Stavovi roditelja o bolnici kao prijatelju djece

Bušac, Vesna

Master's thesis / Diplomski rad

2014

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:211216

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-25**

Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Vesna Bušac

Stavovi roditelja o bolnici kao prijatelju djece

DIPLOMSKI RAD

ZAGREB, 2014.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Odjelu pedijatrije Opće bolnice Šibensko-kninske županije pod vodstvom prof. dr. sc. Aide Mujkić dr.med., spec.pedijatrije i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2013./2014.

POPIS KRATICA

AKAZ – Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine

BVKJ - Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (njemačka udruga pedijatara)

DND- Društvo Naša djeca

EACH - European Association for Children in Hospital

GB - Great Britain

HUG - Help, Understanding, and Guidance for Young Families

HUMS - Hrvatska udruga medicinskih sestara

NORPEQ - Norvay Patient Experiences Questionnaire

OB – Opća bolnica

PEPC - Parent Experience of Pediatric Care

PICU - pediatric intensive care unit

QOL - Quality of life

RH – Republika Hrvatska

SAD - Sjedinjene Američke Države

SAMS - Swiss Academy of Medical Sciences

ZAP – Zufriedenheit in der Arztpraxis- Zadovoljstvo u liječničkoj ordinaciji

Djeca su za sve ljude njihov život

(Euripid)

Sadržaj

1. Sažetak 5

2. Summary 6

3. Uvod 7

3.1 Povijest zdravstvene zaštite djece 7

3.2 Oblici i način hospitalizacije djeteta danas 9

3.3 Neprimjereni postupci prema djeci u bolnicama 10

3.4 Utjecaj bolničkog liječenja na dijete 10

3.5 Uloga medicinske sestre 12

3.6 Akcija "Za osmijeh djeteta u bolnici" 12

3.7 Iz prošlosti šibenskog zdravstva 14

3.8 Odjel za dječje bolesti šibenske bolnice danas 16

3.9 Mjerenje kvalitete zdravstvene zaštite 17

3.10 Mjerenje zadovoljstva zdravstvenom uslugom 18

4. Hipoteza 24

5. Ciljevi istraživanja 24

6. Ispitanici i metode 25

6.1 Mjerni instrument 26

6.2 Metode rada- statistička obrada podataka 27

7. Rezultati 28

8. Rasprava 71

9. Zaključci 77

11. Zahvale 83

12. Literatura 84

13. Životopis 91

Stavovi roditelja o bolnici kao prijatelju djece

Vesna Bušac

1. Sažetak

Uvod: Od osnivanja prvih dječjih odjela početkom prošlog stoljeća bolnička zdravstvena zaštita djece u Republici Hrvatskoj bitno je evoluirala, no još uvijek nailazimo na neprimjerene postupke prema djeci u bolnicama. Poznato je kako psihološke teškoće djeteta kao pacijenta u bolnici, ali i roditelja, mogu otežati suradnju pri liječenju i usporiti brzinu njegova oporavka. Olakšavanje boravka djeteta u bolnici omogućava akcija "Za osmijeh djeteta u bolnici". Dječji odjel Opće bolnice Šibenik od 25.9.2009. godine nosi prestižni naslov„Prijatelja djece".

Hipoteza: Roditelji bolnički liječene djece na odjelu Pedijatrije Opće bolnice Šibenik imaju pozitivne stavove prema kvaliteti pružene zdravstvene usluge.

Cilj istraživanja: Opći ciljevi istraživanja su utvrditi roditeljsku percepciju kvalitete skrbi, prepoznati probleme s kojima se susreću tijekom boravka djeteta u bolnici i nedostatke u organizaciji koji utječu na iskustvo roditelja.

Ispitanici i metode: Istraživanje je provedeno tijekom 3 mjeseca putem upitnika, napravljenog za ovo istraživanje, na 190 roditelja bolnički liječene djece.

Rezultati: Uočena je potreba za standardiziranim i validnim mjernim instrumentom na nacionalnoj razini te alatima koji bi prikupili informacije direktno od malih pacijenata. Udio dobivenih odgovora je 87,12%. Sudjelovalo je 82% majki i 16% očeva. 57% ispitanika je srednjoškolskog obrazovanja, 40% višeg i visokog. Prosječan materijalni status izjavljuje 74% ispitanika. Prosječna dob djece iznosi 6,342 godina. Da je ovo prvo bolničko liječenje navodi 69 roditelja. Najveći udio je djece dobne skupine 1-4 godine (33%). 115 ispitanika je koristilo uslugu 24 satnog boravka uz bolesno dijete. Roditelji izvještavaju vrlo pozitivne stavove o bolničkom odjelu prijatelju djece (ukupna prosječna ocjena 4,356 mjereno na ljestvici od 1-5). Skrb medicinskih sestara dobila je vrlo visoku prosječnu ocjenu ($\overline{x}$=4,503), kao i skrb liječnika ($\overline{x}$=4,494).

Zaključak: Rezultati ovog istraživanja potvrđuju hipotezu. Prehrana, mogućnosti igre, sudjelovanja roditelja u terapijskim i dijagnostičkim postupcima, komunikacija te nedostatak zdravstvenog osoblja prepoznate su kao područja s najvećom mogućnošću za poboljšanje kvalitete zdravstvene usluge.

Ključne riječi: bolničko liječenje djece, stavovi roditelja, kvaliteta skrbi, bolnički odjel-prijatelj djece, Hrvatska

Parents Attitudes about the Child Friendly Hospital

Vesna Bušac

2. Summary

Introduction: Since the first children's hospital departments in Croatia have been established at the beginning of the previous century, the hospital care for children has evolved significantly. It is known that psychological problems of the child as a patient in the hospital (as well as parents') can cause difficulties in the treatment and slow the pace of his/her recovery. In Croatia, the action named "For Children's Smile in the Hospital" eases the child's stay in the hospital. Since September 25th, 2009 children's hospital department in Sibenik carries the prestigious title "Friend of Children".

Hypothesis: Parents of sick children treated at the Deparment of Pediatrics hospital in Sibenik have positive attitudes towards the quality of health care services.

Objectives of the research: The general aims of this study were to determine parental perceptions of quality of care, identify problems encountered during the child's stay in hospital and shortcomings in the organization that affect the experience of parents.

Examinees and methods: The study was conducted during a three months period through questionnaires devised for this study. 190 parents of hospitalized children took part in the study.

Results: The need for a standardised and valid measuring instrument on a national scale has been noticed (as well as the need for tools that would gather information directly from young patients). There was 87.12% participation rate. 82% of mothers and 16% of fathers participated in the research. The average age of children is 6.342 years. The largest proportion of children is between ages 1-4 (33%). 115 respondents used the service of 24-hours-stay with a sick child. Parents reported very positive attitudes about "Friend of Children" hospital department (overall average score is 4.356 measured on a scale 1-5). The care of nurses received a very high average rating ($\overline{x}$=4.503) as well as the care of doctors ($\overline{x}$=4.494).

Conclusion: Results of this study confirm the hypothesis. Food, the possibility of playing games, parental involvement in therapeutic and diagnostic procedures, communication and lack of health care personel have been identified as areas with the greatest possibility for improvement of the quality of health services.

Keywords: hospital treatment of children, parent's attitudes, quality of care, hospital department – Friend of Children, Croatia

3. Uvod

3.1 Povijest zdravstvene zaštite djece

Povijest zdravstvene zaštite djece u svijetu tužna je priča koja je trajala stoljećima. Nahodišta nisu bila zdravstvene ustanove, ali ipak daju uvid kakva je bila skrb za dijete te čine jedan fragment u mozaiku socijalne pedijatrije. Nahodišta su bila poglavito ustanove za prihvaćanje i zbrinjavanje napuštene djece. Kasnije se njihova funkcija proširila na brigu o nezakonitoj djeci, a i na vid borbe protiv čedomorstva. Prvim nahodištem smatra se ono u Milanu koje je otvorio nadbiskup Dateo (Datheus) 785. godine, zabrinut brojem napuštene dojenčadi izložene na ulici. Tijekom njihova postojanja pokazalo se da su ona imala vrlo malo veze s medicinom. Poticaji za njihov nastanak nisu bili medicinski, već uglavnom vjerski. Teški uvjeti života u nahodištima objašnjavaju višu smrtnost djece u njima, unatoč općenito visokoj smrtnosti djece u to doba. Papa Inocent III ustanovio je 1198. godine u Rimu nahodište u bolnici Ospedale di San Spirito kako bi riješio pitanje napuštene djece i čedomorstvo. Na to ga je posebno navelo što je "hodajući obalom Tibera susretao ribare koji bi u mrežu manje sakupljali ribu, a više nasilno utopljenu dojenčad"(Škarica 1986). Blizina i utjecaj talijanskih zemalja uvjetovali su da se kod nas, u Dalmaciji, otvore prva nahodišta.

Prvo nahodište osnovano je u Zadru oko 1409. godine. Djeca su se tamo primala pomoću naprave koja se zvala "obrtaljka". Zvali su je još i busola, kolo, kotač, tour, ruota, drehlade. Obrtaljka je drveni cilindar koji je na jednom kraju šupalj. Okreće se oko svoje osi. Nepoznata bi osoba dijete donosila obično noću i stavila ga u spomenutu šupljinu obrtaljke, pozvonila i najčešće pobjegla. Tada bi službena osoba okrenula kotač prema unutra i primila dijete. Sve se odvijalo noću da ne bi netko vidio onoga tko je dijete donio. Za podrijetlom nahoćeta nije se smjelo tragati. Prema broju nahoda, Dalmacija je bila među prvima u Europi. Godine 1881. u Dalmaciji je na 453.000 stanovnika postojalo 5 nahodišta. Nebriga o nahodima, siromaštvo i nečistoća, bili su takvi da su utjecali na zdravlje i smrtnost djece. Ona je ponegdje iznosila i do 95%. Nastojanja da se smrtnost smanji bila su različita. Često su mnogu djecu, uz novčanu naknadu, davali seljacima na prehranu i njegu. Materijalna briga o nahodištima i njihovo izdržavanje bili su različiti. Sve je ovisilo o materijalnom stanju grada ili pokrajine. U prvo su vrijeme o njima vodili brigu svećenici, odnosno Crkva, drugi put lokalne vlasti, a nekada karitativne ustanove. Nahodišta su živjela uvijek u siromaštvu, a siromaštvo i smrtnost su povezani. Iznimka je bio Dubrovnik za vrijeme postojanja Republike gdje se stanje jako popravilo 1827. godine, skoro 400 godina nakon osnivanja prvog nahodišta u Dubrovniku 09.02.1432. (Kralj-Brassard 2012). Tada su se spojili: rodilište, nahodište i primaljska škola.

O njezi nahoda brinule su dojilje. Plaćanje dojilja bilo je posebno, vrlo složeno pitanje. Neko vrijeme umjesto novca dobivale su samo dvopek, stoga mnoge dojilje nisu htjele dojiti u nahodištu. Na to su pristajale samo žene slabijeg ponašanja, istrošene od bijede i starosti. Mnoge su majke pomišljale kako je dijete bolje ubiti nego ga dati u nahodište. Stoga je i porastao broj čedomorstava, a baš su zbog njih uglavnom i osnivane ove ustanove (Perović 2005). U pomanjkanju humanog mlijeka, nahočad su hranili kozjim ili kravljim. Zanimljiv je zapis o praksi Alfonsa Le Roya, liječnika i jednog od osnivača francuskih nahodišta. On je svako jutro puštao koze u dojenačku sobu, gdje su krevetići bili na podu, i svaka je koza točno poznavala "svoje dojenče", prinijevši mu svoje vime (Perišić 1995). Označavanje nahoda bio je neljudski, jezoviti čin. Dijete se obilježavalo užarenim željezom (pečatom) baš kao što se, ne tako davno, obilježavala stoka. Odmah nakon krštenja djeteta, priorica bi pozvala gradskog kirurga da obilježi nahoče slovom P, što je bilo prvo slovo riječi *pieta* (milost) ili *publicus* (javan). On bi to izvršio usijanim željezom, utisnuvši ga na potplatu, stvorivši tako „trajan znak". Svrha toga bila je izbjegavanje prijevara, posebno podmetanje drugog djeteta umjesto nahoda, jer se za nahode dobivala "hranarina". Kao zamjena takvom označavanju uvedena je kožna traka (*stringa del cuoio* ili *cordoncino*) preko ramena i pazuha, zapečaćena olovom i pečatom komisije. Najbolji odnos prema nahodima u našim krajevima, kao i najbolji životni uvjeti nahočadi bili su za vrijeme francuske vladavine pod upravom generalnog providura Vicka Vinzenca Dandola. Uz poboljšanja u sudstvu, prosvjeti i zdravstvu, Dandolo je mnogo napravio i za nahodišta. Njegova izjava o ovim ustanovama jedna je od najstrahovitijih:"U zadnjih 10 godina u nahodište je primljeno 603 djece od kojih je još četvero živo. U nahodištima vlada bezosjećajnost, nehumanost i barbarstvo dostojno divljeg naroda. To je zaražena rupa bez prozora i bez zraka, u njoj se nalaze dvije kolijevke koje su dva mučilišta. Jedna, rijetko dvije žene daju usahlu dojku petorici, šestorici moribundnih kostura povijenih u zaražene dronjke. To je špilja u koju se ulazi puzeći." (Jelić 1963). Postupno, pogotovo u drugoj polovici 19. stoljeća, pojavljuju se namjere za ukinućem nahodišta. Zadarsko, kojemu je uz talijansku okupaciju život produžen, postoji i dalje sve do 1944. godine. Tada su sva djeca, neposredno prije pada Njemačke, jednim parobrodom prebačena u Italiju. Bilo je to zadnje nahodište poznato u Europi (Perović 2005).

Do početka prošlog stoljeća bolnice i sirotišta su se poistovjećivala. Razvojem kirurgije, djeca na kirurškim odjelima su donekle dobivala status bolesnika u bolnici, no na internim odjelima su ležala među prosjacima, starcima, kronično i akutno bolesnom sirotinjom.

Kasnije je dječjih bolnica i odjela sve više, ali i dalje s naglašenom socijalnom notom, pa su se do početka XX stoljeća u bolnicama liječila samo siromašna djeca. Higijena je bila osrednja, superinfekcije smrtonosne, a internistička pomoć bolesnom djetetu oskudna.
U našoj zemlji prva, dječja ustanova –Kindersanatorium- osnovana je 1897. godine u Opatiji, prvi dječji odjel 1904. u Zagrebu, u tadašnjoj Bolnici Milosrdnih sestara. Osnovao ga je dr. Radovan pl. Marković, naš prvi educirani pedijatar. Godine 1908. organizirana je izvanbolnička zdravstvena zaštita - prvi dječji ambulatorij. 1923. godine osnovana je Klinika za pedijatriju na Medicinskom fakultetu u Zagrebu (Grgurić 2005).

3.2 Oblici i način hospitalizacije djeteta danas

Danas postoji 6 tipova organizacije hospitalizacije djeteta:

- Opće dječje bolnice
- Dječji odjeli u općim bolnicama
- Specijalne dječje bolnice
- Dječji odjeli u specijalnim bolnicama
- Dječje bolnice za rekonvalescente
- Dječje sobe ili odjeli u sklopu drugih specijalnosti

U planiranju broja bolničkih postelja za djecu uzima se normativ 0,5 postelja na 1000 stanovnika. Taj broj ima tendenciju smanjivanja. Preporučuje se da srednja iskorištenost posteljnog fonda bude 75-85%. Prosječno trajanje bolničkog liječenja ima tendenciju smanjivanja, zahvaljujući boljoj polikliničkoj konzilijarnoj zaštiti.

Na bolničko liječenje djeteta vrlo snažno djeluju socijalni čimbenici te se na osnovi socijalnih i zdravstvenih parametara može utvrditi rizično dijete. Najčešći socijalni razlozi su- loše stambene prilike, velike obitelji s više od petero djece, razbijena obitelj, socijalna neadaptacija na nove prilike, starost majke, alkoholizam i druge ovisnosti, neregulirani rad majke izvan kuće, neželjeno dijete i siromaštvo. Zdravstveni činitelji koji mogu utjecati na češće bolničko zbrinjavanje djeteta su: niska porodna težina, kongenitalne malformacije, porođajne traume i bolesti stečene intrauterino. Dječaci se češće zbrinjavaju u bolnici od djevojčica. Posebna pažnja se posvećuje ponovljenom bolničkom liječenju. Povratak u bolnicu zbog pogrešne dijagnoze vrlo je rijedak. Većinom je razlog pogoršanje zdravstvenog stanja, kao posljedica loših socijalnih prilika u kojima dijete živi. Radi sprječavanja ponovljenog bolničkog liječenja potrebno je djetetu i roditeljima već za vrijeme boravka u

bolnici pomoći raznim zdravstveno odgojnim mjerama te nizom akcija patronažne službe i socijalnih radnika (Savez društva Naša djeca i sur. 2000).

3.3 Neprimjereni postupci prema djeci u bolnicama

I danas se u bolničkoj skrbi i liječenju djece lako mogu uočiti i prepoznati brojni neprimjereni postupci prema djeci u bolnicama:

- odvajanje djece od roditelja, osobito tijekom izvođenja invazivnih postupaka;
- ozračje u bolnici koje nepovoljno djeluje na dijete;
- uskraćivanje sredstava protiv boli zbog straha od navikavanja;
- uskraćivanje djetetu i roditeljima obavijesti i objašnjenja o bolesti i načinu njezina liječenja;
- uporaba pomagala za imobilizaciju djece pri izvođenju invazivnog postupka, bez obzira je li postupak bolan ili nije ili ga dijete takvim doživljava;
- neprimjerena uporaba bolnih dijagnostičkih i terapeutskih postupaka (Grgurić i Zakanj 2002).

Metodična, kompletna i praktična zdravstvena skrb najmanjih i najranjivijih dijelova društva trebala bi biti zadaćom cijele zajednice. Svi sudionici u promociji zdravlja djeteta i obitelji usmjerene skrbi trebali bi imati isti cilj- biti prijatelj, zaštitnik i zagovornik djeteta. Za to je potrebno promijeniti stavove. Dijete je cjelovita osoba od početka svog života (Šumanović-Glamuzina i sur. 2013).

3.4 Utjecaj bolničkog liječenja na dijete

Liječenje djeteta u bolnici poseban je oblik zdravstvene zaštite uz koji se, osim stručnih, vežu i posebni psihološki i socijalni problemi. Uz pozitivni učinak, tj. liječenje same bolesti, boravak djeteta u bolnici ima i negativni utjecaj na dijete koji se odražava na njegovu osobnost. U bolnici je pojedincu narušen uobičajeni životni ritam, postoji visoki stupanj ovisnosti o drugome i uznemirujući događaji (Serafino 1994).

Bolesno dijete u bolnici doživljava strah i tjeskobu više nego li odrasli zbog često bolnih dijagnostičkih i terapijskih postupaka i boravka u nepoznatoj okolini. Osjećaje i zbivanja u bolnici dijete teže razumije zbog dobi i razine psihosocijalnog razvoja. Sudjelovanje roditelja u njezi djeteta kupanjem, hranjenjem i dojenjem te boravak uz dijete tijekom dana i praćenje na različite konzilijarne preglede i dijagnostičke postupke, nije bilo uobičajeno. Danas je poznato kako psihološke teškoće djeteta kao pacijenta u bolnici, ali i roditelja (bez obzira na uzroke djetetove bolesti), mogu otežati suradnju pri liječenju, a razina tjeskobe roditelja i

posljedično razina tjeskobe bolesnog djeteta može usporiti brzinu njegova oporavka (Ferguson 1979).

Svako odvajanje djeteta od roditelja za njega je zastrašujuće, zabrinjavajuće i tužno. Osim odvajanja malog djeteta od roditelja, neugodnost situacije pojačavaju i dodatni problemi vezani uz simptome bolesti, naročito doživljavanje boli, neugodni dijagnostički i terapijski postupci te neugodnost bolničke okoline koji vode osjećaju tjeskobe.

Posebno u predškolskoj dobi dijete je u bolnici uplašeno zbog odvojenosti od roditelja, ograničavanja kretanja i nedostatka normalnih aktivnosti (igre) (Havelka 2002; Thompson 1989). Ne tako davno, posjeti roditelja, braće i sestara bolesnoj djeci bili su onemogućeni ili ograničavani.

Sredinom dvadesetog stoljeća, zdravstveni djelatnici i svi stručnjaci koji rade s djecom shvatili su da bolničko liječenje može dovesti da dijete nakon liječenja, iako tjelesno zdravo, pati od psihičkih posljedica. Do tada je bilo uobičajeno da djeca odlaze u bolnicu potpuno neinformirana o tome što se s njima događa i što ih čeka (Lansdown 1996). Nisu imala mogućnosti za igru, a boravak u bolnici je trajao znatno duže nego danas.

Negativni stavovi roditelja mogu imati loš utjecaj na simptome bolesti, učinkovitost liječenja, trajanje boravka u bolnici te na suradnju sa zdravstvenim djelatnicima.

Krajem XX stoljeća pokušavaju se odstraniti negativni utjecaji i stvoriti što humaniji odnosi u postupku prema djetetu u bolnici.

Suvremena humanizacija bolničkog liječenja djece teži ostvarivanju individualnog pristupa svakom djetetu s mogućnošću svakodnevnih posjeta roditelja, pripomoći roditelja u njezi i liječenju te uključivanja pedagoških, kulturno–zabavnih sadržaja i igre tijekom boravka u bolnici. Arhitektonsko oblikovanje modernih dječjih bolnica također ima zadatak da djetetu učini boravak ugodnijim. Sobe su vedrih boja, zidovi ukrašeni veselim crtežima, u sklopu odjela postoje igraonice s puno igračaka i igara na raspolaganju (Roganović 2006).

Psihološke potrebe djece u bolnici u praksi zadovoljavaju posebni programi i akcije. U Sjedinjenim Američkim Državama i Kanadi, programi usmjereni psihosocijalnim potrebama djece u bolnici, počeli su se razvijati nakon Treće deklaracije o pravima djeteta šezdesetih godina prošlog stoljeća. Jedan od najpoznatijih takvih programa je „Child life“ (American Academy of Pediatrics 2000). „Child life“ programi postali su standard u velikim pedijatrijskim sredinama s naglaskom na psihosocijalne aspekte koji se pridružuju bolničkom liječenju ili drugim oblicima zdravstvenih usluga. Programi olakšavaju snalaženje i prilagodbu djece i obitelji u 3 osnovna područja:

1) mogućnost igre,

2) odgovarajuće informacije o događajima i postupcima,

3) uspostavljanje terapijskog odnosa sa djetetom i roditeljima kao pomoć u uključivanju obitelji u njegu svakog djeteta.

Iako ostali članovi zdravstvenog tima dijele psihosocijalne brige o djetetu i obitelji, za poseban oblik psihoterapeuta, „Child life“ stručnjaka, to je primarna uloga.“Child life“ stručnjak usmjeren je na prednosti i smisao dobrobiti djece, promicanje njihovog optimalnog razvoja i smanjenje negativnih učinaka dječjih iskustava u bolničkim uvjetima. Savjet za bolničku skrb Američke pedijatrijske akademije smatra kako je program „Child life“ osnova kvalitetne brige za djecu koja se liječe u bolnici (American Academy of Pediatrics 2000).

3.5 Uloga medicinske sestre

Nužno je provoditi pripremu djece i roditelja za boravak u bolnici i medicinske postupke te raznim pristupima humanizirati i olakšati boravak u bolnici. Prvi korak u ostvarivanju navedenog je da su sami zdravstveni djelatnici, a naročito medicinske sestre dobro educirani. Posebna pažnja treba se posvetiti razdobljima kroz koja prolaze djeca tijekom prilagodbe na bolničku sredinu, najčešćim reakcijama te načinima suočavanja sa stresom djece različite dobi, posljedicama bolničkog liječenja, pojavom i simptomima hospitalizma te njegovoj prevenciji i simptomima separacijske tjeskobe.

Potrebno je prepoznati djecu koja su posebno osjetljiva. To su jedinci i mlađa djeca, djeca koja inače loše reagiraju na strane osobe, koja već imaju traumatska separacijska iskustva (npr. tek su pošla u školu ili se rodilo novo dijete u obitelji), djeca čije majke prigodom odlaska u bolnicu otvoreno iskazuju prekomjernu zabrinutost ili nezainteresiranost, djeca koja negativno reagiraju na pokušaje odraslih da s njima komuniciraju (Havelka 2002).

Neke od uloga medicinske sestre na dječjem odjelu su: olakšavanje prilagodbe djeteta na bolničku sredinu tj. individualna prilagodba skrbi i komunikacije svakom djetetu, provođenje psihološke pripreme djece za sve medicinske postupke, usmeno i pismeno pružanje informacija, demonstracije, terapija igrom, tehnike odvraćanja pažnje, modeliranje uz pomoć vršnjaka, trening vještina suočavanja – relaksacija, vođena imaginacija, pozitivne misli i drugo (Dahlquist 1997).

3.6 Akcija “Za osmijeh djeteta u bolnici”

Kaže se da je XX stoljeće – stoljeće djeteta, jer su u tom razdoblju prihvaćene Deklaracija o pravima djece, te 1989.g. i Konvencija o pravima djeteta, kao svojevrstan putokaz za odnos prema djeci.

Brojne su inicijative na svjetskoj razini za humanizaciju bolničkog liječenja djece. UNICEF i Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) pokrenuli su 1989.g. širom svijeta inicijativu za što veće prihvaćanje dojenja. To je sada već poznata i kod nas postojeća akcija „Bolnice (rodilišta)-prijatelji djece“ (Baby Friendly Initiative – BFI). Inicijativa je bila dobro prihvaćena te se oblikuju i novi programi. U mnogim dijelovima svijeta dolazi se do novih spoznaja na području medicine, ali se ne vodi dovoljno računa o potrebama djece u cjelini, već postoji tendencija k usmjeravanju pozornosti samo na tijelo i bolest, zanemarujući pri tom učinke liječenja na djetetove emocije i na to kako će se ono ubuduće osjećati.

U Republici Hrvatskoj olakšavanje boravka djeteta u bolnici omogućava akcija “Za osmijeh djeteta u bolnici”. Polazeći od Konvencije UN o pravima djeteta te primjenjujući Europsku povelju o djeci u bolnici koju je donio Europski parlament 1986. godine, zajednički od 1999. godine pokreću i vode akciju: Savez društava "Naša djeca", Hrvatsko društvo za preventivnu i socijalnu pedijatriju i Hrvatska udruga medicinskih sestara (HUMS) - pedijatrijska sekcija. Njezin cilj je humanizacija bolničkog liječenja djece individualnim pristupom uz mogućnost svakodnevnih posjeta roditelja, pripomoći roditelja u njezi i liječenju te pedagoško, kulturno-zabavnih sadržaja i igre djece u bolnici (Paravina 2001).

Akcija „Za osmijeh djeteta u bolnici“ odnosi se na djecu od rođenja do završetka osnovnog školovanja. Provodi se kontinuirano tijekom godine, u vremenu dok djeca borave u bolnici, zajedničkim sudjelovanjem medicinskog osoblja i vanjskih stručnih i društvenih suradnika iz redova Društva naša djeca (DND) i drugih udruga i ustanova. Program akcije ima 12 načela odnosno 73 zahtjeva koje bolnica, koja se odluči sudjelovati treba izvršiti, a kao znak i potvrdu da je u tome uspjela, nakon nalaza Prosudbene komisije Središnjeg koordinacijskog odbora akcije, dodjeljuje joj počasni naziv: Bolnica ili Dječji odjel bolnice – prijatelj djece. Za dobivanje navedenog naziva, dječji odjel treba provesti, među ostalim, ove zahtjeve:

1. Izrada i objava godišnjeg plana o sudjelovanju u akciji
2. Prihvat djeteta u bolnicu samo kada je to za dijete najbolje rješenje
3. Maksimalno smanjivanje boravka djeteta u bolnici
4. Holistički pristup liječnika bolesnom djetetu
5. Sestrinska skrb o bolesnom djetetu - dopunska edukacija medicinskih sestara
6. Primjena suvremenih medicinskih standarda za boravak djeteta u bolnici
7. Pristup svakom djetetu kao pojedincu s njegovim vlastitim potrebama
8. Omogućiti posjete roditelja svakodnevno
9. Sudjelovanje roditelja u njezi i liječenju djeteta

10. Provedba pedagoških i kulturno – zabavnih sadržaja za djecu u bolnici
11. Igra i aktivnosti koje sama djeca odabiru i u njima sudjeluju
12. Oplemenjivanje bolničkog okruženja

Subjekt u ovoj akciji je bolesno dijete koje se kraće ili duže vrijeme nalazi u bolnici. Tada o njemu zajedno brinu: liječnici, medicinske sestre, roditelji, članovi DND i drugi angažirani suradnici. Ona spaja i objedinjuje medicinsku pomoć i psiho-socijalnu podršku s namjerom da djeci boravak u bolnici bude ljepši i lakši.

Uključivanje u akciju je dobrovoljno. Potrebno je donijeti odluku o uključivanju, organizatoru dostaviti zajedničku izjavu o prihvaćanju cilja i programa akcije, utvrditi svoj program i izvedbeni plan, tj. mjere, nositelje i rokove za realizaciju. Slijedeći je korak samoocjenjivanje ispunjavanjem upitnika na početku programa, nakon prve ili više godina, sve dok ne udovolji na najmanje 80% propozicija ove akcije (Savez društva Naša djeca i sur. 2000).

Od 31 rodilišta u Republici Hrvatskoj, njih 29 je ocijenjeno i dobilo naziv „Rodilište-prijatelj djece“ .

Od 37 dječja odjela u Hrvatskoj njih 28 nosi naziv „Dječji bolnički odjel-prijatelj djece“ (Grgurić 2014.)

3.7 Iz prošlosti šibenskog zdravstva

Uz burnu povijesno-političku i kulturnu prošlost grad Šibenik ima zanimljivu i bogatu „medicinsku povijest“. Prvi pisani dokumenti kazuju da su već u XIII. stoljeću Bribirski knezovi imali svoje osobne liječnike. Postoje oskudni pisani i slikovni zapisi liječnika koji su u XIV. i XV. stoljeću radili u Šibeniku. Od 1412.godine osnivaju se prve zdravstvene ustanove tzv. „hospitali“. To su i za ondašnje vrijeme neugledne i zapuštene ustanove, koje su više služile za zbrinjavanje bolesnih i napuštenih, a manje za liječenje.

Iako je u gradu bila organizirana zdravstvena zaštita stanovništva, zdravstvena zaštita djece je neorganizirana, pa su pobolijevanje i smrtnost bili ogromni. Djeca nisu imala posebnu zaštitu, niti su postojali liječnici koji su se bavili zaštitom zdravlja djece. Velik udio oboljele djece, visoka smrtnost (više od 300‰), kao i značajan broj napuštene djece utječu da se počinju otvarati nahodišta. Prvo takvo prihvatilište za bolesnu i napuštenu djecu u Šibeniku otvoreno je za vladavine Mlečana 1612. godine. Drugo je osnovano za francuske vladavine 1808.godine. Dalmatinski je sabor još 1880.godine donio odluku da se u Šibeniku izgradi Pokrajinska bolnica s ludnicom. Nova je, za ono vrijeme vrlo moderna bolnica paviljonskog tipa, svečano otvorena 24. lipnja 1883.godine. Tek izgradnjom „nove bolnice“ izvan gradskih

zidina Šibenik dobiva, za ono vrijeme, suvremenu bolnicu. Do 1892.godine nije bilo podjele na odjele, a onda se odvajaju internističke od kirurških struka (http://www.bolnica-sibenik.hr). 1916. godine nahodišta su dodijeljena bolnici. Tek iza Drugog svjetskog rata takve se ustanove ukidaju, osnivaju se nove suvremene dječje bolnice, dispanzeri, vrtići i jaslice, uz liječnike koji se bave isključivo zdravstvenom zaštitom djece. 15.ožujka 1945. godine u Općoj bolnici Šibenik osnovan je Dječji odjel pod vodstvom dr. Nike Simovića koji se školovao i specijalizirao pedijatriju na Klinici za dječje bolesti u Zagrebu, kod profesora Mayerhofera i Skrivanelija. Bio je jedini pedijatar u Šibeniku, a jedan od dva u Dalmaciji. Od samog početka, uz dječje krevete bilo je osigurano prvo 4, a kasnije i 10 kreveta u paviljonu za majke (maternite). Cjelodnevni boravak majki uz dijete, posebno majki dojilja imao je pozitivne zdravstvene i prosvjetiteljske rezultate u zdravstvenoj zaštiti djece, posebno dojenčadi. Taj potez, gledano iz sadašnjeg vremena, bio je vizionarski i preteča današnjih projekata humanizacije dječjih odjela.

14. ožujka 1946. godine osniva se i Dječji dispanzer, kao sastavni dio odjela. Dr. Simović je omogućio osnivanje i funkcioniranje ustanova koje su se bavile isključivo zaštitom djece, a uvođenjem „maternitea“ i zaštitom majke i djece. Prvih godina radi sam, a pomaže mu 10 priučenih bolničarki. Prva školovana medicinska sestra dolazi na Odjel 1947. godine. Postupno se povećava broj školovanih liječnika, te srednjih i viših medicinskih sestara. Već 1949. godine započinje po opsegu skroman, ali ipak redovit rad medicinske sestre u dispanzeru u smislu patronaže i kućnih posjeta. Kao rezultat rada dr. Simovića i rada djelatnika dječjeg odjela i dispanzera dojenačka smrtnost je smanjena s tadašnjih 100‰ na sadašnjih 3,3‰ (HZJZ 2012). Od svog osnutka do danas, organizacija Dječjeg odjela i dispanzera doživjeli su brojne promjene (Sirovica i sur. 2005).

Stacionarni dio je tada imao 18 bolesničkih kreveta, čiji se broj prema procjenama incidencije i prevalencije pedijatrijske patologije, prema potrebama liječenja i na osnovi novih saznanja na području dijagnostike i liječenja, povećao na 32, a kasnije na 64 kreveta. Postupno se broj kreveta smanjivao na 32, a sada je od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje odobreno 18 bolesničkih kreveta, što zadovoljava potrebe Šibensko-kninske županije za liječenje bolesne djece.

Dječji odjel Opće bolnice Šibenik prijavio se u akciju „Za osmijeh djeteta u bolnici“ još 8. srpnja 1999. godine, no do prestižnog naziva prošlo je punih 10 godina te je status dobiven 25. rujna 2009. godine. Bilo je potrebno pričekati obnovu Odjela za dječje bolesti, povratak s privremene dislokacije tijekom rekonstrukcije te uređenje prostora.

3.8 Odjel za dječje bolesti šibenske bolnice danas

Na Odjelu za pedijatriju OB Šibenik, provodi se zbrinjavanje akutno i kronično bolesne djece, koje u liječenje i zdravstvenu njegu zahtijeva najsuvremenije dijagnostičko – terapijske postupke.

Služba Pedijatrije funkcionira u samostalnoj zgradi u krugu Opće bolnice, na dvije etaže. U prizemlju se nalazi ambulanta za hitni prijem, dnevna bolnica s odobrenih 6 ležećih mjesta te subspecijalističke ambulante. Na prvom katu je stacionarni dio koji se dijeli na-neonatologiju (opremljenu s 3 inkubatora i 4 krevetića) te 18 kreveta raspoređenih za dojenčad, malu djecu, predškolsku i školsku djecu. Posebna je prostorija s 4 kreveta za majke rodilje/dojilje, 2 apartmana sa zasebnim sanitarnim čvorom i 6 fotelja, koje se razvlače u ležaj, uz bolesnički krevet, za roditelje.

O liječenju i zdravstvenoj njezi skrbe 8 liječnika pedijatra, 3 medicinske sestre prvostupnice i 21 medicinska sestra srednje stručne spreme. Popunjenost kreveta u 2013. godini iznosi 79,48%. Godišnje se na Odjelu liječi između 1000-1200 bolesnika. Dnevna bolnica bilježi 1600-1700 postupaka godišnje, a hitni pedijatrijski prijem 7000-8000 pregleda godišnje (posebno je frekventna vikendom, za blagdane i u turističkoj sezoni) (BIS OB Šibenik 2013).

Dnevna bolnica je osmišljena da pomogne u skraćivanju vremena bolničkog liječenja, smanjivanju stresa za male pacijente, smanjivanju bolničkih infekcija i ekonomske dobrobiti za zdravstveni sustav. U razvijenom svijetu pedijatrijske dnevne bolnice služe kao alternativa cjelodnevnom bolničkom zbrinjavanju djece. Namjera takvog pristupa je izbjegavanje negativne strane klasične hospitalizacije uz mogućnost primjene većine dijagnostičkih i terapijskih metoda. Sa stajališta pacijenta, liječenje u dnevnoj bolnici ima znatne prednosti u odnosu na klasični boravak u bolnici. Povećava se vrijeme koje dijete provodi s obitelji, smanjuje se anksioznost i stres i roditelja i djeteta. Kraće vrijeme provedeno u bolničkim uvjetima smanjuje osjećaj težine bolesti (Hegeduš-Jungvirth i Grgurić 2007).

Prosječna duljina boravka djeteta na Dječjem odjelu OB Šibenik u 2013.godini iznosi 5 dana. Najučestalije medicinske dijagnoze koje se liječe su: dijarea i gastroenteritis za koje se pretpostavlja da su infektivnog podrijetla – 9,94%, virusne i druge specificirane crijevne infekcije – 7,43%, akutna infekcija gornjeg dišnog sustava – 5,10%, pneumonija nespecificiranog uzročnika – 4,21%, konvulzije – 3,76%, neonatalna žutica – 3,67%, sinkopa i kolaps – 2,78% (BIS OB Šibenik 2013).

Od 2009. godine Odjel je umrežen u bolnički informacijski sustav (BIS), što omogućuje uvid u longitudinalan, elektronički, zdravstveni karton svakog registriranog pacijenta i formiranje baze podataka svih posjeta ustanovi.

Majke rodilje i dojilje imaju mogućnost 24-satnog smještaja uz svoje bolesno dijete. Moguć je dnevni boravak jednog od roditelja uz bolesno dijete koje se ne doji, kontinuirane posjete ostalih članova obitelji (svakodnevno od 10-20 h). Također je osiguran cjelodnevni (24satni) boravak roditelja uz dijete koje se ne doji u apartmanskom tipu smještaja ili na fotelji uz krevet djeteta. Odjelni prostor je oplemenjen slikama, igračkama i drugim pomagalima kako bi ga približili prostoru obiteljskog doma. Svaka bolesnička soba ima LCD televizor, bogatu kolekciju DVD-ova prilagođenih različitim uzrastima, razne društvene igre. Redovito se nadopunjava zbirka dječjih knjiga i slikovnica, kao i pribor za crtaće radionice. Vrši se kontinuirana suradnja s Gradskim dječjim vrtićima, Društvom Naša djeca, Domom zdravlja Šibenik – Patronažnom službom, Udrugom za pomoć osobama s mentalnom retardacijom - Kamenčići. Za blagdane, djeca uz pomoć medicinskih sestara i roditelja pripremaju i ukrašavaju Odjel (priprema za Božić, Uskrs, Svetog Nikolu, Svetu Lucu, Svetog Mihovila ...). Organiziraju se posjete i donacije predstavnika Grada i Županije, vodećih županijskih tvrtki, umjetnika, sportaša i drugih poznatih osoba.

Na redovitim mjesečnim sastancima medicinskih sestara, provodi se trajna edukacija osoblja kroz predavanja iz područja sestrinske djelatnosti.

3.9 Mjerenje kvalitete zdravstvene zaštite

Zadovoljstvo bolesnika u mjerenju kvalitete zdravstvene zaštite neophodno je zbog sve prisutnije transformacije zdravstvene zaštite iz područja pasivne ponude u područje aktivne potražnje zdravstvene zaštite gdje su bolesnikove potrebe one koje definiraju dio kvalitete. U demokratskom društvu bolesnici moraju imati pravo na utjecaj u donošenju odluka. Mjerenje bolesnikova zadovoljstva postaje dio društvene participacije u ukupnom zdravstvenom sustavu (Vuori 1991). Zadovoljstvo bolesnika tijekom zdravstvenih postupaka jedan je od glavnih ciljeva i ono mora biti i evaluirano kroz percepciju korisnika usluga (Jenkinson 2002). Ono je mjera bolesnikove percepcije o kvaliteti zdravstvene zaštite i ovisi o bolesnikovim očekivanjima, vrijednostima i iskustvu (Thiedke 2007). Da bi se postiglo zadovoljstvo i prilagodilo novim uvjetima poslovanja, pojavljuje se zdravstveni marketing koji želi razviti odnos s bolesnicima kao klijentima sa zahtjevima te strukturirajući usluge koje će zadovoljiti njihove potrebe (Youssef 2009). Percepcija kvalitete ovisi o nizu objektivnih, ali i psiholoških socijalnih i demografskih čimbenika (Avery i sur.2006; Moscona i sur. 2006).

Javno izvještavanje o kvaliteti zdravstvene zaštite postaje sve prihvatljiviji način poboljšanja odgovornosti i kvalitete. Kartice za izvještavanje o kvaliteti su veoma važne u SAD-u već više od deset godina, a predstavljaju i središnji dio reforme zdravstvenog sustava u GB. Međutim nezadovoljstvo javnosti, zdravstvenih profesionalaca i menadžera objavljenim indikatorima kvalitete u GB pokazalo je da su prioriteti korisnika drugačiji od prioriteta kreatora politike. Istraživanje najčešćih izazova i razlika u provođenju politike u GB i SAD-u rezultiralo je nekim specifičnim preporukama i povećanjem učinkovitosti javnog izvještavanja do maksimuma (AKAZ 2013).

Tijekom proteklih desetljeća zanimanje za definiranjem i mjerenjem kvalitete skrbi postaje sve veće. Prema Donabedianu, jednom od predvodnika istraživanja na ovom području, tri su dijela za pristup u procjeni kvalitete skrbi: analiza strukture, procesa i ishoda (Donabedian 1988). Struktura se odnosi na okružje u kojem se njega pruža, a uključuje ljudske resurse, materijalne resurse i organizacijsku strukturu. Proces je usluga koja se pruža pacijentu da zadovolji svoje potrebe i događaji za vrijeme boravka u bolnici. Ishodi se opisuju kao utjecaj njege na primatelja usluge. Dodatno, Donabedian opisuje dva elementa karakteristika zdravstvenog djelatnika: tehničke i međuljudske. „Međuljudski procesi su kotač koji tehničku skrb implementira i o kojemu uspjeh ovisi“. Pacijent prosuđuje kvalitetu skrbi prema svim vidovima, s osobitim naglaskom na međuljudskim odnosima. Pacijentovo zadovoljstvo je od temeljne važnosti u mjerenju kvalitete zdravstvene skrbi. Ono nam daje informacije koliko je pružatelj usluge ispunio pacijentova očekivanja i vrijednosti na koje on, kao klijent, ima bespogovorno pravo. Mjerenje zadovoljstva je važan alat za istraživanja, upravljanje i planiranje (Donabedian 1980).

Prema Carr-Hill, ljudsko zadovoljstvo je definirano kao složeni koncept koji se odnosi na mnoge čimbenike poput: stila života, prošlog iskustva, budućih očekivanja kao i vrednota i individue i društva (Carr-Hill 1992).

3.10 Mjerenje zadovoljstva zdravstvenom uslugom

Brojne su studije koje imaju za cilj mjerenje kvalitete skrbi iz perspektive pacijenta. Mjerenja zadovoljstva pacijenta kritizirana su iz različitih aspekata, jedan od njih je da bi pacijentima trebalo biti dopušteno definirati vlastite kriterije za kvalitetu skrbi. To pretpostavlja spremnost pružatelja skrbi da uoči pacijentove interese. Davatelji skrbi tvrde da im njihovo znanje daje veću nadležnost, u odnosu na pacijente, u donošenju odluka o kvaliteti zdravstvene zaštite (Locker and Dunt 1978). Jedan praktičan razlog za mjerenje stavova

pacijenata je da medicinske dijagnoze i liječenja u velikoj mjeri ovise o komunikaciji i aktivnom uključivanju pacijenta u proces liječenja (Cleary i McNeil 1988).

Rubin je 1990. godine objavio pregled 59 studija koje su nastojale definirati i izmjeriti zadovoljstvo pacijenata (Rubin 1990). Povećani interes je rezultirao različitom kvalitetom istraživanja. Aharony i Strasser ističu neke od problema u studijama, poput nedostatka jasnoće i dosljednosti u definiranju pojma zadovoljstva, kao i nedostatka konceptualnog i teorijskog modela procesa pacijentovog zadovoljstva (Aharony & Strasser 1993).

Nekoliko godina kasnije Sitzia i Wood objavili su preglednu studiju s više od 100 radova na temu zadovoljstva pacijenata. Pregled je naglasio složenost i širinu literature ovog područja. Prepoznata je glavna slabost istraživanja koja se temeljila na kriterijima upravljačke strukture i zdravstvenih profesionalaca, a najmanje na utiscima pacijenata (Sitzia & Wood 1997).

Sve akutne bolnice u Europi imaju neku vrstu programa za procjenu zadovoljstva pacijenata. Međutim, većina njih je usmjerena na sporedne usluge, na primjer, na parking i prehranu. Primjeri usmjerenja na zadovoljstvo pacijenta su predstavljeni u tablici 1. Postoji uska veza između zadovoljstva pacijenta sestrinskom njegom i cjelokupnog zadovoljstva zdravstvenom zaštitom, a instrument u GB koji je razvijen za procjenu tog zadovoljstva i u akutnom i u kućnom okruženju je jako korisno sredstvo. Pokazalo se i to da načini davanja i primjene upitnika također imaju utjecaja na njihovu korisnost. Grube usporedbe rezultata zadovoljstva između organizacija koje koriste način odgovaranja telefonom ili poštom može dovesti do pogrešnih zaključaka o kvaliteti. Anketa provedena u Francuskoj, čiji je cilj bio utvrditi utjecaj podsjetnika i načina raspodjele upitnika na odaziv pacijenata na anketiranje u kojem se odgovori šalju nazad poštom (Gasquet i sur. 2001), utvrdila je da je stopa odaziva bila optimalna u slučaju kad su upitnici bili raspodijeljeni poštom, a ne predani prilikom otpusta.

Na žalost, pregled 195 objavljenih studija je ukazao na to da su samo neki koristili metode koje su bile i validne i pouzdane. Ovaj nedostatak standardizacije mjerenja i strogoće instrumenta za zadovoljstvo pacijenta rezultirao je nemogućnošću uspoređivanja (benchmarking-a) na državnom nivou (AKAZ 2013).

Danas se pacijentovo zadovoljstvo smatra važnim indikatorom kvalitete zdravstvene skrbi. Pacijent ima važnu ulogu u definiranju sadržaja kvalitete determiniranjem vrijednosti koje se povezuju s različitim rezultatima. Pacijentovo je zadovoljstvo više nego indikator ili

mjerilo kvalitete skrbi. Ako je zdravlje željeni ishod skrbi, zadovoljstvo pacijenta je esencijalni dio u kvaliteti zdravstvene skrbi. Nije bitno je li zadovoljstvo odražava nadležnost liječnika ili zdravstvenu njegu. Ako su pacijenti nezadovoljni, zdravstvena skrb nije postigla svoj cilj (Vouri 1991).

Tablica 1. Programi za procjenu zadovoljstva

Zemlja	**Tema/žarište**	**Sredstva za mjerenje**
Francuska	Bolnica	Skala od 26 stavki koje se odnose na medicinske informacije, odnos s osobljem i dnevnu rutinu. Ispostavilo se da je to povjerljiv i validan indikator mišljenja pacijenata o kvaliteti zdravstvene zaštite u Francuskoj .
Grčka	Zadovoljstvo pacijenta	Napravljen instrument od 22 stavke za procjenu zadovoljstva roditelja kvalitetom zdravstvene zaštite u dječjoj bolnici. Pitanja su se postavljala usmeno na standardiziran način .
Poljska	Ambulanta	Anketiranje 2000 pacijenata u Krakowu pokazalo je korisnost informacija koje daju pacijenti .
Švedska	Psihijatrijska bolnica	Pacijenti smatraju da je empatija kod osoblja najvažnija osobina .
Švedska	Mišljenje roditelja o pedijatrijskoj njezi	Validacija instrumenta od 63 stavke.
Francuska	Zadovoljstvo pacijenata u bolnici	Razvoj generičkog upitnika koji pacijenti šalju poštom kako bi se mjerilo zadovoljstvo pacijenata u bolnici. Upitnici se šalju 2-4 tjedna nakon otpuštanja .
Velika Britanija	Sestrinska njega	Opisuje zadovoljstvo skalama sestrinstva u Newcastle-u (NSNS), koje se koristi za mjerenje zadovoljstva pacijenta sestrinskom njegom u akutnom ili kućnom okruženju .

Prema: Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine

Zadovoljstvo se sastoji i od kognitivne evaluacije i emocionalne reakcije na komponente pružanja usluga. To je subjektivna percepcija pojedinca koja je u uskoj vezi s njegovim očekivanjima. Mnogi pacijenti imaju mala očekivanja i često će reći da su zadovoljni. Međutim, sistematičnije mjerenje njihovog iskustva koje se odnosi na npr. izbor, poštovanje i informacije je osjetljiviji indikator jačanja uloge pacijenata (Coulter 2002). Zbog toga postoji sve veće slaganje da je informativnije pitati pacijenta o tome kakva su bila njihova iskustva nego pitati ih jesu li bili zadovoljni.

Poput praćenja kvalitete, i poboljšanje kvalitete postaje dio praćenja bolnica, a objave rezultata uobičajena praksa. Rezultati pomažu pacijentima u odabiru bolnica, omogućavaju pružateljima zdravstvenih usluga da se usredotoče na praćenje i poboljšanje kvalitete te

omogućavaju usporedbu s referentnim vrijednostima. Rezultati pomažu i kreatorima politike u praćenju i promicanju kvalitete skrbi te potiču konkurenciju među bolnicama (O`Malley i sur.2005). Korištenjem validnih i standardiziranih mjernih instrumenata, osigurava se proizvodnja pouzdanih podataka.

Standardizacija mjerenja kvalitete potrebna je da bi se osigurala pravednost vrednovanja. Kako bi se izbjegla pristranost u usporedbama neophodno je prilagoditi ocjenu pacijentovog iskustva samom pacijentu, ali i bolničkim karakteristikama. Centers for Medicare & Medicaid Services u SAD-u definirali su standarde za prilagodbe potrebne u objavi njihovih bolničkih podataka (Centers for Madicare and Madicade Services 2008). Istraživači u Nizozemskoj (Hekkert i sur. 2009) i Švedskoj (Rahmqvist i Bara 2010) slijede sličan pristup. U Švicarskoj (SAMS 2009) preporuke za objavljivanje medicinskih ishoda podataka postoje, ali za sada nema jasnog standarda.

Ideja o mjerenju iskustava pacijenata potječe iz Picker/Commonwealth Programa „Bolesnik u središtu“ (Patient-Centered Care) utemeljenog od Commonwealth Fonda u UK i uz financijsku potporu James Picker Fondacije u SAD 1986. godine (Pediatric patient feedback services).

Rani radovi na ovu temu usko se ograničavaju na zadovoljstvo roditelja samo s određenim parametrima kao što su stacionarna skrb (Homer i sur. 1999; Lanford i sur. 2001), primarna zdravstvena zaštita (Seid i sur 2001; Seid i sur 2003), bol (Watt-Wattson i sur. 1990; Reid i sur. 1997) ili dijagnoze poput karcinoma (Sobo i sur. 2002).

Cilj velikog istraživanja Jenkinsona i suradnika iz 2002. godine bio je razvoj i testiranje temeljnog skupa pitanja za mjerenje iskustva pacijenata u stacionarnim zdravstvenim ustanovama. Pitanja su izabrana iz baze izrađene za uporabu u stacionarnim zdravstvenim ustanovama koje poduzima Picker Institut za potrebe procjene kvalitete skrbi. Ova pitanja imaju visok stupanj valjanosti i unutarnje konzistencije pouzdanosti.

Izneseni podaci dolaze iz anketa bolničkih pacijenata u pet zemalja: Velika Britanija, Njemačka, Švedska, Švicarska i SAD. Upitnici su poslani elektronskom poštom pacijentima mjesec dana nakon otpusta, svim pacijentima ili slučajnom uzorku, otpuštenim tijekom navedenog razdoblja.

Ukupno 62 925 upitnika se vratilo (odaziv 65 % Velika Britanija, 74 % Njemačka, 63 % Švedska, 52 % Švicarska, 46 % USA).

Petnaest pitanja je izabrano iz duže verzije obrasca Picker u bolničkom istraživanju. Utvrđeno je da daju smislenu sliku iskustva pacijenta o zdravstvenoj zaštiti. Ova pitanja čine temeljni skup koji bi se trebao mjeriti u svim anketama stacionarnih zdravstvenih ustanova.

Upitnik predstavlja korak naprijed u mjerenju iskustva pacijenta jer pruža temeljni skup pitanja na koje mogu biti dodani izborni moduli. Rezultati se lako tumače, a mali set pitanja može se uključiti u istraživanja različitih sredina što omogućuje usporedbu bolnica i uspostavu nacionalnih i međunarodnih normi (Jenkinson i sur. 2002) .

HUG (Help, Understanding, and Guidance for Young Families) je inovativni pristup za pedijatrijske sestre razvijen i oblikovan za podršku roditeljima u optimiziranju zdravlja i dobrobiti svoje djece. Dokazi istraživanja pokazuju da postoji jaz između onoga što pedijatrijski svijet obećava, daje i onoga što roditelji žele od svojih pružatelja usluga te što oni zapravo dobivaju. HUG je namijenjen da prenese gledišta iz literature u pristupačni, pamtljiv i praktičan priručnik koji pedijatrijske medicinske sestre na svim razinama i u različitim okruženjima mogu koristiti. Korištenje HUG-a u sestrinstvu pomaže u poboljšanju odnosa s roditeljima, pomaže roditeljima da osjećaju da ih se čuje i da sudjeluju, potiče roditelje da dijele ono što ih najviše brine i povećava zadovoljstvo medicinskih sestara poslom (Tedder & Register 2007).

NORPEQ (Norvay Patient Experiences Questionnaire) brzo mjeri iskustva pacijenata i obuhvaća važne aspekte zdravstvene skrbi. Pokazuje dobre dokaze o pouzdanosti i valjanosti i relativno se lako uključuje u postojeće nacionalne ankete. Upitnici su poslani elektronskom poštom na 500 adresa nasumično izabranih pacijenata liječenih u Sveučilišnoj bolnici u Norveškoj. Glavna komponenta analize bila je procjena dimenzionalnosti. Pouzdanost je procjenjivana internom konzistencijom i test-retest metodom. Valjanost je procjenjivana pomoću skala korelacije s varijablama u vezi iskustva pacijenta (Oltedal et al. 2007).

Garratt i suradnici opisuju razvoj i evaluaciju roditeljima usmjerenog upitnika koji mjeri iskustvo roditelja bolničkom skrbi djeteta. Metode koje su koristili: pregled dostupne literature, intervjui s roditeljima, pred testiranje nacionalnog upitnika na 6144 roditelja djece pacijenata na 20 pedijatrijskih odjela u Norveškoj 2005. 53% odgovora je vraćeno. Niska razina podataka koji nedostaju upućuju da je PEPC prihvatljiv (Garratt i sur. 2007).

U upitniku dizajniranom da procjeni odnos dijete-liječnik i roditelj-liječnik našli su veliki stupanj slaganja u odgovarajućim procjenama između adolescenata pacijenata i njihovih roditelja u vezi zadovoljstva pacijenata. Autori su protiv korištenja različitih verzija za razne dobne skupine kako bi se osiguralo da se upitnik može naširoko koristiti za roditelje djece svih uzrasta u svakodnevnoj pedijatrijskoj ambulantnoj skrbi (Byczkowski et al.2010).

2011. godine su predstavljene standardizirane i relativno jednostavne metode za analiziranje i korištenje podataka o pacijentovom iskustvu za poboljšanje kvalitete i za objavu u obliku koji omogućava jasnu i jednostavnu interpretaciju. Rad obuhvaća tri koraka:

1. identificiranje čimbenika koji najviše pridonose varijabilnosti bolesničkog iskustva naspram samog pacijenta i bolničke razine
2. predstavljanje pristupa za postizanje pravedne i transparentne procjene bolnica za unutarnje i vanjsko vrednovanje
3. sugeriranje postupaka za korištenje podataka u identifikaciji područja za poboljšanje (Holzer i Minder 2011)

U Njemačkoj su Bitzer i suradnici razvili i vrednovali standardizirani upitnik za procjenu zadovoljstva roditelja u ambulantnoj pedijatrijskoj skrbi koji će se koristiti u upravljanju kvalitetom. Upitnik (Child ZAP) koji je kroz vrijeme prilagođavan dobio je završnu formu u obliku osam dimenzija, tri "dječje skale" i pet "roditeljskih skala". S dobrim rezultatima za valjanost i pouzdanost testiranja, konačni „Child ZAP" je primjenjiv u pedijatrijskoj ambulantnoj skrbi za djecu svih dobnih skupina. Dječji upitnik je duži od onog predviđenog za odrasle. Modularni dizajn i laka izvodljivost omogućava fleksibilnu provedbu ankete koja zadovoljava različite zahtjeve upravljanja kvalitetom. S obzirom na kulturnu raznolikost bolesnika koji se viđaju u pedijatrijskim ambulantama, prijevod „Child ZAP-a" na druge jezike je izvediv. „Child ZAP" se razvio uz financijsku i nematerijalnu potporu njemačke udruge pedijatara (BVKJ) (Bitzer i sur. 2012).

PEPC (Parent Experience of Pediatric Care) iz 2013. godine je upitnik koji sadržava 25 stavki podijeljenih na 6 područja mjerenja zadovoljstva roditelja: liječnička skrb, bolničko okruženje, informacije pri otpustu, informacije o laboratorijskim nalazima i dijagnostičkim pretragama, sestrinska skrb i organizacija**)**. Roditelji očekuju: da dijete bude potpuno oslobođeno boli, da se smanji nepotrebno čekanje i razočarenje s osobljem te da su im omogućene informacije o lijekovima i drugim načinima liječenja (Solheim & Garratt 2013) .

U Engleskoj su bolnice obvezne provoditi anketiranje pacijenata jednom godišnje, uključujući i standardni set pitanja za praćenje izvršenja i vrednovanja na državnom nivou. Rezultati se predaju Ministarstvu zdravstva i koriste se za Okvirnu procjenu državnog izvršenja (National Performance Assessment Framework). Rezultati se objavljuju na Internetu, a zdravstvenoj zaštiti za koju se pokaže da je usmjerena na pacijenta daje se financijski poticaj.

Razne studije pokazuju da je moguća usporedba između bolnica na lokalnom i regionalnom nivou, npr. u Francuskoj, Grčkoj, Poljskoj, Švedskoj, Velikoj Britaniji (AKAZ 2013). Suvremena institucionalizacija zdravstvene skrbi, kao i sadašnji financijski i zakonski propisi, nalažu davateljima usluga zdravstvene skrbi da objektivno definiraju i vrednuju

kvalitetu svojih usluga koje pružaju pacijentima, pa tako i djeci i adolescentima. U Engleskoj bolnice, odnedavno provode anketiranje i djece starije od 7 godina, a dobiveni se rezultati također predočuju Ministarstvu zdravstva (Reeves i Seccombe 2008). U Hrvatskoj se trenutno provodi pilot ispitivanje o iskustvu roditelja i djece u 4 bolnice (dvije sveučilišne i dvije županijske bolnice) korištenjem modificiranog Pickerovog upitnika u organizaciji Središnjeg koordinacijskog odbora akcije „Za osmijeh djeteta u bolnici“, Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi uz potporu Hrvatskog društva za poboljšanje zdravstvene zaštite Hrvatskog liječničkog zbora. Upitnik pokriva slijedeće cjeline pitanja o: bolničkom odjelu, bolničkoj hrani, pružanju skrbi od strane liječnika i medicinskih sestara, informacijama i komunikaciji, poštivanju privatnosti i uključivanju u donošenje odluka, objašnjavanju zahvata i postupaka pri liječenju i sveukupnom dojmu.

Na 61 pitanje mogu odgovarati roditelji ili skrbnici bolesnog djeteta, uz njegovu suradnju ili ga djeca starija od 7 godina, a koja su psihofizički stabilna, mogu samostalno ispunjavati. Iskustvo pacijenata djece i njihovih roditelja, danas je prihvaćen indikator za unapređivanje kvalitete zdravstvene skrbi (Valpotić i Grgurić 2013).

4. Hipoteza

Roditelji bolnički liječene djece na odjelu Pedijatrije Opće bolnice Šibenik imaju pozitivne stavove prema kvaliteti pružene zdravstvene usluge.

5. Ciljevi istraživanja

Opći cilj rada je postići dublje razumijevanje o roditeljskoj percepciji kvalitete skrbi. Imenovati probleme s kojima se roditelji susreću tijekom boravka djeteta u bolnici i nedostatke u organizaciji koji utječu na iskustvo roditelja, kako bi mogli definirati prioritete za poboljšanje i unapređenje zdravstvene usluge.

Specifični ciljevi rada su ispitati kakve stavove imaju roditelji bolnički liječene djece o Dječjem odjelu – „prijatelju djece“ u odnosu na:

- mogućnost boravka uz dijete u bolnici
- dojenje
- skrb medicinskih sestara
- skrb liječnika
- odjelnu higijenu
- pruženu prehranu

- mogućnost za igru
- mogućnost sudjelovanja u odlukama o dijagnostičkim i terapijskim postupcima
- uključenost u postupke njege
- sigurnost i povjerenje u zdravstvene radnike
- odjelno okruženje

6. Ispitanici i metode

Istraživanje je provedeno na Odjelu za dječje bolesti Opće bolnice Šibensko-kninske županije. Podaci su se prikupljali tijekom 3 mjeseca (siječanj 2014.- travanj 2014.) putem upitnika, na prigodnom uzorku roditelja (skrbnika) bolnički liječene djece. U periodu od 01.01.2014.- 01.04.2014. godine bolnički je liječeno 245 djece. Podijeljeno je 225 upitnika, a obrađeno ih je 190.

Roditelji su upitnike ispunjavali dobrovoljno, individualno ili zajedno s djetetom. Upitnik je bio anoniman, a roditelji su ga dobili u vrijeme bolničkog liječenja djeteta, uz upute o svrsi i načinu odgovaranja te izjavu o etičnosti ispitivača. Bili su zamoljeni ispunjeni upitnik, nakon otpusta, odložiti u za to predviđene kutije. Postavljene su 3 kutije za prikupljanje upitnika na hodnicima ispred bolesničkih soba.

Ispitanik je mogla biti majka, otac ili skrbnik. Ispunjen upitnik značio je pristanak za sudjelovanje u istraživanju. Vrijeme potrebno za ispunjavanje upitnika procijenjeno je na 5-10 minuta. Na dnu posljednje stranice navedena je zahvala za suradnju. Zaposlenicima je objašnjen cilj istraživanja, a usmeno su se suglasili s provođenjem ankete. Nekoliko dana prije provođenja ispitivanja provedeno je pilot testiranje upitnika. Pred-testiranjem je procijenjeno da su sva pitanja dovoljno razumljiva ispitanicima. Pribavljena je dopusnica Etičkog povjerenstva OB Šibenik u svrhu provođenja istraživanja.

6.1 Mjerni instrument

Upitnik, koji je napravljen za ovo istraživanje, sadrži 29 pitanja/tvrdnje zatvorenog tipa i 3 pitanja otvorenog tipa. Podijeljeni su u četiri skupine. Prva skupina se odnosi na podatke o osobi koja ispunjava upitnik (spol, dob, srodstvo s djetetom, obrazovanje, materijalni status) i podatke o djetetu (dob, prijašnje hospitalizacije, dojenje). Ponuđena je mogućnost jednog odgovora zaokruživanjem ili upisivanjem traženog podatka.

Druga skupina, 7 tvrdnji koristi Likertovu mjernu ljestvicu kojom se kvalitativne podatke o objektu proučavanja izražava kvantitativno, a odnose se na: potporu osoblja dojenju, ocjenu skrbi medicinskih sestara, liječnika, ostalog osoblja, odjelne higijene, pružene prehrane, mogućnosti igre te cjelokupne skrbi. Za svaku je tvrdnju ponuđeno pet odgovora raspoređenih od potpunog neslaganja do potpunog slaganja, odnosno onih koji izražavaju potpuno nezadovoljstvo do potpunog zadovoljstva. Slaganje s ponuđenim tvrdnjama kvantitativno se opisuje u rasponima procjena od jedan do pet. Tvrdnje br. 12-18 rađene su po uzoru na „Anketu o zadovoljstvu bolesnika u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi“ Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu iz 2012. godine.

Treći dio sadržaja upitnika kojim je mjeren stav roditelja prema bolničkom odjelu „Prijatelju djece“, tvrdnje br. 19-29, odnose se na boravak roditelja uz dijete u bolnici, sudjelovanje u dijagnostičko terapijskim odlukama, postupke njege, sigurnost i povjerenje, bolničko okruženje, upute medicinskih sestara, upute liječnika, otpust. Za svaku je tvrdnju ponuđeno pet odgovora raspoređenih od 1-kao potpuno netočno do 5- potpuno točno. Ovdje također veći ukupni rezultat govori o više pozitivnom stavu prema objektu proučavanja, a manji rezultat upućuje na manje pozitivan stav.

Na kraju upitnika ponuđena je mogućnost upisivanja slobodnog teksta na temu olakšanja boravka u bolnici, dječjeg straha te prijedloga za unaprjeđenje. Podaci su kategorizirani prema najučestalijim temama izvučenih iz slobodnog teksta te su prikazani u rezultatima. Ovo je napravljeno stoga da ispitanici imaju potpunu slobodu izvještavanja vlastitih utisaka koji im nisu nametnuti od strane ispitivača.

6.2 Metode rada- statistička obrada podataka

Za obradu podataka korištene su metode deskriptivne statistike, statistički program na bazi podataka Oracle i statistički program Statistica 12 s pripadajućom licencom ZZS999000009908053DEMO-1. Normalno raspodijeljene kontinuirane varijable izražene su kao aritmetičke sredine i standardne devijacije uz 95% interval pouzdanosti. Kategoričke varijable uspoređene su pomoću hi kvadrat testa. Razina značajnosti bila je manja od 0,05. Napravljeni su 2D-histogrami, 3D-histogrami i točkasti dijagrami koji predstavljaju grafički prikaz distribucije frekvencije odabrane varijable (ili više njih). Visina stupaca ili gustoća točkica proporcionalna je frekvencijama pojavljivanja neke varijable.

7. Rezultati

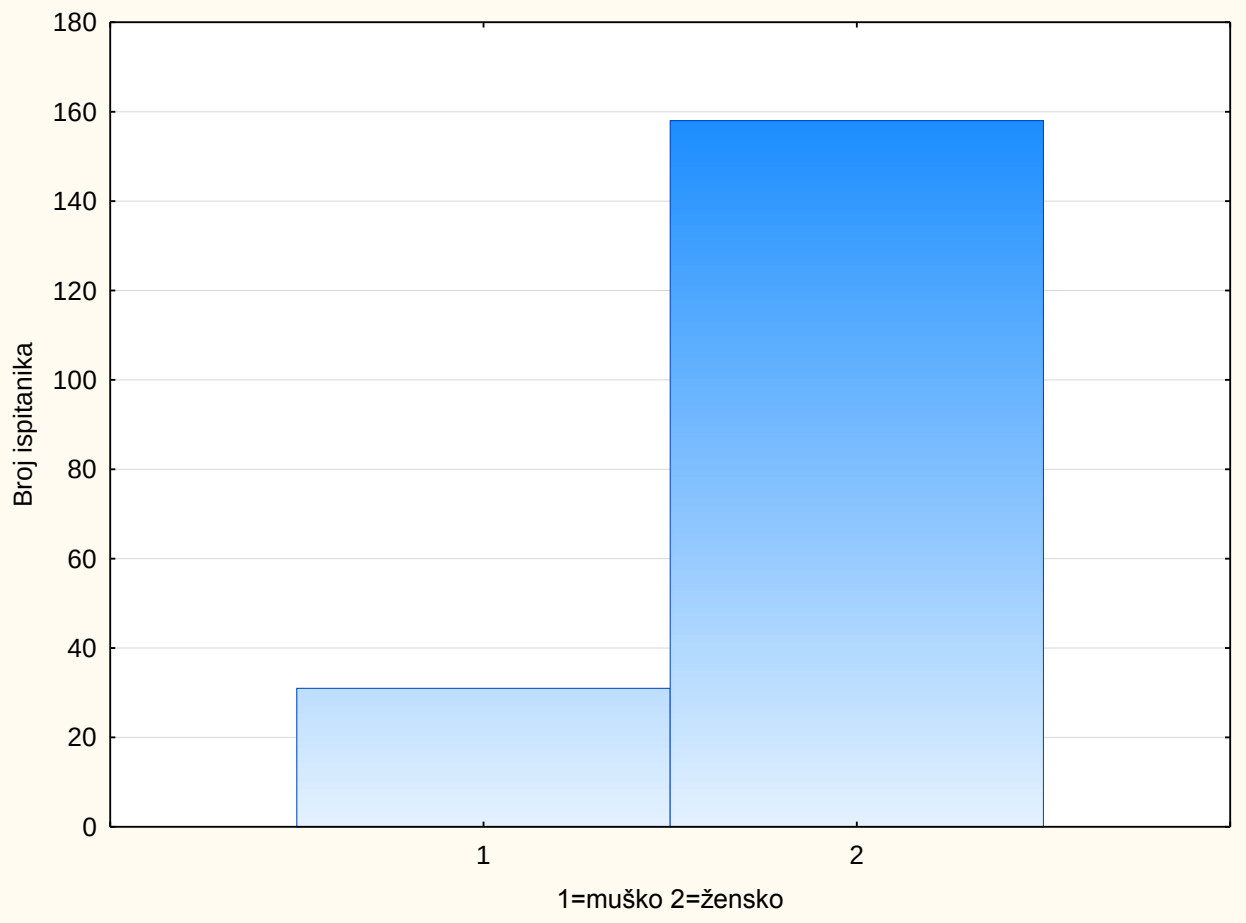
Od 01.01. – 01.04.2014. godine na odjelu Pedijatrije OB Šibenik bolnički je liječeno 245 djece. Za potrebe ovog istraživanja tiskano je i podijeljeno 225 upitnika. Ispunjeno ih je i analizirano 190, dva roditelja nisu željela sudjelovati, dva upitnika su vraćena neispunjena, a tri nedovoljno ispunjena za obradu podataka. U tablici br.2 prikazane su opće karakteristike ispitanika.

Tablica 2. Opće karakteristike ispitanika

Opće karakteristike uzorka (n=190)		**N**	**%**
Spol	žensko	157	82,7
	muško	33	17,3
Prosječna dob ispitanika, Standardna devijacija	35,44 ±6,927		
Prosječne godine službenog školovanja	13,04		
Kategorije obrazovnog statusa	osnovna škola	6	3,1
	srednja škola	109	57,3
	viša i visoka	75	39,5
Kategorije materijalnog statusa	puno ispod prosjeka	5	2,7
	malo ispod prosjeka	15	7,9
	prosječan	138	72,6
	malo iznad prosjeka	26	13,7
	puno iznad prosjeka	2	1,0
Prosječna dob djece, Standardna devijacija	6,342 ±5,826		
Dobne skupine djece	0 god.	39	20,6
	1-4 god.	62	32,6
	5-9 god.	29	15,2
	10-14 god.	34	17,9
	15-19god.	24	12,6
Prvo bolničko liječenje djeteta		69	36,3
Broj prethodnih bolničkih liječenja djeteta		min=1, max=20	
24 satni boravak roditelja		115	
	apartman	51	
	fotelja	64	
Dojenje		39	

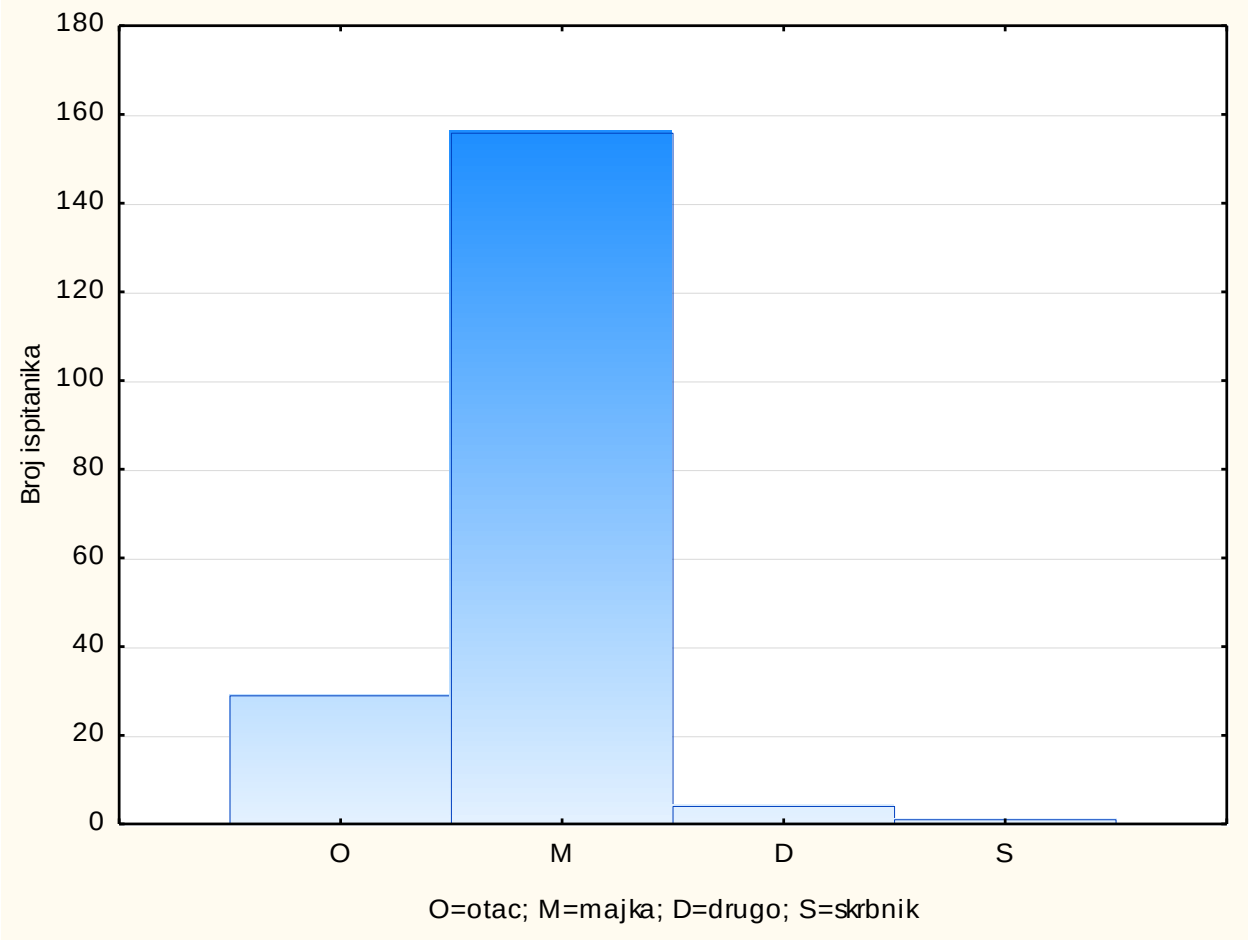
Snaga testa uzorka 190 ispitanika izračunata je u tablici od 28 stupaca i 190 redaka uz α pogrešku od 0,05 korištenjem dvosmjerne analize varijance (ANOVA). Snaga je primarno funkcija veličine uzorka i razine značajnosti i sekundarno primijenjenog statističkog testa za

ispitivanje razlika između uzoraka. U sva tri mjerenja (po redovima, stupcima i interakcijskom efektu) dobivena snaga je 1,0000.

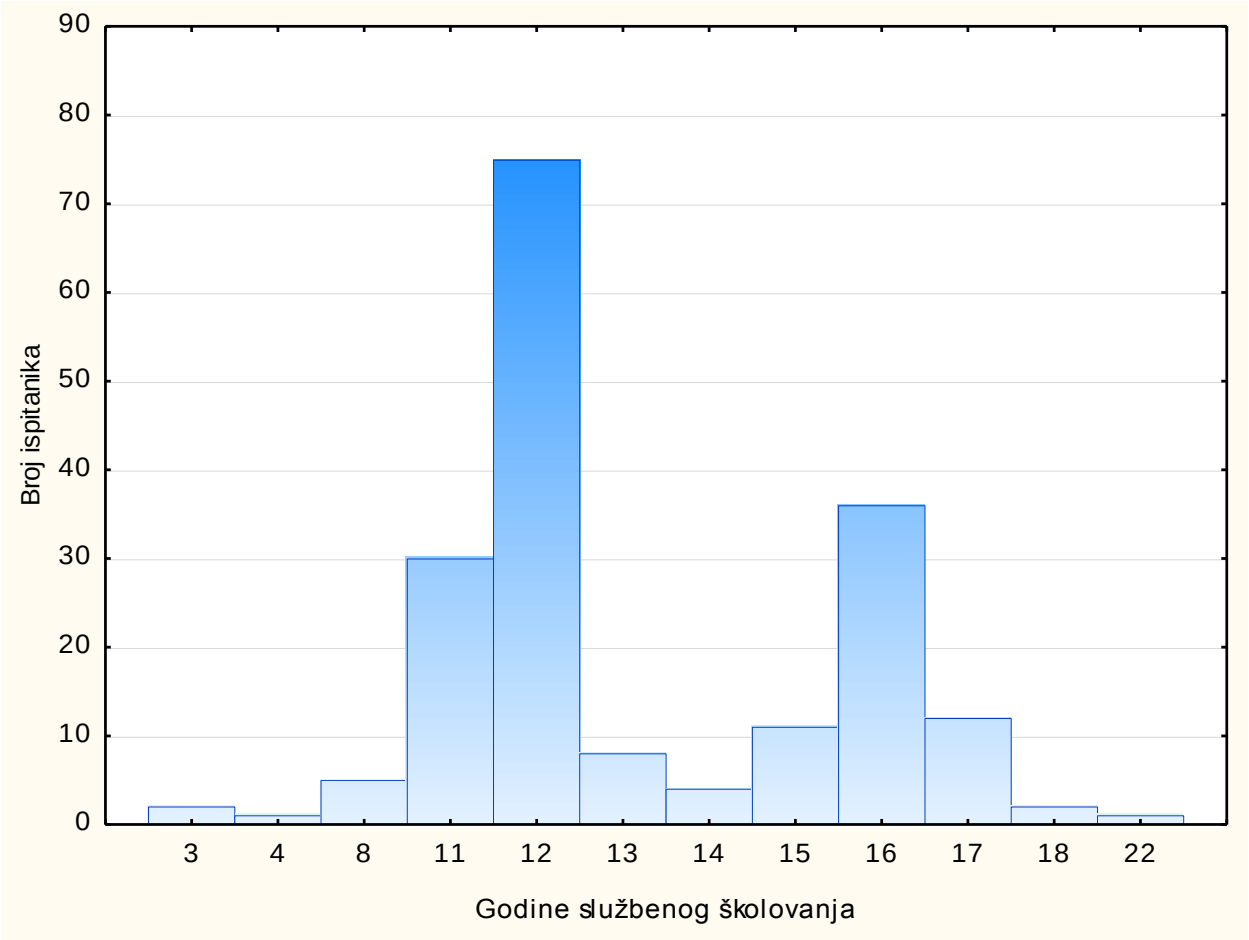


Slika 1. Ispitanici prema spolu

U istraživanju je sudjelovalo 82% majki bolesnog djeteta, 16% očeva i 2% drugih oblika srodstva i skrbnika (slika 2).

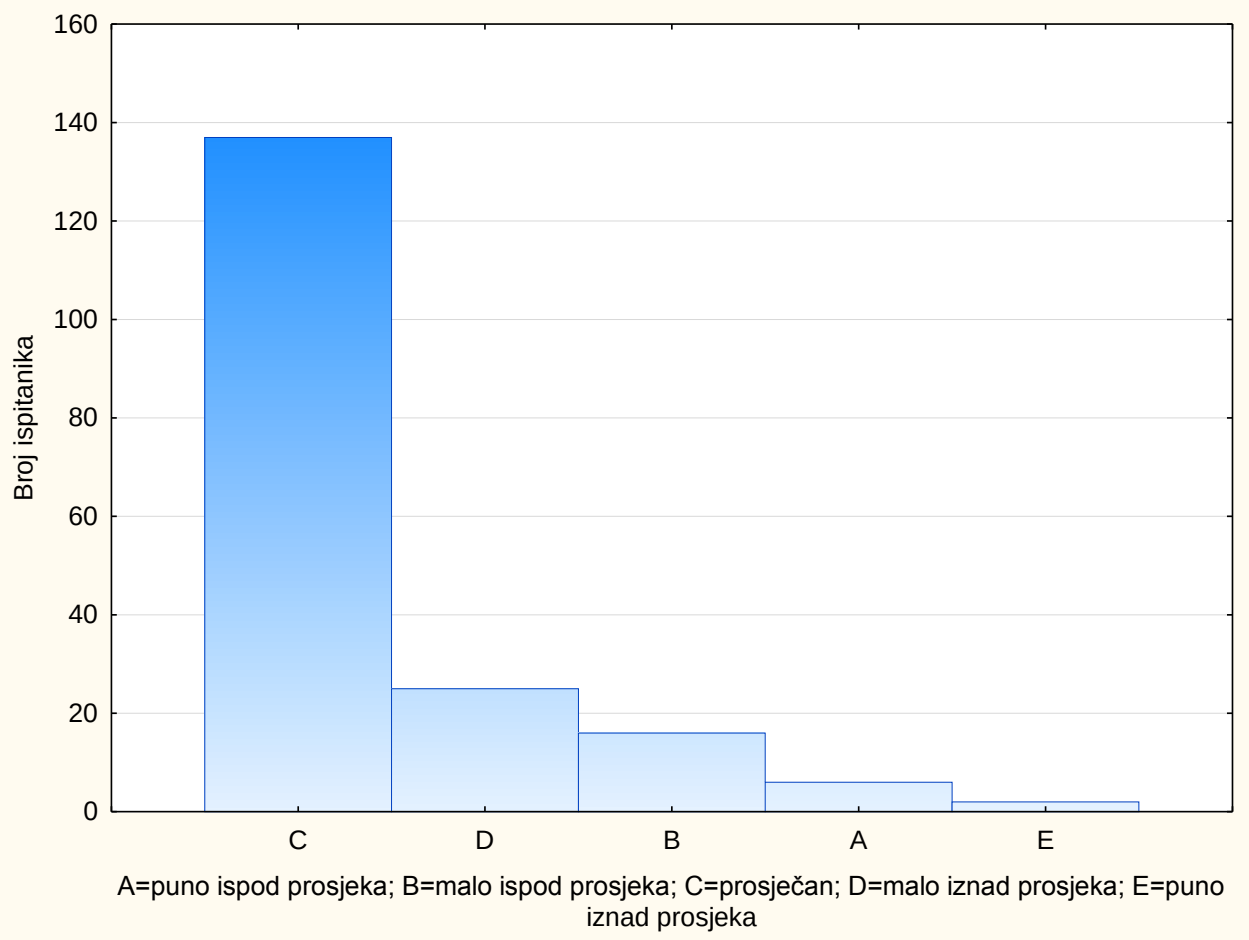


Slika 2. Ispitanici prema srodstvu



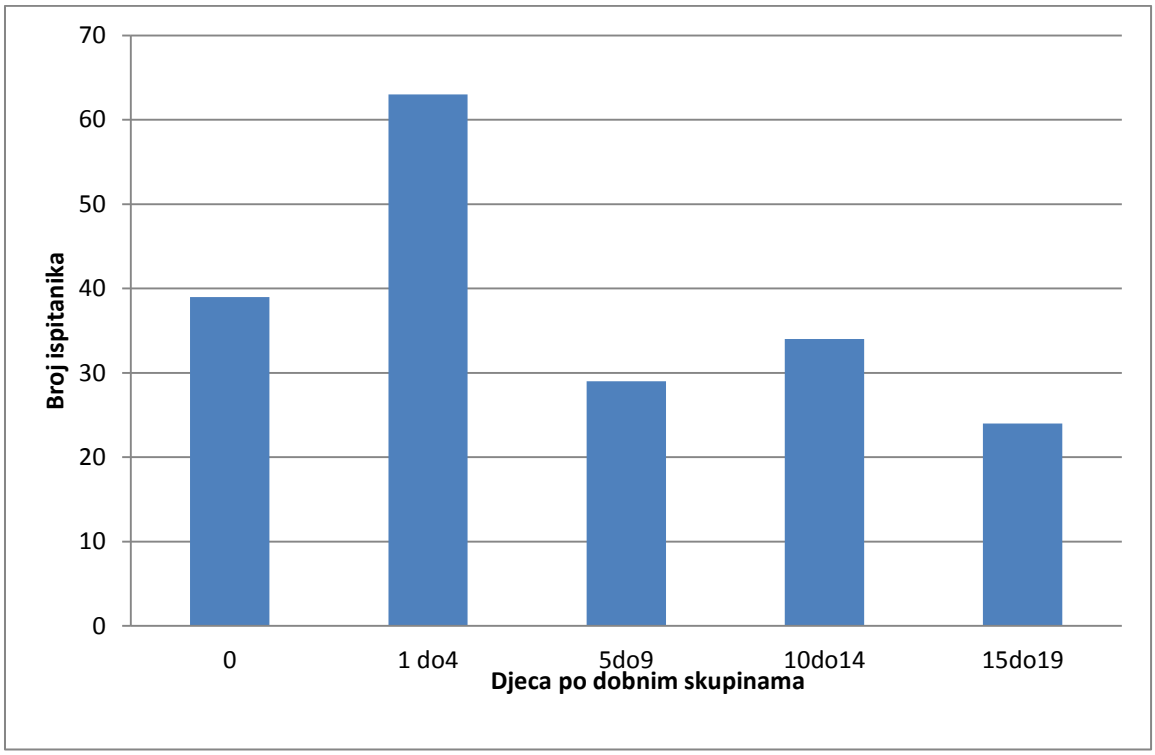
Slika 3. Obrazovni status ispitanika

Rezultati koji se odnose na roditelje materijalnog statusa E (puno iznad prosjeka) ne mogu se interpretirati zbog nedovoljnog broja ispitanika (n=2).



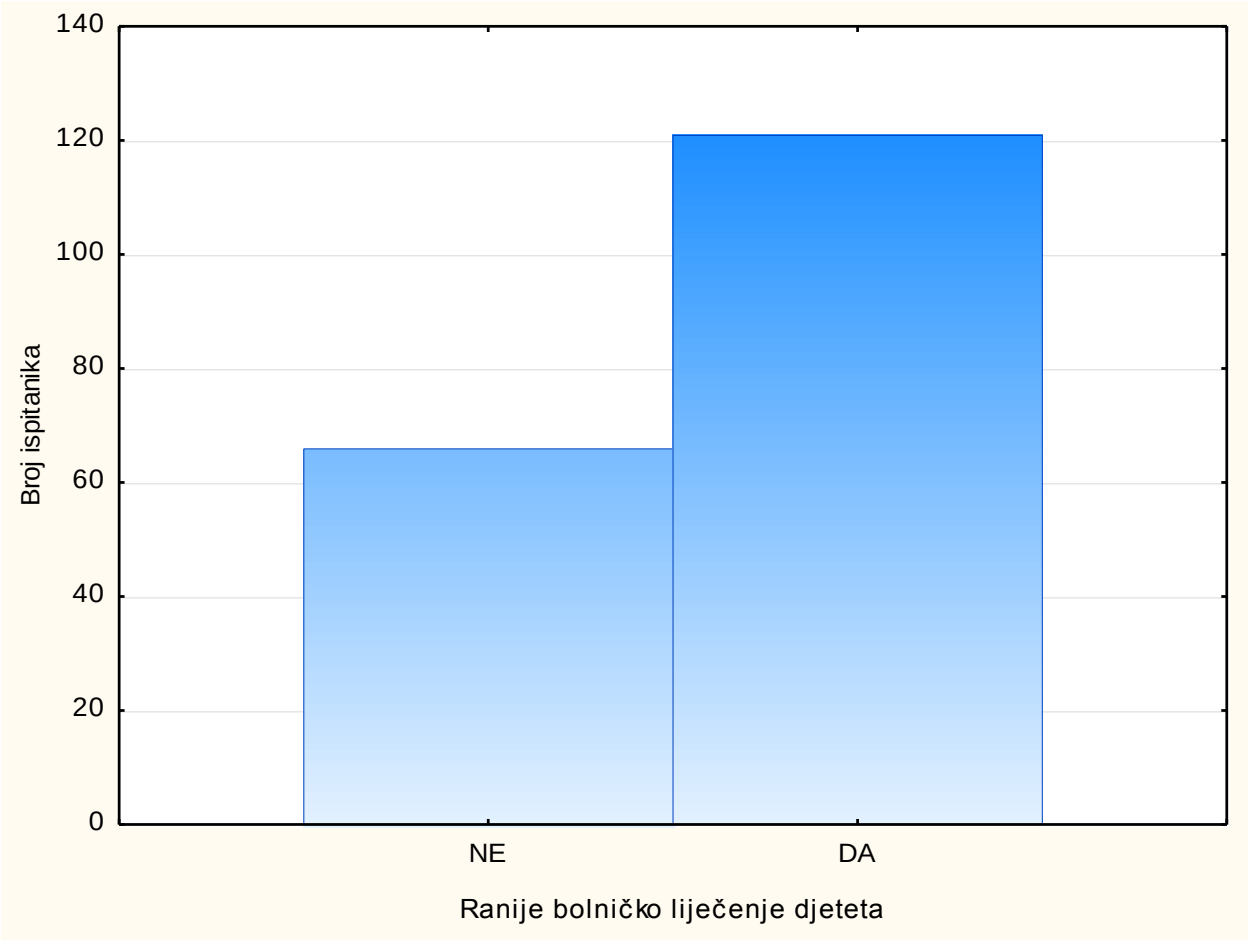
Slika 4. Materijalni status ispitanika

188 ispitanika je upisalo podatak o dobi djeteta. Minimalna dob u godinama je 0 godina, maksimalna 17,5 godina. Aritmetička sredina dobi djece iznosi 6,342 godina uz SD 5,826. Najučestalije su bolničku skrb trebala djeca od 1- 4 godine (n=62) – (slika 5).

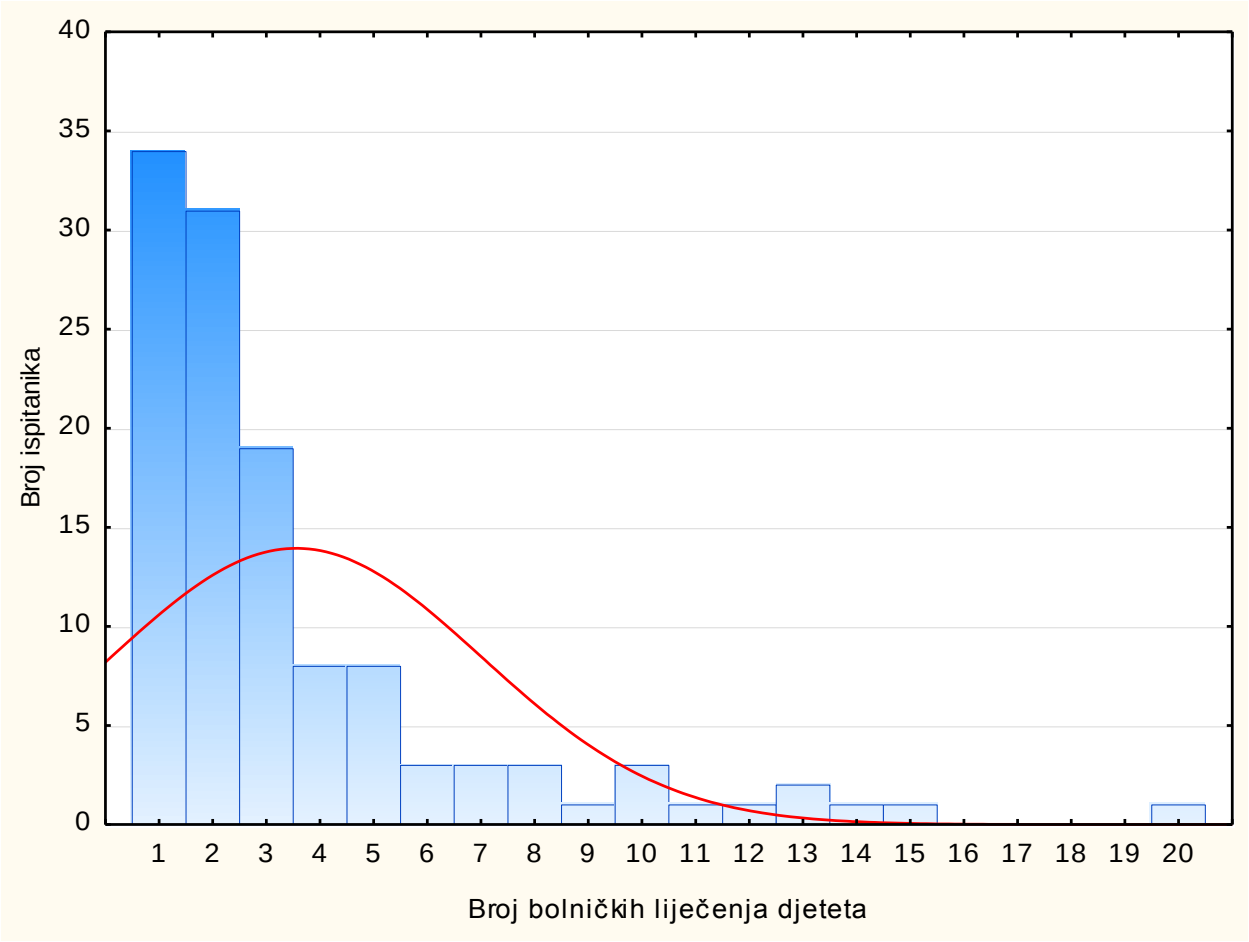


Slika 5. Djeca po dobnim skupinama

Da je ovo prvo bolničko liječenje djeteta izjasnilo se 69 ispitanika (slika 6). Minimalan broj bolničkih liječenja djeteta za koje je ispunjen upitnik iznosi 1, maksimalan broj je 20 (slika 7).

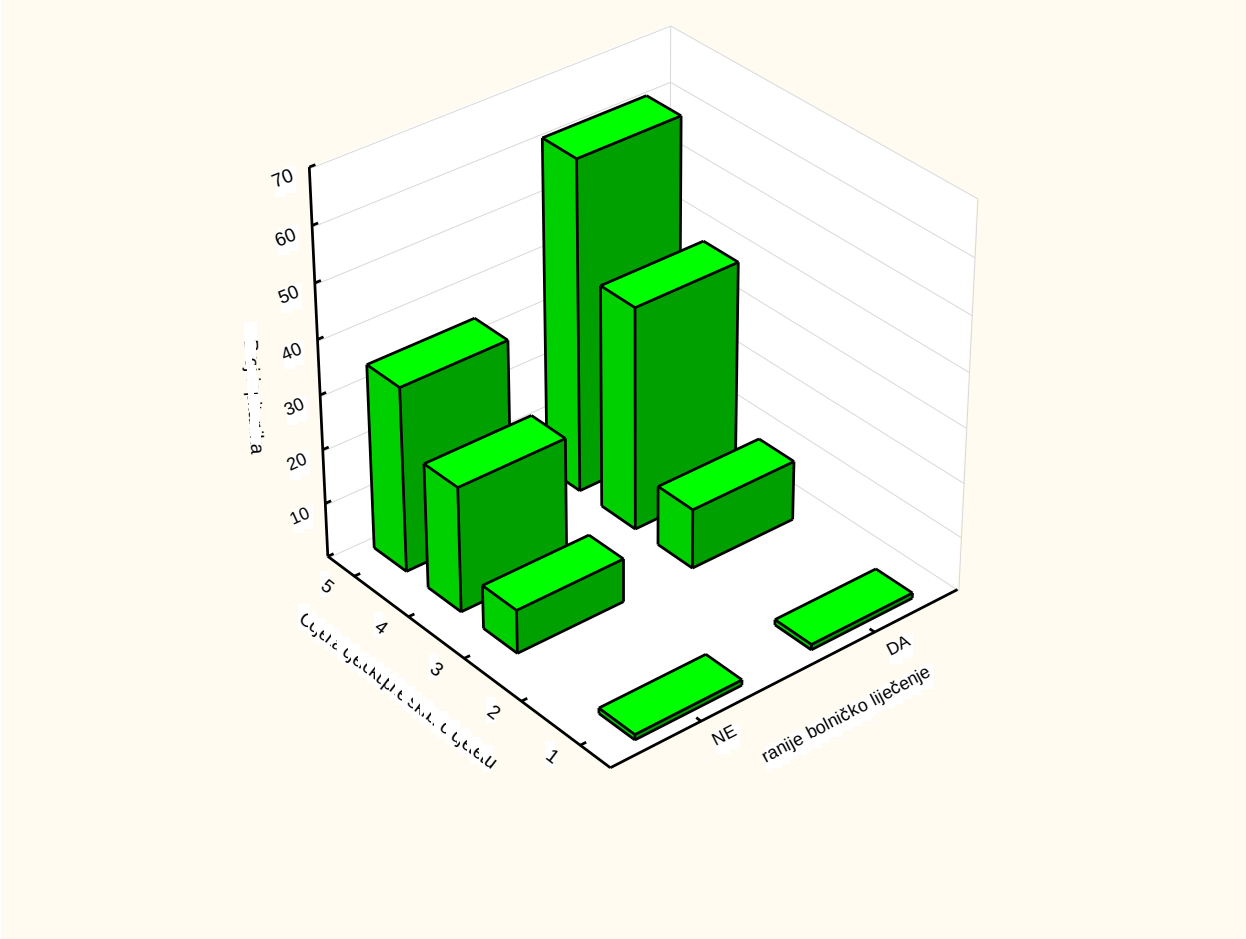


Slika 6. Ranije bolničko liječenje



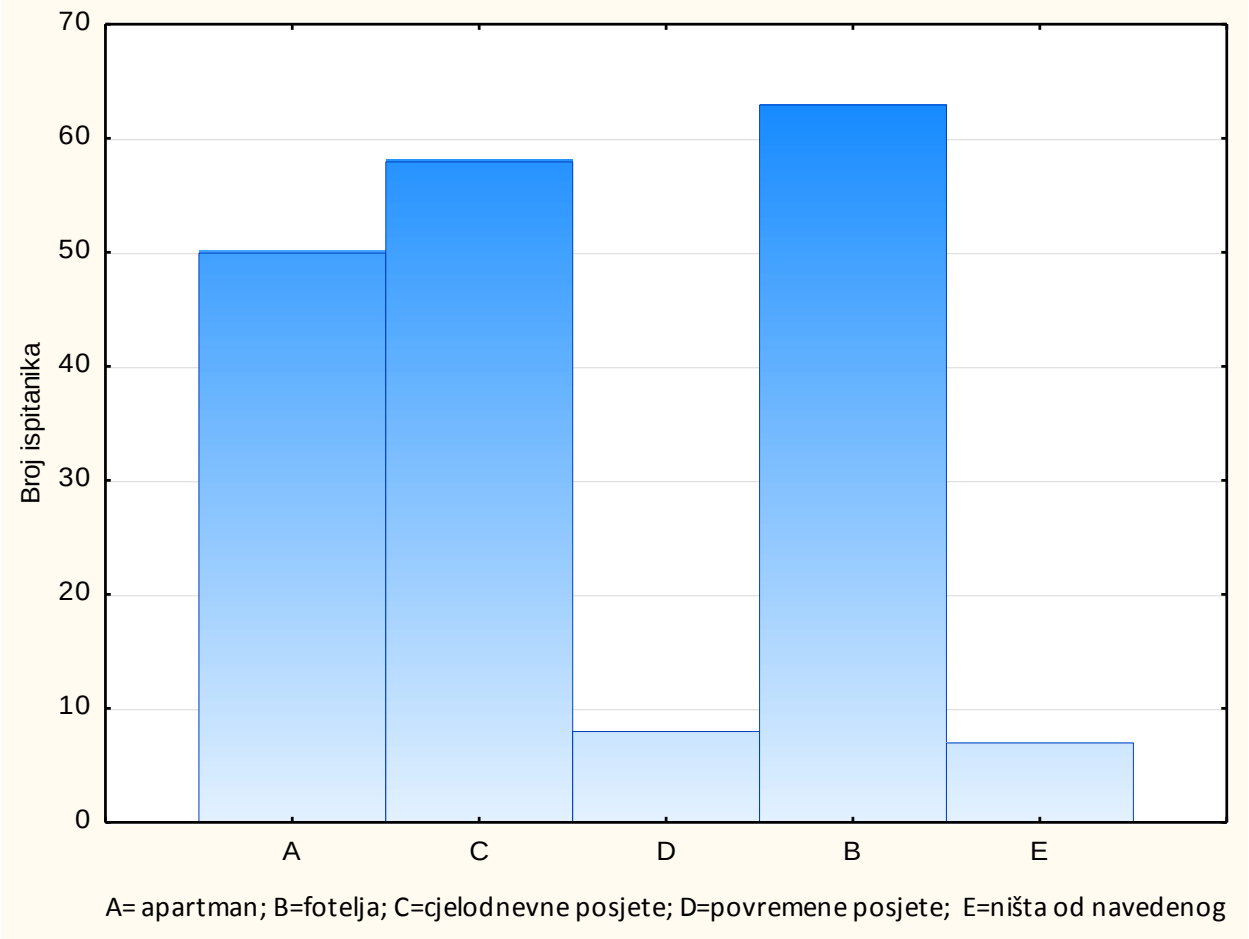
Slika 7. Broj bolničkih liječenja djece ispitanika

Učinjena je usporedba ocjene roditelja cjelokupne skrbi prema bolesnom djetetu s obzirom na njihovo prijašnje iskustvo s djetetom u bolnici. Korištenjem hi kvadrat testa dobilo se da ne postoji statistički značajna razlika ocjene između roditelja kojima je ovo prvo bolničko liječenje djeteta i ostalih (p= 0,999) – slika 8.



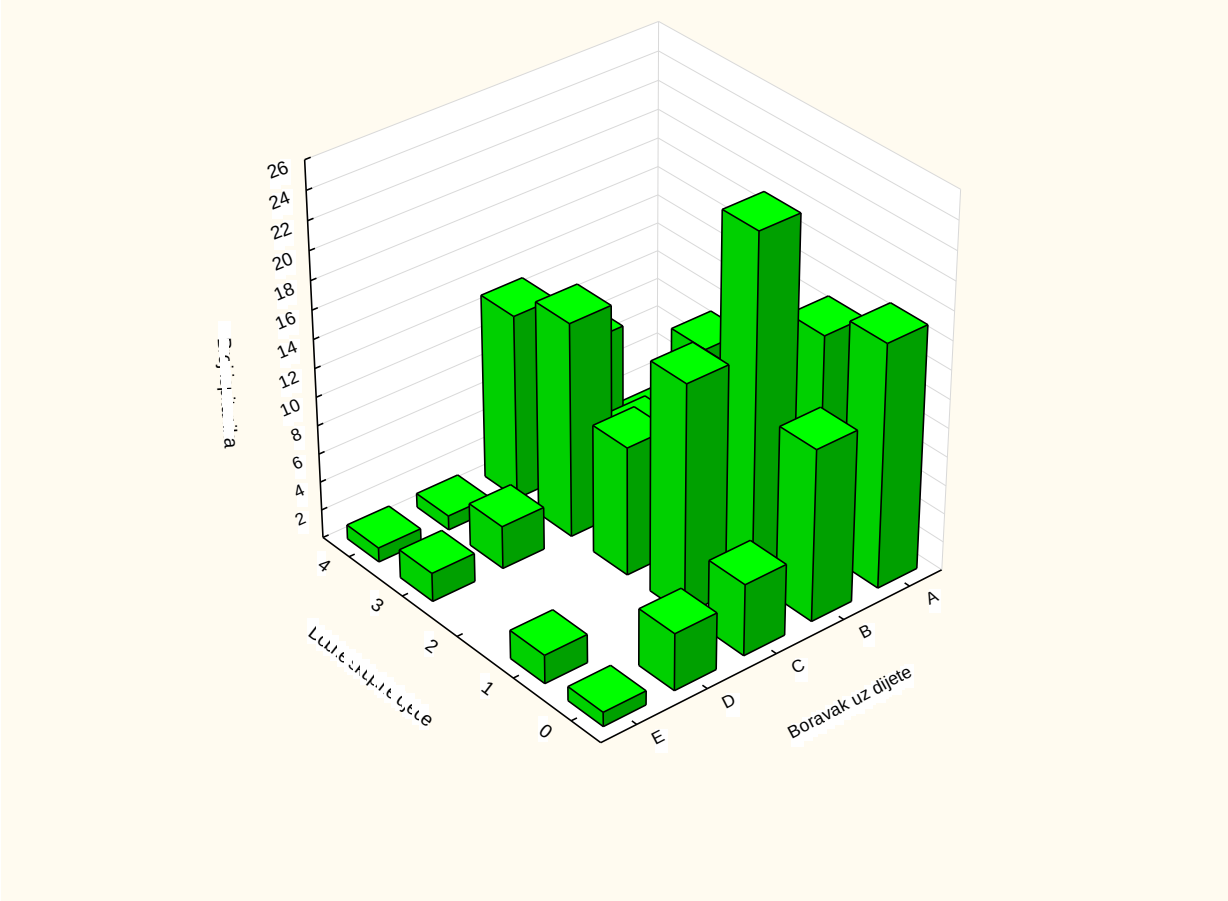
Slika 8. Ranije bolničko liječenje uz ocjenu cjelokupne skrbi

Mogućnost 24 satnog boravka roditelja uz dijete koristilo je 115 od 190 ispitanika. Od toga ih je 51 bilo u apartmanskom smještaju, 64 ispitanika je koristilo fotelju uz krevet bolesnog djeteta. Cjelodnevne posjete koristilo je 58 ispitanika, povremene posjete 8. Ništa od navedenog zaokružilo je 6 ispitanih (slika 9).



Slika 9. Boravak roditelja uz dijete

Prosječna starost ispitanika korisnika apartmana je 32,64 godina. Prosječna dob korisnika fotelja 32,53 godina. Prosječna dob djece čiji su roditelji koristili apartman je 4,281 godina. Pri tom je broj korisnika apartmana prema dobi pacijenata: mlađi od 1 godine n=19, od 1-4 godine n=21, od 5-9 godina n=8, od 10-14 godina n=2, 15-19 godina n=1. Najčešća dob djece čiji su roditelji koristili 24 smještaj na fotelji uz krevet djeteta je od 1-4 godina. Cjelodnevne posjete češće su koristili roditelji djece 10-14 godina. Povremene posjete i ništa od navedenog zaokružio je 11 ispitanih (slika 10).



0=0godina; 1=1-4god.; 2=5-9god.; 3=10-14god.; 4=15-19god

A=apartman; B=fotelja; C=cjelodnevne posjete; D=povremene posjete; E=ništa od navedenog

Slika 10. Prikaz odnosa dobi djeteta uz boravak uz dijete

Odgovori na ponuđene tvrdnje (12-29) prikazani su u tablici 3. Udio dobivenih odgovora iznosi 87,12%.

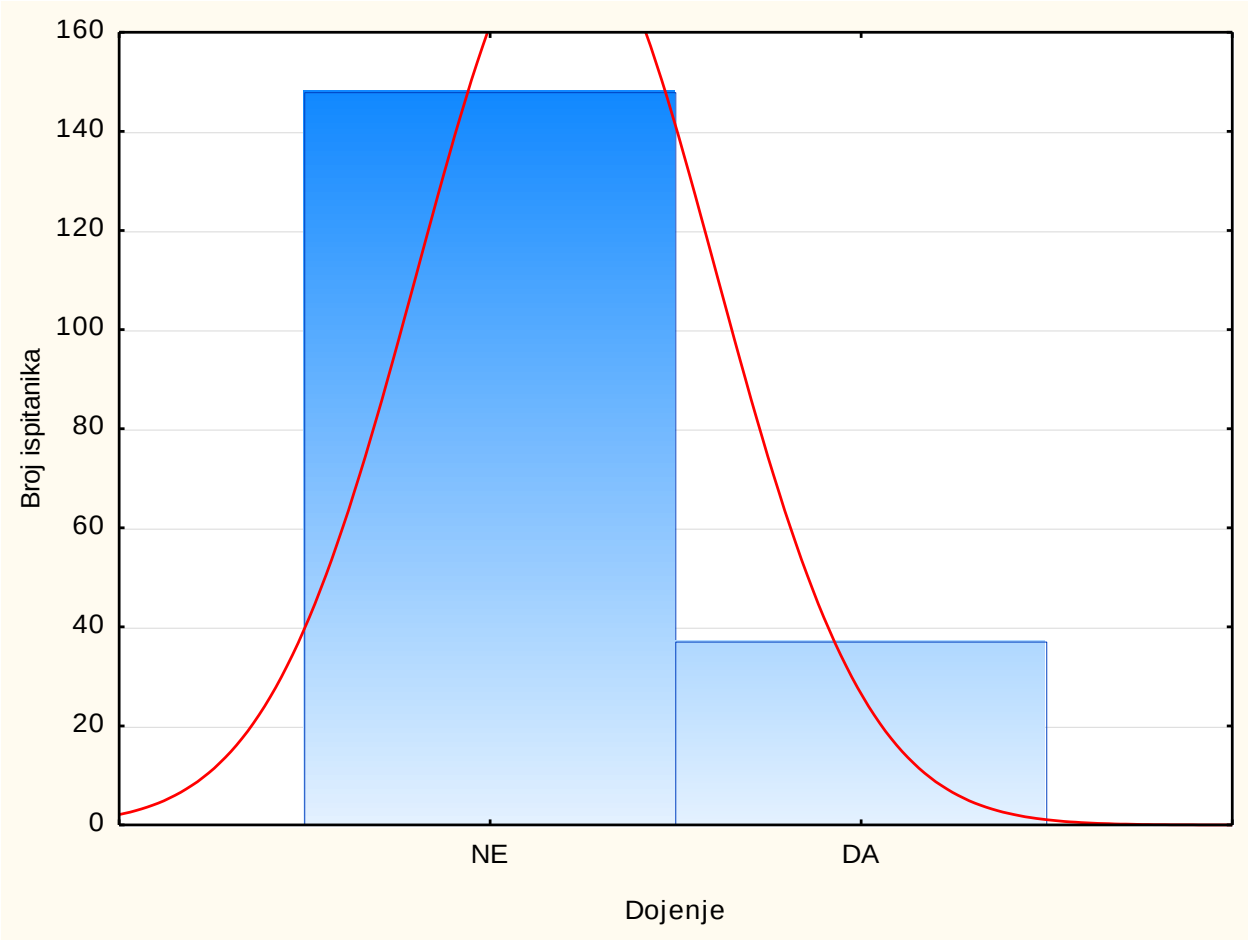
Koristili smo 95%-tni interval pouzdanosti, koji je u svezi s opće prihvaćenom razinom statističke značajnosti $p < 0,05$. Ukupna prosječna ocjena tvrdnji br. 12-29 iznosi 4,356. Svega tri tvrdnje su dobile prosječnu ocjenu nižu od 4 te je nađeno da je ta razlika statistička značajna.

Tablica 3. Deskriptivna statistika tvrdnji 12-29

Varijable	Broj ispitanika	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Interval pouzdanosti SD -95,000%	Interval pouzdanosti SD +95,000%
Ocjena skrbi med sestara	180	4,50	0,80	0,72	0,89
Ocjena skrbi liječnika	179	4,49	0,80	0,72	0,89
Ocjena ostalog osoblja	180	4,43	0,87	0,79	0,97
Ocjena odjelne higijene	182	4,31	0,88	0,80	0,98
Ocjena pružene prehrane	**178**	**3,67**	**1,14**	**1,03**	**1,28**
Ocjena mogućnosti igre	**165**	**3,58**	**1,28**	**1,15**	**1,43**
Ocjena cjelokupne skrbi o djetetu	180	4,38	0,76	0,69	0,85
Boravak uz dijete pomaže djeci	188	4,89	0,34	0,31	0,38
Boravak uz dijete pomaže roditeljima	184	4,78	0,63	0,57	0,70
Sudjelovanje u odluci o th i dg postupcima	**172**	**3,58**	**1,37**	**1,24**	**1,53**
Boravak uz dijete tijekom dg i th postupaka	180	4,50	0,92	0,83	1,03
Sigurnost i povjerenje u zdr radnike	185	4,38	0,82	0,74	0,91
Okruženje je toplo i prijateljsko	185	4,53	0,79	0,72	0,88
Jasne informacije od med sestra	184	4,48	0,84	0,76	0,93
Jasne informacije liječnik	185	4,42	0,86	0,78	0,96
Upute kome se javiti i kada po otpustu	169	4,61	0,67	0,60	0,75
Upute o skrbi iza otpusta	167	4,61	0,69	0,62	0,77

U daljnjem tekstu sve varijable će biti podrobnije opisane s posebnim osvrtom na one čija prosječna ocjena je < 4: To su: ocjena pružene prehrane, ocjena mogućnosti igre i sudjelovanje roditelja u odlukama o terapijskim i dijagnostičkim postupcima.

Da je za vrijeme boravka u bolnici njihovo dijete dojeno potvrdno je odgovorilo 39 ispitanika (slika 11)



Slika 11. Broj dojene djece

Ocjenu potpore dojenju od strane bolničkog osoblja dalo je 38 od 39 ispitanika dojene djece ($\bar{x}$=4,368; SD= 1,148).

Ocjenu 1 potpori dojenju od strane bolničkog osoblja dalo je 2 ispitanika.

Ocjenu 2 potpori dojenju od strane bolničkog osoblja dalo je 2 ispitanika.

Ocjenu 3 potpori dojenju od strane bolničkog osoblja dalo je 2 ispitanika.

Ocjenu 4 potpori dojenju od strane bolničkog osoblja dalo je 6 ispitanika.

Ocjenu 5 potpori dojenju od strane bolničkog osoblja dalo je 26 ispitanika.

Za ocjenu skrbi medicinskih sestara prema djetetu dobili smo 181 odgovor, ($\overline{x}$= 4,503; SD= 0,800).

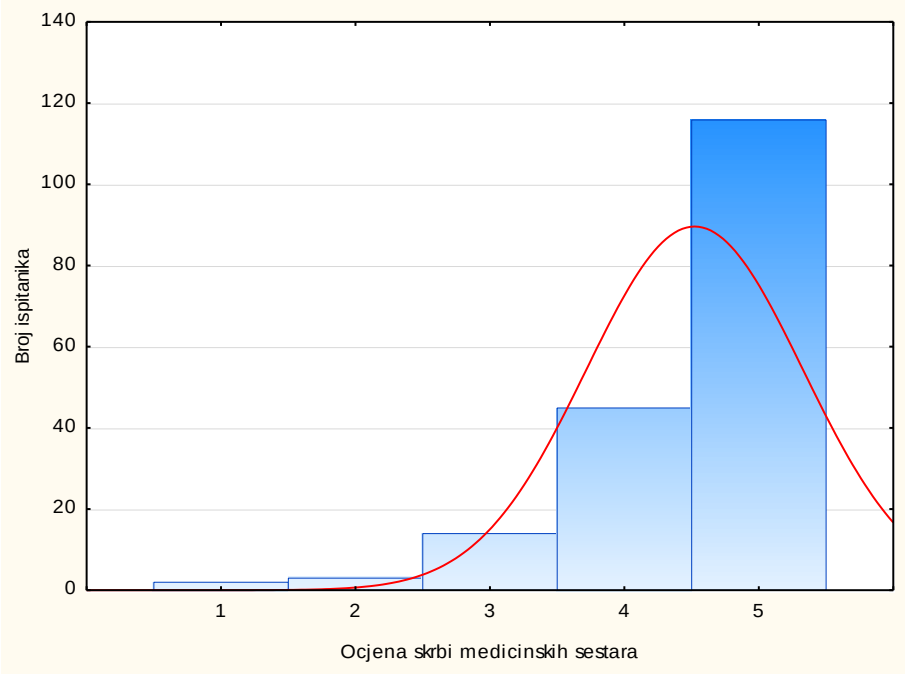
Ocjenu 1 skrbi medicinskih sestara dalo je 2 ispitanika.

Ocjenu 2 skrbi medicinskih sestara dalo je 3 ispitanika.

Ocjenu 3 skrbi medicinskih sestara dalo je 14 ispitanika.

Ocjenu 4 skrbi medicinskih sestara dalo je 45 ispitanika.

Ocjenu 5 skrbi medicinskih sestara dalo je 117 ispitanika (slika 12).



Slika 12. Ocjena skrbi medicinskih sestara

Za ocjenu skrbi liječnika prema djetetu dobili smo 180 odgovora ($\bar{x}$=4,494; SD 0,802).

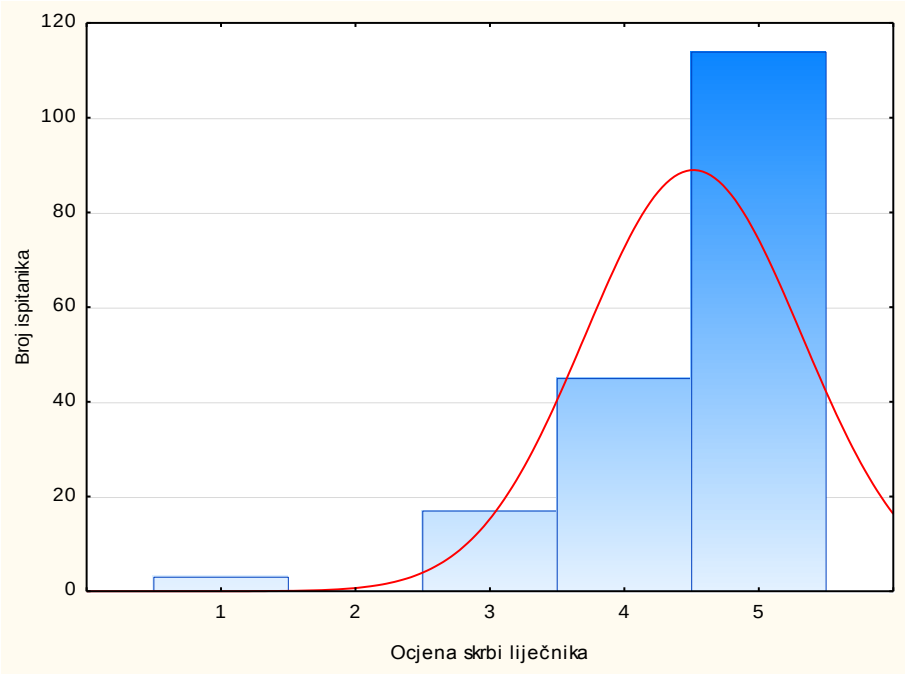
Ocjenu 1 skrbi liječnika dalo je 3 ispitanika.

Ocjenu 2 skrbi liječnika dalo je 0 ispitanika.

Ocjenu 3 skrbi liječnika dalo je 17 ispitanika.

Ocjenu 4 skrbi liječnika dalo je 45 ispitanika.

Ocjenu 5 skrbi liječnika dalo je 115 ispitanika (slika 13).



Slika 13. Ocjenu skrbi liječnika

Za ocjenu ostalog osoblja (administracija, spremačice) dobili smo 180 odgovora ($\overline{x}$=4,439; SD=0,873).

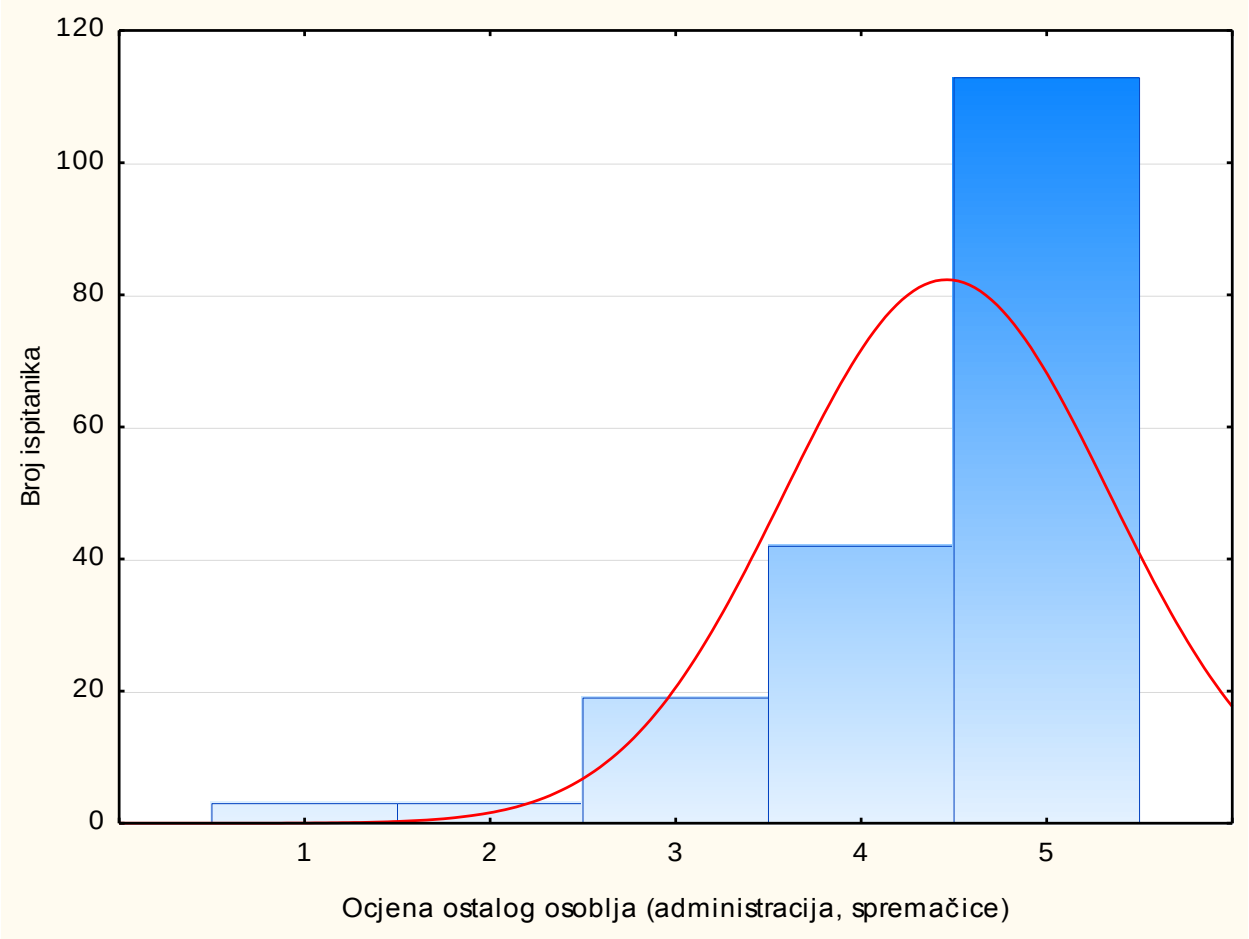
Ocjenu 1 ostalog osoblja (administracija, spremačice) dalo je 3 ispitanika.

Ocjenu 2 ostalog osoblja (administracija, spremačice) dalo je 3 ispitanika.

Ocjenu 3 ostalog osoblja (administracija, spremačice) dalo je 19 ispitanika.

Ocjenu 4 ostalog osoblja (administracija, spremačice) dalo je 42 ispitanika.

Ocjenu 5 ostalog osoblja (administracija, spremačice) dalo je 113 ispitanika (slika 14).



Slika 14. Ocjena nezdravstvenog osoblja

Za ocjenu odjelne higijene dobili smo 182 odgovora, $\bar{x}$=4,319; SD= 0,884.

Ocjenu 1 odjelne higijene dalo je 3 ispitanika.

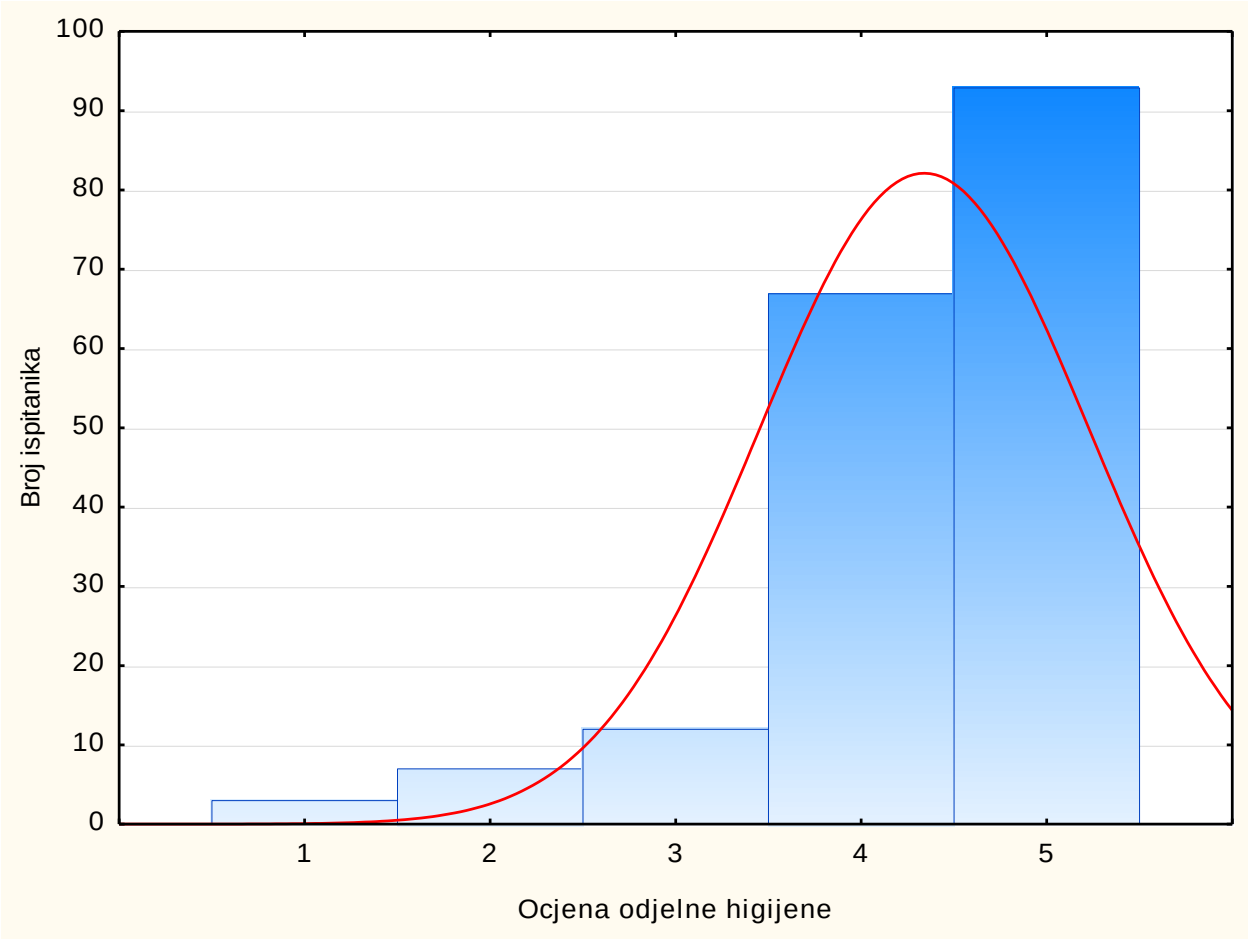
Ocjenu 2 odjelne higijene dalo je 7 ispitanika.

Ocjenu 3 odjelne higijene dalo je 12 ispitanika.

Ocjenu 4 odjelne higijene dalo je 67 ispitanika.

Ocjenu 5 odjelne higijene dalo je 93 ispitanika (slika 15).

Srednja ocjena odjelne higijene korisnika apartmana bila je 4,627, dok je srednja ocjena odjelne higijene korisnika fotelje bila 3,906. Upotrebom Hi kvadrat testa ne nalazi se statistički značajne razlike u ocjenjivanju odjelne higijene i različitih oblika boravka uz dijete (p>0,05).



Slika 15**.** Ocjena odjelne higijene

Za ocjenu pružene prehrane dobili smo 178 odgovora, $\overline{x}$= 3,674; SD=1,148 (slika 16).

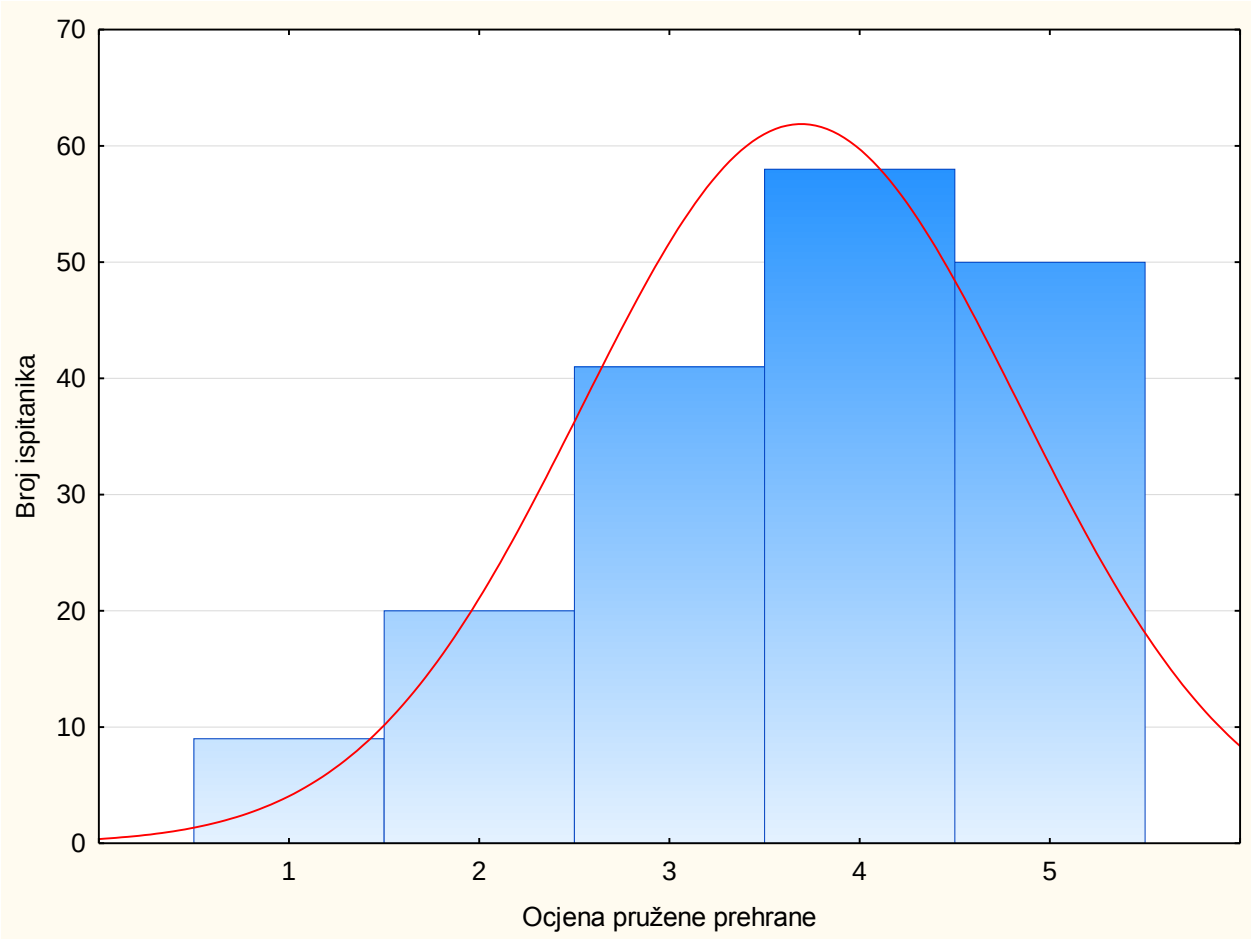
Ocjenu 1 pružene prehrane dalo je 9 ispitanika.

Ocjenu 2 pružene prehrane dalo je 20 ispitanika.

Ocjenu 3 pružene prehrane dao je 41 ispitanik.

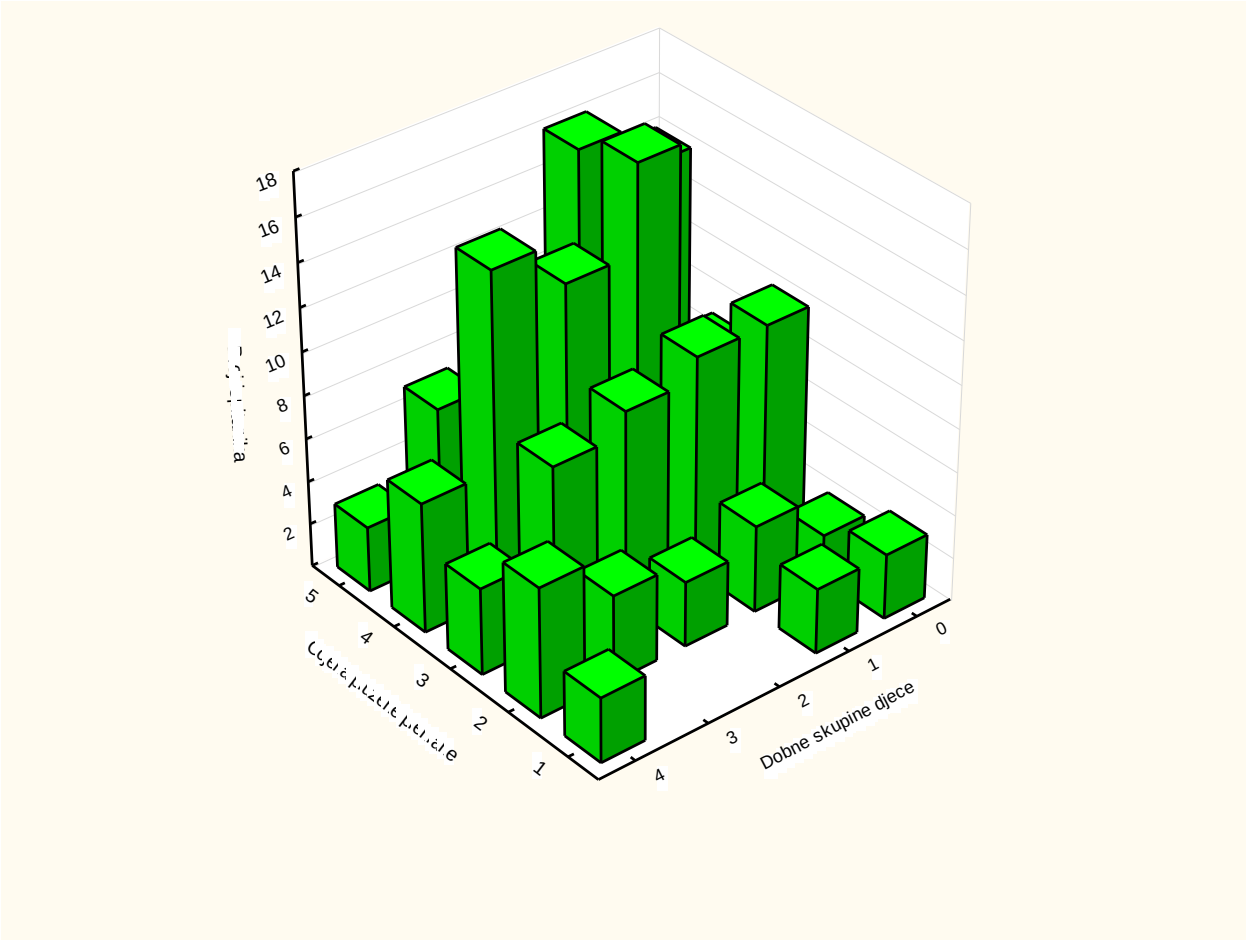
Ocjenu 4 pružene prehrane dalo je 58 ispitanika.

Ocjenu 5 pružene prehrane dalo je 50 ispitanika.



Slika 16**.** Ocjene pružene prehrane

Hi kvadrat test „Ocjene pružene prehrane“ s obzirom na dob djeteta pokazao je slijedeće statistički značajne razlike ($p<0,05$) u ocjenjivanju prehrane na odjelu između roditelja djece dobnih skupina: 0-1 i 15-19 godina; 1-4 i 15-19; 5-9 i 15-19 godina. Najmanje zadovoljna s ponuđenom hranom na odjelu su djeca dobne skupine 15-19 godina.



Slika 17**.** Usporedba dobi djeteta i ocjene pružene prehrane

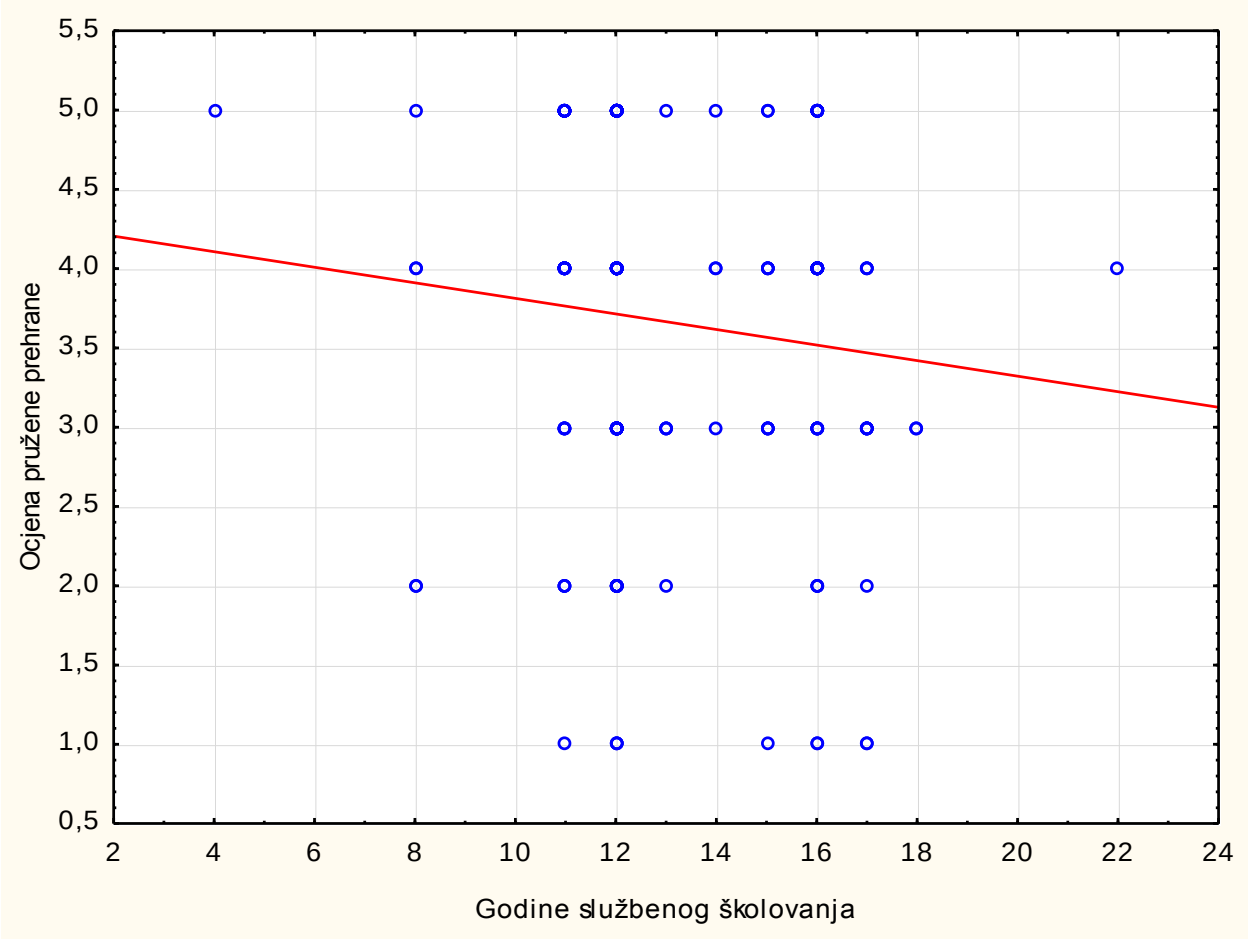
Usporedbom dvije varijable: godina školovanja i ocjene pružene prehrane dobivene su slijedeće prosječne ocjene:

ispitanici s osnovnoškolskim obrazovanjem $\overline{x}$=3,857,

ispitanici sa srednjoškolskim obrazovanjem $\overline{x}$=3,742,

ispitanici s višim ili visokim obrazovanjem $\overline{x}$=3,667 (Slika 18).

Korištenjem hi kvadrat testa nisu uočene statističke značajnosti ocjene pružene prehrane i obrazovnog statusa roditelja.



Slika 18. Usporedba godina službenog školovanja i ocjene pružene prehrane

Usporedbom dvije varijable: materijalnog statusa i ocjene pružene prehrane pokazalo se da:

Ispitanici materijalnog statusa:

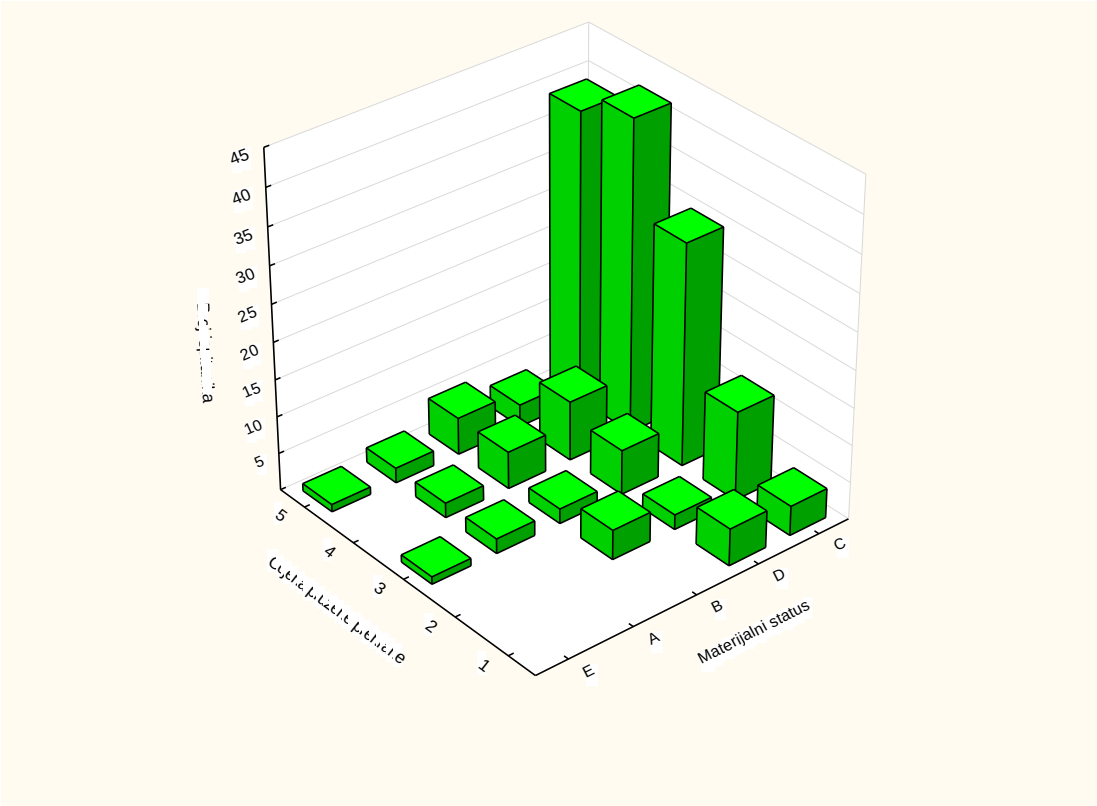
A (puno ispod prosjeka) ocjenjuju prehranu prosječnom ocjenom 4,

B (malo ispod prosjeka) ocjenjuju prehranu prosječnom ocjenom 3,667,

C (prosječan) ocjenjuju prehranu prosječnom ocjenom 3,78,

D (malo iznad prosjeka) ocjenjuju prehranu prosječnom ocjenom 3,167,

E (puno iznad prosjeka) ocjenjuju prehranu prosječnom ocjenom 4 (slika 19).



Slika 19. Materijalni status uz ocjenu pružene prehrane

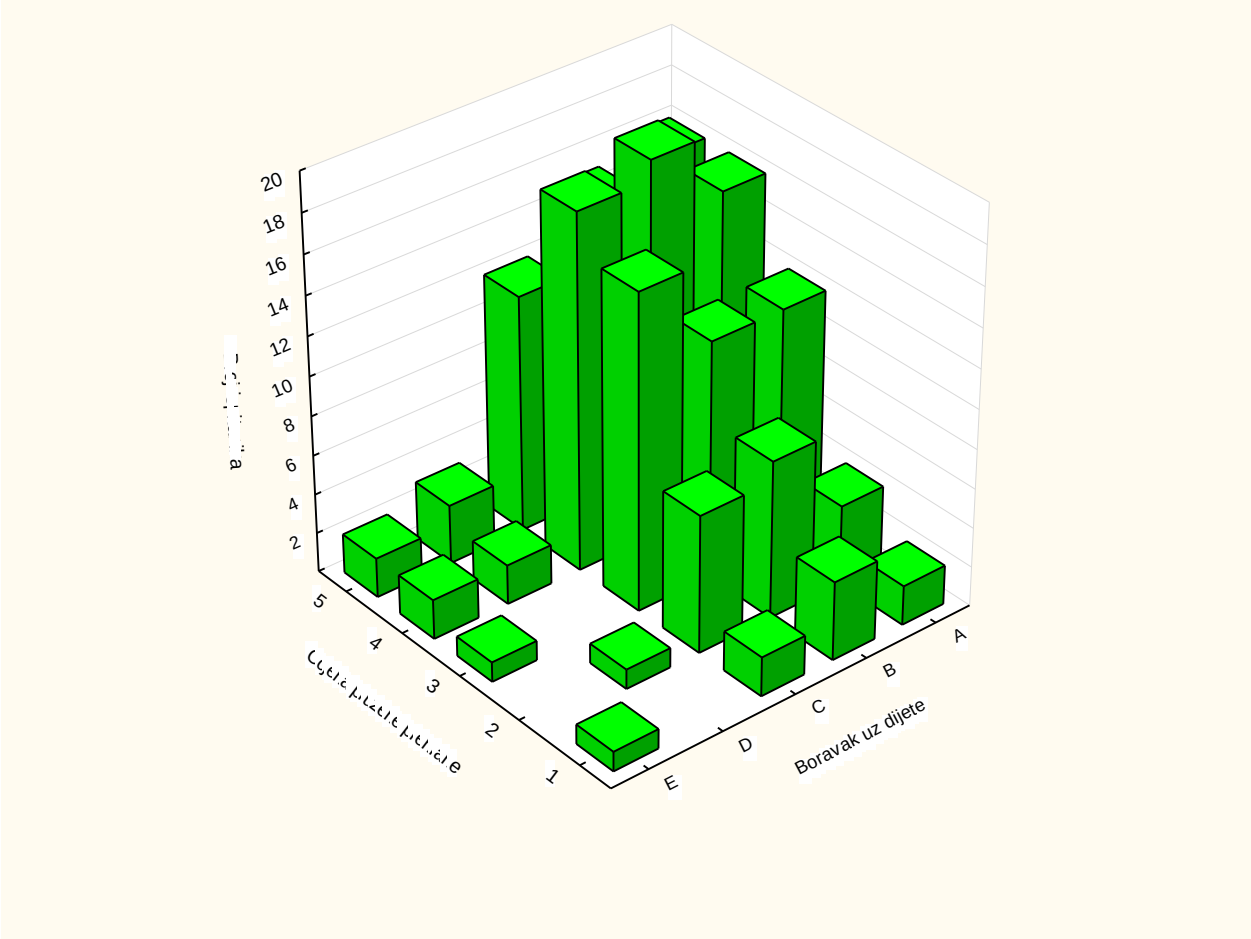
Korištenjem hi kvadrat testa uočeno je da postoji statistički značajna razlika ocjene pružene prehrane frekvencija ispitanika materijalnog statusa A i D (p=0,00087), B i D (p= 0,00008) te C i D (p= 0,00064) Ispitanici materijalnog statusa E (puno iznad prosjeka) nisu analizirani zbog nedovoljne količine podataka (n=2). Općenito roditelji nižeg materijalnog statusa procjenjuju prehranu boljom.

Hi kvadrat testom dobivene su statistički značajne razlike odnosa ocjene pružene prehrane i kategorija ispitanika koji su koristili:

apartman i fotelju uz krevet djeteta (p= 0,0196). Prehranu značajno bolje ocjenjuju roditelji s djetetom u apartmanu.

fotelju i cjelodnevne posjete (p= 0,0345). Prehranu značajno bolje ocjenjuju roditelji koji su koristili cjelodnevne posjete.

cjelodnevne posjete i ništa od navedenog (p= 0,0025). Prehranu značajno bolje ocjenjuju roditelji koji su zaokružili odgovor „ništa od navedenog“.



A – apartman; B – fotelja; C – cjelodnevne posjete; D – povremene posjete; E – ništa od navedenog

Slika 20. Boravak uz dijete uz ocjenu pružene prehrane

Za ocjenu mogućnosti igre dobili smo 165 odgovora, ($\overline{x}$=3,582 , SD= 1,283).

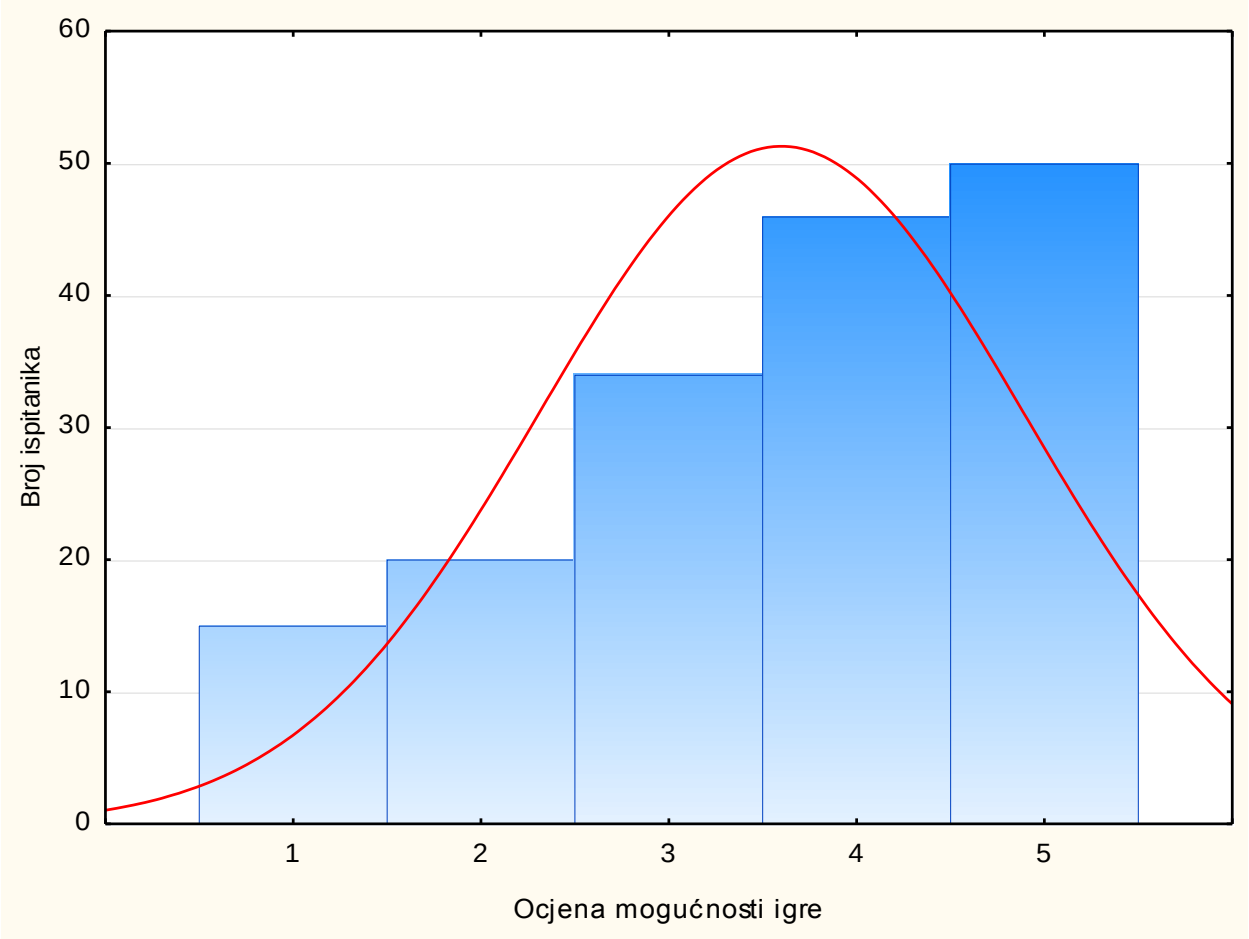
Ocjenu 1 za mogućnost igre na odjelu dalo je 15 ispitanika.

Ocjenu 2 za mogućnost igre na odjelu dalo je 20 ispitanika.

Ocjenu 3 za mogućnost igre na odjelu dalo je 34 ispitanika.

Ocjenu 4 za mogućnost igre na odjelu dalo je 46 ispitanika.

Ocjenu 5 za mogućnost igre na odjelu dalo je 50 ispitanika (slika 21) .



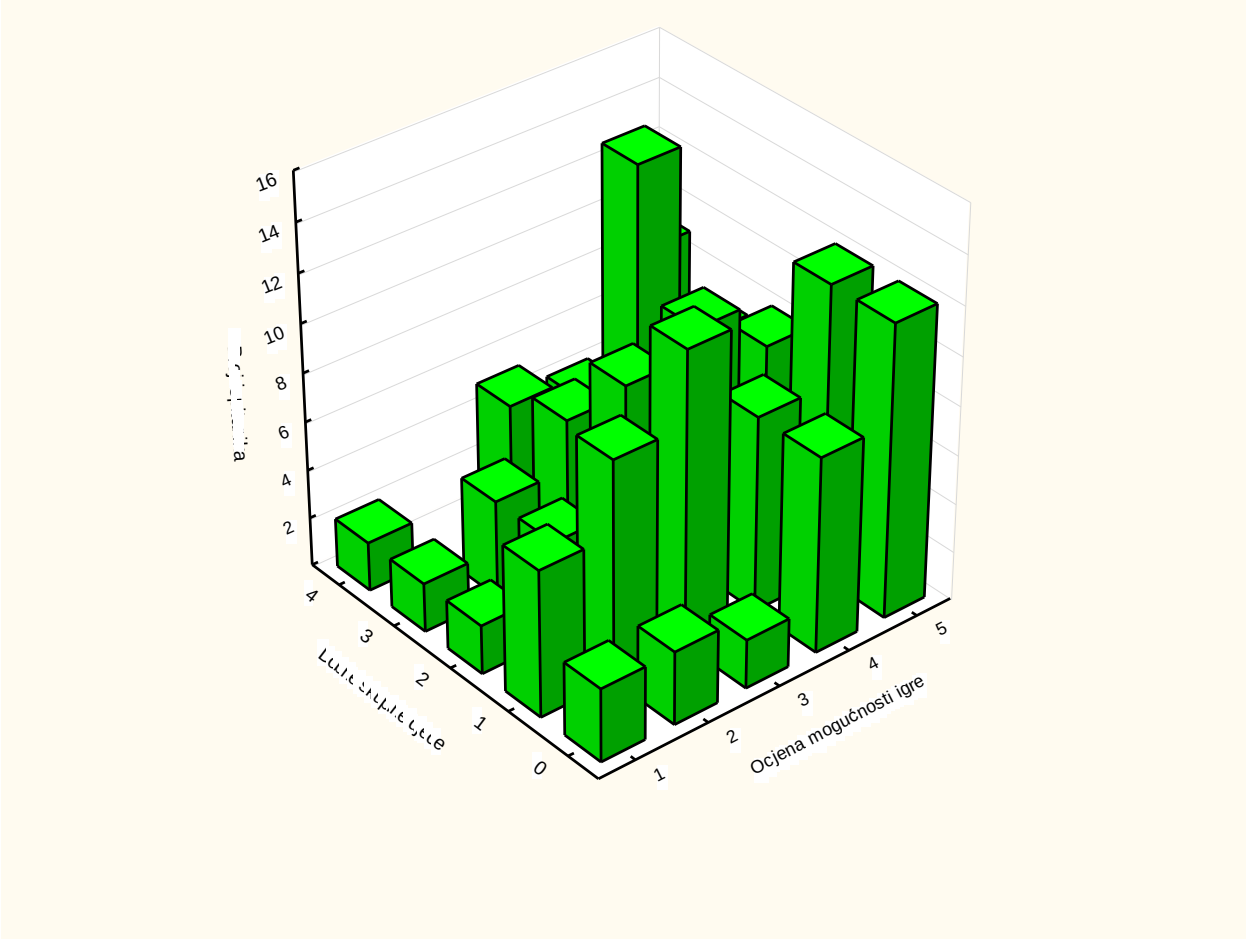
Slika 21. Ocjena mogućnosti igre

Usporedbom dvije varijable: ocjene mogućnosti igre i dobi djeteta pokazalo se da su ocjenu 1 i 2 učestalije davali roditelji djeteta od 1-4 godine, ocjene 3,4 i 5 daju roditelji djece svih dobnih skupina (slika 22).

Upotrebom hi kvadrat testa dobivene su statistički značajne razlike ocjene mogućnosti za igru i pojedinih kategorija dobnih skupina djece:

- Dobna skupina 0 godina usporedno sa skupinom 1-4 godina (p= 0,00000).
- Dobna skupina 0 godina usporedno sa skupinom 5-9 godina (p=0,00094)
- Dobna skupina 0 godina usporedno sa skupinom 10-14 godina (p= 0,00446)
- Dobna skupina 1-4 godine usporedno sa skupinom 5-9 godina (p=001163)

Mogućnost za igru značajno lošije ocjenjuju ispitanici djece dobne skupine 1-4 i 5-9 godina.



Slika 22. Ocjena mogućnosti igre spram dob djeteta

Usporedbom materijalnog statusa i mogućnosti igre dobiveni su slijedeći rezultati:

A (puno ispod prosjeka) ocjenjuju mogućnost igre prosječnom ocjenom 3,667

B (malo ispod prosjeka) ocjenjuju mogućnost igre prosječnom ocjenom 3,417

C (prosječan) ocjenjuju mogućnost igre prosječnom ocjenom 3,708

D (malo iznad prosjeka) ocjenjuju mogućnost igre prosječnom ocjenom 3,125

E (puno iznad prosjeka) ocjenjuju mogućnost igre prosječnom ocjenom 5

Hi kvadrat testom dobivena je statistički značajna razlika ocjene mogućnosti igre i različitih kategorija materijalnog statusa između ispitanika prosječnog materijalnog statusa i onih statusa malo iznad prosjeka (p=,00001) gdje nalazimo da ispitanici materijalnog statusa malo iznad prosjeka mogućnost igre ocjenjuju značajno lošije od ispitanika prosječnog materijalnog statusa.

Također je nađena statistički značajna razlika ocjene mogućnosti igre i različitih kategorija obrazovnog statusa ispitanika između srednjoškolski obrazovanih ispitanika i onih s višim ili visokim obrazovanjem (p= 0,000806) na način da roditelji višeg obrazovnog statusa mogućnost igre ocjenjuju lošije od onih sa srednjoškolskim obrazovanjem.

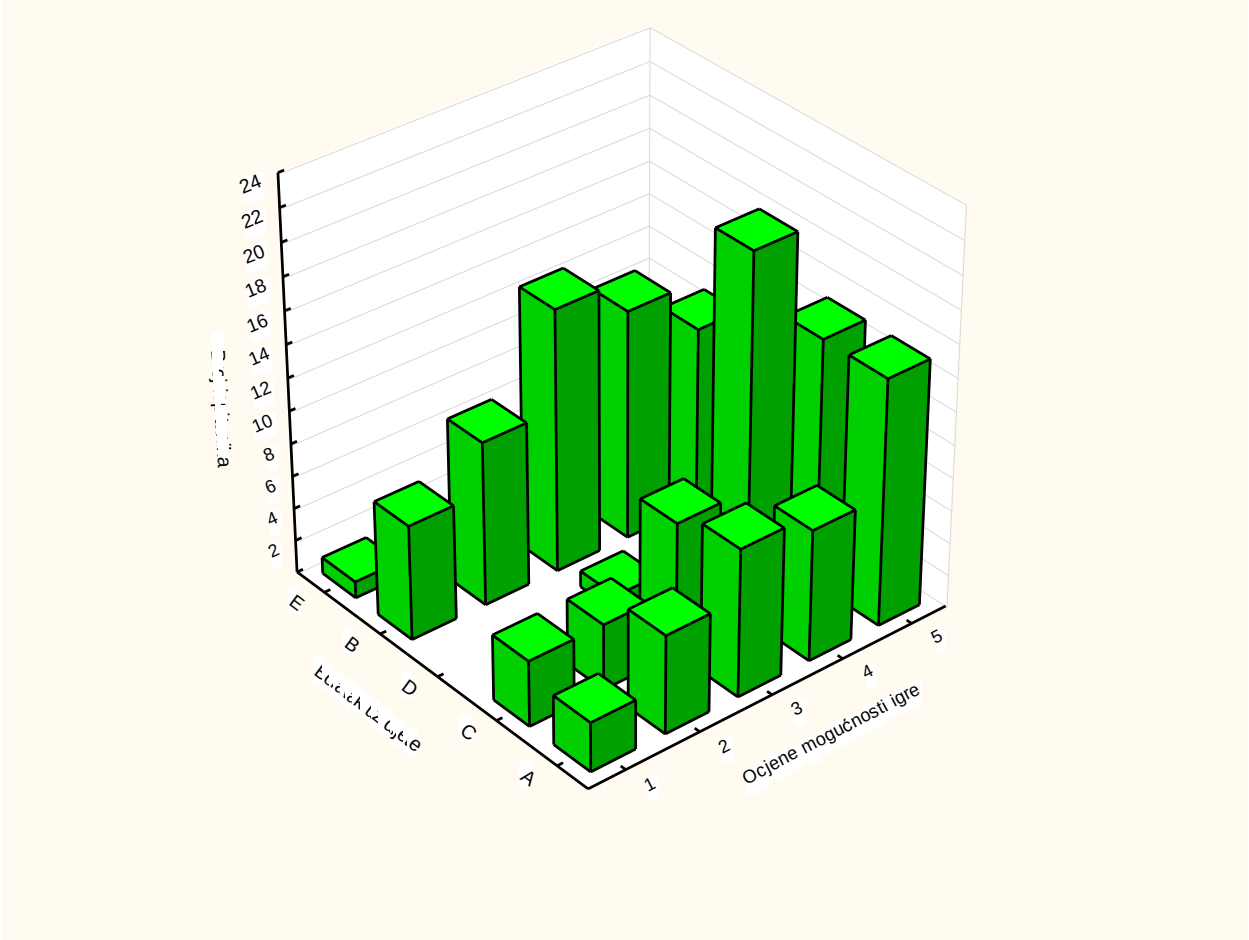
Prema obrazovnom statusu mogućnost igre ocjenjena je slijedećim prosječnim ocjenama:

Ispitanici s osnovnoškolskim obrazovanjem, $\overline{x}$= 4

Ispitanici sa srednjoškolskim obrazovanjem, $\overline{x}$ = 3,714

Ispitanici sa višim ili visokim obrazovanjem, $\overline{x}$= 3,392

Ispitanici koji su koristili apartman za mogućnost igre (slika 23) najčešće daju ocjenu 5, korisnici fotelje ocjenu 3, cjelodnevnih posjeta ocjenu 4.



A – apartman; B – fotelja; C – cjelodnevne posjete; D – povremene posjete; E – ništa od navedenog

Slika 23. Boravak uz dijete spram ocjene mogućnosti igre

Za ocjenu cjelokupne skrbi o djetetu dobili smo 180 odgovora, ($\bar{x}$=4,389, SD=0,765).

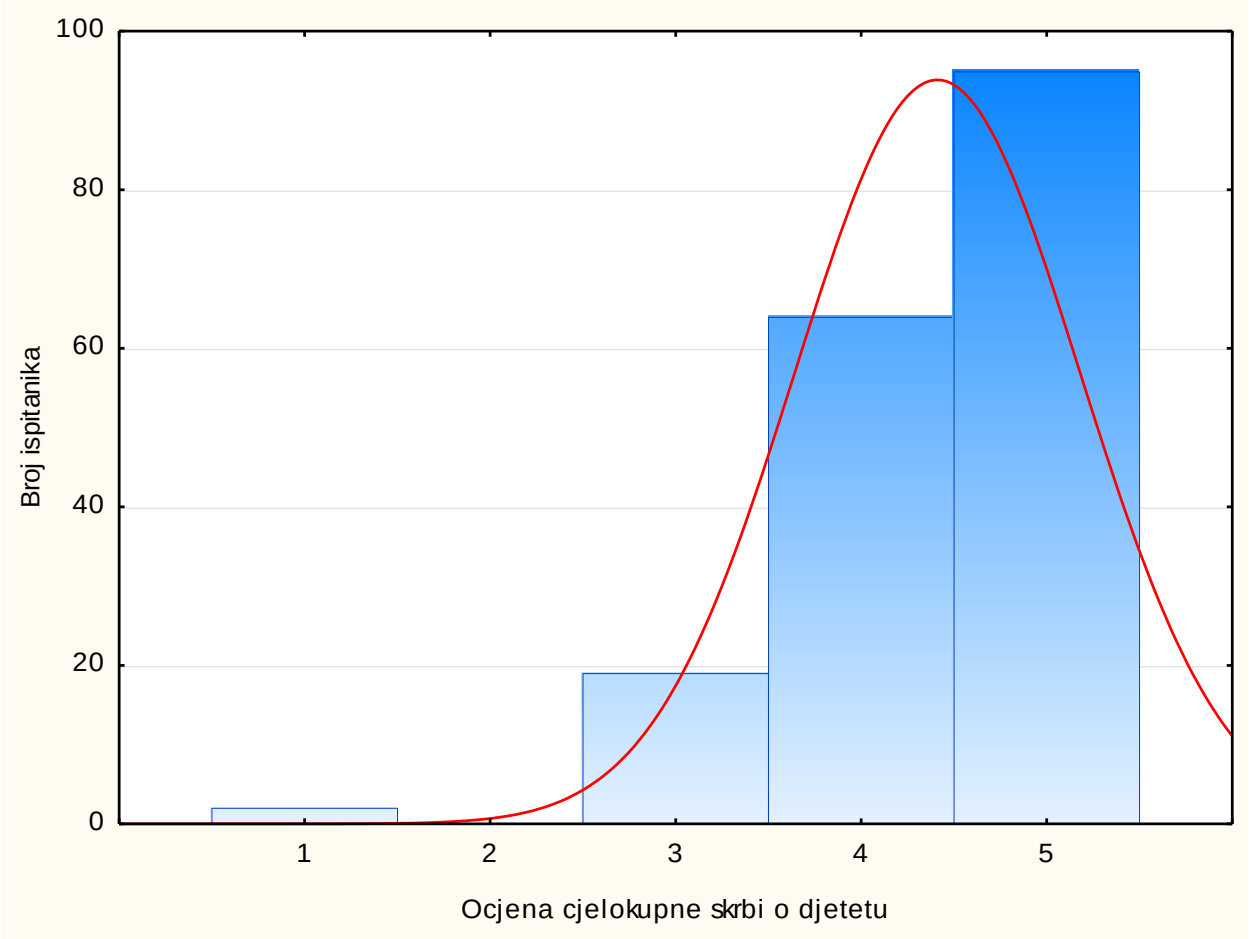
Ocjenu 1 za cjelokupnu skrb o djetetu dalo je 2 ispitanika.

Ocjenu 2 za cjelokupnu skrb o djetetu dalo je 0 ispitanika.

Ocjenu 3 za cjelokupnu skrb o djetetu dalo je 19 ispitanika.

Ocjenu 4 za cjelokupnu skrb o djetetu dalo je 64 ispitanika.

Ocjenu 5 za cjelokupnu skrb o djetetu dalo je 95 ispitanika (slika 24).



Slika 24. Ocjena cjelokupne skrbi o djetetu

Na tvrdnju: „Smatram da boravak roditelja uz dijete u bolnici pomaže djetetu“ dobili smo 188 odgovora, ($\overline{x}$ 4,894, SD= 0,342).

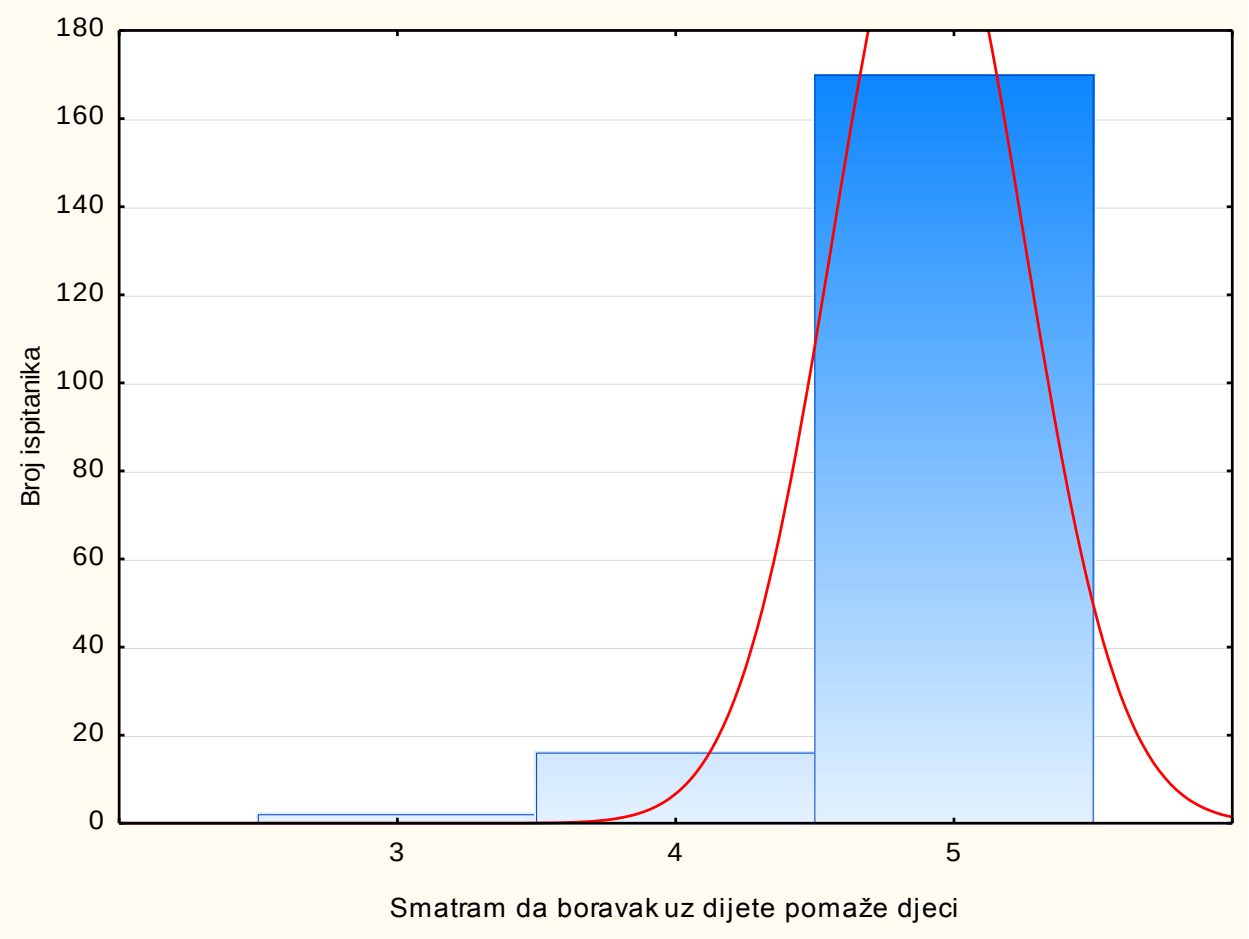
Niti jedan ispitanik nije odgovorio „potpuno netočno“;

niti jedan ispitanik nije odgovorio „djelomično netočno“,

3 ispitanika su dala odgovor „ni točno ni netočno“,

16 ispitanika odgovara „djelomično točno“,

170 ispitanika odgovara „potpuno točno“ (slika 25).



3-„ni točno ni netočno“; 4-„djelomično točno“; 5-„potpuno točno“

Slika 25. Stav roditelja da boravak uz dijete u bolnici pomaže djeci

Na tvrdnju: „Smatram da boravak roditelja uz dijete u bolnici pomaže roditeljima“ dobili smo 184 odgovora, $\bar{x}$=4,783, SD=0,633 (slika 26).

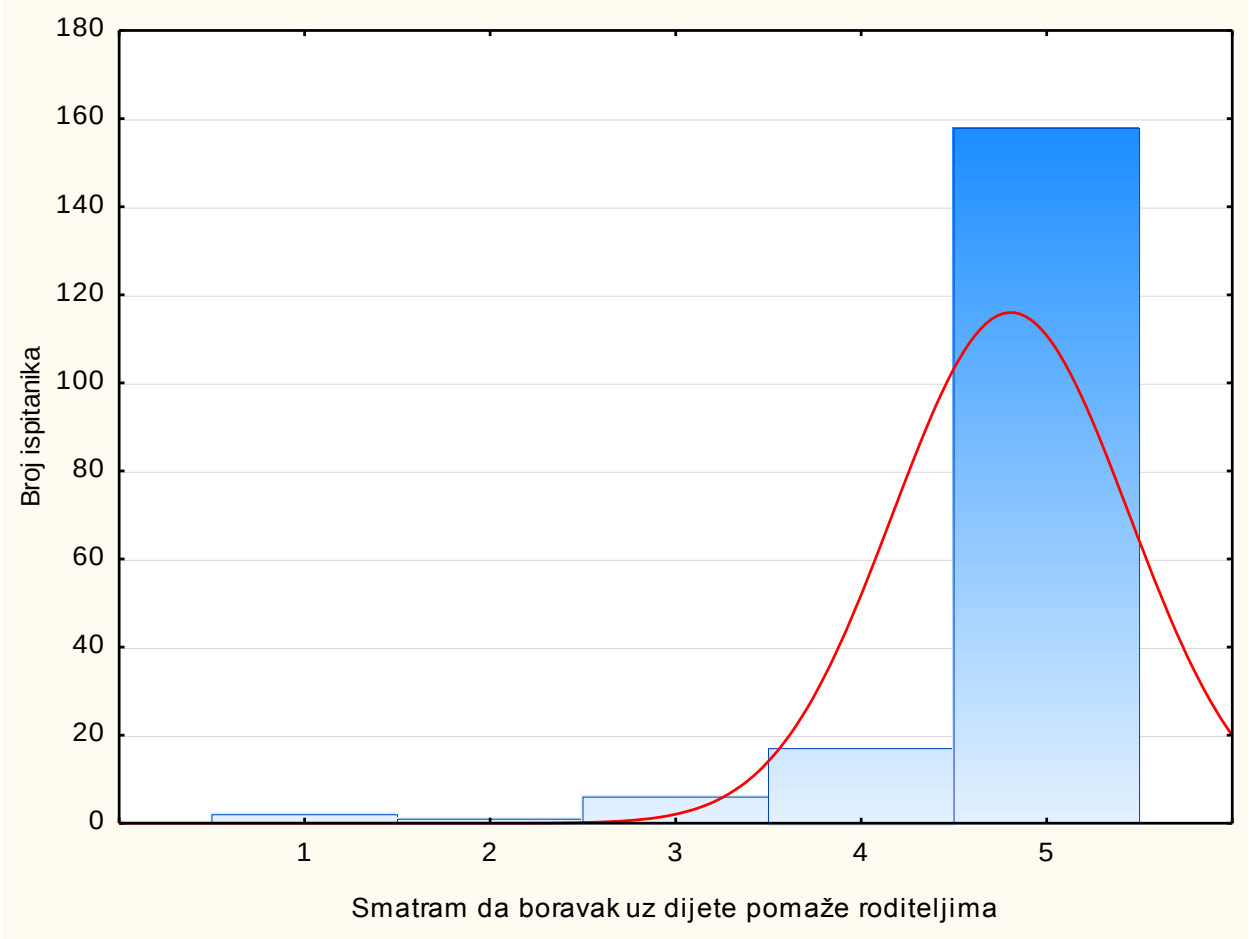
1 - „Potpuno netočno“ odgovorilo je 2 ispitanika.

2 - „Djelomično netočno“ odgovorilo je 1 ispitanik.

3 - „Niti točno niti netočno odgovorilo je 6 ispitanika.

4 - „Djelomično točno“ odgovorilo je 17 ispitanika.

5 - „Potpuno točno“ odgovorilo je 158 ispitanika.



1- „Potpuno netočno“; 2- „Djelomično netočno“; 3- „Niti točno niti netočno“; 4- „Djelomično točno“; 5- „Potpuno točno“

Slika 26. Stav roditelja da boravak uz dijete u bolnici pomaže roditeljima

Na pitanje o mogućnosti sudjelovanja roditelja u odlukama o terapijskim i dijagnostičkim postupcima dobiveno je 172 odgovora ($\bar{x}$=3,581, SD= 1,376).

1 - „Potpuno netočno“ odgovorilo je 24 ispitanika.

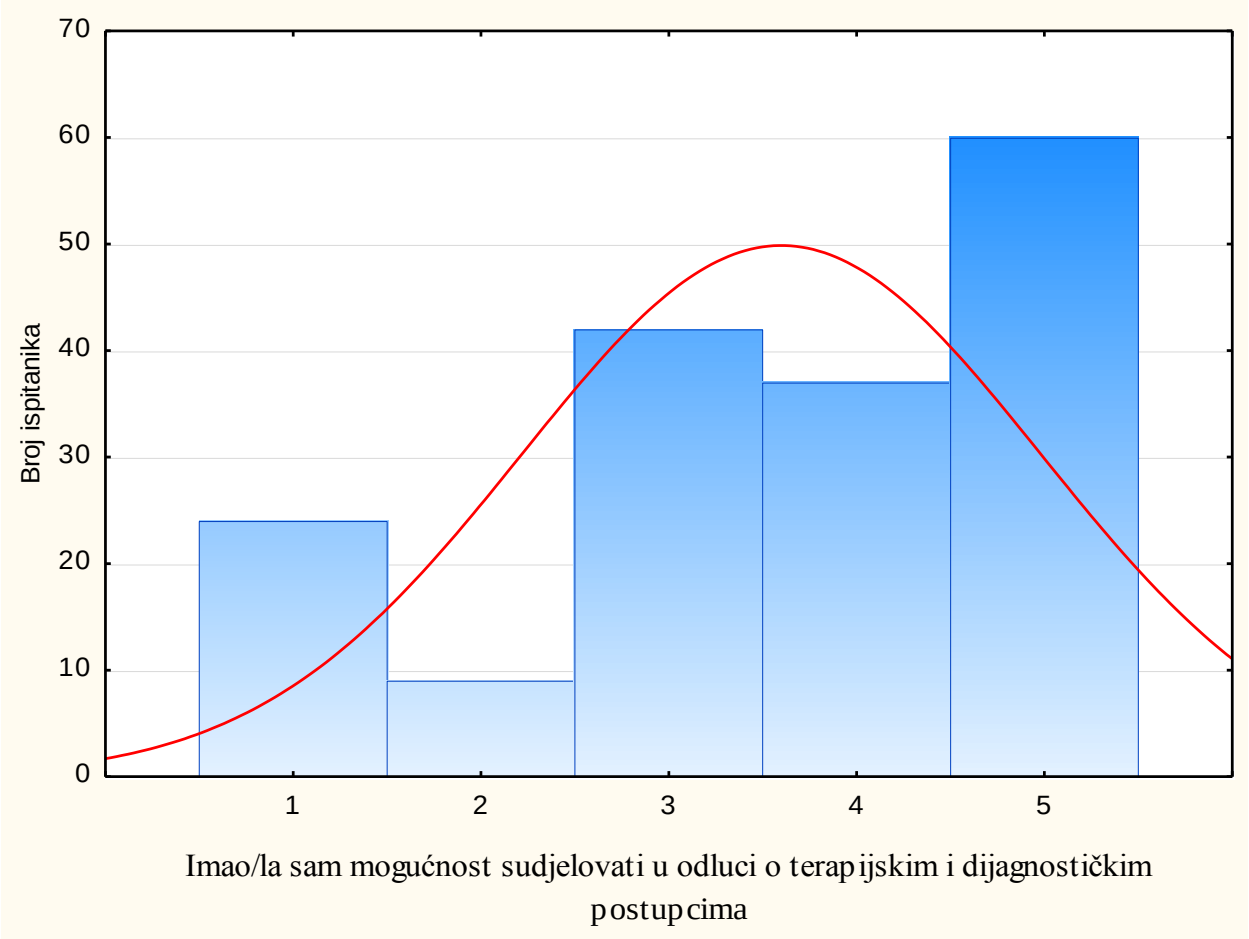
2 - „Djelomično netočno“ odgovorilo je 9 ispitanika.

3 - „Niti točno niti netočno“ odgovorilo je 42 ispitanika.

4 - „Djelomično točno“ odgovorilo je 37 ispitanika.

5 - „Potpuno točno“ odgovorilo je 60 ispitanika.(slika 27)

Ovo je jedno od pitanja na kojem je dobiven najveći raspon ponuđenih odgovora.



1- „Potpuno netočno“; 2- „Djelomično netočno“; 3- „Niti točno niti netočno“; 4 -„Djelomično točno“; 5- „Potpuno točno“

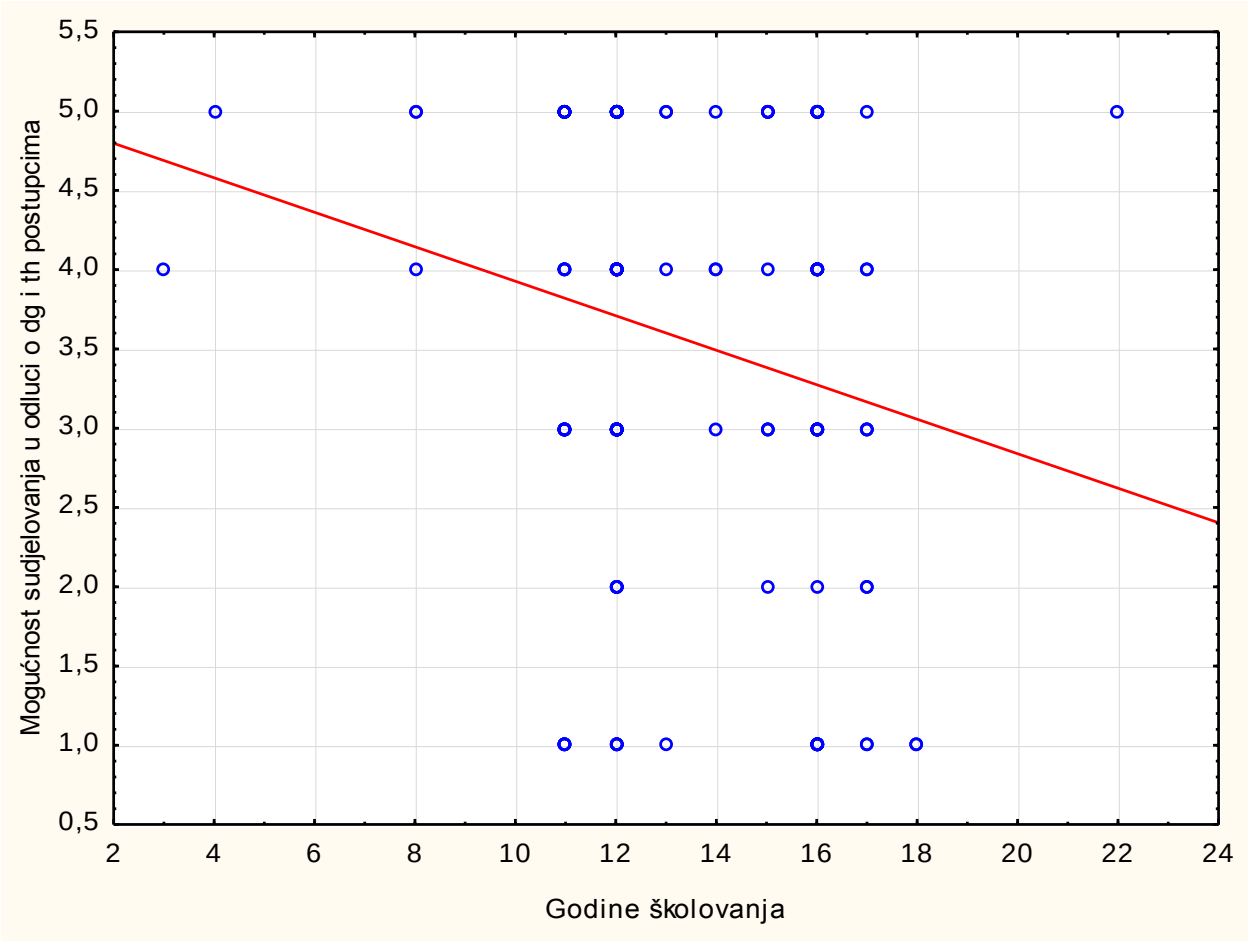
Slika 27. Stav roditelja o mogućnosti sudjelovanja u odluci o th i dg postupcima

Prema obrazovnom statusu dobili smo slijedeće odgovore o mogućnosti sudjelovanja u terapijskim i dijagnostičkim odlukama (slika 28):

Ispitanici s osnovnoškolskim obrazovanjem u većem broju smatraju tvrdnju „djelomično točnom“ (x =4,333).

Ispitanici sa srednjoškolskim obrazovanjem u većem broju smatraju tvrdnju „niti točnom niti netočnom“ (x=3,702).

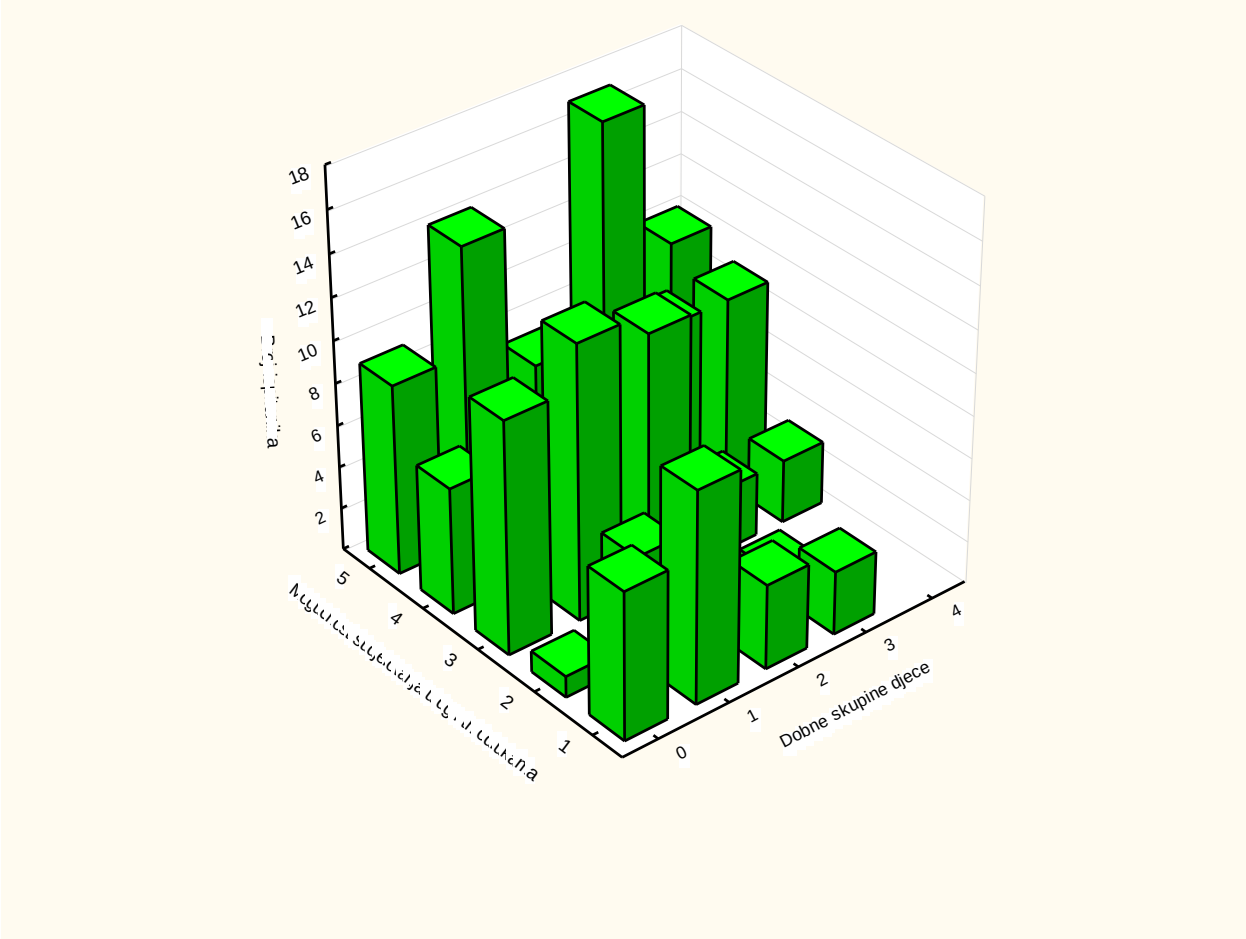
Ispitanici sa višim ili visokim obrazovanjem u većem broju smatraju tvrdnju „niti točnom niti netočnom“ (x=3,463).



1- „Potpuno netočno“; 2- „Djelomično netočno“; 3- „Niti točno niti netočno“; 4 - „Djelomično točno“; 5- „Potpuno točno

Slika 28. Godine školovanja spram sudjelovanje u odlukama o th i dg postupcima

Usporedbom dobi djeteta i mogućnosti sudjelovanja u odlukama o th. i dg. postupcima (slika 29) značajno manje pozitivan stav imaju roditelji djece dobne skupine 0 i 1-4 godine.

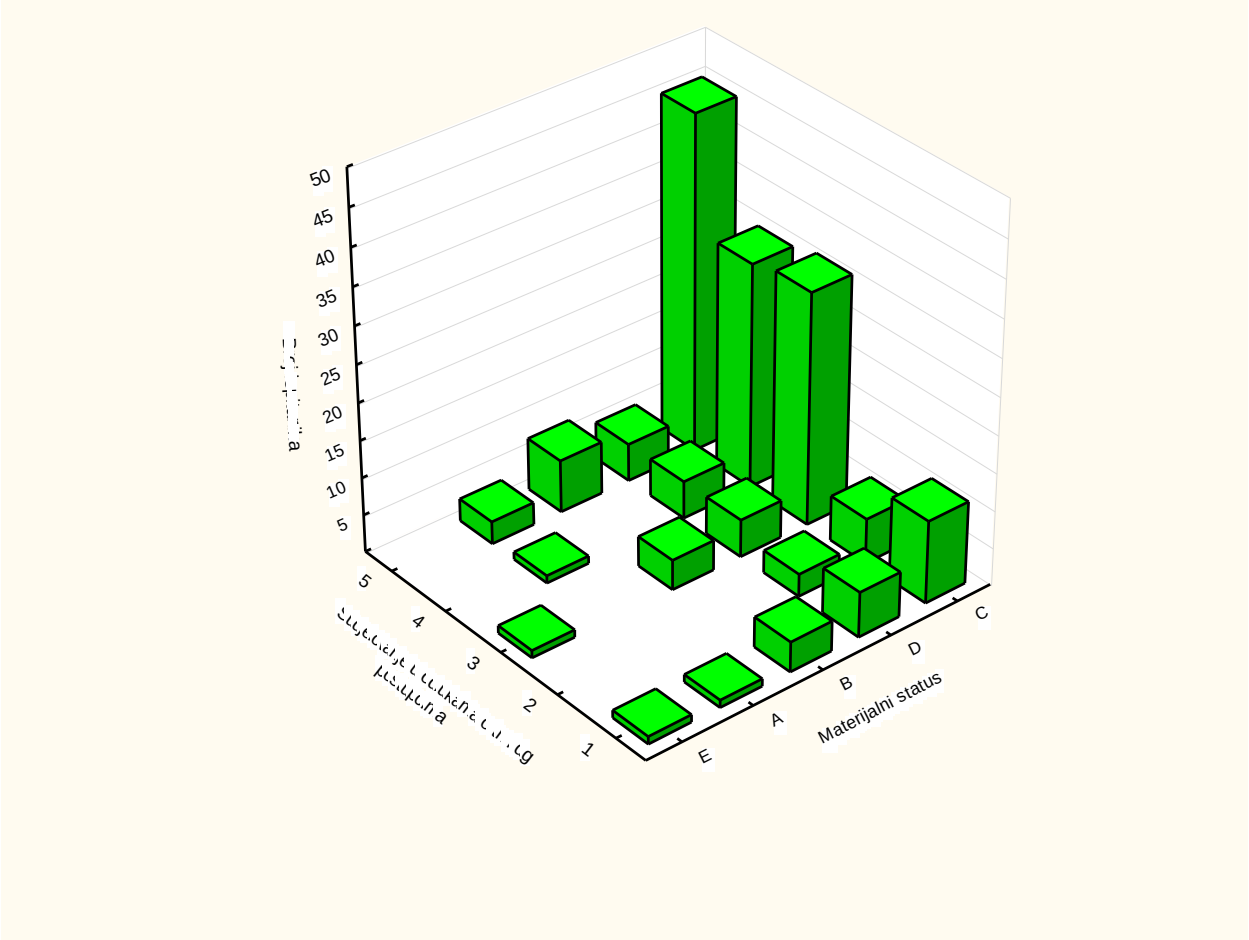


1- „Potpuno netočno“; 2- „Djelomično netočno“; 3- „Niti točno niti netočno“; 4 -„Djelomično točno“; 5- „Potpuno točno

Slika 29**.** Dob djeteta spram mogućnosti sudjelovanja u odluci o th i dg postupcima

Usporedbom dvije varijable: materijalnog statusa i mogućnosti sudjelovanja u th i dg odlukama (slika 30) pokazalo se da:

Ispitanici materijalnog statusa A (puno ispod prosjeka) imaju najviše pozitivan stav o mogućnosti sudjelovanja u th i dg odlukama (x= 4), zatim slijede ispitanici materijalnog statusa C (prosječan) ($\overline{x}$=3,691), ispitanici materijalnog statusa B (malo ispod prosjeka) ($\overline{x}$=3,5), ispitanici materijalnog statusa D (malo iznad prosjeka) imaju manje pozitivne stavove ($\overline{x}$=3,12). Ispitanici materijalnog statusa E (puno iznad prosjeka) imaju najmanje pozitivne stavove o mogućnosti sudjelovanja u th i dg odlukama ($\overline{x}$=2), no ti se rezultati ne mogu interpretirati jer se radi o mišljenju samo 2 roditelja.



A (puno ispod prosjeka), B (malo ispod prosjeka), C (prosječan), D (malo iznad prosjeka), E (puno iznad prosjeka)

Slika 30. Sudjelovanje u odluci o th i dg postupcima spram materijalnog statusa

Uključenost roditelja u postupke njege (slika 31)

Na pitanje o uključenosti roditelja u postupke njege djeteta dobiveno je 177 odgovora, $\bar{x}$=4,333 i SD= 1,043.

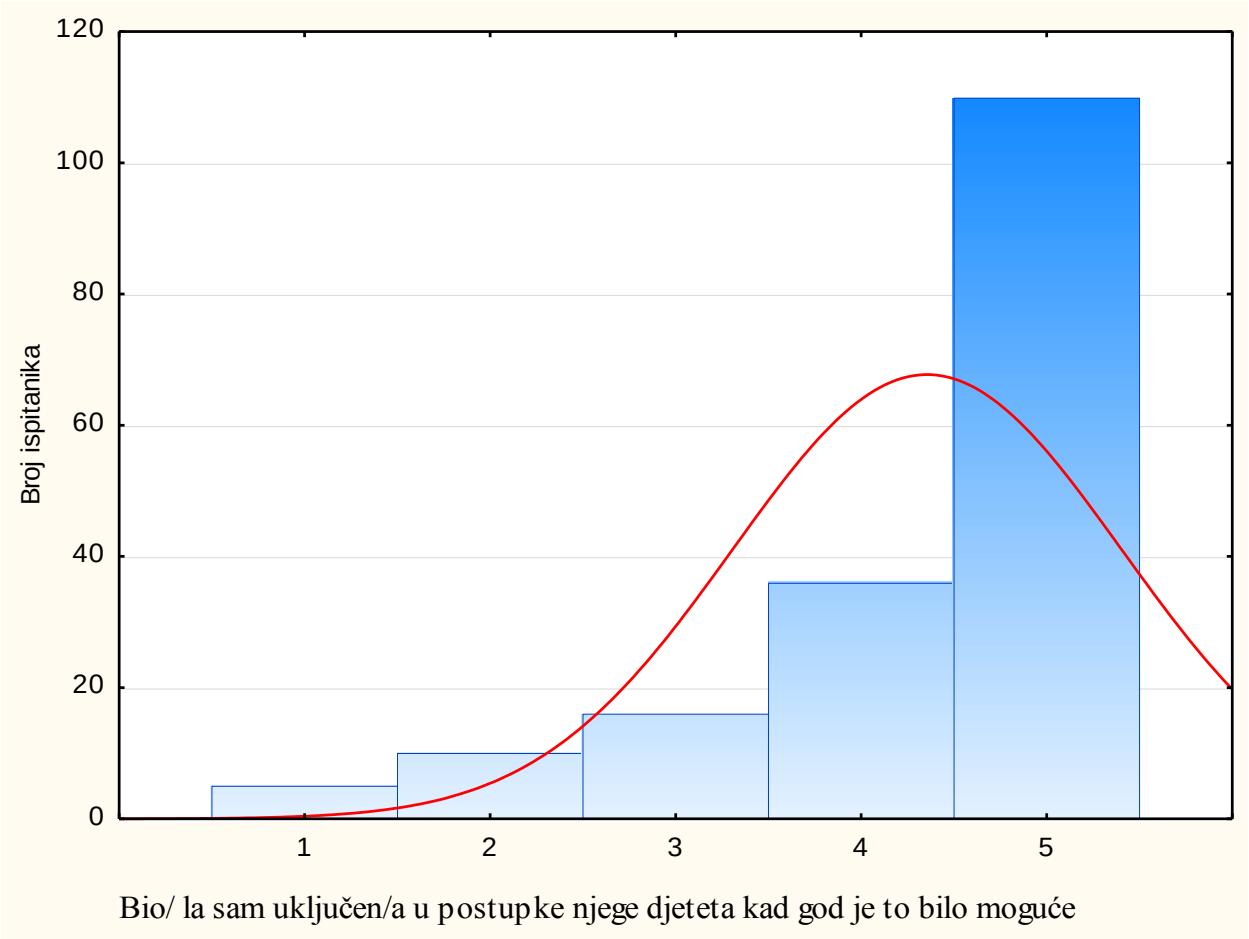
1- „potpuno netočno“ zaokružilo je 5 ispitanika.

2-„djelomično netočno“ zaokružilo je 10 ispitanika.

3-„Niti točno niti netočno“ zaokružilo je 16 ispitanika.

4-„Djelomično točno“ zaokružilo je 36 ispitanika,

5- „potpuno točno“ zaokružilo je 110 ispitanika.



1- „Potpuno netočno“; 2- „Djelomično netočno“; 3- „Niti točno niti netočno“; 4 -„Djelomično točno“; 5- „Potpuno točno“

Slika 31. Grafički prikaz stava roditelja o uključenosti u postupke njege djeteta

Mogućnost boravka uz dijete tijekom dijagnostičkih i terapijskih postupaka (slika 32)

Na pitanje o mogućnosti boravka roditelja uz dijete tijekom dijagnostičkih i terapijskih postupaka dobili smo 180 odgovora, $\overline{x}$= 4,506 i SD= 0,925.

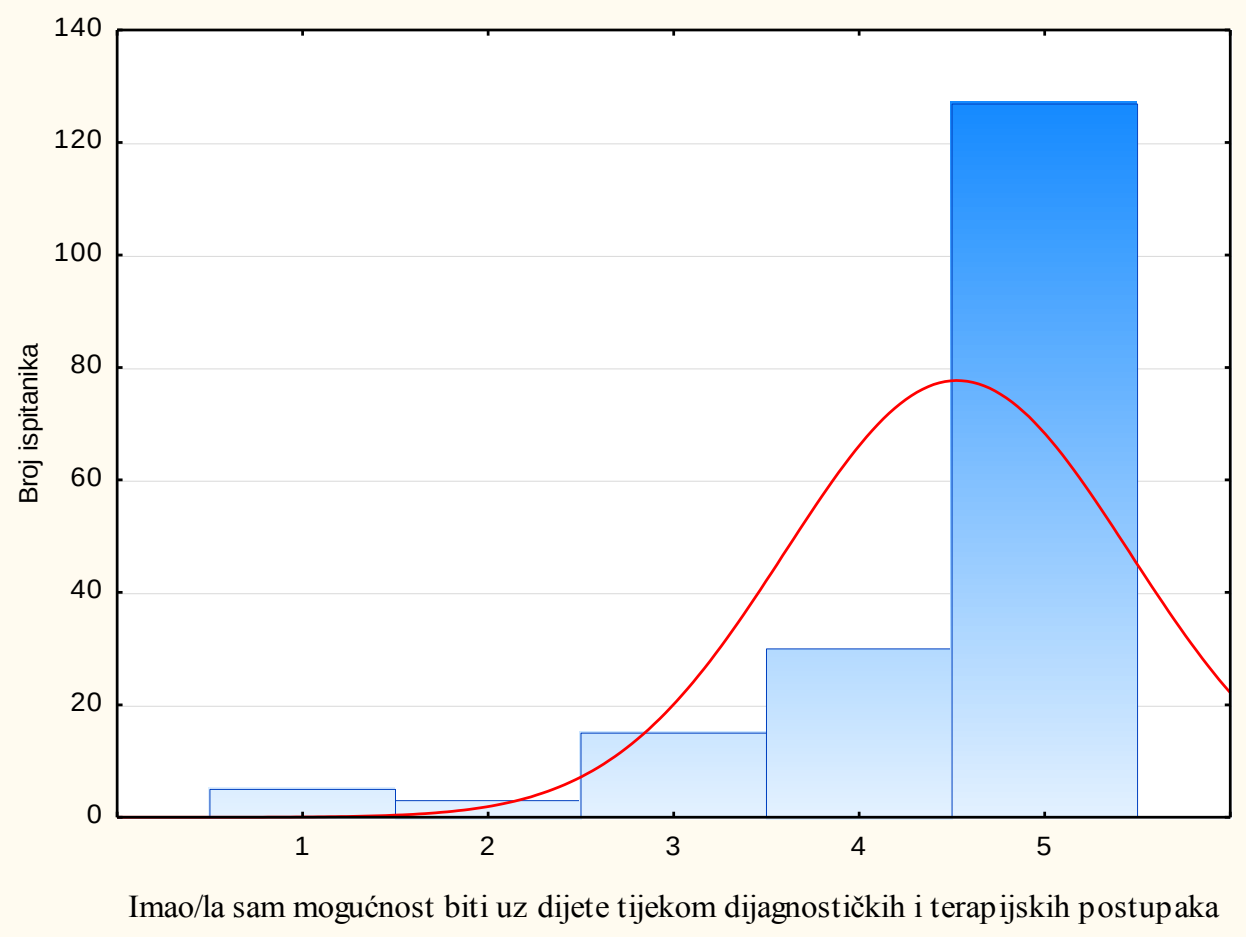
Negativni stav („potpuno netočno“) za mogućnost boravka uz dijete tijekom th. i dg. postupaka dalo je 5 ispitanika.

„Djelomično netočno“ odgovorilo je 3 ispitanika.

„Niti točno niti netočno“ odgovorilo je 15 ispitanika.

„Djelomično točno“ odgovorilo je 30 ispitanika.

Najpozitivniji stav („potpuno točno“) za boravak uz dijete tijekom th. i dg. postupaka dalo je 127 ispitanika.



1- „Potpuno netočno“; 2- „Djelomično netočno“; 3- „Niti točno niti netočno“; 4 - „Djelomično točno“; 5- „Potpuno točno“

Slika 32. Grafički prikaz ocjene mogućnosti boravka uz dijete tijekom dijagnostičkih i terapijskih postupaka

Sigurnost i povjerenje u zdravstvene radnike (slika 33)

Na tvrdnju o sigurnosti i povjerenju u zdravstvene radnike dobili smo 185 odgovora, $\overline{x}$= 4,384 i SD= 0,820.

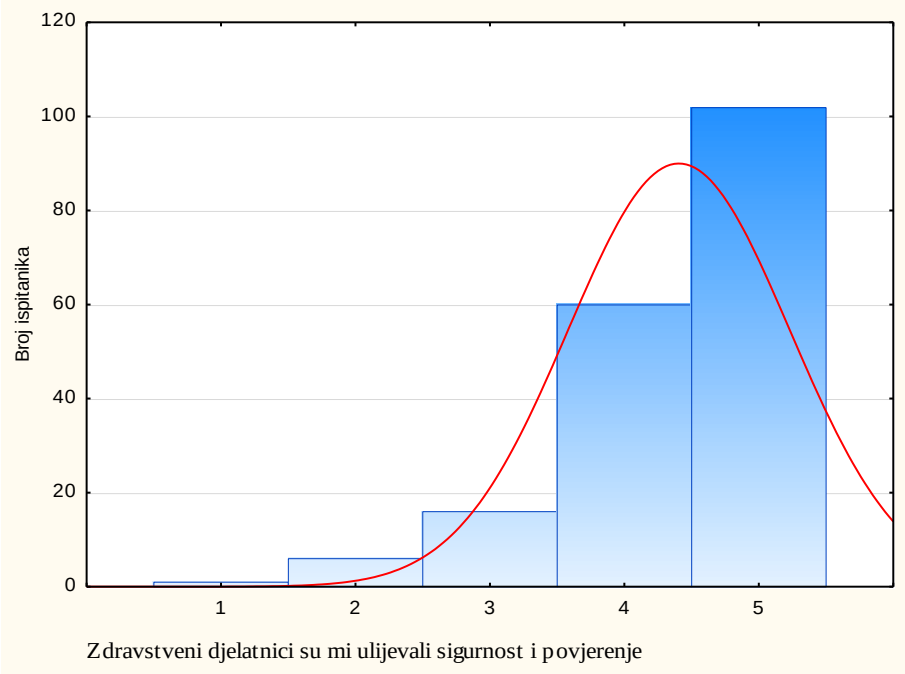
Negativni stav („potpuno netočno“) o postavljenoj tvrdnji imao je 1 ispitanik.

„Djelomično netočno“ odgovorilo je 6 ispitanika.

„Niti točno niti netočno“ odgovorilo je 16 ispitanika.

„Djelomično točno“ odgovorilo je 60 ispitanika.

Najpozitivniji stav („potpuno točno“) o tvrdnji da su zdravstveni radnici ulijevali sigurnost i povjerenje zaokružilo je 102 ispitanika.



1- „Potpuno netočno“; 2- „Djelomično netočno“; 3- „Niti točno niti netočno“; 4 -„Djelomično točno“; 5- „Potpuno točno“

Slika 33. Ocjena sigurnosti i povjerenja u zdravstvene radnike.

Na tvrdnju: „Informacije, upute i savjeti dobiveni od medicinskih sestara bili su jasni“ dobili smo 184 odgovora, $\bar{x}$= 4,489 i SD= 0,843.

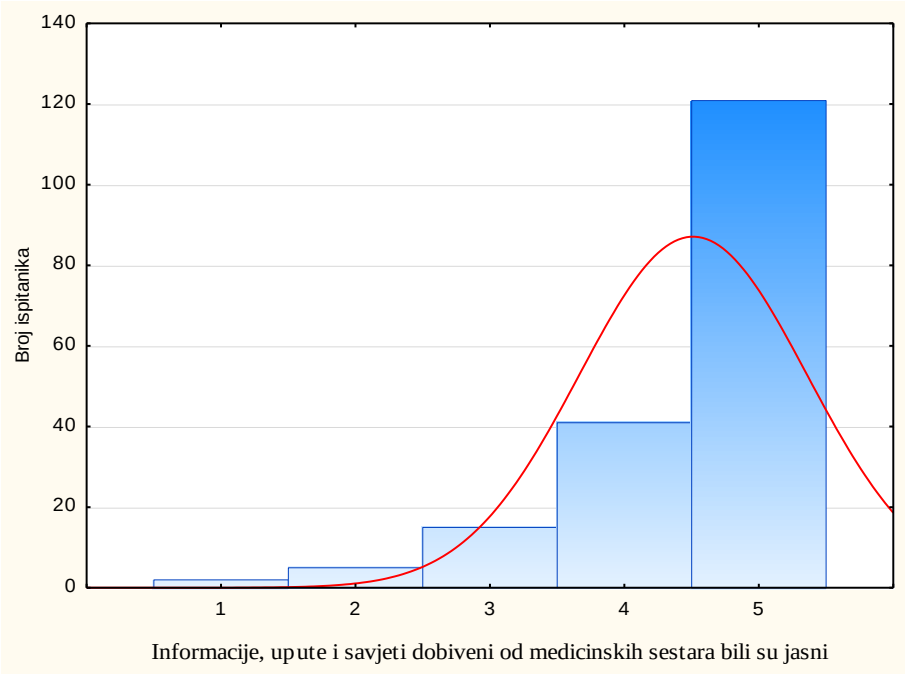
Negativni stav („potpuno netočno“) o informacijama, uputama i savjetima dobivenim od medicinskih sestara dalo je 2 ispitanika.

„Djelomično netočno“ odgovorilo je 5 ispitanika.

“Niti točno niti netočno“ odgovorilo je 15 ispitanika.

„Djelomično točno“ odgovorilo je 41 ispitanika.

Najpozitivniji stav („potpuno točno“) dao je 121 ispitanik (slika 34).



1- „Potpuno netočno“; 2- „Djelomično netočno“; 3- „Niti točno niti netočno“; 4 -„Djelomično točno“; 5- „Potpuno točno“

Slika 34. Grafički prikaz stavova roditelja o informacijama dobivenim od medicinskih sestara

Na tvrdnju: „Informacije, upute i savjeti dobiveni od liječnika bili su jasni“ dobili smo 185 odgovora, $\bar{x}$= 4,422 i SD= 0,870.

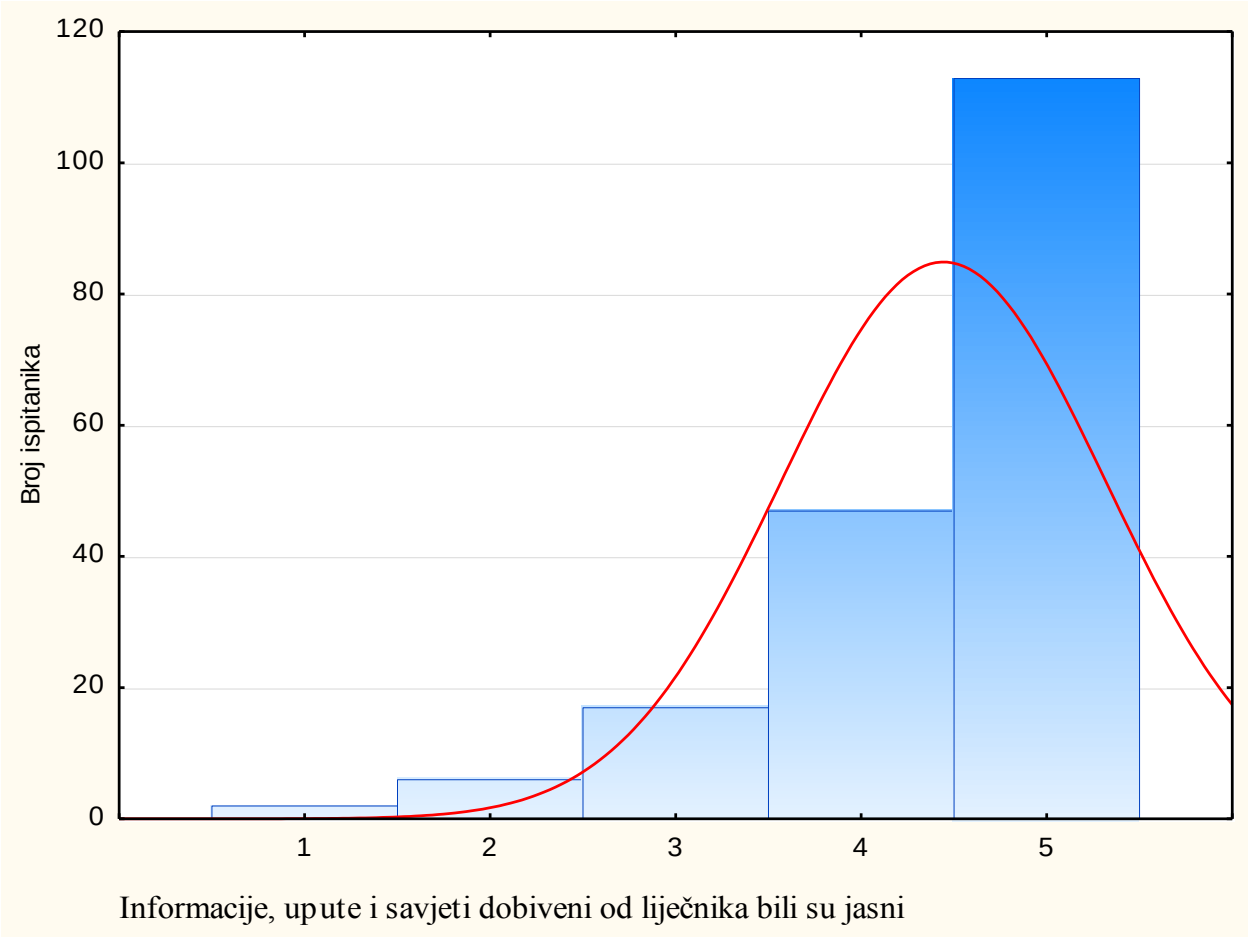
Negativni stav („potpuno netočno“) o informacijama, uputama i savjetima dobivenim od liječnika dalo je 2 ispitanika.

„Djelomično netočno“ odgovorilo je 6 ispitanika.

“Niti točno niti netočno“ odgovorilo je 17 ispitanika.

„Djelomično točno“ odgovorilo je 47 ispitanika.

Najpozitivniji stav („potpuno točno“) dao je 113 ispitanik (slika 35).



1- „Potpuno netočno“; 2- „Djelomično netočno“; 3- „Niti točno niti netočno“; 4 -„Djelomično točno“; 5- „Potpuno točno“

Slika 35. Grafički prikaz stavova roditelja o informacijama dobivenim od liječnika

Na tvrdnju „Dobio/la sam upute kako skrbiti za dijete nakon otpusta iz bolnice“ dobili smo 169 odgovor, $\bar{x}$= 4,615 i SD= 0,673.

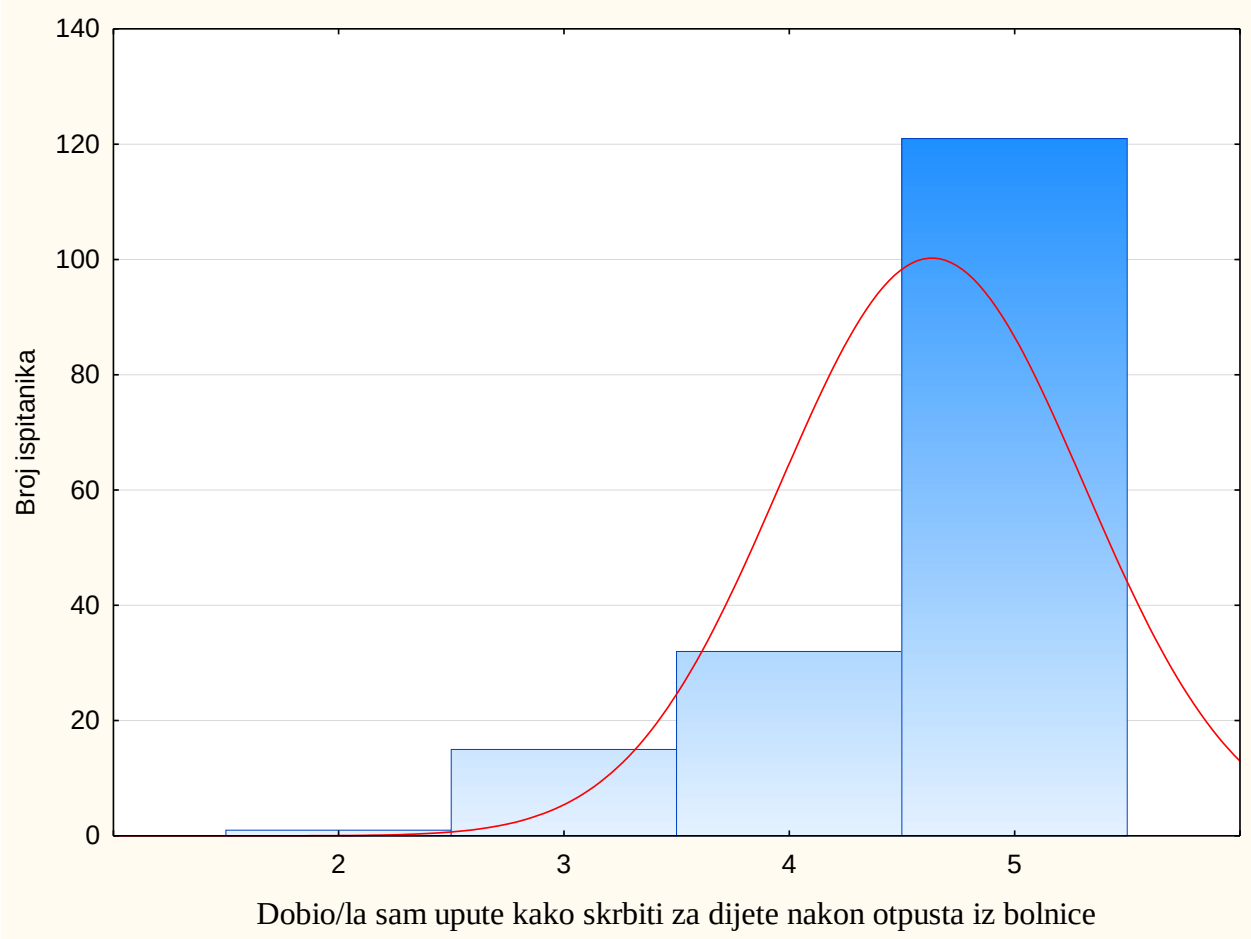
Roditelji ne izjavljuju negativne stavove.

Odgovor „djelomično netočno“ za upute o skrbi nakon otpusta dao je 1 ispitanik.

„Niti točno niti netočno“ odgovorilo je 15 ispitanika.

„Djelomično točno“ odgovorilo je 32 ispitanika.

Potpuno pozitivan stav „potpuno točno“ dao je 121 ispitanik (slika 36) .



1- „Potpuno netočno“; 2- „Djelomično netočno“; 3- „Niti točno niti netočno“; 4 -„Djelomično točno“; 5- „Potpuno točno“

Slika 36. Upute o skrbi iza otpusta

Na tvrdnju „Dobio/la sam upute kome se i kada obratiti nakon otpusta djeteta iz bolnice“ obrađeno je 167 odgovora, $\overline{x}$= 4,617 i SD= 0,692.

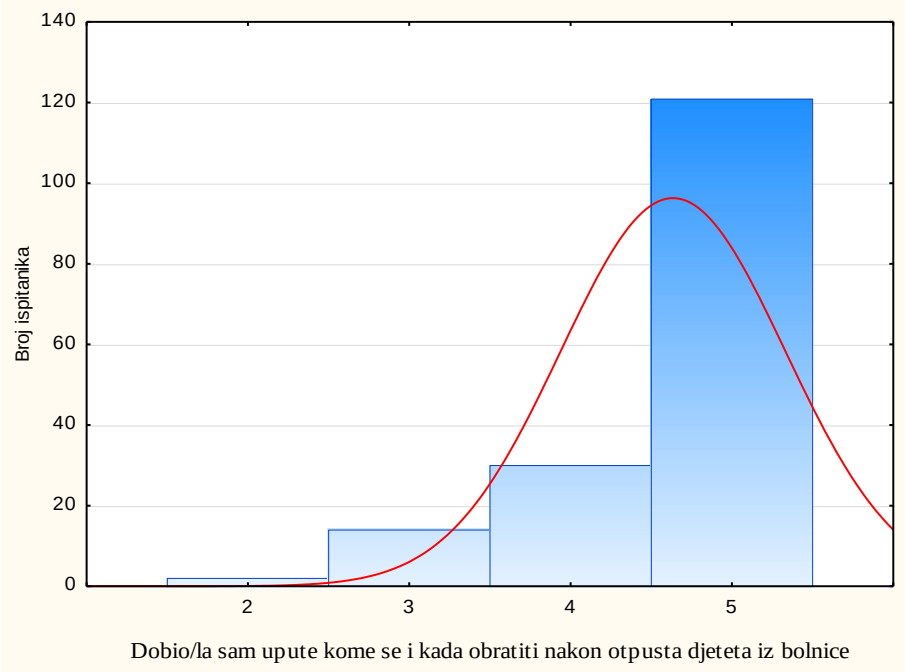
Roditelji ne izjavljuju negativne stavove.

Odgovor „djelomično netočno“ za upute o skrbi nakon otpusta dalo je 2 ispitanika.

„Niti točno niti netočno“ odgovorilo je 14 ispitanika.

„Djelomično točno“ odgovorilo je 30 ispitanika.

Potpuno pozitivan stav „potpuno točno“ dao je 121 ispitanik (slika 37) .

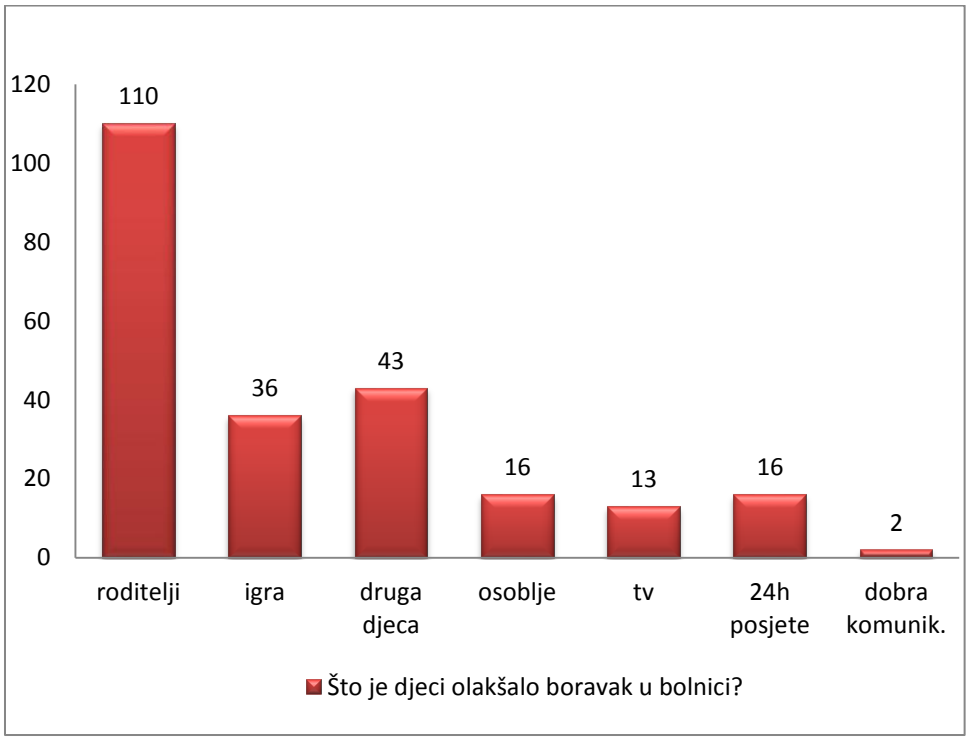


1- „Potpuno netočno“; 2- „Djelomično netočno“; 3- „Niti točno niti netočno“; 4 -„Djelomično točno“; 5- „Potpuno točno“

Slika 37. Upute kome se i kada javiti po otpustu

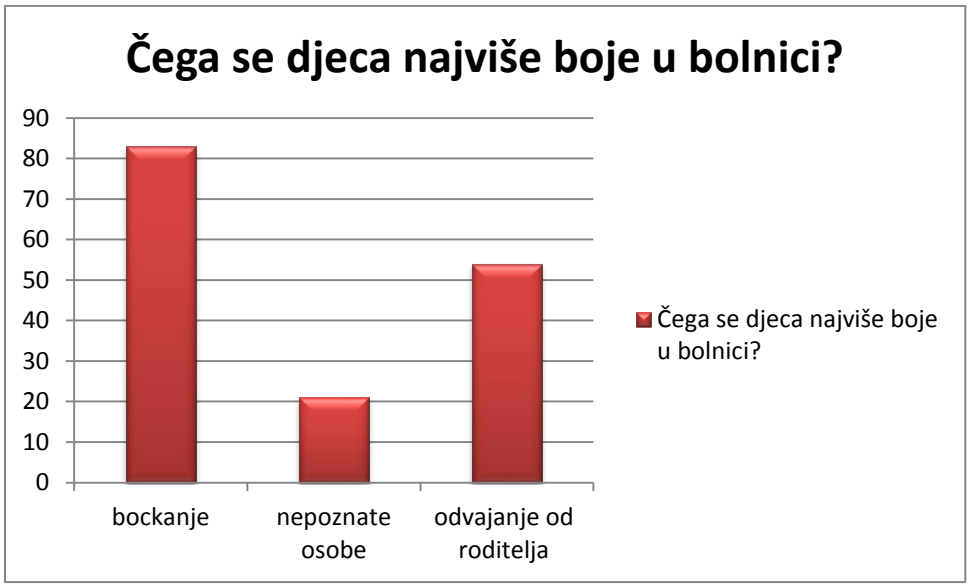
Odgovori na posljednja tri pitanja u obliku slobodnog teksta prvo su kategorizirani prema frekvenciji najčešćih tema te prikazani prema učestalosti javljanja.

Boravak djeci u bolnici najviše je olakšala: prisutnost roditelja (n=110), druga djeca (n=43), igra (36), zdravstveni profesionalci (16), cjelodnevne posjete (n=16), televizija (n=13), dobra komunikacija (n=2) – slika 39.



Slika 39. Što je djeci olakšalo boravak u bolnici?

Najveći strah u bolnici djeca osjećaju vezano uz invazivne postupke (n= 83), odvajanje od roditelja (n=54) i nepoznate osobe (n=21)-slika 40.



Slika 40. Čega se djeca najviše boje u bolnici?

52 ispitanika je izrazilo pohvale na dosadašnji rad medicinskih sestara i liječnika u dijelu upitnika gdje su mogli slobodnim tekstom napisati što bi još medicinske sestre ili liječnici mogli napraviti za njih ili za njihovo bolesno dijete da poboljšaju svoju uslugu.

44 ispitanika je dalo prijedlog za unapređenje usluge u smislu poboljšanja komunikacije.

6 ispitanika smatra da u Službi nedostaje zdravstvenog osoblja.

Ostali prijedlozi se odnose na: smanjenje cijene boravka roditelja uz dijete, veseliju radnu odjeću zaposlenih, poboljšanje prehrane, edukaciju o preventivi, određeno vrijeme za informiranje o zdravstvenom stanju djeteta te povećanju vremena koje zdravstveno osoblje provodi uz dijete.

8. Rasprava

Provedeno istraživanje o stavovima roditelja prema bolničkom odjelu prijatelju djece na 190 ispitanika donijelo je vrijedne rezultate. Uočena je potreba za standardiziranim i validnim mjernim instrumentom na nacionalnoj razini kako bi se buduća istraživanja mogla uspoređivati i dodatno vrednovati. Nedostatak objavljenih radova i dostupne literature na ovu ili slične teme u našem okruženju, jasan je znak da je ovo novo područje na kojem treba raditi u Republici Hrvatskoj. Iskustvo odraslih pacijenata se uvelike mjeri u zdravstvenim sustavima, ali nedostaju alati koji bi prikupili informacije izravno od malih pacijenata putem upitnika o zdravstvenoj skrbi metodama koje su prilagođene njihovim potrebama i mogućnostima. Neizravno se o iskustvima djece pacijenata možemo informirati istraživanjem roditelja/skrbnika.

Učinjeno pred-testiranje dalo je podatke da su sve sastavnice razumljive za ispunjavanje. Udio dobivenih odgovora iznosi 87,12% što znači da se u ponovljenom istraživanju može očekivati u 87% ispitanika stav prema bolničkom odjelu prijatelju djece jednak stavu koji je utvrđen ovim radom. Nastojalo se sastaviti ne prezahtjevan upitnik, koji neće oduzimati puno vremena, koji će pokriti glavna područja od interesa za ispitanika i ostaviti mogućnost slobodne nadopune. Roditelji su pokazali motiviranost za sudjelovanje u istraživanju, a kako su obrasce primili za vrijeme boravka u bolnici (ne neposredno pred otpust) imali su dovoljno vremena da postupno riješe upitnik i predaju ga po otpustu. Možda je to razlog zbog čega je uskraćen dio odgovora na temu otpusta (n=169 i n= 167). Analizom ispunjenih upitnika dobiveno je da roditelji izvještavaju vrlo pozitivne stavove o bolničkom odjelu prijatelju djece (ukupna prosječna ocjena 4,356 mjereno na ljestvici od 1-5). Pristranost uzorka nastojala se spriječiti veličinom uzorka. U istraživanom periodu bolnički je liječeno 245 djece. Podijeljeno je 225 upitnika od kojih je ispunjeno 190 koji su potom analizirani. Ispitanicima je objašnjeno da je njihovo mišljenje važno, da može utjecati na kvalitetu pružene zdravstvene usluge i u potpunosti je anonimno. Moguće je da je visoka motiviranost istraživača utjecala na visoku suradnju ispitanika.

U istraživanju Baraban i suradnika analiza broja dobivenih odgovora i ocjena bolničke skrbi pokazala je metodološke nedostatke anketiranja. Tri četvrtine očekivanih odgovora na anketu ostalo je uskraćeno. Navedena je pristranost uzorka i slabija suradnja ispitanika (Baraban i sur. 2004). Opći uzroci koji objašnjavaju pristranost uzorka i slabiju suradnju ispitanika su anketar, uvjeti anketiranja, predmet ispitivanja i sama anketa (Supek 1981).

U podacima dobivenim iz prvog dijela upitnika, koji se odnosi na demografske podatke roditelja i djeteta očekivano su žene (82% majke) bile pet puta zastupljenije. U kategorijama obrazovnog statusa jako je mali udio ispitanika s osnovnom školom (3%). 57% je srednjoškolski obrazovano, a 40% ima višu i visoku naobrazbu što je iznad prosjeka za stanovništvo Hrvatske. Kategorije materijalnog statusa obitelji je subjektivna procjena prema kojoj 74% ispitanika odabire prosječan materijalni status.

Udio djece dobne skupine 1-4 godine iznosi 33%. U istraživanju Neilla iz 1996. godine navodi se da roditelji djece te dobi koja su bila jednom i na kratko u bolnici javljaju poteškoće u skrbi za svoje dijete (Neill 1996).

121 roditelj u ovom istraživanju ima ranije iskustvo bolničkog liječenja nekog od svoje djece. Ne postoji statistički značajna razlika ocjene između roditelja kojima je ovo prvo bolničko liječenje i ostalih. Visok broj ispitanika (n=115) je koristilo uslugu 24 satnog boravka uz bolesno dijete bilo u apartmanskom smještaju (dobne skupine 0 i 1-4 godine) ili na fotelji uz krevet djeteta (dobne skupine 1-4 i 5-9 godina). 58 ih je koristilo cjelodnevne posjete. Uvođenjem neograničenih posjeta poticalo se roditelje da ostanu uz dijete i sudjeluju u njezi bolesnog djeteta. U cilju da ostanu s djetetom roditelji trebaju biti daleko od kuće i izostajati s posla, što svakako utječe na njihov osobni i obiteljski život (Lam i sur. 2006).

Da je njihovo dijete dojeno, izjasnilo se 39 ispitanika što apsolutno korelira s brojem djece od 0-1 godine (n=39). U pitanju o ocjeni potpore dojenju od strane medicinskih radnika prikazani su rezultati samo roditelja djece koja su se dojila za vrijeme boravka u bolnici.

Analizom tvrdnji u upitniku od broja 11 do broja 29, uz 95% interval pouzdanosti, dobivene su vrlo visoke prosječne ocjene. Značajno lošije ocjene su prosječne ocjene ispod 4,0, a odnose se na sljedeće tri varijable: ocjenu pružene prehrane ($\overline{x}$= 3,674), ocjenu mogućnosti igre ($\overline{x}$= 3,588) i mogućnost sudjelovanja roditelja u terapijskim i dijagnostičkim postupcima ($\overline{x}$= 3,581). One su označene kao područja s najvećom mogućnošću za poboljšanje kvalitete zdravstvene usluge i opravdavaju cilj istraživanja.

Za ocjenu pružene prehrane dobili smo 178 odgovora, $\overline{x}$= 3,674; SD=1,148. Statističkom analizom dobiveno je da lošije stavove izražavaju roditelji djece dobne skupine 15-19 godina. Nisu uočene statističke značajnosti ocjene pružene prehrane i obrazovnog statusa roditelja. Roditelji nižeg materijalnog statusa procjenjuju prehranu boljom. Oni koji su uz dijete boravili 24 sata na fotelji značajnije lošije ocjenjuju ponuđenu bolničku hranu.

Za ocjenu mogućnosti igre dobili smo 165 odgovora, ($\overline{x}$=3,582, SD=1,283). Lošije ocjene daju roditelji djece dobne skupine 1-4 i 5-9 godina. Ispitanici materijalnog statusa malo iznad prosjeka mogućnost igre ocjenjuju značajno lošije od ispitanika prosječnog materijalnog statusa. Roditelji višeg obrazovnog statusa mogućnost igre ocjenjuju lošije od onih sa srednjoškolskim obrazovanjem. Ispitanici koji su koristili apartman za mogućnost igre najčešće daju ocjenu 5, korisnici fotelje ocjenu 3, cjelodnevnih posjeta ocjenu 4. Morbiditet bolnički liječene djece ukazuje na visoku zastupljenost infektivnih bolesti koje zahtijevaju posebne mjere izolacije i grupiranje sličnih dijagnoza u smislu sprečavanja bolničkih infekcija, što utječe na mogućnost da se dijete igra sa svojim vršnjacima. Igra je posebno važna u dječjoj dobi jer putem igre dijete iskušava stvaralačke sposobnosti, razvija maštu, emocije, tjelesne sposobnosti i spretnost, stječe povjerenje u vlastite sposobnosti i stvara pozitivnu sliku o sebi, usvaja govor, razvija mišljenje i pamćenje, uči socijalno ponašanje i stvara prijateljstva i druge socijalne odnose. Igra je " ogledalo " u kojem se odražava što dijete osjeća, misli, doživljava, želi. Sve ono što dijete ne može izraziti riječima, ono izražava igrajući se.

Skrb medicinskih sestara dobila je vrlo visoku prosječnu ocjenu ($\overline{x}$=4,503), kao i skrb liječnika ($\overline{x}$=4,494). Cjelokupna skrb o djetetu prosječno je ocjenjena s 4,308.

Jasni stavovi roditelja o pozitivnom utjecaju boravka uz dijete, visok udio roditelja koji su koristili 24 satni boravak te mnogobrojna relevantna istraživanja (Gofinan i sur. 1957; Rushton 1990; Darbyshire 1993; Darbyshire 1994; Coyne 1995; Conner & Nelson 1999; Mitchell-Dicenso i sur. 1996; Connell & Bradley 2000; Irlam & Bruce 2002; Alshopn & Shields 2002; Harbaugh i sur. 2004; Huqhes 2007; Cashmore 2001; Neill 1996; Lam i sur. 2006) ukazuju na potrebu ustrajanja u naporima da se što većem broju bolesne djece omogući prisutnost roditelja za vrijeme boravka u bolnici kao i da se unaprijedi postojeća usluga.

U ispitivanju stavova roditelja o mogućnosti sudjelovanja u terapijskim i dijagnostičkim postupcima dobivena je najlošija prosječna ocjena ($\overline{x}$=3,581). Prema obrazovnom statusu najpozitivnije stavove iznose roditelji s osnovnoškolskim obrazovanjem i materijalnim statusom „puno ispod prosjeka“. Najmanje pozitivne stavove imaju roditelji djece dobnih skupina 0 i 1-4 godina te materijalnog statusa „puno iznad prosjeka“.

Članak 5 Povelje o pravima djeteta u bolnici „Europske udruge za djecu u bolnici“ (EACH - European Association for Children in Hospital) govori kako djeca i roditelji imaju

pravo informirano sudjelovati u svim odlukama koje uključuju njihovu zdravstvenu zaštitu te da niti jedno dijete neće biti nepotrebno izloženo medicinskom postupku (EACH 1988).

Samo 3% roditelja smatra da nisu imali nikakvu mogućnost sudjelovati u njezi svog bolesnog djeteta. Pravo svakog djeteta je da roditelji mogu skrbiti o njemu cijelo vrijeme boravka u bolnici. Da bi sudjelovali u brizi o svom djetetu roditelje treba informirati o bolničkoj rutini i ohrabrivati njihovo aktivno učestvovanje.

Također, samo 3% ispitanika smatra da nisu imali mogućnost biti uz dijete tijekom terapijskih i dijagnostičkih postupaka.

Više je autora radilo istraživanja o roditeljskom sudjelovanju. Svi se slažu o dobrobiti prisutnosti roditelja u bolnici na obitelj. Dijete se osjeća sigurnije i smanjuje se emocionalni stres. Roditelji žele biti podrška djetetu, no u isto vrijeme je njihova uloga u sudjelovanju nejasna (Palmer 1993; Kristensson-Hallstrom & Elander 1994; Coyne 1995; Connell and Bradley 2000). Oni žele biti aktivni u skrbi, ali izvještavaju o manjku informacija, izostanku dogovora oko uloga, osjećaju tjeskobe i usamljenosti (Coyne 1995). Također navode zdravstvene profesionalce koji ponekad ne žele podijeliti svoju „moć“, odbijajući sugestije majki te zdravstveno osoblje koje, kad prepozna roditeljeve kompetencije, prebacuje previše odgovornosti na majke (Darbyshire 1993). Prema Neillu roditelji traže sudjelovati u odlukama o stupnju uključenosti u djetetovu njegu (Neill 1996). Roditeljske potrebe za trajanja bolničkog liječenja djeteta istraživali su Hallstrom i Runesson (Hallstrom & Runesson 2001), Shields i suradnici (Shields i sur. 2003), Cygana i suradnici (Cygan i sur. 2002). Također, roditelji smatraju da njihova uloga kao njegovatelja nije dovoljno razmatrana od strane medicinskih sestara. Pregovaranje o skrbi nije uvijek jasno (Reeves i sur. 2006).

O tvrdnji da su zdravstveni radnici ulijevali sigurnost i povjerenje u potpunosti se složilo 102 od 185 ispitanika ($\overline{x}$= 4,384). U istraživanju Huanga i suradnika zaključeno je da je veća količina informacija koju su roditelji dobivali o svom bolesnom djetetu povezana s većim povjerenjem u liječnika (Huang i sur. 2010).

Da je odjelno okruženje toplo i prijateljsko u potpunosti se slaže 67% ispitanika ($\overline{x}$=4,535).

Odnos između zdravstvenih radnika i radnog okruženja utječe na kvalitetu usluge koju pružaju pacijentima. Radno okruženje je dio strukture i procesa koji je neophodan za isporuku visoke kvalitete skrbi iz perspektive roditelja. Zadovoljstvo poslom jedan je od čimbenika organizacijske učinkovitosti, a može biti povezan s rezultatima zadovoljstva klijenata. Osoblje zadovoljnije s radnim uvjetima može učinkovitije komunicirati s bolesnikom (Weisman &

Nathanson 1985). Dobri radni uvjeti i dobra organizacija povoljno utječu kako na zaposlene, tako i na zadovoljstvo pacijenata (Shortell i sur. 1995).

Roditelji smatraju da su informacije dobivene od medicinskih sestara i liječnika većinom bile u potpunosti razumljive, ali u slijedećem dijelu upitnika ukazuju na potrebu učestalije komunikacije, detaljnijih informacija i unapređenja komunikacijskih vještina zdravstvenih djelatnika.

Odgovori na zadnja tri otvorena pitanja provedenog upitnika dali su podatke što djeci najviše olakšava boravak u bolnici (roditelji, druga djeca, igra, cjelodnevne posjete, osoblje, tv), što ih najviše plaši (invazivni postupci, odvajanje od roditelja, nepoznate osobe) te što bi medicinske sestre ili doktori mogli učiniti da poboljšaju svoju uslugu.

Zdravstvene profesionalce treba savjetovati da se uključe u psihološke intervencije kako bi se smanjila bol i patnja koju proživljava dijete tijekom invazivnog postupka (Chambers i sur. 2009). Visoko obrazovane sestre su u izvrsnoj poziciji da poboljšaju pružanje socio-psihološke pomoći roditeljima bolesnog djeteta kroz demonstriranje pravilnog ponašanja u direktnom kontaktu, mentorski rad i edukaciji osoblja (Meyer i sur. 1998).

Prijedlozi roditelja za unaprjeđenjem zdravstvene usluge najviše se odnose na unapređenje komunikacije (n=44), nedostatak zdravstvenog osoblja (n=6), smanjenje cijene boravka roditelja uz dijete, veseliju radnu odjeću zaposlenih, poboljšanje prehrane, edukaciju o preventivi, određeno vrijeme za informiranje o zdravstvenom stanju djeteta te povećanju vremena koje zdravstveno osoblje provodi uz dijete. Svi prijedlozi su vrijedni i zaslužuju posebnu pažnju u planiranju budućih strategija djelovanja svih zdravstvenih profesionalaca.

O problemu nedostatne komunikacije zdravstvenih profesionalaca i roditelja bolesne djece mnogo se pisalo posljednjih dvadesetak godina. Iz ovih rezultata, koje roditelji samoinicijativno navode, čini se da je komunikacija za njih posebno važno područje kojem pružatelji usluga, možda, ne pridaju dovoljno pažnje.

Roditeljska se procjena bolničke skrbi direktno oslanja na kvalitetu komunikacije kliničara i roditelja (Homer i sur. 1999).

Stres kod roditelja je primarno uvjetovan promjenom obiteljskih uloga, izgledom i ponašanjem bolesnog djeteta, te poteškoćama u komunikaciji sa zdravstvenim osobljem.
Lewis i suradnici identificirali su tri faktora koji utječu na zadovoljstvo roditelja: rasterećenje od stresa, komunikaciju s djetetom i komunikaciju s roditeljem (Lewis i sur. 1986).

Oerman i suradnici izvještavaju da roditelji od medicinskih sestara očekuju da budu u tijeku s najnovijim spoznajama iz područja sestrinstva, dobro informirane i da je lako s njima komunicirati (Oerman i sur. 2000).

U istraživanju Moumtzogloua i suradnika zadovoljstva roditelja sa skrbi, dobiveni rezultati su pokazali veliko nezadovoljstvo. Način komunikacije bio je jedini prediktor zadovoljstva (Moumtzoglou i sur. 2001). U istraživanju Jacksona i suradnika stres je bio povezan s potrebom roditelja da uspostave učinkovitu komunikaciju s osobljem, njihovom potrebom za informacijama, neometanom pristupu svom djetetu i sudjelovanju u donošenju odluka koje se odnose na zbrinjavanje djeteta (Jackson i sur. 2007). Rezultati istraživanja Sobo i suradnika govore o potrebi poboljšanja komunikacije, potrebi standardizacije svih sestrinskih procedura i tehnika te vodiča koji će omogućiti jasno razumijevanje što se od koga očekuje (Sobo i sur. 2002).

Većina ispitanika (roditelja) kvalitativne studije iz 2006. godine ocjenjuju profesionalnu komunikaciju i informacije neodgovarajućima. Neki su aktivno tražili informacije, dok su ih drugi izbjegavali zbog straha od potencijalnih negativnih utjecaja, kao strategiju suočavanja. Učinkovito pružanje informacija je preduvjet za partnerstvo između djece pacijenata, njihovih roditelja i zdravstvenih djelatnika (Hummelinck i Pollock 2006).

Marino i Marino prikazuju da što više problema s komunikacijom roditelji navode to su manje zadovoljni sa zdravstvenom njegom (Marino i Marino 2000). Učinkovita komunikacija je povezana s relativnim zadovoljstvom sa skrbi i pridržavanjem preporuka liječenja (Nobile i Drotar 2003).

Šest ispitanika u ovom istraživanju je uočilo problem nedostatka zdravstvenog osoblja te smatra da bi se promjenama na tom polju znatno unaprijedila skrb koja se pruža bolesnoj djeci.

Pedeset i dva ispitanika ovog istraživanja je posebno izrazilo pohvale za pružene zdravstvene usluge tijekom bolničkog liječenja njihova djeteta što nam daje poticaj za planiranje strategija unapređenja Službe.

Nalazi ovog istraživanja mogu biti poticajem za promjene, razvoj usluga i razvoj pružatelja usluga.

9. Zaključci

Rezultati ovog istraživanja potvrđuju hipotezu da roditelji bolnički liječene djece na odjelu Pedijatrije Opće bolnice Šibenik imaju pozitivne stavove prema kvaliteti pružene zdravstvene usluge. Udio dobivenih odgovora iznosi visokih 87,12%. Analizom podataka mjerenja stava Likertovom mjernom ljestvicom od 1-5 dobivene su vrlo visoke subjektivne prosječne ocjene (ukupna prosječna ocjena 4,356). Svega tri tvrdnje su dobile prosječnu ocjenu nižu od 4 te je nađeno da je ta razlika statistička značajna. To su ocjena pružene prehrane (3,674), ocjena mogućnosti igre (3,588) i mogućnost sudjelovanja roditelja u terapijskim i dijagnostičkim postupcima (3,581). One su pronađene kao područja s najvećom mogućnošću za poboljšanje kvalitete zdravstvene usluge i opravdavaju cilj istraživanja. Jasni stavovi roditelja o pozitivnom utjecaju boravka uz dijete, visok udio roditelja koji su koristili 24 satni boravak te mnogobrojna relevantna istraživanja ukazuju na potrebu ustrajanja u naporima da se što većem broju bolesne djece omogući prisutnost roditelja za vrijeme boravka u bolnici kao i da se unaprijedi postojeća usluga.

Odgovori na zadnja tri otvorena pitanja provedenog upitnika dali su podatke što djeci najviše olakšava boravak u bolnici (roditelji, druga djeca, igra, cjelodnevne posjete, osoblje, tv), što ih najviše plaši (invazivni postupci, odvajanje od roditelja, nepoznate osobe) te što bi medicinske sestre ili doktori mogli učiniti da poboljšaju svoju uslugu.

Prijedlozi roditelja za unapređenjem zdravstvene usluge uvjerljivo najviše se odnose na unapređenje komunikacije, zatim slijede nedostatak zdravstvenog osoblja, smanjenje cijene boravka roditelja uz dijete, veseliju radnu odjeću zaposlenih, poboljšanje prehrane, edukaciju o preventivi, određeno vrijeme za informiranje o zdravstvenom stanju djeteta te povećanje vremena koje zdravstveno osoblje provodi uz dijete.

Ispitanici su sami uočili problem nedostatka zdravstvenog osoblja te smatraju da bi se promjenama na tom polju znatno unaprijedila skrb koja se pruža bolesnoj djeci.

Jako smo ponosni na podatke koje smo dobili, a da ih nismo tražili. Tiču se pedeset i dva ispitanika, koji su posebno izrazili pohvale za pružene zdravstvene usluge tijekom bolničkog liječenja njihova djeteta, što nam daje poticaj za planiranje daljnjih strategija unapređenja Službe.

Provedeno istraživanje o stavovima roditelja prema bolničkom odjelu prijatelju djece na 190 ispitanika donijelo je vrijedne rezultate. Uočena je potreba za standardiziranim i validnim mjernim instrumentom na nacionalnoj razini. Iskustvo odraslih pacijenata se uvelike mjeri u zdravstvenim sustavima, ali nedostaju alati koji bi prikupili informacije izravno od malih

pacijenata. Neizravno se o iskustvima djece pacijenata možemo informirati istraživanjem roditelja/skrbnika. Rezultati mogu pomoći profesionalcima da identificiraju glavna pitanja i probleme s kojima se pacijenti suočavaju.

10. Prilog - Upitnik

Dragi roditelji, dragi pacijenti! U želji da Vam omogućimo što bolju kvalitetu pružene bolničke skrbi pripremili smo nekoliko pitanja vezanih uz Vaša zapažanja tijekom boravka Vašeg djeteta u bolnici. Vaše iskustvo nam je od velike važnosti pa Vas molimo da sudjelujete i odvojite 10 minuta svoga vremena i ispunite priloženu, anonimnu anketu, kako biste pomogli zdravstvenom osoblju u liječenju i brizi za buduće male bolesnike. Bitno je da na što više pitanja odgovorite. Ispunjene upitnike možete odložiti u za to predviđenu kutiju u hodniku.

Zahvaljujemo na suradnji !

1. **Vaš spol:** M Ž
2. **Vaša dob u godinama: _____**
3. **Što ste Vi djetetu?**
   a) Majka
   b) Otac
   c) Skrbnik
   d) Nešto drugo
4. **Godine Vašeg službenog školovanja:**

(zbrojite sve godine školovanja npr. osam godina osnovne škole plus tri godine stručne ili četiri godine gimnazije itd.) _____

5. **Kako biste ocijenili materijalni status Vaše obitelji?**
   a) Puno ispod prosjeka
   b) Malo ispod prosjeka
   c) Prosječan
   d) Malo iznad prosjeka
   e) Puno iznad prosjeka
6. **Je li ovo ili neko od druge Vaše djece bilo bolnički liječeno do sad?**

   DA NE
7. **Ako ste na prethodno pitanje odgovorili potvrdno na donje crte upišite koliko puta**:
   a) Ovo dijete _____
   b) Ostala Vaša djeca _____
8. **U ovom bolničkom boravku ste koristili:**
   a) Apartman
   b) Fotelju
   c) Svakodnevne posjete
   d) Povremene posjete
   e) Ništa od navedenog

9. **Dob djeteta u godinama i mjesecima: _____**

10. **Je li Vaše dijete za vrijeme boravka u bolnici dojeno?**

DA NE

----------**Slijedeće tvrdnje ocijenite od 1 do 5:**

1 – nedovoljan

2 – dovoljan

3 – dobar

4 - vrlo dobar

5 - odličan

11. **U odnosu na dojenje dobila sam potporu bolničkog osoblja:**
1 2 3 4 5

12. **Ocjena skrbi medicinskih sestara prema djetetu**:
1 2 3 4 5

13. **Ocjena skrbi liječnika prema djetetu**:
1 2 3 4 5

14. **Ocjena ostalog osoblja:** (administracija, spremačice):
1 2 3 4 5

15. **Ocjena odjelne higijene:**
1 2 3 4 5

16. **Ocjena pružene prehrane**:
1 2 3 4 5

17. **Ocjena mogućnosti igre:**
1 2 3 4 5

18. **Ocjena cjelokupne skrbi o djetetu:**
1 2 3 4 5

Slijedeće tvrdnje ocijenite od 1 do 5:

1 – potpuno netočno

2 – djelomično netočno

3 – niti točno niti netočno

4 – djelomično točno

5 – potpuno točno

19. **Smatram da boravak roditelja uz dijete u bolnici pomaže djetetu**:
    1 2 3 4 5
20. **Smatram da boravak roditelja uz dijete u bolnici pomaže roditeljima:**
    1 2 3 4 5
21. **Imao/la sam mogućnost sudjelovati u odluci o terapijskim i dijagnostičkim postupcima**:
    1 2 3 4 5
22. **Bio/ la sam uključen/a u postupke njege djeteta kad god je to bilo moguće**:
    1 2 3 4 5
23. **Imao/la sam mogućnost biti uz dijete tijekom dijagnostičkih i terapijskih postupaka:**
    1 2 3 4 5
24. **Zdravstveni djelatnici su mi ulijevali sigurnost i povjerenje**:
    1 2 3 4 5
25. **Odjelno okruženje je toplo i prijateljsko:**
    1 2 3 4 5
26. **Informacije, upute i savjeti dobiveni od medicinskih sestara bili su jasni:**
    1 2 3 4 5
27. **Informacije, upute i savjeti dobiveni od liječnika bili su jasni**:
    1 2 3 4 5
28. **Dobio/la sam upute kako skrbiti za dijete nakon otpusta iz bolnice**:
    1 2 3 4 5
29. **Dobio/la sam upute kome se i kada obratiti nakon otpusta djeteta iz bolnice:**
    1 2 3 4 5

Molimo Vas da dopišete svoja zapažanja:

30. **Što je djetetu olakšalo boravak u bolnici**?

31. **Čega se u bolnici Vaše dijete najviše bojalo**?

32. **Što bi medicinske sestre ili doktori mogli učiniti da poboljšaju svoju uslugu** (vezano uz Vaše dijete ili Vas)?

11. Zahvale

Najprije bih željela izraziti svoju toplu zahvalnost roditeljima i djeci liječenom na odjelu Pedijatrije Opće bolnice Šibenik, koji su spremno sudjelovali u istraživanju.

Nadalje, jako sam zahvalna svim dragim osoba koje su podijelile svoje vještine i znanja te mi tako pomogle u izradi ovog rada:

Prof.dr.sc. Aidi Mujkić, mom mentoru, na ukazanom povjerenju i stručnom vodstvu kroz sve faze istraživanja.

Zorki Stegić bacc.med.techn, glavnoj sestri Pedijatrije Opće bolnice Šibenik, na velikodušnosti, podršci, razumijevanju i strpljenju.

Dragim prijateljima Mr.sc.Daliboru Šikiću dipl ing.el. i Pavlu Novaku na nesebičnoj pomoći i susretljivosti.

Mojoj obitelji i prijateljima zahvaljujem na ljubavi i bezuvjetnoj podršci.

12. Literatura

Aharony L, Strasser S (1993) Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. Medical Care Review, 50 (1), 49-80.

AKAZ-Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine (2013) http://www.akaz.ba/Fokus/Fokus.htm.Pristupljeno 26.11.2013.

Alshop-Shields L. (2002). The parent-staff interaction model of pediatric care. J of Pediatric Nursing, 17,442-448.

Avery KN, Metcalfe C, Nicklin J, Barham CP, Alderson D, Donovan JL et al.(2006) Satisfaction with care: an independent outcome measure in surgical oncology. Ann Surg Oncol;13:817-22

American Academy of Paediatrics (2000) Committee on Hospital Care: Child Life Services(RE9922).Paediatrics;106:1156-159.

Baraban D, Mandić Z, Majdandžić M (2004)Stupanj zadovoljstva roditelja bolničkom skrbi djece. Paediatria Croatica Broj: Vol. 48, No 3

Bolnički informacijski sustav Opće bolnice Šibenik (2013)

Bitzer EA, Volkmer S, Dierks ML (2012) Patient satisfaction in pediatric outpatient settings from the parents' perspective - The Child ZAP: A psychometrically validated standardized questionnaire. BMC Health Serv Res;12: 347.

Carr-Hill RA (1992) The measurement of patient satisfaction. J of Public Health Med, 14(2), 236-249.

Cashmore J (2001) Promoting the participation of children and young people in care. Child Abuse <& Neglecf, 26, 837-847.

Centers for Medicare & Medicaid Services (2008). Mode and patient-mix adjustment of the HCAHPS® Hospital Survey (HCAHPS)

Chambers CT, Taddio A, Uman LS, McMurtry CM; HELPinKIDS Team (2009) Psychological interventions for reducing pain and distress during routine childhood immunizations: a systematic review.Clin Ther;31 Suppl 2:77-103.

Cleary PD, McNeil BJ. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality of care. Inquiry 25, 25-36.

Cleary PD. (2003). A hospitalization from hell: a patient's perspective on quality. Ann Intern Med; 138(1),33-9.

Connell J, Bradley S. (2000). Visiting children in hospital: a vision from the past. Paediatric Nursing, 12, 32-35.

Conner JM, Nelson EC (1999) Neonatal intensive care: satisfaction measured from a parent's perspective. Pediatrics;103 (1 Suppl E):336-49.

Coulter A (2002) The autonomous patient: ending paternalism in medical care. London: Nuffield Trust.

Coyne IT. (1995). Parental participation in care: a critical review of the literature. J of Adv Nursing, 21, 716-722.

Cygan ML, Oermann MH, Templin T.(2002). Perceptions of quality health care among parents of children vvith bleeding disorders. JPediatr Health Care, 16(3), 125-30.

Dahlquist LM (1997) Decreasing children's distress during medical procedures. Clinical Psychology. In session: Psychotherapy in practice: 3 (1): 43-54.

Darbyshire P. (1993). Parents, nurses and paediatric nursing: a critical review. J of Adv Nursing, 18, 1670-1680.

Darbyshire P. (1994). Living with a sick child in hospital. Chapman & Hali. London.

Donabedian A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press, Ann Arbour, Michigan.

Donabedian A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? JAMA, 260(12), 1743-1748.

Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži (2002) Prava djece i roditelja u bolnici. Zagreb: A. G. Matoš.

EACH (1988) The 10 articles of the EACH Charter. http://www.each-for-sick-children.org/each-charter/the-10-articles-of-the-each-charter.html. Pristupljeno 11.5.2014.

Espezel HJE, Canam CJ (2003) Parent-nurse interactions: care of hospitalized children. Journal of Advanced Nursing: 44 (1); 34-41.

Ferguson BF(1979) Preparing Young Children for Hospitalization: A Comparison of Two Methods. Paediatrics 64: 656-64.

Garratt AM, Bjertnaes OA, Barlinn J (2007) Parent experiences of paediatric care (PEPC) questionnaire: reliability and validity following a national survey. Acta Paediat; 96(2):246-52.

Gasquet I, Falissard B, Ravaud P (2001) Impact of reminders and method of questionnaire distribution on patient response to mail-back satisfaction survey. J Clin Epidemiol.; 54(11):1174-80.

Gofinan H, Buckman W, Schade GH (1957) Parents' emotional response to child's hospitalization. A.MA. Journal of Diseases of Children, 93, 629-637.

Grgurić J (2001) Povijest bolničkog liječenja djece. Za osmijeh djeteta u bolnici: priručnik za program humanizacije bolničkog liječenja djece, 2. izd. Zagreb: Savez društava Naša djeca Hrvatske, Koordinacijski odbor akcije Za Osmijeh djeteta u bolnici: 14-15.

Grgurić J (2005) "Quo vadis" hrvatska pedijatrija? Paediatr Croat 49 (Supl 1): 8-12.

Grgurić J (2014) Usmeno priopćenje. Voditelj akcije „Za osmijeh djeteta u bolnici“. 06. Veljače 2014.

Grgurić J, Zakanj Z (2002) Za osmijeh djeteta u bolnici. Vaše zdravlje br 26 (10/02). http://www.vasezdravlje.com/printable/izdanje/clanak/377/. Pristupljeno 23.11.2013.

Hall C, Reet M (2000) Enhancing the state of play in children's nursing. Journal of Child Health Care: 4 (2); 49-54.

Hallstrom I, Runesson I (2001). Needs of parents of hospitalised children. Theoria: J of Nursing Theory, 13 (3), 20-27.

Harbaugh BL, Tomlinson PS, Kirschbaum M (2004) Parents' perceptions of nurses' caregiving behaviors in the pediatric intensive care unit. Issues Compr Pediatr Nurs.; 27(3):163-78.

Havelka M (2002) Zdravstvena psihologija. 2.izd. Jastrebarsko: Slap, 250

Hegeduš-Jungvirth M, Grgurić J (2007) Dnevne bolnice u pedijatriji – današnja svjetska iskustva Paediatria Croatica, Vol.51 No.2. http://hrcak.srce.hr/14723. Pristupljeno 25.11.2013.

Hekkert KD, Cihangir S, Kleefstra SM, van den Berg B, Kool RB (2009) Patient satisfaction revisited: a multilevel approach. Soc Sci Med. 2009;69:68–75.

Holzer BM, Minder CE (2011) A simple approach to fairer hospital benchmarking using patient experience data. Int J Qual Health Care;23(5):524-30.

Homer CJ, Marino B, Cleary PD, Alpert HR, Smith B, Crowley Ganser CM, Brustovvcz RM, Goldmann DA. (1999). Quality of care at a children's hospital. Arch Pediatr Adolesc Med, 153, 1123-1129.

Hopwood B, Tallett A (2011) Little voice: giving young patients a say. Nurs Times;107(49-50):18-20

Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2012) hrvatski Zdravstveno-statistički ljetopis za 2012. godinu: 35 http://hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/Ljetopis-2012.pdf Pristupljeno 26.11.2013.

Huang IC, Kenzik KM, Sanjeev TY, Shearer PD, Revicki DA, Nackashi JA, Shenkman EA (1996) Quality of life information and trust in physicians among families of children with life-limiting conditions. Patient Related Outcome Measures; 1: 141-148.

Hughes M (2007) Parents' and nurses' attitudes to family-centred care: an Irish perspective.J Clin Nurs.;16(12):2341-8.

Hummelinck A, Pollock K (2006) Parents' information needs about the treatment of their chronically ill child: a qualitative study. Patient Educ Couns;62(2):228-34.

Jackson AC, Stewart H, O'Toole M, Tokatlian N, Enderby K, Miller J, Ashley D (2007) Pediatric brain tumor patients: their parents' perceptions of the hospital experience. J Pediatr Oncol Nurs.;24(2):95-105.

Jelić R (1963) Zadarsko nahodište. Radovi Instituta JAZU u Zadru 10:213-89.

Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T (2002) Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. Qual Saf Health Care;11:335-9.

Jenkinson C, Coulter A ,Bruster S (2002) The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. Int J Qual Health Care;14(5):353-8.

Kralj-Brassard R (2012) Pozornice milosrđa: smještaj zgrada dubrovačkog nahodišta (1432-1927). Anali Dubrovnik 50 (2012): 39-62.

Kristensson -Hallstrom I, Elander G. (1994). Parental participation in the care of hospitalized children. Scand J of Caring Sci; 8:149-154.

Lam LW, Chang AM, Morrissey J (2006) Parents' experiences of participation in the care of hospitalised children: a qualitative study. Int J Nurs Stud;43(5):535-45.

Lanford A, Clausen R, Mulligan J, Hollenbeck C, Nelson S, Smith V. (2001). Measuring and improving patients' and families' perceptions of care in a system of pediatric hospitals. J on Quality Improvement, 27, 415-429.

Lansdown R (1996) Children in hospital – A guide for family and carers. New York: Oxford University Press Inc; 16-19.

Lansdown R (1996) Children in hospital – A guide for family and carers. New York: Oxford University Press Inc; 52-73.

Lewis CC, Scott DE, Pantell RH, Wolf MH. (1986). Parent satisfaction with children's medical care. Development, field test and validation of a questionnaire. Med Care, 24, 208-215.

Locker D, Dunt D. (1978). Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction vvith medical care. Soc. Sci & Med, 12, 283-292.

Marino BL, Marino EK. (2000). Parents report of children's hospital care: vvhat it means for your practice. Pediatric Nursing, 26, 195-198.

Meyer EC, Snelling LK, Myren-Manbeck LK (1998) Pediatric intensive care: the parents' experience. AACN Clin Issues; 9(1):64-74.

Mitchell-Dicenso, A., Guyatt, G., Paes, B., Blatz, S., Kirpalani, H., Fryers, M., Hunsberger, M., Pinelli, J., Van Dover, L., Southwell, D. (1996). A new measure of parent satisfaction with medical care provided in the neonatal intensive care unit. J Clin Epidemiol, 49(3), 313-8.

Moscona RA, Holander L, Or D, Fodor L (2006) Patient satisfaction and aesthetic results after pedicled transverse rectus abdominis muscle flap for breast reconstruction. Ann Surg Oncol;13:1739-46.

Moumtzoglou A, Dafogianni C, Karra V, Michalidou D, Lazarou P, Bartsocas C. (2001). Development and application of a questionnaire for assessing parent satisfaction vvith care. Int. J for Quality in Health Care, 12(4), 331-337.

Neill SJ (1996) Parent participation 1: Literature review and methodology. Br JNurs;5(1):34-40.

Nobile C, Drotar D. (2003). Research on the quality of parent-provider communication in pediatric care: implications and recommendations. Review. Development and Behavioural Pediatrics, 24(4), 279-290.

Oermann MH, Lambert J, Templin T. (2000). Parents' perceptions of quality in health care. MCN, 25 (5), 242-247.

Oltedal S, Garratt A, Bjertnaes Ø, Bjørnsdottìr M, Freil M, Sachs M (2007) The NORPEQ patient experiences questionnaire: data quality, internal consistency and validity following a Norwegian inpatient survey. Scand J Public Health;35(5):540-7.

O'Malley AJ, Zaslavsky AM, Elliott MN, Zaborski L, Cleary PD (2005) Case-mix adjustment of the CAHPS Hospital Survey. Health Serv Res.;40(6 Pt 2):2162-81.

Opća bolnica Šibensko-kninske županije. http://www.bolnica-sibenik.hr/

Palmer SJ. (1993). Care of sick children by parents: a meaningful role. J of Adv Nursing, 18, 185-191.

Pediatric patient feedback services. http://www.pickereurope.org/pediatric-feedback-services

Paravina E. (2001) Cilj, program i način provedbe akcije Za osmijeh djeteta u bolnici: Za osmijeh djeteta u bolnici: priručnik za program humanizacije bolničkog liječenja djece, 2.izd. Zagreb: Savez društava Naša djeca Hrvatske, Koordinacijski odbor akcije Za osmijeh djeteta u bolnici;16-19.

Peršic M (1995) Umjetna prehrana u nas. U: Suvremeni stavovi u prehrani dojencadi. Ur. Duško Mardešic. Zagreb:Klinika za dječje bolesti i UNICEF.;31-40.

Perović S (2005) Roman Jelić i nahodišta. Med Jad 35 1-2 Suplement; pdf (424 KB), Hrvatski, Str. 17. Pristupljeno 23.11.2013.

Rahmqvist M, Bara AC (2010) Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. Int J Qual Health Care;22:86-92.

Reeves R, I. Seccombe (2008): Do patient surveys work? The influence of national survey programme on local quality-improvement initiatives. Qual Saf. Health Care 17 (6), 437-441.

Reeves E, Timmons S, Dampier S (2006) Parents' experiences of negotiating care for their technology-dependent child. J Child Health Care;10(3):228-39.

Reid G.T, Chambers CT, McGrath PJ, Finley GA. (1997). Coping vvith pain and surgery: children's and parents' perspective. Int JBehaviour Medicin, 5, 344-349.

Roganović J (2006) Roditelji – suradnici u liječenju. Narodni zdravstveni list, siječanj – veljača. www.zzjzpgz.hr/nzl/37/bolnica.htm. Pristupljeno 25.11.2013

Rubin HR. (1990). Can patients evaluate the quality of hospital care? Med Care, Al′,267-326.

Rushton CH. (1990). Family-centered care in the critical care setting: myth or reality? Children's Health Care, 19(2), 68-78.

Sarafino EF (1994) In the Hospital: The Setting, Procedures, and Effects on Patients. Health Psychology: biopsychosocial Interactions, 2.izd. New York. John Wiley & Sons Inc. 309-338.

Seid M, Varm JW, Bertmundez LO, Zivkovic M, Far MD, Nelson M, Kurtin PS. (2001). Parents' perceptions of primary care: measuring parent's experiences of pediatric primary care quality. Pediatrics, *2*, 264-270.

Seid M, Stevens GD, Varni JW. (2003). Parents' perceptions of pediatric primary care quality: effects of race/ethnicity, language and access. *Health Serv Res*, Aug: 38(4): 1009-31.

Savez društva Naša djeca Hrvatske, Hrvatsko društvo za preventivnu i socijalnu pedijatriju, Hrvatska udruga medicinskih sestara, pedijatrijska sekcija (2000) Za osmijeh djeteta u bolnici. Priručnik za koordinatore akcije u bolnicama.

Shield L, Kristensson-Hallstrom I, O'Callaghan M (2003). An examination of the needs of parents of hospitalized children: comparing parents' and staff s perceptions. Scand J Caring Sci, 17, 176-184.

Shortell SM, O'Bnen JL, Carman JM, Foster RW, Hughes EFX, Boerstler H, O'Connor EJ. (1995). Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management. Concept versus implementation. Health Services Research, 30(2)377-397.

Sirovica S. Stoini E. Perović S (2005) Iz prošlosti šibenskog zdravstva, Prim.dr. Niko Simović. Šibenik,7-40.

Sitzia J, Wood N. (1997). Patient satisfaction: a revievv of concepts and issues. Soc. Sci. & Med, 45(12), 1829-1843.

Sobo EJ, Billman G, Lim L, Murdock JW, Romero E, Donoghue D, Roberts W, Kurtin PS. (2002). A rapid intervievv protocol supporting patient-centered quality improvements: hearing the parent's voice in a pediatric cancer unit. Jt CommJ Qual Irnprov, 28(9). 498-509.

Solheim E, Garratt AM (2013) Parent experiences of inpatient pediatric care in relation to health care delivery and sociodemographic characteristics: results of a Norwegian national survey. BMC Health Serv Res;13:512.

Supek R (1981) Ispitivanje javnog mnijenja. Zagreb: Liber; 467.

Swiss Academy of Medical Sciences (SAMS) (2009). Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität: Empfehlungen. Schweizerische Ärztezeitung;90:1044-54. [The collection, analysis and publication of data about quality of medical treatment: recommendations] :26-27.

Škarica M (1986) Nahodišta i nahodi u Dalmaciji, s osvrtom na nahode u Zadru (1841.-1860.). Radovi Instituta JAZU u Zadru 8:231-62.

Šoštarić Kručaj Z, Mandić Z (1998) Razvoj Klinike za pedijatriju Kliničke bolnice Osijek: U povodu 50-obljetnice osnutka Odjela za dječje bolesti "Osijek" 1947.-1997. Paediatr Croat 42:149-52.

Šumanović-Glamuzina D, Sesar I, Krišto B, Ostojić LJ (2013) Child and family centered care in the treatment of children - knowledge, attitudes, practice. Medicina Academica Mostariensia 1:37-40.

Tedder J, Register N (2007)The "HUG": an innovative approach to pediatric nursing care. MCN Am J Matern Child Nurs;32(4):210-4.

Thiedke CC (2007) What do we really know about patient satisfaction. Fam Pract Manag;14:33-6.

Thompson RH (1989) Child life programs in paediatric settings. Inf Young Children 2:75-82.

Valpotić M, Grgurić J(2013) Indikatori kvalitete: iskustvo roditelja i djece u bolnici. Hrvatska proljetna pedijatrijska škola. XXX seminar za liječnike i medicinske sestre. Zbornik radova za medicinske sestre. Split; Str. 33-36.

Vuori H (1991) Patient satisfaction does it matter? Int J Qual Health Care;3:183-9.

Watt-Wattson JH, Everden C, Lavvson C. (1990). Parents' perceptions of their child's acute pain experience. JPedNursing, 5, 344-349.

Weisman CS, Nathanson CA. (1985). Professional satisfaction and client outcomes. Med Care, 23 (10), 1179- 1192.

Youssef H. Determining patient's Satisfaction with Medical care http://www.ism.edu/docs/Youssef Pristupljeno 15.01.2014.

13. Životopis

Ime i prezime: Vesna Bušac

Datum i mjesto rođenja: 29. Siječnja 1973., Zadar, Hrvatska

Obrazovanje:

2005. Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, Odjel za stručne studije, Zdravstvo – Sestrinstvo

1991. Srednja medicinska škola – smjer medicinska sestra, Šibenik

Radno iskustvo:

2012. – Pedijatrija Opće bolnice Šibenik, odgovorna sestra

2011.- 2012. - Neurologija Opće bolnice Šibenik, glavna sestra

2010. – 2011. - Gastroenterologija Opće bolnice Šibenik, odgovorna sestra

2009. – 2010. - Služba za unutarnje bolesti Opće bolnice Šibenik, glavna sestra

2004. – 2002. - Gastroenterologija Opće bolnice Šibenik, odgovorna sestra

1997. – 2002. – Koronarna jedinica Opće bolnice Šibenik, medicinska sestra

1992. – 1997. – Jedinica za intenzivno liječenje Opće bolnice Šibenik, medicinska sestra

1992. – Sanitet Hrvatske vojske, 113. Šibenska brigada, medicinska sestra

Strani jezici:

Engleski