

# Zadovoljstvo roditelja zdravstvenom skrbi djeteta od strane medicinske sestre/tehničara tijekom hospitalizacije

---

Degač, Robert

Master's thesis / Diplomski rad

2023

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:679959>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-18**

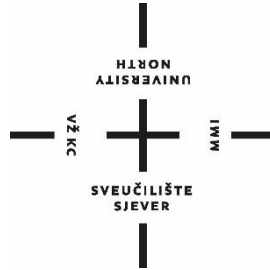


Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE SJEVER  
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN**



DIPLOMSKI RAD br. 266/SSD/2023

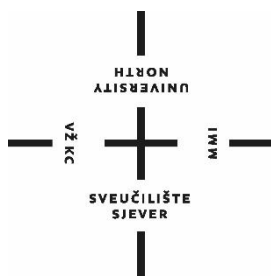
**ZADOVOLJSTVO RODITELJA  
ZDRAVSTVENOM SKRBI DJETETA OD  
STRANE MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA  
TIJEKOM HOSPITALIZACIJE**

Robert Degač

Varaždin, rujan 2023.

**SVEUČILIŠTE SJEVER**  
**SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN**

**Studij sestrinstva**



DIPLOMSKI RAD br. 266/SSD/2023

**ZADOVOLJSTVO RODITELJA  
ZDRAVSTVENOM SKRBI DJETETA OD  
STRANE MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA  
TIJEKOM HOSPITALIZACIJE**

Student:

Robert Degač, 1003117643

Mentor:

izv.prof.dr.sc. Rosana Ribić

Varaždin, rujan 2023.

# Prijava diplomskog rada

## Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu

PRISTUPNIK Robert Degač

MATIČNI BROJ 1003117643

DATUM 28.6.2023.

BOLEGIU Nacrtr diplomskog rada

NASLOV RADA Zadovoljstvo roditelja zdravstvenom skrbi djeteta od strane medicinske sestra/tehničara tijekom hospitalizacije

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Parents' satisfaction with the child's health care by a nurse/technician during hospitalization

MENTOR Rosana Ribić

ZVANJE izv.prof.dr.sc.

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. doc.dr.sc. Ivana Živoder, predsjednica
2. izv.prof.dr.sc. Rosana Ribić, mentorica
3. doc.dr.sc. Sonja Obranić, član
4. izv.prof.dr.sc. Marijana Neuberg, zamjenski član
5. \_\_\_\_\_

## Zadatak diplomskog rada

BROJ 268/SSD/2023

OPIS

Proces hospitalizacije zahtjevan je oblik zdravstvene zaštite posebice kod djece. Djeca kao osjetljiva skupina osjećaju strah i tjeskobu znatno više od odraslih pojedinaca zbog bolnih terapijskih postupaka, dijagnostike te odvojenosti od poznate okoline i obitelji. Kroz godine pristup hospitalizaciji djece se mijenjao te je danas sasvim prihvatljivo, čak i preporučljivo da roditelj boravi uz dijete tijekom njegovog boravka u bolnici. Medicinska sestra/tehničar je glavna poveznica između dobre prilagodbe djeteta i procesa hospitalizacije te sve što uz nju dolazi. Uloga medicinske sestra/tehničara je da omogući što bezbolniju prilagodbu, spriječi hospitalizam i skрати vrijeme prilagodbe te da s roditeljima razvije "zdravu" i konstruktivnu komunikaciju. U okviru ovog rada potrebno je istražiti razinu zadovoljstva roditelja pruženom zdravstvenom skrbi i komunikacijom medicinske sestra/tehničara s djetetom te razinu zadovoljstva komunikacijom i odnosom s roditeljem, potom obraditi prikupljene podatke, proanalizirati i sustavno prikazati rezultate istraživanja te ih usporediti sa sličnim literaturno opisanim studijama.

ZADATKE UBUČEN

23.07.2023.

PODRIP MENTORA



RD

## **Predgovor**

Iskrene zahvale upućujem mentorici izv.prof.dr.sc. Rosani Ribić na prihvaćanju mentorstva, razumijevanju i sugestijama prilikom izrade rada te stručnosti i profesionalnosti tijekom procesa studiranja.

Zahvaljujem se kolegama na poslu što su imali razumijevanja i djelovali kolegijalno te time doprinijeli radu. Hvala roditeljima na podršci.

Posebno hvala mojoj supruzi i mojim djevojčicama na motivaciji, razumijevanju, strpljenju i podršci u podnošenju svih mojih izbivanja.

## Sažetak

**Uvod:** Proces hospitalizacije zahtjevan je oblik zdravstvene zaštite posebice kod djece. Djeca kao osjetljiva skupina osjećaju strah i tjeskobu znatno više od odraslih pojedinaca zbog bolnih terapijskih postupaka, dijagnostike te odvojenosti od poznate okoline i obitelji. Kroz godine pristup hospitalizaciji djece se mijenjao te je danas sasvim prihvatljivo, čak i preporučljivo da roditelj boravi uz dijete tijekom njegovog boravka u bolnici. Medicinska sestra/tehničar je glavna poveznica između dobre prilagodbe djeteta i procesa hospitalizacije te sve što uz nju dolazi. Uloga medicinske sestre/tehničara je da omogući što bezbolniju prilagodbu, spriječi hospitalizam i skрати vrijeme prilagodbe te da s roditeljima razvija "zdravu" i konstruktivnu komunikaciju.

**Cilj:** Ispitati zadovoljstvo roditelja pruženom zdravstvenom skrbi djetetu od strane medicinske sestre tijekom hospitalizacije unazad dvije godine.

**Metode:** U svrhu istraživanja konstruiran je upitnik kojim se ispitalo zadovoljstvo roditelja sa zdravstvenom skrbi i komunikacijom pruženom od strane medicinske sestre/tehničara tijekom hospitalizacije djeteta. Upitnik se distribuirao on line putem roditeljima hospitalizirane djece. Statistička obrada i analiza podataka učinjena je u kompjutorskom programu SPSS Statistics.

**Rezultati:** U istraživanju je sudjelovalo 207 ispitanika. Većina ispitanika zadovoljna je s pruženom zdravstvenom skrbi i komunikacijom od strane medicinskih sestara/tehničara. Uspoređujući navedene komponente, roditelji su u većoj mjeri bili zadovoljniji s pruženom zdravstvenom skrbi u odnosu na zadovoljstvo komunikacijom.

**Zaključak:** Zadovoljstvo roditelja važan je indikator kvalitete zdravstvene skrbi djeteta tijekom njegovog boravka u bolnici te uvelike ovisi o partnerstvu stvorenom između hospitaliziranog djeteta, roditelja i medicinske sestre. Kvalitetna zdravstvena skrb i komunikacija preduvjeti su za stvaranje ugodnog bolničkog okruženja te pozitivno utječu na tijek liječenja djeteta.

**Ključne riječi:** hospitalizacija djeteta, medicinska sestra/tehničar, zadovoljstvo, zdravstvena skrb, komunikacija

## Summary

**Introduction:** The process of hospitalization is a demanding form of health care, especially for children. Children, as a sensitive group, feel fear and anxiety significantly more than adults due to painful therapeutic procedures, diagnostics and separation from familiar surroundings and family. Over the years, the approach to hospitalization of children has changed, and today it is quite acceptable, even recommended, for a parent to stay with the child during his stay in the hospital. The nurse/technician is the main link between the good adaptation of the child and the hospitalization process and everything that comes with it. The role of the nurse/technician is to enable as painless an adjustment as possible, prevent hospitalization and shorten the adjustment time, and to develop "healthy" and constructive communication with the parents.

**Aim:** To examine parents' satisfaction with the health care provided to their child by a nurse during hospitalization two years ago.

**Methods:** For the purpose of the research, a questionnaire was constructed that examined parents' satisfaction with the health care and communication provided by the nurse/technician during the child's hospitalization. The questionnaire was distributed online to parents of hospitalized children. Statistical processing and data analysis was done in the computer program SPSS Statistics.

**Results:** 207 respondents participated in the research. The majority of respondents are satisfied with the provided health care and communication by nurses/technicians. Comparing the mentioned components, the parents were more satisfied with the health care provided compared to satisfaction with communication.

**Conclusion:** Parental satisfaction is an important indicator of the quality of the child's health care during his stay in the hospital, and it largely depends on the partnership created between the hospitalized child, the parents and the nurse. Quality health care and communication are prerequisites for creating a pleasant hospital environment and have a positive effect on the course of the child's treatment.

**Key words:** hospitalization of a child, nurse/technician, satisfaction, health care, communication

## **Popis korištenih kratica**

**FCC**- engl. family centered care

**PFCC**- engl. Patient and Family centered care

**UNICEF** – engl. United Nations International Children's Emergency Fund



# Sadržaj

1. UVOD .....	1
2. ZDRAVSTVENA SKRB DJETETA KROZ POVIJEST.....	3
3. HUMANIZACIJA BOLNIČKOG LIJEČENJA DJECE.....	5
3.1. Model “Skrbi usmjerene na obitelj” .....	5
3.2. Model “Skrbi usmjerene na pacijenta i obitelj” .....	7
4. UTJECAJ HOSPITALIZACIJE NA DIJETE .....	9
4.1. Faze prilagodbe.....	10
5. ULOGA MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA TIJEKOM HOSPITALIZACIJE DJETETA.....	12
6. RODITELJI U PROCESU HOSPITALIZACIJE DJETETA.....	17
6.1. Zadovoljstvo roditelja pruženom zdravstvenom skrbi djetetu .....	18
7. ISTRAŽIVAČKI DIO RADA .....	20
7.1. Cilj istraživanja.....	20
7.2. Hipoteze.....	20
7.3. Ispitanici i metode istraživanja .....	20
7.3.1. Ustroj studije .....	20
7.3.2. Ispitanici.....	20
7.3.3. Instrument istraživanja.....	21
7.3.4. Statistička analiza.....	21
8. REZULTATI ISTRAŽIVANJA.....	22
8.1. Opći podaci ispitanika .....	22
8.2. Zadovoljstvo roditelja pruženom zdravstvenom skrbi medicinske sestre/tehničara .....	23
8.3. Zadovoljstvo roditelja komunikacijom medicinske sestre/tehničara.....	32
8.4. Zadovoljstvo roditelja prema dobi hospitaliziranog djeteta .....	39
9. RASPRAVA .....	43
10. ZAKLJUČAK .....	50
11. LITERATURA.....	51
Popis grafova i tablica .....	55

# 1. UVOD

Zdravstvena zaštita djece u Republici Hrvatskoj propisana je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i provodi se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini te na razini zdravstvenih zavoda. Zdravstvena zaštita djece na primarnoj razini obuhvaća preventivnu i specifičnu preventivnu zdravstvenu zaštitu djece i mladeži, osobito u osnovnim i srednjim školama te visokim učilištima na svom području. Provode ju liječnik specijalist pedijatar, a u kasnijoj dječjoj dobi liječnik specijalist obiteljske medicine. Sam proces hospitalizacije dio je sekundarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite te razine zdravstvenih zavoda i provodi se prema problematici djeteta i uputi liječnika [1].

U Republici Hrvatskoj trenutno postoji postoji 6 tipova organizacije hospitalizacije djeteta:

- opće dječje bolnice
- dječji odjeli u općim bolnicama
- specijalne dječje bolnice
- dječji odjeli u specijalnim bolnicama
- dječje bolnice za rekonvalescente
- dječje sobe ili odjeli u sklopu drugih specijalnosti.

Hospitalizacija podrazumijeva boravak u zdravstvenoj ustanovi u svrhu dijagnosticiranja i/ili liječenja problema koji se pojavio kod djeteta. Svako odvajanje djeteta od roditelja je tužno, bolno, zastrašujuće i stresno iskustvo. Odlazak u bolnicu i boravak u njoj predstavlja mu promjenu u njegovom svakodnevnom načinu života te potrebu za promjenama u dnevnoj rutini što u kombinaciji sa simptomatologijom bolesti, bolničkim okruženjem te neugodnim dijagnostičkim i/ili terapijskim postupcima može dovesti do pojave hospitalizma. Hospitalizam podrazumijeva pojavu niza psiholoških i tjelesnih poremećaja uzrokovanih dugotrajnim boravkom u bolnici te je izrazito izražen kod male djece koja su odvojena od roditelja. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, hospitalizam pripada u grupu poremećaja prilagodbe.

Zdravstveni djelatnici, osobito medicinske sestre koje su u najbližoj interakciji s djetetom tijekom procesa liječenja imaju važnu ulogu u pripremi djeteta i roditelja za proces hospitalizacije. Važno je da budu educirane kako pristupiti djetetu, kako brinuti od djetetu, poznavati razvojne faze, shvatiti emocionalno stanje djeteta, shvatiti potrebe djeteta za igrom, rastom, učenjem, ali i u taj odnos znati uključiti roditelja. Osim pružanja adekvatne zdravstvene skrbi, od velike važnosti je uspostava učinkovite komunikacije s djetetom i njegovim

roditeljima. Primjerena komunikacija u sustavu zdravstva podrazumijeva slušanje, razumijevanje, pravodobno informiranje, empatiju, poštivanje kulturoloških razlika, uzimanje u obzir osobitosti pacijenta i situacije u kojoj se nalazi, uz poštivanje privatnosti, pružanje potpore i osiguravanje dovoljno vremena za razgovora uz utjecaj brojnih specifičnosti (dob djeteta, prethodno iskustvo s bolešću i liječenjem, karakteristike obitelji) kada se govori o komunikaciji s bolesnim djetetom. Komunikacijski odnos u medicini uobičajeno obuhvaća dva subjekta, no komunikacija u pedijatriji je složenija jer obuhvaća tri člana: liječnika, roditelja i djeteta što ponekad dovodi do povećanog stupnja poteškoća u komunikaciji stoga je od velike važnosti da zdravstveni radnici prilagode komunikaciju svakom pojedincu.

U ovom radu biti će prikazani rezultati istraživanja provedenog tijekom ožujka 2023.godine, a čija je svrha bila ispitati zadovoljstvo roditelja kvalitetom zdravstvene skrbi i komunikacijom pruženom od strane medicinske sestre/tehničara tijekom boravka njihovog djeteta u bolnici. Zadovoljstvo djeteta i roditelja jedno je od glavnih ciljeva zdravstvene zaštite te kao takvo treba biti evaluirano kroz prizmu primatelja usluge. Percepcija kvalitete ovisi o nizu čimbenika, a u ovom radu ispitati će se zadovoljstvo roditelja radom i djelom medicinske sestre/tehničara koji su u najužoj komunikaciji s njima i djetetom.

## **2. ZDRAVSTVENA SKRB DJETETA KROZ POVIJEST**

U povijesti zdravstvena skrb djeteta bila je ograničena što je doprinijelo vrlo visokoj smrtnosti djece sve do 1900.godine kada se polako počela razvijati pedijatrija kao grana medicine i otvarati prve bolnice za djecu čime se liječenje odraslih odvojilo od liječenja djece te je počela izobrazba liječnika specijaliziranih za liječenje djece - pedijatara. Prva dječja bolnica u svijetu osnovana je u Parizu 1802. godine, a ubrzo nakon u Beču i Londonu, te kasnije u Sjedinjenim Američkim Državama. U to vrijeme u bolnicama su bila smještena bolesna, siromašna i deprivirana djeca te su vladali loši higijenski uvjeti s visokom stopom infekcija i zaraza. Razvojem medicine mijenjao se i zdravstveni standard te razvojem cjepiva počela je opadati incidencija zaraznih bolesti, no počeli su se uviđati i nepovoljni utjecaji hospitalizacije na dijete. Prvi Odjel za pedijatriju u Republici Hrvatskoj osnovan je 1904.godine u bolnici Milosrdnih sestara u Zagrebu

Tijekom 20.stoljeća prihvaćeno je niz međunarodnih dokumenata u prilog djece kao što su Deklaracija o pravima djece i Konvencija o pravima djeteta te je ono proglašeno stoljećem djeteta. Od tada se rapidno razvija pedijatrijska skrb, a samim time i proces hospitalizacije, odnosno kako boravak djeteta u bolnici učiniti čim ugodnijim, kraćim i minimalno stresnim [2] što je sastavni dio Povelje o pravima djece u bolnici, a sadrži slijedeće sastavnice:

- Djeca trebaju biti primljena na liječenje u bolnicu ako briga za bolesno dijete ne može biti provedena u njegovoj obiteljskoj sredini.
- Hospitalizirana djeca imaju pravo da su uz njih njihovi roditelji, kad god je to u interesu djece. Zato je potrebno osigurati roditeljima mogućnost zajedničkog bivanja s djecom u bolnici, pomagati im i poticati ih da ostanu kod djece kako bi mogli sudjelovati u njezi djeteta, moraju biti odgovarajuće informirani o djelatnosti dječjeg odjela, a zdravstveni radnici moraju poticati brigu za njihovu djecu.
- Djeca i/ili njihovi roditelji moraju imati pravo suodlučivanja o medicinskim zahvatima. Svako dijete treba osigurati od nepotrebnih pretraga, kirurških zahvata te drugih radnji koje mogu prouzročiti osjećaj tjelesne ili psihičke neugode.
- Djeca se moraju tretirati s osjećajem poštovanja njihove ličnosti.
- O djeci mora voditi brigu adekvatno osposobljen personal koji je upoznat kako s tjelesnim, tako i s duševnim potrebama djece različite starosti.
- Djetetu u bolnici treba osigurati mogućnost upotrebe vlastite odjeće i drugih osobnih predmeta.

- Liječenje djece treba se odvijati na dječjim odjelima na kojima su djeca jednake dobne skupine.
- Djecu treba liječiti u sredini (okolini) koja je tako opremljena da može zadovoljiti potrebe djeteta i koja odgovara standardu sigurnosti i nadzora.
- Djeca moraju imati mogućnost za igru, relaksaciju i učenje, prilagođeno starosti i zdravstvenom stanju [3].

### 3. HUMANIZACIJA BOLNIČKOG LIJEČENJA DJECE

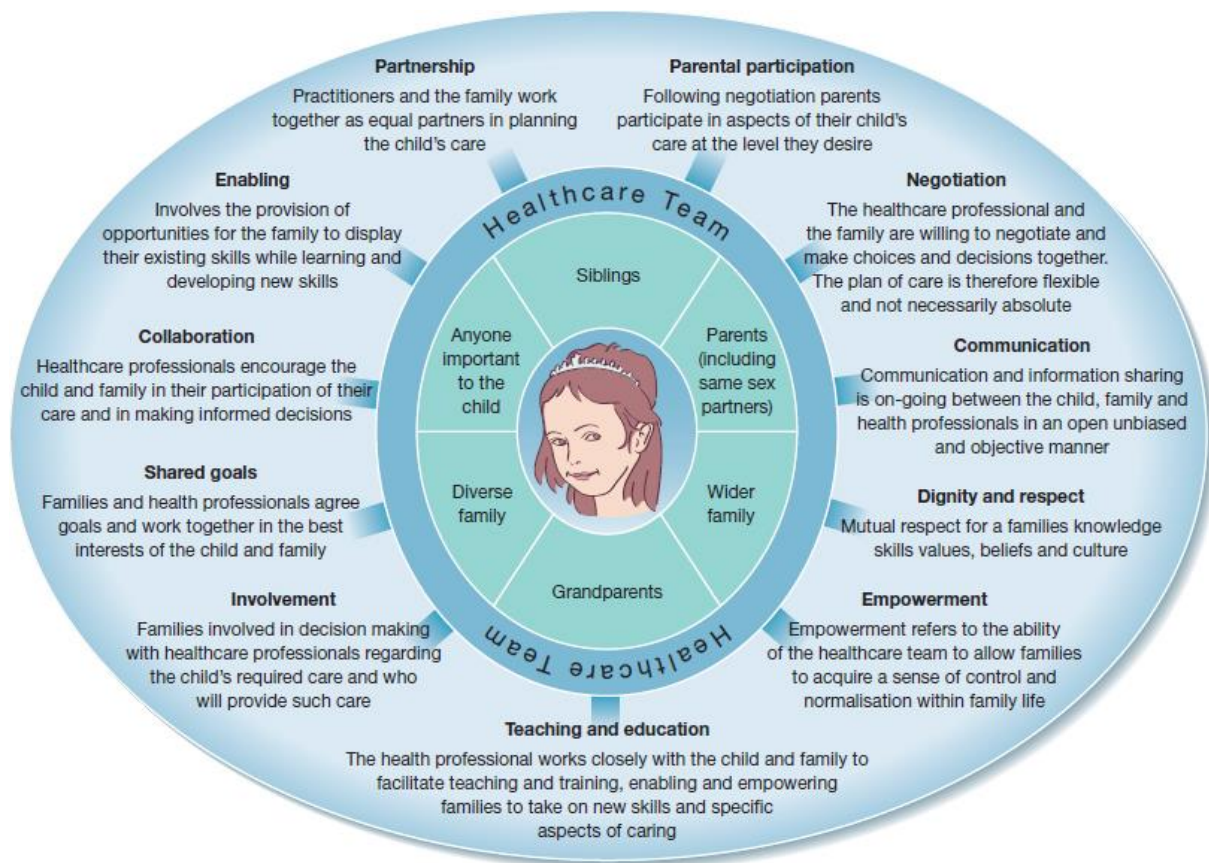
Pošto djeca spadaju u najranjiviju skupinu ljudi [4] tijekom prošlog stoljeća razvio se program humanizacije bolničkog liječenja djece što je bilo nužno jer su istraživanja o kvaliteti bolničke skrbi i liječenja djece dokazala postojanje brojnih neprimjerenih postupaka prema djeci u bolnicama diljem svijeta. UNICEF je razvio Inicijativu za prijateljski pristup djetetu u svim zdravstvenim sredinama u kojima borave djeca: od rodilišta, dječjih odjela, u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i na razini zajednice [5]. Shodno tome, u Republici Hrvatskoj je 1999.godine formuliran program „Za osmijeh djeteta u bolnici“ s ciljem promicanja i primjene humanizacije bolničkog liječenja djece koji se sastoji od 12 zahtjeva. Ukoliko zdravstvena ustanova zadovolji svim zahtjevima dobiva naslov „Dječji bolnički odjel-prijatelj djeteta“. Vrlo je važno istaknuti da u zadovoljavanju zahtjeva nisu potrebna dodatna financijska sredstva, već se temelji na promjeni stava i odnosa uprave bolnice, liječnika i medicinskih sestara, ostalog osoblja i vanjskih suradnika prema djeci koju treba zdravstveno zbrinuti te prema roditeljima. Prema izvještaju Saveza društva „Naša djeca“ Hrvatska do 2023.godine u akciju je uključeno 100 bolnica u Republici Hrvatskoj [6].

Važan aspekt u humanizaciji bolničkog liječenja djece uključuje prisutnost i uključenost obitelji u tijek liječenja što je temelj modela “Skrbi usmjerene na obitelj” (Family centered care – FCC) i modela “Skrbi usmjerena na pacijenta i obitelj” (Patient and Family centered care – PFCC) koje je razvila Američka akademija za pedijatriju, a predstavljaju moderan pristup u pedijatrijskoj skrbi

#### 3.1. Model “Skrbi usmjerene na obitelj”

FCC model razvio se u posljednjih tridesetak godina kao sredstvo za ublažavanje stresa u hospitaliziranog djeteta. Glavni cilj ovog modela je uključivanje obitelji u osiguravanje zdravlja i dobrobiti djece te svih članova obitelji te uspostavi suradnje među pacijentom, obitelji, liječnicima, medicinskim sestrama i drugim stručnjacima koji sudjeluju u pružanju zdravstvene skrbi. Stručnjaci koji primjenjuju ovaj model u provođenju skrbi priznaju da su emocionalna, socijalna i razvojna podrška od velike važnosti u provođenju kvalitetne zdravstvene skrbi djeteta. Također, primjenom ovog modela povećava se povjerenje roditelja prema zdravstvenim radnicima, povećava se kompetencija djece da preuzmu odgovornost za vlastitu zdravstvenu skrb, osobito u očekivanju prijelaza sustave uloga za pružanje skrbi odraslih ukoliko je riječ o kronično bolesnom djetetu. Osnovna načela FCC modela su (Slika 3.1.):

1. Poštivanje svakog djeteta i njegove ili njezine obitelji
2. Poštivanje rasne, etničke, kulturne i socioekonomske raznolikosti i njezin učinak na obiteljsko iskustvo i percepciju skrbi
3. Prepoznavanje i izgradnja “jakih” strana svakoga djeteta i obitelj, čak i u teškim i izazovnim situacije
4. Podržavanje i olakšavanje izbora za dijete i obitelji o pristupima skrbi
5. Osiguravanje fleksibilnosti u organizacijskim politikama, postupcima i praksama pružatelja kako bi usluge bile prilagođene potrebama, uvjerenjima i kulturnim vrijednostima svakog djeteta i obitelji
6. Dijeljenje iskrenih i nepristranih informacija s obitelji na trajnoj osnovi i na načine na koje oni smatraju korisnim i afirmirajućim
7. Pružanje i/ili osiguranje formalne i neformalne podrške djetetu i roditeljima i/ili skrbnicima tijekom trudnoće, poroda, djetinjstva, adolescencije i mlađe odrasle dobi
8. Suradnja s obiteljima na svim razinama zdravstvene skrbi
9. Osnaživanje svakog djeteta i obitelji da otkrivaju vlastite snage, izgrade samopouzdanje i samostalno odlučuju o vlastitom zdravlju [7].



Slika 3..1. Prikaz nekih od načela modela „Skrbi usmjerene na obitelj“

Izvor: <https://i0.wp.com/nursekey.com/wp-content/uploads/2018/06/fig28-1.jpg?w=960>

### 3.2. Model “Skrbi usmjerene na pacijenta i obitelj”

Skrb usmjerena na pacijenta i obitelj je inovativan pristup planiranju, pružanju i evaluaciji zdravstvene skrbi koja se temelji na uzajamno korisnom partnerstvu između pacijenata, obitelji i pružatelja usluga koji prepoznaje važnost obitelji u bolesnikovom životu. Redefinira odnose u zdravstvenoj skrbi stavljajući naglasak na suradnju s ljudima svih dobi, na svim razinama skrbi i u svim zdravstvenim okruženjima. U skrbi usmjerenoj na bolesnika i obitelj, pacijenti i obitelji definiraju svoju “obitelj” i određuju kako će sudjelovati u skrbi i donošenju odluka. Ključni cilj je promicanje zdravlja i dobrobiti pojedinaca i obitelji te održavanje njihove kontrole. Ova se perspektiva temelji na spoznaji da su pacijenti i obitelji ključni saveznici za kvalitetu i sigurnost—ne samo u izravnoj interakciji skrbi, već i u poboljšanju kvalitete, sigurnosnim inicijativama, obrazovanju zdravstvenih stručnjaka, istraživanju, dizajnu ustanova i razvoju politike.



Skrb usmjerena na pacijenta i obitelj dovodi do boljih zdravstvenih ishoda, poboljšanog iskustva pacijenata i obitelji u skrbi, većeg zadovoljstva kliničara i osoblja te mudrije raspodjele resursa. Temeljni koncepti skrbi usmjerene na bolesnika i obitelj su:

- **Poštovanje i dostojanstvo.** Zdravstveni djelatnici slušaju i poštuju perspektive i izbore bolesnika i obitelji. Pacijentovo i obiteljsko znanje, vrijednosti, uvjerenja i kulturna pozadina uključeni su u planiranje i pružanje skrbi.
- **Dijeljenje informacija.** Zdravstveni djelatnici komuniciraju i dijele potpune i nepristrane informacije s pacijentima i obiteljima na načine koji su afirmativni i korisni. Bolesnici i obitelji dobivaju pravovremene, potpune i točne informacije kako bi učinkovito sudjelovali u skrbi i donošenju odluka.
- **Sudjelovanje.** Pacijenti i obitelji potiču se i podržavaju u sudjelovanju u skrbi i donošenju odluka na razini koju odaberu.
- **Suradnja.** Pacijenti, obitelji, zdravstveni djelatnici i zdravstveni voditelji surađuju u razvoju politike i programa, provedbi i evaluaciji; u projektiranju objekata; u stručnom obrazovanju; i u istraživanju; kao i u pružanju skrbi.

Ovaj model pokazao se kao dobra praksa u skrbi pedijatrijskog bolesnika jer se temelji na shvaćanju da je obitelj djetetov primarni izvor snage i podrške. Načela ovog modela ne razlikuju se znatno od FCC modela skrbi. Primjena ove vrste modela u pedijatriji pokazuje povećano zadovoljstvo roditelja i djeteta pruženom zdravstvenom skrbi, povećano profesionalno zadovoljstvo zdravstvenog kadra, kvalitetniju komunikaciju među svim članovima tima uključujući dijete i njegovu obitelj, smanjenje troškova zdravstvene zaštite te učinkovitije iskorištavanje sredstava namijenjenih na provođenje zdravstvene zaštite [8].

## 4. UTJECAJ HOSPITALIZACIJE NA DIJETE

Doživljaj bolesti djeteta razlikuje se od jedne do druge dobne skupine, a praćen je snažnim emocionalnim reakcijama kod djeteta i roditelja. Obzirom na uzrast, mala djeca pokazuju tendenciju da tjelesnim doživljavanjima pripisu vanjski razlog, poput kažnjavanja. Mala djeca često ne vide razliku između bolova izazvanih samom bolešću te onih koji su nužni kako bi se izliječila sama bolest, odnosno boli izazvane operativnim zahvatima. Djeca predškolske i rane školske dobi razumiju bolest površno te ju smatraju odgovorom na njihovo loše ponašanje. Djeca od osme do jedanaeste godine razlikuju sebe od vanjskih događaja koji su uzrok bolesti. Nakon jedanaeste godine, dijete počinje shvaćati fiziološke procese bolesti. Upravo zbog ovih činjenica važan je sveobuhvatan pristup djetetu, posebice ukoliko se iskaže potreba o boravku u bolnici.

Boravak u bolnici traumatično je iskustvo za svaku osobu, a posebno za dijete. Dijete je tijekom svog boravka u bolnici izloženo raznim dijagnostičkim i terapijskim postupcima koji se provode s ciljem postavljanja dijagnoze i što uspješnijeg liječenja, a na krajnji ishod uvelike ima utjecaj način ophođenja s djetetom i njegovom obitelji [9]. Kada je riječ o hospitalizaciji djece, važno je ukazati na specifičnosti koje ju čine različitom od hospitalizacije odraslih, prije svega to je dob djeteta, odnosno stupanj kognitivnog razvoja, a zatim i individualna osjetljivost djeteta na separaciju, trajanje odvojenosti i prilike u novoj sredini. Važno je naglasiti da što je odvajanje duže, posljedice su veće.

Hospitalizacija djeteta, osim pozitivnog utjecaja na proces liječenja, može imati kratkoročne i dugoročne negativne utjecaje na emocionalni, bihevioralni i intelektualni razvoj djeteta [10]. Glavni izvori stresa hospitalizirane djece povezuju se s: odvajanjem djeteta od roditelja, novom i nepoznatom sredinom, provođenjem dijagnostičkih i terapijskih postupaka, neugodom i anksioznošću zbog tretmana i nove sredine, neadekvatnom komunikacijom, nejasnim očekivanjima te gubitkom privatnosti. Trauma koju kod djeteta izaziva separacija od roditelja i poznate okoline, posebice u najranijem periodu, može imati posljedice po čitav njegov kasniji razvoj.

Istraživanja pokazuju kako su posebno osjetljiva djeca jedinci, mlađa djeca (starosti od 6 mjeseci do 4 godine), djeca koja imaju ranija loša iskustva s odvajanjem od roditelja i djeca čiji se roditelji ponašaju prezaštitnički [11]. Simptomi hospitalizma koji se javljaju kod djece su sklonost plaču, apatičnost i potištenost, poremećaji higijenskih navika, motorička smirenost ili hiperaktivnost, zaostajanje u psihičkom razvoju (razvoju govora i mišljenja, tepanje i mucanje)

te loše zdravstveno stanje (sklonost infekcijama, poremećajima u prehrani), a njihova incidencija ovisi o dobi djeteta [12]. Umanjenje stresa osigurava se uvažavanjem djetetovih navika, pružanjem jasnih uputa, uvažavanje potrebe djeteta za sudjelovanjem u njegovom liječenju te što je najbitnije, pružanje osjećaja sigurnosti.

#### **4.1. Faze prilagodbe**

Tijekom hospitalizacije dijete prolazi kroz tri faze prilagodbe odnosno psihološke reakcije na hospitalizaciju: faza protesta, faza očajavanja i faza prividne prilagodbe. Faza protesta karakteristična je za razdoblje prijema u bolnicu i izraženija je kod vrlo male djece, posebice ukoliko se odvajaju od roditelja te ne mora nužno rezultirati simptomima hospitalizma. Naime, kako će dijete reagirati uvelike ovisi o tome kako je pripremljeno za proces hospitalizacije te kakav je odnos zdravstvenog djelatnika prema njemu, posebice medicinske sestre. Kod izrazito male djece tijekom faze prosvjeda javlja se intenzivan plač, guranje i udaranje što je instiktivna obrana koja će biti minimalna ukoliko se djetetu priđe nježno i strpljivo te uz prisutnost roditelja. U fazi očajavanja dijete postaje motorički mirnije, povlači se, apatično je te izbjegava igru i zabavu. Faza prividne prilagodbe posljednja je faza prilagodbe na hospitalizaciju te se javlja kada dijete duže boravi u bolnici. U toj fazi djetetovo ponašanje se čini svakodnevnim. Ono komunicira s okolinom, prihvaća situaciju, no posljedice su vidljive prilikom povratka kući [13].

Prva faza psiholoških reakcija traje najkraće, druga nešto duže, dok treća dolazi najkasnije i traje do završetka hospitalizacije.

Pokazatelji razdvojenosti ovise o dobi djeteta u vrijeme hospitalizacije te se dijele u tri razdoblja. Anaklitička depresija učestalija je u djece u prvoj godini života. Karakterizirana je potišćenošću, smanjenom aktivnošću djeteta, gubitkom apetita i poteškoćama u spavanju, padom imuniteta te posljedično dolazi do gubitka težine. Brzim povratkom u obiteljsko okruženje, navedeni simptomi nestaju. Od druge do treće godine starosti djeteta prisutan je veliki protest radi odvajanja od roditelja i obitelji okarakteriziran neprekidnim plačem i uznemirenim regresivnim ponašanjem. U djece koja borave u nestabilnoj obiteljskoj atmosferi i okolini navedene reakcije izostaju jer su „naviknuta“ biti sama. U djece starije od tri godine postoji mogućnost pojave jedne od dviju različitih reakcija: razumno shvaćanje njihove trenutne situacije ili povećani stres i osjetljivost prilikom odvajanja od roditelja

Dakle, što je dijete manje teže će podnijeti proces hospitalizacije. Stoga, važno je djetetu omogućiti podršku i prisutnost roditelja, a medicinsko osoblje prilagoditi pristup ovisno o

djetetovoj dobi i individualnim karakteristikama. Također, važno je pokušati izbjeći proces hospitalizacije kada god to djetetovo medicinsko stanje dozvoljava. Naime, kako bi se smanjile posljedice uzrokovane hospitalizacijom, ukoliko je moguće, odgoditi proces hospitalizacije do djetetove pete godine života te provoditi dijagnostičku i kurativnu obradu dolaskom djeteta u dnevnu bolnicu uz stalnu prisutnost roditelja.

## **5. ULOGA MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA TIJEKOM HOSPITALIZACIJE DJETETA**

Proces hospitalizacije djeluje stresno na djecu i roditelja te im je potrebna podrška cijelog zdravstvenog tima. Medicinska sestra je stručnjak s kojim je dijete, ali u roditelj u vrlo bliskoj interakciji tijekom hospitalizacije stoga je nužno od početka procesa graditi kvalitetnu komunikaciju i pružati osjećaj sigurnosti. Suvremena sestrinska skrb u pedijatriji temelji se na holističkom pristupu, a svi sestrinski postupci usmjereni su isključivo na zadovoljavanje djetetovih potreba i rješavanju problema. Dužnosti medicinske sestre/tehničara u pedijatriji usmjerene su na aplikaciju lijekova prema uputama pedijatra ili srodnog specijaliste, praćenje i mjerenje vitalnih znakova djeteta, provođenju njege i skrbi prema standardu zanimanja, pripremi djeteta na potrebne dijagnostičke i terapijske procedure primjenjujući ohrabrujuće riječi i precizna objašnjenja kako bi ih neometano mogla izvesti, komunikaciju s roditeljima, pružanju emocionalne podrške djetetu i roditeljima te usmjerenost na edukaciju djeteta i roditelja.

Priprema prije hospitalizacije ključna je kako bi djetetov boravak u bolnici bio što neometaniji. Roditelji imaju važnu ulogu u pripremi djeteta za hospitalizaciju jer najbolju poznaju svoje dijete te je stoga važno da od početka razviju dobru suradnju s medicinskom sestrom koja će im pružiti potrebne informacije i preuzeti aktivnu ulogu u pomaganju roditeljima da pripreme svoje dijete za hospitalizaciju. Tiskani materijali, filmovi, razne igre mogu biti korisni u pripremi djeteta za boravak u bolnici. Od velike je važnosti da roditelji pruže djetetu jasne, točne i precizne informacije što im uvelike smanjuje razinu straha. Medicinska sestra također može uputiti roditelje u jednostavne tehnike igre kojima djetetu mogu olakšati razumijevanje što će se dogoditi u bolnici. Od trenutka kada dijete i roditelji uđu na vrata bolnice, postupak prijema treba provesti na stručan, empatičan, sveobuhvatan i učinkovit način.

Prilagodba skrbi i način komunikacije s djecom tijekom boravka u bolnici ovisi o njihovoj dobi odnosno kognitivnoj i emocionalnoj zrelosti, pa je važno da medicinska sestra svoj pristup prilagodi razvojnoj fazi i individualnim potrebama djeteta. U hospitalizaciji djeteta najvažnija uloga medicinske sestre je da omogući što bezbolniju prilagodbu, spriječi hospitalizam i skрати vrijeme prilagodbe.

Prilikom hospitalizacije novorođenčeta starosti do mjesec dana uloga medicinske sestre očituje se pružanju njege u kontekstu obitelji, omogućavanju stalnog kontakta između djeteta i roditelja, aktivnom uključivanju roditelja u brizi za dijete i njihovom smještaju u sobu,

poticanju odnosa novorođenčeta i braće, identificiranju područja uskraćenosti ili pretjerane stimulacije, omogućavanju senzorne motoričke stimulacije prema potrebi (ljuljanje, nošenje), poticanju razvoja individualnosti i osiguranju adekvatne zdravstvene skrbi.

Uloga medicinske sestre prilikom boravka djeteta u bolnici starosti između 1 i 4 mjeseca očituje se u poticanju majke za stalnim boravkom i brigom za dijete. Ukoliko je majka odsutna, medicinska sestra treba zadovoljiti osnovne potrebe djeteta, dati mu pažnju, poticati senzomotoričku stimulaciju i socijalnu interakciju shodno dobi i stanju djeteta. Od velike je važnosti da pomogne roditeljima da dijete percipiraju kao jedinstvenu osobu s potrebama te mu pristupe bez straha u provođenju njege i održavanju dodira što kod djeteta rezultira ugodom i smirenošću.

Kada je u proces hospitalizacije uključeno dijete starosti između 4 i 8 mjeseci uloga medicinske sestre je da se u pristupu djetetu prilagodi njegovom rasporedu i dnevnoj rutini, potiče majčinu prisutnost i brigu o djetetu, potiče majčino samopouzdanje u brizi oko djeteta, razvija prijateljski odnos sa djetetom preko majke ne narušavajući odnos majka-dijete. U ovoj dobi dijete počinje razvijati svrhovite aktivnosti te je od izrazite važnosti da medicinska sestra omogući djetetu da koristi i razvija novostečene vještine.

U djece starosti od 8 do 12 mjeseci uloga medicinske sestre tijekom hospitalizacije očituje u poticanju majke da ostane uz dijete i brine o njemu, smanjenju napetosti i usamljenosti primjenom „transfernog“ predmeta kao što je deka ili igračka. Prilikom primjene dijagnostičkih i/ili terapijskih postupaka vrlo važno je da ih medicinska sestra objasni djetetu na njemu razumljiv način te da se provode izvan sobe (prilikom boravka s majkom, soba djetetu predstavlja utočište). Vrlo je važno osigurati djetetu senzomotoričku stimulaciju primjerenu dobi i omogućiti mu da nastavi koristiti stečene vještine (hranjenje samog sebe, pije iz čaše). U ovoj dobi djetetu je potrebna prilika za poticanje povećane neovisnosti, znatiželje, istraživanje i kretanje te razvoj jezičnih vještina. Preporučena je primjena sjedalica za hranjenje, ljuljačka, omogućiti mu kretanje po krevetiću ili podu ukoliko stanje dopušta, korištenje boja, tekstura i zvuka te primjena tjelesnog kontakta (milovanje, nošenje, ljuljanje). U ovoj dobi kao veliki benefit prilikom hospitalizacije pokazalo se pričanje priča.

Prilikom hospitalizacije djeteta u dobi između 1 i 3 godine uloga medicinske sestre očituje se u osiguranju neograničenog broja posjeta roditelja ili stalni boravak majke uz dijete, davanju prilika djetetu da izrazi svoje trenutne osjećaje, uvjeravanju da ga roditelji nisu napustili i da mu boravak u bolnici nije kazna, primjenjivanju rutina stečenih kod kuće (plan spavanja,

jedenja i kupanja), uspostavljanju povjerenja kroz tjelesni kontakt, postavljanju granica, prepoznavanju verbalne i neverbalne komunikacije koju dijete koristi, omogućavanju prisutnosti omiljenih igračaka, dekica i slično što osnažuje djetetov osjećaj sigurnosti. Važno je dopustiti djetetu donošenje odluka kada je to moguće i istraživanje okoline te osigurati sigurno okruženje primjereno dobi. Ukoliko se dijete samostalno ne kreće, važno je omogućiti mu kretanje u invalidskim kolicima ili pomoću drugih pomagala za kretanje ili mu omogućiti da oslobodi energiju potisnutu smanjenom pokretljivošću (loptanje u sjedećem položaju, igranje društvenih igara i slično). Važno je omogućiti mu nastavka učenja o svijetu putem osjetila. Prilikom otpusta iz bolnice dijete može razviti različite oblike postbolničkog ponašanja (opiranje bliskom fizičkom kontaktu, povratak u raniji stupanj razvoja, neodvajanje od majke, pretjerana potreba za ljubavlju i privrženošću) stoga je važno da medicinska sestra upozna roditelje s mogućim obrascima ponašanja, pruži im podršku u razumijevanju i rješavanju istih.

U djece predškolske dobi ( 3-5 godina) tijekom boravka u bolnici važno je smanjiti stres nastao odvajanjem te omogućiti čim veću prisutnost majke uz dijete te njeno sudjelovanje u skrbi. U ovoj dobi važno je da se boravak u bolnici što je više moguće skрати. Medicinska sestra pomaže roditeljima da razumiju što za njihovo dijete predstavlja hospitalizacija, a kod djeteta da prepozna obrambene mehanizme i pomogne djetetu prebroditi stresnu situaciju pružajući mu ljubav, skrb i prihvaćanje. Važno je da medicinska sestra u odnosu s djetetom postavi granice u korist održavanja kvalitetnog, empatičnog i stručnog odnosa, potiče dijete na verbalizaciju, pripremi dijete za provođenje dijagnostičkih i/ili terapijskih postupaka uzevši u obzir dob djeteta, razvojnu fazu i shvaćanje te mu omogućiti privatnost prilikom izvođenja istih. Igra je jedan od važnih medija kroz koji dijete može prevladati strah i tjeskobu, stoga je važno da mu medicinska sestra tijekom boravka u bolnici osigura priliku i vrijeme za igru. Korištenje pomagala kao što su lutke, šprice, crteži tijela ili organa doprinose pripremi djeteta za određeni postupak. Potaknuti dijete na igru s drugom djecom, potaknuti dijete da sudjeluje u vlastitoj njezi i higijeni prema mogućnostima, uvjeriti dijete da nije krivo što je u bolnici, ukoliko je riječ o operaciji navesti koji dio tijela će mu „popraviti“ - sve su to zadaci medicinske sestre u predškolskoj dobi hospitaliziranog djeteta.

U procesu hospitalizacije djeteta školskog uzrasta ( 5-12 godina) uloga medicinske sestre je prikupiti detaljne podatke o dnevnoj rutini djeteta, prehrambenim navikama, tjelesnom razvoju, društvenom i kulturalnom statusu te implementirati u planiranje skrbi. Zaštiti intimu djeteta, povećati osjećaj sigurnosti u novoj okolini, omogućiti mu što veću mobilnost unutar prostora u kojem boravi, poštovati djetetovu potrebu za privatnošću tijekom pregleda, obavljanja osobne

higijene i slično, pružiti razumljive informacije o bolesti i hospitalizaciji na temelju procjene koliko djetete treba i mora znati, a kod djece manjeg školskog uzrasta prilikom tumačenja koristiti pomagala i igru. Neposredno prije primjene dijagnostičkog i/ili terapijskog postupka nužno je da medicinska sestra objasni funkciju opreme koja će se koristiti i dopusti djetetu „da je isproba“, objasni postupak do te mjere da djetete razumije što će biti učinjeno i što može očekivati te pružiti podršku djetetu prilikom izvođenja postupaka ukoliko je u budnom stanju. Ukoliko će djetete biti operirano, objasniti koji će organ „biti popravljen“ i da nijedan drugi dio tijela neće biti tretiran. Važno je pažljivo procijeniti bol i pružiti odgovarajuće olakšanje. Koristiti igru kad god je to prikladno za pružanje informacija o bolnici te identificirati i smanjiti djetetove fantazije i strahove, uvjerite djetete da ono ili roditelji nisu krivi za bolest, olakšati pražnjenje energije i agresije kroz odgovarajuće aktivnosti, potaknite djetetovo sudjelovanje u njezi i osobnoj higijeni, održavati intelektualni potencijal korištenjem igara, zagonetki, kreativnim aktivnostima. Pružiti podršku obitelji da razumije djetetove reakcije na bolest i hospitalizaciju, dati djetetu do znanja da njegov normalan status člana obitelji ostaje netaknut tijekom hospitalizacije te potaknite dosljedan obrazac posjeta i dopustiti posjete braće i sestra. Prilikom hospitalizacije djeteta školske dobi važno je da medicinska sestra potiče pismenu komunikaciju s vršnjacima i dopusti posjete vršnjaka kada je to prikladno. Važno je da upozori obitelj o mogućim promjenama ponašanja, uključujući fobiju, noćne more, regresiju sna, negativizam i smetnje u prehrani i učenju nakon otpusta iz bolnice.

Prilikom hospitalizacije adolescenata medicinska sestra pomaže roditeljima u pripremi djeteta za hospitalizaciju, procjenjuje utjecaj bolesti na adolescenta uzimajući u obzir faktore kao što su vrijeme, priroda bolesti, nametnuta nova iskustva, promjene u slici tijela i očekivanja za budućnost. Važno je da upozna adolescenta s bolničkim osobljem i redovnom rutinom nakon prijema, pribavi detaljnu povijest bolesti koja uključuje podatke o hobijima, školi, obitelji, bolesti, hospitalizaciji, prehranbenim navikama, seksualnosti i rekreaciji. Potaknuti adolescente da nose vlastitu odjeću i dopustiti im da ukrašavaju svoje krevete ili sobu te da imaju na raspolaganju ladice i ormari za pohranu osobnih stvari. Dopustiti adolescentu pristup telefonu, kontrolu nad odgovarajućim stvarima (vrijeme kupanja, odabir hrane i slično), poštovati njegovu potrebu za povremenom izolacijom i privatnošću. Važno je imati na raspolaganju planirani program rekreacije i aktivnosti pod nadzorom od strane stručne osobe. Uključivanje u planiranje skrbi, usredotočiti se na njihove sposobnosti, a ne na ograničenja, prihvatiti kao člana tima u provođenju njege te tražiti njegov pristanak, važne su zadaće medicinske sestre u procesu hospitalizacije adolescenta. U ovoj dobi važno je održavati

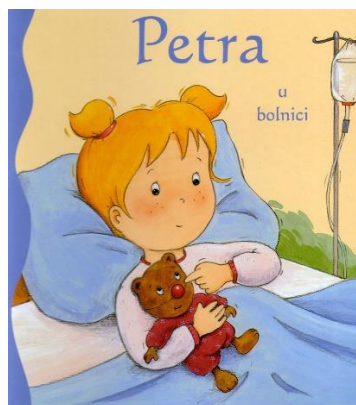


socijalnu komponentu pa uz već navedeno korištenje mobitela, važno je poticati interakciju s drugim hospitaliziranim adolescentima i prijateljima izvan bolnice te omogućiti posjete roditelja i obitelji. Medicinske sestre moraju izbjegavati ponašanja koja bi se mogla protumačiti kao izazovna i koketna radi velike seksualne osjetljivosti kod ove skupine bolesnika. Naglasiti potrebu adolescenta da ga se poštuje kao jedinstvenu osobu (neovisno o pratnji roditelja), poštivati povjerljiv odnos stvoren između medicinske sestre i hospitaliziranog adolescenta, koristiti humor i biti dobar slušatelj uvelike će olakšati boravak adolescenta u bolnici [14].

## 6. RODITELJI U PROCESU HOSPITALIZACIJE DJETETA

Kako bi djetetu bila pružena najbolja moguća skrb neophodno je da su roditelji uključeni u procese dijagnosticiranja i liječenja neovisno o dobi djeteta i njegovom razvojnom statusu te u pripremi djeteta za proces hospitalizacije.

Pravovremena priprema djeteta od strane roditelja uvelike utječe na smanjenje osjećaje tjeskobe i straha u djeteta. Iskreni razgovor s djetetom i odgovaranje na njegova pitanja, uz pružanje točnih i jasnih informacija, ublažava osjećaj straha kod djeteta. Uz razgovor, preporuke za roditelje su čitanje knjige djetetu koja na slikovit način prikazuje njegov boravak u bolnici ili igra uloga sa sretnim završetkom (odlazak kući) (Slika 6.1.). Što dijete više zna unaprijed time će mu boravak u bolnici biti ugodniji. Prilikom razgovora s djetetom važno je da roditelj primjenjuje vedar i optimističan govor uz pozitivnu sliku o medicinskim sestrama/ tehničarima te liječnicima, uvažava djetetove osjećaje i strahove, pruži mu razumijevanje i potporu. Važno je da roditelj objasni djetetu kako je boravak u bolnici prijeko potreban. U djece mlađe od 5 godina, roditelji dan ili dva prije hospitalizacije počinju vršiti pripremu, dok kod djece starije od 5 godina važno je započeti ranije dajući im vremena da formuliraju svoja pitanja. Važno je cijelu obitelj uključiti u proces pripreme za hospitalizaciju, osobito braću i/ili sestre jer i oni su također pogođeni odlaskom brata/sestre te istaknuti kako će ga redovito posjećivati.



Slika 6.1. Primjer slikovnice za pripremu djeteta za proces hospitalizacije

Izvor: <https://www.foma.hr/wp-content/uploads/2021/06/Petra-u-bolnici-1.jpg>

Roditelji kao i dijete, prilikom hospitalizacije su uplašeni i tjeskobni te vrlo često ne čuju ili ne zapamte što im je rečeno [15]. Stoga, vrlo važno je znati kako komunicirati s roditeljima i postići dobru suradnju koja je nužna u pružanju najbolje skrbi njihovom djetetu. Medicinska sestra najčešća je spona između djeteta i roditelja u procesu hospitalizacije. Kada medicinska sestra detektira anksioznost kod roditelja, prvi zadatak je identificirati uzroke tjeskobe i pružiti

svu moguću pomoć kako bi je ublažili. Ako se roditelji krive za djetetovu bolest, medicinska sestra može objasniti pravi uzrok bolesti i prenijeti im uvjerenje kako nisu u pravu. Ako roditelji trebaju pomoć u rješavanju svoje krivnje izvan one koju medicinska sestra može pružiti, treba ih uputiti drugoj stručnoj osobi koja će im pomoći. Ako je roditelj uznemiren stalnom neobičnošću bolničke atmosfere, medicinska sestra može pokušati objasniti korištenje opreme laičkom terminologijom, napraviti okruženje što više slično kućnom te potaknuti roditelje da postavljaju pitanja – odgovorim može pomoći ublažiti tjeskobu [14].

Mnoge bolnice potiču roditelje da ostanu uz svoje dijete 24 sata što pokazuje vrlo velike benefite kod djeteta u procesu hospitalizacije. Ukoliko se roditelj odluči za navedeno, nužno je da ga medicinska sestra upozna s kućnim redom ustanove, aktivnostima pružanja adekvatne zdravstvene skrbi za njihove dijete te objektima koji su im na raspolaganju poput onih za jelo, osobnu higijenu i spavanje [14].

### **6.1. Zadovoljstvo roditelja pruženom zdravstvenom skrbi djetetu**

Zadovoljstvo medicinskom skrbi, uključujući i njegu, višedimenzionalan je koncept koji se definira na različite načine i ovisi o stupnju podudarnosti između ispunjenja očekivanja pacijenta i njegove/njezine obitelji i percepcije skrbi koja im se pruža [16]. Izuzetna kvaliteta medicinskih usluga, koja se izražava zadovoljstvom pacijenata i njihovih obitelji, izazov je za suvremene zdravstvene sustave. Procjena zadovoljstva medicinskom njegom, uključujući i njegu, prepoznata je kao dio integriranog sustava upravljanja kvalitetom, postavljajući smjer promjena u suvremenim zdravstvenim ustanovama. Pošto je roditelj aktivni sudionik u procesu liječenja vlastitog djeteta njegova procjena zadovoljstva pruženom zdravstvenom skrbi i komunikacijom od strane medicinske sestre može se koristiti kao indikator kvalitete skrbi. Osjećaj roditeljskog zadovoljstva skrbi određen je njihovim individualnim potrebama, iskustvima prethodnih hospitalizacija i promjenjivim vanjskim čimbenicima, uključujući systemske čimbenike [17]. Na zadovoljstvo roditelja mogu utjecati i drugi čimbenici kao što su zdravstveno stanje djeteta i njegov utjecaj na funkcioniranje obitelji, emocionalno stanje djeteta, klinički stadij bolesti i održavanje kontinuiteta skrbi od prijema u bolnicu do otpusta, uključujući pripremu roditelja za nastavak njege u kućnom okruženju [18].

Procjena zadovoljstva roditelja važan je dio holističke zdravstvene skrbi za pedijatrijskog bolesnika koja omogućuje utvrđivanje odnosa roditelja prema uslugama koje im se pružaju [16] te poštivanja prava bolesnika. Mišljenje djece i roditelja neprocjenjiv su izvor informacija koji omogućuje analizu informacija i uvođenje potrebnih promjena u cilju pružanja što kvalitetnijeg oblika zdravstvene skrbi. Visoka razina zadovoljstva djeteta i roditelja pozitivno djeluje na

zadovoljstvo i kvalitetu rada cijelog zdravstvenog tima što djeluje vrlo motivirajuće [19]. Procjena zadovoljstva medicinskom njegom prvi puta je opisana 1957. godine i procijenjena kroz ukupno raspoložive sate medicinske skrbi. Jedan od prvih instrumenata za specifično mjerenje sestrinske skrbi konstruiran je 1975.godine. Tijekom godina konstruirani su brojni upitnici te je ispitana njihova valjanost i primjenjivost. Kada se govori o ispitivanju zadovoljstva roditelja zdravstvenom skrbi hospitaliziranog djeteta, najčešće sastavnice upitnika usmjerene su na zadovoljstvo pruženom zdravstvenom skrbi djetetu, komunikaciju, podršku roditeljima i djetetu, informiranost i edukaciju.

## **7. ISTRAŽIVAČKI DIO RADA**

### **7.1. Cilj istraživanja**

Osnovni cilj ovog istraživanja bio je ispitati zadovoljstvo roditelja pruženom zdravstvenom skrbi djetetu od strane medicinske sestre tijekom hospitalizacije unazad dvije godine te utvrditi postoje li značajne statističke razlike u procjeni zadovoljstva roditelja zdravstvenom skrbi djece s obzirom na dob djeteta.

Istraživanje je bilo usmjereno na slijedeća istraživačka pitanja:

- Kolika je informiranost roditelja o bolesti djeteta od strane medicinske sestre/tehničara?
- Kakvo je zadovoljstvo djeteta medicinskom sestrom/tehničarem?
- Je li komunikacija medicinske sestre/tehničara s djetetom i roditeljima zadovoljavajuća?

### **7.2. Hipoteze**

Uzimajući u obzir osnovu problema i ciljeve istraživanja, osnovne hipoteze ovog rada su slijedeće:

H1. Roditelji su zadovoljni zdravstvenom skrbi djece pružene od strane medicinske sestre/tehničara tijekom boravka u bolnici.

H2. Suradnja roditelja i djeteta s medicinskom sestrom/tehničarom bila je na visokoj razini.

H3. Ne postoji statistički značajna razlika u procjeni zadovoljstva roditelja zdravstvenom skrbi djece s obzirom na dob hospitaliziranog djeteta.

### **7.3. Ispitanici i metode istraživanja**

#### **7.3.1. Ustroj studije**

Prema specifičnom ustroju studija je presječna. Dakle, pripada skupini opservacijskih studija. Istraživanje je provedeno tijekom ožujka i travnja 2023.godine i obuhvaćalo je 207 ispitanika.

#### **7.3.2. Ispitanici**

Sudionici ovog istraživanja bili su roditelji čija su djeca u protekle dvije godine bila hospitalizirana u zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj. Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno i anonimno te su svi ispitanici prije ispunjavanja upitnika bili jasno informirani o temi i cilju istraživanja. Istraživanje se provodilo u skladu s etičkim načelima i ljudskim pravima u istraživanju. Ispitanici su mogli u bilo kojeg trenutku odustati od istog.

### 7.3.3. Instrument istraživanja

U svrhu istraživanja konstruiran je trodijelni upitnik koji se distribuirao roditeljima u online obliku putem Google Forms-a, a za čije popunjavanje je bilo potrebno desetak minuta.

Prvi dio upitnika obuhvaćao je opće podatke o ispitanicima kao što su spol i dob djeteta prilikom hospitalizacije u posljednje dvije godine. U drugom dijelu upitnika pomoću 16 tvrdnji ispitano je zadovoljstvo roditelja i djeteta pruženom zdravstvenom skrbi, informiranošću i suradnjom s medicinskom sestrom/tehničarem. Posljednji, treći dio upitnika obuhvaćao je procjenu zadovoljstva roditelja komunikacijom s medicinskom sestrom/tehničarem prilikom hospitalizacije, a sastojao se od 9 tvrdnji.

Prilikom određivanja dobi djeteta roditeljima je u anketi bilo ponuđeno da svoje dijete rasporede u točnu dobnu skupinu prilikom posljednje hospitalizacije. Dobne skupine bile su raspoređene na slijedeći način: 0-2 godine starosti djeteta, 3-6 godina, 7-10 godina, 10- 14 godina i 15-18 godina.

Za procjenu zadovoljstva u drugom i trećem dijelu upitnika koristila se Likertova ljestvica s mogućim rasponom odgovora od 1 do 5 (u kojem je 1 značilo – uopće se ne slažem, 2 – ne slažem se, 3 – niti se slažem, niti se ne slažem, 4 – slažem se i 5 – u potpunosti se slažem).

### 7.3.4. Statistička analiza

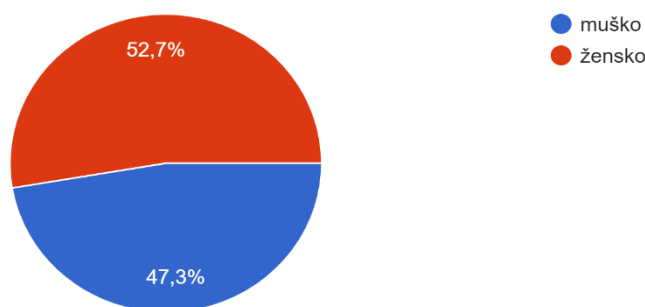
Upitnik je ispunjen online, a kada je anketa završena, prebačena je u Microsoft Excel tablicu. Iz generiranih Excel datoteka pretvorene su u SPSS datoteke. Statistička obrada i analiza podataka učinjena je u kompjutorskom programu SPSS Statistics. Zaključci u vezi razlika i povezanosti među podacima doneseni su na nivou značajnosti od 95%, uz razinu rizika 5%.

## 8. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Uzorak istraživanja bio je prigodan i činili su ga roditelji čija su djeca bila hospitalizirana u protekle dvije godine u zdravstvenim ustanovama na prostoru Republike Hrvatske.

### 8.1. Opći podaci ispitanika

U istraživanju je sudjelovalo 207 roditelja čija su djeca bila hospitalizirana u protekle dvije godine u zdravstvenim ustanovama na prostoru Republike Hrvatske. Od ukupnog broja ispitanika e 109 (52,7%) ih je bilo roditelj ženskog hospitaliziranog djeteta, a 98 (47,3%) roditelj muškog hospitaliziranog djeteta (graf 8.1).



*Graf 8.1. Raspodjela ispitanika prema spolu djeteta (Izvor: autor)*

Uzorak hospitalizirane djece podijeljen je na 5 dobnih skupina, a njihova raspodjela prikazana je u Tablici 8.1. Iz rezultata je vidljivo kako se broj hospitalizirane djece smanjuje s porastom dobne skupine. Usporedba prema kriteriju dobnih skupina ispitanika rezultirala je statistički značajnim razlikama, u smislu da značajno najmanje hospitalizirane djece ima u dobnoj skupini od 15 do 18 godina dok značajno najviše u dobi između 0 i 2 godine. Hospitalizacija djece starosti od 3 do 6 godina zabilježena je u 28% ispitanika, u djece starosti od 7 do 10 godina u 12,1% te u djece starosti 11 do 15 godina 6,3%.

Tablica 8.1. Raspodjela hospitalizirane djece prema dobi

RASPON DOBI	N(broj)	% (postotak)
0 - 2 godine	101	48,8
3 – 6 godina	58	28
7 – 10 godina	25	12,1
11 – 14 godina	13	6,3
15 – 18 godina	10	4,8
	207	100

## 8.2. Zadovoljstvo roditelja pruženom zdravstvenom skrbi medicinske sestre/tehničara

Zadovoljstvo roditelja pruženom zdravstvenom skrbi hospitaliziranom djetetu od strane medicinske sestre/tehničara ispitano je kroz 16 tvrdnji. Tvrdnje su obuhvaćale ispitivanje zadovoljstva roditelja pruženom zdravstvenom njegom, informiranošću o zdravstvenom statusu djeteta, suradnjom medicinske sestre s članovima tima, pruženoj edukaciji roditelja i djeteta te odnosu sa djetetom. Raspodjela tvrdnji s prikazom frekvencije odgovora prikazana je u Tablici 8.2.1.

Tablica 8.2.1. Raspodjela frekvencije odgovora vezano uz zadovoljstvo roditelja pruženom zdravstvenom skrbi

Redni broj tvrdnje i tvrdnja	1 = uopće se ne slažem	2 = uglavnom se ne slažem	3 = niti se slažem, niti se ne slažem	4 = uglavnom se slažem	5 = u potpun. se slažem	Ukupno ispitanika
1.Pružena zdravstvena skrb djetetu je bila u okviru mojih očekivanja.	5	19	33	63	87	207
2.Zadovoljan/a sam informiranošću o mogućim problemima koji mogu nastati kao posljedica bolesti djeteta.	20	24	46	43	74	207



3.Zadovoljan/a sam suradnjom medicinske sestre/tehničara s drugim članovima tima vezano uz bolest djeteta.	7	25	42	46	87	207
4.Medicinska sestra/tehničar me informirala/o o mojim pravima i obvezama.	3	25	41	33	76	207
5.Zadovoljan/a sam razumljivošću savjeta i uputa koje sam dobio/la od medicinske sestre/tehničara.	18	20	43	44	82	207
6.Od medicinske sestre/tehničara nisam naučio/la mnogo o bolesti djeteta i kako mu mogu pomoći.	64	41	40	31	31	207
7.Dijete se osjećalo mirno i sigurno uz medicinsku sestru/tehničara.	28	27	49	42	61	207
8.Dijete se veselilo dolasku medicinske sestre/tehničara u sobu tijekom hospitalizacije.	47	35	52	39	34	207
9.Medicinska sestra/tehničar dala/dao mi je nadu u pozitivan ishod skrbi.	13	16	48	51	79	207
10.Suradnja roditelja i djeteta s medicinskom sestrom/tehničarom bila je na visokoj razini.	10	22	51	50	74	207
11.Zadovoljan/a sam kvalitetom pružene zdravstvene skrbi djetetu od strane medicinske sestre/tehničara	10	22	35	53	87	207
12.Informacija koju sam dobio/la od medicinske sestre/tehničara nisu bile sukladne informacijama koje sam dobio od drugih zdravstvenih djelatnika (liječnika, fizioterapeuta...)	83	43	45	18	18	207
13.Dolasci medicinske sestre/tehničara u obilazak djeteta bili su redoviti.	12	18	25	40	112	207

14. Medicinska sestra/tehničar dolazi u obilazak djeteta na poziv roditelja/djeteta.	11	10	28	39	119	207
15.U dovoljnoj mjeri sam bio educiran/a od strane medicinske sestre/tehničara da mogu provoditi njegu djeteta prema njegovim potrebama.	16	17	37	40	97	207
16.Medicinska sestra/tehničar je našao/la vremena za „moje“ probleme vezane za njegu bolesnog djeteta.	22	26	35	44	80	207

Na temelju dobivenih podataka prikazanih u Tablici 8.2.1. učinjena je deskriptivna statistička analiza (aritmetička sredina, standardna devijacija i koeficijenti varijacije) za svaku pojedinu tvrdnju. Rezultati deskriptivne statističke analize zadovoljstva roditelja zdravstvenom skrbi hospitaliziranog djeteta od strane medicinske sestre/tehničara prikazani su u Tablici 8.2.2.

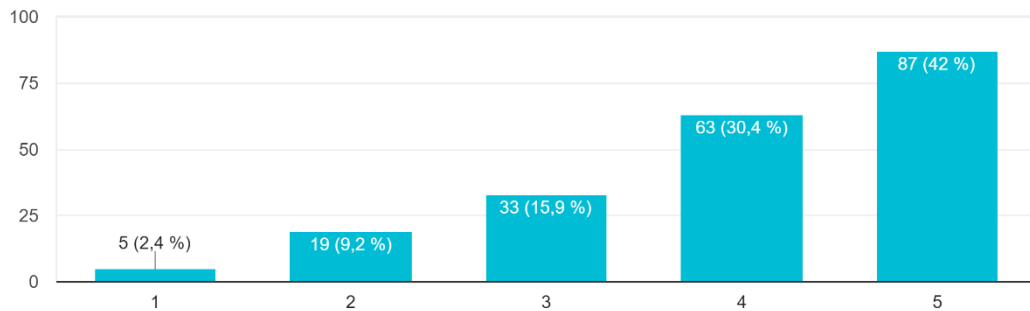
Tablica 8.2.2. Rezultati deskriptivne statističke analize zadovoljstva roditelja zdravstvenom skrbi hospitaliziranog djeteta

Redni broj tvrdnje i tvrdnja	Aritmetička Sredina	Standardna devijacija	Koeficijent varijacije
1.Pružena zdravstvena skrb djetetu je bila u okviru mojih očekivanja	4,00	1,079	26,94
2.Zadovoljan/a sam informiranošću o mogućim problemima koji mogu nastati kao posljedica bolesti djeteta.	3,61	1,328	36,75
3.Zadovoljan/a sam suradnjom medicinske sestre/tehničara s drugim članovima tima vezano uz bolest djeteta. .	3,87	1,181	30,48
4.Medicinska sestra/tehničar me informirala/o o mojim pravima i obvezama	3,46	1,467	42,35
5.Zadovoljan/a sam razumljivošću savjeta i uputa koje sam dobio/la od medicinske sestre/tehničara.	3,73	1,305	34,94

6.Od medicinske sestre/tehničara nisam naučio/la mnogo o bolesti djeteta i kako mu mogu pomoći.	2,63	1,431	54,37
7.Dijete se osjećalo mirno i sigurno uz medicinsku sestru/tehničara.	3,39	1,378	40,65
8.Dijete se veselilo dolasku medicinske sestre/tehničara u sobu tijekom hospitalizacije.	2,89	1,383	47,78
9.Medicinska sestra/tehničar dala/dao mi je nadu u pozitivan ishod skrbi.	3,81	1,204	31,64
10.Suradnja roditelja i djeteta s medicinskom sestrom/tehničarom bila je na visokoj razini.	3,75	1,185	31,56
11.Zadovoljan/a sam kvalitetom pružene zdravstvene skrbi djetetu od strane medicinske sestre/tehničara	3,89	1,199	30,80
12.Informacija koju sam dobio/la od medicinske sestre/tehničara nisu bile sukladne informacijama koje sam dobio od drugih zdravstvenih djelatnika (liječnika, fizioterapeuta...)	2,25	1,298	57,67
13.Dolasci medicinske sestre/tehničara u obilazak djeteta bili su redoviti.	4,07	1,235	30,33
14.Medicinska sestra/tehničar dolazi u obilazak djeteta na poziv roditelja/djeteta.	4,18	1,161	27,75
15.U dovoljnoj mjeri sam bio educiran/a od strane medicinske sestre/tehničara da mogu provoditi njegu djeteta prema njegovim potrebama.	3,89	1,288	33,09
16.Medicinska sestra/tehničar je našao/la vremena za „moje“ probleme vezane za njegu bolesnog djeteta.	3,65	1,375	37,69

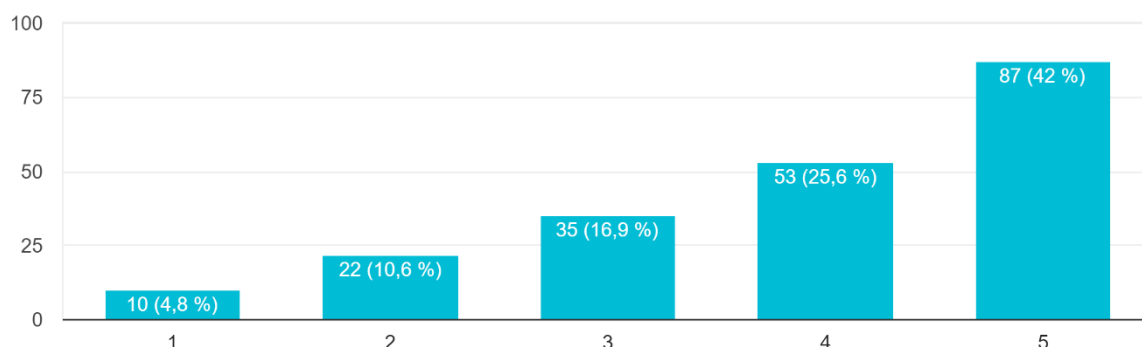
U procjeni zadovoljstva roditelja pruženom zdravstvenom skrbi dokazana je visoka razina zadovoljstva roditelja, osobito kada je riječ o kvaliteti pružene zdravstvene skrbi i o njihovim

očekivanjima o istoj. Na tvrdnju „Pružena zdravstvena skrb djetetu je bila u okviru mojih očekivanja“ 42% roditelja izjasnilo se da se u potpunosti slaže, dok 30,4% da se slaže. Raspodjela svih odgovora vidljiva je u grafu 8.2.1.



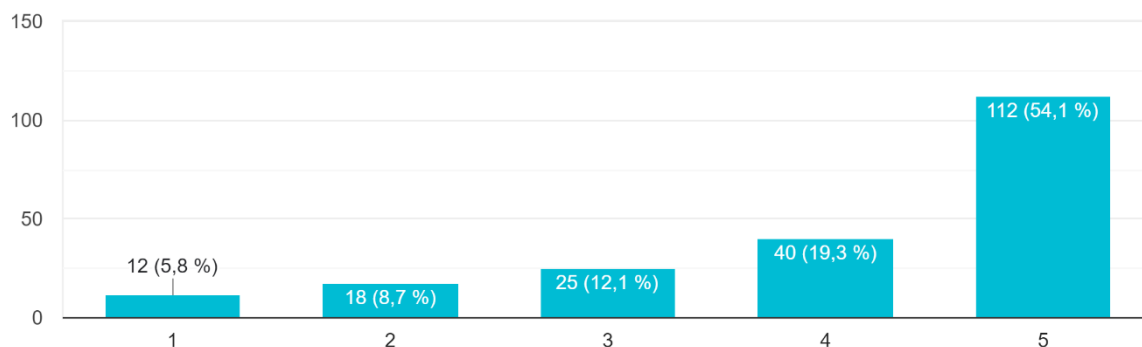
*Graf 8.2.1. Raspodjela odgovora na tvrdnju „Pružena zdravstvena skrb djetetu je bila u okviru mojih očekivanja“*

Kada je riječ o zadovoljstvu kvalitetom zdravstvene skrbi pružene djetetu također je zabilježena visoka razina zadovoljstva. U grafu 8.2.2. vidljiva je raspodjela odgovara na tvrdnju „Zadovoljan/a sam kvalitetom pružene zdravstvene skrbi djetetu od strane medicinske sestre/tehničara“. Kao i u prethodnoj tvrdnji, tako i u ovoj, 42% roditelja se u potpunosti slaže sa tvrdnjom. Pozitivnu tendenciju pokazuje i 25,6% roditelja koji su se uglavnom složili s ovom tvrdnjom. Svega 10 ispitanika u potpunosti se nije složilo s ovom tvrdnjom.



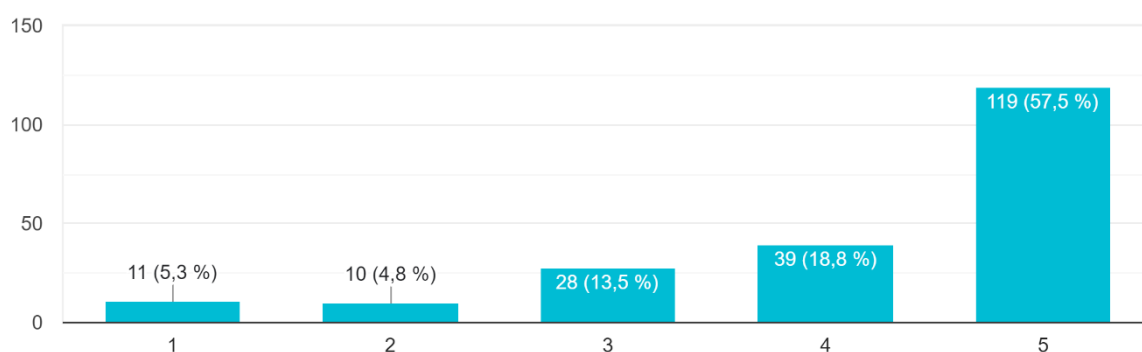
*Graf 8.2.2. Raspodjela odgovara na tvrdnju „Zadovoljan/a sam kvalitetom pružene zdravstvene skrbi djetetu od strane medicinske sestre/tehničara“*

Prilikom ispitivanja roditelja o zadovoljstvu pruženom zdravstvenom skrbi djetetu tijekom hospitalizacije, ispitana je činjenica koliko su zadovoljni s dolaskom medicinske sestre na poziv djeteta te na poziv roditelja ukoliko je boravio s djetetom u bolnici. Roditelji su u oba slučaja iskazali izrazito visoko zadovoljstvo. Na tvrdnju „Dolasci medicinske sestre/tehničara u obilazak djeteta bili su redoviti“ više od polovice ispitanih roditelja, njih čak 112 (54,1%) u potpunosti se složilo s navedenom tvrdnjom, dok se 12 roditelja (5,8%) uopće ne slaže (graf 8.2.3.)



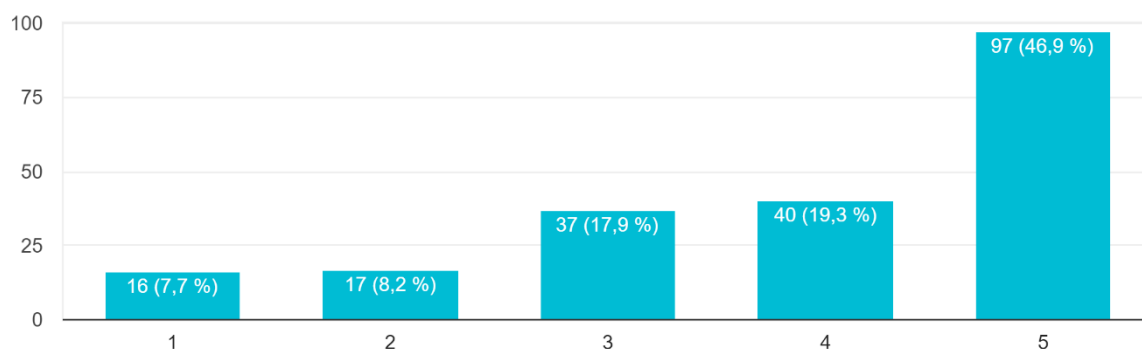
*Graf 8.2.3. Raspodjela odgovora na tvrdnju „Dolasci medicinske sestre/tehničara u obilazak djeteta bili su redoviti“*

Raspodjela odgovora na tvrdnju „Medicinska sestra/tehničar dolazi u obilazak djeteta na poziv roditelja/djeteta“ također je vrlo pozitivna: 119 roditelja (57,5%) u potpunosti se slaže s tvrdnjom, dok se 39 roditelja (18,8%) uglavnom slaže. Vrlo mali postotak roditelja se u potpunosti (5,3%) ili uglavnom ne slaže (4,8%) s navedenom tvrdnjom što je vidljivo u grafu 8.2.4.



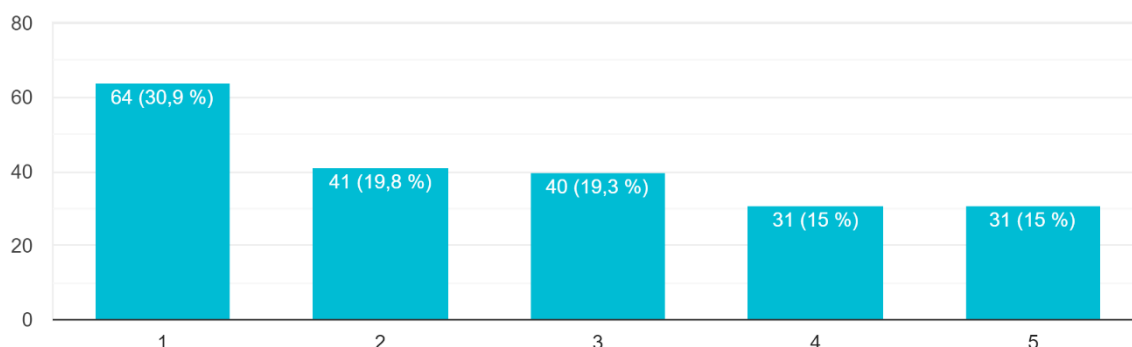
*Graf 8.2.4. Raspodjela odgovora na tvrdnju „Medicinska sestra/tehničar dolazi u obilazak djeteta na poziv roditelja/djeteta“*

Ispitanici smatraju da su u dovoljnoj mjeri educirani u provođenju njege djeteta. Naime, na tvrdnju „U dovoljnoj mjeri sam bio educiran/a od strane medicinske sestre/tehničara da mogu provoditi njegu djeteta prema njegovim potrebama“ raspodjela odgovora rezultirala je aritmetičkom sredinom 3,89. S navedenom tvrdnjom u potpunosti se slaže 97 (46,9%) roditelja, a uglavnom se slaže 40 (19,3%) roditelja (graf 8.2.5.)

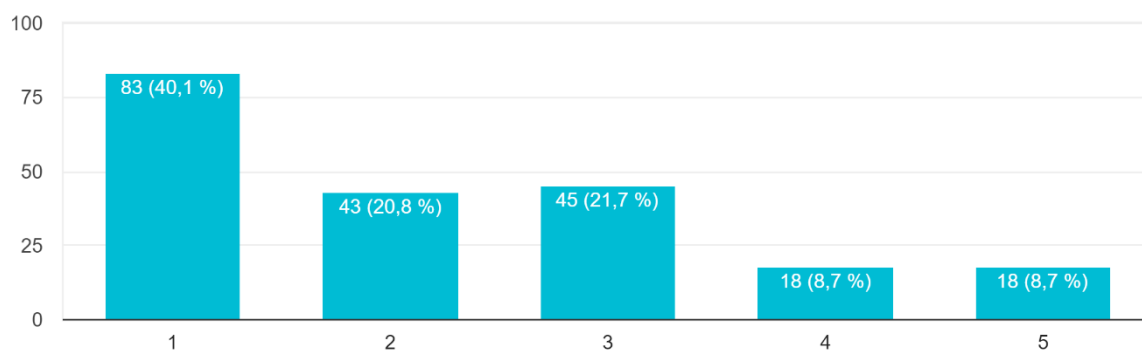


*Graf 8.2.5. Raspodjela odgovora na tvrdnju „U dovoljnoj mjeri sam bio educiran/a od strane medicinske sestre/tehničara da mogu provoditi njegu djeteta prema njegovim potrebama“*

Izrazito niske aritmetičke sredine, odnosno vrlo nisku razinu slaganja roditelja dobile su tvrdnje koje su u svojoj kompoziciji sadržavale negaciju što u konačnici pozitivno utječe na ishod istraživanja. Na tvrdnju „Od medicinske sestre/tehničara nisam naučio/la mnogo o bolesti djeteta i kako mu mogu pomoći“ aritmetička sredina iznosila je 2.63, a raspodjela odgovora vidljiva je u grafu 8.2.6., dok na tvrdnju „Informacija koju sam dobio/la od medicinske sestre/tehničara nisu bile sukladne informacijama koje sam dobio od drugih zdravstvenih djelatnika (liječnika, fizioterapeuta...)“ pokazala je još nižu aritmetičku sredinu (2,25) odnosno 40,1% roditelja uopće se ne slaže s tvrdnjom (graf 8.2.7.).



*Graf 8.2.6. Raspodjela odgovora na tvrdnju „Od medicinske sestre/tehničara nisam naučio/la mnogo o bolesti djeteta i kako mu mogu pomoći“*

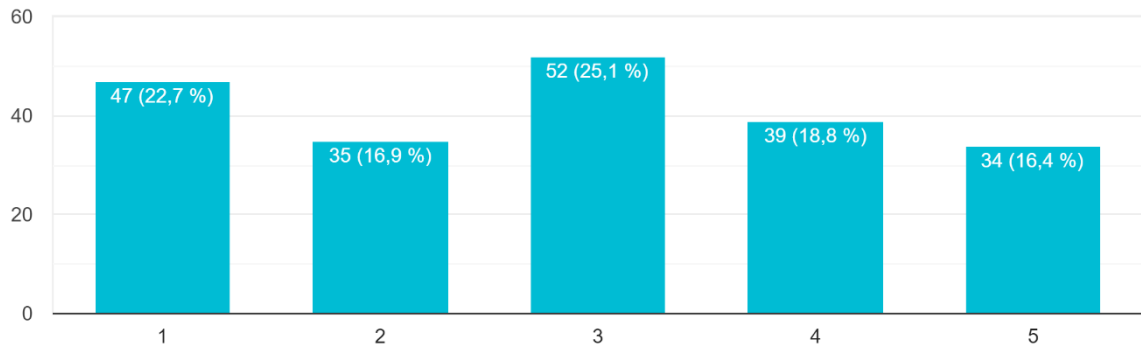


*Graf 8.2.7. Raspodjela odgovora na tvrdnju „Informacija koju sam dobio/la od medicinske sestre/tehničara nisu bile sukladne informacijama koje sam dobio od drugih zdravstvenih djelatnika (liječnika, fizioterapeuta...)“*

Kada se govori o afirmativnim tvrdnjama u ovom djelu upitnika, najniža razina slaganja roditelja je u tvrdnji „Dijete se veselilo dolasku medicinske sestre/tehničara u sobu tijekom hospitalizacije“ za koju aritmetička sredina iznosi 2,89. U potpunosti se s ovom tvrdnjom



nije složilo 22,7% ispitanika, a uglavnom 16,9% ispitanika. Cijela raspodjela odgovora vidljiva je u grafu 8.2.8.



*Graf 8.2.8. Raspodjela odgovora za tvrdnju „Dijete se veselilo dolasku medicinske sestre/tehničara u sobu tijekom hospitalizacije“*

### **8.3. Zadovoljstvo roditelja komunikacijom medicinske sestre/tehničara**

Zadovoljstvo roditelja komunikacijom s medicinskom sestrom/tehničarem ispitano je kroz 9 tvrdnji, a obuhvaćalo je komunikaciju i s djetetom i s roditeljem, slušanje, uvažavanje, poštovanje i način ophođenja s djetetom ( Tablica 8.3.1. i Tablica 8.3.2.). Prema usporedbi aritmetičkih sredina ovog dijela upitnika s prethodnim da se zaključiti da su ispitanici u većoj mjeri zadovoljniji s pruženom zdravstvenom skrbi nego komunikacijom medicinske sestre/tehničara.

Tablica 8.3.1. Raspodjela frekvencije odgovara vezano uz zadovoljstvo roditelja komunikacijom medicinske sestre/tehničara

Redni broj tvrdnje i tvrdnja	1 = uopće se ne slažem	2 = uglavnom se ne slažem	3 = niti se slažem, niti se ne slažem	4 = uglavnom se slažem	5 = u potpun. se slažem	Ukupno ispitanika
1.Medicinska sestra/tehničar se kod prvog kontakta predstavila imenom i prezimenom i navela svrhu svog dolaska.	80	26	35	27	39	207
2.Medicinska sestra/tehničar me slušala usredotočeno, s empatijom i prihvaćanjem.	29	30	39	50	59	207
3.Medicinska sestra/tehničar poštovala/o je moju i djetetovu osobnost.	25	23	41	48	70	207
4.Osjećao/la sam da me medicinska sestra/tehničar razumije.	29	29	42	45	62	207
5.Medicinska sestra/tehničar me prihvatila/o bez osude i pomogla/o mi da prihvatim trenutno stanje svog djeteta.	22	21	49	42	73	207
6.U razgovoru s medicinskom sestrom/tehničarem nisam imao/la mogućnost slušanja, postavljanja pitanja i iskazivanja osjećaja.	68	49	32	29	29	207
7.U razgovoru sa medicinskom sestrom/tehničarem mogao/la sam slobodno izraziti svoje mišljenje i tražiti svoja prava.	26	25	38	43	75	207
8.Medicinska sestra/tehničar nije znala/o stvoriti ugodno okruženje u kojem pričala i smije se zajedno s djetetom.	74	39	37	26	31	207

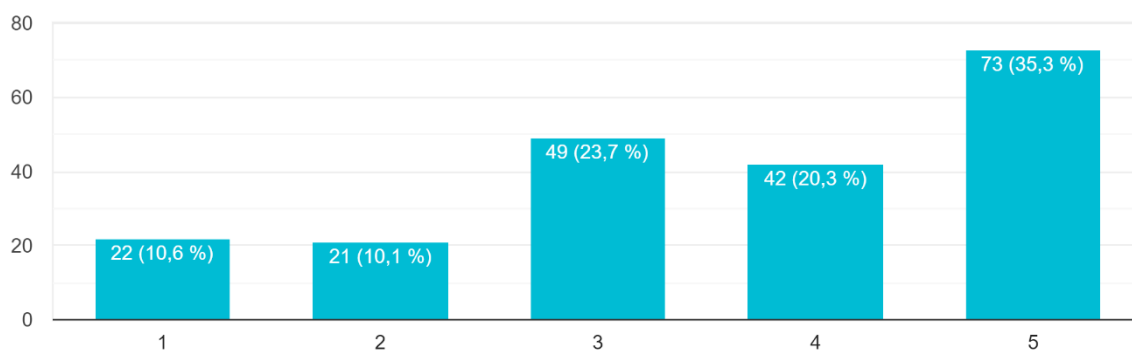
9.Medicinska sestra/tehničar trebala/o bi u svom planu zdravstvene njege imati puno više vremena za roditelje.	18	25	58	38	68	207
--	----	----	----	----	----	-----

Tablica 8.3.2. Rezultati deskriptivne statistička analize zadovoljstva roditelja komunikacijom medicinske sestre/tehničara

Redni broj tvrdnje i tvrdnja	Aritmetička Sredina	Standardna devijacija	Koeficijent varijacije
1.Medicinska sestra/tehničar se kod prvog kontakta predstavila imenom i prezimenom i navela svrhu svog dolaska.	2,61	1,550	59,42
2.Medicinska sestra/tehničar me slušala usredotočeno, s empatijom i prihvaćanjem.	3,37	1,392	41,10
3.Medicinska sestra/tehničar poštovala/o je moju i djetetovu osobnost.	3,56	1,368	38,46
4.Osjećao/la sam da me medicinska sestra/tehničar razumije.	3,40	1,400	41,21
5.Medicinska sestra/tehničar me prihvatila/o bez osude i pomogla/o mi da prihvatim trenutno stanje svog djeteta.	3,59	1,337	37,19
6.U razgovoru s medicinskom sestrom/tehničarem nisam imao/la mogućnost slušanja, postavljanja pitanja i iskazivanja osjećaja.	2,53	1,424	56,35
7.U razgovoru sa medicinskom sestrom/tehničarem mogao/la sam slobodno izraziti svoje mišljenje i tražiti svoja prava.	3,56	1,402	39,38
8.Medicinska sestra/tehničar nije znala/o stvoriti ugodno okruženje u kojem priča šale i smije se zajedno s djetetom.	2,52	1,454	57,66
9.Medicinska sestra/tehničar trebala/o bi u svom planu zdravstvene njege imati puno više vremena za roditelje.	3,55	1,292	36,42

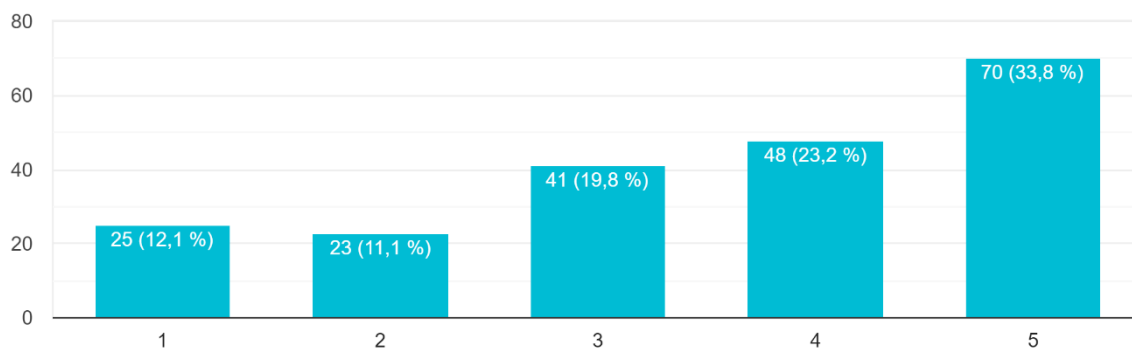
Najveća razina zadovoljstva roditelja u ovom djelu upitnika usmjerena je na poštovanje osobnosti djeteta i roditelj, prihvaćenje bez osuda, pomoć roditelju u prihvaćanju trenutnog stanja djeteta te izražavanje mišljenja roditelja i traženje prava.

Tvrđnja „Medicinska sestra/tehničar me prihvatila/o bez osude i pomogla/o mi da prihvatim trenutno stanje svog djeteta“ u ovom djelu upitnika ima najvišu ocjenu zadovoljstva roditelja (aritmetička sredina iznosi 3,59). S ovom tvrdnjom u potpunosti se složilo 73 roditelja (35,3%), a uglavnom se slaže 42 roditelja (20,3%). Cijela raspodjela odgovora vidljiva je u grafu 8.3.1.



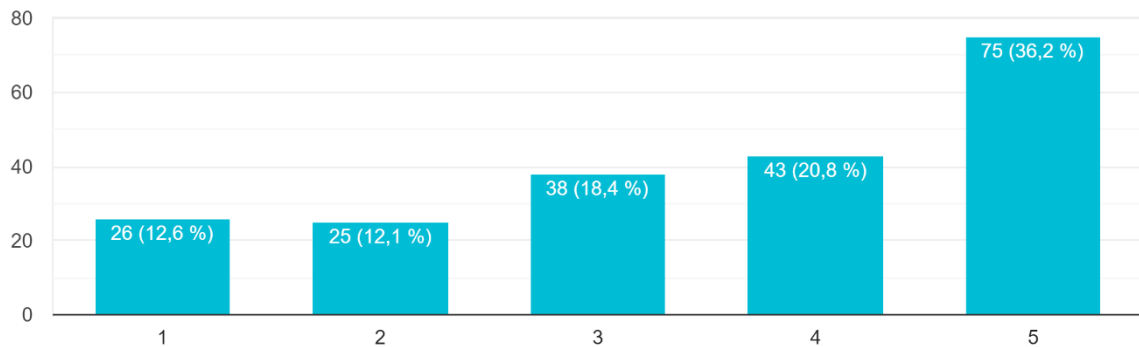
*Graf 8.3.1. Raspodjela odgovora na tvrdnju „Medicinska sestra/tehničar me prihvatila/o bez osude i pomogla/o mi da prihvatim trenutno stanje svog djeteta“*

Uz prethodnu tvrdnju nadovezuje se zadovoljstvo roditelja tvrdnjom „Medicinska sestra/tehničar poštovala/o je moju i djetetovu osobnost“ (graf 8.3.2.) što daje zaključiti da medicinske sestre/tehničari djeluju po principu individualnosti, moralnosti i sveopćeg prihvaćanja svakog pojedinca, odnosno bolesnika i u ovom slučaju roditelja. Naime, s ovom tvrdnjom u potpunosti se složilo 33,8% ispitanika, a uglavnom 23,2% ispitanika. Pozitivnu konotaciju ovoj tvrdnji daje podatak da se nešto više od 23% ispitanika ne slaže s navedenom tvrdnjom.



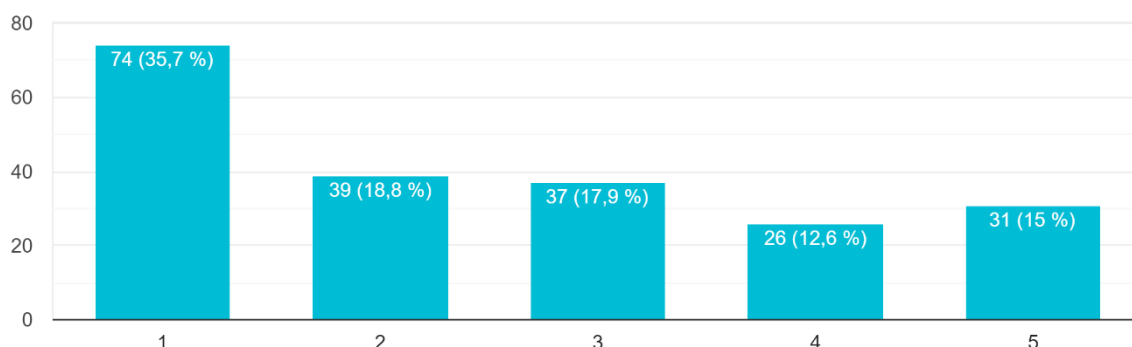
*Graf 8.3.2. Raspodjela odgovora za tvrdnju „Medicinska sestra/tehničar poštovala/o je moju i djetetovu osobnost“*

Roditelju hospitaliziranog djeteta od velike je važnosti izražavanje vlastitog mišljenja, uvažavanje istog i poštivanje prava djeteta kao bolesnika i roditelja. Na tvrdnju „U razgovoru sa medicinskom sestrom/tehničarem mogao/la sam slobodno izraziti svoje mišljenje i tražiti svoja prava“ više od 50 % roditelja uglavnom ili u potpunosti se slaže s tvrdnjom (graf 8.3.3.). Nešto manje od 25% roditelja smatra kako prilikom hospitalizacije djeteta u komunikaciji s medicinskom sestrom/tehničarem nisu mogli slobodno izraziti svoje mišljenje te kako nisu mogli tražiti svoja prava. Tek 18,4% ispitanika se s navedenom tvrdnjom niti slaže, niti ne slaže.

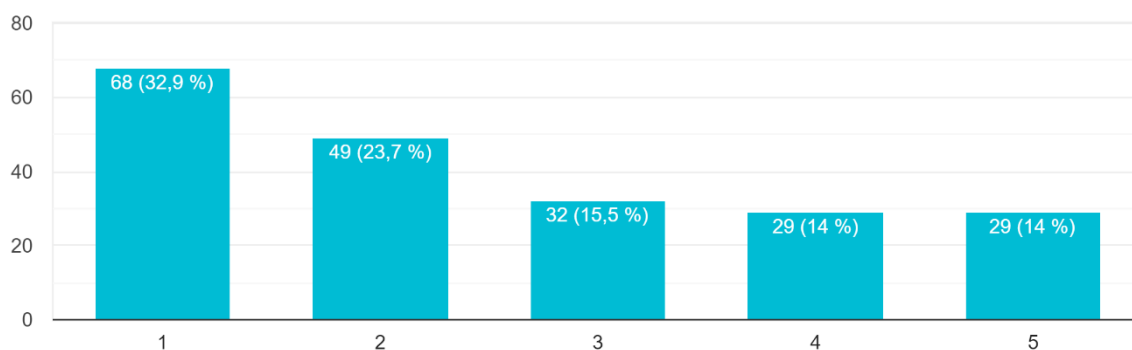


*Graf 8.3.3. Raspodjela odgovora na tvrdnju „U razgovoru sa medicinskom sestrom/tehničarem mogao/la sam slobodno izraziti svoje mišljenje i tražiti svoja prava“*

I u ovom dijelu upitnika najniže vrijednosti aritmetičke sredine zabilježene su kod tvrdnji koje su u sebi sadržavale negaciju, stoga se zaključuje kako su ispitanici zadovoljni u stvaranju ugodnog okruženja za vrijeme boravka djeteta u bolnici od strane medicinske sestre (graf 8.3.4.) te da su bili saslušani, postavili pitanja i iskazali svoje osjećaje (graf 8.3.5.). Naime, 35,7% ispitanika u potpunosti se nije složilo, dok 18,8% se uglavnom nije složilo s tvrdnjom kako medicinska sestra/tehničar nisu znali stvoriti ugodno okruženje za dijete u procesu hospitalizacije. Također, više od 55% ispitanika ne slaže se s tvrdnjom kako u razgovoru s medicinskom sestrom/tehničarem nisu imali mogućnost slušanja, postavljanja pitanja i iskazivanja osjećaja.



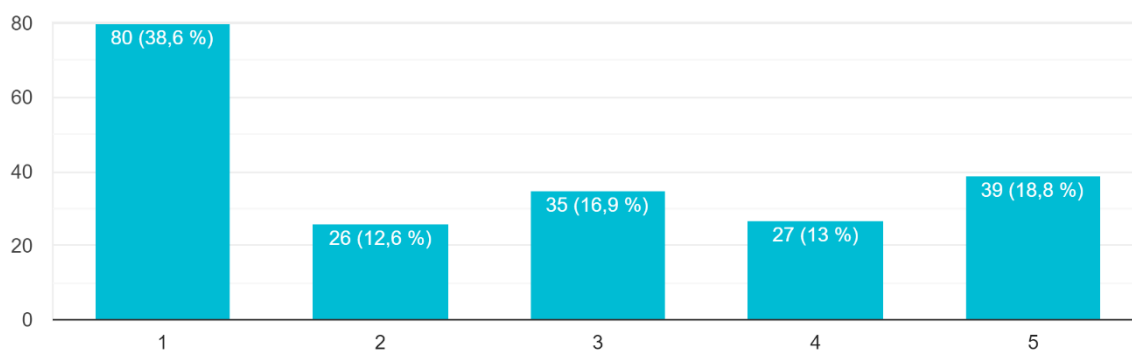
*Graf 8.3.4. Raspodjela odgovora za tvrdnju „Medicinska sestra/tehničar nije znala/o stvoriti ugodno okruženje u kojem priča šale i smije se zajedno s djetetom“*



*Graf 8.3.5. Raspodjela odgovora za tvrdnju „U razgovoru s medicinskom sestrom/tehničarem nisam imao/la mogućnost slušanja, postavljanja pitanja i iskazivanja osjećaja“*

Afirmacijska tvrdnja s najmanjom vrijednosti aritmetičke sredine (2,61) u ovom dijelu upitnika je „Medicinska sestra/tehničar se kod prvog kontakta predstavila imenom i prezimenom i navela svrhu svog dolaska“ što predstavlja mogući problem u ranom razvijanju povjerenja roditelja i djeteta prema medicinskoj sestri/tehničaru. S navedenom tvrdnjom

uopće se ne slaže 80 roditelja (38,6%), a uglavnom se ne slaže 26 roditelja (12,6%) što čini polovicu ispitanika (graf 8.3.6.).



*Graf 8.3.6. Raspodjela odgovora za tvrdnju „Medicinska sestra/tehničar se kod prvog kontakta predstavila imenom i prezimenom i navela svrhu svog dolaska“*

#### 8.4. Zadovoljstvo roditelja prema dobi hospitaliziranog djeteta

U tablici 8.4.1. prikazani su rezultati usporedbe dobivenih odgovora na temelju dobi hospitaliziranog djeteta.

Tablica 8.3.1. Usporedba dobivenih odgovora na temelju dobi hospitaliziranog djeteta

Tvrdnja	Starost hospitaliziranog djeteta				
	0-2 godine	3-6 godina	7-10 godina	11-14 godina	15-18 godina
Pružena zdravstvena skrb djetetu je bila u okviru mojih očekivanja.	3,87	4,09	4,20	4,15	4,20
Zadovoljan/a sam informiranošću o mogućim problemima koji mogu nastati kao posljedica bolesti djeteta.	3,33	3,72	4,00	4,15	4,20
Zadovoljan/a sam suradnjom medicinske sestre/tehničara s drugim članovima tima vezano uz bolest djeteta.	3,73	4,00	4,00	4,08	4,00
Medicinska sestra/tehničar me informirala/o o mojim pravima i obvezama.	3,28	3,50	3,76	3,92	4,20



Zadovoljan/a sam razumljivošću savjeta i uputa koje sam dobio/la od medicinske sestre/tehničara.	3,60	3,81	3,80	3,92	4,20
Od medicinske sestre/tehničara nisam naučio/la mnogo o bolesti djeteta i kako mu mogu pomoći.	2,61	2,74	2,24	2,38	3,50
Dijete se osjećalo mirno i sigurno uz medicinsku sestru/tehničara.	3,05	3,67	3,72	3,92	3,60
Dijete se veselilo dolasku medicinske sestre/tehničara u sobu tijekom hospitalizacije.	2,51	3,10	3,48	3,46	3,30
Medicinska sestra/tehničar dala/dao mi je nadu u pozitivan ishod skrbi.	3,57	4,07	4,12	4,00	3,60
Suradnja roditelja i djeteta s medicinskom sestrom/tehničarom bila je na visokoj razini.	3,62	3,78	4,04	3,92	4,00
Zadovoljan/a sam kvalitetom pružene zdravstvene skrbi djetetu od strane medicinske sestre/tehničara.	3,75	4,00	4,08	4,00	4,10
Informacija koju sam dobio/la od medicinske sestre/tehničara nisu bile sukladne informacijama koje sam dobio od drugih zdravstvenih djelatnika (liječnika, fizioterapeuta...)	2,28	2,21	2,44	2,08	2,00
Dolasci medicinske sestre/tehničara u obilazak djeteta bili su redoviti.	4,00	4,14	4,04	4,46	4,00
Medicinska sestra/tehničar dolazi u obilazak djeteta na poziv roditelja/djeteta.	4,16	4,31	4,16	3,54	4,60
U dovoljnoj mjeri sam bio educiran/a od strane medicinske sestre/tehničara da mogu provoditi njegu djeteta prema njegovim potrebama.	3,76	4,02	4,00	4,08	4,00
Medicinska sestra/tehničar je našao/la vremena za „moje“ probleme vezane za njegu bolesnog djeteta.	3,50	3,86	3,68	3,92	3,50
Medicinska sestra/tehničar se kod prvog kontakta predstavila imenom i prezimenom i navela svrhu svog dolaska.	2,46	2,68	2,76	2,77	3,10
Medicinska sestra/tehničar me slušala usredotočeno, s empatijom i prihvaćanjem.	3,16	3,57	3,68	3,62	3,60
Medicinska sestra/tehničar poštovala/o je moju i djetetovu osobnost.	3,46	3,55	3,60	4,00	3,90
Osjećao/la sam da me medicinska sestra/tehničar razumije.	3,20	3,53	3,48	3,77	3,90
Medicinska sestra/tehničar me prihvatila/o bez osude i pomogla/o mi da prihvatim trenutno stanje svog djeteta.	3,44	3,64	3,76	4,00	4,00
U razgovoru s medicinskom sestrom/tehničarom nisam imao/la mogućnost slušanja, postavljanja pitanja i iskazivanja osjećaja.	2,64	2,38	2,92	1,54	1,94
U razgovoru sa medicinskom sestrom/tehničarom mogao/la sam slobodno izraziti svoje mišljenje i tražiti svoja prava.	3,41	3,64	3,84	3,85	3,74

Medicinska sestra/tehničar nije znala/o stvoriti ugodno okruženje u kojem priča šale i smije se zajedno s djetetom.	2,72	2,41	2,32	1,77	2,12
Medicinska sestra/tehničar trebala/o bi u svom planu zdravstvene njege imati puno više vremena za roditelje.	3,78	3,48	3,20	2,92	3,04

Roditelji dviju najmlađih dobnih skupina u najvećoj mjeri bili su zadovoljni dolaskom medicinske sestre/tehničara u obilazak djeteta na njihov poziv ili na poziv djeteta. Tvrdnja s kojom su se u najmanjoj mjeri složili je „Informacija koju sam dobio/la od medicinske sestre/tehničara nisu bile sukladne informacijama koje sam dobio od drugih zdravstvenih djelatnika (liječnika, fizioterapeuta...)“ što zapravo govori u prilog zadovoljstvu dobivenim informacijama od strane medicinske sestre/tehničara i njihove sukladnosti među članovima tima.

Roditelji djece dobnih skupina od 7 do 10 godina u najvećoj mjeri složili su se s tvrdnjom kako je pružena zdravstvena skrb bila u okviru njihova očekivanja, dok je najniža razina slaganja zabilježena u tvrdnji „ Od medicinske sestre/tehničara nisam naučio/la mnogo o bolesti djeteta i kako mu mogu pomoći.“ što doprinosi pozitivnom poimanju medicinske sestre kao edukatora.

Roditelji djece dobnih skupina od 11 do 14 godina u najvećoj mjeri bili su zadovoljni redovitošću medicinske sestre obilaskom djeteta, dok su roditelji djece dobnih skupina od 15 do 18 godina u najvećoj mjeri bili zadovoljni obilaskom djeteta na njegov ili poziv roditelja. Roditelji obiju dobnih skupina najmanju razinu slaganja izrazili su u tvrdnji „ U razgovoru s medicinskom sestrom/tehničarem nisam imao/la mogućnost slušanja, postavljanja pitanja i iskazivanja osjećaja.“ što daje za zaključak kako su prilikom hospitalizacije mogli postaviti pitanje u vezi zdravstvenog stanja svojeg djeteta na koje su dobili odgovor i slobodno iskazati svoje osjećaje bez osuđivanja od strane medicinske sestre/tehničara.

Ukupna razina zadovoljstva zdravstvenom skrbi i komunikacijom od strane medicinske sestre/tehničara na temelju dobi hospitaliziranog djeteta prikazana je u Tablici 8.4.2. Iz nje je vidljivo kako su zdravstvenom skrbi i komunikacijom od strane medicinske sestre u najvećoj mjeri bili zadovoljni roditelji čija su hospitalizirana djeca bila u dobnj granici od 15 do 18 godina, a u najmanjoj roditelji čija djeca su prilikom hospitalizacije bila stara od 0 do 2 godine. Također, iz tablice se može zaključiti kako ukupna razina zadovoljstva roditelja s pruženom razinom

zdravstvenom skrbi i komunikacijom raste proporcionalno s porastom dobi hospitaliziranog djeteta.

Tablica 8.4.2. Prikaz ukupne razine zadovoljstva roditelja prema dobi djeteta

DOB DJETETA				
0-2 godine	3-6 godina	7-10 godina	11-14 godina	15-18 godina
3,29	3,49	3,55	3,50	3,58

## 9. RASPRAVA

Pružanje kvalitetne zdravstvene zaštite osnova je svakog zdravstvenog sustava te su danas razvijeni mnogi sustavi koji se time bave sve s ciljem pružanja što kvalitetnije skrbi bolesnicima. Jedan od mnogobrojnih načina procjene kvalitete pružene zdravstvene skrbi upravo je zadovoljstvo bolesnika i njegove obitelji te je cilj ovog istraživanja ispitati zadovoljstvo roditelja pruženom zdravstvenom skrbi djetetu od strane medicinske sestre tijekom hospitalizacije.

Djeca spadaju u najranjiviju skupinu bolesnika te je od velike važnosti pružiti im osjećaj sigurnosti u procesu dijagnosticiranja i liječenja, a posebice prilikom hospitalizacije, ukoliko je ona neizbježna. Hospitalizacija djeteta izazovan je proces za samo dijete, ali i njegovu obitelj. U tom procesu dijete je okruženo velikim brojem zdravstvenih stručnjaka, no u najužem odnosu je s medicinskim sestrama/tehničarima koji su temelj u pružanju zdravstvene skrbi bolesnom djetetu i njegovoj obitelji. Posljednjih tridesetak godina velika pažnja pridaje se razvijanju humanizacije bolničkog liječenja što doprinosi stvaranju bolje bolničke atmosfere, lakšu adaptaciju djece i roditelja na proces hospitalizacije, kvalitetniju skrb i uspješniji timski rad. Medicinske sestre/tehničari čine veliku kariku u tome lancu i u stalnoj su komunikaciji s djetetom i roditeljima te je stoga od velike važnosti da budu susretljivi, empatični, puni razumijevanja, kreativni, stručni i profesionalni.

Medicinska sestra/tehničar u pedijatriji djelujući u multidisciplinarnom timu osigurava provođenje adekvatne zdravstvene skrbi hospitaliziranog djeteta. Njezina uloga očituje se u praćenju zdravlja malih pacijenata, pružanju njege i podrške tijekom cijelog liječenja. Važna odlika pedijatrijske medicinske sestre/tehničara je brižno ponašanje što podrazumijeva pažljivo slušanje, utjehu, iskrenost, strpljenje, odgovornost, pružanje informacija, dodir, osjetljivost, poštovanje, oslovljavanje pacijenta imenom [20]. Navedeno doprinosi kvalitetnijem odnosu medicinska sestra-dijete-roditelj. Stjecanje sigurnosti ima važnu ulogu u formiranju zadovoljstva sestrinskom skrbi, a pojedine karakteristike konteksta skrbi imaju presudan učinak na intenzitet ili slabost razvijenog povjerenja. Razvijena sigurnost rezultira povjerenjem u primljenu skrb, što dodatno naglašava važnost napora medicinskih sestara u pružanju adekvatne skrbi.

Suvremena pedijatrijska zdravstvena skrb usmjerena je na cijelu obitelj što podrazumijeva suradnju medicinske sestre i obitelji u planiranju pružanja i procjene skrbi s ciljem razvijanja

najboljeg plana zbrinjavanja djeteta. Zadovoljstvo roditelja ili djeteta (pacijenta) značajan je pokazatelj kojim se ocjenjuje kvaliteta zdravstvene skrbi pružene od strane medicinske sestre/tehničara [21].

U ovom istraživanju roditelji su iskazali vrlo visoku razinu zadovoljstva kvalitetom pružene zdravstvene skrbi. Na Likertovoj ljestvici od 1 do 5 25,6% roditelja odabralo je ocjenu 4 što podrazumijeva da su uglavnom zadovoljni, dok se 42% roditelja odlučilo za ocjenu 5 što znači da se u potpunosti slažu. Također, većina smatra da je pružena zdravstvena skrb od strane medicinske sestre/tehničara bila u okviru njihovih očekivanja. Aritmetička sredina za ovu tezu iznosi 4,0. U istraživanjima provedenim u Republici Hrvatskoj došlo se do sličnih zaključaka vezano uz zdravstvenu skrb djeteta [22,23,24]. U istraživanju autorice Jurić (2016) provedeno u Klinici za Dječje bolesti Zagreb podjednak je broj ispitanika smatrao skrb odličnom (42,5%) i vrlo dobrom (42,5%) [22]. Slični podaci zabilježeni su u istraživanju autorice Miočić provedenog u Općoj bolnici Zadar. Na skali Kvaliteta zdravstvene skrbi i ophođenje prema pacijentima kao i na skali Informiranost o stanju djeteta i uključenost u liječenje u obje skupine roditelja (ispitivanje se provodilo na odjelu pedijatrije i na odjelu dječje kirurgije) zabilježeni su prosječni odgovori iznad 4,2 (medijani iznad 4,5) što predstavlja visoko iznadprosječan rezultat uzimajući u obzir da je maksimalni mogući odgovor mogao biti 5 [23].

Osim primjene vještina sestrinske prakse od medicinskih sestara/tehničara očekuje se da u svakoj prilici budu dostupni bolesniku kada je to potrebno osiguravajući mu privatnost, razumljive informacije, prikladan i razumljiv rječnik, brzu i točnu reakciju na njihov zahtjev, te da pacijenta slušaju i uvažavaju njegove individualne karakteristike. Dostupnost medicinske sestre/tehničara i dolazak na poziv pacijenta ili roditelja ukoliko je riječ o boravku roditelja za vrijeme hospitalizacije djeteta predstavlja ključan je element u procjeni zadovoljstva pruženom zdravstvenom skrbi od strane medicinske sestre/tehničara. Dijete i roditelji u proces hospitalizacije ulaze s povećom količinom straha i tjeskobe ne znajući što mogu očekivati od bolesti koja ih je zadesila. Vrlo često se nalaze u začaranom krugu pitanja na koje ne mogu sami dokučiti odgovor. Ukoliko je riječ teškoj bolesti djeteta te je potrebna specifična njega, roditelji se susreću sa dodatnim strahom i neznanjem koje uvelike utječe na njihovo mentalno zdravlje. Stoga, je vrlo važno, osobito prilikom boravka djeteta u bolnici, da medicinska sestra/tehničar pokaže razumijevanje i bude dostupna pacijentu/roditelju te im pruži informacije o bolesti, provođenju terapije i slično. Rezultati istraživanja upućuju na visoku razinu zadovoljstva roditelja vezano uz dostupnost medicinske sestre/tehničara. Naime, 54,1% roditelj (N=112) u potpunosti je zadovoljno, dok 19,3% roditelja (N=40) je uglavnom zadovoljno s redovitošću

dolaska medicinske sestre/tehničara u obilazak djeteta. Svega 5,8% (N=12) u potpunosti nije zadovoljno s redovitošću obilaska djeteta tijekom hospitalizacije. Koliko su medicinske sestre/tehničari dostupni na poziv djeteta/roditelja ispitano je pomoću tvrdnje „Medicinska sestra/tehničar dolazi u obilazak djeteta na poziv roditelja/djeteta.“ Gdje je također zabilježena visoka razina zadovoljstva roditelja: 57,5% ispitanika u potpunosti je zadovoljno, dok 18,8% je uglavnom zadovoljno. Istraživanje provedeno u Grčkoj 2011.godine rezultiralo je nezadovoljstvom po pitanju dostupnosti medicinske sestre/tehničara i ostvarivanju kontakta. Naime, roditelji su bili nezadovoljni razinom osobnog kontakta sa zdravstvenim radnicima. Točnije, oko polovice roditelja uopće nije bilo zadovoljno osobnim kontaktom s medicinskim sestrama ( $n = 108$ , 52,42%) [25]. Razvijanje partnerskog odnosa između medicinske sestre/tehničara i roditelja važan je preduvjet u provedbi kvalitetne skrbi za dijete. Usmjerenost medicinske sestre/tehničara na obitelj, odnosno roditelja, uspostava suradnje i komunikacija osnove su zdravog partnerskog odnosa tijekom boravka djeteta u bolnici. Partnerstvo osnažuje roditelje, a sestri/tehničaru omogućuje učinkovitiji rad te iziskuje visoku razinu slušanja i komunikaciju [21]. Da je suradnja roditelja i djeteta s medicinskom sestrom/tehničarom bila je na visokoj razini i da je važna dokazuju i pozitivni rezultati u ovom istraživanju. Naime, 74 roditelja u potpunosti se složilo, a 50 roditelja se uglavnom složilo s navedenim što je otprilike 60% ispitanika. Također, većina roditelja smatra, odnosno zadovoljna je s suradnjom medicinske sestre/tehničara s ostalim članovima tima. U istraživanju Segers i suradnika (2018.) provedenog u neonatalnoj jedinici intenzivne njege, zadovoljstvo roditelja povećalo se kada se poboljšala suradnja između roditelja i zdravstvenog djelatnika [26].

Uz suradnju roditelja i medicinske sestre/tehničara usko je povezana informiranost i edukacija roditelja. Svakom roditelju je važno da bude upućen u stanje svog djeteta, moguće načine pomoći i podrške stoga je važno da ga medicinska sestra/tehničar uputi u navedeno i ako je potrebno, educira. Prema Zakonu o zaštiti prava pacijenata, pacijent (ako je maloljetan, onda roditelj) ima pravo biti obaviješten o trenutnom stanju, načinima liječenja i mogućim ishodima na razumljiv način s obzirom na dob, obrazovanje i mentalne sposobnosti [27]. Informiranje pacijenta/roditelja od strane medicinske sestre/tehničara čin je poštovanja prema pacijentu. Također, točne i stručne informacije uz dozu empatije kod pacijenta rezultiraju smirenošću, otklanjanjem sumnje i straha, sigurnošću i povjerenjem prema medicinskoj sestri/tehničaru. Više od 60% ispitanika smatra da su informacije koje su dobili od medicinske sestre/tehničara bile sukladne informacijama koje su dobili od drugih

zdravstvenih djelatnika (liječnika, fizioterapeuta...) te da su dobivene informacije bile razumljive.

U posljednjim godinama edukacija pacijenta sve više je prisutna u zdravstvenoj skrbi te joj se pridaje velika važnost. Pacijent, u ovom slučaju i roditelj, aktivni su članovi zdravstvenog tima i od njih se očekuje aktivno sudjelovanje u procesu zdravstvene skrbi i njen nastavak u kućnim uvjetima. Kako bi razumjeli trenutno zdravstveno stanje i upravljali njime, potrebno je dobro osposobiti i educirati pacijenta i obitelj [28]. To je uloga svih profesionalaca unutar zdravstvenog sustava, a brojni autori smatraju kako medicinske sestre/tehničari čine njihov najveći dio te su najviše uključene u edukacijske aktivnosti i programe [29, 30, 31]. Edukacija od strane medicinskih sestara/tehničara kroz godine se mijenjala. U početku je ona bila usmjerena na bolest, a danas je usmjerena na osnaživanje pacijenata da ostvare svoje potencijale pritom uključujući obitelj [29]. Učinkovitost edukacije uvelike ovisi o osposobljenosti medicinske sestre/tehničara u procjeni potreba i mogućnosti djeteta i roditelja te određivanju razine edukacije primjerene za svakog pojedinca. Edukacija započinje od trenutka kada je pacijent (dijete) zaprimljen u bolnicu i nastavlja se do njegovog otpusta, a usmjerena je na samo dijete, ali i na roditelja. Medicinske sestre trebaju iskoristiti svaku priliku tijekom boravka pacijenta da ga pouče o samozbrinjavanju. Bez odgovarajuće edukacije, odlazak kući praćen je nastavkom s nezdravih navika ili zanemarivanjem upravljanja djetetovim zdravstvenim stanjem. Ove radnje mogu dovesti do recidiva i povratka u bolnicu. Edukacija djeteta i roditelja od strane medicinske sestre/tehničara sadrži sljedeće smjernice :

- Koraci brige o sebi/djetetu koje moraju poduzeti
- Važnost održavanja brige o sebi/djetetu
- Kako prepoznati znakove upozorenja
- Što učiniti ako se pojavi problem
- Kome se mogu obratiti ako imaju pitanja [32].

U istraživanju Mee-Younga (2005) koje govori o percepciji medicinskih sestara o njihovoj ulozi u edukaciji pacijenata utvrđuje se da medicinske sestre smatraju edukaciju pacijenata sastavnim dijelom njihova rada, ali je ona nedostatna zbog vremenskih ograničenja [33]. Rezultati istraživanja pozitivni su iz aspekta edukacije. Naime, 137 od 207 roditelja u potpunosti ili

uglavnom se slaže da su u dovoljnoj mjeri educirani od strane medicinske sestre/tehničara da mogu provoditi njegu djeteta prema njegovim potrebama.

Kako dijete doživljava medicinsku sestru/tehničara iz roditeljskog aspekta ispitano je tvrdnjom: „Dijete se veselilo dolasku medicinske sestre/tehničara u sobu tijekom hospitalizacije“, a rezultat je aritmetičke sredine 2,89 što daje do znanja da se većina ispitanika ne slaže s navedenom tvrdnjom. Ovaj podatak ni ne čudi. Dijete koje boravi u bolnici povećanog je straha i tjeskobe i iako je u najbližem kontaktu s medicinskom sestrom svjesno je da provođenje njege i dijagnostike ponekad obuhvaća bolne i neugodne postupke. Kod izrazito male djece hospitalizacija predstavlja izrazito veliki strah te je posebno izražen tzv. „strah od bijele kute“ pa su reakcije žustrije.

Komunikacija je najvažnija stavka u kvalitetnom pristupu medicinske sestre/tehničara djetetu i roditeljima kako bi što lakše prihvatili proces hospitalizacije. Od velike je važnosti da medicinska sestra/tehničar prilagodi način komunikacije s djetetom ovisno o njegovoj dobi, kognitivnoj i emocionalnoj zrelosti, razvoj fazi i individualnim karakteristikama [34]. U komunikaciji s djetetom i roditeljima nužan je empatičan pristup medicinske sestre radi visoke razine straha i tjeskobe. Prema Kim i suradnicima (2004), upotreba empatijskih komunikacijskih vještina jedan od najboljih načina povećavanja zadovoljstva pacijenata te bolnice s više empatičnim zdravstvenim djelatnicima imaju prednost nad bolnicama s manje empatičnim djelatnicima [35]. Iskazivanje poštovanja osobnosti i dostojanstva djeteta i njegovih roditelja osnova je koncepta skrbi usmjerene na obitelj. Rezultati istraživanja upućuju kako su roditelji zadovoljni s razinom prihvaćanja i poštovanja od strane medicinske sestre/tehničara. Naime, većina njih slaže se s tvrdnjom kako ih je medicinska sestra prihvatila bez osuda (aritmetička sredina 3,59) te da je poštovala njihovu i djetetovu osobnost (aritmetička sredina 3,56).

Također je važno omogućiti roditelju da iskaže svoje osjećaje, slušati ga, biti strpljiv i potaknuti ga na postavljanje pitanja o svemu što ga zanima [15]. Rezultati istraživanja upućuju na zaključak kako su roditelji u razgovoru s medicinskom sestrom/tehničarem mogli izraziti svoje mišljenje i tražiti svoja prava: 57% ispitanih roditelja u potpunosti ili uglavnom se slaže s navedenim. Također, u velikoj mjeri smatraju da su u razgovoru s medicinskom sestrom/tehničarem imali mogućnost slušanja, postavljanja pitanja i iskazivanja osjećaja. Unazad par godina sve više istraživanja izvještava o visokoj razini zadovoljstva roditelja komunikacijom s medicinskom sestrom/tehničarem [22,23,24,36,37,38].



Stvaranje ugodnog okruženja tijekom boravka u bolnici uvelike doprinosi kvaliteti zdravstvene skrbi. Kada se govori o pedijatrijskoj skupini bolesnika ono je nužno za sprječavanje ili minimaliziranje simptoma hospitalizma i uspostavljanju partnerskog odnosa djeteta – medicinska sestra/tehničar – roditelj. Medicinska sestra/tehničar uvelike doprinosi tome na način da okolinu djeteta učini što sličnijom onoj kod kuće. Tome doprinose osmišljeni i adekvatno opremljeni prostori za igru, učenje i razonodu. Odgovarajuća likovna rješenja u dječjim bolničkim prostorima osiguravaju pozitivnu distrakciju kako djece tako i roditelja u pratnji te ublažavaju psihološke reakcije djeteta na hospitalizaciju [39]. Uz stvaranje takozvane kućne atmosfere, stvaranju ugodnog okruženja uvelike doprinosi i odnos medicinske sestre/tehničara prema djetetu i roditelju. Osim opisanih karakteristika sestre/tehničara u jednom od prethodnih poglavlja važno je stvaranje povjerljivog odnosa s bolesnim djetetom i obitelji, poštivanje kulturalnih normi i odgojnih obrazaca te uspostava profesionalnog, ali i prijateljskog odnosa. Zadovoljstvo roditelja bolničkim okruženjem iz aspekta medicinske sestre/tehničara ispitano je tvrdnjom koja je u sebi sadržavala negaciju. Ispitivanje tvrdnje „Medicinska sestra/tehničar nije znao/la stvoriti ugodno okruženje u kojem priča šale i smije se s djetetom“ rezultiralo je aritmetičkom sredinom 2,52 što je vrlo pozitivno pošto je riječ o negacijskoj tvrdnji. Naime, 35,7% (N=74) ispitanika u potpunosti se složilo s tvrdnjom, a 18,8% (N=39) ispitanika se uglavnom složilo, što činu većinu ispitanih.

Negativan rezultat zabilježen je prilikom ispitivanja zadovoljstva roditelja prvim kontaktom s medicinskom sestrom/tehničare. Na tvrdnju „ Medicinska sestra/tehničar se kod prvog kontakta predstavila imenom i prezimenom i navela svrhu svog dolaska“ 80 ispitanika navelo je da se u potpunosti ne slaže s tvrdnjom, a 26 da se uglavnom ne slaže, što u konačnici čini više od polovice ispitanih. Slični rezultati potvrđeni su u istraživanju Smoleña i Ksykiewiczza [40] kao i Kruszecka-Krówka et al. [41] gdje je uočena relativno niska razina zadovoljstva ispitanika tvrdnjom „Roditelji su znali kako se zove medicinska sestra koja brine o njihovu djetetu“. Nedostatak prakse članova medicinskog tima da se pacijentima i njihovim obiteljima predstavljaju imenom može utjecati na njihov osjećaj sigurnosti, povećati dezorijentiranost i izazvati negativne emocije. Kazimierczak i sur. također su izvijestili o navedenom problemu: 79% medicinskih sestara priznalo je da se nije predstavilo pacijentima i njihovim obiteljima, a samo 33% članova medicinskog tima izjavilo je da nosi ID iskaznice [42]. Osvještavanje članova medicinskog tima o važnosti predstavljanja imenom i funkcijom, pacijentima i roditeljima uvelike će doprinijeti poboljšanju percepcije sestrinske skrbi. Mogući razlozi nepredstavljanja su: nedostatak vremena, manjak osoblja, fokus na liječenje,

izbjegavanje emocionalnih opterećenja ili osobni problemi. Uspostavljanje dobroga komunikacijskog odnosa s bolesnikom medicinska sestra će lakše postići ako je prvi kontakt iskoristila da se predstavi i dogovori oslovljavanje s bolesnikom.

## 10. ZAKLJUČAK

Ispitivanje zadovoljstva roditelja pruženom zdravstvenom skrbi i komunikacijom vodeći su indikator kvalitete pedijatrijske skrbi. Pristupačnost, razumijevanje, empatičnost, humanost, stručnost i komunikativnost odlike su medicinske sestre/tehničara koje uvjetuju razinu zadovoljstva roditelja tijekom hospitalizacije djeteta. Razina zadovoljstva roditelja najjače je određena zadovoljstvom roditelja odnosom medicinskih sestara prema djetetovoj obitelji i osjećajem sigurnosti pacijenata tijekom hospitalizacije. Uspoređujući razinu zadovoljstva zdravstvenom skrbi s razinom zadovoljstva komunikacijom uočena je razlika. Naime, roditelji su zadovoljniji pruženom zdravstvenom skrbi, u odnosu na komunikaciju. Ova činjenica govori u prilog tome da je nužno da medicinska sestra/tehničar tijekom školovanja i rada razvija i implementira stečene komunikacijske vještine, bude dobar sugovornik, a prije svega slušatelj.

Upitnici zadovoljstva roditelja o pruženoj zdravstvenoj skrbi djetetu od strane medicinske sestre/tehničara korisni su za ukazivanje na područja zdravstvene skrbi u kojima postoje nedostaci. Slijedom navedenog postoji potreba za kreiranjem standardiziranog mjernog instrumenta koji bi se koristio na pedijatrijskim odjelima diljem države. Na taj način dobio bi se bolji uvid u aktualne probleme što bi rezultiralo formuliranjem strategija za povećanje zadovoljstva hospitalizirane djece i njihovih roditelja te u konačnici rezultiralo poboljšanjem kvalitete pedijatrijske skrbi.

## 11. LITERATURA

1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2023\\_03\\_33\\_582.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2023_03_33_582.html) Pristupljeno: 14.8.2023.
2. Grgurić J. Program „Dječji bolnički odjeli – prijatelji djece“. *Paediatrica Croatica*. 2003; 47 (1): 3-8.
3. Powell C. United Nations Convention on the Rights of the Child in acute paediatrics, *Archives of Disease in Childhood* 2019;104:971.
4. Okunola I, Olaogun AA, Chinma Adereti S, Ajao, Bankole A, Oyibocho E, Olayinka RN Paediatric Parents and Nurses Perception of Family – Centered Nursing Care in Southwest Nigeria, *International Journal of Caring Sciences*; January– April 2017; Vol 10 | Issue 1| Page 67.
5. Southall D, Burr S, Smith R, Bull D, Radford A, Williams A i sur. The Child-Friendly Healthcare Initiative (CFHI): Healthcare Provision in Accordance With the UN Convention on the Rights of the Child. *Pediatrics*. 2000;106(5):1054-1064.
6. <https://savez-dnd.hr/za-osmijeh-djeteta-u-bolnici/> Pristupljeno: 14.8.2023.
7. Committee on Hospital Care. American Academy of Pediatrics. Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 2003; 112(3 Pt 1), 691–697.
8. COMMITTEE ON HOSPITAL CARE and INSTITUTE FOR PATIENT- AND FAMILY-CENTERED CARE. Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 2012; 129(2), 394–404. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>
9. Crossley T, Abedin L. For and against: doctor and nurses should monitor each other's performance. *BMJ* (2000.) 320: 1070-1
10. Radonić, M. Hospitalizacija djeteta i emocionalni problemi nakon hospitalizacije. U: A. Čović i M. Radonić (ur.), *Bioetika i dijete: moralne dilemu u pedijatriji* (str. 215- 231). Zagreb: Pergamena i Hrvatsko društvo za preventivnu i socijalnu pedijatriju, 2011.
11. Havelka M. *Zdravstvena psihologija*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Viša medicinska škola; 1982
12. Puljak Iričanin Z. *Hospitalizacija*. Katedra za zdravstvenu psihologiju, Zagreb. Preuzeto: 14.08.2023. Dostupno na: <https://ldap.zvu.hr/~zrinka/PDFzaweb/HOSPITALIZACIJAZaWEB.pdf>
13. Čančar Antolović I. *Djeca i bolničko liječenje*. Preuzeto: 14.08.2023. Dostupno na: <http://www.pjesmicezadjecu.com/zdravlje/djeca-i-bolnicko-lijecenje.html>

14. Axton S.E., Fugate T. Pediatric Nursing Care Plans for the Hospitalized Child 3rd Edition, Pearson Prentice Hall, 2009
15. Kocijan Hercigonja, D. Uspješna komunikacija s djecom i adolescentima kao značajan čimbenik u procesu liječenja. Glasnik HKLD, 2009; 19(3), 15-17.
16. Risser N. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. Nurs. Res. 1975;24:45–52. doi: 10.1097/00006199-197501000-00011
17. Foster, M.; Whitehead, L.; Arabiat, D.; Frost, L. Parents' and staff perceptions of parental needs during a child's hospital admission: An Australian study. J. Pediatr. Nurs. 2018, 43, e2–e9.
18. Abuqamar, M.; Arabiat, D.H.; Holmes, S. Parents' Perceived Satisfaction of Care, Communication and Environment of the Pediatric Intensive Care Units at a Tertiary Children's Hospital. J. Pediatr. Nurs. 2016, 31, e177–e184.
19. Ibrahim M.M., El-Khedr S.M. The relationship between nurses' burnout and mothers' satisfaction with pediatric nursing care. Int. J. Curr. Res. 2013;5:1902–1907.
20. Evans M.; Supporting parents with children hospitalized in the pediatric intensive care unit; ProQuest LLC, 2017
21. Watson J, Foster R. The Attending Nurse Caring Model: integrating theory, evidence and advanced caring–healing therapeutics for transforming professional practice; Journal of Clinical Nursing 2003; 12: 360 – 365.
22. Jurić, M. Zadovoljstvo roditelja zdravstvenom skrbi djece u Klinici za dječje bolesti Zagreb (diplomski rad) 2016. Dostupno na: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/mefos:68/preview>
23. Miočić, I. Roditeljska percepcija kvalitete zdravstvene skrbi tijekom hospitalizacije, Diplomski rad, Sveučilište u Zadru, Zadar 2021. Dostupno na: <https://repositorij.unizd.hr/islandora/object/unizd%3A6343/datastream/PDF/view>
24. Mermolja, T. ZADOVOLJSTVO RODITELJA ZDRAVSTVENOM SKRBI DJECE U OŽB POŽEGA. Hrana u zdravlju i bolesti, Specijalno izdanje (11. Štamparovi dani),2019; 28-29. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/232926>
25. Matziou, V., Boutopoulou, B., Chrysostomou, A., Vlachioti, E., Mantziou, T., & Petsios, K. Parents' satisfaction concerning their child's hospital care. Japan journal of nursing science,2011; 8(2), 163-173.
26. Segers, E., Ockhuijsen, H., Baarendse, P., van Eerden, I., & van den Hoogen, A. The impact of family centred care interventions in a neonatal or paediatric intensive care

- unit on parents' satisfaction and length of stay: a systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 50, 2019; 63-70.
27. Hrvatski sabor, Zakon o zaštiti prava pacijenata RH, u: Narodne novine 169/04. Dostupno na: [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2004\\_12\\_169\\_2953.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2004_12_169_2953.html)
  28. Fereidouni Z., Sarvestani RS., Hariri G., Kuhpaye SA., Amirkhani M., Kalyani MN. Moving Into Action: The Master Key to Patient Education. *J Nurs Res.* 27 (1); 2019: 1-8
  29. Aghakhani N., Nia HS., Ranjbar H., Rahbar N., Beheshti Z. Nurses' attitude to patient education barriers in education hospitals of Urmia University of Medical Sciences. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 17 (1); 2012: 12-5.
  30. Maldonato A., Segal P., Golay A. The diabetes education study group and its activities to improve the education of people with diabetes in Europe. *Patient Education and Counseling*, 44 (1); 2001: 87-94.
  31. Oyetunde MO., Akinmeyer AJ. Factors Influencing Practice of Patient Education among Nurses at the University College Hospital, Ibadan. *Open Journal of Nursing.* 5; 2015: 500-507.
  32. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/health-safety/immunize/patient-education>
  33. Mee-Young P. Nurses' Perception of Performance and Responsibility of Patient Education. *Journal of Korean Academy of Nursing.* 35 (8);2005:1514-1521.
  34. Kolak Ž. i sur. Dječja igra u humanizaciji boravka djece u bolnici. *Fiz Rehabil med.* 2013; 25 (1-2): 42-49.
  35. Kim, S. S., Kaplowitz, S., Johnston, M. V. The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance. *Evaluation and The Health Professionals*, 27(3), 2004; 237- 251.
  36. Russell, G., Sawyer, A., Rabe, H. et al. Parents' views on care of their very premature babies in neonatal intensive care units: a qualitative study. *BMC Pediatr* 14, 230 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-230>
  37. Hill, Carrie et al. "Family-Centered Care From the Perspective of Parents of Children Cared for in a Pediatric Intensive Care Unit: An Integrative Review." *Journal of pediatric nursing* vol. 41 (2018): 22-33. doi:10.1016/j.pedn.2017.11.007
  38. Beštek, D. Zadovoljstvo roditelja hospitalizirane djece komunikacijom sa zdravstvenim djelatnicima, Diplomski rad, Medicinski fakultet, Zagreb, 2014. Dostupno na: file:///C:/Users/nzaplatic/Downloads/bestak\_dragica\_mef\_2014\_diplo\_sveuc.pdf

39. Grgurić J. Dijete u bolnici- bolnice koje promiču zdravlje. Zagreb: Savez društava „ Naša djeca“ Hrvatske “ Za osmijeh djeteta u bolnici“2018.
40. Smoleń E, Ksykiewicz DA. Nurses' professionalism as a component of evaluation of parents/caregivers satisfaction with nursing care. *Med Pr* 2015; 66: 549-556
41. Kruszecka-Krówka A, Smoleń E, Cepuch G, Piskorz-Ogórek K, Perek M, Gniadek A. Determinants of parental satisfaction with nursing care in paediatric wards – a preliminary report. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16: 284
42. Kazimierczak M, Grzymała-Turzańska B, Kobiółka A. Specyfika opieki nad nieletnim pacjentem w oddziale chirurgii dziecięcej. *Pielęg Pol* 2016; 3: 403-414.

## Popis grafova i tablica

Graf 8.1. Raspodjela ispitanika prema spolu djeteta (Izvor: autor)

Graf 8.2.1. Raspodjela odgovora na tvrdnju „Pružena zdravstvena skrb djetetu je bila u okviru mojih očekivanja“

Graf 8.2.2. Raspodjela odgovora na tvrdnju „Zadovoljan/a sam kvalitetom pružene zdravstvene skrbi djetetu od strane medicinske sestre/tehničara“

Graf 8.2.3. Raspodjela odgovora na tvrdnju „Dolasci medicinske sestre/tehničara u obilazak djeteta bili su redoviti“

Graf 8.2.4. Raspodjela odgovora na tvrdnju „Medicinska sestra/tehničar dolazi u obilazak djeteta na poziv roditelja/djeteta“

Graf 8.2.5. Raspodjela odgovora na tvrdnju „U dovoljnoj mjeri sam bio educiran/a od strane medicinske sestre/tehničara da mogu provoditi njegu djeteta prema njegovim potrebama“

Graf 8.2.6. Raspodjela odgovora na tvrdnju „Od medicinske sestre/tehničara nisam naučio/la mnogo o bolesti djeteta i kako mu mogu pomoći“

Graf 8.2.7. Raspodjela odgovora na tvrdnju „Informacija koju sam dobio/la od medicinske sestre/tehničara nisu bile sukladne informacijama koje sam dobio od drugih zdravstvenih djelatnika (liječnika, fizioterapeuta...)

Graf 8.2.8. Raspodjela odgovora za tvrdnju „Dijete se veselilo dolasku medicinske sestre/tehničara u sobu tijekom hospitalizacije“

Graf 8.3.1. Raspodjela odgovora na tvrdnju „Medicinska sestra/tehničar me prihvatila/o bez osude i pomogla/o mi da prihvatim trenutno stanje svog djeteta“

Graf 8.3.2. Raspodjela odgovora za tvrdnju „Medicinska sestra/tehničar poštovala/o je moju i djetetovu osobnost“

Graf 8.3.3. Raspodjela odgovora na tvrdnju „U razgovoru sa medicinskom sestrom/tehničarem mogao/la sam slobodno izraziti svoje mišljenje i tražiti svoja prava“

Graf 8.3.4. Raspodjela odgovora za tvrdnju „Medicinska sestra/tehničar nije znala/o stvoriti ugodno okruženje u kojem priča šale i smije se zajedno s djetetom“



Graf 8.3.5. Raspodjela odgovora za tvrdnju „U razgovoru s medicinskom sestrom/tehničarem nisam imao/la mogućnost slušanja, postavljanja pitanja i iskazivanja osjećaja“

Graf 8.3.6. Raspodjela odgovora za tvrdnju „Medicinska sestra/tehničar se kod prvog kontakta predstavila imenom i prezimenom i navela svrhu svog dolaska“

Tablica 8.1. Raspodjela hospitalizirane djece prema kriteriju dobi

Tablica 8.2.1. Raspodjela frekvencije odgovara vezano uz zadovoljstvo roditelja pruženom zdravstvenom skrbi

Tablica 8.2.2. Rezultati deskriptivne statistička analize zadovoljstva roditelja zdravstvenom skrbi hospitaliziranog djeteta

Tablica 8.3.1. Raspodjela frekvencije odgovara vezano uz zadovoljstvo roditelja komunikacijom medicinske sestre/tehničara

Tablica 8.3.2. Rezultati deskriptivne statistička analize zadovoljstva roditelja komunikacijom medicinske sestre/tehničara

Tablica 8.4.1. Usporedba dobivenih odgovora na temelju dobi hospitaliziranog djeteta

Tablica 8.4.2. Prikaz ukupne razine zadovoljstva roditelja prema dobi djeteta

Slika 3.1. Prikaz nekih od načela modela „Skrbi usmjerene na obitelj“

Slika 6.1. Primjer slikovnice za pripremu djeteta za proces hospitalizacije



### IZJAVA O AUTORSTVU

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 privajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, ROBERT DEGAC (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZADVOJSTVO RODITELJA ZNANSTVENOM SLUŽBI DJETETA OD STRANKE IZVEDENJE SJESTRE/TEHNIČKOGA TILAVOSTI (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)

DEGAC  
(vlastoručni potpis)

Sukladno čl. 83. 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.

Sukladno čl. 111. Zakona o autorskom pravu i srodnim pravima student se ne može protiviti da se njegov završni rad stvoren na bilo kojem studiju na visokom učilištu učini dostupnim javnosti na odgovarajućoj javnoj mrežnoj bazi sveučilišne knjižnice, knjižnice sastavnice sveučilišta, knjižnice veleučilišta ili visoke škole i/ili na javnoj mrežnoj bazi završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice, sukladno zakonu kojim se uređuje znanstvena i umjetnička djelatnost i visoko obrazovanje.