Zadovoljstvo pacijenata i članova obitelji zdravstvenom njegom medicinskih sestara zaposlenih u Ustanovi za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući

Gotkovski, Darka

Master's thesis / Diplomski rad

2019

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:176:380236

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

SESTRINSTVO

Darka Gotkovski

ZADOVOLJSTVO PACIJENATA I ČLANOVA OBITELJI ZDRAVSTVENOM NJEGOM MEDICINSKIH SESTARA ZAPOSLENIH U USTANOVI ZA ZDRAVSTVENU NJEGU I REHABILITACIJU U KUĆI

Diplomski rad

Split, 2019.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Darka Gotkovski

ZADOVOLJSTVO PACIJENATA I ČLANOVA OBITELJI ZDRAVSTVENOM NJEGOM MEDICINSKIH SESTARA ZAPOSLENIH U USTANOVI ZA ZDRAVSTVENU NJEGU I REHABILITACIJU U KUĆI

PATIENTS AND FAMILY MEMBERS SATISFACTION WITH HEALTH CARE OF NURSES EMPLOYED IN THE INSTITUTION FOR HOME CARE AND REHABILITATION

Diplomski rad / Master´s Thesis

Mentor:

Doc. dr. sc. Vesna Antičević

Split, 2019.

ZAHVALA

Zahvaljujem se od sveg srca mentorici doc. dr. sc. Vesni Antičević na stručnoj i svesrdnoj pomoći i beskrajnom strpljenju da bi diplomski rad bio što kvalitetniji.

Ujedno se zahvaljujem vlasnici Ustanove za Zdravstvenu njegu u kući „Vita“ Mirjani Gojsalić, bacc. med. techn. koja je uvijek pored svih svojih obveza našla vremena za mene i omogućila mi pristup dokumentaciji ustanove.

Zahvaljujem se kolegicama iz Ustanove za zdravstvenu njegu „Vita“ koje su nesebično sudjelovale u distribuciji anketnog upitnika, kao i pacijentima koji su pored svoje bolesti iskazali volju i želju da sudjeluju u popunjavanju anketnog upitnika i njihovim članovima obitelji koji su imali razumijevanja za utrošeno vrijeme.

Iako na zadnjem mjestu ali ništa manje važno, zahvaljujem se mojoj divnoj obitelji koja mi je cijelo vrijeme studiranja bila podrška i imala razumijevanja za vrijeme utrošeno za studiranje, te za sve one poslove koje su obavili umjesto mene.

Hvala Vam!

SADRŽAJ

1. Uvod 1

1.1 Zdravstvena njega 1

1.1.1 Definiranje (zdravstvene) njege 1

1.1.2 Psihološke teorije i modeli istraživanja zdravstvene njege 2

1.1.3 Njegovanje iz perspektive pacijenata 4

1.1.4 Povezanost između osobnog i profesionalnog njegovanja 5

1.1.5 Primjena psiholoških teorija shvaćanja ljudske prirode u praksi zdravstvene njege 6

1.2 Njegovanje i sestrinstvo 11

1.3 Zdravstvena njega u kući 13

1.4 Zadovoljstvo pacijenata 18

1.4.1 Upravljanje odnosima s pacijentima i zadovoljstvo pacijenata 19

1.4.2 Komuniciranje s pacijentima kao izvor zadovoljstva pacijenata i medicinskih sestara 30

1.4.3 Upravljanjem kvalitetom u zdravstvu i zadovoljstvo pacijenata 33

1.5 Zadovoljstvo pacijenata uslugama medicinskih sestara u Ustanovi za zdravstvenu njegu u kući 35

2. Ciljevi istraživanja i hipoteze 38

2.1 Ciljevi istraživanja 38

2.2 Hipoteze istraživanja 38

3. Izvori podataka i metode 40

3.1 Ispitanici 40

3.2 Mjerni instrumenti 43

3.3 Postupak 44

3.4 Statistička obrada podataka 45
4. Rezultati istraživanja 46
4.1 Usporedba zadovoljstva pacijenata i članova obitelji zdravstvenom njegom u kući 46
4.2 Povezanost zadovoljstva zdravstvenom njegom i sociodemografskih karakteristika pacijenata 49
4.2.1 Povezanost zadovoljstva zdravstvenom njegom s dobi 49
4.2.2 Usporedba zadovoljstva zdravstvenom njegom i spola pacijenata 50
4.2.3 Povezanost zadovoljstva zdravstvenom njegom i stupnja obrazovanja pacijenata 51
4.2.4 Usporedba zadovoljstva zdravstvenom njegom i radnog statusa pacijenata 52
4.2.5 Usporedba zadovoljstva zdravstvenom njegom s obzirom na bračni status 53
4.3 Zadovoljstvo pacijenata i članova obitelji komunikacijom tijekom zdravstvene njege 54
4.4 Usporedba osobnih stavova pacijenata i članova obitelji u odnosu na zadovoljstvo pruženom zdravstvenom njegom u kući 56
5. Rasprava 59
6. Zaključci 65
7. Literatura 66
8. Sažetak 71
9. Summary 73
10. Životopis 75
11. Prilozi 79
11.1 Informativno pismo za pacijenta 79
11.2 Anketni upitnik za pacijenta 80

11.3 Informativno pismo za člana obitelji koji najviše skrbi o pacijentu 84

11.4 Anketni upitnik za člana obitelji koji najviše skrbi o pacijentu 85

11.5 Suglasnost Etičkog povjerenstva Ustanove za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju „Vita“ za provođenje istraživanja u svrhu izrade diplomskog rada 90

1. UVOD

1.1 Zdravstvena njega

1.1.1 Definiranje (zdravstvene) njege

Unatoč mnogim analizama i studijama o njezi koncept zdravstvene njege nije u potpunosti definiran. Ovaj nedostatak jasnoće uznemiruje s obzirom da je „njegovanje srž sestrinstva i najvažniji i ujedinjujući fokus za sestrinsku praksu“ (Jean Wotson, 1988) (1) .

Definicija riječi „njega“ može biti imenica koja označava „liječenje ili brigu za nekoga ili nešto“. Može biti i glagol koji označava „osjećaj brige ili interesa“ (1).

Definicija riječi „njegovanje“ može biti imenica koja označava „osjećaj naklonosti ili topline“. Može biti i glagol koji označava „osjećaje i pokazivanje brige za druge“ (1).

Iz navedenog vidimo kako je teško precizno definirati njegu, njegovanje i sestrinstvo. Jedan od mogućih objašnjenja je taj što su se discipline koje imaju njegu u svom fokusu dugo vremena borile da se utvrde kao profesionalne i znanstvene discipline te što su pojmovi koji se mogu znanstveno istraživati i mjeriti najčešće subjektivne prirode.

Postoje brojne definicije zdravstvene njege koje su se mijenjale kroz povijest. Niti jedna nije dala cjelovit obuhvat zdravstvene njege. Svatko od nas ima predodžbu što je zdravstvena njega pa se može reći da imamo vlastite teorije zdravstvene njege koje su pod utjecajem našeg obrazovanja, stavova, iskustava, okruženja itd. Navodim samo neke od definicija koje su obilježile povijest.

Prvu definiciju zdravstvene njege dala je F. Nightingale 1859. g.: „Zdravstvena njega je stvaranje najpovoljnijih uvjeta za odvijanje prirodnih procesa očuvanja zdravlja i ozdravljenja“ (2). Smatra da zdravlje nije samo stanje suprotno bolesti već sposobnost iskorištavanja svih potencijala kojima čovjek raspolaže, a koje su pod utjecajem

okolinskih, fizioloških i psiholoških činitelja. Bolest može biti reverzibilno stanje zahvaljujući prirodnim procesima ozdravljenja.

Definicija koju je dala V. Henderson (1966. g) se najčešće smatra najprimjenjivijom i prihvaćena je od Međunarodnog savjeta sestara: „Uloga medicinske sestre je pomoć pojedincu bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju i znanje“ (2).

Uz definiciju zdravstvene njege V. Henderson opće prihvaćena je i definicija ANA (American Nurses Association) iz 1980.g.: „Zdravstvena njega je dijagnosticiranje i tretiranje čovjekovih reakcija na aktualne i potencijalne zdravstvene probleme. Taj posao ne zna nitko obavljati kao medicinska sestra“ (2).

1.1.2 Psihološke teorije i modeli istraživanja zdravstvene njege

U svom radu medicinske sestre se koriste razmišljanjem po principu uzroka i posljedica. Na konstruktivan i racionalan način stvaraju mentalne slike. One nam omogućavaju razumijevanje pojava koje susrećemo u praksi i načina na koji ćemo reagirati. Tako nastaju teorije. Teorije doprinose razvoju i stvaranju smjernica u znanju, praksi i istraživanju. Pri tome stvaramo vlastitu terminologiju koja omogućava profesionalni razvoj i autonomiju sestrinstva. Pacijent je u središtu zbivanja kroz pojedincu usmjerenu zdravstvenu njegu i holistički pristup. Na čovjeka se gleda kao na duhovno, psihofizičko i socijalno egzistencijalno biće.

Danas se sve više govori o praksi obogaćenoj dokazima - EBP (Evidence Based Practice). Budućnost sestrinstva utemeljena je na međudjelovanju i povezivanju teorije i prakse. „Praksa mora biti obogaćena informacijama iz teorije, a teorija uzvratno obogaćena informacijama iz prakse“ (3).

U teoriji njege najpoznatiji opći pojam je metaparadigma koji otkriva određene fenomene koji su od interesa za zdravstvenu njegu i objašnjavaju kako se ona nosi s tim fenomenom. Sastoji se od četiri sastavnice: njege, zdravlja, osobe i okoline. Svaka

teorija zdravstvene njege trebala bi naglasiti njena uvjerenja i pretpostavke, predstaviti čovjekov okoliš, definirati koncept njege i raspraviti o pogledu na zdravlje. Iako govore o istoj paradigmi različiti autori mogu naglasiti različite vidove sastavnica njege i vidjeti ih u različitom odnosu jedne prema drugoj (tablica 1).

Tablica 1. Primjer sestrinstva (njege) kao sastavnice metaparadigmi (3)

Sestrinstvo (njega)	
Teoretičarke	Metaparadigme
Henderson	Zanimanje koje pomaže osobi koja je bolesna ili koja je zdrava i koja svojom aktivnošću doprinosi zdravlju ili oporavku, a koju bi osoba provodila sama da ima potrebnu snagu,volju ili znanje.
Roper	Zanimanje koje je usredotočeno na pomoć bolesniku kako bi spriječio, riješio, umanjio ili se uhvatio u koštac s problemima vezanim uz aktivnosti koje nosi kako bi preživio.
Orem	Ljudska usluga koja je vezana uz potrebe bolesnika i mogućnosti da mu se pomogne održati zdravlje, oporaviti se od bolesti ili ozljede ili suočiti s njihovim učincima.
Roy	Socijalno vrednovana usluga čiji je cilj promicati pozitivnu prilagodbu, s obzirom na stres s kojim se bolesnik suočio.

Teorija oblikovanja i oblikovanja uloga koju su predstavile Erickson, Tomlin i Swain (engl. MRM: Modeling and Role - Modeling Theory) na osobe obitelji, grupe i zajednice gleda kao na integrirane cjeline ili sisteme u interakciji s većim okolinskim sustavom. Oblikovanje započinje kada iniciramo interakciju s pojedincem, a završava razumijevanjem njegovog vlastitog gledišta. Dok slušamo mi interpretiramo informaciju na osnovi teorijskih pretpostavki. Na taj način pokušavamo razumjeti što osoba pred nama percipira kao važno, kao uzrok svojih problema, koji resursi bi joj mogli pomoći, način na koji se želi odnositi s drugima i koji su joj životni ciljevi. Oblikovanje je proces koji koristimo da bi izgradili zrcalnu sliku pojedinčeva pogleda na svijet. Oblikovanje uloga sadrži analiziranje podataka, interpretaciju značenja onog što smo dobili uz traženje povezanosti između podataka i sestrinske intervencije. Cilj oblikovanja uloga je pomoći ljudima da nađu značenje za svoja iskustva i potaknu njihov osjećaj dobrobiti. Teorija modeliranja i modeliranja uloge pruža vodič za praksu

ili proces zdravstvene njege (4). Istraživanje provedeno u SAD od 2001.-2002. rezultiralo je, prema nacionalnoj kontroli kvalitete, poboljšanju kvalitete zdravstvene njege, kao i zadovoljstvu bolesnika i sestara. Pozornost na praksu sestrinstva potaknula je razvoj karijere među medicinskim sestrama kako bi nastavile obrazovanje na diplomskom i postdiplomskom studiju (5).

1.1.3 Njegovanje iz perspektive pacijenata

Medicinske sestre i pacijenti ne vide njegu na isti način. Neka istraživanja pokazuju da pacijenti i njihovi članovi obitelji visoko vrednuju osobne aspekte njege (ekspresivni elementi njegovanja) poput otvorenosti, pozornosti, slušanja i stvaranja osobne povezanosti između medicinske sestre, pacijenta i člana obitelji koji skrbi o pacijentu. Kada se takve stvari previde stvara se nelagoda kod njih i njihovih bližnjih. U tim slučajevima i „mali“ aspekti njege poput provjeravanja uzglavlja, namještanja jastuka, zatvaranje ili otvaranje prozora, navlačenje zavjesa, propitkivanje što pacijentu treba kada to u prvi mah nije vidljivo, zvono na dohvat ruke, donijeti šalicu čaja i sl. daju pacijentu osjećaj da se brinemo o njemu. Kada se njega postavi u terminima objektivnih, profesionalnih zadataka poput previjanja, davanja terapije, provjera vitalnih znakova ili smanjivanje boli pacijenti ponekad imaju poteškoća u interpretiranju toga kao „brige za njih“ jer je to nešto što se podrazumijeva (6). Potreba za manje opipljivim ili ekspresivnim elementima njegovanja više dolaze do izražaja nakon zadovoljavanja osnovnih ljudski potreba definiranih Maslovljevom hijerarhijom potreba (motivacije) (1).

Drugo objašnjenje moglo bi biti da su pacijenti prvenstveno u sustavu zdravstvene zaštite da bi dobili pomoć za svoje tjelesne probleme poput dobivanja odgovarajuće dijagnoze, olakšavanja boli i sl. Za ekspresivno njegovanje smatraju da je ono tu prirodno prisutno u medicinskih sestara doživljavajući sestre kao „anđele“ (1).

Istraživanje provedeno kroz pojedinačni intervju 24 pacijenta u kući bolesnika (Irska) koji su netom otpušteni iz bolnice pokazalo je važnost ekspresivnog njegovanja temeljenog na Donabedian-ovim konstrukcijama strukture, procesa i ishoda zdravstvene

skrbi. Podaci iz analize ukazuju na pozitivan linearan odnos između ekspresivnog njegovanja i aktivne profesionalne skrbi medicinskih sestara (7).

1.1.4 Povezanost između osobnog i profesionalnog njegovanja

U našem zdravstvenom sustavu korisnik usluge može imati maksimalno jedan dolazak medicinske sestre iz Ustanove za zdravstvenu njegu u kući dnevno. To za samog pacijenta nije dostatno te u ostatku dana o njemu skrbi njegova obitelj. To je obično jedan član obitelji koji najbolje poznaje oboljelog i smatra da bi mogao raditi posao njegovatelja. Stoga je jako važno da medicinska sestra pruži dostatnu edukaciju kako pacijentu o principima njegove skrbi, tako i educirati člana obitelji ili njegovatelja da sudjeluje u zdravstvenoj njezi tijekom ostatka dana kada medicinska sestra ne dolazi u posjetu.

Stoga možemo govoriti o neprofesionalnom ili laičkom njegovanju i profesionalnom ili formaliziranom njegovanju prema istraživanju provedenom u Velikoj Britaniji 1992. g. Neprofesionalno ili laičko njegovanje obuhvaća „pružanje njege“ i odnosi se na emocionalno intenzivan i često neplaćen posao koji se događa u sklopu obitelji i prijatelja ili na nizak status rada koji obavljaju plaćeni, uglavnom neosposobljeni ljudi kao što je pomoćno medicinsko osoblje, a kojim osiguravaju sredstva za život.

Profesionalan njega uključuje obrazovanje, ugovor i osobni dohodak za obavljanje djelatnosti zdravstvene njege, a koja je pod kontrolom zdravstvenog sustava (1).

Sve se više govori o preklapajućoj ulozi neprofesionalnih i profesionalnih njegovatelja. Možemo obje uloge gledati kao kontinuum s laičkom njegom na jednom kraju i profesionalnom njegom na drugom (1).

Neprofesionalni njegovatelji u nedostatku znanja, iskustva i vještina ulažu više vremena i truda u njegovateljski odnos. Uz to je odnos dodatno emocionalno opterećen ako se radi o njezi člana obitelji u vlastitom prostoru i gotovo 24 h na dan. Tada članovi obitelji ulažu više predanosti i poštovanja prema pacijentu koji je u većini slučajeva jedan od roditelja. Medicinske sestre svojom profesionalnošću, većom bazom međuljudskih i tehničkih vještina i iskustva imaju drugačiji pristup. Iako je vrijeme

provedeno uz pacijenta znatno manje pacijent ne gubi na kvaliteti usluge. Medicinska sestra će znati prepoznati elemente neprofesionalnog i profesionalnog njegovanja, razumjeti ulogu pacijenta, njegovatelja i člana obitelji i stvoriti ugodnu sredinu u kojoj će se sve strane biti usmjerene prema zajedničkom pozitivnom ishodu.

1.1.5 Primjena psiholoških teorija shvaćanja ljudske prirode u praksi zdravstvene njege

Sestrinstvo je struka koja je još u razvitku prema profesionalnosti te se koristi bazama znanja posuđenih iz drugih struka kako bi one doprinijele razvoju znanja i prakse u sestrinstvu. Posuđivanje psihološkog modela omogućilo je sestrama da se odvoje od medicinskog modela (8).

U medicinskom modelu ističu se razlike između uma i tijela, dok sestrinstvo obuhvaća njegu cijele osobe, odnosno holistički i personalizirani pristup (8). „Sestrinstvo odnosno njegovateljstvo se ne bavi samo strukturom i funkcijom tijela, nego i ljudskim ponašanjem, osjećajima, te utjecajem društvenih utjecaja na tijelo, utjecajima okoline i dr.“ (8). Medicinski model gleda na bolest kao na neuspjeh tijela kojem treba tjelesna intervencija, kao na manje vrijednog, slabijeg i nesposobnog. Za medicinsku sestru pacijent je izuzetno vrijedan suradnik, „Čovjek“ (8).

Psihološki model prati rast i razvoj čovjeka: proces odrastanja, smetnje razvoja, osjećaje i ponašanje (8). Taj model su preuzele i medicinske sestre. Medicinske sestre daju sve od sebe da bi se povezale s pacijentom na takav način da mogu kreirati povjerljive, funkcionalne odnose s njima, odnose koji imaju svrhu ili su usmjereni prema nekom ishodu. Njeguju i olakšavaju odnose da bi pacijenti postali najviše od onoga što mogu postati (4). Medicinske sestre žele uputiti svoje pacijente kako percipirati, objasniti i nositi se sa svojim osjećajima (8).

U nastavku teksta ćemo prikazati najvažnije psihološke teorije u sklopu kojih bi se mogao bolje razumjeti koncept njegovanja.

1.1.5.1. Psihodinamska teorija

Tvorci psihodinamske teorije su Freud, Jung i Adler. Najznačajniji uspjeh pripisuje se Freudu uvođenjem pojma nesvjesnog uma u javnost. Nesvjesni um se sastoji od dvije moćne sile: „eros“ i „thanatos“. Eros predstavlja kreativnu i pozitivnu sila povezanu s ljubavlju i seksualnim izražavanjem. Thanatos je negativna sila povezana sa smrću i destrukcijom. Mentalno zdrav čovjek ove dvije sile ima u ravnoteži, odnosno nijedna nije dominantna. U neravnoteži pacijent iskusi konflikt između ovih dviju sila ali on toga nije svjestan zbog djelovanja obrambenih mehanizama represije ili negiranja. Obrambeni mehanizmi imaju zadatak da smanje tjeskobu na način da zakopaju sjećanja na to iskustvo. Ukoliko zakažu obrambeni mehanizmi pojavit će se konflikt, anksioznost ili depresija (1).

Freud uvodi i pojam „ida“ ili „ugode“. Vezan je za prvih nekoliko godina života kada dijete nastoji instinktivno zadovoljiti svoje potrebe da bude nahranjeno, utopljeno, zbrinuto, da se osjeća ugodno i sigurno. Kako odrastamo učimo da je nemoguće uvijek zadovoljiti svoje potrebe jer to može rezultirati ugrožavanjem drugih i kršenjem zakona. Tako razvijamo svijest ili skup moralnih vrijednosti („superego“) koji nam omogućava da postavimo granice i prihvatimo kompromis. „Ego“ ili „self u realnosti“ dovodi u ravnotežu zahtjeve „ida“ i „superega“ pa pojedinac može živjeti bez prevelikog stresa i anksioznosti (1).

Djeca između rođenja i adolescencije, odrastajući prolaze više stadija. „Oralni stadij“ povezan je s ustima i ugodom doživljenom kroz hranjenje i sisanje. „Analni stadij“ povezan je s rektumom i anusom vezan za kontrolu defekacije. „Genitalni stadij“ povezan je sa sviješću o genitalijama. „Stadij latencije“ je razdoblje seksualnog usmjerenja. „Falusni stadij“ je povezan s genitalijama. Svaki od ovih stadija ima reperkusije na ostatak života. Teškoće nastale u tim stadijima razvoja mogu imati štetne i dugoročne posljedice u odrasloj dobi (1). Primjer iz „oralnog stadija“: dijete koje je majka hranila kada god zaplače, ne pokušavajući otkriti zašto dijete plače (možda je mokro, „ukakano“, ima grčiće, hladno mu je ili prevruće, uplašeno i sl.) u budućem će životu sve frustracije „liječiti“ jedenjem. Rezultat je sklonost pretilosti i nisko samopoštovanje.

Psihodinamska teorija nam omogućava da vidimo probleme u pozadini i da se usmjerimo na njih, a tek kasnije na simptome. Dobra komunikacija između medicinske sestre - pacijenta - članova obitelji osvijetliti će mnoge konflikte osobno i pojedinačno unutar obiteljske zajednice. Pozitivan rezultat bi se mogao očitovati u boljem shvaćanju i prihvaćanju sebe i drugih sudionika u procesu zdravstvene njege, boljom suradnjom i pojačanom motivacijom prema održavanju ili poboljšanju zdravstvenog stanja ili izlječenju.

1.1.5.2. Biheviorizam

Biheviorizam smatra da se sva ponašanja događaju kao rezultat učenja koja su pod utjecajem okolinskih faktora.
Ljudi uče na temelju povezivanja okolinskih podražaja i reakcija na te podražaje. Rad je poznat kao Pavlovljevo „klasično uvjetovanje“ prikazanom kao eksperimentalni rad s probavnim procesima kod pasa. Psi će biološki uvjetovanim procesom sliniti na miris ili prisutnost hrane (1). Primjer: Lijepo serviran obrok koji mami svojim mirisom, u ugodnom okruženju potaknuti će u pacijenta želju za konzumacijom hrane i apetit.

Teorija poznata kao „operantno uvjetovanje“ (Skinner) pokazuje da ljudi uče na temelju svojih postupaka. Ponašanje koje je uvjetovano pozitivnim posljedicama i nagradama vjerojatno će se ponoviti. Isto tako se nepoželjna ponašanja ponavljaju ako im pridajemo pozitivnu pažnju. Kazna za negativno ponašanje samo daje naglasak na takvo ponašanje i vrlo je vjerojatno da će se ono ponoviti. Pažnju bi trebalo usmjerit na povećanje učestalosti dobrog ili željenog ponašanja (1). Primjer: Ako pohvalimo pacijenta da je pokušao, u okviru svojih mogućnosti, samostalno jesti nakon moždanog udara pacijent može biti ljubazan prema nama i raspoložen pokušati ponovo.

„Teorija socijalnog učenja“ Alberta Bandure predstavlja ponašanje kroz opažanje i imitaciju ponašanja drugih ljudi. Jednako se odnosi na ponašanja i obrasce razmišljanja. [1] Primjer pacijenta s anusom preterom: Ako mu medicinska sestra predstavi postupke toalete stome kao jednostavne, kao rutinske, kao samo par minuta više osobne higijene tijekom dana pacijent će usvojiti i razmišljanje medicinske sestre o njezi kolostome kao nešto što je jednostavno i izvodivo. Pacijent će nakon što gleda medicinsku sestru kako

vješto postavlja podlogu i vrećicu za kolostomu i sluša njene upute pokušati ponoviti postupke sam najbolje što može.

1.1.5.3. Geštalt psihologija

Ova se teorija primjenjuje u istraživanjima motivacije, ličnosti, dinamike i vodstva u malim grupama (grupna terapija). Utjecala je na Maslowljevu teoriju motivacije i ličnosti, te kasnije na razvoj kognitivne terapije i kognitivne psihologije (1).

Rad medicinske sestre u kući pacijenta nije samo skrb usko vezana za pacijenta već obuhvaća i njegovu obitelj u postizanju pozitivnog ishoda zdravstvene skrbi (holistički pristup). U tom bi slučaju medicinsku sestru - pacijenta - obitelj mogli sagledati kao grupu sa zajedničkim ciljem - dobrobit pacijenta. Svaki član grupe pridonosi na svoj način, kvantitativno, kvalitativno i u okviru svojih mogućnosti pozitivnom ishodu. Zajedno kao cjelina mi nismo isto kao zbroj njenih dijelova, niti više od tog zbroja. Mi smo jednostavno u osnovi različiti od njihovih dijelova (1). Primjer pacijenta sa hemiplegijom: Pacijent leži na krevetu s povišenim uzglavljem i na antdekubitalnom madracu, te je spuznuo zajedno s antidekubitalnim madracom na donji kraj kreveta. Pacijent uslijed smanjene pokretljivosti nije u stanju da se sam namjesti u krevetu, niti medicinska sestra može sama podići pacijenta i namjestit antidekubitalni madrac. Grupnim radom je to moguće. Pacijent se pridrži i podigne koliko može pomoću trapeza, istovremeno medicinska sestra namjesti i fiksira plahtu, a član obitelji izvuče madrac do željenog položaja.

1.1.5.4. Kognitivna teorija

Kognitivnu terapiju je razvio Piaget. Upućuje nas u proces mišljenja, opažanja, komuniciranja, pamćenja i učenja. Tijekom života razvijamo niz mentalnih struktura tzv. shema koje nam pomažu da spoznamo o čemu se radi i što se može napraviti. Tijekom rasta i razvoja njihov broj se povećava i počinjemo ih međusobno kombinirati. Ako koristimo već postojeće sheme u izvođenju operacija govorimo o asimilaciji. Odrastanjem i uključivanjem novih informacija već postojeće sheme više ne odgovaraju

i moraju se mijenjati. Ovaj proces mijenjanja shema da bi se uključile nove nazivamo akomodacija. Asimilacija i akomodacija zajedno sačinjavaju ekvilibrij (1) osjećaj psihičke i fizičke ravnoteže (9). Ponašanje pojedinca je određeno razmišljanjem o sebi i svom svijetu. Ukoliko je ono pogrešno ili opterećeno predrasudama može doći do narušavanja zdravstvenog stanja i funkcioniranja. „Cilj kognitivne terapije, čiji je tvorac Aaron Beck, je promijeniti pogrešno ili nefunkcionalano razmišljanje, poboljšati pamćenje i povećati točnost donošenja odluka“ (1). Primjer: nekada se smatralo da debljina i crvenilo u licu upućuju na zdravlje te dobro fizičko i mentalno funkcioniranje. Danas znamo koliko je debljina štetna i što poduzeti za postizanje zdravlja i blagostanja.

U današnje vrijeme se kognitivna terapija kombinira sa bihevioralnom terapijom te je nastala kognitivno - bihevioralna terapija (KBT). Smatra se najboljim izborom liječenja za depresivnost i anksioznost i čak joj se daje prednost ispred antidepresiva (1).

1.1.5.5. Humanistički teorija

Na sestrinstvo je snažno utjecala Maslowljeva teorija potreba. Prema toj teoriji sve su potrebe psihološke osim fizioloških. Fiziološke potrebe moraju biti prve zadovoljene, pa tek kad se ona one zadovolje na red dolaze potrebe na višim razinama: za ljubavlju i pripadnošću, samopoštovanjem, intelektualne i estetske potrebe i potrebe za samoaktualizacijom. Samoaktualizacija je hijerarhijski najviša potreba i najpoželjnije stanje koje je najteže postići. Onemogućavanje pojedinca u rastu i razvoju, slobodi odlučivanja, izražavanja vlastite vrijednosti i određivanja vlastite svrhe u životu može dovesti do bolesti. Uzrok neispunjavanja tih kapaciteta mogu biti faktori okoline, nedostatak evaluacije od drugih osoba ili negativne procjene od drugih osoba. Rezultat je negativno samopoimanje, loša slika o sebi i nisko samopoštovanje. U terapiji naglasak se stavlja na pacijenta, a terapeut samo pomaže u postizanju realnog vlastitog selfa (1).

1.1.5.6. Eklekticizam i integrativni pristupi

Ljudsko ponašanje i iskustvo je toliko složeno da ne postoji model ili objašnjenje ponašanja koje ga može objasniti. Stoga su najprikladnije kombinacije psiholoških teorija i modela, lijekova, socijalnih intervencija i utjecaja na okolinske čimbenike u kojima se osoba nalazi.

1.2 Njegovanje i sestrinstvo

Obrazovanje medicinske sestre omogućeno je na osam razina. Svaka od tih razina stečena je učenjem i dokazana nakon postupka učenja tj one predstavljaju ishod učenja. Objedinjenjem ishoda učenja određenih razina, obujma, profila, vrste i kvalitete (završetkom srednjoškolskog programa ili završetkom stručnih ili sveučilišnih studija) stječu se kvalifikacije. Kvalifikacije se dokazuju svjedodžbom, diplomom ili drugom javnom ispravom izdanom od ovlaštene pravne osobe. Omogućavaju pristup tržištu rada i/ili nastavku obrazovanja. Ujedno su dokaz da medicinska sestra posjeduje odgovarajuće kompetencije (znanja i vještine uz pripadajuću samostalnost i odgovornost) shodno razini obrazovanja.

Hrvatski kvalifikacijski okvir (HKO) je instrument kojim se uređuje sustav kvalifikacija na svim obrazovnim razinama u Republici Hrvatskoj. Smještanje kvalifikacija u Republici Hrvatskoj na određenu razinu omogućuje da se kvalifikacije mogu uspoređivati i povezivati s razinama kvalifikacija Europskog kvalifikacijskog okvira (EQF) i Kvalifikacijskog okvira Europskog prostora visokog obrazovanja (QF-EHEA) te posredno s razinama kvalifikacija kvalifikacijskih okvira u drugim zemljama (MZOS 2013) (10).

Osim što uređuje sustav kvalifikacija daje mu jasnoću, pristup vertikali obrazovanja, stjecanje obrazovanja, prohodnost i kvalitetu kvalifikacija.

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu po pozivu projektnih prijava Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta, bio je nositelj projekta od 2014.-2016. Godine „Izrada standarda zanimanja/kvalifikacija uz unaprjeđenje zdravstvenih studijskih programa“ kako bi omogućio uspostavljanje suvremenog edukacijskog

sustava zasnovanog na jasno definiranim očekivanim ishodima studiranja i znanstveno dokazanim spoznajama (11). Projekt je nastao iz činjenice da je zdravstvo rastući sektor kako u Republici Hrvatskoj tako i u EU, a potreba za visokoobrazovanim osobljem postaje sve veća.

U posljednje vrijeme vidi se povećana težnja za promjenama u sestrinstvu. Medicinske sestre postaju svjesne da su vrijedne za sebe, svoju struku, zdravstvo i zajednicu upravo proporcionalno njihovim mislima, osjećajima i djelima vezanim uz obrazovanje, rad i ugled svoje profesije (8). One postaju sve svjesnije da sestrinstvo nije samo uslužna djelatnost. U svojoj sferi djelovanja, a to je zdravstvena njega, imaju sve veći stupanj autonomnosti i slobode u radu. Medicinske sestre bi tu trebale imati monopol jer niti jedna druga profesija to ne može i ne zna bolje od medicinskih sestra i ne bi smjela utjecati na njezine odluke i mijenjati ih (8). Medicinske sestre sposobne su obavljati (samo)kontrolu. Pogotovo što se rapidno povećava broj visoko obrazovanih sestara koje imaju za to potrebne kompetencije. To je i dalje cilj kojem trebaju težiti. Teorija i praksa trebaju se međusobno prožimati i tvoriti jednu cjelinu u osposobljavanju. Prema svom poslu trebale bi se odnositi ne samo kao trenutnom već kao na karijeru što podrazumijeva cjeloživotno obrazovanje i doživotnu obavezu (8). Nameće se pitanje koliko su sestre spremne uložiti sebe, svoj vrijeme, energiju i resurse u stvaranje karijere. Čini mi se da je najvažnije da se sestre drže zajedno, da vlada zdrav natjecateljski duh za promjenama i napretkom, da jedna drugoj budu podrška i zastupnice promjena, kako na nacionalnom, tako i međunarodnom planu. Njihovi znanstveno-istraživački radovi sve se više probijaju u javnost ali su još uvijek pojedinačni slučajevi i ne pokazuje se velika želja za njihovim objedinjenjem i uspoređivanjem stvarajući vlastitu bazu podataka. Osim prepoznatljivosti unutar sebe važna je i prepoznatljivost u društvu. Sestre trebaju uvjeriti javnost u jedinstvenost svojih odluka bez straha od neprofesionalizma, nemoralnost i ne etičnosti. Iako tu ima još puno posla važno je da se medicinske sestre bore za profesionalan odnos i status priznate profesije. Profesionalnost u sestrinstvu obuhvaća visokoškolsko obrazovanje i profesionalno napredovanje do doktora znanosti, kompetencije shodne obrazovanju, stalno povećavanje količine znanja i tehnika znanstvenim metodama, pružanje znanja i praktičnih postupaka vezanih za ljudsku i socijalnu dobrobit, autonomnost profesije, mogućnost napredovanja u zanimanju kojim se bave, slobodu obavljanja zanimanja i

ekonomsku sigurnost. Kada to uspiju to će biti uspjeh medicinskih sestara, liječnika koji su ih podržali, akademske zajednice, nacionalnog sustava zdravstva i čitavog društva (8).

1.3 Zdravstvena njega u kući

Prema mišljenju medicinskih sestra koje rade na odjelima opće medicine i kirurgije, u 8 od 30 bolnica (26,7 % medicinskih sestara) Irske u periodu 2009./10.g. nije sigurno da će se pacijenti nakon otpusta iz bolnice moći organizirati svoju njegu kod kuće. Ovo može biti pokazatelj i posljedica povećane zauzetosti bolničkih kapaciteta i politike zdravstva da smanji trajanje boravka pacijenata u bolnicama (12). Kako bi se smanjili štetni ishodi na liječenje pacijenata potreba za zdravstvenom njegom u kući postaje sve izraženija.

Provođenje zdravstvene njege pacijenta u kući omogućuje: rasterećenje troškova liječenja u bolničkom sustavu, lakšu integraciju u obitelji nakon hospitalizacije, edukaciju obitelji u/s njege pacijenta u kući, ugodniju atmosferu oboljeloj osobi i lakšu izmjenu važnih informacija, Istodobno se utječe na higijenske navike ukućana, koje su osobito važne kod bolesnika s infektivnim bolestima te izravno utječe na cjelokupnu zdravstvenu kulturu bolesnika i njegove okoline (13).

Izabrani liječnik PZZ-a temeljem medicinske dokumentacije, obavljenog pregleda i utvrđenog zdravstvenog stanja pacijenta ispunjava dokument „Nalog za provođenje zdravstvene njege u kući“ (14). Nalog sadržava osobne podatke pacijenta, preporučenu dužinu trajanja zdravstvene njege, stupanj zahtjevnosti zdravstvene njege, broj posjeta medicinske sestre tjedno, medicinsku dijagnozu i obrazloženje potrebnih postupaka zdravstvene njege. Od odabrane Ustanove za zdravstvenu njegu u kući se dobiva povratnu informaciju o prihvatu ili ne prihvatu naloga/pacijenta na zdravstvenu skrb.

Zdravstvenu njegu u kući pacijenta provode samostalno medicinske sestre/tehničari općeg smjera koji su radnici Ustanove za zdravstvenu njegu u kući sa kojom Zavod za zdravstveno osiguranje ima sklopljen ugovor za provođenje tog vida zdravstvene zaštite.

Osigurana osoba ostvaruje pravo na zdravstvenu njegu u kući na osnovi utvrđenih sljedećih stanja: kod nepokretnosti i smanjene pokretljivosti kada pacijent uz korištenje ortopedskih pomagala treba i pomoć druge osobe, kad uz provedeno liječenje dolazi do pogoršanja ili komplikacija kroničnih bolesti, kad nije moguće samozbrinjavanje, kad je nakon operativnog zahvata potrebno previjanje i toaleta rana/e, toaleta stome i kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti (14). (tablice 2 i 3)

Tablica 2. Stupanj zahtjevnosti zdravstvene njege (14)

Redni broj	**Šifra**	**Naziv postupka**	**Opis postupka**	**Trajanje njege (min)**
1	NJEGA1	minimalna zdravstvena njega	Uključuje edukaciju bolesnika i/ili njegove obitelji, uzimanje materijala za laboratorijske pretrage, kateterizaciju mokraćnog mjehura žena, primjenu i. m. i s.c. injekcije, zdravstvenu njegu stome (ileostoma, kolostoma, urostoma, traheostoma, gastrostoma), uz provjeru vitalnih znakova.	30
2	NJEGA2	pojačana zdravstvena njega bolesnika s povećanim potrebama	Podrazumijeva kompletnu njegu teško pokretnog bolesnika (sa ili bez inkontinencije), uključuje stavke iz DTP NJEGA 1, previjanje rane 1. stupnja, hranjenje putem nazogastrične sonde	60
3	NJEGA3	opsežna zdravstvena njega	Opsežna zdravstvena njega nepokretnog bolesnika, uključuje stavke iz DTP NJEGA 1 i 2, previjanje rane 2. i 3. stupnja, primjenu oksigenoterapije	90
4	NJEGA4	zdravstvena njega izrazito teškog bolesnika ili bolesnika u terminalnoj fazi bolesti	Zdravstvena njega izrazito teškog ili umirućeg bolesnika (palijativna skrb), uključuje sve stavke iz DTP NJEGA 1, 2 i 3, previjanje rane 4. stupnja.	120

Tablica 3. Dodatni postupci zdravstvene njege (14)

Redni broj	Šifra	Naziv
5	NJEGA5	Primjena klizme
6	NJEGA6	Toaleta i previjanje rane 1 i 2 stupnja
7	NJEGA7	Toaleta i previjanje rane 3 i 4 stupnja
8	NJEGA8	Postavljanje i promjena nazogastrične sonde

Provođenje zdravstvene njege može se odobriti maksimalno sedam puta tjedno.

Zdravstvena usluga koju pružaju medicinske sestre u kući ima svoje posebnosti koje imaju utjecaja na ishod zdravstvene skrbi i zadovoljstvo korisnika:

- Dislociranost, klimatski uvjeti, temperaturne promjene: Dolazak u kućnu posjetu iziskuje dodatne fizičke napore za medicinsku sestru. Tereni rada su često dislocirani i međusobno nepovezani jer je primarno organizirati se prema zdravstvenim potrebama pacijenta. Klimatski uvjeti su često nepogodni, a temperaturne promjene u vanjskoj sredini - kućnom okruženju - prijevoznom sredstvu ogromne. Posebno ljeti kada je temperatura u automobilu preko 40°C.
- Nepouzdano okruženje: nesređeni obiteljski odnosi, loša higijena, prisutnost kućnih ljubimaca, agresivno i ovisničko ponašanje te prisutnost vatrenog oružja mogu imati utjecaja na ishod skrbi i zadovoljstvo korisnika
- Sigurnost u ispravnost postupaka i donesenih odluka u nedostatku drugih stručnjaka (15): U kući pacijenta radi bez prisutnosti liječnika ili druge medicinske sestre, te nema osobu s kojom se može posavjetovati u odgovarajućem trenutku, a odgovorna je za procjenu zdravstvenog stanja pacijenta ili primjenu nove nepoznate tehnologije.
- Prilagođena komunikacija: Medicinska sestra radi sa svim dobnim skupinama te je potrebno prilagoditi komunikaciju populaciji korisnika usluge. Osoba o kojom radi nije samo pacijent već i svi ostali ukućani koje je potrebno educirati za rad sa oboljelim članom obitelji u vremenu kad medicinska sestra nije u kućnoj posjeti.

- Rad nije izravno nadziran: Zdravstvenu njegu provode medicinske sestre samostalno u skladu s uputama izabranog liječnika. Medicinska sestra ustanove za zdravstvenu njegu ima veću samostalnost i odgovornost u radu od drugih timova, dok se nedostaci u radu očitiju u žalbama korisnika, posjetu patronažne medicinske sestre ili kućnoj posjeti liječnika.
- Suradljivost pacijenta i obitelji: Ponašanje pacijentove obitelji ide od potpunog prihvaćanja i preuzimanja potrebne brige o bolesnom članu obitelji do odbacivanja i potpune nesuradnje. To stvara dodatni pritisak na medicinsku sestru i povećava odgovornost.
- Nema ograničenja radnog opterećenja: Očekuje se da ćemo pacijenta stići obići već prvog ili sljedećeg dana prijave. Zbog njegovog zdravstvenog stanja ne možemo staviti pacijenta „na čekanje“. Ovo je i snaga i slabost medicinskih sestara jer to znači da riskiramo previše posjeta tijekom dana ili tekućeg mjeseca (15).
- Nepostojanje mjesta za sastanke i pisanje sestrinske dokumentacije: Medicinske sestre iz ustanove za zdravstvenu njegu jedini su profesionalci koji nemaju mjesta za sastanke i pisanje sestrinske dokumentacije (15).
- Kreativnost u rješavanju problema: Nakon otpusta iz Jedinica intenzivnog liječenja bolnice dio pacijenata taj isti nivo skrbi nastavlja koristiti kod kuće (djeca na respiratoru). Uvjeti rada, tehničke mogućnosti i dostupnost sredstava za rad najčešće nije istovjetna kao u bolnici, dok volumen, specifičnost i složenost rada ostaje ista (15). To je preveliki teret na leđa medicinskih sestara.
- Educiranost medicinskih sestara: S obzirom da se uglavnom radi o kroničnim pacijentima većina pacijenata je razvila opsežno poznavanje njihovog zdravstvenog stanja te samim tim imaju veća očekivanja. To znači da nam je potreban veći postotak iskusnih medicinskih sestara, dodatna edukacija i viša razina obrazovanja. Posebno su otežavajuće okolnosti hitna stanja gdje je potrebno reagirati brzo i ispravno. Za rad u ustanovama za zdravstvenu njegu potrebna je temeljna izobrazba za medicinsku sestru, valjano odobrenje za samostalni rad i prema mogućnostima dodatno usavršavanje iz određenog segmenta zdravstvene zaštite (16).

Vještine koje su im potrebne u svom svakodnevnom radu uključuju (15):

- Kliničke vještine: holistički pristup pacijentima koji boluju od akutnih i kroničnih bolesti, sposobnost medicinskih sestara da se nose s raznolikošću zdravstvenih potreba u kući
- Vještine upravljanja: sposobnost upravljanja i koordiniranja skrbi vezanih za raznolikost pacijentovih potreba, sposobnost da samostalno radi i odlučuje, da bude fleksibilna i prilagodljiva promjenjivim situacijama
- Vještine vodstva: vodstvo u kliničkim vještinama i obrazovanju (osoblja, pacijenata i članova obitelji/njegovatelja)
- Strateške vještine: poznavanje potreba i usluga lokalne zajednice, biti pacijentov zastupnik

Sve ove vještine imaju podlogu u međuljudskim vještinama kojima se gradi povjerenje pacijenta i obitelji u medicinsku sestru i usluge u zajednici (15).

Da biste postupno podupirali pacijenta i obitelj, razvijali povjerljive odnose između pacijenta i članova njegove obitelji potrebno je moći pretvoriti njihov kaos i zbunjenost u udobnost i nadu. Iskustvo stečeno tijekom godina omogućuje nam da odredimo prioritet i postupno rješavamo probleme. Nemoguće se boriti sa svime u prvih nekoliko posjeta, stvoriti sigurnu situaciju, upravljati i istovremeno osnaživati obitelj koja se brine o svom voljenom kod kuće (15).

Trebali bi biti spremni ostaviti prošlost iza sebe i poduzeti korake prema budućnosti u kojoj je zdravstvena skrb u kući fleksibilna i prilagodljiva, tijelo umijeća i znanja od usluge ili tima i isporučuje se u novim vrstama multidisciplinarne usluge, prilagođene vrlo zahtjevnim potrebama pacijenata za raznolikijom zdravstvenom zaštitom. Naravno, bez obzira na to kako ćemo opisati skrb i timove u budućnosti, za mnoge ljude koji trebaju skrb kod kuće, medicinska sestra iz ustanove za njegu u kući će jednostavno i dalje biti "njihova medicinska sestra". Nije potrebno puno pričati o radu. Vrijednosti su jasne: medicinska sestra koja je dostupna u kratkom roku, može isporučiti i organizirati sve za rad s pacijentom i njihovom obitelji, onoliko dugo koliko je potrebno. Ostali stručnjaci doprinijet će pacijentovom „putovanje kroz njegu“ u mnogim okolnostima ali medicinska sestra iz ustanove za zdravstvenu njegu kod kuće

treba ostati jezgra skrbi kao praktičar, partner i vođa za usluge zdravstvene njege u kući (15).

1.4 Zadovoljstvo pacijenata

Zadovoljstvo možemo najjednostavnije prikazati kao procjenu između očekivanja pacijenata i stvarnog zadovoljstva zdravstvenom uslugom i načinom na koji je pružena. Procjena se odnosi na subjektivni (vrlo rijetko objektivni) doživljaj o pruženoj skrbi. Subjektivni osjećaji su teško vidljivi, teško mjerljivi pa ih je samim tim teško i uspoređivati. Ono što je za jednog pacijenta dobro, za drugog može biti loše. Stoga nema pouzdanih i šire prihvaćenih standarda zadovoljstva zdravstvenim uslugama.

Većina pacijenata nema tehničkih znanja da bi mogla procijeniti kvalitetu zdravstvene skrbi, pa se pod pojmom kvalitete osvrću na iskustvo skrbi. Pacijenti često uspoređuju svoja prijašnja iskustva s sadašnjim (17). To su obično kombinacije pacijentovih očekivanja prije posjeta, iskustva za vrijeme posjeta i stupnja rješenja problema koji su doveli do posjeta (18). Ako iskustvo zadovoljava ili premašuje očekivanja pacijent to doživljava kao „dobru“ uslugu. Ako iskustvo ne odgovara očekivanjima, pacijent to percipira kao lošu uslugu. Očekivanja pacijenata mogu biti dodatno opterećena činjenicom da plaćaju uslugu pa mogu imati nerealno visoka očekivanja kao i zbog velike izloženosti oglasima gdje je sve savršeno skladno.

Ni samo zadovoljstvo nije uvijek praćeno isključivo poboljšanjem zdravstvenog stanja već ovisi i od ljudskih resursa u zdravstvenim ustanovama. Svakom interakcijom pacijenti oblikuju mišljenja o kvaliteti temeljenoj na empatiji zaposlenika, uslužnošću i prijateljstvu, te o komunikacijskim vještinama i učinkovitosti skrbi (17).

Čimbenici zadovoljstva koje obuhvaćaju karakteristika pacijenata su: osobnost pacijenta, preferencije pacijenta, očekivanja pacijenta, percepcija kvalitete zdravstvenih usluga, očekivanja od zdravstvenih djelatnika, iskustvo zdravstvenih djelatnika, usporedba prijašnjih i sadašnjih iskustava itd (17).

Ukoliko uzmemo u obzir karakteristike bolesti pacijenti koji su u lošijem zdravstvenom stanju su općenito manje zadovoljni uslugom od pacijenata koji su u relativno dobrom,

zadovoljavajućem stanju (18). Najbolji način za procjenu utjecaja kvalitete usluge na iskustvo skrbi je zapitati same pacijente (19).

Zadovoljstvo pacijenata ima polazna uporišta u menadžmentu. Upravljanje odnosima s pacijentima (PRM – Patients Relationship Menagement) možemo sagledati kao kombinaciju ljudi, procesa i tehnologije kojom nastojimo razumjeti pacijente, zadržati postojeće i pridobiti nove. U svezi Ustanove za zdravstvenu njegu cilj nam je ojačati postojeću poziciju ustanove i stvoriti nove mogućnosti za povećanje tržišta i profitabilnosti. PRM je proces kojeg čini kvaliteta usluge, zadovoljstvo i lojalnost pacijenata, te profitabilnost ustanove (20). Sve se više zdravstvenih ustanova okreće suradničkom odnosu s drugim ustanovama i djelatnicima u procesu rada, nabave i usluga kako bi smanjile troškove uz istodobno povećanje kvalitete zdravstvene skrbi. Povećanjem informatičke tehnologije dolazi do pada stacionarnih liječenja, a rast ambulantnih tretmana i skrbi preko Ustanova za zdravstvenu njegu u kući (17).

Elementi strukture kroz koju možemo pratiti zadovoljstvo pacijenata zdravstvenom uslugom u kući pacijenta bile bi (17):

- Upravljanje odnosima s pacijentima i zadovoljstvo pacijenata
- Komuniciranje s pacijentima kao izvor zadovoljstva pacijenata i medicinskih sestara
- Upravljanjem kvalitetom u zdravstvu i zadovoljstvo pacijenata

1.4.1 Upravljanje odnosima s pacijentima i zadovoljstvo pacijenata

Izbor zdravstvenih usluga reguliran je zakonom, razvijenošću zdravstvene zaštite, regionalnim i geografskim značajkama. Pacijent nije uvijek u mogućnosti zbog svog zdravstvenog stanja sudjelovati pri izboru zdravstvene usluge i donositi odluke o svom zdravstvenom stanju, a za procjenu kvalitete nema dovoljno znanja i iskustva. Rješenje svog problema najčešće vidi u poklanjanju povjerenja u određenu zdravstvenu ustanovu i zdravstveni tim za koje vjeruje da će moći riješiti njegove probleme.

Elementi koji sudjeluju u upravljanju odnosima s pacijentima i zadovoljstvu pacijenata: upravljanje povjerenjem zdravstveni djelatnik - pacijent, upravljanje sigurnošću pacijenta, upravljanje terapijama, upravljanje prijemom, boravkom i otpustom pacijenta

u/iz ustanove, upravljanje znanjem pacijenta, upravljanje partnerstvom s pacijentima, upravljanje žalbama pacijenata i sudjelovanje pacijenata u upravljanju zdravstvenom skrbi (17).

1.4.1.1 Upravljanje povjerenjem zdravstveni djelatnik - pacijent

U današnje vrijeme sve su veće promjene u povjerenju između zdravstvenog djelatnika i pacijenta. Nekada su zdravstveni djelatnici imali neprikosnoveni autoritet nad pacijentima, njihovo mišljenje i rad se nije dovodilo u pitanje. Pacijenti su imali visoku razinu poslušnosti što zbog nedostatka informacija i nedovoljne prosvjećenosti, što zbog mistifikacije zdravstva. Postojanost, sigurnost, jednoobraznost jamčila je država. U takvim uvjetima povjerenje pacijenta u zdravstvenog djelatnika je bilo veliko. Utjecajem medija, menadžmenta i privatizacijom taj se odnos promijenio. U prvom planu nije uvijek čovjek sa svojim zdravstvenim potrebama već ekonomska isplativost što rezultira gubitkom povjerenja u zdravstvene djelatnike. Pacijent je sada osoba koja sama prosuđuje i stvara vlastitu percepciju zdravstvenih ustanova, zdravstvenih djelatnika, zdravstvene skrbi i rizika. U konačnici on odlučuje o prihvaćanju ili ne prihvaćanju predložene zdravstvene skrbi.

Povjerenje se stječe stručnošću zdravstvenog djelatnika i njegovim poticanjem da se pacijent što prije osamostali. Zdravstveni djelatnik treba osim njegove bolesti poznavati pacijenta kao osobu, njegov stil života, rada i obiteljske prilike. Veoma je važno kako pacijent percipira znanje i vještine zdravstvenog djelatnika, a od strane zdravstvenog djelatnika da zna kakva su očekivanja pacijenta od njega. Stoga je potrebno pažljivo slušati pacijenta, poticati produktivnu komunikaciju, pristup i suradnju u planiranju zdravstvene skrbi.

Osobe koja najviše vremena provode s pacijentima od svih profila zdravstvenih djelatnika su medicinske sestre. One daje sve od sebe kako bi se povezale s pacijentom na takav način da mogu kreirati povjerljive, funkcionalne odnose s njima, odnose koji imaju svrhu ili su usmjereni prema nekom ishodu (4).

1.4.1.2 Upravljanje sigurnošću pacijenta

Svjetska zdravstvena organizacija definira sigurnost pacijenata kao „prevenciju, otklanjanje i unapređenje zaštite od neželjenih događaja tijekom procesa zdravstvene skrbi“ (21).

Potreba za sigurnošću kao jedna od osnovnih ljudskih potreba (Maslovljeva hijerarhija potreba) posebno je izražena u zdravstvenom sustavu zbog izmijenjenog zdravstvenog stanja pacijenta. Podrazumijeva potrebu zaštite osobnog integriteta i zaštitu od mogućeg ugrožavanja zdravlja ili narušavanja osobne dobrobiti. Uključuje tjelesnu i psihološku sigurnost. Dijagnostički i terapijski postupci dodatno otežavaju osjećaj sigurnosti, dovode do straha i osjećaja neizvjesnosti u ishod zdravstvenog stanja. Prihvaćanjem dolazaka medicinske sestre u kućnu posjetu pacijent ukazuje povjerenje medicinskoj sestri i Ustanovi za zdravstvenu njegu iz koje ona dolazi u nadi da će biti zbrinut na najbolji mogući način i da će provedena zdravstvena skrb dovesti do poboljšanja njegovog zdravstvenog stanja. Svaki dijagnostičko - terapijski postupak, primjena tehnologije u zdravstvenoj skrbi i brojnost intervencija predstavljaju rizik po pacijenta i povećavaju mogućnost neželjenih učinaka. Problemi se uglavnom pripisuju medicinskim sestrama jer one najčešće provode postupke, a ne sustavu i uvjetima rada (nedostatan broj medicinskih sestara, povećan obim posla uz sve manje vremena za provođenje intervencija, veliki broj prekovremenih sati) (22).

Sigurnost pacijenta je prioritet i unaprjeđenje sigurnosti pacijenta obuhvaća pomniji odabir i trajnu edukaciju zdravstvenih djelatnika, stvaranje sigurne okoline u zdravstvenim ustanovama, veći nadzor nad kontrolom bolničkih infekcija, sigurnu primjenu lijekova, osiguravanje potrebne i ispravne opreme i sigurnu praksu (22, 23).

Kao zdravstveni djelatnik važno je aktivno sudjelovati u prevenciji neželjenih događaja. Najbolji način je unaprjeđenje komunikacije s pacijentima i zdravstvenim djelatnicima. Pravovremena i točna informacija je presudna za sigurnost i kvalitetu zdravstvene njege. Prije svakog postupka potrebno je upoznati pacijenta sa postupkom izvođenja intervencije. Provedene intervencije se zavode u sestrinsku dokumentaciju (nadzorna lista rizičnih postupaka u zdravstvenoj njezi). U slučaju neželjenog događaja

potrebno je obavijestiti nadležne usmeno i pismeno (izvješće o spriječenom ili nastalom incidentu) kao i ostale članove tima koji sudjeluju u zdravstvenoj njezi u kući (22).

Zdravstvene ustanove su dužne omogućiti dovoljan broj djelatnika i sredstava za rad u okviru domene zdravstvene njege (rukavice, dezinficijense, pregače, maske i dr.). Primopredaju ordinirane terapije ne provoditi usmenim putem. Planirane postupke potrebno je izvoditi prema standardu zanimanja i standardu kvalifikacija za područje rada zdravstvene njege u kući (11). U slučaju nejasnoća potrebno je pažnju usmjeriti na zdravstvenu skrb koju se pruža, a ne na optuživanje (22).

Na državnom nivou potrebno je razviti, preporučiti i primijeniti mehanizme sigurnije prakse i analizirati njene učinke kroz državni registar pogrešaka (22).

1.4.1.3 Upravljanje terapijama

U Ustanovi za zdravstvenu njegu u kući najčešći je oblik terapije kontrola kroničnih boli, najčešće kod palijativnih bolesnika. Bol može biti fizička (stvarno ili moguće oštećenje tkiva), emocionalna (njegovanje starih emocionalnih povreda koje uključuje kajanje, osjećaj krivnje, ogorčenje koje dugo držimo u sebi, duboku tugu koja nas izjeda iznutra povezana sa srdžbom, mržnjom i depresijom), socijalna (gubitak identiteta, tjelesnosti, prijatelja i samokontrole) i duševna bol (briga i strah od smrti, doživljaj bezvrijednosti, beznadnosti i besmislenosti) (25). Prelaskom akutne u kroničnu bol bol više nije simptom već samostalna dijagnoza s vlastitim simptomima i komplikacijama.

Oslobađanje od boli je multidimenzionalni proces usmjeren na pacijenta kao cjelovitu osobu. Osim ublažavanja ili otklanjanja simptoma bolesti i bolnosti potrebno je pažnju usmjeriti na oslobađanja od nuspojava kemoterapije (mučnina, povraćanje, anoreksija, opstipacija, umor, anemija i dr.) i na povećanje kvalitete života.

Kako god da je klasificiramo ili tretiramo utjecaj medicinske sestre je neosporan u njenoj kompenzaciji. Taj utjecaj je još veći kada se radi o ne medikamentoznoj terapiji. Može biti terapija uma i tijela (meditacija/ mindfulness, relaksacija, biofeedback vođena imaginacija/samohipnoza, autogeni trening, terapija smijehom, samoterapijski dodir-reiki, liječenje vjerom/molitva), terapija pokretom (yoga), tjelesno orjentirane terapije

(akupresura, samomasaža, vježbe za samoispravljanje, TENS), senzorne terapije (muzikoterapija, pisanje/pričanje priča, likovna terapija, plesna terapija, aromaterapija, terapija bojama, terapija igrom) i druge terapije (multimodalne integrativne terapije) (24).

1.4.1.4 Upravljanje prijemom, boravkom i otpustom pacijenta u/iz ustanove

Proces korištenja pacijenta uslugama zdravstvene njege u kući prolazi kroz tri faze: primanje pacijenta na zdravstvenu skrb koja se provodi u kući pacijenta, korištenje usluga zdravstvene njege u kući i prestanak korištenja zdravstvene njege u kući.

U praksi se sve više pojavljuje nesklad između povećanih potreba i pruženih usluga. Često je nemoguće primiti novog korisnika usluga jer se tim prekoračuje ugovorni odnos ustanove i HZZO-a. Drugi problem je povećanje obima usluga pacijenta čije je zdravstveno stanje u pogoršanju pa opet imamo isti problem. Problem se najčešće rješava otpuštanjem pacijenata koji su u minimalnoj zdravstvenoj skrbi ili prirodnim slijedom prestaje potreba za zdravstvenom skrbi ili pacijent prelazi u drugi oblik zdravstvene skrbi (bolnica, lječilišta, stacionari).

Obiteljski liječnik izdaje nalog za zdravstvenu njegu u kući i propisuje dijagnostičko - terapijske postupke koji će medicinska sestra provoditi u kući pacijenta. Kod dolaska u kućnu posjetu medicinska sestra iz Ustanove za zdravstvenu njegu upoznaje pacijenta sa svrhom svog dolaska, stupnjem zahtjevnosti zdravstvene njege, postupcima koje će provoditi i očekivanom dužinom trajanja zdravstvene njege.

U društvu postoji ogromna i sve veća potreba za skrbi u kući. Kako zdravstveni sustav tako i pacijenti žele da se presele iz bolnice na skrb u kući. Ukoliko nije moguće po izlasku iz bolnice uključiti se u zdravstvenu skrb preko ustanove za zdravstvenu njegu u kući uključuje se program „bolnice u kući“ (HITH - Hospital in the Home, SAD). Program je alternativa hospitalizaciji tj. pacijentu pruža skrb u kući na razini bolnice. Medicinske sestre posjećuju pacijenta jednom do dva puta dnevno u trajanju do dva sata, a liječnik jednom dnevno do sat vremena. Usluge uključuju davanje I.V. terapije, terapiju kisikom, laboratorijske testove, edukaciju pacijenata i obitelji, snimanje UZ,

RTG i EKG (26). U RH ne postoji takav model skrbi već se po izlasku iz bolnice uključuju ustanove za zdravstvenu njegu u kući.

Po otpustu pacijenta iz bolnice moguća je komunikacija s pacijentom u kući putem Informacijsko komunikacijske tehnologije (ICT), Švedska. ICT se sastoji od virtualnih soba koje omogućuju medicinskoj sestri da u stvarnom vremenu komuniciraju s pacijentima putem web - kamera i zvukom zasnovanom na standardu SIP (Session Initiation Protocol) ili SMS porukama. Ograničenja ICT-a su u tome što nije uvijek moguće uspostaviti kontakt u stvarnom vremenu zbog tehničkih poteškoća ili su pacijenti morali pričekati da medicinska sestra odgovori na SMS poruku. Također nedostaje fizički kontakt, kontakt „licem u lice“. Iako komunikacija putem tehnologije može biti dobra nedostaje emocionalni prostor (27).

Promjenom zdravstvenog stanja prema pozitivnom ishodu, zbog potrebe za hospitalizacijom, zbog potreba pacijenta da koristi usluge druge Ustanove za zdravstvenu njegu ili drugog profila zdravstvene skrbi, smrti pacijenta ili odlukom liječničkog povjerenstva Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje može doći do prestanka korištenja usluga Ustanove za zdravstvenu njegu. U takvim slučajevima liječnik obiteljske medicine zaključuje nalog za provođenje zdravstvene njege u kući.

1.4.1.5 Upravljanje znanjem pacijenta o njihovoj bolesti

Zdravstveni sustav sve više vremena posvećuju znanju pacijenata o svojoj bolesti, a sami pacijenti samoedukaciji i samozbrinjavanju. Stoga ne čudi da pacijenti ponekad znaju više informacija o svojoj bolesti od zdravstvenih djelatnika ali nisu u mogućnosti zbog nedostatnog obrazovanja gledati ih kao dio veće cjeline. S druge strane neupućenost pacijenta o svom zdravlju i zdravstvenom ponašanju može dovesti do problema koje možemo dijagnosticirati kao anksioznost, smanjena mogućnost brige o sebi, neučinkovito održavanje zdravlja, nezdravstveno ponašanje, nesuradivanje, nepridržavanje zdravstvenih preporuka, strah, neučinkovita prilagodba na bolest, poremećaj socijalne interakcije, poremećaj identiteta i dr.

Glavni elementi dobre edukacije su jednostavnost i ponavljanje informacija. Edukacijske poruke trebaju biti jednostavne, lako razumljive i bez stručne terminologije. Ponavljanjem informacija pacijentima poruke se lakše memoriraju i ostaju duže u pamćenju. Pacijent bi primljene poruke trebao ponoviti svojim riječima da bi bili sigurni da je pacijent razumio poslanu poruku na pravi način (28).

Prema istraživanjima u Velikoj Britaniji dvije trećine pacijenata u općim bolnicama su stariji od 70 godina, a od njih pola ima dijagnozu demencije, delirija ili obje dijagnoze. To za zdravstvene djelatnike predstavlja otežavajuće okolnosti kako educirati pacijente o njihovim bolestima i kako se mogu zbrinuti sami u okviru svojih mogućnosti. Stoga su rezultati skromni i nezadovoljavajući (29).

1.4.1.6. Upravljanje partnerstvom s pacijentima

Danas je sve veći naglasak na aktivnom sudjelovanju pacijenata u unaprjeđenju zdravlja i pružanju zdravstvene skrbi putem javnih nastupa, sudjelovanjem u radu savjetovališta, savjetodavnog vijeća i lokalnih zajednica. Pacijenti nastoje podržati program samopomoći (samoliječenja) uz pomoć zdravstvenih djelatnika, te redizajnirati primarnu zdravstvenu zaštitu i zdravstveni sustav (17). Za postizanje partnerskog odnosa nužna je dobra komunikacija medicinske sestre i pacijenta u kojoj se poštuju i štite prava pacijenta. Uspjeh ovisi o emocionalnoj i socijalnoj inteligenciji obje strane i njihovoj spremnosti da prepoznaju i prihvate vlastite i tuđe osjećaje i da se odgovorno odnose prema njima (28). Uključivanje pacijenata u skrb podrazumijeva da dijele informacije o pacijentima i s njima podjele svoje ovlasti za donošenje odluka. Većina medicinskih sestara nije spremna podijeliti svoje ovlasti za donošenje odluka. Smatraju da najbolje znaju, da pacijentima nedostaje medicinsko znanje, a žele zadržati svoju moć i kontrolu. Ako medicinske sestre i pacijenti rade kao partneri onda nastoje izjednačiti neravnotežu moći tako da dijele informacije s njima i budu otvorene u komunikaciji s njima (30).

1.4.1.7 Upravljanje žalbama pacijenata

Neke od osnovnih kategorija na pritužbe pacijenata (27):

- Fizičku dostupnost zdravstvenih djelatnika (nejavljanje na telefonske pozive)
- Nepoštivanje osobnosti pacijenta (grubost, zlostavljanje i neljubaznost)
- Neinformiranost (nepravovremeno pružanje informacija o njihovom zdravlju)
- Očekivanja pacijenata (zdravstveni djelatnici nisu pružili očekivanu zdravstvenu skrb)
- Nepovjerenje (vezano uz radni staž i iskustvo zdravstvenih djelatnika)
- Komunikacija (neadekvatna komunikacija i informacije između zdravstvenih djelatnika)
- Dezinformacije (zavedenost pacijenta krivim informacijama)

U obavljenom istraživanju provedenom u Školi sestrinstva u Sjevernoj Karolini pacijenti opisuju negativne susrete kao (31):

- Ignoriranje ili umanjivanje njihovog znanja - osoblje smatra da pacijenti nisu kognitivno u stanju pružiti potrebne informacije, da su informacije bile davno i da ih se neće moći sjetiti, a ukoliko su uporniji u prisjećanju osoblje smatra da samo traže pažnju ili ih smatraju neurotičnim. Uz to im se uskraćuje vrijeme, strpljenje i poticanje da se sjete potrebnih informacija.
- Nepoštivanje privatnosti u obavljanju osnovnih ljudskih potreba: ponižavajuće je i utječe na pacijentovu naknadnu procjenu interrakcije, pacijent se osjeća manje vrijednim (primjer: pacijent je bio gol ispred grupe zdravstvenih djelatnika).
- Stavljanje negativnog konteksta na kvalitetu života pacijenta: na pacijenta se ne gleda holistički, njihove pozitivne osobnosti, sličnosti i druge osobe iz njegovog života se zanemaruju (primjer: zdravstveni djelatnik koji ne može zamisliti ni vlastitu obitelj ne shvaća pacijenta koji živi u svojoj kući, u braku i ima unučad)
- Nedostatak znanja u zbrinjavanju njihovih potreba: jednoobrazan pristup različitim problemima, pristup prema teže bolesnoj odrasloj osobi kao prema djetetu (primjer: kod komunikacije o pacijentu u palijativnoj skrbi obraćaju se „zastupniku“, a ne samom pacijentu, govore „nad“ pacijentom umjesto „sa pacijentom“, pacijent se osjeća kao da nije „tu“, već samo „tamo“)

- Osoblje ima pretpostavku da je život pacijenata aseksualan i bez djece: Nastoje takvu tematiku izbjeći i očekuju da će taj dio posla odraditi netko drugi. Lošim stavom projiciraju svoje negativne emocije na pacijenta i više se koriste ne srazmjerom odnosa i položaja, te zloupotrebom moći. Većini zdravstvenih djelatnika odgovara da svoje pacijente vide u podređenom položaju. Ponekad je samo jedna riječ ili mig ili klimanje potrebno da bi pacijent shvatio da predstavlja problem kojeg se treba riješiti što prije i to je još jedna zloupotreba moći. Problem se može vidjeti i u tome što većina pacijenata vidi sebe kako ovise o zdravstvenim djelatnicima.
- Neprihvaćanje različitosti uzrokovano neadekvatnim kulturnim stavovima i uvjerenjima: Pod neadekvatnim stavovima je što zdravstveni djelatnici ne razumiju važnost interakcije i dijeljenja informacija i imaju podcjenjivački odnos prema razumijevanju potreba pacijenata. Neadekvatno uvjerenje se očitije što medicinski model percipira davatelje usluge kao neosjetljive jer svoje osobne probleme i probleme pacijenata rješavaju na nezadovoljavajući način (17).

Kao prevenirati ili smanjiti žalbe?

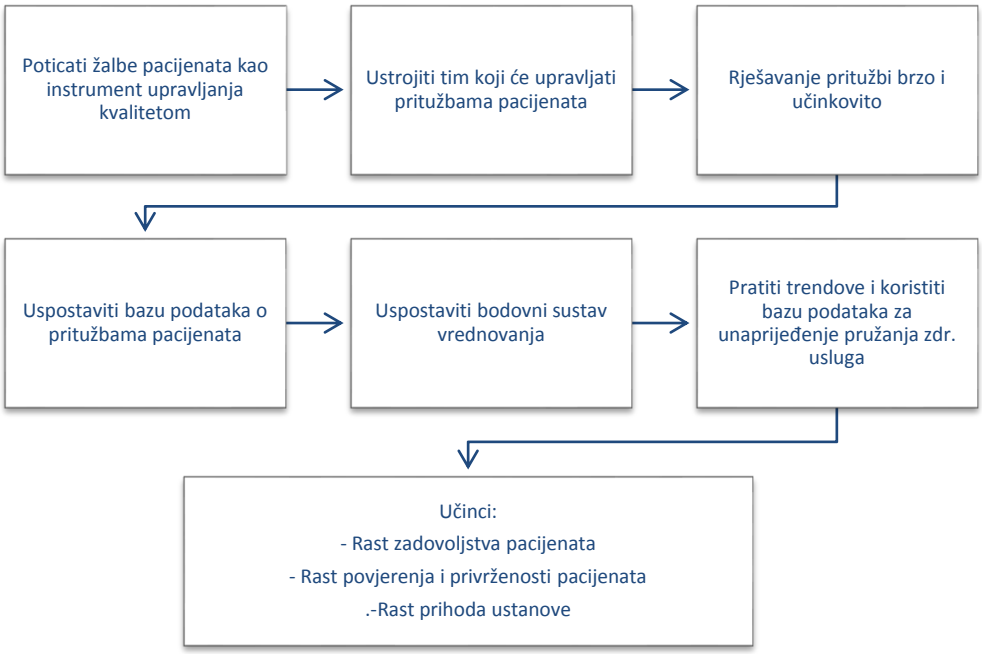
Nije moguće svima ugoditi, niti spriječiti pacijente da se žale ali možemo poduzeti neke postupke koji će smanjiti ili prevenirati žalbe. Potrebno je znati potrebe svojih pacijenata i prema njima identificirati i uskladiti svoje potencijale. Ukoliko vidite da će te kasniti dobro je nazvati ih telefonom i informirati ih kada će te doći u kućnu posjetu. Tako će lakše prebroditi čekanje. Kod dolaska u kućnu posjetu objasnite pacijentu zašto kasnite kako bi oni dobili satisfakciju za svoje čekanje. To će ih umiriti i moguće da će pokazati suosjećanje za vaš problem. U protivnom će postati još nestrpljiviji, ogorčeniji i ljuti. Neki pacijenti neće tolerirati kašnjenje te će kod vašeg dolaska pokazivati netoleranciju, tjeskobu i napetost. Poželjno je iskazati želju i namjeru da im se želi izaći u susret ali zbog određenih okolnosti vezanih za uvjete rada na terenu i prioritete u provođenju zdravstvene njege to u potpunosti nije moguće. Kako nitko ne bi bio zakinut (uključujući i njih) uputite ih da oni također trebaju pokazati određeni nivo suradljivosti s uvjetima rada i drugim pacijentima (17).

Ukoliko do pritužbe ipak dođe poželjno je pokazati suosjećajnost sa nesretnim ili bijesnim pacijentom. Pacijent treba znati da vam je stalo do njega i da mu želite pomoći.

Najgora reakcija koju možete napravit je ostati ravnodušan na njihove prigovore jer mu tako šaljete poruku da nije vrijedan niti komentara. Možda ne bi tako reagirao da nije bio pritisnut nekom nevoljom (npr. nedostatak novca, gubitak posla). Dobro je raspitati se kako se može riješiti taj problem i potaknuti pacijenta da poduzme korak/e u rješavanju problema. Kod neispunjenih očekivanja pacijenta uslijed nerazumijevanja postupka ili nerealnih očekivanja ponudite pacijentu objašnjenje i moguće rješenje (17).

Model upravljanja pritužbama pacijenata uključuje (17) (slika1):

- Poticati žalbe pacijenata: Iako nisu uvijek ugodne one nisu disciplinski alat već alat za upravljanje kvalitetom.
- Ustrojiti tim koje može predložiti moguća rješenja i učinkovito rješavati probleme: To se postiže edukacijom i stalnim treninzima. Obavezati sve članove zdravstvene ustanove da se pritužbe pacijenata rješavaju odmah bez odgađanja kako bi se eliminirali čimbenici vremena i troškova. Potrebno je izbjegavati prenošenje pritužbi pacijenata sa jednog djelatnika na drugog jer to odugovlači rješavanje problema.
- Pridobiti zdravstvenog djelatnika na kojeg se odnosi žalba na sudjelovanje u rješavanju problema: Nije dobro da netko drugi govori u njegovo ime jer on sam najbolje poznaje situaciju. Pružiti mu podršku i ovlaštenje da sam rješava pritužbe odmah na licu mjesta i preuzme korake za rješavanje pritužbi čim nastanu.
- Uspostaviti protokol za rješavanje prigovora: Utvrditi koji je problem, a potom pristupiti rješavanju problema. Potrebno je imati više mogućih rješenja za isti problem.
- Uspostaviti bodovni sustav vrednovanja po segmentima zdravstvene njege: Tako bi mogli prepoznati točke neuspjeha u kojima su uzroci nezadovoljstva pacijenata. Identifikacijom točci lakše ćemo predvidjeti i spriječiti moguće situacije, učiti na temelju dobivenih informacija i smanjiti vjerojatnost ponavljanja istih.
- Voditi evidenciju incidenata i sačuvati dokumentaciju: Obično se slična situacija može ponoviti kroz neko vrijeme. Još bolje bi bilo ustrojiti informatičku bazu podataka za identifikaciju trendova u pritužbama pacijenata i generirati redovita izvješća o pritužbama pacijenata.



Slika 1. Model upravljanja pritužbama pacijenata (17)

1.4.1.8 Sudjelovanje pacijenata u upravljanju zdravstvenom skrbi

Zdravstveno opismenjeni pacijenti sudjeluju izravno u donošenju odluka o zaštiti zdravlja na nivou društvene zajednice. Njihovo sudjelovanje ima odjeka na smanjenje medicinskih pogrešaka, na samodijagnosticiranje i samoliječenje manjih zdravstvenih problema, odabir najprikladnijeg liječenja u suradnji s zdravstvenim djelatnicima, podizanje svjesnosti osobne odgovornosti u liječenju i prepoznavanju uzroka i čimbenika koji utječu na zdravlje kako bi se usvojio zdrav način života.

1.4.2 Komuniciranje s pacijentima kao izvor zadovoljstva pacijenata i medicinskih sestara

Komunikacija u sestrinstvu - uloga i važnost

Danas živimo u vremenu u kojem su mogućnosti povezivanja ljudi izuzetno razvijene. Međutim, uza sve to obilje, vrlo često čujemo da nema „prave komunikacije“. Znanstvena saznanja iz područja zdravstvene njege upućuje na nedovoljnu komunikaciju zdravstvenih djelatnika međusobno i zdravstvenih djelatnika i pacijenta.

Kao zdravstveni djelatnici nismo uvijek u mogućnosti birati sugovornike, ali zato možemo izabrati način na koji ćemo prenijeti poruku kako bi ona postigla svoj cilj. Zasigurno je potrebno uložiti trud da oblik i sadržaj poruke prilagodimo pacijentu i/ili članovima njegove obitelji.

Za poslovno komuniciranje vrijedi da informacije trebaju biti (17):

- Smisleno oblikovane: oblikovane u pojedine cjeline.
- Korisne: da rješavaju konkretnu, jasnu, prepoznatljivu ljudsku potrebu.
- Točne, pouzdane, neosporne i da dolaze iz pouzdanog izvora.
- Pravodobne: da stignu onda kada su stvarno potrebne.
- Dovoljno potpune: da se na njima mogu donositi odluke.
- Važne u konkretnoj situaciji: ako su važne danas, sutra možda više nisu važne.

Komunikacija ima za cilj prikupljanje podataka na osnovu kojih se mogu diferencirati problemi pacijenata i članova obitelji, postaviti sestrinske dijagnoze, objasniti i dati informativni pristanak za dijagnostičko - terapijske postupke, pridobiti pacijenta i članove obitelji za suradnju, kao i surađivati s drugim zdravstvenim radnicima unutar Ustanove za zdravstvenu njegu i izvan nje i davati savjete i upute. Dobra komunikacija kao krajnju odredišnu točku ima stvaranje zadovoljstva pacijenata (17).

Stvaranja zadovoljstva je „povezano sa sposobnošću medicinske sestre da odražava i iskazuje toplinu, emocionalnu podršku, razumijevanje, brigu i dostupnost pacijentu“ (32), da svakom pacijentu pristupa individualno, na osnovu etičkih principa, uz poštivanje osobnosti, njegovih prava i dužnosti, kulture, starosti, bolesti i stupnja invaliditeta. Obje strane moraju biti spremne na kompromise izgrađujući odnos u

kojem su jednako vrijedne. Iz takvog odnosa mogu iznaći najbolja moguća rješenja za pacijenta. U istraživanju provedenom na 980 pacijenta u Sloveniji kod obiteljskog liječnika, specijalista i stomatologa kao činitelje uspješne komunikacije navedeni su: poštovanje 35%, ljubaznost 25%, povjerenje 22%, komunikativnost 7%, empatiju 6% i svladavanje sukoba 5% (32).

Dobre komunikacijske vještine pacijenti pripisuju sestrama koje se predstave na početku razgovora, ugodno razgovaraju, djeluju samopouzdano, slušaju pacijenta, postavljaju razumljiva, jednostavna pitanja i pokazuju razumijevanje za njihove potrebe i probleme.

Osobitosti komunikacije u zdravstvenoj njezi u kući

Dolaskom medicinske sestre u kućnu posjetu nakon kratkog predstavljanja medicinska sestra navodi razlog svog dolaska te na kratak i jednostavan način predstavi pacijentu i članovima obitelji očekivani plan zdravstvene njege. Za prvi posjet medicinske sestre dobro je odvojiti više vremena za komunikaciju kako bi saznali koja očekivanja ima pacijent i članovi obitelji od zdravstvene njege. Obično su puni dvojbi, nejasnoća i strahova u svezi neizvjesnog ishoda bolesti. U medicinskoj sestri vide nadu u rješenje ili barem olakšavanje svojih problema Dobro ih je potaknuti da izraze svoje ideje, probleme i očekivanja od zdravstvene skrbi i dati im dovoljno vremena da ispričaju „svoju priču“ i iskažu što ih muči. Jako puno cijene ako im medicinska sestra strpljivo objasni i pruži potrebne informacije, pokaže razumijevanje za njih, njihova iskustva i teškoće, te ponudi prihvatljivu i izvedivu zdravstvenu skrb. Ako pokazuju mentalnu i fizičku sposobnost i želju da sudjeluju u zdravstvenoj skrbi onda bi odluke o zdravstvenoj skrbi trebale biti zajedničke i uz njihov pristanak. Zadovoljniji su ako im se pruži više preporuka u zdravstvenoj skrbi i ako imaju mogućnost da aktivno sudjeluju u kreiranju plana zdravstvene njege. Komunikacija treba obuhvatiti obiteljske, socijalne, psihološke, novčane i druge probleme koji prate svaku bolest. Na osobnom planu su zadovoljniji ako osjećaju da se poštuje njihovo dostojanstvo i cijeni ih se kao osobe. Isto vrijedi i za komunikaciju u suprotnom smjeru. Jedan od najvažnijih ishoda uspješne komunikacije između medicinske sestre i pacijenta stjecanje je poštovanja, a time uzročno - posljedično i povjerenja pacijenta u medicinsku sestru. Takvim pristupom će uložiti više energije i truda u postizanje pozitivnih ishoda zdravstvene skrbi i manja je

vjerojatnost da će tražiti „krivca“ u medicinskoj sestri ukoliko očekivanja nisu onakva kakvim su ih oni zamišljali.

Pozitivni rezultati komunikacije povećavaju se brojem posjeta medicinske sestre i kontinuitetom skrbi. Broj posjeta medicinske sestre je u rasponu 1-7 puta tjedno i unutar toga samo jedan put dnevno. Kontinuitet skrbi je zavisan o zdravstvenom stanju pacijenta odnosno da li ima potrebe za zdravstvenom njegom u kući (izlječenje, smrt) ili je prekidan hospitalizacijom ili privremenim odlaskom u druge zdravstvene ustanove radi liječenja (bolnica, lječilišta).

Jedna od specifičnosti komunikacije u zdravstvenoj njezi u kući što su korisnici orijentirani na jednu medicinsku sestru (osim ako im se dolazi vikendom i praznikom kada dolazi dežurna medicinska sestra iz iste ustanove). Ona ih prati od početka do kraja zdravstvene skrbi. Tako se ne gubi dragocjeno vrijeme sa svakim upoznavanjem nove medicinske sestre i primopredajom službe (osim ako se dolazi vikendom i praznikom). Ona poznaje pacijenta i članove obitelji osobno i zna kakav pristup odgovara svakom od njih kako bi mogla komunicirati na način koji je njima najugodniji.

U razgovoru s pacijentom nastoji ustanoviti što bi on volio činiti i što bi ga veselilo i radovalo kada bi drugi činili za njega. Nastoji u potpunosti otkriti njegovo/njihovo stajalište ili potrebe. Komunicira s pacijentom i članovima obitelji tako što im pomaže da oni iz sebe izvuku najviše što mogu kako bi sami sebi bili od najveće koristi. Gleda, sluša i dijeli osjećaje s sugovornikom/cima. Nastoji da odgovor bude na istoj valnoj dužini sa sugovornikovim potrebama i mišljenjem (33).

U zdravstvenoj njezi u kući medicinska sestra komunicira sa gotovo svim članovima koji tu borave. To zna bit jako zamorno za medicinsku sestru jer oni imaju različite stavove, iskustva i potrebe. Ponekad je to nemoguće uskladiti da bi zdravstvena skrb vodila jednom cilju. Pa čak ni cilj ne mora biti isti. Primjer: pacijent želi ostati u svom domu do svoje smrti, a obitelj ga nastoji stavit u dom jer ne žele ili se ne mogu brinuti za njega. Na taj način uvjetuju medicinsku sestru da ga „usmjeri“ na dom, a pacijent dom ne prihvaća kao opciju.

Kod palijativnih pacijenata u zadnjem stupnju bolesti potrebno je uputiti obitelj na način komunikacije s oboljelim. Nisu upućeni da iako je svijest pacijenta promijenjena sluh je i dalje očuvan. Pacijent čuje razgovor ali ne može odgovoriti. Obitelj razgovara pred pacijentom o njegovom teškom zdravstvenom stanju tipa: „Nema mu spasa… hoće li još dugo…što ga dragi Bog ne uzme?“ ili se svađaju oko ostavštine ne znajući koliko to boli uzrokuje pacijentu i kako mu je kao nikad do sada potreban mir i spokoj. Ugodan dodir ruke koji „govori“ da nije sam u svojoj boli i patnji, smiren glas koji oprašta sve nesuglasice i puno razumijevanja i ljubavi bili bi „lijek“ u ovako teškoj situaciji za obje strane.

Uvjeti rada medicinske sestre u kući bolesnika nisu jednoobrazni. Svaki dom je priča za sebe. U jednom domu vlada harmonija i ljubav, unutar obitelji se međusobno poštuju, cijene, pomažu i podržavaju. U nekom drugom domu ne komuniciraju međusobno ili se stalno svađaju ili ima i zlostavljanja. Nisu rijetke ni ovisnosti, pa čak i različite ovisnosti unutar iste obitelji (primjer: otac alkoholičar, sin narkoman). Sa svakom skupinom treba komunicirati na poseban način, a pri tome svatko od njih misli da je njihov način ispravan i da su baš oni u pravu.

Komunikacija u zdravstvenoj njezi u kući bolesnika ima najveći dijelom psihoterapijski učinak na odnose unutar obitelji, prihvaćanje zdravstvenog stanja, prihvaćanje oboljelog, uklanjanje straha i anksioznosti, socijalne izolacije unutar obitelji i smanjenja boli koja se ne može riješiti analgeticima.

Medicinska sestra u kući bolesnika je medicinska sestra, socijalni radnik, pravnik, skrbnik, animator i zastupnik promjena.

1.4.3 Upravljanjem kvalitetom u zdravstvu i zadovoljstvo pacijenata

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije kvaliteta zdravstvenih usluga je stupanj do kojeg zdravstvene ustanove ostvaruju poboljšanje zdravlja, a u skladu s potrebama i očekivanjima stanovništva (34). Zadovoljstvo pacijenata je jedan od indikatora kvalitete zdravstvene njege. Pojam zadovoljstva pacijenata se definira stupnjem u kojem su zadovoljeni njegovi zahtjevi. Zadovoljstvo je kombinacija

očekivanja prije pregleda, pacijentova iskustva tijekom pregleda i zadovoljstva postignutim (smanjenje ili rješavanje problema zbog kojih je zatražio zdravstvenu pomoć)(18). Pravilnikom o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene je definirano da svaka zdravstvena ustanova, trgovačko društvo i privatni zdravstveni radnik moraju svakih šest mjeseci dostaviti izvješće o pokazateljima kvalitete Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu (35).

Na kvalitetu i percepciju zdravstvene skrbi (odnosno zadovoljstvo i iskustvo pacijenta) utječe: kvaliteta pojedinog zdravstvenog radnika ili zdravstvene ustanove, kvaliteta zdravstvenog sustava u cjelini, opće karakteristike samih bolesnika (obrazovanje, intelektualne sposobnosti, materijalni i psihofizički status) i razina interakcija u zajednici (36).

Model koji mi je najprikladniji za upravljanje kvalitetom i mjerenje zadovoljstva pacijenata u kući pacijenta je Hendersonov model skrbi (Velika Britanija, Švedska, SAD) (37). Prema tom modelu čimbenici koji imaju utjecaja na zadovoljstvo pacijenata su:

- Sociodemografska pozadina pacijenta
- Pacijentova očekivanja vezana uz njegu
- Fizičko okruženje
- Komunikacija i informiranje
- Sudjelovanje i uključivanje pacijenta u zdravstvenu skrb
- Interpersonalni odnosi između medicinske sestre i pacijenta
- Medicinsko - tehničke kompetencije medicinskih sestara
- Utjecaj zdravstvene organizacije na pacijenta i medicinske sestre

Pojam Benchmarkinga u zdravstvu

Benchmarking u zdravstvu je proces koji ima za cilj prepoznat i razumjeti praksu, metode i postupke drugih zdravstvenih ustanova koje se iskazuju izvrsnošću i prema njima prilagoditi vlastitu praksu. Benchmarking ukazuje na ono što treba poboljšati i kako to izvesti. Cilj je poboljšati predstavljanje i učinkovitije koristiti resurse kroz najbolju praksu prilagođenim lokalnim potrebama i mogućnostima. Kad kažemo „najbolju praksu“ mislimo na određenu zdravstvenu organizaciju jer ono što je najbolje

za jednu ustanovu ne mora biti za dugu. Nije cilj uspoređivati kvalitetu između zdravstvenih ustanova već identifikacija točaka usporedbe, poticanje natjecateljskog duha između ustanova i u konačnici poboljšanje kvalitete vlastite prakse zdravstvene ustanove. Za to je potrebna pažljiva priprema procesa i praćenje pokazatelja uključivanjem svih zaposlenih u zdravstvenoj ustanovi u taj proces (17).

Kada se vrednovanje odvija među odjelima iste zdravstvene ustanove govorimo o internom (unutrašnjem) vrednovanju. Tada odjel koji ima najbolje učinke i performanse služi kao model vrednovanja za sve druge odjele ili većinu njih. O eksternom vrednovanju govorimo kada su ustanove već postigle interno vrednovanje i kada se natječu za najbolju praksu najjačeg konkurenta (najbolje bolnice u okruženju). Cilj je otkriti najbolje metode pružanja skrbi ili da se uvedu novi postupci koji doprinose višoj kvaliteti zdravstvenih ustanova, a samim tim i većem zadovoljstvu pacijenata. Usporedba zdravstvenih ustanova vrši se samo s izravnim ili istovrsnim zdravstvenim ustanovama (17).

1.5 Zadovoljstvo pacijenata uslugama medicinskih sestara u Ustanovi za zdravstvenu njegu u kući

Ako pogledamo kvalitetu i zadovoljstvo uslugom kao parametrom kvalitete iz međunarodne perspektive moramo zamijetiti da zapadne zemlje, primjerice SAD, Kanada, Njemačka, Norveška i Švedska imaju različite zdravstvene sustave koji utječu na pruženu skrb. Istraživanja su pokazala da su osoblje, broj zaposlenika, standardi i kvalifikacije uvjeti koji se teško mogu usporediti između zemalja (38,39). Većina istraživanja ima obilježja modela koji se fokusira na tehnološke aspekte koji su kod nas zastupljeni u znatno manjoj mjeri, a manje na zdravstvenu njegu u užem smislu riječi. Kriterij odabira za uključivanje zdravstvene njege u kući može biti i preventiva i promicanje zdravlja dok je u Republici Hrvatskoj sva pažnja usmjerena na kurativu (pacijenta dobijemo kada već ima dijagnozu). U skrbi pacijenta kod kuće izmjenjuju se statusi njegovatelja, medicinskih sestra različitih razina obrazovanja/kompetencija i patronažnih medicinskih sestara. Također ne postoje opće prihvaćeni indikatori

zadovoljstva zdravstvenom njegom, kao ni opće prihvaćena definicija, a same studije pokazuju metodološke nedosljednosti (40).

Da bi se mogla provesti procjena kvalitete usluga skrbi, medicinske sestre trebaju dobru teorijsku osnovu iz menadžmenta i dokazne instrumente. Različiti su instrumenti za mjerenje zadovoljstva pacijenata na području bolnice, obiteljske medicine, patronaže, domova za starije i nemoćne i ustanova za zdravstvenu njegu u kući. Posebno su nedostatni za skrb u kući pacijenta. Takvi su alati mnogo rjeđi za starije osobe koje čine najveći dio populacije zdravstvene njege u kući. Dodatno su otežani propadanjem kognitivnih sposobnosti i opterećeni slabim zdravstvenim stanjem. Posljednjih godina uspostavljeni su neki instrumenti, temeljeni na opažanjima i fokusirani na sestrinsku dokumentaciju. Kao posljedica toga su istraživanja usredotočena na izravnu procjenu kvalitete i zadovoljstva od strane pacijenata. Priroda pružene zdravstvene njege i interpersonalni aspekti zdravstvene skrbi pojavili su se kao ključni aspekti kvalitete za pacijente. „Dobra“ kvalitetna njega bila je okarakterizirana kao individualizirana, pacijentu usmjerena i povezana s potrebom. U odnosu s pacijentom medicinske sestre su se vodile humanističkim pristupom, te pokazale uključenost, predanost i zabrinutost. Zdravstvena njega opisana kao „nije tako dobra“ bila je rutinska, bez veze s potrebom pacijenata i isporučena na neosoban način (6).

Pretraživanjem izvora nisam pronašla niti jedan rad sa građom znanstvenog članka koji bi obuhvatio zadovoljstvo korisnika zdravstvenom njegom u kući na području Republike Hrvatske. To me je potaklo na ulaganje dodatnih napora na prepoznavanje čestica koje pacijenti i njihovi članovi obitelji percipiraju kao elemente koji doprinose većoj kvaliteti zdravstvene njege i povećavaju njihovo zadovoljstvo uslugom. Iako je primarni cilj bio ispitivanje zadovoljstva korisnika uslugom medicinskih sestra iz Ustanove za zdravstvenu njegu „Vita“ uvidjela sam da je zadovoljstvo fluid između korisnika usluge zdravstvene njege i medicinskih sestra i da se međusobno prožimaju. Zadovoljna medicinska sestra prenosi svoje zadovoljstvo u radu na pacijenta, te pruža više kvalitetnijih zdravstvenih usluga što rezultira poželjnijim ishodom i većim zadovoljstvom korisnika. Postizanje pozitivnog ishoda i zadovoljan korisnik je potvrda medicinskoj sestri da radi dobro i poticaj je u njenom osobnom razvoju. Oni djeluju kao jedna cjelina. Medicinske sestre koje rade u kući pacijenta zauzimaju visoko mjesto u

njihovim životima. Pružaju im pomoć, razumijevanje, utjehu, nadu kada svi drugi zdravstveni djelatnici/članovi obitelji „dignu ruke od njih“ i na neki način postaju produžetak njihove osobnosti kada to sami ne mogu iskazati. Dom pacijenta je sredina koju on najbolje poznaje, gdje se najugodnije osjeća, najbolje funkcionira i može iskazati maksimum svojih sposobnosti samozbrinjavanja. Sve navedeno ima odjeka na pozitivan ishod zdravstvene skrbi, zadovoljstvo pacijenta i smanjenje troškova u zdravstveno sustavu.

2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA I HIPOTEZE

2.1 Ciljevi istraživanja

Glavni cilj ovog istraživanja je utvrditi zadovoljstvo pacijenata i članova njihovih obitelji zdravstvenom njegom medicinskih sestara zaposlenih u Ustanovi za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući "Vita".

Specifični ciljevi ovog istraživanja su:

1. Usporediti stupnjeve zadovoljstva pacijenata i članova obitelji uslugama medicinskih sestara zaposlenih u Ustanovi za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju;
2. Ispitati odnos između sociodemografskih obilježja pacijenata (dob, spol, stupanj obrazovanja i radni/bračni status) i zadovoljstva kvalitetom usluga zdravstvene njege medicinskih sestara zaposlenih u Ustanovi za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju;
3. Usporediti zadovoljstvo komunikacijom medicinskih sestara između pacijenata i njihovih obitelji i
4. Usporediti osobne stavove prema kvaliteti usluge medicinskih sestara između pacijenata i njihovih obitelji.

2.2 Hipoteze istraživanja

1. Pacijenti su zadovoljniji radom medicinskih sestara iz Ustanove za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući "Vita" nego što su zadovoljni njihovi članovi obitelji radom tih istih medicinskih sestara.
2. Ne postoji povezanost između zadovoljstva zdravstvenom njegom i sociodemografskih obilježja pacijenata.
3. Članovi obitelji su zadovoljniji komunikacijom s medicinskom sestrom od pacijenata.

4. Pacijenti imaju pozitivniji stav o kvaliteti zdravstvene njege, dok članovi obitelji ističu važnost obrazovanja medicinskih sestara.

3. IZVORI PODATAKA I METODE

3.1 Ispitanici

U istraživanju je ukupno sudjelovalo ukupno 106 ispitanika koji su podijeljeni u dvije skupine: skupina pacijenata (n=45) i skupina članova obitelji pacijenta (n=61). Pet anketnih upitnika je bilo neispravno popunjeno te nisu ušli u istraživanje (dva ispitanika su zaokružila više od dozvoljenih točnih odgovora, jedan upitnik je nepotpun, dva ispitanika su zaokružila sve odgovore ocjenom 5). Ispitanici su korisnici usluga zdravstvene njege na području koje obuhvaća djelokrug rada Ustanova za zdravstvenu njegu u kući "Vita". Ispitanici su različitih sociodemografskih pripadnosti, različitog broja posjeta tjedno i dužine trajanja zdravstvene njege.

Prema spolu se može utvrditi da u istraživanju prevladavaju ispitanice i to u svojstvu davatelja njege članu obitelji. One su pokazale veću zainteresiranost za suradnju i spremnost da se uključe u donošenje odluka i imaju utjecaja na ishod zdravstvene skrbi (65,57 %).

Većina ispitanika je u dobi od više od 60 godina (77,78%), kao i članova obitelji koji skrbe o pacijentu (49,18%). Značajno veliki dio skrbi preuzimaju supružnici, dok djeca preuzimaju tek u svojoj dobi od 31-40 g i to samo 6,56 %. Podaci upućuju na izostanak generacijske solidarnosti.

Prema obrazovanju najzastupljenije su kategorije NSS i SSS shodno mogućnostima obrazovanja njihovog doba (86,66 % pacijenata i 83,60% članova obitelji). Zanimljiv je podatak da je čak 65 % osoba SSS u svojstvu njegovatelja pacijenta, 18,03 % NSS, dok ostalih stupnjeva obrazovanja gotovo da i nema.

Prema radnom statusu može se utvrditi da su obje ispitane skupine u najvećem broju u mirovini gdje je među pacijentima struktura umirovljenika veća za 28,02 % u odnosu na ispitane članove obitelji.

Najveći broj ispitanika obje ispitane skupine je u braku. Supružnici međusobno skrbe jedan o drugom. O onima čiji je bračni drug preminuo (14%) skrbi daljnja rodbina ili njegovateljice (4,92%) (tablica 4).

Tablica 4 . Sociodemografska obilježja ispitanika

	Pacijent		Član obitelji	
	N	**%**	**n**	**%**
SPOL				
Muški	22	48,89	21	34,43
Ženski	23	51,11	40	65,57
DOB				
19-30	2	4,44	0	0,00
31-40	0	0,00	4	6,56
41-50	2	4,44	7	11,48
51-60	6	13,33	20	32,79
više od 60	35	77,78	30	49,18
OBRAZOVANJE				
NSS	20	44,44	11	18,03
SSS	19	42,22	40	65,57
VŠS (ili preddiplomski studij)	4	8,89	5	8,20
VSS (ili diplomski studij)	1	2,22	4	6,56
Postdiplomski studij	1	2,22	1	1,64
RADNI STATUS				
Nezaposlen	5	11,11	12	19,67
U mirovini	34	75,56	29	47,54
U radnom odnosu	6	13,33	20	32,79
BRAČNI STATUS				
U braku	27	60,00	47	77,05
Razveden/a	1	2,22	2	3,28
Udovac/ica	14	31,11	3	4,92
Nevjenčana zajednica	1	2,22	4	6,56
Samac/ica	2	4,44	5	8,20

Prema broju dolazaka medicinskih sestara u kućnu njegu može se utvrditi da u posjet najvećeg broja ispitanih pacijenata medicinska sestra dolazi u kućnu njegu tri puta tjedno (17 pacijenata; 37,78%) kao i kod najvećeg broja ispitanih članova obitelji (20 članova obitelji; 32,79%).

Percepcija dužine trajanja zdravstvene njege od strane pacijenata je najčešće 2-6 mjeseci, te 2-5 godina u podjednakom postotku (28,89%), dok članovi obitelji tu istu zdravstvenu njegu doživljavaju na drugačiji način. Zdravstvena njega u trajanju od 2-6 mjeseci percipira se kao njega dužeg trajanja (32,79 %), dok zdravstvena njega od 2-5 godina se percipira kao kraća (24,59 %). Razlog vjerojatno leži u educiranosti članova obitelji da se mogu nositi sa potrebama bolesnog člana obitelji i iskustvu kojeg steknu radom. S boljom educiranošću i većim radnim iskustvom provođenje zdravstvene njege zahtijeva manje napora te ju doživljavaju kao njegu kraćeg trajanja. (tablica 5).

Tablica 5. Ispitanici prema učestalosti i trajanju usluga zdravstvene njege

	Pacijent		Član obitelji	
	n	**%**	**n**	**%**
DOLASCI				
Jednom tjedno	6	13,33	8	13,11
Dva puta tjedno	6	13,33	8	13,11
Tri puta tjedno	17	37,78	20	32,79
Četiri puta tjedno	0	0,00	0	0,00
Pet puta tjedno	10	22,22	13	21,31
Šest puta tjedno	0	0,00	2	3,28
Sedam puta tjedno	3	6,67	6	9,84
Jedan put mjesečno	3	6,67	4	6,56
TRAJANJE NJEGE				
do 1 mjesec	8	17,78	7	11,48
2-6 mjeseci	13	28,89	20	32,79

7-12 mjeseci	8	17,78	15	24,59
2-5 godina	13	28,89	15	24,59
6-10 godina	1	2,22	3	4,92
više od 10 godina	2	4,44	1	1,64

Najčešće su kronične dijagnoze vezane za SMBS (smanjenu mogućnost brige o sebi: higijena, hranjenje, eliminacija, oblačenje) i ulkuse. Dio tih obaveza preuzme medicinska sestra koja dolazi najviše jednom dnevno, a veći dio tereta skrbi o pacijentu preuzme obitelj. Najčešći DTP (dijagnostičko-terapijski-postupci) su održavanje osobne higijene, te toalete i previjanja kroničnih rana.

3.2 Mjerni instrumenti

Mjerne instrumente sačinjavaju dva oblika anketnog upitnika zadovoljstva pacijenata i člana obitelji zdravstvenom njegom medicinskih sestara zaposlenih u Ustanovi za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući „Vita“. Jedan oblik anketnog upitnika odnosi se na zadovoljstvo pacijenta, a drugi na zadovoljstvo člana obitelji zdravstvenom njegom. Anketni upitnik je sastavljen za svrhu ovog istraživanja i prilagođen je za primjenu na populaciju korisnika kojima se pruža zdravstvena njega u kući. Oba oblika upitnika sadrže pitanja o sociodemografskim karakteristikama, zadovoljstvu uslugama kućne njege i zadovoljstvu komunikacijom medicinskih sestara. Ispitanicima je uz anketni upitnik priloženo Informativno pismo za ispunjavanje upitnika. Anketni upitnik sastoji se od 38 pitanja (za pacijenta), 41 pitanja (za člana obitelji) raspoređenih u 5 područja:

- sociodemografski podaci (obje skupine po 5 pitanja)
- podaci o odobrenoj zdravstvenoj njezi (obje skupine po 2 pitanja)
- zadovoljstvo zdravstvenom njegom (skupina pacijenata 17 pitanja, skupina članova obitelji 19 pitanja)
- zadovoljstvo komunikacijom tijekom zdravstvene njege (obje skupine po 12 pitanja)

- osobni stavovi (skupina pacijenata 2 pitanja, skupina članova obitelji 3 pitanja)

Oblikovanje pitanja s obzirom na slobodu koja će se dati ispitaniku u pružanju odgovora korištena su strukturirana (zatvorena) pitanja s jednim ili više točnih odgovora.

3.3 Postupak

Zbog specifičnosti ispitanika koji uslugu zdravstvene njege dobivaju u svom domu otežana je primjena anketnih upitnika, te su oni primijenjeni na dva načina. Jedan broj anketnih upitnika je raspodijeljen od strane medicinske sestre koja dolazi u zdravstvenu njegu u kući, a jedan broj je donijela osobno istraživačica. Način primjene ovisi o željama, mogućnostima i susretljivosti svih sudionika. Sudionici u istraživanju su telefonski obaviješteni i zamoljeni od strane glavne sestre Ustanove za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući "Vita" za sudjelovanje u istraživanju. Svoju suglasnost za istraživanje dali su popunjavanjem upitnika. Etičko povjerenstvo Ustanove za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući „Vita" Split dalo je svoju suglasnost za istraživanje zavedenu pod Ur. broj: 02-01/10-2018, od 22.01.2018.

Anonimnost i povjerljivost podataka je zajamčena na sljedeći način: anketni upitnici ne sadrže ime i prezime pacijenta ili bilo koji podatak koji bi ga mogao identificirati kao osobu, niti ime i prezime medicinske sestre (medicinskih sestara) koje dolaze u kućnu posjetu. Nakon popunjavanja tiskanog anketnog upitnika sudionici su odgovore uložili u omotnicu i zalijepili ju, te predali medicinskoj sestri kod idućeg posjeta. Prikupljenoj dokumentaciji pristup ima medicinska sestra iz Ustanove za zdravstvenu njegu u kući (koja je ujedno autor diplomskog rada) i mentor.

Povratna informacija će biti grupno dostupna medicinskim sestrama iz Ustanove za zdravstvenu njegu "Vita". Povratna informacija pacijentu i članu obitelji će biti po njihovoj želji s obzirom na promjenjivost i neizvjesnost njihovog zdravstvenog stanja.

3.4 Statistička obrada podataka

Kako bi se odredili kvalitativni pokazatelji korištene su nominalne (razlikovne) i ordinalne (redne) ljestvice. Kod testiranja razlika među grupama pacijenata provjerena je normalnost distribucije upotrebom Kolmogorov Smirnov testa. Nakon toga je rađen odabir između t-testa/Mann-Whitney U testa i Wilcoxonovog testa za jedan nezavisan uzorak. Povezanost je testirana Spearmanovom korelacijom.

Analiza je rađena u statističkom programu STATISTICA 12. Zaključci su doneseni pri razini značajnosti od 5%.

4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

4.1 Usporedba zadovoljstva pacijenata i članova obitelji zdravstvenom njegom u kući

Zadovoljstvo pruženom uslugom njege u kući od strane medicinskih sestara ispitano je upotrebom 17 tvrdnji gdje su ispitanici iskazivali slaganje upotrebom Likertove mjerne ljestvice sa intervalom slaganja u rasponu od „u potpunosti se ne slažem“ do „u potpunosti se slažem“, gdje su stupnju slaganja dodijeljene sljedeće vrijednosti:

- „u potpunosti se ne slažem“ = 1
- „ ne slažem se“ = 2
- „niti se slažem niti ne slažem“ = 3
- „slažem se“ = 4
- „u potpunosti se slažem“ = 5

Tablica 6. Zadovoljstvo pacijenata i članova obitelji zdravstvenom njegom u kući

	Pacijent		Član obitelji		
	C[+]	IQR[×]	C[+]	IQR[×]	p[┼]
1. Pružena zdravstvena njega je bila u okviru mojih očekivanja.	5,00	(5,0-5,0)	5,00	(4,0-5,0)	0,551
2. Zadovoljan sam informiranošću o mogućim problemima koji mogu nastati kao posljedica bolesti	5,00	(4,0-5,0)	5,00	(4,0-5,0)	0,639
3. Nezadovoljan sam suradnjom medicinske sestre s drugim timovima vezanim uz bolest*	2,00	(1,0-3,0)	1,00	(1,0-2,0)	0,060
4. Medicinska sestra me informirala o mojim pravima i obvezama.	5,00	(4,0-5,0)	5,00	(4,0-5,0)	0,876

5. Zadovoljan sam razumljivošću savjeta i uputa koje dobivam od medicinske sestre.	5,00	(4,0-5,0)	5,00	(4,0-5,0)	0,621
6. Zadovoljan sam vlastitim sudjelovanjem u zdravstvenoj njezi.	5,00	(4,0-5,0)	5,00	(4,0-5,0)	0,425
7. Od medicinske sestre nisam naučio mnogo o bolesti i kako mogu pomoći.*	2,00	(1,0-2,0)	2,00	(1,0-3,0)	0,396
8. Član obitelji ima osiguranu privatnost tijekom zdravstvene njege.	5,00	(4,0-5,0)	5,00	(4,0-5,0)	0,969
9. Osjećam se mirno i sigurno uz medicinsku sestru.	5,00	(5,0-5,0)	5,00	(5,0-5,0)	0,665
10. Veselim se dolasku medicinske sestre.	5,00	(5,0-5,0)	5,00	(4,0-5,0)	0,214
11. Medicinska sestra mi ne daje nadu u pozitivan ishod skrbi.*	2,00	(1,0-2,0)	2,00	(1,0-3,0)	0,681
12. Suradnja s medicinskom sestrom nije na visokoj razini.*	1,00	(1,0-2,0)	2,00	(1,0-2,0)	0,673
13. Zadovoljan sam dužinom trajanja zdravstvene njege (kalendarski).	5,00	(4,0-5,0)	5,00	(4,0-5,0)	0,997
14. Zadovoljan sam dužinom trajanja jednog posjeta medicinske sestre.	5,00	(4,0-5,0)	5,00	(4,0-5,0)	0,351
15. Informacija koju sam dobio od medicinske sestre nisu bile sukladne informacijama koje sam dobio od drugih zdravstvenih djelatnika (liječnika, fizioterapeuta, patronažne sestre…)*	2,00	(1,0-2,0)	2,00	(1,0-3,0)	0,965
16. Odgovara mi termin dolaska medicinske sestre u kućnu posjetu (sat dolaska)	5,00	(4,0-5,0)	5,00	(4,0-5,0)	0,217
17. Dolasci medicinske sestre su redoviti i kako je dogovoreno.	5,00	(5,0-5,0)	5,00	(4,0-5,0)	0,310
Zadovoljstvo	4,40[+]	(0,65)[×]	4,33[+]	(0,58)[×]	0,552

* kod računanja ukupne razine zadovoljstva korištena konvertirana vrijednost
[+] centralna vrijednost medijan
[×] interkvartilni raspon (25%-75%)
┼ Mann-Whitney U test

Iz tablice 6 se može utvrditi da se srednja vrijednost slaganja kretala u rasponu od 1 do 5, odnosno postojale su tvrdnje na koje je iskazano potpuno neslaganje, te su postojale i tvrdnje na koje je iskazano potpuno slaganje. Na temelju slaganja s tvrdnjama kreirana je dimenzija ukupnog zadovoljstva pruženom njegom gdje je stupanj slaganja na tvrdnje negativnog polariteta konvertiran. Ukupna razina zadovoljstva pacijenata je 4,40 sa prosječnim odstupanjem od aritmetičke sredine 0,65, dok je među članovima obitelji utvrđena prosječna razina zadovoljstva 4,33 sa prosječnim odstupanjem 0,58.

Testiranjem razlike u zadovoljstvu između pacijenata i članova obitelji nije utvrđena statistički značajna razlika (p=0,552).

Nije utvrđena ni statistički značajna razlika u niti jednoj čestici zadovoljstva (p vrijednosti >0,05).

Tablica 7. Deskriptivna statistika čestica zadovoljstva članova obitelji pacijenata

	C[+]	IQR[×]	p[┼]
18. U dovoljnoj mjeri sam educiran od strane medicinske sestre da mogu provoditi njegu člana obitelji.	5,00	(4,0-5,0)	<0,001
19. Medicinska sestra je našla vremena za „moje“ probleme vezane za njegu bolesnog člana obitelji.	5,00	(4,0-5,0)	<0,001

[+] centralna vrijednost medijan
[×] interkvartilni raspon (25%-75%)
[┼] Mann-Whitney U test

Iz tablice 7 se može utvrditi da je srednja razina slaganja članova obitelji s tvrdnjom da su u dovoljnoj mjeri educirani od strane medicinske sestre da mogu provoditi njegu člana obitelji **5,00** (IQR=4,0-5,0), te se može donijeti zaključak da je riječ o visokoj razini educiranosti (p<0,001).

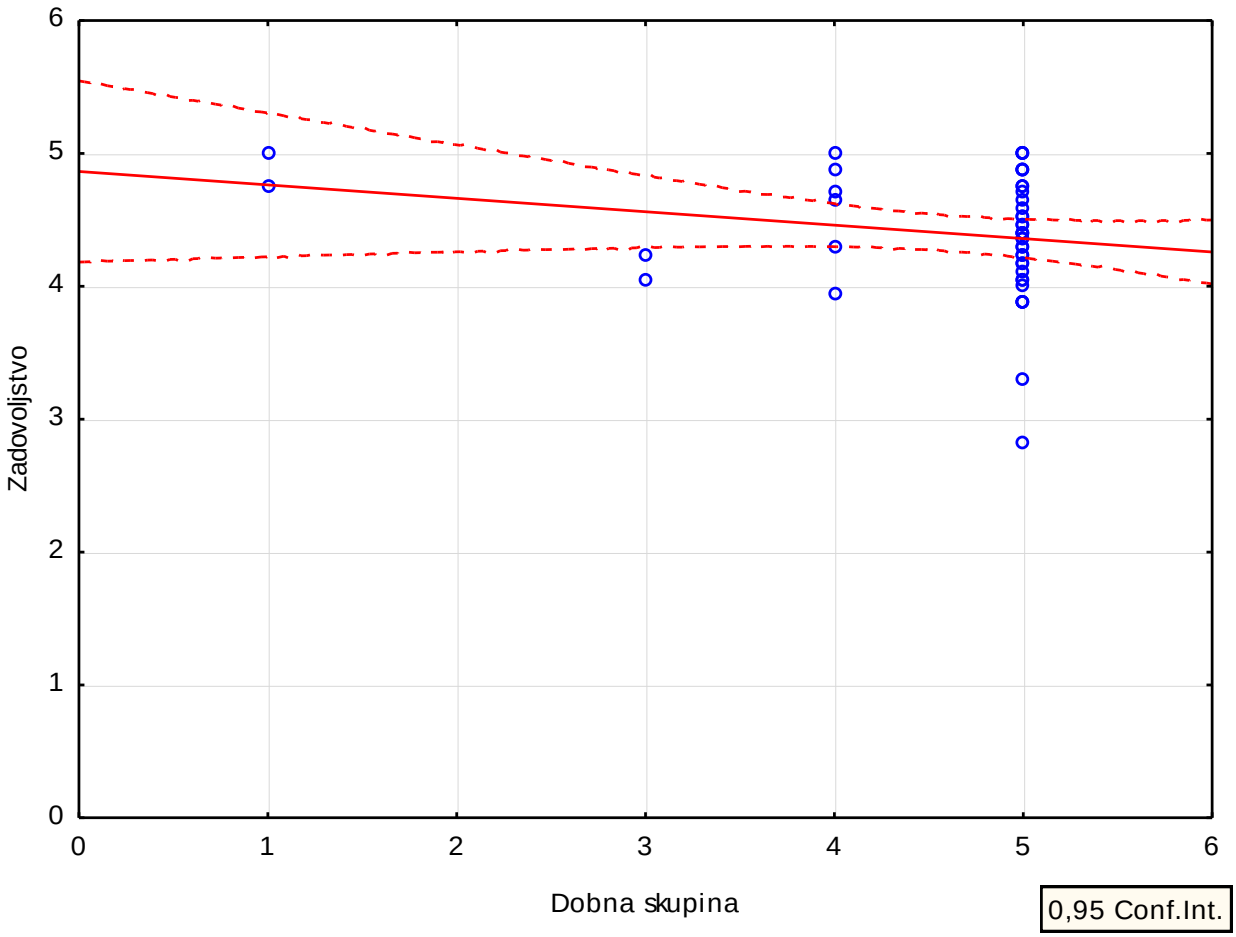
Na tvrdnju: „Medicinska sestra je našla vremena za „moje“ probleme vezane za njegu bolesnog člana obitelji.“ utvrđena je visoka razina slaganja s tvrdnjom (C=5; IQR=4-5; p<0,001).

4.2 Povezanost zadovoljstva zdravstvenom njegom i sociodemografskih karakteristika pacijenata

4.2.1 Povezanost zadovoljstva zdravstvenom njegom s dobi

Testiranjem nije utvrđena povezanost između dobne skupine ispitanika i razine zadovoljstva pacijenata (ro=-0,08; p=0,393), zbog čega se može utvrditi da starenje pacijenata nije povezano sa kretanjem zadovoljstva.

Međuodnos je prikazan i grafički dijagramom rasipanja (slika 2).



Slika 2. Povezanost između dobne skupine ispitanika i razine zadovoljstva pacijenata

4.2.2 Usporedba zadovoljstva zdravstvenom njegom i spola pacijenata

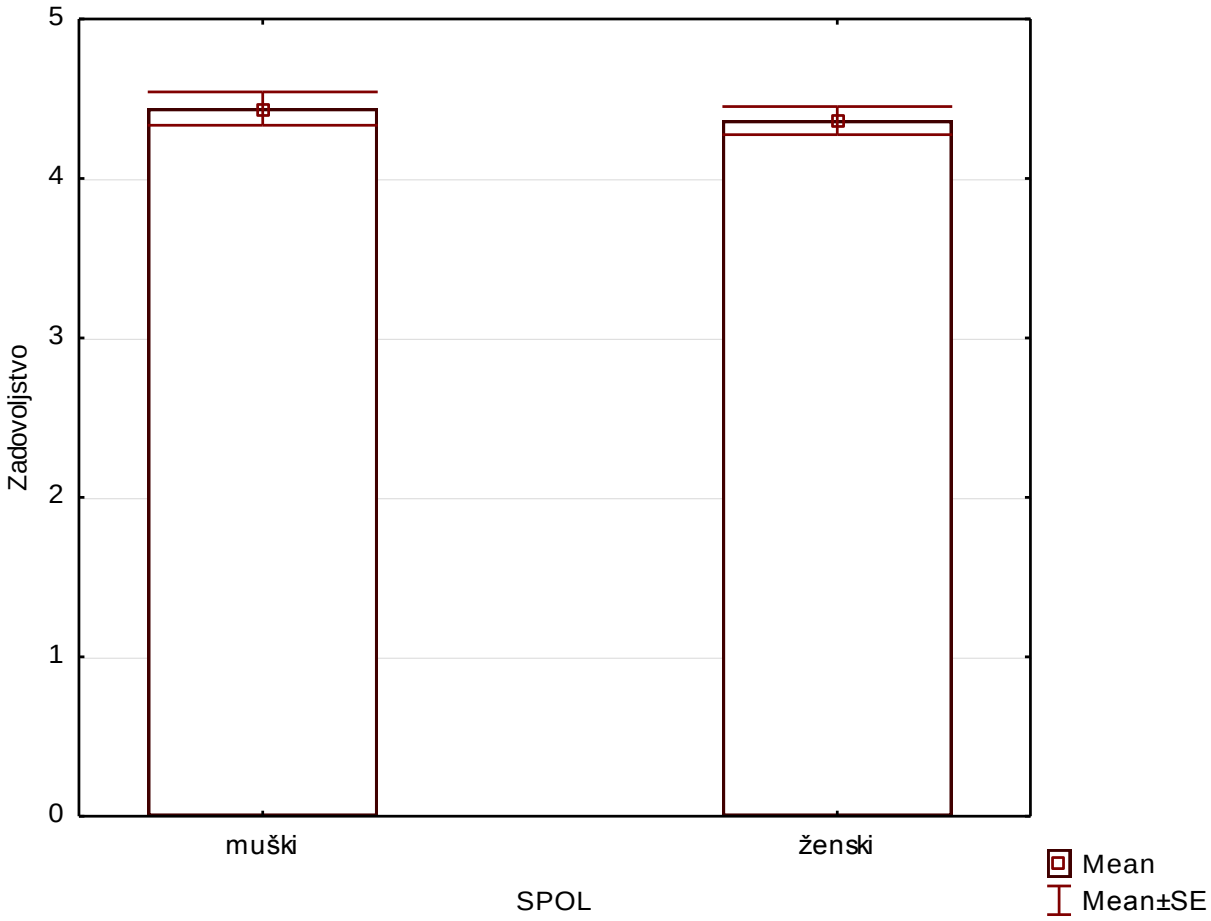
Tablica 8. Usporedba zadovoljstva zdravstvenom njegom među pacijentima i pacijenticama, T-test

	$\bar{X}^{+}$ muški	SD$^{\times}$ muški	$\bar{X}^{+}$ ženski	SD$^{\times}$ ženski	t-vrijednost$^{\square}$	df$^{\Diamond}$	p^{+}
Zadovoljstvo	4,44	0,49	4,36	0,42	0,55	43,00	0,583

$^{+}$ aritmetička sredina
$^{\times}$ standardna devijacija
$^{+}$ p vrijednost T-testa
$^{\Diamond}$empirijska vrijednost t-testa
$^{\square}$stupnjevi slobode

Testiranjem razlike u zadovoljstvu pacijenata s obzirom na spol utvrđeno je da nema statistički značajne razlike u razini zadovoljstva među pacijentima i pacijenticama (t=0,55; p=0,583).

Zadovoljstvo prema spolu je prikazano i grafički (slika 3).



Slika 3. Razlike u razini zadovoljstva među pacijentima i pacijenticama

4.2.3 Povezanost zadovoljstva zdravstvenom njegom i stupnja obrazovanja pacijenata

Tablica 9. Povezanost zadovoljstva zdravstvenom njegom i stupnja obrazovanja pacijenata, Spearmanov koeficijent korelacije (pacijenti; n=45)

	Rang obrazovanja
Zadovoljstvo	rho=0,05[+]
	p=,591[┼]

[+]Rho = vrijednost Spearmanovog koeficijenta korelacije između zadovoljstva i obrazovanja pacijenata
[┼]p vrijednost značajnosti koeficijenta korelacije

Testiranjem povezanosti između razine obrazovanja i zadovoljstva nije utvrđena povezanost (ro=0,05; p = 0,591). Dakle, porast razine obrazovanja nije praćen statistički značajnom promjenom razine zadovoljstva (tablica 9).

4.2.4 Usporedba zadovoljstva zdravstvenom njegom i radnog statusa pacijenata

Tablica 10. Usporedba zadovoljstva zdravstvenom njegom i radnog statusa pacijenata, ANOVA test

	Zadovoljstvo				
	df[□]	SS[×]	MS[+]	F[◊]	p[┼]
Radni status	2	0,14	0,07	0,33	0,723
Ne protumačeni dio	42	8,91	0,21		
Ukupno	44	9,05			

[×] suma kvadrata odstupanja zadovoljstva prema radnom statusu
[+] prosječno kvadratno odstupanje zadovoljstva prema radnom statusu
[◊] empirijska vrijednost F-testa
[□] stupnjevi slobode
[┼] p vrijednost F testa

Testiranjem razlike u zadovoljstvu pacijenata s obzirom na radni status može se utvrditi da nema statistički značajne razlike, odnosno, može se utvrditi da su pacijenti bez obzira na radni status u jednakoj mjeri zadovoljni pruženom uslugom (F=0,33; p=0,723), (tablica 10).

4.2.5 Usporedba zadovoljstva zdravstvenom njegom s obzirom na bračni status

Tablica 11. Razdioba ispitanika prema bračnom statusu

BRAČNI STATUS	n	%
u braku	27	60,00
razveden/a	1	2,22
udovac/ica	14	31,11
nevjenčana zajednica	1	2,22
samac/ica	2	4,44

Iz tablice 11 se može utvrditi postojanje nepovoljne distribucije ispitanih pacijenata prema bračnom statusu budući da su određeni bračni statusi zastupljeni sa tek jednim ispitanikom (npr. razveden = 1 ispitanik; nevjenčana zajednica = 1 ispitanik).

Slijedom navedenog pacijenti su podijeljeni u 2 skupine, i to pacijenti koji žive sa vjenčanim/nevjenčanim partnerom (u braku; nevjenčana zajednica); te pacijenata koji žive bez vjenčanog/nevjenčanog partnera (razveden/a; udovac/ica i samac/ica).

Tablica 12. Razlika u zadovoljstvu pacijenata s obzirom na bračni status, T-test

	$\bar{X}^{+}$ BR*	SD$^{\times}$ BR*	$\bar{X}^{+}$ NB**	SD$^{\times}$ NB**	t-vrijednost$^{\square}$	df$^{\Diamond}$	p^{+}
Zadovoljstvo	4,37	0,46	4,76	0,21	1,46	43	0,151

$^{+}$ aritmetička sredina
$^{\times}$ standardna devijacija
$^{+}$ p vrijednost T-testa
$^{\Diamond}$empirijska vrijednost t-testa
$^{\square}$stupnjevi slobode
* BR = u bračnoj/vanbračnoj zajednici
** NB = bez bračne/vanbračne zajednice

Testiranjem razlike u zadovoljstvu pacijenata s obzirom na bračni status utvrđeno je da nema statistički značajne razlike u razini zadovoljstva među pacijentima i pacijenticama (t=1,46; p=0,151) (tablica 12).

4.3 Zadovoljstvo pacijenata i članova obitelji komunikacijom tijekom zdravstvene njege

Zadovoljstvo komunikacijom je ispitano upotrebom 12 tvrdnji gdje su ispitanici iskazivali slaganje upotrebom Likertove mjerne ljestvice sa intervalom slaganja u rasponu od „u potpunosti se ne slažem“ do „u potpunosti se slažem“, gdje su stupnju slaganja dodijeljene sljedeće vrijednosti:

- „u potpunosti se ne slažem“ = 1
- „ ne slažem se“ = 2
- „niti se slažem niti ne slažem“ = 3
- „slažem se“ = 4
- „u potpunosti se slažem“ = 5

Tablica 13. Usporedba zadovoljstva pacijenata i članova njihovih obitelji komunikacijom tijekom zdravstvene njege

	Član obitelji		Pacijent		
	C[+]	IQR[×]	C[+]	IQR[×]	p[┼]
1. Medicinska sestra se kod prvog kontakta nije predstavila imenom i prezimenom i navela svrhu svoga dolaska.*	1,00	(1,0-2,0)	1,00	(1,0-2,0)	0,861
2. Medicinska sestra me sluša usredotočeno, sa suosjećanjem/empatijom i prihvaćanjem.	5,00	(4,0-5,0)	5,00	(4,0-5,0)	0,534
3. Medicinska sestra ne poštuje moju osobnost.*	1,00	(1,0-2,0)	1,00	(1,0-2,0)	1,000
4. Osjećam da me medicinska sestra razumije.	5,00	(5,0-5,0)	5,00	(4,0-5,0)	0,492
5. Medicinska sestra podiže moje samopoštovanje.	5,00	(4,0-5,0)	5,00	(4,0-5,0)	0,797
6. Dolazak medicinske sestre smanjuje moju usamljenost i izolaciju.	5,00	(4,0-5,0)	5,00	(4,0-5,0)	0,329

7. Medicinska sestra me prihvaća bez osude i pomaže mi da prihvatim sebe.	5,00	(4,0-5,0)	5,00	(4,0-5,0)	0,266
8. Komunikacija s medicinskom sestrom mi omogućava razgovor o mojoj bolesti i uvid u moje fizičko/psihičko stanje.	5,00	(4,0-5,0)	5,00	(4,0-5,0)	0,841
9. U razgovoru s medicinskom sestrom nemam mogućnost slušanja, postavljanja pitanja i iskazivanja osjećaja.*	1,00	(1,0-2,0)	1,00	(1,0-2,0)	0,895
10. U razgovoru sa medicinskom sestrom mogu slobodno izraziti svoje mišljenje i tražiti svoja prava.	5,00	(4,0-5,0)	5,00	(4,0-5,0)	0,945
11. Medicinska sestra ne zna stvoriti ugodno okruženje u kojem pričamo šale i smijemo se zajedno.*	1,00	(1,0-2,0)	2,00	(1,0-2,0)	0,377
12. Ne volim kad je više osoba uključeno u komunikaciju dok je prisutna medicinska sestra.*	3,00	(2,0-3,0)	3,00	(2,0-4,0)	0,256
Komunikacija	4,39[+]	(0,46)[×]	4,30[+]	(0,55)[×]	0,362

* kod računanja ukupne razine zadovoljstva korištena konvertirana vrijednost
[+] centralna vrijednost medijan
[×] interkvartilni raspon (25%-75%)
┼ Mann-Whitney U test

Iz tablice 13 se može utvrditi da se srednja vrijednost slaganja na tvrdnje o komunikaciji kretala u rasponu od 1 do 5, odnosno postojale su tvrdnje na koje je iskazano potpuno neslaganje, te su postojale i tvrdnje na koje je iskazano potpuno slaganje. Na temelju slaganja s tvrdnjama kreirana je dimenzija ukupne kvalitete komuniciranja gdje je stupanj slaganja na tvrdnje negativnog polariteta konvertiran. Ukupna razina zadovoljstva komunikacijom pacijenata je 4,39 sa prosječnim odstupanjem od aritmetičke sredine 0,46, dok je među članovima obitelji utvrđena prosječna razina zadovoljstva 4,30 sa prosječnim odstupanjem 0,55.

Testiranjem razlike u zadovoljstvu komunikacijom između pacijenata i članova obitelji nije utvrđena statistički značajna razlika (p=0,362).

Nije utvrđena ni statistički značajna razlika u niti jednoj čestici zadovoljstva (p vrijednosti >0,05) (tablica 13).

4.4 Usporedba osobnih stavova pacijenata i članova obitelji u odnosu na zadovoljstvo pruženom zdravstvenom njegom u kući

Tablica 14. Razlike između osobnih stavova članova obitelji i pacijenata o zdravstvenoj njezi u kući

	Član obitelji		Pacijent		
	C[+]	IQR[×]	C[+]	IQR[×]	p[┼]
Medicinska sestra trebala bi u svom planu zdravstvene njege imati puno više vremena za obitelj.	3,00	(2,0-4,0)	n/a*	n/a*	n/a*
Preferirano povjeravanje problema sa zdravljem	3,00	(2,0-3,0)	3,00	(2,0-4,0)	0,190

* nedostaje podatak
[+] centralna vrijednost medijan
[×] interkvartilni raspon (25%-75%)
[┼] Mann-Whitney U test

Iz tablice 14 se može utvrditi da je srednja vrijednost slaganja na tvrdnju da preferirano povjeravanje problema sa zdravljem 3 kod obje skupine ispitanika, te da razlika nije statistički značajna (p=0,190).

Pacijentima i članovima obitelji ponuđeno je 13 elemenata kvalitete zdravstvene skrbi. Zamoljeni su da odaberu do pet elemenata za koje oni smatraju da imaju najvećeg utjecaja na kvalitetu sestrinske skrbi.

Tablica 15. Odabir najvažnijih elemenata kvalitete zdravstvene skrbi prema mišljenju pacijenata i članova obitelji

Elementi kvalitete zdravstvene skrbi	Pacijent		Član obitelji	
	n	%	n	%
Profesionalnost				
da	27	60,00	36	59,02

ne	18	40,00	25	40,98
Iskustvo				
da	22	48,89	37	60,66
ne	23	51,11	24	39,34
Ljubaznost				
da	26	57,78	40	65,57
ne	19	42,22	21	34,43
Susretljivost				
da	14	31,11	15	24,59
ne	31	68,89	46	75,41
Predanost poslu				
da	15	33,33	30	49,18
ne	30	66,67	31	50,82
Strpljivost				
da	14	31,11	28	45,90
ne	31	68,89	33	54,10
Suosjećanje				
da	13	28,89	16	26,23
ne	32	71,11	45	73,77
Informiranost o pravima i obvezama pacijenata				
da	8	17,78	7	11,48
ne	37	82,22	54	88,52
Bolje nagrađivanje za rad medicinske sestre				
da	22	48,89	30	49,18
ne	23	51,11	31	50,82
Povećanje broja posjeta medicinske sestre				
da	16	35,56	13	21,31

ne	29	64,44	48	78,69
Više vremena za zdravstvenu njegu po posjet medicinske sestre				
da	7	15,56	9	14,75
ne	38	84,44	52	85,25
Veće izdvajanje za zdravstvo				
da	10	22,22	8	13,11
ne	35	77,78	53	86,89
Viša razina obrazovanja medicinskih sestara				
da	3	6,67	2	3,28
ne	42	93,33	59	96,72

Najveći broj ispitanih pacijenata prednost daje profesionalnosti (27 pacijenata; 60%), dok ispitani članovi obitelji daju prednost ljubaznosti (40 članova obitelji; 65,57%). (tablica 15)

Najmanji broj pacijenata je odabrao višu razinu obrazovanja medicinskih sestara (3 pacijenta; 6,67%). Članovi obitelji su također u najmanjoj mjeri odabirali višu razinu obrazovanja medicinskih sestara (2 ispitanika; 3,28%). (tablica 15)

5. RASPRAVA

Istraživanjem zadovoljstva pacijenata i članova obitelji utvrđeno je da su pacijenti i članovi njihovih obitelji u podjednakoj mjeri zadovoljni zdravstvenom njegom koja se pruža pacijentima. Članovi obitelji su zadovoljni vremenom koje je medicinska sestra posvetila njima, kao i njihovoj edukaciji o njezi člana obitelji, te pokazuju visoku razinu educiranosti. Nadalje, zadovoljstvo zdravstvenom njegom nije povezano s dobi, stupnjem obrazovanja niti sa radnim statusom pacijenata. Članovi obitelji i pacijenti su također u podjednakoj mjeri zadovoljni kvalitetom komunikacije zdravstvenih djelatnika. Konačno, u dimenziji povezanosti zadovoljstva zdravstvenom njegom i osobnih stavova pacijenata i članova obitelji najveći je naglasak na profesionalnosti (pacijenti) i ljubaznosti (članovi obitelji), a najmanji na višoj razini obrazovanja u obje skupine ispitanika.

U dimenziji ukupnog zadovoljstva zdravstvenom njegom testirano je mišljenje ispitanika o njihovim očekivanjima, informiranošću o zdravstvenom stanju, timskom radu, pravima i obavezama, razumljivošću savjeta i uputa, sudjelovanjem ispitanika u njezi i edukaciji, očuvanju privatnosti, osjećaju sigurnost, iskazivanju emocija, davanje nade u pozitivan ishod zdravstvene skrbi, suradnja s medicinskom sestrom, trajanje zdravstvene njege po posjetu i kalendarski, sukladnost informacija, vrijeme i redovitost dolazaka u kućnu posjetu. Iskazana je visoka razina zadovoljstva (4,40 za pacijente do 4,33 za članove obitelji). Testiranje nije pokazalo značajnu razliku zadovoljstva između pacijenata i članova obitelji ($p=0,552$) iako se postavljenom hipotezom ona očekivala. To upućuje da je postojala odlična suradnja između medicinske sestre, pacijenata i člana obitelji koji skrbi o pacijentu ali i na moguće pretpostavke. Pretpostavka vezana za sličnu razinu zadovoljstva između pacijenata i članova obitelji je u načinu popunjavanja anketnog upitnika što ujedno i predstavlja metodološka ograničenja ovog istraživanja. Upitnik je mogao popuniti samo pacijent ako je sam u domaćinstvu i zdravstveno stanje mu to omogućava, samo član obitelji ako zdravstveno stanje pacijenta nije zadovoljavajuće da bi on sam mogao popuniti upitnik ili obje kategorije. Većina ispitanika je u kategoriji da bi obje skupine mogle popuniti upitnik pa je to možda

uradila jedna osoba koja se osjećala kognitivno sposobnijom ili imala više slobodnog vremena (žena za muža i obrnuto).

Druga moguća pretpostavka vezana je za visoku razinu zadovoljstva pacijenata i članova obitelji. Moguće je da su ispitanici davali socijalno prihvatljive odgovore jer su bili zabrinuti da bi njihove odgovore mogle pročitati osobe koje skrbe o njima, iako su prije popunjavanja anketnog upitnika pacijenti imali uvid u Informativno pismo iz kojeg je vidljivo da je sačuvan identitet ispitanika i medicinske sestre/sestara iz Ustanove za zdravstvenu njegu. Popunjeni upitnik je vraćen u omotnicu, a omotnica zalijepljena prije predaje medicinskoj sestri. Treća moguća pretpostavka je da ispitanici htjeli pokazati solidarnost s medicinskim sestrama i da su na njihove odluke utjecali mediji u kojima se vrti informacija o nedostatku medicinskih sestara, odlasku na rad u druge zemlje gdje su bolji uvjeti rada i više se cijene stečene vještine i kompetencije. I još jedna mogućnost da su upitnici podijeljeni onim ispitanicima za koje su medicinske sestre mogle pretpostaviti da su ispitanici zadovoljni uslugom i da će dati socijalno poželjne odgovore.

Svi ispitanici su se izjasnili da se osjećaju mirno i sigurno uz medicinsku sestru što upućuje da su zaista zadovoljni radom medicinskih sestara.

Članovi obitelji pacijenta se osjećaju dovoljno educirani da bi mogli provoditi njegu člana obitelji u vremenu kada medicinska sestra ne dolazi u kućnu posjetu. To je od velike važnosti jer medicinska sestra dnevno može po odobrenju od strane HZZO-a provesti najviše dva sata kod pacijenta. Ostatak vremena njegu pacijenta provode članovi obitelji ili njegovateljice čije plaćanje ne pokriva HZZO. To je veliki teret za obitelj gdje su neki članovi obitelji u radnom odnosu pa ne mogu potrebno vrijeme provoditi uz pacijenta, nisu dovoljno educirani da bi se mogli nositi s problemom i emocionalno opterećeni jer se radi o njima jako bliskim osobama. Ne treba zaboraviti da uz sve otežavajuće okolnosti vezane za brigu oko bolesnog člana obitelji imaju i osobne probleme s kojima se nose na zadovoljavajući ili manje zadovoljavajući način. Kako se vidi iz dobne kategorije članovi obitelji su pet godina mlađi od pacijenata koje njeguju (supružnici).

U ovom istraživanju nije uočena povezanost zadovoljstva sa starenjem. Većina ispitanika je u dobi od više od 60 g (77,78%) dok se druge dobne skupine neznatno zastupljene (sa po 2 i 6 ispitanika) pa se taj međuodnos ne može iskazati u potpunosti.

Testiranjem prema spolu pokazalo je da pacijenti i pacijentice ne pokazuju značajnu razliku u zadovoljstvu zdravstvenom njegom u kući.

Nije utvrđena povezanost razine zadovoljstva sa obrazovanjem. 86,66% pacijenata i 83,6% članova obitelji su NSS i SSS dok su ostale skupine neznatno zastupljene, uglavnom kao pojedinačni slučajevi, pa se taj odnos ne može iskazati u potpunosti. Testiranjem razlike u zadovoljstvu pacijenata s obzirom na radni status i bračno stanje utvrđeno je da nema statistički značajne razlike. Dakle, sociodemografske karakteristike ispitanika ne utječu na njihovo zadovoljstvo zdravstvenom njegom.

U kategoriji zadovoljstva komunikacijom testirano je mišljenje ispitanika o prvom kontaktu s medicinskom sestrom, sposobnost slušanja, poštivanje osobnosti, razumijevanje, poticanje samopoštovanja, smanjivanje usamljenosti i izolacije, prihvaćanje, razgovor i uvid u zdravstveno stanje, mogućnost postavljanja pitanja, iskazivanja osjećaja, mišljenja i emocija.

Testiranjem razlike u zadovoljstvu komunikacijom između pacijenata i članova obitelji nije utvrđena statistički značajna razlika. Ukupna razina zadovoljstva komunikacijom je visoka. Kod pacijenata je 4,39, dok je među članovima obitelji utvrđena prosječna razina zadovoljstva 4,30. Obje skupine smatraju je vrijeme koje medicinska sestra provede s obitelji dostatno.

Dolaskom u kućnu posjetu medicinska sestra u svojoj skrbi nema samo pacijenta već i člana obitelji kojeg educira te je ishod zdravstvenog stanja pacijenta zajednički rad medicinske sestre, pacijenta i člana obitelji.

U svakoj komunikaciji postoji netko tko više zna i želi to podijeliti s drugima ili netko tko nešto ne zna i želi to doznat od drugih. Svi sudionici unutar tima moraju se nadopunjavati. Pri tome trebamo prihvatiti ravnopravno druge sudionike u komunikaciji, njihove različitosti i ograničenja u pogledu informiranosti i znanja. Komunikacija treba biti obostrana: da šaljemo i primamo poruke, da govorimo i

slušamo. Jako je važno da potičemo sudionike na komunikaciju, da komunikacija bude kreativna, usmjerena na rješavanje problema, te da se sudionici međusobno poštuju. Važno je da komunikaciji pristupaju otvoreno i taktično, a da pri tome mogu iskazati svoje slaganje i neslaganje bez ugrožavanja integriteta drugih sudionika. To su odlike konstruktivne komunikacije. Rezultat su stabilni, uvažavajući i profesionalni odnosi u kojima se pacijenti osjećaju sigurno znajući da će dobiti najbolju moguću razinu zdravstvene skrbi. Komunikacija u kojoj jedna osoba dominira je vođena zapovjednim tonom, nepoštena i gruba. Usmjerena je na omalovažavanje druge osobe/a u kojoj se druga strana nastoji zbuniti, ignorirati, ismijavati, a poraz druge osobe se doživljava kao uspjeh (41,42). Rezultati ovog istraživanja govore u prilog dobrim komunikacijskim vještinama medicinskih sestara koje skrbe o pacijentima u kućnoj njezi. Od konstruktivne komunikacije svi imaju koristi i ona je puno više od sume njezinih dijelova jer stvara pozitivnu socioemocionalnu klimu, kvalitetne međuljudske odnose i zadovoljstvo svih sudionika.

Kada pacijent ima zdravstveni problem koji ne može riješiti samozbrinjavanjem jako je važno da ga podijeli s osobom u koju ima povjerenje. To može biti liječnik obiteljske medicine, patronažna sestra, medicinska sestra iz Ustanove za zdravstvenu njegu u kući, član obitelji, prijatelj/ica ili osobno društvo. Ispitanici testirani u ovom istraživanju nisu iskazali svoje povjerenje niti jednoj skupini posebno.

Od ukupno 13 čestica koje bi pridonijele većoj kvaliteti zdravstvene njege pacijenti su se izjasnili za: profesionalnost (60%), ljubaznost (57,78%), iskustvo (48,89%), bolje nagrađivanje za rad medicinske sestre (48,89%), povećanje broja posjeta (35,56%), predanost poslu (33,33%) i strpljivost (31,11%). Od ukupno 13 čestica koje bi pridonijele većoj kvaliteti zdravstvene njege članovi obitelji su se izjasnili za: ljubaznost (66,57%), iskustvo (60,66 %), profesionalnost (59,02%), predanost poslu (49,18%), bolje nagrađivanje za rad medicinske sestre (48,89%), strpljivost (45,90%) i susretljivost (24,49%). U obje skupine ispitanika prednjače čestice profesionalnosti, ljubaznosti i iskustva. Pacijenti vole iskazati svoje povjerenje medicinskim sestrama koje svoj posao obavljaju u skladu s pravilima struke (profesionalno), imaju dosta radnog iskustva da na prepoznati problem (stvarni ili potencijalni) reagiraju pravodobnim intervencijama ljubazno, strpljivo i susretljivo.

Najlošije iz obje skupine ispitanika je ocjenjena viša razina obrazovanja medicinskih sestara, samo 5 ispitanika (6,67% i 3,28%). Kao i kod prethodnih kategorija rezultati su sukladni između pacijenata i članova obitelji. Može se zamijetiti činjenica da su obje skupine dala visoko mjesto profesionalnosti medicinskih sestra, a najlošije ocijenile potrebu za obrazovanjem. Postojanje profesionalnog statusa obuhvaća program obrazovanja sveučilišnih studija, intelektualno vodstvo priznato na svom polju, znanstvena istraživanja u području sestrinstva, nezavisnost u definiranju svog djelokruga i područja rada, etički kodeks medicinskih sestara i sposobnost obavljanja (samo)kontrole (8). Nameće se zaključak da su zadovoljni dobivenom zdravstvenom njegom ili da nemaju saznanja da bi obrazovanje medicinskih sestara moglo povećati stupanj znanja, sposobnost samostalnog donošenja odluka, organizacijske sposobnosti i vještine rukovođenja medicinskih sestara (43,44). To bi za krajnji ishod imalo veće zadovoljstvo pacijenata i članova obitelji zdravstvenom njegom. Njihovi osobni stavovi vjerojatno u podlozi imaju činjenicu da u Republici Hrvatskoj prema klasifikaciji radnog mjesta rade medicinske sestre s temeljnom izobrazbom koju su stekli u srednjoj školi. U zdravstvenom sustavu Velike Britanije u kućnoj njezi radi 29% medicinskih sestara sa specijalizacijom praktičara (SPQ) (15) što je jednogodišnje obrazovanje nakon prvostupničke razine (45). Usluge zdravstvene njege u kući nordijskih zemalja (Norveške, Švedske, Finske i Danske) obuhvaćaju primarnu i sekundarnu zdravstvenu zaštitu. Zdravstvena njega u kući je u rasponu od osnovne do napredne razine, dok medicinske sestre imaju najvišu razinu obrazovanja za procjenu i koordinaciju potrebne razine skrbi (44). Medicinske sestre iz Ustanove za zdravstvenu njegu u kući „Mediviva“ u Križevcima smatraju da je potrebna dodatna edukacija u vidu specifičnih tečaja (31/42 odgovora) i nastavak studiranja na studijima sestrinstva (7/42 odgovora). Većina ih je SSS (34/38), dok su ostale prvostupnice sestrinstva (4/38). Zadovoljstvo u potpunosti svojim znanjem i vještinama u radu iskazano je u 4/37 odgovora (46). Najveći dio tereta nedostatka profesionalizma nose same medicinske sestre. Većina ih se vidi u podređenom položaju prema liječnicima, doživljavaju sestrinstvo kao zanimanje drugog reda za čija znanja i vještine ne treba fakultetsko obrazovanje već samo imati osjećaj, ne mogu se zamisliti kako u okviru zdravstvene njege imaju autonomiju u edukaciji i praksi, a nedostaje i motivacija za rad i volja za promjenu modela ponašanja (8).

U istraživanju provedenom između veljače i travnja 2004. g. u devetnaest Ustanova za zdravstvenu njegu u kući na području Berlina pacijenti su, slično kao i u našem istraživanju, iskazali visoki stupanj zadovoljstva (vrlo dobro - prilično dobro) različitim aspektima zdravstvene njege u kući (47).

Veliko nacionalno istraživanje provedeno 1999. god. u Velikoj Britaniji ispitivalo je mišljenje pacijenata i njegovatelja o provedenoj zdravstvenoj njezi kod kuće od strane medicinskih sestra i obitelji. Rezultati su pokazali da su svi pacijenti cijenili odnos s medicinskim sestrama jer su uspjele uspostaviti odnos „jedan na jedan“ izvan „profesionalnog“. Voljeti osobu koja dolazi u njihov dom i imati povjerenje u nju percipirali su kao osjećaj od posebne važnosti. Osjećali su da medicinska sestra zna više o njima i njihovim potrebama nego što bi znala medicinska sestra u bolnici. Pacijenti su posebno istaknuli ljubaznost, profesionalne vještine i pristupačnost medicinskih sestara, dok je njegovateljima najveću važnost imalo profesionalno znanje, emocionalna podrška i povjerljivost. Gotovo polovica je izjavila da se je skrb koju pruža medicinska sestra „ugodnija“ nego skrb koju pruža izabrani liječnik opće prakse (obiteljski liječnik). Iako sam takve rezultate očekivala u ovom istraživanju ono je pokazalo da su pacijenti i članovi obitelji za skrb o njihovom zdravlju podjednako iskazali svoje povjerenje medicinskoj sestri iz Ustanove za zdravstvenu njegu, liječniku obiteljske medicine, patronažnoj sestri, članovima obitelji i prijatelju/ici. 71% se složilo da preferiraju da ih posjećuje jedna medicinska sestra, a ne više njih (15).

Istraživanje „Zadovoljstvo bolesnika uslugama u ustanovama za zdravstvenu njegu u kući „Kern“ prikazalo je da je 7/8 ispitanika odgovorilo najvećom mogućom ocjenom 5, a 1/8 ispitanika ocjenom 4 (48).

Možemo zaključiti da postoji kompatibilnost u dobivenim rezultatima zadovoljstva pacijenata uslugama zdravstvenih njega u kući na području Velike Britanije, Berlina, Ustanove za zdravstvenu njegu u kući „Kern“ u Zagrebu i Ustanove za zdravstvenu njegu u kući „Vita“ u Splitu. To znači da su, bez obzira na kulturološku i geografsku pripadnost, pacijenti i članovi obitelji zadovoljni kvalitetom usluga zdravstvene njege u kući. Pri tome, dob, spol i stupanj obrazovanja nemaju značajan utjecaj na zadovoljstvo pacijenata.

6. ZAKLJUČCI

Temeljem dobivenih rezultata istraživanja o zadovoljstvu pacijenata i članova obitelji zdravstvenom njegom medicinskih sestra zaposlenih u Ustanovi za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući može se zaključiti:

- Iskazano je visoka razina zadovoljstva zdravstvenom njegom. Nije se pokazala značajna razliku između pacijenata i članova obitelji. Nije utvrđena statistički značajna razlika u niti jednoj čestici zadovoljstva.
- Članovi obitelji su zadovoljni vremenom koje je medicinska sestra posvetila njima, kao i njihovoj edukaciji o njezi člana obitelji, te pokazuju visoku razinu educiranosti.
- Nije utvrđena povezanost između zadovoljstva zdravstvenom njegom i dobnih skupina, stupnja obrazovanja i radog statusa u pacijenata. Povezanost s bračnim statusom se ne može ustvrditi jer su osim supružnika ostali statusi slabo zastupljeni.
- Nije utvrđena statistički značajna razlika u zadovoljstvu komunikacijom između medicinske sestre i ispitanika. Nije utvrđena ni statistički značajna razlika u niti jednoj čestici zadovoljstva.
- U povjeravanju svojih zdravstvenih problema ispitanici su podjednako iskazali svoje povjerenje medicinskoj sestri iz Ustanove za zdravstvenu njegu, liječniku obiteljske medicine, patronažnoj sestri, članovima obitelji i prijatelju/ici.
- Od čestica koje bi pridonijele većoj kvaliteti zdravstvene njege pacijenti su se najviše izjasnili za profesionalnost (pacijenti) i ljubaznosti (članovi obitelji). Obje skupine su imale najmanju potrebu za višim obrazovanjem medicinskih sestara.

7. LITERATURA

1. Priest H. Uvod u psihološku njegu u sestrinstvu i zdravstvenim strukama = An Introduction to Psychological Care in Nursing and the Health Professions. 2012. Zagreb: Naklada Slap; 2014.
2. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu; 1992.
3. Prlić N, editor. Teorijska promišljanja o/u zdravstvenoj njezi 3. Zbornik radova iz Teorija zdravstvene njege studenata Sveučilišnog diplomskog studija Sestrinstvo. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmajera; 2014.
4. Parker EM, Smith M. Nursing Theories & Nursing Practis, 3rd ed.. Philadelphia: Davis company; 2010; str. 202-18.
5. Alligod MR. Theory-based practice in a major medical centre. J Nurs Manag 2011;19(8): 981-8.
6. Attree M. Patients´ and relatives experiencesog and perspectives „Good“ and „Not so Good´ quality care**,** JAN 2001; 33(4): 456-66.
7. McCance TV**.** Caring in nursing practice: the development of a conceptual framework. Res Theory Nurs Pract. Northern Ireland Practice and Education Council for Nursing & Midwifery. Belfast 2003 Summer;17(2):101-16.
8. Štifanić M. Što sestre rade na fakultetu!? Kakve sestre i sestrinstvo trebamo?. Rijeka: Udruga „Hrvatski pokret za prava pacijenata“ (HPPP); 2012.
9. Ekvilibrijum - značenje, pojam. Dostupno na: https://staznacito.com/ekvilibrijum/ Datum pristupa: 08.12.2018.
10. Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o Hrvatskom kvalifikacijskom okviru, pročišćeni tekst zakona. NN 22/13, 41/16, 64/18. (27. srpnja 2018.).
11. Antičević V. Izrada standarda zanimanja/kvalifikacija uz unapređenje zdravstvenih studijskih programa. Split: Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija. 2015. Dostupno na: http://hko.ozs.unist.hr/images/OZS_brosura_A4_tisak.pdf Datum pristupa: 20.siječnja 2018.

12. Scott A, Kirwan M, Matthews A, Lehwaldt D, Morris R, Staines A. Medicinsko osoblje u stresnom radnom okruženju. RN4CAST 2009.-2010; str. 63.
13. Cindrić Ž., Cazin K., Volkmer Starešina R., Pišćenec I., Letić A. Otvaranje samostalne sestrinske djelatnosti. Opening of independent nursing activities. Sestrinski glasnik 2015; 20(3):244-249.
14. Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe. Uvjeti i način ostvarivanja prava na zdravstvenu njegu. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. NN 88/2010. (14.04.2010.), NN 38/2013. (29.03.2013.), NN 49/2013 (26.04.2013.).
15. 2020 Vision. The Queen's Nursing Institute's vision of the future of district nursing. Dostupno na: https://www.qni.org.uk/wpcontent/uploads/2016/09/2020_vision_web_2014.pdf Datum pristupa: 27.08.2018.
16. Zakon o sestrinstvu. Hrvatski sabor/NN 121/2003. 2003. Broj dokumenta u izdanju 1710. (29.07.2003.).
17. Gutić D. Upravljanje zadovoljstvom i odnosima s pacijentima. Osijek: Grafika d.o.o. Osijek; 2015.
18. Thiedke C C. What Do We Really Know About Patient Satisfaction? Fam Pract Manag 2007; 14(1):33-6.
19. Nordrum JT, Kennedy DM. Seven Principles for Improving Service and Patient Satisfaction. AAFP 2016; 23(3):15-9.
20. Groonroos, C. From marketing Mix to Relationship Marketing: Towards a Paradigm Shift in Marketing. Menagement Decision 1994;32 (2):4-20.
21. Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi. Sigurnost pacijenta. 2009. Dostupno na: http://aaz.hr/sigurnost Datum pristupa: 11.08.2018.
22. Čukljek S. Sigurnost pacijenata u suvremenoj zdravstvenoj njezi. U: Organizacijski odbor Zdravstvenog veleučilišta. Zbornik radova: Sestrinstvo sigurnost i prava pacijenata. Zdravstveno veleučilište Zagreb. Foto Soft, 2006; str. 7-10.

23. McLoughlin V, Millar J, MattkeS, et al**.** Selecting indicators for patient safety at the health system level in OECD countries. Int J Qual Health Care 2006;18:14-20.
24. Alispahić S. Psihologija boli. Filozofski fakultet Univerziteta u Sarajevu. 1nd ed. Nacionalna i univerzitetska biblioteka Bosne i Hercegovine Sarajevo. [CIP - Katalogizacija u publikaciji]. 2016. [cited 2018 Januar 19]. Dostupno na: http://www.ff-eizdavastvo.ba/Books/Psihologija_boli.pdf
Datum pristupa: 24.05.2018.
25. Đorđević V, Braš M, Brajković L. Osnove palijativne medicine. Ars medica prema kulturi zdravlja i čovječnosti. Medicinska naklada. 2013.
26. Klein S, Hostetter M, McCarthy D. The Hospital at Home Model: Bringing Hospital-Level Care to the Patient. The CommonWealth Fund 2016. Dostupno na: https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2016/aug/hospital-home-model-bringing-hospital-level-care-patient
Datum pristupa 24.05.2018.
27. Skar L, Söderberg S. The use of Information and Communication Technology to meet chronically ill patients' needs when living at home. Open Nurs J 2011;5: 74-8.
28. Kozić S. Odgovoran sestrinski pristup prema pacijentu /diplomski rad/. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Sveučilišni diplomski studij sestrinstva; 2015.
29. Griffiths A, Knight A, Harwood R, Gladman JRF. Preparation to care for confused older patients in general hospitals: a study of UK health professionals. Oxford University Age and Ageing 2014;(43):521–7.
30. Henderson S. Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care. J Clin Nurs 2003;12(4):501-8.
31. Roscigno C. Challenging Nurses' Cultural Competence of Disability to Improve Interpersonal Interactions. J Neurosci Nurs 2013;45(1):21–37.
32. Starc J. Učinkovita komunikacija i rješavanje sukoba između medicinske sestre i pacijenta. JAHS. 2016; 2(2):133-146.
33. Šegota I. Novo i staro komuniciranje. Etika sestrinstva. Rijeka: Medicinski fakultet; 1997.

34. Ostojić R, Bilas V, Franc S. Unaprjeđenje kvalitete zdravstvenih sustava zemalja članica Europske Unije i Republike Hrvatske. Poslovna izvrsnost 2012;6(2):109-25.
35. Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene NN 79/2011.čl.2. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi.
36. Klaić M. Upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj njezi. /diplomski rad/. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu. Medicinski fakultet. Sveučilišni diplomski studij sestrinstva; 2017.
37. Henderson S. Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care. J Clin Nurs 2003;12(4):501-8.
38. Andersson H, Lindholm M, Pettersson M, Jonasson LL. Nurses' competencies in home healthcare: an interview study**.** BMC Nursing 2017;.16(1):1-8
39. Cibrian K. Nurse Staffing Patterns in Relation to Patient Experience of Care. Am J Nurs 2017;117(11):61–2.
40. Koy V, Yunibhand J, Angsuroch Y. The quantitative measurement of nursing care quality: a systematic review of available instruments. Int Nurs Rev 2016;63(3):490-8.
41. Sedić B. Komunikacija sestre i drugih članova stručnog tima. U: Zbornik. Komunikacije u sestrinstvu. Zagreb 2004: Visoka zdravstvena škola, Zagreb, Hrvatska udruga Viših medicinskih sestara, Hrvatska udruga medicinskih sestara. 2004; str. 4-5.
42. Santos FP, Acioli S, Rodriques VP, Machado JC, Souza MS, Couto TA. Nurse care practices in the Family Health Strategy. Rev Bras Enferm 2016;69(6):1124-31.
43. Busančić S. Utjecaj stupnja obrazovanja medicinskih sestara na kvalitetu svakodnevne sestrinske prakse /diplomski rad/. Dubrovnik: Sveučilište u Dubrovniku; 2017.
44. Martinsen B, Mortensen AS, Norlyk A. Nordic homecare nursing from the perspective of homecare nurses-a meta-ethnography. Br J Community Nurs 2018;23(12):597-604.

45. Domitrović L. Obrazovanje medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj u usporedbi sa standardima Europske unije /diplomski rad/. Zagreb: Sveučilište. Medicinski fakultet. Sveučilišni diplomski studij sestrinstva; 2016.
46. Šatvar M, Deduš R. Znanjem do željenih rezultata kod korisnika zdravstvene njege u kući. U: Utjecaj obrazovanja u djelatnosti zdravstvene njege i fizikalne terapije na poboljšanje kvalitete usluga u kući bolesnika. Sveti Martin na Muri: Udruga medicinskih sestara zdravstvene njege u kući. Zdravstvene njege u kući Međimurske županije, 2018; str. 16-8.
47. Ortlieb R, Bendel K, Matiaske W. Zufriedenheit mit ambulanten Pflegediensten. Werkstatt für Organisations - und Personalforschung e.V. 2004; str. 1-9. Njemački.
48. Kern V. Zadovoljstvo bolesnika uslugama u Ustanovama za zdravstvenu njegu u kući. U: Zbornik. Upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj njezi. Zagreb: Visoka zdravstvena škola, Zagreb. Hrvatska udruga Viših medicinskih sestara. Škola za medicinske sestre Mlinarska 2003; str. 64-66.

8. SAŽETAK

Cilj: Cilj ovog istraživanja bio je usporediti stupnjeve zadovoljstva pacijenata i članova obitelji uslugama medicinskih sestara zaposlenih u Ustanovi za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju; Ispitati odnos između sociodemografskih obilježja pacijenata (dob, spol, stupanj obrazovanja i radni/bračni status) i zadovoljstva kvalitetom usluga zdravstvene njege medicinskih sestara zaposlenih u Ustanovi za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju; usporediti zadovoljstvo komunikacijom medicinskih sestara između pacijenata i njihovih obitelji i usporediti osobne stavove prema kvaliteti usluge medicinskih sestara između pacijenata i njihovih obitelji.

Izvori podataka i metode: Po ustroju provedeno je presječno istraživanje u razdoblju od dva mjeseca kroz srpanj i kolovoz 2018. U istraživanju je ukupno sudjelovalo 106 ispitanika. Ispitanici su podijeljeni u dvije skupine: skupina pacijenata (n=45)i skupina članova obitelji pacijenta (n=61). Anketni upitnik sastoji se od 38 pitanja (za pacijenta), 41 pitanja (za člana obitelji) raspoređenih u 5 faktora: sociodemografski podaci (obje skupine po 5 pitanja), podaci o odobrenoj zdravstvenoj njezi (obje skupine po 2 pitanja), zadovoljstvo zdravstvenom njegom (skupina pacijenata 17 pitanja, skupina članova obitelji 19 pitanja), zadovoljstvo komunikacijom tijekom zdravstvene njege (obje skupine po 12 pitanja) i osobni stavovi (skupina pacijenata 2 pitanja, skupina članova obitelji 3 pitanja). Analiza je rađena u statističkom programu STATISTICA 12. Zaključci su doneseni pri razini signifikantnosti od 5%.

Rezultati: Iskazana je visoka razina zadovoljstva zdravstvenom njegom (4,40 za pacijente do 4,33 za članove obitelji). Nije se pokazala značajna razliku između pacijenata i članova obitelji (p=0,552). Nije utvrđena ni statistički značajna razlika u niti jednoj čestici zadovoljstva zdravstvenom njegom (p >0,05).

Testiranjem nije uočena povezanost zadovoljstva zdravstvenom njegom sa starenjem, obrazovanjem, radnim i bračnim statusom.

Testiranjem razlike u zadovoljstvu komunikacijom između pacijenata i članova obitelji nije utvrđena statistički značajna razlika (razina zadovoljstva za pacijente 4,39, članove

obitelji 4,30). Nije utvrđena statistički značajna razlika u niti jednoj čestici zadovoljstva komunikacijom (p >0,05).

Ispitanici su podjednako iskazali svoje povjerenje medicinskoj sestri iz Ustanove za zdravstvenu njegu, liječniku obiteljske medicine, patronažnoj sestri, članovima obitelji i prijatelju/ici (p=0,190).

Od čestica koje bi pridonijele većoj kvaliteti zdravstvene njege pacijenti su se najviše izjasnili za: profesionalnost (60%), ljubaznost (57,78%) i iskustvo (48,89%), dok su se članovi obitelji najviše izjasnili za ljubaznost (66,57%), iskustvo (60,66 %) i profesionalnost (59,02%). Obje skupine su imale najmanju potrebu za višim obrazovanjem medicinskih sestara (6,67% pacijenti i 3,28% članovi obitelji).

Zaključak: Nakon provedenog testiranja može se donijeti zaključak da su pacijenti i njihovi članovi obitelji pokazali približno podjednako visoku razinu zadovoljstva radom medicinskih sestara iz Ustanove za zdravstvenu njegu u kući „Vita“ u aspektima zdravstvene njege i komunikacije. Pri tome sociodemografski podaci korisnika zdravstvene njege nisu imali utjecaja na ukupno zadovoljstvo zdravstvenom njegom. Kao najvažnije elemente koji doprinose kvaliteti zdravstvene njege iskazali su profesionalnost (pacijenti) i ljubaznost (članovi obitelji). Članovi obitelji smatraju se dovoljno educirani da mogu u okviru svojih mogućnosti provoditi zdravstvenu njegu člana obitelji.

Rezultati ovog istraživanja doprinose saznanjima kako pacijenti i članovi obitelji mogu aktivno utjecati na identifikacija čestica kvalitete i zadovoljstva zdravstvenom njegom i komunikacijom. Na taj način mogu ostvariti željene vlastite ciljeve (pozitivan ishod zdravstvene skrbi, zadovoljstvo uslugom), ciljeve Ustanove za zdravstvenu njegu (veće zadovoljstvo korisnika, bolja prepoznatljivost na tržištu rada), pridonijeti osobnom razvoju medicinskih sestara (zdravstvena njega usmjerena na pacijenta, poticaj za ostvarivanje profesionalnog statusa) i posredno smanjenje troškova u zdravstvenom sustavu (smanjenje potrebe za hospitalizacijom pacijenata).

9. SUMMARY

Objective: This research goal was to compare patients and their family satisfaction percentages with medical home care service provided by nurses employed by Medical health care and rehabilitation facility; get the relation between patients socio demographic characteristics (age, sex, education degree, work and marital status) and medical services satisfaction provided by nurses employed in Medical health care and rehabilitation facility; to compare satisfaction with nurses communication between patients and their families and to compare their personal views according to relationship quality between patients and their families.

Data sources and methods: According to the structure this cross - sectional research was done during the period of two months, July and August of 2018. In total, there was 106 participants. Participants were divided in 2 groups: Patients group (n=45) and patients family members group (n=61). Questionnaire survey consists of 38 questions (for patients), 41 questions (for family member) divided to 5 factors: socio demographic data (both groups by 5 questions), approved health care data (both groups by 2 questions), satisfaction with health care provided (patients group by 17 questions, family members group by 19 question, communication satisfaction during the health care (both groups by 12 questions) and personal attitudes (patients group by 2 questions, family members by 3 questions). This analysis was done by the statistic program STATISTICA 12. Conclusions were made within level of 5% significance.

Results: High level of medical care satisfaction was expressed (4,40 for patients up to 4,33 for family members). There was no significant difference between patients and family members (p=0,552). There was no statistically significant difference within any medical care satisfaction factors (p>0.05).

Testing did not detect any correlation between health care and aging, education, working and marital status.

By testing differences in communication satisfaction between patients and family members, no statistically significant difference was found (patients satisfaction level

4.39 family members 4.30). No statistically significant difference was found in any part of communication satisfaction (P>0.05).

The respondents equally expressed their trust towards Health care and rehabilitation facility, general practitioner doctor, health visitor, family members and friends (p=0.190).

For factors that would contribute to the higher quality of healthcare, patients mostly plead for: professionalism (60%), kindness (57.78%) and experience (48.89%) while family members plead for kindness (66.57%), experience (60.66%) and professionalism (59.02%). Both groups had a lowest request for nurses higher education degree (patients 3.28% and family members 3.28%).

Finding: After the test has been carried out, a conclusion can be drawn that patients and their family members showed nearly the same high level of satisfaction with the work of nurses from Health care and rehabilitation facility Vita at the aspects of health care and communication. Thereby, socio demographic data of health care users did not have any impact on total satisfaction with health care. As the most important elements contributing to quality of the health care were professionalism (by patients) and kindness (by family members). Family members are considered to be sufficiently educated to be able to carry out the health care of family members within their capabilities.

The results of this research contribute to the knowledge that patients and family members can actively influence on the identification of quality and satisfaction with health care and communication. In this way they can achieve their desired goals (positive outcome of the health care, service satisfaction), Health care facility goals (greater customer satisfaction, better recognition of the labor market), to contribute to the personal development of nurses (health care focused on the patient, an incentive to achieve a professional status) and indirectly reducing costs in the healthcare system (reducing the need for patient hospitalization).

10. ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Darka Gotkovski

Datum i mjesto rođenja: 21. srpnja 1962. god. u Splitu

- OBRAZOVANJE

2019. - Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, diplomski sveučilišni studij, sestrinstvo, brani diplomski/magistarski rad sa temom „Zadovoljstvo pacijenata i članova obitelji zdravstvenom njegom medicinskih sestara zaposlenih u ustanovi za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući“, studirala uz potporu HKMS dodijeljenu u obrazovne svrhe.

2015. - Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, preddiplomski sveučilišni studij, sestrinstvo, položila razlikovni modul.

2011. - Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet, preddiplomski stručni studij sestrinstva, stekla zvanje stručna prvostupnica (baccalaurea) sestrinstva, studirala uz potporu Ministarstva obrazovanja RH (prema rang listi rezultata pristupnika).

1986. - Zavod za zaštitu zdravlja Split, stekla Uvjerenje o stručnoj osposobljenosti za samostalan rad.

1981. - Zdravstveni obrazovni centar Split, stekla zvanje: medicinska sestra/tehničar općeg smjera.

- RADNO ISKUSTVO

Ukupno 33 godine radnog iskustva.

2011.- Ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući „ Vita“, na radnom mjestu prvostupnice sestrinstva

18.10.2010-31.06.2011. Ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući „Sano“, na radnom mjestu medicinske sestre/tehničara

15.03.2004-16.10.2005. Ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući Octavius“, na radnom mjestu direktorice

14.10.1999.-14.03.2004. Ordinacija mr. sc Ivančica Pavličević, dr. medicine na radnom mjestu medicinske sestre/tehničara

14.02.1989.-04.12.1992. / 14.12.1988.-13.02.1989. / 08.09.1988.-01.12.1988. KBC Banjaluka – Klinika za unutarnje bolesti, na radnom mjestu medicinske sestre/tehničara

14.12.1988.-13.02.1989. KBC Banjaluka - Dom zdravlja Banjaluka, na radnom mjestu medicinske sestre/tehničara

03.06.1986.-01.06.1987. BC „Križine“ - Odjel za kirurgiju, na radnom mjestu medicinske sestre/tehničara

11.06.1985.-15.10.1985. / 09.12.1985.-13.12.1985. / 16.12.1985.-31.12.1985. 05.02.1986.-08.02.1986. / 17.02.1986.-10.04.1986. / 25.01.1993.- 14.09.1999. DZ Kaštela, DZ Solin, DZ Split, na radnom mjestu medicinske sestre/tehničara

- OBJAVLJENI RADOVI U ZBORNICIMA SKUPOVA I JAVNI NASTUPI

1. Gotkovski D.. Pristup pacijentu i njegovoj obitelji kod zbrinjavanja dekubitusa. U: Zbornik. 7. Simpozij medicinskih sestara zdravstvene njege u kući. Zdravstvena njega u kući, ista djelatnost - različiti pristupi. Šibenik: Udruga medicinskih sestara zdravstvene njege u kući, 2014; str. nedostupan podatak

2. Gotkovski D. Analgezija i sedacija u palijativnoj skrbi. U: Zbornik. 6. Simpozij zdravstvene njege u kući. Palijativna skrb u zdravstvenoj njezi u kući kao dio

interdisciplinarnog tima. Donja Stubica, 2013. Zdravstvene njege u kući Krapinsko - zagorske županije. 2013; str. 29-40.

3. Gotkovski D. Dostignuća i izazovi zdravstvene njege. U: 2. Simpozij medicinskih sestara zdravstvene njege u kući. Udruga medicinskih sestara zdravstvene njege u kući. Dubrovnik: Ustanova za zdravstvenu njegu u kući Ana Švarc, 2009; str. 7-9.

- JAVNI NASTUPI

1. Gotkovski D. Zdravstvena njega u kući pacijenta. [ppt prezentacija]. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu. Nastavni program; 2019.

2. Gotkovski D. Upotreba suvremenih obloga na akutnim i kroničnim ranama. [ppt prezentacija]. HKMS. Plan trajnog usavršavanja za medicinske sestre; 2017.

3. Gotkovski D. Uzimanje uzoraka za laboratorijsku obradu u ZNJUK-u. [ppt prezentacija]. HKMS. Plan trajnog usavršavanja za medicinske sestre; 2016.

4. Gotkovski D. Planiranje zdravstvene njege kod kronične rane. [ppt prezentacija]. HKMS. Plan trajnog usavršavanja za medicinske sestre; 2013.

- POSEBNI PROFESIONALNI TEČAJEVI

1. Temeljni postupci oživljavanja. E-learning [Online]. HKMS, 2017.

2. Sestrinska dokumentacija, kategorizacija pacijenata, sestrinsko otpusno pismo. E-learning [Online]. HKMS, 2017.

3. Posebnosti skrbi za osobe sa šećernom bolešću. E-learning [Online]. HUMS, 2016.

4. Suvremeni tretman rana i osnove zbrinjavanja stoma. E-medicus [Online]. Stoma medical, 2014.

5. Moderno zbrinjavanja rana. Split.: HUMS, 2013.

6. Sestrinske dijagnoze u procesu zdravstvene njege u kući. U: Simpozij. Split:. Udruga medicinskih sestara zdravstvene njege u kući, 2011.

7. Savjetovanje medicinskih sestara zdravstvene njege u kući i patronažne djelatnosti. 2011.

8. Zdravstvena njega strojno prodisavanog bolesnika na endotrahealnu kanilu. U: Edukacija teorijska i praktična. KBC Split, Klinika za dječje bolesti, Jedinica intenzivnog liječenja djece, 2008.

- VJEŠTINE

  - Zdravstvena njega strojno prodisavanog bolesnika na endotrahealnu kanilu
  - Dijagnostičko - terapijski postupci pri kolonoskopiji i rektoskopiji (sekundarna zdravstvena zaštita)
  - Dijagnostičko - terapijski postupci pri radu u općoj, pedijatrijskoj, stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenoj njezi u kući (primarna zdravstvena zaštita)
  - Rad na računalu: aktivno i svakodnevno korištenje MS Office paketa
  - Strani jezik: engleski

11. PRILOZI

11.1 Informativno pismo za pacijenta

Poštovani,

Cilj anketnog upitnika je istražiti i prikazati zadovoljstvo pacijenata zdravstvenom njegom medicinskih sestara zaposlenih u Ustanovi za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući „Vita“. Rezultati anketnog upitnika koriste se isključivo u obrazovne svrhe.
Vaše sudjelovanje je od *posebne važnosti* te Vas molim da izdvojite 5-10 minuta svog vremena za popunjavanje anketnog upitnika. Anketni upitnik popunjava pacijent ako je u mogućnosti, a ako nije ostaje prazan.
U anketnom upitniku nema točnih i netočnih odgovora, stoga Vas molimo da iskreno odgovorite na postavljena pitanja. Anketa je potpuno anonimna, te nema povrede privatnosti i povjerljivosti Vaših osobnih podataka. Vaše sudjelovanje u istraživanju je potpuno dobrovoljno i u svakom trenutku možete od njega odustati. Suglasnost za sudjelovanje s Vaše strane dajete popunjavanjem upitnika.
Nakon popunjavanja anketnog upitnika molimo Vas da anketni upitnik uložite u kovertu iz koje ste ga izvadili, zalijepite kovertu i predate je medicinskoj sestri.

Unaprijed zahvaljujemo na Vašem sudjelovanju!

11.2 Anketni upitnik za pacijenta

SOCIODEMOGRAFSKI PODACI PACIJENTA

1. Spol
- muški
- ženski

2. Dobna granica
- 19-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- više od 60

3. Stupanj obrazovanja
- NSS
- SSS
- VŠS (ili preddiplomski studij)
- VSS (diplomski studij)
- Postdiplomski studij

4. Pripadnost stanovništva
- nezaposlen/na
- u mirovini
- u radnom odnosu

5. Bračni status
- u braku
- razveden/na
- udovac/ica
- nevjenčana zajednica
- samac/ica

PODACI O UČESTALOSTI I TRAJANJU ZDRAVSTVENE NJEGE

1. Koliko puta tjedno dolazi medicinska sestra u kućnu posjetu?

Jednom tjedno	Dva puta tjedno	Tri puta tjedno	Četiri puta tjedno	Pet puta tjedno	Šest puta tjedno	Sedam puta tjedno	Jedan put mjesečno
○	○	○	○	○	○	○	○

2. Koliko dugo vremena se provodi zdravstvena njega u kući?
- do 1 mjesec
- 2-6 mjeseci
- 7-12 mjeseci
- 2-5 godina
- 6-10 godina
- više od 10 godina

ZADOVOLJSTVO PACIJENTA ZDRAVSTVENOM NJEGOM

U ovom upitniku ispituje se Vaše zadovoljstvo zdravstvenom njegom pružene od strane medicinske sestre. Molim Vas da iskažete svoje slaganje ili neslaganje sa tvrdnjom zaokruživanjem jednog polja u rasponu od 1 do 5.

	U potpunosti se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	U potpunosti se slažem
	1	2	3	4	5
1. Pružena zdravstvena njega je bila u okviru mojih očekivanja.	1	2	3	4	5
2. Zadovoljan sam informiranošću o mogućim problemima koji mogu nastati kao posljedica moje bolesti.	1	2	3	4	5
3. Nezadovoljan sam suradnjom medicinske sestre s drugim timovima vezanim uz moju bolest.	1	2	3	4	5
4. Medicinska sestra me informirala o mojim pravima i obvezama.	1	2	3	4	5
5. Zadovoljan sam razumljivošću savjeta i uputa koje dobivam od medicinske sestre.	1	2	3	4	5
6. Zadovoljan sam vlastitim sudjelovanjem u zdravstvenoj njezi.	1	2	3	4	5
7. Od medicinske sestre nisam naučio mnogo o svojoj bolesti i kako si mogu pomoći.	1	2	3	4	5
8. Imam osiguranu privatnost tijekom zdravstvene njege.	1	2	3	4	5
9. Osjećam se mirno i sigurno uz medicinsku sestru.	1	2	3	4	5
10. Veselim se dolasku medicinske sestre.	1	2	3	4	5
11. Medicinska sestra mi ne daje nadu u pozitivan ishod skrbi.	1	2	3	4	5
12. Suradnja sa medicinskom sestrom nije na visokoj razini.	1	2	3	4	5
13. Zadovoljan sam dužinom trajanja zdravstvene njege (kalendarski).	1	2	3	4	5

14. Zadovoljan sam dužinom trajanja jednog posjeta medicinske sestre.	1	2	3	4	5
15. Informacije koje sam dobio od medicinske sestre nisu bile sukladne informacijama koje sam dobio od drugih zdravstvenih djelatnik (liječnika, fizioterapeuta, patronažne sestre...).	1	2	3	4	5
16. Odgovara mi termin dolaska medicinske sestre u kućnu posjetu (sat dolaska).	1	2	3	4	5
17. Dolasci medicinske sestre su redoviti i u dane kako je dogovoreno.	1	2	3	4	5

ZADOVOLJSTVO PACIJENTA KOMUNIKACIJOM TIJEKOM ZDRAVSTVENE NJEGE

U ovom upitniku ispituje se Vaše zadovoljstvo komunikacijom sa medicinskom sestrom koja provodi zdravstvenu njegu. Molim Vas da iskažete svoje slaganje ili neslaganje sa tvrdnjom zaokruživanjem jednog polja u rasponu od 1 do 5.

	U potpunosti se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	U potpunosti se slažem
	1	2	3	4	5
1. Medicinska sestra se kod prvog kontakta nije predstavila imenom i prezimenom i navela svrhu svoga dolaska.	1	2	3	4	5
2. Medicinska sestra me sluša usredotočeno, sa suosjećanjem i prihvaćanjem.	1	2	3	4	5
3. Medicinska sestra ne poštuje moju osobnost.	1	2	3	4	5
4. Osjećam da me medicinska sestra razumije.	1	2	3	4	5
5. Medicinska sestra podiže moje samopoštovanje.	1	2	3	4	5
6. Dolazak medicinske sestre smanjuje moju usamljenost i izolaciju.	1	2	3	4	5

7. Medicinska sestra me prihvaća bez osude i pomaže mi da prihvatim sebe.	1	2	3	4	5
8. Komunikacija s medicinskom sestrom mi omogućava razgovor o mojoj bolesti i uvid u moje fizičko/psihičko stanje.	1	2	3	4	5
9. U razgovoru s medicinskom sestrom nemam mogućnost slušanja, postavljanja pitanja i iskazivanja osjećaja.	1	2	3	4	5
10. U razgovoru sa medicinskom sestrom mogu slobodno izraziti svoje mišljenje i tražiti svoja prava.	1	2	3	4	5
11. Medicinska sestra ne zna stvoriti ugodno okruženje u kojem pričamo šale i smijemo se zajedno.	1	2	3	4	5
12. Ne volim kad je više osoba uključeno u komunikaciju dok je prisutna medicinska sestra.	1	2	3	4	5

OSOBNI STAVOVI PACIJENTA

1. Problem koji imam u svezi zdravlja najlakše mi je podijeliti s (jedan točan odgovor):
   - o Liječnikom obiteljske medicine
   - o Patronažnom sestrom
   - o Medicinskom sestrom iz Ustanove za zdravstvenu njegu u kući
   - o Članom/vima obitelji
   - o Prijateljem/icom ili osobnim društvom

2. Što bi Ste naveli kao najistaknutije elemente koji bi pridonijeli većoj kvaliteti zdravstvene usluge (moguće više točnih odgovora, najviše pet odgovora):
   - o Profesionalnost
   - o Iskustvo
   - o Ljubaznost
   - o Susretljivost
   - o Predanost poslu
   - o Strpljivost
   - o Suosjećajnost
   - o Informiranost o pravima i obvezama pacijenta
   - o Bolje nagrađivanje za rad medicinske sestre (osobni dohodak)
   - o Povećanjem broja posjeta medicinske sestre
   - o Više vremena za zdravstvenu njegu po posjetu medicinske sestre
   - o Veće izdvajanje za zdravstvo
   - o Viša razina obrazovanja medicinskih sestara

11.3 Informativno pismo za člana obitelji koji najviše skrbi o pacijentu

Poštovani,

Cilj popunjavanja anketnog upitnika je istražiti i prikazati zadovoljstvo člana obitelji koji najviše skrbi o pacijentu zdravstvenom njegom medicinskih sestara zaposlenih u Ustanovi za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući „Vita“. Rezultati anketnog upitnika koriste se isključivo u obrazovne svrhe.

Vaše sudjelovanje je od *posebne važnosti* te Vas molimo da izdvojite 5-10 minuta svog vremena za popunjavanje anketnog upitnika. U anketnom upitniku nema točnih i netočnih odgovora, stoga Vas molimo da iskreno odgovorite na postavljena pitanja. Anketa je potpuno anonimna, te nema povrede privatnosti i povjerljivosti Vaših osobnih podataka. Vaše sudjelovanje u istraživanju je potpuno dobrovoljno i u svakom trenutku možete od njega odustati. Suglasnost za sudjelovanje s Vaše strane dajete popunjavanjem upitnika.

Nakon popunjavanja anketnog upitnika molim Vas da anketni upitnik uložite u kovertu iz koje ste ga izvadili, zalijepite kovertu i predate je medicinskoj sestri.

Unaprijed zahvaljujemo na Vašem sudjelovanju!

11.4 Anketni upitnik za člana obitelji koji najviše skrbi o pacijentu

SOCIODEMOGRAFSKI PODACI ČLANA OBITELJI

1. Spol
o muški
o ženski

2. Dobna granica
o 19-30
o 31-40
o 41-50
o 51-60
o više od 60

3. Stupanj obrazovanja
o NSS
o SSS
o VŠS (preddiplomski studij)
o VSS (diplomski studij)
o Postdiplomski studij

4. Pripadnost stanovništva
o nezaposlen/na
o u mirovini
o u radnom odnosu

5. Bračni status
o u braku
o razvedeni/na
o udovac/ica
o nevjenčana zajednica
o samac/ica

PODACI O UČESTALOSTI I TRAJANJU ZDRAVSTVENE NJEGE

1. Koliko puta tjedno dolazi medicinska sestra u kućnu posjetu?

Jednom tjedno	Dva puta tjedno	Tri puta tjedno	Četiri puta tjedno	Pet puta tjedno	Šest puta tjedno	Sedam puta tjedno	Jedan put mjesečno
○	○	○	○	○	○	○	○

2. Koliko dugo vremena se provodi zdravstvena njega u kući?
o do 1 mjesec
o 2-6 mjeseci
o 7-12 mjeseci
o 2-5 godina
o 6-10 godina
o više od 10 godina

ZADOVOLJSTVO ČLANA OBITELJI ZDRAVSTVENOM NJEGOM

U ovom upitniku ispituje se Vaše zadovoljstvo zdravstvenom njegom pružene od strane medicinske sestre. Molim Vas da iskažete svoje slaganje ili neslaganje sa tvrdnjom zaokruživanjem jednog polja u rasponu od 1 do 5

	U potpunosti se ne slažem 1	Ne slažem se 2	Niti se slažem niti se ne slažem 3	Slažem se 4	U potpunosti se slažem 5
1. Pružena zdravstvena njega je bila u okviru mojih očekivanja.	1	2	3	4	5
2. Zadovoljan sam informiranošću o mogućim problemima koji mogu nastati kao posljedica bolesti člana obitelji.	1	2	3	4	5
3. Nezadovoljan sam suradnjom medicinske sestre s drugim timovima vezanim uz bolest člana obitelji.	1	2	3	4	5
4. Medicinska sestra me informirala o mojim pravima i obvezama.	1	2	3	4	5
5. Zadovoljan sam razumljivošću savjeta i uputa koje dobivam od medicinske sestre.	1	2	3	4	5
6. Zadovoljan sam vlastitim sudjelovanjem u zdravstvenoj njezi.	1	2	3	4	5
7. Od medicinske sestre nisam naučio mnogo o bolesti člana obitelji i kako mu mogu pomoći.	1	2	3	4	5
8. Član obitelji ima osiguranu privatnost tijekom zdravstvene njege.	1	2	3	4	5
9. Osjećam se mirno i sigurno uz medicinsku sestru.	1	2	3	4	5
10. Veselim se dolasku medicinske sestre.	1	2	3	4	5

11. Medicinska sestra mi ne daje nadu u pozitivan ishod skrbi.	1	2	3	4	5
12. Suradnja s medicinskom sestrom nije na visokoj razini.	1	2	3	4	5
13. Zadovoljan sam dužinom trajanja zdravstvene njege (kalendarski).	1	2	3	4	5
14. Zadovoljan sam dužinom trajanja jednog posjeta medicinske sestre.	1	2	3	4	5
15. Informacija koju sam dobio od medicinske sestre nisu bile sukladne informacijama koje sam dobio od drugih zdravstvenih djelatnika (liječnika, fizioterapeuta, patronažne sestre…)	1	2	3	4	5
16. Odgovara mi termin dolaska medicinske sestre u kućnu posjetu (sat dolaska)	1	2	3	4	5
17. Dolasci medicinske sestre su redoviti i kako je dogovoreno.	1	2	3	4	5
18. U dovoljnoj mjeri sam educiran od strane medicinske sestre da mogu provoditi njegu člana obitelji.	1	2	3	4	5
19. Medicinska sestra je našla vremena za „moje“ probleme vezane za njegu bolesnog člana obitelji.	1	2	3	4	5

ZADOVOLJSTVO ČLANA OBITELJI KOMUNIKACIJOM TIJEKOM DRAVSTVENE NJEGE

U ovom upitniku ispituje se Vaše zadovoljstvo komunikacijom sa medicinskom sestrom koja provodi zdravstvenu njegu. Molim Vas da iskažete svoje slaganje ili neslaganje sa tvrdnjom zaokruživanjem jednog polja u rasponu od 1 do 5.

	U potpunosti se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	U potpunosti se slažem
	1	2	3	4	5
1. Medicinska sestra se kod prvog kontakta nije predstavila imenom i prezimenom i navela svrhu svog dolaska.	1	2	3	4	5
2. Medicinska sestra me sluša usredotočeno, s empatijom i prihvaćanjem.	1	2	3	4	5
3. Medicinska sestra ne poštuje moju osobnost.	1	2	3	4	5
4. Osjećam da me medicinska sestra razumije.	1	2	3	4	5
5. Medicinska sestra podiže moje samopoštovanje.	1	2	3	4	5
6. Dolazak medicinske sestre smanjuje moju usamljenost i izolaciju.	1	2	3	4	5
7. Medicinska sestra me prihvaća bez osude i pomaže mi da prihvatim sebe.	1	2	3	4	5
8. Komunikacija s medicinskom sestrom mi omogućava razgovor o bolesti člana obitelji i uvid u fizičko/psihičko stanje mojeg člana obitelji.	1	2	3	4	5
9. U razgovoru s medicinskom sestrom nemam mogućnost slušanja, postavljanja pitanja i iskazivanja osjećaja.	1	2	3	4	5
10. U razgovoru sa medicinskom sestrom mogu slobodno izraziti svoje mišljenje i tražiti svoja prava.	1	2	3	4	5

11. Medicinska sestra ne zna stvoriti ugodno okruženje u kojem pričamo šale i smijemo se zajedno.	1	2	3	4	5
12. Ne volim kad je više osoba uključeno u komunikaciju dok je prisutna medicinska sestra.	1	2	3	4	5

OSOBNI STAVOVI ČLANA OBITELJI

U ovom upitniku ispituje se Vaši stavovi zadovoljstvom zdravstvenom njegom pružene od strane medicinske sestre. Molim Vas da iskažete svoje slaganje ili neslaganje sa tvrdnjom zaokruživanjem jednog polja u rasponu od 1 do 5.

	U potpunosti se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	U potpunosti se slažem
	1	2	3	4	5
1. Medicinska sestra trebala bi u svom planu zdravstvene njege imati puno više vremena za obitelj.	1	2	3	4	5

2. Problem koji imam u svezi zdravlja člana obitelji najlakše mi je podijeliti s (jedan točan odgovor):
- o Liječnikom obiteljske medicine
- o Patronažnom sestrom
- o Medicinskom sestrom iz Ustanove za zdravstvenu njegu u kući
- o Članom/vima obitelji
- o Prijateljem/icom ili osobnim društvom

3. Što bi Ste naveli kao najistaknutije elemente koji pridonose većoj kvaliteti zdravstvene usluge (moguće više točnih odgovora, najviše pet odgovora):
- o Profesionalnost
- o Iskustvo
- o Ljubaznost
- o Susretljivost
- o Predanost poslu
- o Strpljivost
- o Suosjećanje
- o Informiranost o pravima i obvezama pacijenta
- o Bolje nagrađivanje za rad medicinske sestre (osobni dohodak)
- o Povećanje broja posjeta medicinske sestre
- o Više vremena za zdravstvenu njegu po posjetu medicinske sestre
- o Veće izdvajanje za zdravstvo
- o Viša razina obrazovanja medicinskih sestara

11.5 Suglasnost Etičkog povjerenstva Ustanove za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju „Vita“ za provođenje istraživanja u svrhu izrade diplomskog rada



USTANOVA ZA ZDRAVSTVENU NJEGU I REHABILITACIJU „VITA“
21000 Split, Milčina 28
HR 1232400091100185265
OIB 16653795247G
Tel. 021/377-442 Fax. 021/376-757

U Splitu, 22.01. 2018.g.

Ur.broj: 02-01/10-2018

SUGLASNOST

Etičko povjerenstvo na 1 sjednici održanoj 22. siječnja 2018. godine odobrilo je provođenje istraživanja u svrhu izrade diplomskog rada Darki Gotkovskoj, bacc.med.tech. Na temu:

Zadovoljstvo pacijenta i članova obitelji zdravstvenom njegom medicinskih sestra zaposlenih u Ustanovi za zdravstvena njegu i rehabilitaciju " Vita "

Predsjednica povjerenstva:
Mirjana Gojsalić bacc.med.tech.