

Zadovoljstvo roditelja zdravstvenom skrbi djece u Klinici za dječje bolesti Zagreb

Jurić, Marina

Master's thesis / Diplomski rad

2016

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://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:565841>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2021-02-28**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK
Sveučilišni diplomski studij sestrinstva

Marina Jurić

ZADOVOLJSTVO RODITELJA
ZDRAVSTVENOM SKRBI DJECE U
KLINICI ZA DJEČJE BOLESTI ZAGREB

Diplomski rad

Osijek, 2015.

Rad je ostvaren na Klinici za dječje bolesti Zagreb.

Mentor rada: doc.dr.sc.Senka Samardžić, dr.med. specijalist javnog zdravstva

Rad ima 60 stranica i 52 tablice.

Sadržaj rada

1. UVOD.....	1
1.1. Povijesni pregled zdravstvene zaštite djece.....	1
1.2. Utjecaj bolničkog liječenja na dijete.....	2
1.3. Akcije humanizacije dječjih bolničkih odjela.....	4
1.4. Zadovoljstvo bolesnika kao indikator kvalitete zdravstvene usluge.....	6
1.5. Važnost komunikacije zdravstvenog djelatnika s hospitaliziranim djetetom i njegovim roditeljima.....	9
2. CILJ RADA.....	11
3. HIPOTEZE.....	12
4. ISPITANICI I METODE.....	13
4.1. Ustroj studije.....	13
4.2. Ispitanici.....	13
4.3. Metode.....	13
4.4. Statističke metode.....	14
5. REZULTATI.....	15
6. RASPRAVA.....	43
7. ZAKLJUČAK.....	48
8. SAŽETAK.....	50
9. SUMMARY.....	51
10. LITERATURA.....	52
11. ŽIVOTOPIS.....	58
12. PRILOZI.....	60

1. UVOD

1.1. Povijesni pregled zdravstvene zaštite djece

Prve bolnice za djecu otvaraju se početkom 19. stoljeća (1802. godine u Parizu – Hôpital des Enfants Malades, 1828. u Beču – St. Anna Kinderspital, 1852. u Londonu – Hospital for Sick Children (1). 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). Smrtnost je u tim prvim godinama u dječjim bolnicama bila vrlo visoka, što je posljedica loših higijenskih uvjeta koji su doveli do infekcija. Terapeutske i kadrovske mogućnosti su u tom razdoblju bile ograničene pa je medicinska pomoć bila oskudna. Sve je to doprinijelo vrlo visokoj smrtnosti djece u takvim bolnicama. Velika znanstvena dostignuća u tom vremenu pridonose sprečavanju infekcija te se uvode mjere prevencije (pranje ruku, uporaba zaštitne odjeće, 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). Dvjesto godina kasnije promijenio se opći i zdravstveni standard, promijenio se i morbiditet u pučanstvu i među djecom. Smanjena je incidencija zaraznih bolesti među djecom zahvaljujući cijepljenju (4). U našoj zemlji prva, dječja ustanova - „Kindersanatorium“ osnovana je 1897. godine u Opatiji, prvi dječji odjel 1904. u Zagrebu, u tadašnjoj Bolnici Milosrdnih sestara. Osnovao ga je dr. Radovan pl. Marković, naš prvi educirani pedijatar. Godine 1908. organizirana je izvanbolnička zdravstvena zaštita - prvi dječji ambulatorij. 1923. godine osnovana je Klinika za pedijatriju na Medicinskom fakultetu u Zagrebu (5).

U zadnjem stoljeću bitno se 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 (4). S takvim opredjeljenjem javljaju se i ideje "otvorene bolnice" (6.). Europski parlament 1986. godine donio je 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 (7). U skladu s tim, novi pristupi djetetu u bolnici

nastoje učiniti bolničku sredinu ugodnijom za dijete. Vodi se posebna briga o indikacijama za hospitalizaciju, ne ograničavaju se posjeti, stvaraju se uvjeti za zajednički boravak roditelja i djeteta u bolnici, u koju se uvode i ostali sadržaji prihvatljivi djeci, sve radi smanjenja straha od hospitalizacije (5).

Moderna se pedijatrija susreće s novim problemima. Nova patologija (novorođenčad vrlo male porođajne težine, djeca s razvojnim poremećajima, psihijatrijske bolesti u djece /pedopsihijatrija/, alergijske bolesti /astma/, kronične bolesti, malignomi) stvara potrebu za novim organizacijskim oblicima liječenja za dopunu klasičnog bolničkog ili ambulatnog liječenja (8). Jedno od rješenja je i osnivanje posebnih centara ili proširivanje indikacija za liječenje u dnevnim bolnicama (9) kao stupanj zbrinjavanja između liječnika opće medicine i klasične hospitalizacije.

Uz poznate štetnosti klasičnog hospitalnog liječenja djece nameće se i ekonomsko pitanje. Stoga je cilj uvođenje alternativnih, ekonomičnijih organizacijskih jedinica u sustav liječenja djece (10). Primjeri alternativnih organizacijskih jedinica su socijalna i primarna zdravstvena zaštita, poliklinička pedijatrijska služba, kućno liječenje, zbrinjavanje u dnevnim bolnicama ili dnevnim centrima. Sudjelovanje obitelji u liječenju kao i noćni boravak djeteta kod kuće pridonose bržem oporavku (11, 12). Dokazana je korist alternativnih metoda hospitalizacije djece. Primjenom takvih oblika zbrinjavanja djece smanjuje se, između ostalog, i psihička trauma koju donosi klasična hospitalizacija (13).

Liječenje u dnevnoj bolnici ima znatne prednosti u odnosu na klasičnu hospitalizaciju, naročito u pogledu manje psihološke traume djeteta. Što je više vremena koje dijete provodi s obitelji, manja je napetost i stres roditelja i djeteta. Skraćivanje vremena provedenog u bolnici kod djeteta ublažava osjećaj težine bolesti. Ekonomski faktor nije zanemariv. Organizacija skrbi, opremanje ustanova, edukacija osoblja i ispravan pristup uvjet su za najbolje iskorištavanje potencijala dnevnih bolnica (8)

1.2. Utjecaj bolničkog liječenja na dijete

Uz liječenje djeteta vežu se posebni psihološki i socijalni problemi. Pozitivni učinak hospitalizacije odnosi se na liječenje same bolesti i izlječenje kao krajnji cilj. Ipak,

hospitalizacija ima i negativni psihološki utjecaj na dijete koji se odražava na njegovu osobnost. U bolnici je pojedincu narušen uobičajeni životni ritam, postoji visoki stupanj ovisnosti o drugome i pojavljuju se uznemirujući događaji (14). Bolesno dijete doživljava strah i tjeskobu jače je nego odrasla osoba, naročito zbog bolnih dijagnostičkih i terapijskih postupaka, odvojenosti od roditelja i boravka u nepoznatoj okolini. Danas je poznato kako psihološke teškoće djeteta kao pacijenta u bolnici, ali i roditelja (bez obzira na uzroke djetetove bolesti), mogu otežati suradnju pri liječenju, a razina tjeskobe roditelja i posljedično razina tjeskobe bolesnog djeteta može usporiti brzinu njegova oporavka (15). Svako odvajanje od roditelja za dijete je zastrašujuće, zabrinjavajuće i tužno.

Skupina djece koja su posebno osjetljiva na hospitalizaciju jesu djeca jedinci, mlađa djeca, djeca koja imaju loša ranija iskustva s odvajanjem od roditelja, djeca koja loše reagiraju na nepoznate osobe i djeca čiji se roditelji ponašaju prezaštitnički (16). Fenomen hospitalizma može se opisati razdobljima kroz koja djeca prolaze tijekom prilagodbe na bolničku sredinu: 1) razdoblje protesta – najčešće se javlja odmah nakon odvajanja i obilježeno je prekomjernom općom aktivnosti djeteta, plakanjem, bijesom na okolinu te obično traje prvih nekoliko dana; 2) razdoblje očaja – dijete gubi nadu da će se majka vratiti, motorički se smiruje, ali je apatično te može doći do problema s hranjenjem i spavanjem; 3) razdoblje prividnog prihvaćanja – dijete polako počinje prihvaćati određeni stupanj neizvjesnosti, zbog nemogućnosti podnošenja velike količine negativnih emocija počinje se baviti drugim sadržajima, ali se posljedice očituju nakon izlaska iz bolnice (enureza, mucanje, tepanje, sisanje prsta). Faze mogu trajati od nekoliko dana do nekoliko tjedana (16, 17, 18).

Svako dijete se suočava s bolešću na svoj način. Način doživljavanja bolesti uvjetovan je dobi, osobinama ličnosti, vrstom i težinom bolesti, neugodnošću simptoma, vrstom liječenja, odnosom medicinskog osoblja prema djetetu i drugi (19). Postoji osam područja koja kod djeteta predstavljaju izvore kapaciteta za suočavanje sa stresom: osobine ličnosti, senzitivnost i socijalna percepcija, moralnost, perceptivno-motoričke vještine, pažnja, kognitivnolingvističke sposobnosti, motivacija i humor (20).

Temelj humanizacije bolničkog liječenja djece jest individualni pristup svakom djetetu te pružanje mogućnosti svakodnevnih posjeta roditelja, uključivanje roditelja u negu i liječenje, primjenu pedagoških, kulturnih, zabavnih sadržaja i igre tijekom hospitalizacije. Arhitektonsko oblikovanje modernih dječjih bolnica također ima zadatak da djetetu učini

boravak ugodnijim - sobe su vedrih boja, zidovi ukrašeni veselim crtežima, u sklopu odjela postoje igraonice s puno igračaka i igara na raspolaganju (21). Psihološke potrebe djece u bolnici u praksi zadovoljavaju posebni programi i akcije. U Sjedinjenim Američkim Državama i Kanadi, programi usmjereni psihosocijalnim potrebama djece u bolnici, počeli su se razvijati nakon Treće deklaracije o pravima djeteta šezdesetih godina prošlog stoljeća. Jedan od najpoznatijih takvih programa je „Child life“, standard u velikim pedijatrijskim sredinama s naglaskom na psihosocijalne aspekte koji olakšavaju snalaženje i prilagodbu djece i obitelji u 3 osnovna područja: 1) mogućnost igre, 2) odgovarajuće informacije o događajima i postupcima, 3) uspostavljanje terapijskog odnosa sa djetetom i roditeljima kao pomoć u uključivanju obitelji u njegu svakog djeteta (22).

Važan čimbenik u smanjivanju stresa kod hospitaliziranog djeteta je svakako igra. Dokazane su dobrobiti igre koje hospitaliziranoj djeci mogu olakšati boravak u bolnici. Jedna od ključnih dobrobiti igre za hospitaliziranu djecu jest odvlačenje pažnje i rasonoda. Djetetu se kroz igru može pomoći da razumije, prihvati i navikne se na hospitalizaciju (23). U igri se odražavaju dječji strahovi, napetosti i snovi. Djeca se igrom izražavaju ako im nedostaje riječi ili ako ne mogu govoriti nakon invazivnog postupka ili tretmana (24). Igra može poboljšati suradnju između djece i osoblja bolnice, što može dovesti do lakšeg povjeravanja svojih osjećaja i briga medicinskom osoblju (25). U bolničkom okruženju igra se često koristi kao svojevrsan oblik psihoterapije. Ona otkriva djetetove unutarnje osobnosti na isti način kao i bliski razgovor, što omogućuje identificiranje dječjih strahova i tjeskobe, te uklanjanjem uzroka ublažavanje istih (26).

1.3. Akcije humanizacije dječjih bolničkih odjela

Istraživanja o kvaliteti bolničke skrbi i liječenja djece dokazala su postojanje brojnih neprimjerenih postupaka prema djeci u bolnicama diljem svijeta. To su: 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 na to je li

postupak bolan ili nije, ili ga dijete takvim doživljava; neprimjerena uporaba bolnih dijagnostičkih i terapijskih postupaka (27,28,29).

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 (30). Glavna tema Drugog simpozija socijalne pedijatrije održanog u Šibeniku 1989. godine bila je „humanizacija dječje bolnice“. U to vrijeme počelo se razmišljati i djelovati u smislu promjene tog stanja, no to je bilo više na spontanoj nego na programskoj osnovi. Savez društava „Naša Djeca“ Hrvatske, na svojoj tematskoj skupštini 1997. godine dao je ponovni poticaj za programirani pristup bolničkog liječenja djece te je u suradnji s Hrvatskim društvom za preventivnu i socijalnu pedijatriju izrađen program kojem se priključio i pedijatrijski ogranak Hrvatske udruge medicinskih sestara.

Na tim osnovama izrastao je novi program – Inicijativa za prijateljski pristup djetetu. UNICEF je predložio novu strukturu kombiniranog pristupa djetetu, u obliku probnog ispitivanja u Engleskoj, a priključilo se još nekoliko zemalja (12). Ideja je da uvede suvremeni pristup prema djeci u svim zdravstvenim sredinama u kojima borave djeca: od rodilišta, dječjih odjela, u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a i na razini zajednice.

Uzevši u obzir dosadašnje svjetske civilizacijske trendove za umanjivanje posljedica hospitalizacije djece, formuliran je program „Za osmijeh djeteta u bolnici“ koji je započeo 19. svibnja 1999. godine. Cilj je ove akcije promicanje i primjena humanizacije bolničkog liječenja djece. Program se sastoji od 12 zahtjeva. Bolnice koje ispune te uvjete mogu nakon ocjene dobiti prestižni naslov „Dječji bolnički odjel – prijatelj djeteta“. Prednost je u tome što provođenje akcije ne zahtijeva nedostižna financijska sredstva, već se ponajprije 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. Kriteriji koje je potrebno zadovoljiti u programu akcije „Dječji bolnički odjel – prijatelj djeteta“ :

1. Izrada i objava godišnjeg plana o sudjelovanju u ovoj akciji
2. Prihvat djeteta u bolnicu samo kad je to za dijete najbolje rješenje
3. Maksimalno skraćivanje boravka djeteta u bolnici

4. Holistički pristup liječnika bolesnomu djetetu
5. Sestrinska skrb o bolesnom djetetu – dopunska edukacija medicinskih sestara
6. Primjena suvremenih medicinskih standarda za boravak djeteta u bolnici
7. Pristup svakom djetetu kao pojedincu s njegovim vlastitim potrebama
8. Omogućiti svakodnevni posjet roditelja bolesnomu djetetu
9. Sudjelovanje roditelja u njezi i liječenju djeteta
10. Pedagoški i kulturno-zabavni sadržaji za djecu u bolnici
11. Igra i aktivnosti koje djeca sama odabiru i u njima sudjeluju
12. Oplemenjivanje i funkcionalnost bolničkog ambijenta

U akciju “Za osmijeh djeteta u bolnici” je uključeno 37 bolnica/dječjih odjela u Hrvatskoj, a prestižni naslov „Bolnica/Dječji odjel – prijatelj djece“ do 2013. godine dobilo je 30 bolnica/dječjih odjela.

Ipak, program humanizacije bolničkog liječenja djece samo je jedan dio u ukupnom pristupu poboljšanja liječenja djece. Valja usmjeriti našu pažnju na: poboljšanje kvalitete primarne zdravstvene zaštite i uključivanja drugih društvenih sektora koji će pomoći u rješavanju niza socijalnih problema djece i posljedično smanjiti 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 (4).

1.4. Zadovoljstvo bolesnika kao indikator kvalitete zdravstvene usluge

Zadovoljstvo bolesnika u mjerenju kvalitete zdravstvene zaštite neophodno je zbog sve prisutnije transformacije zdravstvene zaštite iz područja pasivne ponude u područje aktivne potražnje zdravstvene zaštite gdje su bolesnikove potrebe one koje definiraju dio kvalitete (31).

Mjerenje bolesnikova zadovoljstva postaje dio društvene participacije u ukupnom zdravstvenom sustavu (32). Zadovoljstvo bolesnika jedan je od glavnih ciljeva zdravstvene

skrbi i kao takvo treba biti evaluirano kroz percepciju korisnika usluga (33). Ono izražava bolesnikovu percepciju o kvaliteti zdravstvene zaštite, a ovisi o bolesnikovim očekivanjima, vrijednostima i iskustvu (34). Kako bi se postiglo zadovoljstvo bolesnika i postigla prilagodba novim uvjetima poslovanja, pojavljuje se zdravstveni marketing koji želi razviti odnos s bolesnicima kao klijentima sa zahtjevima, strukturirajući usluge koje će zadovoljiti njihove potrebe (35). Percepcija kvalitete ovisi o nizu objektivnih, ali i psiholoških socijalnih i demografskih čimbenika (36; 37). Za zadovoljstvo bolesnika ne možemo reći da mjeri tehničku kvalitetu skrbi, već ono odražava kognitivnu procjenu i emocionalnu reakciju, koja je pod utjecajem percepcije kvalitete, udobnosti, fizičkog okruženja i očekivanog ishoda liječenja (38).

Pri evaluaciji zdravstvene skrbi emocionalna je komponenta jednako važna kao i kognitivna, naročito jer korisnici često nemaju mogućnosti procjene tehničkog aspekta usluge pa to čine kroz procjenu kvalitete komunikacije sa zdravstvenim djelatnicima. Interpersonalna skrb je interakcija zdravstvenih djelatnika i korisnika skrbi, koja uključuje upravljanje socijalnim i psihološkim aspektima komunikacije, a zadovoljstvo bolesnika je temeljna mjera kvalitete skrbi jer pruža informacije o uspjehu pružatelja usluga u ispunjavanju onih očekivanja koja su samom bolesniku najznačajnija (39).

Procjena zadovoljstva postaje važan indikator kvalitete. Zadovoljstvo pacijenta se ističe kao sve važniji ishod zdravstvene skrbi i trenutno se koristi za četiri namjene: za usporedbu različitih zdravstvenih programa i sustava, za procjenu kvalitete skrbi, za prepoznavanje aspekata skrbi koje je potrebno promijeniti u svrhu povećanja zadovoljstva pacijenata te kao sredstvo prepoznavanja korisnika koji su nezadovoljni uslugom privatnog programa (40).

Kako bi se dobio stvarni uvid u zadovoljstvo bolesnika, potrebna je standardizacija mjerenja kvalitete. Ideja o procjeni iskustva i zadovoljstva bolesnike potječe iz Picker/Commonwealth Programa „Bolesnik u središtu“ (Patient-Centered Care) utemeljenog od Commonwealth Fonda u UK i uz financijsku potporu James Picker Fondacije u SAD 1986. godine (41)

Jedan od mogućih alata u pedijatriji jest HUG (eng. Help, Understanding, and Guidance for Young Families). To je inovativni pristup za pedijatrijske sestre koji je razvijen i oblikovan za podršku roditeljima u optimiziranju zdravlja i dobrobiti svoje djece. Rezultati istraživanja pokazuju da postoji određeni raskorak između onoga što pedijatrija obećava i

pruža, te između onoga što roditelji žele od svojih pružatelja usluga te što oni zapravo dobivaju. HUG je svojevrsan praktičan priručnik koji mogu koristiti pedijatrijske medicinske sestre na svim razinama i u različitim okruženjima. Korištenje HUG-a u sestrinstvu pomaže u poboljšanju odnosa s roditeljima, pomaže roditeljima da osjećaju da ih se čuje i da sudjeluju, potiče roditelje da dijele ono što ih najviše brine i povećava zadovoljstvo medicinskih sestara poslom (42).

U Norveškoj je razvijen NORPEQ (Norway Patient Experiences Questionnaire) koji brzo prikuplja iskustva pacijenata i obuhvaća važne aspekte zdravstvene skrbi. Pri stvaranju upitnika, morala su biti zadovoljena tri sljedeća uvjeta: da uključuje najvažnije aspekte iskustva bolesnika bazirano na relevantnoj literaturi u nordijskim zemljama; da upitnik bude kratak kako bi se mogao implementirati u postojeća istraživanja, te da bude sastavljen na norveškom jeziku nakon čega će se prevesti na ostale nordijske jezike. Ovaj se upitnik pokazao koristan u smislu pouzdanosti i valjanosti te se relativno lako implementira u postojeće, rutinske ankete (43).

Holzer i Minder su 2005. godine proveli istraživanje u 24 bolnice u Švicarskoj (Bern) uz korištenje standardizirane Pickerove metodologije. U svome radu iz 2011. godine predstavili su standardizirane i relativno jednostavne metode za analiziranje i korištenje podataka o pacijentovom iskustvu za poboljšanje kvalitete i za objavu u obliku koji omogućava jasnu i jednostavnu interpretaciju. Tri su koraka: 1. identificiranje čimbenika koji najviše pridonose varijabilnosti bolesničkog iskustva naspram samog pacijenta i bolničke razine 2. predstavljanje pristupa za postizanje pravedne i transparentne procjene bolnica za unutarne i vanjsko vrednovanje 3. sugeriranje postupaka za korištenje podataka u identifikaciji područja za poboljšanje (44).

Upitnik „Child ZAP“ u Njemačkoj su razvili Bitzer i suradnici. To je standardizirani upitnik za procjenu zadovoljstva roditelja u ambulantnoj pedijatrijskoj skrbi koji će se koristiti u upravljanju kvalitetom. Upitnik (Child ZAP) koji je kroz vrijeme prilagođavan dobio je završnu formu u obliku osam dimenzija, tri “dječje skale” i pet “roditeljskih skala”. S dobrim rezultatima za valjanost i pouzdanost testiranja, konačni „Child ZAP“ je primjenjiv u pedijatrijskoj ambulantnoj skrbi za djecu svih dobnih skupina. Dječji upitnik je duži od onog predviđenog za odrasle. Njegov dizajn i jednostavnost omogućavaju fleksibilnu provedbu ankete koja zadovoljava različite zahtjeve upravljanja kvalitetom (45).

Postoje znanstveno utemeljeni dokazi da je zadovoljstvo roditelja hospitaliziranog djeteta povezano sa suradljivošću roditelja, razumjevanju i zadržavanju medicinskih informacija i kontinuitetom skrbi (46).

1.5. Važnost komunikacije zdravstvenog djelatnika s hospitaliziranim djetetom i njegovim roditeljima

Način komuniciranja s djetetom tijekom boravka u bolnici ovisi o djetetovoj dobi, kognitivnoj i emocionalnoj zrelosti, te da je važno da svi profili stručnjaka prilagode svoj pristup razvojnoj fazi i individualnim potrebama djeteta (23). S obzirom na to da mala djeca nemaju razvijen pojam vremena, djecu do druge godine najbolje je pripremiti za stresno iskustvo neposredno pred sam događaj. Dobro je koristiti tehniku preusmjerenja pažnje te djetetu omogućiti da samostalno donese odluke koje nisu u sukobu s liječenjem (primjerice, prilikom vađenja krvi dopustiti djetetu da izabere ruku) (47).

S djecom u dobi od tri do šest godina potrebno je razgovarati prije dolaska u bolnicu te objasniti cijeli postupak, a u tu svrhu mogu se koristiti i slikovni materijali (razne priče, materijali o bolesti prilagođeni djeci). Roditelj se kod kuće može igrati raznih uloga s djetetom, a dobro je dopustiti djetetu da odabere igračke koje će ponijeti sa sobom u bolnicu (47).

U pripremi za boravak djeteta u bolnici od sedam do dvanaest godina preporučljivo je prilagoditi verbalne upute kronološkoj dobi, pri čemu se mogu koristiti različita sredstva (pisani materijali, igranje uloga, snimke vršnjaka s istim iskustvom ili razgovor i trening nošenja sa stresom). Roditelj može pružiti sve informacije djetetu tjedan dana prije dolaska u bolnicu, a ako je dijete izrazito tjeskobno, trening suočavanja sa stresom može se provesti i nekoliko tjedana prije (47)

Rezultati istraživanja pokazuju da djeca preferiraju sestre koje se: smiju i koriste lijepe riječi (pozitivni stav/ raspoloženje), pružaju mjere suzbijanja boli (fizička pomoć), omogućuju zabavu i humor u skladu s dobi djeteta, pružaju osjećaj sigurnosti i zaštite, osiguravaju hranu i

lijekove (temeljne potrebe), odnose se s njima kao s individuama (priznanje) te pružaju podršku i utjehu (48).

Pedijatrijsko okruženje osim posebnosti u smislu različitosti djeteta u odnosu na odraslu osobu, nosi sa sobom određene specifičnosti vezane uz uključivanje ostalih članova obitelji, najčešće roditelja, u zdravstvenu skrb. Kako bi djetetu bila pružena najbolja moguća zdravstvena skrb neophodno je da su roditelji uključeni u postupak liječenja. Koherentna i relevantna procjena kvalitete zdravstvene skrbi je još kompliciranija u komunikaciji s djecom dok je, s druge strane, veća potreba za izravnim, potpunim i iskrenim savjetovanjem obitelji od strane zdravstvenih djelatnika (49). Istraživanja o povezanosti kvalitete zdravstvene skrbi i komunikacije u pedijatrijskom kontekstu pokazuju da roditelji hospitalizirane djece naglašavaju važnost primanja iskrenih i potpunih informacija od djelatnika, izravnog pristupa djelatnicima i brižnog odnosa sa suosjećajnim djelatnicima (50). Zadovoljstvo roditelja zdravstvenom skrbi koju dijete prima može se koristiti kao indikator kvalitete skrbi, no još je važnija suglasnost roditelja s terapijom koje dijete prima (51) kao i za dobro razumijevanje medicinskih informacija, prepoznavanja djetetovih simptoma, shvaćanja dijagnoze i tijeka terapije (52).

Najčešći prigovori roditelja bolesne djece vezani uz komunikaciju sa zdravstvenim djelatnicima odnose se na: nedovoljno posvećenog vremena, davanje premalo informacija te priopćavanje informacija na nerazumljiv način uz upotrebu stručnih termina (53,54). Kako bi unaprijedili komunikaciju s roditeljima hospitaliziranog djeteta, važno je razumjeti njihove želje i potrebe. Dosadašnja istraživanja su navela slijedeće potrebe roditelja: priopćavanje dijagnoze djeteta na jasan i jednostavan način, davanje bilo kakve prognoze od strane liječnika, savjetovanje daljnjih koraka koje moraju poduzeti, mogućnost da postavljaju pitanja i razjasne nejasnoće, uključivanje u zdravstveno zbrinjavanje njihovog djeteta. Isto tako, roditelji cijene kada je osoba koja im donosi vijesti o djetetu ljubazna suosjećajna, brižna i osjetljiva na njihove potrebe (55, 56, 57). Iz svega navedenog vidljivo je da pružanje skrbi za hospitalizirano dijete nadilazi provođenje medicinskih aspekata liječenja. Ono zahtijeva od medicinske sestre i drugih zdravstvenih djelatnika da zauzmu aktivnu ulogu u psihološkim i emocionalnim potrebama djeteta (47), ali jednako tako i roditelja.

2. CILJ RADA

Ciljevi rada su:

1. Procjeniti stupanj zadovoljstva roditelja zdravstvenom skrbi djece u Klinici za dječje bolesti Zagreb.
2. Utvrditi postoje li značajne statističke razlike u procjeni zadovoljstva roditelja zdravstvenom skrbi djece s obzirom na kliniku pri kojoj je dijete hospitalizirano.

3. HIPOTEZE

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

1. Roditelji su više zadovoljni nego nezadovoljni zdravstvenom skrbi djece hospitalizirane pri Klinici za dječje bolesti Zagreb.
2. Ne postoji statistički značajna razlika u procjeni zadovoljstva roditelja zdravstvenom skrbi djece s obzirom na kliniku pri kojoj je dijete hospitalizirano.

4. ISPITANICI I METODE

4.1. Ustroj studije

Prema specifičnom ustroju studija je presječna, dakle pripada skupini opservacijskih studija.

4.2. Ispitanici

Ispitanici su roditelji djece hospitalizirane na dvije klinike pri Klinici za dječje bolesti Zagreb. Ukupno je u istraživanju sudjelovalo 160 ispitanika (80 roditelja djece hospitalizirane na Klinici za dječju kirurgiju, te 80 roditelja djece hospitalizirane na Klinici za pedijatriju). Istraživanje se provelo tijekom razdoblja od mjesec dana.

4.3. Metode

Pri izradi upitnika pomoću kojeg su prikupljeni podaci u ovom istraživanju korišten je Pickerov upitnik (Paediatric Inpatient Survey) (41), čija su pitanja modificirana i prilagođena okruženju u kojem se provodilo istraživanje. Upitnik je sadržavao 52 pitanja, od kojih je na 51 pitanje bio ponuđen odgovor, dok se na jedno pitanje odgovor morao nadopisati na crtu (dob djeteta). Prvi dio ankete odnosio se na prijem djeteta u bolnicu (4 pitanja), drugi dio odnosio se na bolnički odjel (13 pitanja) od čega su dva pitanja bila su vezi s aktivnostima na odjelu, dok se jedno pitanje odnosilo na hranu. Treća skupina pitanja odnosila se na procjenu liječnika (4 pitanja), a četvrta na medicinske sestre (5 pitanja). U poglavlju o skrbi djeteta u bolnici sadržano je 7 pitanja, dok je dio o boli sadržavao 2 pitanja. Pod grupom operacije sadržano je 6 pitanja, a 4 pitanja su se odnosila na pretrage. Predzadnje je poglavlje zamišljeno kao ukupna ocjena zadovoljstva roditelja sa skrbi djeteta (1 pitanje). Posljednji dio upitnika odnosio se na opće podatke (spol i dob djeteta, prethodne hospitalizacije, prisutstvo kroničnih bolesti i dugotrajnih stanja), te informiranost o programu „Dječji odjeli – prijatelji djece“ i procjenu provođenja istog na odjelu na kojem je dijete hospitalizirano.

4.4. Statističke metode

Kategorijski podatci predstavljeni su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Razlika razdiobe kategorijskih varijabli između promatranih skupina testirana je Fisherovim egzaktnim testom, te χ^2 testom. Sve P - vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti postavljena je na $\alpha=0,05$. Korelacija nominalnih varijabli izražena je koeficijentom kontingencije (C). Za ocjenu sredine i varijabilnosti numeričkih podataka upotrebljene su središnja vrijednost (medijan) i granice interkvartilnog raspona radi asimetrične raspodjele. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Kolmogorov - Smirnovljevim testom. Za razliku numeričkih varijabli korišten je Mann-Whitney test. Za statističku analizu korišten je statistički program SPSS.

5. REZULTATI

Ukupno je u istraživanju sudjelovalo 160 ispitanika (80 roditelja djece hospitalizirane na Klinici za dječju kirurgiju, te 80 roditelja djece hospitalizirane na Klinici za pedijatriju pri Klinici za dječje bolesti Zagreb).

Tablica 5.1. Podjela ispitanika prema klinici na kojoj je dijete hospitalizirano

		N (%)
Klinika na kojoj je dijete hospitalizirano	Klinika za pedijatriju	80 (50,0)
	Klinika za kirurgiju	80 (50,0)
	Ukupno	160 (100,0)

Prva se skupina pitanja odnosila na prijem djeteta u bolnicu. Promatrane skupine se značajno razlikuju s obzirom na vrstu prijema - hitan prijem ili planirani posjet (Fisherov egzaktni test, $P < 0,001$). Dok je na kirurški odjel najveći broj djece primljen kroz redovni, planirani prijem (njih 60,0%), većina djece na odjel pedijatrije hospitalizirana hitnim, neplaniranim prijemom (70,0%).

Tablica 5.2. Podjela ispitanika prema vrsti prijema djeteta na bolnički odjel

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Prijem djeteta u bolnicu	Hitan	32 (40,0)	56 (70,0)	88 (55,0)	<0,001
	Planiran	48 (60,0)	24 (30,0)	72 (45,0)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Pitanje o mogućnosti biranja datuma prijema odnosilo se na djecu koja su primljena redovnim, planiranim putem (njih 72). Roditelji čija su djeca primljena hitnim prijemom na ovo pitanja nisu odgovarala. Većina ispitanika s kirurškog odjela mogla je birati datum prijema (37,5 %), dok je najčešći odgovor ispitanika s pedijatrijskog odjela glasio kako nisu mogli birati, te smatraju da ta mogućnost izbora nije niti bila potrebna (njih 45,8%). Nema značajne statističke razlike među promatranim skupinama (Fisherov egzaktni test, $P = 0,597$). (Tablica 4.2).

Tablica 5.3. Mogućnost biranja datuma prijema djeteta u bolnicu (planirani prijemi)

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Mogućnost biranja datuma prijema (planirani prijemi)	Da	18 (37,5)	5 (20,8)	23 (31,9)	0,597
	Ne, ali postojala je mogućnost promjene	11 (22,9)	7 (29,2)	18 (25,0)	
	Ne, ali mogućnost izbora nije niti bila potrebna	16 (33,3)	11 (45,8)	27 (37,5)	
	Ne, ali rado bih da sam imao/la izbora	2 (4,2)	1 (4,2)	3 (4,2)	
	Ne znam/ne sjećam se	1 (2,1)	0 (0,0)	1 (1,4)	
	Ukupno	48 (100,0)	24 (100,0)	72 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Većina ispitanika iz obje skupine je izjavila kako bolnica nije mjenjala datum prijema djeteta u bolnicu (83,4 % ispitanika s kirurškog, 91,7 % ispitanika s pedijatrijskog odjela). Nije uočena značajna statistička razlika među promatranim skupinama (Fisherov egzaktni test, $P = 0,321$). (Tablica 4.3).

Tablica 5.4. Mijenjanje datuma prijema (od strane bolnice - planirani posjeti)

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Mijenjanje datuma prijema (od strane bolnice - planirani posjeti)	Ne	40 (83,4)	22 (91,7)	62 (86,2)	0,321
	Da, jednom	5 (10,4)	0 (0,0)	5 (6,9)	
	Da, nekoliko puta	3 (6,2)	2 (8,3)	5 (6,9)	
	Ukupno	48 (100,0)	24 (100,0)	72 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Podjednak je udio ispitanika s kirurškog odjela na pitanje o mogućnosti dolaska u ustanovu i upoznavanja osoblja odgovorio kako nije imao tu mogućnost, no nisu niti imali želju to učiniti (35,5%); te ispitanika koji su imali tu mogućnost (35,4%). Većina ispitanika s pedijatrijskog odjela nije imala mogućnost dolaska i upoznavanja osoblja te smatraju da to nije bilo niti potrebno (58,3%), dok je njih 37,5% željelo to učiniti, ali nisu dobili mogućnost. Promatrane skupine se značajno razlikuju (χ^2 test, $P = 0,007$)

Tablica 5.5. Mogućnost dolaska u ustanovu i upoznavanja osoblja (planirani prijemi)

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Mogućnost dolaska u ustanovu i upoznavanja osoblja (planirani prijemi)	Da, to smo i učinili	17 (35,4)	1 (4,2)	18 (25,0)	0,007
	Da, ali nismo to učinili	3 (6,2)	0 (0,0)	3 (4,2)	
	Ne, ali rado bismo da smo to mogli učiniti	11 (22,9)	9 (37,5)	20 (27,8)	
	Ne, ali nismo ni htjeli/trebali to učiniti	17 (35,5)	14 (58,3)	31 (43,0)	
	Ukupno	48 (100,0)	24 (100,0)	72 (100,0)	

* χ^2 test

Većina djece boravila je u mješovitim sobama, u kojima borave djeca oba spola (kirurgija – 50,0%, pedijatrija - 78,8%). Dok je na kirurškom odjelu 35,0 % djece boravilo u sobama za djecu istog spola, na pedijatriji je taj udio iznosio 16,2%. Postoji značajna statistička razlika među promatranim skupinama (χ^2 test, P = 0,001).

Tablica 5.6. Tip sobe u kojoj dijete boravi

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Tip sobe u kojoj dijete boravi	Za djecu istog spola	28 (35,0)	13 (16,2)	41 (25,6)	0,001
	Za djecu oba spola	40 (50,0)	63 (78,8)	103 (64,4)	
	Dijete je samo u sobi	12 (15,0)	4 (5,0)	16 (10,0)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* χ^2 test

Većina roditelja izjavila je kako im nije važno postojanje odvojenih bolničkih odjela za djevojčice i dječake (58,7% kirurgija, 80,0% pedijatrija). Da je to dosta važno smatra 17,5% roditelje djece hospitalizirane na kirurškom odjelu, te 5,0% roditelje djece hospitalizirane na pedijatrijskom odjelu. Postoji značajna statistička razlika među promatranim skupinama (χ^2 test, P = 0,008).

Tablica 5.7. Stav roditelja o važnosti postojanja odvojenih odjela za dječake i djevojčice

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Stav roditelja o važnosti postojanja odvojenih odjela za dječake i djevojčice	Dosta važno	14 (17,5)	4 (5,0)	18 (11,2)	0,008
	Donekle važno	19 (23,8)	12 (15,0)	31 (19,4)	
	Nije važno	47 (58,7)	64 (80,0)	111 (69,4)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* χ^2 test

Većina ispitanika – roditelja djece hospitalizirane na kirurškom odjelu smatra da je taj odjel adekvatno projektiran s obzirom na dob djeteta (njih 43,8%), dok većina roditelja djece hospitalizirane na pedijatriji smatra da je to donekle točno (53,8%). Nije uočena značajna statistička razlika među promatranim skupinama (χ^2 test, $P = 0,143$).

Tablica 5.8. Adekvatna projektiranost odjela s obzirom na dob djeteta (mišljenje roditelja)

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Adekvatna projektiranost odjela s obzirom na dob djeteta (mišljenje roditelja)	Da	35 (43,8)	23 (28,8)	58 (36,2)	0,143
	Donekle	34 (42,4)	43 (53,8)	77 (48,1)	
	Ne	11 (13,8)	14 (17,4)	25 (15,7)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* χ^2 test

Većina ispitanika – roditelja djece hospitalizirane na kirurškom odjelu smatra da je taj odjel vrlo čist (66,3%), većina roditelja djece hospitalizirane na pedijatriji smatra odjel prilično čistim (47,5%). Postoji značajna statistička razlika među promatranim skupinama (Fisherov egzaktni test, $P = 0,001$).

Tablica 5.9. Procjena čistoće bolničke sobe ili odjela

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Procjena čistoće bolničke sobe ili odjela	Vrlo čisto	53 (66,3)	32 (40,0)	85 (53,2)	0,001
	Prilično čisto	26 (32,5)	38 (47,5)	64 (40,0)	
	Manje čisto	1 (1,2)	8 (10,0)	9 (5,6)	
	Uopće nije čisto	0 (0,0)	2 (2,5)	2 (1,2)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Većina roditelja djece hospitalizirane na kirurškom odjelu smatra da su zahodi i kupaonica na tom odjelu vrlo čisti (48,8%), dok većina roditelja djece hospitalizirane na pedijatriji smatra da su prilično čisti (50,0%). Postoji značajna statistička razlika među promatranim skupinama (Fisherov egzaktni test, $P = 0,015$).

Tablica 5.10. Procjena čistoće zahoda i kupaonice

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Procjena čistoće zahoda i kupaonice	Vrlo čisto	39 (48,8)	25 (31,3)	64 (40,0)	0,015
	Prilično čisto	37 (46,2)	40 (50,0)	77 (48,2)	
	Manje čisto	4 (5,0)	13 (16,2)	17 (10,6)	
	Uopće nije čisto	0 (0,0)	2 (2,5)	2 (1,2)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Kada je riječ o stavu roditelja o važnosti postojanja odvojenih zahoda za dječake i djevojčice, najveći udio ispitanika čija su djeca hospitalizirana na kirurgiji smatra da je to dosta važno (40,0%), dok ispitanicima s pedijatrije to u najvećoj mjeri nije važno (35,0%). Nije uočena značajna statistička razlika među promatranim skupinama (χ^2 test, $P = 0,331$).

Tablica 5.11. Stav roditelja o važnosti postojanja odvojenih zahoda za dječake i djevojčice

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Stav roditelja o važnosti postojanja odvojenih zahoda za dječake i djevojčice	Dosta važno	32 (40,0)	25 (31,2)	57 (35,6)	0,331
	Donekle važno	28 (35,0)	27 (33,8)	55 (34,4)	
	Nije važno	20 (25,0)	28 (35,0)	48 (30,0)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* χ^2 test

Većina roditelja djece hospitalizirane na oba odjela je smatrala da je njihovo dijete sigurno na bolničkom odjelu cijelo vrijeme (kirurgija – 72,4%, pedijatrija - 61,2%). Nije uočena značajna statistička razlika među promatranim skupinama (Fisherov egzaktni test, $P = 0,338$).

Tablica 5.12. Percepcija roditelja o sigurnosti djeteta na bolničkom odjelu

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Percepcija roditelja o sigurnosti djeteta na bolničkom odjelu	Da, cijelo vrijeme	58 (72,4)	49 (61,2)	107 (66,9)	0,338
	Da, većinu vremena	19 (23,8)	28 (35,0)	47 (29,4)	
	Ne	3 (3,8)	3 (3,8)	6 (3,7)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Na pitanje je li dijete ikad bilo uplašeno tijekom boravka u bolnici, većina roditelja djece hospitalizirane na kirurgiji je odgovorila kako to nije bio slučaj (50,0%), dok je 7,5% bilo jako uplašeno. Najveći udio djece s pedijatrije prema mišljenju roditelja bio je donekle uplašen (38,7%), dok je jako uplašeno bilo 27,5% djece. Postoji značajna statistička razlika među promatranim skupinama (χ^2 test, $P = 0,003$).

Tablica 5.13. Procjena roditelja o uplašenosti djeteta tijekom hospitalizacije

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Je li Vaše dijete ikad bilo uplašeno tijekom boravka u bolnici?	Da, jako	6 (7,5)	22 (27,5)	28 (17,5)	0,003
	Da, donekle	34 (42,5)	31 (38,7)	65 (40,6)	
	Ne	40 (50,0)	27 (33,8)	67 (41,9)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* χ^2 test

Na pitanje o razlogu straha djeteta nisu odgovarali roditelji koji su negativno odgovorili na prethodno pitanje (njih 67). Kod obje skupine najveći udio je odgovorio kako je razlog straha njihovog djeteta „Ostalo“ (kirurgija 78,1%, pedijatrija 71,2%). Nije uočena značajna statistička razlika među promatranim skupinama (Fisherov egzaktni test, $P = 0,559$).

Tablica 5.14. Razlog straha djeteta

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Razlog straha djeteta	Buka koju su stvarali drugi pacijenti	8 (19,5)	11 (21,1)	19 (20,4)	0,559
	Buka koju je stvaralo bolničko osoblje	1 (2,4)	4 (7,7)	5 (5,4)	
	Ostalo	32 (78,1)	37 (71,2)	69 (74,2)	
	Ukupno	41 (100,0)	52 (100,0)	93 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Većina ispitanika smatra da na odjelu postoji adekvatan broj igračkaka, igara i stvari kojima se dijete može zabaviti (kirurgija 51,2%, pedijatrija 50,0%). Približno polovica ispitanika smatra da igračke koje postoje na odjelu nisu prilagođene dobi njihovog djeteta. Postoji značajna statistička razlika među skupinama (χ^2 test, $P = 0,021$).

Tablica 5.15. Postojanje adekvatnog broja igračkaka, igara i stvari kojima se dijete može zabaviti na odjelu

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Postojanje adekvatnog broja igračkaka, igara i stvari kojima se dijete može zabaviti na odjelu	Da	41 (51,2)	40 (50,0)	81 (50,6)	0,021
	Da, ali ne za dob mog djeteta	9 (11,2)	23 (28,8)	32 (20,0)	
	Ne	14 (17,5)	8 (10,0)	22 (13,8)	
	Ne sjećam se/nisam primjetio/la	16 (20,1)	9 (11,2)	25 (15,6)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* χ^2 test

Najveći broj roditelja djece hospitalizirane na kirurgiji nije primjetio da se osoblje igra ili radi neke aktivnosti s njihovim djetetom, no smatraju da to nije niti potrebno (40,0%). Većina roditelja djece hospitalizirane na pedijatriji je primjetila kako se osoblje igra ili radi neke aktivnosti s njihovim djetetom (52,5%). Nije uočena značajna statistička razlika među promatranim skupinama (Fisherov egzaktni test, $P = 0,139$).

Tablica 5.16. Igranje osoblja s djetetom

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Jeste li primjetili da se osoblje igra ili radi ikakve aktivnosti s Vašim djetetom	Da	31 (38,8)	42 (52,5)	73 (45,6)	0,139
	Ne, ali rado bih da jest	17 (21,2)	17 (21,3)	34 (21,2)	
	Ne, ali to ni ne želim/nije potrebno da to rade	32 (40,0)	21 (26,2)	53 (33,2)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Većina ispitanika smatra da je bolnička hrana dobre kvalitete (kirurgija - 56,2%, pedijatrija - 51,2%). Nije uočena značajna statistička razlika među promatranim skupinama (χ^2 test, $P = 0,078$).

Tablica 5.17. Procjena kvalitete bolničke hrane

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Procjena kvalitete bolničke hrane	Vrlo dobra	21 (26,2)	14 (17,5)	35 (21,9)	0,078
	Dobra	45 (56,2)	41 (51,2)	86 (53,8)	
	Osrednja	11 (13,8)	12 (15,0)	23 (14,4)	
	Loša	0 (0,0)	3 (3,8)	3 (1,9)	
	Dijete ne jede bolničku hranu	3 (3,8)	10 (12,5)	13 (8,0)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* χ^2 test

Najveći broj roditelja djece hospitalizirane na kirurgiji smatra da su liječnici u potpunosti razgovarali s njihovim djetetom na način koji je dijete moglo razumjeti (48,8%), dok je najviše roditelja djece hospitalizirane na pedijatriji izjavilo kako je njihovo dijete premalo da bi razumjelo (41,2%). Postoji značajna statistička razlika među skupinama (χ^2 test, $P < 0,001$).

Tablica 5.18. Procjena komunikacije liječnika s djetetom

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Jesu li liječnici razgovarali s Vašim djetetom o tome kako će se brinuti za njega, na način koji je dijete moglo razumjeti?	Da, svakako	39 (48,8)	20 (25,0)	59 (36,9)	<0,001
	Da, donekle	20 (25,0)	16 (20,0)	36 (22,5)	
	Ne	3 (3,8)	11 (13,8)	14 (8,8)	
	Ne sjećam se	4 (5,0)	0 (0,0)	4 (2,5)	
	Dijete je premalo da bi razumjelo	14 (17,4)	33 (41,2)	47 (29,3)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* χ^2 test

Većina ispitanika smatra da su im liječnici konstantno pružali informacije o njezi djeteta i terapiji na razumljiv način (kirurgija 81,2%, pedijatrija 60,0%). Postoji značajna statistička razlika među skupinama (Fisherov egzaktni test, $P < 0,001$).

Tablica 5.19. Pružanje informacija o njezi djeteta i terapiji od strane liječnika na razumljiv način

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Davanje informacija o njezi djeteta i terapiji na razumljiv način	Da, cijelo vrijeme	65 (81,2)	48 (60,0)	113 (70,6)	0,005
	Da, većinu vremena	15 (18,8)	31 (38,8)	46 (28,8)	
	Ne	0 (0,0)	1 (1,2)	1 (0,6)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Na pitanje razgovaraju li liječnici s ostalim bolničkim osobljem pred roditeljima i djetetom kao da ih nema u prostoriji, najveći broj ispitanika je odgovorio kako to nije slučaj (kirurgija 77,5%, pedijatrija 62,5%). Ne postoji značajna statistička razlika među skupinama (χ^2 test, P = 0,055).

Tablica 5.20. Komunikacija između liječnika i ostalog osoblja u prisutstvu roditelja

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Razgovaraju li liječnici s ostalim bolničkim osobljem pred Vama i Vašim djetetom kao da Vas nema?	Da, često	4 (5,0)	12 (15,0)	16 (10,0)	0,055
	Da, ponekad	14 (17,5)	18 (22,5)	32 (20,0)	
	Ne	62 (77,5)	50 (62,5)	112 (70,0)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* χ^2 test

Većina ispitanika u svakom trenutku ima pouzdanja i povjerenja u liječnike koji liječe njihovo dijete (kirurgija 85,0%, pedijatrija 73,8%), dok 1,2% ispitanika s oba odjela nema povjerenja u liječnike. Ne postoji značajna statistička razlika među skupinama (Fisherov egzaktni test, P= 0,135).

Tablica 5.21. Osjećaj pouzdanja i povjerenja u liječnike

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Imate li pouzdanja i povjerenja u liječnike koji liječe Vaše dijete?	Da, uvijek	68 (85,0)	59 (73,8)	127 (79,4)	0,135
	Da, ponekad	11 (13,8)	20 (25,0)	31 (19,4)	
	Ne	1 (1,2)	1 (1,2)	2 (1,2)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Najveći broj roditelja djece hospitalizirane na oba odjela smatra da su medicinske sestre u potpunosti razgovarale s njihovim djetetom na način koji je dijete moglo razumjeti (kirurgija - 62,5%, pedijatrija 38,8%), dok je 37,5% roditelja djece hospitalizirane na pedijatriji izjavilo kako je njihovo dijete premalo da bi razumjelo. Postoji značajna statistička razlika među skupinama (Fisherov egzaktni test, $P = 0,002$).

Tablica 5.22. Komunikacija medicinskih sestara s djetetom

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Jesu li medicinske sestre razgovarale s Vašim djetetom o tome kako će se brinuti za njega, na način koji je dijete moglo razumjeti?	Da, svakako	50 (62,5)	31 (38,8)	81 (50,6)	0,002
	Da, donekle	13 (16,2)	8 (10,0)	21 (13,1)	
	Ne	3 (3,8)	5 (6,2)	8 (5,0)	
	Ne sjećam se	2 (2,4)	6 (7,5)	8 (5,0)	
	Dijete je premalo	12 (15,0)	30 (37,5)	42 (26,3)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Većina ispitanika skupina smatra da su im medicinske sestre konstantno pružale informacije o njezi djeteta i terapiji na razumljiv način (kirurgija 82,5%, pedijatrija 62,5%). Postoji značajna statistička razlika među skupinama (Fisherov egzaktni test, $P = 0,014$).

Tablica 5.23. Pružanje informacija o njezi djeteta i terapiji od medicinskih sestara

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Jesu li medicinske sestre vama davale informacije o njezi Vašeg djeteta i terapiji na način koji ste mogli razumjeti	Da, svakako	66 (82,5)	50 (62,5)	116 (72,5)	0,014
	Da, donekle	11 (13,8)	26 (32,5)	37 (23,1)	
	Ne	3 (3,7)	4 (5,0)	7 (4,4)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* Fisherov egzakti test

Na pitanje razgovaraju li medicinske sestre s ostalim bolničkim osobljem pred roditeljima i djetetom kao da ih nema u prostoriji, najveći broj ispitanika je odgovorio kako to nije slučaj (kirurgija 88,7%, pedijatrija 70,0%). Postoji značajna statistička razlika među skupinama (χ^2 test, P = 0,014).

Tablica 5.24. Komunikacija između medicinskih sestara i ostalog osoblja u prisutstvu roditelja

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Jesu li medicinske sestre razgovarale s ostalim bolničkim osobljem pred Vama i Vašim djetetom kao da Vas nema	Da, često	3 (3,8)	8 (10,0)	11 (6,9)	0,014
	Da, ponekad	6 (7,5)	16 (20,0)	22 (13,7)	
	Ne	71 (88,7)	56 (70,0)	127 (79,4)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* χ^2 test

Najveći broj roditelja djece hospitalizirane na oba odjela smatra uvijek ima dovoljno medicinskih sestara koje brinu o njihovom djetetu (kirurgija 76,3%, pedijatrija 67,5%). Ne postoji značajna statistička razlika među skupinama (Fisherov egzakti test, P= 0,194).

Tablica 5.25. Procjena adekvatnog broja medicinskih sestara

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Mislite li da ima dovoljno medicinskih sestara koje brinu o Vašem djetetu?	Da, cijelo vrijeme ili većinu vremena	61 (76,3)	54 (67,5)	115 (71,9)	0,194
	Da, ponekad	17 (21,2)	19 (23,8)	36 (22,5)	
	Ne, rijetko ili nikad	2 (2,5)	7 (8,7)	9 (5,6)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Većina ispitanika u svakom trenutku ima pouzdanja i povjerenja u medicinske sestre koji brinu o njihovom djetetu (kirurgija 83,6%, pedijatrija 65,0%), dok 2,5% ispitanika s oba odjela nema povjerenja u medicinske sestre. Postoji značajna statistička razlika među skupinama (Fisherov egzaktni test, $P=0,012$).

Tablica 5.26. Osjećaj pouzdanja i povjerenja u medicinske sestre

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Imate li pouzdanja i povjerenja u medicinske sestre koje se brinu za Vaše dijete	Da, uvijek	67 (83,8)	52 (65,0)	119 (74,4)	0,012
	Da, ponekad	11 (13,8)	26 (32,5)	37 (23,1)	
	Ne	2 (2,5)	2 (2,5)	4 (2,5)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Najveći broj ispitanika s oba odjela tijekom hospitalizacije nije čuo različita mišljenja od različitog osoblja koja bi djelovala zbunjujuće (kirurgija 70,0%, pedijatrija 52,5%). Nije uočena značajna statistička razlika među promatranim skupinama (χ^2 test, $P=0,068$).

Tablica 5.27. Dobivanje različitih mišljenja od osoblja

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Jeste li čuli različita mišljenja od različitog osoblja i bili zbunjeni time?	Da, često	5 (6,2)	10 (12,5)	15 (9,4)	0,068
	Da, ponekad	19 (23,8)	28 (35,0)	47 (29,4)	
	Ne	56 (70,0)	42 (52,5)	98 (61,2)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* χ^2 test

Na pitanje jesu li uključeni u odlučivanje o skrbi i terapiji za dijete onoliko koliko su željeli, većina roditelja djece hospitalizirane na pedijatriji smatra da je to svakako točno. Manje od 5% svih ispitanika smatra kako nisu dovoljno uključeni. Nije uočena značajna statistička razlika među promatranim skupinama (Fisherov egzaktni test, $P = 0,151$).

Tablica 5.28. Uključenost roditelja u odlučivanje o skrbi i terapiji za dijete

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Jeste li uključeni onoliko koliko ste željeli u odlučivanje o skrbi i terapiji za Vaše dijete?	Da, svakako	50 (62,5)	39 (48,8)	89 (55,6)	0,151
	Da, donekle	26 (32,5)	38 (47,5)	64 (40,0)	
	Ne	4 (5,0)	3 (3,8)	7 (4,4)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Najveći broj ispitanika s oba odjela imao je mogućnost nasamo razgovarati s liječnicima i medicinskim sestrama (kirurgija 66,2%, pedijatrija 52,5%), dok 3,8% ispitanika s kirurgije i 23,8% s pedijatrije navodi kako nisu imali tu mogućnost. Postoji značajna statistička razlika među skupinama (χ^2 test, $P = 0,001$).

Tablica 5.29. Mogućnost razgovora s liječnicima i medicinskim sestrama nasamo

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Imate li Vi i Vaše dijete mogućnost nasamo razgovarati s liječnicima i medicinskim sestrama o tome kakvu će skrb dobivati Vaše dijete?	Da, uvijek	53 (66,2)	42 (52,5)	95 (59,4)	0,001
	Da, ponekad	24 (30,0)	19 (23,8)	43 (26,9)	
	Ne	3 (3,8)	19 (23,8)	22 (13,8)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* χ^2 test

Većina roditelja djece hospitalizirane na kirurgiji (68,8%) smatra da njihovo dijete uvijek pravovremeno dobiva pomoć za odlazak u kupaonicu ili na zahod, dok je 58,8% ispitanika s pedijatrije izjavilo kako njihovom djetetu nije potrebna pomoć osoblja. Uočena je značajna statistička razlika među promatranim skupinama (Fisherov egzaktni test, $P < 0,001$).

Tablica 5.30. Pravovremena pomoć djetetu za odlazak u kupaonicu ili na zahod

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Ako je Vašem djetetu potrebna pomoć za odlazak u kupaonicu ili na zahod, dobiva li pomoć na vrijeme?	Da, uvijek	55 (68,8)	25 (31,2)	80 (50,0)	<0,001
	Da, ponekad	7 (8,8)	8 (10,0)	15 (9,4)	
	Ne	1 (1,2)	0 (0,0)	1 (0,6)	
	Nije mu potrebna pomoć osoblja	17 (21,2)	47 (58,8)	64 (40,0)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Većina roditelja djece hospitalizirane na kirurgiji (56,2%) smatra da njihovo dijete uvijek pravovremeno dobiva pomoć prilikom jela, dok je 55,0% ispitanika s pedijatrije izjavilo kako njihovom djetetu nije potrebna pomoć osoblja. Uočena je značajna statistička razlika među promatranim skupinama (Fisherov egzaktni test, $P = 0,003$).

Tablica 5.31. Pravovremena pomoć djetetu prilikom jela

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Ako je Vašem djetetu potrebna pomoć osoblja prilikom jela, dobiva li pomoć na vrijeme?	Da, uvijek	45 (56,2)	26 (32,5)	71 (44,4)	0,003
	Da, ponekad	11 (13,8)	8 (10,0)	19 (11,9)	
	Ne	2 (2,5)	2 (2,5)	4 (2,5)	
	Nije mu potrebna pomoć osoblja	22 (27,5)	44 (55,0)	66 (41,2)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Najveći broj ispitanika s oba odjela smatra da ima mogućnost sudjelovanja u skrbi za dijete u onoj mjeri u kojoj je to potrebno (kirurgija 80,0%, pedijatrija 78,8%). Značajna je statistička razlika među promatranim skupinama (Fisherov egzaktni test, $P = 0,004$).

Tablica 5.32. Mogućnost sudjelovanja u skrbi za dijete

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
U kojoj mjeri imate osjećaj da možete sudjelovati u skrbi za Vaše dijete (npr. kod hranjenja ili kupanja)?	Nedovoljno	3 (3,8)	4 (5,0)	7 (4,4)	0,004
	Upravo onoliko koliko treba	64 (80,0)	63 (78,8)	127 (79,4)	
	Previše	0 (0,0)	8 (10,0)	8 (5,0)	
	Nije potrebno	13 (16,2)	5 (6,2)	18 (11,2)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Na pitanje smiju li prenoćiti uz svoje dijete na odjelu, najveći broj ispitanika s kirurgije je odgovorio kako ne smije (86,2%) dok je na isto pitanje potvrdno odgovorilo 72,5% ispitanika s pedijatrije. Značajna je statistička razlika među promatranim skupinama (Fisherov egzaktni test, $P < 0,001$).

Tablica 5.33. Mogućnost prenoćenja uz dijete

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Smijete li prenoćiti uz svoje dijete na odijelu?	Da, uvijek	9 (11,2)	58 (72,5)	67 (41,9)	<0,001
	Da, ponekad	2 (2,5)	2 (2,5)	4 (2,5)	
	Ne	69 (86,2)	20 (25,0)	89 (55,6)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Većina djece hospitalizirane na oba odjela je prilikom hospitalizacije osjećala bol (kirurgija 76,2 %, pedijatrija 68,8%). Nije uočena značajna statistička razlika među skupinama (χ^2 test, P= 0,001).

Tablica 5.34. Procjena boli kod djeteta tijekom hospitalizacije

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Je li Vaše dijete u bilo kojem trenutku tijekom hospitalizacije osjećalo bol?	Da	62 (76,2)	55 (68,8)	117 (72,5)	0,376
	Ne	19 (23,8)	25 (31,2)	44 (27,5)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* χ^2 test

Najveći broj ispitanika s oba odjela smatra da liječnici i medicinske sestre čine apsolutno sve što mogu da ublaže bol djeteta (kirurgija 85,5%, pedijatrija 67,3%). Postoji značajna statistička razlika među skupinama (Fisherov egzaktni test, P= 0,034).

Tablica 5.35. Procjena adekvatnosti ublažavanja boli kod djeteta

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Mislite li da liječnici i medicinske sestre čine sve što mogu da ublaže bol djeteta?	Da, svakako	53 (85,5)	37 (67,3)	90 (76,9)	0,034
	Da, donekle	9 (14,5)	17 (30,9)	26 (22,2)	
	Ne	0 (0,0)	1 (1,8)	1 (0,9)	
	Ukupno	62 (100,0)	55 (100,0)	117 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Na kirurškom odjelu 76,2% djece bilo je podvrgnuto operaciji ili nekom postupku za vrijeme boravka u bolnici, dok je taj broj na pedijatrijskom odjelu iznosio 23,8%. Postoji značajna statistička razlika među skupinama (χ^2 test, $P < 0,001$).

Tablica 5.36. Udio djece podvrgnute operaciji ili nekom postupku za vrijeme boravka u bolnici

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Je li Vaše dijete bilo podvrgnuto operaciji ili nekom postupku za vrijeme boravka u bolnici?	Da	61 (76,2)	19 (23,8)	80 (50,0)	<0,001
	Ne	19 (23,8)	61 (76,2)	80 (50,0)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* χ^2 test

Većina roditelja djece hospitalizirane na kirurgiji (39,3%) smatra da je liječnik prije operacije/postupka u cijelosti objasnio djetetu što će biti učinjeno tijekom operacije, dok je 47,4% ispitanika s pedijatrije izjavilo kako je njihovo dijete premalo da bi shvatilo. Ne postoji značajna statistička razlika među promatranim skupinama (Fisherov egzaktni test, $P = 0,089$).

Tablica 5.37. Objašnjavanje operacije djetetu od strane liječnika

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Je li liječnik prije operacije/postupka rekao Vašem djetetu što će biti učinjeno tijekom operacije?	Da, u cijelosti	24 (39,3)	4 (21,1)	28 (35,0)	0,089
	Da, donekle	18 (29,5)	3 (15,8)	21 (26,2)	
	Ne	4 (6,6)	3 (15,8)	7 (8,8)	
	Dijete je premalo	15 (24,6)	9 (47,4)	24 (30,0)	
	Ukupno	61 (100,0)	19 (100,0)	80 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Većina ispitanika s oba odjela smatra da je prije operacije/postupka liječnik u cijelosti odgovorio na njihova pitanja na razumljiv način (kirurgija 77,0%, pedijatrija 52,6%). Skupine se statistički značajno razlikuju (Fisherov egzaktni test, $P = 0,021$).

Tablica 5.38. Odgovaranje na pitanja roditelja od strane liječnika

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Je li prije operacije liječnik odgovorio na Vaša pitanja o operaciji/postupku na način koji ste razumjeli?	Da, u cijelosti	47 (77,0)	10 (52,6)	57 (71,2)	0,021
	Da, donekle	12 (19,7)	5 (26,3)	17 (21,2)	
	Ne	1 (1,6)	0 (0,0)	1 (1,2)	
	Netko drugi mi je objasnio	1 (1,6)	2 (10,5)	3 (3,8)	
	Nisam imalo/la pitanja	0 (0,0)	2 (10,5)	2 (2,5)	
	Ukupno	61 (100,0)	19 (100,0)	80 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Većina roditelja smatra da im je prije operacije/postupka kirurg u cijelosti objasnio rizike i koristi na razumljiv način (kirurgija 63,9%, pedijatrija 57,9%). Nema značajne statističke razlike među promatranim skupinama (Fisherov egzaktni test, $P = 0,100$).

Tablica 5.39. Objašnjavaње rizika i koristi operacije/postupka na razumljiv način od strane kirurga

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Je li Vam prije operacije kirurg objasnio rizike i koristi operacije/postupka na način koji ste mogli razumjeti?	Da, u cijelosti	39 (63,9)	11 (57,9)	50 (62,5)	0,100
	Da, donekle	14 (23,0)	3 (15,8)	17 (21,2)	
	Ne	6 (9,8)	1 (5,3)	7 (8,8)	
	Netko drugi mi je objasnio	2 (3,3)	4 (21,1)	6 (7,5)	
	Ukupno	61 (100,0)	19 (100,0)	80 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Većina roditelja djece hospitalizirane na kirurgiji (45,9%) smatra da je liječnik prije operacije/postupka u cijelosti na razumljiv način objasnio djetetu kako će ga uspavati ili kontrolirati bol, dok je 57,9% ispitanika s pedijatrije izjavilo kako je njihovo dijete premalo da bi shvatilo. Značajna je statistička razlika među promatranim skupinama (χ^2 test, $P=0,001$).

Tablica 5.40. Objašnjavaње postupaka anestezije djetetu na razumljiv način

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Je li prije operacije/postupka netko objasnio Vašem djetetu kako će ga uspavati ili kontrolirati bol na način na koji je moglo razumjeti?	Da, u cijelosti	28 (45,9)	5 (26,3)	33 (41,2)	0,001
	Da, donekle	17 (27,9)	0 (0,0)	17 (21,2)	
	Ne	2 (3,3)	3 (15,8)	5 (6,2)	
	Dijete je premalo	14 (23,0)	11 (57,9)	25 (31,2)	
	Ukupno	61 (100,0)	19 (100,0)	80 (100,0)	

* χ^2 test

Većina roditelja djece hospitalizirane na oba odjela smatra da im je nakon operacije liječnik ili medicinska sestra na razumljiv način u cijelosti objasnio/la kako je protekla operacija/postupak. Nema značajne statističke razlike među promatranim skupinama (Fisherov egzaktni test, $P = 0,256$).

Tablica 5.41. Objašnjanje ishoda operacije roditeljima

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Je li Vam nakon operacije liječnik ili medicinska sestra na razumljiv način objasnio/la kako je protekla operacija/postupak?	Da, u cijelosti	48 (78,7)	14 (73,7)	62 (77,5)	0,256
	Da, donekle	8 (13,1)	5 (26,3)	13 (16,2)	
	Ne	5 (8,2)	0 (0,0)	5 (6,2)	
	Ukupno	61 (100,0)	19 (100,0)	80 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Za vrijeme hospitalizacije 55,0% djece hospitalizirane na kirurgiji i 90,0% djece hospitalizirane na pedijatriji je obavljalo neku vrstu pretraga. Značajna je statistička razlika među promatranim skupinama (χ^2 test, $P < 0,001$).

Tablica 5.42. Pretrage

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Za vrijeme hospitalizacije, je li dijete obavljalo ikakve pretrage (poput rentgena, snimanja, krvnih pretraga)	Da	44 (55,0)	72 (90,0)	116 (72,5)	<0,001
	Ne	36 (45,0)	8 (10,0)	44 (27,5)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* χ^2 test

Većina roditelja djece hospitalizirane na kirurgiji (50,0%) smatra da prije pretrage ili RTG snimanja djetetu u cijelosti na razumljiv način objašnjeno što će se dogoditi, dok je 54,2% ispitanika s pedijatrije izjavilo kako je njihovo dijete premalo da bi shvatilo. Značajna je statistička razlika među promatranim skupinama (Fisherov egzaktni test, $P = 0,001$).

Tablica 5.43. Psihološka priprema djeteta za pretrage

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Prije pretrage ili RTG snimanja, je li netko rekao Vašem djetetu što će se dogoditi?	Da, u cijelosti	22 (50,0)	23 (31,9)	45 (38,8)	0,001
	Da, donekle	12 (27,3)	7 (9,7)	19 (16,4)	
	Ne	1 (2,3)	3 (4,2)	4 (3,4)	
	Dijete je premalo da bi shvatilo	9 (20,5)	39 (54,2)	48 (41,4)	
	Ukupno	44 (100,0)	72 (100,0)	116 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Većina roditelja djece hospitalizirane na oba odjela smatra da im je prije pretrage ili RTG snimanja u cijelosti objašnjen tijekom pretrage (kirurgija 61,4 %, pedijatrija 58,3%). Nema značajne statističke razlike među promatranim skupinama (χ^2 test, $P = 0,957$).

Tablica 5.44. Objašnjavanje pretrage roditeljima

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Prije pretrage ili RTG snimanja, je li Vama netko rekao što će se dogoditi	Da, u cijelosti	27 (61,4)	42 (58,3)	69 (59,5)	0,957
	Da, donekle	13 (29,5)	24 (33,3)	37 (31,9)	
	Ne	4 (9,1)	6 (8,3)	10 (8,6)	
	Ukupno	44 (100,0)	72 (100,0)	116 (100,0)	

* χ^2 test

Nakon pretrage ili RTG snimanja, 47,7% ispitanika s kirurgije smatra da im je donekle razumljivo objašnjen nalaz, dok najveći broj roditelja djece hospitalizirane na pedijatriji smatra da im je u cijelosti razumljivo objašnjen nalaz (48,6%). Nema značajne statističke razlike među promatranim skupinama (Fisherov egzaktni test, $P = 0,957$).

Tablica 5.45. Objašnjavanje nalaza pretraga roditeljima

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Nakon pretrage ili RTG snimanja, je li Vama netko objasnio nalaze na način koji ste mogli razumjeti?	Da, u cijelosti	20 (45,5)	35 (48,6)	55 (47,4)	0,808
	Da, donekle	21 (47,7)	31 (43,1)	52 (44,8)	
	Ne	3 (6,8)	4 (5,6)	7 (6,0)	
	Nisu nam trebali nalazi	0 (0,0)	2 (2,8)	2 (1,7)	

* Fisherov egzaktni test

Na pitanje kako bi ocijenili skrb koju je njihovo dijete primalo dok je u bolnici, roditelji djece hospitalizirane na kirurgiji odgovorili su na slijedeći način: podjednak je broj ispitanika smatrao skrb odličnom (42,5%) i vrlo dobrom (42,5%), 12,5% roditelja je skrb ocijenilo kao dobru, 2,5% ispitanika kao prihvatljivu, a niti jedan ispitanik nije skrb smatrao lošom. Roditelji djece hospitalizirane na pedijatriji najčešće su skrb ocijenili vrlo dobrom (45,0%), na drugom mjestu odličnom (31,2%), dok 17,5% ispitanika smatra da je njihovo dijete primalo dobru skrb. 5% roditelja je ocijenilo skrb kao prihvatljivu, a 1,2% smatra da je skrb bila loša. Nema značajne statističke razlike među promatranim skupinama (Fisherov egzaktni test, $P = 0,451$).

Varijable kod kojih je utvrđena povezanost s ukupnom ocjenom skrbi su: osjećaj pouzdanja i povjerenja u liječnike ($C=0,610$, $P<0,001$), priprema djeteta za provođenje pretrage ($C=0,600$, $P<0,001$), osjećaj roditelja da možete sudjelovati u skrbi za dijete ($C=0,520$, $P<0,001$), procjena kvalitete bolničke hrane ($C=0,518$, $P<0,001$), percepcija roditelja o sigurnosti djeteta na bolničkom odjelu ($C=0,511$, $P<0,001$).

Tablica 5.46. Ukupna ocjena skrbi koju je dijete primalo u bolnici

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Razmatrajući sve zajedno, kako biste ocijenili skrb koju je Vaše dijete prima dok je u bolnici?	Odlična	34 (42,5)	25 (31,2)	59 (36,9)	0,451
	Vrlo dobra	34 (42,5)	36 (45,0)	70 (43,8)	
	Dobra	10 (12,5)	14 (17,5)	24 (15,0)	
	Prihvatljiva	2 (2,5)	4 (5,0)	6 (3,8)	
	Loša	0 (0,0)	1 (1,2)	1 (0,6)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Većina djece hospitalizirane na pedijatriji je bila muškog spola (62,5%), dok je na pedijatriji udio djevojčica i dječaka bio podjednak. Razlika nije statistički značajna (χ^2 test, $P = 0,111$).

Tablica 5.47. Podjela hospitalizirane djece prema spolu

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Je li Vaše dijete dječak ili djevojčica?	Dječak	50 (62,5)	40 (50,0)	90 (56,2)	0,111
	Djevojčica	30 (37,5)	40 (50,0)	70 (43,8)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* χ^2 test

Središnja je vrijednost dobi djece hospitalizirane na kirurgiji (6,0), u odnosu na središnju vrijednost dobi djece hospitalizirane na pedijatriji (2,50), statistički značajno veća (Mann – Whitney test, $P < 0,001$).

Tablica 5.48. Središnja vrijednost i interkvartilni raspon dobi hospitalizirane djece

	ODJEL				P*
	Kirurgija		Pedijatrija		
	Medijan	25% - 75%†	Medijan	25% - 75%†	
Dob djeteta	6,0	4,25 – 9,75	2,50	1,0 – 6,75	<0,001

* Mann – Whitney test

† granice interkvartilnog raspona

Većina djece hospitalizirane na oba odjela je jednom boravila u bolnici u posljednjih 6 mjeseci, što uključuje trenutnu hospitalizaciju (kirurgija 80,0%, pedijatrija 78,8%). Nema značajne statističke razlike među promatranim skupinama (Fisherov egzaktni test, P = 0,413).

Tablica 5.49. Broj hospitalizacija djeteta u posljednjih 6 mjeseci

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Uključujući ovu hospitalizaciju, koliko je puta Vaše dijete boravilo u bolnici u posljednjih 6 mjeseci?	Jednom	64 (80,0)	63 (78,8)	127 (79,4)	0,413
	Dva ili tri puta	12 (15,0)	9 (11,2)	21 (13,1)	
	Četiri ili više puta	4 (5,0)	8 (10,0)	12 (7,5)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

Većina djece hospitalizirane na kirurgiji (86,2%) i pedijatriji (85,0%) nema nikakvo dugotrajno stanje. Podjednak broj djece na oba odjela (2,5%) ima postavljenu dijagnozu gluhoće ili teškog oštećenja sluha, te sljepoće ili djelomične slabovidnosti (1,2%). Poteškoće s mentalnim zdravljem ima 2,5% djece hospitalizirane na kirurgiji i 3,8% djece s pedijatrije. Podjednak broj djece na oba odjela (7,5%) boluje od nekog drugog dugotrajnog stanja. Nema značajne statističke razlike među promatranim skupinama (χ^2 test, P = 0,995).

Tablica 5.50. Prisutstvo dugotrajnih stanja kod hospitalizirane djece

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Ima li Vaše dijete bilo koje od sljedećih dugotrajnih stanja?	Gluhoća ili teško oštećenje sluha	2 (2,5)	2 (2,5)	4 (2,5)	0,995
	Sljepoća ili djelomična slabovidnost	1 (1,2)	1 (1,2)	2 (1,2)	
	Poteškoće s mentalnim zdravljem	2 (2,5)	3 (3,8)	5 (3,1)	
	Neko drugo dugotrajno stanje (maligna bolest, dijabetes, epilepsija)	6 (7,5)	6 (7,5)	12 (7,5)	
	Nema nikakvo dugotrajno stanje	69 (86,2)	68 (85,0)	137 (85,6)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* χ^2 test

Na pitanje znaju li da u Hrvatskoj postoji program „Dječji odjeli – prijatelji djece“, potvrdno je odgovorilo 62,5% roditelja djece hospitalizirane na kirurgiji i 73,8% roditelja djece hospitalizirane na pedijatriji. Razlika nije statistički značajna (χ^2 test, P = 0,174).

Tablica 5.51. Upućenost roditelja u postojanje programa „Dječji odjeli – prijatelji djece“

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Znate li da u Hrvatskoj postoji program „Dječji odjeli – prijatelji djece“?	Da	50 (62,5)	59 (73,8)	109 (68,1)	0,174
	Ne	30 (37,5)	21 (26,2)	51 (31,9)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* χ^2 test

Većina roditelja djece hospitalizirane na kirurgiji (81,2%) i pedijatriji (72,5%) smatra da bolnica provodi program „Dječji odjeli – prijatelji djece“. Nema značajne statističke razlike među promatranim skupinama (Fisherov egzaktni test, P = 0,260).

Tablica 5.52. Ocjena provođenja programa „Dječji odjeli – prijatelji djece“ u bolnici

		ODJEL			P*
		Kirurgija	Pedijatrija	Ukupno	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Imate li osjećaj da bolnica provodi program „Dječji odjeli – prijatelji djece“?	Da	65 (81,2)	58 (72,5)	123 (76,9)	0,260
	Ne	15 (18,8)	22 (27,5)	37 (23,1)	
	Ukupno	80 (100,0)	80 (100,0)	160 (100,0)	

* Fisherov egzaktni test

6. RASPRAVA

Upitnik je prilagođen okruženju u kojem se ispitalo zadovoljstvo roditelja (Klinika za dječje bolesti Zagreb), te je strukturno i sadržajno podijeljen u nekoliko cjelina. Prvi dio ankete odnosio se na prijem djeteta u bolnicu, pri čemu je utvrđeno da se odjeli značajno razlikuju s obzirom na vrstu prijema - hitan ili planirani prijem. Dok je na kirurški odjel najveći broj djece primljen kroz planirani prijem, većina djece na odjel pedijatrije hospitalizirana je hitnim, neplaniranim prijemom. Iz ovog podatka je vidljivo da je sama priroda bolesti zbog koje se dijete prima na hospitalizaciju različita, pa se može pretpostaviti da je reakcija roditelja na hospitalizaciju manje stresna u slučaju planiranog prijema gdje su roditelji imali više vremena i mogućnosti za pripremiti kako sebe, tako i dijete.

Više od polovice ispitanika smatra da je njihovo dijete bilo uplašeno tijekom boravka u bolnici. Najveći udio djece s pedijatrije prema mišljenju roditelja bio je donekle uplašen. Ovaj se rezultat može objasniti podatkom da je veći broj djece hospitalizirane na pedijatriji obavljao različite pretrage za koje možemo pretpostaviti da su glavni izvor boli i straha kod hospitalizirane djece. Kao glavni izvori straha navode se bolni postupci kao što su vađenje krvi, primjena injekcija, infuzija te samosjećaj odvojenosti od roditelja (58).

Relativno velik udio roditelja djece hospitalizirane na pedijatriji smatra kako igračke na odjelu nisu prilagođene dobi djeteta. Većina ispitanika je bolničku hranu ocijenila dobrom, što bi na skali od 1 do 4 značilo ocjenu 3. U istraživanju provedenom 2014. godine (31) mogućnosti igre i kvaliteta prehrane su dobile najlošiju ocjenu od svih ispitivanih varijabli, uz mogućnost sudjelovanja u odluci o terapijskim i dijagnostičkim postupcima. Već je u prethodnim istraživanjima primijećeno da određen broj djece ne konzumira sa zadovoljstvom bolničku hranu (59).

Prilikom procjene kvalitete komunikacije s liječnikom i medicinskim sestrama, rezultati ovog istraživanja su sukladni s drugim izvorima u literaturi (31,47,58,60,61) što znači da su kriteriji primjerene komunikacije u zdravstvu zadovoljeni. Najveći broj roditelja smatra da su liječnici u potpunosti razgovarali s njihovim djetetom na način koji je dijete moglo razumjeti (uzimajući u obzir dob djeteta).

Većina ispitanika smatra da su im liječnici konstantno pružali informacije o njezi djeteta i terapiji na razumljiv način, mali broj ispitanika je izjavio kako liječnici razgovaraju s ostalim bolničkim osobljem pred roditeljima i djetetom kao da ih nema u prostoriji. O zadovoljstvu komunikacijom s liječnikom najbolje govori podatak da velika većina roditelja iz obje skupine (kirurgija 85 %, pedijatrija 73,8%), u svakom trenutku ima pouzdanja i povjerenja u liječnike koji liječe njihovo dijete.

Kvaliteta komunikacije medicinskih sestara s djetetom i roditeljima je ocjenjena visokom ocjenom. Najveći broj roditelja smatra da su medicinske sestre u potpunosti razgovarale s njihovim djetetom na način koji je dijete moglo razumjeti (uzimajući u obzir dob djeteta). Iako većina ispitanika iz obje skupine smatra da su im medicinske sestre konstantno pružale informacije o njezi djeteta i terapiji na razumljiv način, u ovom dijelu procjene postoji značajna statistička razlika među skupinama (kirurgija 82,5%, pedijatrija 62,5%). Jednako tako, razlikuju se u odgovorima na pitanje razgovaraju li medicinske sestre s ostalim bolničkim osobljem pred roditeljima i djetetom kao da ih nema u prostoriji. Iako je najveći broj ispitanika s oba odjela odgovorio kako to nije slučaj, 20,0% roditelja smatra da medicinske sestre zaposlene na pedijatriji to povremeno čine, dok 10,0% smatra da to čine često. Očekivano, postoji i značajna razlika u kontinuiranom osjećaju pouzdanja i povjerenja u medicinske sestre - kirurgija 83,6%, pedijatrija 65%. Većina ispitanika nije dobivala različita mišljenja od osoblja. Dokazano je da što više problema s komunikacijom roditelji navode to su manje zadovoljni sa zdravstvenom njegom (62). Učinkovita komunikacija je povezana s relativnim zadovoljstvom sa skrbi i pridržavanjem preporuka liječenja (63).

Na pitanje jesu li uključeni u odlučivanje o skrbi i terapiji za dijete onoliko koliko su željeli, dvije trećine roditelja djece hospitalizirane na kirurgiji i približno polovina roditelja djece hospitalizirane na pedijatriji smatra da je to svakako točno. Rezultati pokazuju da su roditelji djece hospitalizirane na pedijatriji imali značajno manju mogućnost razgovora s liječnicima i medicinskim sestrama nasamo. Većina roditelja smatra da je njihovom djetetu pružena pravovremena pomoć prilikom hranjenja ili odlaska na toalet, ukoliko je to bilo potrebno. Najveći broj ispitanika s oba odjela smatra da ima mogućnost sudjelovanja u skrbi za dijete u onoj mjeri u kojoj je to potrebno što se donekle razlikuje od ostalih izvora (31).

Kada bismo promotrili ukupno zadovoljstvo komunikacijom na svakom odjelu, vidljivo je da je ocjena komunikacije veća na kirurškom nego na pedijatrijskom odjelu. S obzirom da je mogućnost prenoćenja uz dijete značajno veća na pedijatriji, možemo pretpostaviti da u ovom istraživanju ta mogućnost nije imala značajan utjecaj na procjenu zadovoljstva. Iako su brojna istraživanja dokazala da su stavovi roditelja oko 24-satnog boravka uz dijete izrazito pozitivni, u ovom istraživanju nije uočena povezanost s ukupnom procjenom zadovoljstva. Postoji mogućnost da je prosječna dob hospitaliziranog djeteta imala utjecaj na lošiju ocjenu nekih aspekata komunikacije na pedijatrijskom odjelu. Središnja je vrijednost dobi djece hospitalizirane na kirurgiji (6,0), u odnosu na središnju vrijednost dobi djece hospitalizirane na pedijatriji (2,50), statistički značajno veća. Možemo pretpostaviti da su veća učestalost hitnih prijema i manja dob djeteta kod roditelja izazvala veću razinu stresa što je posljedično utjecalo na procjenu.

Neovisno o odjelu na kojem su hospitalizirani, većina djece je prilikom hospitalizacije osjećala bol što se može povezati s provođenjem različitih dijagnostičkih pretraga te samog kirurškog zahvata. Iako najveći broj ispitanika s oba odjela smatra da liječnici i medicinske sestre čine apsolutno sve što mogu da ublaže bol djeteta, odgovori na ovo pitanje se statistički razlikuju s obzirom na odjel (ispitanici s kirurškog odjela imaju bolje mišljenje o ublažavanju boli).

Očekivano, većina djece hospitalizirane na kirurškom odjelu je bila podvrgnuta kirurškom zahvatu ili nekom dijagnostičkom postupku, dok je taj broj na pedijatriji trostruko manji. U skladu s prethodnim rezultatima koji se odnose na visoki stupanj zadovoljstva komunikacijom zdravstvenih djelatnika, roditelji su uglavnom vrlo zadovoljni objašnjavanjem operacije djetetu od strane liječnika, odgovaranjem na pitanja roditelja, objašnjavanjem rizika i koristi operacije/postupka od strane kirurga te objašnjavanjem ishoda operacije.

Za vrijeme hospitalizacije 55,0% djece hospitalizirane na kirurgiji i 90,0% djece hospitalizirane na pedijatriji je obavljalo neku vrstu pretraga. Većina roditelja djece smatra da je dijete adekvatno pripremljeno s obzirom na dob. Usporedbom rezultata uočava se da su roditelji zadovoljniji načinom na koji je dijete pripremljeno za pretragu nego načinom na koji je ta pretraga objašnjena roditeljima, kao i objašnjavanjem nalaza.

Na pitanje kako bi ocijenili skrb koju je njihovo dijete primalo dok je u bolnici, roditelji djece hospitalizirane na kirurgiji odgovorili su na sljedeći način: podjednak je broj ispitanika smatrao skrb odličnom (42,5%) i vrlo dobrom (42,5%), 12,5% roditelja je skrb ocijenilo kao dobru, 2,5% ispitanika kao prihvatljivu, a niti jedan ispitanik nije skrb smatrao lošom. Roditelji djece hospitalizirane na pedijatriji najčešće su skrb ocijenili vrlo dobrom (45,0%), na drugom mjestu odličnom (31,2%), dok 17,5% ispitanika smatra da je skrb bila dobra. 5% roditelja je ocijenilo skrb kao prihvatljivu, a 1,2% smatra da je skrb bila loša. Dobivena ocjena je konzistentna s ostalim istraživanjima ove ili slične tematike koja su provedena na području Republike Hrvatske, u kojima je najčešća ocjena skrbi u broječanom obliku u rasponu od 4,0 do 4,5 (31,48,58,60). Ukupno 80,7% ispitanika smatra da je skrb o njihovom djetetu vrlo dobra ili odlična, što pruža najbolji uvid u stupanj zadovoljstva roditelja.

Varijable kod kojih je utvrđena povezanost s ukupnom ocjenom skrbi su: osjećaj pouzdanja i povjerenja u liječnike, priprema djeteta za provođenje pretrage, osjećaj roditelja da može sudjelovati u skrbi za dijete, procjena kvalitete bolničke hrane, percepcija roditelja o sigurnosti djeteta na bolničkom odjelu. Iznenađuje činjenica da se u ovih 5 varijabli koji imaju najveću povezanost sa procjenom zadovoljstva nije našla komunikacija. Moguće je objašnjenje u tome što komunikacija nije ispitivana u ukupnom kontekstu već kroz posebna područja pa je teško utvrditi opći utjecaj na procjenu zadovoljstva. Osjećaj pouzdanja i povjerenja u liječnike i percepcija roditelja o sigurnosti djeteta na bolničkom odjelu pripadaju u skupinu potreba za sigurnosti, koje su prema A. Maslowu na drugom mjestu, odmah iza fizioloških potreba (64). Više je autora radilo istraživanja o roditeljskom sudjelovanju. Svi se slažu o dobrobiti prisutnosti roditelja u bolnici na obitelji. Dijete se osjeća sigurnije i smanjuje se emocionalni stres (31). Psihološka priprema za dijagnostičke i terapijske postupke potrebna je svakom djetetu bez obzira na dob. Način komuniciranja s djetetom tijekom boravka u bolnici ovisi o djetetovoj dobi, kognitivnoj i emocionalnoj zrelosti, te da je važno da svi profili stručnjaka prilagode svoj pristup razvojnoj fazi i individualnim potrebama djeteta (23).

Jedna trećina ispitanika nije upućena u postojanje programa „Dječji odjeli – prijatelji djece“, a 76,9% svih ispitanika smatra da bolnica provodi taj program. Možemo zaključiti da je ocjena provođenja programa vrlo dobra, dok je nešto slabija informiranost roditelja o ovome programu.

Pregledom dostupne literature uočen je relativni nedostatak objavljenih radova s ovom ili sličnom tematikom. U Hrvatskoj je 2014. godine provedeno pilot istraživanje o iskustvu roditelja i djece korištenjem Pickerovog upitnika u organizaciji Središnjeg koordinacijskog odbora akcije „Za osmijeh djeteta u bolnici“, a rezultati su predstavljani na tematskom Savjetovanju „Iskustva djece i roditelja za vrijeme hospitalizacije“ u Klinici za dječje bolesti Zagreb održanom 19. svibnja 2014. godine (65). Postoji potreba za standardizacijom mjernog instrumenta (anketnog upitnika) na razini Republike Hrvatske kako bi postojala mogućnost usporedbe istraživanja provedenih u različitim dijelovima države.

7. ZAKLJUČAK

Temeljem rezultata dobivenih istraživanjem, mogu se izdvojiti sljedeći zaključci:

1. Ukupno 81% ispitanika smatra da je skrb o njihovom djetetu vrlo dobra (44%) ili odlična (37%), te ne postoji statistički značajna razlika u procjeni zadovoljstva roditelja zdravstvenom skrbi djece s obzirom na kliniku pri kojoj je dijete hospitalizirano. Time su potvrđene hipoteza 1 i 2.
2. Varijable kod kojih je utvrđeno da pozitivno utječu na zadovoljstvo roditelja: osjećaj pouzdanja i povjerenja u liječnike, priprema djeteta za provođenje pretrage, osjećaj roditelja da može sudjelovati u skrbi za dijete, procjena kvalitete bolničke hrane, percepcija roditelja o sigurnosti djeteta na bolničkom odjelu.
3. Roditelji su vrlo zadovoljni komunikacijom s liječnicima i medicinskim sestrama.
4. Više od polovice ispitanika smatra da je njihovo dijete bilo uplašeno tijekom boravka u bolnici.
5. Više od jedne trećine ispitanika smatra da igračke koje postoje na odjelu nisu prilagođene dobi njihovog djeteta.
6. Većina ispitanika je bolničku hranu ocijenila dobrom.
7. 98,8% ispitanika je izjavilo kako imaju pouzdanja i povjerenja u liječnike i medicinske sestre koje brinu o njihovom djetetu.
8. Manje od 5% svih ispitanika smatra kako nisu dovoljno uključeni u odlučivanje o skrbi i terapiji za njihovo dijete.
9. Prema procjeni roditelja, oko 70% djece je prilikom hospitalizacije osjećalo bol. Manje od 1% roditelja je nezadovoljno tretiranjem boli kod njihovog djeteta, a ispitanici s kirurškog odjela imaju bolje mišljenje o ublažavanju boli.

Postoji potreba za standardiziranim mjernim instrumentom (anketnim upitnikom) koji bi se kontinuirano koristio na pedijatrijskim odjelima na razini Republike Hrvatske. Time bi se stvorila mogućnost za usporedbu istraživanja provedenih u različitim dijelovima države. Istraživanjem bi se dobio uvid u aktualne probleme pedijatrijske skrbi što bi olakšalo formiranje strategija za povećanje zadovoljstva hospitalizirane djece i njihovih roditelja te u konačnici rezultiralo poboljšanjem kvalitete zdravstvenog sustava.

8. SAŽETAK

CILJEVI RADA: procjeniti stupanj zadovoljstva roditelja zdravstvenom skrbi djece u Klinici za dječje bolesti Zagreb te utvrditi postoje li značajne statističke razlike u procjeni zadovoljstva roditelja zdravstvenom skrbi djece s obzirom na kliniku pri kojoj je dijete hospitalizirano

ISPITANICI I METODE: Ispitanici su roditelji djece hospitalizirane na dvije klinike pri Klinici za dječje bolesti Zagreb. Ukupno je u istraživanju sudjelovalo 160 ispitanika. Korišten je modificirani upitnik za procjenu zadovoljstva roditelja bolničkom skrbi djece prema Picker Institutu.

REZULTATI: 36,9% roditelja smatra skrb odličnom, 43,8% vrlo dobrom, 15,0% dobrom. Da je skrb prihvatljiva smatra 3,8% ispitanika, a 1 je ispitanik (0,6%) skrb procjenio kao lošu. 58,1% ispitanika smatra da je njihovo dijete bilo uplašeno tijekom boravka u bolnici, a 33,8% smatra da igračke koje postoje na odjelu nisu prilagođene dobi njihovog djeteta. 53,8% ispitanika je bolničku hranu ocijenilo dobrom, 98,8 % roditelja je izjavilo kako imaju pouzdanja i povjerenja u liječnike i medicinske sestre koje brinu o njihovom djetetu. 4,4% roditelja smatra kako nisu dovoljno uključeni u odlučivanje. 72,5% djece je tijekom hospitalizacije osjećalo bol, samo 1 roditelj (0,9%) je nezadovoljan tretiranjem boli djeteta, a ispitanici s kirurškog odjela imaju bolje mišljenje o ublažavanju boli.

ZAKLJUČCI: Ukupno 81% ispitanika smatra da je skrb o njihovom djetetu vrlo dobra ili odlična te ne postoji značajna razlika u procjeni zadovoljstva s obzirom na kliniku pri kojoj je dijete hospitalizirano. Varijable kod kojih je utvrđena povezanost s ukupnom ocjenom skrbi su: osjećaj pouzdanja i povjerenja u liječnike, priprema djeteta za provođenje pretrage, osjećaj roditelja da može sudjelovati u skrbi za dijete, procjena kvalitete bolničke hrane, percepcija roditelja o sigurnosti djeteta na bolničkom odjelu.

9. SUMMARY

Parent satisfaction with children's health care in the Children's Hospital Zagreb

OBJECTIVES: The goal of the research is to assess parent satisfaction with children's health care in the Children's Hospital Zagreb, and to determine whether there were differences in their assessment regard to the clinic at which the child is hospitalized.

PARTICIPANTS AND METHODS:The sample included 160 participans (parents of children hospitalized in the Children's Hospital Zagreb). As a research method an anonymous modified Picker questionnaire was used.

RESULTS: 36,9% of respondents think that their children's health care is excellent, 43,8% think it is very good, and 15,0% think it is good. 3,8% of respondents think that their children's health care is acceptable, and only one respondent (0,6%) thinks it is bad. 58.1% of parents believe that their child was frightened during hospitalization, and 33.8% think that the toys available therein are not suited to the age of their child. 53.8% of respondents rated the hospital food as good, 98.8% of parents said they have confidence and trust in the doctors and nurses who take care of their child. 4.4% of parents felt they were not sufficiently involved in decision-making. 72.5% of children during hospitalization felt pain, only one parent (0.9%) expressed dissatisfaction with the treatment of pain of the child, and parents of children hospitalized in surgical departments have a better opinion of alleviating pain.

CONSLUSIONS: 81% of respondents assesed the care of their child as very good or excellent, and there is no significant difference in satisfaction with regard to the clinic at which the child is hospitalized. The variables found to have a correlation with the total satisfaction score are: a sense of confidence and trust in doctors, psychological preparation of the child for conducting the test, parents perception of participating in their child's care; quality of the food, perception of parents about safety on the ward.

10. LITERATURA

1. Kornhauser P. Humanizacija hospitalizacije djeteta. Novi Sad: XII. Kongres pedijatara, Zbornik radova;1983.
2. Švel I, Grgurić J. Zdravstvena zaštita djece. Zagreb, Školska knjiga; 1996.
3. Glesinger L. Povijest medicine. Zagreb: Školska knjiga; 1978.
4. Grgurić J. Program „Dječji bolnički odjeli – prijatelji djece“. Paediatrica Croatica. 2003; 47 (1): 3-8.
5. Grgurić J. Zbornik radova simpozija o boli u djece. Zagreb; 2005.
6. Kornhauser P. Humanizacija hospitalizacije djeteta pod geslom otvorimo naše dječje odjele. U: Novak-Reis A, Paravina E (ur). Kako olakšati djetetu boravak u bolnici . Zagreb: Prosvjeta; 1988.str. 9-23.
7. Grgurić J, Paravina E. Za osmijeh djeteta u bolnici. Zagreb: Graf-His, 2001.
8. Hegeduš-Jungvirth M, Grgurić J. Dnevne bolnice u pedijatriji – današnja svjetska iskustva. Paediatrica Croatica. 2007;51.
9. Hoyer P. Confederation Europeen des specialistes en pediatrie (CESP-a), Monatschrift fur Kinderheilkunde. 2001;3:81-2.
10. Radočaj T. Deinstitutionalizaciju treba započeti od najmlađih. Dijete i društvo. 2005;2:355-69
11. Gill K. Health Professionals' Attitudes Toward Parent Participation in Hospitalized Children's Care. Children's Health Care. 1993;22(4):257-271.
12. 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.

13. Zuckerberg A. Perioperative approach to children. *Pediatr Clin North Am.* 1994;41:15-29.
14. Sarafino E. *Health psychology.* New York: Wiley; 1990.
15. Ferguson B. Preparing young children for hospitalization: a comparison of two methods. *J Am Acad Child Psychiatry.* 1980;19(3):540-541.
16. Havelka M. *Zdravstvena psihologija.* Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Viša medicinska škola; 1982.
17. Jančec L, Tatalović-Vorkapić S, Vičić K. Evaluacija volonterskog programa Pripovjedač/ica priča za laku noć u dječjoj bolnici Kantrida – što kažu volonteri? *Napredak.* 2012; 153/2: 249–266.
18. Nagera H. Children's reactions to hospitalization and illness. *Child Psych Hum Dev.* 1978;9(1):3-19.
19. Prstačić M, Sabol R, Hrastovec D. *Psihosocijalna onkologija i rehabilitacija.* Zagreb: Hrvatska udruga za psihosocijalnu onkologiju; 2006.
20. Vulić-Prtorić A. *Priručnik za Skalu suočavanja sa stresom za djecu i adolescente.* Jastrebarsko: Naklada Slap; 2002.
21. Roganović J. Roditelji – suradnici u liječenju. *Narodni zdravstveni list.* 2006: 1.
22. American Academy of Paediatrics. Committee on Hospital Care: Child Life Services(RE9922). *Paediatrics.* 2000: 106:1156-159.
23. Kolak Ž. i sur. Dječja igra u humanizaciji boravka djece u bolnici. *Fiz rehabil med.* 2013; 25 (1-2): 42-49.
24. Rouba, T. The importance of play: Well vs. Hospitalized Children. 50. *School of Nursing Scholarly Works;* 2002.
25. Wong D, Hockenberry M, Wilson D. *Wong's nursing care of infants and children.* St. Louis, Mo.: Mosby/Elsevier; 2007.

26. Bracegirdle H. The Use of Play in Occupational Therapy for Children: Normal Play Development. *Br J Occup Ther.* 1992;55(4):141-142.
27. Coyne I. Partnership in care: parents' views of participation in their hospitalized child's care. *J Clin Nurs.* 1995;4(2):71-79.
28. Neill S. Parent participation 2: findings and their implications for practice. *Br J Nurs.* 1996;5(2):110-117.
29. Chan L, Russell T, Robak N. Parental perception of the adequacy of pain control in their child after discharge from the emergency department. *Pediatric Emergency Care.* 1998;14(4):251-253.
30. Zakanj Z, Grgurić J, Paravina E. Suvremeni pristup bolničkom zbrinjavanju djece. *Liječnički Vjesnik.* 2003; 125:87-91
31. Bušac V. Stavovi roditelja o bolnici kao prijatelju djece. *Diplomski rad.* Zagreb: Sveučilište u Zagrebu; 2014.
32. Vuori H. Patient satisfaction--does it matter? *Int J Qual Health Care.* 1991;3(3):183-189.
33. Jenkinson C. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and Safety in Health Care.* 2002;11(4):335-339.
34. Thiedke V. What do we really know about patient satisfaction. *Fam Pract Manag.* 2007;14:33-6.
35. Youssef H. Determining patient's Satisfaction with Medical care. <http://www.ism.edu/docs/Youssef>. Pristupljeno 5.12.2015.
36. Avery K, Metcalfe C, Nicklin J, Barham C, Alderson D, Donovan J et al. Satisfaction With Care: An Independent Outcome Measure in Surgical Oncology. *Annals of Surgical Oncology.* 2006;13(6):817-822.

-
37. Moscona R, Holander L, Or D, Fodor L. Patient Satisfaction and Aesthetic Results After Pedicled Transverse Rectus Abdominis Muscle Flap for Breast Reconstruction. *Annals of Surgical Oncology*. 2006;13(12):1739-1746.
 38. Cleary P, McNeil B. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*. 1988;25:25–36
 39. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press; 1980.
 40. Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Social Science & Medicine: Medical Psychology & Medical Sociology*. 1978;12:283-292.
 41. Picker Institute. Dostupno na adresi: <http://www.pickereurope.org/working-with-us/surveys/>. Datum pristupa 05.12.2015.
 42. Tedder J, Register N. The „HUG“. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2007;32(4):210-214.
 43. Oltedal S, Garratt A, Bjertnaes Ø, Bjørnsdottir M, Freil M, Sachs M. The NORPEQ patient experiences questionnaire: Data quality, internal consistency and validity following a Norwegian inpatient survey. *Scand J Public Health*. 2007;35(5):540-547.
 44. Holzer B, Minder C. A simple approach to fairer hospital benchmarking using patient experience data. *Int J Qual Health Care*. 2011;23(5):524-530.
 45. Bitzer E, Volkmer S, Petrucci M, Weissenrieder N, Dierks M. Patient satisfaction in pediatric outpatient settings from the parents' perspective - The Child ZAP: A psychometrically validated standardized questionnaire. *BMC Health Services Research*. 2012;12(1):347.
 46. Weissenstein A, Straeter A, Villalon G, Luchter E, Bittmann S. Parent satisfaction with a pediatric practice in Germany: A questionnaire-based study. *Ital J Pediatr*. 2011;37(1):31.

-
47. Kostović Srzentić M, Gavran Ž. Znanje medicinskih sestara o utjecaju hospitalizacije na djecu i pripremi za medicinske postupke. HČJZ. 2009; 5 (17).
 48. Schmidt C, Bernaix L, Koski A, Weese J, Chiappetta M, Sandrik K. Hospitalized Children's Perceptions of Nurses and Nurse Behaviors. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2007;32(6):336-342.
 49. Beštak D. Zadovoljstvo roditelja hospitalizirane djece komunikacijom sa zdravstvenim djelatnicima. Diplomski rad. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu; 2014.
 50. Rice B. Are patient-satisfaction surveys fair to doctors? *Medical Economics*. 1996; 73: 55– 68.
 51. Becker M, Drachman R, Kirscht J. Predicting mothers' compliance with pediatric medical regimens. *The Journal of Pediatrics*. 1972;81(4):843-854.
 52. Bertakis, K. The communication of information from physician to patient: a method for increasing patient retention and satisfaction. *J Fam Pract* 1997;5; 217-222.
 53. Taylor S. *Health psychology*. New York: Random House; 1986.
 54. Davis H, Jelčić N. *Pomozimo bolesnoj djeci*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1998.
 55. Halpern R. Physician-Parent Communication in the Diagnosis of Child Handicap: A Brief Review. *Children's Health Care*. 1984;12(4):170-173.
 56. Perlman, N. Informational needs of parents of sick neonates. *Pediatrics*. 1991; 88; 512-518
 57. Gozzi E, Morris M, Korsch B. Gaps in doctor-patient communication. Implications for nursing practice. *Nursing Research*. 1969;18(5):454.
 58. Baraban D, Mandić Z, Majdandžić M. Stupanj zadovoljstva roditelja bolničkom skrbi djece. *Paediatrica Croatica*. 2004; 48 (3).

59. Ljubičić M, Valpotić M, Grgurić J. Utjecaj bolničkog okruženja na iskustvo roditelja i djece tijekom hospitalizacije. 11. kongres Hrvatskog pedijatrijskog društva. Dubrovnik: 2014.
60. Tušek A. Zadovoljstvo roditelja boravkom djece u bolnici. Diplomski rad. Zagreb: Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2014.
61. Stilinović M, Sabolić Pipinić I, Antabak A, Čavar S, Bogović M, Sršen S i sur. Kakvoća komunikacije na Zavodu za dječju kirurgiju KBC Zagreb. *Paediatrica Croatica*. 2014;58:203-7
62. Marino B, Marino E. Parents report of children's hospital care: vvhvat it means for your practice. *Pediatric Nursing*. 2000;26: 195-198.
63. Nobile C, Drotar D. Research on the Quality of Parent-Provider Communication in Pediatric Care: Implications and Recommendations. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2003;24(4):279-290.
64. Maslow A. *Motivation and personality*. New York: Harper & Row; 1970.
65. Savez društava „Naša djeca“ Hrvatske. Dostupno na adresi: <http://www.savezdnd.hr/odrzano-savjetovanje-iskustva-djece-i-roditelja-za-vrijeme-hospitalizacije-u-klinici-za-djecje-bolesti-zagreb/>. Datum pristupa: 01.12.2015.

11. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODATCI

Ime i prezime: Marina Jurić
Datum i mjesto rođenja: 2. srpnja 1973., Zagreb
Adresa: Kašinci ul. 2, 10257 Brezovica
Telefon: 091/569-83-10
E-mail: marina.juric.zg@gmail.com

OBRAZOVANJE

2013. - Upisan diplomski studij sestrinstva - Sveučilište J.J. Strossmayera - Medicinski fakultet Osijek
2007. – 2011. Zdravstveno veleučilište u Zagrebu – preddiplomski studij sestrinstva
1989 – 1992. Škola za medicinske sestre Vinogradska, Zagreb

RADNO ISKUSTVO

Rujan 1992. - Klinika za dječju kirurgiju, Klinika za dječje bolesti Zagreb

POSEBNA ZNANJA I VJEŠTINE

Rad na računalu: Korištenje opće programske podrške i internetskih tehnologija
Strani jezici: Engleski – osnovno

ČLANSTVO I AKTIVNOSTI U ZNANSTVENIM I STRUKOVNIM UDRUŽENJIMA

Članstvo u HKMS-u

Simpoziji, kongres i stručni skupovi medicinskih sestara i tehničara kirurških djelatnosti te Društva dječjih kirurških djelatnosti

12. PRILOZI

Prilog 1. Anketni upitnik

Prilog 1. Anketni upitnik

Upitnik o zadovoljstvu roditelja zdravstvenom skrbi djece u Klinici za dječje bolesti Zagreb

A. ODLAZAK U BOLNICU

1. Je li posjet Vašeg djeteta bolnici bio planiran ili se radilo o hitnom slučaju?
 - a) Hitan slučaj (odlazak u hitnu pomoć/odlazak kolima HMP itd.)

→ Idi na 5. pitanje

- b) Planirana hospitalizacija (dijete je bilo na listi čekanja)

→ Idi na 2. pitanje

Samo planirani posjeti

2. Jeste li mogli birati datum prijema?
 - a) Da
 - b) Ne, ali mogao/la sam ga promijeniti
 - c) Ne, ali nije mi ni trebala mogućnost izbora
 - d) Ne, ali rado bih da sam imao/la izbora
 - e) Ne znam/ne sjećam se
3. Je li bolnica mijenjala datum?
 - a) Ne
 - b) Da, jednom
 - c) Da, nekoliko puta
 - d) Ne znam/ne sjećam se
4. Prije nego što je Vaše dijete otišlo u bolnicu, jeste li bili pozvani da dođete i upoznate ljude koji će se brinuti za Vaše dijete?
 - a) Da, to smo i učinili
 - b) Da, ali nismo to učinili
 - c) Ne, ali rado bismo da smo to mogli učiniti
 - d) Ne, ali nismo ni htjeli/trebali to učiniti

B. BOLNIČKI ODJEL

5. Na kojoj klinici je Vaše dijete hospitalizirano?

- a) Na klinici za pedijatriju
- b) Na klinici za kirurgiju

6. Je li soba u kojoj Vaše dijete boravi?

- a) Za djecu istog spola
- b) Miješana
- c) Dijete je samo u sobi

7. Je li Vam važno da postoje odvojeni odjeli za dječake i djevojčice?

- a) Da, svakako
- b) Da, donekle
- c) Ne

8. Mislite li da je odjel dobro projektiran za dobnu skupinu kojoj pripada Vaše dijete?

- a) Da, svakako
- b) Da, donekle
- c) Ne

9. Što mislite o čistoći bolničke sobe ili odjela na kojem boravi Vaše dijete?

- a) Vrlo čisto
- b) Prilično čisto
- c) Ne baš čisto
- d) Uopće nije čisto

10. Što mislite o čistoći kupaonice i zahoda koje Vi/Vaše dijete koristite u bolnici?

- a) Vrlo čisto
- b) Prilično čisto
- c) Ne baš čisto
- d) Uopće nije čisto

11. Je li Vam važno da postoje odvojeni zahodi za djevojčice i dječake?

- a) Da, svakako
- b) Da, donekle
- c) Ne

12. Imate li osjećaj da je Vaše dijete sigurno na bolničkom odjelu?

- a) Da, cijelo vrijeme
- b) Da, većinu vremena
- c) Ne

13. Je li Vaše dijete ikad bilo uplašeno ili prestrašeno tijekom boravka u bolnici?

- a) Da, jako
→ **Idi na 14. pitanje**
- b) Da, donekle
→ **Idi na 14. pitanje**
- c) Ne
→ **Idi na 15. Pitanje**

14. Ako jest, čega se bojalo/plašilo?

- a) Buke koju su stvarali drugi pacijenti
- b) Buke koju je stvaralo bolničko osoblje
- c) Ostalo

AKTIVNOSTI NA ODJELU

15. Je li na odjelu dovoljno igračaka, igara i stvari kojima se Vaše dijete može zabaviti?

- a) Da
- b) Da, ali ne za dob mog djeteta
- c) Ne
- d) Ne sjećam se/nisam primjetio/la

16. Jeste li primjetili da se osoblje igra ili radi ikakve aktivnosti s Vašim djetetom?

- a) Da
- b) Ne, ali rado bih da jest
- c) Ne, ali to ni ne želim/nije potrebno da to rade

HRANA

17. Kakva je bolnička hrana koju dobiva Vaše dijete?

- a) Vrlo dobra
- b) Dobra
- c) Osrednja
- d) Loša
- e) Dijete ne jede bolničku hranu

C. LIJEČNICI

18. Jesu li liječnici razgovarali s Vašim djetetom o tome kako će brinuti za njega, na način koji je dijete moglo razumjeti?

- a) Da, svakako
- b) Da, donekle
- c) Ne
- d) Ne sjećam se
- e) Dijete je premalo da bi razumjelo

19. Daju li Vam liječnici informacije o njezi Vašeg djeteta i terapiji na razumljiv način?

- a) Da, svakako
- b) Da, donekle
- c) Ne

20. Razgovaraju li liječnici s ostalim bolničkim osobljem pred Vama i Vašim djetetom kao da Vas nema?

- a) Da, često
- b) Da, ponekad
- c) Ne

21. Imate li pouzdanja i povjerenja u liječnike koji liječe Vaše dijete?

- a) Da, uvijek
- b) Da, ponekad
- c) Ne

D. MEDICINSKE SESTRE

22. Jesu li medicinske sestre razgovarale s Vašim djetetom o tome kako će se brinuti za njega, na način koji je dijete moglo razumjeti?

- a) Da, svakako
- b) Da, donekle
- c) Ne
- d) Ne sjećam se
- e) Dijete je premalo da bi razumjelo

23. Jesu li medicinske sestre vama davale informacije o njezi Vašeg djeteta i terapiji na način koji ste mogli razumjeti?

- a) Da, svakako
- b) Da, donekle
- c) Ne

24. Jesu li medicinske sestre razgovarale s ostalim bolničkim osobljem pred Vama i Vašim djetetom kao da Vas nema?

- d) Da, često
- e) Da, ponekad
- f) Ne

25. Mislite li da ima dovoljno medicinskih sestara koje brinu o Vašem djetetu?

- a) Da, cijelo vrijeme ili većinu vremena
- b) Da, ponekad
- c) Ne, rijetko ili nikad

26. Imate li pouzdanja i povjerenja u medicinske sestre koje se brinu za Vaše dijete?

- d) Da, uvijek
- e) Da, ponekad
- f) Ne

E. SKRB ZA VAŠE DIJETE U BOLNICI

27. Jeste li čuli različita mišljenja od različitog osoblja i bili zbunjeni time?

- a) Da, često
- b) Da, ponekad
- c) Ne, nikad

28. Jeste li uključeni onoliko koliko ste željeli u odlučivanje o skrbi i terapiji za Vaše dijete?

- a) Da, svakako
- b) Da, donekle
- c) Ne

29. Imate li Vi i Vaše dijete mogućnost nasamo razgovarati s liječnicima i medicinskim sestrama o tome kakvu će skrb dobivati Vaše dijete?

- a) Da, uvijek
- b) Da, ponekad
- c) Ne

30. Ako je Vašem djetetu potrebna pomoć za odlazak u kupaonicu ili na zahod, dobiva li pomoć na vrijeme?

- a) Da, uvijek
- b) Da, ponekad
- c) Ne
- d) Nije mu potrebna pomoć osoblja

31. Ako je Vašem djetetu potrebna pomoć osoblja prilikom jela, dobiva li pomoć na vrijeme?

- a) Da, uvijek
- b) Da, ponekad
- c) Ne
- d) Nije mu potrebna pomoć osoblja

32. U kojoj mjeri imate osjećaj da možete sudjelovati u skrbi za Vaše dijete (npr. kod hranjenja ili kupanja)?

- a) Nedovoljno
- b) Upravo onoliko koliko treba
- c) Previše
- d) Nije potrebno

33. Smijete li prenoćiti uz svoje dijete na odijelu?

- a) Da, uvijek
- b) Da, ponekad
- c) Ne

F. BOL

34. Je li Vaše dijete u bilo kojem trenutku osjećalo bol?

- a) Da

→ Idi na 35. pitanje

- b) Ne

→ Idi na 36. pitanje

35. Mislite li da liječnici i medicinske sestre čine sve što mogu da ublaže bol djeteta?

- a) Da, svakako
- b) Da, donekle
- c) Ne

G. OPERACIJE

36. Je li Vaše dijete bilo podvrgnuto operaciji ili nekom postupku za vrijeme boravka u bolnici?

- a) Da

→ Idi na 37. pitanje

- b) Ne

→ Idi na 42. pitanje

37. Je li liječnik prije operacije rekao Vašem djetetu što će biti učinjeno tijekom operacije?

- a) Da, u cijelosti

- b) Da, donekle

- c) Ne

- d) Dijete je premalo da bi shvatilo

38. Je li prije operacije liječnik odgovorio na Vaša pitanja o operaciji na način koji ste razumjeli?

- a) Da, u cijelosti

- b) Da, donekle

- c) Ne

- d) Netko drugi mi je objasnio

- e) Nisam imalo/la nikakvih pitanja

39. Je li Vam prije operacije kirurg objasnio rizike i koristi operacije na način koji ste mogli razumjeti?

- a) Da, u cijelosti

- b) Da, donekle

- c) Ne

- d) Netko drugi mi je objasnio

- e) Nisam htio/htjela objašnjenje

40. Je li prije operacije netko objasnio Vašem djetetu kako će ga uspavati ili kontrolirati bol na način na koji je moglo razumjeti?

- a) Da, u cijelosti
- b) Da, donekle
- c) Ne
- d) Dijete je premalo da bi shvatilo

41. Je li Vam nakon operacije liječnik ili medicinska sestra na razumljiv način objasnio/la kako je protekla operacija?

- a) Da, u cijelosti
- b) Da, donekle
- c) Ne

H. PRETRAGE I RTG

42. Za vrijeme hospitalizacije, je li dijete obavljalo ikakve pretrage (poput rentgena, snimanja, krvnih pretraga)?

a) Da

→ Idi na 43. pitanje

b) Ne

→ Idi na 47. Pitanje

43. Prije pretrage ili RTG snimanja, je li netko rekao Vašem djetetu što će se dogoditi?

- a) Da, u cijelosti
- b) Da, donekle
- c) Ne
- d) Dijete je premalo da bi shvatilo

44. Prije pretrage ili RTG snimanja, je li Vama netko rekao što će se dogoditi?

- a) Da, u cijelosti
- b) Da, donekle

c) Ne

45. Nakon pretrage ili RTG snimanja, je li Vama netko rekao nalaze na način koji ste mogli razumjeti?

- a) Da, u cijelosti
- b) Da, donekle
- c) Ne
- d) Nisu nam trebali nalazi

I. I NA KRAJU...

46. Razmatrajući sve zajedno, kako biste ocijenili skrb koju je Vaše dijete prima dok je u bolnici?

- a) Odlična
- b) Vrlo dobra
- c) Dobra
- d) Prihvatljiva
- e) Loša

J. O PACIJENTU

47. Je li Vaše dijete dječak ili djevojčica?

- a) Dječak
- b) Djevojčica

48. Koliko godina ima Vaše dijete?

_____ godina

49. Uključujući ovaj posjet, koliko je puta Vaše dijete boravilo u bolnici u posljednjih 6 mjeseci?

- a) Jednom
- b) Dva ili tri puta
- c) Četiri ili više puta

50. Ima li Vaše dijete bilo koje od sljedećih dugotrajnih stanja? (zaokružite SVE odgovore koji se odnose na Vaše dijete)

- a) Gluhoća ili teško oštećenje sluha
- b) Sljepoća ili djelomična slabovidnost
- c) Bilo koje drugo tjelesno oštećenje
- d) Poteškoće u učenju
- e) Poteškoće s mentalnim zdravljem
- f) Neko drugo dugotrajno stanje (maligna bolest, dijabetes, epilepsija)- molimo nadopišite:

g) Nema nikakvo dugotrajno stanje

51. Zna li da u Hrvatskoj postoji program „Dječji odjeli – prijatelji djece“?

- a) Da
- b) Ne

52. Imate li osjećaj da bolnica provodi program „Dječji odjeli – prijatelji djece“?

- a) Da
- b) Ne

Hvala Vam na pomoći!