

Mišljenja roditelja o "bolnici - prijatelju djece"

Vukašinović, Maja

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:152:680861>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-23**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the Faculty of Medicine Osijek](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK
Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstvo

Maja Vukašinić

MIŠLJENJA RODITELJA O
„BOLNICI – PRIJATELJU
DJECE“

Završni rad

Osijek, 2017.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstvo

Maja Vukašinić

**MIŠLJENJA RODITELJA O
„BOLNICI – PRIJATELJU
DJECE“**

Završni rad

Osijek, 2017.

Rad je ostvaren na Klinici za pedijatriju u Kliničkom bolničkom centru Osijek.

Mentor rada: izv.prof.dr.sc. Vesna Milas

Rad sadrži 29 listova i 9 tablica.

Zahvale

Zahvaljujem svojoj mentorici izv.prof.dr.sc. Vesni Milas na pomoći pri izradi ovog završnog rada. Isto tako, zahvaljujem mag. med. techn. Vesni Bušac, na suglasnosti za korištenje anketnog upitnika iz diplomskog rada "Stavovi roditelja o bolnici kao prijatelju djece", Sveučilišnog diplomskog studija sestrinstva, MEF Zg iz 2014. godine.

Hvala svim mojim kolegama i prijateljima što su bili uz mene, bez kojih bi studentski život bio puno teži.

Najveće hvala mojoj obitelji, na ogromnoj podršci i razumijevanju tijekom studiranja.

SADRŽAJ:

1. UVOD	1
1.1. Povijesni pregled hospitalizacije djece.....	2
1.2. Bolničko zbrinjavanje djece danas	3
1.3. Suvremeni stavovi o radu s djecom u bolnici.....	4
1.4. Potrebe hospitaliziranog djeteta	5
1.5. Dječji bolnički odjeli – bolnica: prijatelj djece	6
2. CILJ	8
3. ISPITANICI I METODE	9
3.1. Ustroj studije	9
3.2. Ispitanici	9
3.3. Metode.....	9
3.4. Statističke metode.....	9
4. REZULTATI.....	11
5. RASPRAVA.....	21
6. ZAKLJUČAK	23
7. SAŽETAK.....	24
8. SUMMARY	25
9. LITERATURA.....	26
10. ŽIVOTOPIS	29

1. UVOD

Briga za bolesno dijete od davnine je bila posebno razmatrana, osobito što se tiče hospitalizacije djece. Velik je korak učinjen početkom 19. stoljeća, otvaranjem prvih dječjih bolnica, čime je liječenje djece odvojeno od liječenja odraslih. Tijekom 20. stoljeća uočava se negativan utjecaj hospitalizacije na dijete, te se donose dokumenti u kojima se nastoji dotaknuti i problematika vezana uz dijete u bolnici, a pokreću se i akcije za humaniji pristup djetetu u bolnici. U Republici Hrvatskoj, u organizaciji Saveza društava „Naša djeca“, Hrvatskog društva za socijalnu i preventivnu pedijatriju i Hrvatske udruge medicinskih sestara – pedijatrijska sekcija; u svibnju 1999. pokrenuta je akcija „Dječji bolnički odjeli - prijatelji djece“. Prema modelu dosadašnjih UNICEF-ovih programa, program je razrađen u 12 koraka koje trebaju ostvariti dječji odjeli da bi nakon ocjenjivanja mogli dobiti prestižan naslov „Dječji bolnički odjeli - prijatelji djece“. Inicijativa je izazvala veliki odaziv dječjih bolničkih odjela, te se 34 odjela u Hrvatskoj do sada priključilo navedenoj inicijativi (1).

Bolnice - prijatelji djece razvijaju novi pristup djetetu u bolnici. Nastoje učiniti bolničku sredinu što više prijateljskom za dijete. Vode posebnu brigu o indikacijama za hospitalizaciju i o načinima zbrinjavanja djece. Omogućavaju zajednički boravak djece i roditelja u bolnici. Pružaju djeci ostale zanimljive i korisne sadržaje. Zdravstveni djelatnici su posebno educirani kako pristupiti djetetu i roditelju, te na razumljiv i prihvatljiv način dati potrebne informacije. Razlozi zbog kojih boravak u bolnici može biti preopterećenje za djecu je izloženost nepoznatoj okolini i događajima, nesigurnost ishoda liječenja, odvajanje od roditelja, gubitak kontrole i mogućnosti odlučivanja, strah od boli i ozljede tijela. Isto tako, najčešće smetnje koje dijete ima nakon boravka u bolnici su: uznemirenost, smetnje spavanja, loše navike u prehrani, smetnje ponašanja (prkos, nedruštvenost, regresija), psihosomatski poremećaji (povraćanje, glavobolja, umor, bolovi u truhu), te govorne smetnje (mucanje). Zato, da bi se uz fizičku traumu izbjegle psihičke posljedice za dijete u bolnici, ne smije mu se uskratiti pravo na roditelje, igru, osobnost i ljubav.

1.1. Povijesni pregled hospitalizacije djece

Briga za zdravlje djece je jedna od najvećih civilizacijskih zasada. U tome značajnu ulogu ima hospitalno liječenje djece, naročito one kojoj je potrebna intenzivna medicinska skrb, koja se u današnjim uvjetima ne može osigurati u djetetovoj prirodnoj sredini - obitelji. Hospitalizacija djece je postignuće zadnjih 200 godina, od kako je 1802. godine u Parizu osnovana prva dječja bolnica u svijetu „L'hospital des enfants malades". Ubrzo nakon osnivanja ove prve bolnice dolazi do formiranja dječje bolnice Sv. Ane u Beču, 1848. godine Guy's hospital u Londonu, 1852. godine Hospital for Sick Children u Londonu. Kasnije je dječjih odjela i dječjih bolnica sve više, no i dalje je naglašena socijalna crta, tako da su se sve do 20. stoljeća u bolnicama pretežno liječila bolesna siromašna i socijalno deprivirana djeca (2).

U tim prvim godinama u dječjim bolnicama higijenski uvjeti bili su loši, superinfekcije smrtonosne, a medicinska pomoć vrlo oskudna s obzirom na terapijske i kadrovske mogućnosti. Sve je to doprinijelo da je smrtnost djece u takvim bolnicama bila vrlo visoka. Velika znanstvena dostignuća u tom vremenu, posebno metode dezinfekcije jednog Semmelweisa (1847.) te otkrića Pasteura (1822. -1895.) u bolnice unose nove doktrinarne stavove o sprečavanju infekcija (pranja ruku, zaštitna odjeća, smanjenje kontakata s vanjskim svijetom). Ne smije se zaboraviti da su u to vrijeme raširene bolesti kao što je tuberkuloza, lues, tifus i druge zarazne bolesti (3). Razumljivo, da je sve to doprinijelo izoliranju pacijenata u bolnicama u interesu njihovog liječenja i očuvanja zdravlja na tadašnjem stupnju razvoja medicine. Dvjesto godina kasnije promijenio se opći i zdravstveni i standard, promijenio se i morbiditet u pučanstvu i među djecom. Mnoge zarazne bolesti među djecom su se smanjile zahvaljujući cijepljenju (1).

Naravno, hospitalizacija djeteta nosi i niz nepovoljnih utjecaja na dijete, koje je važno prepoznati i po mogućnosti otkloniti. Osnovni nam je cilj da se djeca što manje hospitaliziraju, a kad je to neizbježno, da im se stvore što manje traumatizirajući postupci prilikom boravka u bolnici i liječenja, odnosno stvore što humaniji odnosi u postupku prema djetetu u bolnici. Valja također naglasiti i važnu činjenicu, da se u zadnjem stoljeću bitno promijenio odnos prema djetetu, pa se kaže da je 20. stoljeće - stoljeće djeteta, jer je u tom razdoblju prihvaćeno niz međunarodnih dokumenata u prilog djece kao što je *Deklaracija o pravima djece*, a 1989. godine i *Konvencija o pravima djeteta*, svojevrsni putokaz za odnos prema djeci (4).

Slijedom s takvim opredjeljenjem javljaju se i ideje "otvorene bolnice" (4). Održavaju se mnogi stručni i javni skupovi, te osmišljene akcije, koje su rezultirale da je europski parlament 1986. godine donio *Povelju o pravima djece u bolnici*, u kojoj je definirana i *Lista o pravima djeteta u bolnici*. Ovi dokumenti predstavljaju osnovu i svojevrsni poticaj da se učini više i za hospitaliziranu djecu (5).

1.2. Bolničko zbrinjavanje djece danas

Ukoliko se osvrnemo na sadašnje stanje kao što je bolnička skrb i liječenje djece, lako se mogu uočiti i prepoznati nedostaci u bolnicama koji su i danas rasprostranjeni širom svijeta, a među njima su: (6, 7, 8,9):

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

Rečeno je, da su kod osnivanja prvih dječjih bolnica prevladavali socijalni čimbenici, ali je činjenica da su i u suvremenoj bolnici prisutni socijalnomedicinski problemi. Svjedoci smo činjenice da se djeca primaju u bolnicu ne samo radi zdravstvenih, već vrlo često i pridruženih socijalnih činitelja, primjerice: udaljenost od bolnice, loši uvjeti stanovanja u obitelji iz koje dijete dolazi, veći broj djece u obitelji (5 i više), socijalna neadaptacija obitelji na pojavu bolesti djeteta, dijete u emigraciji, dijete razvedenih roditelja, mentalna ili socijalna zaostalost roditelja, dob majke (mlađa od 19 ili starija od 40 godina), ovisnosti roditelja, neregulirani rad majke izvan kuće, neželjeno dijete. Djeca sa navedenim socijalnim činiteljima hospitaliziraju se češće, i kao takva, sa već prisutnim nekim od rizičnih činitelja, još se dodatno traumatiziraju čestim hospitalizacijama. Treba reći da ovome pridonosi i način financiranja bolnica tzv. „punog kreveta“. Među zdravstvenim uzrocima češćih hospitalizacija

djece su određena trajna i kronična stanja i bolesti koja i inače zahtijevaju uobičajenu pojačanu skrb. Populacija te djece je znatno osjetljivija, te se, kao i kod nepovoljnih socijalnih

činitelja, česte hospitalizacije pridružuju kao negativni utjecaj i onako osjetljivoj dječjoj populaciji (1).

1.3. Suvremeni stavovi o radu s djecom u bolnici

Narušeno fizičko zdravlje djeteta koje je najčešći uzrok boravku djeteta u bolnici, uz neizostavnu prisutnu fizičku traumu, dovodi i do psihičkih posljedica za dijete, ukoliko mu se tijekom hospitalizacije uskraćuje pravo na roditelje. Holistička medicina globalni je trend u medicinskoj skrbi, i ona ne uključuje samo ostvarivanje najviših mogućih standarda u dijagnostici i liječenju, već i posebnu brigu za bolesno dijete od početka bolesti, preko smještanja u bolnicu, sve do ozdravljenja (9, 10).

Posljednjih pedesetak godina, razvijaju se novi pristupi djetetu u bolnici, koji nastoje učiniti bolničku sredinu što više prijateljskom za dijete, vodeći posebnu brigu o indikacijama za hospitalizaciju, o načinima zbrinjavanja djece u dnevnim bolnicama, o neograničavanju posjeta, o zajedničkom boravku roditelja i djece u bolnici, te o ostalim sadržajima prihvatljivim djeci, a koji će umanjiti strah od hospitalizacije (5). Sve više se iskazuje potreba za dodatnom edukacijom zdravstvenih djelatnika koji rade s djecom. Pored dobre tehnologije u liječenju djece potrebno je da zdravstveni djelatnici uključeni u pedijatrijsku skrb prihvate i nove zahtjeve i postavke u radu s djecom. Prije svega valja poći od općih prava djeteta koji proizlaze iz *Konvencije o pravima djeteta* (11).

Posebno je značajna odrednica iz *Kodeksa medicinske etike i deontologije Hrvatskog liječničkog zbora*, koji u članku 2. (Obveza prema bolesnom djetetu) ističe: „Pregled i pružanje liječničke pomoći djeci malodobnim osobama, liječnik će obavljati uz uvažavanje osobnosti djeteta u skladu s *Konvencijom o pravima djeteta* Ujedinjenih naroda...” (12). Osnovna poruka *Konvencije* mogla bi se zažeti u nekoliko riječi: „Dijete treba uvažavati” (13). To znači:

- prioritet treba dati pravu na život, na zaštitu i razvoj;
- najbolji interes djeteta treba biti stalno prisutan u postupcima s djecom;
- stavove djeteta treba slušati i dati im odgovarajući značaj;
- odnosu prema djeci ne bi se smio provoditi bilo koji oblik diskriminacije.

Iz toga proizlazi da zdravstveni djelatnici trebaju biti dodatno educirani o pravima djeteta koja proizlaze iz *Konvencije*, te o čitavom nizu pitanja koja se javljaju u praktičnom životu u radu s djecom i njihovim roditeljima kao npr. o tome kako pristupiti djetetu i

roditelju, kako poštovati osobni dignitet djeteta i roditelja; o brizi za dijete i roditelja u bolnici; o načinima davanja informacija roditelju na način kojeg će razumjeti i prihvatiti; o kvaliteti pedijatrijske zdravstvene skrbi; o emocionalnim potrebama bolesnog djeteta i njegove obitelji; o tome kako dijete i roditelja uključiti u način donošenja odluka; voditi brigu o tome da bolesno dijete ima potrebu za prijateljskim okruženjem, igrom i učenjem (14, 15). Na tragu takvih razmišljanja je i novi europski prijedlog programa specijalizacije iz pedijatrije (16).

Osim zdravstvenih djelatnika, o svojim pravima tijekom boravka u bolnici, trebala bi na adekvatan način biti upoznata i sama djeca, te njihovi roditelji, ali i liječnici koji u okviru primarne zdravstvene zaštite brinu o djetetu, da upoznaju roditelje i djecu s njihovim pravima kao pacijenta; da ih prema potrebi i indikaciji upute na bolničko liječenje gdje će biti u stalnom kontaktu sa liječnikom koji liječi dijete u bolnici; te da po izlasku djeteta iz bolnice posveti posebnu pažnju fizičkom i psihičkom oporavku djeteta (1).

1.4. Potrebe hospitaliziranog djeteta

Hospitalizacija djeteta uzrokuje brojne emocionalne i socijalne promjene u obitelji, dovodeći do promijenjenih odnosa u obitelji i potrebe prilagođavanja roditeljske uloge novonastaloj situaciji (1). Javljaju se nove potrebe u obiteljima kojima do tada nije pridavana pažnja, a u kontekstu zdravog djeteta su bile nevažne (17).

Posebno je osjetljivo pitanje hospitalizacije dojene djece iz više razloga. Potreba za hospitalizacijom bolesnog dojenčeta na prsima, često dovodi do prekida dojenja, jer se u mnogim sredinama ne može osigurati rooming-in, kako bi majka i dojenče bili jedno pored drugog i kako bi majka mogla dojiti dijete na zahtjev. Stoga se majka i dijete vrlo često odvajaju, što u mnogim situacijama prekida dojenje. Uzimajući u obzir imunološke aspekte majčina mlijeka, vrlo često se susrećemo s problemom pogoršanja osnovne bolesti u dojenčeta radi prekida dojenja. Osim imunološkog, tu su i druge neosporne prednosti majčina mlijeka, koje posebno treba respektirati kada se radi o bolesnom dojenčetu (18).

1.5. Dječji bolnički odjeli – bolnica: prijatelj djece

Slijedeći današnje civilizacijske stavove o pravima djece u Republici Hrvatskoj 1984. godine Savez društava „Naša djeca“ Hrvatske organizirao je okrugli stol s ciljem da potakne veću humanizaciju bolničkog liječenja djece, da uspostavi nove odnose između zdravstvenih djelatnika, roditelja, članova volonterskih udruga i djece kao pacijenata (19). U Šibeniku je 1989. godine organiziran i Drugi Simpozij socijalne pedijatrije s glavnom temom „Humanizacija dječje bolnice“ (20). Konstatirano je na tim skupovima, da provođenje akcije ne zahtjeva nedostižna financijska sredstva, već prvenstveno promjenu stava i odnosa uprave bolnice, liječnika i medicinskih sestara, ostalog osoblja i vanjskih suradnika prema djeci koju treba zdravstveno zbrinuti, te prema roditeljima koji su motivi. U međuvremenu u svijetu su se pojavile mnoge inicijative i akcije za humanizacijom bolničkog liječenja djece (1).

UNICEF i *Svjetska zdravstvena organizacija* (SZO) pokrenuli su 1989. diljem svijeta inicijativu za što većim prihvaćanjem dojenja. to je već sada poznata, a i kod nas vođena akcija „Bolnice (rodilišta) - prijatelji djece“ (21). Dobro prihvaćanje inicijative ohrabrilo je i oblikovanje novih programa. Tako je pod okriljem UNICEF-a pokrenut pilot projekt u Engleskoj u kojem sudjeluje još nekoliko zemalja s ciljem novog pristupa prema djeci u svim zdravstvenim sredinama u kojima borave djeca: od rodilišta, dječjih odjela, u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a i na razini zajednice (1).

U Hrvatskoj program za daljnje promicanje humanizacije bolničkog liječenja djece pokrenule su društvene i stručne udruge: Savez društava „Naša djeca“ Hrvatske, Hrvatsko društvo za preventivnu i socijalnu pedijatriju i Hrvatska udruga medicinskih sestara, pedijatrijska sekcija (22). Ova akcija dobila je i podršku Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske, a ušla je i u Nacionalni program djelovanja za djecu u Republici Hrvatskoj (23). U oblikovanju programa koji je pokrenut u Hrvatskoj uzelo se u obzir dosadašnje svjetske civilizacijske trendove za umanjivanje posljedica hospitalizacije djece, a posebno prijedlog programa koji je učinjen u Engleskoj (24). Taj program je prilagođen hrvatskim uvjetima i mogućnostima, te je dopunjen idejama i smjernicama, koje na tim osnovama udružuju zdravstvene djelatnike i članove društava „Naša Djeca“ u zajedničkom nastojanju za što potpuniju realizaciju navedenih ciljeva i programa ove akcije. Program je formuliran pod nazivom „Za osmijeh djeteta u bolnici“ (25). Cilj je ove akcije promicanje i primjena humanizacije bolničkog liječenja djece. Program se sastoji od 12 zahtjeva (koraka). Bolnice koje ispune te uvjete, mogu nakon ocjene polučiti prestižni naslov „Dječji bolnički odjel - prijatelj djeteta“. Ciljevi i program akcije, kao i službeni početak, obilježen je dana 19. svibnja

1999., kada je u Klinici za dječje bolesti Zagreb, upriličen sastanak za ravnatelje dječjih bolnica, rukovoditelje dječjih odjela, te predstavnike društava „Naša djeca“ iz gradova ili općina u kojima se nalaze dječje bolnice ili dječji bolnički odjeli (1).

Prema podacima sa terena, može se reći da je akcija „Za osmijeh djeteta u bolnici“ za sada vrlo dobro prihvaćena u dječjim bolnicama i odjelima, te se primjećuju značajni pomaci. Pozitivne promjene zapažaju se u bolničkim prostorima u kojima djeca borave, i kojima su upravo djeca najzadovoljnija. S provođenjem akcije svakim je danom upoznato sve više roditelja, tako da su i inicijative od strane roditelja u smislu uključivanja u skrb o njihovom bolesnom djetetu sve izraženije. Česta su i njihova pitanja i želje o tome da zajedno s djecom borave na odjelu, posebno ako se radi o novorođenčadi ili dojenčadi koja je još na prsima; da ostanu uz dijete koliko žele; da dijete otprate i budu uz njega tijekom dijagnostičkog ili terapijskog zahvata; da pomognu u njezi i hranjenju djeteta i sl. Medicinsko osoblje, roditelji i djeca, primijetili su prisutnost i aktivno uključivanje volontera koji daju novu dimenziju boravku djeteta u bolnici. Pokretanjem ove akcije priključili smo se suvremenim trendovima u hospitalizaciji djece, a multidisciplinarni pristup ovom problemu svakako će biti od pomoći hospitaliziranoj djeci, njihovim roditeljima i sveukupnoj zajednici. Na kraju ne manje važno treba istaći, da osnovni trend mora biti orijentiran prema tome, kako što manje hospitalizirati djecu. U tom smislu potrebno bi bilo da se više insistira na uvođenju alternativa dosadašnjim oblicima liječenja djece, u smislu: efikasnijeg i racionalnijeg ambulantnog liječenja djece;

- proširiti kućno liječenje djece;
- kućna njega i rehabilitacija;
- dnevna bolnica

Program humanizacije bolnice nije okrenut samo prema bolničkom zdravstvenom osoblju već i prema primarnoj zdravstvenoj zaštiti, koja će kvalitetnijom zdravstvenom zaštitom djece omogućiti i manje hospitalizacije djece (1).

2. CILJ

Glavni ciljevi istraživanja su: ispitati kojim su putem roditelji najčešće upoznati s „bolnicom - prijatelj djece“, koja su njihova osobna iskustva, te ispitati mišljenja o mjerama koje se trebaju poduzeti da „bolnice - prijatelji djece“ budu još efikasnije i njima (roditeljima i djeci) još primjerenije.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Studija je bila presječna studija.

3.2. Ispitanici

Ispitanici su bili roditelji koji su bili prisutni na Klinici za pedijatriju Kliničkog bolničkog centra Osijek, ukupno 50 ispitanika. Istraživanje se provelo u srpnju i kolovozu 2017. godine. Prije početka ispitivanja, ispitanicima je pročitana uputa kojom ih se uputilo u cilj istraživanja i u kojoj je naglašeno da je sudjelovanje u istraživanju anonimno i dobrovoljno, nakon čega su ispitanici potpisom dali pristanak na sudjelovanje i započeli s ispunjavanjem upitnika. Za ispunjavanje upitnika potrebno je deset do petnaest minuta.

3.3. Metode

Upitnik se sastoji od 3 pitanja otvorenog tipa na koja ispitanik mora odgovoriti jednom riječju, te 4 pitanja zatvorenog tipa, pri čemu je potrebno zaokružiti jedan od ponuđenih odgovora. Upitnik sadrži 17 tvrdnji, gdje ispitanik zaokružuje brojeve na Likertovoj skali od 1-5, pri čemu je 1 - nedovoljan, 2 - dovoljan, 3 - dobar, 4 - vrlo dobar, 5 - odličan. Upitnik se sastoji od općih epidemioloških podataka (spol, dob, obrazovanje, zanimanje, osobni socijalni status.) Sadrži i 17 tvrdnji koje se odnose na ocjenu skrbi zdravstvenih djelatnika, higijene, prehrane, boravka u Klinici za pedijatriju KBC-Osijek.

3.4. Statističke metode

Kategorijski podatci predstavljeni su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podatci opisani su aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom u slučaju raspodjela koje slijedi normalnu, a u ostalim slučajevima medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Razlike kategorijskih varijabli testirane su Hi2 testom, a po potrebi

Fisherovim egzaktnim testom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Kolmogorov - Smirnovljevim testom. Razlike normalno raspodijeljenih numeričkih varijabli između dviju nezavisnih skupina testirane su Studentovim t testom, a u slučaju odstupanja od normalne raspodjele Mann - Whitneyevim U testom. Razlike normalno raspodijeljenih numeričkih varijabli u slučaju 3 i više nezavisnih skupina testirane su analizom varijance (ANOVA), a u slučaju odstupanja od normalne raspodjele Kruskal - Wallisovim testom. Sve P vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti postavljena je na $\alpha = 0,05$ (26). Za statističku analizu korišten je statistički program SPSS (inačica 16. 0 , SPSS inc., Chicago, IL, SAD).

4. REZULTATI

Istraživanje je provedeno tijekom srpnja i kolovoza 2017. godine. Najveći broj ispitanika je ženskog spola (72 %). Ispitanici su u najvećem dijelu završili srednju školu (60 %), te smatraju kako je njihov materijalni status prosječan (60 %). U bolničkom boravku su u najvećoj mjeri koristili svakodnevne posjete (44 %) (Tablica 1).

Tablica 1. Opća obilježja ispitanika

		Ispitanici N (%)	p*
Spol	Muški	14 (28,0)	0,002
	Ženski	36 (72,0)	
Dob	21-31	29 (58,0)	0,442
	32-52	21 (42,0)	
Godine Vašeg službenog školovanja:	8 godina	2 (4,0)	<0,001
	10-12 godina	30 (60,0)	
	14 i više godina	18 (36,0)	
Materijalni status vaše obitelji:	Puno ispod prosjeka	2 (4,0)	<0,001
	Malo ispod prosjeka	1 (2,0)	
	Prosječan	30 (60,0)	
	Malo iznad prosjeka	13 (26,0)	
	Puno iznad prosjeka	4 (8,0)	
U ovom bolničkom boravku ste koristili:	Internet	4 (8,0)	<0,001
	Fotelju	3 (6,0)	
	Svakodnevne posjete	22 (44,0)	
	Povremene posjete	1 (2,0)	
	Ništa od navedenog	3 (6,0)	
	Internet i svakodnevne posjete	3 (6,0)	
	Internet, fotelju i svakodnevne posjete	1 (28,0)	
	Fotelju i svakodnevne posjete	10 (20,0)	
	Fotelju i povremene posjete	3 (6,0)	
Je li Vaše dijete za vrijeme boravka u bolnici dojeno?	Da	14 (28,0)	0,002
	Ne	36 (72,0)	
UKUPNO:		50 (100,0)	

* χ^2 test

Prosječna dob ispitanika iznosila je 33,2 godine, uz standardnu devijaciju 7,77. Najmlađi ispitanik imao je 21 godinu, dok je najstariji imao 52 godine.

Ispitanici su prosječno imali 13,2 godine službenog obrazovanja, uz standardnu devijaciju 2,75. Ispitanici su najmanje imali završeno osnovnoškolsko obrazovanje, dok je najveći broj godina službenog obrazovanja iznosio 23 godine.

Ispitanici su u najvećoj mjeri ocijenili ocjenom „odličan“ skrb medicinskih sestara prema djetetu (72 %), skrb liječnika prema djetetu (78 %), te ostalo osoblje (68 %). Iako je većinom ocijenjena ocjenom odličan, u najmanjem postotku (42 %) ispitanici su dali ocjenu odličan pruženoj prehrani (Tablica 2).

Tablica 2. Raspodjela odgovora ispitanika prema ocjeni skrbi prema djetetu

	Broj (%) ispitanika					
	1	2	3	4	5	Ukupno
Ocjena skrbi medicinskih sestara prema djetetu	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,0)	12 (24,0)	36 (72,0)	50 (100,0)
Ocjena skrbi liječnika prema djetetu:	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,0)	9 (18,0)	39 (78,0)	50 (100,0)
Ocjena ostalog osoblja: (administracija, spremačice)	0 (0,0)	1 (2,0)	6 (12,0)	9 (18,0)	34 (68,0)	50 (100,0)
Ocjena odjelne higijene	0 (0,0)	5 (10,0)	8 (16,0)	12 (24,0)	25 (50,0)	50 (100,0)
Ocjena pružene prehrane	2 (4,0)	5 (10,0)	12 (24,0)	10 (20,0)	21 (42,0)	50 (100,0)
Ocjena cjelokupne skrbi o djetetu	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (8,0)	15 (30,0)	31 (62,0)	50 (100,0)

*1 – nedovoljan; 2 – dovoljan; 3 – dobar; 4 - vrlo dobar; 5 - odličan

Ispitanici smatraju kako je potpuno točno da boravak roditelja uz dijete u bolnici pomaže djetetu (94 %) i roditeljima (88 %). S druge strane, samo je 54 % roditelja reklo kako su imali mogućnost sudjelovati u odluci o terapijskim i dijagnostičkim postupcima (Tablica 3).

Tablica 3. Raspodjela odgovora ispitanika prema mišljenju o pruženoj skrbi

	Broj (%) ispitanika					
	1	2	3	4	5	Ukupno
Smatram da boravak roditelja uz dijete u bolnici pomaže djetetu:	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (6,0)	47 (94,0)	50 (100,0)
Smatram da boravak roditelja uz dijete u bolnici pomaže roditeljima:	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,0)	4 (8,0)	44 (88,0)	50 (100,0)
Imao/la sam mogućnost sudjelovati u odluci o terapijskim i dijagnostičkim postupcima:	5 (10,0)	0 (0,0)	6 (12,0)	12 (24,0)	27 (54,0)	50 (100,0)
Bio/ la sam uključen/a u postupke njege djeteta kad god je to bilo	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,0)	9 (18,0)	39 (78,0)	50 (100,0)
Imao/la sam mogućnost biti uz dijete tijekom dijagnostičkih i terapijskih	5 (10,0)	1 (2,0)	1 (2,0)	12 (24,0)	31 (62,0)	50 (100,0)
Zdravstveni djelatnici su mi ulijevali sigurnost i povjerenje:	1 (2,0)	0 (0,0)	4 (8,0)	9 (18,0)	36 (72,0)	50 (100,0)
Odjelno okruženje je toplo i prijateljsko	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (8,0)	9 (18,0)	37 (74,0)	50 (100,0)
Informacije, upute i savjeti dobiveni od medicinskih sestara bili su jasni:	0 (0,0)	1 (2,0)	1 (2,0)	16 (32,0)	32 (64,0)	50 (100,0)
Informacije, upute i savjeti dobiveni od liječnika bili su jasni:	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,0)	9 (18,0)	39 (78,0)	50 (100,0)
Dobio/la sam upute kako skrbiti za dijete nakon otpusta iz bolnice:	1 (2,0)	0 (0,0)	5 (10,0)	9 (18,0)	35 (70,0)	50 (100,0)
Dobio/la sam upute kome se i kada obratiti nakon otpusta djeteta iz bolnice	1 (2,0)	1 (2,0)	5 (10,0)	8 (16,0)	35 (70,0)	50 (100,0)

*1-potpuno netočno; 2-djelomično netočno; 3-niti točno niti netočno; 4-djelomično točno; 5-potpuno točno

Pronađena je jedna statistički značajna razlika u ocjeni skrbi prema dobi ispitanika. Svi ispitanici stariji od 32 godine su skrb liječnika prema djetetu ocijenili odličnim ($p = 0,023$) (Tablica 4).

Tablica 4. Vrijednosti skora ocjene skrbi prema dobi

Pitanje	21-31 god Me (25-75 %)	32-52 god Me (25-75 %)	p*
Ocjena skrbi medicinskih sestara prema djetetu	5,00 (4,75 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	0,608
Ocjena skrbi liječnika prema djetetu:	5,00 (4,75 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	0,023
Ocjena ostalog osoblja: (administracija, spremačice)	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	0,632
Ocjena odjelne higijene	5,00 (3,00 - 5,00)	4,00 (3,75 - 5,00)	0,850
Ocjena pružene prehrane	4,00 (3,00 - 5,00)	5,00 (3,00 - 5,00)	0,234
Ocjena cjelokupne skrbi o djetetu	4,00 (4,75 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	0,386

*Mann-Whitney U test

Nije pronađena nijedna statistički značajna razlika u vrijednosti skora mišljenja roditelja o pruženoj skrbi prema dobi (Tablica 5).

Tablica 5. Vrijednosti skora mišljenja o pruženoj skrbi prema dobi

Pitanje	21-31 god Me (25-75 %)	32-52 god Me (25-75 %)	p*
Smatram da boravak roditelja uz dijete u bolnici pomaže djetetu:	5,00 (5,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	0,439
Smatram da boravak roditelja uz dijete u bolnici pomaže roditeljima:	5,00 (5,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	0,427
Imao/la sam mogućnost sudjelovati u odluci o terapijskim i dijagnostičkim postupcima:	5,00 (3,75 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	0,992
Bio/ la sam uključen/a u postupke njege djeteta kad god je to bilo moguće:	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	0,252
Imao/la sam mogućnost biti uz dijete tijekom dijagnostičkih i terapijskih postupaka:	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	0,269
Zdravstveni djelatnici su mi ulijevali sigurnost i povjerenje:	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	0,166
Odjelno okruženje je toplo i prijateljsko	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	0,268
Informacije, upute i savjeti dobiveni od medicinskih sestara bili su jasni:	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	0,302
Informacije, upute i savjeti dobiveni od liječnika bili su jasni:	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	0,076
Dobio/la sam upute kako skrbiti za dijete nakon otpusta iz bolnice:	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (4,75 - 5,00)	0,372
Dobio/la sam upute kome se i kada obratiti nakon otpusta djeteta iz bolnice	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	0,784

*Mann-Whitney U test

U česticama nije pronađena nijedna statistički značajna razlika u ocjeni skrbi prema spolu (Tablica 6).

Tablica 6. Vrijednosti skora ocjene skrbi prema spolu

Pitanje	Muškarci Me (25-75 %)	Žene Me (25-75 %)	p*
Ocjena skrbi medicinskih sestara prema djetetu	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	0,154
Ocjena skrbi liječnika prema djetetu:	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	0,067
Ocjena ostalog osoblja: (administracija, spremačice)	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	0,310
Ocjena odjelne higijene	4,50 (3,00 - 5,00)	4,50 (3,50 - 5,00)	0,863
Ocjena pružene prehrane	4,00 (3,00 - 5,00)	4,00 (3,00 - 5,00)	0,919
Ocjena cjelokupne skrbi o djetetu	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	0,553

*Mann-Whitney U test

Sve žene koje su sudjelovale u istraživanju smatraju da je u potpunosti točno da boravak roditelja uz dijete u bolnici pomaže roditeljima ($p = 0,032$) (Tablica 7).

Tablica 7. Vrijednosti skora mišljenja o pruženoj skrbi prema spolu

Pitanje	Muškarci Me (25-75 %)	Žene Me (25-75 %)	p*
Smatram da boravak roditelja uz dijete u bolnici pomaže djetetu:	5,00 (5,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	0,183
Smatram da boravak roditelja uz dijete u bolnici pomaže roditeljima:	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	0,032
Imao/la sam mogućnost sudjelovati u odluci o terapijskim i dijagnostičkim postupcima:	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	0,888
Bio/ la sam uključen/a u postupke njege djeteta kad god je to bilo moguće:	5,00 (5,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	0,988
Imao/la sam mogućnost biti uz dijete tijekom dijagnostičkih i terapijskih postupaka:	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	0,332
Zdravstveni djelatnici su mi ulijevali sigurnost i povjerenje:	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	0,245
Odjelno okruženje je toplo i prijateljsko	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	0,311
Informacije, upute i savjeti dobiveni od medicinskih sestara bili su jasni:	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	0,364
Informacije, upute i savjeti dobiveni od liječnika bili su jasni:	5,00 (5,00 - 5,00)	5,00 (4,50 - 5,00)	0,496
Dobio/la sam upute kako skrbiti za dijete nakon otpusta iz bolnice:	4,50 (4,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	0,067
Dobio/la sam upute kome se i kada obratiti nakon otpusta djeteta iz bolnice	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (4,50 - 5,00)	0,255

*Mann-Whitney U test

U česticama nije pronađena nijedna statistički značajna razlika u ocjeni skrbi prema godinama službenog obrazovanja (Tablica 8).

Tablica 8. Vrijednosti skora ocjene skrbi prema godinama službenog obrazovanja

Pitanje	8 god Me (25-75 %)	10-12 god Me (25-75 %)	14 i više god Me (25-75 %)	p*
Ocjena skrbi medicinskih sestara prema djetetu	5,00 (5,00 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	0,442
Ocjena skrbi liječnika prema djetetu:	5,00 (5,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	0,312
Ocjena ostalog osoblja: (administracija, spremačice)	5,00 (5,00 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	0,563
Ocjena odjelne higijene	5,00 (5,00 - 5,00)	4,00 (3,00 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	0,277
Ocjena pružene prehrane	4,50 (4,00 - 5,00)	3,50 (3,00 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	0,231
Ocjena cjelokupne skrbi o djetetu	5,00 (5,00 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	0,419

*Kruskal-Wallis

Nije pronađena nijedna statistički značajna razlika u vrijednosti skora mišljenja roditelja o pruženoj skrbi prema godinama službenog obrazovanja (Tablica 9).

Tablica 9. Vrijednosti skora mišljenja o pruženoj skrbi prema godinama službenog obrazovanja

Pitanje	8 god Me (25-75 %)	10-12 god Me (25-75 %)	14 i više god Me (25-75 %)	p*
Smatram da boravak roditelja uz dijete u bolnici pomaže djetetu:	5,00 (5,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	0,926
Smatram da boravak roditelja uz dijete u bolnici pomaže roditeljima:	5,00 (5,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	0,855
Imao/la sam mogućnost sudjelovati u odluci o terapijskim i dijagnostičkim postupcima:	3,00 (1,00 - 5,00)	4,50 (3,00 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	0,587
Bio/ la sam uključen/a u postupke njege djeteta kad god je to bilo moguće:	5,00 (5,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	0,737
Imao/la sam mogućnost biti uz dijete tijekom dijagnostičkih i terapijskih postupaka:	3,00 (1,00 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	0,705
Zdravstveni djelatnici su mi ulijevali sigurnost i povjerenje:	5,00 (5,00 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	0,618
Odjelno okruženje je toplo i prijateljsko	5,00 (5,00 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	0,694
Informacije, upute i savjeti dobiveni od medicinskih sestara bili su jasni:	5,00 (5,00 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	5,00 (4,00 - 5,00)	0,475
Informacije, upute i savjeti dobiveni od liječnika bili su jasni:	5,00 (5,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	0,737
Dobio/la sam upute kako skrbiti za dijete nakon otpusta iz bolnice:	5,00 (5,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	4,50 (4,00 - 5,00)	0,111
Dobio/la sam upute kome se i kada obratiti nakon otpusta djeteta iz bolnice	5,00 (5,00 - 5,00)	5,00 (5,00 - 5,00)	4,50 (4,00 - 5,00)	0,137

*Kruskal-Wallis

Ispitanici između 21. i 31. godine smatraju kako bi trebalo omogućiti da majke budu uz dijete bez obzira na dob, da medicinske sestre i liječnici budu dostupni roditeljima tijekom cijeloga dana, te da ih informiraju o djeci kada oni nisu prisutni. Osobe starije od 32 godine smatraju kako treba poboljšati uvjete u apartmanima, kako bi trebalo omogućiti oba roditelja da budu uz dijete, uvesti bolju prehranu, češće konzultacije s liječnikom, te mogućnost spavanja u istoj sobi ukoliko majka doji dijete.

Muški ispitanici smatraju kako apartmani trebaju biti bolje uređeni, te žele da liječnici i medicinske sestre budu dostupni tijekom cijelog dana za informacije. Žene smatraju da liječnici i medicinske sestre trebaju biti više posvećeni svojim pacijentima kao osobama, a ne kao dijagnozama. Također, smatraju da bi trebalo riješiti pitanje boravka, te žele da uz dijete mogu biti oba roditelja.

Ispitanici koji su imali završenu osnovnu školu nemaju primjedbe na usluge pružene u bolnici. Ispitanici sa srednjom stručnom spremom žele da medicinske sestre i liječnici budu više dostupni tijekom cijeloga dana za informacije o stanju njihove djece i dijagnozi. Žele više informacija, te žele da im one budu objašnjene na način na koji će oni to razumjeti. Smatraju kako je boravak samo jednog roditelja problem. Ispitanici sa visokom i višom stručnom spremom žele da medicinske sestre budu ljubaznije, te žele mogućnost spavanja u istoj sobi za majke koje doje.

Općenito, ispitanici žele mogućnost boravka oba roditelja uz dijete, mogućnost spavanja u istoj sobi majki koji doje, više informacija, te dostupnost medicinskih sestara i liječnika tijekom cijeloga dana.

5. RASPRAVA

U nekoliko istraživanja korištena je tzv. Likertova skala, koncipirana na percepciji važnosti pojedinih momenata u bolničkom liječenju djece (27). Upitnike su prema Likertovoj skali popunjavali posebno očevi, a posebno majke. Među pojedinim momentima bolničkog zbrinjavanja djece, najviša se važnost, prema Likertovoj skali pridaje odnosu zdravstvenog osoblja prema bolesnom djetetu i njegovim roditeljima, kao i dosljednom, točnom i potpunom načinu informiranja roditelja. Na drugom je mjestu prema važnosti mogućnost zajedničkog boravka sa djetetom ili otvorene mogućnosti posjeta bolesnom djetetu. U ocjenjivanju su očevi pokazivali veću osjetljivost i postavljali veće kriterije nego majke. U ovom istraživanju mišljenja majki i očeva se razlikuje u nekim segmentima. Očevi žele veću dostupnosti informiranja, dok majke u najvećem dijelu žele dopušten boravak oba roditelja za vrijeme hospitalizacije djeteta.

Među najčešće spominjanim i najviše vrednovanim momentima u hospitalizaciji djece i u drugih autora se spominje davanje detaljne i pravodobne informacije roditelju, sa spremnošću zdravstvenog djelatnika da roditelja pažljivo sasluša i prema potrebi ponovi informacije važne za roditelja, a koje će ga umiriti (29). Autori smatraju da je informacija o bolesnom djetetu najviše rangirana između svih ostalih momenata, jer osim same informacije oslikava način pristupa i komunikacije te empatije sa roditeljem bolesnog djeteta, te se kroz proces razgovora zdravstvenog djelatnika i roditelja, čitava obitelj postepeno oslobađa straha, dobivajući dojam sigurnosti i povjerenja u osoblje. Što se tiče djece koja se rehospitaliziraju, uočen je drugačiji redoslijed prioriteta. U djece onkoloških bolesnika Yiu i suradnici su primijetili da roditelji djece oboljele od malignih bolesti na prvom mjestu žele više razumijevanja za svoje potrebe kao roditelja kronično bolesnog djeteta, zatim razumijevanje straha od ponovne hospitalizacije. Slijedi potreba za pružanjem organizirane stručne pomoći, a tek na četvrtom mjestu jest potreba pružanja informacije o zdravstvenom stanju djeteta (30). Roditelji na Klinici za pedijatriju Kliničkog bolničkog centra Osijek su davali visoke ocjene svim segmentima skrbi, ali na prvome mjestu zahtijevaju mogućnost boravka oba roditelja uz dijete.

Roditelji kronično bolesne djece općenito smatraju da je pažnja i skrb za njihovu djecu tijekom hospitalizacije još uvijek nedostatna, te da s obzirom na trend što kraćih hospitalizacija često manjka stručna pomoć po otpustu djeteta iz bolnice (31, 32). Stoga se predlaže uspostavljanje integracije i komunikacije između dječjih bolnica i odjela sa

primarnom zdravstvenom zaštito djece, kako bi se premostio prazan prostor u zbrinjavanju kronično bolesnog djeteta. Što se tiče prepuštanja odluke o liječenju djeteta na roditelje, Hallstrom smatra sa su roditelji bolesnog djeteta u stresnoj situaciji, prožetoj izrazitim strahom za ishod bolesti djeteta, te je u takvoj njihova odluka doista biti korisna za dijete. Istraživanje koje je proveo sa suradnicima pokazalo je da roditelji žele sudjelovati u donošenju odluka u smislu liječenja djeteta, ali da su različito motivirani, a katkada i nedovoljno emocionalno stabilni za donošenje prave odluke. Stoga sugerira da se s roditeljima treba komunicirati profesionalno, i što je moguće više otvoreno, kako bi mogli bolje i ispravnije sudjelovati u odlučivanju (33). Općenito, ispitanici u ovome istraživanju žele mogućnost boravka oba roditelja uz dijete, mogućnost spavanja u istoj sobi majki koji doje, više informacija, te dostupnost medicinskih sestara i liječnika tijekom cijeloga dana. Smatraju kako su liječnici i medicinske sestre ljubazni i uljudni, ali kako bi bilo dobro da na pacijenta gledaju kao osobu, a ne kao dijagnozu.

Program humanizacije bolničkog liječenja djece samo je jedan segment u ukupnom pristupu poboljšanja liječenja djece, a da se u tome djeca što manje dodatno traumatiziraju. Valja usmjeriti našu pažnju na:

- poboljšanje kvalitete primarne zdravstvene zaštite i uključenja drugih društvenih sektora koji će pomoći u rješavanju niza socijalnih problema djece i posljedično manje potrebe za hospitalizacijom;
- osigurati takav način hospitalne obrade i liječenja djece, koji će dovesti do skraćivanja vremena hospitalizacije;
- postojeće bolničke prostore i postupke u liječenju djece maksimalno humanizirati u interesu tjelesnog i psihičkog zdravlja djece (1).

6. ZAKLJUČAK

Temeljem provedenog istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- Roditelji u najvećoj mjeri ocjenjuju skrb prema djetetu ocjenom odličan
- Ne postoji značajna razlika u ocjeni skrbi i mišljenju o skrbi djeteta prema dobi, spolu i stupnju obrazovanja
- Ispitanici žele mogućnost boravka oba roditelja uz dijete, mogućnost spavanja u istoj sobi majki koji doje, više informacija, te dostupnost medicinskih sestara i liječnika tijekom cijeloga dana.

7. SAŽETAK

Cilj istraživanja. Ispitati kojim su putem roditelji najčešće upoznati s „bolnicom-prijateljem djece“, koja su njihova osobna iskustva, te ispitati mišljenja o mjerama koje se trebaju poduzeti da „bolnice - prijatelji djece“ budu još efikasnije i njima (roditeljima i djeci) još primjerenije.

Nacrt studije. Presječna studija

Ispitanici i metode. Ispitanici su bili roditelji koji su bili prisutni na Klinici za pedijatriju Kliničkog bolničkog centra Osijek, ukupno 50 ispitanika. Upitnik se sastoji od demografskih pitanja i 3 pitanja otvorenog tipa na koja ispitanik mora odgovoriti jednom riječju, te 4 pitanja zatvorenog tipa, pri čemu je potrebno zaokružiti jedan od ponuđenih odgovora. Upitnik sadrži 17 tvrdnji, gdje ispitanik zaokružuje brojeve na Likertovoj skali od 1-5.

Rezultati. Istraživanje je provedeno tijekom srpnja i kolovoza 2017. godine. Najveći broj ispitanika je ženskog spola (72 %). Prosječna dob ispitanika iznosila je 33,2 godina. Ispitanici su u najvećoj mjeri ocijenili ocjenom odličan skrb medicinskih sestara prema djetetu (72 %), skrb liječnika prema djetetu (78 %). Ispitanici žele mogućnost boravka oba roditelja uz dijete, mogućnost spavanja u istoj sobi majki koji doje, više informacija, te dostupnost medicinskih sestara i liječnika tijekom cijeloga dana.

Zaključak. Roditelji u najvećoj mjeri ocjenjuju skrb prema djetetu ocjenom odličan. Ne postoji značajna razlika u ocjeni skrbi i mišljenju o skrbi djeteta prema dobi, spolu i stupnju obrazovanja. Ispitanici žele mogućnost boravka oba roditelja uz dijete, mogućnost spavanja u istoj sobi majki koji doje, više informacija, te dostupnost medicinskih sestara i liječnika tijekom cijeloga dana.

Ključne riječi. Bolnica – prijatelj djece, roditelji, djeca, mišljenja, zadovoljstvo.

8. SUMMARY

Parent's opinions about child-friendly hospital

Study goal. To see how the parents found out about "child-friendly hospitals", what are their personal experiences, and examine the views on what measures should be taken to make "child-friendly hospitals" even more effective and more appropriate.

Study design. A cross-sectional study.

Methods and participants. Respondents were parents who were present at the Pediatric Clinic of the Osijek Clinical Hospital Center, a total of 50 respondents. The questionnaire consists of demographic questions, 3 open-type questions and 4 closed-type questions. The questionnaire contains 17 statements where the respondent circles numbers on the Likert scale.

Results. The survey was conducted during July and August 2017. Most of the respondents were female (72%). The average age of respondents was 33.2 years. The majority of respondents rated the nurses' care of children as 'excellent' (72%), as well as the care provided to children by doctors (78%). Respondents wanted a possibility of overnight stays with the child for both parents, a possibility for breastfeeding mothers to sleep in the same room with the child, more information, and the availability of nurses and doctors throughout the day.

Conclusion. Most of the parents are satisfied with the health care provided to their child. There is no significant difference between the ratings and opinions on the care provided to children according to age, gender and degree of education. Respondents wanted a possibility of overnight stays with the child for both parents, a possibility for breastfeeding mothers to sleep in the same room with the child, more information, and the availability of nurses and doctors throughout the day.

Key words. Child-friendly hospital, parents, children, opinions, satisfaction.

9. LITERATURA

1. Grgurić J. Program. Dječji bolnički odjeli–prijatelji djece. *Pediatr Croat.* 2003; 47:3-8.
2. Švel I, Grgurić J. *Zdravstvema zaštita djece.* Zagreb; Školska knjiga: 1996.
3. Glesinger L. Povijest medicine. U: *Medicinska enciklopedija,* Zagreb, Leksikografski Zavod 1963; 176-201.
4. Konvencija o pravima djeteta, *Dijete i društvo* 1999; 1: 47-75.
5. Grgurić J, Paravina E (ur.). *Za osmijeh djeteta u bolnici.* Zagreb. Graf-His 2001.
6. Kristenson-Hallstrom I, Nilstun T. The parent between the child and the professional – some ethical implications. *Child Care Health Dev* 1997; 23(6): 447-55., Coyne IT. *Parentship in care: parents views of participation in their hospitalized child's care.* *J Clin Nurs* 1995; 4(2): 71-9.
7. Neill SJ. Parent participation. Findings and their implications for practice. *Br J Nurs* 1996; 5(2): 110.
8. Chan L, Russell TJ, Robak N. Parental perception of the adequacy of pain control in their child after discharge from the emergency department. *Pediatr Emerg Care* 1998; 14(4):251-3.
9. Kemper K, Cassileth B, Ferris T. *Holistic Pediatrics: A Research Agenda.* *Pediatrics* 1999; 103: 902.
10. Grgurić J. Holistički pristup djetetu. Simpozij preventivne pedijatrije. Zbornik radova. Osijek, Medicinski fakultet 1999.
11. *Kodeks medicinska etike i deontologije.* Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2000.
12. Grgurić J. Konvencija o pravima djece. U: Ivanišević G (ur). *Prava djeteta kao pacijenta.* Zagreb. Hrvatski liječnički zbor 2002; 34-8.
13. Himes J. *Implementing the Convention on the Rights of the Child.* The Hague, London, Boston. Martinus Nijhoff Publishers 1995.
14. Johnson A, Lindschau A. Staff attitudes toward parent participation in the care of children who are hospitalized. *Pediatr Nurs* 1996; 22(2): 99-102.
15. Zakanj Z, Grgurić J, Paravina E. *Suvremeni pristup bolničkom zbrinjavanju djece.* *Liječ vjes.* 2003.
16. *Europski prijedlog programa specijalizacije iz pedijatrije.* Zagreb. Savez društava Naša djeca 2002.

17. Terry DG. The needs of parents of hospitalized children. *Child Health Care* 1987; 16: 18-20.
18. Grgurić J (ur). *Dojenje. Priručnik za zdravstvene djelatnike*. Zagreb, Graf-His, 1999.
19. Novak-Reis A, Paravina E (ur). *Kako djetetu olakšati boravak u bolnici*, Zagreb, Prosvjeta 1986.
20. Kornhauzer P. Humanizacija bolnice. 2. Simpozij socijalne pedijatrije, Šibenik, 1990; 28- 29: 6.
21. Grgurić J, Zakanj Z. Rezultati promicanja dojenja u Republici Hrvatskoj tijekom proteklog razdoblja. *Paed Croat* 1999; 43(suppl 2): 95-6.
22. Grgurić J, Zakanj Z, Paravina E. Pokretanje inicijative "Dječji bolnički odjeli – prijatelji djece". *Paediatr Croat* 2000; 44: 81-3.
23. Nacionalni program djelovanja za djecu u Republici Hrvatskoj. *Dijete i društvo* 1999; 1:105-37.
24. Southall DP, Burr S, Smith RD, Bull DN, Radford A, Nicholson S. The Child-Friendly Healthcare Initiative (CFHI): Health Provision in Accordance With the UN Convention of the Rights of the Child. *Pediatrics* 2000; 106: 1054-64.
25. Grgurić J, Paravina E (ur). *Cilj, program i način provedbe akcije "Za osmijeh djeteta u bolnici"* Zagreb, Savez društava "Naša djeca Hrvatske" 2001.
26. Marušić M. I sur. *Uvod u znanstveni rad u medicini*. 4. izd. Udžbenik. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.
27. Snowdon AW, Kane DJ. Parental needs following the discharge of a hospitalized child. *Pediatr Nurs* 1995; 21: 425-8.
28. Delaney KR, Engels-Scianna B. Parent's perceptions of their child's emotional illness and psychiatric treatment needs. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 1996; 9: 15-24.
29. Kristensson-Hallstrom I, Elander G. Parent's experience of hospitalization: different strategies for feeling cure. *Pediatr Nurs* 1997; 23:361-7.
30. Yiu JM, Twinn S. Determining the needs of chinese parents during the hospitalization of their child diagnosed with cancer: an exploratory study. *Cancer Nurs* 2001; 24: 483-9.
31. McGrath P. Treatment for childhood acute lymphoblastic leukaemia: the father's perspective. *Aust Health Rev* 2001; 24: 135-42.
32. Smith L, Daughtrey H. Weaving the seamless web of care: an analysis of parent's perceptions of their needs following discharge of their child from hospital. *J Adv Nurs* 2000; 31:812-20.

33. Hallstrom I, Runeson I, Elander G. An observational study of the level at which parents participate in decisions during their child's hospitalization. *Nurs Ethics* 2002; 9: 202-14.)

10. ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Maja Vukašinić

Datum i mjesto rođenja: 30.04.1995., Požega, Hrvatska

Mobitel: 097 614 2994

E-mail: majavukasinovic95@gmail.com

Obrazovanje:

2014.- 2017. Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstva – Medicinski fakultet Osijek

2010. – 2014. Poljoprivredno-prehrambena škola Požega – smjer Veterinarski tehničar

2002. – 2010. Osnovna škola „Dobriše Cesarića“, Požega

Strani jezici: Engleski