

# Percepcija pacijenata o kvaliteti zdravstvene komunikacije

---

**Mlinar Došen, Dijana**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2024**

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

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:225538>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-01-14**

*Repository / Repozitorij:*

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



SVEUČILIŠTE U RIJECI  
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ  
FIZIOTERAPIJA

Dijana Mlinar Došen

PERCEPCIJA PACIJENATA O KVALITETI ZDRAVSTVENE  
KOMUNIKACIJE

Diplomski rad

Rijeka, 2024.

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

Dijana Mlinar Došen

PATIENTS' PERCEPTION OF THE QUALITY OF HEALTHCARE  
COMMUNICATION

Master thesis

Rijeka, 2024.

Mentor rada: doc. dr. sc. Aleksandra Stevanović

Diplomski rad obranjen je dana 20.9.2024. na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, pred povjerenstvom u sastavu:

1. izv. prof. dr. sc. Ksenija Baždarić
2. doc. dr. sc. Mirela Vučković
3. doc. dr. sc. Aleksandra Stevanović

## Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podaci o studentu:

Sastavnica	
Studij	SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ FIZIOTERAPIJA
Vrsta studentskog rada	DIPLOMSKI RAD
Ime i prezime studenta	DIJANA MLINAR DOŠEN
JMBAG	1003011960

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	
Ime i prezime mentora	ALEKSANDRA STEVANOVIĆ
Datum predaje rada	11.9.2024.
Identifikacijski br. podneska	2444726356
Datum provjere rada	11.9.2024.
Ime datoteke	DIPLOMSKI_RAD_DMD_2.docx
Veličina datoteke	788,87K
Broj znakova	110413
Broj riječi	16887
Broj stranica	73

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	5%
-----------------	----

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	11.9.2024.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/>
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

11.9.2024.

Potpis mentora



## SADRŽAJ

SAŽETAK .....	I
SUMMARY .....	II
1. UVOD .....	1
1.1. Verbalna komunikacija .....	2
1.2. Neverbalna komunikacija .....	3
1.3. Oblici neverbalne komunikacije .....	3
1.4. Komunikacijske vještine i njihov utjecaj u zdravstvenoj komunikaciji .....	4
1.5. Komunikacija u zdravstvu .....	5
1.6. Važnost učinkovite komunikacije u zdravstvu .....	7
1.7. Nedostatna i nerazumljiva komunikacija u zdravstvu .....	10
2. CILJEVI .....	15
2.1. HIPOTEZE .....	15
3. ISPITANICI I METODE .....	16
3.1. Ispitanici/materijali .....	16
3.2. Postupak i instrumentarij .....	16
3.3. Statistička obrada podataka .....	17
3.4. Etički aspekt istraživanja .....	17
4. REZULTATI .....	18
4.1. Distribucija srednjih ocjena svih ispitanika .....	18
4.2. Rezultati testiranja H1 hipoteze .....	19
4.3. Rezultati testiranja H2 hipoteze .....	20
4.3.1. Demografska analiza ispitanika s obzirom na spol .....	20
4.3.2. Demografska analiza podataka zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom s obzirom na dob ispitanika .....	22
4.3.3. Demografska analiza podataka zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom obzirom na obrazovanje ispitanika .....	24
4.3.4. Rezultati testiranja zadovoljstva ispitanika komunikacijom u zdravstvu s obzirom na zdravstvene i nezdravstvene djelatnike .....	26
4.3.5. Rezultati testiranja H3 hipoteze s obzirom na vrstu djelatnika .....	27
4.4. Rezultati testiranja H4 hipoteze s obzirom na uputnu dijagnozu .....	29
4.4.1. Rezultati analize zadovoljstva komunikacijom s obzirom na razlog posjete zdravstvenoj instituciji .....	31
4.4.2. Rezultati analize s obzirom na zdravstvena očekivanja .....	33
4.4.3. Rezultati analize s obzirom na trajanje posjeta .....	35
4.4.4. Rezultati analize s obzirom na trajanje pregleda .....	37
5. RASPRAVA .....	40

5.1. Nedostaci istraživanja .....	49
6. ZAKLJUČCI.....	52
LITERATURA .....	53
PRIVITAK A.....	58
PRIVITAK B .....	60
ŽIVOTOPIS.....	64

## SAŽETAK

Uvod: Kvalitetna komunikacija ključna je za povećanje zadovoljstva pacijenata sa zdravstvenom uslugom te potiče njihovu suradljivost u liječenju, što može rezultirati boljim kliničkim ishodima i smanjenjem potrebe za ponovnim liječenjem. Istraživanje percepcije pacijenata omogućuje identifikaciju specifičnih potreba i preferencija u komunikaciji, što omogućuje prilagodbu komunikacijskih strategija kako bi se bolje odgovorilo na individualne potrebe pacijenata.

Cilj: Ispitati zadovoljstvo pacijenata zdravstvenom komunikacijom te razinu percipiranog rješavanja problema, poštovanja, ljubaznosti i neverbalne komunikacije s obzirom na demografske varijable, na vrstu djelatnika te na uputnu dijagnozu dolaska i obilježja liječenja.

Metoda: U online istraživanju sudjelovalo je 229 ispitanika (182 žena i 47 muškaraca) koji su uz sociodemografski upitnik ispunili i Upitnik zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom, (engl. Health Care Communication Questionnaire HCCQ)), proširen pitanjima usmjerenima na vrstu djelatnika te uputnu dijagnozu dolaska i obilježja liječenja.

Rezultati: Većina pacijenata izražava visoku razinu zadovoljstva komunikacijom s zdravstvenim djelatnicima, posebno u pogledu rješavanja problema, poštovanja, ljubaznosti i neverbalne komunikacije. Premda visoku, nešto manju razinu zadovoljstva imali su ispitanici koji su prilikom zadnjeg susreta s zdravstvenim djelatnikom bili hospitalizirani te oni koji očekuju pogoršanje zdravstvenog stanja u odnosu na druge. Dobiven je značajan utjecaj trajanja posjete i trajanja pregleda na zadovoljstvo pacijenata te su najzadovoljniji oni čiji je pregled trajao između 15 do 45 minuta.

Zaključak: Dobiven je visok stupanj zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom u ispitivanom uzorku odraslih osoba neovisno o spolu ispitanika, dobi ili stupnju obrazovanja ili struci zdravstvenog djelatnika. Navedeno ukazuje na visok standard zdravstvene komunikacije. Istraživanje daje uvid u područja skrbi gdje može doći do poboljšanja kao što je trajanje pregleda, trajanje posjete, hostilnosti i hospitalizacije.

**KLJUČNE RIJEČI:** komunikacija, interakcija, medicinsko osoblje, pacijenti, percepcija, zadovoljstvo



## SUMMARY

Introduction: Quality communication is crucial for increasing patient satisfaction with healthcare services and promoting their cooperation in treatment, which can result in better clinical outcomes and reduced need for re-treatment. Research on patient perceptions enables the identification of specific needs and preferences in communication, allowing for the adaptation of communication strategies to better meet the individual needs of patients.

Objective: To examine patient satisfaction with healthcare communication and the perceived levels of problem-solving, respect, kindness, and non-verbal communication, considering demographic variables, the type of healthcare provider, and the referral diagnosis and characteristics of treatment.

Method: The online study included 229 participants (182 women and 47 men) who, in addition to a sociodemographic questionnaire, completed the Health Care Communication Questionnaire (HCCQ), which was expanded with questions focused on the type of healthcare provider, the referral diagnosis, and treatment characteristics.

Results: The majority of patients expressed a high level of satisfaction with communication with healthcare providers, particularly regarding problem-solving, respect, kindness, and non-verbal communication. Although still high, slightly lower satisfaction levels were observed among respondents who had been hospitalized during their last encounter with a healthcare provider and those expecting a worsening of their health condition compared to others. A significant impact was found regarding the duration of the visit and the duration of the examination on patient satisfaction, with the most satisfied being those whose examination lasted between 15 to 45 minutes.

Conclusion: A high level of satisfaction with healthcare communication was observed in the studied sample of adults, regardless of the respondents' gender, age, or education level, or the healthcare provider's profession. This indicates a high standard of healthcare communication. The research provides insight into areas of care where improvements can be made, such as the duration of examinations, the duration of visits, hostility and hospitalization.

**KEY WORDS:** communication, health workers, interaction, patients, perception, satisfaction

## 1. UVOD

Komunikacija se definira kao proces prenošenja informacija kroz dogovoreni sustav znakova (1). Ona je ključna za socijalnu interakciju i međuljudske odnose. Svaka komunikacija uključuje najmanje dvije osobe – pošiljatelja i primatelja poruke, putem kanala kojim se poruka prenosi, poput jezika (bilo usmenog ili pisanog), gestikulacije, izraza lica i slično (2). Komunikacija podrazumijeva razmjenu misli, osjećaja i informacija te je neizbježna u svakoj interakciji između ljudi (3).

Komunikacija se smatra cjelovitom i profesionalnom kada su poruke svjesno i namjerno oblikovane, pažljivo isplanirane, te kada se aktivno traže i primaju povratne informacije o tome kako su primljene i kakav učinak imaju (4).

Komunikacija služi različitim ciljevima ili funkcijama, kao što su: (3). To su:

- Prijenos informacija;
- Rješavanje problema;
- Odluka o smjeru djelovanja;
- Ispunjavanje potreba.

Uspješna komunikacija ključni je aspekt svake interakcije. Osobe koje su savladale vještinu učinkovite komunikacije lakše se snalaze u međuljudskim kontaktima i osjećaju se zadovoljno (5). Osnovni cilj komunikacijskog procesa je uspostavljanje odnosa i različitih socijalnih interakcija. Kvaliteta tih odnosa ima značajan utjecaj na samu kvalitetu komunikacije. Zbog toga je važno da komunikacija bude kontrolirana i vođena pravilima dobre prakse.

To uključuje:

- Pravilo relevantnosti: pružanje točno onoliko informacija koliko je potrebno, bez nepotrebnih dodataka;
- Pravilo točnosti: dijeljenje samo pouzdanih i provjerenih informacija;
- Pravilo prikladnosti: sposobnost prilagođavanja komunikacije situaciji i kontekstu.
- Pravila načina: izbjegavati nejasnoće, biti kratak i konkretan; (2).

S obzirom na različite kanale preko kojih se informacija može prenositi, komunikacija se kategorizira kao verbalna i neverbalna, pisana, interpersonalna i intrapersonalna, te kao formalna i neformalna, uključujući i javnu komunikaciju. Formalna komunikacija u zdravstvu predstavlja osnovu za interakciju pacijenata s medicinskim osobljem. Ona prvenstveno uključuje pismenost zdravstvenih djelatnika, njihovu profesionalnost, kao i sposobnost da budu pristupačni i jasni u komunikaciji s pacijentima (1).

## 1.1. Verbalna komunikacija

Verbalna komunikacija odvija se korištenjem jezika, bilo u govornom ili pisanom obliku i najčešći je oblik komunikacije. Prisutna je u svakodnevnom životu, poslovnim aktivnostima, slobodnom vremenu, u medijima i u raznim izvorima znanja i informiranja. (6). Stajalište je brojnih stručnjaka da je slušanje najvažniji i najzastupljeniji dio verbalne komunikacije, jer na slušanje otpada čak 40% komunikacije, ali je i najviše zanemarena (7). Slušanje podrazumijeva usmjeravanje pažnje na ono što druga osoba govori, pri čemu može biti pasivno ili aktivno. Pasivno slušanje ne zahtijeva se mnogo truda, pa često dolazi do zanemarivanja sugovornikovih namjera. S druge strane, aktivno slušanje znači fokusirati se na sugovornika, slušati s empatijom i uvažavanjem. Samo na taj način možemo ga uistinu razumjeti i primjereno reagirati. Aktivno slušanje ključno je za verbalnu komunikaciju. Verbalna komunikacija je najefikasnije sredstvo društvenog utjecaja, jer omogućava najpotpunije izražavanje misli, složenih sadržaja te najpreciznije predstavljanje ideja i spoznaja (7).

Verbalna komunikacija se može podijeliti na nekoliko oblika: (8)

- Egocentrični govor, koji se odnosi na razgovor sa samim sobom, poput davanja samouputa.
- Naredbe i instrukcije, koje služe za usmjeravanje i utjecanje na tuđe ponašanje.
- Informacije, koje se mogu prenositi na različite načine, poput odgovora na pitanja ili navođenja činjenica.
- Emocionalni iskazi i stavovi, koji često prenose specifičnu vrstu informacija.

Ovo su neki od najvažnijih oblika verbalne komunikacije, a svaki ima svoju ulogu u međuljudskim interakcijama.

Pri verbalnoj komunikaciji, da bi bila uvjerljiva, često se koriste geste, mimika, vizualni kontakti. U zdravstvu prevladava verbalna komunikacija, koja se ostvaruje razgovorom, putem usmenog izlaganja; verbalne informacije mogu se prenositi i tehničkim medijima (knjige, radio, film) (5).

Verbalna komunikacija može biti jednosmjerna ili dvosmjerna. U jednosmjernoj komunikaciji informacije se prenose samo s jednog sudionika na drugog, bez mogućnosti povratne informacije. Drugim riječima, primatelj poruke ne može odgovoriti ili utjecati na proces. S druge strane, dvosmjerna komunikacija omogućuje povratnu informaciju; sudionici

međusobno reagiraju i utječu jedni na druge. Ovaj oblik komunikacije uključuje aktivno slušanje, razmišljanje i izražavanje mišljenja, što dovodi do promjena kod svih uključenih sudionika. Na početku i na kraju takvog razgovora, sudionici izlaze s promijenjenim stavovima i razumijevanjem (4).

## 1.2. Neverbalna komunikacija

Neverbalna komunikacija obuhvaća različite aspekte poput gesta, držanja tijela, izraza lica, kontakta očima, vanjskog izgleda i osobnog prostora (3).

Pored verbalne, neverbalna komunikacija služi kao dodatni način izražavanja poruka, a bez nje bi komunikacija bila ograničenija. Kroz neverbalnu komunikaciju možemo prenijeti ono što verbalna ne može, poput svojih emocija, stavova i odnosa prema sugovorniku (9).

Neverbalna komunikacija je manje podložna kontroliranju i namjernom usmjeravanju, što je čini direktnijim načinom prenošenja poruka. Bez obzira na naše namjere, uvijek šaljemo određene signale putem neverbalne komunikacije, što znači da dvije osobe u interakciji ne mogu izbjeći komunikaciju (3).

Izgovorena poruka dobiva puni smisao i značenje tek kada je podržana neverbalnim signalima. Neverbalne poruke mogu pojačati, umanjiti ili čak proturječiti onome što je izgovoreno. Stoga, nije samo važno što se kaže, već i način na koji se to izgovara (10).

Za uspješnu komunikaciju ključno je usklađivanje verbalnih i neverbalnih poruka. Prvi korak u postizanju ove usklađenosti je prepoznavanje i svjesnost vlastitog i tuđeg neverbalnog ponašanja tijekom komunikacije (11).

## 1.3. Oblici neverbalne komunikacije

Postoje različite klasifikacije neverbalne komunikacije, pri čemu su dvije kategorije neverbalnih znakova značajne za prepoznavanje emocija i stavova:

1. Facijalna ekspresija i pogled - izražavaju naše emocije. Izraz lica odražava intenzitet i vrstu emocija, bilo da se radi o ugodu ili neugodu. Istraživanja su pokazala da su izrazi lica koji prikazuju osnovne emocije univerzalni i urođeni. (12).

2. Položaj tijela i geste, poput držanja ruku i nogu te načina sjedenja ili stajanja, odražavaju stavove i osjećaje osobe. Otvoreno držanje može pokazivati spremnost za komunikaciju i povjerenje, dok pogrbljeno držanje često ukazuje na nisko samopouzdanje. Uspravno držanje i odlučni pokreti sugeriraju samopouzdanje i kontrolu.

Jedna od osnovnih funkcija neverbalnih znakova je ekspresija emocija. Istovremeno, neverbalnim znakovima pokušavamo sakriti iste. Neki od mehanizama skrivanja emocija su :

- maskiranje – prikrivanje emocija, razočarenje prikrivamo veseljem.
- minimiziranje – umanjujemo iskazivanje emocija.
- intenziviranje – pretjerano izražavanje emocije.
- neutraliziranje – potpuno neizražavanje emocija.

Istraživanja pokazuju da u komunikaciji najlakše kontroliramo jezik i izraz lica, ali nas ostalo izdaje (13).

U sklopu neverbalnih znakova prepoznamo i proksemičke znakove odnosno one koji se odnose na udaljenost između sudionika u komunikaciji. Tako npr. vlastiti prostor oko tijela ima više funkcija: štiti nas od stresa, bilo emocionalnog ili fizičkog, te pomaže u smanjenju neželjenih informacija poput neugodnih mirisa ili znoja. Također, ovaj prostor može odražavati stupanj bliskosti između osoba.

Narušavanje zona vlastitog prostora izaziva osjećaj neugode ili ugroženosti kod osobe (3).

Upotreba dodira u komunikaciji značajno ovisi o kulturi i individualnim razlikama. Dok neki ljudi često koriste dodir kao dio komunikacije, drugi to čine rijetko. Rizik kod upotrebe dodira leži u mogućnosti da se dodir pogrešno interpretira (11).

#### 1.4. Komunikacijske vještine i njihov utjecaj u zdravstvenoj komunikaciji

Komunikacijske vještine se odnose na skup vještina i sposobnosti koje omogućavaju učinkovitu razmjenu informacija, ideja i mišljenja između ljudi. To uključuje sposobnost jasnog i artikuliranog izražavanja, slušanja i razumijevanja, emocionalne inteligencije, upravljanje konfliktima, timski rad i prilagodbu različitim stilovima komunikacije (5).

Kategorizacija vještina komunikacije: (14)

- Intelektualne vještine: uključuju analizu, rješavanje problema i donošenje odluka.
- Socijalne vještine: obuhvaćaju slušanje, davanje povratnih informacija i prezentacijske vještine.
- Funkcionalne vještine: odnose se na pisanje i korištenje komunikacijske tehnologije.
- Složene vještine: uključuju empatiju, pregovaranje i rješavanje sukoba.
- Ključne vještine: postavljanje pitanja, slušanje i objašnjavanje.
- Kontekstualne vještine: asertivnost i izgradnja odnosa.

Visoka razina komunikacijskih vještina unutar zdravstvenih timova značajno pridonosi sigurnosti pacijenata, smanjujući mogućnost medicinskih grešaka, jača timski rad, omogućavajući zdravstvenim radnicima da efektivnije surađuju i koordiniraju svoje aktivnosti. Osjetljivost na kulturne različitosti pacijenata je još jedan ključni aspekt koji se ne smije zanemariti. Razumijevanje i poštivanje kulturnog konteksta pacijenata ne samo da poboljšava kvalitetu skrbi već i smanjuje broj pritužbi i nesporazuma u liječničkoj praksi (15,16).

Vještina komunikacije ključan je element za efikasno obavljanje svakodnevnih zadataka zdravstvenih djelatnika. Usavršavanje tehnika koje doprinose visokoj razini kvalitete komunikacije neophodno je za pružanje sigurne i efektivne zdravstvene skrbi. Za postizanje visokog stupnja komunikacijskih vještina, zdravstveni djelatnici moraju ne samo usvojiti odgovarajuće komunikacijske metode, već i primijeniti stečeno iskustvo u komunikaciji. Za uspješnu komunikaciju unutar zdravstvenog tima ključno je omogućiti dvosmjernu komunikaciju, gdje članovi tima ne samo da razmjenjuju informacije, već i aktivno primaju i pružaju povratne informacije, bez obzira na njihov karakter (17).

## 1.5. Komunikacija u zdravstvu

Komunikacija u medicini obuhvaća različite vrste interakcija, uključujući odnose između bolesnika i medicinskog osoblja, komunikaciju između zdravstvenih radnika i obitelji pacijenata, kao i suradnju unutar medicinskog tima i između različitih stručnjaka iz različitih disciplina (1). Svjetska zdravstvena organizacija ističe kvalitetnu komunikaciju kao jednu od pet ključnih vještina za zdrav i sretan život. Posjedovanje znanja i vještine u kvalitetnoj komunikaciji preduvjet je za uspješno obavljanje mnogih profesija, posebno u medicini. U zdravstvenoj skrbi, učinkovita komunikacija s pacijentima predstavlja osnovu za uspješno liječenje (18).

Verbalna komunikacija primarno je svjesni proces koji uključuje razgovor između pacijenta i medicinskog osoblja. S druge strane, neverbalna komunikacija proizlazi iz ljudske podsvijesti te se često manifestira među pacijentima (facijalne ekspresije, gestikulacija, tjelesni stav i poza, kontakt očima i dr.)

Neverbalna komunikacija posebno je značajna u medicinskom okruženju, gdje pacijenti možda neće moći verbalno izraziti svoje stanje ili emocije, ali ih jasno pokazuju kroz neverbalne signale. U kontekstu javnog zdravstva, vrlo je važno da se informacije između pacijenata i zdravstvenih djelatnika prenose jasno i učinkovito. Kvalitetna komunikacija neizostavno utječe na ishod liječenja te brz i kvalitetan oporavak pacijenata.

Zdravstveno osoblje mora biti opremljeno sposobnostima prepoznavanja i primjene različitih oblika komunikacije kako bi se maksimizirala učinkovitost liječenja i oporavka. Zdravstvena dokumentacija predstavlja ključnu metodu komunikacije unutar zdravstvenog sustava, omogućujući razmjenu informacija među svim sudionicima u skrbi o pacijentu, uključujući medicinsko osoblje, suradnike u zdravstvu, same pacijente, njihove obitelji, te institucije zdravstvenog osiguranja. U suvremenom društvu, gdje se veliki dio informacija prenosi pisanom formom, visoka razina pismenosti postaje neophodan uvjet za efektivno sudjelovanje u komunikacijskom procesu (19).

Za uspostavljanje kvalitetnog kontakta s pacijentima, zdravstveni djelatnici moraju imati dobro razvijeno razumijevanje svoje osobnosti i identiteta. Važno je da se ponašaju profesionalno i u skladu s vlastitim kompetencijama, te da posjeduju stabilno samopoštovanje i čvrsto izgrađen osobni identitet. Otvorenost, ljubaznost, toplina, dobrodušnost, empatija i sposobnost aktivnog slušanja ključni su atributi za efikasnu komunikaciju. U svakodnevnoj praksi poseban naglasak se stavlja na razvijanje empatije, aktivnog slušanja i uspostavljanja autoriteta. Aktivno slušanje je sa svrhom. U zdravstvu kvalitetna komunikacija uključuje proces u kojem zdravstveni djelatnik ne samo da sluša činjenice koje pacijent iznosi, već se trudi razumjeti i dodatne vrijednosti, stavove i osjećaje. Aktivno slušanje je dinamičan proces u kojem zdravstveni djelatnik: a) pažljivo sluša poruke pacijenta, b) tumači njihovo značenje, i c) pruža povratne informacije o onome što je razumio iz komunikacije (3).

Koliko god je razgovor između zdravstvenog djelatnika i pacijenta bitan za razmjenu informacija, jednako je važno i pažljivo slušanje, odnosno usredotočeno primanje poruka tijekom razgovora. Zdravstveni djelatnik mora osigurati da ostane koncentriran i pažljivo prati pacijenta. Ako pacijent primijeti da mu djelatnik ne posvećuje dovoljno pažnje ili da ga ne sluša, to može dovesti do nepovjerenja i osjećaja da djelatnik nije dovoljno zainteresiran za njegovo liječenje (20).

Vještina komuniciranja s pacijentom djelomično proizlazi iz osobnosti zdravstvenog djelatnika i načina na koji se izražava u komunikaciji. Ako je djelatnik povučen, zatvoren i ne uspijeva uspostaviti dobru komunikaciju s pacijentom, gubi svoje najvažnije sredstvo – riječ (21).

Komunikacija između liječnika i pacijenta temelj je medicine usmjerene na osobu, a ne samo na bolest. U medicinskoj praksi, komunikacija je klinička vještina koja se mora naučiti, podučavati i kontinuirano primjenjivati. Jedan od ključnih rezultata efikasne komunikacije jest stjecanje poštovanja pacijenata, što direktno vodi do izgradnje njihovog povjerenja u liječnika i cjelokupni zdravstveni tim odgovoran za njihovu skrb (22).

Kvaliteta komunikacije, koja se ogleda u pravovremenom informiranju pacijenta o njegovom stanju na način koji on razumije, kao i u pokazivanju suosjećanja i empatije, značajno doprinosi tome da pacijent slijedi zdravstvene savjete i upute. Liječnik kojega njegovi pacijenti procjenjuju kao brižnog, srdačnog, toplog, prijateljskog, zainteresiranog, empatičnog – ima veći utjecaj na pridržavanje uputa nego grub, neemocionalan i bezosjećajan liječnik. Na zadovoljstvo bolesnika liječnikom, uz dobru komunikaciju, djeluje i izbjegavanje autoritarnog nametanja svoje volje od strane liječnika, uspostavljanje reciprociteta i suradnje liječnika i bolesnika u planiranju i provođenju terapije, dovoljna autonomija koja potiče osjećaje kontrole bolesnika nad svojom bolešću i životom, dakle sve ono što je važno u svakoj terapijskoj komunikaciji, važno je i u komunikaciji kojom se želi povećati stupanj pridržavanja zdravstvenih savjeta i uputa (23).

Osnovni element kvalitete usluge je zadovoljiti potrebe i očekivanja pacijenata, što bi rezultiralo pozitivnom percepcijom pacijenata o sposobnostima liječnika (24).

Stručnjaci s boljom komunikacijom i međuljudskim vještinama pružaju bolju podršku svojim pacijentima. U suvremenoj medicini očekuje se suradničko donošenje odluka, a stručnjaci i pacijenti sudjeluju kao partneri u postizanju dogovorenih ciljeva u skladu s osobnim uvjerenjima, vrijednostima i stavovima (25).

#### 1.6. Važnost učinkovite komunikacije u zdravstvu

Učinkovita komunikacija između zdravstvenih djelatnika i bolesnika povećava vjerojatnost da će se bolesnik na vrijeme obratiti za pomoć zdravstvenoj službi, da će na vrijeme biti ustanovljena točna dijagnoza i poduzeto brzo i uspješno liječenje, da će se bolesnik bolje pridržavati zdravstvenih savjeta i uputa, da će biti zadovoljan zdravstvenim uslugama i biti motiviran za aktivno sudjelovanje u liječenju i rehabilitaciji. Uspješnom komunikacijom između liječnika i bolesnika općenito se smatra ona komunikacija kojom se razmjenjuje dovoljna količina razumljivih obavijesti o očuvanju zdravlja i liječenju bolesti, koja potiče na ponašanja usmjerena na očuvanje zdravlja i aktivno sudjelovanje bolesnika u liječenju bolesti, i kojim se uspostavljaju bliski emocionalni odnosi poštovanja, podrške i suosjećanja koji pomažu u uspješnom suočavanju s bolešću i u smanjivanju strahova, zabrinutosti i potištenosti (23).

Istraživanja potvrđuju kako kvaliteta komunikacije i interakcije između zdravstvenih djelatnika i bolesnika igra ključnu ulogu u procesu zdravstvene skrbi. Učinkovita komunikacija ne samo da pozitivno utječe na zadovoljstvo pacijenata liječenjem, već i



značajno doprinosi suradljivosti pacijenata, što je temelj za uspješne kliničke ishode i poboljšanje kvalitete života (15,16).

Studija koja se bavila istraživanjem iskustava i percepcijom pacijenata s dijabetesom T2 i njihovoj interakciji s pružateljem zdravstvenih usluga pokazale su da su percepcije pacijenata o boljoj komunikaciji s njihovim pružateljem usluga povezane s višim razinama ponašanja brige o sebi, pridržavanje uputa o liječenju i manje problema i briga povezanih s dijabetesom. Pacijenti koji su izvijestili o većoj kvaliteti komunikacije sa svojim pružateljem usluga imali su veću percipiranu osobnu kontrolu nad svojim dijabetesom i višu razinu samoefikasnosti (26).

Za uspješnu komunikaciju s pacijentom jednako su važni i proces davanja informacija i sposobnost primanja poruka, odnosno aktivno slušanje. To znači slušati pacijenta, razumjeti što govori, suosjećati s njim bez sažaljenja i nastojati mu pomoći u rješavanju problema. (27). Komunikacija liječnika i pacijenata utječe na percepciju pacijenata o kvaliteti zdravstvene usluge (28). Dobra kvaliteta zdravstvene usluge povezana je s zadržavanjem trenutnih pacijenata i privlačenjem novih, smanjenim troškovima, poboljšanom slikom zdravstvene ustanove i konačno, povećanom profitabilnošću (29). Učinkovita komunikacija i visokokvalitetne zdravstvene usluge ključne su za izgradnju povjerenja pacijenata u pružatelje zdravstvenih usluga. Obuka zdravstvenih djelatnika o učinkovitim komunikacijskim tehnikama mogla bi biti jednako važna kao i poboljšanje zdravstvenih objekata i usluga. Takav pristup mogao bi dovesti do boljih ishoda za pacijente, većeg zadovoljstva pacijenata i snažnijeg povjerenja u pružatelje zdravstvenih usluga (30). Od iznimne je važnosti daljnje obrazovanje i treninzi za zdravstvene djelatnike u području komunikacijskih vještina kako bi se maksimizirao terapijski potencijal i pacijentova dobrobit (31).

Rezultati istraživanja koja upućuju na utjecaj zadovoljstva komunikacijom i ishoda liječenja na ukupne troškove liječenja, dobili su zanimljiv međudnos na relaciji: kvalitetnija komunikacija liječnik - bolesnik, prisniji međuljudski odnosi - veće zadovoljstvo i bolesnika i liječnika - bolje zdravstveno ponašanje - uspješnije čuvanje zdravlja - uspješnija i brža dijagnoza - uspješnije liječenje – manji troškovi liječenja (23).

Studija je dokazala da komunikacijske vještine poput objašnjavanja tretmana, poštovanje pacijenata i pružanje poticaja za poštivanje tretmana i naglašavanja važnosti uzimanja lijekova mogu učinkovito smanjiti napetost kod pacijenata i povećati njihovo povjerenje u liječnike (31).

Ako zdravstveni djelatnik uspješno komunicira i adekvatno odgovori na pacijentove potrebe za razumijevanjem dijagnoze, terapijskih opcija i prognoza, pacijent će na temelju dobivenih informacija moći donijeti osviještenu odluku o daljnjem tijeku liječenja (22).

Bez izravne i visokokvalitetne komunikacije, ishodi liječenja mogu biti nepovoljni. Česte kritike na račun liječnika, koje iznose pacijenti i mediji, obično se odnose na nedostatak kvalitetne komunikacije. Pacijenti, posebice oni koji osjećaju strah, očekuju da im zdravstveni tim pruži potpunu pažnju i brigu, te su s pravom zainteresirani za detaljne informacije o svojoj bolesti i opcijama liječenja. U situacijama s teško bolesnim i terminalno bolesnim osobama, naročito kod djece, očekivanja prema razini komunikacije su još veća. Dijalog je najučinkovitiji oblik komunikacije. Premda se ne može zanemariti objektivna stvarnost, primjerena komunikacija može znatno olakšati teške okolnosti (32).

Rezultati istraživanja su pokazali da dobar terapijski savez između fizioterapeuta i pacijenta, a odnosi se na njihovu suradnju i dogovor o ciljevima liječenja može pozitivno utjecati na ishode liječenja kao što su poboljšanje simptoma i zdravstveno stanje te zadovoljstvo. Dobar primjer dolazi iz mišićno-koštane rehabilitacije. Pacijenti koji su bili podvrgnuti fizioterapiji za kroničnu bol u donjem dijelu leđa s jakim terapijskim savezom pokazali su povećanje od čak četiri boda na ljestvici 0-10 globalnog percipiranog učinka u usporedbi s onima sa slabim terapijskim savezom (33). U području fizioterapije priroda većine intervencija obično je dugoročna. Stoga je pridržavanje pacijenata dugoročnim režimima liječenja ključna za postizanje učinkovite kliničke prakse. Nedostatak pridržavanja dugoročnih terapija rezultira lošim kliničkim ishodima i nepotrebno visokim troškovima zdravstvene zaštite (34).

Kada pacijenti, osobito oni s dijagnozom, uspostave efikasnu komunikaciju s medicinskim osobljem, indirektno ispunjavaju inherentnu potrebu za angažmanom u vlastitom zdravstvenom stanju i stanju drugih kroz mehanizme socijalne interakcije i empatijske povezanosti (22). Učinkovita komunikacija smatra se bitnom vještinom koju kliničari trebaju savladati u kliničkoj praksi kako bi poboljšali kvalitetu i učinkovitost skrbi (35).

Ispitujući razloge zadovoljstva majki bolesne djece liječničkim tretmanom njihove djece, ustanovilo se da su najčešći razlozi zadovoljstva bili vezani uz sljedeća obilježja liječnika: (36) 1. Pažljivo me sluša i ne prekida me dok govorim; 2. Detaljno mi objašnjava sve u vezi s bolesti i terapijom; 3. Iskren je; 4. Stručan je; 5. Sjeća se kako se zovem; 6. Dobar je dijagnostičar; 7. Prati uspješnost terapije.

Nezadovoljni bolesnici manje su motivirani obraćati se liječniku kojim su nezadovoljni i više su skloni tražiti usluge neslužbene, alternativne medicine. Jedna od vrlo

loših posljedica nezadovoljstva bolesnika liječnikom je nepridržavanje zdravstvenih savjeta i uputa (35).

Bolesnik traži pomoć od liječnika upravo u situacijama u kojima teži zadovoljiti neku od svojih potreba, kao što su potrebe za ugodom i smanjenjem bolnih simptoma bolesti, potreba za sigurnošću koja je narušena lošim zdravljem, potreba za razumijevanjem, suosjećanjem i prihvaćenošću od strane liječnika, pa je i razumljivo da je bolesnik zadovoljan ako se ova njegova očekivanja i ispune. Što je veća uspješnost liječnika u zadovoljenju bolesnikovih potreba i zadovoljstvo bolesnika će biti veće (37).

### 1.7. Nedostatna i nerazumljiva komunikacija u zdravstvu

Nasuprot učinkovitoj komunikaciji, postoji loša komunikacija. Loša komunikacija je komunikacija u kojoj se ne razmjenjuje dovoljno obavijesti o bolesnikovu zdravstvenu stanju, koja ne djeluje na motivaciju za aktivno sudjelovanje bolesnika u vlastitom liječenju, koja ostavlja bolesnike nezadovoljnim i nepotiče pozitivne oblike zdravstvenog ponašanja i koja zbog svega toga može biti razlog ozbiljnih medicinskih pogrešaka u dijagnostici i liječenju, djelovati na kašnjenje u pružanju hitnih medicinskih usluga, i u krajnjoj liniji povećati nepotrebno korištenje zdravstvenih usluga i značajno povećati troškove dijagnostike i liječenja (23).

Prva sustavnija istraživanja komunikacije između zdravstvenih djelatnika i bolesnika utvrdila su da je komunikacija često nedostatna, jer ne obuhvaća sve značajne obavijesti o bolesti koje bi bolesnik želio znati, nerazumljiva za velik dio bolesnika kojima medicinska terminologija nije bliska i cjelovita, jer ne sadrži dovoljno tema o psihološkim i socijalnim aspektima zdravlja i bolesti (38). Zbog tih nedostataka njome se često ne ostvaruju sve dobrobiti uspješne komunikacije, kao što su stvaranje uzajamnog zadovoljstva, povjerenja između zdravstvenih djelatnika i bolesnika, stvaranje osjećaja međusobnog razumijevanja, simpatije, suosjećanja i podrške, a time i bolje pridržavanje zdravstvenih uputa i savjeta, te osnaživanje za suočavanje sa stresom i smanjivanje straha, tjeskobe i potištenosti uzrokovanih neugodnim ili bolnim dijagnostičko – terapijskim zahvatima (39).

Jedno od osnovnih prava pacijenata je da budu informirani o mogućim uzrocima, simptomima i opcijama liječenja njihove bolesti. Ipak, mnogi pacijenti ne uspijevaju uvijek ostvariti to pravo. Istraživanja o zadovoljstvu pacijenata često pokazuju da je nedostatak kvalitetne komunikacije, posebno nedovoljno pruženih informacija o njihovom zdravstvenom stanju, glavni razlog nezadovoljstva prema zdravstvenim djelatnicima (38).

Jedan od čestih razloga za ograničenu komunikaciju između liječnika i pacijenata leži u načinu obrazovanja liječnika, koje je uglavnom fokusirano na biomedicinski model. U tom modelu, komunikaciji s pacijentima pridaje se manja važnost u usporedbi s provođenjem medicinskih pretraga. Također, obrazovni sustav često zadržava tradicionalni odnos između liječnika i pacijenata, gdje su liječnici viđeni kao autoriteti koji najbolje znaju što je potrebno za pacijentovo zdravlje, pri čemu se uloga bolesnika najčešće svodi samo na pasivnog primatelja zdravstvenih usluga.

Kao drugi razlog navodi se stvaran nedostatak vremena za razgovore s bolesnicima, zbog prevelikog broja bolesnika odnosno premalog broja liječnika, što je često stvarno opravdan razlog preslabe komunikacije.

Treće, u zdravstvu se sve više pozornosti posvećuje korištenju suvremene dijagnostičko-terapijske tehnologije, pa se razgovoru kao dijagnostičkom alatu ne pridaju veće značenje.

Četvrto, razgovor s bolesnikom o bolesti, posebno kada se radi o teškim kroničnim bolestima s neizvjesnom prognozom, je emocionalno opterećenje te ga u takvim situacijama liječnici i drugi zdravstveni djelatnici nastoje izbjeći.

Peto, bolesnika se često smatra potpunim nestručnjakom „u stvarima medicine“ te se detaljno obavještavanje o bolesti smatra nečim što bolesnici ionako neće razumjeti, pa smatraju da zato s bolesnikom o detaljima njegove bolesti ne treba ni razgovarati.

Šesto, zbog složenosti situacije u organizaciji zdravstvene službe često ne postoji dovoljna komunikacija između samih zdravstvenih djelatnika koji mogu pretpostavljati da je drugi djelatnik iz medicinskog tima bolesniku već objasnio sve o njegovoj bolesti, te je nepotrebno ponavljati već rečeno.

Sedmo, pretpostavlja se da će iscrpan razgovor o bolesti i potrebnim pretragama dodatno uplašiti bolesnika, koji u takvom emocionalnom stanju može odbiti daljnje pretrage (23).

Osim ovih, postoje i mnogi drugi razlozi koji ovise o posebnostima konkretne komunikacijske situacije, obilježjima i simptomima bolesti i ranije uspostavljenom odnosu između liječnika i bolesnika. Stručnjaci koji se bave pitanjima komunikacije u zdravstvu smatraju da se na većinu razloga preslabe komunikacije u zdravstvu može pozitivno utjecati uvođenjem komunikacije i komunikacijskih vještina kao obveznih dijelova nastavnih programa svih zdravstvenih djelatnika, a poglavito programe cjeloživotnog obrazovanja (37,41,42).

Najčešći prigovor bolesnika na komunikaciju u zdravstvu odnosi se na slabu razumljivost komunikacije, pretjeranu upotrebu medicinskog žargona i nedovoljnog pridavanja pozornosti bolesnikovim sposobnostima procesiranja obavijesti o bolesti i liječenju (23).

Glavni uzroci loše komunikacije zapravo su „pogreške u razumijevanju i pamćenju,“ a djelotvorna i zadovoljavajuća komunikacija zbiva se samo onda ako su sadržaji poruka razumljivi bolesniku i ako ih prosječan bolesnik može zapamtiti. Pretpostavlja se da do propusta u komunikaciji dolazi uglavnom zato što mnogi bolesnici ne razumiju mnoge medicinske izraze koji se koriste u komunikaciji i jer obavijesti dobivaju takvim slijedom koji nije prikladan za zapamćivanje (37). Kao temeljne preporuke za bolje pamćenje ističe se važnost iznošenja najvažnijih obavijesti i davanja savjeta na početku razgovora, uz korištenje kratkih i jasnih riječi i rečenica, uz često ponavljanje najvažnijih sadržaja, te uz davanje konkretnih, specifičnih, a ne općih obavijesti (37).

Smatra se da je razgovor s bolesnikom o psihološkim, socijalnim, financijskim, profesionalnim i drugim aspektima bolesti, nužan kako bi se spoznale sve situacije na koje se bolesnik treba prilagoditi, te da je uloga zdravstvenih djelatnika saznati glavne bolesnikove probleme i pokušati pomoći u njihovu rješavanju, bez obzira na to radi li se o problemima tjelesne ili emocionalne naravi (43).

Rezultati studije koja je istraživala kako iscrpljenost liječnika utječe na njihovu sposobnost efikasne komunikacije tijekom primarnih zdravstvenih pregleda ukazala je na to da liječnici koji doživljavaju veće razine iscrpljenosti pokazuju značajno lošiju komunikaciju, što može dovesti do slabijih zdravstvenih ishoda za pacijente. Studija naglašava važnost rješavanja iscrpljenosti među zdravstvenim radnicima kao ključnog elementa poboljšanja komunikacije u zdravstvu (44).

Utvrđeno je da loša komunikacija može rezultirati raznim negativnim posljedicama, uključujući prekid kontinuiteta skrbi, ugrožavanje sigurnosti pacijenata, nezadovoljstvo pacijenata te neučinkovito korištenje resursa, kako u nepotrebnim pretragama i radnom vremenu liječnika, tako i ekonomskim posljedicama. Djelotvorna i učinkovita komunikacija ključna je u zdravstvu. Pisana komunikacija je najzastupljeniji oblik komunikacije između specijalističke i primarne zdravstvene zaštite (45). Efikasna razmjena informacija povezuje se s višim stupnjem zadovoljstva pacijenata te boljim poštivanjem preporuka i uputa (46).

Nove studije potvrđuju da pacijenti često napuštaju zdravstvene ustanove s nedostatnim informacijama o svom liječenju, zbog nedovoljne komunikacije s članovima zdravstvenog tima. Istraživanja ukazuju na to da pacijenti rijetko dobivaju cjelovite i razumljive odgovore o metodama liječenja, mogućim nuspojavama, trajanju terapije, kao i očekivanim rezultatima i ishodima liječenja. Ovaj problem može dovesti do neadekvatnog pridržavanja medicinskih uputa i generalno slabijih zdravstvenih ishoda (47).

Istraživanje provedeno u Hrvatskoj na bolesnicima koji su koristili usluge opće medicine, promatranjem komunikacije između liječnika i bolesnika tijekom posjeta bolesnika

ordinacijama opće medicine, na reprezentativnom uzorku od 50 ordinacija opće medicine s područja cijele Hrvatske utvrđeno je da u sadržajima komunikacije liječnik – bolesnik prevladavaju sadržaji koji se odnose na organske značajke bolesti (71%), dok su sadržaji koji obuhvaćaju emocionalne i psihosocijalne aspekte bolesti znatno manje zastupljeni (20%). Najmanji postotak sadržaja razgovora između liječnika i bolesnika odnosio se na teme koje nisu imale izravne veze s bolešću (9%), ali za koje se pokazalo da su također vrlo značajne za uspostavu prisnijih međuljudskih odnosa između liječnika i bolesnika. Dokazano je da količina i sadržaj razgovora imaju značajan utjecaj na razinu zadovoljstva pacijenata s liječnikom. Najnezadovoljniji su bili pacijenti s kojima se malo razgovaralo i kod onih u čijoj su komunikaciji s liječnikom prevladavali organski aspekti bolesti. Nasuprot tome, visok nivo zadovoljstva nađen je kod pacijenata s kojima su liječnici opće medicine više razgovarali o emocionalnim i psihosocijalnim aspektima bolesti, te o temama nevezanima za bolest. Često spominjani nedostatak vremena za iscrpniju komunikaciju s bolesnikom zbog prevelikog broja bolesnika u ordinacijama, nije se pokazao kao značajan razlog slabe komunikacije i male zastupljenosti emocionalnih i sociopsiholoških sadržaja. Naime, čak i u slučaju viška vremena zbog malog broja bolesnika u neopterećenim ordinacijama, to su vrijeme liječnici više koristili za širi razgovor o organskim aspektima bolesti. To potvrđuje pretpostavku da u ordinacijama opće medicine ima premalo razgovora o psihosocijalnim temama ne toliko zbog nedostatka vremena, već najvjerojatnije zbog nedovoljnog pridavanja važnosti emocionalnim i psihosocijalnim sadržajima razgovora (23).

Godine 2014. provedeno je istraživanje koje se bavilo procjenom zadovoljstva roditelja hospitalizirane djece komunikacijom zdravstvenih djelatnika u Klinici za pedijatriju u Kliničkom bolničkom centru Zagreb pri čemu se koristio upitnik od 54 pitanja kako bi ispitivali pet aspekata komunikacije: dostupnost i točnost informacija, stav osoblja prema pacijentima, sposobnosti, znanja i vještine zdravstvenih djelatnika, uvjete rada te stav prema radnim obavezama. Ispitanici, odnosno roditelji, ukazali su na visoku razinu zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom u svim aspektima, iako su radni uvjeti, koji mogu utjecati na kvalitetu komunikacije, ocijenjeni kao najmanje zadovoljavajući (48).

Istraživanje provedeno u Lječilištu Topusko 2018., godine na temu “Zadovoljstvo pacijenata komunikacijom i odnosom fizioterapeuta” obuhvatilo je 100 pacijenata, od kojih je 60% bilo žena i 40% muškaraca, s prosječnom dobi od 49,65 godina. Više od 70% sudionika je pozitivno ocijenilo komunikacijske vještine fizioterapeuta, ističući ugodan razgovor, pristojnu komunikaciju, poštivanje privatnosti te stručnost i sposobnost. Kao izvore nezadovoljstva su istaknuli nedostatak predstavljanja, osjećaj žurbe i nerveze. Mlađi sudionici (20-39 godina) su se češće nego stariji (60+ godina) žalili na nedostatak vremena,

nepredstavljanje i nedostatak suosjećanja. Sudionici u dobi od 40-59 godina su osjećali da nisu dobili dovoljno informacija i da je sve bilo brzopleto. Demografski gledano, žene su manje zadovoljne vremenom i predstavljanjem, dok su muškarci manje zadovoljni pristojnošću komunikacije i brzinom. Sudionici koji su prvi put koristili fizioterapiju su bili zadovoljniji od iskusnijih pacijenata. Zaključno, 75% pacijenata je izrazilo zadovoljstvo fizioterapijom u Lječilištu Topusko, a identificirani izvori nezadovoljstva uključivali su nedostatak predstavljanja, osjećaj žurbe i nervoze (49).

Ovo istraživanje može doprinijeti razumijevanju važnosti kvalitetnih komunikacijskih vještina u kontekstu pružanja zdravstvene skrbi. Analiza i interpretacija rezultata mogu otkriti ključna područja u kojima su potrebna poboljšanja te mogu poslužiti kao temelj za razvoj detaljnih smjernica namijenjenih optimizaciji procesa komunikacije unutar zdravstvenih institucija, može motivirati zdravstvene djelatnike da usvoje efikasnije metode komunikacije, što direktno utječe na povećanje zadovoljstva pacijenata, poboljšanje terapijskih ishoda i opću sigurnost tijekom liječenja.

## **2. CILJEVI**

Glavni cilj istraživanja je ispitati ukupno zadovoljstvo pacijenata zdravstvenom komunikacijom te razinu percipiranog rješavanja problema, poštovanja, ljubaznosti i neverbalne komunikacije.

Specifični ciljevi istraživanja su:

C1: Osigurati jezičnu validaciju upitnika putem prijevoda te procijeniti unutarnju pouzdanost pomoću Cronbach-ovog koeficijenta  $\alpha$ .

C2: Ispitati razinu zadovoljstva pacijenata zdravstvenom komunikacijom s obzirom na demografske varijable.

C3: Ispitati razinu zadovoljstva pacijenata zdravstvenom komunikacijom s obzirom na vrstu djelatnika.

C4: Ispitati razinu zadovoljstva pacijenata zdravstvenom komunikacijom s obzirom na uputnu dijagnozu dolaska i obilježja liječenja.

### **2.1. HIPOTEZE**

H1: Proces jezične validacije rezultirat će poboljšanom jasnoćom, točnošću i razumljivošću pitanja upitnika nakon prevođenja na hrvatski jezik, dok će analiza unutarnje pouzdanosti pomoću Cronbach-ovog koeficijenta  $\alpha$  pokazati visoku konzistenciju odgovora na pitanja unutar upitnika.

H2: Nema značajne razlike u razini zadovoljstva pacijenata zdravstvenom komunikacijom s obzirom na demografske varijable.

H3: Nema značajne razlike u razini zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom s obzirom na vrstu djelatnika.

H4: Nema značajne razlike u razini zadovoljstva pacijenata zdravstvenom komunikacijom s obzirom na uputnu dijagnozu dolaska i obilježja liječenja.



### 3. ISPITANICI I METODE

#### 3.1. Ispitanici/metode

Ispitanici ovog presječnog istraživanja bili su punoljetne osobe, podijeljene u šest dobni skupina: "18-25", "25-35", "35-45", "45-55", "55-65" i "65+" koje su u zadnja tri mjeseca bili korisnici usluga zdravstvenih ustanova. Isključni kriterij bio je dob mlađa od 18 godina te nemogućnost samostalnog ispunjavanja upitnika. Broj ispitanika koji je ispunio upitnik je 229, od toga 182 ispitanika ženskog spola i 47 ispitanika muškog spola. Prosječna dob ispitanika iznosila je 40,6 god.

Prema stupnju obrazovanja i zanimanju, među njima je 86 ispitanika imalo visoku stručnu spremu, 48 ispitanika višu stručnu spremu, 92 ispitanika srednju stručnu spremu, dok su 3 ispitanika imala završenu samo osnovnu školu. Kada je riječ o profesionalnoj pripadnosti, 41 ispitanik je bio zdravstveni djelatnik, dok su preostalih 188 ispitanika pripadali različitim drugim strukama.

#### 3.2. Postupak i instrumentarij

Istraživanje je provedeno online upitnikom putem Google Forms-a. Trajalo je 30 dana, metodom snježne grude. Sudionici koji su ispunjavali kriterije za sudjelovanje u istraživanju bili su zamoljeni da ispune online upitnik koji se dijelio putem osobnih kontakata, online grupa, foruma za pacijente i drugih relevantnih kanala.

Kako bi ispitali zadovoljstvo zdravstvenom komunikacijom bio je primijenjen *Upitnik zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom*, (engl. *Health Care Communication Questionnaire (HCCQ)*) (prilog). HCCQ se koristi za procjenu zadovoljstva pacijenata zdravstvenom komunikacijom medicinskim osobljem. Sastoji se od 13 pitanja koja se ocjenjuju na ljestvici Likertovog tipa od 1 do 5, a pokrivaju različite aspekte komunikacije. Ispitanici su procjenjivali zadovoljstvo zdravstvenom komunikacijom samo jednog od zdravstvenih djelatnika koji je sudjelovao u njihovom liječenju, liječnik, fizioterapeut, medicinska sestra/tehničar ili dr. Upitnik se sastoji od četiri podljestvice: rješavanje problema (4 pitanja), poštovanje (4 pitanja), izostanak hostilnosti (3 pitanja) i neverbalna komunikacija (2 pitanja). Rezultat na pojedinim ljestvicama je srednja vrijednost prosječnih ocjena po ispitaniku na pitanja iz ljestvice, odnosno ukupno zadovoljstvo zdravstvenom komunikacijom je srednja vrijednost prosječnih ocjena po ispitaniku na svih 13 pitanja. Raspon rezultata je od

minimalnih 1 do maksimalnih 5. Kako bi ispitali sociodemografska i obilježja liječenja kreiran je upitnik za svrhu istraživanja. Ispitanici su bili zamoljeni da odgovore kojeg su spola, dobi, stupnja obrazovanja te koja je njihova uputna dijagnoza i rehabilitacijski postupak.

Upitnik je validiran na engleskom jeziku te je za potrebe ovog istraživanja preveden na hrvatski jezik putem dvostrukog prijevoda (s engleskog na hrvatski, te s hrvatskog na engleski). U postupku prevođenja sudjelovale su psihologinja te ovlaštenu prevoditelj s engleskog jezika. Upitnik se smije koristiti u istraživačke svrhe te nije potrebna dozvola autora.

Upitnik je bio anonim i namijenjen je poboljšanju kvalitete zdravstvene skrbi. Rezultati se mogu koristiti za evaluaciju učinkovitosti komunikacijskih vještina zdravstvenih djelatnika i identifikaciju područja za poboljšanje.

### 3.3. Statistička obrada podataka

U radu je provedena statistička analiza podataka dobivenih iz HCCQ upitnika. U postupku analize dobivenih podataka biti će provjerena pouzdanost instrumenata (Cronbach  $\alpha$ ).

Podaci su opisani i sumirani korištenjem deskriptivne statističke metode. Za provjeru statističkih razlika među grupama (npr. razlog dolaska, spol, dob, postupak) koristili su se odgovarajući statistički testovi, poput p – vrijednosti za testiranje hipoteza, Mann-Whitney U test za usporedbu dviju nezavisnih grupa, kada je ispitivana kategorija imala samo dvije razine, npr. kategorija spol u ovoj anketi ima dvije razine: muški i ženski. Shapiro - Wilkov test normalnosti u kojem je hipoteza ta da podaci dolaze iz normalne distribucije te Wilcoxonov test sume rangova kada kategorija ima više od dvije razine, npr. dobne skupine koje su podijeljene na 6 razina.

### 3.4. Etički aspekt istraživanja

Upitnik je bio anonim, dobrovoljan, a pristup podacima imaju studentica i mentorica. Svi ispitanici su bili upoznati pismeno sa svrhom i ciljem istraživanja, te podatkom da u bilo kojem trenutku smiju odustati od sudjelovanja. Tijekom istraživanja poštivala su se sva etička načela. Prije ispunjavanja upitnika sudionici su dali privolu da žele sudjelovati u istraživanju.

## 4. REZULTATI

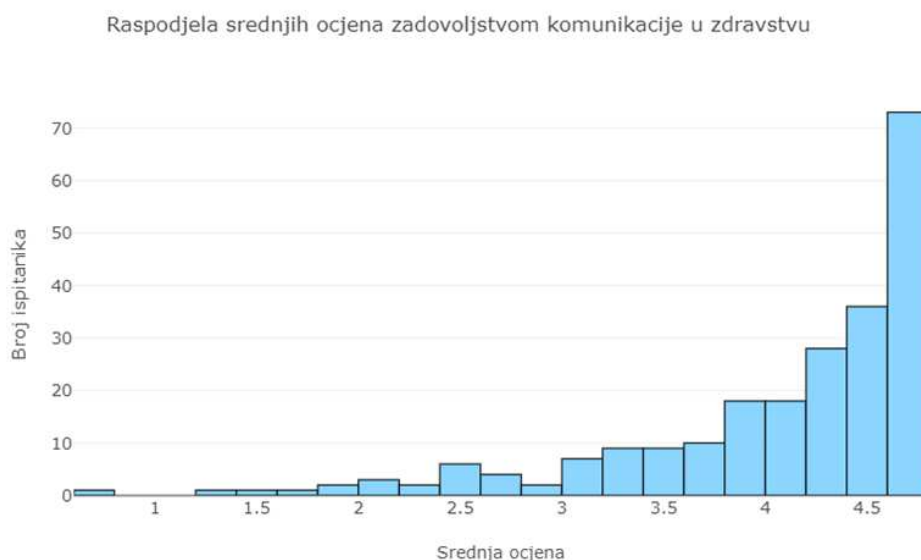
Za potrebe istraživanja percepcije pacijenata o kvaliteti zdravstvene komunikacije bio je primijenjen HCCQ upitnik, a ukupan broj ispunjenih upitnika je 229. Upitnik je proširen pitanjima usmjerenima na razinu zadovoljstva pacijenata zdravstvenom komunikacijom s obzirom na demografske varijable, vrstu djelatnika te uputnu dijagnozu dolaska i obilježja liječenja.

### 4.1. Distribucija srednjih ocjena svih ispitanika

Za mjeru zadovoljstva komunikacijom svakog ispitanika uzeta je srednja vrijednost njegovih odgovora na pitanja vezana za zadovoljstvo komunikacijom u zdravstvu prilikom zadnje posjete zdravstvenoj ustanovi. Cilj je bio ispitati ukupno zadovoljstvo pacijenata zdravstvenom komunikacijom te razinu percipiranog rješavanja problema, poštovanja, ljubaznosti i neverbalne komunikacije. U Tablici 1. prikazane su srednje ocjene i medijani za ukupni rezultat zadovoljstva komunikacijom i na pojedinim kategorijama zadovoljstva, dok je na Slici 1. prikazana raspodjela srednje ocjene ukupnog zadovoljstva.

Tablica 1. Srednja ocjena i medijan vrijednosti ukupnog zadovoljstva ispitanika zdravstvenom komunikacijom s podljestvicama

	Srednja ocjena	Medijan ocjena
Rješavanje problema	3,93	4,25
Poštovanje	4,13	4,50
Izostanak hostilnosti	4,67	5,00
Neverbalna komunikacija	3,30	3,50
Ukupno zadovoljstvo	4,06	4,38



Slika 1. Prikaz raspodjele srednjih ocjena ukupnog zadovoljstva ispitanika zdravstvenom komunikacijom

Uzorak od 229 ispitanika dao je ukupnu srednju ocjenu zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom od 4,08 na skali do maksimalnih 5, što ukazuje na općenito visoko zadovoljstvo među ispitanicima. Ova visoka ocjena potkrepljuje grafikon na kojem je većina ocjena pomaknuta prema višem kraju skale, što potvrđuje opću percepciju dobrog iskustva komunikacije u zdravstvenim ustanovama među ispitanicima.

Zatim se ispitala distribucija srednjih ocjena kako bi se vidjelo jesu li one normalno distribuirane. Svako pojedinačno pitanje, kao i sve srednje ocjene grupno, sugerirale su da distribucija nije normalna, nego da je koncentracija ocjena izrazito pomaknuta prema najvišoj ocjeni.

To je dodatno provjereno računski koristeći Shapiro-Wilkov test normalnosti, u kojem je nul hipoteza bila da podaci dolaze iz normalne distribucije. S obzirom na to da podaci nisu normalno distribuirani, za daljnju statističku analizu korištene su neparametrijske metode koje ne zahtijevaju pretpostavku normalne distribucije.

#### 4.2. Rezultati testiranja H1 hipoteze

H1: Cronbach-ov alfa koeficijent smo koristili kako bismo mjerili unutarnju konzistentnost ili pouzdanost mjernog instrumenta. Vrijednosti Cronbach-ovog alfa koeficijenta kreću se od 0 do 1, pri čemu više vrijednosti ukazuju na veću unutarnju pouzdanost instrumenta. Dobiveni rezultat Cronbach-ovog alfa koeficijenta iznosi 0,95, što je vrlo visoka vrijednost. To znači da

su stavke ili pitanja mjernog instrumenta vrlo dobro međusobno povezana i da instrument ima visoku unutarnju konzistentnost. Drugim riječima, rezultat ukazuje da su odgovori ispitanika na pitanja instrumenta konzistentni i da mjerni instrument pouzdano mjeri konstrukt za koji je namijenjen.

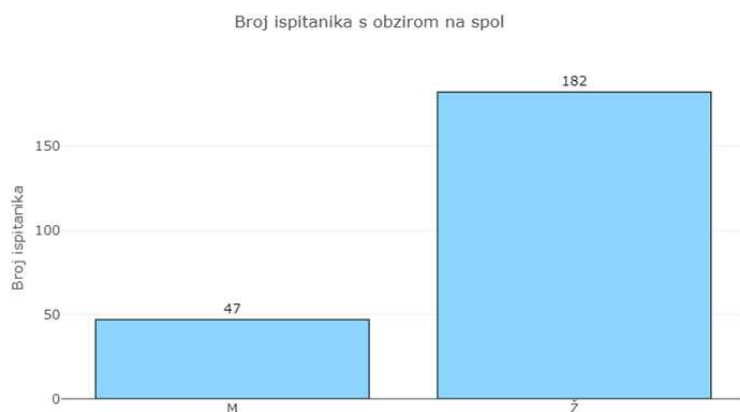
#### 4.3. Rezultati testiranja H2 hipoteze

H2: Analizirana je hipoteza da zadovoljstvo komunikacijom u zdravstvu ne ovisi o demografskim varijablama. Ocjene su dobivene pretvaranjem odgovora ispitanika, koji su bili zabilježeni na Likertovoj skali u numeričke vrijednosti. Ispitana je distribucija srednjih ocjena kako bi se utvrdilo pridržavaju li se normalne distribucije. Za normalno distribuirane podatke korišteni su parametrijski testovi, a za ostale podatke korišteni su neparametrijski testovi.

Utvrđeno je da podaci nisu normalno distribuirani, te su primijenjeni neparametrijski testovi. Kruskal-Wallisov test pokazao je p-vrijednost od 0,03, što je manje od  $\alpha = 0,05$ , stoga je nul hipoteza odbačena na razini značajnosti od 95%. To ukazuje na prisutnost značajnih razlika u zadovoljstvu komunikacijom među demografskim skupinama.

##### 4.3.1. Demografska analiza ispitanika s obzirom na spol

Najprije smo analizirali postojanje razlika u zadovoljstvu komunikacijom u zdravstvu između muških i ženskih ispitanika, koristeći Mann-Whitney U test za usporedbu dviju nezavisnih grupa s obzirom na to da podaci nisu bili normalno distribuirani. U uzorku je bilo približno 80% žena i 20% muškaraca, odnosno 182 žene i 47 muškaraca (Slika 2.).



Slika 2. Prikaz broja ispitanika s obzirom na spol

Nul hipoteza koja tvrdi da ne postoje razlike u zadovoljstvu između spolova testirana je na razini značajnosti od 95% ( $\alpha = 0,05$ ). S obzirom na to da je p-vrijednost iznosila 0,09 nismo imali statistički značajne dokaze da odbacimo nul hipotezu. To se potvrdilo i na nivou svake podljestvice čije su p - vrijednosti prikazane u Tablici 2.

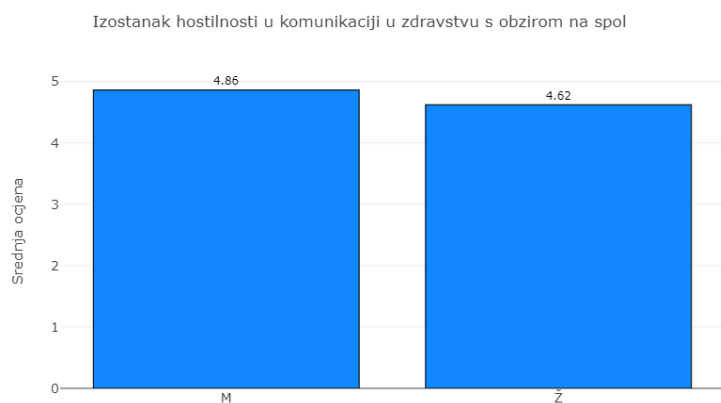
Tablica 2. Značajnost razlika za ukupno zadovoljstvo zdravstvenom komunikacijom i na podljestvicama s obzirom na spol

	Ukupno zadovoljstvo	Rješavanje problema	Poštovanje	Izostanak hostilnosti	Neverbalna komunikacija
P - vrijednost	0,09	0,06	0,05	0,03	0,58

Rezultati Wilcoxonovog rank sum testa pokazuju da nema statistički značajnih razlika u ukupnom zadovoljstvu, rješavanju problema, poštovanju i neverbalnoj komunikaciji između spolova, iako su p-vrijednosti za ukupno zadovoljstvo, rješavanje problema i poštovanje blizu praga značajnosti. Prosječna ocjena ukupnog zadovoljstva za žene iznosi 4,02, a za muškarce 4,23 (Slika 3.). Međutim, postoji statistički značajna razlika u percepciji izostanka hostilnosti između spolova. Drugim riječima, spol možda nema velik utjecaj na većinu aspekata zadovoljstva i međuljudskih odnosa u ovom uzorku, osim u percepciji izostanka hostilnosti, gdje je muški spol izostanak hostilnosti ocijenio s razlikom od 0,23 više od žena, pri čemu oba spola izražavaju o visokoj razini izostanka hostilnosti (Slika 4.).



Slika 3. Prosječno zadovoljstvo ispitanika zdravstvenom komunikacijom s obzirom na spol



Slika 4. Prosječan rezultat na podljestvici izostanka hostilnosti s obzirom na spol

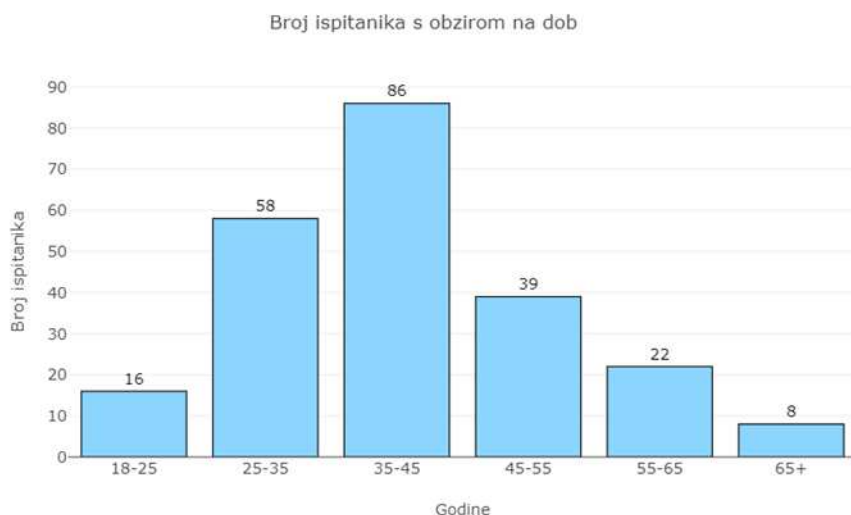
Analizirali smo razlike u zadovoljstvu između muškaraca i žena koristeći Welchov t-test. Iako podaci nisu normalno distribuirani, uzorak je dovoljno velik (229 ispitanika) da možemo koristiti i ovaj test koji je samo potvrdio našu hipotezu da su razlike među spolnim skupinama minimalne.

Rezultati t-testa pokazuju da ne postoji statistički značajna razlika u razini zadovoljstva između muškaraca i žena u ovom uzorku ( $t = 1,89$ ,  $p = 0,06$ ). Iako su muškarci u prosjeku pokazali nešto veće zadovoljstvo (4,23) u usporedbi sa ženama (4,02), interval pouzdanosti od 95% (-0,01 do 0,43) uključuje nulu, što sugerira da razlika nije značajna.

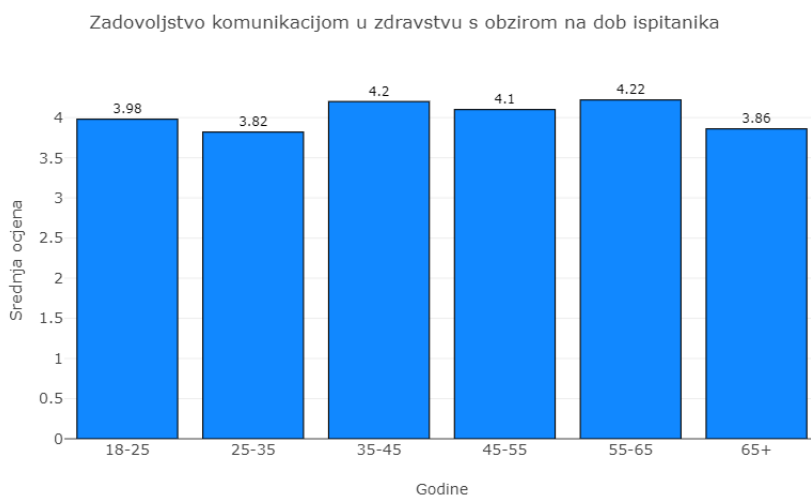
Rezultati ovog istraživanja ukazuju da spol nema značajan utjecaj na razinu zadovoljstva u ovom uzorku.

#### 4.3.2. Demografska analiza podataka zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom s obzirom na dob ispitanika

U analizi dobnih skupina svi sudionici istraživanja bili su punoljetni, a njihove dobi bile su podijeljene u šest dobnih skupina: “18-25”, “25-35”, “35-45”, “45-55”, “55-65” i “65+”. Učestalost broja ispitanika unutar dobnih kategorija prikazana je na Slici 5. Za ispitivanje postoje li statistički značajne razlike u zadovoljstvu komunikacijom u zdravstvu između ovih dobnih skupina koristili smo Kruskal-Wallisov test.



Slika 5. Prikaz broja ispitanika s obzirom na dob



Slika 6. Prosječno zadovoljstvo zdravstvenom komunikacijom s obzirom na dob ispitanika

Prosječna ocjena zadovoljstva komunikacijom u zdravstvu za svaku od dobnih skupina prikazana je na Slici 6. Zadovoljstvo komunikacijom u zdravstvu među svim dobnim skupinama usko je raspoređeno oko ocjene 4.

Analiza je provedena na razinama značajnosti od 95% i 90%. Rezultati testa nisu pružili dovoljno statističkih dokaza za odbacivanje nulte hipoteze, što implicira da ne postoje značajne razlike u zadovoljstvu komunikacijom između ispitivanih dobnih skupina.

Proveli smo Kruskal-Wallisov test kako bismo ispitali postoji li značajna razlika u zadovoljstvu, rješavanju problema, poštovanju, izostanku hostilnosti i neverbalnoj komunikaciji među različitim dobnim skupinama.



Tablica 3. Značajnost razlika ukupnog zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom i na podljestvicama s obzirom na dob ispitanika

	Ukupno zadovoljstvo	Rješavanje problema	Poštovanje	Izostanak hostilnosti	Neverbalna komunikacija
P - vrijednost	0,19	0,27	0,05	0,32	0,10

Rezultati Kruskal-Wallisovog testa pokazuju da nema statistički značajnih razlika u ukupnom zadovoljstvu, rješavanju problema, izostanku hostilnosti i neverbalnoj komunikaciji među različitim dobnim skupinama (Tablica 3.). Iako su rezultati za poštovanje na rubu statističke značajnosti, oni ipak ne prelaze prag od 0,05. Ovi rezultati ukazuju na to da dob vjerojatno nema značajan utjecaj na ove aspekte zadovoljstva i međuljudskih odnosa u ovom uzorku.

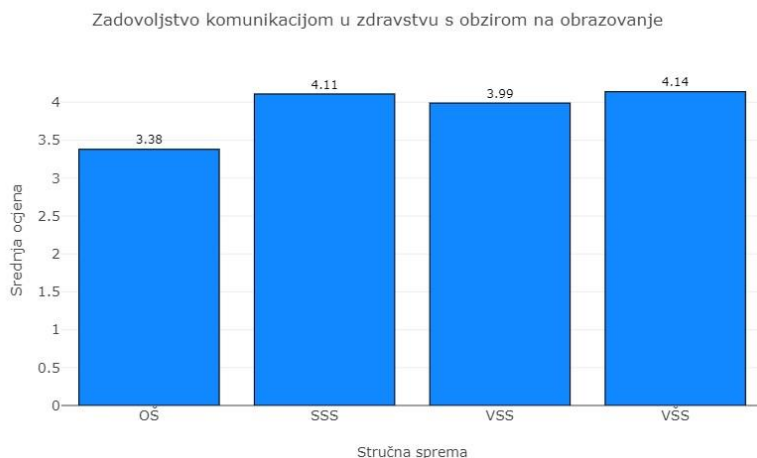
#### 4.3.3. Demografska analiza podataka zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom obzirom na obrazovanje ispitanika



Slika 7. Prikaz distribucije ispitanika prema razini obrazovanja

U analizi zadovoljstva komunikacijom u zdravstvu različitih obrazovnih razina, proveden je Kruskal-Wallisov test. Rezultati ovog testa dali su Kruskal-Wallisovu hi-kvadrat vrijednost od 1,49 s tri stupnja slobode i p-vrijednost od 0,68. Budući da je p-vrijednost značajno iznad praga od 0,05, zaključujemo da nema statistički značajnih razlika u zadovoljstvu

komunikacijom među različitim obrazovnim skupinama. Na Slici 8. prikazane su prosječne ocjene zadovoljstva komunikacijom u zdravstvu za pojedini stupanj obrazovanja.



Slika 8. Prikaz rezultata zadovoljstva ispitanika zdravstvenom komunikacijom s obzirom na obrazovanje

Iako grafička analiza pokazuje da su ispitanici sa srednjoškolskom spremom za pola ocjene manje zadovoljni u usporedbi s ostalim obrazovnim skupinama, ovaj rezultat nije statistički značajan. Broj ispitanika s osnovnoškolskom spremom je vrlo mali (samo tri osobe), što može utjecati na pouzdanost ovih rezultata.

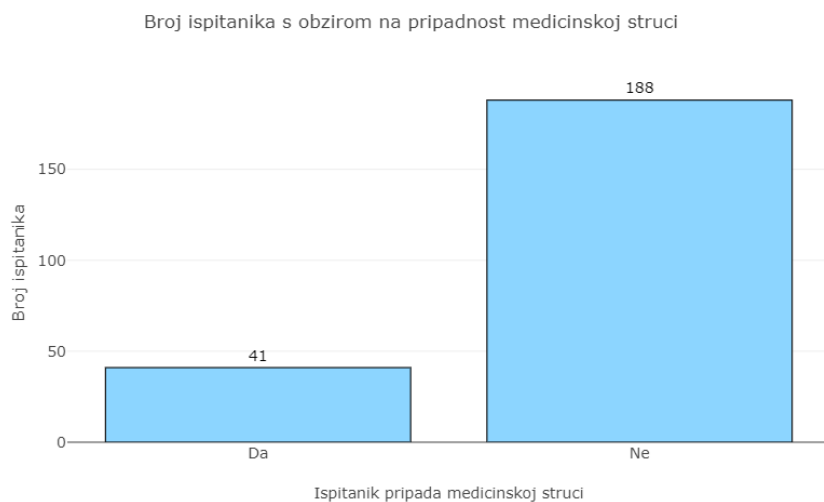
Tablica 4. Značajnost razlika ukupnog zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom i na podljestvicama s obzirom na obrazovanje ispitanika

	Ukupno zadovoljstvo	Rješavanje problema	Poštovanje	Izostanak hostilnosti	Neverbalna komunikacija
P - vrijednost	0,68	0,71	0,56	0,27	0,39

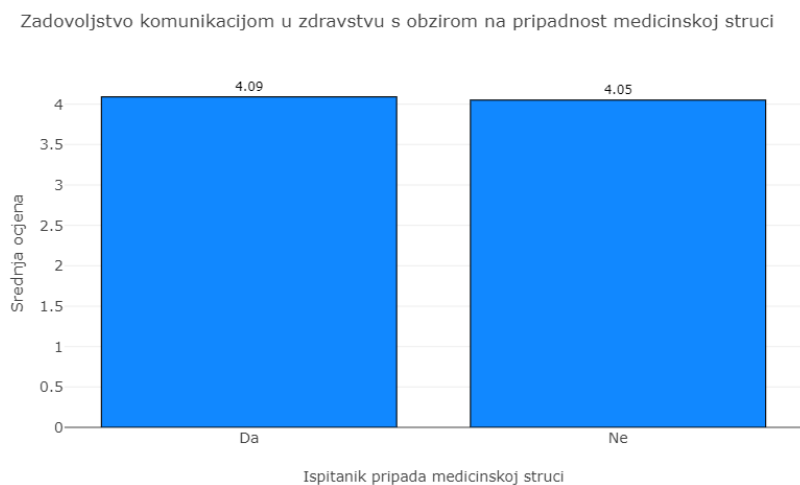
Rezultati Kruskal-Wallisovog testa pokazuju da nema statistički značajnih razlika u ukupnom zadovoljstvu, rješavanju problema, poštovanju, izostanku hostilnosti i neverbalnoj komunikaciji među ispitanicima različitih razina obrazovanja (Tablica 4.). Drugim riječima, čini se da razina obrazovanja nema značajan utjecaj na ove aspekte komunikacije i ukupno zadovoljstvo u ovom uzorku.

#### 4.3.4. Rezultati testiranja zadovoljstva ispitanika komunikacijom u zdravstvu s obzirom na zdravstvene i nezdravstvene djelatnike

U analizi razlika u zadovoljstvu komunikacijom u zdravstvu između pacijenata koji su zdravstveni djelatnici i onih koji nisu, koristili smo Wilcoxonov test sume rangova. U istraživanju je sudjelovalo 188 ispitanika koji ne pripadaju medicinskoj struci (Slika 9.). Prosječne ocjene za zadovoljstvo zdravstvenom komunikacijom prikazane su na Slici 10.



Slika 9. Prikaz raspodjele ispitanika na zdravstvene i nezdravstvene djelatnike



Slika 10. Prikaz raspodjele ocjena ispitanika s obzirom na zdravstvene i nezdravstvene djelatnike

Nisu dobivene statsitički značajne razlike između ispitanika koji jesu ili nisu medicinske struke niti na ukupnom zadovoljstvu niti na pojedinim ljestvicama. P-vrijednosti dobivene analizom prikazane su Tablici 5.

Tablica 5. Značajnost razlika ukupnog zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom i na podljestvicama s obzirom na zdravstvene i nezdravstvene djelatnike

	Ukupno zadovoljstvo	Rješavanje problema	Poštovanje	Izostanak hostilonosti	Neverbalna komunikacija
P - vrijednost	0,71	0,51	0,43	0,93	0,85

Rezultati Wilcoxonovog rank sum testa pokazuju da nema statistički značajnih razlika u ukupnom zadovoljstvu, rješavanju problema, poštovanju, izostanku hostilnosti i neverbalnoj komunikaciji između osoba iz medicinske i nemedicinske struke. Prema ovim rezultatima, profesionalna pripadnost (medicinska ili nemedicinska struka) ne pokazuje značajan utjecaj na ove aspekte zadovoljstva i međuljudskih odnosa u analiziranom uzorku.

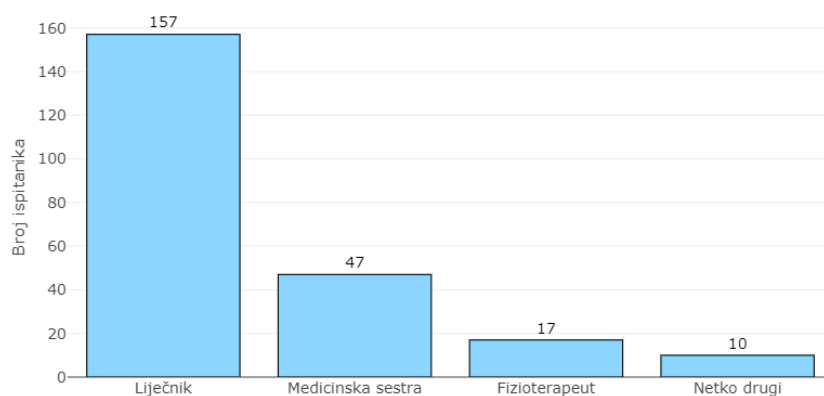
#### 4.3.5. Rezultati testiranja H3 hipoteze s obzirom na vrstu djelatnika

H3: U ovoj procjeni proveden je Kruskal-Wallis test kako bi se analizirala povezanost između vrste zdravstvenog djelatnika i zadovoljstva pacijenata komunikacijom u zdravstvu. Test se koristi za uspoređivanje više od dvije nezavisne skupine, u ovom slučaju različitih vrsta zdravstvenih djelatnika, u smislu njihovog utjecaja na zadovoljstvo pacijenata.

Ispitanici su većinom prilikom posljednjeg posjeta zdravstvenoj ustanovi komunicirali s liječnikom ili liječnicom, te je njih 157 procjenjivalo komunikaciju s liječnikom, njih 47 s medicinskom sestrom, 17 ispitanika je procjenjivalo komunikaciju s fizioterapeutom a 10 ispitanika komunikaciju s nekim drugim zdravstvenim djelatnikom (Slika 11.).

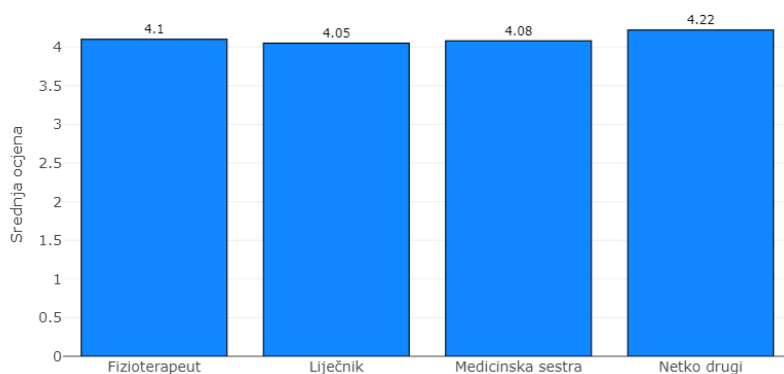
Na Slici 12. prikazane su prosječne ocjene ukupnom zadovoljstva zdravstvenom komunikaciju s obzirom na vrstu djelatnika koja je procijenjivana, a razine p-vrijednosti dobivene ispitivanjem razlika između skupina u Tablici 6.

Broj ispitanika s obzirom na vrstu djelatnika na zadnjem zdravstvenom pregledu



Slika 11. Prikaz broja ispitanika s obzirom na vrstu djelatnika kojeg procjenjuju

Zadovoljstvo komunikacijom u zdravstvu s obzirom na vrstu djelatnika na zadnjem zdravstvenom pregledu



Slika 12. Prikaz zadovoljstva ispitanika zdravstvenom komunikacijom s obzirom na vrstu djelatnika

Tablica 6. Značajnost razlika ukupnog zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom i na podljestvicama s obzirom na vrstu djelatnika

	Ukupno zadovoljstvo	Rješavanje problema	Poštovanje	Izostanak hostilnosti	Neverbalna komunikacija
p-vrijednost	0,20	0,23	0,77	0,75	0,09

Ukupno zadovoljstvo gdje je p-vrijednost = 0,20 je iznad uobičajenog praga za statističku značajnost od 0,05, što znači da nema dovoljno dokaza za zaključak da postoji značajna razlika u ukupnom zadovoljstvu pacijenata s obzirom na vrstu zdravstvenog djelatnika.

Rješavanje problema, p -vrijednost = 0,23, također iznad praga od 0,05, što ukazuje na to da nema značajne razlike u zadovoljstvu rješavanjem problema između različitih vrsta zdravstvenih djelatnika.

Poštovanje gdje je p-vrijednost = 0,77, jasno pokazuje da nema značajne razlike u percepciji poštovanja među različitim vrstama zdravstvenih djelatnika.

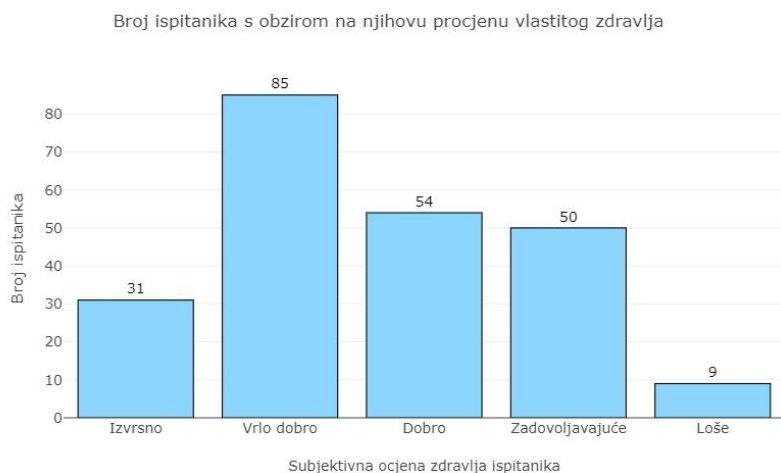
Izostanak hostilnosti, p-vrijednost = 0,75, slično kao kod poštovanja, visoka p-vrijednost znači da nema značajne razlike u osjećaju izostanka hostilnosti među različitim vrstama zdravstvenih djelatnika.

Neverbalna komunikacija, p-vrijednost = 0,09. Iako je ova p-vrijednost najniža među svim aspektima, ona je i dalje iznad praga od 0,05. To znači da, iako postoji neka varijacija, ona nije dovoljno značajna da bi se moglo zaključiti da postoji razlika u neverbalnoj komunikaciji između različitih vrsta zdravstvenih djelatnika.

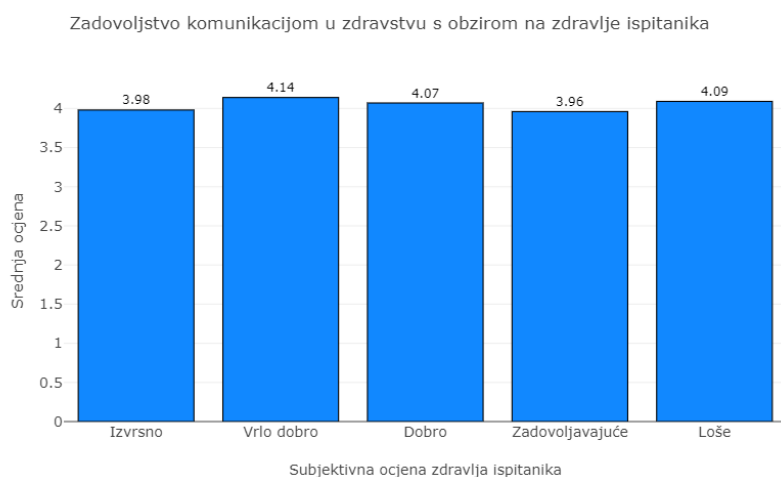
Na temelju ovih rezultata možemo zaključiti da nema statistički značajnih razlika u zadovoljstvu pacijenata komunikacijom s obzirom na vrstu zdravstvenog djelatnika (liječnik, fizioterapeut, medicinska sestra ili netko drugi). P-vrijednosti za sve aspekte zadovoljstva su iznad uobičajenog praga za statističku značajnost (0,05), što znači da vrste zdravstvenih djelatnika ne utječu značajno na razine zadovoljstva pacijenata u komunikaciji.

#### 4.4. Rezultati testiranja H4 hipoteze s obzirom na uputnu dijagnozu

H4: Za testiranje hipoteze da nema značajne razlike u razini zadovoljstva pacijenata zdravstvenom komunikacijom s obzirom na uputnu dijagnozu dolaska i obilježja liječenja, koristili smo Kruskal-Wallisov test. U ovom slučaju su skupine definirane prema različitim razinama zdravstvenog stanja ispitanika s definiranim redoslijedom od "Izvršno" do "Loše," zatim je izračunat postotak ispitanika u svakoj kategoriji zdravlja. Učestalost ispitanika unutar pojedinih kategorija zdravstvenog stanja prikazana je na Slici 13. iz koje je vidljivo da samo 9 ispitanika svoje zdravlje procjenjuje kao loše.



Slika 13. Prikaz broja ispitanika s obzirom na njihovu procjenu vlastitog zdravlja



Slika 14. Prikaz rezultata zadovoljstva ispitanika zdravstvenom komunikacijom s obzirom na zdravlje ispitanika

Prosječne ocjene zadovoljstva komunikacijom unutar pojedinih kategorija percipiranom zdravstvenog stanja prikazane su na Slici 14. Rezultati Kruskal-Wallisovog testa dali su hi-kvadrat vrijednost od 5,88 s četiri stupnja slobode, te p-vrijednost od 0,20, što pokazuje da zdravstveno stanje pacijenata nema značajan utjecaj na zadovoljstvo komunikacijom u zdravstvu. To je jasno vidljivo iz visoke p-vrijednosti što je iznad uobičajenog praga za statističku značajnost (obično 0,05), odnosno nema dovoljno dokaza da odbacimo hipotezu da različite skupine pacijenata, grupirane prema njihovom zdravstvenom stanju, imaju različite razine zadovoljstva komunikacijom u zdravstvu (Tablica 7.).

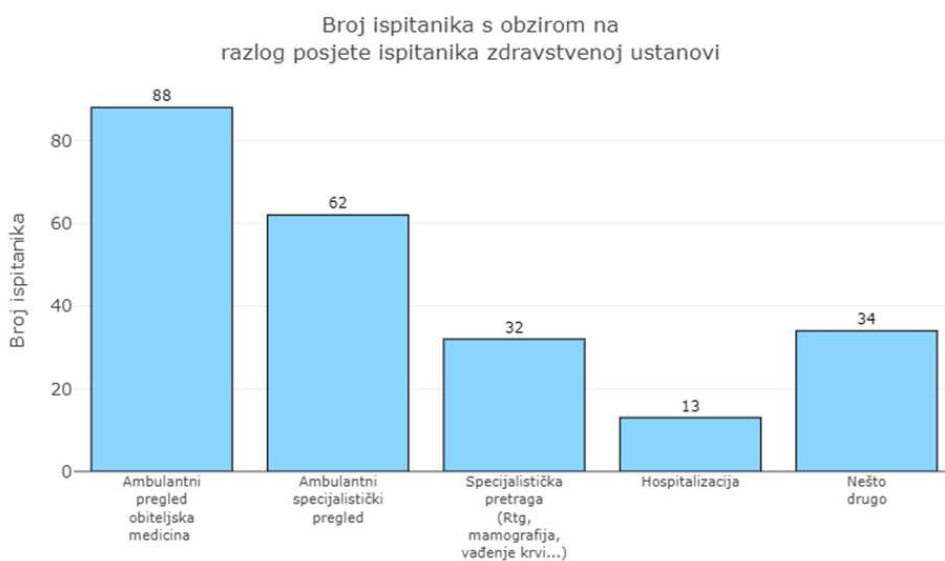
Tablica 7. Značajnost razlika ukupnog zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom i na podljestvicama s obzirom na procjenu vlastitog zdravlja ispitanika

	Ukupno zadovoljstvo	Rješavanje problema	Poštovanje	Izostanak hostilnosti	Neverbalna komunikacija
p-vrijednost	0,20	0,24	0,19	0,60	0,25

Slični rezultati su uočeni i za druge varijable koje se odnose na podljestvice zadovoljstva, rješavanja problema, poštovanja, izostanka hostilnosti i neverbalnoj komunikaciji gdje su sve p-vrijednosti bile iznad 0,05, potvrđujući da zdravstveno stanje nema značajan utjecaj na zadovoljstvo komunikacijom u zdravstvu.

#### 4.4.1. Rezultati analize zadovoljstva komunikacijom s obzirom na razlog posjete zdravstvenoj instituciji

Na Slici 15. prikazana je učestalost ispitanika s obzirom na razlog posjeta zdravstvenoj ustanovi. Prema prikazanim podacima vidljivo je da je najčešći razlog posjeta bio ambulantni pregled, ili kod obiteljskog liječnika ili specijaliste.



Slika 15. Prikaz broja ispitanika s obzirom na razlog posjeta zdravstvenoj instituciji





Slika 16. Prikaz zadovoljstva komunikacijom u zdravstvu s obzirom na razlog posjete ispitanika zdravstvenoj instituciji

Prosječna ocjena zadovoljstva komunikacijom uglavnom iznosi oko 4, osim za zadovoljstvo komunikacijom prilikom hospitalizacije kada je ona 3,49 (Slika 16.)

Analiza utjecaja razloga posjete na zadovoljstvo komunikacijom u zdravstvu provedena je korištenjem Kruskal-Wallisovog testa. Rezultati Kruskal-Wallisovog testa dali su chi-kvadrat vrijednost od 3,97 s četiri stupnja slobode, uz p-vrijednost od 0,40. P-vrijednosti dobivene analizom prikazane su Tablici 8.

Tablica 8. Značajnost razlika ukupnog zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom i na podljestvicama s obzirom na procjenu vlastitog zdravlja ispitanika

	Ukupno zadovoljstvo	Rješavanje problema	Poštovanje	Izostanak hostilnosti	Neverbalna komunikacija
p-vrijednost	0,40	0,58	0,60	0,07	0,85

Rezultati testa pokazuju da nema značajnih razlika u zadovoljstvu komunikacijom u zdravstvu s obzirom na različite razloge posjete. P - vrijednosti za ukupno zadovoljstvo, rješavanje problema, poštovanje, izostanak hostilnosti i neverbalnu komunikaciju su sve

iznad praga od 0,05, što ukazuje na to da različiti razlozi posjete nisu povezani s različitim razinama zadovoljstva komunikacijom.

Međutim, iako statistički testovi ne pokazuju značajne razlike, na grafičkom prikazu se može vidjeti da su hospitalizirani pacijenti ocijenili svoje zadovoljstvo komunikacijom u zdravstvu za pola ocjene niže nego pacijenti koji su posjetili zdravstvene ustanove iz drugih razloga. Ovo sugerira da, iako razlike nisu statistički značajne, postoji tendencija da hospitalizirani pacijenti budu manje zadovoljni komunikacijom u usporedbi s drugima.

Ovaj rezultat može ukazivati da je možda potrebno posvetiti dodatnu pažnju komunikaciji s hospitaliziranim pacijentima, kako bi se poboljšalo njihovo zadovoljstvo i općenito iskustvo u zdravstvenim ustanovama. Ova tendencija može biti rezultat različitih čimbenika, uključujući stres i nelagodu povezanu s hospitalizacijom, te dodatne potrebe za informacijama i podrškom.

#### 4.4.2. Rezultati analize s obzirom na zdravstvena očekivanja

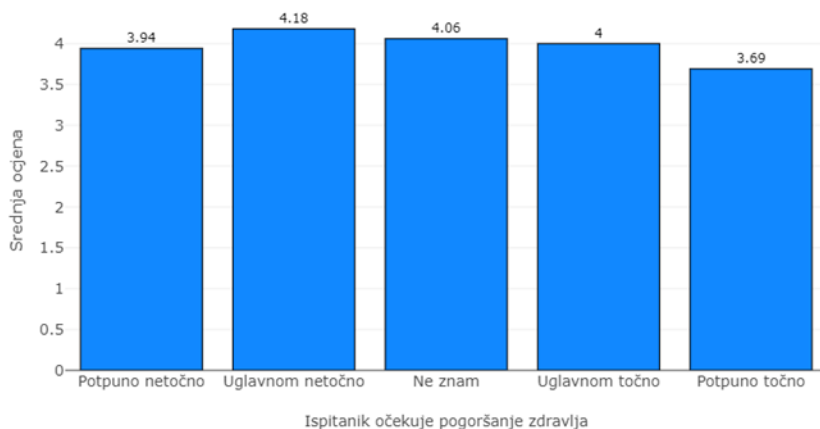
U okviru analize utjecaja očekivanja o pogoršanju zdravstvenog stanja na zadovoljstvo komunikacijom u zdravstvu, proveden je Kruskal-Wallisov test. Cilj ove analize bio je istražiti postoje li razlike u zadovoljstvu komunikacijom među skupinama koje imaju različita očekivanja o budućem zdravstvenom stanju. Na Slici 17. prikazana je učestalost ispitanika s obzirom na očekivanja o pogoršanju zdravstvenog stanja.



Slika 17. Prikaz broja ispitanika s obzirom na zdravstvena očekivanja

Rezultati testa pokazali su Kruskal-Wallisovu chi-kvadrat vrijednost od 3,40 s četiri stupnja slobode i p-vrijednost od 0,49. P-vrijednosti za ukupno zadovoljstvo i pojedine ljestvice prikazane su u Tablici 9. Podaci su grupirani po kategorijama očekivanja pogoršanja zdravlja, te je izračunata prosječna razina zadovoljstva za svaku skupinu (Slika 18.).

Zadovoljstvo komunikacijom u zdravstvu s obzirom na očekivanje pogoršanja zdravlja



Slika 18. Prikaz zadovoljstva komunikacijom s obzirom na zdravstvena očekivanja

Tablica 9. Značajnost razlika ukupnog zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom i na podljestvicama s obzirom na očekivanja pogoršanja vlastitog zdravlja

	Ukupno zadovoljstvo	Rješavanje problema	Poštovanje	Izostanak hostilnosti	Neverbalna komunikacija
p-vrijednost	0,49	0,47	0,58	0,09	0,57

Rezultati testa pokazuju da nema značajnih razlika u zadovoljstvu komunikacijom u zdravstvu s obzirom na očekivano pogoršanje zdravstvenog stanja. P-vrijednosti za ukupno zadovoljstvo, rješavanje problema, poštovanje, izostanak hostilnosti i neverbalnu komunikaciju su sve iznad praga od 0,05, što ukazuje na to da očekivano pogoršanje zdravstvenog stanja nije povezano s različitim razinama zadovoljstva komunikacijom.

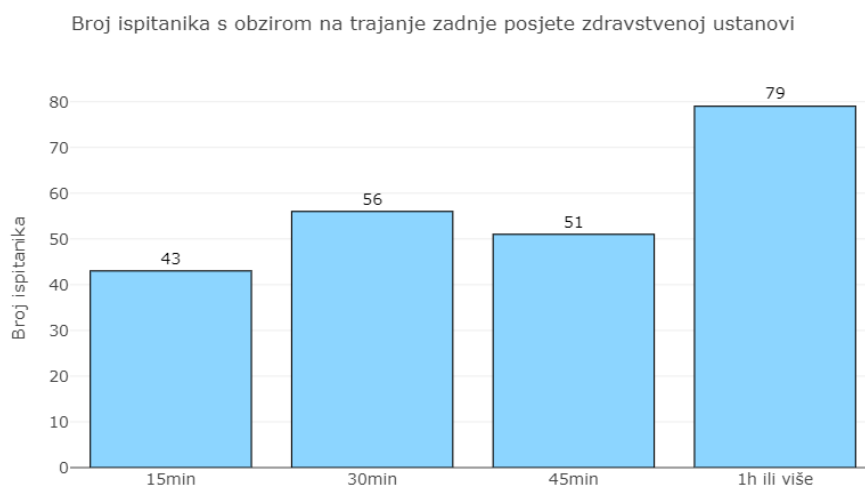
Iako Kruskal-Wallisov test ne pokazuje statistički značajne razlike, postoji zanimljiv obrazac kod podljestvice izostanka hostilnosti, gdje je p-vrijednost najbliža značajnosti. To može

ukazivati na to da postoji tendencija prema većem nezadovoljstvu u komunikaciji kod pacijenata koji očekuju pogoršanje zdravstvenog stanja, iako ova tendencija nije dovoljno jaka da bi se smatrala statistički značajnom.

Ovaj rezultat može implicirati da je možda potrebno posvetiti dodatnu pažnju komunikaciji s pacijentima koji očekuju pogoršanje zdravstvenog stanja, kako bi se poboljšalo njihovo zadovoljstvo i iskustvo u zdravstvenim ustanovama. Pacijenti koji se suočavaju s pogoršanjem stanja mogu imati specifične potrebe za informacijama, podrškom i empatijom.

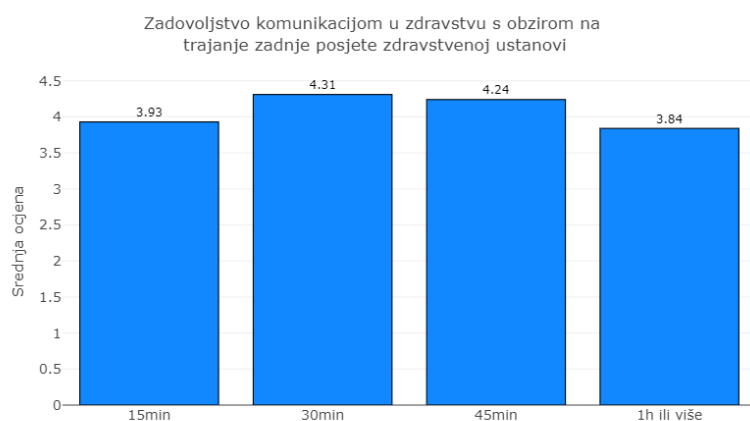
#### 4.4.3. Rezultati analize s obzirom na trajanje posjeta

U analizi utjecaja trajanja posjete na zadovoljstvo komunikacijom u zdravstvu, primijenjen je Kruskal-Wallisov test. Trajanje posjete kategorizirano je u četiri razine: "15min", "30min", "45min" i "1h ili više". Najviše ispitanika je navelo da je trajanje posjete bilo jedan sat ili više (Slika 19.).



Slika 19. Prikaz broja ispitanika s obzirom na trajanje zadnje posjete zdravstvenoj ustanovi

Na Slici 20. prikazana je prosječna ocjena zadovoljstva komunikacijom s obzirom na trajanje posjete zdravstvenoj ustanovi, gdje je vidljivo da se ocjena kreće od 3,84 za one koji su bili dulje od jednog sata do 4,31 za one čija je posjeta u ustanovi trajala 30 minuta.



Slika 20. Prikaz zadovoljstva komunikacijom u zdravstvu s obzirom na trajanje posjete zdravstvenoj ustanovi

Tablica 10. Značajnost razlika ukupnog zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom i na podljestvicama s obzirom na trajanje posjete zdravstvenoj instituciji

	Ukupno zadovoljstvo	Rješavanje problema	Poštovanje	Izostanak hostilnosti	Neverbalna komunikacija
p-vrijednost	<0,001	<0,001	0,01	0,02	0,01

Rezultati Kruskal-Wallis testa pokazuju da postoji statistički značajna razlika u zadovoljstvu komunikacijom u zdravstvu s obzirom na trajanje posjete. Niska p-vrijednost za ukupno zadovoljstvo ukazuje na to da trajanje posjete značajno utječe na zadovoljstvo pacijenata.

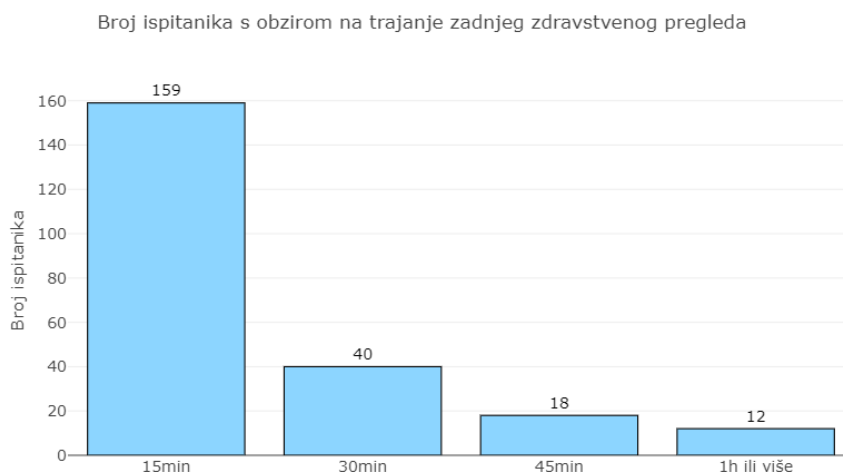
Detaljnija analiza podljestvica također pokazuje značajne razlike, sve p-vrijednosti su ispod praga od 0,05, što potvrđuje da trajanje posjete značajno utječe na različite aspekte zadovoljstva komunikacijom (Tablica 10.).

Grafički prikaz ovih podataka pokazuje da su pacijenti čije je vrijeme posjete bilo ili predugo, ili prekratko, manje zadovoljni komunikacijom u usporedbi s pacijentima čije je vrijeme posjete bilo optimalno. Ovo sugerira da postoji optimalno trajanje posjete koja najviše zadovoljava pacijente.

Idealno trajanje posjete može varirati ovisno o prirodi posjeta i individualnim potrebama pacijenata, ali je važno pronaći balans koji će zadovoljiti većinu pacijenata, kako bi se poboljšalo ukupno iskustvo pacijenata i njihovo zadovoljstvo zdravstvenom komunikacijom.

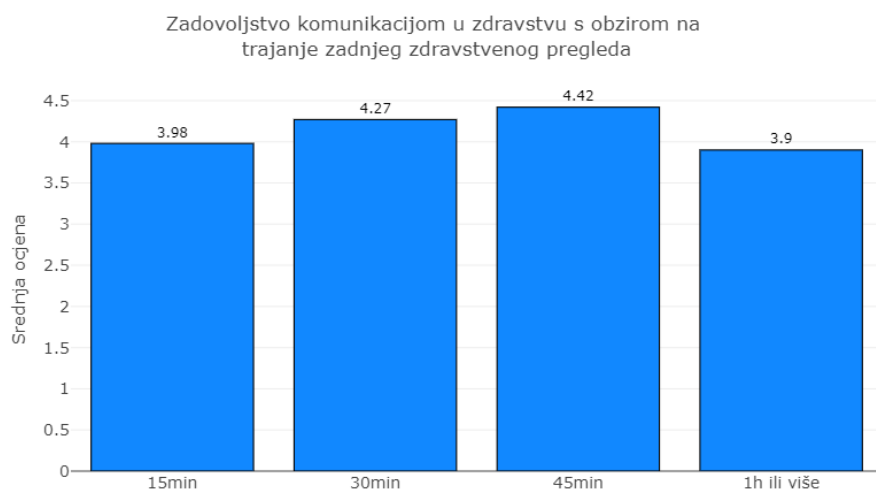
#### 4.4.4. Rezultati analize s obzirom na trajanje pregleda

Na Slici 21. prikazana je učestalost ispitanika s obzirom na duljinu trajanja njihovog zadnjeg zdravstvenog pregleda.



Slika 21. Prikaz broja ispitanika s obzirom na trajanje pregleda prilikom zadnjeg posjeta zdravstvenoj ustanovi

Analiza utjecaja trajanja zdravstvenih pregleda na zadovoljstvo komunikacijom provedena je koristeći Kruskal-Wallisov test. Trajanje zdravstvenih posjeta kategorizirano je u četiri grupe: "15min", "30min", "45min" i "1h ili više" te su prosječne ocjene zadovoljstva komunikacijom za svaku od navedenih kategorija prikazane na Slici 22. Slično kao i sa trajanjem cjelokupnog posjeta zdravstvenoj ustanovi, oni čije je vrijeme pregleda bilo 30 ili 45 minuta su u prosjeku zadovoljniji od onih ispitanika čiji je pregled trajao do 15 min ili dulje od jednog sata.



Slika 22. Prikaz zadovoljstva ispitanika komunikacijom u zdravstvu s obzirom na trajanje zadnjeg pregleda

Rezultati testa ukazuju na Kruskal-Wallisovu hi-kvadrat vrijednost od 10,32 s tri stupnja slobode te p-vrijednost od 0,01. Niska p-vrijednost za ukupno zadovoljstvo ukazuje na to da trajanje pregleda značajno utječe na zadovoljstvo pacijenata. To znači da na nivou značajnosti od 95% možemo odbaciti nul hipotezu, koja tvrdi da nema razlike u zadovoljstvu među različitim skupinama temeljenim na trajanju zadnjeg pregleda.

Tablica 11. Značajnost razlika ukupnog zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom i na podljestvicama s obzirom na trajanje pregleda

	Ukupno zadovoljstvo	Rješavanje problema	Poštovanje	Izostanak hostilnosti	Neverbalna komunikacija
p-vrijednost	0,01	0,03	0,01	0,05	0,01

Detaljnija analiza podljestvica također pokazuje značajne razlike, sve p-vrijednosti, osim „izostanak hostilnosti,“ su ispod praga od 0,05, što potvrđuje da trajanje zadnjeg pregleda značajno utječe na različite aspekte zadovoljstva komunikacijom (Tablica 10.).

Trajanje pregleda od 45 minuta pokazuje najvišu razinu zadovoljstva pacijenata u svim promatranim kategorijama, što sugerira da duži pregledi pružaju pacijentima osjećaj bolje komunikacije, poštovanja i rješavanja problema.

Pregledi koji traju 1 sat ili više imaju najniže ocjene u većini kategorija, što može ukazivati na to da predugi pregledi mogu dovesti do smanjenog zadovoljstva.

Kategorija "neverbalna komunikacija" pokazuje najveću varijabilnost u zadovoljstvu (razlika od 0,62), što sugerira da je percepcija neverbalne komunikacije najosjetljivija na trajanje pregleda.

Općenito, podaci pokazuju da postoji optimalno trajanje pregleda (oko 45 minuta) koje maksimizira zadovoljstvo pacijenata u različitim aspektima interakcije sa zdravstvenim djelatnicima.

Ovi rezultati mogu imati važan utjecaj na praksu u zdravstvenim ustanovama. Zdravstveni djelatnici bi trebali nastojati prilagoditi trajanje pregleda tako da budu dovoljno dugački da se pacijenti osjećaju saslušano i da su njihovi problemi riješeni, ali ne toliko dugački da postanu zamorni ili neefikasni. Optimalno trajanje pregleda može se razlikovati ovisno o vrsti pregleda i specifičnim potrebama pacijenata, no ključno je pronaći ravnotežu koja će zadovoljiti većinu pacijenata.



## 5. RASPRAVA

U provedenom istraživanju, cilj je bio ispitati zadovoljstvo pacijenata komunikacijom u zdravstvenim ustanovama, s posebnim osvrtom na različite demografske skupine, vrstu djelatnika, kao i kontekst posjete i dijagnozu.

Rezultati u ovom istraživanju ukazuju da većina pacijenata percipira komunikaciju s medicinskim osobljem kao izuzetno pozitivnu, što odražava visoku razinu zadovoljstva u aspektima rješavanja problema, poštovanja, ljubaznosti i neverbalne komunikacije.

Razlog visoke razine zadovoljstva pacijenata komunikacijom u zdravstvenim ustanovama može biti uzrokovana niskim očekivanjima pacijenata u pogledu komunikacije, gdje čak i minimalna pažnja ili ljubaznost može biti dovoljna za pozitivan doživljaj. Također, kratkotrajne interakcije između pacijenata i medicinskog osoblja možda nisu dovoljno duboke da otkriju potencijalne probleme u komunikaciji. Dodatno, ispitanici koji su u posljednja tri mjeseca bili korisnici medicinskih usluga mogu imati poteškoća s točnim prisjećanjem svojih iskustava, što može rezultirati pozitivnijim ocjenama zbog tendencije da odgovaraju pod utjecajem trenutnih emocija ili društvenih očekivanja. Razlog može biti i samostalno ispunjavanje anketa koje omogućuje pacijentima da daju odgovore bez vanjskih utjecaja, što može rezultirati pozitivnijim ocjenama jer su skloni izbjegavati negativne ili neugodne odgovore.

U Istočnoj Europi postoji kultura niskih očekivanja i autoritarnosti u zdravstvenom sustavu, što može utjecati na percepciju kvalitete i zadovoljstva zdravstvenom skrbi. Pacijenti koji su navikli na restriktivne informacije i negativan stav prema odgovornosti mogu imati niža očekivanja, što može utjecati na njihovu percepciju skrbi (62).

Rezultati koje smo dobili procjenjujući razlike u zadovoljstvu zdravstvenom komunikacijom s obzirom na spol ispitanika pokazuju da nema statistički značajnih razlika u ukupnom zadovoljstvu komunikacijom između muškaraca i žena, iako su muškarci blago zadovoljniji od žena. Pokazalo se da spol nema značajan utjecaj na većinu aspekata zadovoljstva komunikacijom, osim u percepciji izostanka hostilnosti, gdje su muškarci dali nešto pozitivnije ocjene. Ovi rezultati upućuju da spol u ovom prigodnom uzorku ne igra značajnu ulogu u percepciji kvalitete komunikacije u zdravstvenim ustanovama.

Različite rezultate pokazalo je istraživanje provedeno u SAD-u koje mjeri iskustva pacijenata u bolnicama standardiziranim anketnim sustavom, dobivene su značajne razlike u

percipiranom iskustvu između muškaraca i žena (50). Naime, Anketa HCAHPS postavlja pacijentima pitanja o različitim aspektima njihove hospitalizacije, uključujući i komunikaciju s liječnicima i medicinskim sestrama, brigu i pažnju koju su dobili, informacije o lijekovima, informacije o otpustu i sl. Ova studija obuhvatila je otprilike 80 % američkih bolnica te su korištene fokusne skupine s ravnomjernim brojem muškaraca i žena kako bi se prepoznali problemi specifični za spol u načinu na koji pacijenti opisuju svoja iskustva. Prilikom analize rezultata žene su izvijestile o manje pozitivnim iskustvima zdravstvenom uslugom u usporedbi s muškarcima. Žene su dale niže ocjene za ukupnu ocjenu bolnice i preporuku bolnice. Studija je također pokazala da su žene prijavile manje pozitivne interakcije s medicinskim sestrama i administrativnim osobljem. Posebno su negativnije ocijenile komunikaciju vezanu za konzumaciju lijekova i informacije o otpustu. Jedino područje gdje su žene dale pozitivnije ocjene od muškaraca bila je komunikacija s liječnikom, što sugerira moguću ulogu rodne usklađenosti u tim interakcijama (50).

Moguća objašnjenja zašto spolne razlike nisu utvrđene u našem istraživanju uključuju nekoliko ključnih faktora. Prvo, neujednačen broj ispitanika među spolovima mogao je utjecati na statističku snagu i reprezentativnost rezultata. Drugo, korištenje prigodnog uzorka, umjesto nasumičnog odabira, moglo je dovesti do pristranosti u uzorkovanju koja ne odražava stvarnu populaciju. Treće, drugačija metodologija u odnosu na prethodna istraživanja, uključujući varijacije u anketnim instrumentima, postupcima prikupljanja podataka i kriterijima uključivanja ispitanika, također može objasniti razlike u rezultatima. Ovi čimbenici zajedno ukazuju na potrebu za pažljivijim planiranjem budućih istraživanja kako bi se preciznije istražili spolni učinci na zadovoljstvo pacijenata.

Usporedbom rezultata našeg istraživanja i američke studije može se zaključiti da, iako spol ne igra ključnu ulogu u općem zadovoljstvu zdravstvenom komunikacijom, žene izvještavaju o manje pozitivnim iskustvima u određenim aspektima zdravstvene skrbi. Korelacija između studija sugerira postojanje rodno uvjetovanih razlika u percepciji zdravstvene skrbi, naglašavajući važnost uvođenja rodno osjetljivih pristupa u zdravstvene ustanove radi poboljšanja zadovoljstva pacijenata. Ovi nalazi ističu važnost razvoja ciljanih intervencija koje će uzeti u obzir specifične potrebe muškaraca i žena u zdravstvenim okruženjima.

Analizirane razlike u ovom istraživanju među različitim dobnim skupinama pacijenata, gdje su ispitanici bili podijeljeni u šest dobnih grupa, počevši od mladih, odraslih do starijih osoba nisu pokazali značajne razlike u zadovoljstvu komunikacijom između

različitih dobnih skupina. To znači da, bez obzira na dob, svi ispitanici ovog istraživanja imaju slične dojmove o kvaliteti komunikacije tijekom svojih posjeta zdravstvenim ustanovama. Ovo ukazuje da pristup komunikaciji u zdravstvenim ustanovama dosljedno zadovoljava očekivanja pacijenata različitih dobnih grupa.

Različite rezultate dobila je studija provedena u Nebraski SAD, koja je istraživala kako dob pacijenata utječe na način na koji percipiraju komunikaciju sa zdravstvenim djelatnicima koristeći podatke iz Ankete o medicinskim rashodima iz 2002. godine, analizirali su kako različite dobne skupine pacijenata i njihove komunikacijske preferencije utječu na komunikaciju u zdravstvu i proces odlučivanja. Analiza je pokazala da su stariji pacijenti (65+) zadovoljniji zdravstvenom komunikacijom i imaju pozitivnije percepcije o tome kako ih pružatelji zdravstvenih usluga slušaju, poštuju i provode vrijeme s njima u usporedbi s mlađim pacijentima (18-64) koji su pokazali manje zadovoljstvo komunikacijom u zdravstvu. Rezultati su pokazali da mladi odrasli (19-39) imaju veću računalnu samoefikasnost u usporedbi s ostalim dobima. Stariji građani preferiraju komunikaciju sa svojim pružateljima usluga putem telefonskih poziva, e-pošte ili osobno. Istraživanje ukazuje na to da pacijenti različite dobi imaju različite preferencije u komunikaciji i korištenju tehnologije u upravljanju svojim zdravljem. Ovo istraživanje naglašava važnost prilagođavanja komunikacijskih strategija i tehnoloških alata prema dobnim skupinama pacijenata kako bi se osiguralo bolje sudjelovanje i podrška u zdravstvenoj skrbi (51).

Istraživanje provedeno u Njemačkoj 2015.g. je imalo za cilj procijeniti kako dob pacijenata utječe na način na koji preferiraju komunicirati s liječnicima prilikom primanja loših vijesti o svom stanju. Istraživanje je obuhvatilo 270 pacijenata s rakom podijeljenih u tri dobne skupine: mladi, sredovječni i stariji pacijenti. Rezultati su pokazali da, iako dob nije značajno utjecao na samu preferenciju komunikacije, mlađi pacijenti su smatrali stručnu orijentaciju važnijom. Također je utvrđeno da su varijable poput stadija tumora te osjećaja privatnosti i jasnoće informacija koje su primili, imale veći utjecaj na razinu stresa od same dobi (52).

Usporedbom studija, ističe se važnost razumijevanja kako i zašto dob može utjecati na kvalitetu komunikacije između pacijenata i zdravstvenih djelatnika. Razumijevanje ovih dinamika može pomoći u oblikovanju boljih zdravstvenih praksi i politika koje ciljaju na poboljšanje komunikacijskih strategija prilagođenih dobi pacijenata i obilježjima liječenja.

Analiza rezultata ovog istraživanja među pacijentima različitih obrazovnih razina, pokazala je da nema statistički značajnih razlika u njihovom zadovoljstvu zdravstvenom

komunikacijom. Ova analiza ukazuje na to da obrazovni status pacijenata ne utječe značajno na njihovu percepciju kvalitete komunikacije s zdravstvenim osobljem. Drugim riječima, pacijenti neovisno o razini obrazovanja jednako su zadovoljni komunikacijom koju doživljavaju u zdravstvenim ustanovama. Iako su podaci sugerirali da su ispitanici sa srednjoškolskom spremom nešto manje zadovoljni u usporedbi s drugim obrazovnim skupinama, ova razlika nije bila statistički značajna. Osim toga, broj ispitanika s najnižom razinom obrazovanja (osnovnoškolskom spremom) bio je vrlo mali, što može ograničiti pouzdanost rezultata.

Studija provedena u Baskijskom zdravstvenom zavodu na uzorku od 650 pacijenata koja je između ostalog istraživala i zadovoljstvo pacijenata komunikacijom u zdravstvenom okruženju, uzimajući u obzir različite faktore poput dobi i obrazovanja ispitanika pokazala je da su stariji pacijenti (60+) dali više ocjene zadovoljstva. Jednako tako, ispitanici s višom razinom obrazovanja također su dali pozitivnije ocjene (53).

Drugim istraživanjem na ovu temu u ambulanti bolnice Kuala Lumpur utvrđeno je da su visoko obrazovani pacijenti dali manje ocjene za ukupno zadovoljstvo komunikacijom svojih pružatelja zdravstvenih usluga, dok su ispitanici bez obrazovanja ili samo s osnovnim obrazovanjem imali veće ocjene zadovoljstva. Rezultat može biti povezan s višom razinom pismenosti jer pacijenti s više znanja obično žele više objašnjenja i očekuju da će se više vremena potrošiti na raspravu o svojim problemima, što je moglo dovesti do nezadovoljstva među tim pacijentima. U međuvremenu, znatno veće zadovoljstvo među manje obrazovanim pacijentima moglo bi biti zato što su njihovi pružatelji zdravstvenih usluga dijelili informacije na načine koje bi lako mogli shvatiti kako bi povećali svoj osjećaj osnaživanja i status brige o sebi (54).

Iako rezultati našeg istraživanja nisu pokazali statistički značajne razlike u zadovoljstvu zdravstvenom komunikacijom među pacijentima različitih obrazovnih razina, važno je napomenuti da su ispitanici sa srednjoškolskom spremom izrazili nešto niže zadovoljstvo. Ova mala razlika, iako statistički neznčajna, može ukazivati na potencijalni trend koji bi mogao postati značajan u većem uzorku ili kroz duže vremensko praćenje. Percepcija zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom je subjektivna i podložna brojnim čimbenicima koji nisu nužno povezani s obrazovanjem ili starošću. Individualna očekivanja, prethodna iskustva, osobni stavovi prema zdravlju i zdravstvenim radnicima, kao i mnogi drugi faktori, mogu značajno utjecati na pacijentovu percepciju kvalitete komunikacije.

Rezultati ovog istraživanja ukazuju na to da obrazovni status pacijenata ne utječe značajno na njihovu percepciju kvalitete komunikacije s zdravstvenim osobljem, dok rezultati studije provedene u Baskijskom zdravstvenom zavodu sugeriraju drugačiju korelaciju, pri čemu su

stariji pacijenti i oni s višom razinom obrazovanja izrazili veće zadovoljstvo. Ova neslaganja upućuju na potrebu za daljnjim istraživanjima koja bi obuhvatila šire uzorke i različite kontekste kako bi se dobila jasnija slika o faktorima koji utječu na zadovoljstvo pacijenata komunikacijom u zdravstvenim okruženjima.

Procjenom kojom smo istraživali postoji li razlika u zadovoljstvu komunikacijom u zdravstvu između pacijenata koji su sami zdravstveni djelatnici i onih koji to nisu, rezultati istraživanja nisu pokazali statistički značajne razlike u zadovoljstvu komunikacijom između ove dvije skupine. To znači da, bez obzira jesu li ispitanici zdravstveni djelatnici ili ne, njihova percepcija i zadovoljstvo komunikacijom u zdravstvenim ustanovama bila je slična.

Sustavno pretraživanje na temu „Iskustva i izazovi medicinskih sestara koje postaju pacijenti u bolničkom okruženju“ u razdoblju od 1999. do 2021.g. dalo je rezultate da medicinske sestre kao pacijenti cijene jasnu i pristupačnu komunikaciju s medicinskim osobljem. To uključuje razumijevanje njihovih potreba i pružanje informacija na razumljiv način. Komunikacija koja uključuje emocionalnu podršku i empatiju se ističe kao ključni faktor zadovoljstva. Osjećaj da ih zdravstveno osoblje doživljava kao pojedince i pokazuje brigu o njihovim osjećajima pokazao se kao važan aspekt. Kvalitetna komunikacija može imati pozitivan utjecaj na oporavak medicinskih sestara kao pacijenata. Osjećaj informiranosti i podrške igra važnu ulogu i može doprinijeti boljem ishodu liječenja (55).

Pregledno istraživanje radova na temu iskustva liječnika kao pacijenata objavljenih do 2017.g. ukazalo je na koncept "medicinskog ja" (ponašanje kao liječnik unatoč tome što je pacijent) i "preokret uloge" (liječnik se prilagođava ulozi pacijenta). Ostali elementi iskustava uključuju prepreke zdravstvenoj zaštiti, samoliječenju i samodoktoriranju, prezentizmu i 'ranjenim iscjeliteljima' (onima koji mogu izliječiti druge koristeći mudrost iz svojih iskustava bolesti). Iskustva liječnika kao pacijenata razlikuju se od iskustava šire javnosti jer se kreću između svog medicinskog ja i preokreta uloga (56).

Nedostatna su istraživanja koja se bave temom zadovoljstva zdravstvenih djelatnika komunikacijom u zdravstvenom sustavu kada sami postanu pacijenti. Ovo područje ostaje nedovoljno istraženo i zahtijeva daljnju pažnju kako bi se bolje razumjele specifične potrebe i iskustva zdravstvenih djelatnika u ulozi pacijenata.

U ovom istraživanju, prilikom analiziranja rezultata ispitanika o zadovoljstvu zdravstvenom komunikacijom s obzirom na različita zdravstvena stanja, rezultati testa su pokazali da ne postoje statistički značajne razlike u zadovoljstvu komunikacijom između različitih zdravstvenih stanja pacijenata, što upućuje da percepcija kvalitete komunikacije nije

bitno varirala među ispitanicima neovisno o njihovom zdravstvenom stanju. Također, procjenjujući moguće razlike u zadovoljstvu komunikacijom među skupinama koje imaju različita očekivanja o budućem zdravstvenom stanju rezultati su pokazali da nema statistički značajnih razlika u zadovoljstvu komunikacijom između tih skupina. Međutim, kada su podaci grupirani po kategorijama očekivanja pogoršanja zdravlja, primijećeno je da su ispitanici koji očekuju pogoršanje svog zdravstvenog stanja dali nešto niže ocjene zadovoljstva u usporedbi s ostalim skupinama. Ovo može ukazivati na njihova općenito negativna očekivanja ili iskustva s upozorenjima i kritikama od strane zdravstvenih djelatnika, što može negativno utjecati na njihovo percipirano zadovoljstvo komunikacijom. Rezultati sugeriraju da zdravstveni djelatnici trebaju biti osjetljivi na individualne potrebe i preferencije pacijenata te im pružiti podršku i razumijevanje kako bi poboljšali njihovo iskustvo komunikacije u zdravstvenom sustavu.

Suprotno našem istraživanju prethodno spomenuta studija provedena u Kuala Lumpuru između ostalog procjenjivala je i zadovoljstvo zdravstvenom komunikacijom svojih pružatelja zdravstvenih usluga s obzirom na zdravstveno stanje pacijenata. Rezultati su pokazali da su pacijenti slabijeg zdravstvenog stanja izrazili veće zadovoljstvo komunikacijom s pružateljima zdravstvenih usluga u usporedbi s pacijentima koji su bili u dobrom zdravlju. Pacijenti s kroničnim bolestima ili lošim zdravstvenim stanjem često su bolje informirani i postavljaju više pitanja svojim liječnicima. U takvim slučajevima, sposobnost pružatelja zdravstvenih usluga da pomognu tim pacijentima u izražavanju njihovih osjećaja, mišljenja, zabrinutosti i pitanja može dovesti do većeg zadovoljstva tih pacijenata. Pacijenti sa slabim zdravstvenim stanjem često doživljavaju depresiju, anksioznost i druge psihosocijalne probleme zbog svojih bolesti. Zdravstveni djelatnici koji uspješno prepoznaju i adresiraju ove emocije kroz sustavne konzultacije o emocijama i traže znakove emocionalnog stresa mogu značajno poboljšati kvalitetu života tih pacijenata. Ovo poboljšanje u kvaliteti života dovodi do pozitivnijih ocjena koje pacijenti daju svojim pružateljima zdravstvenih usluga (54).

Analiza zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom prema različitim zdravstvenim stanjima i očekivanjima pacijenata pokazuje da zdravstveno stanje može značajno utjecati na način na koji pacijenti percipiraju kvalitetu komunikacije s zdravstvenim djelatnicima. Iako istraživanje nije otkrilo statistički značajne razlike u zadovoljstvu komunikacijom među pacijentima s različitim bolestima, zapaženo je da pacijenti s lošijim zdravstvenim statusom često izražavaju veće zadovoljstvo komunikacijom. Ovi nalazi naglašavaju važnost pružanja emocionalne podrške i prilagođenih pristupa kako bi se poboljšalo iskustvo pacijenata u

zdravstvenim ustanovama, što ukazuje na potrebu za daljnjim istraživanjem i primjenom odgovarajućih pristupa u praksi.

Rezultati koje smo dobili analizirajući odgovore ispitanika o zadovoljstvu komunikacijom u zdravstvu s obzirom na razloge posjete zdravstvenoj ustanovi ukazuju na to da nema statistički značajnih razlika u zadovoljstvu ispitanika komunikacijom u zdravstvu s obzirom na razloge posjete. Rezultati upućuju da su zdravstveni djelatnici uspješno održavali sličnu razinu komunikacije bez obzira na specifične odjele ili vrste posjete. Kada se pogleda prosječno zadovoljstvo za svaki razlog posjete, primjećuje se da su pacijenti koji su bili hospitalizirani ocijenili komunikaciju nešto niže u usporedbi s onima koji nisu bili hospitalizirani. Ovo sugerira da aspekti povezani s hospitalizacijom mogu imati utjecaj na percepciju kvalitete komunikacije, što bi moglo biti važno za daljnje istraživanje ili poboljšanje praksi komunikacije u zdravstvu s hospitaliziranim bolesnicima.

Različito našim rezultatima, istraživanje provedeno u KBC-u Osijek i KBC-u Zagreb 2017.g. analiziralo je zadovoljstvo pacijenata u dnevnim bolnicama, s posebnim naglaskom na razlike u zadovoljstvu ovisno o razlozima posjete. Analizirano je sudjelovanje 177 ispitanika, pri čemu su prikupljeni podaci o njihovom iskustvu i percepciji pružene zdravstvene skrbi. Rezultati su pokazali značajne razlike u zadovoljstvu pacijenata ovisno o tipu posjete bolnici. Na primjer, pacijenti koji su primljeni hitnim prijemom rjeđe su izražavali visoko zadovoljstvo u usporedbi s onima koji su dolazili planirano. Također, različiti tipovi dnevnih bolnica kao što su onkološke i infektološke pokazale su varijacije u zadovoljstvu pacijenata, pri čemu su onkološke bolnice imale veći postotak uvijek zadovoljnih pacijenata u usporedbi s infektološkim bolnicama (57). Razlike u zadovoljstvu pacijenata između različitih tipova dnevnih bolnica i razloga posjete mogu se objasniti činjenicom da pacijenti s kroničnim bolestima, koji razvijaju dugotrajniji odnos s zdravstvenim djelatnicima i imaju dublje razumijevanje svoje bolesti, često izražavaju veće zadovoljstvo u usporedbi s pacijentima s akutnim bolestima koji su pod većim stresom zbog naglog početka bolesti. Onkološke bolnice pružaju dugotrajniju i sveobuhvatniju skrb, često rezultirajući većim zadovoljstvom pacijenata, dok infektološke bolnice češće tretiraju akutne slučajeve, što može utjecati na percepciju pružene skrbi.

Analiza našeg istraživanja i studije provedene u KBC-ima Osijek i Zagreb naglašavaju važnost kontinuiranog unaprjeđenja komunikacijskih praksi u zdravstvenim ustanovama, bez obzira na različite razloge posjete ili vrste zdravstvenih stanja pacijenata. Rezultati pokazuju da postoje varijacije u zadovoljstvu pacijenata ovisno o specifičnim okolnostima posjeta,

poput hitnih prijema ili vrste dnevne bolnice te u kontekstu hospitalizacije, što implicira potrebu za ciljanim pristupima u pružanju zdravstvene skrbi.

Procjenjujući rezultate našeg istraživanja o zadovoljstvu ispitanika u odnosu na trajanje posjete zdravstvenoj ustanovi, utvrdili smo da postoji značajan utjecaj trajanja posjete na zadovoljstvo pacijenata komunikacijom u zdravstvenom sustavu. Pacijenti su najzadovoljniji kada trajanje posjete nije ni prekratko ni predugo, već optimalno. Pronaći idealno trajanje posjete, koje može varirati ovisno o prirodi posjeta i individualnim potrebama pacijenata može biti ključno za poboljšanje ukupnog iskustva i zadovoljstva pacijenata komunikacijom u zdravstvu.

Slične rezultate pokazalo je istraživanje provedeno u Dhaka Government Medical College Hospital u Bangladešu koje se bavilo čimbenicima koji utječu na zadovoljstvo pacijenata uslugama bolnice. Studija je pokazala kako vrijeme čekanja utječe na zadovoljstvo pacijenata. Ističe se da dugo čekanje doktora nakon prijema u bolnicu ima negativan utjecaj na zadovoljstvo pacijenata. Prema rezultatima istraživanja, što je duže vrijeme čekanja, to je niža razina zadovoljstva pacijenata. Smanjenje vremena čekanja na pregled kod liječnika značajno bi poboljšalo zadovoljstvo pacijenata. To bi potencijalno povećalo percepciju kvalitete usluge i unaprijedilo iskustvo pacijenata tijekom njihovog boravka u bolnici (58). Rezultati našeg istraživanja u skladu su s dobivenim rezultatima drugih istraživanja te naglašavaju važnost optimalnog trajanja posjete za zadovoljstvo pacijenata. Studija provedena u Dhaka G.M.C.H također je pokazala da vrijeme čekanja značajno utječe na zadovoljstvo pacijenata. Ova korelacija ukazuje na to da i trajanje posjete i vrijeme čekanja mogu bitno utjecati na percepciju kvalitete usluge, čime se ističe potreba za pažljivim upravljanjem ovim aspektima kako bi se poboljšalo iskustvo i zadovoljstvo pacijenata komunikacijom u zdravstvenom sustavu.

Analiza rezultata koje smo dobili procjenjujući da li trajanje pregleda ima utjecaj na zadovoljstvo pacijenata pokazala je statistički značajne razlike u različitim aspektima interakcije sa zdravstvenim djelatnicima. Pregledi u trajanju od 45 minuta pokazali su najvišu razinu zadovoljstva pacijenata u svim promatranim kategorijama, što sugerira da ovo vrijeme omogućava pacijentima osjećaj bolje komunikacije, poštovanja i rješavanja problema. S druge strane, pregledi koji traju jedan sat ili više imali su niže ocjene, što može ukazivati na to i da predugi pregledi mogu dovesti do smanjenog zadovoljstva pacijenata.

Slične rezultate dobila je i studija provedena na Sveučilištu Massachusetts i Memorial Healthcare sustavu koja je uključila pacijente regrutirane kroz njihove programe obuke i



zdravstvene usluge pod nazivom „Kako pacijenti percipiraju brižan stav liječnika.“ Studija je pokazala da su liječnici koji su pokazivali žurbu tijekom posjeta bili percipirani od strane pacijenata kao nezainteresirani. Pacijenti su preferirali liječnike koji su provodili dovoljno vremena s njima kako bi raspravljali o njihovim bolestima i simptomima. To je bilo posebno važno za starije pacijente koji su trebali da im liječnici pažljivo i jasno objasne njihove simptome i upotrebu lijekova (40).

Komparacija naše studije i one u Massachusettsu ukazuje na to da trajanje pregleda ima značajan utjecaj na to kako pacijenti percipiraju zadovoljstvo i brižnost liječnika. Oba istraživanja pokazuju da optimalno trajanje pregleda može pozitivno utjecati na pacijentovo zadovoljstvo i percepciju kvalitete zdravstvene skrbi.

Rezultati koje smo dobili u ovom istraživanju pokazuju da nema značajnih razlika u ukupnom zadovoljstvu pacijenata ovisno o vrsti zdravstvenog djelatnika s kojim su imali interakciju. Bez obzira radi li se o liječniku, fizioterapeutu, medicinskoj sestri ili nekom drugom zdravstvenom djelatniku ispitanici su pokazali slične razine zadovoljstva u aspektima kao što su rješavanje problema, poštovanje, izostanak hostilnosti i neverbalna komunikacija. Ovi rezultati sugeriraju da su svi zdravstveni djelatnici jednako učinkoviti u komunikaciji s pacijentima.

Na temelju istraživanja provedenog u Texasu (SAD), komunikacijske vještine medicinskih sestara/tehničara pokazale su se ključnima za zadovoljstvo pacijenata. Pacijenti su izvijestili o manjem osjećaju straha i boli te boljim rezultatima liječenja kada su medicinske sestre/tehničari dobili visoke ocjene za komunikacijske vještine. Ova uloga je posebno važna jer su medicinske sestre/tehničari često prvi kontakt pacijenata sa zdravstvenim sustavom te imaju češći i osobniji odnos s pacijentima nego s liječnicima jer pretpostavljaju da ih one bolje razumije (59).

Već navedeno istraživanje analiziralo je i zadovoljstvo pacijenata s obzirom na vrstu djelatnika. Rezultati su pokazali da su pacijenti najviše zadovoljni ljubaznošću i poštovanjem medicinskih sestara, gdje više od 70% izjavljuje da su ih sestre uvijek tretirale s poštovanjem, uvijek pažljivo slušale njihove potrebe i da su dobili detaljna objašnjenja o svojem zdravstvenom stanju od medicinskih sestara. S druge strane, iako su i liječnici također pokazali visoku razinu ljubaznosti i poštovanja prema pacijentima (66,1%), postotak zadovoljstva pažnjom i objašnjenjima koje su pružali bio je nešto niži u usporedbi s medicinskim sestrama (57).

Na temelju podataka iz metaanalize sedam studija i kvantitativnih podataka 2009.g. s ciljem kako bi se utvrdio stupanj zadovoljstva pacijenata mišićno-koštanom fizikalnom

terapijom analizirala se i razlika u ukupnom zadovoljstvu pacijenata s obzirom na vrstu zdravstvenog djelatnika. Rezultati analize su pokazali da su pacijenti generalno više zadovoljni s fizioterapeutima nego s liječnicima. 86% pacijenata bilo je zadovoljno brigom fizioterapeuta, dok je 72% pacijenata bilo zadovoljno brigom liječnika. Pacijenti su pokazali veće zadovoljstvo brigom fizioterapeuta u usporedbi s liječnicima. Glavni razlozi za ovu razliku mogu biti povezani s različitim aspektima skrbi koje pružaju fizioterapeuti, uključujući komunikaciju, profesionalnost i specifičnost terapijskih postupaka koji su blisko povezani s neposrednim rezultatima koje pacijenti mogu osjetiti (60).

U studiji koja je uspoređivala učinkovitost fizioterapeuta i liječnika u ortopedskim ambulantomama u Bristolu, Velika Britanija, otkriveno je da su pacijenti izrazili veće zadovoljstvo skrbi koju su dobili od fizioterapeuta u odnosu na liječnike. U području općeg zdravlja, pacijenti su s višim ocjenama ocijenili skrb fizioterapeuta. Na primjer, fizioterapeuti i liječnici su imali slične rezultate u tjelesnom funkcioniranju, ali pacijenti su izvijestili veće zadovoljstvo fizioterapeutskom skrbi u područjima kao što su bol, opće zdravlje i mentalno zdravlje. Pacijenti su također izrazili veće zadovoljstvo komunikacijom i stavovima fizioterapeuta u usporedbi s liječnicima. To uključuje i ocjene za kvalitetu tretmana i bolje uvjete u ambulanti. Pacijenti su se osjećali bolje informirani i podržani tijekom rehabilitacije kod fizioterapeuta (61).

Rezultati ovih istraživanja sugeriraju da različiti zdravstveni djelatnici imaju različite snage i fokus u pružanju skrbi pacijentima, tako i svaki pacijent može imati jedinstvene zdravstvene potrebe i preferencije koje utječu na njihovo zadovoljstvo skrbi. Na primjer, pacijenti s različitim dijagnozama ili stanjima mogu preferirati određeni tip zdravstvenog djelatnika zbog specifičnih terapijskih pristupa ili emocionalne podrške koju pružaju. Težina i kompleksnost zdravstvenih stanja mogu utjecati na percepciju pacijenata o skrbi. Pacijenti s ozbiljnijim ili kroničnim stanjima možda cijene specifične aspekte skrbi koje pružaju određeni zdravstveni djelatnici, poput fizioterapeuta za rehabilitaciju nakon operacija ili medicinskih sestara za kontinuiranu njegu i podršku.

### 5.1. Nedostaci istraživanja

Prilikom provođenja ovog istraživanja postojala su određena ograničenja i nedostaci koji su mogli utjecati na pouzdanost i valjanost rezultata. Mogući nedostaci uključuju prigodni uzorak, što znači da sudionici nisu nasumično odabrani već su pristupili istraživanju dobrovoljno. Ovakav način odabira može dovesti do pristranosti jer uzorak ne predstavlja cijelu populaciju korisnika zdravstvenih usluga. Neravnoteža spola, uzorak istraživanja

pokazuje neravnomjernu distribuciju spola, s puno više ženskih ispitanika (182) nego muških (47). Ova neravnoteža može utjecati na rezultate jer percepcija i iskustva vezana za zdravstvenu komunikaciju mogu varirati između spolova. Podaci su prikupljeni putem upitnika koje su ispitanici sami ispunjavali, što može dovesti do subjektivnih pristranosti. Sudionici mogu odgovarati na način koji smatraju društveno prihvatljivim ili mogu imati poteškoća s točnim prisjećanjem svojih iskustava. Provođenje istraživanja putem online upitnika može ograničiti sudjelovanje osoba koje nemaju pristup internetu ili nisu tehnološki vješti. To može rezultirati isključivanjem određenih demografskih skupina. Istraživanje se fokusiralo na iskustva pacijenata unutar posljednja tri mjeseca. Ovo ograničenje vremenskog okvira može zanemariti dugoročne promjene u zadovoljstvu i percepciji zdravstvene komunikacije. Kvantitativna priroda upitnika ne omogućava detaljno istraživanje individualnih iskustava i specifičnih situacija koje bi mogle pružiti dublji uvid u probleme i izazove u komunikaciji između pacijenata i zdravstvenih djelatnika.

Za buduća istraživanja preporučuje se korištenje nasumično odabranog uzorka kako bi se osigurala reprezentativnost rezultata. Osigurati ravnomjernu distribuciju spolova među ispitanicima kako bi se smanjila pristranost u rezultatima. Kombinirati kvantitativne i kvalitativne metode istraživanja kako bi se dobio dublji uvid u individualna iskustva pacijenata. Uključiti duži vremenski period kako bi se obuhvatile dugoročne promjene u percepciji zdravstvene komunikacije. Primijeniti metode koje smanjuju subjektivne pristranosti, poput intervjua ili fokus grupa vođenih od strane istraživača.

Ovo istraživanje pruža uvid u faktore koji utječu na zadovoljstvo komunikacijom u zdravstvu i može poslužiti kao osnova za daljnje detaljnije studije, kao i za razvoj ciljanih intervencija za poboljšanje kvalitete zdravstvene komunikacije. Unaprijeđenje komunikacijskih vještina može značajno pridonijeti boljem razumijevanju pacijenata od strane medicinskog osoblja, što rezultira individualiziranim pristupom liječenju. To uključuje prilagođavanje zdravstvenih intervencija specifičnim potrebama i okolnostima svakog pojedinog pacijenta. Rezultati ovog istraživanja mogu pružiti uvide kako adekvatna komunikacija može poboljšati suradljivost pacijenata, spremnost na pridržavanje terapijskih postupaka i pozitivno utjecati na njihovo iskustvo liječenja.

Možemo zaključno reći da korisnici zdravstvenih usluga pokazuju visoku razinu zadovoljstva komunikacijom s medicinskim osobljem, što na prvi pogled odražava kvalitetnu komunikaciju unutar zdravstvenih ustanova. Međutim, važno je pristupiti tim rezultatima kritički. Visoke ocjene zadovoljstva mogu biti rezultat nedostatka kritičnosti među pacijentima, niskih očekivanja ili sklonosti da odgovaraju na način koji smatraju društveno

prihvatljivim. Također, sudionici mogu imati poteškoća s točnim prisjećanjem svojih iskustava od zadnjeg posjeta zdravstvenoj ustanovi.

Analiza demografskih varijabli pokazala je da nema značajnih razlika u zadovoljstvu komunikacijom između različitih skupina pacijenata, uključujući spol, dob i obrazovanje, što sugerira da je kvaliteta komunikacije dosljedna i univerzalno zadovoljavajuća među različitim skupinama.

Nadalje, nije bilo značajnih razlika u zadovoljstvu komunikacijom s obzirom na vrstu zdravstvenih djelatnika, što sugerira da su svi djelatnici jednako učinkoviti u komunikaciji. Pacijenti s različitim zdravstvenim stanjima također nisu pokazali značajne razlike u zadovoljstvu komunikacijom, iako su pacijenti s lošijim zdravstvenim statusom često izražavali veće zadovoljstvo.

Međutim, hospitalizirani pacijenti dali su nešto niže ocjene komunikaciji, što ukazuje na potrebu za poboljšanjem komunikacije tijekom hospitalizacije. Optimalno trajanje posjete od oko 45 minuta rezultiralo je najvišim zadovoljstvom pacijenata, dok su pregledi koji su trajali predugo rezultirali smanjenjem zadovoljstva pacijenata.

Ovi rezultati naglašavaju važnost empatije, jasnoće i prilagodljivosti u komunikaciji s pacijentima. Zdravstveni djelatnici trebaju kontinuirano raditi na poboljšanju svojih komunikacijskih vještina kako bi osigurali pozitivna iskustva pacijenata. Potrebna su daljnja istraživanja za preciznije i pouzdanije informacije koje bi mogle pomoći u daljnjem unaprjeđenju komunikacijskih praksi u zdravstvenim ustanovama, s posebnim naglaskom na komunikaciju s hospitaliziranim pacijentima i optimizaciju trajanja pregleda za maksimalno zadovoljstvo pacijenata.

## 6. ZAKLJUČCI

1. Proces jezične validacije rezultirao je jasnim i razumljivim pitanjima te je unutarnja pouzdanost upitnika zadovoljavajuća te Cronabch alpha iznosi 0,95.

2. Zadovoljstvo komunikacijom u zdravstvenim ustanovama neovisno je o spolu, dobi i statusu obrazovanja korisnika zdravstvenih usluga.

3. Vrsta zdravstvenih djelatnika nema značajan utjecaj na razinu zadovoljstva pacijenata komunikacijom u zdravstvenim ustanovama.

4. Zdravstveno stanje pacijenata i obilježja liječenja ne utječu značajno na razinu zadovoljstva komunikacijom, iako se primjećuje blaga sklonost nižem zadovoljstvu kod hospitaliziranih pacijenata.

## LITERATURA:

1. Đorđević V, Braš M. Osnovni pojmovi o komunikaciji u medicini. *Medix*.
2. 2011;92(1):12-14.
3. Reardon KK. Interpersonalna komunikacija: Gdje se misli susreću. Zagreb: Alinea; 1998.
4. Lučanin D, Despot Lučanin J. Komunikacijske vještine u zdravstvu. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, Naklada Slap; 2010.
5. Brajša P. Sedam tajni uspješne škole. Zagreb: Školske novine; 1994.
6. Tomić R., Kadum S., Džaferagić Franca A. Komunikacija u zdravstvu. Pula: Fakultet za odgojno i obrazovne znanosti; 2023.
7. Pease A, Pease B. Velika škola govora tijela. Zagreb. Mozaik knjiga; 2008.
8. Lukić A. Verbalna i neverbalna komunikacija. /Završni rad/ Sveučilište Jurja Dobrile u Puli. Pula. 2017. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:137:396625>.
9. Žižak A. Komunikacijske vještine. Interpersonalna komunikacija u profesionalnom kontekstu. Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet. Zagreb. 2017.
10. Silverman J., Kurtz S., Draper J. Skills for communicating with patients. Abingdon: Radcliffe Medical Press. 2013. <https://doi.org/10.1201/9781910227268>. ISBN9780429091247
11. Gordon RA, Druckman D, Rozelle RM, Baxter JC. Non – verbal behaviour as communication: Approaches, issues and research. U O. Hargie (ur.), *The handbook of communication skills* (73-119), Hove: Routledge; 2006.
12. Knapp ML, Hall JA. Neverbalna komunikacija u ljudskoj interakciji. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2010.
13. Pease A. Govor tijela. Ljubljana – Zagreb. Založba Mladinska knjiga; 1991.
14. Feldman RS. Adjustment: Applying psychology in a complex world. New York: McGraw Hill. 1989.
15. Burton G, Dimpleby R. Teaching communication. London:Routledge.1990.
16. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995;152(9):1423-33.
17. Detmar SB, Muller MJ, Schornagel JH, Wever LD, Aaronson NK. Health-related quality-of-life assessments and patient-physician communication: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002; 288(23):3027-34.
18. Seih L, Brentin LK. *The Nurse Communicates*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1997.

19. World Health Organization Outbreak Communication Planning Guide. Available at: <http://www.who.int/ihr/elibrary/WHOOutbreakCommsPlanngGuide.pdf>. Accessed April 2nd 2013.
20. Jukić M, Gašparović V, Husedžinović I. i sur. Intenzivna medicina. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.
21. Hozo I, Živanović N, Mandić K, Filipović D. Internistička propedeutika s umijećem komuniciranja u kliničkoj medicini. Split: Hrvatsko gastroenterološko društvo; 2013.
22. Bloch A, Bloch R. Physician-patient communication. U: Bloch A, Bloch R. Fighting Cancer, Kansas City: R. A. Bloch Cancer Foundation; 1999.
23. Brkljačić M. Etički aspekti komunikacije u zdravstvu. Zagreb: Poliklinika „Sveti Rok M. D.“; 2013.
24. Havelka MA., Havelka M. Zdravstvena psihologija. Psihosocijalne osnove zdravlja. Naklada Slap; 2020.
25. Dini Ghaliyah ESM. The influence of service quality, hospital image, and promotion to patients' trust and loyalty. Eur J Business Manag. 2017; 9.20: 86-97.
26. Osuna E, Pérez-Carrión A, Pérez-Cárceles MD, Machado F. Percepcija zdravstvenih djelatnika o kvaliteti komunikacije i promišljanja s pacijentom i njegovom utjecaju na proces donošenja odluka o zdravlju. Časopis za istraživanje javnog zdravstva. 2018;7(3):1445. DOI: 10.4081/JPHR.2018.1445. PMID: 30687676; PMCID: PMC6321946.
27. Peimani M, Nasli - Esfahani E, Sadeghi R. Percepcija pacijenata o komunikaciji pacijenta i pružatelja usluga i njezi dijabetesa. 2020;16(1):3-22. DOI: 10.1177/1742395318782378. PMID: 29895167.
28. Dulčić A, Kondić Lj. Djeca oštećena sluha - priručnik za roditelje i udomitelje. Zagreb; 2002.
29. Harber DG, Ashkanasy NM. Culture, communication and service quality in health care administration: a tale of two hospitals. Aust Health Rev. 1998;21(3):116-132. DOI: 10.1071/ah980116b. PMID: 10185680.
30. Alrubaiee L, Alkaa'ida F. The mediating effect of patient satisfaction in the patients' perceptions of healthcare quality – patient trust relationship. Int J Marketing Stud. 2011;3(1):103.
31. Garg CS, Sambamoorthi N, Kelly K, Sambamoorthi U. Type of multimorbidity and patient-doctor communication and trust among elderly Medicare beneficiaries. Int J Fam Med. 2016;2016:8747891. DOI: 10.1155/2016/8747891. PMID: 27800181; PMCID: PMC5069353.

32. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract.* 2002;15(1):25-38. PMID: 11841136.
33. Znidarčić Ž. Etički vidici komunikacije u zdravstvu. Available at: <http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/2739/Eticki-vidici-komunikacije-u-zdravstvu.html>. Accessed April 4th 2013. p. 136-143.
34. Hall AM, Ferreira PH, Maher CG, Latimer J, Ferreira ML. Utjecaj odnosa terapeut-pacijent na ishod liječenja u fizičkoj rehabilitaciji. *Phys Ther.* 2010;90(8):1099-110. DOI: 10.2522/PTJ.20090245. PMID: 20576715.
35. Sabaté E. Pridržavanje dugoročnih terapija: dokazi za djelovanje. Geneva: Svjetska zdravstvena organizacija; 2003.
36. Mauksch LB, Dugdale DC, Dodson S, Epstein RM. Odnos, komunikacija i učinkovitost u medicinskom susretu: stvaranje kliničkog modela iz pregleda literature. *Arh Intern Med.* 2008;168(13):1387-95. DOI: 10.1001/archinte.168.13.1387. PMID: 18625918.
37. Mechanic D. The concept of illness behavior. *J Chronic Dis.* 1962;15:189-203.
38. Maslow AH. *Motivation and personality.* New York: Harper & Row; 1954.
39. Ley P, Spelman MS. *Communicating with a patient.* London: Staples Press; 1972. 10(1-4):23-29.
40. Weinman JM. Doctor-patient communication. U: Baum A, editor. *Cambridge handbook of psychology, health and medicine.* Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
41. Quirk M, Mazor K, Haley HL, Philbin M, Fischer M, Sullivan K, et al. How patients perceive a doctor's caring attitude. *Patient Educ Couns.* 2008;72(3):359-66. DOI: 10.1016/j.pec.2008.05.022. PMID: 18684582.
42. Paxton R, Rhodes D, Crooks I. Teaching nurses therapeutic conversation: a pilot study. *J Adv Nurs.* 1988;13(3):401-4. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1988.tb01435.x. PMID: 3417935.
43. Heaven C, Clegg J, Maguire P. Transfer of communication skills training from workshop to workplace: The impact of clinical supervision. *Pat Educ Counsel.* 2005;60(3):313-25. DOI: 10.1016/j.pec.2005.08.008. Epub 2005 Oct 19. PMID: 16242900.
44. Sowerby P, Balint M. *The doctor, his patient and the illness.* London: Tavistock Publications; 1977. p. 583-589.
45. Ratanawongsa N, Roter D, Beach MC, Laird SL, Larson SM, Carson KA, Cooper LA. Physician burnout and patient-physician communication during primary care



- encounters. *J Gen Intern Med.* 2008;23(10):1581-8. DOI: 10.1007/S11606-008-0702-1. PMID: 18618195; PMCID: PMC2533387.
46. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, Hallaert G, Van Daele S, Buylaert W, Vogelaers D. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *Int J Clin Pract.* 2015;69(11):1257-67. doi: 10.1111/ijcp.12686.
47. Fleissig A. Are women given enough information by staff during labour and delivery? *Midwifery.* Institut za društvene studije u medicinskoj skrbi, 14 South Hill Park, London. 1993. lipnja; 9(2):70-5. doi: 10.1016/0266-6138(93)90049-x. PMID: 8332094.
48. Visoka zdravstvena škola Zagreb. *Komunikacije u sestrinstvu.* Zbornik radova. Zagreb; 2004.
49. Beštak D. *Zadovoljstvo roditelja hospitalizirane djece komunikacijom sa zdravstvenim djelatnicima.* [diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2014.
50. Žugaj AP. *Zadovoljstvo pacijenata komunikacijom i odnosom fizioterapeuta.* [diplomski rad]. Zagreb: Zdravstveno veleučilište u Zagrebu; 2018.
51. Elliott MN, Lehrman WG, Beckett MK, Goldstein E, Hambarsoomian K, Giordano LA. Rodne razlike u percepciji pacijenata o bolničkoj skrbi. *Health Serv Res.* 2012;47(4):1482-1501. doi: 10.1111/j.1475-6773.2012.01389.x. Epub 2012 Feb 29. PMID: 22375827; PMCID: PMC3401395.
52. Clarke MA, Fruhling AL, Sitorius M, Windle TA, Bernard TL, Windle JR. Utjecaj dobi na komunikacijske i tehnološke preferencije pacijenata u doba smislene uporabe: studija mješovitih metoda. *J Med Internet Res.* 2020;22(6). doi: 10.2196/13470. PMID: 32478658; PMCID: PMC7296425.
53. Richter D, Ernst J, Lehmann C, Koch U, Mehnert A, Friedrich M. Komunikacijske preferencije kod mladih, sredovječnih i starijih pacijenata s rakom. *Oncol Res Treat.* 2015;38(11):590-595. doi: 10.1159/000441312.
54. Quintana JM, González N, Bilbao A, Aizpuru F, Escobar A, Esteban C, San-Sebastián JA, de-la-Sierra E, Thompson A. Prediktori zadovoljstva pacijenata zdravstvenom skrbi u bolnici. *BMC Health Serv Res.* 2006;6:102. doi: 10.1186/1472-6963-6-102.
55. Azizam NA, Shamsuddin K. Komunikacija pružatelja zdravstvenih usluga i pacijenta: studija zadovoljstva u ambulanti u bolnici Kuala Lumpur. *Malays J Med Sci.* 2015;22(3):56-64. PMID: 26715897; PMCID: PMC4681722.
56. Hunt L, Buckley T. Iskustva i izazovi medicinskih sestara koje postaju pacijenti u bolničkom okruženju. *J Adv Nurs.* 2023. doi: 10.1111/jan.15834.

57. Morishita M, Iida J, Nishigori H. Iskustvo liječnika koji postaju pacijenti i njegov utjecaj na njihovu medicinsku praksu: pregled literature. *Explore*. 2017. doi: 10.1016/j.explore.2019.10.00.
58. Gašpert M. Zadovoljstvo bolesnika pruženom zdravstvenom skrbi u dnevnim bolnicama [disertacija]. Osijek: Fakultet medicine, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera; 2017.
59. Ashrafun L, Uddin MJ. Factors determining inpatient satisfaction with hospital care in Bangladesh. Helsinki, Finland; 2011. doi: 10.5539/ass.v7n6p15.
60. Agosta LJ. Psychometric evaluation of the Nurse Practitioner Satisfaction Survey (NPSS). *J Nurs Meas*. 2009;17(2):114-133. doi: 10.1891/1061-3749.17.2.114.
61. Hush JM, Cameron K, Mackey M. Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. *Phys Ther*. 2011;91(1):25-36. doi: 10.2522/ptj.20100061.
62. Daker-White A, Carr IJ, Harvey G, Woolhead G, Bannister I, Nelson M, Kammerling M. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments: a randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53:643-650.
63. Ozvacić AZ, Katić M, Kern J, Lazić D, Cerovečki Nekić V, Soldo D. Patient, physician and practice characteristics related to patient enablement in general practice in Croatia: cross-sectional survey study. *Croat Med J*. 2008;49:813-823.

## PRIVITAK A

Tablica 1. Srednja ocjena i medijan vrijednosti ukupnog zadovoljstva ispitanika zdravstvenom komunikacijom s podljestvicama .....	18
Slika 1. Prikaz raspodjele srednjih ocjena ukupnog zadovoljstva ispitanika zdravstvenom komunikacijom .....	19
Slika 2. Prikaz broja ispitanika s obzirom na spol .....	20
Tablica 2. Značajnost razlika za ukupno zadovoljstvo zdravstvenom komunikacijom i na podljestvicama s obzirom na spol .....	21
Slika 3. Prosječno zadovoljstvo ispitanika zdravstvenom komunikacijom s obzirom na spol .....	21
Slika 4. Prosječan rezultat na podljestvici izostanka hostilnosti s obzirom na spol .....	22
Slika 5. Prikaz broja ispitanika s obzirom na dob .....	23
Slika 6. Prosječno zadovoljstvo zdravstvenom komunikacijom s obzirom na dob ispitanika .....	23
Tablica 3. Značajnost razlika ukupnog zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom i na podljestvicama s obzirom na dob ispitanika .....	24
Slika 7. Prikaz distribucije ispitanika prema razini obrazovanja .....	24
Slika 8. Prikaz rezultata zadovoljstva ispitanika zdravstvenom komunikacijom s obzirom na obrazovanje .....	25
Tablica 4. Značajnost razlika ukupnog zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom i na podljestvicama s obzirom na obrazovanje ispitanika .....	25
Slika 9. Prikaz raspodjele ispitanika na zdravstvene i nezdravstvene djelatnike .....	26
Slika 10. Prikaz raspodjele ocjena ispitanika s obzirom na zdravstvene i nezdravstvene djelatnike .....	27
Tablica 5. Značajnost razlika ukupnog zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom i na podljestvicama s obzirom na zdravstvene i nezdravstvene djelatnike .....	27
Slika 11. Prikaz broja ispitanika s obzirom na vrstu djelatnika kojeg procjenjuju .....	28
Slika 12. Prikaz zadovoljstva ispitanika zdravstvenom komunikacijom s obzirom na vrstu djelatnika .....	28
Tablica 6. Značajnost razlika ukupnog zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom i na podljestvicama s obzirom na vrstu djelatnika .....	28
Slika 13. Prikaz broja ispitanika s obzirom na njihovu procjenu vlastitog zdravlja .....	30
Slika 14. Prikaz rezultata zadovoljstva ispitanika zdravstvenom komunikacijom s obzirom na zdravlje ispitanika .....	30
Tablica 7. Značajnost razlika ukupnog zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom i na podljestvicama s obzirom na procjenu vlastitog zdravlja ispitanika .....	31
Slika 15. Prikaz broja ispitanika s obzirom na razlog posjeta zdravstvenoj instituciji .....	31
Slika 16. Prikaz zadovoljstva komunikacijom u zdravstvu s obzirom na razlog posjete ispitanika zdravstvenoj instituciji .....	32

Tablica 8. Značajnost razlika ukupnog zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom i na podljestvicama s obzirom na procjenu vlastitog zdravlja ispitanika .....	32
Slika 17. Prikaz broja ispitanika s obzirom na zdravstvena očekivanja .....	33
Slika 18. Prikaz zadovoljstva komunikacijom s obzirom na zdravstvena očekivanja.....	34
Tablica 9. Značajnost razlika ukupnog zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom i na podljestvicama s obzirom na očekivanja pogoršanja vlastitog zdravlja .....	34
Slika 19. Prikaz broja ispitanika s obzirom na trajanje zadnje posjete zdravstvenoj ustanovi	35
Slika 20. Prikaz zadovoljstva komunikacijom u zdravstvu s obzirom na trajanje posjete zdravstvenoj ustanovi.....	36
Tablica 10. Značajnost razlika ukupnog zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom i na podljestvicama s obzirom na trajanje posjete zdravstvenoj instituciji.....	36
Slika 22. Prikaz zadovoljstva ispitanika komunikacijom u zdravstvu s obzirom na trajanje zadnjeg pregleda .....	38
Tablica 11. Značajnost razlika ukupnog zadovoljstva zdravstvenom komunikacijom i na podljestvicama s obzirom na trajanje pregleda.....	38

## PRIVITAK B

HCCQ (Obrazac za pacijenta)

Copyright M. Sommaruga & P. Gremigni, 2008

Upute:

Provodimo istraživanje s ciljem procjene iskustava pacijenata u komunikaciji sa zdravstvenim djelatnicima kako bi se identificirala područja koja zahtjevaju poboljšanje te unaprijedila kvaliteta zdravstvene skrbi.

Ovaj upitnik se odnosi na vaše iskustvo s zdravstvenim djelatnikom s kojim ste se nedavno susreli. Molimo vas da pažljivo pročitate svako pitanje i označite odgovarajući odgovor.

Molimo vas da odgovorite na sva pitanja. Sudjelovanje u ovom istraživanju je dobrovoljno, a odgovori su anonimni i povjerljivi i koristiti će se isključivo u istraživačke svrhe. U svakom trenutku možete prekinuti ispunjavati upitnik.

Istraživanje provodi: Dijana Mlinar Došen, Palinovečka 19n, 10000 Zagreb

Mentorica: Aleksandra Stevanović

Unaprijed se zahvaljujemo na izdvojenom vremenu i doprinosu.

Želim sudjelovati u istraživanju:    DA    NE

Datum\_\_\_\_\_

Molimo Vas da se prisjetite svoje zadnjeg posjeta zdravstvenoj ustanovi. Zanima nas Vaše iskustvo zdravstvene komunikacije. Bez obzira što ste se prilikom Vašeg zadnjeg posjeta zdravstvenoj ustanovi susreli s većim brojem zdravstvenih djelatnika, molimo da na naredna pitanja odgovarate u odnosu na samo JEDNOG po Vašem izboru.

Kojeg zdravstvenog djelatnika procjenjujete?

Liječnik    Medicinska sestra    Fizioterapeut    Netko drugi (\_\_\_\_\_)

Molimo da procijenite u odnosu na zdravstvenog djelatnika kojeg ste zaokružili		Nimalo	Malo	Djelomično	Uglavnom	Potpuno
1.	Zdravstveni djelatnik me gledao u oči dok sam govorio/govorila	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	Osjećao/la sam da se poštuju moje potrebe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	Postavljena su mi pitanja na jasan način	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	Pitanja su mi postavljena na agresivan način	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5.	Primio/la sam jasne i precizne informacije	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6.	Dobio/la sam odgovore na agresivan način	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7.	Tretiran/a sam s ljubaznošću	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8.	Bio/la sam tretiran/a na grub i žurni način	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9.	Zdravstveni djelatnik mi se obratio s osmijehom	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10.	Zdravstveni djelatnik je uspio riješiti moj problem	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11.	Zdravstveni djelatnik je uspješno vodio konzultacije	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12.	Zdravstveni djelatnik je pokazao smirenost	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13.	Zdravstveni djelatnik je poštovao moju privatnost	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Molimo Vas da odgovorite i na sljedeća pitanja vezana uz Vaš posljednji posjet zdravstvenoj ustanovi:

1. Koji je razlog Vašem posljednjem posjetu zdravstvenoj ustanovi (zaokružiti):

Ambulantni pregled obiteljska medicina

Ambulantni specijalistički pregled

Specijalistička pretraga (Rtg, mamografija, vađenje krvi ili sl.)

Hospitalizacija

Nešto drugo

2. Koliko je trajao susret sa zdravstvenim djelatnikom kojeg procjenjujete?

15min

30min

45min

1h ili više

3. Koliko je trajao posjet zdravstvenoj ustanovi?

15min

30min

45min

1h ili više

4. Da li Vam je propisana terapija? Koja?

5. Molimo Vas da procijenite u kojoj mjeri se sljedeće tvrdnje vezane uz opće zdravlje odnose na Vas? Općenito, biste li rekli da je Vaše zdravlje (zaokružite jedan odgovor)?

Izvršno

Vrlo dobro

Dobro

Zadovoljavajuće

Loše

6. Čini mi se da se razbolim lakše nego drugi ljudi.

Potpuno točno

Uglavnom točno

Ne znam

Uglavnom netočno

Potpuno netočno

7. Zdrav sam kao i bilo tko drugi koga poznajem.

Potpuno točno

Uglavnom točno

Ne znam

Uglavnom netočno

Potpuno netočno

8. Mislim da će mi se zdravlje pogoršati.

Potpuno točno

Uglavnom točno

Ne znam

Uglavnom netočno

Potpuno netočno

9.Zdravlje mi je odlično.

Potpuno točno

Uglavnom točno

Ne znam

Uglavnom netočno

Potpuno netočno

10.Molimo Vas da nam odgovorite na nekoliko općih pitanja o sebi:

Koliko imate godina?

18-25

25-35

35-45

45-55

55-65

65+

11.Kojeg ste spola?

M

Ž

12.Koja je razina vašeg obrazovanja?

OŠ

SSS

VŠS

VSS

13.Jeste li osobno zdravstveni djelatnik?

DA

NE

Hvala na suradnji!



## ŽIVOTOPIS

Osobni podaci:

Dijana Mlinar Došen, rođena 3. svibnja 1979. u Sanskom Mostu.

Mjesto prebivališta: Zagreb

Obrazovanje:

Na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu, 2005. godine stekla titulu Prvostupnice radne terapije. Na istom veleučilištu 2012. godine završila diplomski studij i postala magistra fizioterapije. Na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci 2024. stekla titulu sveučilišne magistre fizioterapije.

Radno iskustvo:

Od 2021. godine voditelj ključnih kupaca u Došen Logistika d.o.o. Prije toga, radila kao radni terapeut u Poliklinici Medirad, Obiteljskom domu Orhideja, Specijalnoj bolnici Goljak za zaštitu djece s neurorazvojnim i motoričkim smetnjama te kao fizioterapeut u Specijalnoj bolnici Arithera.

Vještine i kompetencije:

Engleski jezik na B2 razini, njemački na razini (A1) te osnovno znanje talijanskog jezika.

Korištenje MS Office paketa (Word, Excel, PowerPoint, Outlook) dio je svakodnevnih radnih zadataka.

Dodatna edukacija:

Sudjelovanje na stručnim konferencijama s međunarodnim sudjelovanjem o svakodnevnoj rehabilitaciji u zajednici i edukaciji "Baby Handling". Završila program "Uspješno poslovanje" u organizaciji Mercuri International.