

Zadovoljstvo pacijenata i njihovih članova obitelji kvalitetom pruženih usluga zdravstvene njege u kući

Lesar, Ivana

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:462955>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-29**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1392/SS/2020

Zadovoljstvo pacijenata i njihovih članova obitelji kvalitetom pruženih usluga zdravstvene njege u kući

Ivana Lesar, 0652/336

Varaždin, ožujak 2021. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za sestринство

Završni rad br. 1392/SS/2020

Zadovoljstvo pacijenata i njihovih članova obitelji kvalitetom pruženih usluga zdravstvene njege u kući

Student

Ivana Lesar, 0652/336

Mentor

Andreja Bogdan, viši predavač

Varaždin, ožujak 2021. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJSKI PROGRAM	preddiplomski studij Sestrinstva		
PRISTUPNIK	Ivana Lesar	MATIČNI BROJ	0652/336
DATUM	24.10.2020.	KOLEGIJ	Zdravstvena psihologija
NASLOV RADA	Zadovoljstvo pacijenata i njihovih članova obitelji kvalitetom pruženih usluga zdravstvene njege u kući		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Satisfaction of patients and their family members with the quality of home health care services		
MENTOR	Andreja Bogdan, dipl.psiholog	ZVANJE	viši predavač, klinički psiholog
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Vesna Sertić, v. pred., predsjednik 2. Andreja Bogdan, dipl.psiholog, mentor 3. dr.sc. Jurica Veronek, član 4. doc.dr.sc. Ivana Živoder, zamjenski član 5.		

Zadatak završnog rada

BROJ	1392/SS/2020
OPIS	

Veliki porast kroničnih bolesti i različitih vrsta malignih oboljenja uzrokovan je produženjem životne dobi, promjenom stila života, promjenama socijalnog i ekonomskog statusa stanovništva, pa se stoga od društvene zajednice zahtjeva pružanje cjelovite, organizirane, sustavne i integrirane skrbi za oboljele i nemoćne. Zdravstvena njega u kući specifična je djelatnost u kojoj medicinske sestre/ medicinski tehničari zbrinjavaju i pružaju zdravstvenu njegu uglavnom najtežim bolesnicima u njihovim kućama. U radu će se opisati važnost, prednosti i specifičnosti rada zdravstvene njege u kući. Osobe koja najviše vremena provode s pacijentima od svih profila zdravstvenih djelatnika su medicinske sestre. Cilj ovog istraživanja je ispitati zadovoljstvo pacijenata i njihovih obitelji o kvaliteti pružanja postupaka zdravstvene njege u kući, te stavove prema kvaliteti usluga primarne zdravstvene zaštite, zadovoljstvo brzinom obavljanja dijagnostičkih postupaka te liječnikom primarne zdravstvene zaštite. Nadalje, rezultati provedenog istraživanja trebali bi ukazati na razinu samostalnosti pacijenata i mogućnosti vođenja brige o samom sebi, najčešće razloge i učestalost dolazaka medicinskih sestara, te tko se od članova obitelji najčešće brine o bolesnom članu obitelji. Za potrebe istraživanja bit će izrađena anketa, prikupljeni podaci bit će obrađeni na deskriptivnoj razini, analizirani i interpretirani te uspoređeni s prikupljenim podacima iz literature.

ZADATAK URUČEN

10.11.2020.



A. Bogdan

Predgovor

Veliko hvala mentorici Andreji Bogdan, kliničkom psihologu, na iskazanom povjerenju, stručnom vodstvu, posvećenom vremenu i trudu te korisnim savjetima tijekom izrade ovog preddiplomskog rada.

Zahvaljujem se svim kolegicama iz Ustanove za zdravstvenu njegu „Marija Toplek“ na razumijevanju i pružanju podrške tijekom studiranja.

Posebne zahvale dugujem svojoj obitelji i prijateljima na beskonačnom strpljenju, ljubavi i neizmjerne podršci za vrijeme studiranja i izrade završnog rada.

Sažetak

Oduvijek je postojala potreba za njegom bolesnih, siromašnih i napuštenih osoba, zbog čega možemo reći da je srž sestrinstva upravo skrb za nemoćne, koja se temeljila i temelji se na suosjećanju, ljudskosti i ljubavi. Veliki porast kroničnih bolesti i različitih vrsta malignih oboljenja uzrokovan je produžetkom životne dobi, promjenom stila života te socijalnog i ekonomskog stanja stanovništva. Stoga se od društvene zajednice zahtijeva pružanje cjelovite, organizirane, sustavne i integrirane skrbi za oboljele i nemoćne. U radu su opisani važnost, prednosti i specifičnosti rada zdravstvene njege u kući. Zdravstvena njega u kući specifična je djelatnost u kojoj medicinske sestre/medicinski tehničari pružaju zdravstvenu njegu uglavnom najtežim bolesnicima u njihovim kućama i zbrinjavaju ih. Prednosti pružanja usluge zdravstvene njege u kući su: rasterećuju se troškovi liječenja u bolničkom sustavu, ne prekida se proces skrbi, njega se obavlja u poznatom okruženju, povećava se osjećaj sigurnosti i zadovoljstva korisnika usluga, njegu prate i članovi obitelji, pristup je holistički i individualan. Osobe koje od svih profila zdravstvenih djelatnika najviše vremena provode s pacijentima su medicinske sestre. One daju sve od sebe kako bi se povezale s pacijentom i članovima obitelji tako da mogu kreirati povjerljive, funkcionalne odnose s njima, koji imaju svrhu ili su usmjereni prema nekom ishodu. Stoga je potrebno pažljivo slušati pacijenta, poticati produktivnu komunikaciju, pristup i suradnju u planiranju zdravstvene skrbi. Cilj ovog istraživanja je ispitati zadovoljstvo pacijenata i njihovih obitelji kvalitetom pružanja postupaka zdravstvene njege u kući, stavove prema kvaliteti usluga primarne zdravstvene zaštite, zadovoljstvo brzinom obavljanja dijagnostičkih postupaka te liječnikom primarne zdravstvene zaštite. Nadalje, istraživanjem ćemo dobiti uvid u strukturu spola i dobi pacijenata, kao i njihovih članova obitelji. Također, istražiti će se razina samostalnosti pacijenta i mogućnosti vođenja brige o samom sebi, najčešći razlozi i učestalost dolazaka medicinskih sestara te koja se skupina ispitanika iz grupe članova obitelji najčešće brine o pacijentu. Ispitivanje je provedeno putem ankete na području Međimurske županije, na uzorku od 60 sudionika, od kojih 41 (68%) pripada skupini članova obitelji pacijenata kod kojih se provodi zdravstvena njega u kući.

Ključne riječi: kronične bolesti, kvaliteta zdravstvenih usluga, zadovoljstvo članova obitelji pacijenta, zadovoljstvo pacijenata, zdravstvena njega u kući

Summary

There has always been a need to take care of the sick, poor and abandoned, which is why we can say that the core of nursing is care for the powerless which was based on and is still based on compassion, humanity and love. A large increase in chronic and different kinds of malign diseases is caused by life extension, changes in lifestyle, and social and economic state of the population. Therefore, there is an expectation from the social community to offer complete, organized, systematic and integrated care for the ill and the powerless. In this thesis the importance, advantages and specifications of home health care work are described. Home health care is a specific activity in which nurses take care of and provide health care mainly to the most severely ill patients in their homes. The advantages of offering health care services in home are: expenses of treatment in hospitals are unburdened, process of care is not discontinued, care is being provided in a familiar setting, feelings of safety and satisfaction of service users with provided care are enhanced, care is accompanied by family members, approach is holistic and individualistic. Out of all health profession profiles, nurses are those who spend the most time with patients. They give their all to make connections with patients and their family members, so that they can create trusting, functional relationships with them, which have a purpose or are oriented toward a certain outcome. Therefore, nurses should carefully listen to the patient, encourage productive communication, approach and cooperation while planning health care. The aim of this study is to examine the satisfaction of patients and their families with the quality of provided home health care services, their attitudes toward the quality of primary health care services, satisfaction with the speed of carrying out diagnostic procedures and their primary health care doctor. Furthermore, the study will give insight into the structure of sex and age of patients and their family members. In addition, the level of patients' independence and ability to take care of themselves, the frequency and most common reasons for nurse visitations and which participants group from the family members group takes care of the patient most often will be examined. A survey in the area of Međimurje County was used to conduct the research, on a sample of 60 participants, 41 (68%) of them belong to the group of family members.

Key words: chronic diseases, health care services quality, home health care, patient's family members' satisfaction, patient satisfaction

Popis korištenih kratica

I.M.	Intramuskularno (u mišić)
S.C.	Subkutano (ispod kože)
PICC	Periferno uveden centralni kateter
HZZO	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
DTP	Dijagnostičko-terapijski postupci
br.	Broj
SMBS	Smanjena mogućnost brige o sebi
SZO	Svjetska zdravstvena organizacija
SM	Skalni maksimum

Sadržaj

1. Uvod	1
1.1. Uvjeti i način ostvarivanja prava na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe	3
1.2. Rad medicinske sestre u zdravstvenoj njezi u kući	6
1.3. Dijagnostičko-terapijski postupci zdravstvene njege u kući	8
1.3.1. Osnovni dijagnostičko-terapijski postupci zdravstvene njege u kući.....	9
1.3.1.1. Minimalna zdravstvena njega bolesnika.....	9
1.3.1.2. Pojačana zdravstvena njega teško pokretnog ili nepokretnog bolesnika.....	10
1.3.1.3. Opsežna zdravstvena njega bolesnika	10
1.3.1.4. Zdravstvena njega bolesnika u terminalnoj fazi bolesti	10
1.3.2. Dodatni dijagnostičko-terapijski postupci zdravstvene njege	12
1.3.2.1. Primjena klizme	12
1.3.2.2. Toaleta i prijevoj rana prvog i drugog stupnja	12
1.3.2.2.1. Zdravstvena njega bolesnika s dekubitusom.....	12
1.3.2.2.2. Zdravstvena njega bolesnika s venskim ulkusom.....	13
1.3.2.2.3. Zdravstvena njega bolesnika s PICC kateterom	13
1.3.2.3. Toaleta i prijevoj rana trećeg i četvrtog stupnja	14
1.3.2.4. Postavljanje i promjena nazogastrične sonde	14
1.4. Specifičnosti komunikacije u zdravstvenoj njezi u kući	15
2. Cilj istraživanja.....	17
3. Metode rada i ispitanici	18
4. Rezultati istraživanja	23
5. Rasprava	42
6. Zaključak	47
7. Literatura	48
8. Prilog	50
8.1. Popis grafikona	50
8.2. Popis tablica.....	52
8.3. Popis slika.....	53
8.4. Anketa.....	54

1. Uvod

Od prapovijesti ljudskog roda postojala je potreba za njegovom bolesnih, siromašnih i napuštenih osoba zbog čega možemo reći da je srž sestrinstva upravo skrb za nemoćne koja se temeljila i temelji se na suosjećanju, ljudskosti i ljubavi. Uz moralne vrijednosti koje bi trebala imati svaka osoba koja pruža skrb, iznimno je važno provođenje zdravstvene njege utemeljene na znanstvenim istraživanjima i najnovijim smjernicama. Zdravstvena njega u kući specifična je djelatnost u kojoj medicinske sestre i medicinski tehničari zbrinjavaju i pružaju zdravstvenu njegu uglavnom najtežim bolesnicima u njihovom domu. Kao takva djelatnost, zdravstvena njega u kući pripada sustavu primarne zdravstvene zaštite.

Veliki porast kroničnih bolesti i različitih vrsta malignih oboljenja uzrokovan je produžetkom životne dobi, promjenom stila života i socijalnog i ekonomskog stanja stanovništva, stoga se od društvene zajednice zahtijeva pružanje cjelovite, organizirane, sustavne i integrirane skrbi za oboljele i nemoćne. Velik broj bolesnika nakon liječenja u bolnicama odnosno boravka u lječilištima i drugim ustanovama vraća se u svoju obitelj, ali potreba za nastavkom liječenja ili pomoći u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba još uvijek postoji. Ovdje se pojavilo pitanje kako i tko će nastaviti skrbiti za bolesnika u njegovoj kući [1].

Prema mišljenju medicinskih sestara koje rade na odjelima opće medicine i kirurgije, u 8 od 30 bolnica (26,7% medicinskih sestara) Irske u periodu 2009./10.g. nije sigurno da će pacijenti nakon otpusta iz bolnice moći organizirati svoju njegu kod kuće. Ovo može biti pokazatelj i posljedica povećane zauzetosti bolničkih kapaciteta i politike zdravstva da smanji trajanje boravka pacijenata u bolnicama. Kako bi se smanjili štetni ishodi na liječenje pacijenata, potreba za zdravstvenom negom u kući postaje sve izraženija [2].

Vrijeme je pokazalo da je model stvaranja mreža ustanova za zdravstvenu njegu u kući jedan od najboljih oblika pružanja skrbi koji predstavlja integrirani, multisektorski pristup, tj. svojim korisnicima pruža kontinuiranu i integriranu skrb bilo kroz prevenciju komplikacija kod kroničnih bolesti, očuvanje kvalitete života nakon dolaska kući iz bolnice ili provođenje kvalitetne njege u terminalnim stanjima u kojem je bolesnik centralni fenomen. Prednosti pružanja usluge zdravstvene njege u kući su: ne prekida se proces skrbi, njega se obavlja u poznatom okruženju, povećava se osjećaj sigurnosti i zadovoljstva korisnika usluga, njegu prate i članovi obitelji, pristup je holistički i individualan [3].

Prilikom pružanja zdravstvene njege u kući medicinska sestra/medicinski tehničar uspostavlja interakciju s bolesnom osobom i njenim članovima obitelji i pruža pomoć sve dok im

je pomoć potrebna. U dogovoru s timom i bolesnikom, oni odlučuju na koji način mogu pomoći, udovoljavaju objektivnim zahtjevima, željama i potrebama, nastoje integrirati, uskladiti zdravstvenu njegu s bolesnikovim drugim, svakodnevnim životnim aktivnostima. Oni osiguravaju vezu s drugim djelatnostima u sustavu zdravstvene zaštite. Poticati bolesnika na što veću samostalnost u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba te očuvati i unaprijediti kvalitetu života osnovni je cilj svake medicinske sestre/medicinskog tehničara koji provode zdravstvenu njegu u kući [1].

1.1. Uvjeti i način ostvarivanja prava na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe

Osigurana osoba ostvaruje pravo na zdravstvenu njegu u kući kada je takav postupak medicinski indiciran. Osigurana osoba koja ima indikacije za provođenje zdravstvene njege u kući ili njena obitelj javljaju se izabranom liječniku primarne zdravstvene zaštite sa zdravstvenim problemom koji je nastao po izlasku iz bolnice ili boravkom u kući. Sukladno trenutno važećim zakonskim propisima, izabrani liječnik primarne zdravstvene zaštite određuje potrebu za zdravstvenom njegu u kući kod osigurane osobe nakon što je izvršio uvid u medicinsku dokumentaciju, obavio pregled i utvrdio zdravstveno stanje osigurane osobe kao i stupanj zahtjevnosti potrebne zdravstvene njege. Nakon toga liječnik izdaje nalog za provođenje zdravstvene njege u kući, izgled naloga prikazuje Slika 1.1.1. Liječnik poziva medicinsku sestru/medicinskog tehničara općeg smjera u privatnoj praksi ili medicinsku sestru/ medicinskog tehničara, radnika ustanove za zdravstvenu njegu u kući koji sa Zavodom ima sklopljen ugovor za provođenje zdravstvene njege u kući na području gdje se provodi zdravstvena njega u kući, upućuje ga pacijentu za izvršenje postupaka te mu predaje pisani nalog s nalazom i mišljenjem o potrebnim postupcima za provođenje postupaka, učestalost te razdoblje koje smatra potrebnim za rješavanje problema [4].

Provođenje zdravstvene njege može biti propisano najviše pet puta tjedno kroz 30 dana. Iznimno se može propisati u trajanju od 90 dana kod najtežih bolesnika, posebno onih s definiranim trajno teškim stanjima poput kome, spinalne mišićne distrofije, cerebralne paralize, zbrinjavanje bolesnika u terminalnoj fazi bolesti itd. U slučaju potrebe dugotrajnog provođenja zdravstvene njege u kući osiguranih osoba zdravstvena njega može se propisati u trajanju od godine dana u jednom odobrenju. Iznimno, provođenje zdravstvene njege može se propisati sedam puta tjedno ovisno o potrebi i zdravstvenom stanju bolesnika [1].

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE		ZDRAVSTVENA USTANOVA - PRIVATNA ORDINACIJA (pečat)	
PODRUČNI URED _____		Šifra ustanove - ordinacije _____	
Broj područnog ureda _____		Šifra ustanove - ordinacije _____	
1. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI			
Broj osigurane osobe ili MB osig. osobe u Zavodu _____		MBG/MB _____	
		Spol <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž	
		OIB* _____	
Ime i prezime _____			
Adresa _____			
Broj osigurane osobe ili MB osigurane osobe u Zavodu člana obitelji (djeteta) _____		Osnova osiguranja _____	
		Država _____	
Ime i prezime _____			

NALOG Broj _____
ZA PROVOĐENJE ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI

2. ISPUNJAVA IZABRANI DOKTOR MEDICINE

od _____	do _____	tjedno _____ puta
Prvi put <input type="checkbox"/>	Nastavno <input type="checkbox"/>	
Dijagnostičko-terapijski postupci iz Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja		
1.	_____	
2.	_____	
3.	_____	
4.	_____	
Dijagnoza: _____		Šifra MKB _____
<p>Obrazloženje</p> 		
U _____ dne _____ 20 ____ g.	M.P.	Šifra _____
	Potpis i faksimil izabranog doktora	

HZZO, Dinskcija, Zagreb
TISK UPNJ V2.3/06/07/2010/

Tiskanica se ispunjava u tri (3) primjerka

Slika 1.1.1. Prikaz naloga za provođenje zdravstvene njege u kući [Izvor: www.cezih.hr.]

Zdravstvena njega osigurane osobe provodi se u svrhu poboljšanja njezinog zdravstvenog stanja i sprječavanja njegovog pogoršanja. Provođenje zdravstvene njege uključuje i poduku osigurane osobe te članova njezine obitelji o provođenju postupaka zdravstvene njege. Pravo na korištenje usluga zdravstvene njege bolesnika u kući na teret Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ima svaka zdravstveno osigurana osoba na osnovi sljedećih utvrđenih stanja:

- nepokretnosti ili teške pokretnosti (osigurane osobe koje za kretanje trebaju pomoć druge osobe ili koriste pomagala za kretanje)

– kronične bolesti u fazi pogoršanja ili komplikacije, uz uvjet da izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite u djelatnosti opće/obiteljske medicine, odnosno zdravstvene zaštite predškolske djece istodobno provodi liječenje u kući te da indicira i potrebu provođenja zdravstvene njege

– prolaznih ili trajnih zdravstvenih stanja kod kojih nije moguće samozbrinjavanje

– nakon složenijih operativnih zahvata koji zahtijevaju previjanje i njegu rane te skrb za stome

– kod osigurane osobe u terminalnoj fazi bolesti

Izabrani doktor obvezan je svaku propisanu zdravstvenu njegu prijaviti mjerodavnoj patronažnoj službi te voditi brigu da zdravstvenu njegu provodi zdravstvena ustanova, odnosno zdravstveni radnik privatne prakse ugovoren za područje na kojem se zdravstvena njega provodi. Patronažna služba obvezna je tijekom razdoblja pružanja njege obići osiguranu osobu najmanje jednom u 14 dana te izvijestiti izabranog doktora o njezinom zdravstvenom stanju, rezultatima dotada provedene zdravstvene njege i potrebi njezinog daljnjeg provođenja, odnosno potrebi obavljanja pregleda od strane izabranog doktora [4].

1.2. Rad medicinske sestre u zdravstvenoj njezi u kući

Prvi kućni posjet zdravstvenog djelatnika/zdravstvene djelatnice bolesniku iznimno je važan za daljnje kvalitetno provođenje zdravstvene njege u kući. Priprema i planiranje počinje zaprimanjem naloga za provođenje zdravstvene njege u kući. Medicinska sestra upoznaje bolesnika, njegove potrebe za postupcima iz zdravstvene njege u kući te ostale članove obitelji i/ili osobu koja se svakodnevno brine o bolesniku. Na temelju dobre anamneze, procjene stanja bolesnika, osobe koja se brine o bolesniku i okolišnim čimbenicima bolesniku je moguće osigurati odgovarajuću zdravstvenu njegu [5].

Uvjeti za provođenje zdravstvene njege u kući često nisu primjereni za izvođenje postupaka, a medicinska sestra u navedenoj djelatnosti jedini je profesionalac koji nema mjesto za sastanke i pisanje sestrinske dokumentacije. Medicinska sestra koja dolazi u kućni posjet svojim znanjem, umijećem i kreativnošću mora prilagoditi uvjete u kući kako bi omogućila sigurno i kvalitetno provođenje postupaka zdravstvene njege. Dojam koji medicinska sestra ostavlja svojim izgledom, ponašanjem, primjerenom komunikacijom te pomnom pripremom važan je jednako kao i profesionalno izvođenje postupaka u kućnim uvjetima. Obavljajući zdravstvenu njegu u kući medicinska sestra znanjem i vještinama prepoznaje probleme bolesnika, njegove mogućnosti i sposobnosti da što kvalitetnije i dostojanstveno nastavi živjeti sa svojom bolešću i/ili posljedicama bolesti. U dogovoru s bolesnikom i njegovom obitelji medicinska sestra nastoji uvjete u kući prilagoditi potrebama i stanju bolesnika (odgovarajući krevet, ortopedska pomagala za kretanje, inkontinenciju) i provodi mjere za sprječavanje komplikacija dugotrajnog ležanja i mogućih komplikacija same bolesti. Provođenje zdravstvene njege u kući ima svoje posebnosti koje imaju utjecaj na ishod zdravstvene skrbi i zadovoljstvo korisnika [1]. Teren rada je često dislociran i međusobno nepovezan jer je primarno organizirati se prema zdravstvenim potrebama pacijenta, a klimatski uvjeti često su nepogodni, putuje i po kišnim, snježnim i zaleđenim uvjetima. Medicinska sestra u zdravstvenoj njezi u kući često postaje „članom“ obitelji, ali mora neprekidno zadržati autoritet, profesionalnost i dosljednost koje članovi obitelji vrlo brzo izgube. Medicinska sestra nerijetko se nađe u nepouzdanom okruženju gdje vladaju nesređeni obiteljski odnosi pa je izložena socijalnim problemima, radi u otežanim higijenskim uvjetima (nedostatak vode, sapuna), prisutnost kućnih ljubimaca, agresivno i ovisničko ponašanje, prisutnost vatrenog oružja, bez struje, obavlja njegu u nezagrijanim prostorijama, na niskim krevetima. U kući se gotovo u pravilu koristi krevet ili kauč koje ukućani koriste za spavanje kad su zdravi ili neadekvatan ležaj jer nemaju postelju. Bolesnik s medicinskom sestrom ostvaruje prisniji kontakt nego s ostalim članovima zdravstvenog tima ili sa članovima obitelji. Upravo tu spoznaju medicinska sestra mora

iskoristiti kako bi liječenje i oporavak bili što uspješniji. Bolesnici u zdravstvenoj njezi u kući često strahuju od neizvjesnosti, trpe bolove i promijenjenog su ponašanja. Često su trajno vezani za krevet i ovisni o pomoći druge osobe. Medicinska sestra pomaže mu kroz zdravstvenu njegu u kući jednom dnevno, najčešće pola sata dnevno. Za sve drugo vrijeme medicinska sestra mora educirati članove obitelji ako je bolesnik ima. U kući bolesnika medicinska sestra izložena je brojnim reakcijama i zahtjevima bolesnika koje ne može ispuniti. Ako stekne povjerenje bolesnika držeći se osnovnog cilja: poboljšanje stanja i olakšavanje života s bolešću i posljedicama bolesti, bolesnici će bolje i više surađivati. Dijagnostičko-terapijski postupci u zdravstvenoj njezi u kući vrlo su složeni, a odgovornost je velika [5]. U kući pacijenta radi bez prisutnosti liječnika ili druge medicinske sestre te nema osobu s kojom se može posavjetovati u odgovarajućem trenutku, a odgovorna je za procjenu zdravstvenog stanja pacijenta ili primjenu nove nepoznate tehnologije. Uvjeti rada, tehničke mogućnosti i dostupnost sredstava za rad najčešće nisu istovjetni kao u bolnici, dok volumen, specifičnost i posebnost rada ostaju isti. To uvjetuje samostalnost, stručnost i mnogo dodatnih napora. Zbog toga medicinska sestra vodi dokumentaciju iz koje su vidljiva sva sestrinska zapažanja, postupci, događaji i problemi bolesnika, s bolesnikom i njegovom obitelji u kući bolesnika. Kad negujemo bolesnika koji boluje od zloćudne bolesti, za kojeg znamo da će još kratko vrijeme biti s nama, nastojimo doznati koliko bolesnik o tome zna. Medicinska sestra u zdravstvenoj njezi u kući bolesnika ne smije bolesniku reći svoje mišljenje o trajanju bolesti i života, ali velika je podrška i često mu pruža svoje rame. Kad bolesnik sumnja, stalno prati naše ponašanje i izraz lica te nas pokušava iznenaditi pitanjima, tada nastojimo biti vedri, nasmijani, u dobrom raspoloženju, hrabrimo bolesnika, a nije lako održati stalno lažno vedro i veselo raspoloženje. U kontaktu s bolesnikom moramo biti staloženi, mirni, izbjegavati „teške“ riječi i puno uvjeravanja. To se ne odnosi samo na naše ophođenje s njim nego i na obavljanje svih postupaka [1].

1.3. Dijagnostičko-terapijski postupci zdravstvene njege u kući

Ovisno o stupnju zahtjevnosti, provođenje zdravstvene njege podijeljeno je na četiri osnovna i četiri dodatna postupka. Zdravstvena njega 1 pruža se kod polupokretnih pacijenata kojima se moraju omogućiti sljedeći postupci: uzimanje materijala za laboratorijske i mikrobiološke pretrage, edukaciju bolesnika i obitelji, mjerenje vitalnih funkcija, kateterizaciju mokraćnog mjehura žena, primjenu i.m. i s.c. injekcije te toaletu i njegu stome. Zdravstvena njega 2 označava pojačanu zdravstvenu njegu bolesnika s povećanim potrebama, što podrazumijeva cjelokupnu zdravstvenu njegu teško pokretnog/nepokretnog bolesnika i uključuje sve postupke iz DTP 1 te previjanje rana prvog i drugog stupnja, toaletu te hranjenje putem nazogastrične sonde. Zdravstvena njega 3 je opsežna zdravstvena njega nepokretnog bolesnika koji je potpuno ovisan o stručnoj pomoći, sa svim navedenim postupcima iz DTP 1 i DTP 2, za previjanje rane trećeg stupnja te primjenu terapije kisikom. Zdravstvena njega 4 obavlja se kod izrazito teškog bolesnika ili bolesnika u terminalnoj fazi bolesti, a uključuje sve navedene postupke iz zdravstvene njege 1,2,3 te previjanje rane četvrtog stupnja. Medicinske sestre obavljaju i zdravstvenu njegu dodatnim terapijskim postupcima koji su kategorizirani od DTP 5 do DTP 8. Zdravstvena njega 5 uključuje primjenu klizme. Zdravstvena njega 6 obuhvaća toaletu i previjanje rane prvog i drugog stupnja, dok zdr. njega 7 obuhvaća nešto zahtjevniji postupak toaleta i previjanja trećeg i četvrtog stupnja. DTP 8 predstavlja postavljanje i promjenu nazogastrične sonde [1]. Takav tip zdravstvene njege u kući karakteriziraju brojne prednosti, jer ona ne prekida proces skrbi, ali se zdravstvena njega odvija u bolesnikovu poznatom okruženju, što mu omogućava šansu za bolji i brži oporavak. Nadalje, u takvoj zdravstvenoj njezi sudjeluju i članovi obitelji, a pristup je holistički i individualan. Zdravstvena njega u kući ima nezamjenjivu ulogu u sustavu zdravstvene skrbi, jer ovakav sustav zdravstvene njege smanjuje cjelokupne troškove koji bi mogli nastati ako bi izostala kontinuirana i integrirana skrb. Naposljetku, cilj zdravstvene njege u kući je osposobiti pacijenta da se brine sam o sebi, postane neovisan, ali i da mu se olakša njegova svakodnevnica [1].

1.3.1. Osnovni dijagnostičko-terapijski postupci zdravstvene njege u kući

1.3.1.1. Minimalna zdravstvena njega bolesnika

Minimalna zdravstvena njega ili DTP 1 uključuje boravak sestre u kući u vremenu od 30 minuta. Ona uključuje uzimanje materija za laboratorijske i mikrobiološke pretrage pri čemu se sestra treba pridržavati svih pravila koja vrijede i u drugim zdravstvenim ustanovama. Bitno je pridržavati se pravila asepse te standardiziranog postupka uzimanja materijala za laboratorijske i mikrobiološke pretrage. Od dokumentacije bitna je uputnica te transportna lista na kojoj je jasno naznačeno vrijeme uzimanja uzorka te vrijeme njegove primopredaje. DTP 1 uključuje i mjerenje vitalnih funkcija kao što su tjelesna temperatura, krvni tlak, puls i disanje što se provodi u skladu sa smjernicama nadležne komore [1].

Kateterizacija mokraćnog mjehura kod žena je također postupak koji sestra zdravstvene njege u kući može provoditi. Provodi se kod retencije urina ili inkontinencije uz pisani nalog liječnika primarne zdravstvene zaštite [5].

Sljedeća zadaća medicinske sestre zdravstvene njege u kući koja spada u DTP 1 je edukacija bolesnika i obitelji. Edukacija spada u jednu od najvažnijih zadaća jer je bitno podučiti pacijenta i njegovu obitelj na koji način izvoditi određene postupke dok su sami kod kuće. Medicinska sestra treba biti izuzetno strpljiva i uporna u edukaciji te puna razumijevanja i volje za ponovnim pokazivanjem određenih postupaka [1].

Primjena intramuskularnih i supkutanih injekcija provodi se prema pisanom nalogu liječnika. Bitno je držati se standardiziranog postupka primjene i.m. i s.c. injekcije koji uključuje pet pravila za primjenu lijeka. U pet pravila za primjenu lijeka spadaju: pravi bolesnik, pravi lijek, pravi način, prava doza i pravo vrijeme. Oralnu primjenu lijeka u većini slučajeva ne provodi sestra zdravstvene njege u kući već obitelj [5].

Toaleta i njega stome također spada u grupu minimalne zdravstvene njege bolesnika. Stoma je kirurški ili endoskopski napravljen otvor između zdravog dijela šupljeg organa i kože. Postoje kolostoma, ileostoma i urostoma. Indikacija za izradu stome je onemogućen normalni protok i izlaz crijevnog sadržaja što se najčešće javlja zbog tumora, upalnih bolesti, prirođenih anomalija. Uloga medicinske sestre zdravstvene njege u kući je njega stome kao i edukacija obitelji o njezi stome [5]. Kod njege stome je bitno prvo kožu oko stome oprati blagim sapunom kako bi se uklonili ostaci ljepila. Nakon toga se na kožu nanosi Stomahesive pasta, a ako je koža oštećena, ispod paste se stavlja Stomahesive puder. Na pripremljenu kožu se zatim stavlja nova pločica s otvorom koji se prethodno izreže prema veličini stome i na koju se stavi vrećica. Najčešća komplikacija koja se javlja je oštećenje kože [1].

1.3.1.2. Pojačana zdravstvena njega teško pokretnog ili nepokretnog bolesnika

U postupke kompletne zdravstvene njege teško pokretnog ili nepokretnog bolesnika spadaju [1]:

- Održavanje osobne higijene nepokretnog bolesnika (kupanje bolesnika u krevetu, tuširanje bolesnika u sjedećem položaju, kupanje bolesnika u kadi, pranje kose, pranje zubi, njega usne šupljine)
- Namještanje i presvlačenje kreveta
- Stavljanje bolesnika u odgovarajući položaj
- Prevencija komplikacija dugotrajnog ležanja

1.3.1.3. Opsežna zdravstvena njega bolesnika

Opsežna zdravstvena njega uključuje postupke iz DTP-a 1 i 2, previjanje rane drugog i trećeg stupnja te primjenu terapije kisikom. Vrijeme potrebno za taj postupak iznosi 90 minuta. Liječenje kisikom (O₂-terapija) podrazumijeva primjenu kisika u koncentraciji većoj od koncentracije u zraku (21%). Primjenjuje se prvenstveno za sprječavanje tkivne hipoksije, tj. za one situacije u kojima je opskrba tkiva kisikom nedostatna za pokriće metaboličkih potreba.

1.3.1.4. Zdravstvena njega bolesnika u terminalnoj fazi bolesti

DTP 4 sadrži stavke iz DTP-a 1, 2 i 3 i prijevoj rana četvrtog stupnja te budući da je ova vrsta zdravstvene njege namijenjena za najtežu i najzahtjevniju kategoriju bolesnika, okvirno vrijeme za njezino iznošenje iznosi 120 minuta. Osobama koje su u terminalnoj fazi neke bolesti pruža se ovakva vrsta zdravstvene njege ne kako bi se odgodila smrt, već kako bi se umanjila ili odgodila patnja, bol i kako bi se osigurao bolesniku kvalitetan život i sačuvalo dostojanstvo u procesu umiranja [1]. Ovakva vrsta palijativne skrbi može se provesti putem hospicija, hospicijskog dnevnog centra ili u obliku hospicijske kućne skrbi, no budući da hospicijski dnevni centri diljem Republike Hrvatske još nisu organizirani, a u brojnim županijama ne postoji hospicijska dnevna skrb kao niti sam hospicij, tu ulogu preuzima djelatnost zdravstvene njege u kući koja se fokusira na *Roy adaptacijski* koji omogućuje provođenje zdravstvene njege uz individualizirani pristup i timski rad. Hospicijski kućni posjeti organizirani su na sljedeći način: prvi kućni posjet koji se sastoji od dva do tri člana tima, od liječnika i medicinske sestre ili socijalnog radnika, sa zadatkom procjene potreba bolesnika i obitelji. Kasnije kućne posjete svode

se na zdravstvenu njegu, a tu medicinska sestra odlazi u kućnu posjetu te prati stanje i bilježi promjene kod bolesnika i samim time obavještava liječnika i obitelj o stanju bolesnika [6].

Najveći teret u provođenju palijativne skrbi u domu bolesnika podnosi najopterećeniji član obitelji, ključni član, a to je njegov njegovatelj. Svakodnevna i dugotrajna njega bolesnog ukućana može biti izuzetno psihički i fizički naporna za ključnog člana obitelji, jer duljina života u terminalnoj fazi je nepredvidiva [7].

Medicinska sestra u provođenju svoje djelatnosti dužna je primjenjivati svoje najbolje stručno znanje i sposobnosti, tako da poštuje načela i prava bolesnika, etička i stručna načela koja su u funkciji zaštite zdravlja stanovništva i svakog bolesnika osobno [8]. Uloga medicinske sestre tijekom cijelog procesa zdravstvene njege i palijativne skrbi je pružiti pomoć i podršku bolesniku i članovima obitelji, no bitno je naglasiti kako njezina uloga ne završava smrću bolesnika jer obitelji je prijeko potrebna i nakon smrti. Osim psihološke podrške, važno je da educira obitelj o potrebama bolesnika, da ga adekvatno opskrbljuje hranjivim tvarima i nadoknađuje mu tekućinu i educira obitelj da se bolesniku ne smije dati više od 1,5 l vode dnevno kako bi se spriječila hiperhidracija. Također, potrebno je da svaka 2 h obavlja higijenu usne šupljine radi parenteralne terapije te podučiti obitelj o tome i da prema potrebi primjeni Durogestic flastere za transdermalnu primjenu. Medicinske sestre su u palijativnoj skrbi višestruki aktivni sudionik koji neposredno provodi zdravstvenu njegu, koordinira i rukovodi cjelokupnim procesom skrbi te je odgovorna za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege uz kontinuiranu procjenu, evaluaciju, edukaciju bolesnika i obitelji te suradnju s ostalim članovima interdisciplinarnog tima [8].

1.3.2. Dodatni dijagnostičko-terapijski postupci zdravstvene njege

1.3.2.1. Primjena klizme

Primjena klizme ili DTP 5 je postupak u kojem se pomoću rektalne sonde ulijeva otopina ili pripravak u debelo crijevo. Provodi se u svrhu čišćenja, hranjenja, primjene kontrasta ili primjene lijekova. Po količini sadržaja koji se ulijeva i po načinu primjene razlikuju se visoka i niska klizma. Prilikom primjene visoke klizme rektalna sonda se uvodi 7 – 10 cm u debelo crijevo dok se kod niske klizme uvodi 6 – 8 cm. Pacijent se smješta najčešće u lijevi bočni položaj, a primjenjuje se oko 10 min. Klizma se primjenjuje isključivo uz pisani nalog liječnika [5].

1.3.2.2. Toaleta i prijevoj rana prvog i drugog stupnja

Najčešće rane koje se susreću su dekubitalne rane i venski ulkusi. DTP-6 odnosno toaleta i prijevoj rana prvog i drugog stupnja obuhvaća još i prijevoj bolesnika s PICC kateterom [5]. Kronične rane nisu samo teret bolesnicima, već i medicinskom osoblju, ali i cjelokupnom zdravstvenom sustavu. Takve rane ne zarastaju unutar predviđenog razdoblja u korelaciji s etiologijom i lokalizacijom rane, a u najkraćem razdoblju od 6 tjedana [9]. Za oko 22% kroničnih rana smatra se da će zacijeliti za 3 – 6 mjeseci, 39% za 6 – 12 mjeseci, 16% za 12 – 24 mjeseca, a 23% ne zacjeljuje ni za 2 ili više godina [10].

1.3.2.2.1. Zdravstvena njega bolesnika s dekubitusom

Dekubitus je oštećenje kože ili potkožnog tkiva koje nastaje zbog sile pritiska, sile trenja ili njihovog udruženog djelovanja. Lokalizira se na područjima koja su najviše izložena pritisku najčešće prilikom dugotrajnog ležanja pacijenta. Najčešće se javlja na trtici, bokovima, uški, petama, laktovima, gležnju, lopaticama, koljenima te na gluteusima [11].

Kod dekubitusa prvog stupnja primjećuje se samo crvenilo koje blijedi na pritisak zbog zahvaćenog epidermisa. Često se primijeti otok i otvrdnuće, a bolesnik se žali na bol, svrbež i toplinu. Bitno je na vrijeme uočiti prvi stupanj dekubitusa te pravodobno reagirati kako bi se spriječilo njegovo napredovanje u viši stupanj. Danas se u velikom broju slučajeva može uspješno prevenirati i izliječiti dekubitus, a time i smanjiti troškove liječenja, kao i smanjiti stopu smrtnosti [12]. Dekubitus drugog stupnja obuhvaća kožu i djelomično potkožno tkivo. Javljaju se mjehuri

te oštećenja kože. Medicinska sestra u tom slučaju previja ranu pridržavajući se svih pravila asepsa te podučava članove obitelji o pravilnoj higijeni te o važnosti mijenjanja položaja bolesnika u krevetu [1].

1.3.2.2.2. Zdravstvena njega bolesnika s venskim ulkusom

Venski ulkus nastaje kao posljedica venskog zastoja te zastojem u površinskim, dubokim te perforantnim venama. Uloga medicinske sestre je previjanje rane u skladu s pravilima asepsa prema pisanom nalogu liječnika te podučavati bolesnika i članove njegove obitelji o mjerama koje trebaju provoditi kako bi došlo do bržeg cijeljenja [1]. Mikrobiološka analiza rane je jedina pretraga koja može dati točnu informaciju o statusu same rane [13].

1.3.2.2.3. Zdravstvena njega bolesnika s PICC kateterom

Zdravstvena njega bolesnika s PICC kateterom je postupak koji je novi medicinskim sestrama kućne njege. PICC kateter je vrsta centralnog venskog katetera te se uvodi kroz *v. Basilicu*, *v. Cephalicu* i *v. Brahialis*. Uvodi se do gornje šuplje vene ili desnog atrija. Intervencije koje medicinska sestra provodi su ispiranje fiziološkom otopinom, održavanje s 1000 i.j. Heparina i 0,8ml fiziološke otopine, pokriti tupferom natopljenim jodom, mijenjati zaštitne valvule, jednom tjedno staviti sterilan prijevoj te pratiti vitalne funkcije i primjećivati znakove upale. Bitno je pravodobno prepoznati znakove komplikacija te obavijestiti liječnika primarne zdravstvene zaštite [5].

1.3.2.3. Toaleta i prijevnoj rana trećeg i četvrtog stupnja

Toaleta i prijevnoj rana trećeg i četvrtog stupnja odnosno DTP 7 obuhvaća dekubitus trećeg stupnja i četvrtog stupnja. Kod dekubitusa trećeg stupnja se oštećenje tkiva širi u dermis. Prisutno je nekrotično tkivo te je vidljiv mišić. Često se javlja infekcija. Uloga medicinske sestre je prijevnoj dekubitalne rane uz pridržavanje pravila asepsa. Kod dekubitusa četvrtog stupnja je mišić u potpunosti razoren te se često nazire kost, a infekcija je gotovo uvijek prisutna kao i kod trećeg stupnja. Kod prvog dolaska u kuću, bitno je uzeti bris rane za antibiogram te napraviti procjenu rane i napraviti fotodokumentaciju zbog lakšeg praćenja liječenja. Bitna stavka je podučavanje bolesnika i obitelji o prevenciji dekubitusa, promatranju rizičnih mjesta, na koji način mijenjati položaje u krevetu te koja pomagala koristiti te o prehrani [1].

1.3.2.4. Postavljanje i promjena nazogastrične sonde

DTP 8 obuhvaća postavljanje i promjenu nazogastrične sonde je uvođenje sonde u želudac u svrhu prehrane ili primjene lijekova, aspiracije želučanog sadržaja i irigacije. Prilikom postavljanja nazogastrične sonde u kući postupak mora provoditi prvostupnica sestrinstva po nalogu liječnika. Postupak se provodi sukladno standardiziranom postupku uvođenja nazogastrične sonde. Bitno je educirati obitelj o održavanju higijene usne i nosne šupljine, održavanju sonde te o važnosti provjere prohodnosti sonde prije svakog hranjenja [1].

1.4. Specifičnosti komunikacije u zdravstvenoj njezi u kući

Komunikacija je proces razmjene misli, osjećaja i poruka koji se nužno odvija kad god postoji interakcija. Komunikacija kojom pružamo informacije o bolesti i liječenju ima informacijski karakter, a terapijska komunikacija ima svrhu ublažavanja negativnih emocionalnih stanja pojedinca i pomoć u suočavanju s novonastalom emocionalnom i stresnom životnom situacijom. Opći cilj je smanjivanje osjećaja bespomoćnosti i neadekvatnosti nastalog zbog nesigurnosti i nedostatnog znanja o bolesti. Što više bolesnik zna o svojoj bolesti, to je manja bespomoćnost, a jači je osjećaj kontrole. Bolesniku dajemo mogućnost da izrazi svoje osjećaje, shvaćamo njegove strahove i strahove njegove obitelji čime se povećava osjećaj osobne vrijednosti, smanjuje se osjećaj otuđenosti, tjeskoba, ispravljaju pogrešna vjerovanja i neznanje, smanjuje se osjećaj izoliranosti i zanemarenosti što se nalazi u okviru aktivnog slušanja. Aktivno slušanje je „pravo“ slušanje koje nastoji obuhvatiti sve što govornik želi reći kojemu je osnovni cilj shvatiti i razjasniti primljene poruke, a nikako ga pratiti tek toliko da bi se od njega otela riječ. Njime pokazujemo da poštujemo sugovornika, njegova stajališta, misli i osjećaje. Komunikacijom potičemo bolesnika na odgovornost za vlastitu dobrobit i poboljšano slijeđenje uputa dobivenih od zdravstvenih djelatnika. Ako pacijenti pokazuju psihičku i fizičku sposobnost i želju da sudjeluju u zdravstvenoj skrbi onda bi odlukeo zdravstvenoj skrbi trebale biti zajedničke i uz njihov pristanak. Komunikacijom prikupljamo podatke na osnovi kojih semogu diferencirati problemi pacijenata i članova obitelji, postaviti sestrinske dijagnoze, objasniti im i dati informativni pristanak za dijagnostičko-terapijske postupke, pridobiti pacijenta i članove obitelji za suradnju, kao i surađivati s drugim zdravstvenim radnicima, davati savjete i upute. Dobrom komunikacijom postizemo zadovoljstvo pacijenata, ali i članova njihovih obitelji [14].

U istraživanju provedenom u Sloveniji kod obiteljskog liječnika, specijalista i stomatologa kao činitelje uspješne komunikacije navedeni su: poštovanje 35%, ljubaznost 25%, povjerenje 22%, komunikativnost 7%, empatija 6% i svladavanje sukoba 5% [15].

Za prvi posjet medicinske sestre dobro je odvojiti više vremena kako bi medicinska sestra dala prvo vremena sebi da se predstavi pacijentu i članovima njegove obitelji, navede razlog dolaska te na kratak i jednostavan način objasni očekivani plan zdravstvene njege te dopusti da pacijenti ispričaju „svoju“ priču i iskažu što ih muči. Uvelike se cijeni ako medicinska sestra strpljivo sluša, objašnjava i pruža potrebne informacije, pokazuje razumijevanje za njih i njihove teškoćete im ponudi zdravstvenu skrb koja je za njih prihvatljiva i izvediva. Jedan od najvažnijih ishoda uspješne komunikacije između medicinske sestre i pacijenta je stjecanje poštovanja i povjerenja u medicinsku sestru. Većinom kod pacijenata dolazi ista medicinska sestra pa dobro poznaje pacijenta i njegovu obitelj, zna kakav pristup odgovara svakom od njih i kakav je način

komunikacije njima najugodniji pa nastoji da njen odgovor bude na istoj valnoj dužini sa sugovornikovim potrebama i mišljenjem [14]. U pojedinim obiteljima zamršenih odnosa komunikacija zna biti zamorna za medicinsku sestru jer komunicira i s pacijentom i s članovima obitelji čiji se stavovi, iskustva i potrebe nerijetko razlikuju. Sa svakom skupinom treba komunicirati na poseban način, a pri tome svatko od njih misli da je njihov način ispravan i da su baš oni u pravu. Komunikacija u zdravstvenoj njezi u kući ponekad ima najvećim dijelom psihoterapijski učinak na odnose u obitelji i smanjenje boli koja se ne može riješiti analgeticima, pa slobodno možemo reći da je medicinska sestra u kući bolesnika i medicinska sestra, socijalni radnik, psiholog, pravnik, skrbnik, animator i zastupnik promjena.

2. Cilj istraživanja

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati zadovoljstvo pacijenata i njihovih obitelji kvalitetom postupaka zdravstvene njege u kući, stavove i zadovoljstvo uslugama primarne zdravstvene zaštite.

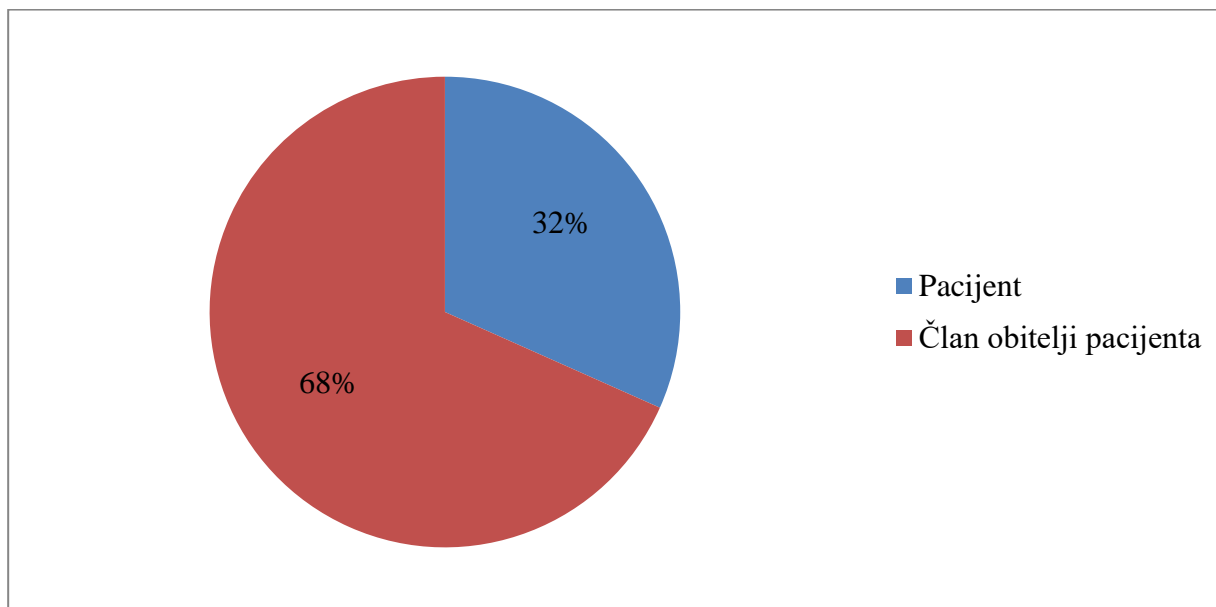
3. Metode rada i ispitanici

Istraživanje je provedeno na uzorku od 60 ispitanika tijekom veljače i ožujka, 2020. godine, na području Međimurske županije. Podaci su prikupljeni pomoću anketnog upitnika konstruiranog u suradnji s mentorom za potrebe istraživanja. Anketni upitnik sadržavao je 15 pitanja, prva četiri su se odnosila na sociodemografske podatke ispitanika. Ostala pitanja bila su vezana za cilj istraživanja, a ispunjavala su se zaokruživanjem ponuđenih odgovora, dopisivanjem odgovora te tablicom koja je sadržavala skalu procjene kako je prikazano u prilogu. Upitnik je mogao popuniti samo pacijent ako je sam u domaćinstvu i zdravstveno stanje mu to omogućava ili samo član obitelji ako zdravstveno stanje pacijenta nije zadovoljavajuće da bi on sam mogao popuniti upitnik. U obiteljima gdje je i pacijent i član obitelji mogao popuniti upitnik ispunila ga je osoba koja je bila motiviranija za sudjelovanje u istraživanju. Pitanje broj 5 bilo je otvorenog tipa u kojem se od ispitanika očekivalo da upiše tko se najviše brine o bolesnom članu obitelji. U pitanju br.6 ispitanicima je ponuđena tablica koja se odnosila isključivo na stanje pacijenta, odnosno na procjenu razine samostalnosti i mogućnosti brige o samom sebi. Tablica sadrži brojčanu ljestvicu gdje 0 označava da pacijent potpuno samostalno obavlja navedenu radnju, dok 5 označava potpunu ovisnost pacijenta o tuđoj pomoći u obavljanju navedene radnje. Od 7. do 12. pitanja ispitanici su mogli izabrati neki od ponuđenih odgovora. 13. pitanje je otvorenog tipa, gdje ispitanici sami pišu svoje odgovore, dok su u 14. i 15. pitanju ponovo ponuđene tablice s ljestvicama procjene gdje 1 predstavlja najnižu razinu zadovoljstva, a 5 najvišu razinu zadovoljstva tvrdnjama iz spomenutih tablica.

U anketnom istraživanju sudjelovalo je 60 ispitanika. Ispitanici su davali svoje odgovore ocjenjivanjem tvrdnji na brojčanim skalama, zaokruživanjem te dopisivanjem ponuđenih odgovora.

Pitanje br. 1. Na pitanja ovog upitnika odgovara:

U anketnom istraživanju sudjelovalo je ukupno 60 (100%) ispitanika, od kojih je 19 pacijenata (32%) i 41 član obitelji pacijenata (68%).

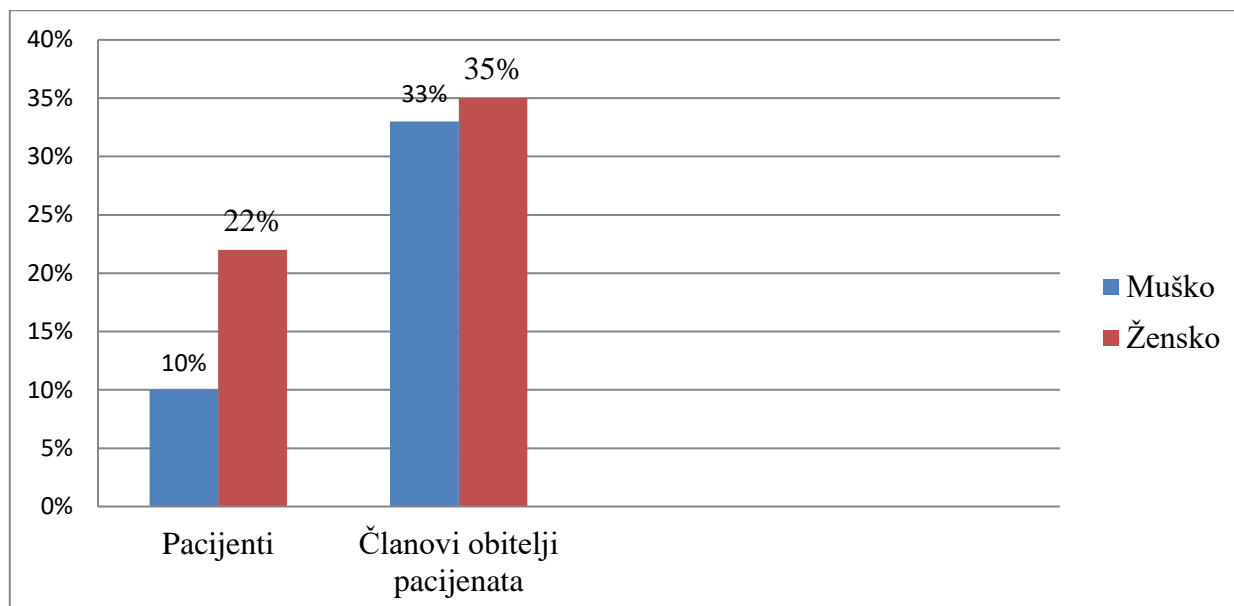


Graf 3.1. Podjela ispitanika na skupinu pacijenata i skupinu članova obitelji pacijenata

[Izvor: autor]

Pitanje br.2. Spol ispitanika

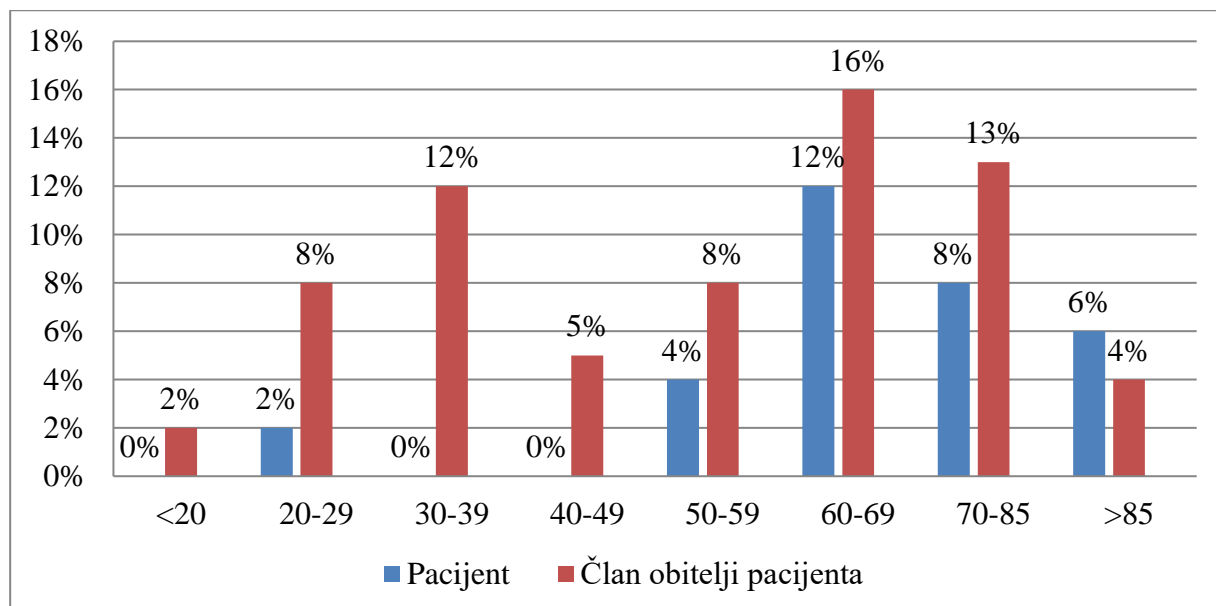
Od ukupno 60 ispitanika u anketnom istraživanju sudjelovale su 34 (57%) žene i 26 (43%) muškaraca. Od ukupnog broja žena, njih 13 (22%) pripada skupini pacijenata, dok 21 (35%) pripada skupini članova obitelji. Od ukupnog broja muškaraca, njih 6 pripada skupini pacijenata (10%), dok ostalih 20 (33%) muškaraca pripada skupini članova obitelji.



Graf 3.2. Podjela ispitanika na skupinu pacijenata i skupinu članova obitelji pacijenata s podjelom prema spolu [Izvor: autor]

Pitanje br. 3. Dob ispitanika

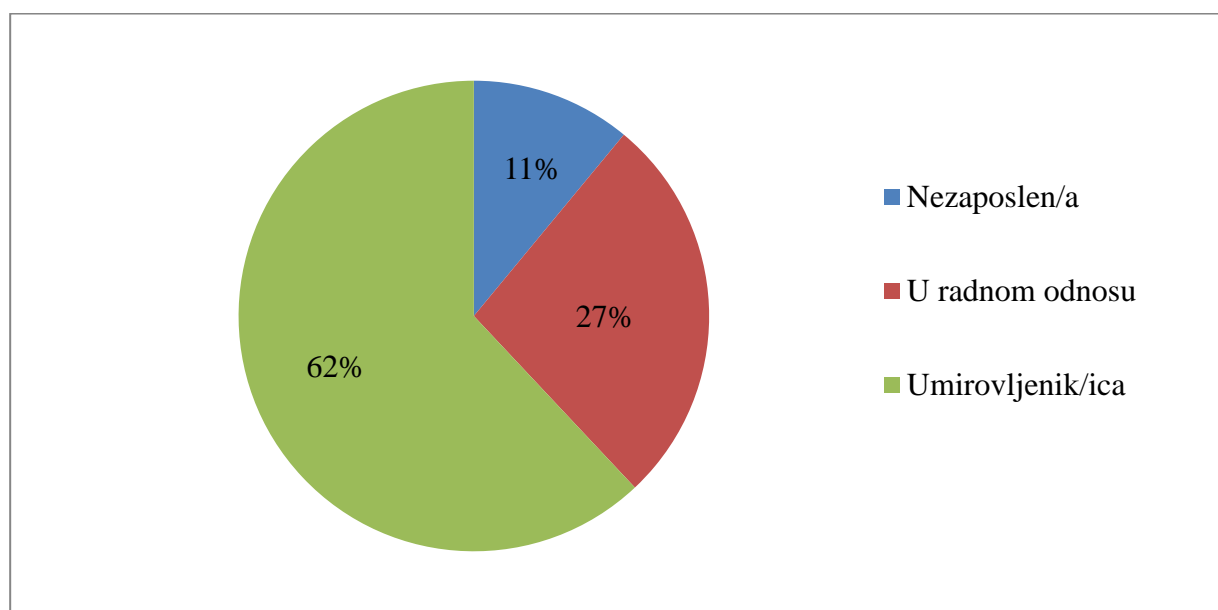
U dobi manjoj od 20 godina u ovom anketnom istraživanju sudjelovao je svega 1(2%) ispitanik od ukupnog broja ispitanika, koji spada u skupinu članova obitelji pacijenata. U dobi od 20 do 29 godina ukupno je sudjelovalo 6 (10%) ispitanika, od kojih je 1 (2%) ispitanik pacijent, a 5 (8%) ispitanika pripada članovima obitelji pacijenata. Od 7 (12%) ispitanika koji pripadaju skupini ispitanika od 30 do 39 godina, svi pripadaju skupini članova obitelji pacijenata. Jednako tako, u skupinu ispitanika koji imaju 40 – 49 godina, sva 3 (5%) ispitanika pripadaju članovima obitelji pacijenata. U dobi od 50 do 59 godina u ovom anketnom istraživanju sudjelovalo je 7 (12%) ispitanika, od kojih 2 (4%) pripadaju skupini pacijenata, a 5 (8%) članovima obitelji pacijenata. Najviše ispitanika u dobi je od 60 do 69 godina, 7 (12%) pacijenata i 10 (16%) članova obitelji, sveukupno 17(28%) ispitanika od ukupnog broja ispitanika. 13 (21%) ispitanika bilo je u dobi od 70 do 85 godina od kojih je 5 (8%) pacijenata i 8 (13%) pripadnika članova obitelji. U dobi starijoj od 85 godina pripada 6 (10%) ispitanika, odnosno 4 (6%) pacijenta i 2 (4%) pripadnika članova obitelji pacijenata.



Graf 3.3. Podjela ispitanika na skupinu pacijenata i skupinu članova obitelji pacijenata s podjelom prema dobi [Izvor: autor]

Pitanje br. 4. Radni status ispitanika

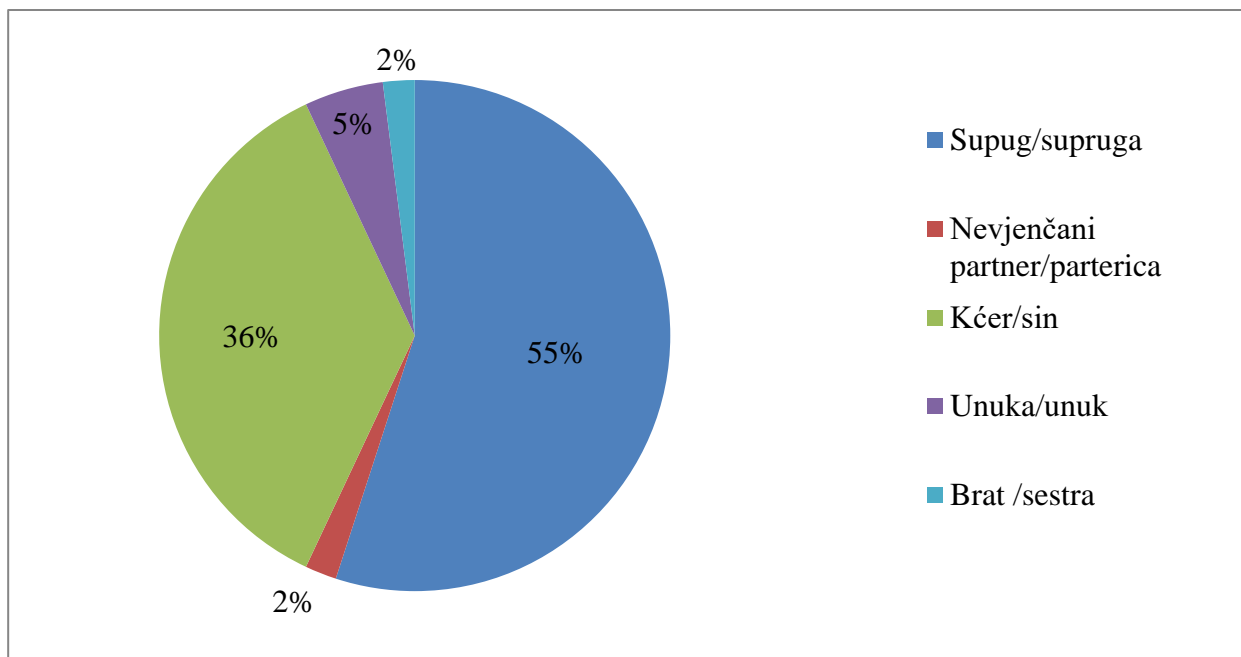
U anketnom istraživanju od ukupnog broja ispitanika njih 7 (11%) je nezaposleno, u radnom odnosu je 17 (27%) ispitanika, dok uvelike prednjači postotak ispitanika koji pripada skupini umirovljenika, njih 37(62%)



Graf 3.4. Podjela ispitanika prema radnom statusu [Izvor: autor]

Pitanje br. 5. O bolesnom članu obitelji kojem su potrebne usluge zdravstvene njege u kući skrbi:

Prema dobivenim podacima najveći udio ispitanika, čak 33 (55%) njih , koji pružaju ili dobivaju zdravstvenu skrb su suprug/supruga. 22 (36%) ispitanika spadaju u skupinu u kojoj brigu o bolesnom članu obitelji vode njihova djeca. O bakama i djedovima brine troje ispitanika (5%). Najmanji udio s 1 ispitanikom (2%) nosi kategorija nevjenčani partner/partnerica, te jednak udio (2%) ispitanika brine se ili je zbrinuto od strane sestre/brata.



Graf 3.5. Podjela ispitanika prema skupinama koje se brinu za bolesnog člana obitelji

[Izvor: autor]

4. Rezultati istraživanja

Pitanje br. 6. Kako bih procijenila razinu samostalnosti i mogućnosti brige o samom sebi koju vodi pacijent, molim Vas da stavite oznaku „X“ ispod broja koji označava razinu samostalnosti u obavljanju sljedećih radnji navedenih u tablici. 0 označava potpunu samostalnost pacijenta, dok 5 označava potpunu ovisnost o tuđoj pomoći.

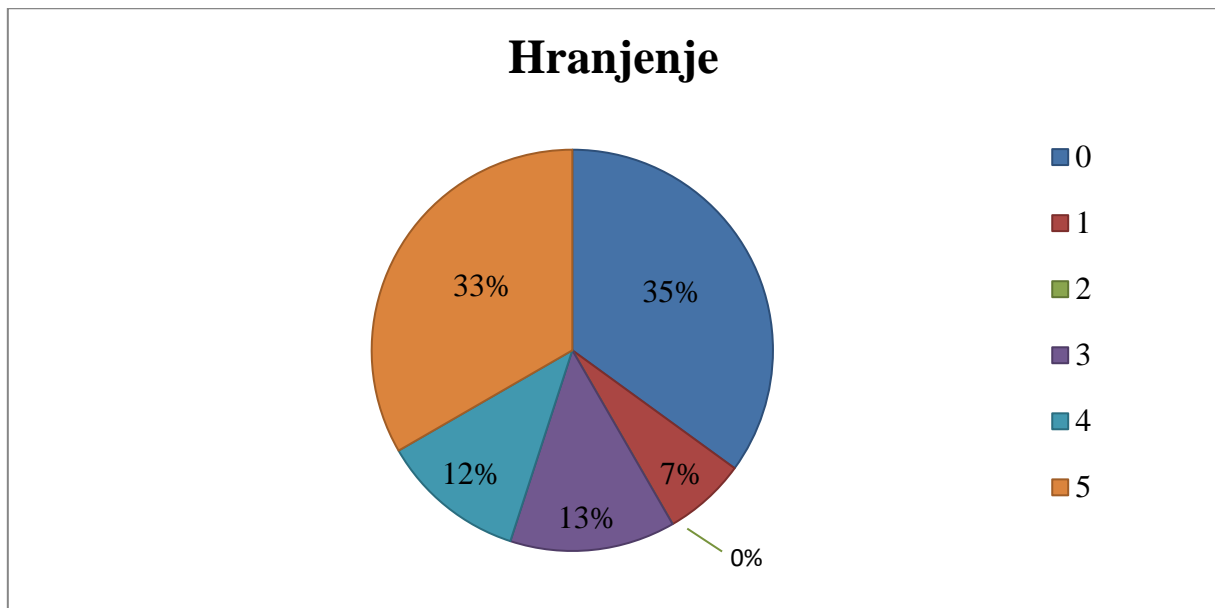
	0	1	2	3	4	5
HRANJENJE						
ODRŽAVANJE HIGIJENE						
ODIJEVANJE						
OBAVLJANJE NUŽDE						
ODRŽAVANJE DOMAĆINSTVA						

Tablica 4.1. Prikaz ispitivanja razine samostalnosti pacijenata pomoću skale od 0 (potpuno samostalan) do 5 (potpuno ovisan o tuđoj pomoći) u obavljanju radnji navedenih u tablici

[Izvor: autor]

Tablica 4.1. iz pitanja br. 6. sadrži brojčanu skalu kojom se ocjenjuje stupanj samostalnosti pacijenta u obavljanju navedenih radnji iz tablice. Ova procjena samostalnosti odnosila se samo na pacijente kojima se pruža zdravstvena njega u kući, tako da su članovi obitelji ocjenjivali samostalnost njihovih bolesnih članova obitelji.

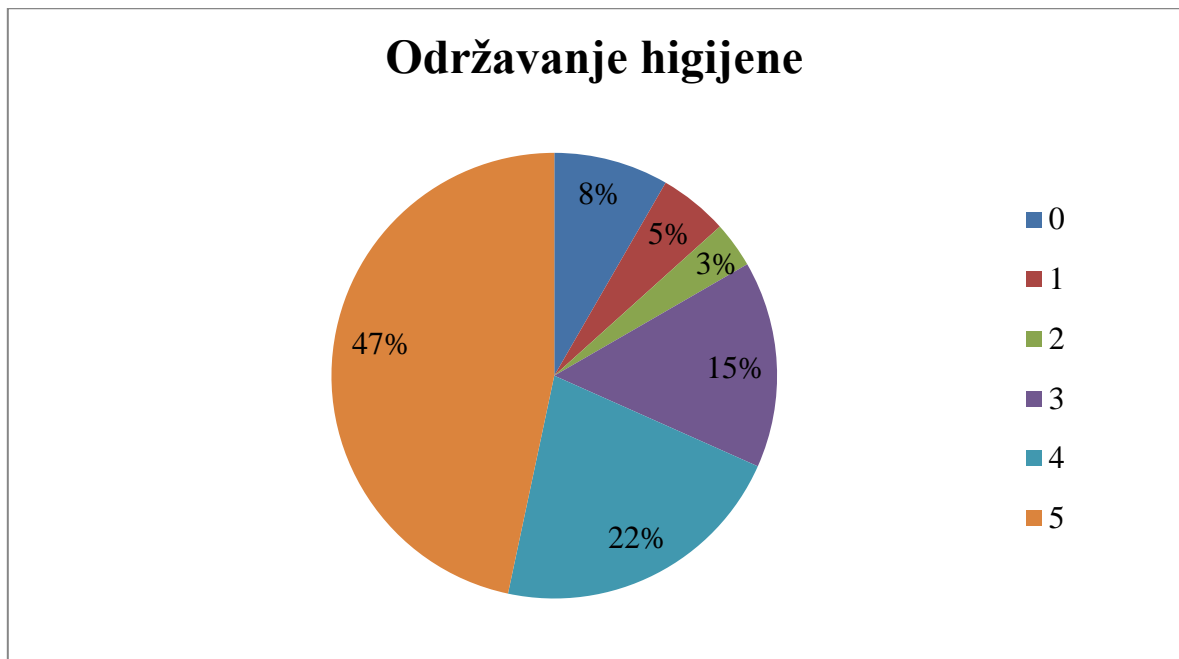
Kako bih procijenila samostalnost pacijenata tablica je sadržavala radnje poput hranjenja, održavanja higijene, odijevanja, obavljanja nužde, održavanja domaćinstva te brojčanu skalu od 0 do 5 kojom se ocijenio stupanj mogućnosti samostalnog obavljanja navedenih radnji. 0 označava da pacijent potpuno samostalno obavlja navedenu radnju, dok 5 označava potpunu ovisnost pacijenta o tuđoj pomoći u obavljanju navedene radnje.



Graf 4.1. Prikaz razine samostalnosti pacijenata prilikom hranjenja pomoću skale od 0 (potpuno samostalan) do 5 (potpuno ovisan o tuđoj pomoći) u obavljanju radnji navedenih u tablici

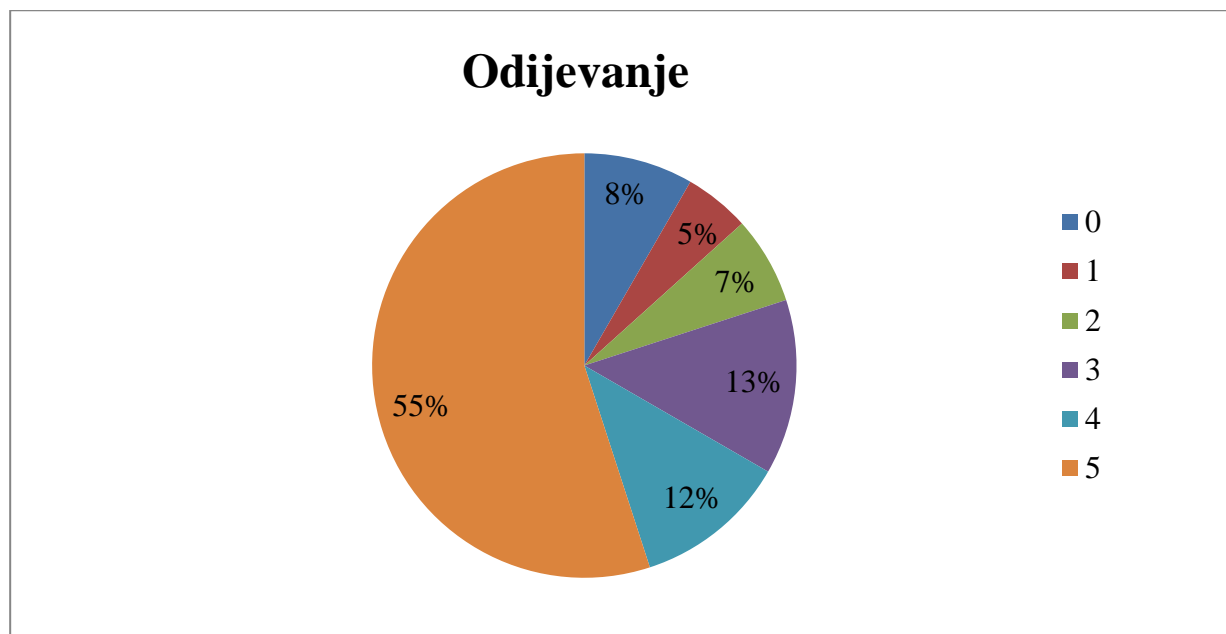
[Izvor: autor]

Najveći dio pacijenata hrani se potpuno samostalno, njih 21 (35%). 4 (7%) pacijenta koriste pomagala ili poseban pribor prilikom hranjenja. 8 (13%) pacijenata stavilo je oznaku „X“ ispod broja 3 koji označava da je pacijentu potrebna umjerena pomoć druge osobe i/ili djelomični nadzor. Nadzor tijekom cjelokupne aktivnosti i pomoć potrebna je za 7 (12%) pacijenata. 20 pacijenata potpuno je ovisno o tuđoj pomoći te ne mogu samostalno sudjelovati.



Graf 4.2. Prikaz razine samostalnosti pacijenata prilikom održavanja higijene pomoću skale od 0 (potpuno samostalan) do 5 (potpuno ovisan o tuđoj pomoći) u obavljanju radnji navedenih u tablici [Izvor: autor]

Naime, 5 (8%) pacijenata samostalno održava higijenu, dok njih 3(5%) koriste posebna pomagala pri održavanju higijene. Minimalnu fizičku pomoć pri težim aktivnostima u održavanju higijene treba dvoje (3%) pacijenata koji su sudjelovali u anketnom istraživanju. Njih 9 (15%) treba umjerenu pomoć druge osobe ili tek djelomični nadzor prilikom aktivnosti vezane za održavanje higijene, dok njih 13 (22%) treba i pomoć i nadzor tijekom cjelokupne aktivnosti. Najveći dio pacijenata koji su sudjelovali u anketnom istraživanju potpuno je ovisan o tuđoj pomoći, čak njih 28 (47%).

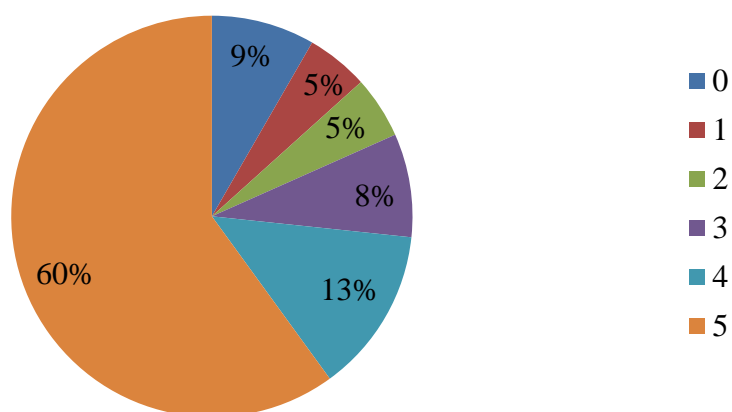


Graf 4.3. Prikaz razine samostalnosti pacijenata prilikom odijevanja pomoću skale od 0 (potpuno samostalan) do 5 (potpuno ovisan o tuđoj pomoći) u obavljanju radnji navedenih u tablici

[Izvor: autor]

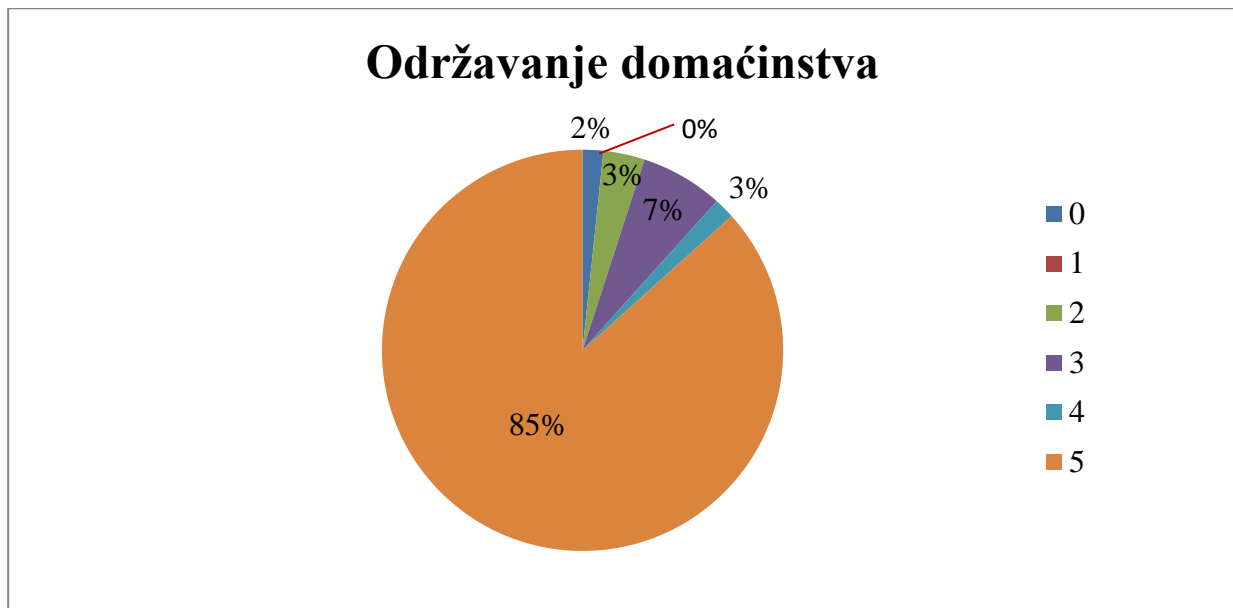
Od ukupnog broja ispitanika za 5 (8%) pacijenata je potvrđeno da ne trebaju nikakvu pomoć prilikom odijevanja. 5 %, odnosno troje pacijenata prilikom odijevanja treba pomagala koja bi mu olakšala navedenu aktivnost. Njih četvero (7%) treba tek minimalnu fizičku pomoć druge osobe. Za 8 (13%) pacijenata potrebna je umjerena pomoć druge osobe i/ili djelomičan nadzor tijekom odijevanja, dok njih 7 (12%) treba pomoć i nadzor tijekom cjelokupne navedene aktivnosti. Najveći postotak čine oni koji su potpuno ovisni o tuđoj pomoći prilikom odijevanja, 33 (55%) pacijenta.

Obavljanje nužde



Graf 4.4. Prikaz razine samostalnosti pacijenata prilikom obavljanja nužde pomoću skale od 0 (potpuno samostalan) do 5 (potpuno ovisan o tuđoj pomoći) u obavljanju radnji navedenih u tablici [Izvor: autor]

Nadalje, 5 (8%) pacijenata samostalno obavlja nuždu i nije ovisno o tuđoj pomoći. Troje (5%) pacijenata koristi posebna pomagala koja mu olakšavaju obavljanje nužde. Istom broju pacijenata, 3 (5%) je potrebna minimalna fizička pomoć druge osobe pri obavljanju navedene aktivnosti. 4 (7%) pacijenta imaju potrebu za umjerenom pomoći druge osobe i/ili djelomični nadzor. 9 (15%) pacijenata tijekom obavljanja nužde treba pomoć i nadzor. 36 (60%) pacijenata potpuno je ovisno o tuđoj pomoći.

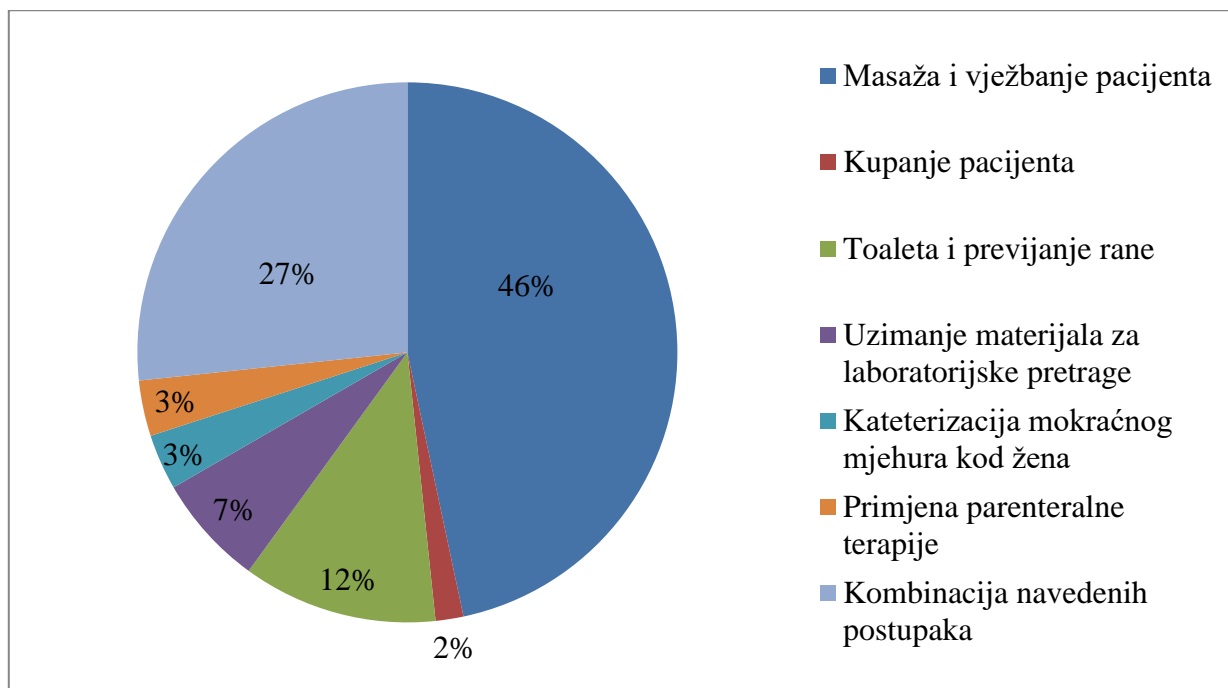


Graf 4.5. Prikaz razine samostalnosti pacijenata prilikom održavanja domaćinstva pomoću skale od 0 (potpuno samostalan) do 5 (potpuno ovisan o tuđoj pomoći) u obavljanju radnji navedenih u tablici [Izvor: autor]

Jednom (2%) pacijentu nije potrebna fizička pomoć druge osobe u održavanju domaćinstva, dok dvojici (3%) treba tek minimalna fizička pomoć pri težim aktivnostima koje se tiču održavanja domaćinstva. 4 (7%) pacijenata zahtijevaju umjerenu pomoć druge osobe i/ili djelomični nadzor. Dvoje (3%) pacijenata pripada skupini za koju je označeno da im je potrebna pomoć i nadzor tijekom cjelokupne aktivnosti. Najviše pacijenata, čak njih 51 (85%) od 60 potpuno je ovisno o tuđoj pomoći u održavanju domaćinstva.

Pitanje br. 7. Razlog dolazaka med. sestara iz zdr. njege u kući

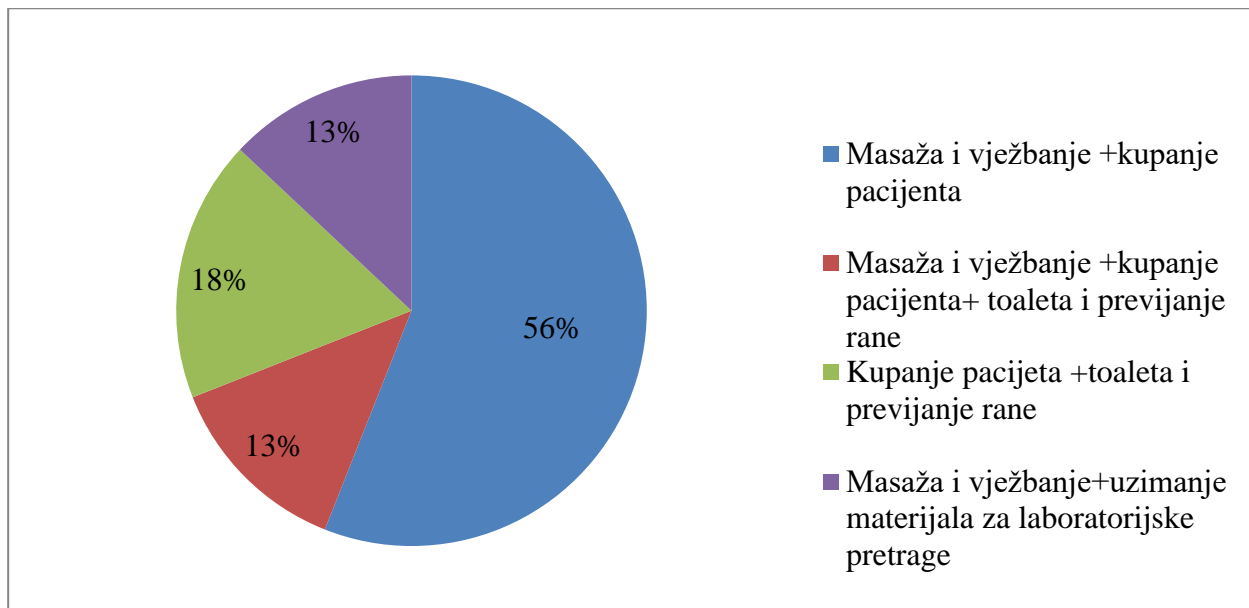
Razlog dolaska medicinskih sestara iz zdr. njege u kući je masaža i vježbanje pacijenta kod 28 (46%) ispitanika. Kupanje pacijenta u ovom anketnom istraživanju zastupljeno je samo kod jednog (2%) ispitanika. Toaleta i previjanje rane razlog je dolaska medicinskih sestara kod 7 (12%) ispitanika. 4 (7%) ispitanika izjasnilo se da med. sestra dolazi zbog uzimanja materijala za laboratorijske pretrage. Razlog dolaska zbog kateterizacije mokraćnog mjehura žena zabilježen je kod jednog (3%) ispitanika. Od ukupnog broja razloga dolazaka med. sestre, primjena parenteralne terapije zabilježena je kod jednog ispitanika (3%). Kombinacija navedenih postupaka ima 16 (27%) od ukupnih razloga dolazaka med. sestara.



Graf 4.6. Prikaz razloga dolazaka medicinskih sestara iz zdravstvene njege u kući

[Izvor: autor]

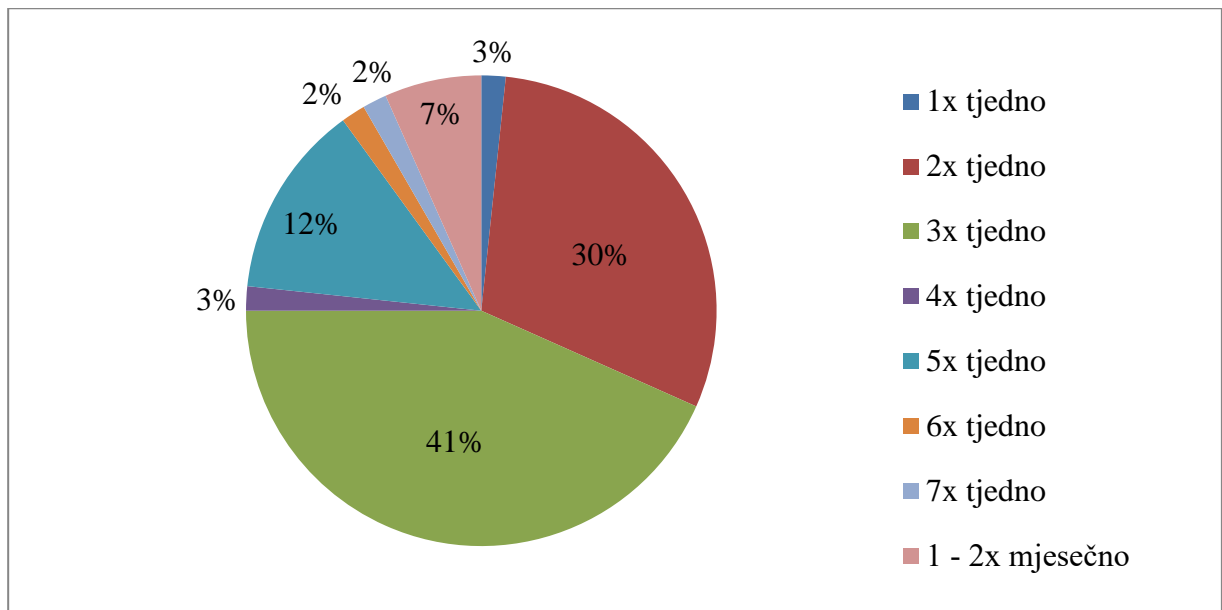
Od ukupno 16 kombinacija postupaka navedenih u pitanju, njih 9 (56%) je kombinacija masaže i vježbanje + kupanje pacijenta. 2 (13%) kombinacije su masaža i vježbanje + kupanje + toaleta i previjanje rane. 4 (18%) od ukupno 16 kombinacija zauzima kupanje + toaleta i previjanje rane. U preostale dvije (13%) kombinacije spada masaža i vježbanje+ uzimanje materijala za laboratorijske pretrage.



Graf 4.7. Prikaz kombinacija DTP-a [Izvor: autor]

Pitanje br.8. Koliko puta tjedno dolazi med. sestra koja vrši zdravstvenu njegu (masiranje i vježbanje pacijenta, kupanje, toaleta i previjanje rane...)?

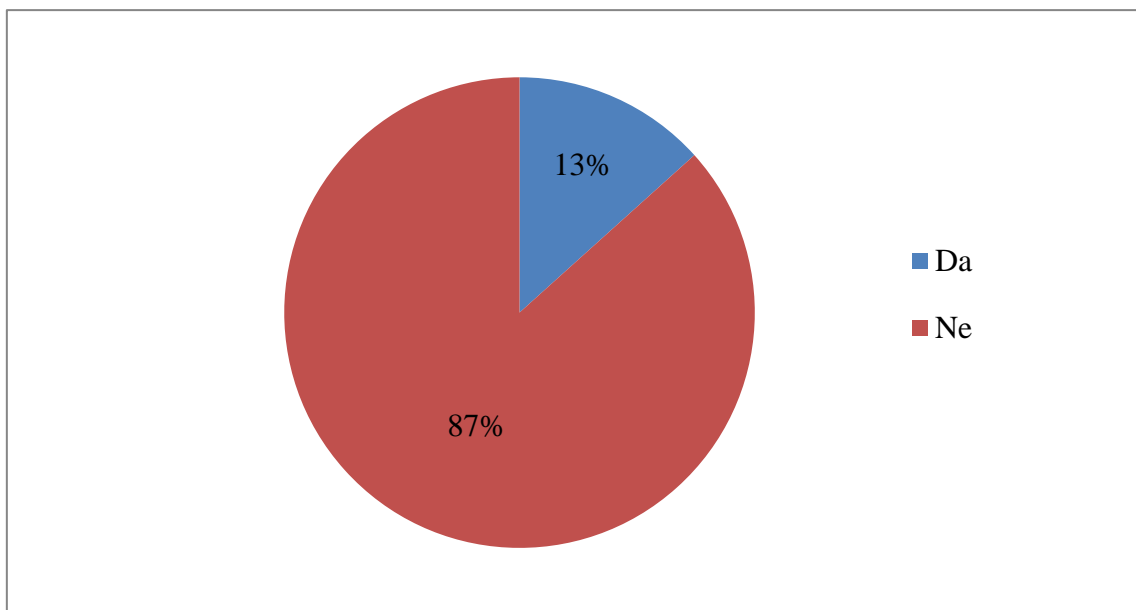
U pitanju br. 8 saznajemo postotak učestalosti dolazaka med. Sestara koje vrše zdravstvenu njegu. Kod 2 (3%) pacijenta dolazi se 1x tjedno, dok 18 (30%) pacijenata med. sestra posjećuje 2x tjedno. Najveći broj ispitanika, čak 25 (41%) označilo je dolazak med. sestre 3xtj., 4x tjedno med. sestra odlazi kod dvoje (3%) pacijenata. 7 (12%) pacijenata ima odobreno od liječnika obiteljske medicine dolazak medicinskih sestara 5x tjedno. Jednom (2%) pacijentu odlazi se 6x tjedno, a jednom (2%) 7x tjedno. Neki od pacijenata, njih 4 (7%), imaju potrebu za kućnom njegom 1-2x mjesečno



Graf 4.8. Prikaz učestalosti dolazaka medicinskih sestara [Izvor: autor]

Pitanje br. 9. Uz usluge koje dobivate kao osiguranici HZZO-a zahtijevate li privatne dolaske medicinskih sestara koje sami plaćate?

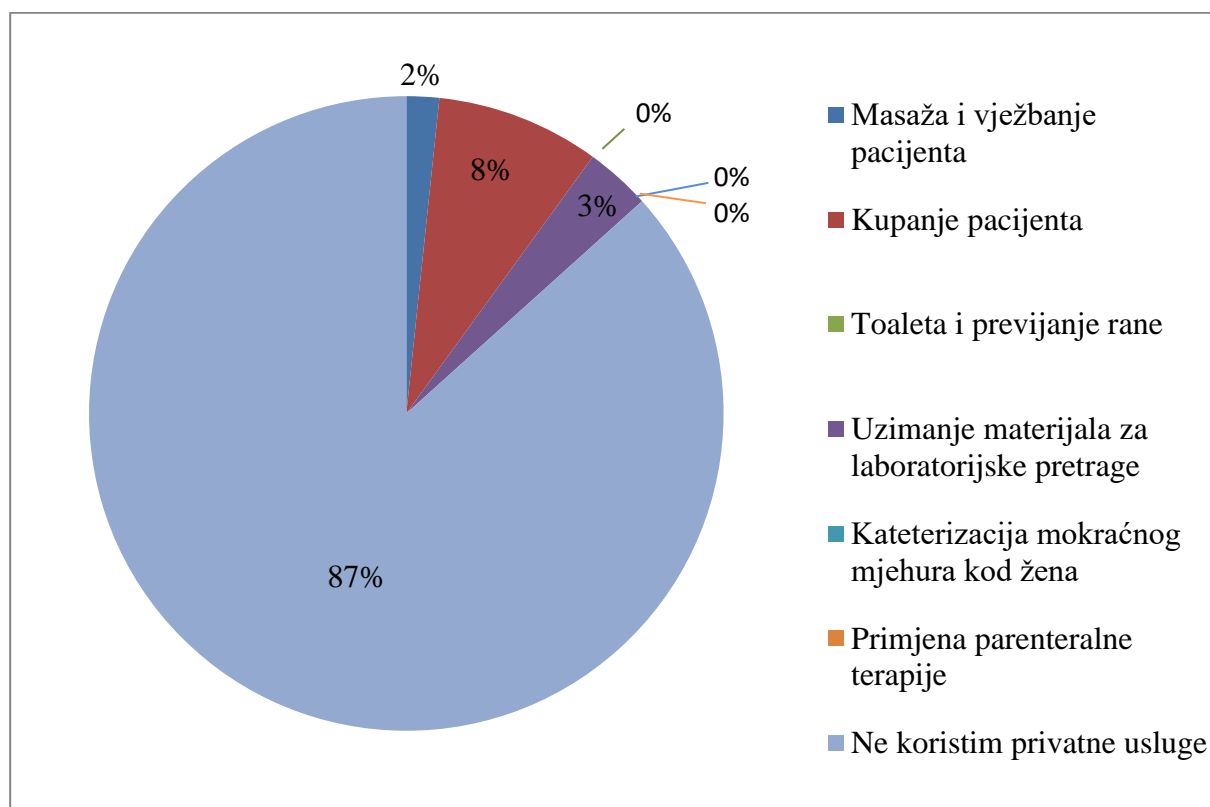
Uz usluge koje dobivaju kao osiguranici HZZO-a, 8 (13%) pacijenata zahtijeva privatne dolaske med. sestara koje sami plaćaju, dok veći dio pacijenata, njih 52 (87%), ne traži privatne dolaske.



Graf 4.9. Prikaz postotka privatnih dolazaka medicinskih sestara [Izvor: autor]

Pitanje br. 10. Ukoliko koristite privatnu uslugu zdr. njege u kući, koja je to?

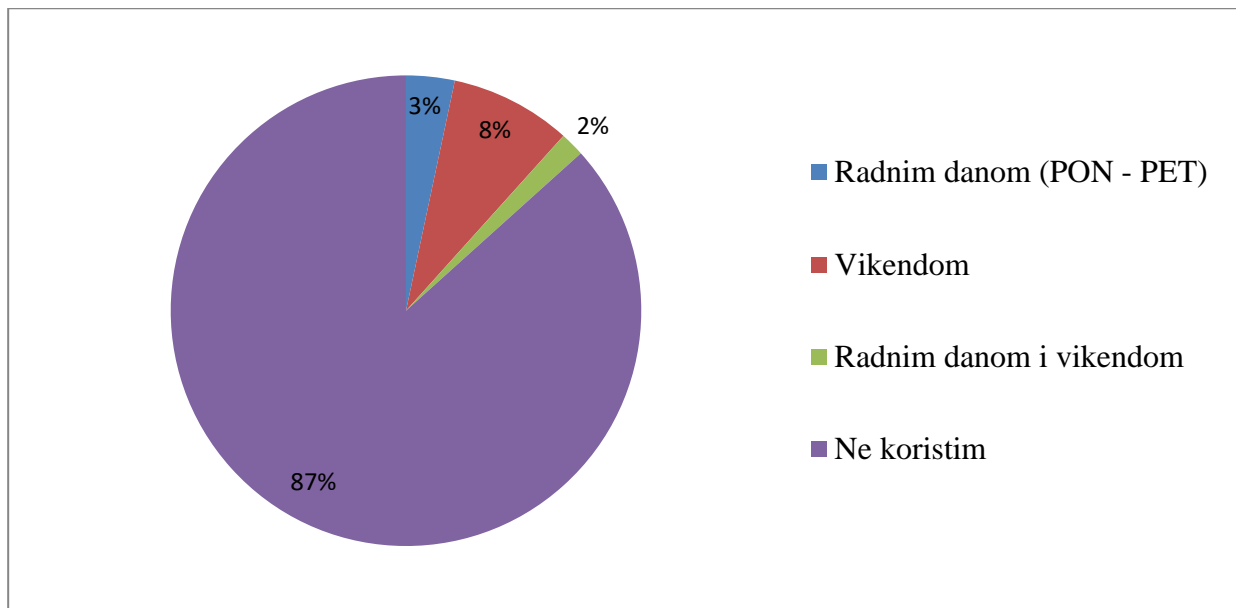
Najviše ispitanika, njih 52 (87%), zaokružilo je da ne koriste privatne usluge. Od 8 (13%) ispitanika koji koriste privatne usluge zdravstvene njege u kući, 1 (2%) pacijent na svoj trošak zahtijeva masažu i vježbanje, dok njih 5 (8%) zahtijeva kupanje pacijenta, a njih dvoje (3%) uzimanje materijala za laboratorijske pretrage.



Graf 4.10. Prikaz najčešće traženih privatnih usluga zdr. njege u kući [Izvor: autor]

Pitanje br. 11. Ukoliko koristite privatne usluge zdravstvene njege u kući, koristite ih:

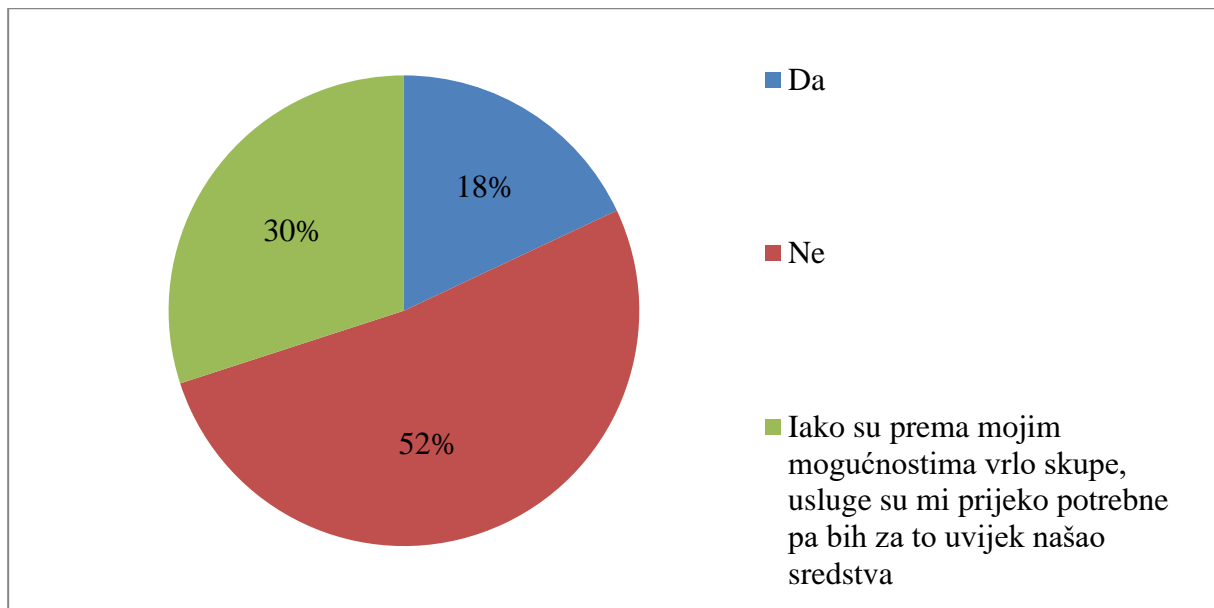
Od 8 (13%) ispitanika koji koriste privatne usluge zdravstvene njege u kući, njih dvoje (3%) koriste privatne usluge od ponedjeljka do petka, njih 5 (8%) vikendom, dok samo jedan ispitanik (2%) koristi privatne usluge radnim danom i vikendom. Ostalih 52 (87%) ispitanika izjasnilo se da ne koriste privatne usluge zdr. njege u kući.



Graf 4.11. Prikaz traženih termina za obavljanje privatnih usluga zdr. njege u kući [Izvor: autor]

Pitanje br. 12. Ukoliko ne biste imali pravo na usluge zdr. njege u kući (kupanje, masaža i vježbanje, previjanje rane...) putem HZZO-a, biste li imali sredstva kojim biste podmirili troškove dolazaka medicinskih sestara?

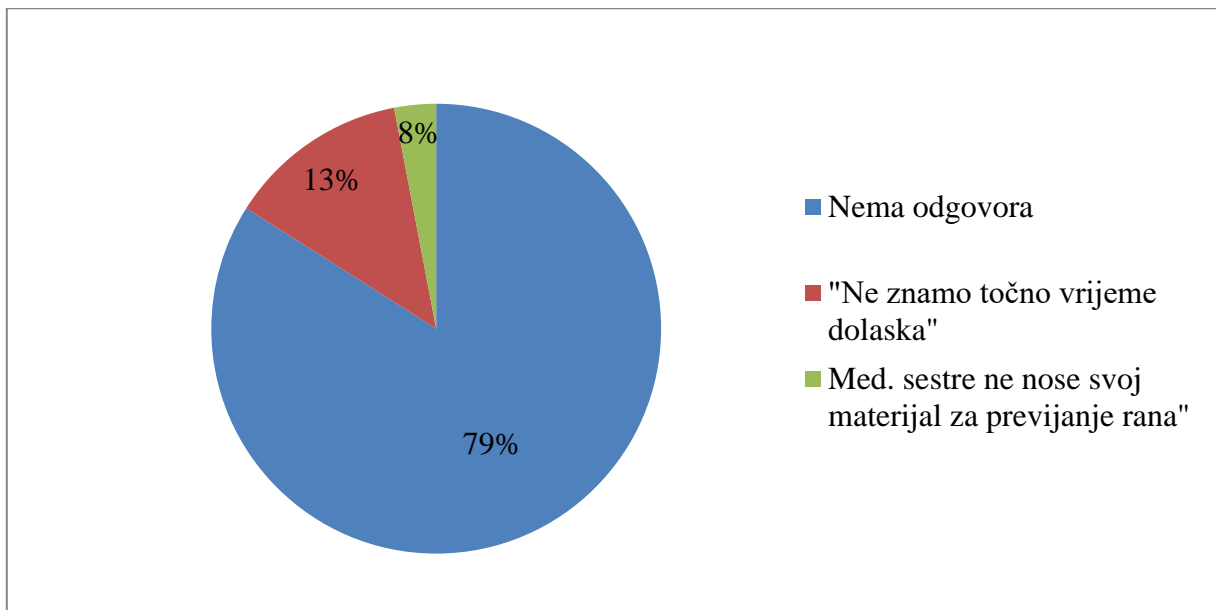
Naime, 11 (18%) ispitanika potvrdilo je da bi sami plaćali usluge zdr. njege u kuću ukoliko ne bi imali pravo na njih putem HZZO-a. 31 (52%) ispitanik ne bi imao sredstva kojim bi podmirio troškove dolaska med. sestara ukoliko ne bi imao pravo na usluge zdr. njege u kući. 18 (30%) ispitanika izjasnilo se da bi unatoč skupim cijenama usluga zdravstvene njege u kući ipak sami snosili troškove za njih ako ne bi imali pravo putem HZZO-a, jer su im usluge prijeko potrebne.



Graf 4.12. Prikaz postotka ispitanika koji bi/ ne bi plaćali usluge zdr. njege u kući ako kao osiguranici HZZO-a ne bi imali pravo na njih [Izvor: autor]

Pitanje br. 13. Navedite najčešće pogreške medicinskih sestara koje pružaju usluge zdravstvene njege u kući.

Odgovor na ovo pitanje nije dalo više od polovice ispitanika, njih 47 (79%). 8 (13%) ispitanika nije zadovoljno jer ne znaju točno vrijeme dolaska med. sestara. 5 (8%) ispitanika najvećom greškom smatra što medicinske sestre ne nose svoj materijal za previjanje rana.



Graf 4.13. Prikaz najčešćih pogrešaka med. sestara iz zdr. njege u kući prema mišljenju ispitanika [Izvor: autor]

Pitanje br. 14. Kako bih procijenila Vašu razinu zadovoljstva pružanjem usluga medicinskih sestara zdr. njege u kući, molim Vas da stavite oznaku „X“ ispod broja koji označava vašu razinu zadovoljstva na sljedeće tvrdnje u tablici. Broj 1 predstavlja najnižu razinu zadovoljstva, a 5 najvišu razinu zadovoljstva.

	1	2	3	4	5
	F(%)	F(%)	F(%)	F(%)	F(%)
1. Zadovoljni ste predstavljanjem i pristupom med. Sestara iz zdravstvene njege u kući prema vama / vašem bolesnom članu obitelji.	3(5)	1(1)	3(5)	4(7)	49(82)
2. Medicinska sestra daje Vam razumljive informacije koje su vam potrebne.	0(0)	1(2)	7(11)	16(27)	36(60)
3. Zadovoljni ste dužinom vremena koje medicinska sestra provodi razgovarajući s vama.	1(1)	2(3)	4(7)	10(17)	43(72)
4. Zadovoljni ste interesom medicinske sestre za vaše uobičajene navike.	2(3)	2(3)	4(7)	12(20)	40(67)
5. Zadovoljni ste sa pomoći medicinske sestre pri obavljanju usluga zdravstvene njege u kući.	0(0)	1(2)	9(15)	14(23)	36(60)
6. Zadovoljni ste urednošću medicinske sestre pri obavljanju usluga zdravstvene njege u kući.	0(0)	0(0)	7(12)	14(23)	39(65)
7. Zadovoljni ste koliko često medicinska sestra dolazi pružati usluge zdravstvene njege u kući	4(7)	6(10)	6(10)	15(25)	29(48)
8. Zadovoljni ste osiguranjem privatnosti prilikom primjene osobne higijene.	0(0)	1(2)	9(15)	13(22)	37(61)
9. Zadovoljni ste s opskrbom medicinske sestre sa medicinskom opremom, uređajima i priborom (tlakomjer,škare, zavoji,micropore,gaze...)	1(2)	5(8)	13(22)	17(28)	24(40)
10. Zadovoljni ste što ne znate točno vrijeme dolaska medicinske sestre koja obavlja njegu.	11(18)	11(18)	7(12)	10(17)	21(35)

Tablica 4.2. Prikaz razine zadovoljstva ispitanika pružanjem usluga medicinskih sestara zdr. njege u kući navedenim u tvrdnjama na skali od 1 (iznimno nezadovoljan) do 5(iznimno zadovoljan) [Izvor: autor]

Zadovoljstvo pruženom uslugom zdravstvene njege u kući od strane medicinskih sestara ispitano je upotrebom 10 tvrdnji gdje su ispitanici iskazivali zadovoljstvo upotrebom Likertovemjerne ljestvice s intervalom zadovoljstva u rasponu od „izuzetno nezadovoljan“ do „izuzetno zadovoljan“, gdje su stupnju zadovoljstva dodijeljene sljedeće vrijednosti:

- 1- Izuzetno nezadovoljan
- 2- Nezadovoljan
- 3- Niti zadovoljan, niti nezadovoljan
- 4- Zadovoljan
- 5- Izuzetno zadovoljan

„Zadovoljni ste predstavljanjem i pristupom med. sestara iz zdravstvene njege u kući prema vama / vašem bolesnom članu obitelji.“

Na tvrdnju „Zadovoljni ste predstavljanjem i pristupom med. sestara iz zdravstvene njege u kući prema vama/vašem bolesnom članu obitelji.“, 3 (5%) ispitanika potvrdila su da su izrazito nezadovoljni. Oznaku X stavio je jedan (1%) ispitanik ispod ocjene 2, što znači da je nezadovoljan predstavljanjem i pristupom med. sestre iz zdravstvene njege u kući prema njima ili njihovom članu obitelji. Niti zadovoljna niti nezadovoljna navedenom tvrdnjom su 3 (5%) ispitanika, dok su njih 4 (7%) označili da su zadovoljni predstavljanjem i pristupom med. sestre zdr. njege u kući. Najveći postotak ispitanika označio je da su izrazito zadovoljni navedenom tvrdnjom, čak njih 49 (82%).

„Medicinska sestradaje Vam razumljive informacije koje su vam potrebne.“

Nijedan ispitanik nije označio da je izrazito nezadovoljan navedenom tvrdnjom, no 1 (2%) je ispitanik nezadovoljan. Navedenu tvrdnju 7 (11%) ispitanika označilo je ocjenom 3, što znači da nisu ni zadovoljni ni nezadovoljni. Radnjom iz navedene tvrdnje zadovoljno je 16 (27%) ispitanika, dok je najveći postotak ispitanika izuzetno zadovoljan, sveukupno 36 (60%) ispitanika.

„Zadovoljni ste dužinom vremena koje medicinska sestra provodi razgovarajući s vama.“

1 (1%) pacijent iznimno je nezadovoljan dužinom vremena koje medicinska sestra provodi razgovarajući s njima/njihovim bolesnim članovima, dok su 2 (3%) ispitanika nezadovoljna. 4(7%) pacijenta nisu ni zadovoljna ni nezadovoljna dužinom vremena koje medicinska sestra

provodi razgovarajući s njima ili članovima obitelji. 10 (17%) ispitanika je zadovoljno, dok su 43 (72%) ispitanika iznimno zadovoljna dužinom vremena koje medicinska sestra provodi razgovarajući s njima/članovima obitelji pacijenta.

„Zadovoljni ste interesom medicinske sestre za vaše uobičajene navike.“

Četvrta tvrdnja testira ispitanikovo zadovoljstvo interesom medicinske sestre za njihove uobičajene navike. 2 (3%) pacijenta su iznimno nezadovoljna, dok su druga dvojica (3%) nezadovoljna tvrdnjom. 4 (7%) pacijenta ocijenila su navedenu tvrdnju sa 3, što znači da nisu ni zadovoljni ni nezadovoljni interesom medicinske sestre za njihove uobičajene navike. 12 (20%) pacijenata zadovoljno je načinom na koji medicinska sestra pokazuje interes za pacijentove uobičajene navike. Najveći postotak ispitanika iznimno je zadovoljan, njih 40 (67%).

„Zadovoljni ste sa pomoći medicinske sestre pri obavljanju usluga zdravstvene njege u kući.“

Nijedan ispitanik nije potvrdio da je iznimno nezadovoljan sa pomoći medicinskih sestara iz zdravstvene njege u kući pri obavljanju usluga, dok je jedan (2%) ispitanik nezadovoljan. Njih 9 (15%), ne vidi ni korist, ni smetnju u pomaganju medicinske sestre pri obavljanju usluga zdravstvene njege u kući. Navedenom tvrdnjom zadovoljno je 14 (23%) ispitanika. Iznimno je zadovoljan najveći dio, njih 36 (60%).

„Zadovoljni ste urednošću medicinske sestre pri obavljanju usluga zdravstvene njege u kući.“

Prema rezultatima dobivenim u tablici, nitko od ispitanika nije iznimno nezadovoljan, niti nezadovoljan. 7 (12%) ispitanika potvrdilo je da nisu niti zadovoljni, ni nezadovoljni. 14 (23%) njih od ukupnog broja ispitanika zadovoljno je urednošću medicinske sestre pri obavljanju usluga zdravstvene njege u kući. Ostalih 39 (65%) ispitanika iznimno je zadovoljno time.

„Zadovoljniste koliko često medicinska sestra dolazi pružati usluge zdravstvene njege u kući“

Četiri (7%) pacijenta iznimno su nezadovoljna brojem dolazaka medicinske sestre zdravstvene njege tjedno/mjesečno. 6 (10%) pacijenata potvrdilo je da je nezadovoljno učestalošću dolazaka med. sestre, dok druga šestorica (10%) nije ni zadovoljna, ni nezadovoljna. Njih 15 (25%) od ukupnog broja ispitanika je sasvim zadovoljno, dok je nešto manje od polovice ispitanika, njih 29 (48%) iznimno zadovoljno učestalošću dolazaka med. sestre.

„Zadovoljn iste osiguranjem privatnosti prilikom primjene osobne higijene.“

1 (2%) ispitanik nije zadovoljan osiguranjem privatnosti prilikom pripreme osobne higijene. 9 (15%) ispitanika od ukupnog broja potvrdilo je ravnodušnost u vezi ove tvrdnje, nisu ni zadovoljni ni nezadovoljni osiguranjem privatnosti prilikom primjene osobne higijene. 13 (22%) ispitanika je zadovoljno, dok je ostatak, njih 37 (61%) iznimno zadovoljno.

„Zadovoljni ste opskrbom medicinske sestre medicinskom opremom, uređajima i priborom (tlakomjer, škare, zavoji, micropore, gaze...)“

1 (2%) ispitanik izuzetno je nezadovoljan opskrbom medicinske sestre medicinskom opremom, uređajima i priborom, dok je njih 5 (8%) nezadovoljno. Njih 13 (22%) nije ni zadovoljno ni nezadovoljno opremom koju medicinske sestre nose sa sobom. 17 (28%) ispitanika je sasvim zadovoljno, dok je preostalih 24 (40%) iznimno zadovoljno opskrbom medicinske sestre opremom, uređajima i priborom potrebnim u pružanju usluga zdravstvene njege u kući.

„Zadovoljniste što ne znate točno vrijeme dolaska medicinske sestre koja obavljanjegu.“

22 (36%) ispitanika izriču nezadovoljstvo jer ne znaju točno vrijeme dolaska medicinske sestre, od kojih je 11 ispitanika iznimno nezadovoljno. 7 (12%) ispitanika nije ni zadovoljno ni nezadovoljno navedenom tvrdnjom. 10 (17%) ispitanika je zadovoljno, dok je preostalo 21 (35%) iznimno zadovoljan.

Pitanje br.15. Kako bih procijenila Vašu razinu zadovoljstva navedenih tvrdnji u tablici, molim Vas da stavite oznaku „X“ ispod broja koji označava vašu razinu zadovoljstva na sljedeće tvrdnje u tablici. Broj 1 predstavlja najnižu razinu zadovoljstva, a broj 5 najvišu razinu zadovoljstva.

	1	2	3	4	5
	F(%)	F(%)	F(%)	F(%)	F(%)
1. Zadovoljni ste uslugama zdravstvene zaštite	6(10)	6(10)	16(26)	13(22)	19(32)
2. Zadovoljni ste brzinom obavljanja dijagnostičkih pretraga	9(15)	23(38)	9(15)	10(17)	9(15)
3. Zadovoljni ste Vašim obiteljskim liječnikom	0(0)	2(3)	12(20)	19(32)	27(45)
4. Zadovoljni ste vlastitom kvalitetom života	2(3)	2(3)	23(39)	19(32)	14(23)

Tablica 4.3. Prikaz razine zadovoljstva ispitanika pružanjem usluga primarne zdr. zaštite navedenim u tvrdnjama na skali od 1 (iznimno nezadovoljan) do 5 (iznimno zadovoljan)

[Izvor: autor]

Zadovoljstvo pruženim uslugama zdravstvene zaštite, brzinom dijagnostičkih pretraga, vlastitim odabirom liječnika obiteljske medicine te vlastite kvalitete života ispitano je upotrebom 4 tvrdnje gdje su ispitanici iskazivali zadovoljstvo upotrebom Likertove mjerne ljestvice s intervalom zadovoljstva u rasponu od „izuzetno nezadovoljan“ do „izuzetno zadovoljan“, gdje su stupnju slaganja dodijeljene sljedeće vrijednosti:

- 1- Izuzetno nezadovoljan
- 2- Nezadovoljan
- 3- Niti zadovoljan, niti nezadovoljan
- 4- Zadovoljan
- 5- Izuzetno zadovoljan

„Zadovoljni ste uslugama zdravstvene zaštite“

6 (10%) ispitanika je iznimno nezadovoljno i ogorčeno uslugama zdravstvene zaštite, dok je drugih 6 (10 %) ispitanika nezadovoljno istim. 16 (26%) ispitanika nije ni zadovoljno ni nezadovoljno uslugama zdravstvene zaštite, dok je njih 13 (22%) zadovoljno, a 19 (32%) ispitanika iznimno zadovoljno.

„Zadovoljni ste brzinom obavljanja dijagnostičkih pretraga“

9 (15%) ispitanika je iznimno nezadovoljno brzinom obavljanja dijagnostičkih pretraga. 23 (38%) ispitanika potvrdila su da su nezadovoljni navedenom tvrdnjom. 9 (15%) ispitanika nema ni pozitivno ni negativno mišljenje o brzini obavljanja dijagnostičkih pretraga. 19 (32%) ispitanika nije imalo loša iskustva s brzinom obavljanja dijagnostičkih pretraga, od kojih je 10 (17%) njih zadovoljno, a ostalih 9 (15%) čak iznimno zadovoljno.

„Zadovoljni ste Vašim obiteljskim liječnikom“

2 (3%) ispitanika su nezadovoljna vlastitim izborom liječnika. 12 (20%) ispitanika nije ni zadovoljno ni nezadovoljno. 19 (32%) njih od ukupnog broja ispitanika je sasvim zadovoljno, dok je preostalih 27 (45%) iznimno zadovoljno vlastitim izborom liječnika.

„Zadovoljni ste vlastitom kvalitetom života“

2 (3%) ispitanika su iznimno nezadovoljna, dok su druga 2 (3%) ispitanika nezadovoljna kvalitetom života. Najveći dio ispitanika, njih 23 (39%), nije ni zadovoljan ni nezadovoljan kvalitetom života. 19 (32%) njih je zadovoljno, dok je ostalih 14 (23%) ispitanika iznimno zadovoljno vlastitom kvalitetom života.

5. Rasprava

U anketnom istraživanju sudjelovalo je 60 ispitanika, od kojih je 19 (32%) pacijenata i 41 (68%) član obitelji pacijenata. Od ukupno 60 ispitanika u anketnom istraživanju sudjelovale su 34 (57%) žene i 26 (43%) muškaraca. Od ukupnog broja žena, njih 13 (22%) pripada skupini pacijenata, dok 21 (35%) pripada skupini članova obitelji. Od ukupnog broja muškaraca njih 6 pripada skupini pacijenata (10%), dok ostalih 20 (33%) pripada skupini članova obitelji. Najviše ispitanika u dobi je od 60 do 69 godina, njih 17 (28%), od kojih 7 (12%) pacijenata i 10 (16%) članova obitelji, dok su ostalih s nešto manjom zastupljenošću ispitanici u dobi od 70 do 85 godina, njih 5 (8%) iz skupine pacijenata i 8 (13%) koji pripadaju skupini članova obitelji pacijenata. Dobiveni rezultati o najvećem udjelu ispitanika prema dobi nisu iznenađujući s obzirom na to da je riječ o osobama koje su zbog svoje dobi pojačano osjetljive, a vrlo često i funkcionalno ograničene i kojima su potrebne usluge zdravstvene njege u kući. Prema klasifikaciji UN-a Hrvatska se nalazi u četvrtoj skupini država Europe s najstarijim pučanstvom s udjelom 17,7% starijih od 65 godina [16].

Prema anketnom istraživanju, na 60 ispitanika, najčešći dijagnostičko-terapijski postupci su masaža i vježbanje pacijenta, njih 28 (46%), kombinacija dtpzdravstvene njege u kući ima 16 (27%) te toaleta i previjanje rana kojih ima 7 (12%). Najčešća kombinacija DTP zdravstvene njege u kući je kombinacija masaže i vježbanja pacijenta + kupanje, kojih ima 9 (56%) od ukupnih 16 kombinacija DTP-a. Pacijenti najčešće putem HZZO-a dobivaju pravo na usluge zdravstvene njege u kući zbog kroničnih dijagnoza vezanih za SMBS (smanjenu mogućnost brige o sebi: higijena, hranjenje, eliminacija, oblačenje) i kronične rane. U svom istraživanju procijenila sam stupanj samostalnosti pacijenata gdje sam rezultatima potvrdila da je većina pacijenata koji primaju usluge zdravstvene njege u kući potpuno ovisna o tuđoj pomoći prilikom hranjenja, održavanja higijene, odijevanja, obavljanje nužde održavanja domaćinstva. Ljudi nastoje što duže boraviti u vlastitim domovima ići u domove za starijesamo ako je neophodno. Statistički podaci pokazuju da u urbanim sredinama 98 % starijih živi u vlastitom domu, a tek 2 % je smješteno u ustanove [17]. Medicinska sestra iz zdravstvene njege u kući dolazi pacijentu maksimalno jedanput na dan, a najveći dio tereta skrbi o pacijentu preuzima obitelj [1]. Dobivenim rezultatima iz pitanja br. 3 primjećujemo da najveći udio ispitanika koji se brinu o bolesnom članu obitelji čine supružnici. Prema dobivenim podacima o dobi ispitanika primjećuje se da je velik udio članova obitelji stariji od 60 godina, pa s obzirom na to da su sa starenjem sve više prisutne kronične bolesti koje dovode do poteškoća u fizičkom funkcioniranju, smatra se da većina supružnika ima problema s pružanjem kvalitetne njege svom bolesnom članu obitelji. Velik je teret i obiteljima u kojim su osobe koje

skrbe o bolesnom članu obitelji radnom odnosu. Nerijetko takve obitelji svojim troškom plaćaju ljude, većinom u sklopu obitelji, prijatelja ili čak umirovljeno medicinsko osoblje koje skrbi o pacijentu za vrijeme dok je obitelj na poslu. Prema dobivenim podacima kod najvećeg broja ispitanih pacijenata i članova obitelji, njih 25 (41%), medicinska sestra dolazi 3 puta tjedno, stoga je veoma bitno da medicinska sestra pruži dostatnu edukaciju pacijentu, članu obitelji ili njegovatelju kako bi lakše i kvalitetnije obavljao zdravstvenu njegu tijekom ostatka dana kada medicinska sestra nije kod njih. Ako pacijent ili njegova obitelj smatra da usluge koje dobiva putem naloga izabranog liječnika nisu dovoljne, dodatne usluge zdravstvene njege u kući može platiti privatno. U svom anketnom istraživanju dobila sam rezultate koji govore da mali udio ispitanika, tek njih 8 (13%) plaća za sebe ili svog člana obitelji privatne usluge zdravstvene njege u kući. Najčešći DTP koji ispitanici plaćaju je kupanje, što potvrđuje rezultat dobiven u anketnom istraživanju koji iznosi 5 (8%) od ukupno 8 (13%) ispitanika koji traže privatne usluge zdr. njege u kući. Jednak udio ispitanika, njih 5 (8%) koji koriste privatne usluge zdr. njege koristi ih vikendom. Samo jedan ispitanik (2%) koristi ih i vikendom i radnim danima, dok preostalih dvoje (3 %) koristi radnim danom. 18 ispitanika (30%) percipira usluge zdravstvene njege u kući kao rijeko potrebne, pa iako su po njihovom mišljenju skupe, plaćali bi ih na vlastiti trošak kada ne bi imali pravo na njih putem HZZO-a. Više od polovice, 31 (52%) ispitanik potvrdio je da nema sredstava kojima bi podmirili trošak usluga zdravstvene njege u kući, dok najmanji udio ispitanika, njih 11 (18%) ima sredstva kojim bi podmirio troškove zdravstvene njege u kući kada ne bi imao pravo na njih. Sve je izraženija kontrola zdravstvene potrošnje. Do visoke zdravstvene potrošnje dolazi zbog pretjeranog korištenja usluga zdravstvenog sustava jer zdravstveno osiguranje osigurava pojedincima zdravstvenu zaštitu po cijeni nižoj od troškova proizvodnje [18]. Posljedice do kojih dolazi mogu biti povećanje stopa doprinosa socijalnog osiguranja, zdravstvenih troškova koje plaća država, uvođenje dodatnih plaćanja ili participacije. U Hrvatskoj se primjenjuje kombinacija Bismarckovog modela financiranja zdravstva gdje se javno zdravstvo financira iz fonda za zdravstveno osiguranje koji novac dobiva od posebnoga poreza koji plaća radno aktivno stanovništvo te Beveridgeovog modela koji se temelji na proračunskim prihodima. U Hrvatskoj udio državnih izdataka za zdravstvenu zaštitu iznosi 83% od ukupnih izdataka, dok je financiranje iz privatnih izvora manje od 30% od ukupnih izdatka za zdravstvo [19]. U trenutačnoj situaciji visoke nezaposlenosti i velikog udjela starijeg stanovništva koje je umirovljeno pojavljuju se poteškoće u održivosti dovoljne razine zdravstvene skrbi što se tiče količine i kvalitete zdravstvenih usluga. Povećanje privatnog financiranja moguće je rješenje problema, temeljeno na zakonima kapitalističkog društva, po principu „koliko platiš – toliko dobiješ“ čime bi se rasteretile obveze javnog zdravstvenog sustava [19]. Najčešće pogreške i problemi koji se događaju u kućama pacijenata u većini slučajeva pripisuju se medicinskim sestrama jer su one te koje su „na udaru“

pacijenata, a rijetko zdravstvenom sustavu i uvjetima rada. Na pitanje u kojem se zahtijevalo od ispitanika da navedu najčešće pogreške medicinskih sestara iz zdravstvene njege u kući, odgovor sam dobila od samo 13 ispitanika (21%). Može se pretpostaviti da većina pacijenata ili članova obitelji imaju neke zamjerke ili uviđaju pogreške kod medicinskih sestara iz zdravstvene njege u kući, no moguće je da njih 47(79%) nije dalo svoj odgovor jer su bili zabrinuti da bi njihove odgovore mogle pročitati osobe koje skrbe o njima, iako je anketni upitnik bio anonimn. Žalbe pacijenata ne moraju se uvijek shvaćati kao disciplinski alat već kao alat za upravljanje kvalitetom, a ako dođe do njih, poželjno je iskazati želju i namjeru da im se želi izaći u susret, ali zbog određenih okolnosti vezanih za uvjete rada na terenu i prioritete u provođenju zdravstvene njege to nije uvijek moguće [20]. Na pitanje u anketnom upitniku „Navedite najčešće pogreške medicinskih sestara koje pružaju usluge zdravstvene njege u kući.“ 8 (13 %) ispitanika navelo je da nikad ne dođemo u isto vrijeme, pa nikad ne znaju kad ćemo doći. Pacijentima većinom govorimo okvirno vrijeme našeg sljedećeg dolaska, no ponekad nije moguće doći u dogovoreno vrijeme zbog određenih okolnosti, npr. iznenadno vađenje krvi, dobivanje novih pacijenata na terenu, izvanredna stanja u prometu itd. Neki pacijenti/članovi obitelji pacijenta ne toleriraju kašnjenje pa kod našeg dolaska pokazuju nerazumijevanje, ogorčenost i ljutnju, no moraju biti svjesni da u takvim slučajevima i oni trebaju pokazati suosjećanje i suradljivost. 5 (8%) ispitanika nezadovoljno je što medicinska sestra ne nosi sav materijal i sredstva za previjanje rana sa sobom, već zahtijeva od pacijenta da ima svoje. U slučaju kućnog liječenja rana liječnik primarne zdr. zaštite može na recept propisati zavojni materijal što uključuje sterilne gaze, zavoje, micropore, ali antiseptike za tretiranje rana poput Plivasepta pjenušavog i Octenisepta pacijent kupuje na vlastiti trošak što u veoma malom udjelu pacijenata izaziva veliko nezadovoljstvo. Čimbenici zadovoljstva koji obuhvaćaju karakteristika pacijenata su: osobnost pacijenta, preferencije pacijenta, očekivanja pacijenta, percepcija kvalitete zdravstvenih usluga, očekivanja od zdravstvenih djelatnika, iskustvo zdravstvenih djelatnika, usporedba prijašnjih i sadašnjih iskustava itd. [20]. Istraživanjem zadovoljstva pacijenta i članova obitelji utvrđeno je da su pacijenti i članovi obitelji pacijenata najvećim dijelom zadovoljni ili iznimno zadovoljni zdravstvenom njegom i uslugama koje pružaju medicinske sestre iz zdravstvene njege u kući. Zadovoljstvo ispitanika možemo prikazati kao procjenu između očekivanja pacijenata i stvarnog zadovoljstva zdravstvenom uslugom i načinom na koji je pružena. 49 (89%) ispitanika je zadovoljno predstavljanjem i pristupom medicinske sestre iz zdravstvene njege u kući. Stvaranje zadovoljstva pacijentu svojim pristupom uvelike je povezano sa sposobnošću medicinske sestre da iskazuje toplinu, emocionalnu podršku, razumijevanje, brigu i dostupnost pacijentu te da svakom od njih pristupa individualno. Smirujuće na pacijente i članove obitelji pacijenata djeluju medicinske sestre koje ugodno razgovaraju, djeluju samopouzdana, slušaju pacijenta, postavljaju

razumljiva i jednostavna pitanja te pokazuju razumijevanje za njihove probleme i potrebe. U odnosu s pacijentom medicinske sestre se vode humanističkim pristupom na osnovu etičkih principa, uz poštovanje osobnosti, njegovih prava i dužnosti, kulture, starosti, bolesti i stupnja invaliditeta te pokazuju uključenost, predanost i zabrinutost. Više od polovice ispitanika, njih 52 (87%) je zadovoljno/izuzetno zadovoljno razumljivim informacijama koje im daje medicinska sestra vezano za njihove probleme [21]. Pacijenti/članovi obitelji pacijenata često su puni nejasnoća, dvojbi i strahova zbog bolesti i nemoći pa jako puno cijene ako im medicinska sestra strpljivo objasni i pruži potrebne informacije na njima razumljiv i shvatljiv način, pokaže razumijevanje za njih, njihova iskustva i teškoće te ponudi prihvatljivu i izvedivu zdravstvenu skrb [14]. Sveukupno 50 (83%) ispitanika je zadovoljno i iznimno zadovoljno osiguranjem privatnosti prilikom obavljanja njege pacijenata. Ako pacijentu ne osiguramo privatnost ponižavajuće je za njega i utječe na pacijentovu naknadnu procjenu interakcije, pacijent se osjeća manje vrijednim [14]. Bitan pokazatelj kvalitete usluga zdravstvene zaštite je zadovoljstvo korisnika, što ne utječe samo na zdravstveno stanje pojedinca, već i šire društvene zajednice. Malo više od polovice ispitanika, njih 32 (54%), zadovoljno je/iznimno zadovoljno uslugama zdravstvene zaštite. U Hrvatskoj nema još uvijek relevantnih podataka koji bi mogli pokazati razinu zadovoljstva korisnika zdravstvenih usluga jer nema kontinuiranih, longitudinalnih istraživanja kvalitete zdravstvene usluge i zadovoljstva korisnika. Na temelju povratnih informacija zadovoljstva korisnika potrebno je uočiti i otkriti uzroke mogućeg nezadovoljstva te djelovati u smislu daljnjeg istraživanja i rješavanja primijećenih nedostataka zdravstvene skrbi ili usluga.

U anketnom istraživanju više od polovice ispitanika, 32(53%) je nezadovoljno/izuzetno nezadovoljno brzinom obavljanja dijagnostičkih pretraga. Dugim čekanjima na pojedine dijagnostičke pretrage povećava se nezadovoljstvo pacijenata cijelim zdravstvenim sustavom jer u postojećoj situaciji često ne mogu obaviti dijagnostički pregledu optimalnom vremenu, koji im je od izuzetne važnosti pri bržem postavljanju dijagnoze, a samim time i bržem početku liječenja, ili otklanjanju sumnje od postojanja bolesti na koju postoji sumnja. Istraživanjem provedenim 2013. godine u Ambulanti za liječenje boli Kliničkog bolničkog centra Split utvrđena je negativna povezanost između duljine čekanja i ocjene koju su bolesnici dali zdravstvenom sustavu. Prijedlozi bolesnika za poboljšanje usluga u Ambulanti za liječenje boli su bili: više osoblja, bolji pristup svakom bolesniku i bolja organizacija [22]. U anketnom istraživanju 46 (77%) ispitanika zadovoljno/izuzetno zadovoljno je izabranim liječnikom obiteljske medicine. U odnosu na istraživanje provedeno u Domu zdravlja Tomislavgrad, možemo zaključiti da su rezultati sukladni jer su u oba istraživanja ispitanici u najvećem broju slučajeva iskazali zadovoljstvo. Zadovoljstvo korisnika liječnikom u navedenom istraživanju Doma zdravlja Tomislavgrad ispitano je uz pomoć više pitanja koja se odnose na rad liječnika, odnos liječnika prema pacijentu, točnije zadovoljstvo

pacijenata trajanjem pregleda, zadovoljstvo pacijenata liječnikovim umijećem slušanja te zadovoljstvo pacijenata vremenom koje im je liječnik posvetio [23]. Ne postoji slaganje oko definicije kvalitete života, niti univerzalno prihvaćen „zlatni standard“ mjerenja. SZO definira kvalitetu života kao pojedinčevu percepciju pozicije u specifičnom kulturološkom, društvenom te okolišnom kontekstu [24]. U anketnom istraživanju 33 (55%) ispitanika zadovoljno/izuzetno zadovoljno vlastitom kvalitetom života. Hrvatskom zdravstvenom anketom 2003. Godine ispitana je kvaliteta života općenito te se pokazalo da su stanovnici Hrvatske u prosjeku zadovoljni $60,11 \pm 25,12$ % SM [25]. Između usamljenosti i kvalitete života starijih osoba postoji značajna negativna povezanost. Nadalje, usporedbom usamljenosti skupina starijih osoba podijeljenih prema obliku obiteljske strukture utvrđeno je kako su starije osobe koje žive same značajno usamljenije od onih koje žive samo sa supružnikom te onih koje žive sa supružnikom i ostalim članovima u istom kućanstvu [26].

6. Zaključak

Neke od pozitivnih strana provođenja zdravstvene njege u kući su lakša integracija u obitelj nakon hospitalizacije, edukacija obitelji u/s njege pacijenta u kući jer rad medicinske sestre u kući pacijenta nije samo skrb striktno vezana za pacijenta već obuhvaća i njegovu obitelj u postizanju pozitivnog ishoda zdravstvene skrbi. Temeljem dobivenih rezultata istraživanja o zadovoljstvu pacijenata i članova obitelji zdravstvenom njegom najviše pacijenata u dobi je iznad 60 godina te je više pacijenata ženskog spola. Dobiveni rezultati o najvećem udjelu ispitanika prema dobi nisu iznenađujući s obzirom na to da je riječ o osobama koje su zbog svoje dobi pojačano osjetljive, a vrlo često i funkcionalno ograničene i kojima su potrebne usluge zdravstvene njege u kući, što potvrđuju rezultati tablice iz pitanja br. 6. Procjenom stupanja samostalnosti pacijenata rezultatima je utvrđeno je da većina pacijenata koji primaju usluge zdravstvene njege u kući potpuno ovisna o tuđoj pomoći prilikom hranjenja, održavanja higijene, odijevanja, obavljanja nužde te održavanja domaćinstva. U skupini članova obitelji koji se brinu o bolesnom članu 33 (55%) ispitanika pripada skupini supružnika. Skupini članova obitelji u dobi iznad 60 godina pripada 20 (33%) ispitanika. Sa starenjem povećava se broj osoba koje imaju kronične bolesti i poteškoće u kretanju i svakodnevnom funkcioniranju što utječe na kvalitetu njege koju svojim supružnicima mogu pružiti osobe starije životne dobi. Nakon supružnika o bolesnim članovima obitelji najčešće brigu vode njihova djeca koja kao najveći problem navode nedostatak vremena, odnosno zaposlenost. Sve je veći broj obitelji koje ne mogu organizirati cjelodnevnu i zadovoljavajuću skrb o bolesnom članu obitelji te je zdravstvena njega u kući ili korištenje dodatne usluge zdravstvene njege jedini način skrbi o bolesnom članu. Najviše pacijenata prima usluge zdravstvene njege u kući 3x tjedno, a najčešći razlog su masaža i razgibavanje pacijenta. Usluga koju pacijenti najčešće privatno plaćaju je kupanje. Prema rezultatima istraživanja može se zaključiti da su pacijenti jednako kao i članovi obitelji zadovoljni uslugama koje im pružaju medicinske sestre iz zdravstvene njege u kući. Zbog dugog čekanja na dijagnostičke pretrage 9 (15%) je ispitanika iznimno nezadovoljno, a njih 23 (38%) nezadovoljno. Većina ispitanika zadovoljna je svojim obiteljskim liječnikom, njih 19(32%), dok je 27(45%) ispitanika iznimno zadovoljno. Prisniji kontakt pacijenti i članovi obitelji uspostavljaju sa „svojim“ medicinskim osobljem koje im pruža pomoć iz prve ruke, razumije ih, a ponekad su jedina utjeha i nada.

7. Literatura

- [1] V. Mrzljak: Zdravstvena njega u kući, Udruga medicinskih sestara zdravstvene njege u kući, Zagreb, 2016.
- [2] P.A. Scott, M. Kirwan, A. Matthews, D. Lehwaldt, R. Morris, A. Staines: Medicinsko osoblje u stresnom radnom okruženju, Izvješće o RN4CAST istraživanju u Irskoj 2009.-2010, str. 63
- [3] Ž. Cindrić, K. Cazin, R. Volkmer Starešina, I. Pišćenec, A. Letić: Otvaranje samostalne sestrinske djelatnosti, Sestrinski glasnik, br. 20, listopad 2015, str. 244-249
- [4] Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Pravilnik, NN 88/2010., Dostupno:https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2010_07_88_2474.html (10.10.2020.)
- [5] V. Mrzljak, J. Plužarić, G. Žarković, D. Ban, S. Švarc: Smjernice za postupke u zdravstvenoj njezi u kući II, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2016.
- [6] A. Jušić i sur: Hospicij i palijativna skrb, Školska knjiga, Hrvatska liga protiv raka, Zagreb, 1995.
- [7] V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković: Osnove palijativne medicine, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.
- [8] European journal of palliative care: Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi, Preporuke Europskog udruženja za palijativnu skrb, br. 16, 2009, str. 279
- [9] M. Šitum, M. Kolić: Diferencijalna dijagnoza kroničnih rana, Acta Med Croatia, br. 67, 2013, str. 11-20
- [10] M. Šitum, M. Kolić, G. Redžepi, S. Antolić: Kronične rane kao javnozdravstveni problem, Acta Med Croatia, br. 68, 2014, str 5-7
- [11] N. Prlić: Zdravstvena njega, Školska knjiga, Zagreb, 2009.
- [12] D. Sedmak, M. Vrhovec, D. Huljev: Prevencija tlačnog vrijeda (dekubitusa), Acta Med Croatia, br. 67, 2013, str. 29-33
- [13] S. Špoljar: Osnovni dijagnostički postupci kod bolesnika s venskim ulkusom, Acta Med Croatia, br. 67, 2013, str. 21-27
- [14] D. Lučanin, J. Despot Lučanin, M. Havelka, M. Kostovićsrzentić, L. Perković, O. Petrak, M. Rukavina: Komunikacijske vještine u zdravstvu, Naklada Slap, Zagreb, 2010.
- [15] J. Starc: Učinkovita komunikacija i rješavanje sukoba između medicinske sestre i pacijenta, JAHS, br. 2, 2016, str. 133-146
- [16] I. Nejašmić, A. Toskić: Starenje stanovništva u Hrvatskoj – sadašnje stanje i perspektive, Hrvatski geografski glasnik, 2013, str. 89-110

- [17] Z. Duraković, i sur.: Gerijatrija - medicina starije dobi, C.T. -poslovne informacije, Zagreb, 2007.
- [18] V. Barić, Š. Smolić: Stabilnost zdravstvenog sustava u recesiji, Zbornik radova, Zagreb, 2011, str. 47-58
- [19] V. Barić, Š. Smolić: Mogućnosti kontrole zdravstvene potrošnje – primjer Hrvatske, Zbornik Ekonomskog fakulteta u Zagrebu, br. 6, 2008, str. 303-314
- [20] D. Gutić: Upravljanje zadovoljstvom i odnosima s pacijentima, Grafika d.o.o. Osijek, Osijek, 2015.
- [21] Etički kodeks medicinskih sestara, HKMS
Dostupno: http://www.hkms.hr/data/1321863874_853_mala_Eticki%20kodeks.pdf (5.11.2020.)
- [22] P. Triva, M. Jukić, L. Puljak: Dostupnost zdravstvene skrbi i vrijeme čekanja na pregled bolesnika s kroničnom nemalignom boli: povratne informacije tercijarne ambulante za liječenje boli, Acta Clinica Croatia, br. 52, 2013, str. 79-85
- [23] M. Jurišić, A. Vlašić, I. Bagarić: Zadovoljstvo korisnika kvalitetom zdravstvene zaštite u Domu zdravlja Tomislavgrad, Zdravstveni glasnik, br. 6, 2020, str. 1
- [24] G. Vuletić i sur.: Kvaliteta života i zdravlje, Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku, Osijek, 2011.
- [25] G. Vuletić, R. Misajon: Subjektivna kvaliteta života: povijesni pregled // Kvaliteta života i zdravlje, Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku, Osijek, 2011, str. 9-16
- [26] G. Vuletić, M. Stapić: Kvaliteta života i doživljaj usamljenosti kod osoba starije životne dobi, Klinička psihologija, br. 6, 2013, str. 45-61

8. Prilog

8.1. Popis grafikona

Graf 3.1. Podjela ispitanika na skupinu pacijenata i skupinu članova obitelji pacijenata [Izvor: autor].....	199
Graf 3.2. Podjela ispitanika na skupinu pacijenata i skupinu članova obitelji pacijenata s podjelom prema spolu [Izvor: autor]	20
Graf 3.3. Podjela ispitanika na skupinu pacijenata i skupinu članova obitelji pacijenata s podjelom prema dobi [Izvor: autor].....	21
Graf 3.4. Podjela ispitanika prema radnom statusu [Izvor: autor]	21
Graf 3.5. Podjela ispitanika prema skupinama koje se brinu za bolesnog člana obitelji [Izvor: autor].....	22
Graf 4.1. Prikaz razine samostalnosti pacijenata prilikom hranjenja pomoću skale od 0 (potpuno samostalan) do 5 (potpuno ovisan o tuđoj pomoći) u obavljanju radnji navedenih u tablici [Izvor: autor].....	24
Graf 4.2. Prikaz razine samostalnosti pacijenata prilikom održavanja higijene pomoću skale od 0 (potpuno samostalan) do 5 (potpuno ovisan o tuđoj pomoći) u obavljanju radnji navedenih u tablici [Izvor: autor].....	25
Graf 4.3. Prikaz razine samostalnosti pacijenata prilikom odijevanja pomoću skale od 0 (potpuno samostalan) do 5 (potpuno ovisan o tuđoj pomoći) u obavljanju radnji navedenih u tablici [Izvor: autor].....	26
Graf 4.4. Prikaz razine samostalnosti pacijenata prilikom obavljanja nužde pomoću skale od 0 (potpuno samostalan) do 5 (potpuno ovisan o tuđoj pomoći) u obavljanju radnji navedenih u tablici [Izvor: autor].....	27
Graf 4.5. Prikaz razine samostalnosti pacijenata prilikom održavanja domaćinstva pomoću skale od 0 (potpuno samostalan) do 5 (potpuno ovisan o tuđoj pomoći) u obavljanju radnji navedenih u tablici [Izvor: autor]	28
Graf 4.6. Prikaz razloga dolazaka medicinskih sestara iz zdravstvene njege u kući [Izvor: autor]	29
Graf 4.7. Prikaz kombinacija DTP-a [Izvor: autor]	30
Graf 4.8. Prikaz učestalosti dolazaka medicinskih sestara [Izvor: autor]	30
Graf 4.9. Prikaz postotka privatnih dolazaka medicinskih sestara [Izvor: autor]	31
Graf 4.10. Prikaz najčešće traženih privatnih usluga zdr. njege u kući [Izvor: autor].....	32

Graf 4.11. Prikaz traženih termina za obavljanje privatnih usluga zdr. njege u kući [Izvor: autor].....	33
Graf 4.12. Prikaz postotka ispitanika koji bi/ne bi plaćali usluge zdr. njege u kući ako kao osiguranici HZZO-a ne bi imali pravo na njih [Izvor: autor]	34
Graf 4.13. Prikaz najčešćih pogrešaka med. sestara iz zdr. njege u kući prema mišljenju ispitanika [Izvor: autor]	355

8.2. Popis tablica

Tablica 4.1. Prikaz ispitivanja razine samostalnosti pacijenata pomoću skale od 0 (potpuno samostalan) do 5 (potpuno ovisan o tuđoj pomoći) u obavljanju radnji navedenih u tablici [Izvor: autor].....23

Tablica 4. 2. Prikaz razine zadovoljstva ispitanika pružanjem usluga medicinskih sestara zdr. njege u kući navedenim u tvrdnjama na skali od 1 (iznimno nezadovoljan) do 5(iznimno zadovoljan) [Izvor: autor]36

Tablica 4.3. Prikaz razine zadovoljstva ispitanika pružanjem usluga primarne zdr. zaštite navedenim u tvrdnjama na skali od 1 (iznimno nezadovoljan) do 5 (iznimno zadovoljan) [Izvor: autor].....40

8.3. Popis slika

Slika 1.1.1. Prikaz naloga za provođenje zdravstvene njege u kući [Izvor: www.cezih.hr.].....4

8.4. Anketa

1. Na pitanja ovog upitnika odgovara:
 - a) Pacijent
 - b) Član obitelji pacijenta

2. Spol:
 - a) Muško
 - b) Žensko

3. Dob:
 - a) Manje od 20
 - b) 20-29
 - c) 30-39
 - d) 40-49
 - e) 50-59
 - f) 60-69
 - g) 70-85
 - h) Više od 85

4. Radni status ispitanika :
 - a) Nezaposlen/a
 - b) U radnom odnosu
 - c) Umirovljenik/ica

5. O bolesnom članu obitelji kojem su potrebne usluge zdravstvene njege u kući skrbi:

6. Kako bih procijenila razinu samostalnosti i mogućnosti brige o samom sebi koju vodi pacijent, molim Vas da stavite oznaku „X“ ispod broja koji označava razinu samostalnosti u obavljanju sljedećih radnji navedenih u tablici . 0 označava da pacijent potpuno samostalno obavlja navedenu radnju, dok 5 označava potpunu ovisnost pacijenta o tuđoj pomoći u obavljanju navedene radnje.

- 0 - potpuno samostalan
- 1 - potrebna pomagala, poseban pribor
- 2 - potrebna minimalna fizička pomoć pri težim aktivnostima
- 3 - potrebna umjerena pomoć druge osobe i/ili djelomični nadzor
- 4 - potrebna pomoć i nadzor tijekom cjelokupne aktivnosti
- 5- potpuno ovisan o tuđoj pomoći, ne može sudjelovati

	0	1	2	3	4	5
HRANJENJE						
ODRŽAVANJE HIGIJENE						
ODIJEVANJE						
OBAVLJANJE NUŽDE						
ODRŽAVANJE DOMAĆINSTVA						

7. Razlog dolazaka med. Sestara iz zdr. Njege u kući:

- a) Masaža i vježbanje pacijenta
- b) Kupanje pacijenta
- c) Toaleta i previjanje rane
- d) Uzimanje materijala za laboratorijske pretrage (vađenje krvi)
- e) Kateterizacija mokraćnog mjehura kod žena
- f) Primjena parenteralne terapije
- g) Kombinacija postupaka (navedite kojih) _____

8. Koliko puta tjedno dolazi med.sestra koja vrši zdravstvenu njegu (masiranje i vježbanje pacijenta, kupanje, toaleta i previjanje rane..) ?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5
- f) 6
- g) 7
- h) 1-2 x mjesečno

9. Uz usluge koje dobivate kao osiguranici HZZO-a zahtijevate li privatne dolaske medicinskih sestara koje sami plaćate?

- a) Da
- b) Ne

10. Ukoliko koristite privatnu uslugu zdravstvene njege u kući, koja je to?
- a) Masaža i vježbanje pacijenta
 - b) Kupanje pacijenta
 - c) Toaleta i previjanje rane
 - d) Uzimanje materijala za laboratorijske pretrage (vađenje krvi)
 - e) Kateterizacija mokraćnog mjehura kod žena
 - f) Primjena parenteralne terapije
 - g) Ne koristim privatne usluge
11. Ukoliko koristite privatne usluge zdravstvene njege u kući, koristite li ih:
- a) Radnim danima (ponedjeljak-petak)
 - b) Vikendom
 - c) A+b
 - d) Ne koristim privatne usluge
12. Ukoliko ne biste imali pravo na usluge zdravstvene njege u kući (kupanje, masaža i vježbanje, previjanje rane..) Putem HZZO-a biste li imali sredstva kojim bi podmirili troškove dolazaka medicinskih sestara?
- a) Da
 - b) Ne
 - c) Iako su prema mojim mogućnostima vrlo skupe, usluge su mi prijeko potrebne pa bi za to uvijek našao sredstva
13. Navedite najčešće pogreške medicinskih sestara koje pružaju usluge zdravstvene njege u kući:
-
14. Kako bih procijenila Vašu razinu zadovoljstva pružanjem usluga medicinskih sestara zdr. Njege u kući, molim Vas da stavite oznaku „ X“ ispod broja koji označava vašu razinu zadovoljstva na sljedeće tvrdnje u tablici. Broj 1 predstavlja najnižu razinu zadovoljstva, a broj 5 najvišu razinu zadovoljstva.
- 1-izuzetno nezadovoljan
 - 2-nezadovoljan
 - 3-niti zadovoljan niti nezadovoljan
 - 4-zadovoljan
 - 5-izuzetno zadovoljan

	1	2	3	4	5
1. Zadovoljni ste predstavljanjem i pristupom med. Sestara iz zdravstvene njege u kući prema vama / vašem bolesnom članu obitelji.					
2. Medicinska sestra daje Vam razumljive informacije koje su vam potrebne .					
3. Zadovoljni ste dužinom vremena koje medicinska sestra provodi razgovarajući s vama.					
4. Zadovoljni ste interesom medicinske sestre za vaše uobičajene navike.					
5. Zadovoljni ste sa pomoći medicinske sestre pri obavljanju usluga zdravstvene njege u kući.					
6. Zadovoljni ste urednošću medicinske sestre pri obavljanju usluga zdravstvene njege u kući.					
7. Zadovoljni ste koliko često medicinska sestra dolazi pružati usluge zdravstvene njege u kući					
8. Zadovoljni ste osiguranjem privatnosti prilikom primjene osobne higijene.					
9. Zadovoljni ste s opskrbom medicinske sestre sa medicinskom opremom, uređajima i priborom (tlakomjer,škare, zavoji,micropore,gaze...)					
10. Zadovoljni ste što sestra što nikad ne znate točno vrijeme dolaska medicinske sestre koja obavlja njegu.					

15. Kako bih procijenila Vašu razinu zadovoljstva navedenih tvrdnji u tablici , molim Vas da stavite oznaku „ X“ ispod broja koji označava vašu razinu zadovoljstva na sljedeće tvrdnje u tablici . Broj 1 predstavlja najnižu razinu zadovoljstva, a broj 5 najvišu razinu zadovoljstva.

1-izuzetno nezadovoljan

2-nezadovoljan

3-niti zadovoljan niti nezadovoljan

4-zadovoljan

5-izuzetno zadovoljan

	1	2	3	4	5
1. Zadovoljni ste uslugama zdravstvene zaštite					
2. Zadovoljni ste brzinom obavljanja dijagnostičkih pretraga					
3. Zadovoljni ste Vašim obiteljskim liječnikom					
4. Zadovoljni ste vlastitom kvalitetom života					



IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, IVANA LESAR (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZADOVOLJSTVO PACIJENATA I Njihovih ČLANOVA OBITELJI KVALITETOM PRUŽENIH USLUGA ZDRAVSTVENE NEGE U KUĆI (upisati naslov) te da u navedenom radu inače na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Ivana Lesar
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, IVANA LESAR (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZADOVOLJSTVO PACIJENATA I Njihovih ČLANOVA OBITELJI KVALITETOM PRUŽENIH USLUGA ZDRAVSTVENE NEGE U KUĆI (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Ivana Lesar
(vlastoručni potpis)