naftalan" Ivanić Grad |
| Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Daruvarske Toplice |
| Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Krapinske Toplice |
| Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Lipik |
| Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Stubičke Toplice |
| Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Varaždinske Toplice |
| Thalassotherapia Crikvenica, Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Primorsko-goranske županije |
| Thalassotherapija Opatija - Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju bolesti srca, pluća i reumatizma |

Bolesnici iz Splitsko-dalmatinske županije s preboljenim MU najčešće odlaze na rehabilitaciju u specijalne bolnice „Kalos“ i „Biokovka“ .

### 1.2.4. Rehabilitacija u kućnim uvjetima

Nakon otpusta iz bolnice i obavljene rehabilitacije bolesnici su puštaju na kućnu njegu i vrlo često imaju potrebu za nastavkom rehabilitacije u kući uz obavezan nadzor liječnika obiteljske medicine (11). Pravilnom zdravstvenom skrbi je moguće umanjiti rizik od ponovnog MU i produžiti život. Potrebno je redovito fizijatrijsko praćenje bolesnika, uz evaluaciju funkcionalnog statusa bolesnika te produžavanje ili prekidanje rehabilitacije kod kuće ili ambulantno u početku u razdobljima od mjesec i pol dana, kasnije svaka 3 mjeseca, a u kroničnoj fazi svakih 6 mjeseci ili jednom godišnje (14). Bolesnici se kod kuće susreću sa brojnim problemima kao što su: novonastalo stanje koje nosi lošiju prilagodbu bolesnika na funkcioniranje u obitelji, depresija, smanjena seksualnost, potrebe za različitom opremom - potreba za pomagalima za transfere, potreba za pomagalima za kretanje, motorički problemi, kao npr. izrazito teški spazam u šakama, promijenjeni obrazac kretanja i slično (11,22). Također, treba nastaviti nadgledati, pa i organizirati provođenje rehabilitacije odnosno tijek oporavka bolesnika s MU koliko god je to potrebno, a kako bi bili sigurni da je bolesnik uspostavio i postigao maksimalni stupanj oporavka (14). Bolesnicima treba prilagoditi prostor izvan kuće i u kući kako bi se nesmetano mogli kretati, bez ili uz pomoć pomagala za kretanje (štap, štaka, hodalica, invalidska kolica) ili u kojem će biti pokretni uz pomoć druge osobe. Zbog navedenog razloga ponekad je potrebno ukloniti određene elemente i stvari iz dnevnog prostora koje ometaju kretanje, kako bi se omogućilo dovoljno mjesta za samostalno kretanje ili kretanje uz pomagalo i pomoć druge osobe, a posebno je važno da pod ne bude klizav i da se uklone tapeti jer to može biti jako rizično za pad. To je važno ne samo zbog nesmetanog kretanja samog bolesnika već i svih koji su u doticaju s njim, od članova njegove obitelji pa sve do zdravstvenih djelatnika koji s njim rade. Posebno je važno da se bolesniku omogući što lakši pristup toaletu. Ako bolesnik živi u kući gdje je toaletni prostor u prizemlju, tada je potrebno dnevni boravak ili jednu sobu u prizemlju adaptirati u spavaću sobu (dnevni boravak) za bolesnika. Tijekom dana bolesnika je potrebno premjestiti u prostore u kojem borave i ostali članovi obitelji da se bolje integrira u obitelj. Krevet bolesnika treba biti dovoljno velik, vodeći računa o

veličini sobe. Mora biti postavljen uzduž jednog zida ili malo udaljen od zida da druga osoba može pristupiti bolesniku i s te strane. Kada bolesnik leži na leđima, njegova hemiplegična strana treba biti odmaknuta od zida. Krevet treba biti toliko visok da, kada bolesnik u njemu sjedi, stopalima dodiruje pod, a u isto vrijeme zdjelica bolesnika treba biti lagano povišena u odnosu na koljena. Zbog navedenog razloga većinu standardnih kreveta treba povisiti. Dok je u krevetu, bolesniku je potreban 1-3 jastuka ispod gornjeg dijela grudnog koša i ramena plus jedan manji jastučić za uzglavlje, jer se uz takvo namještanje kod bolesnika umanjuje spazam. Kako bi se spazam dodatno u ležećem položaju umanjio, potrebno je na hemiplegičnu stranu u predjelu kuka i natkoljenice podmetnuti ručnik koji je smotan kao valjak. Nadalje, kako bi se spriječio razvoj dekubitalnih rana na peti, potrebno je ispod mišića potkoljenice staviti podmetač od spužve, a tome mogu poslužiti i 1-2 ručnika kojima bi se peta minimalno odigla od podloge. U cilju sprečavanja razvoja dekubitusa na većim površinama tijela kao što su leđa ili kukovi može se koristiti antidekubitalni madrac. Tijekom ležanja bolesniku treba promijeniti položaj u krevetu svaka 2-3 sata, odnosno mijenjati položaj na lijevi-desni bok. Sve su to važne činjenice o kojima fizioterapeut koji dolazi u bolesnikov dom mora voditi računa i educirati samog bolesnika i njegove ukućane. Zadaća fizioterapeuta koji dolazi bolesnika rehabilitirati u njegovom domu je da se još više prilagodi psihološkom profilu samog bolesnika te njegovim zahtjevima i željama ukoliko su realne. On mora biti jako savjestan i osjetljiv na bolesnikove ne samo tjelesne potrebe već i one emocionalne i socijalne. Bitno je da bude svjestan timske suradnje i u ovakvim uvjetima rada sa ostalim zdravstvenim i nezdravstvenim osobljem koji dolaze u kontakt sa bolesnikom. Potrebno je da o svim promjenama o stanju i oporavku bolesnika vodi evidenciju i planira daljnji tijek fizioterapije uz nadležnog liječnika. Iz svega toga proizlazi i veće zadovoljstvo bolesnika pruženom zdravstvenom uslugom, a time i bolja suradnja s terapeutom i na kraju bolji ishod rehabilitacije. Od nemjerljive važnosti je da fizioterapeut u dogovoru sa bolesnikom postavi realne i ostvarive ciljeve koje bi po njegovoj fizioterapijskoj procjeni bolesnik mogao postići u dogledno vrijeme. Na taj način, povećati će motivaciju bolesnika s čime ide izgledniji oporavak i veće zadovoljstvo samog bolesnika.

## 1.3. Zadovoljstvo bolesnika pruženom zdravstvenom uslugom

Zbog sve ubrzanije transformacije zdravstvene zaštite iz pasivne ponude u aktivnu potražnju gdje bolesnikove potrebe definiraju kvalitetu, proizlazi da je zadovoljstvo bolesnika važan mjerni instrument. Također, zbog sve većih zdravstvenih prava bolesnika u kojima su oni aktivni sudionici u donošenju odluka, mjerenje bolesnikova zadovoljstva postaje važan dio zdravstvenog sustava (24). Zadovoljstvo pruženom zdravstvenom uslugom pokazatelj je njezine kvalitete, a utječe na opće zdravstveno stanje pojedinca i cijele društvene zajednice, pa je mjerenje zadovoljstva značajno i na razini pojedinca i razini zdravstvenih sustava države (25,26).

Zadovoljstvo bolesnika definirano je Pravilnikom o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene kao predodžba bolesnika o stupnju u kojem su zadovoljeni njegovi zahtjevi (27). Zadovoljstvo bolesnika pruženom zdravstvenom uslugom jedan je od glavnih ciljeva i kriterija koji nam ukazuju na razinu postignuća pokazatelja kvalitete, stoga ono mora biti i evaluirano kroz percepciju korisnika usluga (28). Zadovoljstvo korisnika zdravstvenom uslugom jednim djelom leži u zadovoljstvu pružateljem usluge kao pojedincem, a u drugom dijelu ovisi o širem ustrojstvu zdravstvenog sustava. Reforme zdravstvenih sustava poduzete u novije vrijeme u brojnim zemljama, pa tako i u Republici Hrvatskoj, imaju za cilj upravo povećanje zadovoljstva korisnika zdravstvenih usluga. U tu je svrhu nužno neprekidno pratiti i analizirati njihove stavove, očekivanja i percepcije kako bi se ustanovilo podudaraju li se i u kojoj mjeri s onima koje imaju pružatelji usluga. Iznimno je važno povećati zadovoljstvo korisnika uslugama u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, jer je ono najviše povezano sa zadovoljstvom sveukupnim zdravstvenim sustavom. Zadovoljstvo bolesnika u mjerenju kvalitete zdravstvene zaštite nužno je zbog sve prisutnije transformacije zdravstvene zaštite iz područja pasivne ponude u područje aktivne potražnje zdravstvene zaštite gdje su bolesnikove potrebe one koje definiraju dio kvalitete. Osim toga u demokratskom društvu bolesnici moraju imati pravo na utjecaj u donošenju odluka. Mjerenje bolesnikova zadovoljstva postaje dio društvene participacije u ukupnom zdravstvenom sustavu, a mišljenje bolesnika o našem radu važan je element pri određivanju kvalitete tog rada (29,30). Zadovoljstvo je tipična kombinacija bolesnikovih očekivanja prije pregleda, bolesnikova iskustva tijekom

pregleda i zadovoljstva smanjenjem ili rješavanjem simptoma zbog kojih je potražio zdravstvenu pomoć (31). Percepcija kvalitete ovisi o nizu objektivnih, ali i psiholoških, socijalnih i demografskih čimbenika (32). Poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite postalo je jedno od najznačajnijih pitanja razvoja svakog zdravstvenog sustava (33). Zadovoljstvo bolesnika se mijenja, jer se radi o subjektivnom doživljaju koji je pod utjecajem brojnih unutarnjih i vanjskih čimbenika. Zadovoljstvo, dakle nema osnovne mjerne jedinice, stoga nije korektno objediniti bodove sa zadovoljstvom različitim dimenzijama zdravstvene skrbi u jedan jedini pokazatelj zadovoljstva. Visoke razine zadovoljstva zdravstvenom skrbi općenito često prikrivaju nezadovoljstvo pojedinim elementima. Bolesnici mogu biti nezadovoljni zdravstvenim radnicima koji loše komuniciraju, no koji su vrlo stručni u svom radu. Zadovoljstvo ishodima zdravstvene skrbi može zamaskirati nezadovoljstva pojedinim elementima skrbi (34). Na kvalitetu zdravstvene skrbi i percepciju odnosno zadovoljstvo ili iskustvo bolesnika ne utječe samo kvaliteta rada pojedinog zdravstvenog radnika ili zdravstvene ustanove, već i kvaliteta organizacije zdravstvenog sustava u cjelini, pa je zadovoljstvo bolesnika našim radom rezultat svih tih čimbenika. Razinu tog osobnog i kolektivnog zadovoljstva s našim radom određuje, osim općih karakteristika samog bolesnika (obrazovanje, intelektualne sposobnosti, materijalni i psihofizički status itd.) i razina njegovih interakcija u zajednici, putem kojih se i inače stvara mišljenje i zauzima stav.

Brojni upitnici su sastavljeni za subjektivnu ocjenu različitih aspekata njege, ali kao takvi imaju nedostatke. Stavovi prema pruženoj usluzi ne govore nam mnogo o prirodi tih usluga. Upitnici o zadovoljstvu bolesnika imaju tendenciju da izazovu veoma pozitivne ocjene koje nisu osjetljive na specifične probleme u kvaliteti isporuke skrbi. Mnogi se zalažu da upitnici trebaju biti okrenuti mjerenju bolesnikovih iskustava o njihovoj skrbi, a zatim utvrditi kako su ta iskustva vezana uz zadovoljstvo bolesnika (35). Upitnici o zadovoljstvu bolesnika su bila kritizirana da neučinkovito odjeljuju dobru i lošu praksu jer rijetko pitaju bolesnike o važnosti tih upitnika za njihovo zdravstveno stanje i liječenje (36).

Kvaliteta usluge je subjektivnog karaktera jer ovisi o razini zadovoljavanja potreba i očekivanja korisnika. Za pruženu uslugu važno je da zadovoljava tehničku i funkcionalnu komponentu kvalitete (37). Primjer tome je da se u ustanovama zdravstvene zaštite zahtijeva uz zadovoljavajuću medicinsku skrb što predstavlja

tehničku kvalitetu i primjerena komunikacija između bolesnika i zaposlenika odnosno funkcionalna kvaliteta. Čimbenici koji utječu na percepciju kvalitete i zadovoljstvo korisnika svake, pa tako i zdravstvene usluge, kao što su brzina pružanja usluge, urednost i primjerenost opreme, uljudnost i spremnost zaposlenika na pomoć i slično, podvrgnuti su različitim izvedbama i teško ih je standardizirati. Mnogo je teže odrediti razinu kvalitete u zdravstvenim nego u, na primjer, financijskim ili turističkim uslugama, ponajviše zbog toga što se radi o ljudskom biću i njegovom životu s kojima se kvaliteta usluge dovodi u neposrednu vezu (38). Specifičan problem u procjeni kvalitete zdravstvenih usluga je da korisnici ne mogu odrediti »pravu« kvalitetu pružene usluge ako im usluga nije dostupna ili ju ne koriste dulje vrijeme. Učestalost korištenja utječe na određivanje kvalitete zdravstvene usluge. Učestalost korištenja zdravstvenih usluga ovisi o samoj osobnosti korisnika, te o demografskim, društvenim, ekonomskim, psihološkim i drugim elementima gdje vidimo velike razlike među korisnicima. Što su korisnici više upoznati s uslugom, to bolje mogu procijeniti kvalitetu. Bez iskustva ili poznavanja usluge procjenu moraju donositi na temelju nečeg drugog. U zdravstvenim uslugama najvažnije je povjerenje korisnika za razliku u mnogim drugim uslugama.

# 2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Glavni cilj ovog istraživanja je utvrditi razlike u zadovoljstvu provedenom rehabilitacijom u stacionarnim i kućnim uvjetima. Putem anketnog ispitivanja korištenjem strukturiranog upitnika kao mjernog instrumenta prikupljeni su podaci putem kojih se testirala hipoteza.

Specifični cilj ovog istraživanja je: utvrditi stupanj zadovoljstva bolesnika provedenom rehabilitacijom u stacionarnim i kućnim uvjetima.

Za ostvarivanje cilja rada postavljena je slijedeća hipoteza:

**Hipoteza:** Zadovoljstvo provedenom rehabilitacijom pozitivno korelira sa uspješnom rehabilitacijom i dobrim oporavkom, a negativno sa slabim oporavkom nakon rehabilitacije.

# 3. METODE I MATERIJALI

Provedeno je istraživanje pomoću upitnika o zadovoljstvu provedenih terapijskih vježbi. Anketirano je 35 ispitanika koji su dobrovoljno pristali iznijeti svoje zadovoljstvo usporedbom terapijskih vježbi provedenih u stacionarnoj ustanovi i u domu ispitanika.

Ustroj istraživanja: presječna studija

## 3.1. Mjesto i vrijeme istraživanja

Istraživanje je provedeno u razdoblju od 12. svibnja do 31. kolovoza 2016. godine.
Anketni upitnik su ispitanici ispunili zadnjeg dana terapije u kućnim uvjetima (domovi bolesnika) uz prethodno objašnjenje cilja istraživanja i dobrovoljnog pristanka za sudjelovanje u istraživanju, uz garanciju anonimnosti identiteta ispitanika.

## 3.2. Ispitanici

Uključeno je 35 ispitanika oba spola (muškarci i žene) u dobi između 52 i 85 godina života koji su nakon stacionarne rehabilitacije ostvarili pravo na rehabilitaciju u kući. Valjano i u potpunosti ispunjeni anketni upitnici su činili konačan uzorak.

Kriteriji za uključenje:

- osobe u dobi između 52 i 85 godina,
- dijagnoza moždanog udara,
- provedena stacionarna rehabilitacija uz odobrenje za nastavak rehabilitacije u kući,
- komunikativno i intelektualno sposobni ispitanici za razumijevanje informiranog pristanka i ankete.

Kriteriji za isključenje:

- osobe koje odbijaju suradnju,
- osobe koje su odustale od sudjelovanja u istraživanju,
- nepotpuno ispunjeni anketni listići,
- osobe koje su komunikativno i intelektualno nesposobne.

## 3.3. Način prikupljanja podataka

Anketno ispitivanje je provedeno putem strukturiranog upitnika (upitnik o zadovoljstvu provedenim terapijskim vježbama) uz stalnu nazočnost anketara, ali bez njegovog utjecaja na odgovor. Struktura upitnika je građena na temelju pregleda literature i provedenih značajnijih ispitivanja putem intervjua i fokus grupa s bolesnicima za određivanje njihovih prioriteta i kao takvi su pregledani i izvučeni ključni aspekti zadovoljstva.

Upitnik je sastavljen u svrhu istraživanja zadovoljstva provedene rehabilitacije u stacionarnim i kućnim uvjetima na ispitanicima koji su preboljeli MU. Ispitanici su morali samo navesti dob, spol i u kojoj rehabilitacijskoj ustanovi su vršili rehabilitaciju i terapiju. Upitnik se sastoji od 20 pitanja koja sadrže pitanja o samoj kvaliteti rehabilitacije i odnosu fizioterapeuta koji su radili sa korisnicima u stacionarnim i kućnim uvjetima. 10 pitanja se odnose na kućne rehabilitacijske usluge, a 10 na stacionarne rehabilitacijske usluge. Za svako naredno pitanje ponuđene su 4 tvrdnje:

1. potpuno sam suglasan/na
2. djelomice sam suglasan/na
3. djelomice nisam suglasan/na
4. uopće nisam suglasan/na

Ispitanici su morali za svako pitanje zaokružiti jednu od ponuđenih tvrdnji. Upitnik sadrži i 7 dodatnih pitanja psihološkog tipa koji za cilj imaju ispitati kakva je sigurnost korisnika te usporedbu i doživljaj korisnika usluga vezano za rehabilitaciju i odnos fizioterapeuta u kućnim i stacionarnim uvjetima kao i da li je spol terapeuta bitan korisnicima. Ova pitanja imaju dvije ponuđene tvrdnje od kojih se jedna odnosi na kućne uvjete, a druga na stacionarne. Dva su pitanja vezana za važnost spola terapeuta u provođenju rehabilitacije i ponuđeni su odgovori „DA“ i „NE“ te „M“ i „Ž“.

## 3.4. Statistička obrada podataka

Koristeći primijenjene kvantitativne metode testirala se postavljena hipoteza.
Korištene su metode grafičkog i tabelarnog prikazivanja, korelacijska analiza, te Mann-Whitney U test.

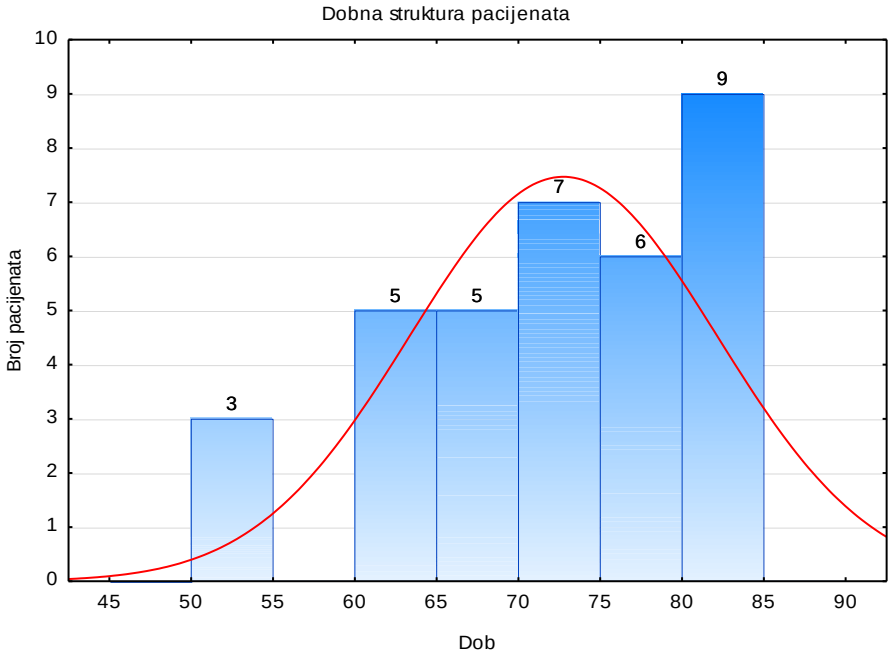
Metodama grafičkog prikazivanja vizualno se ukazuje na zastupljenost modaliteta odabranog obilježja u uzorku, dok se metodama tabličnog prikazivanja prikazuje struktura brojčanim putem (apsolutnim i relativnim pokazateljima) u tablici.

Korelacijskom analizom testira se postojanje povezanosti u kretanjima dvaju ili više promatranih varijabli. Mann-Whitney U testom testira se razlika u vrijednostima s obzirom na postojanje obilježja koje se pojavljuje u 2 oblika.

Analiza je rađena u statističkom programu STATISTICA 12
Zaključci su doneseni pri razini pouzdanosti od 95%.

# 4. REZULTATI

Struktura ispitanika prema dobi prikazana je grafičkim putem histogramom.




**Slika 1.** Grafički prikaz dobne strukture ispitanika

Iz histograma se može uočiti da je najveći broj ispitanika starosne dobi u rasponu od 80 do 85 godina te je riječ o starijoj populaciji.




**Slika 2.** Grafički prikaz spolne zastupljenosti ispitanika

Iz grafičkog prikaza se može uočiti da je u istraživanju sudjelovalo 49% ispitanika ženskog spola te 51 ispitanik muškog spola.

Tabličnim prikazom pojedinačnog pitanja prikazane su rezultati statističke obrade.

**Tablica 3**. Osjećate li se sigurniji kada Vas terapeut vježba u kući ili u stacionarnim uvjetima?

| | Broj ispitanika | Struktura (%) |
|---|---|---|
| U kući | 29 | 82,86 |
| Stacionarno | 6 | 17,14 |
| Ukupno | 35 | 100,00 |

Iz tabličnog prikaza može se uočiti da se najveći broj ispitivanih ispitanika (82,86%) osjeća sigurnije kada ih terapeut vježba u kući.

**Tablica 4.** Je li kvaliteta usluge pružanja terapijskih vježbi po vašoj procjeni bolja u kućnim ili stacionarnim uvjetima?

| | Broj ispitanika | Struktura (%) |
|---|---|---|
| Kućnim | 27 | 77,14 |
| Stacionarnim | 8 | 22,86 |
| Ukupno | 35 | 100,00 |

Iz tabličnog prikaza može se uočiti da se najveći broj ispitivanih ispitanika (77,14%) smatra da je kvaliteta usluge pružanja terapijskih vježbi bolja u kućnim uvjetima.

**Tablica 5**. Je li po Vama spol terapeuta bitan u provođenju terapijskih vježbi?

| | Broj ispitanika | Struktura (%) |
|---|---|---|
| Ne | 23 | 65,71 |
| Da | 12 | 34,29 |
| Ukupno | 35 | 100,00 |

Iz tabličnog prikaza može se uočiti da se najveći broj ispitivanih ispitanika (65,71%) smatra da spol nije bitna u provođenju terapijskih vježbi.

**Tablica 6.** Dvodimenzionalan prikaz

| | Je li po Vama spol terapeuta bitan u provođenju terapijskih vježbi? - ne | Je li po Vama spol terapeuta bitan u provođenju terapijskih vježbi? - da | Ukupno |
|---|---|---|---|
| ŽENSKI | 12 | 5 | 17 |
| Redak (%) | 70,59% | 29,41% | |
| MUŠKI | 11 | 7 | 18 |
| Redak (%) | 61,11% | 38,89% | |
| Ukupno | 23 | 12 | 35 |

Iz tabličnog prikaza je vidljivo da je spol terapeuta bitan u provođenju terapijskih vježbi važan kod 29,41 % ispitanika ženskog spola, dok je spol terapeuta bitan u provođenju terapijskih vježbi kod 38,89% ispitanika muškog spola.
Zavisnost je testirana Hi kvadrat testom.

**Tabica 7.** Spol(2) Je li po Vama spol terapeuta bitan u provođenju terapijskih vježbi?

| | Hi kvadrat vrijednost | Stupnjevi slobode | Signifikantnost (p) |
|---|---|---|---|
| Hi kvadrat test | 0,348525 | df=1 | p=0,554 |

Na temelju empirijske p vrijednosti 55,495% donosi se zaključak da zavisnost nije statistički značajna.

**Tablica 8.** Ako je, koji spol smatrate sposobnijim za provođenje rehabilitacije?

| | Broj pacijenata | Struktura (%) |
|---|---|---|
| Ženski | 5 | 41,67 |
| Muški | 7 | 58,33 |
| Ukupno | 12 | 100,00 |

Veza između preferiranog spola fizioterapeuta i spola ispitanika prikazano je dvodimenzionalnim tabličnim prikazom.

**Tablica 9.** Dvodimanzionalni prikaz

| Spol | Ako je, koji spol smatrate sposobnijim za provođenje rehabilitacije? - ženski | Ako je, koji spol smatrate sposobnijim za provođenje rehabilitacije? - muški | Redak-ukupno |
|---|---|---|---|
| Ženski | 4 | 1 | 5 |
| Muški | 1 | 6 | 7 |
| Ukupno | 5 | 7 | 12 |

Iz tablice se može uočiti da ispitanici muškog spola koji smatraju da je spol fizioterapeuta bitan preferiraju fizioterapeuta muškog spola, dok ispitanici ženskog spola koji smatraju da je spol fizioterapeuta bitan preferiraju fizioterapeuta ženskog spola.

**Tablica 10.** Smatrate li da kreativnost i umijeće terapeuta više dolazi do izražaja u kućnim ili u stacionarnim uvjetima?

| | Broj ispitanika | Struktura (%) |
|---|---|---|
| Kućnim | 32 | 91,43 |
| Stacionarnim | 3 | 8,57 |
| Ukupno | 35 | 100,00 |

Iz tabličnog prikaza može se uočiti da se najveći broj ispitivanih ispitanika (91,43%) smatra da kreativnost i umijeće terapeuta više dolazi do izražaja u kućnim uvjetima.

**Tablica 11.** Je li po vama suradnja između terapeuta i ispitanika veća kad se terapijske vježbe provode u kući ili stacionarno?

| | Broj ispitanika | Struktura (%) |
|---|---|---|
| U kući | 34 | 97,14 |
| Stacionarno | 1 | 2,86 |
| Ukupno | 35 | 100,00 |

Iz tabličnog prikaza može se uočiti da se najveći broj ispitivanih ispitanika (97,14%) smatra da suradnja između terapeuta i ispitanika je veća kad se terapijskih vježbi provedenih u kućnim uvjetima.

**Tablica 12.** Jeste li dosada bili zadovoljniji s terapeutima koji su Vam dolazili kući ili s onima koji su s Vama radili u stacionarnim uvjetima?

| | Broj ispitanika | Struktura (%) |
|---|---|---|
| Kućni | 34 | 97,14 |
| Stacionarni | 1 | 2,86 |
| Ukupno | 35 | 100,00 |

Iz tabličnog prikaza može se uočiti da se najveći broj ispitivanih ispitanika (97,14%) su bili zadovoljniji s terapeutima koji su dolazili kući.

U nastavku rada prikazana je deskriptivna analiza zadovoljstva ispitanika

Stupanj zadovoljstva mjeren je Likertovom skalom sa 4 vrijednosti i to na sljedeći način:

1 - potpuno sam suglasan/na

2 - djelomice sam suglasan/na

3 - djelomice nisam suglasan/na

4 - uopće nisam suglasan/na

Dakle, porast rang vrijednosti je praćen padom zadovoljstva ispitanika.

**Tablica 13.** Deskriptivna statistika

| | Prosjek | Medijan | Mod | Minimum | Maksimum | St. Dev | Koef. Var. (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tijekom moje rehabilitacije u stacionarnoj ustanovi za rehabilitaciju, bio/la sam tretiran/a od strane fizioterapeuta koji je provodio moju rehabilitaciju sa ljubaznošću i poštovanjem | 1,66 | 1,00 | 1 | 1,00 | 4,00 | 1,03 | 62,00 |
| Tijekom moje rehabilitacije u kućnim uvjetima, bio/la sam tretiran/a od strane fizioterapeuta koji je provodio moju rehabilitaciju sa ljubaznošću i poštovanjem | 1,23 | 1,00 | 1 | 1,00 | 4,00 | 0,60 | 48,70 |
| Fizioterapeuti koji su radili sa mnom u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi, imali su sluha za moje osobne potrebe | 1,97 | 2,00 | 1 | 1,00 | 4,00 | 1,01 | 51,40 |
| Fizioterapeuti koji su radili sa mnom u kućnim uvjetima, imali su sluha za moje osobne potrebe | 1,26 | 1,00 | 1 | 1,00 | 4,00 | 0,61 | 48,60 |
| Imao/la sam dobru komunikaciju sa fizioterapeutima koji su radili sa mnom u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi | 1,66 | 1,00 | 1 | 1,00 | 4,00 | 0,94 | 56,60 |
| Imao/la sam dobru komunikaciju sa fizioterapeutima koji su radili sa mnom u kućnim uvjetima | 1,17 | 1,00 | 1 | 1,00 | 3,00 | 0,45 | 38,70 |
| Fizioterapeuti koji su radili sa mnom u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi učinili su sve kako bi moj oporavak bio što bolji | 1,97 | 2,00 | 2 | 1,00 | 4,00 | 0,89 | 45,20 |
| Fizioterapeuti koji su radili sa mnom u kućnim uvjetima učinili su sve kako bi moj oporavak bio što bolji | 1,37 | 1,00 | 1 | 1,00 | 4,00 | 0,69 | 50,30 |
| Ja sam zadovoljan/a sa tipom rehabilitacije koji su mi pružili fizioterapeuti u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi | 1,80 | 1,00 | 1 | 1,00 | 4,00 | 0,99 | 55,20 |
| Ja sam zadovoljan/a sa tipom rehabilitacije koji su mi pružili fizioterapeuti u kućnim uvjetima | 1,29 | 1,00 | 1 | 1,00 | 4,00 | 0,67 | 51,90 |
| Dobio/la sam sve potrebne podatke i informacije koje će biti korisne za moj oporavak nakon rehabilitacije od strane fizioterapeuta koji su me tretirali u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi | 2,29 | 2,00 | 2 | 1,00 | 4,00 | 1,05 | 45,70 |
| Dobio/la sam sve potrebne podatke i informacije koje će biti korisne za moj oporavak nakon rehabilitacije od strane fizioterapeuta koji su me tretirali u kućnim uvjetima | 1,49 | 1,00 | 1 | 1,00 | 4,00 | 0,74 | 50,00 |

**Tablica 13.** Deskriptivna statistika - nastavak

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dobio/la sam korisne savjete od strane fizioterapeuta koji su radili sa mnom u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi o tome kako prevenirati mogući slijedeći moždani udar | 2,26 | 2,00 | 2 | 1,00 | 4,00 | 1,04 | 46,00 |
| Dobio/la sam korisne savjete od strane fizioterapeuta koji su radili sa mnom u kućnim uvjetima o tome kako prevenirati mogući slijedeći moždani udar | 1,51 | 1,00 | 1 | 1,00 | 4,00 | 0,74 | 49,00 |
| Date su mi sve informacije koje sam želio/la od strane fizioterapeuta u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi vezano za najveći mogući moj oporavak od preboljenog moždanog udara i posljedica koje je | 2,20 | 2,00 | 2 | 1,00 | 4,00 | 0,96 | 43,80 |
| Date su mi sve informacije koje sam želio/la od strane fizioterapeuta u kućnim uvjetima rehabilitacije vezano za najveći mogući moj oporavak od preboljenog moždanog udara i posljedica koje je ostavio | 1,49 | 1,00 | 1 | 1,00 | 4,00 | 0,82 | 55,00 |
| Zadovoljan/a sam postignutom količinom oporavka nakon rehabilitacije u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi | 2,09 | 2,00 | * | 1,00 | 4,00 | 1,01 | 48,50 |
| Zadovoljan/a sam postignutom količinom oporavka nakon rehabilitacije u kućnim uvjetima | 1,69 | 2,00 | 1 | 1,00 | 4,00 | 0,80 | 47,20 |
| Zadovoljan/a sam cjelokupnom skrbi i rehabilitacijom provedenom u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi | 2,11 | 2,00 | 2 | 1,00 | 4,00 | 0,99 | 47,00 |
| Zadovoljan/a sam cjelokupnom skrbi i rehabilitacijom provedenom u kućnim uvjetima | 1,49 | 1,00 | 1 | 1,00 | 4,00 | 0,74 | 50,00 |
| **Ukupan stupanj zadovoljstva provedenim terapijskim vježbama u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi** | 2,00 | 1,70 | 1 | 1,00 | 4,00 | 0,83 | 41,50 |
| **Ukupan stupanj zadovoljstva provedenim terapijskim vježbama u kućnim uvjetima** | 1,40 | 1,20 | 1 | 1,00 | 2,80 | 0,52 | 37,00 |

*postoji više mod vrijednosti

Prosječan ukupan stupanj zadovoljstva provedenim terapijskim vježbama u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi je 2 (u rasponu od 1 do 4) što ukazuje da ispitanici u prosjeku jesu zadovoljni. Medijan vrijednost 1,70 znači da je polovica ispitivanih ispitanika imala razinu zadovoljstva od 1-1,7 dok je polovica ispitanika imala razinu zadovoljstva od 1,7 do 4. Stupanj zadovoljstva se kretao u rasponu od 1 do 4 sa prosječnim odstupanjem od aritmetičke sredine (standardna devijacija) 0,83. Riječ je o velikoj disperziji (koeficijent varijacije jednak 41,50%).

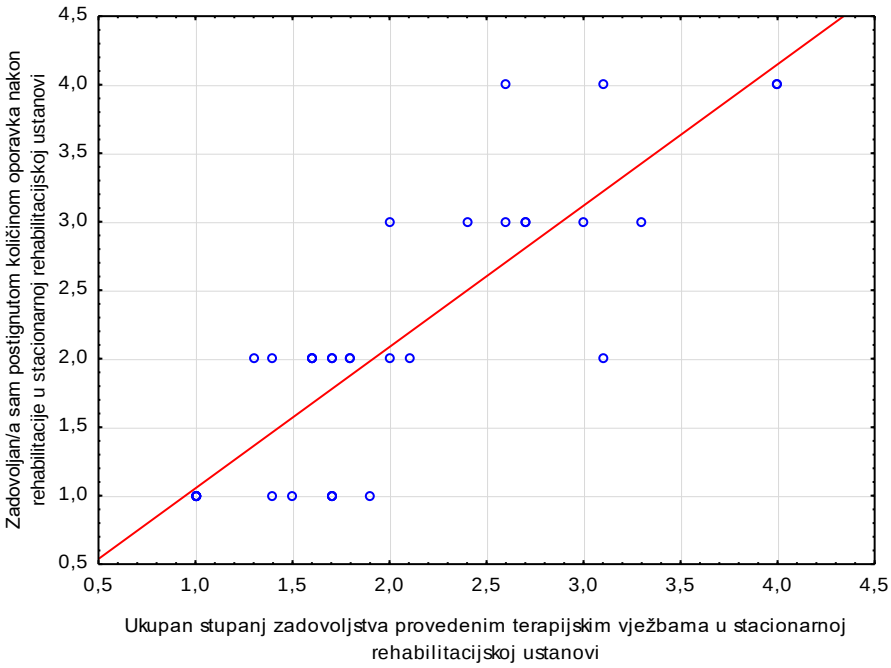
Prosječan ukupan stupanj zadovoljstva provedenim terapijskim vježbama u kućnim uvjetima je 1,40 (u rasponu od 1 do 4) što ukazuje da ispitanici u prosjeku jesu zadovoljni. Medijan vrijednost 1,20 znači da je polovica ispitivanih ispitanika imala razinu zadovoljstva od 1-1,2 dok je polovica ispitanika imala razinu zadovoljstva od 1,20 do 2,80. Stupanj zadovoljstva se kretao u rasponu od 1 do 2,80 sa prosječnim odstupanjem od aritmetičke sredine (standardna devijacija) 0,52. Riječ je o velikoj disperziji (koeficijent varijacije jednak 37,00%).

**Tablica 14.** Korelacijska analiza – Spearmanov test

| Zadovoljan/a sam postignutom količinom oporavka nakon rehabilitacije u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi | Broj opažanja | Spearman – R | t(N-2) | Signifikantnost (p) |
|---|---|---|---|---|
| Tijekom moje rehabilitacije u stacionarnoj ustanovi za rehabilitaciju, bio/la sam tretiran/a od strane fizioterapeuta koji je provodio moju rehabilitaciju sa ljubaznošću i poštovanjem | 35 | 0,52 | 3,51 | 0,00 |
| Fizioterapeuti koji su radili sa mnom u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi, imali su sluha za moje osobne potrebe | 35 | 0,61 | 4,42 | 0,00 |
| Imao/la sam dobru komunikaciju sa fizioterapeutima koji su radili sa mnom u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi | 35 | 0,83 | 8,66 | 0,00 |
| Fizioterapeuti koji su radili sa mnom u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi učinili su sve kako bi moj oporavak bio što bolji | 35 | 0,65 | 4,98 | 0,00 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ja sam zadovoljan/a sa tipom rehabilitacije koji su mi pružili fizioterapeuti u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi | 35 | 0,56 | 3,87 | 0,00 |
| Dobio/la sam sve potrebne podatke i informacije koje će biti korisne za moj oporavak nakon rehabilitacije od strane fizioterapeuta koji su me tretirali u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi | 35 | 0,77 | 6,96 | 0,00 |
| Dobio/la sam korisne savjete od strane fizioterapeuta koji su radili sa mnom u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi o tome kako prevenirati mogući slijedeći moždani udar | 35 | 0,55 | 3,76 | 0,00 |
| Date su mi sve informacije koje sam želio/la od strane fizioterapeuta u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi vezano za najveći mogući moj oporavak od preboljenog moždanog udara i posljedica koje je ostavio na moju pokretljivost | 35 | 0,53 | 3,63 | 0,00 |
| Zadovoljan/a sam cjelokupnom skrbi i rehabilitacijom provedenom u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi | 35 | 0,83 | 8,41 | 0,00 |
| Ukupan stupanj zadovoljstva provedenim terapijskim vježbama u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi | 35 | 0,81 | 8,06 | 0,00 |

Testiranjem veze između zadovoljstva postignutom količinom oporavka nakon rehabilitacije u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi i ukupnog stupnja zadovoljstva provedenim terapijskim vježbama u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi utvrđena je pozitivna, jaka i statistički značajna veza. Pozitivna veza znači da pad stava o oporavku je praćen padom ukupnog zadovoljstva i suprotno.

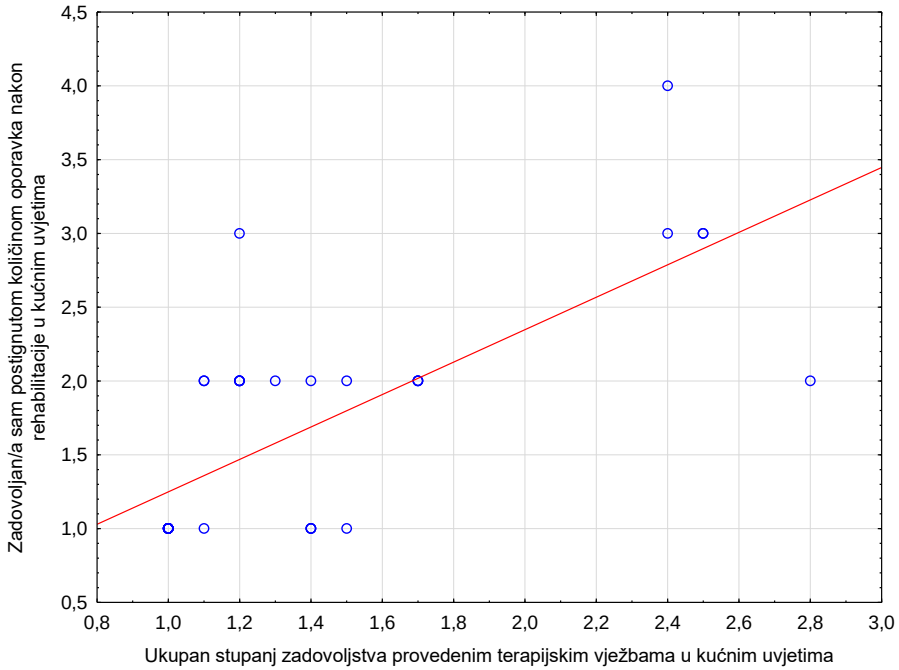



**Slika 3.** Grafički prikaz ukupnog zadovoljstva ispitanika u stacionarnoj ustanovi

**Tablica 15.** Korelacijska analiza – Spearmanov test

| Zadovoljan/a sam postignutom količinom oporavka nakon rehabilitacije u kućnim uvjetima | Broj opažanja | Spearman – R | t(N-2) | Signifikantnost (p) |
|---|---|---|---|---|
| Tijekom moje rehabilitacije u kućnim uvjetima, bio/la sam tretiran/a od strane fizioterapeuta koji je provodio moju rehabilitaciju sa ljubaznošću i poštovanjem | 35 | 0,27 | 1,62 | 0,11 |
| Fizioterapeuti koji su radili sa mnom u kućnim uvjetima, imali su sluha za moje osobne potrebe | 35 | 0,40 | 2,53 | 0,02 |
| Imao/la sam dobru komunikaciju sa fizioterapeutima koji su radili sa mnom u kućnim uvjetima | 35 | 0,51 | 3,37 | 0,00 |
| Fizioterapeuti koji su radili sa mnom u kućnim uvjetima učinili su sve kako bi moj oporavak bio što bolji | 35 | 0,46 | 3,01 | 0,00 |
| Ja sam zadovoljan/a sa tipom rehabilitacije koji su mi pružili fizioterapeuti u kućnim uvjetima | 35 | 0,34 | 2,08 | 0,05 |
| Dobio/la sam sve potrebne podatke i informacije koje će biti korisne za moj oporavak nakon rehabilitacije od st | 35 | 0,48 | 3,18 | 0,00 |
| Dobio/la sam korisne savjete od strane fizioterapeuta koji su radili sa mnom u kućnim uvjetima o tome kako prevenirati mogući slijedeći moždani udar | 35 | 0,48 | 3,15 | 0,00 |
| Date su mi sve informacije koje sam želio/la od strane fizioterapeuta u kućnim uvjetima rehabilitacije vezano za najveći mogući moj oporavak od preboljenog moždanog udara i posljedica koje je ostavio na moju pokretljivost | 35 | 0,38 | 2,39 | 0,02 |
| Zadovoljan/a sam cjelokupnom skrbi i rehabilitacijom provedenom u kućnim uvjetima | 35 | 0,68 | 5,34 | 0,00 |
| Ukupan stupanj zadovoljstva provedenim terapijskim vježbama u kućnim uvjetima | 35 | 0,72 | 5,90 | 0,00 |

Testiranjem veze između zadovoljstva postignutom količinom oporavka nakon rehabilitacije u kućnim uvjetima i ukupnog stupnja zadovoljstva provedenim terapijskim vježbama u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi utvrđena je pozitivna, umjerena i statistički značajna veza. Rezultat je prikazan i grafički. Pozitivna veza znači da pad stava o oporavku je praćen padom ukupnog zadovoljstva i suprotno.




**Slika 4.** Grafički prikaz zadovoljstva provedenim vježbama u kući

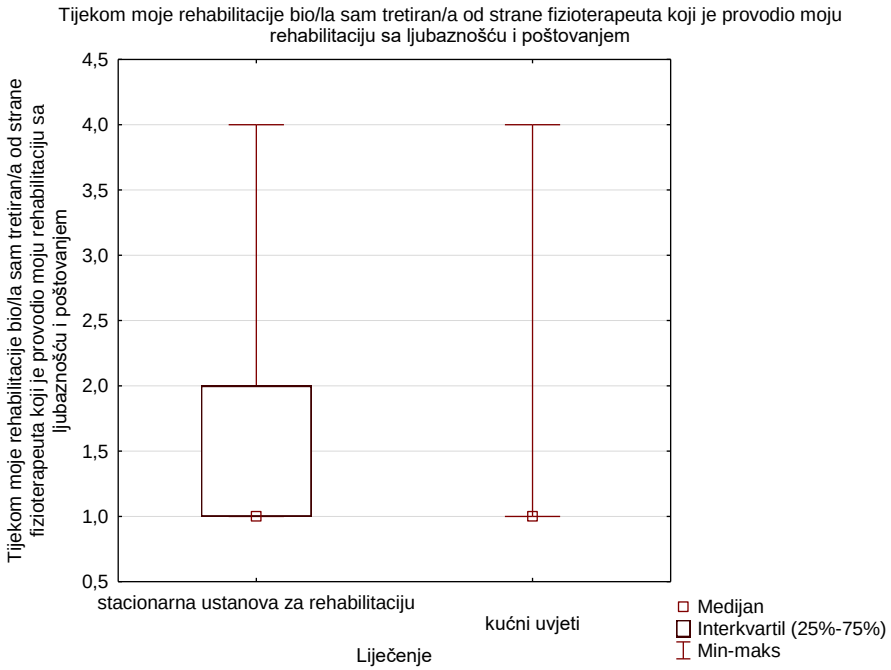
Iz tablice korelacije se može utvrditi postojanje statistički značajne i pozitivne veze između kretanja zadovoljstva postignutom količinom oporavka nakon rehabilitacije u kućnim uvjetima i svih elemenata kvalitete rehabilitacije izuzev stupnja suglasnosti sa izjavom da tijekom rehabilitacije u kućnim uvjetima, bio/la sam tretiran/a od strane fizioterapeuta koji je provodio moju rehabilitaciju sa ljubaznošću i poštovanjem.

Dakle, hipoteza kojom se pretpostavlja da zadovoljstvo provedenom rehabilitacijom pozitivno korelira sa uspješnom rehabilitacijom i dobrim oporavkom, a negativno sa slabim oporavkom nakon rehabilitacije se prihvaća kao istinita i za uvjete u stacionarnim institucijama kao i kod kuće.

**Tablica 16.** Mann-Whitney U Test Prema varijabli: Mjesto liječenja

| | Signifikantnost (p) |
|---|---|
| Tijekom moje rehabilitacije bio/la sam tretiran/a od strane fizioterapeuta koji je provodio moju rehabilitaciju sa ljubaznošću i poštovanjem | 0,120 |

Na temelju rezultata Mann-Whitney U testa može se uočiti da ne postoji statistički značajna razlika između slaganja s izjavom za rehabilitaciju dobivenu u stacionarnoj ustanovi za rehabilitaciju i u kućnim uvjetima rada. Rezultat je prikazan i grafički.



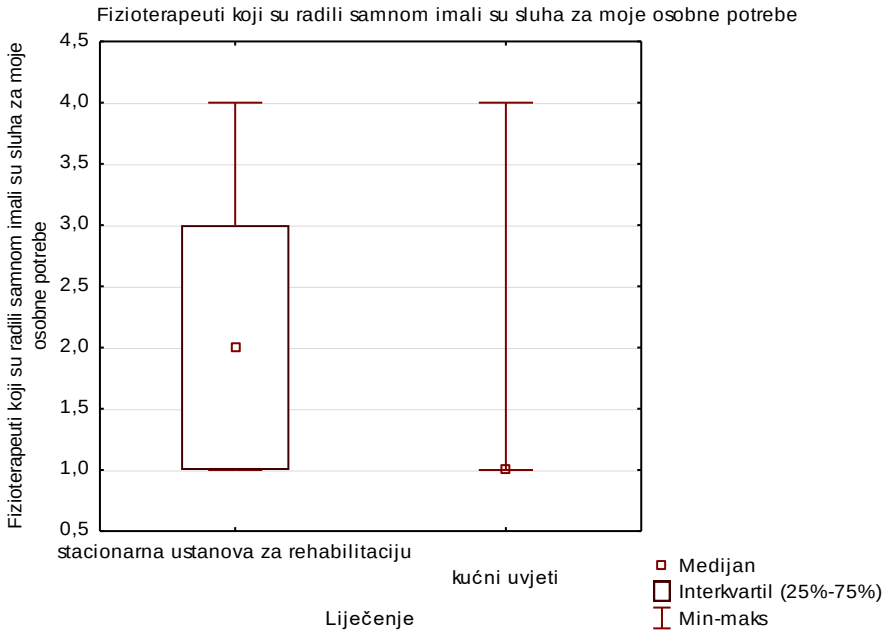

**Slika 5.** Grafički prikaz odnosa stacionarnih i kućnih uvjeta za varijablu „ljubaznost terapeuta“

**Tablica 17.** Mann-Whitney U Test Prema varijabli: Mjesto liječenja

| | Signifikantnost (p) |
|---|---|
| Fizioterapeuti koji su radili sa mnom imali su sluha za moje osobne potrebe | 0,002 |

Na temelju rezultata Mann-Whitney U testa može se uočiti da postoji statistički značajna razlika između slaganja s izjavom za rehabilitaciju dobivenu u stacionarnoj

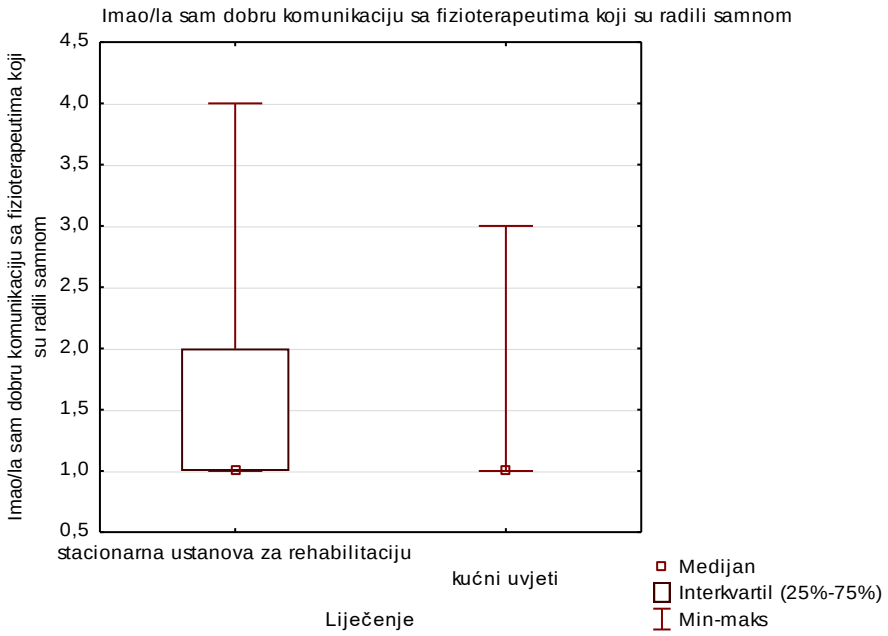
ustanovi za rehabilitaciju i u kućnim uvjetima rada. Manji stupanj suglasnosti je iskazan za rehabilitacijsku terapiju primljenu u stacionarnoj ustanovi za rehabilitaciju. Rezultat je prikazan i grafički.




**Slika 6.** Grafički prikaz sluha fizioterapeuta u kući i stacionaru

| **Tablica 18.** Mann-Whitney U Test Prema varijabli: Mjesto liječenja | |
|---|---|
| | Signifikantnost (p) |
| Imao/la sam dobru komunikaciju sa fizioterapeutima koji su radili sa mnom | 0,048 |

Na temelju rezultata Mann-Whitney U testa može se uočiti da postoji statistički značajna razlika između slaganja s izjavom za rehabilitaciju dobivenu u stacionarnoj ustanovi za rehabilitaciju i u kućnim uvjetima rada. Manji stupanj suglasnosti je iskazan za rehabilitacijsku terapiju primljenu u stacionarnoj ustanovi za rehabilitaciju. Rezultat je prikazan i grafički.

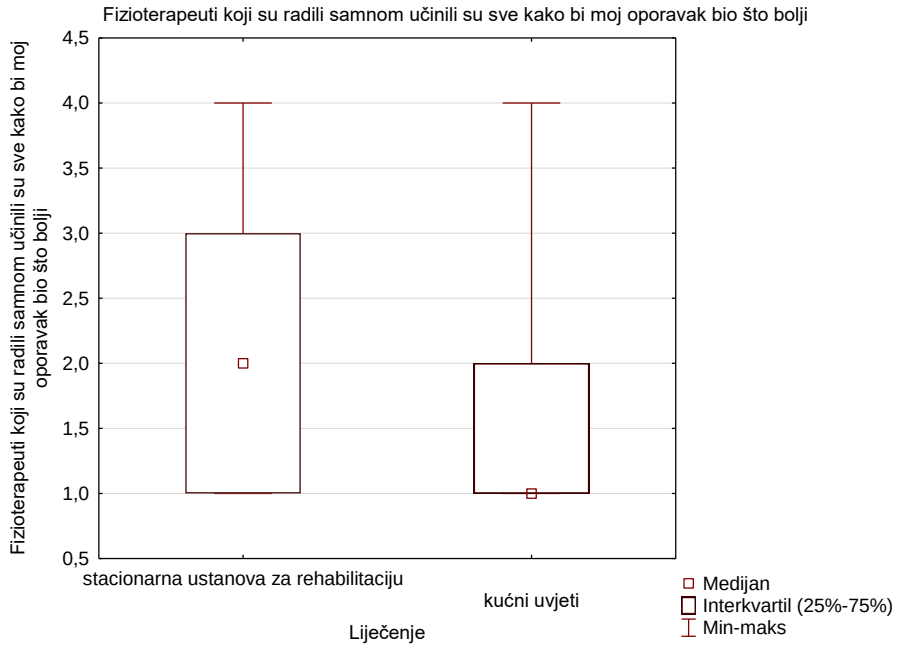



**Slika 7.** Grafički prikaz komunikacije u stacionarnim i kućnim uvjetima

**Tablica 19.** Mann-Whitney U Test Prema varijabli: Mjesto liječenja

| | Signifikantnost (p) |
|---|---|
| Fizioterapeuti koji su radili sa mnom učinili su sve kako bi moj oporavak bio što bolji | 0,004 |

Na temelju rezultata Mann-Whitney U testa može se uočiti da postoji statistički značajna razlika između slaganja s izjavom za rehabilitaciju dobivenu u stacionarnoj ustanovi za rehabilitaciju i u kućnim uvjetima rada. Manji stupanj suglasnosti je iskazan za rehabilitacijsku terapiju primljenu u stacionarnoj ustanovi za rehabilitaciju. Rezultat je prikazan i grafički.

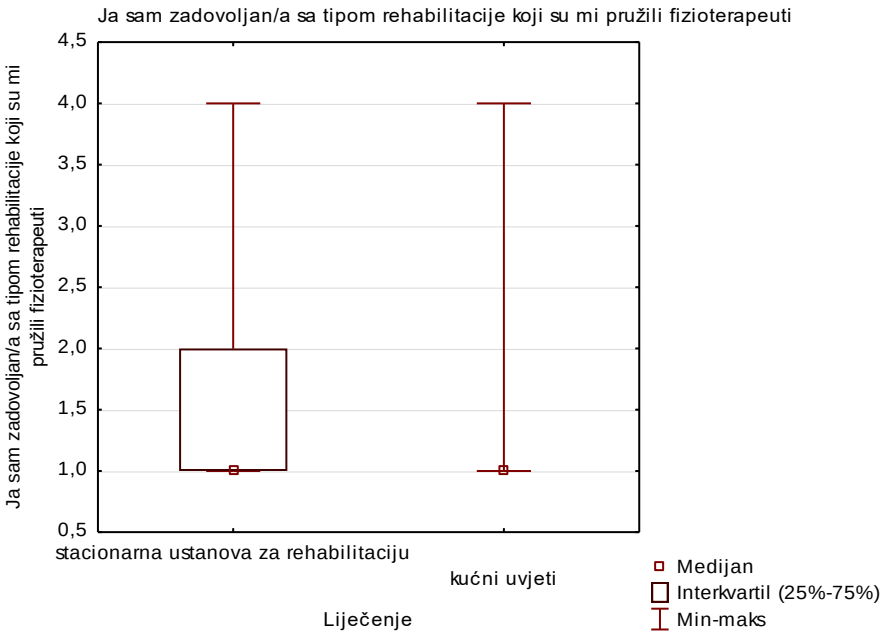



**Slika 8.** Grafički prikaz odnosa stacionarnih i kućnih uvjeta

**Tablica 20.** Mann-Whitney U Test Prema varijabli: Mjesto liječenja

| | Signifikantnost (p) |
|---|---|
| Ja sam zadovoljan/a sa tipom rehabilitacije koji su mi pružili fizioterapeuti | 0,030 |

Na temelju rezultata Mann-Whitney U testa može se uočiti da postoji statistički značajna razlika između slaganja s izjavom za rehabilitaciju dobivenu u stacionarnoj ustanovi za rehabilitaciju i u kućnim uvjetima rada. Manji stupanj suglasnosti je iskazan za rehabilitacijsku terapiju primljenu u stacionarnoj ustanovi za rehabilitaciju. Rezultat je prikazan i grafički.

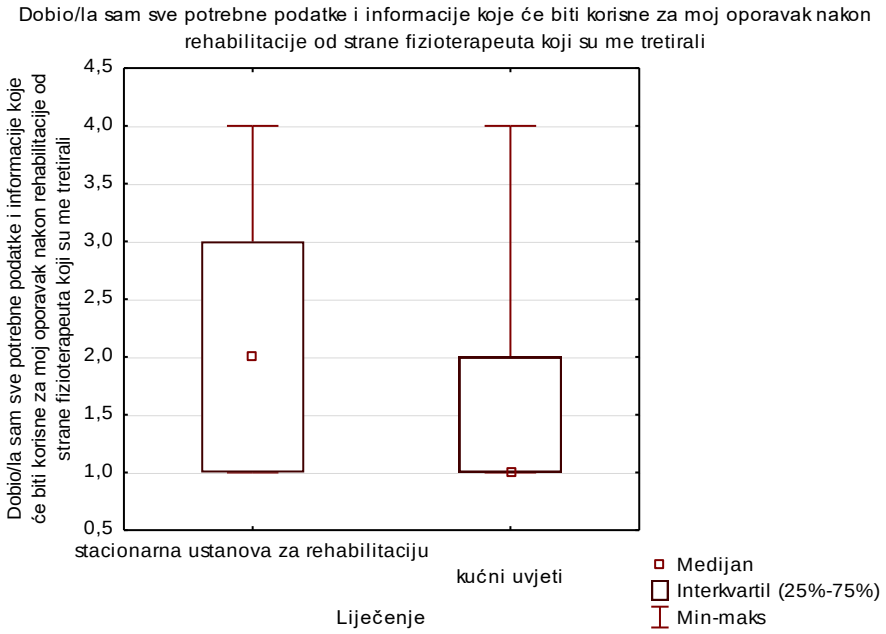



**Slika 9.** Grafički prikaz tipa rehabilitacije u kući i stacionaru

**Tablica 21.** Mann-Whitney U Test Prema varijabli: Mjesto liječenja

| | Signifikantnost (p) |
|---|---|
| Dobio/la sam sve potrebne podatke i informacije koje će biti korisne za moj oporavak nakon rehabilitacije od strane fizioterapeuta koji su me tretirali | 0,001 |

Na temelju rezultata Mann-Whitney U testa može se uočiti da postoji statistički značajna razlika između slaganja s izjavom za rehabilitaciju dobivenu u stacionarnoj ustanovi za rehabilitaciju i u kućnim uvjetima rada. Manji stupanj suglasnosti je iskazan za rehabilitacijsku terapiju primljenu u stacionarnoj ustanovi za rehabilitaciju. Rezultat je prikazan i grafički.

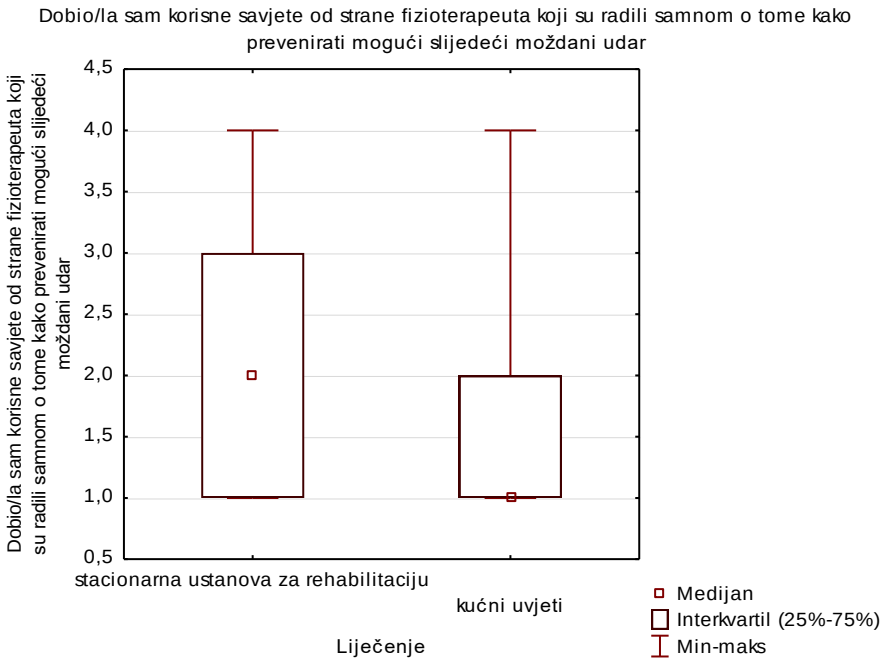



**Slika 10.** Grafički prikaz dobivenih informacija u kući/stacionar

**Tablica 22.** Mann-Whitney U Test Prema varijabli: Mjesto liječenja

| | Signifikantnost (p) |
|---|---|
| Dobio/la sam korisne savjete od strane fizioterapeuta koji su radili sa mnom o tome kako prevenirati mogući slijedeći moždani udar | 0,002 |

Na temelju rezultata Mann-Whitney U testa može se uočiti da postoji statistički značajna razlika između slaganja s izjavom za rehabilitaciju dobivenu u stacionarnoj ustanovi za rehabilitaciju i u kućnim uvjetima rada. Manji stupanj suglasnosti je iskazan za rehabilitacijsku terapiju primljenu u stacionarnoj ustanovi za rehabilitaciju. Rezultat je prikazan i grafički.

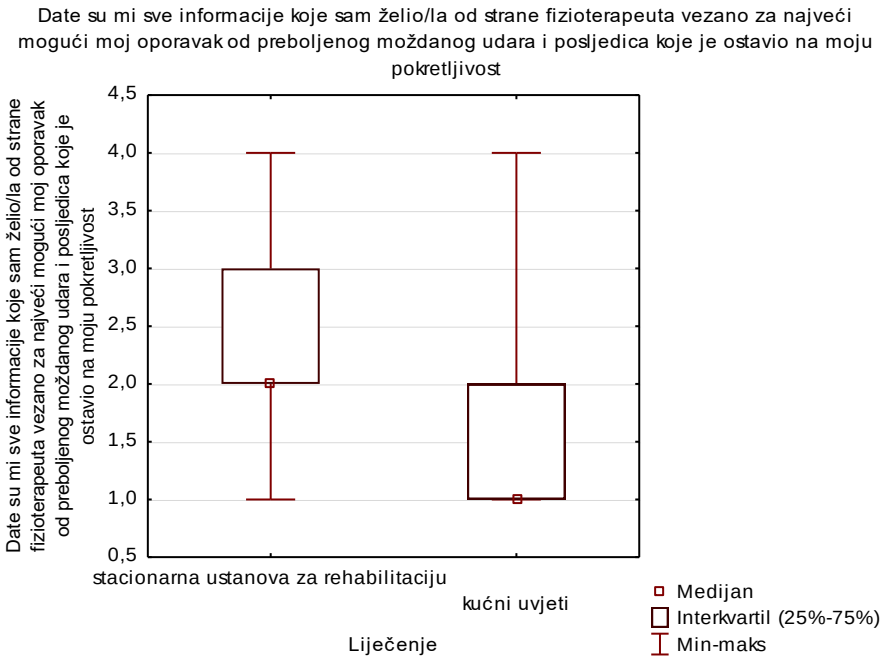



**Slika 11.** Grafički prikaz dobivenih savjeta u kući/stacionaru

**Tablica 23.** Mann-Whitney U Test Prema varijabli: Mjesto liječenja

| | Signifikantnost (p) |
|---|---|
| Date su mi sve informacije koje sam želio/la od strane fizioterapeuta vezano za najmanji mogući moj oporavak od preboljenog moždanog udara i posljedica koje je ostavio na moju pokretljivost | 0,001 |

Na temelju rezultata Mann-Whitney U testa može se uočiti da postoji statistički značajna razlika između slaganja s izjavom za rehabilitaciju dobivenu u stacionarnoj ustanovi za rehabilitaciju i u kućnim uvjetima rada. Manji stupanj suglasnosti je iskazan za rehabilitacijsku terapiju primljenu u stacionarnoj ustanovi za rehabilitaciju. Rezultat je prikazan i grafički.




**Slika 12.** Grafički prikaz svih dobivenih informacija vezanih za oporavak ispitanika u kući/stacionaru

**Tablica 24.** Mann-Whitney U Test Prema varijabli: Mjesto liječenja

| | Signifikantnost (p) |
|---|---|
| Zadovoljan/a sam postignutom količinom oporavka nakon rehabilitacije | 0,118 |

Na temelju rezultata Mann-Whitney U testa može se uočiti da ne postoji statistički značajna razlika između slaganja s izjavom za rehabilitaciju dobivenu u stacionarnoj ustanovi za rehabilitaciju i u kućnim uvjetima rada. Rezultat je prikazan i grafički.

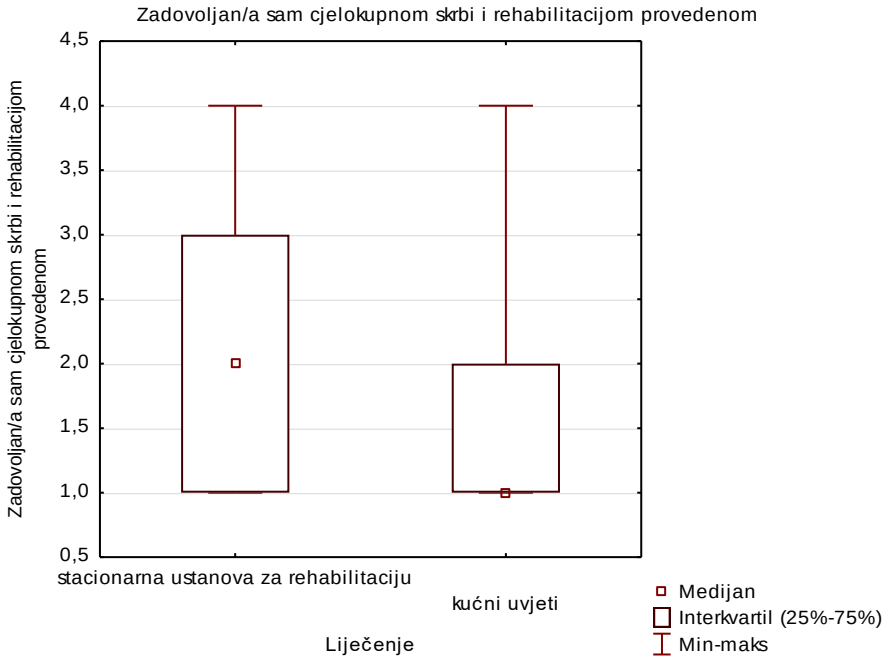



**Slika 13.** Grafički prikaz postignutog oporavka nakon rehabilitacije u kući/stacionaru

**Tablica 25.** Mann-Whitney U Test Prema varijabli: Mjesto liječenja

| | Signifikantnost (p) |
|---|---|
| Zadovoljan/a sam cjelokupnom skrbi i rehabilitacijom provedenom | 0,007 |

Na temelju rezultata Mann-Whitney U testa može se uočiti da postoji statistički značajna razlika između slaganja s izjavom za rehabilitaciju dobivenu u stacionarnoj ustanovi za rehabilitaciju i u kućnim uvjetima rada. Manji stupanj suglasnosti je iskazan za rehabilitacijsku terapiju primljenu u stacionarnoj ustanovi za rehabilitaciju. Rezultat je prikazan i grafički.

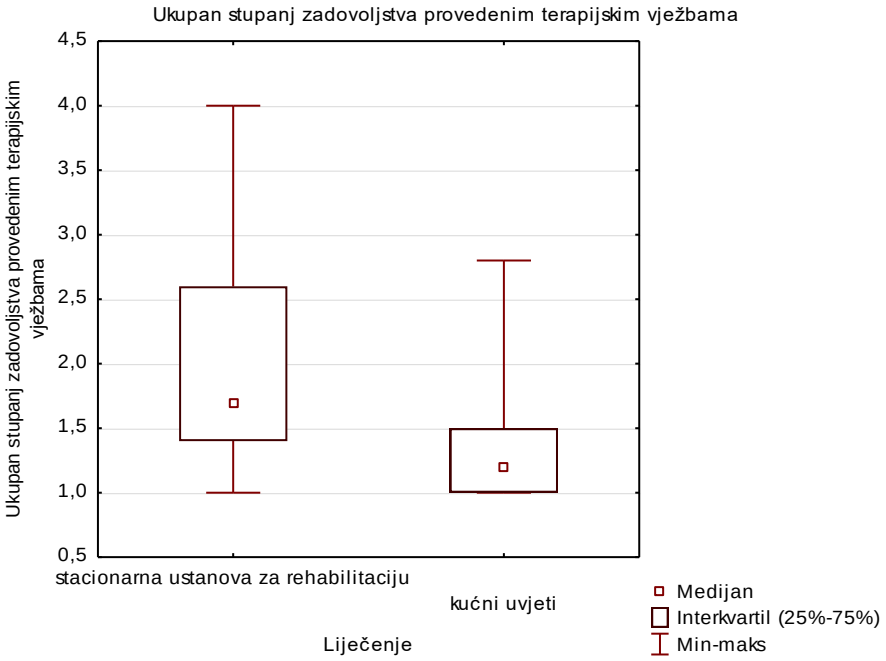



**Slika 14.** Grafički prikaz zadovoljstva cjelokupnom skrbi

**Tablica 26.** Mann-Whitney U Test Prema varijabli: Mjesto liječenja

| | Signifikantnost (p) |
|---|---|
| Ukupan stupanj zadovoljstva provedenim terapijskim vježbama | 0,001 |

Na temelju rezultata Mann-Whitney U testa može se uočiti da postoji statistički značajna razlika između slaganja s izjavom za rehabilitaciju dobivenu u stacionarnoj ustanovi za rehabilitaciju i u kućnim uvjetima rada. Manji stupanj suglasnosti je iskazan za rehabilitacijsku terapiju primljenu u stacionarnoj ustanovi za rehabilitaciju. Rezultat je prikazan i grafički.




**Slika 15.** Grafički prikaz ukupnog zadovoljstva terapijskim vježbama

Sukladno postavljenom cilju utvrđivanja razlika u stupanju zadovoljstva ispitanika sa provedenom rehabilitacijom u stacionarnim i kućnim uvjetima utvrđene su razlike kod 8 od 10 dimenzija zadovoljstva ispitanika.

# 5. RASPRAVA

Rezultati studije pokazuju da osobe s preboljenim MU su generalno zadovoljne sa pruženim terapijskim vježbama u kućnim uvjetima, više nego u stacionarnim ustanovama. Više su pozitivnijeg stajališta u iskazivanju zadovoljstva za one indikatore koji se odnose na dostupnost i primjenu fizikalne terapije u kućnim uvjetima te njenoj učinkovitosti za bolje razumijevanje i upravljanje rehabilitacijskim procesom.

Ova presječna studija ukazuje na bitne pokazatelje rehabilitacijskog pristupa kod MU pri stacionarnim i kućnim uvjetima putem konstruiranog upitnika. Zadovoljstvo predstavlja indikator kvalitete usluge unutar zdravstvene zaštite (39,40). Ono ovisi o 3 faktora: sociokulturološki status, odnos terapeuta i bolesnika i uvjete okruženja za provođenje ciljane usluge (41). Kad je korisnik zadovoljan uslugom, vjerojatnost je da će je i nastaviti koristiti. U fizioterapiji odnos terapeuta i bolesnika postaje jako značajan ovisno o složenosti fizioterapijskog tretmana koji se dijeli na više etapa, u kojem bolesnikovo zadovoljstvo može direktno utjecati (40,42,43). Osim terapeutovih vještina i znanja, za konačnu ocjenu uspješnog liječenja važna je i subjektivna procjena samog bolesnika. Zdravstveni djelatnici gledaju na bolesnike kao na ranjivu skupinu dok su bolesnici za društvo potrošači zdravstvene zaštite i traže istu ili višu razinu i kvalitetu usluge (44). Brojne studije koristile su standardizirane upitnike za mjerenje zadovoljstva bolesnika (40,41). Ova studija je sastavila upitnik koji obuhvaća različite varijable koje utječu na zadovoljstvo bolesnika pruženom rehabilitacijskom uslugom, vođen smjernicama standardiziranih upitnika (45,46).

Rezultati ukazuju da, u konačnici, zadovoljstvo bolesnika je bilo visoko u odnosu na pruženi fizioterapijski tretman kod oba tipa usluge (41,50% za stacionarni tip, a 37,00% za kućni tip). Brojna istraživanja ukazuju visok stupanj zadovoljstva, što se može objasniti i time da su očekivanja bila i niža, a činjenica je da bolesnici nemaju dovoljno stručnog znanja da procjene pruženi oblik zdravstvene zaštite pa sve do toga da se ne žele zamjeriti svom terapeutu. U ovom istraživanju ukupna prosječna ocjena zadovoljstva za stacionarni tip liječenja je 2, a za kućni tip 1,40 prema Likertovoj skali, što znači dobar rezultat (47).

Istraživanje je obuhvatilo različiti raspon životne dobi gdje najveću populaciju čine osobe starije životne dobi od 80-85 godina, a kod spola prevladava muški spol (51%) u odnosu na ženski (49%), iz čega možemo zaključiti da prevladavaju oba spola.

Promatrajući varijable sigurnost i kvalitetu pružene usluge te spol fizioterapeuta ispitanici su imali značajna odstupanja u rezultatima koji idu u prilog kućnom tipu rehabilitacije (82,86% ispitanika osjeća se sigurnije provodeći terapiju u kući i kvaliteta pružene usluge je bolja u kući bolesnika (77,14%) dok je zadovoljstvo manje iskazano u stacionarnim uvjetima rada (17,14% za sigurnost prilikom provođenja vježbi te 22,86% procjenjuje da je kvaliteta lošija). To se može objasniti da starija populacija ima veću sigurnost u obiteljskom i poznatom okruženju što može dovesti do većeg zadovoljstva. Također starije osobe mogu vrednovati tretman značajnijim zbog sklonosti promjenama raspoloženja. Utjecaj spola terapeuta na zadovoljstvo ukazalo je da on nije toliko bitna varijabla (65,71% naspram 34,29%), odnosno da ne postoji zavisnost između spolova ( p=0,554) tj. usporedbom odgovora ženskih i muških ispitanika ne postoji značajnost. Ženski ispitanici su odgovorili da im u 70,59% spol nije bitan a muškarci u 61,11%. Većina ispitanika smatra da je muški spol sposobniji za provođenje vježbi (58,33% za muški spol, a za ženski 41,67%). Promatrajući pojedinačno odgovore muškaraca i žena proizlazi da muškarci ipak preferiraju muški spol (6 naprema 1) a žene ženski spol (4 naprema 1).

Na temelju prijašnjeg iskustva ispitanika uočeno je da se bolja kreativnost i umijeće terapeuta uočava u kućnim uvjetima (97,14%) i da je bolja suradnja (97,14%). Njihovo zadovoljstvo s ranijim provođenjima rehabilitacije također ide u prilog kućnim uvjetima (97,14% naspram 2,86%). Različita objašnjenja visokog zadovoljstva ispitanika mogu biti uvjetovana neznanjem ispitanika i širom slikom uloge terapeuta u stacionarnim ustanovama te manjeg administrativnog dijela terapije.

Većina ispitanika je istaknula nezadovoljstvo postignutom količinom oporavka nakon rehabilitacije (p=0,118), izostanak ljubaznosti i poštovanja od strane terapeuta (p=0,12). Značajne statističke promjene nastupile su u domenama: „Fizioterapeuti koji su radili sa mnom imali su sluha za moje osobne potrebe“ (p=0,002), „Imao/la sam dobru komunikaciju sa fizioterapeutima koji su radili sa mnom“ (p=0,048), „Fizioterapeuti koji su radili sa mnom učinili su sve kako bi moj oporavak bio što bolji„ (p=0,004), „Ja sam zadovoljan/a sa tipom rehabilitacije koji su mi pružili fizioterapeuti „ (p=0,03), „Dobio/la sam sve potrebne podatke i informacije koje će biti korisne za moj oporavak nakon rehabilitacije od strane fizioterapeuta koji su me tretirali“ (p=0,001), „Dobio/la sam korisne savjete od strane fizioterapeuta koji su radili sa mnom o tome kako

prevenirati mogući slijedeći MU“ (p=0,002), „Date su mi sve informacije koje sam želio/la od strane fizioterapeuta vezano za najmanji mogući moj oporavak od preboljenog MU i posljedica koje je ostavio na moju pokretljivost„ (p=0,001), „Zadovoljan/a sam cjelokupnom skrbi i rehabilitacijom provedenom„ (p=0,007), „Ukupan stupanj zadovoljstva provedenim vježbama“ (p=0,001), što sugerira da postoje nerazdvojivi međusobni utjecaji stacionarnog i kućnog liječenja.

Stupanj oporavka postignutim rehabilitacijom koji su ispitanici dobili na dan otpusta iz stacionarne ustanove, kao i informacije od strane fizioterapeuta o načinu vježbanja imaju utjecaja na odražavanje ispitanikovih očekivanja i nadanja o ukupnom oporavku (48). Fizioterapeuti formiraju ciljane zadatke rehabilitacije na temelju smjernica i šifri koje su definirane u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a s druge strane moraju se suočiti i s velikim rasponom emocionalnih stanja ispitanika koja su neizostavni dio svakog odnosa u želji da se postigne maksimalni oporavak primjenom intervencija. Fizioterapeuti provedu veći dio vremena s bolesnicima s preboljenim MU i to u stacionarnoj ustanovi ih posjećuju svakodnevno a kod ambulantnog tipa liječenja susreću se 2-3 puta tjedno kroz 3 mjeseca ili dulje. Stoga bolesnik i fizioterapeut stvaraju blizak odnos, često otkrivajući osobne želje i nade bolesnika (49). gdje bolesnik gleda na fizioterapeuta kao na profesionalca koji će mu „donijeti dobro“ (50). Bolesnikovo zadovoljstvo je jako složen proces i jako je važno u procesu rehabilitacije osoba s preboljenim MU jer oblikuje trenutni menadžment liječenja i njegovu evaluaciju i buduće smjernice liječenja. Zadovoljan bolesnik će prije reagirati pozitivnije i naknadno imati veću razinu oporavka. Zadovoljstvo se može postići direktnim pitanjima upućenim bolesnicima o njihovim željama i očekivanjima na svim razinama zdravstvene njege. Ta očekivanja i želje, su naravno, pod utjecajem različitih faktora uključujući njihovo dosadašnje iskustvo, trenutno zdravstveno stanje, socijalnu podršku i karakter (51). Ovi rezultati su jako važni jer postoji mali broj informacija o utjecaju različitih varijabli zadovoljstva na zdravlje i oporavak osoba sa MU nakon stacionarnog liječenja i liječenja u kući. Iako rezultati idu u prilog boljem rehabilitacijskom pristupu u kućnim uvjetima, moguće je da je bolje zadovoljstvo postignuto jer je terapeut fokusiran na oporavak samog bolesnika budući da je terapeut više posvećen bolesniku. Buduće vrednovanje ovih rezultata treba uzeti sa oprezom jer se radi o malom uzorku ispitanika. Ograničenja koja postoje u studiji su da su fizioterapeuti možda bili upoznati sa istraživanjem i da su bili

svjesni da su promatrani kao i sami bolesnici i da je jedan od ciljeva bio istražiti komunikaciju terapeut-bolesnik, što je moglo utjecati na njihovo ponašanje. Također, može se reći da su lošiji rezultati rezultirali time što su se fizioterapeuti morali suočiti sa nezadovoljstvom bolesnika o stupnju oporavka nakon otpusta iz stacionarne ustanove.

# 6. ZAKLJUČAK

Na temelju rezultata istraživanja o utjecaju razlika u zadovoljstvu provedenih terapijskih vježbi u kućnim i stacionarnim uvjetima kod osoba sa preboljenim MU utvrđena je značajna razlika u zadovoljstvu primjenom vježbi u kućnim i stacionarnim uvjetima.

Značajne promjene zadovoljstva promatranih parametara uočile su se kod:

1) ispitanici se osjećaju sigurnije prilikom provedenih vježbi u kući a manje u stacionarnim uvjetima,
2) kvaliteta usluge pružanja terapijskih vježbi je bolja u kućnim uvjetima,
3) uloga spola nema značajnu ulogu u stupnju zadovoljstva izvođenjem vježbi, ali ispitanici smatraju da je muški spol sposobniji za provođenje rehabilitacije,
4) kreativnost i umijeće terapeuta više dolazi do izražaja u kućnim uvjetima, suradnja između terapeuta i bolesnika veća je kada se terapijske vježbe provode u kućnim uvjetima, a na temelju dosadašnjih iskustava ispitanici su pokazali zadovoljstvo s terapeutima koji su im dolazili kući,
5) između zadovoljstva postignutom količinom oporavka nakon rehabilitacije u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi i ukupnog stupnja zadovoljstva provedenim terapijskim vježbama u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi utvrđena je pozitivna veza,
6) između zadovoljstva postignutom količinom oporavka nakon rehabilitacije u kućnim uvjetima i ukupnog stupnja zadovoljstva provedenim terapijskim vježbama u kućnom tipu rehabilitacijskog provođenja utvrđena je pozitivna veza,
7) ukupan stupanj zadovoljstva provedenim terapijskim vježbama je bolji u kućnoj rehabilitaciji.

# 7. SAŽETAK

**Uvod:** zadovoljstvo bolesnika je u posljednje vrijeme jako značajan indikator kvalitete zdravstvene usluge. Brojna su istraživanja otkrila da zadovoljni bolesnici imaju veću korist od pružene zdravstvene usluge, pridržavaju se zadane terapije i prihvaćaju zdravstvene promjene. MU rezultira širokim rasponom nesposobnosti koje se smanjuju rehabilitacijskim programom, osobito fizioterapijskim pristupom. Bolesnici imaju visoka očekivanja oko stupnja njihovog oporavka, te su otpušteni iz stacionarnog liječenja prije postignutog željenog stupnja oporavka.

**Cilj rada**: utvrditi razlike u zadovoljstvu provedenom rehabilitacijom u stacionarnim i kućnim uvjetima.

**Metode:** u presječnoj studiji na razini Splitsko-dalmatinske županije tijekom 2016 godine uključeno je 35 ispitanika s preboljenim MU u dobi od 52 do 85 godina života koji su nakon stacionarne rehabilitacije ostvarili pravo na rehabilitaciju u kući. Anketno ispitivanje je provedeno putem strukturiranog upitnika. Struktura upitnika je građena na temelju pregleda literature i provedenih značajnijih ispitivanja putem intervjua i fokus grupa s ispitanicima za određivanje njihovih prioriteta i kao takvi su pregledani i izvučeni ključni aspekti zadovoljstva.

**Rezultati:** Rezultati ukazuju da je zadovoljstvo bolesnika bilo visoko u odnosu na pruženi fizioterapijski tretman kod oba tipa usluge (41,50% za stacionarni tip, a 37,00% za kućni tip). Ispitanicima nije bio bitan spol pri pružanju terapijskih vježbi iako smatraju muški spol sposobnijim. Nezadovoljstvo su izrazili prilikom kućnog tipa provođenja terapijskih vježbi za postignutu količinu oporavka nakon rehabilitacije (p=0,118), izostanak ljubaznosti i poštovanja od strane terapeuta.

**Zaključak:** iako postoje razlike u zadovoljstvu pruženim terapijskim vježbama u kući, stacionarni tip rehabilitacije pokazuje također dobre rezultate. Za buduće bolje vrednovanje bolesnikovog zadovoljstva potrebna su daljnja detaljnija istraživanja.

# 8. SUMMARY

**Introduction:** Patient satisfaction has been a very significant indicator of quality of healthcare services lately. Numerous studies have revealed that satisfied patients have a greater benefit than provided health services, adhere to default therapies, and accept health changes. Stroke results in a wide range of inability to be reduced by a rehabilitation program, especially physiotherapy approach. Patients have high expectations about their recovery rate and have been released from stationary treatment prior to the desired degree of recovery.

**The aim of the work:** to determine differences in satisfaction with rehabilitation in stationary and domestic conditions.

**Methods:** In the cross-sectional study at the level of the Split-Dalmatia County in 2016, 35 respondents with stroke at age 52 to 85 were included, who after rehabilitation rehabilitation gained the right to rehabilitation at home. The questionnaire was conducted through a structured questionnaire. The structure of the questionnaire was built on the basis of literature reviews and conducted major interviews and focus group discussions with the respondents to determine their priorities, and as key aspects of satisfaction were examined and extracted.

**Results:** Results indicate that patient satisfaction was high compared to the provided physiotherapy treatment for both types of service (41.50% for stationary type and 37.00% for home type). Subjects did not have a gender role in providing therapeutic exercises although they considered male sex more capable. They expressed dissatisfaction with the home-type exercise of therapeutic exercises for the achieved amount of recovery after rehabilitation ($p = 0,118$), lack of courtesy and respect by the therapist.

**Conclusion**: Although there are differences in satisfaction with home-based therapeutic exercises, the stationary type of rehabilitation also shows good results. For further evaluation of the patient's satisfaction further detailed research is needed.

# 9. LITERATURA


1. Hrabak-Žerjavić V, Kralj V, Dika Ž, Jelaković B. Epidemiologija hipertenzije, moždanog udara i infarkta miokarda u Hrvatskoj. Medix. 2010;87/88:102-106.
2. HLZ(Hrvatski liječnički zbor).Prvi kongres Hrvatskog društva za neurovaskularne poremećaje. Acta clin Croat. 2002;4(3).
3. Brinar V i sur. Neurologija za medicinare. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.
4. Ivančević Ž. MSD priručnik dijagnostike i terapije. Split: Placebo; 2010.
5. Demarin V, Bošnjak-Pašić M. Moždani udar-vodeći uzrok invaliditeta. Vaše zdravlje. 2002;26(10):10-14.
6. Clinician`s handbook. Evidence-based review of stroke rehabilitation. Canadian partnership of stroke recovery. Canada; 2015
7. Delaney G, Potter P. Disability post stroke. Long-Term Consequences of stroke. Physical Medicine and Rehabilitation: State of the Art Reviews, Hanley & Belfus Inc. Philadelphia. 1993;7(20):27-42.
8. Kralj V, Sekulić K, Šekerija M. Publikacija: Kardiovaskularne bolesti u Republici Hrvatskoj. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Ministarstvo Republike Hrvatske. 2013.
9. Bonita R. Epidemiology of stroke. Lancet.1992;339:342-44.
10. Demarin V. Najnovije spoznaje u prevenciji, dijagnostici i liječenju moždanog udara u starijih osoba. Medicus. 2005;14(2):219-228.
11. Bakran Ž, Dubroja I, Habus S, Varjačić M. Rehabilitacija osoba sa moždanim udarom. Medicina fluminensis.2012;48(4):380-394.
12. Trkanjec Z. Prevencija moždanog udara. Acta Clin Croat. 2004;43(1):26-37.
13. Stroke Units Trialists' Collaboration. Collaboration SUT: collaborative systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. BMJ. 1997;314:1151-9.
14. Schnurrer T, Vrbanić L i sur. Smjernice za rehabilitaciju osoba nakon moždanog udara. Fiz. rehabil. med. 2015;27(3-4):237-269.
15. Goljar N. Klinične smernice za rehabilitacijo bolnikov po preboleli možganski kapi (Clinical guidelines for rehabilitation of patients with stroke). 25.dnevni rehabilitacijske medicine, Ljubljana. 2014:12-4.

16. International classification of function, disability and health (ICF). Geneva:WHO;2010.
17. Demarin V. Moždani udar – rastući medicinski i socijalno ekonomski problem. Acta Clin Croat. 2004;43(1):9-13.
18. Demarin V. Moždani udar: vodič za bolesnike i njihove obitelji. Koprivnica: Belupo; 2001.
19. National Institute for Health and Care excellence (NICE) clinical guideline 162. Stroke rehabilitation. 2013.
20. Gresham GE, Duncan PW, Stason WB. Post-stroke rehabilitation. Clinical Practice Guideline No 16. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Services, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication No 95-0662, May 1995.
21. Roth EJ. Medical complication encountered in stroke rehabilitation. Phys Med Rehabil Clin N Am 1991;2:563-78.
22. Stein J, Brandstater ME. Stroke rehabilitation. Physical Medicine & Rehabilitation. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins; 2010. 551-74.
23. National Institute of Health, National Institute of Neurological Disorders and Stroke. NIHStroke Scale.
24. Vuori H. Patient satisfaction does it matter. Int J Qual Health Care1991;3:183-9.
25. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. Br J Gen Pract2000;50:860-1.
26. Stanić A, Stevanović R, Ivan Pristaš I, Tiljak H, Benković V, Krčmar N et al. Djelatnost obiteljske medicine u Hrvatskoj – kvaliteta mjerena subjektivnim zadovoljstvom korisnika. Medicus 2007:16;111-9.
27. Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene. Narodne novine: 79/2011.
28. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T. Patients experiences and satisfaction with health care:results of a guestionnaire study of specific aspects of care. Qual Saf Health Care 2002;11:335-9 .
29. Vuori H. Patient satisfaction does it matter. Int J Qual Health Care1991;3:183-9.

30. Mazzi B, Krčmar N, Gržalja N, Ferlin D, Ivančić A, Grgurev Z, Vujčić K, Malnar VM. Mišljenje pacijenata o našem radu – element u procjeni kvalitete. Zbornik radova 6. kongresa HDOD HLZ, Hrvatsko društvo obiteljskih doktora, Zagreb.
31. Thiedke CC.What do we reallv know about patient satisfaction. Fam Pract Manag 2007;14:33-6. Dostupno na: http://hrcak.srce.hr. Datum pristupa: 31.08.2015
32. Moscona RA, Holander L,Or D, Fodor L. Patient satisfaction and aesthetic results after pedicled transverse rectus abdominis muscle flap for breast reconstruction. Ann Surg Oncol 2006;13:1739-46 .
33. Eldar R. Quality corner:Quality of Primary care: Croat Med J 2004;45:679-84.
34. Carr-Hill R. The measurement of patient satisfaction. J Public Health Med 1992;14:236-249.
35. Cleary P, Edgman-Levitan S, McMullen W, et al. The relationshipbetween reported problems and summary evaluations of hospital care. Qual Rev Bull 1992;February:53-9.
36. Coulter A, Fitzpatrick R. The patients' perspective regarding appropriate health care. In: Albrech G, Fitzpatrick R, Scrimshaw S, eds. The handbook of social studies in health and medicine. London: Sage, 2000:454–64
37. Ozretić Došen, ĐOsnove marketinga usluga. Mikrorad. Zagreb. 2002:95.
38. Eiriz V, Figueiredo JA. Quality evaluation in health care services based on customer provider relationships. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2005:18(6), 404-412.
39. Asadi-Lari M, Tamburini M, Gray D. Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model. Health Qual Life Outcomes. 2004;2:32
40. Hush JM, Cameron K, Mackey M. Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. Phys Ther. 2011;91(1):25-36.
41. Beattie PF, Nelson RM. Preserving the quality of the patient-therapist relationship: an important consideration for value-centered physical therapy care. J Orthop Sports Phys Ther. 2008;38(2):34-5.

42. Casserley-Feeney SN, Phelan M, Duffy F, Roush S, Cairns MC, Hurley DA. Patient satisfaction with private physiotherapy for musculoskeletal pain. BMC Musculoskelet Disord. 2008;9:50.
43. Oliveira NdFC, Costa LOP, Nelson R, Maher CG, Beattie PF, de Bie R, et al. Measurement Properties of the Brazilian Portuguese Version of the MedRisk Instrument for Measuring Patient Satisfaction With Physical Therapy Care. J Orthop Sports Phys Ther. 2014;44(11):879-89.
44. Mertz MG. What does Walt Disney know about patient satisfaction? Fam Pract Manag 1999;6:33-5.
45. MRPS Beattie P, Nelson R, Lis A. Spanish-language version of the MedRisk intrumento for measuring patient satisfaction with physicla therapy care (MRPS): preliminary validation. Phys Ther. 2007;87(6):793-800.
46. Beattie PF, Pinto MB, Nelson MK, Nelson R. Patient satisfaction with outpatient physical therapy: instrument validation. Phys Ther. 2002;82(6):557-65.
47. H. Cvitanović, E. Jančić, E. Knežević et al.: Zadovoljstvo bolesnika kvalitetom zdravstvene zaštite u dermatološkoj poliklinici Karlovac medicina fluminensis 2011, Vol. 47, No. 1, p. 82-90
48. Wiles et al. Social Science & Medicine.2004;59:1263–1273.
49. Barnard S. Exploring the physiotherapy clinician/older patient relationship. Southampton: University of Southampton.2003
50. Wiles R, Ashburn A, Payne S, Murphy C. Patients' expectations of recoveryfollowing stroke: A qualitative study. Disability and Rehabilitation. 2002;24(16);841–850.
51. Hills R, Kitchen S. Toward a theory of patient satisfaction with physiotheraphy: Exploring the concept of satisfaction. Physiotherapy Theory and Practice. 2007;23:243-254

# 10. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODATCI:

VITOMIR MIKELIĆ, rođen 21.03.1985. u Splitu.
e-mail: vitomikelic@gmail.com

OBRAZOVANJE:

2013. - upisao Sveučilišni diplomski studij fizioterapije na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija, Sveučilišta u Splitu.
2010. - položen stručni ispit.
2009. - završava Preddiplomski stručni studij Fizioterapije na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Splitu, gdje stječe zvanje stručni prvostupnik (baccalaureus) fizioterapije.
2004. - završio Zdravstvenu školu u Splitu.

RADNO ISKUSTVO:

07.11.2016. - do sada: zaposlenik Zavoda za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju s reumatologijom u KBC-u Split
2013. – 2016. TANJA – zdravstvena ustanova za zdravstvenu njegu i fizikalnu terapiju u kući
2010. – 2012. UDRUGA *„Anđeli“* **–** udruga roditelja za djecu sa posebnim potrebama i najteže tjelesne invalide
2009. – 2010. POLIKLINIKA „Jadran“ Split - pripravnički staž

DODATNA EDUKACIJA:

13.04.2014. - završen tečaj KOMPLETNE DEKONGESTIVNE FIZIOTERAPIJE LIMFEDEMA održanom u Splitu.

17.11.2013. - završen tečaj „KINESIO TAPING ASSOCIATION INTERNATIONAL KT3“ održanom u Splitu.

22.09.2013. - završen osnovni tečaj MANUALNE LIMFNE DRENAŽE održanom u Splitu.

04.08.2013. - završen tečaj „KINESIO TAPING ASSOCIATION INTERNATIONAL KT1-KT2“ održanom u Splitu.

23.07.2011. - završena radionica „TRIGGER TOČKE“

09.07.2011. - završena radionica „MEDIOTAPE“

02.04.2011. - završena radionica „MANUALNE TEHNIKE ZA DONJE EKSTREMITETE“

20.02.2011. - završena radionica „POSTIZOMETRIČKA RELAKSACIJA ( PIR )“

19.02.2011. - završena radionica „MANUALNE TEHNIKE ZA GORNJE EKSTREMITETE“

HOBI I INTERESI:

Sport: košarka, odbojka, plivanje, ronjenje, planinarenje..čitanje knjiga, učenje stranih jezika..putovanja…

# 11. PRILOG

**Upitnik o zadovoljstvu provedenih terapijskih vježbi**

Poštovani/na,

Ovaj anonimni upitnik sastavljen je u svrhu istraživanja zadovoljstva provedene rehabilitacije u stacionarnim i kućnim uvjetima. Molimo da pažljivo i iskreno odgovorite na sva pitanja. Vašim ispunjavanjem upitnika dajete pristanak sudjelovanju u istraživanju. Osobno garantiramo da Vaša anonimnost nikada neće biti ugrožena te se unaprijed zahvaljujemo na Vašem sudjelovanju.

Dob _____ Spol: M Ž

U kojoj stacionarnoj ustanovi ste vršili rehabilitaciju_____

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| potpuno sam suglasan/na | djelomice sam suglasan/na | djelomice nisam suglasan/na | uopće nisam suglasan/na |

| | |
|---|---|
| 1. Tijekom moje rehabilitacije u stacionarnoj ustanovi za rehabilitaciju, bio/la sam tretiran/a od strane fizioterapeuta koji je provodio moju rehabilitaciju sa ljubaznošću i poštovanjem | 1—2—3—4 |
| 2. Tijekom moje rehabilitacije u kućnim uvjetima, bio/la sam tretiran/a od strane fizioterapeuta koji je provodio moju rehabilitaciju sa ljubaznošću i poštovanjem | 1—2—3—4 |
| 3. Fizioterapeuti koji su radili samnom u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi, imali su sluha za moje osobne potrebe | 1—2—3—4 |
| 4. Fizioterapeuti koji su radili samnom u kućnim uvjetima, imali su sluha za moje osobne potrebe | 1—2—3—4 |
| 5. Imao/la sam dobru komunikaciju sa fizioterapeutima koji su radili samnom u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi | 1—2—3—4 |
| 6. Imao/la sam dobru komunikaciju sa fizioterapeutima koji su radili samnom u kućnim uvjetima | 1—2—3—4 |
| 7. Fizioterapeuti koji su radili samnom u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi učinili su sve kako bi moj oporavak bio što bolji | 1—2—3—4 |
| 8. Fizioterapeuti koji su radili samnom u kućnim uvjetima učinili su sve kako bi moj oporavak bio što bolji | 1—2—3—4 |
| 9. Ja sam zadovoljan/a sa tipom rehabilitacije koji su mi pružili fizioterapeuti u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi | 1—2—3—4 |
| 10. Ja sam zadovoljan/a sa tipom rehabilitacije koji su mi pružili fizioterapeuti u kućnim uvjetima | 1—2—3—4 |
| 11. Dobio/la sam sve potrebne podatke i informacije koje će biti korisne za moj oporavak nakon rehabilitacije od strane fizioterapeuta koji su me tretirali u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi | 1—2—3—4 |
| 12. Dobio/la sam sve potrebne podatke i informacije koje će biti korisne za moj oporavak nakon rehabilitacije od strane fizioterapeuta koji su me tretirali u kućnim uvjetima | 1—2—3—4 |
| 13. Dobio/la sam korisne savjete od strane fizioterapeuta koji su radili samnom u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi o tome kako prevenirati mogući slijedeći moždani udar | 1—2—3—4 |
| 14. Dobio/la sam korisne savjete od strane fizioterapeuta koji su radili samnom u kućnim uvjetima o tome kako prevenirati mogući slijedeći moždani udar | 1—2—3—4 |
| 15. Date su mi sve informacije koje sam želio/la od strane fizioterapeuta u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi vezano za najveći mogući moj oporavak od preboljenog moždanog udara i posljedica koje je ostavio na moju pokretljivost | 1—2—3—4 |
| 16. Date su mi sve informacije koje sam želio/la od strane fizioterapeuta u kućnim uvjetima rehabilitacije vezano za najveći mogući moj oporavak od preboljenog moždanog udara i posljedica koje je ostavio na moju pokretljivost | 1—2—3—4 |
| 17. Zadovoljan/a sam postignutom količinom oporavka nakon rehabilitacije u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi | 1—2—3—4 |
| 18. Zadovoljan/a sam postignutom količinom oporavka nakon rehabilitacije u kućnim uvjetima | 1—2—3—4 |
| 19. Zadovoljan/a sam cjelokupnom skrbi i rehabilitacijom provedenom u stacionarnoj rehabilitacijskoj ustanovi | 1—2—3—4 |
| 20. Zadovoljan/a sam cjelokupnom skrbi i rehabilitacijom provedenom u kućnim uvjetima | 1—2—3—4 |

1. Osjećate li se sigurniji kada vas terapeut vježba u kući ili u stacionarnim uvjetima?

U KUĆI / STACIONARNO

2. Je li kvaliteta usluge pružanja terapijskih vježbi po vašoj procjeni bolja u kućnim ili stacionarnim uvjetima?

KUĆNIM / STACIONARNIM

3. Je li po Vama spol terapeuta bitan u provođenju terapijskih vježbi?

DA / NE

4. Ako je, koji spol smatrate sposobnijim za provođenje rehabilitacije?

M / Ž

5. Smatrate li da kreativnost i umijeće terapeuta više dolazi do izražaja u kućnim ili u stacionarnim uvjetima?

KUĆNIM / STACIONARNIM

6. Je li po vama suradnja između terapeuta i bolesnika veća kad se terapijske vježbe provode u kući ili stacionarno?

U KUĆI / STACIONARNO

7. Jeste li dosada bili zadovoljniji s terapeutima koji su vam dolazili kući ili s onima koji su s Vama radili u stacionarnim uvjetima?

KUĆNI / STACIONARNI

**Zahvaljujemo na suradnji!**