Značajke kvalitete komunikacije između patronažnih sestara i liječnika obiteljske medicine Zadarske županije

Klarić, Mia

Master's thesis / Diplomski rad

2015

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:176:493174

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

Mia Klarić

ZNAČAJKE KVALITETE KOMUNIKACIJE IZMEĐU PATRONAŽNIH SESTARA I LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE ZADARSKE ŽUPANIJE

Diplomski rad

Split, 2015.

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

Mia Klarić

ZNAČAJKE KVALITETE KOMUNIKACIJE IZMEĐU PATRONAŽNIH SESTARA I LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE ZADARSKE ŽUPANIJE

Diplomski rad

Mentor:

doc. dr. sc. Vesna Antičević

Su-mentor:

dr. sc. Nataša Mrduljaš Đujić

Split, 2015.

Rad je ostvaren na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu.

Zahvaljujem svim patronažnim sestrama Doma zdravlja Zadarske županije i liječnicima opće/obiteljske medicine zadarske županije koji su sudjelovali u ovom istraživanju.

Mojoj obitelji, koja mi je bila velika podrška tijekom cijelog školovanja, veliko hvala.

Zahvaljujem svojoj mentorici, doc. dr. sc. Vesni Antičević i su-mentorici dr. sc. Nataši Mrduljaš Đujić, dr. med., na pomoći i vođenju tijekom ovog istraživanja.

SADRŽAJ

1. UVOD 1
1.1. Organizacija zdravstva u Republici Hrvatskoj 1
1.2. Organizacija patronažne službe u Republici Hrvatskoj 2
1.2.1. Dužnosti i obveze patronažne sestre 4
1.2.2. Uloga patronažne sestre u timu 6
1.3. Općenito o komunikaciji 7
1.3.1. Povijesni aspekt 8
1.3.2. Neurobiološke osnove komunikacije 9
1.4. Osnove komunikacije u zdravstvu 10
1.4.1. Komunikacija u zdravstvenom timu 14
1.5. Istraživanja kvalitete komunikacije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti 15
2. CILJ RADA 18
2.1. Hipoteze 18
3. IZVORI PODATAKA I METODE 19
3.1. Uzorak ispitanika 19
3.2. Mjerni instrumenti 19
3.3. Statistički postupci 20
4. REZULTATI 21
4.1. Sociodemografske karakteristike ispitanika 21
4.2. Status zaposlenja ispitanika 22
4.3. Obilježja ambulanti i broj pacijenata koji se liječe u tim ambulantama 23
4.4. Razdioba ispitanika prema učestalosti komunikacije 24
4.5. Razdioba ispitanika prema razlogu i načinu komunikacije 28
4.6. Razdioba ispitanika prema prednostima i zadovoljstvu kvalitetom komunikacije 30
4.7. Razdioba ispitanika prema dobrobiti međusobne komunikacije za pacijente i olakšavanju svakodnevnog rada 32
4.8. Razdioba ispitanika prema motivaciji za unapređenjem komunikacije 36
5. RASPRAVA 40
6. ZAKLJUČAK 45

7. LITERATURA 46
SAŽETAK 49
SUMMARY 50
Prilog 1. 52
Prilog 2. 57
Prilog 3. 62
Životopis 63

1. UVOD

1.1. Organizacija zdravstva u Republici Hrvatskoj

U Republici Hrvatskoj zdravstvena zaštita se zasniva na načelima dostupnosti, pravičnosti, učinkovitosti, kvaliteti, te na načelu osiguravanja sigurnosti građana pri korištenju zdravstvene zaštite. Organizirana je kroz primarnu zdravstvenu zaštitu koju provodi opća/obiteljska medicina, hitnu medicinsku pomoć te sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu koju predstavljaju bolnice i poliklinike.

Kontinuitet zdravstvene zaštite postiže se ukupnom organizacijom zdravstvene djelatnosti, osobito na razini primarne zdravstvene djelatnosti koja pruža neprekidnu zdravstvenu zaštitu stanovništvu kroz sve životne dobi. U osiguranju kontinuiranog djelovanja, sustav zdravstvene djelatnosti u Republici Hrvatskoj mora biti međusobno funkcionalno povezan i usklađen [1].

Razvojni zdravstveni trendovi u Republici Hrvatskoj identični su onima iz zemalja EU bilo u primarnoj, sekundarnoj ili tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti, gdje se poseban naglasak stavlja na jačanje ili reorganizaciju primarne zdravstvene zaštite koja je ujedno i najvažnija karika u temeljnim preventivnim mjerama zdravstvene zaštite.

Razmotri li se stanje na razini primarne zdravstvene zaštite, podatci pokazuju da se smanjuje profesionalna učinkovitost timova primarne zdravstvene zaštite promatrana kroz korištenje polikliničko-specijalističke zaštite. U pojedinim razdobljima (u razmaku od pet godina) broj upućivanja osiguranih osoba na obavljanje postupaka iz specijalističko-konzilijarne zaštite uvećan je za 30%. Ovoj brojci doprinosi i povećano traženje obrada i kontrolnih pregleda od strane bolničkih konzultanata koje do sada nije bilo odvojeno od onih upućenih od strane obiteljskih liječnika. S druge strane, smanjuje se broj preventivnih usluga čije su pojavnosti u izrazitoj opreci s klasičnim poimanjem statusa i uloge primarne zdravstvene zaštite u sustavu zdravstva. Primarna zdravstvena zaštita bi morala rješavati glavninu zdravstvenih problema (70 - 80 %) tako da tim liječnika primarne zdravstvene zaštite postane voditelj pacijenata kroz "labirint" sve zamršenijeg ustroja sustava zdravstva i da on, najviše od svih medicinskih timova, pruža sveobuhvatnu zaštitu koja se sastoji od promotivnih, preventivnih i intervencijsko-rehabilitacijskih mjera, dakle cjelokupnog spektra zdravstvenih usluga [2].

Broj jedinica primarne zdravstvene zaštite naglo se povećao u zadnjem desetljeću prošloga stoljeća. Takvo kretanje broja jedinica primarne zdravstvene zaštite posljedica je tranzicije sustava domova zdravlja u privatne jedinice primarne zdravstvene zaštite i to kroz zakup i koncesiju, tj. ugovaranje zdravstvenih usluga liječnika opće/obiteljske medicine s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje.

To drugim riječima znači da je pri ocjenjivanju hrvatskog sustava zdravstva potrebno procijeniti u kojoj je mjeri taj sustav doprinosio ispunjenju bitnih ciljeva svake primjerene zdravstvene politike, koja se, sažeto govoreći, usredotočuje na nekoliko sastavnica. Ključne su: produljenje životnog vijeka, život oslobođen štetnih utjecaja na zdravlje, poboljšanje zdravstvenog stanja i kvalitete življenja te funkcionalne i radne sposobnosti [2].

Prilikom razmatranja rečenih pokazatelja potrebno je promotriti kretanja u svijetu, a posebice u razvijenijim zemljama, naročito onima u Zapadnoj i Sjevernoj Europi ili još preciznije u zemljama članicama EU. Smanjuje se broj bolničkih kreveta što se kompenzira ili drugačijom organizacijom bolničkog rada (s vrlo opravdanim i visoko racionalnim forsiranjem tzv. dnevnih bolnica) ili osnivanjem socijalno-medicinskih ustanova tipa palijativnih bolnica i hospicija, odnosno organizacijom kućnog liječenja i kućne njege čime se smanjuju visoki troškovi bolničkog liječenja.

1.2. Organizacija patronažne službe u Republici Hrvatskoj

Patronažna djelatnost danas je primarno preventivno-edukativna i informativna djelatnost, sa zadaćom prikupljanja potrebnih podataka i otkrivanja te zbrinjavanja bolesnih, nemoćnih i socijalno ugroženih stanovnika te zadaćom očuvanja, unapređenja i zaštite zdravlja ostalih. U tu svrhu ona mora uočavati faktore koji utječu na socijalno-ekonomsko i zdravstveno stanje stanovništva i obitelji.

U rješavanju različitih problema u praksi patronažne sestre redovito surađuju sa službama zdravstvenog i nezdravstvenog sektora kao i s drugim ovlaštenim stručnjacima, službama, građanima i slično. Za uspješno provođenje mjera i aktivnosti, i praćenja zdravstvenog stanja populacije za koju se provodi patronažna skrb, te za koordinirano rješavanje pojedinih zdravstvenih problema pojedinaca nužna je suradnja

sa svim djelatnostima primarne zdravstvene zaštite [3]. Ovlašteni stručnjaci na razini primarne zdravstvene zaštite uključuju liječnike opće/obiteljske medicine, ginekologe, pedijatre, doktore dentalne medicine i školske medicine. Suradnja se po potrebi odvija i s centrima za socijalnu skrb (nadležnim centrima za socijalni rad, socijalnim radnicima, psiholozima, defektolozima), gerontološkim centrima (nadležnim gerontološkim centrima pri domovima za starije i nemoćne i njihovim djelatnicima, psiholozima, socijalnim radnicima), dječjim vrtićima i školama (područnim vrtićima i školama – zdravstvenim voditeljima, odgajateljima; u školi – učiteljima, nastavnicima, timovima školske medicine), vjerskim institucijama u lokalnoj zajednici (duhovnicima i vjerskim djelatnicima sukladno vjerskoj pripadnosti pojedinca), ustanovama za provođenje zdravstvene njege u kući bolesnika (medicinskom sestrom koja provodi zdravstvenu njegu u kući, voditeljem, fizioterapeutom), humanitarnim organizacijama (ovlaštenim humanitarnim organizacijama i udrugama), djelatnicima kliničkih i bolničkih zdravstvenih ustanova (djelatnicima sekundarne zdravstvene zaštite), centrima za palijativnu skrb (centrima ili mobilnim palijativnim timovima), medijima (časopisi, publikacije, TV emisije, radio i drugi), policijom, te ostalim stručnjacima [4].

Takav pristup u današnje vrijeme nazivamo multidisciplinarnim timskim radom [5].

Pacijentu je omogućena kvalitetnija skrb suradnjom patronažne službe i liječnika opće/obiteljske medicine na terenu. Zdravstveni nadzor nad obiteljima u skrbi je sveobuhvatniji, kao i veza s teže pokretnim i nepokretnim pacijentima te briga o zdravstvenim potrebama prvenstveno kroničnih pacijenata. U smislu preventivnih aktivnosti, sve više se radi o suradnji dvoje ravnopravnih sudionika u zdravstvenoj zaštiti stanovništva s istovjetnim ciljem očuvanja i poboljšanja te zaštite.

U radu patronažne službe vidljive su i slabosti prisutne u cjelokupnoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti. One su dijelom posljedica privatizacije i smanjenja uloge Doma zdravlja, u kojem su ukinute službe za planiranje i programiranje preventivne zaštite i gdje se u potpunosti ugasio sustav nadzora rada i stručne kontrole.

1.2.1. Dužnosti i obveze patronažne sestre

Program mjera patronažne zaštite opisan je u Planu i programu mjera zdravstvene zaštite iz osnovnog zdravstvenog osiguranja koji obuhvaća osnovne preventivne mjere, promicanje zdravlja i zdravstveno prosvjećivanje i ostale mjere.

Osnovne preventivne mjere u patronažnoj zaštiti obuhvaćaju:

- *patronažnu zaštitu trudnica* koja obuhvaća mjere individualnog zdravstvenog odgoja – upute o načinu prehrane, o općim higijenskim uvjetima i osobnoj higijeni, o prevenciji psihofizičkih trauma; kontrolu krvnog tlaka; kontrola provođenja terapijskih i dijetetskih mjera; uvid u socijalno-gospodarsko stanje obitelji,
- *patronažnu zaštitu babinjača i novorođenčadi* gdje su predviđene su mjere: individualni zdravstveni odgoj – upute o prehrani, higijeni, psiho-fizičkim aktivnostima, uključujući obveznu poštedu od fizičkog rada 6 tjedana po porodu, prevenciju tromboze, štetnost pobačaja, mogućnosti kontracepcije, prednostima dojenja djeteta te upozorenja o štetnosti pušenja i alkohola po dijete na prirodnoj prehrani; postupci njege i kontrole zdravlja babinjače; demonstracija potrebnih postupaka,
- *patronažnu zaštitu novorođenčeta* koje obuhvaćaju mjere: uvid u otpusno pismo iz rodilišta, provjera učinjenog skrininga na fenilketonuriju (PKU) i kongenitalnu hipotireozu (HyTh) te provođenje BCG-a, orijentacijski pregled novorođenčeta prema sustavima; kontrola zdravlja novorođenčeta (pupak, koža i sluznice), njege i prehrane novorođenčeta; demonstracija potrebnih postupaka; upute o obavljanju prvog preventivnog sistematskog pregleda; individualni zdravstveni odgoj – savjeti o njezi; preporuka prirodne prehrane i isticanje prednosti dojenja za cjelokupni rast i razvoj te važnosti dojenja za razvoj međučeljusnih odnosa i orofacijalnog sustava; uvid u socijalno-gospodarsko stanje obitelji,
- *patronažnu zaštitu dojenčadi* nakon novorođenačkog razdoblja koja obuhvaća mjere individualnog zdravstvenog odgoja – savjeti o njezi, isticanje važnosti prirodne prehrane uz upozorenja vezana uz davanje slatkih napitaka u „bočici“ jer dovode do otapanja cakline i nastanka cirkularnog karijesa (karijes bočice); praćenje napredovanja dojenčeta – kontrola provođenja mjera preporučenih pri prvom sistematskom pregledu; kontrola njege dojenčeta,

- *patronažnu zaštitu male djece* koja obuhvaća mjere individualnog zdravstvenog odgoja – upute o pravilnoj prehrani uz ista upozorenja vezana uz hranjenje „bočicom“ kao i u dojenačkom razdoblju, tjelesnoj aktivnosti djece i prevenciji ozljeda; praćenje rasta i razvoja, kontrolu prehrane, uočavanje pothranjenosti ili pretilosti, uvid u socijalno-gospodarsko stanje obitelji,
- *patronažnu zaštitu kronično bolesne djece* koja obuhvaća obilazak u kući, savjete u vezi potrebnih mjera liječenja i njege, kontrolu primjene liječnikovih uputa te demonstraciju njege djeteta, a obuhvaćena su prije svega djeca sa specifičnim rizicima po zdravlje (ometena u psihičkom ili fizičkom razvoju; neurorizična djeca i djeca s nekim drugim kroničnim bolestima i poremećajima, prema utvrđenim kriterijima struke,
- *patronažnu zaštitu kroničnih bolesnika* koja obuhvaća obilazak u kući ili domu umirovljenika u cilju uputa i demonstracije određenih postupaka samokontrole i prevencije komplikacija osnovne kronične bolesti; zdravstvenog prosvjećivanja cijele obitelji u cilju održanja postojećih ili razvijanja novih funkcionalnih sposobnosti u teško pokretnih i nepokretnih bolesnika; procjenjuje potrebu za obavljanjem njege u kući; procjenjuje zdravstveno i socijalno-gospodarsko stanje bolesnika te daje povratne informacije izabranom doktoru; sudjeluje u uspostavi komunikacije i suradnje između bolesnika i izvanzdravstvenih službi i organizacija, upućuje bolesnike u klubove i druge postojeće udruge bolesnika s istim zdravstvenim problemima,
- *patronažnu zaštitu starijih osoba* koja obuhvaća obilazak u kući ili domu umirovljenika te davanje povratne informacije izabranom liječniku opće/obiteljske medicine. Provodi se u dogovoru s izabranim liječnikom opće/obiteljske medicine koji je utvrdio da osiguranik nije bio u ordinaciji tijekom kalendarske godine, a u svrhu pravovremenog uočavanja tjelesnih i duševnih poremećaja, savjetovanja o potrebi redovite kontrole zdravstvenog stanja, savjeta o prehrambenim potrebama, o prevenciji ozljeda, posebice u kući, o potrebi bavljenja tjelesnim i drugim aktivnostima koje doprinose očuvanju funkcionalne sposobnosti obuhvaća: *zdravstveno-odgojni rad s invalidom i članovima obitelji* u svrhu provođenja mjera samozbrinjavanja i suzaštitnih mjera koje će nadomjestiti izgubljene i pomoći razvoju novih funkcionalnih sposobnosti, utvrđivanje potrebe i nadzor nad

provođenjem kućne njege, pružanje psihološke pomoći i upute o mogućoj radnoj terapiji, sudjelovanje u povezivanju s udrugama invalida [3].

U promicanje zdravlja i zdravstveno prosvjećivanje spada individualno zdravstveno preventivno savjetovanje, distribucija tiskanog zdravstveno-odgojnog materijala, sudjelovanje u provođenju zdravstveno preventivnih i zdravstveno promotivnih programa na lokalnoj razini, zdravstveno-odgojni i zdravstveno-promotivni tečajevi koji se provode jedanput na mjesec, a usmjereni su određenim vulnerabilnim skupinama i zdravstveno odgojni rad s malim grupama koji obuhvaća rad s kroničnim bolesnicima – prema specifičnostima pojedinih masovnih kroničnih bolesti (dijabetičari, hipertoničari, maligne bolesti i sl).; zdravstveno odgojni rad s obiteljima invalida za očuvanje preostale funkcionalne sposobnosti i razvijanje novih sposobnosti bolesnika; zdravstveno odgojni rad s malim grupama starijih od 65 godina u svrhu zdravog aktivnog starenja i očuvanja funkcionalne sposobnosti starijih osoba; zdravstveno prosvjećivanje žena o malignim bolestima – upoznavanje žena s čimbenicima rizika za nastanak nekih malignih bolesti, informiranje o potrebi ciljanih kontrolnih pregleda, upoznavanje tehnike samopregleda dojki i sl. [3].

1.2.2. Uloga patronažne sestre u timu

Dužnosti patronažne sestre definirane su u uvjetima ugovaranja PZZ sa HZZO-om, gdje se u članku 32. između ostaloga decidirano navodi da je patronažna sestra obvezna utvrditi zdravstveni i socijalni status svih obitelji na svom području, radi utvrđivanja prioriteta patronažne zdravstvene zaštite. Na temelju utvrđenog stanja, patronažna sestra izrađuje plan rada s utvrđenim potrebama za posjetima pojedinim dobnim skupinama i edukacijom jednom tjedno, radom u malim grupama u Domovima zdravlja, vrtićima ili prostoru lokalne samouprave. Patronažna je sestra dužna izvještavati izabranog liječnika opće/obiteljske medicine o svom radu u skladu s utvrđenim planom, a ustanova je dužna kontrolirati rad patronažne sestre u smislu kontrole provedbe njege i po potrebi izvještavanja socijalne službe. Zdravstvena njega u kući patronažnoj sestri treba proslijediti mjesečno izvješće o provedenoj njezi u kući,

kojeg ona mora odobriti i dostaviti nadležnom liječniku. Jasno je da bi za takav spektar rada bilo nužno smanjiti standard i prilagoditi ga potrebnom izvršenju [6].

Dakle, patronaža podrazumijeva timski rad ne samo sestre i liječnika, već i ostalih zdravstvenih i izvanzdravstvenih djelatnika, pa bi uvjet njihove uspješnosti u radu s pacijentima bila njihova kvalitetna međusobna komunikacija kao i komunikacija s pacijentima i/ili njihovim obiteljima. Stoga će u nastavku biti prikazane osnovne značajke komunikacijskog procesa između različitih sudionika koji sudjeluju u PZZ-u.

Suradnja patronažne sestre i liječnika trebala bi biti redovna, programirana na barem jedan sat tjedno, kao i omogućena u slučaju potrebe. Patronažna sestra bi o tim posjetama trebala voditi evidenciju u posebnom notesu, gdje bi upisala sve dogovorene potrebe, kao i izvršenja o kojem je izvijestila liječnika. Prema tome, komunikacija patronažne sestre i liječnika trebala bi biti tjedno vremenski normirana i obvezna.

1.3. Općenito o komunikaciji

Latinska riječ „communicare“ znači „učiniti zajedničkim“ ili „učiniti općim“. Prema tome komunikacija bi bila „aktivnost stvaranja zajedničkog“ ili „aktivnost zajednice“.

Prema jednoj od definicija „komunikacija je dinamički i složen proces u kojem ljudi šalju i primaju verbalne i neverbalne poruke da bi razumjeli i da bi njih razumjeli“ [7].

U nekoj interakciji između dvije osobe svaka od njih je istovremeno i pošiljatelj i primatelj poruke, odnosno naizmjence preuzima svaku ulogu. Kad pošiljatelj govori, istovremeno prima poruke od osoba koja sluša. Slušatelj ne samo da prima poruku, već istovremeno šalje poruku. Komunikacijski proces je recipročan. Komunikacija ima različite svrhe ili uloge. To su:

- primanje i davanje obavijesti
- rješavanje problema
- donošenje odluka
- zadovoljavanje potreba (za pripadanjem, užitkom, bijegom od drugih aktivnosti, odmorom, kontrolom nad drugim ljudima) [7].

1.3.1. Povijesni aspekt

Ljudski pokušaj komuniciranja i sporazumijevanja, kao i uspostavljanja veze s drugim jedinkama svoje skupine je motiviran prirodom. Na nekom stupnju razvoja čovjek je uvidio da mu za uspješnu komunikaciju s tom istom prirodom, kao i za uspješno savladavanje datosti, treba i druga jedinka ili jedinke, čime je počela era ljudskog, tzv. humanog komuniciranja, tj. svjesne aktivnosti sračunate na određene ciljeve. O svjesnom, ciljanom društvenom komuniciranju govoriti se dakle tek na onom stupnju razvoja na kojem pokazuju potrebu i smisao za svjesno organiziranje svog života, ali i zajedničkog rada. Komuniciranje je prema tome nastalo iz ljudske potrebe. Naime čovjek traži pomoć i informacije od drugoga kad mu nešto nedostaje i kada sam nije sposoban riješiti problem pred kojim se našao.

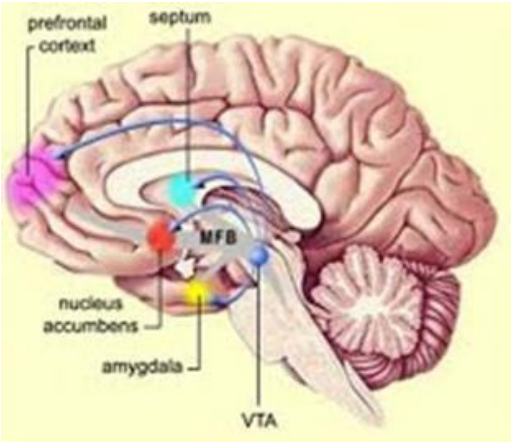
Rad, organizacija i komunikacija, karakteristični su za sve razvojne epohe čovječanstva, i sastavnica su svih ostalih sfera društvenog, kulturnog i inog života ljudske zajednice gdje je uspješna komunikativna praksa kroz razmjenu informacija i prijenos poruka bila preduvjet napretka. Konstanta komunikacije, kao važnog i nedjeljivog aspekta organiziranog ljudskog rada, tijekom protekla dva milijuna godina, od homo erectusa i homo habilisa do homo sapiensa bila je podizanje kvalitete življenja, podizanje slobode i autonomnosti čovjeka u odnosu prema okolnim sustavima kao i međusobno unutar ljudske zajednice. Komuniciranje je u povijesnom razvoju čovjeka bilo i ostalo osnovnim elementom socijalnih procesa u društvu: uvjet nastanka, opstanka i razvoja ljudskih bića na evolucijskom i socijalizacijskoj razini. Što više, niti s filogenetskog niti s ontogenetskog aspekta nije moguće zamisliti egzistenciju čovjeka bez specifično ljudske sposobnosti komuniciranja. Komunicirati je značilo biti u vezi, spajati, općiti, saobraćati, odnosno sporazumijevati se čime je ljudima bilo omogućeno zajedničko djelovanje, kako u društvenom životu, još i više u radu, gdje se bez njega ne bi mogao uspostaviti radni proces. Taj temeljni socijalni odnos omogućio je nastanak, funkcioniranje i kontinuitet društvenih tvorevina, među kojima je i institucionalna razina na kojoj čovjek obavlja svoj posao i igra neku ulogu. Ovo potvrđuje i povijest društvenih znanosti, a među ostalima i medicine, iz koje je vidljivo kako se ona razvijala usporedo s rastom ljudskog komuniciranja.

Značajka društvenog komuniciranja u najranijem periodu bilo je dogovaranje, elementarno obavještavanje i međusobno sporazumijevanje koje je bilo lišeno svakog utjecaja na tuđe mišljenje i ponašanje drugih. Komuniciranje tada nije imalo ni ideološke niti političke premise, ono je samo predstavljalo informaciju.

Raslojavanjem prastarih društvenih zajednica na temeljima posjedovanja i vlasti, oblici društvenog komuniciranja postupno se prilagođavaju novim uvjetima. Informacija kao osnovni element komuniciranja dobiva novu ulogu i nove zadatke, a time i nove forme [8].

1.3.2. Neurobiološke osnove komunikacije

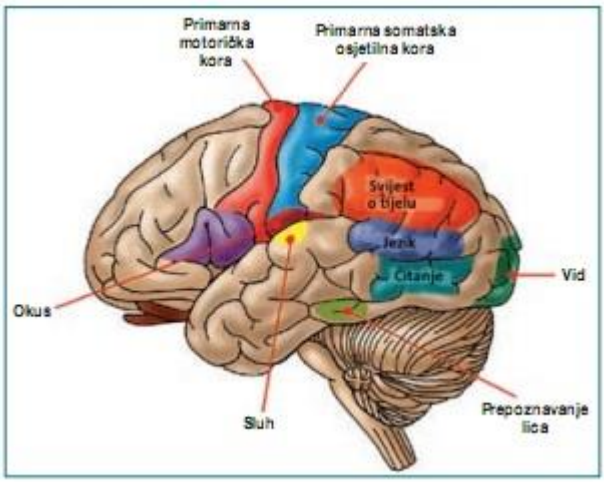
Najvažnija „emocionalna jezgra“ mozga je limbički sustav (slika 1.), koji je povezan s emocijama i raspoloženjem. Sam komunikacijski proces uključuje puno više mozgovnih područja (npr. centre za vid, sluh, govor, pamćenje, razumijevanje značenja, organizaciju, planiranje…) kao što se vidi iz slike 2. Amigdala imaju središnju ulogu u organizaciji emocionalnog i tjelesnog iskustva, dok je hipokampus odgovoran za pamćenje. Za svijest, logiku, planiranje i organizaciju te socijalno funkcioniranje odgovoran je prefrontalni dio. Veliki dio neverbalne komunikacije je odraz događanja u limbičkom sustavu, a neverbalni znakovi i signali izvana utječu na reakcije u limbičkom sustavu otvorenije i jače od riječi. Tako su ljudi, s obzirom na limbički sustav i korteks, najemotivnija i najintelektualnija vrsta na Zemlji.



Slika 1. Limbički sustav (Emocionalni mozak)

Izvor: http://www.tvornica-znanosti.org/blog/uzivamuzivas

Dok korteks sadrži naš model realiteta i analizira što postoji izvan nas, limbički sustav determinira osobni značaj koji ta informacija ima za pojedinca, te bitnost te informacije. Hipotalamus sudjeluje kao medijator u neverbalnom ponašanju kroz retikularnu jezgru u moždanom deblu. Kada je pobuđena, retikularna jezgra podražuje i cerebralne i spinalne krugove. Jednako tako, u neverbalnoj komunikaciji dolazi do odnosa um – tijelo. Spoznaja o mozgu kao kognitivnom računalu opće je prihvaćena, ali kod emocija mozak ne funkcionira neovisno o tijelu. Većina emocija, ako ne i sve, uključuje bogatstvo tjelesnih reakcija, što nije slučaj s kognicijom. To je i razlog zašto je kognicija tako moćna – kognicija dopušta fleksibilnost, odlučivanje kako reagirati u određenim situacijama. U slučaju emocija, odgovor tijela je integralni dio cjelokupnog emocionalnog procesuiranja [9].



Slika 1. Moždane strukture uključene u komunikacijski proces
Izvor: www.novapsihologija.com

1.4. Osnove komunikacije u zdravstvu

Da bismo razumjeli važnost komunikacije u patronaži, potrebno je prvo objasniti važnost komunikacije u zdravstvu općenito. Komunikacija u zdravstvu je izrazito široko područje koje obuhvaća odnos zdravstvenog profesionalca, bolesnika i njegove obitelji, ali i komunikaciju među članovima medicinskog tima te između zdravstvenih profesionalaca, volontera, organizacija civilnog društva, vladinih i međuvladinih institucija, profitnog sektora i javnosti u cjelini.

U kulturama razvijenijih zemalja komunikacijske vještine u medicini sve više su nezaobilazni dio kurikuluma dodiplomskog obrazovanja, a kasnije se usavršavaju kroz cjeloživotno obrazovanje. U procesu intenzivnog razvoja istraživanja, edukacije i primjene komunikacijskih vještina u medicini osnovane su velike međunarodne i nacionalne organizacije koje se bave komunikacijom u zdravstvu. Jedna od najpoznatijih je Američka akademija za komunikaciju u zdravstvu (American Academy on Communication in Health Care), koja se već nekoliko desetljeća bavi istraživanjem, evaluacijom i primjenom najboljih modela komunikacije u zdravstvu. Poznato je i Europsko udruženje za komunikaciju u zdravstvu (EACH), koje su 2001. godine osnovali najpoznatiji stručnjaci iz osam europskih država koji se bave komunikacijom u medicini. Cilj udruženja je harmonizirati i poboljšati nastavne programe, istraživačke projekte i publikacije iz komunikacije u medicini u cijeloj Europi. To će zasigurno pomoći razvoju kvalitetnijih programa edukacije o komunikacijskim vještinama u diplomskoj i poslijediplomskoj nastavi te u stalnom usavršavanju liječnika i drugih zdravstvenih profesionalaca u našoj zemlji [9].

Kvaliteta međuljudske komunikacije je od temeljne važnosti za učinkovitost pružanja zdravstvene zaštite. Dobra komunikacija u zdravstvenih djelatnika uspijeva osigurati teorijski i praktični pristup potreban za provedbu višeg standarda usluga. Smatra se da u četrdesetogodišnjem radnom vijeku, liječnik prosječno ima oko 200 tisuća konzultacija, tako da je komunikacija je najčešće korištena vještina liječnika u svakodnevnom radu.

Komunikacija je sastavni dio svakog odnosa s bolesnikom i njegovom obitelji, a predstavlja i ključ uspjeha medicinskog tima. Samo je dobra komunikacija put prema dobrom terapijskom savezu i odnosu [9].

Osim stručnosti zdravstveni profesionalci moraju biti u mogućnosti uspješno komunicirati s kolegama i drugim zdravstvenim radnicima, kao i pacijentima. Čini se, da su standardi prakse u tom pogledu često manji od očekivanja javnosti i stupnjeva stručne prihvatljivosti [10].

Osnovne podjele komunikacije su: verbalna, neverbalna i paraverbalna. Između verbalne i neverbalne komunikacije postoje neke sličnosti i razlike, prije svega u stupnju strukturiranosti i stupnju kontrole nad vlastitom komunikacijom. S obzirom na

svrhu, komunikacija se dijeli na informacijsku (dijagnostičku) komunikaciju i terapijsku komunikaciju koja je specifična za komunikaciju u zdravstvu.

Komunikacija je dinamičan proces, pa je pod utjecajem: osjetljivosti osobe na razne komunikacijske znakove, situacije u kojoj se odvija, uloge sudionika, prisutnosti drugih ljudi, kulture i sl. [7].

Verbalna se komunikacija odvija pomoću jezika, govornog i pisanog. Riječi, unatoč jasno određenoj strukturi jezika, nemaju uvijek isto značenje za sve ljude koji ih čuju. Tijek komunikacije određuju sljedeći čimbenici: sadržaj poruke, način na koji slušamo, značajke situacije u kojoj se komunikacija odvija, osobne značajke sudionika razgovora, te percepcija značajki situacije od strane sudionika i njihovo tumačenje, ali i tehnika razgovora.

Neverbalna se komunikacija odnosi na geste, držanje tijela, izraz lica, pogled, vanjski izgled, vlastiti prostor. To je dopunski kanal slanja poruka i bez nje bi komunikacija bila mnogo siromašnija. Manje je kontrolirana i namjerna te je stoga neposrednije sredstvo priopćavanja. Njome se šalje određena poruka, bez obzira na to želi li se to ili ne. Izgovorena poruka, tek uz neverbalnu pratnju, dobiva svoj smisao i značenje, odnosno neverbalne poruke mogu jačati, slabiti ili pobijati izgovoreno. Slabljenje ili pobijanje izgovorenog događa se kad je neverbalna poruka koju osoba šalje suprotna verbalnom iskazu. Nije važno što je rečeno (komponenta sadržaja), već i kako je to rečeno (relacijska komponenta ili komponenta odnosa). Za uspješnu komunikaciju nužna je usklađenost verbalnih i neverbalnih poruka. U stručnom radu s ljudima, poznavanje njihovog uobičajenog načina neverbalnog komuniciranja važno je za procjenu prirode i značenja promjena u ponašanju.

Paraverbalna se komunikacija odnosi na neverbalne znakove koji prate verbalnu poruku: intonacija i visina glasa, glasnoća, glatkoća govora, šutnja. Ovim se znakovima pojačava ili mijenja sadržaj poruke [7].

U području zdravstva, informacijska komunikacija je prikupljanje podataka od pacijenata i prenošenje pacijentu podataka koji su važni za njegovo liječenje. Informiranje pacijenata može se poboljšati porastom broja obavijesti o bolesti i načinu liječenja, povećanjem razumljivosti komunikacije te uvođenjem nemedicinskih sadržaja

u komunikaciju. Boljim informiranjem zadovoljava se pacijentova potreba za poznavanjem svoje bolesti i unapređuje zdravstveno ponašanje pacijenata [7].

Terapijska komunikacija je usmjerena na uspostavljanje odnosa povjerenja i uzajamne suradnje kao osnove za zajedničko rješavanje problema. Njezin cilj nije „davanje“ i „primanje“ poruka radi njihove informacijske vrijednosti, već radi njihova terapijskog učinka na druge. Terapijski učinci informiranja i komunikacije s bolesnikom ovise o količini danih informacija, načinu i emocionalnom kontekstu u kojem se pružaju informacije, sadržaju i razumljivosti informacija. Stručne osobe koje dobro komuniciraju sa svojim pacijentima postižu bolje učinke u skrbi [7].

Biti vješt u komunikaciji znači uspjeti prenijeti poruku sugovorniku, uspjeti dobiti potpunu i jasnu poruku od sugovornika, stvoriti odnos povjerenja i suradnje i prilagoditi vlastitu komunikaciju specifičnostima situacije ili sugovornika. Zdravstveni djelatnik tijekom formalnog obrazovanja i cjeloživotnog učenja ima obvezu stalno usavršavati svoje komunikacijske vještine i prilagođavati ih promjenjivim uvjetima potreba pacijenata.

Stavovi, uvjerenja i osobine ličnosti, te prijašnja iskustva, sami za sebe, nisu dovoljni za ostvarivanje adekvatnog odnosa s pacijentom i suradnicima, ali su preduvjet za razvijanje složenijih komunikacijskih vještina potrebnih u zdravstvenim interakcijama. One se odnose na samopoštovanje sliku o sebi, otvorenost, ljubaznost i toplinu, te izbjegavanje stereotipa i predrasuda. Složene komunikacijske vještine odnose se na:

- aktivno slušanje, odnosno slušanje sa svrhom,
- empatiju koja bi se odnosila na sposobnost što točnijeg razumijevanja osjećaja, želja, ideja i ponašanja druge osobe te sposobnost da se to razumijevanje i pokaže,
- asertivnost koja se očituje u borbi za vlastita prava, jasnom, i iskrenom izražavanje mišljenja i emocija, te odbijanje nerazumnih zahtjeva, bez osjećaja straha i krivnje, načinom kojim se ne ugrožavaju prava drugih ljudi [7].

1.4.1. Komunikacija u zdravstvenom timu

U svim profesionalnim djelatnostima, tako i u zdravstvu, kvaliteta odnosa na radnom mjestu značajno utječe na razvoj pozitivnog radnog ozračja i na složene odnose među suradnicima. Stručni odnosi pružaju jedinstvenu priliku za cjelovit pristup pacijentu, oslanjajući se na znanja iz različitih disciplina. U odnosima s drugim stručnjacima potrebna je jednaka usmjerenost na cilj, iskrenost, empatija, aktivno slušanje i poštovanje dostojanstva drugoga, sve ono što čini temelj uspješnog odnosa između stručnjaka i pacijenta. Komunikacija s kolegama iz drugih struka utječe na odnos stručne osobe prema samoj sebi, a to se neposredno odražava na kvalitetu skrbi koja se pruža pacijentu.

Dobra komunikacija u zdravstvu je važna zato što većina pritužbi pacijenata proizlazi iz slabe komunikacije sa zdravstvenim djelatnicima i razlozi neuspješnosti timskog rada povezuju se s narušenom komunikacijom među članovima zdravstvenog tima [7].

Komunikacija se odvija kroz formalne i neformalne načine. Formalna komunikacija uključuje redovite sastanke tima. Neformalne komunikacijske metode odražavaju tradicionalnu tzv. „konzultaciju u hodniku“, odnosno usputnu komunikaciju. Za pitanja skrbi o bolesniku, direktna komunikacija bila bi poželjna. Učinkovitija komunikacija između članova tima uključuje pristupačnost, dostupnost i blizinu, što bi u nekim slučajevima uključilo i dodatne financijske troškove [11].

U patronažnom zdravstvenom timu suradnja je osnovni preduvjet dobrog timskog rada.

Patronažna sestra i liječnik, svatko sa svog profesionalnog stajališta, pružaju neki oblik skrbi pacijentu o čemu međusobno razgovaraju. Ponekad procjena pacijentova problema pokaže da potrebe pacijenta prelaze okvire znanja ili kompetencija pojedinog stručnjaka. Tada je nužno da taj stručnjak utvrdi tko je najbolja druga stručna osoba koja se može baviti tim problemom, te da uspostavi kontakt s tom osobom.

Kako bi zdravstveni tim ostvario cilj svojeg rada, a to je pružanje učinkovite i kvalitetne zdravstvene skrbi, potrebno je osigurati preduvjete. Dobri uvjeti za razmjenu podataka odnosili bi se na vrijeme, prostor i redovite sastanke radi dogovora. Učinkovita komunikacija ključan je uvjet koji se odnosi na slušanje, izvješćivanje o

uočenom, raspravu, prihvaćanje razlika u mišljenjima, pregovaranje i dogovaranje. Vještine odlučivanja i rješavanje eventualnog sukoba sadrže otvorenost i suprotstavljanje, podršku i povjerenje te rješavanje problema u radu.

Za uspješno funkcioniranje tima nužno je voditi računa o stručnim pravima. Pri tome se sve stručne osobe moraju međusobno poštovati i uvažavati. Razumno opterećenje poslom, sloboda u određivanju razumnih prioriteta u poslu, te neprihvaćanje nerazumnih zahtjeva neka su od stručnih prava koje je potrebno istaknuti [12].

Dobra komunikacija u stručnom timu olakšava postizanje ciljeva rada. Uspješan timski rad ima izravne pozitivne učinke na kvalitetu rada, zadovoljstvo pacijenta i zadovoljstvo zdravstvenih djelatnika [7].

1.5. Istraživanja kvalitete komunikacije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Očuvanje zdravlja, odnosno preveniranje bolesti temeljni su postulati primarne zdravstvene zaštite. Prema tome, način organizacije primarne zdravstvene zaštite može biti prepreka ili moderator korištenja holističkog pristupa. Mrežna određenost timova za njegu može olakšati holistički pristup, naročito u preventivnom radu koji je poticaj za skrb liječnika opće/obiteljske medicine i patronažne sestre [13].

Komunikacija između liječnika i medicinske sestre identificirana je kao jedan od glavnih uvjeta potrebnih za kompletnu i sigurnu skrb pacijenata. Propusti u komunikaciji između medicinskih sestara i liječnika često dovode do pogrešaka, koje su mogle biti spriječene [14]. Kritika znanstvene literature o komunikaciji između medicinskih sestara i liječnika objavljena 1992. godine otkrila je tri dominantne teme: postavke i kontekst, postizanje konsenzusa, i rješavanje sukoba. Četvrta implicitna tema, vremenska priroda komunikacije, pojavljuje se kao važan dio komunikacije. Ove teme su korištene kao okvir rasprave o odlukama: ponavljajućem procesu koji proizlazi iz dijaloga kada dvoje ili više ljudi dijele jedinstvenu perspektivu. [15].

Studija o komunikacijskim i sigurnosnim stavovima, provedena je u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, ambulantama vojnih klinikama Srednjeg Zapada. Ona nastoji utvrditi postoje li komunikacijski razlike koje utječu na sigurnost pacijenta. Provedena je upitnikom čija su pitanja fokusirana na timskom radu i specifičnim interakcijama

među profesionalnim skupinama. Rezultati su pokazali da je suradnja i komunikacija među medicinskim sestrama i liječnicima bolja u ambulanti nego u akutnoj skrbi [16]. U ambulantama je zabilježeno veće zadovoljstvo komunikacijom između medicinskih sestara i liječnika koja stvara preduvjet za sigurnost pacijenata [16,17,18], te poboljšava učinkovitost dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvu [19].

Studije u bolničkim centrima pružaju snažne dokaze da medicinske sestre i liječnici provedu značajan dio svog vremena na dobivanju ili pružanju informacija (tj. komunicirajući). Ipak, začudo, nema istraživanja koje je pokušalo kvantificirati ekonomsku štetu povezanu s komunikacijskim neučinkovitostima u bolničkim centrima na nacionalnoj razini. U ovoj studiji je napravljena procjena troškova povezanih s izgubljenim vremenom medicinske sestre liječnika i povećanom duljinom boravka uzrokovanom komunikacijskim neučinkovitostima u svim američkim bolnicama, koristeći osnovne podatke prikupljene iz intervjua u sedam bolnica i sekundarnih podataka iz pregleda literature, u zavodu za Labor Statistics (BLS) i Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Istraživanje se fokusira na razvoj modela za kvantificiranje ekonomske štete u bolnicama u kojima je, prema procjeni, komunikacija lošija. Razvijen je konceptualni model utjecaja lošije komunikacije u bolnicama koje izolira četiri ishoda: (1) učinkovitost korištenja resursa, (2) učinkovitost osnovnim operacijama, (3) kvaliteta poslovnog života, i (4) kakvoća usluge. Kao rezultat neučinkovitosti komunikacije u američkim bolnicama troši se više od 12 milijardi dolara godišnje. Povećanje duljine boravka je za 53 posto. Bolnica sa 500 kreveta gubi više od 4 milijuna dolara godišnje kao rezultat komunikacijskih neučinkovitosti. Procjene su relativne, jer ne obuhvaćaju sve dimenzije gospodarskih tereta koje proizlazi iz loše komunikacije. Gospodarska šteta uzrokovana komunikacijskom neučinkovitosti u američkim bolnicama može se ublažiti informacijskim tehnologijama i procesima redizajna [19].

Sljedeća studija je rađena osmogodišnjim praćenjem u bolnici sa 750 kreveta koja je otkrila nekoliko trajnih problema: izolaciju među medicinskim sestrama, komunikacijske probleme između sestara i liječnika, neadekvatnu dokumentaciju i nedovoljno vremena za pacijente i obrazovanje osoblja, što je rezultiralo frustracijom zdravstvenog osoblja. Kombinirajući osnovne elemente rada i timski rad, tromjesečni

pilot projekt jedne jedinice rezultirao je poboljšanjem zadovoljstva poslom za stručno osoblje, poboljšanjem rezultata za osiguranje kvalitete, te povećanjem komunikacije između medicinske sestre i liječnika [20]. To bi značilo da se i narušeni komunikacijski odnosi mogu popraviti drugačijom organizacijom rada. Najbolji način komunikacije bio bi (je) direktnim putem, odnosno „licem u lice“ [21].

U Republici Hrvatskoj nisu pronađena slična istraživanja koja proučavaju komunikaciju patronažne sestre i liječnika opće/obiteljske medicine. Obveza komunikacije je definirana zakonom [1,2,3] ali i obje strane u svom radu prepoznaju važnost njezine kvalitete i osjećaju potrebu za njezinim unapređenjem [6].

Istražiti kvalitetu komunikacije između patronažnih sestara i liječnika opće/obiteljske medicine bila je motivacija za ovo istraživanje.

2. CILJ RADA

Utvrditi razlike u komunikaciji između patronažnih sestara i liječnika opće/obiteljske medicine s obzirom na njezinu kvalitetu (učestalost, način, zadovoljstvo) i smještaj prakse (ruralni i urbani dio zadarske županije).

2.1. Hipoteze

H_1: Komunikacija između patronažnih sestara i liječnika opće/obiteljske medicine se u ruralnom dijelu češće odvija izravnim putem u odnosu na onu u urbanom dijelu.

H_2: Patronažne sestre i liječnici opće/obiteljske medicine zadovoljniji su međusobnom komunikacijom u ruralnom dijelu u odnosu na urbani.

3. IZVORI PODATAKA I METODE

3.1. Uzorak ispitanika

Reprezentativni uzorak činile su dvije skupine sudionika: patronažne sestre i liječnici opće/obiteljske medicine zadarske županije. Ukupan broj ispitanika je bio 107. Liječnika opće/obiteljske medicine u primarnoj zdravstvenoj zaštiti zadarske županije ima ukupno 89. U istraživanje je pristalo sudjelovati 72 liječnika (80,9%), od čega 19 muškaraca (26,4%) i 53 žene (73,6%).

Patronažnih sestara ima ukupno 37, a njih 35 (94,6%) je sudjelovalo u istraživanju.

3.2. Mjerni instrumenti

Istraživanje se provelo metodom samoopisnog anketnog upitnika koje je istraživač napravio samostalno za potrebe diplomskog rada (Prilog 1., Prilog 2., Prilog 3.). Jedan anketni upitnik bio je podijeljen patronažnim sestrama Doma zdravlja Zadarske županije, a drugi liječnicima opće/obiteljske medicine koji su radili u ambulantama opće/obiteljske medicine tijekom kolovoza i rujna 2014. godine na području Zadarske županije.

Anketni upitnici sadržavali su ukupno 24 pitanja iz kojima je istraženo postoji li razlika u kvaliteti komunikacije između urbanog i ruralnog dijela zadarske županije u odnosu na:

- sociodemografska obilježja i duljinu radnog staža
- učestalost i oblike međusobne komunikacije
- zadovoljstvo kvalitetom međusobne komunikacije
- motiviranost za mijenjanjem kvalitete međusobne komunikacije.

Za svako od područja interesa stvoren je širi inicijalni skup čestica koje su se primijenile u upitniku. Kod nekih je čestica bilo potrebno odgovoriti zaokruživanjem jednog ili više ponuđenih odgovora, a druge čestice su ispitanici su procjenjivali na Likertovoj ljestvici od 5 stupnjeva zaokruživanjem jedne znamenke kojom su iskazivali ili stupanj svog osobnog slaganja s navedenom česticom ili pak stupanj koliko je ta

tvrdnja točna u odnosu na samog ispitanika. Stupnjevi procjene i znamenke su imale sljedeće vrijednosti: 1 - Nikada; 2 - Rijetko; 3 - Ponekad; 4 - Često; 5 - Uvijek.

Postupak pribavljanja Informiranog pristanka proveo se usmeno i u pisanom obliku. Ispitanicima se opisalo istraživanje i zamoljeni su na pristanak za sudjelovanje, koji su potvrdili potpisom dokumenta.

U centralnoj ispostavi patronažne djelatnosti, gradskim i prigradskim ambulantama opće/obiteljske medicine, distribuciju upitnika vršio je ispitivač osobno. Iznimka su bili otoci i najudaljeniji dijelovi županije, te područne ispostave županije, gdje su podjelu izvršile patronažne sestre ili kurirske službe koje rade na tom terenu. Upitnike je u gradskim i prigradskim ambulantama prikupio ispitivač, a u udaljenim dijelovima i područnim ispostavama patronažne sestre koje rade na tom terenu.

3.3. Statistički postupci

U cilju iznalaženja odgovora na postavljene ciljeve istraživanja primijenjeni su statistički postupci obrade podataka.

U statističkoj obradi podataka korišten je program IBM SPSS Statistic 20. Za obradu sociodemografskih karakteristika ispitanika, primijenjena je deskriptivna statistika kojom su utvrđene središnje vrijednosti (korigirana aritmetička sredina) i mjere raspršenja (standardna devijacija) rezultata ljestvica.

U cilju utvrđivanja razlika u kvaliteti komunikacije primijenjeni su statistički postupci za utvrđivanje razlika: statističke mjere disperzije (min, max), srednje vrijednosti statističkog niza (medijan), χ^2 test, Kolmogorov-Smirnov test i Mann-Whitneyev test za analizu razlika. Kod ordinalnih skala korišten je Mann-Whitneyev test, jer one određuju samo relativan položaj rezultata u grupi, odnosno određuju je li nešto manje ili veće, ali je nepoznata razlika među pojedinim jedinicama skale, odnosno rangovima, i ona nije jednaka. Kod nominalnih skala korišten je χ^2 test jer se ne radi o skalama u pravom smislu riječi obzirom da nemaju slijed veličina i služe samo za identifikaciju ili kategorizaciju. Kolmogorov-Smirnov test se upotrebljavao za uspoređivanje kumulativne raspodjele podataka s očekivanom kumulativnom normalnom raspodjelom. Rezultati su interpretirani na razini značajnosti $p<0,05$.

4. REZULTATI

4.1. Sociodemografske karakteristike ispitanika

Od ukupnog broja patronažnih medicinskih sestara koje rade u Domu zdravlja Zadarske županije (n = 37) ovim istraživanjem obuhvaćeno je njih 35 (94,6%). Najveći broj patronažnih sestra (n = 23) je zaposlen u ispostavi Zadar (65,7%), a ostale u ispostavama Biograd, Benkovac, Obrovac i otoci.

Prosječna životna dob ispitanica je 46,7±13,4 (M±SD) godina, a raspon se kreće od 26 do 65 godina. Od ukupnog broja patronažnih sestara njih 32 (91,4%) su prvostupnice sestrinstva, dvije (5,7%) ispitanice imaju završen diplomski sveučilišni studij, a jedna (2,9%) ispitanica ima završenu srednju medicinsku školu. U urbanom dijelu županije prosječna životna dob patronažnih sestara je 55,0±13,2 godina, a raspon se kreće od 26 do 65 godina. U ruralnom dijelu prosječna životna dob je 42,0±13,1 godina, a raspon se kreće od 28 do 64 godine, pri čemu se može zaključiti da u ruralnom dijelu zadarske županije rade mlađe patronažne sestre (tablica 1).

Tablica 1. Dobna struktura ispitanika

	Liječnici (M±SD)			**Pat. sestre (M±SD)**		
	urbani	ruralni	ukupno	urbane	ruralne	ukupno
Dob	54,5±11,1	50±8	51,5±9,3	55±13,2	42±13,1	46,7±13,4
Duljina radnog staža	24,0±12,3	20,6±8,4	22,7±10,2	33,0±15,5	18,5±14,6	18,3±15,3

Od ukupnog broja liječnika opće/obiteljske medicine u zadarskoj županiji (n = 89), na istraživanje je pristalo njih 72 (53 žene i 19 muškaraca) što čini odziv od 80,9%. U urbanom dijelu je zaposleno pet liječnika i 23 liječnice, dok je u ruralnom dijelu zadarske županije u ambulantama opće/obiteljske medicine zaposleno 14 liječnika i 30 liječnica.

Prosječna životna dob ispitanih liječnika opće/obiteljske medicine je 51±7,7 godina u rasponu od 27 do 60 godina, a za liječnice 50,0±9,9 godina u rasponu od 26 do 36 godine (tablica 1). Općenito su u urbanom dijelu županije liječnici opće/obiteljske

medicine nešto stariji (54,5±11,1 godina) nego u ruralnom dijelu (50±8 godina). Obzirom na stupanj obrazovanja, najveći broj liječnika njih 50 (69,2%) ima završen Medicinski fakultet bez dodatne specijalizacije, dok ih je 15 (20,8%) specijalista opće medicine. Značajno manji broj liječnika ima neku drugu specijalizaciju, (njih petoro - 6,9%) i magisterij i/ili doktorat znanosti (njih dvoje - 2,8%). Slični omjeri stupnjeva obrazovanja liječnika prisutni su kod muškaraca i žena (tablica 2). Međutim, nešto veći broj liječnika u urbanom dijelu zadarske županije ima završen Medicinski fakultet bez dodatne specijalizacije u odnosu na ruralni dio (75% vs 65.9%), dok liječnika sa završenom specijalizacijom opće medicine ima više u ruralnom (22,7%) nego u urbanom dijelu (17,9%).

Tablica 2. Obrazovna struktura ispitanika

		Liječnici (n %) (n = 72)			**Pat. sestre (n %) (n = 35)**	
Obrazovanje	**VSS**	21 (29,2)	29 (40)	**SSS**	0 (0,0)	1 (2,9)
	Spec. OM	5 (6,9)	10 (13,9)	**Prvostupnice**	14 (40,0)	18 (51,4)
	Druga spec.	2 (2,7)	3 (4,2)	**Diplomski**	1 (2,9)	1 (2,9)
	Mr.sc.i/ili Dr.sc.	0 (0,0)	2 (3,1)			
Status zaposlenja	**Ugovor NV**	22 (30,6)	33 (45,8)		12 (34,3)	18 (51,4)
	Ugovor OV	6 (8,3)	11 (15,3)		3 (8,6)	2 (5,7)

Legenda: VSS – visoka stručna sprema ; Spec. OM – specijalizacija obiteljske medicine ; Mr.sc. i/ili Dr.sc.– magisterij i/ili doktorat znanosti ; SSS – srednja stručna sprema ; Ugovor NV – ugovor na neodređeno vrijeme ; Ugovor OV – ugovor na određeno vrijeme

4.2. Status zaposlenja ispitanika

Iz tablice 2 je nadalje vidljivo da je najveći broj patronažnih sestara u urbanom (njih 12 (80%)) i ruralnom (njih 18 (90%)) dijelu zadarske županije zaposleno na neodređeno vrijeme. Patronažne sestre u urbanim područjima imaju u prosjeku gotovo dvostruko duže radno iskustvo (33,0±15,5) u odnosu na patronažne sestre u ruralnim područjima (18,5±14,6). Radni staž u patronaži je također dvostruko duži kod patronažnih sestara u urbanim područjima (16±15,5) u odnosu na staž u patronaži

njihovih kolegica zaposlenih u ruralnim područjima (8±14,5).

Slično kao i kod patronažnih sestara, najveći broj liječnika je zaposlen na neodređeno vrijeme u urbanom (njih 22 (78,6%)) i ruralnom (njih 33 (75%)) dijelu zadarske županije. Radni staž liječnika zaposlenih u urbanom dijelu je nešto duži (24,0±12,3) u odnosu na radni staž liječnika u ruralnim dijelovima županije (20,6±8,4). Prosječna duljina rada liječnika u ambulantama opće/obiteljske medicine iznosi 14,4±12,4 godine dok u ruralnom dijelu prosječna duljina rada liječnika u ambulantama opće/obiteljske medicine iznosi 14,33±8,4 godine.

4.3 Obilježja ambulanti i broj pacijenata koji se liječe u tim ambulantama

Tablica 3. Područje rada i status ambulante liječnika s kojim patronažna sestra najčešće surađuje

Pitanje:		**Ispitanici (n %)**		
		Patronažne sestre	Liječnici	Ukupno
Ambulanta u/s kojom radite nalazi se u dijelu županije	**Urbanom**	15 (42,9)	28 (38,9)	43 (40,2)
	Ruralnom	20 (57,1)	44 (61,1)	64 (59,8)
Status ambulante	**Pod koncesijom**	-	49 (59,8)	49 (59,8)
	U DZZŽ	-	23 (40,2)	23 (40,2)

Legenda: DZZŽ - Dom zdravlja Zadarske županije

Iz tablice 3 je vidljivo da je u urbanom području zaposleno 43 ispitanika (od tog broja 34.9% patronažnih sestara, a 65.1% liječnika), a u ruralnom području 64 ispitanika (od toga 31.3% patronažnih sestara, a 68.7% liječnika). U ruralnim dijelovima županije zaposlen je veći broj patronažnih sestara (njih 20 (57.1%)) i liječnika, (njih 44 (61.1%)), nego u urbanim dijelovima županije. Sve patronažne sestre na terenu na kojem rade ujedno i najčešće surađuju s liječnikom opće/obiteljske medicine čija se ambulanta tu nalazi.

Veći broj liječnika je pod koncesijom, (njih 49 (59,8%)), dok ih je u Domu zdravlja Zadarske županije 23 (40,2%). Nešto je veći broj ambulanti pod koncesijom u ruralnim dijelovima zadarske županije.

U tablici 4 je prikazan približan broj pacijenata koje liječnici i patronažne sestre imaju u skrbi obzirom na područje na kojem rade.

Tablica 4. Broj pacijenata u skrbi

		M broj pacijenata	**SD**	**MIN**	**MAX**	**broj sestara i liječnika**
Pat. sestre	Urbane	5500,0	1224,1	2100	7000	15
	Ruralne	5000,0	1375,1	700	6000	20
Liječnici	Urbani	2000,0	292,6	1100	2272	28
	Ruralni	1600,0	606,1	425	2500	44

Legenda: SD - standardna devijacija broja pacijenata ; min - najniži broj pacijenata u skrbi ; max – najviši broj pacijenata u skrbi

Iz tablice 4 je vidljivo da u ruralnom području liječnici i patronažne sestre imaju manji broj pacijenata u skrbi u odnosu na svoje kolege u urbanim područjima.

4.4. Razdioba ispitanika prema učestalosti komunikacije

U anketnom upitniku za patronažne sestre i liječnike opće/obiteljske medicine pitanje br. 10. glasi:“ Na svom radnom mjestu, koliko često surađujete s patronažnim sestrama/liječnicima obiteljske medicine?“. U tablici 5 prikazani su dobiveni rezultati.

Tablica 5. Razlike u učestalosti suradnje između patronažnih sestara i liječnika u urbanim i ruralnim dijelovima županije

Ispitanici		Učestalost suradnje između patronažnih sestara i liječnika opće/obiteljske medicine (n %)					C	Prosj. rang	p*
		Nikada	Rijetko	Ponekad	Često	Uvijek			
Pat. sestre (n=35)	Urbane (n=15)	0 (0)	0 (0)	1 (6,7)	12 (80)	2 (13,3)	4	15,37	0,191
	Ruralne (n=20)	0 (0)	0 (0)	1 (5)	11 (55)	8 (40)	4	19,98	
	Ukupno (n=35)	0 (0)	0 (0)	2 (5,7)	23 (65,7)	10 (28,6)	4	-	-
Liječnici (n=72)	Urbani (n=28)	0 (0)	3 (10,7)	7 (25)	13 (46,4)	5 (17,9)	4	32,25	0,139
	Ruralni (n=44)	2 (4,5)	1 (2,3)	6 (13,6)	22 (50)	13 (29,6)	4	39,2	
	Ukupno (n=72)	2 (2,8)	4 (5,6)	13 (18)	35 (48,6)	18 (25)	4	-	-
Ukupno urbani (patronažne sestre i liječnici) (n=43)		0 (0)	3 (7)	8 (18,6)	25 (58,1)	7 (16,3)	4	47,5	0,050
Ukupno ruralni (patronažne sestre i liječnici) (n=64)		2 (3,1)	1 (1,6)	7 (10,9)	33 (51,6)	21 (32,8)	4	58,37	

Legenda: C – medijan ; * Mann Whitney U test

Nije dokazana statistički značajna razlika u učestalosti komunikacije između patronažnih sestara urbanog i ruralnog dijela (p = 0,191) i liječnika urbanog i ruralnog dijelu (p = 0,139). Međutim, iz navedenih postotaka i prosječnih rangova je uočljiv trend učestalije svakodnevne međusobne komunikacije u ruralnom dijelu. U tom smislu, ukazuje i rezultat na ukupnom urbanom i ruralnom uzorku koji je na granici kliničke značajnosti (p = 0,05) i koji upućuje na redovitiju i učestaliju komunikaciju liječnika i patronažnih sestara u ruralnim područjima u odnosu na urbana područja (tablica 4).

U anketnom upitniku za patronažne sestre i liječnike opće/obiteljske medicine pitanje broj 11. glasi: „S koliko ste patronažnih sestara/liječnika opće/obiteljske medicine surađivali u posljednjih 6 mjeseci?“, broj 12.: „Od navedenog broja patronažnih sestara/liječnika opće/obiteljske medicine s koliko ste njih komunicirali o pacijentima u posljednjih mjesec dana?“, a broj 13.: „Koliko često inače komunicirate s patronažnim sestrama/liječnicima opće/obiteljske medicine o pacijentima?“. U tablicama 5a, 5b i 5c prikazane su vrijednosti dobivenih rezultata statistički spomenutih pitanja.

Tablica 5a. Razlike u broju suradnika između patronažnih sestara i liječnika opće/obiteljske medicine u posljednjih 6 mjeseci u urbanim i ruralnim područjima

Ispitanici		Suradnja patronažnih sestara i liječnika opće/obiteljske medicine u posljednjih 6 mjeseci (n %)					C	Prosj. rang	p*
		Nijedna	Jedna	Dvije	Tri	Četiri ili više			
Pat. sestre (n=35)	Urbane (n=15)	0 (0)	0 (0)	2 (13,3)	2 (13,3)	11 (73,4)	5	18,70	0,730
	Ruralne (n=20)	0 (0)	1 (5)	1 (5)	5 (25)	13 (65)	5	17,48	
	Ukupno (n=35)	0 (0)	1 (2,8)	3 (8,6)	7 (20)	24 (68,6)	5	-	-
Liječnici (n=72)	Urbani (n=28)	0 (0)	5 (17,9)	9 (32,1)	9 (32,1)	5 (17,9)	4	44,39	0,008
	Ruralni (n=44)	2 (4,6)	21 (47,7)	9 (20,4)	7 (15,9)	5 (11,4)	2	31,48	
	Ukupno (n=72)	2 (2,8)	26 (36,1)	18 (25)	16 (22,2)	10 (13,9)	3	-	-
Ukupno urbani (patronažne sestre i liječnici) (n=43)		0 (0)	5 (11,6)	11 (25,6)	11 (25,6)	16 (37,2)	4	61,63	0,031
Ukupno ruralni (patronažne sestre i liječnici) (n=64)		2 (3,1)	22 (34,4)	10 (15,6)	12 (18,8)	18 (28,1)	3	48,88	

Legenda: C – medijan ; * Mann Whitney U test

Tablica 5b. Razlike u broju suradnika između patronažnih sestara i liječnika opće/obiteljske medicine u posljednjih mjesec dana u urbanim i ruralnim područjima

Ispitanici		Suradnja patronažnih sestara i liječnika opće/obiteljske medicine u posljenjih mjesec dana (n %)						C	Prosj. rang	p*
		Nijedna	Jedna	Dvije	Tri	Uglavnom sa svima	Sa svima			
Pat. sestre (n=35)	Urbane (n=15)	1 (6,6)	0 (0)	3 (20)	3 (20)	7 (46,8)	1 (6,6)	5	17,03	0,633
	Ruralne (n=20)	0 (0)	1 (5)	4 (20)	4 (20)	7 (35)	4 (20)	5	18,73	
	Ukupno (n=35)	1 (2,9)	1 (2,9)	7 (20)	7 (20)	14 (40)	5 (14,2)	5	-	-
Liječnici (n=72)	Urbani (n=28)	4 (14,3)	10 (35,8)	6 (21,4)	4 (14,3)	2 (7,1)	2 (7,1)	3	39,93	0,230
	Ruralni (n=44)	3 (6,8)	27 (61,4)	9 (20,4)	3 (6,8)	1 (2,3)	1 (2,3)	2	34,32	
	Ukupno (n=72)	7 (9,7)	37 (51,4)	15 (20,8)	7 (9,7)	3 (4,2)	3 (4,2)	3	-	-
Ukupno urbani (patronažne sestre i liječnici) (n=43)		5 (11,6)	10 (23,6)	9 (20,8)	7 (16,3)	9 (20,8)	3 (6,9)	3	57,51	0,322
Ukupno ruralni (patronažne sestre i liječnici) (n=64)		3 (4,7)	28 (43,8)	13 (20,3)	7 (10,9)	8 (12,5)	5 (7,8)	3	51,64	

Legenda: C – medijan ; * Mann Whitney U test

Tablica 5c. Razlike u broju suradnji patronažnih sestara i liječnika opće/obiteljske medicine vezanih za pacijente u posljednjih mjesec dana u urbanim i ruralnim područjima

Ispitanici		Suradnja patronažnih sestara i liječnika opće/obiteljske medicine o pacijentima (n %)					C	Prosj. rang	p *
		Nikada	Manje od 2 puta mj.	3-4 puta mj.	5-8 puta mj.	Skoro svaki dan			
Pat. sestre (n=35)	Urbane (n=15)	0 (0)	3 (20)	7 (46,7)	5 (33,3)	0 (0)	3	11,93	0,002
	Ruralne (n=20)	0 (0)	0 (0)	4 (20)	10 (50)	6 (30)	4	22,55	
	Ukupno (n=35)	0 (0)	3 (8,6)	11 (31,4)	15 (42,9)	6 (17,1)	4	-	-
Liječnici (n=72)	Urbani (n=28)	0 (0)	7 (25)	16 (57,1)	4 (14,3)	1 (3,6)	3	31,27	0,069
	Ruralni (n=44)	2 (4,5)	5 (11,4)	19 (43,2)	14 (31,8)	4 (9,1)	3	39,83	
	Ukupno (n=72)	2 (2,8)	12 (16,7)	35 (48,6)	18 (25)	5 (6,9)	3	-	-
Ukupno urbani (patronažne sestre i liječnici) (n=43)		0 (0)	10 (23,3)	23 (53,5)	9 (20,9)	1 (2,3)	3	43,10	0,002
Ukupno ruralni (patronažne sestre i liječnici) (n=64)		2 (3,1)	5 (7,8)	23 (35,9)	24 (37,6)	10 (15,6)	4	61,32	

Legenda: C – medijan ; * Mann Whitney U test

Preko 60% sestara u urbanim i ruralnim dijelovima navode da su u proteklih 6 mjeseci surađivale s četiri ili više liječnika, te u tom smislu nije utvrđena statistički značajna razlika (p = 0,730). Više od polovice liječnika u urbanim dijelovima je u posljednjih 6 mjeseci surađivalo s dvije ili tri sestre, dok u ruralnim dijelovima značajno veći broj liječnika u odnosu na urbane surađuje samo s jednom sestrom, te je u tom smislu utvrđena i statistički značajna razlika (p = 0,008). Razlika u broju suradnika s kojim su komunicirali proizlazi iz različitih procjena sestara i liječnika u urbanom i ruralnom dijelu: u urbanom se dijelu trend povećava paralelno s brojem suradnika, dok se u ruralnom uglavnom smanjuje, te je u tom smislu utvrđena značajna razlika (p = 0,031) (tablica 5a).

Patronažne sesstre iz urbanih i riralnih područja najčešće procjenjuju da su u proteklih mjesec dana uglavnom sa svim liječnicima komunicirale o pacijentima, te se u tom smislu statistički značajno ne razlikuju (p = 0,633). Liječnici iz urbanih i ruralnih područja najčešće procjenjuju da su u proteklih mjesec dana s jednom sestrom

komunicirali o pacijentima, te sa u tom smislu statistički značajno ne razlikuju (p = 0,230). U ruralnim i urbanim područjima učestalost komunikacije o pacijentima između sestara i liječnika nije se statistički značajno razlikovala (p = 0,322) (tablica 5b).

Oko polovice sestara iz urbanog dijela navodi da sa liječnicima komunicira 3-4 puta mjesečno, dok polovica sestara iz ruralnog dijela navodi da s liječnicima komunicira 5-8 puta mjesečno, te je u tom smislu pronađena statistički značajna razlika (p = 0,002). Više od polovice liječnika iz urbanog dijela procjenjuje da sa sestrama komunicira o pacijentima 3-4 puta mjesečno i po učestalosti komunikacije se statistički značajno ne razlikuju od kolega u ruralnim područjima (p = 0,069). Liječnici i sestre u urbanim područjima češće procjenjuju da je učestalost međusobne komunikacije 3-4 puta mjesečno, dok u ruralnim područjima liječnici i sestre najčešće procjenjuju da komuniciraju od 3-4 puta mjesečno do 5-8 puta mjesečno, te je u tom smislu utvrđena statistički značajna razlika (p = 0,002). Ovaj rezultat ukazuje na učestaliju međusobnu komunikaciju u ruralnim područjima (tablica 5c).

4.5. Razdioba ispitanika prema razlogu i načinu komunikacije

Tablica 6a. Razlike u inicijativi za uspostavljanjem komunikacije između patronažnih sestara i liječnika opće/obiteljske medicine u urbanim i ruralnim područjima

Ispitanici		**Pitanje: Na čiju se inicijativu najčešće komunikacija uspostavlja? (n %)**				
		Vašu	Patronažne sestre/liječnika	Zajedničku	Pacijentovu	Nekog drugog
Pat. sestre (n=35)	Urbane (n=15)	5 (33,3)	0 (0)	9 (60)	1 (6,7)	0 (0)
	Ruralne (n=20)	4 (20)	0 (0)	16 (80)	0 (0)	0 (0)
Liječnici (n=72)	Urbani (n=28)	5 (17,9)	3 (10,7)	20 (71,4)	0 (0)	0 (0)
	Ruralni (n=44)	2 (4,5)	2 (4,5)	39 (88,7)	1 (2,3)	0 (0)

Tablica 6b. Razlike u razlogu komunikacije između patronažnih sestara i liječnika opće/obiteljske medicine u urbanim i ruralnim područjima

Ispitanici		**Pitanje: Koji je najčešći razlog Vaše komunikacije s patronažnim sestrama/liječnicima opće/obiteljske medicine? (n %)**			
		- svi pacijenti u skrbi	- kronični bol. i bolesnici u kućnoj njezi	- bolesnici u kućnoj njezi	Nešto drugo
Pat. sestre (n=35)	Urbane (n=15)	4 (26,7)	9 (60)	2 (13,3)	0 (0)
	Ruralne (n=20)	11 (55)	9 (45)	0 (0)	0 (0)
Liječnici (n=72)	Urbani (n=28)	3 (10,7)	16 (57,2)	9 (32,1)	0 (0)
	Ruralni (n=44)	19 (43,3)	21 (47,7)	2 (4,5)	2 (4,5)

U tablicama 6a i 6b rezultati su prikazani isključivo u postotcima. U ovom slučaju statističke razlike se ne računaju, jer postoji komplikacija s tzv. vezanim vjerojatnostima. Prilikom uspostave komunikacije, obje skupine ispitanika, u urbanom i u ruralnom dijelu tvrde da se ona najčešće uspostavlja na zajedničku inicijativu (tablica 6a).

Prema mišljenju sestara i liječnika urbanog dijela razlog uspostave komunikacije su kronični bolesnici i bolesnici u kućnoj njezi. Njihovi kolege iz ruralnog dijela najčešći razlog uspostave komunikacije navode razmjenu informacija o svim pacijentima u skrbi (tablica 6b).

Pitanje u anketnom upitniku broj 16. glasi: „Komunikacija s patronažnim sestrama/liječnika opće/obiteljske medicine najčešće se odvija?“. Slijedi prikaz odgovora.

Tablica 7. Razlike u načinu međusobne komunikacije patronažnih sestara i liječnika u ruralnim i urbanim područjima

Grupa	Podgrupa	n	Način komunikacije (n %)		χ2	p*
			Izravno	Telefonom		
Patr. ses.	Urbane	15	10 (66,7)	5 (33,3)	11,485	0,482
	Ruralne	20	12 (60)	8 (40)		
Liječnici	Urbani	28	13 (46,4)	15 (53,6)	21,767	0,000
	Ruralni	42	40 (95,24)	2 (4,76)		
Ukupno	Urbani	43	23 (53,5)	20 (46,5)	0,163	0,001
	Ruralni	62	52 (83,9)	10 (16,11)		

Legenda: χ^2 – vrijednost hi-kvadrata; ***χ^2** test

Dakle, postoje razlike na razini sredstva komunikacije na razini ukupnog broja patronažnih sestara i liječnika opće/obiteljske medicine urbanog i ruralnog dijela zadarske županije, pri čemu zdravstveni radnici u ruralnom području češće koriste izravan način komunikacije u odnosu na zdravstvene radnike u urbanom području koji češće koriste komunikaciju telefonom. Liječnici u ruralnom području znatno češće navode izravan kontakt s medicinskim sestrama kao najčešći oblik komunikacije u odnosu na liječnike u urbanom području koji češće koriste komunikaciju telefonom, a među medicinskim sestrama nije utvrđena razlika u zastupljenosti različitih oblika komunikacije s obzirom na područje u kojem rade, tj. sestre iz urbanih i ruralnih dijelova podjednako često koriste izravni kontakt i komunikaciji telefonom u komunikaciji s liječnicima (tablica 7).

4.6. Razdioba ispitanika prema prednostima i zadovoljstvu kvalitetom komunikacije

Sljedeća pitanja ispituju prednosti kvalitetne komunikacije ispitanika, te stupanj zadovoljstva komunikacijom koju pri tom ostvaruju.

Tablica 8a. Razlika u stavovima o dobrobiti komunikacije za pacijente između patronažnih sestara i liječnika opće/obiteljske medicine u urbanim i ruralnim područjima

Ispitanici		**Pitanje: U kojoj mjeri Vaša komunikacija s patronažnim sestrama/liječnicima opće/obiteljske medicine doprinosi dobrobiti pacijenata? (n %)**					C	Prosj. rang	p *
		Ne doprinosi	Malo doprinosi	Niti dopr. niti ne doprinosi	Doprinosi u većoj mjeri	Izrazito doprinosi			
Pat. sestre (n=35)	Urbane (n=15)	0 (0)	1 (6,7)	1 (6,7)	10 (66,6)	3 (20)	4	16,93	0,610
	Ruralne (n=20)	0 (0)	3 (15)	0 (0)	10 (50)	7 (35)	4	18,80	
	Ukupno (n=35)	0 (0)	4 (11,4)	1 (2,9)	20 (57,1)	10 (28,6)	4	-	-
Liječnici (n=72)	Urbani (n=28)	0 (0)	3 (10,7)	1 (3,6)	15 (53,6)	9 (32,1)	4	36,20	0,915
	Ruralni (n=44)	1 (2,3)	3 (6,8)	4 (9,1)	20 (45,5)	16 (36,3)	4	36,69	
	Ukupno (n=72)	1 (1,4)	6 (8,3)	5 (6,9)	35 (48,7)	25 (34,7)	4	-	-
Ukupno urbani (patronažne sestre i liječnici) (n=43)		0 (0)	4 (9,3)	2 (4,7)	25 (58,1)	12 (27,9)	4	52,56	0,665
Ukupno ruralni (patronažne sestre i liječnici) (n=64)		1 (1,6)	6 (9,4)	4 (6,3)	30 (46,9)	23 (35,9)	4	54,97	

Legenda: C – medijan ; * Mann Whitney U test

Tablica 8b. Razlika zadovoljstva kvalitetom komunikacije između patronažnih sestara i liječnika opće/obiteljske medicine u urbanim i ruralnim područjima

Ispitanici		**Pitanje: Koliko ste zadovoljni kvalitetom komunikacije koju ostvarujete s patronažnim sestrama/liječnicima opće/obiteljske medicine? (n %)**					C	Prosj. rang	p *
		1	2	3	4	5			
Pat. sestre (n=35)	Urbane (n=15)	0 (0)	0 (0)	3 (20)	10 (66,6)	2 (13,4)	4	15,47	0,214
	Ruralne (n=20)	0 (0)	0 (0)	4 (20)	7 (35)	9 (45)	4	19,90	
	Ukupno (n=35)	0 (0)	0 (0)	7 (20)	17 (48,6)	11 (31,4)	4	-	-
Liječnici (n=72)	Urbani (n=28)	0 (0)	1 (3,6)	3 (10,7)	15 (53,6)	9 (32,1)	4	34,98	0,597
	Ruralni (n=44)	1 (2,3)	2 (4,5)	6 (13,6)	15 (34,1)	20 (45,5)	4	37,47	
	Ukupno (n=72)	1 (1,4)	3 (4,2)	9 (12,5)	30 (41,6)	29 (40,3)	4	-	-
Ukupno urbani (patronažne sestre i liječnici) (n=43)		0 (0)	1 (2,3)	6 (14)	25 (58,1)	11 (25,6)	4	47,98	0,214
Ukupno ruralni (patronažne sestre i liječnici) (n=64)		1 (1,6)	2 (3,1)	10 (15,6)	22 (34,4)	29 (45,3)	4	56,84	

Legenda: C – medijan ; * Mann Whitney U test

1 - Izrazito nezadovoljan/na
2 - Uglavnom nezadovoljan/na
3 - Niti zadovoljan/na niti nezadovoljan/na
4 - Uglavnom zadovoljan/na
5 - U potpunosti zadovoljan/na

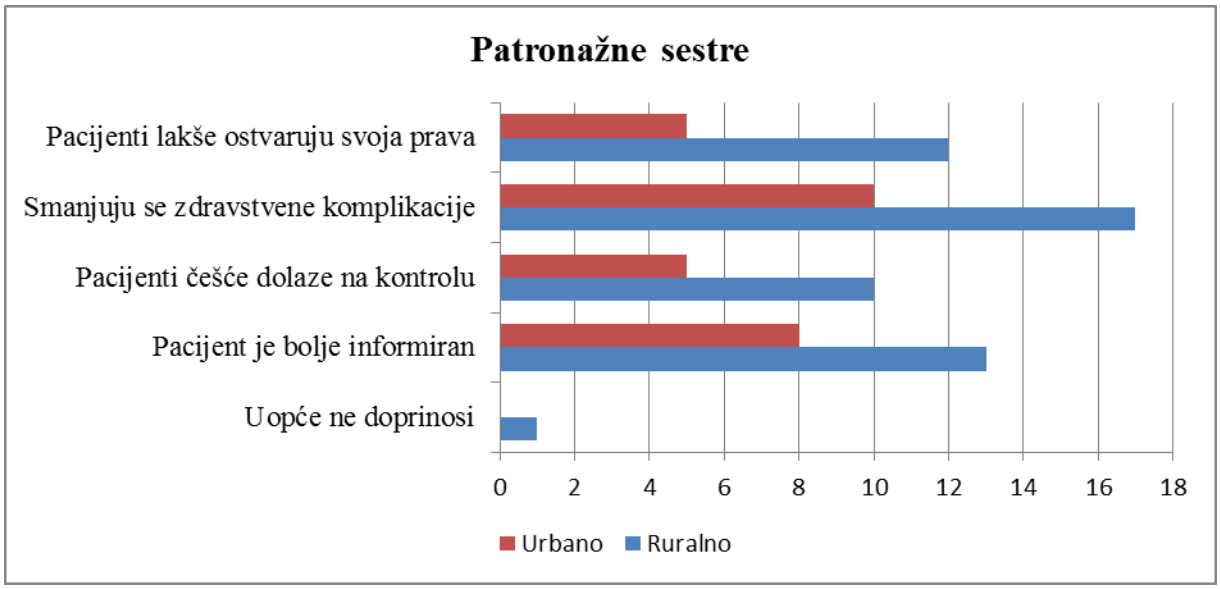
Analiza razlika provedena je u dva koraka. U prvom koraku testirana je normalnost distribucije zavisne varijable Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Rezultati pokazuju da distribucija zavisne varijable statistički značajno odstupa od normalne distribucije (KS Z=2,554, p<0,001) te je zbog toga za analizu razlika među grupama primijenjen neparametrijski Mann-Whitney U test.

Više od polovice sestara u urbanim i ruralnim dijelovima smatra da njihova komunikacija s liječnicima doprinosi u većoj mjeri dobrobiti pacijenata, te u tom smislu nije dokazana statistički značajna razlika (p = 0,610). Liječnici iz urbanih i ruralnih područja također smatraju da njihova suradnja sa sestrama doprinosi u većoj mjeri dobrobiti pacijenata, ali u tom smislu nije dokazana statistički značajna razlika (p = 0,915). Obje skupine ispitanika bez obzira na teren na kojem rade smatraju da njihova međusobna komunikacija doprinosi u većoj mjeri dobrobiti pacijenata (tablica 8a).

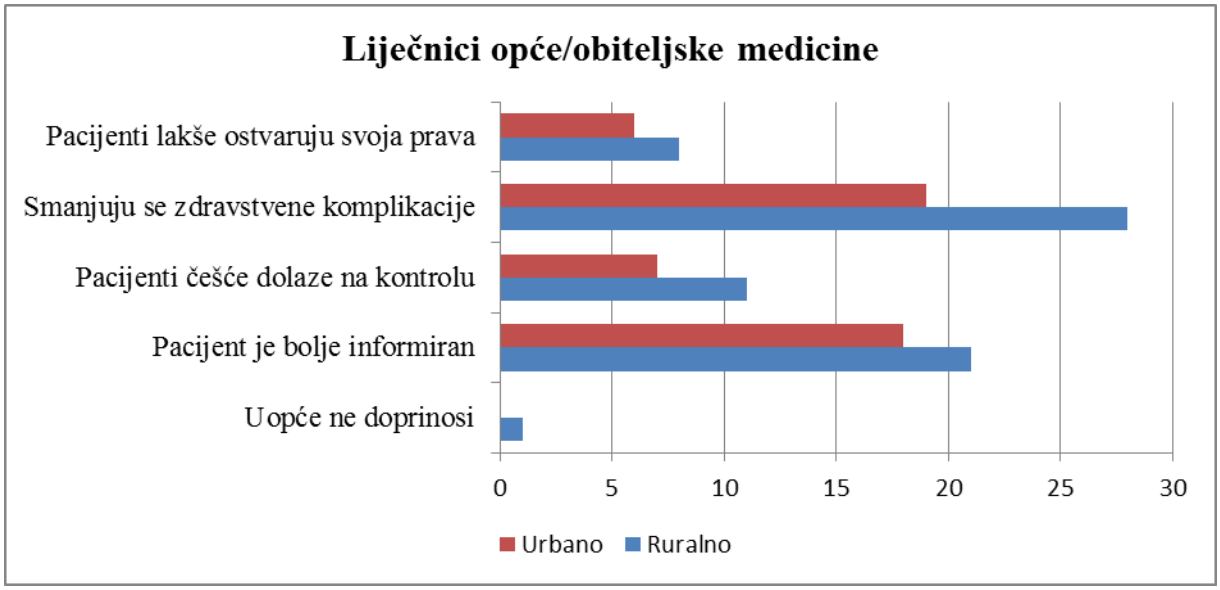
Oko polovice sestara iz urbanog dijela navodi da su uglavnom zadovoljne komunikacijom s liječnicima, dok većina sestara iz ruralnih dijelova navodi da je izrazito zadovoljna komunikacijom, te u tom smislu nije pronađena statistički značajna razlika (p = 0,214). Više od polovice liječnika iz urbanih dijelova su uglavnom zadovoljni komunikacijom koju ostvaruju sa sestrama, te se statistički značajno ne razlikuju od kolega u ruralnim područjima koji su u najvećem broju izrazito zadovoljni komunikacijom (p = 0,597). Iz vrijednosti postotaka i prosječnih rangova, uočljiv je trend nešto većeg zadovoljstva kvalitetom komunikacije u ruralnom dijelu i kod liječnika i kod sestara (tablica 8b).

4.7. Razdioba ispitanika prema dobrobiti međusobne komunikacije za pacijente i olakšavanju svakodnevnog rada

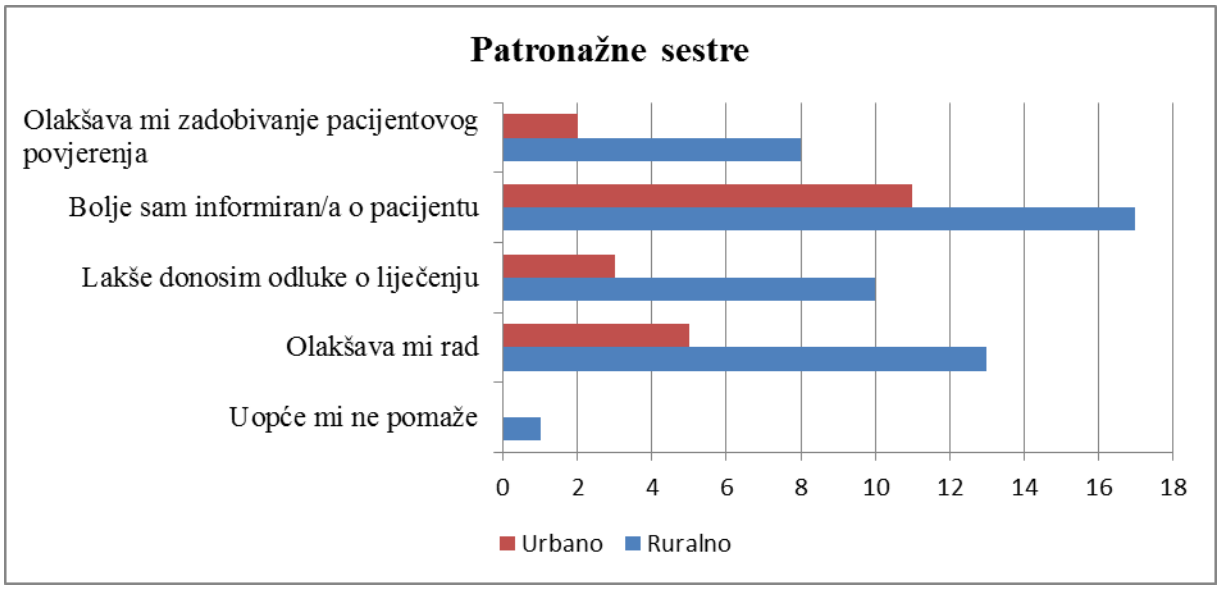
Na sljedeća tri pitanja ispitanici su mogli odgovoriti izabirući više ponuđenih odgovora. Slijedi prikaz rezultata.



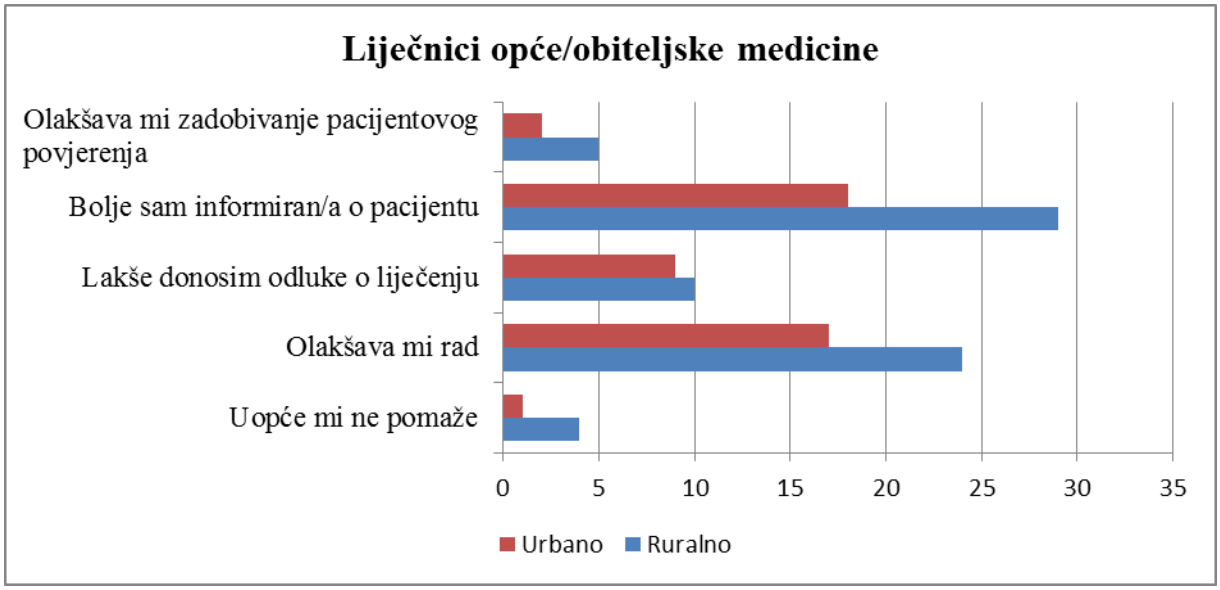
Slika 3. Prikaz mišljenja patronažnih sestara o dobrobiti komunikacije s liječnicima opće/obiteljske medicine



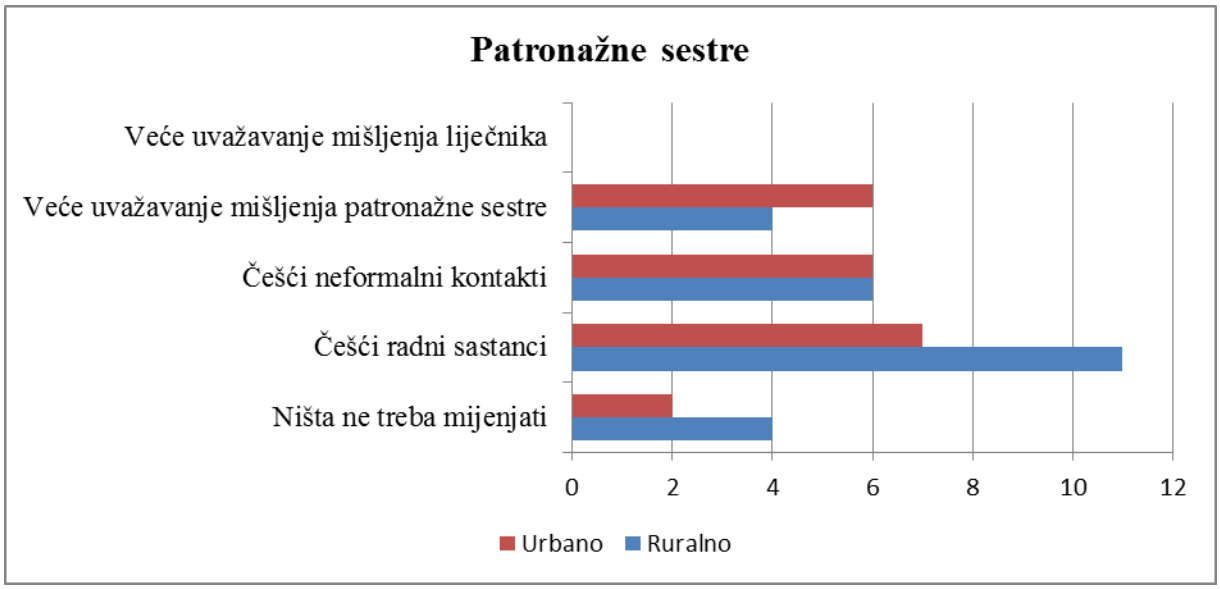
Slika 4. Prikaz mišljenja liječnika opće/obiteljske medicine o dobrobiti komunikacije s patronažnim sestrama



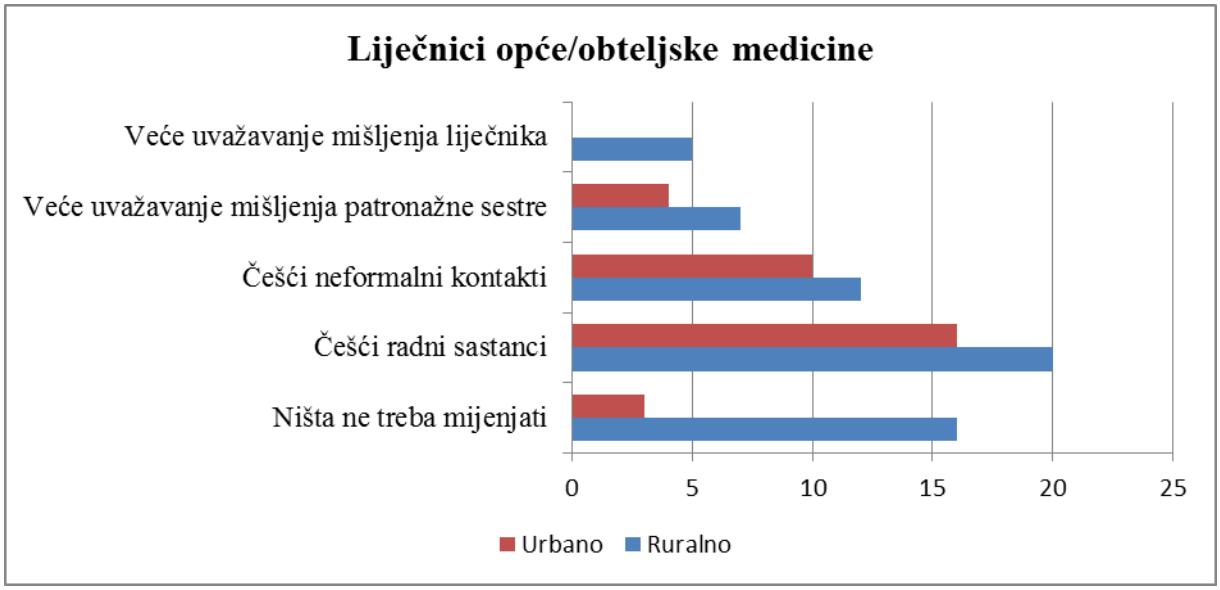
Slika 5. Prikaz mišljenja patronažnih sestara o suradnji s liječnika opće/obiteljske medicine i olakšavanju svakodnevnog rada



Slika 6. Prikaz mišljenja liječnika opće/obiteljske medicine o suradnji s patronažnim sestrama i olakšavanju svakodnevnog rada



Slika 7. Prikaz mišljenja patronažnih sestara o oblicima suradnje za unapređenje komunikacije s liječnicima opće/obiteljske medicine



Slika 8. Prikaz mišljenja liječnika opće/obiteljske medicine o oblicima suradnje za unapređenje komunikacije s patronažnim sestrama

Rezultati čije su vrijednosti prikazane slikama 3.-8., statističke razlike se ne računaju, jer postoji komplikacija s tzv. vezanim vjerojatnostima.

Prema mišljenju sestara i liječnika zajednička komunikacija doprinosi u najvećoj mjeri smanjenju zdravstvenih komplikacija i boljoj informiranosti pacijenta (slika 3. i 4.). Patronažne sestre i liječnici mišljenja su da im zajednička suradnja pomaže u boljoj informiranosti o pacijentima i olakšavanju svakodnevnog rada (slika 5. i 6.). Smatraju da bi im češći radni sastanci i neformalni kontakti mogli unaprijediti kvalitetu komunikacije (slika 7. i 8.).

4.8. Razdioba ispitanika prema motivaciji za unapređenjem komunikacije

Tablica 10. Razlika u motivaciji za unapređenjem komunikacije između patronažnih sestara i liječnika opće/obiteljske medicine u urbanim i ruralnim područjima

Ispitanici		**Pitanje: Koliko ste motivirani za daljnje unapređenje kvalitete komunikacije s patronažnim sestrama/liječnicima opće/obiteljske medicine? (n %)**					C	Prosj. rang	p *
		Uopće nisam	Uglavnom nisam	Niti jesam niti nisam	Uglavnom jesam	U potpunosti			
Pat. sestre (n=35)	Urbane (n=15)	0 (0)	0 (0)	1 (6,7)	8 (53,3)	6 (40)	4	17,90	0,961
	Ruralne (n=20)	0 (0)	0 (0)	1 (5)	11 (55)	8 (40)	4	18,08	
	Ukupno (n=35)	0 (0)	0 (0)	2 (5,7)	19 (54,3)	14 (40)	4	-	-
Liječnici (n=72)	Urbani (n=28)	0 (0)	0 (0)	1 (3,6)	19 (67,8)	8 (28,6)	4	33,05	0,217
	Ruralni (n=44)	0 (0)	0 (0)	6 (13,6)	15 (34,1)	23 (52,3)	5	38,69	
	Ukupno (n=72)	0 (0)	0 (0)	7 (9,7)	34 (47,2)	31 (43)	4	-	-
Ukupno urbani (patronažne sestre i liječnici) (n=43)		0 (0)	0 (0)	2 (4,7)	27 (62,8)	14 (32,5)	4	50,51	0,288
Ukupno ruralni (patronažne sestre i liječnici) (n=64)		0 (0)	0 (0)	7 (10,9)	26 (40,7)	31 (48,4)	4	56,34	

Legenda: C – medijan ; * Mann Whitney U test

Sestre iz urbaih i ruralnih područja uglavnom su motivirane za unapređenje kvalitete komunikacije s liječnicima, te se u tom smislu statistički značajno ne razlikuju (p =

0,961). Liječnici iz urbanih dijelova uglavnom su motivirani, a iz ruralnih u potpunosti za unapređenje kvalitete komunikacije sa sestrama, te se u tom smislu statistički značajno ne razlikuju (p = 0,217). U ruralnim i urbanim područjima motiviranost za unapređenjem kvalitete komunikacije nije se statistički značajno razlikovala (p = 0,288). Iz vrijednosti postotaka uočljiv je trend nešto veće motiviranosti kod ispitanika u ruralnom dijelu za unapređenjem kvalitete (tablica 10).

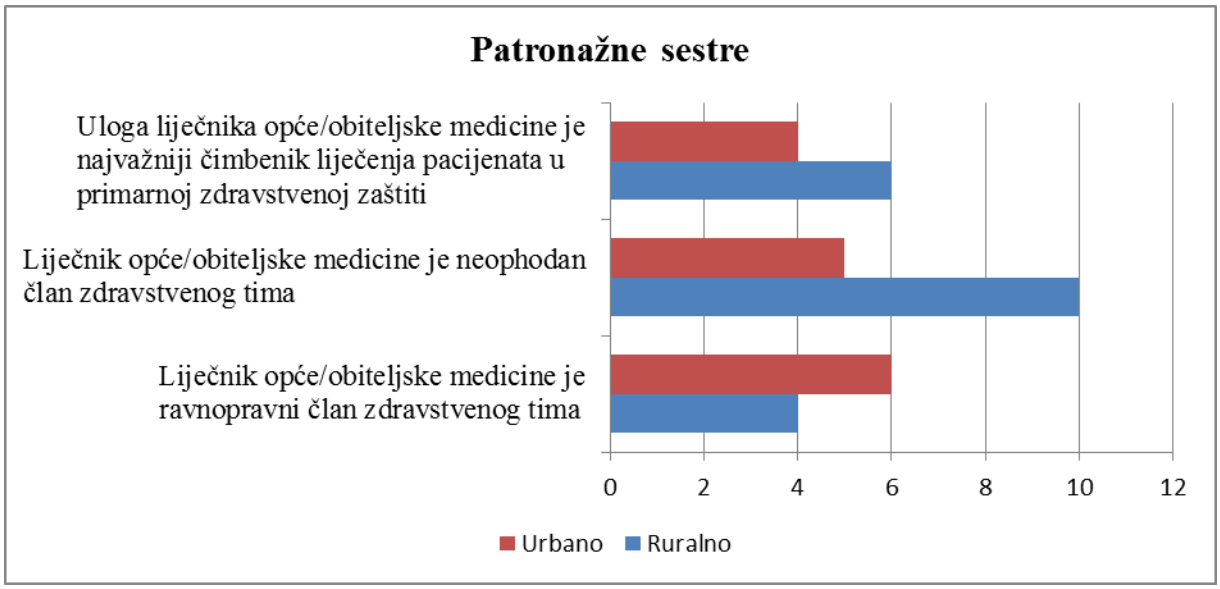
Tablica 11. Razlika u mišljenju između patronažnih sestara/liječnika opće/obiteljske medicine u urbanim i ruralnim područjima

Ispitanici		**Pitanje: Koliko se često Vaše mišljenje slaže s mišljenjem patronažne sestre/liječnika opće/obiteljske medicine? (n %)**					C	Prosj. rang	p *
		Nikada	Rijetko	Ponekad	Često	Uvijek			
Pat. sestre (n=35)	Urbane (n=15)	0 (0)	0 (0)	2 (13,3)	13 (86,7)	0 (0)	4	17,17	0,681
	Ruralne (n=20)	0 (0)	1 (5)	2 (10)	17 (80)	1 (5)	4	18,63	
	Ukupno (n=35)	0 (0)	1 (2,9)	3 (8,6)	30 (85,7)	1 (2,9)	4	-	-
Liječnici (n=72)	Urbani (n=28)	0 (0)	1 (3,6)	3 (10,7)	22 (78,6)	2 (7,1)	4	34,27	0,359
	Ruralni (n=44)	1 (2,3)	0 (0)	5 (11,4)	30 (68,1)	8 (18,2)	4	37,92	
	Ukupno (n=72)	1 (1,4)	1 (1,4)	8 (11,1)	52 (72,3)	10 (13,9)	4	-	-
Ukupno urbani (patronažne sestre i liječnici) (n=43)		0 (0)	2 (4,7)	4 (9,2)	35 (81,4)	2 (4,7)	4	50,87	0,248
Ukupno ruralni (patronažne sestre i liječnici) (n=64)		1 (1,6)	0 (0)	7 (10,9)	47 (73,4)	9 (14,1)	4	56,10	

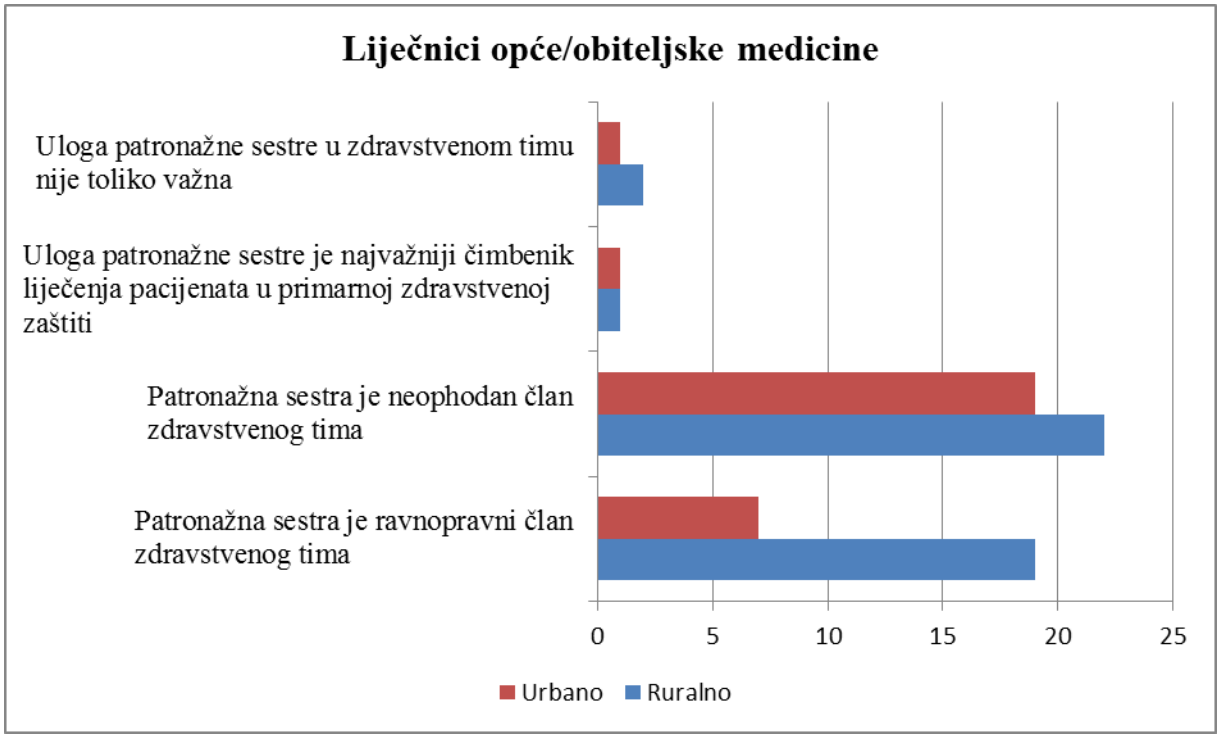
Legenda: C – medijan ; * Mann Whitney U test

Nije dokazana statistički značajna razlika u odgovorima na pitanje: „Koliko se često Vaše mišljenje slaže s mišljenjem patronažne sestre/liječnika opće/obiteljske medicine?“ između sestara urbanog i ruralnog dijela (p = 0,681) i liječnika urbanog i ruralnog dijela (p = 0,359). U tom smislu, sestre i liječnici se uglavnom slažu u mišljenjima (tablica 11).

Posljednje pitanje upitnika ispituje kako patronažne sestre/liječnici opće/obiteljske medicine ocjenjuju ulogu s drugom skupinom ispitanika u zdravstvenom timu.



Slika 9. Prikaz mišljenja patronažnih sestara o ulozi liječnika opće/obiteljske medicine u zdravstvenom timu



Slika 10. Prikaz mišljenja liječnika opće/obiteljske medicine o ulozi patronažnih sestara u zdravstvenom timu

Rezultati čije su vrijednosti prikazane slikama 9. i 10., statističke razlike se ne računaju, jer postoji komplikacija s tzv. vezanim vjerojatnostima. Sestre i liječnici se međusobno vide kao neophodni i ravnopravni članovi zdravstvenog tima. Sestre procjenjuju liječnike i kao najvažnijeg čimbenika u liječenju pacijenata, dok liječnici u ruralnom području znatno češće procjenjuju sestre kao ravnopravne članove za razliku od njihovih kolega u urbanom dijelu (slika 9. i 10.).

5. RASPRAVA

U ovom istraživanju patronažne sestre u urbanom dijelu zadarske županije u prosjeku su 13 godina starije od svojih kolegica u ruralnim dijelovima županije, stoga je očekivano da se te dobne razlike odražavaju i na radni staž pa patronažne sestre u urbanim dijelovima imaju gotovo dvostruki radni staž nego sestre u ruralnim dijelovima. Razlika u dobi liječnika je manja nego kod patronažnih sestara tako da su liječnici u urbanim dijelovima u prosjeku tri godine stariji nego liječnici u ruralnim dijelovima županije. Istraživanje koje je provedeno u dvije javne bolnice u Ateni na slučajnom uzorku od 93 liječnika i 197 medicinskih sestara pokazalo je da na komunikaciju i suradnju s liječnicima, kod medicinskih sestara utječu radno iskustvo i stručna sprema jer ne dijele iste stavove koji se odnose na učinkovitost njihove komunikacije i ulogu u procesu donošenja odluka o skrbi za pacijente. U istom istraživanju je utvrđeno da na komunikaciju i suradnju liječnika s ostalim medicinskim osobljem utječu, dob, spol i godine radnog iskustva [22]. Rezultati u ovom istraživanju ukazuju na dobnu zrelost liječnika (52 godine) i patronažnih sestara (47 godina), te dugogodišnje radno iskustvo. Liječnici u prosjeku imaju 23, a patronažne sestre 18 godina radnog iskustva. Dakle, dob i dužina radnog staža mogu doprinijeti kvaliteti međusobne komunikacije između liječnika i patronažnih sestara u zadarskoj županiji.

Patronažne sestre u urbanom dijelu imaju u prosjeku 500 pacijenata više nego što imaju patronažne sestre u ruralnom dijelu tako da sestre u urbanim dijelovima u prosjeku skrbe o 5500, a sestre u ruralnim dijelovima o 5000 pacijenata. Prema standardima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) patronažne sestre skrbe na određenom području, za 5100 stanovnika. Iako patronažne sestre u urbanim dijelovima skrbe o nešto većem broju pacijenata nego što je to propisano standardom, treba uzeti u obzir navod Mazzia [6], prema kojemu mala gustoća stanovništva i velika disperzija na terenu uvelike otežavaju rad patronažne službe te bi bilo potrebno izraditi pravilniji standard, koji bi ove zahtjeve uzeo u obzir. Prema tome, bio bi nužan manji broj stanovnika po patronažnoj sestri na područjima s većom disperzijom stanovništva, za razliku od gusto naseljenog gradskog područja, gdje je isti broj stanovnika smješten u nekoliko velikih zgrada [6].

U urbanom dijelu županije broj pacijenata po liječničkom timu je veći (2000±292,6) nego u ruralnom (1600±606,1).

Prijedlozi Koordinacije Hrvatske Obiteljske Medicine (KoHOM), za novo ugovaranje za 2014.g naglašavaju potrebu za pokretanjem umanjenja standardnih timova obiteljske medicine sa sadašnjih 1700 pacijenata po timu, na 1600 pacijenata u 2015. godini [23]. Time bi se smanjio pritisak na timove obiteljske medicine i povećala kvaliteta zdravstvene zaštite. Povećani broj pacijenata u timova urbanog dijela županije razlog je povećanog opsega posla, što posljedično može dovesti do smanjenja kvalitete komunikacije liječnika s patronažnim sestrama, a time i do pada kvalitete usluge prema pacijentima.

U ovom istraživanju utvrđen je trend češće komunikacije liječnika i patronažnih sestara u ruralnim dijelovima županije, pri čemu liječnici iz ruralnih dijelova procjenjuju da najčešće komuniciraju s jednom sestrom, dok oni u urbanim dijelovima procjenjuju da najčešće komuniciraju s dvije ili tri sestre. Bez obzira radi li se o urbanom ili ruralnom dijelu županije, patronažne sestre procjenjuju da o pacijentima komuniciraju s više liječnika. Razlozi ovih razlika su u drugačijem rasporedu rada liječnika i patronažnih sestara u urbanim i ruralnim dijelovima županije. Naime, u urbanom dijelu patronažne sestre djeluju prema rasporedu gradskih kotara, dok liječnici obiteljske medicine imaju u skrbi pacijente iz različitih dijelova grada, zbog čega veći broj patronažnih sestara surađuje s liječnikom opće/obiteljske medicine. U ruralnom dijelu patronažne sestre djeluju prema rasporedu mjesta, sela i zaseoka na sličan način kao i liječnici opće/obiteljske medicine čime manji broj patronažnih sestara (najčešće jedna) surađuje s liječnikom opće/obiteljske medicine.

Učestalost suradnje patronažnih sestara i liječnika opće/obiteljske medicine definirana je zakonom [1,2,3], a u zadarskoj patronaži se unazad nekoliko mjeseci ista suradnja počela evidentirati i u elektronskom obliku.

Patronažne sestre i liječnici opće/obiteljske medicine u urbanom dijelu najčešće komuniciraju zbog kroničnih bolesnika i bolesnika u kućnoj njezi, a njihovi kolege iz ruralnog dijela najčešći razlog uspostave komunikacije navode razmjenu informacija o svim pacijentima u skrbi. Ovakav rezultat upućuje na sveobuhvatniju komunikaciju između liječnika i patronažnih sestara u ruralnim dijelovima županije. Mertensmeyer i Coleman pronalaze razlike u životnim stilovima i vrednotama gradskih i seoskih

obitelji. Ispitanici u urbanim sredinama manje su konzervativni i više cijene ekonomske i kulturne strane života u zajednici, dok oni u selu više vrednuju obiteljske interakcije i interakcije u zajednici, ignoriraju stresove ili češće odlaze kod liječnika [24].
Bolje poznavanje obitelji u ruralnom dijelu, te članovi koje patronažna sestra i liječnik imaju u zajedničkoj skrbi s istog geografskog područja, daju bolji uvid u specifičnosti problema pacijenata, što olakšava njihovu suradnju, te poboljšava kvalitetu komunikacije.

Analiza razlika ispitanika prema načinu komunikacije ukazuje na češću komunikaciju liječnika s patronažnim sestrama telefonskim putem u urbanom u odnosu na ruralni dio županije. U ranije provedenom istraživanju o telefonskoj komunikaciji između liječnika i medicinskih sestara utvrđeni su propusti u komunikaciji s obje strane. Medicinske sestre su najčešće propustile ili pogrešno izvijestile liječnike o pozadini problema čime liječnici nisu dobili potrebne podatke. Zaključak je da ovakav oblik komunikacije nije osigurao potpunu razmjenu ključnih informacija [25]. Najbolji način komunikacije je izravni kontakt, odnosno „licem u lice“ [21] pa i u ovom aspektu izravna komunikacija liječnika i patronažnih sestara u ruralnim područjima zadarske županije čini se kvalitetnijom od one u urbanim dijelovima.
Kod urbanih ispitanika, koji najčešće prakticiraju telefonsku komunikaciju, postoji veća vjerojatnost propusta i pogrešnog razumijevanja u komunikaciji. Obzirom da je telefonska komunikacija značajno češća u urbanom dijelu, možemo zaključiti da se na tom području to odražava na kvalitetu komunikacije koja je niža u odnosu na onu u ruralnom dijelu.

Većina patronažnih sestara i liječnika u urbanom i ruralnom dijelu županije smatra da zajednička komunikacija u većoj mjeri doprinosi dobrobiti pacijenata. Prema njihovom mišljenju, dobrobit se najviše očituje u boljoj informiranosti pacijenta o bolesti i načinima liječenja te smanjenju zdravstvenih komplikacija.
Veće zadovoljstvo komunikacijom između medicinskih sestara i liječnika preduvjet je osjećaju sigurnosti pacijenta [16,17,18], te poboljšanju učinkovitosti dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvu [19].
U ovom istraživanju, prema ponuđenoj Likertovoj ljestvici zadovoljstva komunikacijom, u urbanom dijelu županije je 66,6% patronažnih sestara uglavnom

zadovoljno zajedničkom komunikacijom, dok je u ruralnom dijelu 45% u potpunosti zadovoljno. Slično je i kod liječnika opće/obiteljske medicine, gdje je u urbanom dijelu 53,6% uglavnom zadovoljno komunikacijom, a u ruralnom dijelu 45,5% u potpunosti zadovoljno. Iako razlika ne doseže razinu statističke značajnosti, uočljiv je veći postotak potpunog zadovoljstva u ruralnom dijelu u odnosu na urbani. Ovaj nalaz ponovo ukazuje na prednost rada u ruralnim dijelovima u odnosu na urbane. Zadovoljstvo na poslu i dobri međuljudski odnosi mogu imati zaštitno djelovanje na utjecaje stresa [26, 27].

Patronažne sestre i liječnici u ovom istraživanju, bez obzira na područje rada, mišljenja su da im zajednička suradnja pomaže u boljoj informiranosti o pacijentima i olakšavanju svakodnevnog rada. Smatraju da bi im češći radni sastanci i neformalni kontakti mogli unaprijediti kvalitetu komunikacije. Slično tome, liječnici i patronažne sestre u zadarskoj županiji smatraju da bi češći radni sastanci mogli imati utjecaja na poboljšanje međusobne komunikacije. Za unaprjeđenje komunikacije putem češćih radnih sastanaka motivirano je 51,4% patronažnih sestara i 50% liječnika opće/obiteljske medicine. Učestalija komunikacija ima preventivni učinak na pojavu komunikacijskih problema i frustraciju zdravstvenog osoblja [20].

Međutim, vidljiva je i motivacija za daljnjim unapređenjem suradnje. Oko polovica ispitanika u obje skupine iskazuje motivaciju za daljnje unapređenje međusobne komunikacije. U motivaciji za unaprjeđenjem suradnje nisu utvrđene razlike u urbanom i ruralnom dijelu županije iako je iz postotaka vidljivo da su zdravstveni djelatnici u ruralnim područjima u potpunosti motivirani za daljnje unaprjeđenje komunikacije. Kombinacija osnovnih elemenata rada i timskog rada, rezultira poboljšanjem zadovoljstva poslom za stručno osoblje, poboljšanjem rezultata za osiguranje kvalitete, te povećanje komunikacije između medicinske sestre i liječnika [20]. To bi značilo da se i narušeni komunikacijski odnosi mogu popraviti drugačijom organizacijom rada [21]. Istraživanje na uzorku švedskih medicinskih sestara i liječnika pokazalo je da većina ispitanika želi više interne komunikacije i individualizirani postupak odlučivanja [28].

Najveći broj liječnika i patronažnih sestara u urbanim i ruralnim dijelovima županije navodi da im se mišljenja o problemima pacijenata najčešće slažu. U tom smislu nisu utvrđene razlike u urbanom i ruralnom dijelu županije.

Istraživanje švedskih medicinskih sestara i liječnika pokazalo je razliku u njihovom mišljenju o potrebi uvođenja palijativne skrbi kod pacijenata u terminalnoj fazi. Sestre su češće smatrale potrebnim uvođenje palijativne skrbi za razliku od liječnika. Adekvatnom komunikacijom, zajedničkom dokumentacijom i edukacijom mogle bi se izbjeći razlike u mišljenju [28].

Analizom razlika ispitanika prema ocjenjivanju važnosti uloge liječnika/patronažnih sestara u zdravstvenom timu nije dokazana statistički značajna razlika. Najveći broj patronažnih sestara smatra da je liječnik opće/obiteljske medicine najvažniji, neophodan i ravnopravan član zdravstvenog tima. Liječnici opće/obiteljske medicine vide patronažnu sestru kao neophodnog i ravnopravnog člana zdravstvenog tima u onom segmentu djelatnosti kojeg obavlja.

Cilj istraživanja provedenog u Švedskoj bio je ispitati stavove patronažnih sestara i liječnika opće medicine o organizacijskim čimbenicima rada. Upitnik je poslan 554 patronažnoj sestri i 566 liječnika opće medicine. Među sestrama i liječnicima prevladavalo je pozitivno mišljenje u svezi s tradicionalnom organizacijom primarne zdravstvene zaštite. Rezultat također pokazuje jaku profesionalnu solidarnost među liječnicima, ali i njihovu zabrinutost u svezi s ulogom koju imaju u zdravstvenoj zaštiti [29].

Dobiveni rezultati ovim istraživanjem dali bi naslutit da kvalitetnija suradnja sestara i liječnika u ruralnom dijelu utječe na dobrobit pacijenata, a posljedično tome i da će pacijentovo zadovoljstvo pruženom uslugom biti veće. Stupanj zadovoljstva korisnika zdravstvenom zaštitom služi kao jedan od pokazatelja kvalitete zdravstvene skrbi. Prepoznajući i cijeneći važnost zadovoljstva korisnika, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi (MZSS) Republike Hrvatske, uz suradnju s Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo (HZJZ), provelo je validno mjerenje zadovoljstva korisnika kvalitetom u djelatnosti obiteljske medicine i tako dobilo na uvid kako korisnici procjenjuju kvalitetu zdravstvene skrbi u ovoj djelatnosti. Uspoređujući odgovore među ispitanicima o subjektivnoj kliničkoj kvaliteti i subjektivnoj kvaliteti organizacije, koji su se razlikovali po tipu/mjestu stanovanja (grad, prigradsko naselje, selo ili kuća na osami), općenito su nešto lošije ocjene od ostalih davali ispitanici koji žive na selu, a bolje ocjene od ostalih su davali ispitanici koji žive u prigradskom naselju i gradu [30].

Doprinos istraživanja: obuhvaćen veliki broj zdravstvenih djelatnika, dobivene informacije o kvaliteti komunikacije sestara i liječnika a takvih istraživanja nema u Hrvatskoj, praktični doprinos rada je implementacija rezultata istraživanja u edukacijskoj praksi zdravstvenih djelatnika, utvrđena nedostatnost komunikacije može uputiti na moguću potrebu poboljšanja pedagoške prakse, veću senzibilizaciju stručnjaka u cilju integriranja nastavnog predmeta o komunikacijskim vještinama u ranijim fazama školovanja.

Ograničenja: samoiskazne mjere, rezultati se ne mogu generalizirati na sve patronažne službe u RH, relativno malen broj ispitanika, potencijalna subjektivnost ispitanika, nedostatak sustavnog istraživanja.

6. ZAKLJUČAK

Iz postotaka i prosječnih rangova je uočljiv trend učestalije svakodnevne međusobne komunikacije u ruralnom dijelu. U tom smislu, ukazuje i rezultat na ukupnom urbanom i ruralnom uzorku koji je na granici kliničke značajnosti i koji upućuje na redovitiju i učestaliju komunikaciju liječnika i patronažnih sestara u ruralnim područjima u odnosu na urbana područja.

Liječnici i sestre u urbanim područjima češće procjenjuju da je učestalost međusobne komunikacije 3-4 puta mjesečno, dok u ruralnim područjima liječnici i sestre najčešće procjenjuju da komuniciraju od 3-4 puta mjesečno do 5-8 puta mjesečno, te je u tom smislu utvrđena statistički značajna razlika što ukazuje na učestaliju međusobnu komunikaciju u ruralnim područjima.

Prema mišljenju sestara i liječnika iz urbanog dijela razlog uspostave komunikacije su kronični bolesnici i bolesnici u kućnoj njezi. Njihovi kolege iz ruralnog dijela za najčešći razlog uspostave komunikacije navode razmjenu informacija o svim pacijentima u skrbi.

Zdravstveni radnici u ruralnom području češće koriste izravan način komunikacije u odnosu na zdravstvene radnike u urbanom području koji češće koriste komunikaciju telefonom.

Iz vrijednosti postotaka i prosječnih rangova, uočljiv je trend nešto većeg zadovoljstva kvalitetom komunikacije i motiviranost za unapređenje kvalitete komunikacije u ruralnom dijelu i kod liječnika i kod sestara.

7. LITERATURA

1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti – pročišćeni tekst. NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14.

2. Prijedlog nacionalne strategije razvitka zdravstva 2006.-2011. Zagreb: 2006.

3. Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz osnovnog zdravstvenog osiguranja – uredničkи pročišćeni tekst. NN 30/02, 51/04, 57/05, 72/05, 155/05.Ban I, Car-Čuljak I,

4. Domitrović DL, Sviben B, Tikvić M, Županić M. Smjernice za provođenje zdravstvene njege u patronaži. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara; 2013.

5. Hansson A, Arvemo T, Marklund B, Gedda B, Mattsson B. Working together-primary care doctors' and nurses' attitudes to collaboration. Scand J Public Health. 2010;38:78-85.

6. Mazzi B. Patronažna služba i obiteljski doktor. HDOD; 2011.

7. Lučanin D, Lučanin JD. Komunikacijske vještine u zdravstvu. Zdravstveno veleučilište: Naknada Slap; 2010.

8. Perinić J. Paradigma poslovne komunikacije. Sveučilišna knjižara; 2008.

9. Đorđević V, Braš M. Komunikacija u medicini – čovjek je čovjeku lijek. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.

10. Dickson D, Hargie O, Morrow N. Communication Skills Training for Health Professionals. London: Chapman & Hall; 1996. p. 422.

11. Brown JB, Lewis L, Ellis K, Stewart M, Freeman TR, Kasperski MJ. Mechanisms for communicating within primary health care teams. Can Fam Physician. 2009;55:1216-22.

12. Rouse MJ, Rouse S. Poslovne komunikacije. Zagreb: Masmedija; 2005.

13. Strandberg EL, Ovhed I, Borgquist L, Wilhelmsson S. The perceived meaning of a (w)holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2007;8:8.

14. Rabinovitch DL, Hamill M, Zanchetta C, Bernstein M. Nurse practitioner-based sign-out system to facilitate patient communication on a neurosurgical service: a pilot study with recommendations. J Neurosci Nurs. 2009;41:329-35.

15. Manojlovich M. Nurse/physician communication through a sensemaking lens: shifting the paradigm to improve patient safety. Med Care. 2010;48:941-6.

16. Holden LM, Watts DD, Walker PH. Communication and collaboration: it's about the pharmacists, as well as the physicians and nurses. Qual Saf Health Care. 2010;19:169-72.

17. Neergaard MA, Olesen F, Jensen AB, Sondergaard J. Shared care in basic level palliative home care: organizational and interpersonal challenges. J Palliat Med. 2010;13:1071-7.

18. Muller-Juge V, Cullati S, Blondon KS, Hudelson P, Maître F, Vu NV, Savoldelli GL, Nendaz MR. Interprofessional collaboration between residents and nurses in general internal medicine: a qualitative study on behaviours enhancing teamwork quality. PLoS One. 2014;25;9.

19. Agarwal R, Sands DZ, Schneider JD. Quantifying the economic impact of communication inefficiencies in U.S. hospitals. J Healthc Manag. 2010;55:265-81; discussion 281-2.

20. Taylor SP, Ledford R, Palmer V, Abel E. We need to talk: an observational study of the impact of electronic medical record implementation on hospital communication. BMJ Qual Saf. 2014;23:584-8.

21. Weeks LC, Barrett M, Snead C. Primary nursing. Teamwork is the answer. J Nurs Adm. 1985;15:21-6.

22. Matziou V, Vlahioti E, Perdikaris P, Matziou T, Megapanou E, Petsios K. Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. J Interprof Care. 2014;28:526-33.

23. http://kohom.hr/mm/?p=4080/Dostupno 2015.

24. Mertensmeyer C. Coleman M. Corelates of Inter-Role Conflict in Young Rural and Urban Parents. Family Relations. 1987;36:425-9.

25. Joffe E, Turley JP, Hwang KO, Johnson TR, Johnson CW, Bernstam EV. Evaluation of a problem-specific SBAR tool to improve after-hours nurse-physician phone communication: a randomized trial. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2013;39:495-501.

26. Finset KB, Gude T, Hem E, Tyssen R, Ekeberg O, Vaglum P. Which young physicians are satisfied with their work prospective nationwide study in Norway. BC Med educ. 2005;5:19.

27. Elfering A, Grebner S, Semmer NK, Gerber H. Time control, catecholamines and back pain among young nurses. Scand J Work Environ Health. 2002;28:386-93.

28. Löfmark R, Nilstun T, Bolmsjö IA. From cure to palliation: staff communication, documentation, and transfer of patient. J Palliat Med. 2005;8:1105-9.

29. Wilhelmsson S, Ek AC, Akerlind I. Opinions about district nurses prescribing. Scand J Caring Sci. 2001;15:326-30.

30. Stanić A, Stevanović R, Pristaš I, Tiljak H, Benković V, Krčmar N, Jovanović A, Jurlina N, Nott T. Djelatnost obiteljske medicine u Hrvatskoj – kvaliteta mjerena subjektivnim zadovoljstvom korisnika. Medicus. 2007;16:111-9.

SAŽETAK

Cilj rada: Utvrditi postoje li razlike u kvaliteti komunikacije općenito, te između urbanog i ruralnog dijela Zadarske županije, koje se odnose na učestalost, oblike, te zadovoljstvo komunikacijom između patronažnih sestara i liječnika opće/obiteljske medicine.

Ispitanici i metode: U istraživanju je sudjelovalo ukupno 35 patronažnih sestara i 72 liječnika opće/obiteljske medicine zadarske županije, koji su popunili anonimni novokonstrurani upitnik *Stavovi patronažnih sestara i liječnika opće/obiteljske medicine u zadarskoj županiji o kvaliteti međusobne profesionalne komunikacije.* Anketni upitnik sastoji se od ukupno 24 pitanja iz kojih je testirana značajnost razlika u kvaliteti komunikacije između urbanog i ruralnog dijela zadarske županije. Kod nekih je čestica bilo potrebno odgovoriti zaokruživanjem jednog ili više ponuđenih odgovora, a druge čestice su ispitanici su procjenjivali na Likertovoj ljestvici od 5 stupnjeva

Rezultati: U ruralnom dijelu zadarske županije rade mlađe patronažne sestre i liječnici opće/obiteljske medicine koji u svojoj skrbi imaju manji broj pacijenata, te koji češće surađuju za razliku od ispitanika u urbanom dijelu ($p = 0,05$). U urbanom dijelu je češća komunikacija telefonskim putem ($p = 0,001$) o kroničnim bolesnicima i bolesnicima u kućnoj njezi, dok je u ruralnom dijelu zadarske županije komunikacija najčešća izravnim putem o svim pacijentima u skrbi. Iz vrijednosti postotaka i prosječnih rangova, uočljiv je trend nešto većeg zadovoljstva kvalitetom komunikacije u ruralnom dijelu i kod liječnika i kod sestara. Najveću pomoć i suradnju prepoznali su u boljoj informiranosti o pacijentima (65,3%) i olakšavanju rada (56,9%).

Zaključak: Patronažne sestre i liječnici opće/obiteljske medicine u ruralnom dijelu zadarske županije češće svakodnevno komuniciraju izravnim putem u odnosu na urbani dio, te su zadovoljniji kvalitetom komunikacije i motiviraniji za njezino unapređenje.

SUMMARY

Objectives: To establish differences in the quality of communication in general, as well as between urban and rural areas of Zadar County, related to frequency, forms and contentment with the communication between visiting nurses and general practitioners.

Methods and respondents: As participants of this research, 35 visiting nurses and 72 general practitioners were requested to fulfill an anonymous newly produced questionnaire Views of visiting nurses and general practitioners about professional communication quality in Zadar County. Questionnaire consists of 24 questions by which, the significance of differences in the quality of communication between rural and urban areas of Zadar County had been tested. Some questions required multiple choice answers and others offered assessment on a Likert scale.

Results: Number of younger visiting nurses and general practitioners who have less patients under their care,is larger in rural areas of Zadar County. They are usually more cooperative than respondents i urban area ($p = 0,05$). In urban areas, telephone communication concerning chronic patients and patients in house care is more often ($p = 0,001$), whilst direct communication concerning all patients is more often in rural areas of Zadar County. It is noticeable from the validity of percentages and average ranks, that visiting nurses and general practitioners in rural areas are more satisfied with the quality of communication. Cooperation has shown itself beneficial especially in encreasing awareness concerning the patients (65,3%) and work facilitation (56,9%).

Conclusion: As well as being more satisfied with the quality of communication and being more motivated for its improvement, visiting nurses and general practitioners in rural areas of Zadar County cooperate better and more often than their colleagues in urban areas.

Prilog 1. Anketni upitnik za patronažne sestre

Stavovi patronažnih sestara i liječnika opće/obiteljske medicine u zadarskoj županiji o kvaliteti međusobne profesionalne komunikacije – Anketni upitnik za patronažne sestre

Uputa: Upitnik je potrebno ispunjavati odabirom jednog (ili više) od ponuđenih odgovora ili nadopunjavanjem. Molim Vas, zaokružite slovo/broj pokraj odgovora koji se odnosi na Vas.

1. **Godina rođenja:** _____
2. **Spol:** ☐ muški ☐ ženski
3. **Završeno obrazovanje:**
   - **a)** Srednja medicinska škola
   - **b)** Prvostupnik/ca sestrinstva
   - **c)** Diplomski stručni/sveučilišni studij
4. **Godine ukupnog radnog staža u zdravstvu (godine i mjeseci):** _____
5. **Na trenutnom radnom mjestu, zaposleni ste:**
   - **a)** Ugovorom na neodređeno vrijeme
   - **b)** Ugovorom na određeno vrijeme
   - **c)** Zamjena
   - **d)** Stručno usavršavanje
   - **e)** Ostalo
6. **Koliko dugo radite na sadašnjem radnom mjestu (godine i mjeseci):** _____
7. **Ambulanta liječnika s kojima najčešće surađujete nalazi se u dijelu županije:**
   - **a)** Urbanom
   - **b)** Ruralnom
8. **Teren na kojem radite nalazi se u dijelu županije:**
   - **a)** Urbanom
   - **b)** Ruralnom
9. **Koji je približan broj pacijenata koje imate u skrbi:** _____

10. Na svom radnom mjestu, koliko često surađujete s liječnicima opće/obiteljske medicine?

Nikada	Rijetko	Ponekad	Često	Uvijek
1	2	3	4	5

11. S koliko ste liječnika opće/obiteljske medicine surađivali u posljednjih 6 mjeseci?

a) Nijednim
b) Jednim
c) Dvoje
d) Troje
e) Četiri ili više

12. Od navedenog broja liječnika opće/obiteljske medicine s koliko ste njih komunicirali o pacijentima u posljednjih mjesec dana?

a) Nijednim
b) Jednim
c) Dvoje
d) Troje
e) Uglavnom sa svima
f) Sa svima

13. Koliko često inače komunicirate s liječnicima opće/obiteljske medicine o pacijentima?

a) Nikada
b) Manje od 2 puta mjesečno
c) 3 – 4 puta mjesečno
d) 5 – 8 puta mjesečno
e) Skoro svaki dan

14. Na čiju se inicijativu najčešće komunikacija uspostavlja:

a) Vašu
b) Liječnika opće/obiteljske medicine
c) Zajedničku
d) Pacijentovu
e) Nekog drugog

15. Koji je najčešći razlog Vaše komunikacije s liječnicima opće/obiteljske medicine?

a) Razmjena informacija o svim pacijentima koji su u Vašoj skrbi

b) Razmjena informacija o kroničnim bolesnicima i bolesnicima u kućnoj njezi

c) Razmjena informacija samo o bolesnicima u kućnoj njezi

d) Nešto drugo (navesti) _____

16. Komunikacija s liječnicima opće/obiteljske medicine najčešće se odvija:

a) U izravnom kontaktu

b) Telefonom

c) E-mailom, faksom

d) Na neki drugi način, koji? _____

17. U kojoj mjeri Vaša komunikacija s liječnicima opće/obiteljske medicine doprinosi dobrobiti pacijenata?

Uopće ne doprinosi	Doprinosi u manjoj mjeri	Niti doprinosi niti ne doprinosi	Doprinosi u većoj mjeri	Izrazito doprinosi
1	2	3	4	5

18. Kako Vaša komunikacija s liječnicima opće/obiteljske medicine doprinosi dobrobiti pacijenata (možete zaokružiti više odgovora)?

a) Uopće ne doprinosi

b) Pacijent je bolje informiran o pitanjima vezanim uz njegovu bolest

c) Pacijenti češće dolaze na kontrole

d) Smanjuje se vjerojatnost zdravstvenih komplikacija

e) Pacijenti lakše mogu ostvariti svoja prava

f) Nešto drugo (navesti) _____

19. Koliko ste zadovoljni kvalitetom komunikacije koju ostvarujete s liječnicima opće/obiteljske medicine?

Izrazito nezadovoljan/na	Uglavnom nezadovoljan/na	Niti zadovoljan/na niti nezadovoljan/na	Uglavnom zadovoljan/na	U potpunosti zadovoljan/na
1	2	3	4	5

20. Na koje načine Vam suradnja s liječnicima opće/obiteljske medicine pomaže u svakodnevnom radu (možete zaokružiti više odgovora)?

a) Uopće mi ne pomaže

b) Olakšava mi rad

c) Lakše donosim odluke o zdravstvenoj njezi

d) Bolje sam informiran/a o pacijentu

e) Olakšava mi zadobivanje pacijentovog povjerenja

f) Nešto drugo (navesti) _____

21. Koji bi oblici suradnje mogli unaprijediti kvalitetu komunikacije s liječnicima opće/obiteljske medicine? (možete zaokružiti više odgovora):

a) Ništa ne treba mijenjati

b) Češći radni sastanci

c) Češći neformalni kontakti

d) Veće uvažavanje mog stručnog mišljenja

e) Veće uvažavanje mišljenja liječnika opće/obiteljske medicine

f) Ostalo

(navesti)_____

22. Koliko ste motivirani za daljnje unapređenje kvalitete komunikacije s liječnicima opće/obiteljske medicine?

Uopće nisam motiviran/a	Uglavnom nisam motiviran/a	Niti sam motiviran/a niti nisam motiviran/a	Uglavnom sam motiviran/a	U potpunosti sam motiviran/a
1	2	3	4	5

23. Koliko se često Vaše mišljenje slaže s mišljenjem liječnika opće/obiteljske medicine?

Nikada	Rijetko	Ponekad	Često	Uvijek
1	2	3	4	5

24. Kako ocjenjujete ulogu liječnika opće/obiteljske medicine u zdravstvenom timu?

a) Uloga liječnika opće/obiteljske medicine u zdravstvenom timu nije toliko važna

b) Uloga liječnika opće/obiteljske medicine je najvažniji čimbenik liječenja pacijenata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

c) Liječnik opće/obiteljske medicine je neophodan član zdravstvenog tima

d) Liječnik opće/obiteljske medicine je ravnopravni član zdravstvenog tima

e) Nešto drugo (navesti) _____

Hvala vam na trudu i vremenu koje ste odvojili za ispunjavanje ovog upitnika!

Prilog 2. Anketni upitnik za liječnike opće/obiteljske medicine

Stavovi patronažnih sestara i liječnika opće/obiteljske medicine u zadarskoj županiji o kvaliteti međusobne profesionalne komunikacije – Anketni upitnik za liječnike opće/obiteljske medicine

Uputa: Upitnik je potrebno ispunjavati odabirom jednog (ili više) od ponuđenih odgovora ili nadopunjavanjem. Molim Vas, zaokružite slovo/broj pokraj odgovora koji se odnosi na Vas.

1. **Godina rođenja:** _____
2. **Spol:** ☐ muški ☐ ženski
3. **Završeno obrazovanje:**
   - **a)** Medicinski fakultet
   - **b)** Specijalizacija opće/obiteljske medicine
   - **c)** Druga specijalizacija (koja?)_____
   - **d)** Magisterij i doktorat znanosti
4. **Godine ukupnog radnog staža u zdravstvu (godine i mjeseci):** _____
5. **Na trenutnom radnom mjestu, zaposleni ste:**
   - **a)** Ugovorom na neodređeno vrijeme
   - **b)** Ugovorom na određeno vrijeme
   - **c)** Zamjena
   - **d)** Stručno usavršavanje
   - **e)** Ostalo
6. **Koliko dugo radite na sadašnjem radnom mjestu (godine i mjeseci):** _____
7. **Je li ambulanta u kojoj radite:**
   - **a)** Pod koncesijom
   - **b)** U DZZŽ
   - **c)** Ostalo
8. **Teren na kojem radite nalazi se u dijelu županije:**
   - **a)** Urbanom
   - **b)** Ruralnom
9. **Koji je približan broj pacijenata koje imate u skrbi:** _____

10. Na svom radnom mjestu, koliko često surađujete s patronažnim sestrama?

Nikada	Rijetko	Ponekad	Često	Uvijek
1	2	3	4	5

11. S koliko ste patronažnih sestara surađivali u posljednjih 6 mjeseci?

a) Nijednom

b) Jednom

c) Dvije

d) Tri

e) Četiri ili više

12. Od navedenog broja patronažnih sestara s koliko ste njih komunicirali o pacijentima u posljednjih mjesec dana?

a) Nijednom

b) Jednom

c) Dvije

d) Tri

e) Uglavnom sa svima

f) Sa svima

13. Koliko često inače komunicirate s patronažnim sestrama o pacijentima?

a) Nikada

b) Manje od 2 puta mjesečno

c) 3 – 4 puta mjesečno

d) 5 – 8 puta mjesečno

e) Skoro svaki dan

14. Na čiju se inicijativu najčešće komunikacija uspostavlja:

a) Vašu

b) Patronažne sestre

c) Zajedničku

d) Pacijentovu

e) Nekog drugog

15. Koji je najčešći razlog Vaše komunikacije s patronažnim sestrama?

a) Razmjena informacija o svim pacijentima koji su u Vašoj skrbi

b) Razmjena informacija o kroničnim bolesnicima i bolesnicima u kućnoj njezi

c) Razmjena informacija samo o bolesnicima u kućnoj njezi

d) Nešto drugo (navesti) _____

16. Komunikacija s patronažnim sestrama najčešće se odvija:

a) U izravnom kontaktu

b) Telefonom

c) E-mailom, faksom

d) Na neki drugi način, koji? _____

17. U kojoj mjeri Vaša komunikacija s patronažnim sestrama doprinosi dobrobiti pacijenata?

Uopće ne doprinosi	Doprinosi u manjoj mjeri	Niti doprinosi niti ne doprinosi	Doprinosi u većoj mjeri	Izrazito doprinosi
1	2	3	4	5

18. Kako Vaša komunikacija s patronažnim sestrama doprinosi dobrobiti pacijenata (možete zaokružiti više odgovora)?

a) Uopće ne doprinosi

b) Pacijent je bolje informiran o pitanjima vezanim uz njegovu bolest

c) Pacijenti češće dolaze na kontrole

d) Smanjuje se vjerojatnost zdravstvenih komplikacija

e) Pacijenti lakše mogu ostvariti svoja prava

f) Nešto drugo (navesti) _____

19. Koliko ste zadovoljni kvalitetom komunikacije koju ostvarujete s patronažnim sestrama?

Izrazito nezadovoljan/na	Uglavnom nezadovoljan/na	Niti zadovoljan/na niti nezadovoljan/na	Uglavnom zadovoljan/na	U potpunosti zadovoljan/na
1	2	3	4	5

20. Na koje načine Vam suradnja s patronažnim sestrama pomaže u svakodnevnom radu (možete zaokružiti više odgovora)?

a) Uopće mi ne pomaže

b) Olakšava mi rad

c) Lakše donosim odluke o liječenju

d) Bolje sam informiran/a o pacijentu

e) Olakšava mi zadobivanje pacijentovog povjerenja

f) Nešto drugo (navesti) _____

21. Koji bi oblici suradnje mogli unaprijediti kvalitetu komunikacije s patronažnim sestrama? (možete zaokružiti više odgovora):

a) Ništa ne treba mijenjati

b) Češći radni sastanci

c) Češći neformalni kontakti

d) Veće uvažavanje mog stručnog mišljenja

e) Veće uvažavanje mišljenja patronažne sestre

f) Ostalo (navesti)_____

22. Koliko ste motivirani za daljnje unapređenje kvalitete komunikacije s patronažnim sestrama?

Uopće nisam motiviran/a	Uglavnom nisam motiviran/a	Niti sam motiviran/a niti nisam motiviran/a	Uglavnom sam motiviran/a	U potpunosti sam motiviran/a
1	2	3	4	5

23. Koliko se često Vaše mišljenje slaže s mišljenjem patronažne sestre?

Nikada	Rijetko	Ponekad	Često	Uvijek
1	2	3	4	5

24. Kako ocjenjujete ulogu patronažne sestre u zdravstvenom timu?

a) Uloga patronažne sestre u zdravstvenom timu nije toliko važna

b) Uloga patronažne sestre je najvažniji čimbenik liječenja pacijenata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

c) Patronažna sestra je neophodan član zdravstvenog tima

d) Patronažna sestra je ravnopravni član zdravstvenog tima

e) Nešto drugo (navesti) _____

Hvala vam na trudu i vremenu koje ste odvojili za ispunjavanje ovog upitnika!

Prilog 3. Informirani pristanak

OBAVIJEST ZA ISPITANIKA

Poštovani,

Zamoljeni ste za sudjelovanje u istraživanju kojim se želi saznati više o kvaliteti komunikacije između patronažnih sestara i liječnika opće/obiteljske medicine zadarske županije. Istraživanje nema komercijalni karakter. Rezultati će služiti isključivo za izradu diplomskog rada.

Anonimnost svakog ispitanika je zajamčena, a sudjelovanje u istraživanju je dobrovoljno. Sve ankete će se pohranjivati papirnato, na sigurno mjesto kojemu će pristup imati samo istraživači. Informacije će se objavljivati samo u obliku rezultata istraživanja bez uporabe osobnih podataka sudionika. Svi anketni upitnici čuvat će se na sigurnom mjestu po završetku istraživanja.

Upitnik je odobren od strane Etičkog povjerenstva Doma zdravlja.

Ukoliko imate dodatnih pitanja povezanih s upitnikom, postupkom ili rezultatima istraživanja pozivam Vas da se obratite Mii Klarić, bacc.med.techn., e-mail: mklaric08@gmail.com ili na mob: 091/5090611.

Molim Vas da po završetku ispunjavanja Informiranog pristanka i Anketnog upitnika oboje pohranite u priloženu omotnicu i zatvorite!

SUGLASNOST ZA SUDJELOVANJE

Potvrđujem da sam dana _____ u _____ pročitao/pročitala ovu obavijest. Suglasan/suglasna sam da se materijali potencijalno koriste u znanstvene svrhe.

Potpis ispitanika _____ Datum _____

Životopis

Ime i prezime: Mia Klarić (rođ. Viali)
Adresa: Kožinski prilaz 6.a, 23000 Zadar
Mob: 091/50 90 611
E-mail: mklaric08@gmail.com
Rođena 03.11.1980. u Splitu, Hrvatska
Udana, majka dvoje djece.

OBRAZOVANJE
1987. - 1995. završena OŠ „Ruđer Bošković“ (pri završetku osnovnoškolskog obrazovanja promijenjeno ime u OŠ „Spinut“),
1995. - 1999. završena srednja Medicinska škola u Splitu; zvanje medicinska sestra,
1999. - 2003. završen Stručni studij sestrinstva na Medicinskom fakultetu u Rijeci s temom završnog rada: Kraniocerebralne i vertebrospinalne ozljede. Mentor: prof. dr. sc. Darko Ledić; zvanje prvostupnik sestrinstva,
2006. završeno Dopunsko pedagoško, psihološko i metodičko obrazovanje na Filozofskom fakultetu u Zadru,
2011. - upisan Diplomski studij sestrinstva na Sveučilištu u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija,

RADNI STAŽ
2005. - 2007. Opća bolnica Zadar,
2007. - Služba patronaže, Dom zdravlja Zadarske županije,
2014. - stručni suradnik na Sveučilišnom studiju sestrinstva na Sveučilištu u Zadru.

2015. - nakon završenog Diplomskog studija sestrinstva brani diplomsku radnju s temom: Značajke kvalitete komunikacije između patronažnih sestara i liječnika obiteljske medicine zadarske županija. Mentor: doc. dr. sc. Vesna Antičević, Su-mentor: dr. sc. Nataša Mrduljaš Đujić.