

STAVOVI PACIJENATA O FIZIOTERAPEUTIMA, SAMOUPUĆIVANJU I DIREKTNOM PRISTUPU FIZIOTERAPIJI - PILOT STUDIJA

Lončarić Kelečić, Iva

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:114783>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-06**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA RIJEKA
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ FIZIOTERAPIJE

Iva Lončarić Kelečić

STAVOVI PACIJENATA O FIZIOTERAPEUTIMA,
SAMOUPUĆIVANJU I DIREKTNOM PRISTUPU FIZIOTERAPIJI
– PILOT STUDIJA

Diplomski rad

RIJEKA, 2021.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
GRADUATE UNIVERSITY STUDY OF PHYSIOTHERAPY

Iva Lončarić Kelečić

PATIENTS 'ATTITUDES TOWARDS PHYSIOTHERAPISTS,
SELF-REFFERAL AND DIRECT ACCESS TO PHYSIOTHERAPY
– A PILOT STUDY

Final thesis

RIJEKA, 2021.

Mentor rada: doc.dr.sc. Vanja Ivković, dr.med.

Diplomski rad obranjen je dana _____ u/na _____,

pod povjerenstvom u sastavu:

1. prof. dr. sc. Daniela Malnar, dr.med.
2. doc. dr. sc. Lovorka Bilajac, dipl.sanit.ing.
3. doc. dr. sc. Vanja Ivković, dr.med.

Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci
Studij	Sveučilišni diplomski studij Fizioterapija
Vrsta studentskog rada	Diplomski rad
Ime i prezime studenta	Iva Lončarić Kelečić
JMBAG	1003042920

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	STAVOVI PACIJENATA O FIZIOTERAPEUTIMA, SAMOUPUĆIVANJU I DIREKTNOM PRISTUPU FIZIOTERAPIJI – PILOT STUDIJA
Ime i prezime mentora	Vanja Ivković
Datum predaje rada	16.09.2021.
Identifikacijski br. podneska	-
Datum provjere rada	20.09.2021.
Ime datoteke	Lončarić_Kelečić_Iva_diplomski_rad.docx
Veličina datoteke	573 KB
Broj znakova	144348 (bez razmaka); 162059 (s razmacima)
Broj riječi	21448
Broj stranica	84

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	9
-----------------	---

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/>
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

20.09.2021.

Potpis mentora

Zahvala

Zahvaljujem doc.dr.sc. Vanji Ivkoviću na prihvaćanju mentorstva, zainteresiranosti za temu te pomoći tijekom izrade ovog rada.

Zahvaljujem kolegicama i kolegama, mojim prijateljima koji me neprekidno potiču i ohrabruju svojim riječima i djelima te time pružaju dodatni elan mojim nastojanjima da doprinesem našoj fizioterapeutskoj profesiji.

Najveća zahvala mojoj obitelji, posebno mom suprugu i mojoj kćeri, bez Vaše podrške, strpljenja i bezuvjetne ljubavi ništa nebi bilo moguće.

Iva

SAŽETAK

Uvod: Studije razvijenih zemalja Europe pokazuju da je direktnim pristupom fizioterapiji moguće osigurati primjerenu klinički i financijski učinkovitu skrb. Unatoč europskim iskustvima i pozitivnim stavovima većine dionika u zdravstvenoj zaštiti, među populacijom naše zemlje još nije provedeno istraživanje koje bi ispitalo stavove pacijenata o fizioterapeutima i različitim modelima pristupa fizioterapiji.

Cilj: Cilj ovog pilot istraživanja bio je ispitati stavove pacijenata o fizioterapeutima, samoupućivanju i direktnom pristupu fizioterapiji te podredno ispitati povezanost stavova s obilježjima pacijenata.

Metode i ispitanici: U istraživanju je sudjelovalo 125 ispitanika, pacijenata zaprimljenih na ambulantnu fizioterapiju. Na kraju ciklusa fizioterapije prikupljeni su sociodemografski podaci, medicinski podatci koji se odnose na lokalitet mišićno koštanih tegoba i broj dosad provedenih ciklusa fizioterapije te paramedicinski podatak koji se odnosi na trenutni radni status. Ispitivanje stavova o fizioterapeutima, samoupućivanju i direktnom pristupu fizioterapiji provedeno je putem upitnika kreiranog za potrebe ovog istraživanja.

Rezultati: Stavovi ispitanika pokazuju da fizioterapeuti posjeduju i prakticiraju potrebne kompetencije u zdravstvenoj skrbi mišićno-koštanih tegoba i bolesti te da su nedovoljno zastupljeni u zdravstvenoj zaštiti. Rezultati upućuju da je fizioterapija usmjerena na pacijenta, učinkovita i dobro prihvaćena zdravstvena usluga te da samoupućivanje pacijenta na fizioterapiju ima potencijalne socioekonomske implikacije na pojedinca i zdravstveni sustav. Rezultati ukazuju ($p < 0,05$) da se stavovi ne razlikuju u odnosu na spol i lokalitet mišićno-koštanih tegoba, ali da povećanjem dobi opada pozitivan stav napram učinkovitosti fizioterapije i profesionalne autonomije fizioterapeuta. Visokoobrazovani pozitivnije ocjenjuju vremenski početak fizioterapije, ispitanici s većim brojem prethodno provedenih ciklusa fizioterapije skloniji su s povjerenjem konzultirati samo fizioterapeuta, a oni radnoaktivni u većoj mjeri smatraju da fizioterapeuti ne znaju kako postupiti kada problem i zdravstveno stanje nadilazi njihove kompetencije i djelokrug rada.

Zaključak: Na osnovu rezultata proizlazi zaključak da bi fizioterapeuti, kao primarni zdravstveni kontakt za pacijente s mišićno-koštanim tegobama, mogli pridonijeti trenutnim izazovima s kojima se suočava javno zdravstveni sektor u sustavu zdravstvene zaštite.

Ključne riječi: fizioterapija, samoupućivanje pacijenata, primarni zdravstveni kontakt

SUMMARY

Introduction: Studies in developed European countries show that direct access to physiotherapy can provide adequate clinically and financially effective care. Despite the European experience and the positive attitudes of most stakeholders in health care, no research has yet been conducted among the population of our country to examine patients' attitudes about physiotherapists and different models of access to physiotherapy.

Aim: The aim of this pilot study was to examine patients' attitudes about physiotherapists, self-referral and direct access to physiotherapy, and in the alternative to examine the relationship between attitudes and patient characteristics.

Methods and participants: The study involved 125 participants, patients admitted to outpatient physiotherapy. At the end of the physiotherapy cycle, sociodemographic data, medical data related to the location of musculoskeletal disorders and the number of physiotherapy cycles performed so far, and paramedical data related to the current employment status were collected. The examination of attitudes about physiotherapists, self-referral and direct access to physiotherapy was conducted through a questionnaire created for the purposes of this research.

Results: The attitudes of the respondents show that physiotherapists possess and practice the necessary competencies in the health care of musculoskeletal disorders and diseases, and that they are insufficiently represented in health care. The results suggest that patient-centered physiotherapy is an effective and well-accepted health care service, and that self-referral to physiotherapy has potential socioeconomic implications for the individual and the health care system. The results indicate ($p < 0.05$) that attitudes do not differ in relation to gender and location of musculoskeletal disorders, but that with increasing age, a positive attitude towards the effectiveness of physiotherapy and professional autonomy of physiotherapists decreases. Highly educated people evaluate the start of physiotherapy more positively, respondents with more previous cycles of physiotherapy are more likely to consult only physiotherapists, and those working active think that physiotherapists do not know how to act when the problem and health condition exceeds their competencies and scope of work.

Conclusion: Based on the results, it is concluded that physiotherapists, as the primary health contact for patients with musculoskeletal disorders, could contribute to the current challenges facing the public health sector in the health care system.

Key words: physiotherapy, patient self-referral, primary health contact

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Standardi kao temelj fizioterapije	1
1.1.1 Standard obrazovanja fizioterapeuta	1
1.1.2. Standardi u fizioterapijskoj praksi	3
1.2. Fizioterapija i fizioterapeuti u zdravstvenoj zaštiti	6
1.2.1. Profesionalna autonomija fizioterapeuta	7
1.2.2. Fizioterapija usmjerena na pacijenta	9
1.2.3. Pristup fizioterapiji i modeli upućivanja u javno zdravstvenom sektoru	12
1.3. Direktna pristup fizioterapiji kao odgovor na epidemiološke prioritete 21.-og stoljeća	19
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	23
3. METODE I ISPITANICI	24
3.1. Ispitanici	24
3.2. Metode istraživanja	25
3.3. Upitnik	25
3.4. Etički aspekti istraživanja	27
3.5. Statistička obrada podataka	27
4. REZULTATI	28
4.1. Opći sociodemografski, medicinski i paramedicinski podaci ispitanika	28
4.2. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnje	32
4.3. Povezanost obilježja ispitanika i odgovora na tvrdnje	38
4.3.1. Povezanost između dobi i odgovora na tvrdnje	38
4.3.2. Razlike između odgovora na tvrdnje s obzirom na spol	39
Rezultati t-testa prikazani u Tablici 21. pokazuju da ne postoji niti jedna značajna razlika u odgovorima između muškaraca i žena.	39
4.3.2. Razlika u odgovorima na tvrdnje s obzirom na lokalitet mišićno-koštanih tegoba	40
4.3.3. Razlika u odgovorima na tvrdnje s obzirom na razinu stručne spreme	41
4.3.4. Razlika u odgovorima na tvrdnje s obzirom na broj provedenih ciklusa fizioterapije	42
4.3.5. Razlika u odgovorima na tvrdnje s obzirom na radni status	43
5. RASPRAVA	45
6. ZAKLJUČAK	58
7. LITERATURA	59
8. PRILOG A: POPIS ILUSTRACIJA	67
9. PRILOG B: UPITNICI	69
10. ŽIVOTOPIS	75

1. UVOD

Fizioterapeuti predstavljaju autonomnu profesiju (1) čija je djelatnost sastavni dio zdravstvene djelatnosti od javnog interesa za Republiku Hrvatsku (2) stoga je nužno provoditi je u skladu s planom, mjerama i načelima zdravstvene zaštite. Poput ostalih zdravstvenih djelatnosti i ovdje je važno istaknuti načela sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa, supsidijarnosti te funkcionalne integracije (3) kojima je potrebno voditi se u obavljanju djelatnosti fizioterapeuta. Fizioterapija predstavlja dobro etabliranu i reguliranu profesiju sa specifičnim profesionalnim, kliničkim i obrazovnim aspektima, no ujedno predstavlja i profesiju u kojoj već prvostečena profesionalna kvalifikacija kvalificira fizioterapeuta da samostalno i neovisno (4) pruža zdravstvenu skrb iz svog definiranog djelokruga rada. Osim što podliježe u prvom redu zadovoljenju standarda obrazovanja, fizioterapija podliježe standardima vlastite profesije (2), a kao sastavni dio zdravstvene djelatnosti od javnog interesa i Standardima kvalitete zdravstvene zaštite (5). Fizioterapija je profesija koja svoju djelatnost temelji na kvaliteti obrazovanja i kvaliteti prakse što je moguće vidjeti iz rastućih dokaza, prije svega vidljivih kroz brzorastuću potražnju fizioterapeutskih usluga, u zdravstvu, na tržištu i općenito u društvu. Kvaliteta u fizioterapiji primarno je osigurana primjenom jedinstvenih standarda profesije i vidljiva kroz učinkovitost te sigurnost pruženih fizioterapeutskih usluga, dok je na resornom sustavu zadaća da osigura ispunjenost temeljnih načela zdravstvene zaštite, prije svega kroz dostupnost i supsidijarnost, što može, ali u većini slučajeva i mora uključivati nužne promjene dosadašnjih modela organizacije kao i pogleda na njih.

1.1. Standardi kao temelj fizioterapije

1.1.1 Standard obrazovanja fizioterapeuta

Standard obrazovanja fizioterapeuta prije svega se odnosi na zakonom određeno temeljno obrazovanje, preddiplomski studij fizioterapije, a čijim se završetkom stječe pravo na naziv prvostupnik fizioterapeut (2). Standardom obrazovanja postavljeni su obrazovni zahtjevi koji su usmjereni na kvalifikaciju i kompetencije potrebne za autonomnu profesiju fizioterapeuta, odnosno na kvalifikaciju na temeljnoj razini obrazovanja te artikuliranim znanjima, vještinama, sposobnostima, odgovornostima i samostalnosti, a koje bi oni koji posjeduju takvu kvalifikaciju

trebali moći pokazati (1,6). U zdravstvenoj zaštiti i fizioterapiji kao njenom sastavnom dijelu, kompetencijama se definira zdravstvena disciplina, profesionalni standardi i očekivanja te se postiže usklađenost obrazovnog sustava, sadašnjih i budućih zdravstvenih stručnjaka sa znanstveno utemeljenim standardima zdravstvene zaštite i djelovanjem (6). Zahtjevi standarda obrazovanja kao takvi usklađeni su s potrebama i očekivanjima fizioterapeutske prakse u stručnom, profesionalnom i etičkom kontekstu, odnosno, profesionalni kurikulum uključuje sadržaj i iskustva učenja bioloških, društvenih, bihevioralnih i tehničkih znanosti te kliničkih medicinskih znanosti potrebnih za inicijalno bavljenje fizioterapeutskom profesijom (1). Površna interpretacija obrazovanja fizioterapeuta na temeljnoj preddiplomskoj razini podrazumijeva usvajanje potrebnih znanja i vještina, a koje su vezane uz procjenu stanja pacijenta, postavljanje fizioterapijskih ciljeva te planiranje i primjenu postupaka u sklopu fizioterapijske intervencije (7). No, kritički interpretirajući obrazovanje fizioterapeuta na temeljnoj razini, oni su kvalificirani i profesionalno odgovorni; provesti sveobuhvatan pregled i procjenu pacijenta/korisnika ili potreba korisnika/populacije, formulirati fizioterapeutsku dijagnozu, prognozu i plan fizioterapije, pružiti konzultacije u okviru svoje stručnosti i utvrditi kada pacijente/korisnike treba uputiti drugom zdravstvenom stručnjaku, provesti program fizioterapeutske intervencije, utvrditi ishode fizioterapije i dati preporuke za samoupravljanje (1), odnosno tzv. *seflmanagement* kod određenih zdravstvenih stanja i tegoba. Kao argument prethodnoj interpretaciji tu je opis ishoda učenja na preddiplomskoj, odnosno šestoj razini Europskog klasifikacijskog okvira (8) (engl. *The European Qualifications Framework*, EQF) prikazanoj na Slici 1., a koji je istovjetan Hrvatskom kvalifikacijskom okviru.



Slika 1. Opis ishoda učenja na 6.razini EQF (8)

Standard obrazovanja fizioterapeuta u Hrvatskoj definiran je i razvija se prema Europskim i svjetskim standardima i smjernicama, kao što su oni Međunarodne mreže za visoko obrazovanje fizioterapeuta (engl. *European Network of Physiotherapy in Higher Education*, ENPHE) te Svjetske organizacije za fizioterapiju (engl. *World Confederation for Physical Therapy*) (7), odnedavno poznate kao Svjetska fizioterapija (engl. *World Physiotherapy*). Kako bi se postigao cilj ujednačene, visokokvalitetne skrbi o pacijentima u cijeloj Europskoj regiji, važno je da u svim zemljama bude jednako, usklađeno obrazovanje fizioterapeuta na temeljnoj razini (6). Prvo uporište fizioterapeutske profesije je kvaliteta obrazovanja, što potvrđuje činjenica da već prvostečena profesionalna kvalifikacija kvalificira fizioterapeuta da samostalno i neovisno (4) pruža zdravstvenu skrb iz svog definiranog djelokruga rada. Hrvatska, Europska i svjetska profesionalna udruženja te regulatorna tijela fizioterapeuta preporučuju i potiču profesionalni razvoj i obrazovanje fizioterapeuta dalje od temeljnog, na diplomskoj i postdiplomskoj, odnosno doktorskoj razini, kako bi stručno i znanstveno-istraživačko djelovanje fizioterapeuta još dodatno ojačalo, a kvaliteta skrbi bila osigurana.

1.1.2. Standardi u fizioterapijskoj praksi

Standardi u fizioterapijskoj praksi predstavljaju zahtjeve koji se očekuju od fizioterapeuta kako bi se osigurala visoka kvaliteta u pružanju fizioterapije, odnosno načela u provođenju fizioterapije i profesionalnu obavezu svih fizioterapeuta bili oni upravo kvalificirani ili visoko specijalizirani, u direktnom ili indirektnom kontaktu s pacijentima/korisnicima i neovisno u kojim postavkama fizioterapijske prakse djeluju (9,10). Standardi obuhvaćaju pojedinosti fizioterapijske prakse koji se odnose na administraciju i upravljanje praksom, komunikaciju, odgovornost prema zajednici, kulturološku, etičku i pravnu prihvatljivost prakse, dokumentiranje, informirani pristanak i upravljanje fizioterapijskom skrbi pacijenta/korisnika, osobni i profesionalni razvoj te obrazovanje fizioterapeuta, osiguranje kvalitete, istraživanja u fizioterapiji i pomoćno osoblje (10). Razvijeni temeljem preporuke Svjetske organizacije za fizikalnu terapiju (WCPT) i Europske regije - Svjetske organizacije za fizikalnu terapiju (ER-WCPT), standardi prakse prikazani su kao idealni, realno ostvarivi i profesionalno obvezujući za sve fizioterapeute (10), a u Hrvatskoj su prihvaćeni 2009. godine. U travnju 2018. godine na generalnom sastanku članica Europske regije, revizijom postojećih Standarda i povezanih dokumenata, od strane WCPT i ER-WCPT usvojen je jedinstveni dokument pod nazivom Standardi osiguranja kvalitete fizioterapijske prakse i pružanja fizioterapije (engl. *Quality Assurance Standards of Physiotherapy Practice and Delivery*). U svojoj suštini Standardi

osiguranja kvalitete obuhvaćaju sve i više od već prethodno navedenih pojednosti fizioterapijske prakse, a koje su podijeljene u odjeljke i u kojima je naglasak stavljen na individualnost korisnika usluga fizioterapije, pristup uslugama fizioterapije, praksu temeljenu na dokazima (engl. *Evidence Based Practice*), komunikaciju, dokumentiranje, kontinuirani profesionalni razvoj (engl. *Continuing Professional Development*), edukaciju i istraživanje, osoblje, poboljšanje kvalitete te zdravlje i sigurnost u fizioterapiji (11) (Tablica 1.). U tzv. sekcijama, sadržani su temeljni pojedinačni standardi, odnosno zahtjevi koji su kao takvi postavljeni prema fizioterapijskoj praksi i radu fizioterapeuta.

Temeljni standardi	
<p>Individualnost korisnika usluga fizioterapije</p> <p>Standard 1 Etičko ponašanje</p> <p>Standard 2 Informirani pristanak</p> <p>Standard 3 Povjerljivost</p>	<p>Kontinuirani profesionalni razvoj (engl. <i>CPD</i>)</p> <p>Standard 15 Procjena razvojnih potreba</p> <p>Standard 16 Planiranje CPD-a</p> <p>Standard 17 Implementacija CPD-a</p> <p>Standard 18 Evaluacija CPD-a</p>
<p>Pristup fizioterapeutskim uslugama</p> <p>Standard 4 Pristup fizioterapeutskim uslugama</p>	<p>Edukacija i istraživanje</p> <p>Standard 19 Edukacija korisnika usluga, javnosti i ostalih zdravstvenih stručnjaka</p> <p>Standard 20 Klinička edukacija studenata</p> <p>Standard 21 Istraživanja</p>
<p>Ciklus procjene i intervencije (Praksa temeljena na dokazima; engl. <i>EBP</i>)</p> <p>Standard 5 Procjena</p> <p>Standard 6 Kliničko rezoniranje i mjerenje ishoda</p> <p>Standard 7 Formuliranje plana fizioterapije</p> <p>Standard 8 Implementacija plana fizioterapije</p> <p>Standard 9 Evaluacija implementiranog plana fizioterapije</p> <p>Standard 10 Prijenos skrbi/otpust</p>	<p>Osoblje</p> <p>Standard 22 Fizioterapeutski kadar</p> <p>Standard 23 Volontersko osoblje</p>
<p>Komunikacija</p> <p>Standard 11 Komunikacija s korisnicima usluga i skrbnicima</p> <p>Standard 12 Komunikacija s ostalim stručnjacima</p>	<p>Poboljšanje kvalitete</p> <p>Standard 24 Poboljšanje kvalitete</p> <p>Standard 25 Klinički nadzor (engl. <i>audit</i>)</p>
<p>Dokumentiranje</p> <p>Standard 13 Bilježenje fizioterapijskog procesa</p> <p>Standard 14 Bilježenje upravljanja fizioterapijskom praksom</p>	<p>Zdravlje i sigurnost</p> <p>Standard 26 Upravljanje rizicima</p> <p>Standard 27 Okruženje</p> <p>Standard 28 Oprema</p> <p>Standard 29 Primjena pomagala i adaptivnih uređaja</p> <p>Standard 30 Samostalan rad</p>

Tablica 1. Standardi osiguranja kvalitete fizioterapijske prakse i pružanja fizioterapije (11)

Fizioterapeuti u svom radu obvezni su djelovati unutar zakonskih, etičkih i profesionalnih granica, pridržavati se načela i odredbi kodeksa ponašanja, prakse i standarda ispunjavajući pritom i zahtjeve svojih profesionalnih udruženja. Prije početka bilo kakvog fizioterapeutskog postupka ili procjene, moraju prikupiti informirani pristanak pacijenta/klijenta za isto, a prema svim prikupljenim informacijama i saznanjima odnositi se s maksimalnom povjerljivošću. U pristupu fizioterapiji trebaju biti vođeni načelom ravnopravnosti, poštivajući pritom potrebe i preferencije pacijenta/korisnika, a prije svega zdravstvena stanja od prioritarnog zbrinjavanja. Prije svake intervencije fizioterapeuti su odgovorni provesti procjenu pacijenta/korisnika, formulirati fizioterapeutsku dijagnozu i zajedno s pacijentom/korisnikom definirati plan fizioterapije koristeći sposobnost i vještinu kliničkog rezoniranja te saznanja i nalaze procjene. Sve fizioterapeutske intervencije dužni su provoditi odgovorno i prema definiranom planu fizioterapije, kao i procjenu napretka pacijenta/korisnika usluge u vezi s planom fizioterapije kako bi osigurali da je isti učinkovit i relevantan za promjenjive okolnosti i zdravstveno stanje pacijenta. Po završetku fizioterapijske intervencije obvezni su osigurati siguran prijenos skrbi ili otpust s fizioterapije. Komunikacija fizioterapeuta s pacijentima/korisnicima, skrbnicima i ostalim zdravstvenim stručnjacima mora biti profesionalna i učinkovita. Fizioterapeuti su dužni voditi opsežnu pisanu evidenciju svih intervencija kod korisnika usluge i upravljati evidencijama korisnika usluga u skladu s nacionalnim ili europskim zakonodavstvom ili politikama i pravilima na radnom mjestu. Procjena profesionalnih razvojnih potreba fizioterapeuta, planiranje, implementacija i evaluacija aktivnosti kontinuiranog profesionalnog razvoja nužna je tijekom cijele karijere, kako bi se postigla i održala visoka razina profesionalnih kompetencija. Fizioterapeuti moraju educirati korisnike usluga, javnost i ostale zdravstvene stručnjake o učincima i dobrobiti fizioterapijskih intervencija, a studentima pružiti odgovarajuće okruženje prilikom kliničke edukacije. Oni koji se bave istraživanjem moraju osigurati da postupak istraživanja udovoljava etičkim zahtjevima i standardima kvalitete, te informirati suradnike i druge zdravstvene stručnjake o rezultatima istraživanja i novim spoznajama. Osoblje, uključujući pomoćno osoblje, mora posjedovati znanje, vještine, kompetencije i sposobnost pružanja sigurnih i učinkovitih usluga fizioterapije, a volontersko osoblje ima jasno definiranu ulogu i svrhu djelovanja. Fizioterapeuti u poboljšanju kvalitete prakse moraju koristiti definiranu metodologiju kako bi identificirali probleme u svojoj praksi, provodili korektivne mjere i procjenjivali učinak, što podrazumijeva i provedbu kliničkog audita, odnosno stručnog nadzora. U cilju osiguranja zdravlja i upravljanja rizikom, važno je da fizioterapeuti prepoznaju, procjenjuju i uklanjaju ili kontroliraju rizike za korisnike usluga, osoblje i svoju organizaciju, te se pritom drže zakona i ostalih pozitivnih propisa na nacionalnoj

i lokalnoj razini, te onih internih, vlastite organizacije. Fizioterapeuti su odgovorni za ispravnost, popravak, održavanje i sigurnost opreme, a u slučaju samostalnog rada, odnosno kao jedini zaposlen, fizioterapeut je odgovoran osigurati vlastitu i sigurnost pacijenta. U primjeni pomagala i uređaja u fizioterapiji, fizioterapeuti trebaju biti vođeni isključivo potrebama pacijenta i najboljim kliničkim dokazima učinkovitosti.

Standardi ujedno služe za evaluaciju i reviziju fizioterapijske prakse čime se procjenjuje i dokazuje usklađenost i ispunjenost zahtjeva te osigurava visoka kvaliteta fizioterapeutskih usluga (7,8). Obzirom da mogu pružiti informacije vladama, regulatornim tijelima, poslodavcima, drugim zdravstvenim strukama i javnosti o predanosti fizioterapeuta u pružanju kvalitetnih usluga (9), standardi u fizioterapijskoj praksi su element koji mogu koristiti i pacijenti, građanstvo, menadžeri i drugi, a koji za interes imaju fizioterapeutske usluge visoke kvalitete (7). Fizioterapeuti svoju djelatnost provode u sustavu i izvan sustava zdravstva sukladno usuglašenim standardima, primjenjujući pritom najbolje stručno znanje, poštujući načela prava pacijenata, etička i stručna načela koja su u funkciji zaštite zdravlja stanovništva i svakog pacijenta, odnosno korisnika osobno (2).

1.2. Fizioterapija i fizioterapeuti u zdravstvenoj zaštiti

Fizioterapija i/ili fizikalna terapija termin je koji se koristi kao profesionalni naziv usluge u zdravstvenoj zaštiti i opisuje praksu koju pružaju i kojom upravljaju isključivo fizioterapeuti (2,9). Kao sastavni dio zdravstvene djelatnosti provodi se sukladno planu, mjerama, načelima i na svim razinama zdravstvene zaštite (2), u sferama promocije, prevencije, terapije/liječenja, rehabilitacije i rehabilitacije (4,6,12,13) i kroz cijeli ljudski koristeći praksu temeljenu na dokazima (6). Fizioterapija je ciljno-orijentirani i vremenski-ograničen proces koji uključuje multimodalne fizioterapijske intervencije, usmjerene na osposobljavanje osoba, s nekim oblikom oštećenja, prema razini dosega optimalne mentalne, fizičke, ali i društvene funkcije (14). Općepoznata područja u kojima i na koja fizioterapeuti djeluju u potonjim sferama i kroz cijeli životni vijek pojedinca su mišićno-koštani, kradiorepiratorni, neuromišićni i vezivnotikvni sustav, ali se ne ograničavaju na njima.

Kao djelatnost u Republici Hrvatskoj, fizioterapija je organizirana na primarnoj razini kao ambulantna, na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite kao ambulantna i bolnička (3,12), a u pogledu prostora, opreme i kadra uvjetovana je načinom koji osigurava u potpunosti

učinkovito upravljanje nad procesom fizioterapije (12,15). Osim u javnozdravstvenom, fizioterapeuti djeluju i u privatnom sektoru, a neovisno potonjem praksa fizioterapeuta je jednako regulirana i usmjerena. Prvenstveno usmjerena na pružanje usluga, odnosno zdravstvene skrbi u okolnostima u kojima kretanju i funkciji pojedinca prijeti proces starenja ili ozljede, poremećaja ili bolesti, kroz prepoznavanje i maksimiziranje potencijala funkcionalnog pokreta te kvalitete života, fizioterapija u svom krajnjem cilju obuhvaća fizičko, psihološko, emocionalno i socijalno blagostanje (4,12) pojedinca, a kroz pojedinca utječe i na društvo u cjelini (13).

U sustavu zdravstvene zaštite, fizioterapeuti djeluju kao neovisni zdravstveni stručnjaci (1,4,6) i kao članovi timova pružatelja sveobuhvatne zdravstvene skrbi, a njihovo djelovanje je njihova vlastita odgovornost, stoga poslodavci, pripadnici drugih profesija ili drugi pojedinci ne mogu kontrolirati ili ugrožavati njihove profesionalne odluke (1). Odgovornosti i dužnosti fizioterapeuta prilikom pružanja zdravstvene, odnosno fizioterapijske skrbi zakonski su određene, a svakom pacijentu zajamčeno je opće i jednako pravo na kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu primjerenu njegovom zdravstvenom stanju, sukladno općeprihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima, u najboljem interesu pacijenta uz poštivanje njegovih osobnih stavova (16).

Djelokrug fizioterapijske prakse jest izrazito dinamičan, jer se neprekidno prilagođava zdravstvenim potrebama pacijenta i društva te istovremeno nastoji ispunjavati profesionalne zahtjeve i standarde kvalitete (17,18). Fizioterapijska praksa, prethodno opisana kao dinamična i prilagodljiva, posebno naglašava sudjelovanje pacijenta i njeguje partnerstvo sa svakim pojedincem te ostalim članovima tima (13) koji sudjeluju u zdravstvenoj zaštiti. Fizioterapijska djelatnost u Republici Hrvatskoj ima tendenciju daljnjeg razvoja postojećih i primjene novih visokih standarda i kvalitete u zajednici (16) čime će doprinijeti ukupnoj kvaliteti zdravstvene zaštite.

1.2.1. Profesionalna autonomija fizioterapeuta

Profesionalna autonomija predstavlja kontrolu nad odlukama i postupcima koji se odnose na nečiji rad (tzv. tehnička autonomija) i kontrolu nad ekonomskim resursima potrebnim za dovršetak nečijeg rada (tzv. socioekonomska autonomija) (19). Kod zdravstvenih radnika, profesionalna autonomija je usredotočena na pojedinca pa je tako u fizioterapiji ona usmjerena

na fizioterapeuta s pojmovima kao što su „neovisan“ i „samoodređen“ (20) i određena nizom faktora od stručnosti, uvjeta i postavka rada, komunikacije, odnosa na relaciji zdravstveni radnik-pacijent (16) ali i odnosa između različitih zdravstvenih profesija. Profesionalna autonomija u fizioterapiji određena je profesionalnom kvalifikacijom fizioterapeuta i fizioterapijskom djelatnošću, odnosno definiranim odgovornostima i djelokrugom rada. Fizioterapija opisuje praksu koju samostalno i neovisno (1,4,6) pružaju i kojom upravljaju isključivo fizioterapeuti (2,9) pri čemu je njihovo djelovanje njihova vlastita odgovornost i njihove profesionalne odluke nije moguće kontrolirati ili ugrožavati (1) od strane drugih zdravstvenih ili ostalih pojedinca.

Profesionalna autonomija može biti ograničena ili oslabljena odnosom jedne profesije prema drugoj (medicinska dominacija), utjecajem društvenih i drugih institucija (racionalizacija i deprofesionalizacija) i dispozicijom unutar same profesije, no kako dominacija pojedinih zdravstvenih profila pada, autonomija fizioterapeuta se dodatno povećava, a što možemo pripisati činjenici da su fizioterapijske usluge visoke kvalitete i jedinstvene vještinama te sposobnostima profesije (19). Shodno jedinstvenosti fizioterapijske profesije, 2016. godine potpisan je Memorandum o razumijevanju između profesija liječnika i fizioterapeuta (21) od strane europske krovne organizacije CPME (engl. *Standing Committee of European Doctors*) i ER-WCPT (engl. *European Region of the World Confederation for Physical Therapy/Physiotherapy*), organizacije čiji je ravnopravan član regulatorno tijelo fizioterapeuta u Hrvatskoj. Memorandumom se jamči profesionalna autonomija između fizioterapeuta i liječnika te potvrđuje njihova individualna, ali i zajednička predanost radu na visokokvalitetnom zdravstvu i zdravstvenoj zaštiti za svakog pacijenta u Europskoj uniji pa tako i u Hrvatskoj kao zemlji članici. Važno je naglasiti, da cilj profesionalne autonomije ne bi trebao omesti niti jednu profesiju od svoje prve odgovornosti, a koja u fizioterapiji predstavlja zadovoljenje potreba javnosti koja zahtijeva fizioterapijske usluge, uz očuvanje njihove vlastite autonomije u odnosu na svoje zdravlje (19).

Unatoč istraživanjima koja pokazuju pozitivan pacijenata naspram fizioterapije kao samostalne profesije, u pojedinim zemljama ipak su prisutni nedostatak razumijevanja javnosti (22) i tradicionalan pogled na fizioterapiju kao produžetak liječničke prakse kontroliran liječnikom, no srž doprinosa neovisnog rada fizioterapeuta određen je i usmjeren na pregled, procjenu, funkcionalnu dijagnozu i planiranje intervencija za oštećenje i funkcionalno ograničenje uzrokovano onesposobljenjem, a ne dijagnosticiranje patologije kako je prikazano i moguće razumjeti iz opće konceptualizacije onesposobljenja (19). Kao što je ranije u tekstu navedeno,

profesionalna autonomija određena je nizom faktora, a time i partnerskim odnosima na relaciji fizioterapeut-pacijent i fizioterapeut-liječnik.

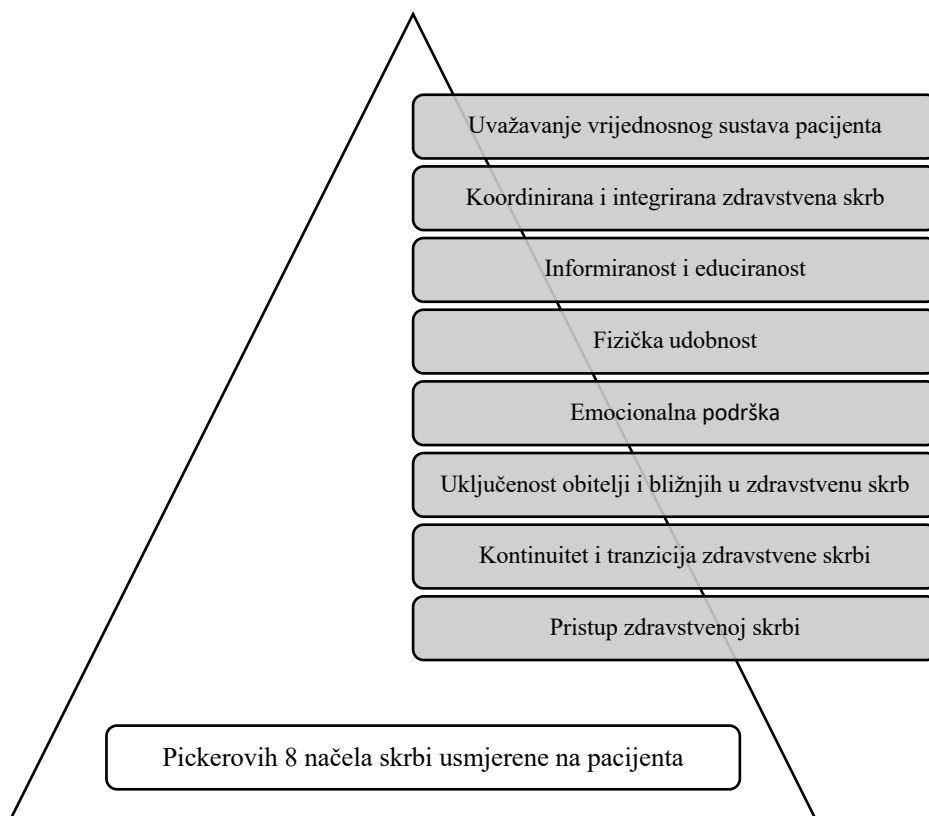
1.2.2. Fizioterapija usmjerena na pacijenta

Kao visoki prioritet zdravstvene skrbi 21.-og stoljeća ističe se skrb usmjerena prema pacijentu, tzv. model „pacijent u središtu“ (engl. *patient centeredness, patient-focused care, patient-oriented care*), a koji se odnosi na inherentnu uključenost pacijenta i njegove obitelji zdravstvenu skrb i donošenje odluka te oblikovanje zdravstvene politike kroz usku suradnju sa zdravstvenim osobljem (17). Slični pojmovi prethodnim su „*usmjerenost na osobu, potrošača, personaliziranost i individualiziranost*“, a poput ovih izraza, i usmjerenost na pacijenta uključuje kvalitete suosjećanja, empatije i reakcije na potrebe, vrijednosti te izražene sklonosti pojedinca (23).

U fizioterapiji usmjerenost na pacijenta uključuje načela individualiziranog fizioterapijskog pristupa, kontinuirane komunikacije (verbalne i neverbalne), edukacije tijekom i u svim aspektima fizioterapije, djelovanje unutar zadanih ciljeva određenih s pacijentom, liječenje odnosno tretman u kojem je pacijent podržan i osnažen, a fizioterapeut usredotočen na pacijenta socijalnim vještinama i znanjem (24). Fizioterapeuti su obrazovani za suradnju s pacijentima, zajedničko postavljanje ciljeva, izradu akcijskog plana fizioterapije prema eksplicitno prepoznatim teškoćama i njihovo upravljanje (25) u različitim postavkama, odnosno uvjetima rada. Edukacija se smatra izrazito važnim elementom usmjerenosti na pacijenta u fizioterapiji, a definira se kao proces objašnjavanja pacijentu i/ili obitelji njegovim o tjelesnim simptomima, problemima, dijagnozi, planiranom tijeku fizioterapije, prognozi, prehrani (24), samoupravljanju tegobama i drugim elementima u fizioterapijskom procesu. Iako rade u različitim postavkama u kojima se pruža zdravstvena skrb, akutnim, bolničkim i ambulantnim, temeljna načela očita su u okvirima usmjerenosti fizioterapeuta na pacijenta, ističući pritom interakciju između osobe koja pruža skrb i osobe koja je prima (26). U kontekstu usmjerenosti na pacijenta, uloga pacijenta u suvremenoj fizioterapiji je značajno promijenjena, odnosno ta usmjerenost od pacijenta zahtjeva aktivnu ulogu i sudjelovanje, počevši od procjene, postavljanja ciljeva, intervencije, do objektivnog mjerenja učinka fizioterapije i prikaza konačnih ishoda (17). Usmjerenost na pacijenta, njegovu uključenost i pravo na suodlučivanje u fizioterapiji možemo sagledati kroz informirani pristanak pacijenta, a koji se odnosi na suglasnost poduzimanja određenog dijagnostičkog ili terapijskog postupka na temelju njegove

informiranosti od strane fizioterapeuta o svim mogućnostima liječenja, mogućim prednostima i nedostacima određenog postupka, predviđenim i mogućim nuspojavama ili komplikacijama (16). Fizioterapeuti mogu pacijenta obavijestiti o planu i nakanama usmeno, a gdje je potrebno i pismeno prije početka svih aktivnosti, a kada je pristanak primljen, naslućen ili kad je izražen isti će biti dokumentiran u fizioterapeutskom kartonu, a plan intervencije/tretmana može biti započet (9). Zakonska i profesionalna obaveza fizioterapeuta je da od pacijenta ishodi suglasnost na fizioterapiju, ali samo temeljem zajedničkog odlučivanja i prethodno jasnim te razumljivim informacijama.

Usmjerenost na pacijenta u zdravstvenoj zaštiti uključuje i mnogo više od prethodno navedenog. Kao jedan od zahtjeva kvalitete zdravstvene skrbi, usmjerenost na pacijenta ključna je komponenta zdravstvenog sustava koja osigurava da svi pacijenti imaju pristup zdravstvenoj skrbi njima prikladnoj, a sukladno cilju Picker instituta definirao je osam načela koje opisuju skrb usmjerenu na pacijenta (24,27) u kojima se nalaze i one opisane već prije u tekstu (Slika 2.).



Slika 2. Pickerovih 8 načela skrbi usmjerene na pacijenta (Preuzeto sa: <https://www.oneviewhealthcare.com/blog/the-eight-principles-of-patient-centered-care/>)

Uvažavanje vrijednosnog sustava pacijenta, zajedno s kliničkom ekspertizom fizioterapeuta i upotrebom najboljih znanstvenih dokaza odrednica je u donošenju kliničkih odluka i

fizioterapije temeljene na dokazima. Uz primjenu najboljih znanstvenih dokaza, Mudge i suradnici naglašavaju zajedničku ekspertizu fizioterapeuta i pacijenta kao model interakcije donošenja odluka u kojem se prioritet daje preferencijama pacijenta (25). Koordiniranu i integriranu zdravstvenu skrb, u ovom slučaju fizioterapiju, možemo opisati kao kompleksnu, sveobuhvatnu, s različitim pristupima u njenim dijagnostičkim i terapijskim aspektima, ali koja je individualizirana, odnosno prilagođena i prigodna svakom pacijentu ponaosob (24). Iako opisani već ranije u tekstu, nije na odmet ponoviti da su neprekidan dijalog (24), učinkovita komunikacija i pregovaranje, podrška pojedincima i njihovim obiteljima kroz informiranje i edukaciju podržani izbori, odnosno mehanizmi osnaživanja pacijenata u fizioterapiji usmjerenoj na pacijenta (26). Pojedincima koji traže i kojima je potrebna zdravstvena skrb, nužno je osigurati fizičku udobnost, jer ako počnemo samo od činjenice iz koje proizlazi potreba za fizioterapijom, radi tegoba, bolnih zdravstvenih stanja i onesposobljenja uzrokovanim tjelesnim oštećenjem, neudobnost, odnosno neprikladnost okruženja može samo djelovati dodatno inhibirajuće. Obzirom da pružanje zdravstvene usluge, a posebice fizioterapije u većini slučajeva znači zadiranje u tjelesnu, a u nekim i duševnu osobnost, povjerenje bi trebalo biti temelj odnosa zdravstveni radnik-pacijent, odnosno pacijent-zdravstveni sustav, u kojem se ne isprepliću samo pravo i etika, obveza i dužnost već i humanost u odgovoru na potrebe pacijenta (16). Kontinuiranost zdravstvene zaštite postiže se ukupnom organizacijom zdravstvene djelatnosti pri čemu sustav mora biti međusobno funkcionalno povezan i usklađen kako bi se pojedincu, odnosno stanovništvu pružila neprekidna zdravstvena zaštita kroz sve životne dobi (3). Nastavno na kontekst međusobne povezanosti i usklađenosti sustava, dostupnost odnosno pristup zdravstvenoj skrbi, a time i fizioterapiji mora biti omogućen u podjednakim uvjetima za sve stanovništvo, na svim razinama zdravstvene zaštite, a posebice na primarnoj razini (3). Upravo se organizacija i dostupnost fizioterapije unutar zdravstvenog sustava vrlo često spominju kao prepreka skrbi usmjerenoj prema pacijentu (26), no u nastavku rada više prostora biti će posvećeno samo temi pristupa i dostupnosti fizioterapije u zdravstvenoj zaštiti.

Nasuprot tradicionalnim smatranjima kako je fizioterapijska praksa obično poduprta biomehaničkim diskursom koji razdvaja um od tijela, fizioterapeuti pokazuju sve veći stupanj razumijevanja i primjene načela zdravstvene skrbi usmjerene na pacijenta (25), posebice kod odraslih (24), a što u konačnici uključuje poštivanje vrijednosnog sustava i sklonosti pacijenta, pružanje nade, upravljanje očekivanjima te izgradnju pozitivnog, partnerskog odnosa s pacijentom u fizioterapiji (25). Usmjerenost na pacijenta je biopsihosocijalni model

zdravstvene skrbi (26) prihvaćen kao standard u fizioterapijskoj praksi, a nastojanja su da putem znanstveno istraživačkog rada fizioterapeuta primjena istog kontinuirano jača području fizioterapije (24,25,26).

1.2.3. Pristup fizioterapiji i modeli upućivanja u javno zdravstvenom sektoru

Kao što je ranije u tekstu navedeno, fizioterapija je organizirana na primarnoj razini kao ambulantna, a na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite kao ambulantna i bolnička (3,12). U nastavku ćemo se bazirati na ambulatnoj fizioterapiji, obzirom da je ista vezana za temu ovog rada. Unatoč tome što je fizioterapija u Republici Hrvatskoj u javnom sektoru definirana kao samostalna djelatnost na razini primarne zdravstvene zaštite, u iznimnim slučajevima i na sekundarnoj (3), što znači da je nositelj djelatnosti fizioterapeut i da je u pogledu prostora, opreme i kadra uvjetovana načinom koji osigurava u potpunosti učinkovito upravljanje nad procesom fizioterapije (12,15), još uvijek nije donesena tzv. Mreža za fizikalnu terapiju i model upućivanja na fizioterapiju temelji se još uvijek na, možemo reći tradicionalnoj praksi. Model upućivanja na fizioterapiju u tradicionalnoj javno zdravstvenoj praksi odnosi se na upućivanje isključivo od strane liječnika specijalista, dok se suvremena praksa odnosi na model tzv. samoupućivanja ili direktnog pristupa pacijenta fizioterapiji, odnosno fizioterapeutu, a u nastavku će kritički opisana biti oba modela upućivanja. Prije svega, sistem upućivanja trebao bi biti postavljen na način kako bi osigurao da pacijent, odnosno potencijalni korisnik fizioterapijskih usluga, može stupiti u kontakt s fizioterapeutom direktno ili preko odgovarajućeg izvora upućivanja (9).

1.2.3.1. Tradicionalna praksa upućivanja na fizioterapiju

Tradicionalnu praksu upućivanja na fizioterapiju možemo opisati kao situaciju u kojoj je upućivanje i pristup pacijenta fizioterapiji, kontroliran i pod dominacijom liječnika (19), odnosno da je uvjetovan uputom liječnika (28,29) obično specijalista. U javno zdravstvenoj praksi naše zemlje, ukoliko se osoba koja ima određene mišićno koštane tegobe javi obiteljskom liječniku u svezi istih, ona biva upućena na obradu liječniku specijalistu. Obično se takva obrada vrši u specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti, no nije isključiva samo na nju. Ukoliko liječnik specijalist utvrdi da bi fizioterapija smanjila tegobe i poboljšala zdravstveno pacijenta, on indicira upućivanje na potrebu ulaska pacijenta u fizioterapijski tretman, pri čemu određuje

liječničku dijagnozu, liječničku anamnezu, kao i eventualne kontraindikacije, te epizodu fizioterapije, odnosno broj dana koliko će se provoditi fizioterapija i termin kada će se pacijent javiti na kontrolni pregled (14). Na ovaj način, unaprijed se određuje vremenski okvir trajanja, odnosno epizoda fizioterapije, a u nekim slučajevima liječnik uzima za pravo specificirati unaprijed i sadržaj fizioterapijskog programa, iako je zakonom određeno da je odgovornost i dužnost izrade plana i programa fizioterapije na fizioterapeutu (3). Po primitku pacijenta na fizioterapiju, fizioterapeut vrši strukturirani intervju i pregled, utvrđuje funkcionalnu dijagnozu i odnosu na istu određuje specifične testove i mjerenja će upotrijebiti u svrhu praćenja rezultata fizioterapije te zajedno u dogovoru s pacijentom određuje ciljeve terapije i postavlja plan intervencija koje će u tu svrhu poduzeti (14). Fizioterapeuti kroz epizodu fizioterapije rade unutar zadanih i prema s pacijentom zajednički određenih ciljeva, a po završetku mjere i bilježe ishode fizioterapije i stupanj ostvarenih ciljeva. Ukoliko su očekivani ciljevi ili očekivani rezultati postignuti za pacijenta, ili pacijent nije u mogućnosti nastaviti napredovati prema fizioterapijskim ciljevima i procjenom fizioterapeuta je utvrđeno da on više neće imati dobrobiti od fizikalne terapije, fizioterapeut će dokumentirati otpuštanje ili prekid fizioterapije (3,9,10,11) kao što je predviđeno profesionalnim zakonom i standardima. Obzirom na već unaprijed određeno trajanje epizode fizioterapije, po njenom završetku, pacijent se mora javiti nadležnom liječniku specijalistu koji po svojoj obradi zaključuje ili indicira nastavak liječenja fizikalnom terapijom te se u tom slučaju ponovno javlja fizioterapeutu na dogovor za prijam na fizioterapiju. Obzirom na ovakav način upućivanja u organizacijskom kontekstu i kapacitetima specifičnog zdravstvenog kadra u našoj zemlji, pacijenti su vrlo često izloženi listama čekanja kako za obradu liječnika specijalista pa tako i za prijam na fizioterapiju. Karvonen i suradnici navode da ovakva praksa u većini slučajeva uključuje dugo čekanje pacijenata na sastanke s liječnikom i, kada su napokon tamo, vrlo često im je propisana samo farmakoterapija za kontrolu boli i bolovanje, a u većini slučajeva, samo nakon prolongirane ili boli koja je postala kronična, pacijenti se upućuju na daljnju dijagnostičku obradu ili fizioterapiju (28). Ranije u tekstu je istaknuto kako se organizacija i dostupnost fizioterapije unutar zdravstvenog sustava vrlo često spominju u kontekstu barijera skrbi usmjerenoj na pacijenta (26), a i sama činjenica je da se velikom većinom pacijenata upravlja kroz unaprijed određene epizode fizioterapije koje inicira liječnik (30) *a priori* samom ulasku u proces fizioterapije, a kojim upravlja isključivo fizioterapeut.

Tradicionalni medicinski model fizioterapijske prakse i dominaciju liječnika nad fizioterapeutom pod utjecajem zdravstvene politike slikovito je opisao Sandstorm (Slika 3.). Opis prakse koja vuče korijene djelomično od tradicionalnih koncepata zapadne medicine, gdje je liječnik voditelj tima zdravstvene zaštite za pojedinca (31) moguće je primijeniti i kao opis postojeće prakse u našoj zemlji.



Slika 3. Tradicionalni medicinski model fizioterapijske prakse (19)

Iz vrlo jednostavnog, a opet izrazito konciznog prikaza moguće je zaključiti kako je u zdravstvenoj zaštiti, a pod zdravstvenom politikom, tehnička autonomija liječnika dominantna i nad autonomijom fizioterapeuta dok se tek na dnu ovakvog hijerarhijskog poretka nalazi osoba s onesposobljenjem, odnosno pacijent, što je suprotno biopsihosocijalnom modelu liječenja u kojem je on uključen u zdravstvenu skrb i donošenje odluka te oblikovanje zdravstvene politike kroz usku suradnju sa zdravstvenim osobljem (17). Kada se radi o hitnom slučaju, prikladno je imati educirani autoritet, odnosno liječnika koji preuzima vodstvo nad situacijom i donošenjem odluka, međutim, jednom kada je hitna situacija prošla, pacijent i obitelj moraju biti uključeni u donošenje odluka o daljnjem liječenju (31). U fizioterapiji i fizioterapijom se ne zbrinjavaju medicinski hitni slučajevi, generalno govoreći, ambulantna fizioterapija odnosi se na, u zdravstvenim krugovima poznat kao „hladni pogon“, a kojem pacijenti pristupaju zbog liječenja onesposobljenja uzrokovanim oštećenjem, a kojem može prethoditi i konzervativno ili operativno liječenje oštećenja po odluci liječnika.

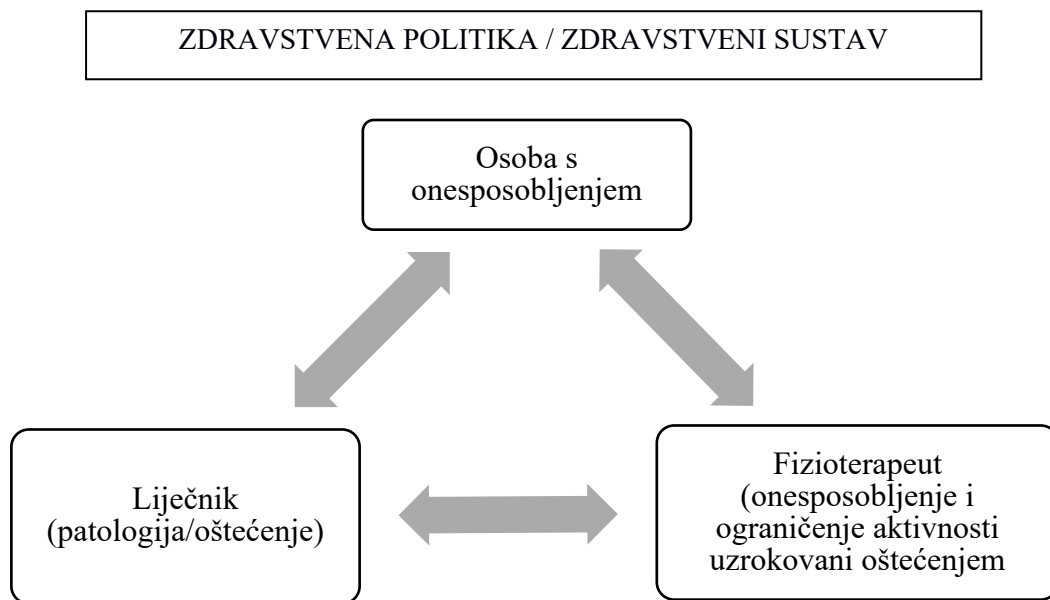
Zaključno tradicionalnom konceptu, „*razmislite o posljedicama upravljanja liječnika nad fizioterapijskim uslugama u profesionalno autonomnoj fizioterapijskoj praksi*“ (19) u zdravstvenoj zaštiti kojoj je visoki prioritet zdravstvena skrb usmjerena na pacijenta, uzimajući pritom u obzir i činjenicu kroničnog nedostatka zdravstvenog kadra, posebice liječnika (32), a time i nedostupnost usluga jedinstvenih njihovoj profesiji.

1.2.3.2. Suvremena praksa samoupućivanja pacijenta na fizioterapiju

Usluge rehabilitacije zahtijevaju suvremene organizacijske modele kako bi se zadovoljile potrebe pacijenta i smanjili troškovi zdravstvene zaštite (29), a jedan od takvih modela je samoupućivanje pacijenata na fizioterapiju. Suvremena praksa upućivanja na fizioterapiju opisuje model samoupućivanja, tzv. direktan pristup (engl. "direct access") fizioterapiji, a koji se obično odnosi na termin koji se koristi za pacijente koji traže usluge fizioterapeuta bez preporuke treće strane, odnosno zdravstvenog stručnjaka, obično liječnika specijalista (29,30,33,34,35,36). Direktan pristup fizioterapiji predstavlja potencijalnim korisnicima, odnosno pacijentima mogućnost kliničke procjene i savjeta za plan fizioterapije usmjerene na onesposobljenje i prevenciju moguće buduće disfunkcije u ranoj fazi (28) bez uputnice liječnika (37), što je suprotno situaciji tradicionalnog modela upućivanja. Međutim, u nekim se slučajevima termin koristi kao opis situacije u kojoj fizioterapeuti imaju izravan pristup procijeniti i primijeniti fizioterapiju bez preporuke vodećeg zdravstvenog stručnjaka, odnosno liječnika, na primjer, na odjelu intenzivne njege gdje fizioterapeuti procjenjuju i određuju koji pacijenti mogu imati koristi od fizioterapije (34). Takva situacija odnosi se na bolničku fizioterapiju, no kako je u radu već prethodno i naglašeno, modeli upućivanja stavljeni su u kontekst ambulantne fizioterapije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.

U zemljama Europe ovakav se način upravljanja fizioterapijskom praksom može vidjeti na razini primarne zdravstvene zaštite (36,38) u kojoj fizioterapeuti sudjeluju (39) kao samostalna profesija, zahvaljujući profesionalnim kvalifikacijama stečenim obrazovanjem već na temeljnoj razini, odnosno profesionalnoj autonomiji i mogućnosti prakse kao primarnog kontakta (4,35) u zdravstvenoj zaštiti. U našoj zemlji, iako je fizioterapija kao autonomna profesija i djelatnost zakonski regulirana i definirana unutar zdravstvene zaštite, mogućnost direktnog pristupa još nije ostvarena u javnom sektoru. Direktan pristup i samoupućivanje pacijenta fizioterapeutu manifestacija su profesionalne autonomije i iako se opseg profesionalne autonomije fizioterapeuta u zdravstvenom sustavu razlikuje između zemalja, direktan pristup prepoznatljiv

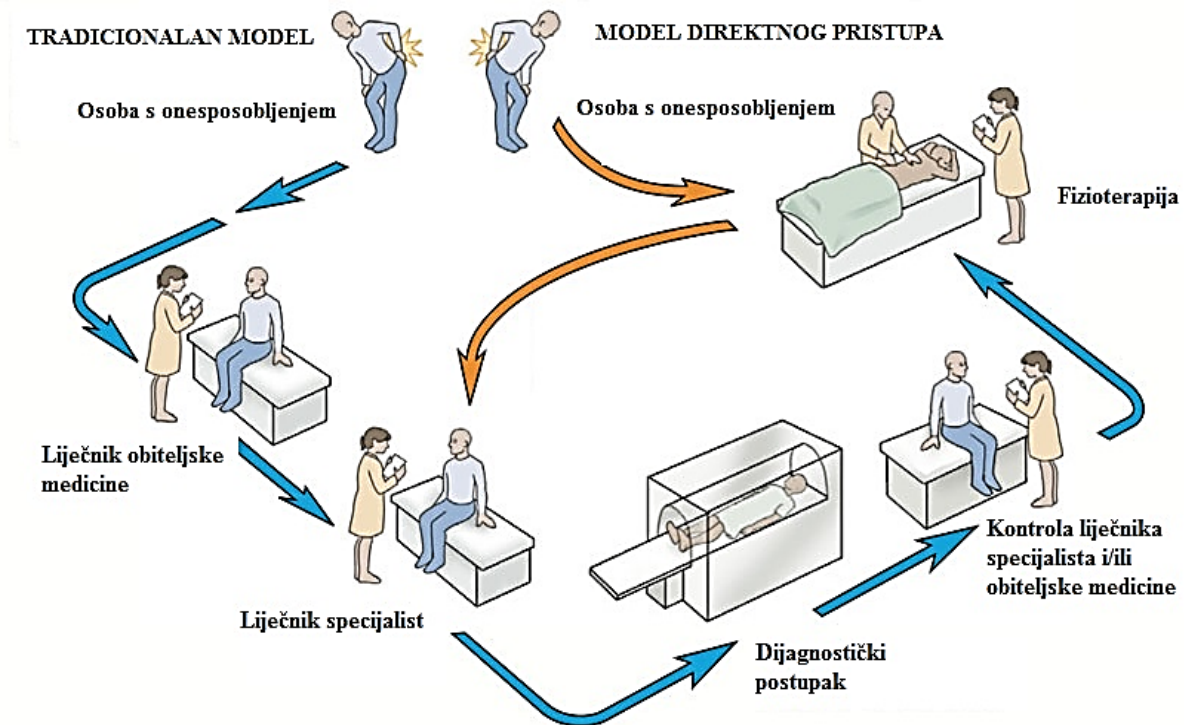
je u fizioterapiji globalno te među ostalim zdravstvenim profesijama, politikama i vladama (34). U zdravstvenom sustavu koji je usmjeren na pacijenta, jasna je profesionalna, odnosno klinička autonomija između fizioterapeuta i liječnika kao i njihova individualna, ali i zajednička predanost i odgovornost u odnosu s pacijentom koji je uključen u zdravstvenu skrb, donošenje odluka te oblikovanje zdravstvene politike (19). Shodno navedenome, možemo reći da se radi o jednom međuovisnom, ali partnerskom odnosu u kojem je očuvana autonomija svakog sudionika, pacijenta, fizioterapeuta i liječnika. Međuodnos u suvremenoj fizioterapijskoj praksi, slikovito je opisao Sandstorm (Slika 4.), prikazujući pritom područja profesionalnih autonomija fizioterapeuta i liječnika, usmjerenih na osobu s onesposobljenjem, odnosno na pacijenta, a osnaženih zdravstvenom politikom.



Slika 4. Suvremeni model fizioterapijske prakse i međuodnos u zdravstvenoj skrbi usmjerenoj na pacijenta (19)

Onesposobljenje i ograničenje aktivnosti, predstavljaju funkcionalni status koji je centralni dio zdravstvenog stanja pojedinca, odnosno oni predstavljaju funkcionalne zdravstvene potrebe (40) i to je područje u kojem i na koje intervenira fizioterapeut, dok je liječnik autonoman i meritoran u identifikaciji patologije te restituciji oštećenja. Ako usporedimo suvremenu fizioterapijsku praksu s tradicionalnom, možemo zaključiti da ovakav model organizacije u zdravstvenom sustavu ne podržava hijerarhijski smjer, već njeguje načela zdravstvene skrbi usmjerene na pacijenta, u kojem su pacijentu otvoreni svi smjerovi prema zadovoljenju njegovih zdravstvenih potreba. Pacijenti se stoga mogu samostalno uputiti fizioterapeutu, bez da moraju prethodno posjetiti liječnika ili da ih neki drugi zdravstveni stručnjak uputi na

fizioterapiju (34), ali jednako tako imaju mogućnost i pristupa liječniku, ukoliko smatraju da je isto potrebno ili njihovo zdravstveno stanje to zahtjeva, bilo subjektivno ili objektivno. Samu usporedbu kretanja pacijenta kroz tradicionalan model upućivanja i direktan pristup prikazali smo na Slici 5., vrlo jasnoj i realnoj preslici obiju situacija.

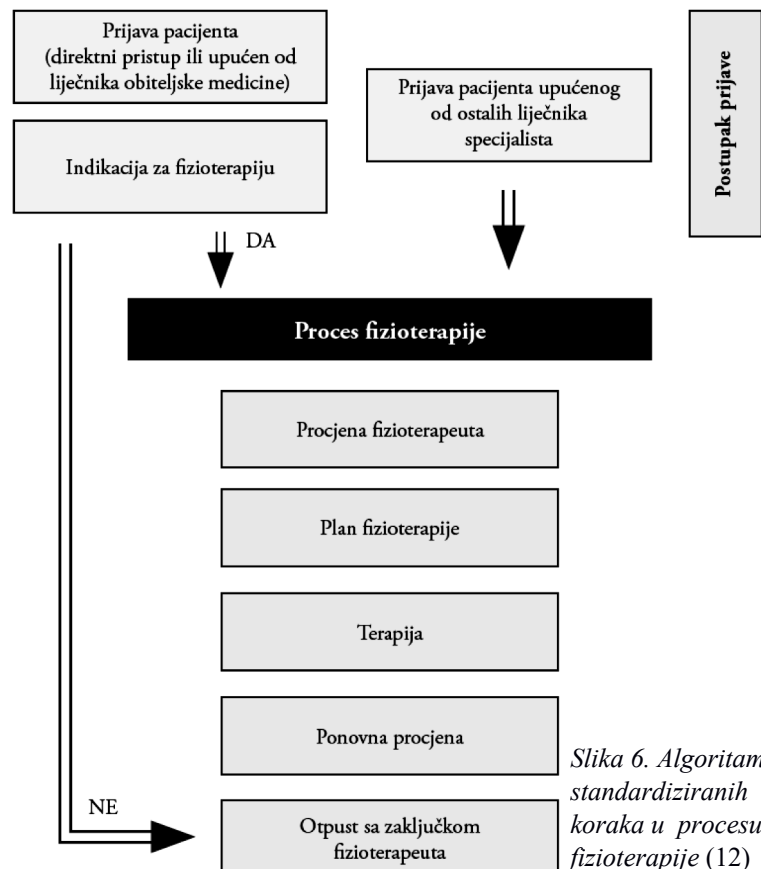


Slika 5. Usporedba kretanja osobe s onesposobljenjem kroz tradicionalni model upućivanja i direktan pristup fizioterapiji

Osoba s onesposobljenjem u tradicionalnom modelu upućivanja na fizioterapiju mora proći dugačak put do ulaska u fizioterapiju i do samog početka fizioterapeutske intervencije, dok je u direktnom pristupu taj put minimalan, jer ne uključuje, odnosno nužno ne zahtjeva odlazak obiteljskom liječniku, liječniku specijalistu i eventualnu dodatnu dijagnostičku obradu te ponovnu kontrolu liječnika do postavljanja indikacije za fizioterapijom. Samoupućivanjem osoba s onesposobljenjem pristupa direktno fizioterapeutu koji inicijalnom procjenom zaključuje da li je fizioterapija indicirana ili ne, odnosno da li je opravdana i da li će pacijent imati koristi od iste, a u slučaju sumnje na ozbiljni ili potencijalno ozbiljni uzrok onesposobljenja, fizioterapeut upućuje pacijenta liječniku specijalistu koji potom djeluje u okviru svoje profesionalne autonomije i stručnosti na putu do identifikacije patologije, odnosno oštećenja, a što u većini slučajeva uključuje i dijagnostičku obradu. Po kontrolnom pregledu,

liječnik zaključuje uzrok problema i dijagnozu, te ovisno težini oštećenja upućuje odnosno ne upućuje pacijenta nazad fizioterapeutu. Obje situacije u direktnom pristupu, bilo da je fizioterapija postavljena odmah po procjeni fizioterapeuta ili nakon dodatne obrade liječnika specijalista, put kojim prolazi osoba s onesposobljenjem, neusporedivo je kraći nego u tradicionalnom modelu upućivanja koji je, kako je i u tekstu prije navedeno, vrlo često i opravdano povezan s dugim čekanjem. Važno je naglasiti da je model direktnog pristupa zaista za pacijenta otvoren i u konačnici siguran put prema zadovoljenju njegovih zdravstvenih potreba, obzirom na odnos pacijenta, liječnika i fizioterapeuta te činjenicu da procjenom i evaluacijom fizioterapeuti mogu klinički rezonirati da li je fizioterapija za pacijenta indicirana i sigurna, ili ga je potrebno uputiti liječniku ukoliko zdravstveno stanje pacijenta nadilazi njihove kliničke kompetencije.

Uz direktan pristup, kao model organizacije relativno novijeg datuma postavljaju se pitanja rizika i sigurnosti za pacijenta te mogućnost pretjeranog korištenja fizioterapijskih usluga obzirom da nije potreban posjet liječniku (36), no fizioterapeuti su kao zdravstveni djelatnici profesionalno i pravno odgovorne osobe koje djeluju po profesionalnim i nacionalnim zakonima i standardima, što uključuje i sigurnost pacijenata te racionalno korištenje ograničenih resursa, a stručnim nadzorom osigurana je kontrola njihovog djelovanja., Heidi i suradnici u sustavnom pregledu literature ističu kako nema dokaza o povećanom riziku i posljedičnoj šteti vezanim za direktan pristup u usporedbi s epizodama skrbi fizioterapije na koje su pacijente koje su uputili liječnici (30), a obzirom na algoritam standardiziranih koraka u procesu fizioterapije (Slika 6.), pitanje pretjeranog korištenja fizioterapijskih usluga u direktnom pristupu pod kontrolom je fizioterapeuta, obzirom da on



Slika 6. Algoritam standardiziranih koraka u procesu fizioterapije (12)

upravlja procesom i epizodama fizioterapije, postavlja indikaciju i otpušta pacijente pod svojom profesionalnom autonomijom, dok je u tradicionalnom modelu on primoran zaprimiti pacijenta na fizioterapiju, započeti proces bez fizioterapeutske indikacije i završiti ga, ali bez mogućnosti fizioterapeutskog otpusta.

Fizioterapija je od svojih početaka do danas izuzetno evoluirala. Jačanje kliničkih kompetencija fizioterapeuta, posebice u mišićno-koštanom području, opravdano je rezultiralo odmakom od tradicionalnih, hijerarhijski zatvorenih modela. Danas, direktno odnosno izravno dostupna fizioterapija predstavlja praksu u kojoj osobe s mišićno-koštanim tegobama i posljedičnim onesposobljenjem mogu koristiti i imati dobrobiti od fizioterapije bez preporuke liječnika (28,35,36), a da su im pritom osigurani visoko kvalitetna klinička procjena i jednako tako kvalitetan plan fizioterapije usmjerene na onesposobljenje i prevenciju moguće buduće disfunkcije u ranoj fazi (28). Uloga fizioterapeuta i utjecaj fizioterapije na funkcionalni status, odnosno funkcionalno zdravlje pojedinca vidljivi su kroz centralni indikator zdravlja, odnosno stanje zdravlja populacije (40), stoga je za predvidjeti kako će kod populacije kojoj je pristup fizioterapiji olakšan, indikator zdravlja biti viši. Kao što je već ranije spomenuto, mogućnost direktnog pristupa pacijenta fizioterapiji, odnosno fizioterapeutu još nije ostvareno u javno zdravstvenom sektoru naše zemlje, stoga ne postoje dokazi, kao ni literatura koja bi govorila o iskustvu istog, ali zato postoje iskustva drugih zemalja Europe i dokazi na koje bi bilo poželjno, odnosno potrebno obratiti pažnju ukoliko je tendencija i prioritet zdravstvenog sustava zaista zdravstvena skrb usmjerena na pacijenta uz istodobnu racionalizaciju troškova. Direktni pristup u fizioterapiji smatra se "virtuoznim modelom" koji može unaprijediti kvalitetu fizioterapijskih usluga (33), a samim time i kvalitetu zdravstvene zaštite.

1.3. Direktni pristup fizioterapiji kao odgovor na epidemiološke prioritete 21.-og stoljeća

Zdravstvena stanja i epidemiološki prioriteti 21.og stoljeća, uvjetovani su suvremenim načinom života i predstavljaju izazov za sustav zdravstva. Zdravstvene tegobe i kronične nezarazne bolesti uvjetovane načinom života uključuju ishemijsku bolest srca, stanja povezana s pušenjem (tzv. višeorganski učinci pušenja), plućne bolesti (poput kroničnog bronhitisa i emfizema, nekih vrsta astme, karcinoma respiratornog trakta kao i drugih organa), hipertenziju, moždani udar,

pretilost i dijabetes, no jednako ozbiljne prijetnje zdravlju predstavljaju i tegobe, odnosno bolesti mišićno-koštanog sustava (13). Kronične nezarazne bolesti ističu se kao prioritetni problemi u zdravstvenoj slici Hrvatske, a mišićno-koštane bolesti čine njihov znatan udio (32,41) i uz bolesti vezivnog tkiva predstavljaju vodeći uzrok bolovanja (42), odnosno radne nesposobnosti. Iz navedene skupine bolesti najčešće prisutne su bol u križima, bol u vratu i osteoartritis (13,33), a za koje je poznato da nisu povezane s ozbiljnim ili potencijalno ozbiljnim uzrocima, odnosno specifičnom patologijom već intrinzičnim i ekstrinzičnim čimbenicima kao što su dob, spol, anatomska obilježja mišićno-koštanog sustava, radno mjesto, životne, odnosno zdravstvene navike, i sl. Iako ne nastaju posljedično ozbiljnoj i specifičnoj patologiji, mišićno-koštane bolesti vode prema značajnom onesposobljenju i financijskom opterećenju pojedinca, ali i opterećenju zdravstvenog sustava (43) što ih čini ne samo ozbiljnim zdravstvenim problemom već i socioekonomskim problemom.

Kako bi zdravstveni sustav mogao odgovoriti na epidemiološke prioritete, važno je da ima uspostavljenu dobru strategiju, usmjerenu na zdravlje pojedinca, s utjecajem na zdravlje populacije. Strategija Svjetske organizacije za fizioterapiju usmjerena na zdravlje predlaže da se neinvazivne fizioterapijske intervencije, posebno edukacija i terapijsko vježbanje, maksimalno iskoriste u zdravstvenoj zaštiti, kroz podizanje svijesti i znanja u svakom pojedincu o vodećim zdravstvenim prioritetima, čimbenicima rizika i promjeni zdravstvenog ponašanja (44). Uloga fizioterapeuta u zdravstvenoj skrbi 21. stoljeća, temeljena je na epidemiološkim trendovima i dokazima koji podupiru jedinstvenu ulogu fizioterapije propisivanju i provedbi zdravstvenog odgoja, odnosno edukacije, tjelesne aktivnosti i vježbanja (45). Gledajući iz aspekta načela zdravstvene zaštite, a prije svega iz potreba stanovništva koja se u Hrvatskoj očituju kroz ranije u tekstu navedene zdravstvene probleme, fizioterapija koja se provodi u sferama promocije, prevencije, održavanja, intervencije/liječenja, rehabilitacije i rehabilitacije (4) trebala bi biti jedna od prvih točaka zdravstvene zaštite, odnosno primarni zdravstveni kontakt za osobe kod kojih postoji ugroza smanjene kvalitete života uzrokovane smanjenim potencijalnom funkcionalnog pokreta uslijed mišićno-koštanih bolesti.

Mišićno-koštanim bolestima, kao jednim od epidemioloških prioriteta u suvremenoj zdravstvenoj zaštiti, moguće je upravljati kroz direktan pristup ili tzv. samoupućivanje pacijenta fizioteraputu bez preporuke liječnika na primarnoj razini zdravstvene zaštite (33,35,39,45,46.). Postojeći dokazi podržavaju fizioterapeutsko upravljanje i drugim određenim stanjima na primarnoj razini radije nego u akutnim bolnicama, kao što su neurološka stanja i problemi ženskog zdravlja, no isto je nedovoljno istraženo i opisano u literaturi (39), a tome mogući

razlog je činjenica da mišićno-koštane kao kronične nezarazne bolesti predstavljaju vodeći javnozdravstveni problem u svim zemljama svijeta (32). Sudjelovanje fizioterapeuta kao autonomnih zdravstvenih stručnjaka na primarnoj razini zdravstvene zaštite doprinosi rješavanju brzorastućih potreba stanovništva, a koji predstavljaju izravne zahtjeve prema zdravstvenom sustavu i direktno su povezani s rastućim troškovima pružanja zdravstvenih usluga u Europi (39). Iako je u zemljama Europe moguće susresti se sa različitim modelima upućivanja na fizioterapiju, od već propisanog tretmana, upućivanja od liječnika obiteljske medicine ili od treće strane do samoupućivanja, u Finskoj, Nizozemskoj, Norveškoj, Švedskoj i Ujedinjenom Kraljevstvu model samoupućivanja, odnosno direktnog pristupa fizioterapiji u primarnoj zaštiti je standard, u potpunosti evaluiran i preporučen od strane Nacionalnog instituta za zdravlje i izvrsnost zdravstvene skrbi, tzv. NICE (engl. *National Institute for Health and Care Excellence*) (28,39). Europske studije pokazuju da je samoupućivanje pacijenata na fizioterapiju dokazano izvedivo, primjereno, klinički i financijski učinkovito te podržano od strane pacijenata, javnosti, fizioterapijske profesije ali i liječnika obiteljske medicine (22) koji se smatraju "čuvarima vrata" na primarnoj razini zdravstvene zaštite. Pilot studije Državnog zavoda za zdravstvo (engl. *National Health Service*) u Engleskoj, pokazale su da je mogućnost samoupućivanja, odnosno direktnog pristupa fizioterapeutu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti smanjila stope potreba za konzultacijom liječnika obiteljske medicine i za bolničkim liječenjem pacijenata sa križoboljom, artritismom i ostalim mišićno-koštanim tegobama (47). Mogućnost samoupućivanja pacijenta na fizioterapiju može rezultirati povećanom autonomijom i odgovornosti fizioterapeuta u prevenciji i upravljanju onesposobljenjima uzrokovanim načinom života te ograničenja u aktivnosti i sudjelovanju kao i u upravljanju kroničnim nezaraznim bolestima (36) što su prepoznale zdravstvene politike razvijenih zemalja Europe. Direktni pristup fizioterapiji osobama s onesposobljenjem uzrokovanim mišićno-koštanim tegobama odnosno bolestima na primarnoj razini možemo opravdano sagledati kroz načelo supsidijarnosti, a kojim se osigurava pružanje zdravstvene usluge na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće (3) i time rasterećuju liječnici obiteljske medicine te bolnička zdravstvena zaštita. Za našu zemlju u kojoj je vidljiva dominacija i kontinuirani porast kroničnih nezaraznih bolesti u društvu uz kronični nedostatak i maldistribuciju zdravstvenog kadra unutar sustava zdravstvene zaštite (32) te troškovnu opterećenost, važno je da organizacijska promišljanja i planiranja idu u smjeru mogućnosti direktnog pristupa pacijenta u javno zdravstvenom sustavu.

Davanje mogućnosti osobama s funkcionalnim onesposobljenjem ili rizikom od nastanka onesposobljenja da koriste fizioterapijske usluge bez potrebe za uputnicom liječnika, vođeno je brojnim čimbenicima, primjerice, kao rezultat većeg broja korisnika zdravstvenih usluga koji su više informirani kao 'potrošači' ili financijskih imperativa poput potreba za smanjenjem lista čekanja za posjet liječniku kada je fizioterapeut možda najprikladniji zdravstveni stručnjak za početnu procjenu pojedinca (46). Nadalje, demografske promjene u cijelom svijetu, pa tako i našoj zemlji, rezultirat će većim brojem korisnika zdravstvenih usluga, a ti je korisnici će biti više informirani o izborima koji su im dostupni i imati sve veća očekivanja od zdravstvenih usluga (36). Važno je da javno zdravstveni sektor bude učinkovit po pitanju zdravstvene skrbi, no i po pitanju konkurentnosti naspram privatnog, jer mnoge osobe s nekim oblikom i stupnjem onesposobljenja odgovor na svoje potrebe traže u privatnim zdravstvenim ustanovama, posebice fizioterapijskim praksama za koje nije potrebna uputnica liječnika. Kako bi identificirali poglede i stavove korisnika usluga prema pristupu, fizioterapiji i ponašanju pacijenata u samostalnoj potrazi za zdravstvenim uslugama, Webster i suradnici su proveli nacionalno istraživanje koje je pokazalo da su sve ispitane skupine pozitivno ocijenile fizioterapiju, posebno pacijenti koji su se sami uputili fizioterapeutu, iako postoji izrazit nedostatak znanja o profesiji (48). U našoj populaciji još nije provedeno sustavno istraživanje o stavovima pacijenata o fizioterapeutima i različitim modelima pristupa fizioterapiji. Ispitivanje stavova javnosti o fizioterapeutima i fizioterapiji, a prije svega stavova pacijenata koji su prošli proces fizioterapije i interakciju s fizioterapeutom kroz još uvijek tradicionalne postavke zdravstvene skrbi važno je kako bi identificirali potencijalno inhibirajuće čimbenike i pretvorili ih u one facilitirajuće, te kako bi potaknuli organizacijska promišljanja i planiranja zdravstvenih politika.

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog istraživanja je ispitati stavove pacijenata o fizioterapeutima, samoupućivanju i direktnom pristupu fizioterapiji te ispitati povezanost stavova s obilježjima pacijenata.

3. METODE I ISPITANICI

Prema vrsti istraživanja ovo je presječno istraživanje kojim se ispituju stavovi pacijenata o fizioterapeutima, samoupućivanju i direktnom pristupu fizioterapiji te povezanost stavova s obilježjima pacijenata. Istraživanje je provedeno u Kliničkom zavodu za rehabilitaciju i ortopedska pomagala Kliničkog bolničkog centra Zagreb u periodu od travnja do lipnja 2021. godine.

3.1. Ispitanici

U ovom istraživanju sudjelovalo je 125 ispitanika (45 muških i 80 ženskih) pacijenata Kliničkog zavoda za rehabilitaciju i ortopedska pomagala Kliničkog bolničkog centra Zagreb. Uzorak ispitanika odabran je metodom prigodnog uzorkovanja pacijenata s mišićno-koštanim tegobama koji su liječeni fizikalnom terapijom ambulantno. Svi ispitanici su potpisali informativni pristanak o sudjelovanju u istraživanju.

Uključni kriteriji su bili:

- ispitanici stariji od 18 godina
- ispitanici s mišićno-koštanim tegobama
- potpisani informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju

Isključni kriteriji su bili:

- ispitanici s mišićno-koštanim tegobama koje su povezane s ozbiljnim ili potencijalno ozbiljnim uzrocima, odnosno specifičnom patologijom
- narušene kognitivne sposobnosti i nemogućnost praćenja verbalnih uputa te nemogućnost davanja pristanka
- fizički i psihički problemi koji bi mogli utjecati na smanjenje pouzdanosti u samostalnom ispunjavanju upitnika (gluhoća, nepismenost, poremećaji u ponašanju, psihički problemi i drugo)

3.2. Metode istraživanja

Prije ispunjavanja upitnika ispitanici su detaljno usmeno i pisano putem obrasca informirani o postupku i svrsi istraživanja, zaštiti njihovih prava u svezi liječenja fizikalnom terapijom i mogućnosti prekida sudjelovanja u istraživanju te je zatražena njihova suglasnost za dobrovoljno sudjelovanje u istom.

Nakon potpisanog informiranog pristanka, prikupljeni su sociodemografski podaci o spolu, životnoj dobi i razini obrazovanja, medicinski podatci koji se odnose na lokalitet mišićno-koštanih tegoba i broj dosad provedenih ciklusa fizioterapije te podatak o trenutnom radnom statusu. Ispunjavanje obrasca sa sociodemografskim, medicinskim i paramedicinskim podacima proveo je ispitivač (autor istraživanja) kroz intervju sa svakim ispitanikom.

Ispitivanje stavova o fizioterapeutima, samoupućivanju i direktnom pristupu fizioterapiji provedeno je putem upitnika kreiranog za potrebe ovog istraživanja. Upitnik o stavovima ispunjavao je osobno sam ispitanik, a ispitivač je bio dostupan u slučaju potrebe za dodatnim pojašnjenjima vezanim uz sadržaj tvrdnji.

Obrazac s sociodemografskim, medicinskim i paramedicinskim podacima ispitanika i upitnik o stavovima ispunjeni su samo jednom, na kraju ciklusa fizioterapije i u radnom prostoru ispitivača (autora istraživanja).

3.3. Upitnik

Pomoću upitnika kreiranog za potrebe ovog istraživanja ispitanici su stavovi pacijenata o fizioterapeutima, samoupućivanju i direktnom pristupu fizioterapiji na temelju dosadašnjeg iskustva ispitanika.

Upitnik se sastojao od četrnaest numerički poredanih tvrdnji:

- 1. Vremenski početak fizioterapije bio je optimalan s obzirom na težinu i ozbiljnost mojih mišićno-koštanih tegoba*
- 2. Fizioterapeut/fizioterapeutkinja je pokazao/pokazala interes za moje mišićno-koštane tegobe, prirodu nastanka i način na koji se s istima nosim*

3. *Na temelju medicinske dokumentacije i fizioterapijske procjene, fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je objasnio/objasnila uzrok mojih tegoba na meni jasan i razumljiv način*
4. *Fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je objasnio/objasnila planirani sadržaj programa fizioterapije na meni jasan i razumljiv način*
5. *Informirani pristanak na planiranu fizioterapiju dao/dala sam na temelju jasnog objašnjenja na što se isti odnosi*
6. *Fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je pružila učinkoviti fizioterapijski tretman za moje mišićno-koštane tegobe*
7. *Od fizioterapeuta/fizioterapeutkinje sam naučio/naučila kako mogu samostalno upravljati svojim mišićno-koštanim tegobama*
8. *Fizioterapeut/fizioterapeutkinja me osnaživao/osnaživala u terapijskom vježbanju i sveobuhvatnom rješavanju mojih mišićno-koštanih tegoba*
9. *S povjerenjem bih mogao/mogla konzultirati samo fizioterapeuta o mojim mišićno-koštanim tegobama*
10. *Fizioterapeut ne može samostalno donositi odluke o tome da li sam sposoban/sposobna za povratak u svakodnevne životne i radne aktivnosti*
11. *Fizioterapeuti ne znaju kako postupiti u slučaju kada problem i zdravstveno stanje nadilazi njihove kompetencije i djelokrug rada*
12. *U slučaju ponovnih ili novih mišićno-koštanih tegoba mogao/mogla bih se samostalno uputiti direktno fizioterapeutu, odnosno bez prethodne upute drugog zdravstvenog stručnjaka na pregled trećem pa potom fizioterapeutu*
13. *U zdravstvenoj zaštiti fizioterapeuti su nedovoljno zastupljeni, a pristup fizioterapiji otežan*
14. *Samoupućivanje i olakšan pristup fizioterapiji mogao bi smanjiti troškove vremena i financija na razini samog pacijenta i na razini zdravstvenog sustava*

Odgovori su zabilježeni zaokruživanjem brojeva na Likertovoj skali u rasponu 1-5, odnosno tvrdnji od „u potpunosti se ne slažem“ do „u potpunosti se slažem“.

U kreiranju tvrdnji korištenog upitnika ispitivač je bio vođen prije svega načelima skrbi usmjerene na pacijenta, standardima u fizioterapiji, profesionalnom autonomijom i dobrom kliničkom praksom fizioterapeuta te pozitivnim zdravstvenim te socioekonomskim iskustvima zemalja Europe u kojima je samoupućivanje pacijenta na fizioterapiju standard.

3.4. Etički aspekti istraživanja

Prije samog početka provođenja istraživanja Etičko povjerenstvo KBC-a Zagreb (Klasa: 8.1-21/59-2, Broj: 02/21-JG), a potom i Etičko povjerenstvo Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci dali su suglasnost za provođenje istraživanja u svrhu izrade i objave diplomskog rada. Nakon izdane suglasnosti, ispitanici su usmeno i pismeno putem obrasca informirani o postupku i svrsi istraživanja, te je tražen njihov potpis za informativni pristanak sudjelovanja. Svakom ispitaniku dodijeljena je tzv. jedinstvena oznaka ispitanika (broj) kako bi se osigurala dosljednost i kontinuitet uzorka, a da se pritom očuva potpuna anonimnost ispitanika. Istraživač je dao jasne informacije i upute o načinu i aktivnostima potrebnim za provođenje istraživanja te o mogućnosti odustanka od sudjelovanja bez posljedica i utjecaja na njihovo liječenje i fizioterapiju. Svakom ispitaniku objašnjeno je da će u istraživanju pristup podacima imati će samo autorica istraživanja i da će dobiveni rezultati javnosti biti predstavljeni putem objavljenog rada.

Tijekom prikupljanja podataka zaštićen je identitet i privatnost ispitanika te je samo ispitivač imao pristup tim podacima. Po završetku prikupljanja i statističke obrade, podaci su pohranjeni u strogo zaštićen arhiv, a dobiveni rezultati korišteni su za izradu i objavu ovog diplomskog rada.

3.5. Statistička obrada podataka

Statistička obrada podataka u ovom istraživanju izvršena je u programu *PSPP (GNU Project, ver.1.4.1 / 5 September 2020)*.

Kategorijske varijable su prikazane brojevima i postotcima a kontinuirane mjerama sredine i raspršenja tj. aritmetičkom sredinom (M) i standardnom devijacijom (SD).

Za provjeru postojanja razlika na pojedinim pitanjima između različitih grupa pacijenata korišteni su t-test i analiza varijance (ANOVA). Definirana razina statističke značajnosti je dvostrana p -vrijednost $< 0,05$.

4. REZULTATI

4.1. Opći sociodemografski, medicinski i paramedicinski podaci ispitanika

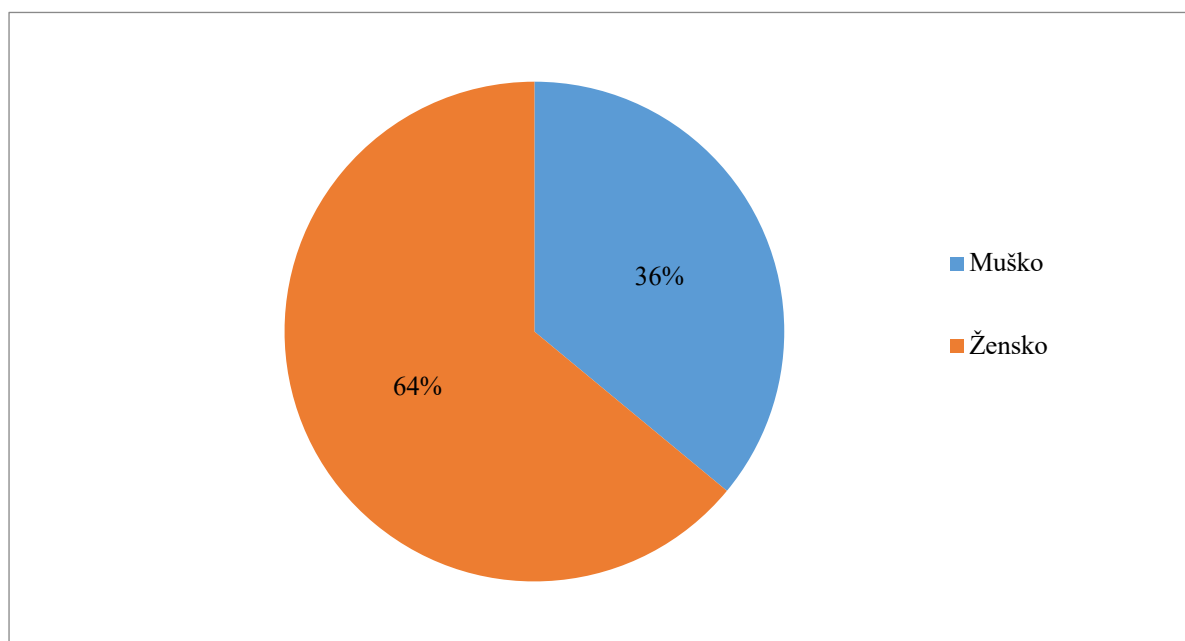
U istraživanju je sudjelovalo ukupno 125 ispitanika s mišićno koštanim tegobama, prosječne životne dobi $M=48,67$; $SD=14,494$.

U Tablici 2. i podredno Slici 7. prikazana je raspodjela uzorka prema spolu, iz kojih je vidljivo da veći udio od 80 (64,0%) ispitanika čine žene, a manji od 45 (36,0%) ispitanika muškarci.

Tablica 2. Spol uzorka

Spol	Broj	Postotak
Muško	45	36
Žensko	80	64
<i>Total</i>	125	100

Slika 7. Spol uzorka

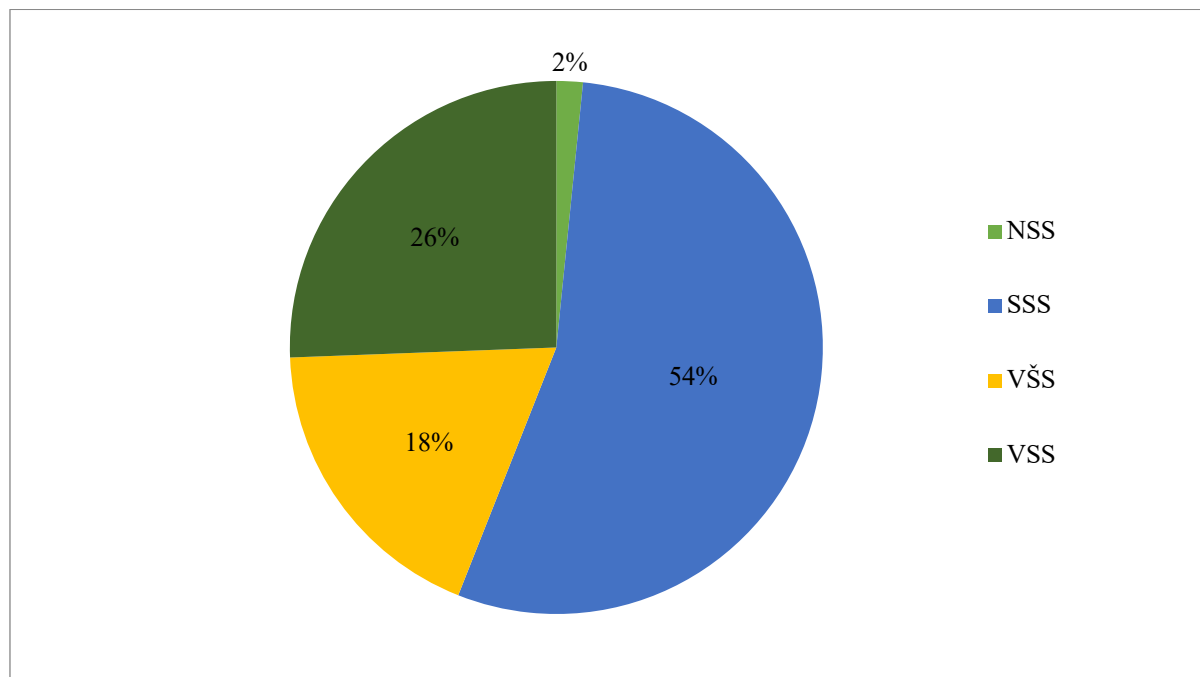


U Tablici 3. i podredno Slici 8. prikazana je stručna sprema uzorka, iz kojih je vidljivo da je najveći udio od 68 (54,4%) ispitanika sa srednjom stručnom spremom, zatim 32 (25,6%) sa visokom stručnom spremom, 23 (18,4%) s višom stručnom spremom, dok najmanji udio čine 2 (1,6%) ispitanika s nižom stručnom spremom.

Tablica 3. Stručna sprema uzorka

Stručna sprema	Broj	Postotak
NSS	2	1,6
SSS	68	54,4
VŠS	23	18,4
VSS	32	25,6
<i>Total</i>	125	100,0

Slika 8. Stručna sprema uzorka

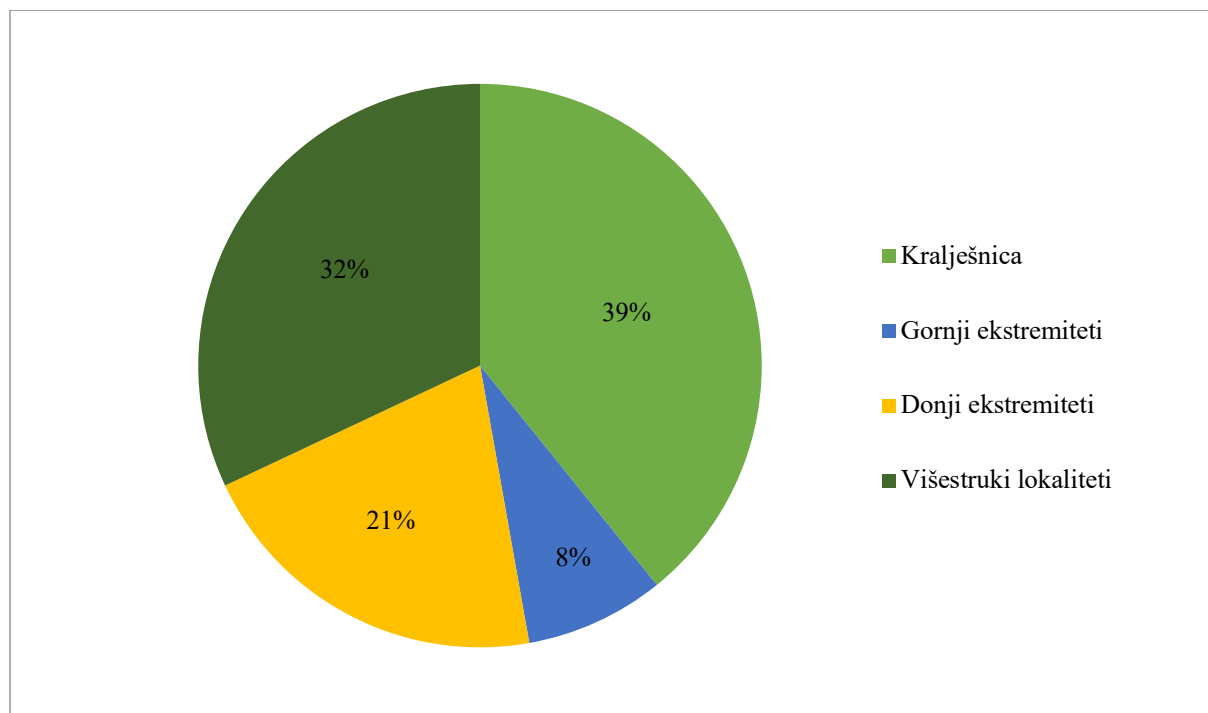


Iz Tablice 4. i podredno Slike 9. u kojima je prikazan lokalitet mišićno-koštanih tegoba u uzorku, vidljivo je da 49 (39,2%) ispitanika ima tegobe lokalizirane u kralješnici, 40 (32,0%) ispitanika ima višestruke lokalitete tegoba, 26 (20,8%) ima tegobe donjih ekstremiteta, dok 10 (8,0%) gornjih ekstremiteta.

Tablica 4. Lokalitet mišićno-koštanih tegoba u uzorku

Lokalitet	Broj	Postotak
Kralješnica	49	39,2
Gornji ekstremiteti	10	8,0
Donji ekstremiteti	26	20,8
Višestruki lokaliteti	40	32,0
<i>Total</i>	125	100,0

Slika 9. Lokalizet mišićno-koštanih tegoba u uzorku

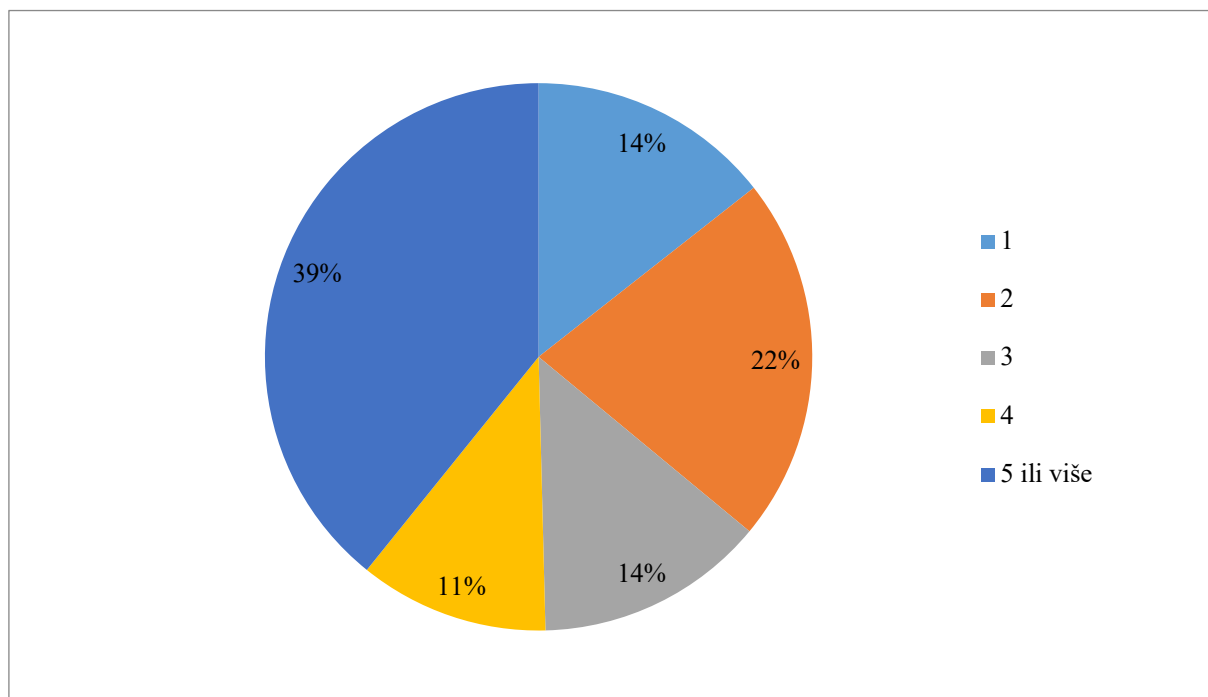


Tablica 5. i podredno Slika 10. prikazuju broj do sad provedenih ciklusa fizioterapije, odnosno uključenosti uzorka u fizioterapiju. Iz istih je vidljivo da je 49 (39,2%) ispitanika provelo pet ili više ciklusa fizioterapije, 27 (21,6%) dva ciklusa, 18 (14,4%) jedan ciklus, 17 (13,6%) tri ciklusa, a 14 (11,2%) ispitanika provelo je do sad četiri ciklusa fizioterapije.

Tablica 5. Broj provedenih ciklusa fizioterapije u uzorku

Ciklus	Broj	Postotak
1	18	14,4
2	27	21,6
3	17	13,6
4	14	11,2
5 ili više	49	39,2
<i>Total</i>	125	100,0

Slika 10. Broj provedenih ciklusa fizioterapije u uzorku

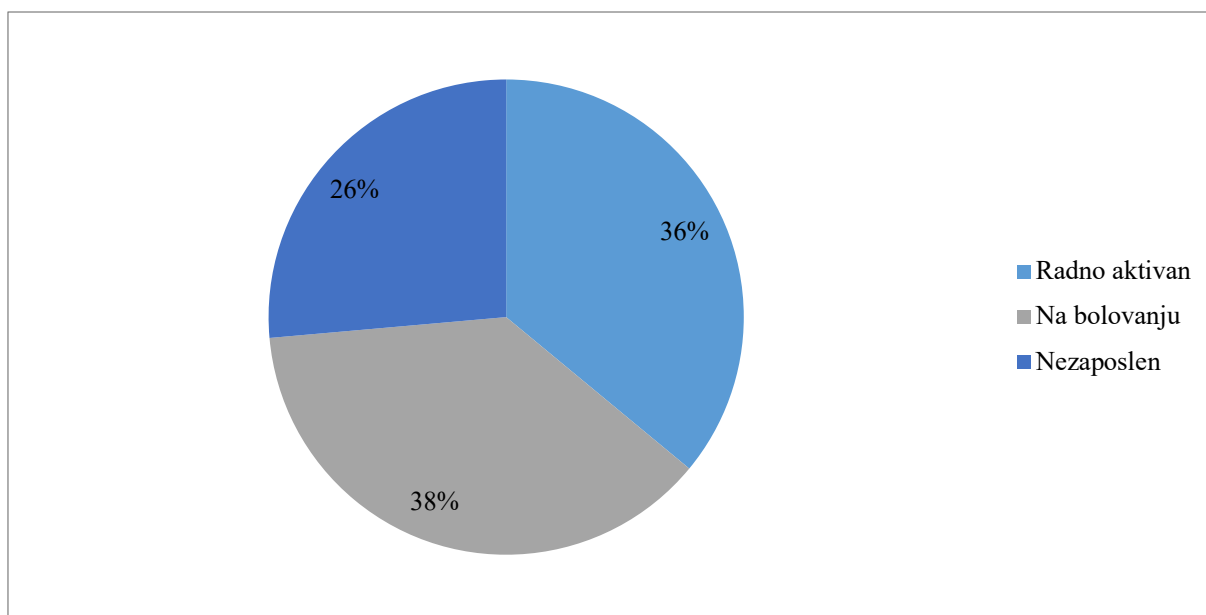


U Tablici 6. i podredno Slici 11. prikazan je radni status uzorka u trenutku provođenja fizioterapije. Iz istih je vidljivo da je skoro podjednak broj onih ispitanika koji su u trenutku provođenja fizioterapije bili na bolovanju i onih radno aktivnih, odnosno njih 47 (37,6%) bilo je na bolovanju, a 45 (36,0%) bilo je radno aktivno, dok su 33 (26,4) ispitanika nezaposlena.

Tablica 6. Radni status uzorka

Status	Broj	Postotak
Radno aktivan	45	36,0
Na bolovanju	47	37,6
Nezaposlen	33	26,4
<i>Total</i>	125	100,0

Slika 11. Radni status uzorka



4.2. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnje

U nastavku se nalazi raspodjela odgovora ispitanika na četrnaest (14) tvrdnji iz Upitnika o stavovima pacijenata o fizioterapeutima, samoupućivanju i direktnom pristupu fizioterapiji.

S tvrdnjom da je vremenski početak fizioterapije bio optimalan u odnosu na težinu i ozbiljnost mišićno-koštanih tegoba, ne slaže se 29 (23,2%) ispitanika, a u potpunosti se ne slaže 35 (28,0%) njih. Generalno, više od polovice ispitanih ne slaže se s optimalnosti vremenskog početka fizioterapije, dok se njih 30 (24,0%) slaže i 14 (11,2%) u potpunosti slaže, a 17 (13,6%) ispitanika nije iskazalo niti pozitivan niti negativan stav (Tablica 7.).

Tablica 7. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnju: 1. Vremenski početak fizioterapije bio je optimalan s obzirom na težinu i ozbiljnost mojih mišićno-koštanih tegoba

Odgovor	Broj	Postotak
U potpunosti se ne slažem	35	28,0
Ne slažem se	29	23,2
Niti se slažem, niti se ne slažem	17	13,6
Slažem se	30	24,0
U potpunosti se slažem	14	11,2
<i>Total</i>	125	100,0

Većina ispitanika slaže se s tvrdnjom da im je fizioterapeut/fizioterapeutkinja pokazao/pokazala interes njihove mišićno-koštane tegobe, prirodu nastanka i način na koji se s istima nose. Od apsolutne većine, 13 (10,4%) ispitanika se slaže i 111 (88,8%) se u potpunosti slaže s tvrdnjom, dok samo 1 (0,8%) ispitanik nije iskazao niti pozitivan niti negativan stav naspram tvrdnje (Tablica 8.), a negativni stavovi ispitanika ne postoje.

Tablica 8. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnju: 2. Fizioterapeut/fizioterapeutkinja je pokazao/pokazala interes za moje mišićno-koštane tegobe, prirodu nastanka i način na koji se s istima nosim

Odgovor	Broj	Postotak
Niti se slažem, niti se ne slažem	1	0,8
Slažem se	13	10,4
U potpunosti se slažem	111	88,8
<i>Total</i>	125	100,0

Da fizioterapeuti/fizioterapeutkinje objašnjavaju uzroke tegoba pacijentima na jasan i razumljiv način, na temelju medicinske dokumentacije i fizioterapijske procjene, slaže se apsolutna većina ispitanika, odnosno 25 (20%) ispitanika se slaže, a 97 (77,6%) se u potpunosti slaže s tvrdnjom, dok 3 (2,4%) ispitanika nisu iskazala niti pozitivan niti negativan stav naspram tvrdnje (Tablica 9.). Nisu zabilježeni negativni stavovi ispitanika naspram tvrdnje.

Tablica 9. Raspodijela odgovora ispitanika na tvrdnju: 3. Na temelju medicinske dokumentacije i fizioterapijske procjene, fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je objasnio/objasnila uzrok mojih tegoba na meni jasan i razumljiv način

Odgovor	Broj	Postotak
Niti se slažem, niti se ne slažem	3	2,4
Slažem se	25	20,0
U potpunosti se slažem	97	77,6
<i>Total</i>	125	100,0

Od apsolutne većine koja se slaže da su im fizioterapeut odnosno fizioterapeutkinja objasnili planirani sadržaj programa fizioterapije na njima jasan i razumljiv način, 20 (16,0%) ispitanika se slaže, a 100 (80,0%) se u potpunosti slaže, dok 4 (3,2%) ispitanika nisu iskazala niti pozitivan niti negativan stav naspram tvrdnje, a samo 1 (0,8%) ispitanik pokazao je negativan stav (Tablica 10.).

Tablica 10. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnju: 4. Fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je objasnio/objasnila planirani sadržaj programa fizioterapije na meni jasan i razumljiv način

Odgovor	Broj	Postotak
Ne slažem se	1	0,8
Niti se slažem, niti se ne slažem	4	3,2
Slažem se	20	16,0
U potpunosti se slažem	100	80,0
<i>Total</i>	125	100,0

Apsolutna većina ispitanika od koje se 29 (23,2%) ispitanika slaže, a 91 (72,8%) u potpunosti slaže, dala je informirani pristanak na planiranu fizioterapiju na temelju jasnog objašnjenja na što se isti odnosi, dok 5 (4,%) ispitanika nisu iskazala niti pozitivan niti negativan stav naspram tvrdnje (Tablica 11.).

Tablica 11. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnju: 5. Informirani pristanak na planiranu fizioterapiju dao/dala sam na temelju jasnog objašnjenja na što se isti odnosi

Odgovor	Broj	Postotak
Niti se slažem, niti se ne slažem	5	4,0
Slažem se	29	23,2
U potpunosti se slažem	91	72,8
<i>Total</i>	125	100,0

S tvrdnjom da su im fizioterapeuti, odnosno fizioterapeutkinje pružili učinkoviti fizioterapijski tretman za njihove mišićno-koštane tegobe, slaže se 15 (12,0%) odnosno u potpunosti slaže 110 (88,0%) ispitanika (Tablica 12.), što predstavlja stopostotno (100%) pozitivan stav prema tvrdnji.

Tablica 12. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnju: 6. Fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je pružila učinkoviti fizioterapijski tretman za moje mišićno-koštane tegobe

Odgovor	Broj	Postotak
Slažem se	15	12,0
U potpunosti se slažem	110	88,0
<i>Total</i>	125	100,0

Positivan stav naspram tvrdnje da su naučili kako mogu samostalno upravljati svojim mišićno-koštanim tegobama, pokazala je apsolutna većina, odnosno 27 (21,6%) ispitanika se slaže i 96

(76,8%) se slaže u potpunosti, dok samo 2 (1,6%) ispitanika nisu pokazala niti pozitivan niti negativan stav prema tvrdnji (Tablica 13).

Tablica 13. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnju: 7. Od fizioterapeuta/ fizioterapeutkinje sam naučio/naučila kako mogu samostalno upravljati svojim mišićno-koštanim tegobama

Odgovor	Broj	Postotak
Niti se slažem, niti se ne slažem	2	1,6
Slažem se	27	21,6
U potpunosti se slažem	96	76,8
<i>Total</i>	125	100,0

Ispitanici u apsolutnoj većini pokazuju pozitivan stav naspram tvrdnje da su ih fizioterapeuti odnosno fizioterapeutkinje osnaživali u terapijskom vježbanju i sveobuhvatnom rješavanju njihovih mišićno-koštanih tegoba. Od apsolutne većine pozitivnog stava, 18 (14,4%) ispitanika se slaže, a 106 (84,8%) se u potpunosti slaže, dok samo 1 (0,8%) ispitanik nije pokazao niti pozitivan niti negativan stav naspram tvrdnje (Tablica 14.).

Tablica 14. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnju: 8. Fizioterapeut/fizioterapeutkinja me osnaživao/osnaživala u terapijskom vježbanju i sveobuhvatnom rješavanju mojih mišićno-koštanih tegoba

Odgovor	Broj	Postotak
Niti se slažem, niti se ne slažem	1	0,8
Slažem se	18	14,4
U potpunosti se slažem	106	84,8
<i>Total</i>	125	100,0

O svojim mišićno-koštanim tegobama s povjerenjem bi mogla konzultirati fizioterapeuta apsolutna većina ispitanika. S tvrdnjom se slaže 18 (14,4%), a u potpunosti se slaže 99 (79,2%) ispitanika, dok 7 (5,6%) ispitanika nije pokazali niti pozitivan niti negativan stav naspram tvrdnje, a samo 1 (0,8%) ispitanik pokazao je negativan stav (Tablica 15.).

Tablica 15. Raspodijela odgovora ispitanika na tvrdnju: 9. S povjerenjem bih mogao/mogla konzultirati samo fizioterapeuta o mojim mišićno-koštanim tegobama

Odgovor	Broj	Postotak
Ne slažem se	1	0,8
Niti se slažem, niti se ne slažem	7	5,6
Slažem se	18	14,4

U potpunosti se slažem	99	79,2
<i>Total</i>	125	100,0

Više od polovice ukupnog broja ispitanika pokazalo je negativan stav naspram tvrdnje da fizioterapeut ne može samostalno donositi odluke o tome da li je pacijent sposoban za povratak u svakodnevne životne i radne aktivnosti. S tvrdnjom se ne slaže 48 (38,4%) i u potpunosti ne slažu 32 (25,6%) ispitanika, dok se slaže 17 (13,6%) i u potpunosti slaže 6 (4,8%) ispitanika, a 22 (17,6%) ispitanika nisu pokazali niti pozitivan niti negativan stav naspram tvrdnje (Tablica 16.).

Tablica 16. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnju: 10. Fizioterapeut ne može samostalno donositi odluke o tome da li sam sposoban za povratak u svakodnevne životne i radne aktivnosti

Odgovor	Broj	Postotak
U potpunosti se ne slažem	32	25,6
Ne slažem se	48	38,4
Niti se slažem, niti se ne slažem	22	17,6
Slažem se	17	13,6
U potpunosti se slažem	6	4,8
<i>Total</i>	125	100

Negativan stav naspram tvrdnje da fizioterapeuti ne znaju kako postupiti u slučaju kada problem i zdravstveno stanje pacijenta nadilazi njihove kompetencije i djelokrug rada pokazala je velika većina ispitanika, odnosno 45 (36,0%) ispitanika se ne slaže i 51 (48,0%) se u potpunosti ne slaže sa tvrdnjom, dok se 4 (3,2%) ispitanika slažu i 1 (0,8) u potpunosti slaže s tvrdnjom, a 22 (19,2%) ispitanika nisu iskazala niti pozitivan niti negativan stav naspram tvrdnje (Tablica 17.).

Tablica 17. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnju: 11. Fizioterapeuti ne znaju kako postupiti u slučaju kada problem i zdravstveno stanje nadilazi njihove kompetencije i djelokrug rada

Odgovor	Broj	Postotak
U potpunosti se ne slažem	51	40,8
Ne slažem se	45	36,0
Niti se slažem, niti se ne slažem	24	19,2
Slažem se	4	3,2
U potpunosti se slažem	1	0,8
<i>Total</i>	125	100,0

Od ukupnog broja ispitanika, velika većina pokazala je pozitivan stav naspram vlastitog samoupućivanja fizioterapeutu u slučaju ponovnih ili novih mišićno-koštanih tegoba. S tvrdnjom da bi se mogli samostalno uputiti direktno fizioterapeutu, odnosno bez prethodne upute i posjete liječniku specijalisti slažu se 32 (25,6%) i u potpunosti slaže 70 (56,0%) ispitanika, dok se 9 (7,2%) ne slaže i u potpunosti ne slaže 1 (0,8%) ispitanik, a 13 (10,4%) ispitanika nije iskazalo niti pozitivan niti negativan stav (Tablica 18.)

Tablica 18. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnju: 12. U slučaju ponovnih ili novih mišićno-koštanih tegoba mogao bih se samostalno uputiti direktno fizioterapeutu, odnosno bez prethodne upute i posjete liječniku specijalisti

Odgovor	Broj	Postotak
U potpunosti se ne slažem	1	0,8
Ne slažem se	9	7,2
Niti se slažem, niti se ne slažem	13	10,4
Slažem se	32	25,6
U potpunosti se slažem	70	56,0
<i>Total</i>	125	100,0

Apsolutna većina ispitanika slaže se da su u zdravstvenoj zaštiti fizioterapeuti nedovoljno zastupljeni, a pristup fizioterapiji otežan. S tvrdnjom se slažu 43 (34,4%) i u potpunosti slažu 73 (58,4%) ispitanika, dok se 2 (1,6%) ispitanika ne slažu, a 7 (5,7%) njih nije iskazalo niti pozitivan niti negativan stav naspram tvrdnje (Tablica 19.).

Tablica 19. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnju: 13. U zdravstvenoj zaštiti fizioterapeuti su nedovoljno zastupljeni, a pristup fizioterapiji otežan

Odgovor	Broj	Postotak
Ne slažem se	2	1,6
Niti se slažem, niti se ne slažem	7	5,6
Slažem se	43	34,4
U potpunosti se slažem	73	58,4
<i>Total</i>	125	100,0

S tvrdnjom da bi samoupućivanje i/ili olakšan pristup fizioterapiji mogao bi smanjiti troškove vremena i financija na razini samog pacijenta i na razini zdravstvenog sustava slaže se apsolutna većina, od koje se 43 (34,4%) ispitanika slažu i 73 (58,4%) slaže u potpunosti, a samo 2 (1,6%) ispitanika se ne slažu, dok 7 (5,6%) ispitanika nije pokazalo niti pozitivan niti negativan stav prema tvrdnji (Tablica 20.).

Tablica 20. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnju: 14. Samoupućivanje i/ili olakšan pristup fizioterapiji mogao bi smanjiti troškove vremena i financija na razini samog pacijenta i na razini zdravstvenog sustava

Odgovor	Broj	Postotak
Ne slažem se	2	1,6
Niti se slažem, niti se ne slažem	9	7,2
Slažem se	34	27,2
U potpunosti se slažem	80	64,0
<i>Total</i>	125	100,0

4.3. Povezanost obilježja ispitanika i odgovora na tvrdnje

Kako bismo provjerili postoji li povezanost između dobi i odgovora na tvrdnje u upitniku koristili smo Pearsonov koeficijent korelacije. Za provjeru postojanja razlika u odgovorima na pitanja obzirom na spol, lokalitet tegoba, broj odrađenih terapija, obrazovanja i radnog statusa korišteni su t-test i Analiza varijance (ANOVA).

4.3.1. Povezanost između dobi i odgovora na tvrdnje

Uočene su dvije statistički značajne korelacije i to one između dobi i odgovora na pitanje „Fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je pružila učinkoviti fizioterapijski tretman za moje mišićno-koštane tegobe“, $r=-0,187$, $p<0,05$, korelacija je slaba i negativna, što ukazuje da se povećanjem dobi smanjuje percepcija ispitanika da im fizioterapeuti pružaju učinkoviti fizioterapijski tretman. Druga statistički značajna povezanost je između dobi i pitanja „Fizioterapeut ne može samostalno donositi odluke o tome da li sam sposoban za povratak u svakodnevne životne i radne aktivnosti“, $r=0,184$, $p<0,05$, korelacija je slaba i pozitivna, što ukazuje da se povećanjem dobi povećava i percepcija da fizioterapeut ne može samostalno donositi odluke o sposobnosti pacijenta da se vrate svakodnevnim životnim i radnim okolnostima.

4.3.2. Razlike između odgovora na tvrdnje s obzirom na spol

Rezultati t-testa prikazani u Tablici 21. pokazuju da ne postoji niti jedna značajna razlika u odgovorima između muškaraca i žena.

Tablica 21. t-test za svaki odgovor u upitniku s obzirom na spol

Tvrdnja	Spol	N	M	SD	p
Vremenski početak fizioterapije bio je optimalan s obzirom na težinu i ozbiljnost mojih mišićno-koštanih tegoba	M	45	2,67	1,331	,975
	Ž	80	2,68	1,439	
Fizioterapeut/fizioterapeutkinja je pokazao/pokazala interes za moje mišićno-koštane tegobe, prirodu nastanka i način na koji se s istima nosim	M	45	4,91	,288	,458
	Ž	80	4,86	,381	
Na temelju medicinske dokumentacije i fizioterapijske procjene, fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je objasnio/objasnila uzrok mojih tegoba na meni jasan i razumljiv način	M	45	4,71	,506	,483
	Ž	80	4,78	,477	
Fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je objasnio/objasnila planirani sadržaj programa fizioterapije na meni jasan i razumljiv način	M	45	4,80	,548	,465
	Ž	80	4,73	,551	
Informirani pristanak na planiranu fizioterapiju dao/dala sam na temelju jasnog objašnjenja na što se isti odnos	M	45	4,69	,557	,989
	Ž	80	4,69	,542	
Fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je pružila učinkoviti fizioterapijski tretman za moje mišićno-koštane tegobe	M	45	4,89	,318	,820
	Ž	80	4,88	,333	
Od fizioterapeuta/fizioterapeutkinje sam naučio/naučila kako mogu samostalno upravljati svojim mišićno-koštanim tegobama	M	45	4,84	,367	,071
	Ž	80	4,70	,513	
Fizioterapeut/fizioterapeutkinja me osnaživao/osnaživala u terapijskom vježbanju i sveobuhvatnom rješavanju mojih mišićno-koštanih tegoba	M	45	4,91	,288	,088
	Ž	80	4,80	,433	
S povjerenjem bih mogao/mogla konzultirati samo fizioterapeuta o mojim mišićno-koštanim tegobama	M	45	4,67	,640	,461
	Ž	80	4,75	,585	
Fizioterapeut ne može samostalno donositi odluke o tome da li sam sposoban za povratak u svakodnevne životne i radne aktivnosti	M	45	2,27	1,031	,613
	Ž	80	2,38	1,205	
Fizioterapeuti ne znaju kako postupiti u slučaju kada problem i zdravstveno stanje nadilazi njihove kompetencije i djelokrug rada	M	45	1,73	,863	,192
	Ž	80	1,95	,899	
U slučaju ponovnih ili novih mišićno-koštanih tegoba mogao bih se samostalno uputiti direktno fizioterapeutu, odnosno bez prethodne upute i posjete liječniku specijalisti	M	45	4,44	,918	,179
	Ž	80	4,20	,999	
	M	45	4,51	,661	,853

U zdravstvenoj zaštiti fizioterapeuti su nedovoljno zastupljeni, a pristup fizioterapiji otežan	Ž	80	4,49	,693	
Samoupućivanje i/ili olakšan pristup fizioterapiji mogao bi smanjiti troškove vremena i financija na razini samog pacijenta i na razini zdravstvenog sustava	M	45	4,44	,785	,276
	Ž	80	4,59	,650	

N-broj pacijenata, M-aritmetička sredina, SD-standardna devijacija, p-statistička značajnost

4.3.2. Razlika u odgovorima na tvrdnje s obzirom na lokalitet mišićno-koštanih tegoba

Rezultati analize varijance prikazani u Tablici 22. pokazuju da ne postoji niti jedna značajna razlika u odgovorima bez obzira na to jesu li tegobe ispitanika vezane uz kralješnicu, gornje ili donje ekstremitete ili višestruke lokalitete mišićno-koštanih tegoba.

Tablica 22. Analiza varijance za svaki odgovor u upitniku s obzirom na lokalitet tegoba

Tvrdnja	F	p
Vremenski početak fizioterapije bio je optimalan s obzirom na težinu i ozbiljnost mojih mišićno-koštanih tegoba	,161	,922
Fizioterapeut/fizioterapeutkinja je pokazao/pokazala interes za moje mišićno-koštane tegobe, prirodu nastanka i način na koji se s istima nosim	,685	,563
Na temelju medicinske dokumentacije i fizioterapijske procjene, fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je objasnio/objasnila uzrok mojih tegoba na meni jasan i razumljiv način	1,542	,207
Fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je objasnio/objasnila planirani sadržaj programa fizioterapije na meni jasan i razumljiv način	1,156	,330
Informirani pristanak na planiranu fizioterapiju dao/dala sam na temelju jasnog objašnjenja na što se isti odnos	,750	,524
Fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je pružila učinkoviti fizioterapijski tretman za moje mišićno-koštane tegobe	,878	,454
Od fizioterapeuta/fizioterapeutkinje sam naučio/naučila kako mogu samostalno upravljati svojim mišićno-koštanim tegobama	2,224	,089
Fizioterapeut/fizioterapeutkinja me osnaživao/osnaživala u terapijskom vježbanju i sveobuhvatnom rješavanju mojih mišićno-koštanih tegoba	,249	,862
S povjerenjem bih mogao/mogla konzultirati samo fizioterapeuta o mojim mišićno-koštanim tegobama	,713	,546
Fizioterapeut ne može samostalno donositi odluke o tome da li sam sposoban za povratak u svakodnevne životne i radne aktivnosti	,363	,780

Fizioterapeuti ne znaju kako postupiti u slučaju kada problem i zdravstveno stanje nadilazi njihove kompetencije i djelokrug rada	1,190	,317
U slučaju ponovnih ili novih mišićno-koštanih tegoba mogao bih se samostalno uputiti direktno fizioterapeutu, odnosno bez prethodne upute i posjete liječniku specijalisti	,507	,678
U zdravstvenoj zaštiti fizioterapeuti su nedovoljno zastupljeni, a pristup fizioterapiji otežan	2,614	,054
Samoupućivanje i/ili olakšan pristup fizioterapiji mogao bi smanjiti troškove vremena i financija na razini samog pacijenta i na razini zdravstvenog sustava	,613	,608

F- rezultat Analize varijance, p-statistička značajnost

4.3.3. Razlika u odgovorima na tvrdnje s obzirom na razinu stručne spreme

Rezultati analize varijance prikazani u Tablici 23. pokazuju postojanje značajne razlike u odgovorima u prvoj tvrdnji. Ispitanici s visokom stručnom spremom (M=3,44) smatraju u odnosu na ispitanike s višom stručnom (M=2,35) i srednjom stručnom spremom (M=2,43) da je početak fizioterapije bio optimalniji s obzirom na ozbiljnost mišićno-koštanih tegoba. U ostalim tvrdnjama ne postoje razlike obzirom na razinu stručne spreme, odnosno obrazovanja ispitanika.

Tablica 23. Analiza varijance za svaki odgovor u upitniku s obzirom na razinu stručne spreme ispitanika

Tvrdnje	F	p
Vremenski početak fizioterapije bio je optimalan s obzirom na težinu i ozbiljnost mojih mišićno-koštanih tegoba	4,724	,004
Fizioterapeut/fizioterapeutkinja je pokazao/pokazala interes za moje mišićno-koštane tegobe, prirodu nastanka i način na koji se s istima nosim	2,123	,101
Na temelju medicinske dokumentacije i fizioterapijske procjene, fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je objasnio/objasnila uzrok mojih tegoba na meni jasan i razumljiv način	,422	,737
Fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je objasnio/objasnila planirani sadržaj programa fizioterapije na meni jasan i razumljiv način	,651	,584
Informirani pristanak na planiranu fizioterapiju dao/dala sam na temelju jasnog objašnjenja na što se isti odnos	,442	,723
Fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je pružila učinkoviti fizioterapijski tretman za moje mišićno-koštane tegobe	,388	,762

Od fizioterapeuta/fizioterapeutkinje sam naučio/naučila kako mogu samostalno upravljati svojim mišićno-koštanim tegobama	1,258	,292
Fizioterapeut/fizioterapeutkinja me osnaživao/osnaživala u terapijskom vježbanju i sveobuhvatnom rješavanju mojih mišićno-koštanih tegoba	,998	,397
S povjerenjem bih mogao/mogla konzultirati samo fizioterapeuta o mojim mišićno-koštanim tegobama	,364	,779
Fizioterapeut ne može samostalno donositi odluke o tome da li sam sposoban za povratak u svakodnevne životne i radne aktivnosti	2,2090	,091
Fizioterapeuti ne znaju kako postupiti u slučaju kada problem i zdravstveno stanje nadilazi njihove kompetencije i djelokrug rada	,888	,450
U slučaju ponovnih ili novih mišićno-koštanih tegoba mogao bih se samostalno uputiti direktno fizioterapeutu, odnosno bez prethodne upute i posjete liječniku specijalisti	1,246	,296
U zdravstvenoj zaštiti fizioterapeuti su nedovoljno zastupljeni, a pristup fizioterapiji otežan	,622	,602
Samoupućivanje i/ili olakšan pristup fizioterapiji mogao bi smanjiti troškove vremena i financija na razini samog pacijenta i na razini zdravstvenog sustava	1,603	,192

F- rezultat Analize varijance, p-statistička značajnost

4.3.4. Razlika u odgovorima na tvrdnje s obzirom na broj provedenih ciklusa fizioterapije

Rezultati analize varijance prikazani u Tablici 24. pokazuju postojanje značajne razlike u odgovorima na devetu tvrdnju. Ispitanici sa četiri provedena ciklusa fizioterapije (M=4,93) u većoj mjeri smatraju da mogu s povjerenjem konzultirati samo fizioterapeuta u odnosu na ispitanike koji proveli samo jedan ciklus fizioterapije (M=4,28). U ostalim tvrdnjama ne postoje razlike obzirom na broj ciklusa fizioterapije koje su ispitanici proveli.

Tablica 24. Analiza varijance za svaki odgovor u upitniku s obzirom na broj provedenih ciklusa fizioterapije

Tvrdnja	F	p
Vremenski početak fizioterapije bio je optimalan s obzirom na težinu i ozbiljnost mojih mišićno-koštanih tegoba	1,735	,147
Fizioterapeut/fizioterapeutkinja je pokazao/pokazala interes za moje mišićno-koštane tegobe, prirodu nastanka i način na koji se s istima nosim	1,265	,288

Na temelju medicinske dokumentacije i fizioterapijske procjene, fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je objasnio/objasnila uzrok mojih tegoba na meni jasan i razumljiv način	,393	,814
Fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je objasnio/objasnila planirani sadržaj programa fizioterapije na meni jasan i razumljiv način	1,693	,156
Informirani pristanak na planiranu fizioterapiju dao/dala sam na temelju jasnog objašnjenja na što se isti odnos	2,271	,065
Fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je pružila učinkoviti fizioterapijski tretman za moje mišićno-koštane tegobe	,851	,496
Od fizioterapeuta/fizioterapeutkinje sam naučio/naučila kako mogu samostalno upravljati svojim mišićno-koštanim tegobama	2,323	,061
Fizioterapeut/fizioterapeutkinja me osnaživao/osnaživala u terapijskom vježbanju i sveobuhvatnom rješavanju mojih mišićno-koštanih tegoba	1,431	,228
S povjerenjem bih mogao/mogla konzultirati samo fizioterapeuta o mojim mišićno-koštanim tegobama	3,511	,010
Fizioterapeut ne može samostalno donositi odluke o tome da li sam sposoban za povratak u svakodnevne životne i radne aktivnosti	,976	,423
Fizioterapeuti ne znaju kako postupiti u slučaju kada problem i zdravstveno stanje nadilazi njihove kompetencije i djelokrug rada	2,149	,079
U slučaju ponovnih ili novih mišićno-koštanih tegoba mogao bih se samostalno uputiti direktno fizioterapeutu, odnosno bez prethodne upute i posjete liječniku specijalisti	2,249	,068
U zdravstvenoj zaštiti fizioterapeuti su nedovoljno zastupljeni, a pristup fizioterapiji otežan	2,402	,054
Samoupućivanje i/ili olakšan pristup fizioterapiji mogao bi smanjiti troškove vremena i financija na razini samog pacijenta i na razini zdravstvenog sustava	,371	,829

F- rezultat Analize varijance, p-statistička značajnost

4.3.5. Razlika u odgovorima na tvrdnje s obzirom na radni status

Rezultati analize varijance prikazani u Tablici 25. pokazuju postojanje značajne razlike u odgovorima u jedanaestoj tvrdnji. Ispitanici koji su u vrijeme provođenja fizioterapije bili radno aktivni (M=2,13) u odnosu na ispitanike na bolovanju (M=1,57) u većoj mjeri smatraju da fizioterapeuti ne znaju kako pristupiti slučaju kada problem i zdravstveno stanje nadilazi njihove kompetencije i djelokrug rada.

Tablica 25. Analiza varijance za svaki odgovor u upitniku s obzirom na radni status ispitanika

Tvrđnje	F	p
Vremenski početak fizioterapije bio je optimalan s obzirom na težinu i ozbiljnost mojih mišićno-koštanih tegoba	,793	,455
Fizioterapeut/fizioterapeutkinja je pokazao/pokazala interes za moje mišićno-koštane tegobe, prirodu nastanka i način na koji se s istima nosim	1,911	,152
Na temelju medicinske dokumentacije i fizioterapijske procjene, fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je objasnio/objasnila uzrok mojih tegoba na meni jasan i razumljiv način	1,146	,321
Fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je objasnio/objasnila planirani sadržaj programa fizioterapije na meni jasan i razumljiv način	1,539	,219
Informirani pristanak na planiranu fizioterapiju dao/dala sam na temelju jasnog objašnjenja na što se isti odnosi	3,031	,053
Fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je pružila učinkoviti fizioterapijski tretman za moje mišićno-koštane tegobe	1,120	,330
Od fizioterapeuta/fizioterapeutkinje sam naučio/naučila kako mogu samostalno upravljati svojim mišićno-koštanim tegobama	1,044	,355
Fizioterapeut/fizioterapeutkinja me osnaživao/osnaživala u terapijskom vježbanju i sveobuhvatnom rješavanju mojih mišićno-koštanih tegoba	2,610	,078
S povjerenjem bih mogao/mogla konzultirati samo fizioterapeuta o mojim mišićno-koštanim tegobama	1,851	,161
Fizioterapeut ne može samostalno donositi odluke o tome da li sam sposoban za povratak u svakodnevne životne i radne aktivnosti	,676	,510
Fizioterapeuti ne znaju kako postupiti u slučaju kada problem i zdravstveno stanje nadilazi njihove kompetencije i djelokrug rada	4,973	,008
U slučaju ponovnih ili novih mišićno-koštanih tegoba mogao bih se samostalno uputiti direktno fizioterapeutu, odnosno bez prethodne upute i posjete liječniku specijalisti	,038	,962
U zdravstvenoj zaštiti fizioterapeuti su nedovoljno zastupljeni, a pristup fizioterapiji otežan	1,199	,305
Samoupućivanje i/ili olakšan pristup fizioterapiji mogao bi smanjiti troškove vremena i financija na razini samog pacijenta i na razini zdravstvenog sustava	1,173	,313

F- rezultat Analize varijance, p-statistička značajnost

5. RASPRAVA

Potražnja za uslugama zdravstvene skrbi mišićno-koštanih tegoba u kontinuiranom je porastu, a studije pokazuju da je direktnim pristupom fizioterapiji moguće osigurati primjerenu (22,49), klinički i financijski učinkovitu skrb (22). Iako europske studije pokazuju pozitivan stav pacijenata, javnosti, fizioterapeuta i liječnika obiteljske medicine prema direktnom pristupu, u našoj populaciji još nije provedeno sustavno istraživanje koje bi ispitalo stavove pacijenata o fizioterapeutima i različitim modelima pristupa fizioterapiji. Ispitivanje stavova javnosti o fizioterapeutima i fizioterapiji, a prije svega stavova korisnika fizioterapeutskih usluga važno je kako bi potaknuli zdravstvenu politiku na organizacijska promišljanja i planiranja kojima bi se u budućnosti osigurala kvalitetna zdravstvena zaštita, prije svega učinkoviti odgovor na zdravstvene potrebe, mišićno-koštane tegobe i bolesti koje predstavljaju jedan od epidemioloških prioriteta 21. stoljeća. Cilj ovog istraživanja bio je prije svega ispitati stavove pacijenata o fizioterapeutima, samoupućivanju i direktnom pristupu fizioterapiji te podredno ispitati povezanost stavova s obilježjima pacijenata. Prilikom istraživanja korišten je upitnik „Stavovi pacijenata o fizioterapeutima, samoupućivanju i olakšanom pristupu fizioterapiji“ kreiran od strane autorice istraživanja za potrebe ove pilot studije. Misao vodilja ka postavljanju teme istraživanja i cilja ovog diplomskog rada, bila je upravo činjenica da više od pola zemalja Europe ima razvijen i općeprihvaćen model samoupućivanja pacijenata, odnosno direktnog pristupa u fizioterapiji te nada autorice da će rezultati istraživanja doprinijeti ne samo akademskoj zajednici, već i zdravstvenoj politici, a u konačnici i potrebitom pojedincu te društvu u cjelini.

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 125 ispitanika s mišićno koštanim tegobama, prosječne životne dobi 49 godina, što se općenito smatra srednjom životnom dobi i povezuje s povećanim nastankom zdravstvenih tegoba i bolesti uvjetovanih načinom života. Većinu uzorka ispitanih činile su žene, a s obzirom na to da je uzorak ispitanika prikupljen metodom prigodnog uzorkovanja ovo je vjerojatno posljedica činjenice da su takve tegobe češće kod žena.. Cavallari i sur. su na uzorku od 712 ispitanika pokazali da je prevalencija tegoba među ženama otprilike 50% viši nego kod od muškaraca bez obzira na aktivnosti i radne zadatke koje obavljaju (50). Iako je ova konstatacija u našem istraživanju slučajna i temeljena na puno manjem uzorku, ona je vrlo je slična onoj iz prethodno navedenog istraživanja i ide u prilog ženama kao vulnerabilnijoj skupini populacije.

Stratifikacija po razini formalnog obrazovanja prikazuje najvišu dosegnutu razinu obrazovanja odraslog stanovništva i predstavlja najbolji reprezentativni podatak o znanjima i sposobnostima (51) pojedinaca, odnosno populacije. U ovom istraživanju većina ispitanika imala je srednju stručnu spremu. Ovakav rezultat u skladu je s presjekom strukture obrazovanja u općoj populaciji Republike Hrvatske (51) i pretpostavkom da je većina ispitanika u ovom istraživanju stručnu spremu vrlo vjerojatno stekla u ono doba kada još nije došlo do ekspanzije obrazovanja.

Mišićno-koštane bolesti obuhvaćaju različita stanja koja utječu na kosti, zglobove, mišiće i vezivno tkivo (52), one mogu dovesti do blagog ili značajnog onesposobljenja. U literaturi se kao vodeće bolesti navode bol u križima, bol u vratu, osteoartritis i artropatije (13,33,52), odnosno tegobe lokalizirane u kralješnici, donjem ili gornjem ekstremitetu (50) ili tegobe na više mišićno-koštanih lokaliteta. U našem istraživanju kod 39,2% ispitanika tegobe su lokalizirane u kralješnici, 32,0% ispitanika ima višestruke lokalitete tegoba, 20,8% ima tegobe donjih, a 8,0% tegobe gornjih ekstremiteta, što ukazuje na činjenicu da većina ispitanika ima tegobe s kralješnicom i višelokalizirane tegobe povezane s vodećim mišićno-koštanim bolestima navedenim prethodno u tekstu.

Iako mišićno-koštane bolesti (32,41) uz bolesti vezivnog tkiva predstavljaju vodeći uzrok bolovanja (42), u našem istraživanju podjednak je broj onih ispitanika koji su u trenutku provođenja fizioterapije bili na bolovanju i onih radno aktivnih. Ovakav nalaz možemo povezati prije svega sa činjenicom da se tegobe mogu manifestirati blagim ili značajnim onesposobljenjem, odnosno da su kod pacijenata tegobe bile blagih razmjera tako da su bili u mogućnosti raditi redovan posao ili su tegobe bile toliko značajne da je bilo potrebno bolovanje i samo fizioterapija.

Poznato je da se broj fizikalnih terapija tj. fizioterapijskih tretmana razlikuje između ciklusa, odnosno epizoda fizioterapije (53) i jednako tako, razlikuje se i broj ciklusa fizioterapije koje će provesti svaki pojedini pacijent. U ovom istraživanju nismo ispitivali broj ciklusa intervencije kod određene bolesti ili tegoba ili između specifičnih populacija, već općenito broj provedenih ciklusa fizioterapije, no nije na odmet reći da broj tretmana fizikalne terapije ovisi uglavnom o osobinama pacijenta (53), odnosno njegovim kliničkim karakteristikama. Obzirom da je u našem istraživanju najveći broj ispitanika proveo pet ili više ciklusa fizioterapije, te s obzirom na to da smo ispitivali općenito broj provedenih ciklusa fizioterapije, nalaz kao takav nije značajan za istraživanje, ali će biti vidljiv u nekim od podrednih dijelova rasprave.

Analizom stavova o vremenskom početku fizioterapije u odnosu na težinu i ozbiljnost mišićno-koštanih tegoba, ustanovili smo da većina ispitanika smatra da vremenski početak nije bio optimalan u odnosu na tegobe, a amo oko trećine ispitanika smatra da je fizioterapija započeta na vrijeme. Shodno rezultatu, možemo zaključiti da su pacijenti duže vrijeme čekali na fizioterapiju, odnosno da tradicionalni organizacijski model upućivanja uključuje dugo čekanje, a što potvrđuju i Karvonen i sur. u svom radu. Dukhu i sur. navode da se organizacija i dostupnost fizioterapije unutar zdravstvenog sustava vrlo često spominju u kontekstu barijera, odnosno u negativnom kontekstu u odnosu na zdravstvenu skrb usmjerenu na pacijenta te pritom ističu kako je važno da praktičar, to jest fizioterapeut ima mogućnost uravnoteženja vrijednosnog sustava, odnosno potreba pacijenta i same organizacije (26). Potrebe pacijenata i njihov vrijednosni sustav na vrhu su piramide načela skrbi usmjerene na pacijenta stoga je važno balansirati ih s organizacijskim aspektima fizioterapije, a jednako tako važna činjenica je da pravovremeni početak fizioterapije samo može rezultirati željenim i zadovoljavajućim zdravstvenim ishodima.

Mudge i sur. ističu da fizioterapeuti pokazuju sve veći stupanj razumijevanja i primjene načela zdravstvene skrbi usmjerene na pacijenta, poštuju vrijednosni sustav i sklonosti pacijenta, pružaju nadu, upravljaju očekivanjima te izgrađuju pozitivni, partnerski odnos s pacijentom u fizioterapiji. Naše istraživanje pokazuje da praktički svi ispitanici smatraju da su fizioterapeuti pokazali interes za njihove mišićno-koštane tegobe, prirodu nastanka i način na koji se s istima nose što je sukladno s većinom drugih istraživanja. U komunikativnom, interaktivnom procesu fizioterapije, strahovi i ostale kontekstualne informacije pacijenta te informacije fizioterapeuta o dijagnostičkim i terapijskim postupcima te anatomske, odnosno tjelesne informacije međusobno su povezane (54). Stoga je važno da informacije fizioterapeuta budu dovoljno jasne i razumljive s obzirom na to da velika većina pacijenata nema temeljna medicinska znanja te da se kao pojedinci međusobno razlikujemo na kognitivnoj, motivacijskoj i emocionalnoj razini ponašanja. Gotovo svi ispitanici mišljenja su da su fizioterapeuti na temelju medicinske dokumentacije i fizioterapijske procjene uzroke tegoba ispitanicima objasnili na jasan i razumljiv te da im je na isti način objašnjen i planirani sadržaj programa fizioterapije. Edukacija, odnosno informiranje kao proces objašnjavanja pacijentu njegovim o tjelesnim simptomima, problemima, dijagnozi, planiranom tijeku fizioterapije i prognozi izrazito je važan element usmjerenosti na pacijenta u fizioterapiji (24) i možemo reći da istome ovisi ishod kliničkog odlučivanja, odnosno suodlučivanja. Odluka, odnosno suodluka pacijenta temelji se na učinkovitom informiranju, rezultatu složene interpersonalne interakcije koji je bitna

komponenta uspjeha rehabilitacije (54). Dukhu i sur. navode da pacijentima ponekad nedostaje samopouzdanja ili razumijevanja za sudjelovanje u donošenju odluka i preferiraju da fizioterapeut donosi odluke, ali one koje su praćene jasnim objašnjenjima, dok istraživanje Bernhardsson i sur. pokazuje da pacijenti žele biti uključeni u donošenje kliničkih odluka, ali u različitoj mjeri, odnosno neki su skloniji aktivnoj ulozi i želji da dijele odluke, dok su drugi zadovoljni pasivnom ulogom, bez konkretno navedenih razloga. Oba istraživanja naglašavaju važnost interpersonalne interakcije, odnosno učinkovitog informiranja u kliničkom odlučivanju. Pravo na suodlučivanje u fizioterapiji, a koje se odnosi na suglasnost poduzimanja određenog dijagnostičkog ili terapijskog postupka na temelju njegove informiranosti od strane fizioterapeuta (16) ostvareno je kod apsolutne većine ispitanih, odnosno 96% ispitanika u ovom istraživanju dalo je informirani pristanak na planiranu fizioterapiju na temelju jasnog objašnjenja na što se isti odnosi. Prikupljanje informiranog pristanka pacijenta na fizioterapiju pravni je zahtjev (56) i smatra se očekivanom komponentom u kliničkoj praksi te samoj interakciji fizioterapeuta s pacijentom. Rezultat u ovom istraživanju ukazuje nam na činjenicu da su fizioterapeuti zaista svjesni informiranog pristanka kao pravnog i profesionalnog zahtjeva, dok suprotno našem zaključku Roman i sur. su na uzorku od 148 ispitanika dokazali da u Rumunjskoj samo oko 40% fizioterapeuta uvijek potražuje informirani pristanak na početku fizioterapije, a čak 16,% njih nikada ne ispunjava ovaj pravni zahtjev u svom profesionalnom djelovanju. Fizioterapeutski tretman u kojem je pacijent podržan i osnažen (24) vještinama interakcije fizioterapeuta smatra se da podiže mogućnosti pacijenta i dovodi do pozitivnog zdravstvenog ishoda (57). U ovom istraživanju gotovo svi ispitanici složili su se s tvrdnjom da su ih fizioterapeuti osnaživali u terapijskom vježbanju i sveobuhvatnom rješavanju njihovih mišićno-koštanih tegoba, što je važan pokazatelj nastojanja i usmjerenosti fizioterapeuta na pacijenta i željeni, pozitivni ishod fizioterapije.

Fizioterapeuti su u svom radu suočeni s mnoštvom izazova svakog pojedinog pacijenta koji pohađa fizioterapiju, a ponajviše izazovom kako postići najbolji mogući ishod (58) koji u osnovi predstavlja rezultat fizioterapije. Za razliku od djelotvornosti koja je sposobnost stvaranja učinka, učinkovitost je sposobnost postizanja željenog rezultata (59). Gledajući iz aspekta pacijenta, ali i iz aspekta fizioterapeuta, ukoliko je postignut željeni rezultat, odnosno ishod fizioterapije, razlog tome je pružen učinkoviti fizioterapijski tretman, a koji je sadržajno i primjenom odgovarao zdravstvenoj potrebi ali i zahtjevu pojedinca. U fizioterapiji na željeni rezultat gledamo kao na postignute ciljeve, no važno je naglasiti da je intencija fizioterapeuta da kod pacijenta postignuti rezultat i održimo, a to možemo postići samo edukacijom o

moogućnostima samostalnog upravljanja, a koje ne uključuje samo terapijsko vježbanje kod kuće, fizičku aktivnost i adherenciju pacijenta prema istima, već i različite mogućnosti sprječavanja nastanka tegoba i samopomoći u fazama recidiva. U ovom istraživanju, rezultati pokazuju da svi ispitanici smatraju da su im fizioterapeuti pružili učinkoviti tretman za njihove mišićno-koštane tegobe i da su gotovo svi od fizioterapeuta naučili kako mogu samostalno upravljati svojim mišićno-koštanim tegobama. Iako je ovo istraživanje provedeno na prigodnom broju ispitanika, naš rezultat pokazuje učinkovitost fizioterapije i fizioterapeuta te je sukladan rezultatu istraživanja Webster i sur., u kojem je na uzorku od 2177 ispitanika, učinkovitost fizioterapije podržana od >90% ispitanih. Isto istraživanje pokazuje da 74% pacijenata koji su upućeni od strane liječnika i 73% onih koji su se uputili fizioterapeutu na preporuku liječnika, iskazuje zadovoljstvo ili veliko zadovoljstvo s fizioterapeutskom intervencijom. Valja spomenuti da su ishodi usko povezani s očekivanjima pacijenata, odnosno da je željeni ishod, osim što je pokazatelj učinkovitosti, on je pokazatelj ispunjenosti očekivanja, a koja su sastavni dio psihosocijalne građe svakog pojedinog pacijenta (58). Iako očekivanja pacijenata nisu bila ispitivana u našem istraživanju, randomizirano istraživanje Kalauokalani i sur. provedeno na uzorku od 135 ispitanika pokazalo je da je poboljšana funkcija primijećena je kod 86% pacijenata s većim očekivanjima od tretmana koje su primili, u usporedbi s 68% onih s nižim očekivanjima.

Fizioterapeuti se u svom radu izravno povezuju i sudjeluju s pacijentima te kroz takav angažman grade terapijsko okruženje koje za cilj ima izgradnju međusobnog povjerenja (61). Povjerenje bi trebalo biti temelj odnosa fizioterapeut-pacijent, obzirom na činjenicu da fizioterapija u većini slučajeva znači zadiranje u tjelesnu, a u nekim i duševnu osobnost (16) i važnost biopsihosocijalnih aspekata fizioterapije *a priori* onim pravno-profesionalnim. Kvalitativno istraživanje Bernhardsson i sur. pokazalo je da povjerenje pacijenata u kompetentnost fizioterapeuta, kao i želja za sudjelovanjem u kliničkom odlučivanju, potiče aktivno bavljenje fizioterapijom, što u konačnici može rezultirati samo pozitivnim zdravstvenim ishoda te većim zadovoljstvom pacijenata. U našem istraživanju gotovo svi ispitanici smatraju da bi s povjerenjem moglo konzultirati samo fizioterapeuta o svojim mišićno-koštanim tegobama, što ukazuje na kompetentnost fizioterapeuta u svim biopsihosocijalnim aspektima fizioterapije, ne samo pravno-profesionalnim, odnosno etičkim, ali jednako tako implicira na zadovoljstvo pacijenata obzirom na ovakav odgovor. Iako nije ispitivano u ovom istraživanju, zadovoljstvo pacijenata smatra se indikatorom kvalitete u fizioterapiji, a pacijenti koji izvješćuju o velikom zadovoljstvu zdravstvenom skrbi vjerojatnije

će nastaviti odnos sa praktičarom, odnosno fizioterapeutom, potražiti dodatnu medicinsku skrb po potrebi i pridržavati se preporučenih planova fizioterapije (62). Istraživanje Beattie i sur. pokazuje da je zadovoljstvo pacijenta zdravstvenom skrbi u najvećoj korelaciji s kvalitetom interakcija pacijenta i fizioterapeuta, a što prije svega uključuje povjerenje.

Fizioterapeuti rade u okviru baze čvrstih kliničkih dokaza koja je povezana s mjerljivim ishodima, podržavaju samoupravljanje uobičajenim i složenim zdravstvenim stanjima i promiču neovisnost, uzimajući u obzir sve aspekte života pacijenta (63). U fizioterapiji su jasno osigurani procesi translacije znanja, donošenja kliničkih odluka i rješavanja nesigurnosti kako bi se izbjeglo pogoršanje onesposobljenosti (64) uzrokovano mišićno-koštanim tegobama, što u konačnici uključuje i odlučivanje, odnosno suodlučivanje o povratku u svakodnevne životne i radne aktivnosti. U našoj zemlji, izostanak s posla odnosno bolovanje, u većini slučajeva uvjetovano je preporukom liječnika opće prakse ili liječnika specijalista. Slično našem iskustvu, Ristimäki i sur. navode da liječnik donosi odluku koja ovisi o procjeni i dogovoru s pacijentom, no jasno je ona ne mora uvijek biti zadovoljavajuća za obje strane (65). S obzirom na to da fizioterapeuti provode detaljnu procjenu, evaluaciju i mjere ishoda prema biopsihosocijalnom modelu upravljanja u svom djelokrugu rada, a prije svega upravljaju procesom fizioterapije, za implicirati je da odgovornost donošenja odluka o povratku u svakodnevne životne i radne aktivnosti na fizioterapeutu i pacijentu, temeljena na objektivnim pokazateljima i potrebama pacijenta. Da fizioterapeut može samostalno donositi odluke je li pacijent sposoban za povratak u svakodnevne životne i radne aktivnosti, slaže se oko dvije trećine ispitanika, dok tek manji dio njih smatra da ne može. Iako velika većina ispitanih gleda pozitivno na fizioterapeuta kao na *primus inter pares* u fizioterapiji, jedan mali dio njih ne dijeli isto mišljenje ili ga nije iskazao. Razlog tomu, vrlo vjerojatno je još uvijek prisutna tehnička autonomija liječnika i tradicionalni pogled na fizioterapiju, unatoč pozitivnim stavovima naspram prethodno promatranih profesionalnih obilježja fizioterapeuta. Webster i sur. smatraju da razlog tome nije ambivalentnost, već da pacijenti možda nemaju jasan stav o tome tko zapravo donosi takve odluke stoga prihvaćaju prikladnost bilo fizioterapeuta ili liječnika koji preuzima tu ulogu. Kvalitativno istraživanje Bastemeijer i sur. pokazalo je da su pacijenti mišljenja da fizioterapeut mora imati kontrolu i odgovornost u donošenju odluka u okviru svoje discipline te da gubitak kontrole fizioterapeuta zbog propisa zdravstvenih politika dovodi do previše generaliziranja i protokoliranog liječenja na štetu kvalitete individualne skrbi (66). Jednako tako pacijenti očekuju duboko razumijevanje i prihvaćanje njihovog osobnog i radnog okruženja te životnih izbora. Webster i suradnici dokazali su da je kod pacijenata koji su se

sami uputili na fizioterapiju najmanje vjerojatno da im nedostaje povjerenja u vlastitu sposobnost da utvrde kada je fizioterapija potrebna i najviše podržavaju da su fizioterapeuti ti koji donose odluke o spremnosti pacijenta za rad ili normalne životne aktivnosti.

Fizioterapeuti su kvalificirani i profesionalno odgovorni u svom radu provesti sveobuhvatan pregled i procjenu te utvrditi kada pacijenta treba uputiti drugom zdravstvenom stručnjaku (1), odnosno na odgovarajući način osposobljeni oni bi trebali moći prepoznati klinički nalaz i simptome koji mogu ukazivati na temeljnu ozbiljnu patologiju tzv. crvene zastavice (engl. *red flags*), a koje isključuju fizioterapiju kao primarno liječenje te radije sugerirati potrebu za daljnjom obradom liječnika ili procjenom kirurga (29). ENPHE (engl. *European Network of Physiotherapy in Higher Education*) ističe da fizioterapeuti stjecanjem kompetencija moraju biti svjesni potencijalno opasnih patologija te imati odgovarajuće vještine donošenja odluka kako bi prepoznali kada imaju sposobnost liječenja pacijenta i kada pacijenta trebaju uputiti liječniku ili drugom odgovarajućem zdravstvenom stručnjaku (67). Oko tri četvrtine ispitanika uključenih u ovo istraživanje smatra da fizioterapeuti znaju kako postupiti u slučaju kada problem i zdravstveno stanje nadilazi njihove kompetencije i djelokrug rada. Iako u malom postotku, neodlučnost odnosno negativan stav naspram kompetencija možemo pripisati mogućoj situaciji da ispitanici nisu bili u (ne)prilici, odnosno zdravstvenom stanju koje bi zahtijevalo određene kliničke kompetencije koje fizioterapeut ne posjeduje, odnosno da ih nije trebalo uputiti na liječnika ili da jednostavno njihov stav proizlazi iz pogleda na fizioterapeuta kao produžene liječničke ruke. Pozitivnom nalazu, odnosno odgovoru većine ispitanika u ovom istraživanju pridružujemo činjenicu da pacijenti cijene fizioterapeuta koji je neovisan, kompetentan, iskusan i ima dobre komunikacijske vještine, poput otvorenosti, izravnosti i iskrenosti što je pokazalo istraživanje Bastemeijer i sur.. Istraživanje Downie i suradnika na uzorku od 8417 ispitanika pokazalo je da fizioterapeuti mogu neovisno procijeniti i upravljati učinkovito pacijentima s mišićno-koštanim bolestima s vrlo niskim stopama upućivanja i vrlo odgovarajućim upućivanjem na ortopediju, pri čemu su pacijenti izvjestili o pozitivnim stavovima u vezi s praksom.

Da bi se na pravilan način modelom samoupućivanja moglo pristupiti fizioterapiji, pacijenti bi trebali imati znanje o fizioterapiji, pouzdanje u njenu potencijalnu učinkovitost i usvojeno autonomno zdravstveno ponašanje (48). Iako znanje ispitanika o fizioterapiji u ovom istraživanju nije ispitivano, u prethodnim dijelovima ove rasprave kritički su interpretirani stavovi pacijenata o usmjerenosti fizioterapeuta na pacijente, učinkovitosti pruženog tretmana, vještinama interakcije i profesionalnim kompetencijama fizioterapeuta. Autonomno

zdravstveno ponašanje definira se kao bilo koja radnja koju autonomno, odnosno samostalno poduzimaju osobe koje smatraju da imaju zdravstvenih problema ili su bolesne u svrhu pronalaska odgovarajućeg sredstva, odnosno načina liječenja (69). Temeljem navedenog, samoupućivanje na fizioterapiju možemo opravdano sagledati kroz kontekst autonomnog zdravstvenog ponašanja. S obzirom na činjenicu da se preferencija samoupućivanja temelji na želji pacijenta da preuzme kontrolu nad svojim zdravljem i njegovim upravljanjem te da pacijenti ponekad nisu sigurni u ovakav model te još uvijek više vole da liječnik preuzme kontrolu nad njihovim mogućnostima upravljanja, mora se prihvatiti da dio pacijenata, bez obzira na razinu znanja, i dalje preferira zdravstvene stručnjake, odnosno liječnike koji donose odluke u njihovo ime (48). U našem istraživanju od ukupnog broja ispitanih više od 80% ispitanika smatra da bi se mogli, u slučaju ponovnih ili novih mišićno-koštanih tegoba samostalno uputiti direktno fizioterapeutu, odnosno bez prethodne upute i posjete liječniku specijalisti. S obzirom na to da znanja pacijenata nisu ispitivana, možemo konstatirati da se ovakav rezultat temelji isključivo na pozitivnim iskustvima ispitanika s fizioterapeutima i učinkovitošću fizioterapijskih tretmana. Iako nizak, broj onih koji se ne bi mogli samostalno uputiti i onih koji nisu iskazali stav, možda biti posljedica je bilo čega ili svega sljedećeg: nedostatak znanja o fizioterapiji; nedostatak samopouzdanja; nedostatak svijesti o mogućnosti samo-upućivanja; i/ili suzdržanost usvajanja autonomnih zdravstvenih ponašanja (48). Kvalitativno istraživanje Goodwin i sur. pokazuje da je također vjerojatan razlog činjenica da je sklonost pacijenata za posjet liječniku posljedica pogleda na liječnika kao zadanog prvog kontakta (70) prije pristupa fizioterapiji. Istraživanja o stavovima pacijenata o samoupućivanju su nedostatna, štoviše u dostupnoj literaturi se ne nalaze relevantni dokazi s kojima bi se naš rezultat mogao usporediti, s obzirom na to da se radi o ispitanicima koji pohađaju fizioterapiju u još tradicionalnim organizacijskim postavkama i vrlo vjerojatno nemaju dostatne informacije, a svakako niti iskustva o mogućnostima i modelima upućivanja u javno zdravstvenom sektoru. Webster i suradnici istraživali su znanja i stavove o samoupućivanju, pristupu i fizioterapiji na uzorku od 2177 ispitanika, podijeljenih u tri skupine; pacijente koji su se samostalno uputili, pacijente koje je uputio liječnik i pacijente koji su se uputili na prijedlog liječnika. Pacijenti koji su se sami uputili bili su zadovoljniji i više podržavaju mogućnost samoupućivanja (83% vs 69% pacijenata upućenih od strane liječnika i 71% pacijenata upućenih na prijedlog liječnika).

U Republici Hrvatskoj egzaktna informacije o broju fizioterapeuta zaposlenih u javno zdravstvenom sektoru, kao i fizioterapeuta na tržištu rada nisu dostupne. Razlog tome su

neadekvatno organizirane statističke službe, loše kadrovanje i radna evidencija unutar zdravstvenih ustanova i samog zdravstvenog sustava, nepovezanost javnih službi i sektora, te prije svega neprepoznatost fizioterapeuta kao neizostavnih zdravstvenih radnika u kompleksnom sustavu kao što je zdravstveni. Jedino egzaktno u brojkama je minimalni uvjet u pogledu kadra u djelatnosti fizioterapije, a koji iznosi „*1 prvostupnik fizioterapije na 10 bolesnika za 8 satni radnog vremena*“ (15). Iako je taj standard u realnoj praksi daleko viši, zdravstvene potrebe stanovništva ga još nadaleko premašuju. S navedenim se slažu gotovo svi ispitanici u našem istraživanju. Evidentno je da kadrovanje i organizacija rada pojedinih djelatnosti unutar javno zdravstvenog sustava ne odgovara potrebama pacijenata, odnosno da na ovaj način nije u mogućnosti odgovoriti na epidemiološke prioritete 21. stoljeća.

U literaturi koja opisuje praksu samoupućivanja i direktnog pristupa fizioterapiji, isti se smatra „virtuoznim modelom“ koji može unaprijediti kvalitetu zdravstvene zaštite i uštediti na izdacima u zdravstvenom sustavu. Velika većina te literature odnosi se na istraživanja prakse samoupućivanja koja je standard u većini zemalja Europe i prikazuje iskustva, odnosno zdravstvene i socioekonomske dobrobiti naspram tradicionalne prakse upućivanja. Rastući dokazi o kliničkoj učinkovitosti i potencijalno značajnoj ekonomskoj isplativosti samoupućivanja pacijenta na fizioterapiju impliciraju da ovaj način pristupa podržavaju i pacijenti (48,70,71) koji su neopterećeni, ležerni, sposobni i spremni samostalno započeti pristup fizioterapiji (48). Ekonomska analiza direktnog pristupa fizioterapiji, odnosno fizioterapije kao primarnog kontakta u zdravstvenoj zaštiti autora Goodwina i Hendricka iako pragmatična pokazala je značajno potencijalne uštede u zdravstvu (70,71). Rezultati studije pokazali su da nije bilo štetnih događaja povezanih sa uslugom fizioterapije, pacijenti su izvijestili o visokoj razini zadovoljstva uslugom i pokazali su značajna i održiva klinička poboljšanja (*EQ-5D-5L, Global Rating of Change*) te je korištenjem neparametrijskog bootstrap testa nađena statistički značajna razlika u smanjenju troškova, a u korist grupa fizioterapeuta naspram liječnika (71). Sustavni pregled literature Ojha i sur. pokazao je da postoje dokazi u studijama razine 3 i 4 (razred B do C prema CEBM razinama preporuke) da je direktan pristup fizioterapiji u usporedbi s upućivanjem od strane liječnika povezan s poboljšanim zdravstvenim ishodima i smanjenim troškovima kod pacijenata. Piscitelli i sur. su u svojem sustavnom pregledu pokazali da je direktan pristup u fizioterapiji izvediv uzimajući u obzir kliničko i ekonomsko gledište. Nacionalno istraživanje koje su u Ujedinjenom kraljevstvu proveli Holdsworth i sur., pokazuje da većina liječnika opće prakse snažno podržava koncept u kojem fizioterapeuti djeluju kao primarni zdravstveni kontakt za osobe s mišićno-

koštanim problemima, što je u pozitivnom odnosu s nalazom pilot studije NHS-a kojom je dokazano da su se direktnim pristupom fizioterapeutu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti smanjile stope potreba za konzultacijom liječnika obiteljske medicine i za bolničkim liječenjem pacijenata sa križoboljom, artritisom i ostalim mišićno-koštanim tegobama. Istraživanje objavljeno 2021. godine, a koje su proveli Bishop i sur. pokazuje da je prethodno opisan pozitivni utjecaj direktnog pristupa na opterećenje liječnika opće prakse nedosljedan, no da su vidljive promjene u količini zahtjeva i potreba za rendgenskim snimanjem i magnetskom rezonancom kod pacijenata (72). U našem istraživanju ispitali smo stavove pacijenata o mogućim reperkusijama modela samoupućivanja, u kontekstu vremenskih i financijskih ušteda. Naši rezultati pokazuju da se gotovo svi ispitanici slažu s tvrdnjom da bi samoupućivanje i olakšan pristup fizioterapiji moglo smanjiti troškove vremena i financija na razini samog pacijenta i na razini zdravstvenog sustava. Ovakav rezultat je od izrazitog značaja ne samo za profesiju, već i za zdravstvenu politiku s ciljem promišljanja i učinkovitog strateškog planiranja. Kao odgovorna profesija, imperativ je da fizioterapija identificira i reagira na povratne informacije korisnika usluga i javnosti koristeći se istim nalazima kako bi smisleno informirala politiku o potrebnom razvoju i razini usluge (48).

Gledajući sveobuhvatno pokazatelje, možemo zaključiti da su ispitanici u ovom istraživanju, a na temelju vlastitih iskustva pokazali pozitivan stav naspram interpersonalnih, profesionalnih i kliničkih kompetencija fizioterapeuta, usmjerenosti na pacijenta i učinkovitosti fizioterapije, autonomiji fizioterapeuta u donošenju određenih odluka te samoupućivanju pacijenata na fizioterapiju. Uz vremenski početak, pristup fizioterapiji i zastupljenost fizioterapeuta, odnosno dostupnost fizioterapije unutar javnog sektora zdravstvene zaštite vežu se negativna mišljenja ispitanika, na temelju čega je moguće zaključiti da pacijenti nisu zadovoljni sadašnjim organizacijskim aspektima, a koji se temelje na tradicionalnom modelu fizioterapije.

Nakon analize stavova ispitanika, podrednom analizom povezanosti obilježja ispitanika s iskazanim stavovima uočeno je nekoliko statistički značajnih pokazatelja u ovom istraživanju. Životna dob negativno korelira s percepcijom ispitanika o učinkovitosti fizioterapijskog tretmana i autonomiji fizioterapeuta u donošenju odluka o sposobnosti pacijenta da se vrati svakodnevnim životnim i radnim okolnostima, dok u ostalim stavovima ne postoje statistički značajni pokazatelji u odnosu na dob ispitanika. Obzirom da u dostupnoj literaturi ne nalazimo dokaze s kojima bi mogli usporediti ovakve nalaze, iste ćemo povezati s možebitnom činjenicom da su mišićno-koštane tegobe kod osoba starije životne dobi kroničnog oblika i vrlo često povezane s nepovratnim strukturalnim oštećenjima te stoga vrlo izazovne i za pacijente i

za fizioterapeute. Jačina boli dokazano je manja u mladim odraslih osoba u odnosu na gerijatrijsku populaciju zbog apatije, grčenja mišića (73) te ostalih individualnih čimbenika. Najbolja metoda upravljanja kroničnim pacijentima (npr. upravljanje simptomima na dnevnoj bazi umjesto naprasne primjene koncentriranih intervencija) u fizioterapiji nije ispitana (74), stoga ni ne postoji kao validirana metoda fizioterapeuskog upravljanja. Pacijenti starije životne dobi vrlo često nisu svjesni da fizioterapeuti djeluju na razini onesposobljenja a ne specifičnog oštećenja te da svojim intervencijama mogu pridonijeti prevenciji nastanka novog onesposobljenja, odnosno oštećenja, kao što je primjerice pad i uz njega vezane moguće posljedice. Vincenzo i suradnici u zaključku svom kvalitativnog istraživanja navode da osobe starije životne dobi nemaju svijest o ulozi fizioterapeuta u prevenciji, vjerujući da bi tretman fizioterapeuta trebali potražiti samo radi rješavanja određenog problema ili tek nakon pada (75). Christiansen i sur. dokazali su da je kod sindroma subakromijalnog starija životna dob povezana s manjom adherencijom i primjenom fizioterapije u postavkama primarnog kontakta i nešto veću primjenu fizioterapije nakon operacije (76). Iako nismo ispitivali biopsihosocijalne domene učinkovitosti fizioterapije, važno je reći da je učinkovitost tretmana, odnosno primijenjene fizioterapije vidljiva kroz olakšano izvođenje radnji kao što je mogućnost udobnijeg kretanja, vožnje automobila ili korištenja javnog prijevoza primjerice u bolnicu, što je u pozitivnom odnosu s ublaženom boli i funkcionalnom obnovom (73). Smatramo da percepciju starijih osoba da fizioterapeut ne može samostalno donositi odluke o sposobnosti pacijenta da se vrati svakodnevnim životnim i radnim okolnostima nije potrebno dodatno analizirati, obzirom na ranije u tekstu spomenutu činjenicu da je među populacijom još uvijek prisutna tehnička autonomija liječnika i tradicionalni pogled na fizioterapiju. Jednako tako važna je razina znanja pojedinaca o fizioterapiji, a na koju ne utječu samo dob, spol i rasa, već i individualni stavovi te uvjerenja (48), a za koje je poznato da se općenito i po različitim pitanjima razlikuju između dobnih skupina.

U ovom istraživanju uočena je razlika u stavovima u odnosu na razinu obrazovanja. Ispitanici s visokom stručnom spremom smatraju u odnosu na ispitanike s višom stručnom i srednjom stručnom spremom da je početak fizioterapije bio optimalan s obzirom na ozbiljnost mišićno-koštanih tegoba dok u ostalim stavovima ne postoje razlike obzirom na razinu stručne spreme, odnosno razinu obrazovanja ispitanika. S obzirom na to da u dostupnoj literaturi ne nalazimo dokaze s kojima bi mogli usporediti ovakav nalaz, kao uzrok istom možemo potražiti u činjenici da visoka stručna sprema, odnosno visoka razina obrazovanja kao reprezentativni podatak (51) predstavlja najviše razine znanja, vještina, odgovornosti i samostalnosti u nekom području i na

mjestu preklapanja različitih područja (8) te jednako tako naprednu razinu razmišljanja, analiziranja i zaključivanja. Stoga možemo pretpostaviti da su ispitanici s visokom stručnom spremom u zauzimanju stava o vremenskom početku fizioterapije objektivno u obzir uzimali ne samo svoje mišićno-koštane tegobe, već i druge faktore kao što su organizacijski aspekti, generalno liste čekanja u zdravstvenom sustavu, prioritetnost drugih mišićno-koštanih bolesti i tegoba i tome slično.

S obzirom na broj do sada provedenih ciklusa fizioterapije, ispitanici sa četiri provedena ciklusa fizioterapije u većoj mjeri smatraju da mogu s povjerenjem konzultirati samo fizioterapeuta u odnosu na ispitanike koji proveli samo jedan ciklus fizioterapije, a na ostalim pitanjima ne postoje razlike obzirom na broj ciklusa fizioterapije koje su ispitanici proveli. Smatramo da nije potrebno dodatno analizirati rezultat, odnosno tražiti uzroke ovakvom rezultatu obzirom na činjenicu da stjecanje povjerenja može biti složen i dugotrajan proces ne samo u odnosu zdravstvenog radnika i pacijenta, već i u našim svakodnevnim životima, novim poznanstvima, a koja stjecanjem međusobnog povjerenja prelaze u prijateljstvo. Kao što je u uvodnom dijelu ovog rada navedeno, vrijeme koje pacijent provede na fizioterapiji je jednako bitno i fizioterapeutu i pacijentu, ali ne samo da ga iskoriste za fizioterapijski tretman, već i da pacijenti steknu onu razinu povjerenja s kojom bi mogli samoinicijativno konzultirati samo fizioterapeuta o svojim mišićno-koštanim tegobama. Bernhardsson i sur. ističu da se očekivanja pacijenata od profesionalnog upravljanja zrcale u povjerenju u vještine i kompetencije fizioterapeuta, očekivanjima dobrih ishoda i uvjerenju da bi se metode fizioterapijskih intervencija trebale temeljiti na dokazima. U svom zaključku autori ističu da povjerenje u fizioterapeuta, kao i želja za sudjelovanjem u kliničkom odlučivanju, potiče aktivnu uključenost pacijenta u fizioterapiji.

Ispitanici koji su u vrijeme provođenja fizioterapije bili radno aktivni u odnosu na ispitanike na bolovanju u većoj mjeri smatraju da fizioterapeuti ne znaju kako pristupiti slučaju kada problem i zdravstveno stanje nadilazi njihove kompetencije i djelokrug rada, dok u ostalim stavovima nema razlike obzirom na radni status. Naš nalaz nije moguće usporediti s drugim relevantnim dokazima, obzirom da oni ne postoje u dostupnoj literaturi. U kratkim crtama rasprave po ovom stavu, nadovezati ćemo se na retke jedne od prethodnih analiza u ovom istraživanju. Neodlučnost, odnosno negativan stav naspram kompetencija mogli bismo pripisati mogućoj situaciji da ispitanici nisu bili u (ne)prilici, odnosno zdravstvenom stanju koje bi zahtjevalo određene kliničke kompetencije koje fizioterapeut ne posjeduje, odnosno da ih nije trebalo uputiti na liječnika ili da jednostavno njihov stav proizlazi iz tradicionalnog pogleda na ulogu

fizioterapeuta. No, suprotno našoj konstataciji koja se temelji na odgovorima svih ispitanika, moguće je da su radno aktivni pacijenti imali veća očekivanja od kompetencija fizioterapeuta uslijed veće ozbiljnosti svojih mišićno-koštanih tegoba i činjenici da nisu na bolovanju. Obzirom da nismo isptivali objektivno težinu ozbiljnosti mišćino-koštanih tegoba niti očekivanja ispitanika, naša konstatacija po pitanju analize ove statistički značajne razlike za sada ostaje samo pretpostavka. Zaključno analizi, na mišljenje i stavove ispitanika utjecaj imaju obilježja kao što su dob, razina obrazovanja, dosadašnja uključenost u fizioterapiju i radni status.

6. ZAKLJUČAK

Cilj ovog pilot istraživanja bio je ispitati stavove pacijenata o fizioterapeutima, samoupućivanju i direktnom pristupu fizioterapiji te podredno ispitati povezanost stavova s obilježjima pacijenata. Rezultati ispitivanja stavova pacijenata pokazuju da fizioterapeuti posjeduju i prakticiraju potrebne kompetencije u zdravstvenoj skrbi mišićno-koštanih tegoba i bolesti. Istodobno je prisutna negativna konotacija ispitanika naspram tradicionalnih organizacijskih aspekata, odnosno prisutnost vremenskih barijera i nedovoljne zastupljenosti fizioterapeuta u zdravstvenoj zaštiti. Rezultati upućuju da je fizioterapija usmjerena na pacijenta, učinkovita i dobro prihvaćena zdravstvena usluga te da samoupućivanje pacijenta na fizioterapiju ima potencijalne socioekonomske implikacije na pojedinca i zdravstveni sustav.

Ispitivanjem povezanosti stavova s obilježjima pacijenata, dokazano je da se stavovi ne razlikuju u odnosu na spol i lokalitet mišićno-koštanih tegoba. Obzirom na životnu dob, povećanjem dobi ispitanika opada pozitivan stav naspram učinkovitosti fizioterapije i profesionalne autonomije fizioterapeuta. Vremenski početak fizioterapije značajno je optimalniji za ispitanike s visokom stručnom spremom naspram od iste nižih sprema. U odnosu na broj obavljenih ciklusa fizioterapije, ispitanici s većim brojem do sad provedenih ciklusa skloniji su s povjerenjem konzultirati samo fizioterapeuta. Ispitanici koji su u vrijeme pohađanja fizioterapije bili radnoaktivni, naspram onih na bolovanju, u većoj mjeri smatraju da fizioterapeuti ne znaju kako postupiti kada problem i zdravstveno stanje nadilazi njihove kompetencije i djelokrug rada. Obzirom da rezultati ovog pilot istraživanja proizlaze iz prigodnog uzorka, potrebno je povećati broj ispitanika kako bi provjerili postojanost i značajnost naših nalaza.

Na osnovu rezultata proizlazi zaključak da bi fizioterapeuti, kao primarni zdravstveni kontakt za pacijente s mišićno-koštanim tegobama, zahvaljujući profesionalnim kompetencijama, odnosno znanju i vještinama primijenjenim u suvremenim organizacijskim aspektima mogli pridonijeti trenutnim izazovima s kojima se suočava javno zdravstveni sektor u sustavu zdravstvene zaštite.

7. LITERATURA

1. World Confederation for Physical Therapy. Policy statement: Autonomy. 2019. Dostupno na: <https://world.physio/sites/default/files/2020-04/PS-2019-Autonomy.pdf>
2. Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti. Narodne novine. 2008:120.
3. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Narodne novine. 2018:100.
4. World Confederation for Physical Therapy. Guideline: Physical therapist professional entry level education. 2011. Dostupno na: <https://world.physio/guideline/entry-level-education>
5. Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene. Narodne novine. 2011:79.
6. World Confederation for Physical Therapy. Expected Minimum Competencies for an Entry Level Physiotherapist in the European Region of the WCPT Guidance Document. 2018. Dostupno na: <https://www.erwcpt.eu/file/251>
7. Kolarec F, Crnković I. Razvoj obrazovanja fizioterapije kao samostalne profesije. Knjiga sažetaka: S „19. konferencija medicinskih sestara i tehničara i 5. konferencija zdravstvenih profesija - Global Nursing and Healthcare 2“. 2020:46. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/344228224_Razvoj_obrazovanja_fizioterapije_kao_samostalne_profesije
8. European union. Description of the eight EQF levels. Dostupno na: <https://europa.eu/europass/hr/description-eight-eqf-levels>
9. Hrvatska komora fizioterapeuta. Standardi u fizioterapijskoj praksi. 2009. Dostupno na: <http://www.hzf.hr/src/assets/dokumenti/Standardi.pdf>
10. World Physiotherapy. Guideline: Standards of physical therapy practice. 2001. Dostupno na: <https://world.physio/sites/default/files/2020-06/G-2011-Standards-practice.pdf>
11. European region of World Physiotherapy. Quality Assurance Standards of Physiotherapy Practice and Delivery. 2018. Dostupno na: <https://www.erwcpt.eu/file/233>
12. Hrvatska komora fizioterapeuta. Kliničke smjernice u fizikalnoj terapiji. 2011. Dostupno na: <https://www.hkf.hr/klinicke-smjernice-u-fizikalnoj-terapiji/>

13. Dean E. Physical therapy in the 21st century (Part I): Toward practice informed by epidemiology and the crisis of lifestyle conditions. *Physiotherapy Theory and Practice*, 2009;25:5-6, 330-353, DOI: 10.1080/09593980802668027
14. Hrvatska komora fizioterapeuta. Protokoli postupanja i evaluacija u fizioterapiji. Dostupno na: <https://www.hkf.hr/pocetna-stranica/o-struci/protokoli-postupanja-i-evaluacija-u-fizioterapiji/>
15. Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti. *Narodne novine*. 2020:52.
16. Begić M. Kvaliteta fizioterapijske djelatnosti i profesionalna odgovornost fizioterapeuta. *Physiotherapia Croatica*. 2018;16: 87-92.
17. Lončarić Kelečić I. Uloga pacijenta u fizioterapiji – uvod u mjere ishoda i iskustva koje navodi pacijent. *Physiotherapia Croatica*. 2020;18:181-187.
18. World Physiotherapy. Policy statement: Description of physical therapy. 2019. Dostupno na: <https://world.physio/sites/default/files/2020-07/PS-2019-Description-of-physical-therapy.pdf>
19. Sandstrom RW. The Meanings of Autonomy for Physical Therapy. *Physical Therapy*. 2007;1(8): 98–106. DOI: 10.2522/ptj.20050245
20. Fritz J, Flynn TW. Autonomy in Physical Therapy: Less Is More. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 2005;35(11):696-698. Dostupno na: <https://www.jospt.org/doi/pdf/10.2519/jospt.2005.0111>
21. Memorandum of Understanding between the European Region of the World Confederation for Physical Therapy / Physiotherapy (ER-WCPT) and the Standing Committee of European Doctors (CPME). 2016. Dostupno na: http://doc.cpme.eu:591/adopted/2015/CPME_AD_EC_10122015_120_Memorandum.of.Understanding.ER.WCPT.Physiotherapy.pdf
22. Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK. Physiotherapists' and general practitioners' views of self-referral and physiotherapy scope of practice: results from a national trial. *Physiotherapy*. 2008;94:236–243. DOI: 10.1016/j.physio.2008.01.006
23. Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. 2001. Dostupno na: <http://nap.edu/10027>
24. Wijma AJ, Bletterman AN, Clark JR, Vervoort S C.J.M, Beetsma A, Keizer D, Nijs J, Van Wilgen P. Patient centeredness in physiotherapy: What does it entail? A systematic review of qualitative studies, *Physiotherapy Theory and Practice*. 2017. DOI: 10.1080/09593985.2017.1357151

25. Mudge S, Stretton C, Kayes N. Are physiotherapists comfortable with person-centred practice? An autoethnographic insight. *Disability and Rehabilitation*. 2013; 1-7. DOI: 10.3109/09638288.2013.797515
26. Dukhu S, Purcell C, Bulley C. Person-centred care in the physiotherapeutic management of long-term conditions: a critical review of components, barriers and facilitators. *International Practice Development Journal*. 2018;2. Dostupno na: https://www.fons.org/Resources/Documents/Journal/Vol8No2/IPDJ_0802_2.pdf
27. Davis K, Schoenbaum SC, Audet AM. A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*. 2005; 20:953–957. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490238/>
28. Karvonen E, Laitinen-Väänänen S, Paatelma M, Roine M, Heinonen A. Physiotherapists' experiences of direct access for clients with musculoskeletal pain and dysfunction: a qualitative study. *European Journal of Physiotherapy*. 2021;23(1):55-62. DOI: 10.1080/21679169.2019.1636133
29. Piscitelli D, Furmanek MP, Meroni R, De Caro W, Pellicciari L. Direct access in physical therapy: a systematic review. *Clinica Terapeutica*. 2018;169(5):249-260. DOI: 10.7417/CT.2018.2087. PMID: 30393813.
30. Ojha HA, Snyder RS, Davenport TE. Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: a systematic review. *Physical Therapy*. 2014;94(1):14-30. DOI: 10.2522/ptj.20130096. PMID: 24029295.
31. Grubišić M. Izrada plana i programa fizikalne terapije. *Fizioterapija*. 2011;1:14-28.
32. Lončarić I. Task shifting u zdravstvenoj skrbi kroničnih nezaraznih bolesti. U: Filipović V. *Zbornik Sveučilišta Libertas*. 2019;4:83-92.
33. Piano L, Maselli F, Viceconti A, Gianola S, Ciuro A. Direct access to physical therapy for the patient with musculoskeletal disorders, a literature review. *Journal of Physical Therapy Science*. 2017;29(8):1463-1471. DOI:10.1589/jpts.29.1463
34. Bury TJ, Stokes EK. A global view of direct access and patient self-referral to physical therapy: implications for the profession. *Physical Therapy*. 2013;93(4):449-59. DOI: 10.2522/ptj.20120060.
35. World Confederation for Physical Therapy. Policy statement: Direct access and patient/client self-referral to physical therapy. 2019. Dostupno na: <https://world.physio/sites/default/files/2020-04/PS-2019-Direct-access.pdf>

36. European Region of the World Confederation for Physical Therapy /Physiotherapy. Direct access - Patient self-referral within the ER-WCPT. 2011. Dostupno na: <http://www.erwcpt.eu/file/61>
37. Leemrijse CJ, Swinkels IC, Veenhof C. Direct access to physical therapy in the Netherlands: results from the first year in community-based physical therapy. *Physical Therapy*. 2008;88(8):936-46. DOI: 10.2522/ptj.20070308. PMID: 18566108.
38. Holdsworth LK, Webster VS. Direct access to physiotherapy in primary care: now? – and into the future? *Physiotherapy*. 2004;90: 64–72.
39. Long J. European region of the WCPT statement on physiotherapy in primary care. *Primary Health Care Research & Development*. 2019;20:1–4. DOI: 10.1017/S1463423619000811
40. Richardson J. Functional Status as a Central Indicator of Health Status: The Role of Physiotherapy. *Physiotherapy Canada*. 2020;72(2):107-109. DOI: 10.3138/ptc-72-2-gee. PMID: 32494093; PMCID: PMC7238924.
41. Hrvastki zavod za javno zdravstvo. Usporedba vodećih javnozdravstvenih pokazatelja u Republici Hrvatskoj i Europskoj uniji. 2016. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2017/01/Pokazatelji_RH_EU.pdf
42. Hrvatski zbor fizioterapeuta. Priručnik: Radno aktivni i zdravi do 67. 2018. Dostupno na: http://www.cif.hr/brosure/Radno_aktivni.pdf
43. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. 2015. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60692-4)
44. Dean E. Physical Therapy Practice in the 21st Century: A New Evidence-informed Paradigm and Implications'. Foreword from the special issue editor. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2009;25(5-6):328-9. DOI: 10.1080/09593980903038658. PMID: 19842861.
45. O'Donoghue G, Dean E. The physiotherapist's role in contemporary health care in Ireland: responding to 21st century indicators and priorities. *Physiotherapy Practice and Research*. 2010;31: 4-9. DOI: 10.3233/PPR-2010-31202
46. Bury TJ, Stokes EK. Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. *Physiotherapy*. 2013;99(4):285-91. DOI: 10.1016/j.physio.2012.12.011.

47. Torjesen I. Self referral to physiotherapy for back pain reduces pressure on GP appointments. *BMJ*. 2019;364:l870. doi: 10.1136/bmj.l870. PMID: 30804045.
48. Webster V, Holdsworth L, McFadyen A, Little H. Self-referral, access and physiotherapy: patients' knowledge and attitudes—results of a national trial. *Physiotherapy*. 2008;94;141-149. DOI:10.1016/j.physio.2007.11.003
49. Babatunde OO, Bishop A, Cottrell E, Jordan JL, Corp N, Humphries K, Hadley-Barrows T, Huntley AL, van der Windt DA. A systematic review and evidence synthesis of non-medical triage, self-referral and direct access services for patients with musculoskeletal pain. *PLoS One*. 2020;15(7):e0235364. DOI: 10.1371/journal.pone.0235364. PMID: 32628696; PMCID: PMC7337346.
50. Cavallari JM, Ahuja M, Dugan AG, Meyer JD, Simcox N, Wakai S, Garza JL. Differences in the prevalence of musculoskeletal symptoms among female and male custodians. *American Journal of Industrial Medicine*. 2016;59(10):841-52. DOI: 10.1002/ajim.22626. PMID: 27409071; PMCID: PMC5026587.
51. Bejaković P. Obrazovanje u zemljama članicama OECD-a i Hrvatskoj. *Revija za socijalnu politiku*. 2007;14(3-4):427-439. DOI:<https://doi.org/10.3935/rsp.v14i3.725>
52. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Selected Health Conditions and Likelihood of Improvement with Treatment*. 2020. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25662>.
53. Swinkels IC, Wimmers RH, Groenewegen PP, van den Bosch WJ, Dekker J, van den Ende CH. What factors explain the number of physical therapy treatment sessions in patients referred with low back pain; a multilevel analysis. *BMC Health Services Research*. 2005;5:74. DOI: 10.1186/1472-6963-5-74. PMID: 16307679; PMCID: PMC1310612.
54. Harman K, Bassett R, Fenety A, Hoens AM. Client Education: Communicative Interaction between Physiotherapists and Clients with Subacute Low Back Pain in Private Practice. *Physiotherapy Canada*. 2011;63(2):212-23. DOI: 10.3138/ptc.2009-52P. Epub 2011 Apr 13. PMID: 22379262; PMCID: PMC3076921.
55. Bernhardsson S, Larsson MEH, Johansson K, Öberg B. "In the physio we trust": A qualitative study on patients' preferences for physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2017;33(7):535-549. doi: 10.1080/09593985.2017.1328720. Epub 2017 Jun 7. PMID: 28590787.
56. Roman N, Miclaus R, Rogozea L. Ethical considerations about informed consent in physiotherapy in Romania. *Medicine And Pharmacy reports*. 2019;92(4):362-367.

DOI: 10.15386/mpr-1223. Epub 2019 Oct 25. PMID: 31750436; PMCID: PMC6853042.

57. Gyllensten AL, Gard G, Salford E, Ekdahl C. Interaction between patient and physiotherapist: a qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective. *Physiotherapy Research International*. 1999;4(2):89-109. DOI: 10.1002/pri.156. PMID: 10444760.
58. Barron CJ, Moffett JA, Potter M. Patient expectations of physiotherapy: definitions, concepts, and theories. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2007;23(1):37-46. DOI: 10.1080/09593980601147843. PMID: 17454797.
59. Kumar SP. Effects, efficacy, efficiency and effectiveness in physical therapy - how far are we? *Journal of Physical Therapy*. 2011;3(2):33-37.
60. Kalauokalani D, Cherkin DC, Sherman KJ, Koepsell TD, Deyo RA. Lessons from a trial of acupuncture and massage for low back pain: patient expectations and treatment effects. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2001;26(13):1418-24. DOI: 10.1097/00007632-200107010-00005. PMID: 11458142.
61. Copnell G. Informed consent in physiotherapy practice: it is not what is said but how it is said. *Physiotherapy*. 2018;104(1):67-71. DOI: 10.1016/j.physio.2017.07.006. PMID: 29352579.
62. Beattie PF, Pinto MB, Nelson MK, Nelson R. Patient satisfaction with outpatient physical therapy: instrument validation. *Physical Therapy*. 2002;82(6):557-65. PMID: 12036397.
63. Chartered Society of Physiotherapy. Physiotherapy works: occupational health. Dostupno na: <https://www.csp.org.uk/publications/physiotherapy-works-occupational-health>
64. Simmonds MJ, Derghazarian T, Vlaeyen JW. Physiotherapists' knowledge, attitudes, and intolerance of uncertainty influence decision making in low back pain. *Clinical Journal of Pain*. 2012 Jul;28(6):467-74. doi: 10.1097/AJP.0b013e31825bfe65. PMID: 22673478.
65. Ristimäki HL, Tiitinen S, Juvonen-Posti P, Ruusuvuori J. (2020). Collaborative decision-making in return-to-work negotiations. *Journal of Pragmatics*. 2020;170:189-205. DOI:10.1016/j.pragma.2020.08.012.
66. Bastemeijer CM, et al. Patient Values in Physiotherapy Practice, a Qualitative Study. *Physiotherapy Research International*. 2021;26(1):e1877. DOI: <https://doi.org/10.1002/pri.1877> PMID: 32918372.

67. European Network of Physiotherapy in Higher Education. Definitions and competencies for Direct Access. 2017. Dostupno na: <http://www.enphe.org/wp-content/uploads/2019/10/Definitions-and-competencies-for-Direct-Access.pdf>
68. Downie F, McRitchie C, Monteith W, Turner H. Physiotherapist as an alternative to a GP for musculoskeletal conditions: a 2-year service evaluation of UK primary care data. *British Journal of General Practice*. 2019;69(682):e314-e320. DOI: 10.3399/bjgp19X702245. PMID: 30962224; PMCID: PMC6478452.
69. Oberoi S, Chaudhary N, Patnaik S, Singh A. Understanding health seeking behavior. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2016;5(2):463-464. DOI: 10.4103/2249-4863.192376. PMID: 27843863; PMCID: PMC5084583.
70. Goodwin R, Moffatt F, Hendrick P, Timmons S, Chadborn N, Logan P. First point of contact physiotherapy; a qualitative study. *Physiotherapy*. 2020;108:29-36. DOI: 10.1016/j.physio.2020.02.003. PMID: 32693240; PMCID: PMC7456768.
71. Goodwin RW, Hendrick PA. Physiotherapy as a first point of contact in general practice: a solution to a growing problem? *Primary Health Care Research & Development*. 2016 Sep;17(5):489-502. doi: 10.1017/S1463423616000189. PMID: 27263326.
72. Bishop A, Chen Y, Protheroe J, Ogollah RO, Bailey J, Lewis M, Jordan K, Foster NE. Providing patients with direct access to musculoskeletal physiotherapy: the impact on general practice musculoskeletal workload and resource use. The STEMS-2 study. *Physiotherapy*. 2021;111:48-56. doi: 10.1016/j.physio.2020.04.006. PMID: 32711896; PMCID: PMC8120844.
73. Ülger Ö, Demirel A, Oz M, Şahin A. Effectiveness of physiotherapy and minimal invasive technics on functional status and quality of life in geriatric patients with low back pain. *Journal of Exercise Rehabilitation*. 2018;14(6):1048-1052. doi: 10.12965/jer.1836354.177. PMID: 30656168; PMCID: PMC6323347.
74. Grimmer K, Beard M, Bell A, Chipchase L, Edwards E, Fulton I, Gill T. On the constructs of quality physiotherapy. *Australian Journal of Physiotherapy*. 2000;46(1):3-7. DOI: 10.1016/s0004-9514(14)60308-1. PMID: 11676784.
75. Vincenzo JL, Patton SK, Lefler LL, Falvey JR, McElfish PA, Curran G, Wei J. Older Adults' Perceptions Regarding the Role of Physical Therapists in Fall Prevention: A Qualitative Investigation. *Journal of Geriatric Physical Therapy*. 2021. DOI: 10.1519/JPT.0000000000000304. Epub ahead of print. PMID: 33782360.

76. Christiansen DH, Frost P, Frich LH, Falla D, Svendsen SW. The Use of Physiotherapy among Patients with Subacromial Impingement Syndrome: Impact of Sex, Socio-Demographic and Clinical Factors. *PLoS One*. 2016;11(3):e0151077. DOI: 10.1371/journal.pone.0151077. PMID: 26954692; PMCID: PMC4783058.

8. PRILOG A: POPIS ILUSTRACIJA

Slike

Slika 1. Opis ishoda učenja na 6.razini EQF	2
Slika 2. Pickerovih 8 načela skrbi usmjerene na pacijenta	10
Slika 3. Tradicionalni medicinski model fizioterapijske prakse.....	14
Slika 4. Suvremeni model fizioterapijske prakse i međudnos u zdravstvenoj skrbi usmjerenoj na pacijenta	16
Slika 5. Usporedba kretanja osobe s onesposobljenjem kroz tradicionalni model upućivanja i direktan pristup fizioterapiji.....	17
Slika 6. Algoritam standardiziranih koraka u procesu fizioterapije	18
Slika 7. Spol uzorka	28
Slika 8. Stručna sprema uzorka	29
Slika 9. Lokalizet mišićno-koštanih tegoba u uzorku	30
Slika 10. Broj provedenih ciklusa fizioterapije u uzorku	31
Slika 11. Radni status uzorka	32

Tablice

Tablica 1. Standardi osiguranja kvalitete fizioterapijske prakse i pružanja fizioterapije	4
Tablica 2. Spol uzorka	28
Tablica 3. Stručna sprema uzorka.....	29
Tablica 4. Lokalizet mišićno-koštanih tegoba u uzorku.....	29
Tablica 5. Broj provedenih ciklusa fizioterapije u uzorku	30
Tablica 6. Radni status uzorka	31
Tablica 7. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnju: 1. Vremenski početak fizioterapije bio je optimalan s obzirom na težinu i ozbiljnost mojih mišićno-koštanih tegoba	32
Tablica 8. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnju: 2. Fizioterapeut/fizioterapeutkinja je pokazao/pokazala interes za moje mišićno-koštane tegobe, prirodu nastanka i način na koji se s istima nosim.....	33
Tablica 9. Raspodijela odgovora ispitanika na tvrdnju: 3. Na temelju medicinske dokumentacije i fizioterapijske procjene, fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je objasnio/objasnila uzrok mojih tegoba na meni jasan i razumljiv način	33
Tablica 10. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnju: 4. Fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je objasnio/objasnila planirani sadržaj programa fizioterapije na meni jasan i razumljiv način	34

Tablica 11. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnju: 5. Informirani pristanak na planiranu fizioterapiju dao/dala sam na temelju jasnog objašnjenja na što se isti odnosi	34
Tablica 12. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnju: 6. Fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je pružila učinkoviti fizioterapijski tretman za moje mišićno-koštane tegobe	34
Tablica 13. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnju: 7. Od fizioterapeuta/ fizioterapeutkinje sam naučio/naučila kako mogu samostalno upravljati svojim mišićno-koštanim tegobama.....	35
Tablica 14. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnju: 8. Fizioterapeut/fizioterapeutkinja me osnaživao/osnaživala u terapijskom vježbanju i sveobuhvatnom rješavanju mojih mišićno-koštanih tegoba.....	35
Tablica 15. Raspodijela odgovora ispitanika na tvrdnju: 9. S povjerenjem bih mogao/mogla konzultirati samo fizioterapeuta o mojim mišićno-koštanim tegobama	35
Tablica 16. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnju: 10. Fizioterapeut ne može samostalno donositi odluke o tome da li sam sposoban za povratak u svakodnevne životne i radne aktivnosti	36
Tablica 17. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnju: 11. Fizioterapeuti ne znaju kako postupiti u slučaju kada problem i zdravstveno stanje nadilazi njihove kompetencije i djelokrug rada.....	36
Tablica 18. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnju: 12. U slučaju ponovnih ili novih mišićno-koštanih tegoba mogao bih se samostalno uputiti direktno fizioterapeutu, odnosno bez prethodne upute i posjete liječniku specijalisti	37
Tablica 19. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnju: 13. U zdravstvenoj zaštiti fizioterapeuti su nedovoljno zastupljeni, a pristup fizioterapiji otežan	37
Tablica 20. Raspodjela odgovora ispitanika na tvrdnju: 14. Samoupućivanje i/ili olakšan pristup fizioterapiji mogao bi smanjiti troškove vremena i financija na razini samog pacijenta i na razini zdravstvenog sustava	38
Tablica 21. t-test za svaki odgovor u upitniku s obzirom na spol	39
Tablica 22. Analiza varijance za svaki odgovor u upitniku s obzirom na lokalitet tegoba	40
Tablica 23. Analiza varijance za svaki odgovor u upitniku s obzirom na razinu stručne spreme ispitanika	41
Tablica 24. Analiza varijance za svaki odgovor u upitniku s obzirom na broj provedenih ciklusa fizioterapije	42
Tablica 25. Analiza varijance za svaki odgovor u upitniku s obzirom na radni status ispitanika	44

9. PRILOG B: UPITNICI

PRILOG 1B: Obrazac sa sociodemografskim, medicinskim i paramedicisnkim podacima ispitanika

PRILOG 2B: Upitnik „Stavovi pacijenata o fizioterapeutima, samoupućivanju i olakšanom pristupu fizioterapiji“

PRILOG 1B

OBRAZAC SA SOCIODEMOGRAFSKIM, MEDICISNKIM I PARAMEDICINSKIM
PODACIMA ISPITANIKA

JEDINSTVENA OZNAKA ISPITANIKA (broj): _____

ŽIVOTNA DOB ISPITANIKA: _____

SPOL ISPITANIKA: 1. M 2. Ž

RAZINA OBRAZOVANJA:

1. NSS 2. SSS 3. VŠS 4. VSS

LOKALITET MIŠIĆNOKOŠTANIH TEGOBA:

1. kralješnica 2. gornji ekstremitet 3. donji ekstremitet 4. višestruki lokalitet tegoba

KOLIKO PUTA DO SADA STE BILI UKLJUČENI U FIZIOTERAPIJU (odnosi se se na ciklus fizioterapije):

1. jedanput
2. dvaput
3. triput
4. četiriput
5. petput ili više

RADNI STATUS (trenutno):

1. radno aktivan
2. na bolovanju
3. nezaposlen (vrijedi jednako ako ste student ili umirovljenik)

PRILOG 2B

UPITNIK „STAVOVI PACIJENATA O FIZIOTERAPEUTIMA, SAMOUPUĆIVANJU I
OLAKŠANOM PRISTUPU FIZIOTERAPIJI“

STAVOVI PACIJENATA O FIZIOTERAPEUTIMA, SAMOUPUĆIVANJU I OLAKŠANOM PRISTUPU FIZIOTERAPIJI

Poštovani, u nastavku teksta se nalaze pitanja pomoću kojih, a na temelju Vašeg dosadašnjeg iskustva želimo ispitati Vaš stav o fizioterapeutima, samoupućivanju i olakšanom pristupu fizioterapiji. Upitnik se sastoji od četrnaest pitanja, a odgovori se bilježe zaokruživanjem na Likert skali 1-5, pri čemu je:

1. U potpunosti se ne slažem
2. Ne slažem se
3. Niti se slažem niti se ne slažem
4. Slažem se
5. U potpunosti se slažem

1. Vremenski početak fizioterapije bio je optimalan s obzirom na težinu i ozbiljnost mojih mišićno-koštanih tegoba

1.u potpunosti se ne slažem 2.ne slažem se 3.niti se slažem niti se slažem 4.slažem se 5.u potpunosti se slažem

2. Fizioterapeut/fizioterapeutkinja je pokazao/pokazala interes za moje mišićno-koštane tegobe, prirodu nastanka i način na koji se s istima nosim

1.u potpunosti se ne slažem 2.ne slažem se 3.niti se slažem niti se slažem 4.slažem se 5.u potpunosti se slažem

3. Na temelju medicinske dokumentacije i fizioterapijske procjene, fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je objasnio/objasnila uzrok mojih tegoba na meni jasan i razumljiv način

1.u potpunosti se ne slažem 2.ne slažem se 3.niti se slažem niti se slažem 4.slažem se 5.u potpunosti se slažem

4. Fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je objasnio/objasnila planirani sadržaj programa fizioterapije na meni jasan i razumljiv način

1.u potpunosti se ne slažem 2.ne slažem se 3.niti se slažem niti se slažem 4.slažem se 5.u potpunosti se slažem

5. Informirani pristanak na planiranu fizioterapiju dao/dala sam na temelju jasnog objašnjenja na što se isti odnosi

1.u potpunosti se ne slažem 2.ne slažem se 3.niti se slažem niti se slažem 4.slažem se 5.u potpunosti se slažem

6. Fizioterapeut/fizioterapeutkinja mi je pružila učinkoviti fizioterapijski tretman za moje mišićno-koštane tegobe

1.u potpunosti se ne slažem 2.ne slažem se 3.niti se slažem niti se slažem 4.slažem se 5.u potpunosti se slažem

7. Od fizioterapeuta/fizioterapeutkinje sam naučio/naučila kako mogu samostalno upravljati svojim mišićno-koštanim tegobama

1.u potpunosti se ne slažem 2.ne slažem se 3.niti se slažem niti se slažem 4.slažem se 5.u potpunosti se slažem

8. *Fizioterapeut/fizioterapeutkinja me osnaživao/osnaživala u terapijskom vježbanju i sveobuhvatnom rješavanju mojih mišićno-koštanih tegoba*

1.u potpunosti se ne slažem 2.ne slažem se 3.niti se slažem niti se slažem 4.slažem se 5.u potpunosti se slažem

9. *S povjerenjem bih mogao/mogla konzultirati samo fizioterapeuta o mojim mišićno-koštanim tegobama*

1.u potpunosti se ne slažem 2.ne slažem se 3.niti se slažem niti se slažem 4.slažem se 5.u potpunosti se slažem

10. *Fizioterapeut ne može samostalno donositi odluke o tome da li sam sposoban/sposobna za povratak u svakodnevne životne i radne aktivnosti*

1.u potpunosti se ne slažem 2.ne slažem se 3.niti se slažem niti se slažem 4.slažem se 5.u potpunosti se slažem

11. *Fizioterapeuti ne znaju kako postupiti u slučaju kada problem i zdravstveno stanje nadilazi njihove kompetencije i djelokrug rada*

1.u potpunosti se ne slažem 2.ne slažem se 3.niti se slažem niti se slažem 4.slažem se 5.u potpunosti se slažem

12. *U slučaju ponovnih ili novih mišićno-koštanih tegoba mogao/mogla bih se samostalno uputiti direktno fizioterapeutu, odnosno bez prethodne upute drugog zdravstvenog stručnjaka na pregled trećem pa potom fizioterapeutu*

1.u potpunosti se ne slažem 2.ne slažem se 3.niti se slažem niti se slažem 4.slažem se 5.u potpunosti se slažem

13. *U zdravstvenoj zaštiti fizioterapeuti su nedovoljno zastupljeni, a pristup fizioterapiji otežan*

1.u potpunosti se ne slažem 2.ne slažem se 3.niti se slažem niti se slažem 4.slažem se 5.u potpunosti se slažem

14. *Samoupućivanje i olakšan pristup fizioterapiji mogao bi smanjiti troškove vremena i financija na razini samog pacijenta i na razini zdravstvenog sustava*

1.u potpunosti se ne slažem 2.ne slažem se 3.niti se slažem niti se slažem 4.slažem se 5.u potpunosti se slažem

Zahvaljujemo na vremenu koje ste utrošili na popunjavanje upitnika!

10. ŽIVOTOPIS

OSOBNE INFORMACIJE

Ime i prezime: Iva Lončarić Kelečić

Datum rođenja: 24.07.1987.

Mail adresa: iva.loncaric.kelecic@gmail.com, iva.loncaric@kbc-zagreb.hr

OBRAZOVANJE

- 2006. Srednja škola Vrbovec (opća gimnazija)
- 2010. Zdravstveno veleučilište, Zagreb (prvostupnik fizioterapije)
- 2014. Zdravstveno veleučilište, Zagreb (diplomirani fizioterapeut)
- 2017. Međunarodno sveučilište Libertas, Zagreb (poslijediplomski studij; Sveučilišni magistar menadžmenta kvalitete u zdravstvu)

RADNO ISKUSTVO

- 2011.-2012. Klinika za reumatske bolesti i rehabilitaciju, KBC Zagreb, Kišpatićeva 12, 10 000 Zagreb (pripravnički staž), prvostupnik fizioterapije
- 2012.-, Klinički zavod za rehabilitaciju i ortopedsku pomagala, KBC Zagreb, Božidarevićeva 11, 10 000 Zagreb, prvostupnik fizioterapije; diplomirani fizioterapeut
- 2021.-, Hrvatska komora fizioterapeuta, Stručni savjetnik za fizioterapiju

KONFERENCIJE I KONGRESI OD ZNAČAJA

- “Međunarodni simpozij Poboljšanje kvalitete u zdravstvu – Europski pogledi”, Biograd na moru, 25.-27.svibnja. 2017. - predstavnik ispred Hrvatske komore fizioterapeuta
- 17. konferencija medicinskih sestara i tehničara i 3. konferencija zdravstvenih profesija „Obrazovanje i istraživanje za kvalitetnu zdravstvenu praksu“ - Iva Lončarić. „Sigurnost bolesnika – standard u obrazovanju za kvalitetu u zdravstvu“

- European ISPO Congress. Portorož, Slovenia; 20.-23.th september, 2018. – Iva Lončarić i Horvat K. „Stabilometric Analysis in Patients supplied with ankle and foot orthosis”
- “Međunarodni Fiziokongres 2018” Crikvenica, listopad 2018. Iva Lončarić. „Fizioterapijska dokumentacija – indikator kvalitete u fizikalnoj terapiji”
- European Region of the WCPT 4th Conference on Clinical guidelines “Bringing evidence into practice” Den Bosch, Nizozemska; 7.- 8.th december, 2018. ER – WCPT i Royal Dutch Society for Physical Therapy – predstavnik ispred Hrvatske komore fizioterapeuta
- “Međunarodni znanstveni skup Physiotherapia Croatica 2019” 4. Listopada 2019. – Iva Lončarić “Fizioterapeutska dokumentacija – pravni i profesionalni zahtjev”
- 1.Kongres KoKoZ-a i 3. Hrvatski kongres prava s međunarodnim sudjelovanjem 2019; Rabac – Iva Lončarić (ispred HKF) „Vođenje fizioterapijske dokumentacije o pacijentu kao indikator kvalitete u fizikalnoj terapiji”
- Kongres KoKoZ-a I 4. Hrvatski kongres prava s međunarodnim sudjelovanjem, 2020. (virtualno okruženje) – Iva Lončarić Kelečić (ispred HKF) “Kršenje temeljnih prava pacijenata u fizikalnoj terapiji u RH – tko je za to odgovoran?”