Usporedba kvalitete života i zdravlja medicinskih sestara zaposlenih u ordinacijama obiteljske medicine i ustanovama za zdravstvenu njegu u kući

Kovačić Kačar, Željka

Master's thesis / Diplomski rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:996546

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-25**

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

Repository of the University Department for Health Studies, University of Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVA

Željka Kovačić Kačar

USPOREDBA KVALITETE ŽIVOTA I ZDRAVLJA MEDICINSKIH SESTARA ZAPOSLENIH U ORDINACIJAMA OBITELJSKE MEDICINE I USTANOVAMA ZA ZDRAVSTVENU NJEGU U KUĆI

DIPLOMSKI RAD

Split, 2018.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVA

Željka Kovačić Kačar

USPOREDBA KVALITETE ŽIVOTA I ZDRAVLJA MEDICINSKIH SESTARA ZAPOSLENIH U ORDINACIJAMA OBITELJSKE MEDICINE I USTANOVAMA ZA ZDRAVSTVENU NJEGU U KUĆI

COMPARISON OF THE QUALITY OF LIFE AND HEALTH OF NURSES EMPLOYED IN FAMILY MEDICINE AND HOME CARE INSTITUTIONS

Diplomski rad

Mentor: doc. dr. sc. Nada Tomasović Mrčela, dr.med.

Split, 2018.

ZAHVALA

Veliko hvala mojoj mentorici doc. dr. sc. Nadi Tomasovi Mrčela, dr.med. na stručnoj pomoći i savjetima pri izradi ovog diplomskog rada.
Hvala Ružici Obradović koja je svojim inzistiranjem potaknula me na studiranje i bila bezuvjetna podrška.
Hvala mojim roditeljima,bratu, mužu, i prijateljima na velikoj podršci i razumijevanju.

SADRŽAJ

1. UVOD 1

1.1. Sestrinstvo kao djelatnost 1

1.2. Rad medicinske sestre u obiteljskoj medicine 3

1.3. Medicisnke sestre zadravstvene njege u kući 6

1.4. Kvaliteta života 8

1.5. Kvaliteta života vezana uz zdravlje 10

1.6. Mjerenje kvalitete života 11

1.7. Kvaliteta radnog života Quality of work life (QWL) 13

1.8. Kvaliteta radnog života medicinskih sestara 14

2. CILJ RADA 16

3. IZVORI PODATAKA I METODE 17

3.1. Ispitanici 17

3.2. Metode 17

3.3. Upitnik 18

4. REZULTATI 20

4.1. Sociodemografska obilježja 20

4.2. Testiranje kvalitete zdravlja 26

5. RASPRAVA 41

6. ZAKLJUČCI 44

7. LITERATURA 49

8. SAŽETAK 55

9. ABSTRACT 57

10. ŽIVOTOPIS 59

SF-36 UPITNIK 60

1. UVOD

1.1. Sestrinstvo kao djelatnost

Prema Međunarodnom vijeću medicinskih sestara (ICN) sestrinstvo je djelatnost koja obuhvaća autonomnu i kolaborativnu skrb o osobama svake dobi, obitelji, skupinama i zajednicama, o bolesnima i zdravim i u svim sredinama. Sestrinstvo uključuje promicanje zdravlja, sprječavanje bolesti i skrb o bolesnicima, onima koji su nemoćni ili umirući. Sestrinska skrb aktualizira se pri svakom susretu s bolesnikom. Cilj medicinske sestre je bolesnikova dobrobit koja se ostvaruje kroz interakciju sestre i bolesnika, i to vrijedi svugdje u svijetu bez obzira na kulturalni kontekst ili okruženje pružanja skrbi (1).

Povećanim potrebama društva, odnosno sukladno razvoju zdravstvenog sustava tako se i zdravstvena njega progresivno razvija u području teorija; primjeni teorija, istraživanja i obrazovanja. Također javlja se veća potreba za sestrinstvom kao profesijom, što se odražava u proširenim ulogama, funkcijama, te odgovornostima medicinskih sestara. Medicinske sestre su najveća skupina zdravstvenih djelatnika. Među zdravstvenim djelatnicima medicinske sestre predstavljaju najbrojniju skupinu uopće u svijetu. U Hrvatskoj, prema podacima navedenim u Nacionalnom programu zaštite zdravlja i sigurnosti na radu osoba zaposlenih u djelatnosti zdravstvene zaštite za razdoblje 2015. - 2020., medicinske sestre čine 46%, što znači gotovo polovicu svih zdravstvenih djelatnika (2). Prema stupnju obrazovanja, od svih zdravstvenih djelatnika srednje i više stručne spreme medicinske sestre čine 71%. Najveći dio medicinskih sestara zaposlen je u bolničkom sustavu, a oko 20% u ordinacijama obiteljske medicine u domovima zdravlja i ordinacijama u koncesiji (3).

Uloga medicinske sestre te opis poslova značajno se i stalno mijenja, a sestrinstvo se razvilo u disciplinu za koju su potrebna znanja i vještine u neprestanom suočavanju s novim izazovima. Današnja kompleksna i specijalizirana edukacija sestrinstva jasno govori o neovisnom profesionalnom identitetu sestrinstva koje ima svoje stručne i profesionalne kompetencije kojima se nedvojbeno udaljilo od svoje prvobitne uloge – pomagati liječniku, tj. naučiti razumijevati liječničke naloge i smjernice, zaustavljajući

se primarno na vrednovanju učinaka određenih terapija. U razvoju profesionalnog identiteta sestrinstvo je prošlo dug povijesni put od osporavane i marginalizirane struke do društvenog priznanja kao neosporne i cijenjene profesije (4).

Brojne su uloge medicinskih sestara - od provođenja zdravstvene njege, edukacije, savjetnice pacijentu, menadžerice, istraživačice, suradnice, do pokretača promjena te zagovornica prava pacijenata. Ipak, sestrinstvo se u najvećoj mjeri poistovjećuje s njegovanjem pacijenata. Napredak medicine, nove dijagnostičke i terapijske metode liječenja, skraćivanje boravka pacijenata u bolnici, društvena zbivanja, demografske promjene, napredak znanosti i primijenjenih znanstvenih disciplina, razvoj visoke tehnologije, utječu na razvoj sestrinstva (5).

Medicinske sestre svojom profesionalnošću, a istodobno toplim i srdačnim odnosom pružaju neposrednu fizičku i psihičku podršku. Također preuzimaju inicijativu u što bržem uključivanju u proces rehabilitacije i oporavka samog bolesnika i njegove obitelji (6)

1.2. Rad medicinske sestre u obiteljskoj medicine

Ordinacija obiteljske medicine su ulazna vrata u zdravstveni sustav za svakog pripadnika neke lokalne zajednice i većina problema pokušava se riješiti na toj primarnoj razini. U ordinaciji obiteljske medicine ugovorena je jedna medicinska sestra opće zdravstvene njege, a Zakon propisuje za to radno mjesto medicinsku sestru s temeljnom naobrazbom. Medicinska sestra s temeljnom naobrazbom na radnom mjestu u ordinaciji obiteljske medicine radi svoj posao u skladu sa Zakonom i pravilima struke (7,8).

Ordinacija obiteljske medicine nastala je u okvirima reforme zdravstvenog sustava provedene kao posljedica društveno-ekonomskih i političkih promjena koje su se 90-tih godina dogodile u Hrvatskoj. Prvi dio sustava zahvaćen reformom bila je primarna zdravstvena zaštita. Provedene organizacijske promjene trebale su pridonijeti racionalizaciji, smanjenju troškova, osloboditi sustav administrativnih ograničenja te povećati profesionalnu i organizacijsku odgovornost liječnika i i drugih zdravstvenih radnika. Međutim, promjene su provedene naglo i u cjelokupnom sustavu i to bez dovoljnog suglasja struke, odnosno nisu bile potaknute iz prakse nego s vrha piramide upravljanja.

Dom zdravlja kao osnovna ustanova u kojoj se ostvarivala primarna zdravstvena zaštita prestaje biti objedinjavajuća ustanova primarne zdravstvene zaštite za populaciju određenog područja. Ostao je definiran kao ustanova primarne zdravstvene zaštite, ali je privatizacijom mnogih djelatnosti opseg njegova djelovanja sužen (9).

Medicinska sestra je prva osoba s kojom se pacijent susreće i od nje se očekuje da pruži sestrinsku skrb na najbolji mogući način prilagođen individualnim potrebama pojedinca. U tom smislu svaka medicinska sestra, bila ona u obiteljskoj medicini ili u nekoj drugoj specijaliziranoj grani medicine, ispunjava temeljnu ulogu sestrinstva koja se u najvećoj mjeri poistovjećuje s njegom bolesnika (10).

U ordinaciji obiteljske medicine medicinska sestra radi u timu s liječnikom koji je nositelj tima, a tim se definira kao mala funkcionalna skupina zdravstvenih profesionalaca koji su usmjereni individualnim potrebama bolesnika (10). Članovi tima raspolažu različitim vještinama, koordinirano rade i dopunjuju se. Svatko u timu razumije svoju profesionalnu ulogu, aktivnost i mjesto u timskom radu“. U takvoj organizaciji, medicinska sestra je u specifičnom posredničkom odnosu između bolesnika i njegove obitelji i liječnika te drugih zdravstvenih djelatnika. Podjela rada između liječnika i medicinske sestre nije jasno određena, i u praksi najčešće ovisi o dogovoru i međusobnom odnosu liječnika i sestre što nadalje utječe na način, opseg i kvalitetu rada tima obiteljske medicine (10).

Očekivanja su da tim ordinacije obiteljske medicine rješava 80% svih zdravstvenih problema, aktivno se bavi prevencijom, uz proaktivni pristup traženja asimptomatskih pojedinaca, kvalitetno zbrinjava bolesnike s kroničnim bolestima, primjenjujući smjernice stručnih društava, te poštujući prava pacijenta. Jedna od najčešćih intervencija koje provode medicinske sestre u procesu zdravstvene njege odnosi se na savjetovanje i edukaciju pacijenta i obitelji, kako bi se pomoglo pacijentu da što više sazna o promjenama koje mu je prouzročila bolest, da savlada poteškoće koje ima zbog bolesti i potakne njegovu samostalnost da očuva zadovoljavajuću kvalitetu života (11).

Neupućenost može dovesti do novih problema kod pacijenta, do anksioznosti, smanjene brige o sebi, nespremnosti na suradnju, a negativna emotivna stanja nepovoljno utječu na tijek i ishod bolesti te učinkovitost liječenja. U toj savjetodavnoj i edukacijskoj ulozi medicinska sestra prilagođava i usklađuje svoju komunikaciju te način edukacije tehnološkom napretku, obrazovnoj razini pacijenta i obitelji i pacijentovu stilu života (11, 12).

Rad medicinske sestre u obiteljskoj medicini uključuje veliki dio administrativnih poslova vezanih uz pacijente i cjelokupni rad ordinacije. Veliku promjenu u tom smislu donijelo je uvođenje informatizacije s ciljem kontinuiranog i sigurnog povezivanja svih podataka o osiguranju, zdravlju i bolesti osiguranika iz svih sustava u zajedničku zdravstvenu infrastrukturu, pri čemu je primarna zdravstvena zaštita zamišljena kao integrator svih modula unutar zdravstvenog sustava (13).

Medicinska sestra u ordinaciji obiteljske medicine prva je u izravnom kontaktu s pacijentom i podaci koje ona prikupi i evidentira osnovni suvrijedni izvor informacija. Elektronički zapis u sestrinstvu je skup svih elektronički pohranjenih podataka o nekoj osobi iz područja zdravstvene njege, podaci su trajno pohranjeni i spremni za upotrebu u svakom trenutku što omogućava bolji nadzor nad informacijama, podizanje kvalitete i osiguranje kontinuiteta zdravstvene njege (14).

Uvođenje informatizacije povezano je s odgovarajućom organizacijom sestrinske prakse te višom razinom stručnog znanja i odgovarajućim medicinsko-informatičkim obrazovanjem, a pri tome treba imati u vidu brojnost sestara i razlike u razinama informatičkih znanja i vještina koje posjeduju. Važno je da medicinske sestre imaju pozitivan stav prema informatizaciji, da budu i same svjesne potrebe za edukacijom i cjeloživotnim učenjem i da informatizaciju zdravstvene njege vide kao put prema unaprjeđenju sestrinstva (15,16).

Opis radnog mjesta medicinske sestre u obiteljskoj medicini:

- uspostavlja prvi kontakt sa pacijentom u ordinaciji,
- procjenjuje prioritet pregleda (trijaža) i priprema pacijenta i pribor za sve intervencije u ordinaciji,
- vodi evidenciju o kontinuitetu pregleda, odgovorna je za urednost radnog prostora, dezinfekciju te ispravnost kemijske i biološke sterilizacije sa potrebom osobne dostave bakterijskih spora u nadležnu instituciju,
- priprema, daje i evidentira ordiniranu terapiju i sve postupke sukladno naputku liječnika,
- uzima materijal za laboratorijske pretrage,
- osigurava propisano zbrinjavanje infektivnog otpada,
- podučava pojedinca i obitelj o postupcima zdravstvene njege sukladno potencijalnom problemu,
- vodi propisanu dokumentaciju i evidenciju o radu ordinacije
- naplaćuje zdravstvene usluge i predaje novac u blagajnu Doma zdravlja
- surađuje sa medicinskim sestrama iz zdravstvene njege u kući, patronažnom medicinskom sestrom, timovima primarne zdravstvene zaštite i drugim institucijama u zajednici,

- obavlja i druge poslove po nalogu ravnatelja i voditelja tima - liječnika koji po svojoj naravi spadaju u djelokrug rada medicinske sestre (17).

Medicinska sestra u ordinaciji obiteljske medicine mora se prilagođavati promjenama prakse koje nemaju potpuno uporište ni u teorijama ni u zakonskoj regulativi. Drugim riječima, potrebno je uložiti napor da na temelju usklađenih zakonskih, obrazovnih i znanstvenih pretpostavki medicinska sestra u ordinaciji obiteljske medicine dobije svoje autentično područje rada u modelu integrativne skrbi, jasno definirano kompetencijama te obrazovnom razinom (17).

1.3. Medicisnke sestre zadravstvene njege u kući

U Hrvatskoj je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti iz 1993. godine služba zdravstvene njege u kući uvedena kao zasebna zdravstvena ustanova odgovorna za pružanje kućne medicinske skrbi i rehabilitacije pacijenata prema uputama i nadzoru obiteljskog liječnika (18). Pripada primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a pokriva ju osnovno zdravstveno osiguranje u svrhu poboljšanja bolesnikova zdravstvenog stanja i sprječavanja njegova pogoršanja uz pomoć medicinske sestre/tehničara i članova obitelji kao njegovatelja (19)

Broj zdravstvenog osoblja (medicinskih sestra/tehničara) u zdravstvenoj njezi u kući planiran je prema geografskoj distribuciji stanovnika, zemljopisnim karakteristika i lokalnim uvjetima (20). Medicinske sestre/tehničari kontinuirano skrbe o određenom broju bolesnika/štićenika (21) Od 2003. godine jednoj medicinskoj sestri/tehničaru dodijeljeno je oko 3500 bolesnika godišnje (22).

Zdravstvena usluga koju pružaju medicinske sestre/tehničari u kući vrlo je složena. Provođenje zdravstvene njege uključuje i edukaciju bolesnika kao i članove njegove obitelji. Odgovornost je velika bez obzira na mjesto i uvjete što zahtjeva dodatna znanja, visok stupanj samostalnosti u radu, stručnost te ulaganje dodatnih tjelesnih napora Za pacijente koji se nalaze u svom domu bilo bi nužno da imaju visoke krevete koji bi olakšali posao medicinskim sestrama. Naime, zbog saginjanja dolazi do bolova

u kralježnici a naročito pati lumbalni dio kralježnice. Isto tako medicinske sestre u kućnoj njezi su nerijetko u svakodnevnom radu bez liječničkog tima. U domu bolesnika, medicinske sestre moraju same reagirati prema osobnoj procjeni. Medicinske sestre zdravstvene njege u kući su produljena ruka bolnice (23).

Prije uvođenja novog pravilnika o dijagnostičko-terapijskim postupcima (DTP), 2014. godine mogle su najčešće biti dnevno po sat vremena s bolesnikom. Procjenjuje se kako jedna medicinska sestra u kućnoj njezi u prometu prijeđe oko 70 kilometara (23). Kako je već istaknuto broj sestara određen je po broju stanovnika, tako da jedna sestra pokriva 3500 osiguranika što u nekim sredinama to zadovoljava, ali najčešće nije dovoljno s obzirom na porast oboljelih u starijoj populaciji (23).

Obavljajući zdravstvenu njegu u kući medicinska sestra znanjem i vještinama prepoznaje probleme bolesnika, njegove mogućnosti i sposobnosti da što kvalitetnije i dostojanstveno nastavi živjeti sa svojom bolešću i/ili posljedicama bolesti. U dogovoru sa bolesnikom i njegovom obitelji, medicinska sestra nastoji uvjete u kući prilagoditi potrebama i stanju bolesnika (odgovarajući krevet, ortopedska pomagala za kretanje, inkontinenciju) i provodi mjere za sprječavanje komplikacija dugotrajnog ležanja i mogućih komplikacija same bolesti.Medicinska sestra u zdravstvenoj njezi u kući često postaje „članom“ obitelji, ali mora neprekidno zadržati autoritet, profesionalnost i dosljednost koje članovi obitelji vrlo brzo izgube (23).

Bolesnik s medicinskom sestrom ostvaruje prisniji kontakt nego s ostalim članovima zdravstvenog tima ili sa članovima obitelji (23). Upravo tu spoznaju medicinska sestra mora iskoristiti kako bi liječenje i oporavak bili što uspješniji. U kući bolesnika medicinska sestra izložena je brojnim reakcijama i zahtjevima bolesnika koje ne može ispuniti ili mora zaboraviti. Ako stekne povjerenje bolesnika držeći se osnovnog cilja: poboljšanje stanja i olakšavanje života s bolešću i posljedicama bolesti; bolesnici će bolje i više surađivati (23).

Dijagnostičko terapeutski postupci u zdravstvenoj njezi u kući vrlo su složeni, a odgovornost je velika. To uvjetuje samostalnost, stručnost i mnogo dodatnih napora Medicinska sestra često je izložena socijalnim problemima i sudskim obiteljskim problemima. U zdravstvenoj njezi u kući sestra radi na terenu, putuje po lijepim, kišnim,

snježnim i zaleđenim uvjetima. Radi u nekontroliranoj okolini (primjerice uz kućne ljubimce), u otežanim higijenskim uvjetima (nedostatak vode, sapuna), bez struje, obavlja njegu u nezagrijanim prostorijama, na niskim krevetima. U kući se gotovo u pravilu koristi krevet ili kauč koje ukućani koriste za spavanje kad su zdravi ili neadekvatan ležaj (23).

1.4. Kvaliteta života

Koncepcija kvalitete života prošlo je dugu evoluciju. Razmatrajući kroz povijest definicije i mjerenja kvalitete života značajno su se razlikovale i mijenjale. Tijekom dvadesetog stoljeća pod kvalitetu života se podrazumijevao životni standard. Kako bi se povećavao životni standard istraživanja kvalitete života su se usmjeravala na opažanje zadovoljenja osobnih i društvenih potreba, a istraživanja su pretežito bila u području sociologije. Šezdesetih godina se počelo jasno razlikovati subjektivne od objektivnih pokazatelja osobne kvalitete života. Sedamdesetih godina istraživanja kvalitete života usmjerila su se na subjektivne pokazatelje kvalitete života. To je koncept kvalitete života koji se razlikuje od prijašnjih po svojoj usmjerenosti na pojedinca.

U posljednjih dvadesetak godina zabilježen je izraziti porast zanimanja za procjenom kvalitete života uvjetovane zdravljem (24). Više je razloga zbog čega je procjena kvalitete života uvjetovane zdravljem postala značajna. Postoje sve veći zahtjevi ispitivanja učinkovitosti, neškodljivosti i isplativosti novih strategija liječenja kod kojih odnos troška i koristi treba uključivati i bolesnikov osjećaj zdravlja. Stručnjaci različito definiraju kvalitetu života. Sagledavanje kvalitete života koje se neizostavno veže uz zdravlje te uključuje više faktora, primarno je usmjerena na bolesnika i dinamično je konstruirana (24).

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) definirala je kvalitetu života (QOL) kao percepciju pojedinca o svojem položaju u životu u kontekstu kulturnog i vrijednosnog sustava u kojem žive (25). Jedna od sveobuhvatnijih definicija kvalitete života govori da je kvaliteta života kao sveukupno, opće blagostanje koje uključuje objektivne čimbenike i subjektivno vrednovanje fizičkog, materijalnog, socijalnog i emotivnog blagostanja, uključujući osobni razvoj i svrhovitu aktivnost, a sve promatrano kroz osobni sustav

vrijednosti pojedinca. Nedavno su korišteni mnogi opći instrumenti za mjerenje QOL-a u različitim skupinama (tj. Stanovništvo, pacijenti, radnici itd.). Jedan od takvih instrumenata je upitnik SF-36, generički instrument koji je preveden i validiran u Iranu (26)

Provedeno je nekoliko studija koje su procijenile QOL zdravstvenih radnika, na primjer medicinskih sestara, koji pružaju usluge zdravstvene skrbi za pacijente. Postoji uska povezanost kvalitete života i zdravlja ljudi (29). Budući da su medicinske sestre značajne skupina zdravstvenih radnika, one bi trebale imati poželjnu kvalitetu života (28). Medicinske sestre su najveća skupina pružatelja usluga zdravstvenog sustava i nedostatak dovoljne pažnje za njihovu kvalitetu života dovest će do problema u pružanju zdravstvenih usluga (29)

Shvaćanje pojma kvalitete života mijenjalo se kroz povijest o čemu svjedoče brojna istraživanja provedena u različitim područjima. U literaturi ne postoji jedinstvena definicija „kvalitete života“, a ne postoje ni univerzalni instrumenti za njezino mjerenje. Domaći autori Krizmanić i Kolesarić definiraju kvalitetu života kao subjektivno doživljavanje vlastitog života određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, kao i karakteristikama ličnosti i njezina životnog iskustva koje utječu na doživljavanje realnosti (30). Preduvjeti za poželjnu kvalitetu života jesu puno i aktivno sudjelovanje u interakcijskim i komunikacijskim procesima, kao i razmjena u okviru fizičkog i društvenog okružja (30).

Pojam kvalitete života podrazumijeva kombinaciju subjektivnih i objektivnih pokazatelja koji su općenito slabo povezani sve do trenutka kada objektivni uvjeti postanu loši (31). Kvaliteta život je subjektivno zadovoljstvo koje izražava pojedinac u svom fizičkom, mentalnom, društvenom i duhovnom situacijom se može razlikovati u primjeni od osobe do osobe i ovisi o sposobnosti svakog pojedinca kako se nosi sa životnom situacijom (32)

1.5. Kvaliteta života vezana uz zdravlje

Narušeno zdravlje odnosno bolest jedan su od najvažnijih vanjskih događaja koji na složen način negativno utječu na život pojedinca, osobnu kvalitetu njegova života i osjećaj zadovoljstva njime (33). Svjetska zdravstvena organizacija 1946. godine. definirala je zdravlje kao stanje potpune tjelesne, mentalne i socijalne dobrobiti, a ne samo odsutnost bolesti ili nesposobnosti (34). Danas postoji opća suglasnost da pojam zdravlja obuhvaća potpunu funkciju ili učinkovitost tijela i uma te socijalnu prilagodbu.

U skladu s definicijom SZO-a procjenjuje se koliko je u životu jedne osobe dobrobit narušena u području tjelesnog, psihičkog i socijalnog zdravlja. S obzirom na to da kronične bolesti zahvaćaju velik dio populacije, samoprocjena kvalitete života i zdravstvenog stanja sve češće se upotrebljava i kao mjera uspješnosti njihova liječenja. U procjeni kvalitete života povezane sa zdravstvenim stanjem (HRQoL od engl. Health Related Quality of Life) razmatraju se simptomi, tjelesna aktivnost, kognitivne sposobnosti, psihosocijalno stanje, emocije i prilagodba na bolest (34).

Za kvalitetu rada u zdravstvu, na svim razinama i u svim njegovim sastavnicama: procesu, ishodu, ključni, najdragocjeniji i nenadomjestivi čimbenik je odgovarajuća radna sposobnost zdravstvenog osoblja. Pri pružanju zdravstvene njege to je poglavito zaštita zdravlja na radu medicinskih sestara. Stoga bi očuvanje njihove radne sposobnosti trebao biti prioritet poslodavaca odnosno uprave zdravstvenih ustanova. Zadaća je poslodavca osigurati zdravo radno mjesto, tj. radno mjesto bez štetnosti po zdravlje zaposlenih (35).

Narušeno zdravstveno stanje i sam tijek bolesti može dovesti do blagih ili dramatičnih promjena u pojedinim ili svim odrednicama kvalitete života. Postoji opće mišljenje da kvaliteta života vezana uz zdravlje u punom smislu obuhvaća četiri područja koja opisuju bolesnikov doživljaj zdravlja i bolesti:

a) fizičko zdravlje i simptomi;
b) funkcionalni status i aktivnosti svakodnevnog života;
c) mentalna dobrobit (uključujući egzistencijalne i duhovne aspekte života);

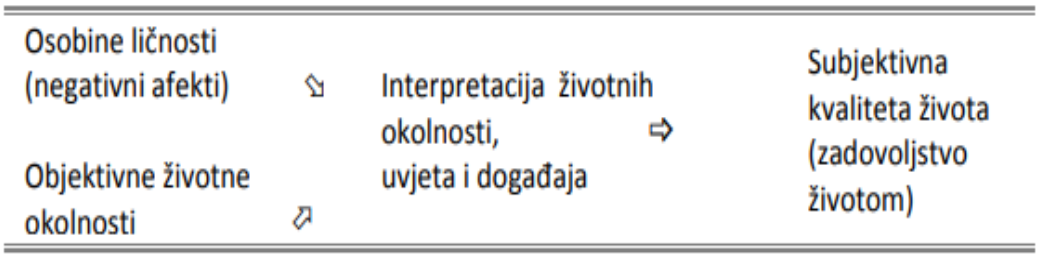
d) socijalno zdravlje, uključujući izvršavanje socijalnih uloga te socijalnu podršku (35).

Narušeno zdravstveno stanje i sam tijek bolesti može dovesti do blagih ili dramatičnih promjena u pojedinim ili svim odrednicama kvalitete života, sa složenim interakcijama između bolesti i liječenja, te individualne reakcije bolesnika na socijalno okruženje (35).

1.6. Mjerenje kvalitete života

U zadnjih 20 godina trend mjerenja kvalitete života kretao se od korištenja nestandardiziranih intervjua i ad-hoc skala koje su uključivale sažete definicije kvalitete života, do današnjih standardiziranih, multidimenzionalnih i specifičnih za određenu bolest (36). Povijesno gledano dva su osnovna pristupa u mjerenju kvalitete života. Jedan pristup podrazumijeva mjerenje kvalitete života u cjelini i on se naziva jednodimenzionalnim jer promatra kvalitetu života kao jedinstven entitet Prema drugom pristupu kvaliteta života se poima kao složena konstrukcija diskretnih domena. U mjerenju kvalitete života koriste se upitnici . kojima se procjenjuje više različitih područja života pojedinc (36).

Kvaliteta života se može sagledati sa subjektivnih i objektivnih stajališta, tako su do nedavno glavni socijalni indikatori bili razne objektivne mjere kao što su to brojčani podaci o dohotku ili zaposlenosti, no ipak se pokazalo da objektivne mjere kao što je procjena socio-ekonomskog statusa nije dovoljno u objašnjenju kvalitete života već je nužno uključiti i subjektivnu procjenu. Objektivnim mjerama se normativno pokazuje stvarnost dok se subjektivnim mjerama ukazuje na razlike pojedinaca u opažanju i doživljavanju stvarnih uvjeta života, dakle, pojam kvalitete života podrazumijeva kombinaciju objektivnih i subjektivnih varijabli. (36).



Slika 1. Model subjektivne kvalitete života

Izvor: Brief AP, Butcher AH, George JM, Link KE. Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: The case of health. Journal of Personality and Social Psychology, 1993;64, 646–654.

Primjenjivani su različiti modeli mjerenja kvalitete života od direktne opservacije, intervjua, telefonskih intervjua, te upitnika. Preferirana metoda zasigurno je korištenje upitnika te uz subjektivnu procjenu fizičkog, psihičkog i socijalnog stanja (36,37).

Među zdravstvenim djelatnicima žalovanje je povezano s profesionalnim stresom i izgaranjem. Visok udio stresa i izgaranje bilježi se kod zdravstvenih djelatnika koji imaju veliku izloženost umiranju bolesnika. Više studija sugerira da zdravstveni djelatnici trebaju prepoznati vlastita ograničenja vezana za smrt bolesnika, proces žalovanja i tugu koju proživljavaju.

Njemački bioteoretičar Paul Werner Schreiner uočio je sestrinski etički problem kao vrlo složen i analizirao ga je kroz tri analitička elementa.

1. društveni uzor - suvremeno društvo je utemeljeno na funkcionalnosti i učinkovitosti gdje se sve što nije učinkovito smatra nefunkcionalnim;
2. sestrinska situacija - doživljavanje stanovitih kriza identiteta kod zdravstvenih djelatnika koji se proživljavanjem smrti i nestanka drugih ljudi stalno iznova podsjećaju na prolaznost života i vlastitu smrt;
3. medicinski sustav (38).

1.7. Kvaliteta radnog života Quality of work life (QWL)

QWL ili kvaliteta radnog života pojam je koji se razvio ranih 70-tih godina 20. stoljeća i uvelike je promijenio koncept i kulturu rada i doživljaj kvalitete radnog života pojedinca (39). Jedna od definicija QWL kaže da je to mogućnost ispoljavanja talenata te sposobnost nošenja sa situacijama koje zahtijevaju inicijativu i odlučivanje. Aktualna anketna istraživanja pokazuju da ljudi koji rade na boljim poslovima, u usporedbi s onima zaposlenima na manje kvalitetnim poslovima, imaju svakodnevno više pozitivnih doživljaja, sretniji su te manje podložni srdžbi i stresu (39).

Postoje dva pristupa ispitivanju kvalitete radnog života:

- kvantitativni (putem standardiziranih anketa) te
- kvalitativni (putem intervjua na manjem broju ispitanika) (39).

U studijama se koriste različiti pristupi pa to ponekad utječe na usporedbu rezultata i mogućnost razvoja strategija za poboljšanje kvalitete radnog života. Dimenzije koje se ispituju vezano uz kvalitetu radnog života su (39):

- Radno okruženje,
- Organizacijska kultura,
- Međuljudski odnosi,
- Edukacija i napredovanje,
- Nagrađivanja,
- Zadovoljstvo poslom,
- Sigurnost posla,
- Autonomija rada,
- Adekvatnost resursa.

Pokazatelji visoke razine kvalitete radnog života su manji broj izostanaka s posla, manji broj incidenata, dobri međuljudski odnosi, pozitivan stav prema poslu, povećana produktivnost i motivacija, povećana organizacijska učinkovitost (39).

1.8. Kvaliteta radnog života medicinskih sestara

Kvaliteta radnog života medicinskih sestara (Quality of nursing work life - QNWL**)** proizlazi iz QWL te se koristi u istraživanjima vezanim za medicinske sestre. Definira se kao stupanj do kojega su medicinske sestre sposobne zadovoljiti važne osobne potrebe kroz svoja iskustva u radnoj organizaciji dok istovremeno postižu ciljeve te organizacije i na smislen način doprinose toj organizaciji (40).

Dimenzije koje su uključene u kvaliteta radnog života medicinskih sestara su:

- radni život/privatni život,
- osmišljavanje rada,
- kontekst rada te
- svijet rada (40).

Evaluacija kvalitete radnog života medicinskih sestara omogućava razumjeti one aspekte rada koje medicinske sestre ili poslodavac mogu modificirati i tako poboljšati kvalitetu radnog života medicinskih sestara. Neke od mogućih strategija za poboljšanje kvalitete radnog života su:

- Poboljšati radne uvjete, pružiti mogućnost za razvoj
- Poboljšati organizacijsku kulturu
- Razvijati kvalitetne međuljudske odnose
- Pružiti mogućnosti usavršavanja
- Osigurati sigurno radno mjesto

- Osigurati nagrade za dobar rad, priznanja, povlastice
- Poticati produktivnost (40)

2. CILJ RADA

Cilj rada je istražiti percepciju zdravlja kao pokazatelja kvalitete života na medicinskim sestrama zaposlenim u ordinaciji obiteljske medicine na području Splitsko-dalmatinske županije i Ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući.

Hipoteze:

H_1: Postoji razlika u percepciji zdravlja između medicinskih sestara koje su zaposlene u obiteljskoj medicini i medicinskih sestara u ustanovi za zdravstvenu njegu u kući.

H_2: Radno mjesto, opseg posla kao i radni uvjeti utječu na zdravlje medicinskih sestara u ordinacijama obiteljske medicine i medicinskih sestara zaposlenih u ustanovi za zdravstvenu njegu u kući.

3. IZVORI PODATAKA I METODE

3.1. Ispitanici

Istraživanje je provedeno među 54 ispitanika od čega 27 zaposlenika ambulante obiteljske medicine, te 27 zaposlenika ustanove za zdravstvenu njegu u kući.

3.2. Metode

U empirijskom dijelu ovog rada upotrebom kvantitativnih metoda u biomedicini testiraju se postavljene hipoteze. Kao instrument istraživanja korišten je SF-36 anketni upitnik. U radu se koriste metode grafičkog i tabelarnog prikazivanja kojima je prikazana struktura odgovora ispitanika, kao i izražena razina kvalitete zdravlja.

Za testiranje razlika u numeričkim varijablama koje imaju zadovoljen uvjet jednakosti distribucije koristi se T-test, dok se u suprotnom koristi Mann-Whitney U test. Normalnost distribucije je provjerena upotrebom Kolmogorov-Smirnov testa. Analiza je rađena u statističkom programu STATISTICA 11. Zaključci su doneseni pri signifikantnosti od 5%.

3.3. Upitnik

Upitnik zdravlja SF-36 (Health survey SF-36) višenamjenski je kratki upitnik za samoprocjenu zdravstvenog stanja koji se sastoji od 36 čestica. On predstavlja teoretski zamišljene i empirijski potvrđene dvije glavne dimenzije zdravlja, tjelesno i mentalno, što se očituje funkcioniranjem i dobrim zdravstvenim stanjem (40). Upitnikom se procjenjuju dimenzije zdravlja kao što su fizičko, psihološko i socijalno funkcioniranje, ispunjavanje svoje uloge u zajednici te percepcija vlastitog zdravlja (40). Svaka se čestica upitnika odnosi na jedan od osam različitih pokazatelja zdravlja: tjelesna aktivnost - 10 čestica, ograničavanje aktivnosti zbog tjelesnog zdravlja - 4 čestice, tjelesna bol - 2 čestice, opće zdravlje - 5 čestica, vitalnost - 4 čestice, socijalno funkcioniranje - 2 čestice, ograničavanje aktivnosti zbog emocionalnih problema - 3 čestice i mentalno zdravlje - 5 čestica (40).

Pet područja upitnika SF-36 – tjelesna aktivnost, ograničavanje aktivnosti zbog tjelesnog zdravlja, tjelesna bol, društveno funkcioniranje i ograničavanje aktivnosti zbog emocionalnih problema – definiraju zdravlje kao odsutnost ograničenja i nesposobnosti, predstavljaju stalna i jednodimenzionalna mjerila zdravlja. Tri su područja upitnika SF-36 – opća percepcija zdravlja, vitalnost i mentalno zdravlje – bipolarna, što znači da mjere mnogo veći raspon negativnih i pozitivnih gledišta zdravlja (40). Područja tjelesna aktivnost, ograničavanje aktivnosti zbog tjelesnog zdravlja i tjelesna bol, odnose se na opći čimbenik tjelesnog zdravlja, a područja upitnika društveno funkcioniranje, ograničavanje aktivnosti zbog emocionalnih problema i mentalno zdravlje mjere mentalno zdravlje (40). Područja upitnika, vitalnost i opće zdravlje, umjereno su vezana uz oba čimbenika. Rezultati za područja dobiju se kombinacijom 36 čestica upitnika. Rezultat u svakom području izražava se kao prosjek odgovora na česticama koje ga opisuju. Ukupnim rezultatom prvih četiriju područja dobivamo procjenu tjelesnog zdravlja, a s drugim četirima područjima procjenu mentalnog zdravlja (40).

Čestica koja se odnosi na samoprocjenu promjene zdravlja - mišljenje o vlastitom zdravlju u usporedbi s prošlom godinom ima pet razina, od „mnogo bolje nego prije godinu dana“ do „mnogo lošije nego prije godinu dana“), ne upotrebljava se u rezultatu ni jedne ljestvice, ali je korisna u procjeni prosječne promjene u stanju zdravlja tijekom godine dana prije primjene upitnika (41). Ukupan se rezultat najčešće prikazuje u obliku profila definiranog pomoću osam područja upitnika koja predstavljaju mjerila samoprocjene zdravlja preoblikovanih u jedinstvenu ljestvicu, čiji je teoretski minimalni rezultat 0, a maksimalni 100. U svim područjima upitnika viši rezultati ukazuju na bolje subjektivno zdravlje (41).

4. REZULTATI

4.1. Sociodemografska obilježja

Tablica 1: Spolna struktura ispitanika ambulante obiteljske medicine i ustanove za zdravstveni njegu u kući

	Spol				
	žensko n(%)		**muško n(%)**		P*
Ambulanta obiteljske medicine	27	100,00%	0	0,00%	0,313
Ustanova za zdravstvenu njegu u kući	26	96,30%	1	3,70%	
*Hi kvadrat; Hi vrijednost 1,02					

Prema spolu ispitanika može se utvrditi da su među ispitanicima ambulante obiteljske medicine svi ženskog spola (27; 100%), dok su među ispitanicima ustanove za zdravstvenu njegu u kući 26 ispitanika su muškarci (96,3%), te 1 (3,7%) ispitanica Postignuta je homogenost prema spolu (Hi kvadrat =1,02; p=0,313).

Tablica 2: Dobna struktura ispitanika ambulante obiteljske medicine i ustanove za zdravstveni njegu u kući

	Dob			
	Dob - 18-39 n(%)	**Dob - 40-55 n(%)**	**Dob - 56-65 n(%)**	P*
Ambulanta obiteljske medicine	8 29,63%	5 18,52%	14 51,85%	0,019
Ustanova za zdravstvenu njegu u kući	9 33,33%	13 48,15%	5 18,52%	
*Hi kvadrat; Hi vrijednost 7,88				

U ambulantama obiteljske medicine najveći broj ispitanika je starosne dobi između 56 i 65 godina (14; 51,85%). Među ispitanim zaposlenicima ustanove za zdravstvenu njegu u kući naj zastupljeni su ispitanici starosne dobi između 40 i 55 godina (13; 48,15%). Testiranjem je utvrđena heterogenost prema starosnoj dobi (Hi kvadrat =7,88; p=0,019).

Tablica 3: Struktura ispitanika ambulante obiteljske medicine i ustanove za zdravstveni njegu u kući prema bračnom statusu

	Bračni status								
	Udana/Oženjen		Udovica/udovac		Neudana/neoženjen		Razveden/a		p*
Ambulanta obiteljske medicine	9	33,33%	8	29,63%	8	29,63%	2	7,41%	0,339
Ustanova za zdravstvenu njegu u kući	12	44,44%	3	11,11%	8	29,63%	4	14,81%	
*Hi kvadrat; Hi vrijednost 3,34									

U ambulantama obiteljske medicine najveći broj ispitanika su udani/oženjeni (9; 33,33%), kao i među ispitanim zaposlenicima ustanove za zdravstvenu njegu u kući (12; 44,44%).

Testiranjem je uvjetno utvrđena homogenost prema starosnoj dobi (Hi kvadrat =3,34; p=0,339). Riječ je o uvjetnoj homogenosti budući da nisu zadovoljeni svi preduvjeti provođenja Hi kvadrat testa.

Tablica 4: Struktura ispitanika ambulante obiteljske medicine i ustanove za zdravstveni njegu u kući prema broju djece

	Broj djece						
	nemam djece		jedno dijete		dvoje i više djece		P*
Ambulanta obiteljske medicine	9	33,33%	8	29,63%	10	37,04%	0,682
Ustanova za zdravstvenu njegu u kući	12	44,44%	6	22,22%	9	33,33%	
Hi kvadrat test; Hi kvadrat vrijednost 0,767							

Među ispitanim zaposlenicima ambulante obiteljske medicine može se utvrditi da najveći broj ih ima dvoje i više djece (10; 37,04%), dok među ispitanim zaposlenicima ustanove za zdravstvenu njegu u kući su najčešće bez djece (12; 44,44%). Testiranjem je utvrđeno da su ispitani zaposlenici prema broju djece homogeni (Hi kvadrat 0,767; P=0,682).

Tablica 5: Struktura ispitanika ambulante obiteljske medicine i ustanove za zdravstveni njegu u kući prema radnom stažu

	Radni staž (godine)						
	0-10		11-20		21-40		P*
Ambulanta obiteljske medicine	6	22,22%	5	18,52%	16	59,26%	0,209
Ustanova za zdravstvenu njegu u kući	7	25,93%	10	37,04%	10	37,04%	

* Hi kvadrat test, Hi kvadrat testna vrijednost 3,129

Prema radnom stažu ispitanih zaposlenika ambulante obiteljske medicine može se utvrditi da najveći broj ih ima radni staž između 21 i 40 godina (16; 59,26%), dok među ispitanim zaposlenicima ustanove za zdravstvenu njegu u kući 10 ima radni staž između 11 i 20 godina (37,04%), te 10 ima radni staž između 21 i 40 godina (37,04%).

Testiranjem je utvrđena homogenost u strukturi ispitanih zaposlenika u obje zdravstvene jedinice prema godinama radnog staža (Hi kvadrat vrijednost 3,128; P=0,209.

Tablica 6: Struktura ispitanika ambulante obiteljske medicine i ustanove za zdravstveni njegu u kući prema stručnoj spremi

	Stručna sprema				
	Srednja stručna sprema		Prvostupnik/ca		P*
Ambulanta obiteljske medicine	11	40,74%	16	59,26 %	<0,001
Ustanova za zdravstvenu njegu u kući	23	85,19%	4	14,81 %	

* Hi kvadrat test, Hi kvadrat testna vrijednost 11,44

Ispitani zaposlenici ambulante obiteljske medicine u najvećem broju imaju navršenu prvostupnu razinu obrazovanja (16; 59,26%), dok ispitani zaposlenici ustanove za zdravstvenu njegu u kući najčešće imaju navršenu srednju stručnu spremu (23; 85,19%). Testiranjem je utvrđena heterogenost prema stupnju obrazovanja (Hi kvadrat = 11,44; $p<0,001$).

4.2. Testiranje kvalitete zdravlja

SF-36 upitnik je tipski upitnik koji upotrebom 36 pitanja ispituje kvalitetu zdravlja koja se odražava kroz 8 dimenzija kvalitete života.

Tablica 7: SF-36 Dimenzije kvalitete života ispitanika ambulante obiteljske medicine i ustanove za zdravstveni njegu u kući

	Ambulanta obiteljske medicine			Ustanova za zdravstvenu njegu u kući		
	Me	**Q1**	**Q3**	**Me**	**Q1**	**Q3**
Fizičko funkcioniranje	95	85.0	100.0	35	5.0	50.0
Ograničenja zbog fizičkih poteškoća	100	100.0	100.0	0	0.0	50.0
Ograničenja zbog emocionalnih poteškoća	100	100.0	100.0	0	0.0	66.7
Vitalnost i energija	80	65.0	95.0	27	10.0	40.0
Psihičko zdravlje	88	76.0	100.0	40	24.0	56.0
Socijalno funkcioniranje	100	75.0	100.0	38	25.0	50.0
Tjelesni bolovi	90	77.5	100.0	33	22.5	45.0
Percepcija općeg zdravlja	70	55.0	90.0	35	10.0	50.0

Q1 = prvi kvartil; Q3= treći kvadrtil; Me = Medijan; IQR (Raspon Q1 – Q3)

Iz tablice deskriptivne statistike može se uočiti da je među ispitanim djelatnicima ambulante obiteljske medicine postoji visoka razina fizičkog funkcioniranja (Me=95; IQR=85-100), visoka razina kvalitete života na području fizičkih ograničenja (Me=100; IQR=100-100), visoka razina kvalitete života na području emocionalnih ograničenja (Me=100; IQR=100-100), vitalnosti i energiji (Me=80; IQR=65-95), psihičkog zdravlja (Me=88; IQR=76-100), socijalnog funkcioniranja (Me=100; IQR=75-100), tjelesnih bolova (Me=90; IQR=77,5-100), te percepcije općeg zdravlja (Me=70; IQR=55-90).

Među ispitanicima ustanove za zdravstvenu njegu u kući utvrđena je niska razina svih pokazatelja kvalitete zdravlja gdje je utvrđena niska razina fizičkog funkcioniranja (Me=35; IQR=5-50), visoka razina kvalitete života na području fizičkih ograničenja (Me=0; IQR=0-50), visoka razina kvalitete života na području emocionalnih

ograničenja (Me=0; IQR=0 - 66,7), vitalnosti i energiji (Me=27; IQR=10-40), psihičkog zdravlja (Me=40; IQR=24-56), socijalnog funkcioniranja (Me=38; IQR=25-50), tjelesnih bolova (Me=33; IQR=22,5-45), te percepcije općeg zdravlja (Me=35; IQR=10-50).

Tablica 8: SF-36 Razlika u dimenzijama kvalitete života ispitanika ambulante obiteljske medicine i ustanove za zdravstveni njegu u kući

	Razlika (delta)	Z	P*
Fizičko funkcioniranje	60.0	5.77	<0.001
Ograničenja zbog fizičkih poteškoća	100.0	4.52	<0.001
Ograničenja zbog emocionalnih poteškoća	100,0	4.22	<0.001
Vitalnost i energija	53,0	5.60	<0.001
Psihičko zdravlje	48,0	5.65	<0.001
Socijalno funkcioniranje	63,0	5.45	<0.001
Tjelesni bolovi	58,0	5.13	<0.001
Percepcija općeg zdravlja	35,0	4.20	<0.001

* Mann-Whitney U test

Iz tablice je vidljivo da zaposlenici ambulante obiteljske medicine imaju za 60 bodova veću razinu fizičkog funkcioniranja u odnosu na zaposlenike ustanove za zdravstvenu njegu, te se može reći da je riječ o statistički značajnoj razlici (Z=5,77; p<0,001). statistički značajno manja razina ograničenja zbog fizičkih poteškoća (za 100 bodova) je utvrđena među zaposlenicima ambulante obiteljske medicine (Z=4,52; p<0,001). Za 100 bodova manju razinu ograničenja zbog emocionalnih poteškoća imaju zaposlenici ambulante obiteljske medicine u odnosu na zaposlenike ustanove za zdravstvenu njegu (Z=4,22; p<0,001). Viša razina vitalnosti i energije za 53 bodova utvrđena je kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine (Z=5,60; p<0,001).

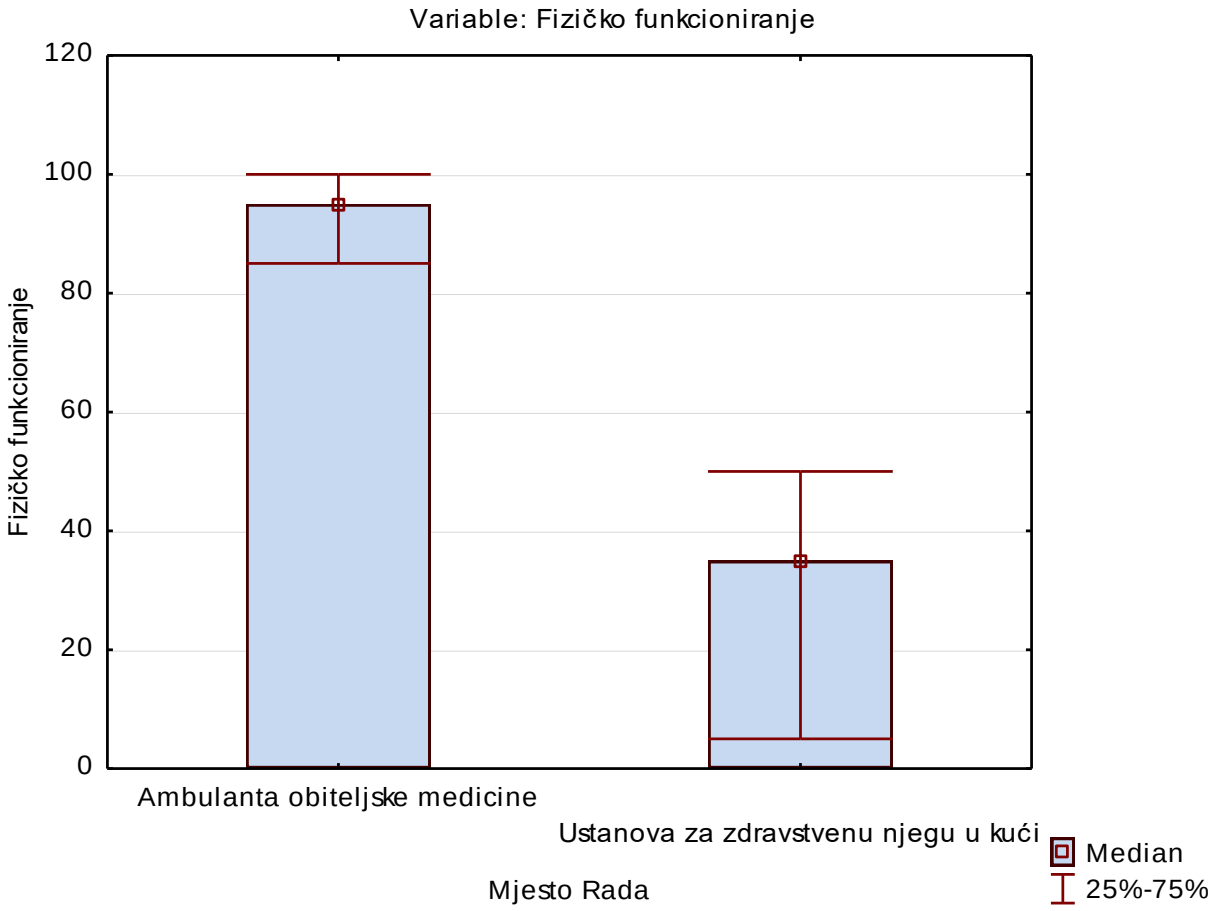
Viša razina psihičkog zdravlja za 48 boda utvrđena je kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine (Z=5,65; p<0,001).

Kvaliteta zdravlja socijalnim funkcioniranjem za 63 bodova je veća među zaposlenicima ambulante obiteljske medicine (Z=5,45; p<0,001).

Procijenjena razina kvalitete života u odnosu na tjelesne bolove je viša među zaposlenicima ambulante obiteljske medicine za 58 bodova ($Z=5,13$; $p<0,001$). Percepcija općeg zdravlja za 35 bodova je viša među zaposlenicima ambulante obiteljske medicine ($Z=4,20$; $p<0,001$).

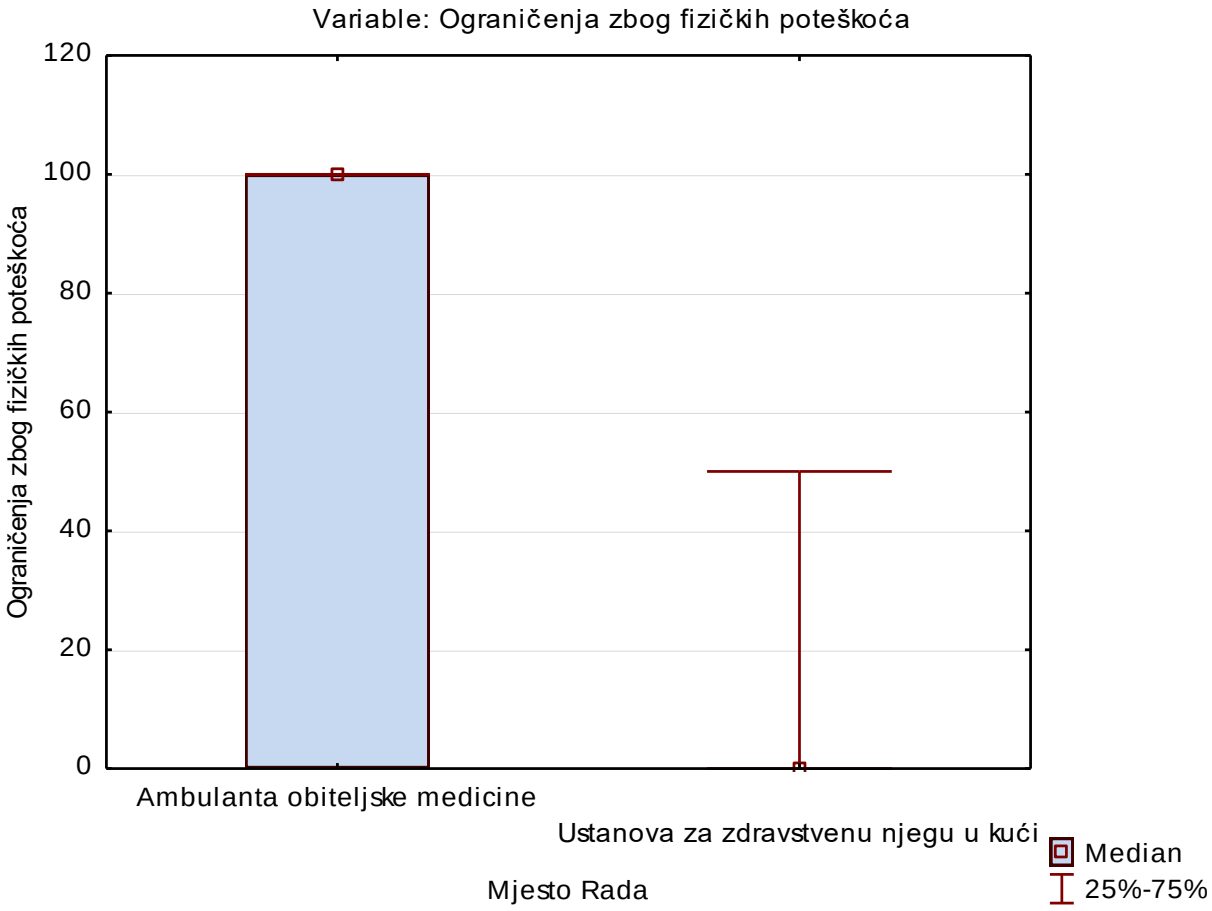
Dakle, utvrđena je statistički značajna viša razina svih kvaliteta zdravlja kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine u odnosu na zaposlenike ustanove za zdravstvenu njegu.

Grafikon 1. Razina fizičkog zdravlja ispitanika ambulante obiteljske medicine i ustanove za zdravstveni njegu u kući



Iz grafičkog prikaza se može utvrditi da je viša razina fizičkog funkcioniranja utvrđena kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine u odnosu na zaposlenike ustanova za zdravstvenu njegu u kući. Nadalje, može se utvrditi da je kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine utvrđena visoka razina fizičkog funkcioniranja (Me>50), dok je kod zaposlenika ustanova za zdravstvenu njegu utvrđena niska razina fizičkog funkcioniranja (Me<50).

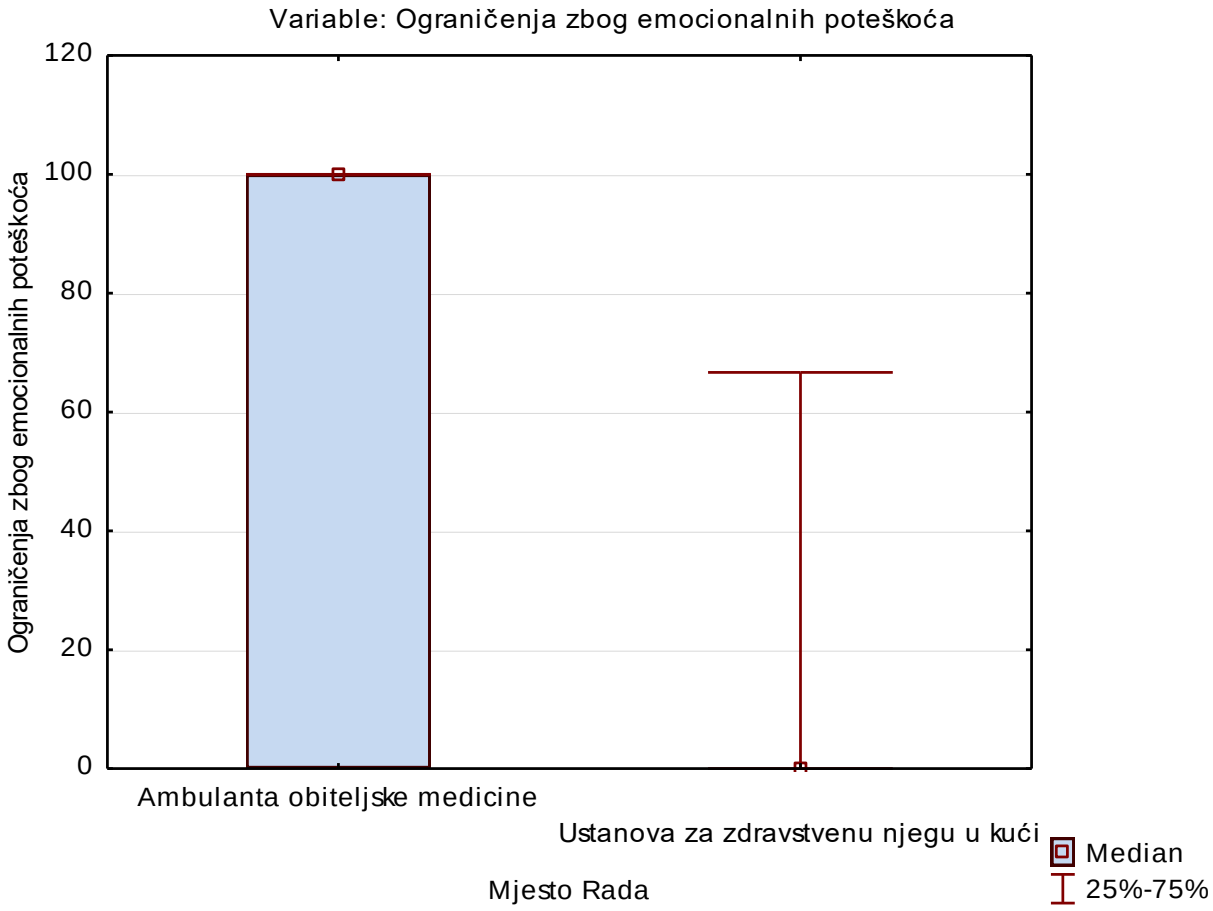
Grafikon 2. Ograničenje zbog fizičkih poteškoća ispitanika ambulante obiteljske medicine i ustanove za zdravstveni njegu u kući



Dimenzija kvalitete zdravlja mjerena dimenzijom ograničenja zbog fizičkih poteškoća je negativno polarizirana.

Iz grafičkog prikaza se može utvrditi da je niža razina ograničenja zbog fizičkih poteškoća utvrđena kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine u odnosu na zaposlenike ustanova za zdravstvenu njegu u kući. Nadalje, može se utvrditi da je kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine utvrđena niska razina ograničenja zbog fizičkih poteškoća (Me>50), dok je kod zaposlenika ustanova za zdravstvenu njegu utvrđena visoka razina ograničenja zbog fizičkih poteškoća (Me<50).

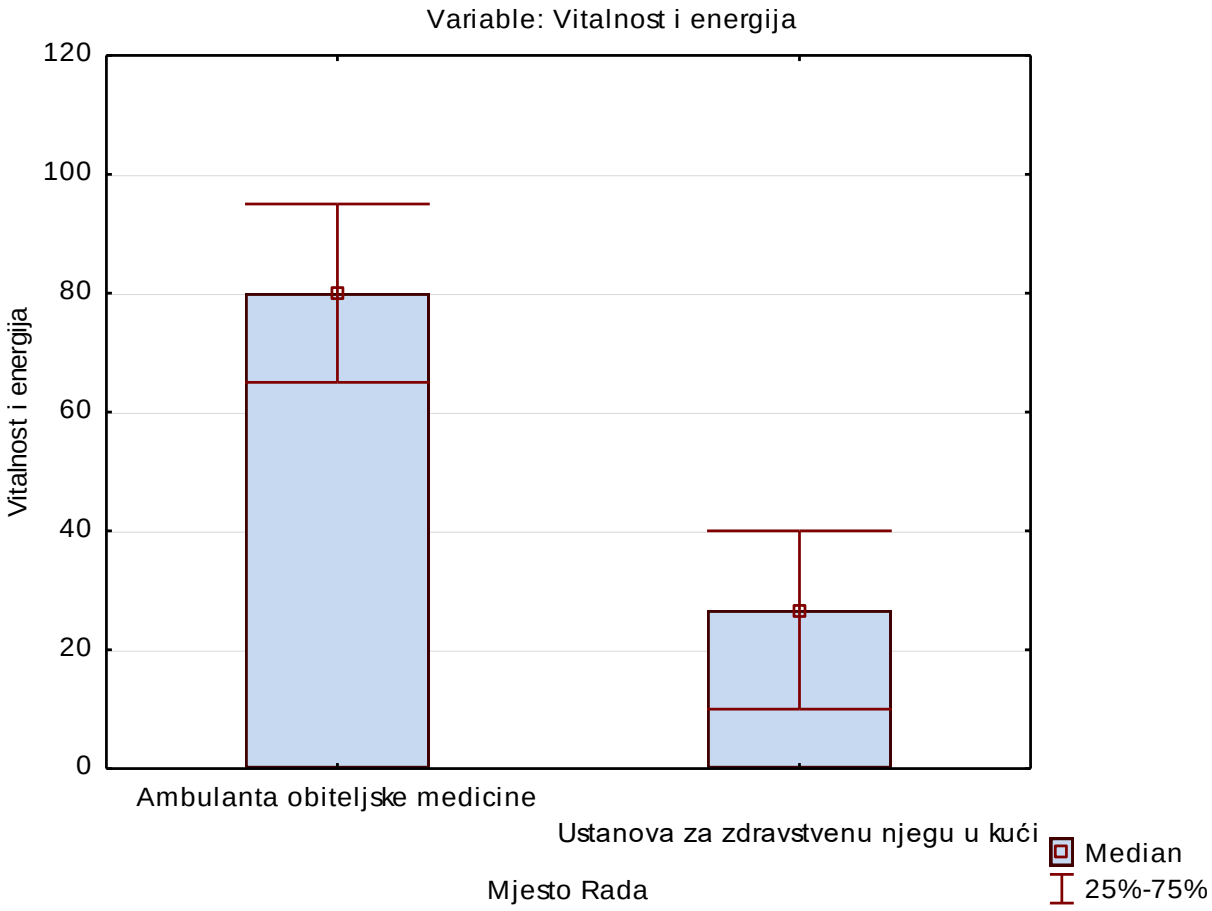
Grafikon 3. Razina ograničenja zbog emocionalnih poteškoća ispitanika ambulante obiteljske medicine i ustanove za zdravstveni njegu u kući



Dimenzija kvalitete zdravlja mjerena dimenzijom ograničenja zbog emocionalnih poteškoća je negativno polarizirana.

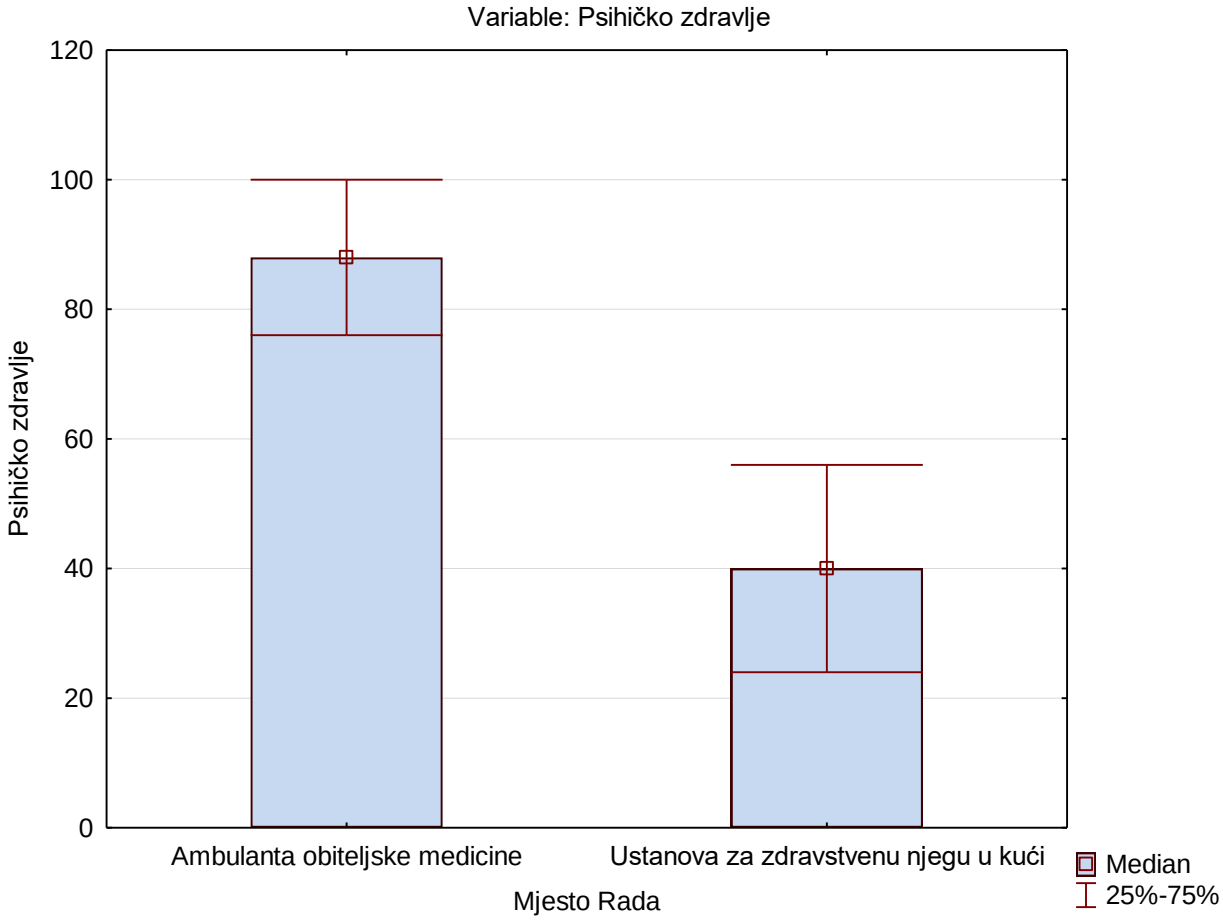
Iz grafičkog prikaza se može utvrditi da je niža razina ograničenja zbog emocionalnih poteškoća utvrđena kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine u odnosu na zaposlenike ustanova za zdravstvenu njegu u kući. Nadalje, može se utvrditi da je kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine utvrđena niska razina ograničenja zbog emocionalnih poteškoća (Me>50), dok je kod zaposlenika ustanova za zdravstvenu njegu utvrđena visoka razina ograničenja zbog emocionalnih poteškoća (Me<50).

Grafikon 4. Razina vitalnosti i energije ispitanika ambulante obiteljske medicine i ustanove za zdravstveni njegu u kući



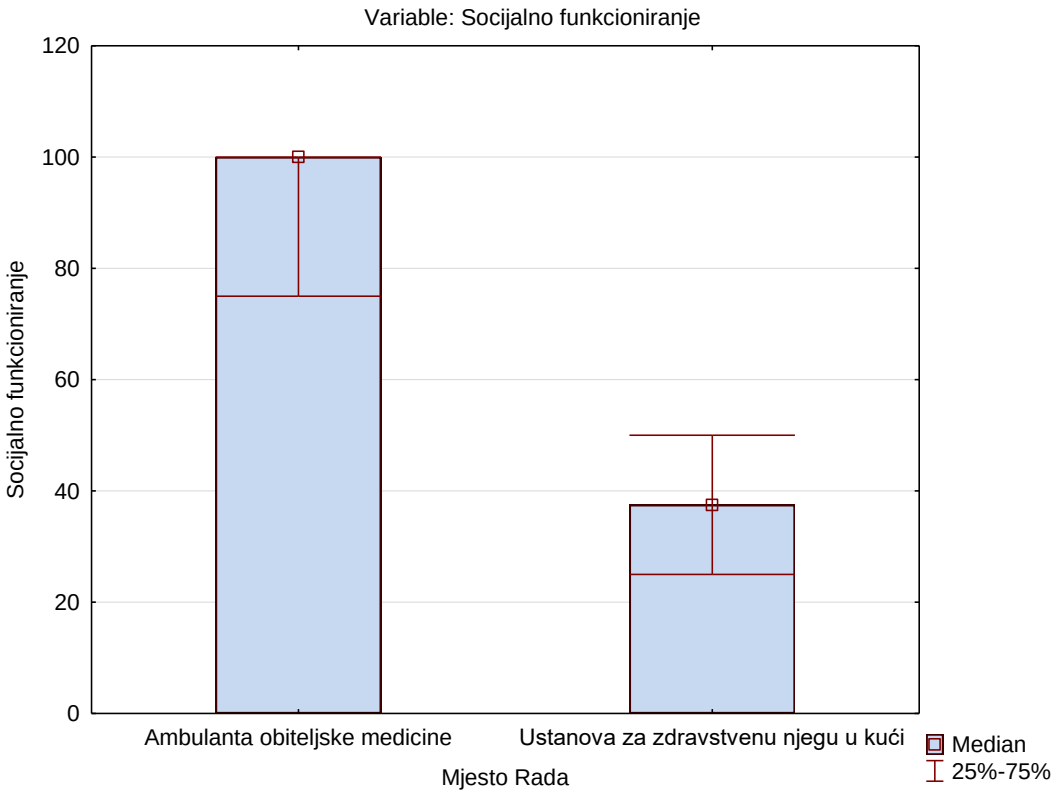
Iz grafičkog prikaza se može utvrditi da je viša razina vitalnosti i snage utvrđena kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine u odnosu na zaposlenike ustanova za zdravstvenu njegu u kući. Nadalje, može se utvrditi da je kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine utvrđena visoka razina vitalnosti i snage (Me>50), dok je kod zaposlenika ustanova za zdravstvenu njegu utvrđena niska razina vitalnosti i snage (Me<50).

Grafikon 5. Razina psihičkog zdravlja ispitanika ambulante obiteljske medicine i ustanove za zdravstveni njegu u kući



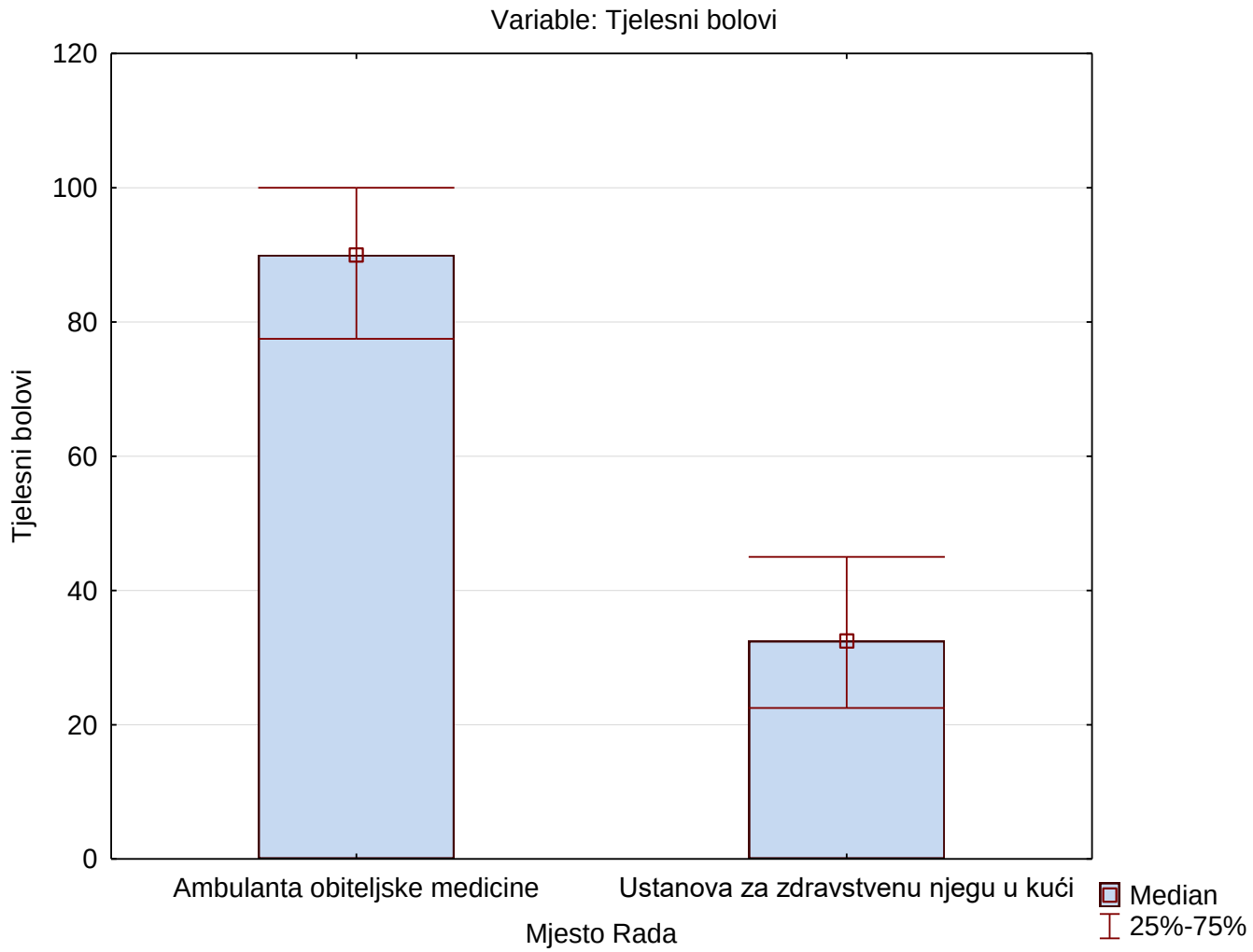
Iz grafičkog prikaza se može utvrditi da je viša razina psihičkog zdravlja utvrđena kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine u odnosu na zaposlenike ustanova za zdravstvenu njegu u kući. Nadalje, može se utvrditi da je kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine utvrđena visoka psihičkog zdravlja (Me>50), dok je kod zaposlenika ustanova za zdravstvenu njegu utvrđena niska razina psihičkog zdravlja (Me<50).

Grafikon 6. Razina socijalnog funkcioniranja ispitanika ambulante obiteljske medicine i ustanove za zdravstveni njegu u kući



Iz grafičkog prikaza se može utvrditi da je viša razina socijalnog funkcioniranja utvrđena kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine u odnosu na zaposlenike ustanova za zdravstvenu njegu u kući. Nadalje, može se utvrditi da je kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine utvrđena visoka razina socijalnog funkcioniranja (Me>50), dok je kod zaposlenika ustanova za zdravstvenu njegu utvrđena niska razina socijalnog funkcioniranja (Me<50).

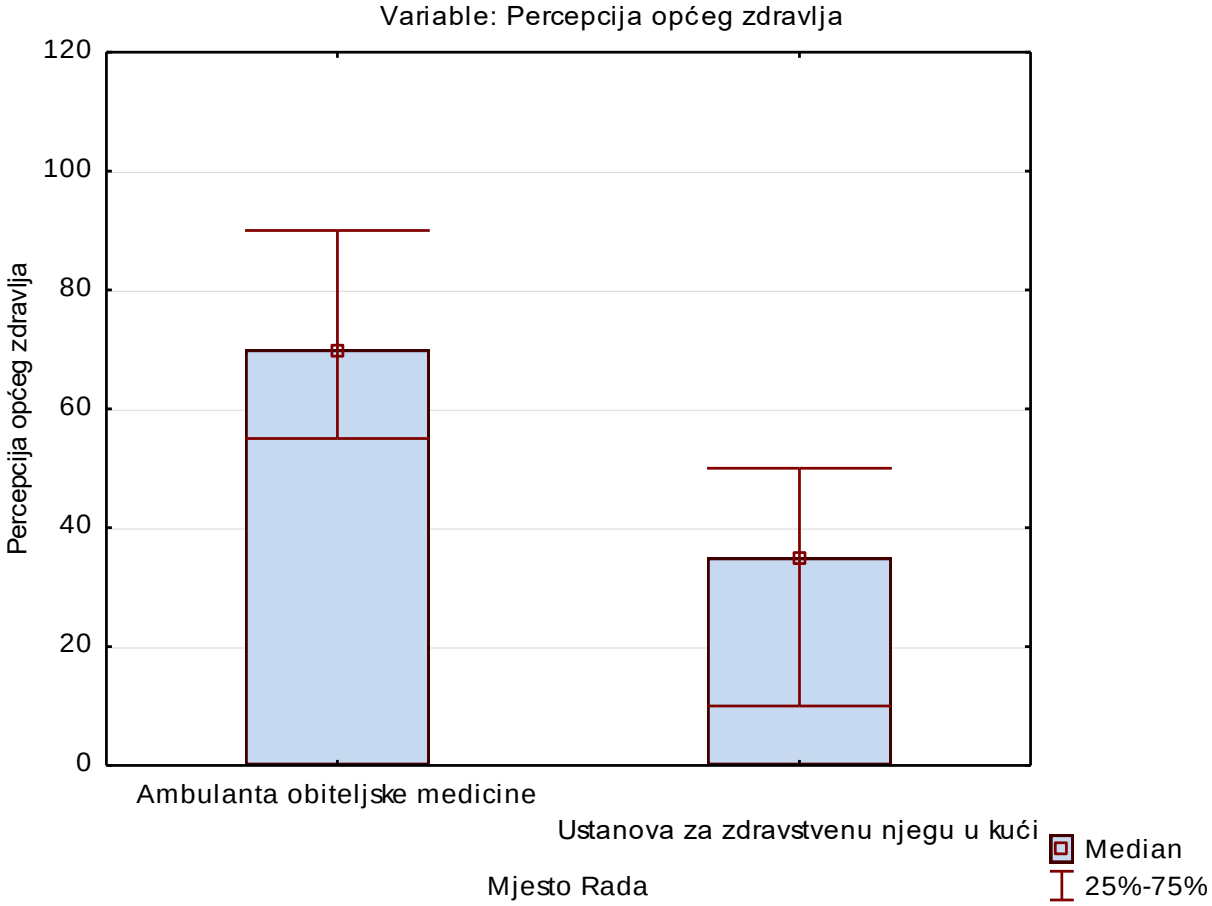
Grafikon 7. Razina tjelesnih bolova ispitanika ambulante obiteljske medicine i ustanove za zdravstveni njegu u kući



Dimenzija kvalitete zdravlja mjerena tjelesnim bolovima je negativno polarizirana.

Iz grafičkog prikaza se može utvrditi da je niža razina tjelesnih bolova utvrđena kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine u odnosu na zaposlenike ustanova za zdravstvenu njegu u kući. Nadalje, može se utvrditi da je kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine utvrđena niska razina tjelesnih bolova (Me>50), dok je kod zaposlenika ustanova za zdravstvenu njegu utvrđena visoka razina tjelesnih bolova (Me<50).

Grafikon 8. Razina percepcija općeg zdravlja ispitanika ambulante obiteljske medicine i ustanove za zdravstveni njegu u kući



Iz grafičkog prikaza se može utvrditi da je viša razina percepcije općeg zdravlja utvrđena kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine u odnosu na zaposlenike ustanova za zdravstvenu njegu u kući. Nadalje, može se utvrditi da je kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine utvrđena visoka razina percepcije općeg zdravlja (Me>50), dok je kod zaposlenika ustanova za zdravstvenu njegu utvrđena niska razina percepcije općeg zdravlja (Me<50).

Testiranje povezanosti između kvalitete zdravlja i sociodemografskih obilježja kod kojih je utvrđena heterogenost

Tablica 9: Spearmanova korelacija dobne skupine i elemenata dimenzija kvalitete ispitanika ambulante obiteljske medicine

Mjesto Rada=Ambulanta obiteljske medicine			
	ro	**t(N-2)**	**P***
Dobna skupina & Fizičko funkcioniranje	-0.29	-1.54	0.135
Dobna skupina & Ograničenja zbog fizičkih poteškoća	0.10	0.53	0.603
Dobna skupina & Ograničenja zbog emocionalnih poteškoća	0.01	0.05	0.964
Dobna skupina & Vitalnost i energija	-0.23	-1.21	0.239
Dobna skupina & Psihičko zdravlje	-0.27	-1.41	0.170
Dobna skupina & Socijalno funkcioniranje	-0.24	-1.22	0.235
Dobna skupina & Tjelesni bolovi	-0.25	-1.29	0.207
Dobna skupina & Percepcija općeg zdravlja	-0.25	-1.30	0.204

Testiranjem povezanosti između dobne skupine i pokazatelja kvalitete zdravlja kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine nije utvrđena povezanost (p vrijednosti koeficijenata korelacije >0,05), zbog čega se može donijeti zaključak da iako je utvrđena heterogenost u dobnoj strukturi ispitanika nije utvrđena povezanost između dobi i pokazatelja kvalitete zdravlja.

Tablica 10: Spearmanova korelacija dobne skupine i elemenata dimenzija kvalitete ispitanika ustanove za zdravstvenu njegu u kući

Mjesto Rada=Ustanova za zdravstvenu njegu u kući			
	ro	**t(N-2)**	**P***
Dobna skupina & Fizičko funkcioniranje	0.12	0.63	0.537
Dobna skupina & Ograničenja zbog fizičkih poteškoća	-0.32	-1.70	0.101
Dobna skupina & Ograničenja zbog emocionalnih poteškoća	-0.33	-1.76	0.090
Dobna skupina & Vitalnost i energija	-0.24	-1.25	0.224
Dobna skupina & Psihičko zdravlje	-0.15	-0.75	0.462
Dobna skupina & Socijalno funkcioniranje	-0.28	-1.43	0.164
Dobna skupina & Tjelesni bolovi	-0.25	-1.27	0.214
Dobna skupina & Percepcija općeg zdravlja	-0.31	-1.62	0.119

Testiranjem povezanosti između dobne skupine i pokazatelja kvalitete zdravlja kod zaposlenika ustanove za zdravstvu njegu u kući nije utvrđena povezanost (p vrijednosti koeficijenata korelacije >0,05), zbog čega se može donijeti zaključak da iako je utvrđena heterogenost u dobnoj strukturi ispitanika nije utvrđena povezanost između dobi i pokazatelja kvalitete zdravlja.

Tablica 11: SF-36 Dimenzije kvalitete života ispitanika ambulante obiteljske medicine prema stupnju obrazovanja

Mjesto Rada=Ambulanta obiteljske medicine				
	Medijan srednja stručna sprema Me (Q1-Q3)	**Medijan prvostupnik Me (Q1-Q3)**	**Z**	**P***
Fizičko funkcioniranje	90 (85-100)	95 (80-100)	0.20	0.838
Ograničenja zbog fizičkih poteškoća	100 (100-100)	100 (87.5-100)	0.24	0.812
Ograničenja zbog emocionalnih poteškoća	100 (100-100)	100 (100-100)	0.00	1.000
Vitalnost i energija	80 (60-100)	80 (65-90)	0.10	0.921
Psihičko zdravlje	88 (72-100)	90 (76-96)	0.03	0.980
Socijalno funkcioniranje	88 (75-100)	100 (75-100)	0.29	0.769
Tjelesni bolovi	90 (67.5-100)	83.8 (77.5-100)	0.03	0.979
Percepcija općeg zdravlja	65 (50-90)	73 (60-90)	0.40	0.692

Q1 = prvi kvartil; Q3= treći kvadrtil; Me = Medijan; IQR (Raspon Q1 – Q3)

*Mann-Whitney U test

Testiranjem razlike u pokazateljima kvalitete zdravlja kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine može se utvrditi da nema statistički značajne razlike s obzirom na stupanj obrazovanja (p >0,05).

Tablica 12: SF-36 Dimenzije kvalitete života ispitanika ustanove za zdravstveni njegu u kući prema stupnju obrazovanja

Mjesto Rada=Ustanova za zdravstvenu njegu u kući				
	Medijan srednja stručna sprema Me (Q1-Q3)	**Medijan prvostupnik Me (Q1-Q3)**	**Z**	**P***
Fizičko funkcioniranje	40 (5.6-50.0)	10 (0-30)	1.71	0.086
Ograničenja zbog fizičkih poteškoća	0 (0-50)	0 (0-0)	1.43	0.153
Ograničenja zbog emocionalnih poteškoća	0 (0-100)	0 (0-0)	1.44	0.151
Vitalnost i energija	30 (10-50)	5 (0-10)	2.44	**0.015**
Psihičko zdravlje	44 (60-60)	16 (6-28)	2.29	**0.022**
Socijalno funkcioniranje	38 (25-50)	13 (0-31.3)	1.98	**0.048**
Tjelesni bolovi	33 (22.5-45)	16 (0-38.8)	1.15	0.251
Percepcija općeg zdravlja	35 (20-58.3)	13 (2.5-27.5)	1.72	0.085

Q1 = prvi kvartil; Q3= treći kvadrtil; Me = Medijan; IQR (Raspon Q1 – Q3)

*Mann-Whitney U test

Testiranjem razlike u pokazateljima kvalitete zdravlja kod zaposlenika ustanova za zdravstvenu njegu u kući može se utvrditi da je za 25 bodova veća razina vitalnosti i energije (p=0,015), za 28 bodova veća razina psihičkog zdravlja (p=0,022), te za 25 bodova veća razina socijalnog funkcioniranja (p=0,048) kod zaposlenika sa navršenom srednjom stručnom spremom u odnosu na prvostupnike. Razlika u ostalim pokazateljima kvalitete zdravlja nije utvrđena (p>0,001).

.

5. RASPRAVA

Istraživanje u kojem se uspoređivala kvaliteta života i zdravlja medicinskih sestara zaposlenih u ordinacijama obiteljske medicine i ustanovama za zdravstvenu njegu u kući pokazuje višu razinu percepcije općeg zdravlja utvrđena kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine u odnosu na zaposlenike ustanova za zdravstvenu njegu u kući. Nadalje, može se utvrditi da je kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine utvrđena visoka razina percepcije općeg zdravlja dok je kod zaposlenika ustanova za zdravstvenu njegu utvrđena niska razina percepcije općeg zdravlja. Utvrđena je statistički značajna viša razina svih kvaliteta zdravlja kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine u odnosu na zaposlenike ustanove za zdravstvenu njegu.

Istraživanje koje je provedeno u bolnici Kashan Shahid Beheshti pokazalo je da kod medicinskih sestara smjenski rad i radno mjesto utječe na kvalitetu (42). Značajne razlike u statusu mentalnog i tjelesnog zdravlja prema spolu (između muškaraca i žena), bračnog statusa (između samaca i oženjenih) i statusa zaposlenosti (42).

Istraživanje provedeno u Grčkoj na djelatnicima koji rade u zdravstvenim ustanovama u svrhu određivanja stanja zdravlja vezano uz kvalitetu života pokazalo je da medicinske sestre imaju lošije zdravlje u osnosu na ostale zaposlenike (43). Kod žena se pokazalo kako imaju slabiji zdravstveni status nego muškarci i to u svih osam SF-36 dimenzija. Mlađi zaposlenici također imaju slabiji zdravstveni status nego oni stariji. Instrument koji je bio korišten je SF-36. Ovo istraživanje otkriva prisutnost znatnih zdravstvenih razlika između zaposlenicima ovisno o radnom mjestu (43).

Istraživanje o percepciji kvalitetu života vezanu uz zdravlje (HRQOL) proveo je Institut za higijenu, Katoličkog sveučilišta Presvetog srca u Rimu u Italiji, pri čemu se koristila talijanska verzija kratkog oblika -36 (SF-36) (40,44). U istraživanje je bilo uključeno 324 zdravstvena radnika (57,1% žena, uglavnom 39.0 godina; 36,8% su bile medicinske sestre.), Djelatnici sa radnim iskustvom od >15godina ostvarili su manje rezultate kvalitete života vezanu uz zdravlje nego radnici sa kraćim radnim stažem, dok su oni koji provode više vremena u društvenim aktivnostima postigli rezultate boljeg

mentalnog stanja. Radnici u zdravstvu imaju različite stupnjeve HRQOL povezane s njihovom profesijom tako se pokazalo da medicinske sestre imaju slabiju kvalitetu života (44).

Istraživanje koje je provedneo u Nizozemskoj pokazalo je kako utjecaj raznih kategorija koje se povezane sa uvjetima rada imaju utjecaj na samoprocjenu zdravstvenog stanja (45). Podaci su obuhvaćali 4521 radnika i 2411 radno aktivnih žena, uključivši uvjete rada (fizički uvjeti rada, kontrola posla, zahtjevi za poslom, socijalna podrška na poslu), opaženo opće zdravlje i sociodemografske podatke. Znatan dio povezanosti između područja zanimanja i lošeg opaženog općeg zdravlja u radnoj populaciji mogao bi se pripisati različitoj raspodjeli opasnih fizičkih uvjeta rada i niskom nadzoru nad radnim mjestima. To sugerira da bi intervencije usmjerene na poboljšanje ovih uvjeta rada mogle rezultirati smanjenjem socioekonomskih nejednakosti u zdravstvu u radnoj populaciji (45).

U istraživanju su podaci o odnosu između radnih uvjeta i statusa mentalnog zdravlja ispitanika prikupljeni od strane zaposlenika u zdravstvu pri čemu je korišena klinička procjena (46). Definirana su četiri indeksa stresa na poslu: stres na poslu, mentalno opterećenje, nedostatnost u unutarnjem treningu i raspravi, te naprezanje uzrokovano rasporedom. Slabije spavanje uglavnom je bilo povezana s radom u smjenama (46).

Istraživanje koje je provedeno u São Paulo imalo je zadatak procijeniti radne uvjete povezane sa zdravstvenom kvalitetom života (HRQL) među pružateljima zdravstvene njege u kući (47).
Uzorak studije obuhvaćao je 696 registriranih medicinskih sestara koje pružaju zdravstvenu njegu u kući. Primjenio se upitnik SF-36, a dimenzije s najnižim srednjim ocjenama u SF-36 bile su vitalnost, tjelesna bol i mentalno zdravlje. Rad s visokim naprezanjem, neravnoteža motivacije nezavisno su povezani s niskim rezultatima. Dimenzije su povezane i s mentalnim zdravljem gdje su najviše pogođene psihosocijalnim čimbenicima na poslu (47).

Razlike u kvaliteti života s obzirom na neke demografske varijable, kao što su spol, dob, stupanj obrazovanja, bračni status, kultura i slično mogu se uočiti, no rezultati tih istraživanja su većinom nekonzistentni. U većini istraživanja nisu utvrđene spolne razlike u subjektivnoj kvaliteti života, dok je u nekima utvrđena negativna povezanost dobi i kvalitete života (48).

Što se tiče bračnog statusa, istraživanja pokazuju da u pravilu osobe u braku ili izvanbračnoj zajednici imaju veću osobnu kvalitetu života od samaca. Isto tako, obrazovaniji su zadovoljniji svojim životom od onih slabijeg obrazovanja. Što se tiče kulturalnih razlika, iako pojedinci žive u različitim okolnostima, prosječna razina zadovoljstva životom svjetske populacije varira samo oko 20% (49).

S psihološkog stajališta zadovoljstvo životom je subjektivni doživljaj kvalitete života. Vodeći istraživači u tom području shvaćaju zadovoljstvo životom kao kognitivnu komponentu subjektivnog blagostanja ("subjective well-being"), a sreću ("happiness") kao emotivnu komponentu. Istraživanja pokazuju da su kognitivna i subjektivna komponenta korelirane od 0,25 do 0,5 (50).

6. ZAKLJUČCI

1. Prema spolu ispitanika može se utvrditi da su među ispitanicima ambulante obiteljske medicine svi ženskog spola (27; 100%), dok je među ispitanicima ustanove za zdravstvenu njegu u kući 26 ispitanika su žene (96,3%), te 1 (3,7%) muškarci. Postignuta je homogenost prema spolu (Hi kvadrat =1,02; p=0,313).

2. U ambulantama obiteljske medicine najveći broj ispitanika je starosne dobi između 56 i 65 godina (14; 51,85%). Među ispitanim zaposlenicima ustanove za zdravstvenu njegu u kući najzastupljeni su ispitanici starosne dobi između 40 i 55 godina (13; 48,15%). Testiranjem je utvrđena heterogenost prema starosnoj dobi (Hi kvadrat =7,88; p=0,019).

3. U ambulantama obiteljske medicine najveći broj ispitanika su udani/oženjeni (9; 33,33%), kao i među ispitanim zaposlenicima ustanove za zdravstvenu njegu u kući (12; 44,44%). Testiranjem je uvjetno utvrđena homogenost premastarosnoj dobi (Hi kvadrat =3,34; p=0,339). Riječ je o uvjetnoj homogenosti budući da nisu zadovoljeni svi preduvjeti provođenja Hi kvadrat testa.

4. Među ispitanim zaposlenicima ambulante obiteljske medicine može se utvrditi da najveći broj ispitanika ima dvoje i više djece (10; 37,04%), dok među ispitanim zaposlenicima ustanove za zdravstvenu njegu u kući su najčešće bez djece (12; 44,44%). Testiranjem je utvrđeno da su ispitani zaposlenici prema broju djece homogeni (Hi kvadrat 0,767; P=0,682).

5. Prema radnom stažu ispitanih zaposlenika ambulante obiteljske medicine može se utvrditi da najveći broj ima radni staž između 21 i 40 godina (16; 59,26%), dok među ispitanim zaposlenicima ustanove za zdravstvenu njegu u kući 10 ima radni staž između 11 i 20 godina (37,04%), te 10 ima radni staž između 21 i 40 godina (37,04%). Testiranjem je utvrđena homogenost u strukturi ispitanih zaposlenika u obje zdravstvene jedinice prema godinama radnog staža (Hi kvadrat vrijednost 3,128; P=0,209.

6. Ispitani zaposlenici ambulante obiteljske medicine u najvećem broju imaju navršenu prvostupnu razinu obrazovanja (16; 59,26%), dok ispitani zaposlenici ustanove za zdravstvenu njegu u kući najčešće imaju navršenu srednju stručnu spremu (23; 85,19%). Testiranjem je utvrđena heterogenost prema stupnju obrazovanja (Hi kvadrat = 11,44; p<0,001).

7. Među ispitanim djelatnicima ambulante obiteljske medicine postoji visoka razina fizičkog funkcioniranja (Me=95; IQR=85-100), visoka razina kvalitete života na području fizičkih ograničenja (Me=100; IQR=100-100), visoka razina kvalitete života na području emocionalnih ograničenja (Me=100; IQR=100-100), vitalnosti i energiji (Me=80; IQR=65-95), psihičkog zdravlja (Me=88; IQR=76-100), socijalnog funkcioniranja (Me=100; IQR=75-100), tjelesnih bolova (Me=90; IQR=77,5-100), te percepcije općeg zdravlja (Me=70; IQR=55-90).

8. Među ispitanicima ustanove za zdravstvenu njegu u kući utvrđena je niska razina svih pokazatelja kvalitete zdravlja gdje je utvrđena niska razina fizičkog funkcioniranja (Me=35; IQR=5-50), visoka razina kvalitete života na području fizičkih ograničenja (Me=0; IQR=0-50), visoka razina kvalitete života na području emocionalnih ograničenja (Me=0; IQR=0 - 66,7), vitalnosti i energiji (Me=27; IQR=10-40), psihičkog zdravlja (Me=40; IQR=24-56), socijalnog funkcioniranja (Me=38; IQR=25-50), tjelesnih bolova (Me=33; IQR=22,5-45), te percepcije općeg zdravlja (Me=35; IQR=10-50).

9. Zaposlenici ambulante obiteljske medicine imaju za 60 bodova veću razinu fizičkog funkcioniranja u odnosu na zaposlenike ustanove za zdravstvenu njegu, te se može reći da je riječ o statistički značajnoj razlici (Z=5,77; p<0,001). statistički značajno manja razina ograničenja zbog fizičkih poteškoća (za 100 bodova) je utvrđena među zaposlenicima ambulante obiteljske medicine (Z=4,52; p<0,001). Za 100 bodova manju razinu ograničenja zbog emocionalnih

poteškoća imaju zaposlenici ambulante obiteljske medicine u odnosu na zaposlenike ustanove za zdravstvenu njegu ($Z=4,22$; $p<0,001$). Viša razina vitalnosti i energije za 53 bodova utvrđena je kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine ($Z=5,60$; $p<0,001$). Viša razina psihičkog zdravlja za 48 boda utvrđena je kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine ($Z=5,65$; $p<0,001$).

10. Procijenjena razina kvalitete života u odnosu na tjelesne boli je viša među zaposlenicima ambulante obiteljske medicine za 58 bodova ($Z=5,13$; $p<0,001$). Viša razina tjelesnih bolova utvrđena je među zaposlenicima ambulante obiteljske medicine za 58 bodova ($Z=5,13$; $p<0,001$, Percepcija općeg zdravlja za 35 bodova je viša među zaposlenicima ambulante obiteljske medicine ($Z=4,20$; $p<0,001$). Dakle, utvrđena je statistički značajna viša razina svih kvaliteta zdravlja kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine u odnosu na zaposlenike ustanove za zdravstvenu njegu.

11. Viša razina fizičkog funkcioniranja utvrđena kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine u odnosu na zaposlenike ustanova za zdravstvenu njegu u kući. Nadalje, može se utvrditi da je kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine utvrđena visoka razina fizičkog funkcioniranja ($Me>50$), dok je kod zaposlenika ustanova za zdravstvenu njegu utvrđena niska razina fizičkog funkcioniranja ($Me<50$).

12. Dimenzija kvalitete zdravlja mjerena dimenzijom ograničenja zbog fizičkih poteškoća je negativno polarizirana. Niža razina ograničenja zbog fizičkih poteškoća utvrđena kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine u odnosu na zaposlenike ustanova za zdravstvenu njegu u kući. Nadalje, može se utvrditi da je kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine utvrđena niska razina ograničenja zbog fizičkih poteškoća ($Me>50$), dok je kod zaposlenika ustanova za zdravstvenu njegu utvrđena visoka razina ograničenja zbog fizičkih poteškoća ($Me<50$).

13. Dimenzija kvalitete zdravlja mjerena dimenzijom ograničenja zbog emocionalnih poteškoća je negativno polarizirana. Iz grafičkog prikaza se može utvrditi da je niža razina ograničenja zbog emocionalnih poteškoća utvrđena kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine u odnosu na zaposlenike ustanova za zdravstvenu njegu u kući. Nadalje, može se utvrditi da je kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine utvrđena niska razina ograničenja zbog emocionalnih poteškoća (Me>50), dok je kod zaposlenika ustanova za zdravstvenu njegu utvrđena visoka razina ograničenja zbog emocionalnih poteškoća (Me<50).

14. Viša razina vitalnosti i snage utvrđena je kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine u odnosu na zaposlenike ustanova za zdravstvenu njegu u kući. Nadalje, može se utvrditi da je kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine utvrđena visoka razina vitalnosti i snage (Me>50), dok je kod zaposlenika ustanova za zdravstvenu njegu utvrđena niska razina vitalnosti i snage (Me<50).

15. Viša razina psihičkog zdravlja utvrđena je kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine u odnosu na zaposlenike ustanova za zdravstvenu njegu u kući. Nadalje, može se utvrditi da je kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine utvrđena visoka psihičkog zdravlja (Me>50), dok je kod zaposlenika ustanova za zdravstvenu njegu utvrđena niska razina psihičkog zdravlja (Me<50).

16. Viša je razina socijalnog funkcioniranja utvrđena kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine u odnosu na zaposlenike ustanova za zdravstvenu njegu u kući. Nadalje, može se utvrditi da je kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine utvrđena visoka razina socijalnog funkcioniranja (Me>50), dok je kod zaposlenika ustanova za zdravstvenu njegu utvrđena niska razina socijalnog funkcioniranja (Me<50).

17. Dimenzija kvalitete zdravlja mjerena tjelesnim bolovima je negativno polarizirana. Niža razina tjelesnih bolova je utvrđena kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine u odnosu na zaposlenike ustanova za zdravstvenu njegu u

kući. Nadalje, može se utvrditi da je kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine utvrđena niska razina tjelesnih bolova (Me>50), dok je kod zaposlenika ustanova za zdravstvenu njegu utvrđena visoka razina tjelesnih bolova (Me<50).

18. Testiranjem povezanosti između dobne skupine i pokazatelja kvalitete zdravlja kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine nije utvrđena povezanost (p vrijednosti koeficijenata korelacije >0,05), zbog čega se može donijeti zaključak da iako je utvrđena heterogenost u dobnoj strukturi ispitanika nije utvrđena povezanost između dobi i pokazatelja kvalitete zdravlja.

19. Testiranjem povezanosti između dobne skupine i pokazatelja kvalitete zdravlja kod zaposlenika ustanove za zdravstvu njegu u kući nije utvrđena povezanost (p vrijednosti koeficijenata korelacije >0,05), zbog čega se može donijeti zaključak da iako je utvrđena heterogenost u dobnoj strukturi ispitanika nije utvrđena povezanost između dobi i pokazatelja kvalitete zdravlja.

20. Testiranjem razlike u pokazateljima kvalitete zdravlja kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine može se utvrditi da nema statistički značajne razlike s obzirom na stupanj obrazovanja (p >0,05).

21. Testiranjem razlike u pokazateljima kvalitete zdravlja kod zaposlenika ustanova za zdravstvenu njegu u kući može se utvrditi da je za 25 bodova veća razina vitalnosti i energije (p=0,015), za 28 bodova veća razina psihičkog zdravlja (p=0,022), te za 25 bodova veća razina socijalnog funkcioniranja (p=0,048) kod zaposlenika sa navršenom srednjom stručnom spremom u odnosu na prvostupnike. Razlika u ostalim pokazateljima kvalitete zdravlja nije utvrđena (p>0,001).

7. LITERATURA

1. Tejero LMS, The mediating role of the nurse–patient dyad bonding in bringing about patient satisfaction. Journal of Advanced Nursing 2012;68:994–1002.

2.Nacionalni program zaštite zdravlja i sigurnosti na radu osoba zaposlenih u djelatnosti zdravstvene zaštite za razdoblje 2015.-2020; [pristupljeno: 20.07.2018]. Dostupno na: zdravlje.gov.hr.

3.Nacionalna strategija razvoja zdravstva. Vlada Republike Hrvatske; [pristupljeno: 18.07.2018]. Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske (2012), Dostupno na: http://www.zdravlje.hr/programi_i_projekti/

4. Matulić T. Identitet, profesija i etika sestrinstva. Bogoslovska smotra 2007;77:72744.

5. Kičić M. E-Zdravlje–Savjetodavna uloga medicinskih sestara. Acta medica Croatica, 2014;68(1), 65-8.

6. Hrastinski N, Salopek M. Edukacija bolesnika i obitelji. Hrvatski časopis za javno zdravstvo 2008; 4(14). [pristupljeno: 12.07.2018]. Dostupno na: http://www.hcjz.hr/old/clanak.php?id=13704

7. 1. Hrvatski sabor. Zakon o sestrinstvu, Narodne novine 121/03, 117/08, 57/11.[pristupljeno: 5.09.2018.].Dostupno na: https://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2003_07_121_1710.html

8. Hrvatsko sabor. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14. [pristupljeno: 10.09.2018]. Dostupno na: https://www.zakon.hr/z/190/Zakon-o-zdravstvenoj-za%C5%A1titi

9. Katić M, Rumboldt M, Materljan E, Gmajnić R. Analiza stanja u obiteljskoj medicini i nužnost promjena. Medix. 2009; 80/81(15), 51-6.

10. Vrdoljak D, Bergman-Marković B, Cikač S. Administrativni i medicinski opseg rada tima obiteljske medicine. Med Jad 2012;42:5-12.

11. Kičić M E-Zdravlje – Savjetodavna uloga medicinskih sestara. Acta Med Croatica, 2014;68: 65-9.

12. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1992.

13. Stevanović R., Stanić A, Benković V, Jovanović A. Uspostava i razvoj hrvatskog integralnog zdravstvenog informacijskog sustava. Medicus. 2004;13:131–37.

14. Kurtović B, Grgas-Bile C, Kundrata D. Informatizacija zdravstvene njege. Acta Med Croatica, 2014;68:55-9.

15. Kičić M. E-Zdravlje – Savjetodavna uloga medicinskih sestara. Acta Med Croatica, 2014;68: 65-9.

16.Gavranić D, Iveta V, Sindik J. Percepcija zanimanja medicinske sestre u javnosti, Sestrinski glasnik 2015;20:115-20.

17. Nevjestić, I. Analiza poslova i organizacije rada medicinske sestre u obiteljskoj medicine. [disertacija]. Zagreb: Medicinski fakultet; 2016.

18. Franković S. Zdravstvena njega odraslih. Zagreb: Medicinska naklada, 2010.

19. Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za provođenje zdravstvene njege u kući. Narodne Novine 88/2010.

20. Cindrić V, Cazin K, Volkmer Starešina R, Pišćenec I, Letić A. Otvaranje samostalne sestrinske djelatnosti Opening of independent nursing activities. Sestrinski glasnik; 2015; 20:244-9.

21. Prlić N. Zdravstvena njega udžbenik za učenike srednjih medicinskih škola. 11. izdanje. Zagreb: Školska knjiga; 2008.

22. Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. [Internet]. [citirano: 20.07.2018]. Dostupno na: http://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2013_02_23_394.html.

23. Medicinska sestra u zdravstvenoj njezi u kući [citirano: 19.07.2018]. Dostupno na: http://www.ustanova-kancijan.hr/medicinska-sestra-u-zdravstvenoj-njezi-u-kuci/

24. Lobban F, Barrowclough C, Jones S. Razvoj Svjetske zdravstvene organizacije WHOQOL-BREF procjena kvalitete života. WHOQOL grupa. Psychol Med. 1998 May; 28: 551-8 8. Clinical Psychology Review, 2003; 23: 2; 171-96.

25. World Health Organization Quality of Life Assessment. World Health Forum. 1996; 17(4): 354-6.

26. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res.* 2005; 14(3): 875-82

27.Siddiqui F, Konski AA, Movsas B. Quality-of-life concerns in lung cancer patients. *Expert* Rev Pharmacoecon Outcomes Res.2010; 10(6): 667-76

28. Ansari, H., Abbasi, M. Health-related Quality of Life among Nurses in Zahedan University of Medical Sciences Hospitals. Journal of Hospital, 2015;14(3), 47-55.

29. Farrokhian AR, Motaghi M, Sharif MR. Quality of Life in Nurses; Case Study of Shahid Beheshti Hospital of Kashan City, Iran. International Archives of Health Sciences. 2016;3.

30. Krizmanić M, Kolesarić V. Pokušaj konceptualizacije pojma kvaliteta života. Primijenjena psihologija 1989;10:179−4.

31. Cummins RA. Objective and subjective quality of life: An interactive model. Social Indicators Research 2000;52:55−72.

32. Serinkan C, Kaymakçi K. Defining the quality of life levels of the nurses: a study in Pamukkale University. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2013 Oct 10;89:580-4.

33. Cummins RA. The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos. Social Indicators Research 1996;38:303−32.

34. Santo Thomas LH, Varkey B. Improving health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. Curr Opin Pulm Med 2004;10:120−7.

35. Mustajbegović J, Milošević M, Knežević B. Temeljni čimbenik kvalitete rada u zdravstvu: Sigurnost i zdravlje na radu medicinske sestre. HUMS, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja Andrija Štampar. 2008.

36. The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): development and general psychometric properties 1998. Soc Sci Med 1998;46:1569-85.

37. Lobban F, Barrowclough C, Jones S. Clinical Psychology Review, 2003; 23:171-196.

38. Simmonds A. Decision - making by default: Experience of physicians and nurses with patients in intensive care. Human Health Care Int. 1996; 12:168-72

39. Harter J, Arora R. Social time crucial to daily emotional well-being in U.S. Washington: DC: Gallup Press. 2008.

40. Režić S. Kvaliteta radnog života medicinskih sestara (QNWL) [pristupljeno: 21.07.2018] dostupno na: http://edu.hkms.hr/mod/forum/discuss.php?d=21

41..Ware JE, Kosinski M. Dewey JE. (How to score version 2 of the SF-36 health survey Quality Metric Incorporated.2000.

42. Farrokhian AR., Motaghi M, Sharif MR. Quality of Life in Nurses; Case Study of Shahid Beheshti Hospital of Kashan City, Iran. International Archives of Health Sciences, 2016.

43. Panayotes JT, Demakakos TH, Yfantopoulos, Y, Aga J. Lambrini Houliara and Elpida Pavi. The health related quality of life of the employees in the Greek hospitals: assessing how healthy are the health workers Health and Quality of Life Outcomes 2016;20031:61

44. Kheiraoui F, Gualano MR, Mannocci A, Boccia A, La Torre G. Quality of life among healthcare workers: a multicentre cross-sectional study in Italy. Public Health. 2012;126(7):624-9.

45. Koukouli S, Vlachonikolis IG, Philalithis A: Socio-demographic factors and self-reported functional status: the significance of social support**.** *BMC Health Serv Res* 2012;2(1):20.

46. Estryn-Behar M, Kaminski M, Peigne E, Bonnet N, Vaichere E, Gozlan C, Azoulay S, Giorgi M: Stress at work and mental health status among female hospital workers. *Br J Ind Med*1990**,**47(1):20–28.

47. Silva AA, Souza JM, Borges FN, Fischer FM. Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. Rev Saude Publica. 2010; 44 (4): 718-25.

48. Lučev I. Tadinac M. Kvaliteta života u Hrvatskoj- povezanost subjektivnih i objektivnih indikatora te temperamenta i demografskih varijabli s osvrtom na manjinski status. Migracijske i etničke teme, 2008;24(1-2), 67-89

49. Cummins RA. Personal income and subjective well-being: A review. Journal of Happiness Studies, 2000;1,133-58.

50. Lucas RE. Diener E. Suh E. Discriminant validity of Well-being measures. Journal of Personality and Social Psychology, 1996;71,616-28.

8. SAŽETAK

Cilj Cilj rada je istražiti percepciju zdravlja kao pokazatelja kvalitete života na medicinskim sestrama zaposlenim u ordinaciji obiteljske medicine na području Splitsko-dalmatinske županije i ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući.

Metode: Istraživanje je provedeno među 54 ispitanika od čega 27 zaposlenika ambulante obiteljske medicine, te 27 zaposlenika ustanove za zdravstvenu njegu u kući. U empirijskom dijelu ovog rada upotrebom kvantitativnih metoda u biomedicini testiraju se postavljene hipoteze. Kao instrument istraživanja korišten je SF-36 anketni upitnik. U radu se koriste metode grafičkog i tabelarnog prikazivanja kojima je prikazana struktura odgovora ispitanika, kao i izražena razina kvalitete zdravlja. Za testiranje razlika u numeričkim varijablama koje imaju zadovoljen uvjet jednakosti distribucije koristi se T-test, dok se u suprotnom koristi Mann-Whitney U test. Normalnost distribucije je provjerena upotrebom Kolmogorov-Smirnov testa. Analiza je rađena u statističkom programu STATISTICA 11. Zaključci su doneseni pri signifikantnosti od 5%. Pet područja upitnika SF-36 – tjelesna aktivnost, ograničavanje aktivnosti zbog tjelesnog zdravlja, tjelesna bol, društveno funkcioniranje i ograničavanje aktivnosti zbog emocionalnih problema – definiraju zdravlje kao odsutnost ograničenja i nesposobnosti, predstavljaju stalna i jednodimenzionalna mjerila zdravlja. Tri su područja upitnika SF-36 – opća percepcija zdravlja, vitalnost i mentalno zdravlje – bipolarna, što znači da mjere mnogo veći raspon negativnih i pozitivnih gledišta zdravlja.

Rezultati: Viša razina percepcije općeg zdravlja utvrđena je kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine u odnosu na zaposlenike ustanova za zdravstvenu njegu u kući. Nadalje, može se utvrditi da je kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine utvrđena visoka razina percepcije općeg zdravlja (Me>50), dok je kod zaposlenika ustanova za zdravstvenu njegu utvrđena niska razina percepcije općeg zdravlja (Me<50).

Zaključci: Nakon provedenog istraživanja utvrđeno je postojanje više razine kvalitete zdravlja kod zaposlenika ambulante obiteljske medicine u odnosu na zaposlenike ustanova za zdravstvenu njegu u kući. Testiranjem povezanosti između kvalitete zdravlja i dobne skupine nije utvrđena povezanost kod niti jedne skupine zaposlenika,

odnosno zaposlenici starije životne dobi neće imati različitu kvalitetu zdravlja u odnosu na osobe mlađe životne dobi. Testirajući razliku u kvaliteti zdravlja s obzirom na stupanj obrazovanja, kod zaposlenika ustanova za zdravstvenu njegu u kući utvrđene su razlike među zaposlenicima sa navršenom srednjom i prvostupnom stručnom spremom gdje je viša razina kvalitete zdravlja utvrđena kod medicinskih sestara sa navršenom srednjom stručnom spremom u odnosu na medicinske sestre sa navršenim prvostupnim obrazovanjem. Kod zaposlenika u ambulanti obiteljske medicine nisu utvrđene razlike u kvaliteti zdravlja s obzirom na stupanj obrazovanja.

9. ABSTRACT

The aim of the paper is to investigate the perception of health as an indicator of the quality of life of nurses employed in the family medicine clinic in the area of Split-Dalmatia County and the Institution for Health Care and Rehabilitation at Home. The survey was conducted among 54 respondents, out of which 27 family medicine outpatient employees, and 27 employees of home care institutions.

Methods: In the empirical part of this paper, hypotheses are tested using quantitative methods in biomedicine. The SF-36 questionnaire was used as an instrument of study. The paper uses graphical and tabular presentation methods that show the response structure of respondents as well as the expressed level of health quality. To test the differences in numeric variables that satisfy the condition of equality of distribution, the T-test is used, while the Mann-Whitney U test is otherwise used. The distribution normality was verified using the Kolmogorov-Smirnov test. The analysis was done in the statistical program STATISTICS 11. Conclusions were made at a significance of 5%. Five areas of the SF-36 questionnaire - physical activity, limiting activity for physical health, physical ailment, social function and limiting activity due to emotional problems - defining health as the absence of constraints and inability, represent constant and one-dimensional health standards. Three areas of the SF-36 questionnaire - the general perception of health, vitality and mental health - bipolar, which means that they measure far greater range of negative and positive health outcomes.

Results: A higher level of perception of general health has been established with family medicine workers in relation to employees of home care institutions. Furthermore, it can be established that a high level of perception of general health (Me> 50) has been established at the employees of the family medicine clinic, while a low level of general health perception (Me <50) is found in the health care institution employee.

Conclusions: After the research conducted, there was established a higher level of health quality in family medicine workers than in home care institutions. By testing the relationship between the quality of health and the age group no correlation has been established with any group of employees or older employees will not have a different quality of health in relation to the younger age group. By testing the difference in the

quality of health with regard to the level of education, the differences between the employees of the home care institution have been established among the employees with upper and lower secondary education where the higher level of vitality and energy, mental health and social functioning where higher quality of health established in nurses with advanced secondary education compared to nurses with completed primary education. There are no differences in the quality of health with respect to the level of education for employees in the family medicine clinic.

10. ŽIVOTOPIS

Moje ime je Željka Kovačić Kačar (djevojačko Kovačić). Rođena sam u Varaždinu 15.03.1989. Živjela sam u Sračincu kraj Varaždina gdje sam završila osnovnu školu. Srednju medicinsku školu završila sam u Varaždinu 2007. godine. Stručni studij sestrinstva upisala sam 2007. Godine u Rijeci. Zaluđenošću Hajdukom i Splitom pripravnički staž odrađivala sam u KBC Split 2010. Godine. Nakon završetka pripravničkog staža, dobila sam posao u Ustanovi za zdravstvenu njegu u kući Sano u Splitu gdje sam radila od 2011. Godine do 2017. Godine. Radeći na terenu grada Splita 3 godine, te 3 godine kao glavna sestra – koordinator medicinskih sestara. Od 20.04.2017. godine zaposlena sam u KBC Split na Klinici za nefrologiju i dijalizu.

SF-36 UPITNIK

I. Općenito, biste li rekli da je Vaše zdravlje: (zaokružite jedan odgovor)

odlično	1
vrlo dobro	2
dobro	3
zadovoljavajuće	4
loše	5

II. U usporedbi s prošlom godinom, kako biste sada ocijenili svoje zdravlje? (zaokružite jedan odgovor)

puno bolje nego prije godinu dana	1
malo bolje nego prije godinu dana	2
otprilike isto kao i prije godinu dana	3
malo lošije nego prije godinu dana	4
puno lošije nego prije godinu dana	5

Sljedeća pitanja se odnose na aktivnosti kojima se moţda bavite tijekom jednog tipičnog dana. Ograničava li Vas trenutačno Vaše zdravlje u obavljanju tih aktivnosti? Ako DA, u kojoj mjeri? (zaokružite jedan broj u svakom redu)

III. AKTIVNOSTI	DA puno	DA malo	NE nimalo
a) fizički naporne aktivnosti, kao što su trčanje, podizanje teških predmeta, sudjelovanje u napornim sportovima	1	2	3
b) umjereno naporne aktivnosti, kao što su pomicanje stola, vožnja biciklom, boćanje i sl.	1	2	3
c) podizanje ili nošenje torbe s namirnicama	1	2	3
d) uspinjanje uz stepenice (nekoliko katova)	1	2	3
e) uspinjanje uz stepenice (jedan kat)	1	2	3
f) saginjanje, klečanje ili pregibanje	1	2	3
g) hodanje više od 1 kilometra	1	2	3

h) hodanje oko pola kilometra	1	2 3
i) hodanje 100 metara	1	2 3
j) kupanje ili oblačenje	1	2 3

IV. Jeste li u protekla 4 tjedna u svom radu ili drugim redovitim dnevnim aktivnostima imali neki od sljedećih problema zbog svog fizičkog zdravlja? (zaokružite jedan broj u svakom redu)

	DA	NE
a) skratili ste vrijeme provedeno u radu i drugim aktivnostima	1	2
b) obavili ste manje nego što ste ţeljeli	1	2
c) niste mogli obavljati neke poslove ili druge aktivnosti	1	2
d) imali ste poteškoća pri obavljanju posla ili nekih drugih aktivnosti (npr. morali ste uloţiti dodatni trud)	1	2

V. Jeste li u protekla 4 tjedna imali neke od dolje navedenih problema na poslu ili pri obavljanju nekih drugih svakodnevnih aktivnosti zbog bilo kakvih emocionalnih problema
(npr. osjećaj depresije ili tjeskobe)? (zaokružite jedan broj u svakom redu)

	DA	NE
a) skratili ste vrijeme provedeno u radu i drugim aktivnostima	1	2
b) obavili ste manje nego što ste željeli	1	2
c) niste obavili posao ili druge aktivnosti onako pažljivo kao obično	1	2

VI. U kojoj su mjeri u protekla 4 tjedna Vaše fizičko zdravlje ili Vaši emocionalni problemi
utjecali na Vaše uobičajene društvene aktivnosti u obitelji, s prijateljima, susjedima ili drugim ljudima? (zaokružite jedan odgovor)

uopće ne	1
u manjoj mjeri	2
umjereno	3
prilično	4
izrazito	5

VII. Kakve ste tjelesne bolove imali u protekla 4 tjedna? (zaokružite jedan odgovor)

Nikakve	1
vrlo blage	2
blage	3
umjerene	4
teške	5
vrlo teške	6

VIII. U kojoj su Vas mjeri ti bolovi u protekla 4 tjedna ometali na Vašem uobičajenom radu
(uključujući rad izvan kuće i kućne poslove)? (zaokružite jedan odgovor)

uopće ne	1
malo	2
umjereno	3
prilično	4
izrazito	5

IX. Sljedeća pitanja govore o tome kako se osjećate i kako ste se osjećali u protekla 4 tjedna. Molim Vas da za svako pitanje odaberete po jedan odgovor koji će najbliže odrediti kako ste se osjećali. Koliko ste se vremena u protekla 4 tjedna: (zaokružite jedan odgovor u svakom redu)

	stalno	skoro uvijek	dobar dio vremena	povremeno	rijetko	nikada
a) osjećali puni života?	1	2	3	4	5	6
b) bili vrlo nervozni?	1	2	3	4	5	6
c) osjećali tako potištenim da Vas ništa nije moglo razvedriti?	1	2	3	4	5	6
d) osjećali spokojnim i mirnim?	1	2	3	4	5	6
e) bili puni energije?	1	2	3	4	5	6
f) osjećali malodušnim i tužnim?	1	2	3	4	5	6
g) osjećali iscrpljenim?	1	2	3	4	5	6
h) bili sretni?	1	2	3	4	5	6
i) osjećali umornim?	1	2	3	4	5	6

Koliko su Vas vremena u protekla 4 tjedna Vaše fizičko zdravlje ili emocionalni

problemi
ometali u društvenim aktivnostima (npr. posjete prijateljima, rodbini itd.)? (zaokružite jedan odgovor)

stalno 1
skoro uvijek 2
povremeno 3
rijetko 4
nikada 5

XI. Koliko je u Vašem slučaju TOČNA ili NETOČNA svaka od dolje navedenih tvrdnji?
(zaokružite jedan odgovor u svakom redu)

	Potpuno točno	uglavnom točno	ne znam	uglavnom netočno	potpuno netočno
a) čini mi se da se razbolim lakše nego drugi ljudi	1	2	3	4	5
b) zdrav sam kao i bilo tko drugi koga poznajem	1	2	3	4	5
c) mislim da će mi se zdravlje pogoršati	1	2	3	4	5
d) zdravlje mi je odlično	1	2	3	4	5