

# Zadovoljstvo bolesnika pruženom uslugom preoperativne obrade u dnevnoj bolnici opće kirurgije

---

Fink, Željka

Master's thesis / Diplomski rad

2022

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:017479>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-11-20**

*Repository / Repozitorij:*

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek  
Repository](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU**

**FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO**

**OSIJEK**

**Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo**

**Željka Fink**

**ZADOVOLJSTVO BOLESNIKA  
PRUŽENOM USLUGOM  
PREOPERATIVNE OBRADU U  
DNEVNOJ BOLNICI OPĆE KIRURGIJE**

**Diplomski rad**

**Sveta Nedelja, srpanj 2022.**

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU**

**FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO**

**OSIJEK**

**Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo**

**Željka Fink**

**ZADOVOLJSTVO BOLESNIKA  
PRUŽENOM USLUGOM  
PREOPERATIVNE OBRADE U  
DNEVNOJ BOLNICI OPĆE KIRURGIJE**

**Diplomski rad**

**Sveta Nedelja, srpanj 2022.**

Rad je ostvaren na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, dislocirani Sveučilišni diplomski studij sestrinstva u Svetoj Nedelji

Mentor rada: doc. dr. sc. Vladimir Grošić, dr. med.

Rad ima 54 listova, 20 grafikona i 1 tablicu

**Znanstveno područje:** Biomedicina i zdravstvo

**Znanstveno polje:** Kliničke medicinske znanosti

**Znanstvena grana:** Sestrinstvo

## SADRŽAJ

<b>1. UVOD</b> .....	1
<b>1.1. Preoperativna obrada</b> .....	2
<b>1.2. Perioperativna procjena</b> .....	3
<b>1.3. Lijekovi</b> .....	4
<b>1.4. Preoperativna procjena rizika</b> .....	5
<b>1.5. Procjena kardiovaskularnog rizika</b> .....	5
<b>1.6. Procjena plućnog rizika</b> .....	6
<b>1.7. Šećerna bolest kao čimbenik rizika</b> .....	7
<b>1.8. Preoperativna obrada u Kliničkoj bolnici Dubrava</b> .....	9
<b>1.9. Zadovoljstvo bolesnika o pružanju zdravstvenih usluga</b> .....	10
<b>1.10. Mjerenje zadovoljstva bolesnika</b> .....	11
<b>1.11. Zadovoljstvo bolesnika i klinički ishodi</b> .....	13
<b>1.12. Intervencije za poboljšanje preoperativnog zadovoljstva bolesnika</b> .....	13
<b>2. HIPOTEZA</b> .....	16
<b>3. CILJ</b> .....	17
<b>4. ISPITANICI I METODE</b> .....	18
<b>4.1. Ustroj studije</b> .....	18
<b>4.2. Ispitanici</b> .....	18
<b>4.3. Metode</b> .....	18
<b>4.4. Statističke metode</b> .....	18
<b>5. REZULTATI</b> .....	19
<b>6. RASPRAVA</b> .....	32
<b>7. ZAKLJUČAK</b> .....	38
<b>8. SAŽETAK</b> .....	39
<b>9. SUMMARY</b> .....	40
<b>10. LITERATURA</b> .....	41
<b>11. ŽIVOTOPIS</b> .....	47

## **POPIS KRATICA:**

ACC – Američki koledž za kardiologiju

AHA – prema engl. American Heart Association

AHRQ – Agencija za istraživanje i kvalitetu zdravstvene skrbi

ASA – Američko društvo anesteziologa

CAHPS – ankete zadovoljstva bolesnika o zdravstvenim uslugama i sustavu

CMS – prema engl. Centre for Medicare i Medicaid services

COX-2 – Selektivni inhibitori ciklooksigenaze-2

EKG – elektrokardiogram

HCAHPS – Bolnička potrošačka procjena pružatelja zdravstvenih usluga i sustava

MET – metabolički ekvivalent

PPC – Postoperativne plućne komplikacije

PPEQ-15 – prema engl. Picker Patient Experience Questionnaire

PSQ-18 – upitnik o zadovoljstvu bolesnika

SAD – Sjedinjene Američke Države

ŠB – Šećerna bolest

## POPIS TABLICA I GRAFIKONA

1. Tablica 1: Sociodemografski podatci.....	21
2. Grafikon 1. Distribucija odgovora prema dobi.....	22
3. Grafikon 2. Distribucija odgovora prema spolu.....	22
4. Grafikon 3. Distribucija odgovora prema stupnju obrazovanja.....	23
5. Grafikon 4. Distribucija odgovora prema mjestu prebivališta.....	23
6. Grafikon 5. Distribucija odgovora prema statusu zaposlenja.....	24
7. Grafikon 6. Distribucija odgovora na pitanje: „Da li ste dugo čekali termin za kiruršku dnevnu bolnicu?“.....	24
8. Grafikon 7. Distribucija odgovora na pitanje; „Da li je termin utjecao na zakazani operativni zahvat“.....	25
9. Grafikon 8. Distribucija odgovora na pitanje: „Vaše zadovoljstvo informiranosti medicinske sestre na Vaša postavljena pitanja“.....	25
10. Grafikon 9. Distribucija odgovora na pitanje: „Vaše zadovoljstvo dobivenim informacijama vezanim za Vaš operativni zahvat“.....	26
11. Grafikon 10. Distribucija odgovora na pitanje: „Vaše zadovoljstvo dobivenim informacijama vezanim za moguće komplikacije operativnog zahvata“.....	27
12. Grafikon 11. Distribucija odgovora na pitanje: „Vaše zadovoljstvo dobivenim informacijama od strane liječnika“.....	27
13. Grafikon 12. Distribucija dobivenih odgovora na pitanje: „Kako ste bili zadovoljni organizacijom pretraga koje ste morali obaviti“.....	28
14. Grafikon 13. Distribucija odgovora na pitanje: „Kako ste bili zadovoljni prostorom gdje ste bili smješteni tijekom pretraga?“.....	29
15. Grafikon 14. Distribucija odgovora na pitanje: „Da li ste dugo čekali na rezultate pretraga?“.....	29
16. Grafikon 15. Distribucija odgovora na pitanje: „Da li je medicinsko osoblje bilo ljubazno prema Vama?“.....	30
17. Grafikon 16. Distribucija odgovora na pitanje: „Da li Vam je medicinska sestra objasnila termine koje niste razumjeli?“.....	30
18. Grafikon 17. Distribucija odgovora na pitanje: „Zadovoljni ste dobivenim uslugama kirurške dnevne bolnice?“.....	31
19. Grafikon 18. Distribucija odgovora na pitanje: „Zadovoljni ste brzinom obavljanja dijagnostičkih pretraga?“.....	31

20. Grafikon 19. Distribucija odgovora na pitanje: „Da li Vam odgovara sve perioperativne pretrage obaviti na jednom mjestu?“.....	32
21. Grafikon 20. Distribucija odgovora na pitanje: „Da li Vam taj način olakšava bolju organizaciju privatnog života?“.....	32



## 1. UVOD

Zadovoljstvo bolesnika jedan je od glavnih pokazatelja iskustva bolesnika o uslugama zdravstvene skrbi i kvaliteti pružene skrbi. Zadovoljstvo bolesnika također se smatra jednim od potrebnih ishoda zdravstvene skrbi i izravno je povezano s korištenjem zdravstvenih usluga. Procjena onoga što bolesnici misle o njezi i liječenju koji su primili važan je proces za poboljšanje kvalitete skrbi, kako bi se osiguralo zadovoljavaju li lokalne zdravstvene ustanove potrebe bolesnika i identificirale moguće prepreke za pružanje usluga. Zadovoljstvo bolesnika preoperativnom uslugom još je jedno složeno područje gdje na zadovoljstvo mogu utjecati mnogi čimbenici (1). Bolesnici mogu odabrati drugu zdravstvenu ustanovu i kirurga ovisno o njihovom očekivanju i ukupnom zadovoljstvu pruženom skrbi. Preoperativna anksioznost, ograničeni funkcionalni status i postoperativna kontrola boli neki su od važnih aspekata u liječenju kirurških bolesnika i međusobno su povezani s uspješnim oporavkom i zadovoljstvom. Preoperativno područje je specifična specijalnost koja uključuje mnoge izazovne uvjete: višestruku kliničku skrb koju obavljaju timovi, korištenje sofisticiranih tehnologija i veliki izbor pretraga, instrumenata i organizacije kojima je teško upravljati. Ovi postupci uvelike mogu utjecati na određeni postotak nuspojava povezanih sa sigurnošću bolesnika (2). Neke od pogrešaka koje se mogu pojaviti tijekom operacije su pogrešna identifikacija bolesnika, pogrešna identifikacija kirurškog mjesta te pogreške i propusti u liječenju. Sve se više uvažava da se klinički utemeljene mjere kirurškog ishoda moraju prihvatiti uz svijest bolesnika o njihovoj situaciji nakon liječenja, a istraživanje zadovoljstva bolesnika postaje neovisni pokazatelj pružene skrbi gdje se naglasak daje na povratne informacije bolesnika o kvaliteti primljene skrbi prije i nakon liječenja.

Postoje mnogi aspekti zadovoljstva bolesnika tretmanom, kao što su ukupno zadovoljstvo, međuljudski čimbenici, kompetentnost stručnjaka, rangiranje rezultata, materijali, kontinuitet skrbi, dostupnost ustanovama, informacije o postupku i liječenju, sustav usluge i troškovi za liječenje. Na zadovoljstvo bolesnika mogu utjecati očekivanja bolesnika, cjelokupno zdravstveno stanje, psihološki čimbenici i priroda pruženog liječenja (3). Preoperativna očekivanja bolesnika bili su glavni prediktori bolesnikovog iskustva, nezadovoljstva i promjena raspoloženja nakon operacije. Slično, studija provedena u Norveškoj pokazala je da su adekvatne informacije o bolesnikovom zdravstvenom stanju, mogućnostima liječenja i odnosu s medicinskim sestrama glavne odrednice zadovoljstva bolesnika. S druge strane, preoperativna nelagoda bila je glavni čimbenik koji je negativno utjecao na zadovoljstvo bolesnika

(4). Naprotiv, kvaliteta informacija nije utjecala na zadovoljstvo bolesnika, ali su procesi prijema, pružanje informacija, sestrinska skrb, interakcije liječnika i medicinske sestre utjecali na zadovoljstvo kirurškog bolesnika. Druga studija pokazala je da su postoperativna bol, vrijeme čekanja na operaciju i uvjeti u sobi za presvlačenje bolesnika najvažniji čimbenici koji utječu na zadovoljstvo bolesnika (5).

Postoje određeni benefiti preoperativne obrade putem Dnevne bolnice Opće kirurgije Kliničke bolnice Dubrava koji se odnose na skraćeno vrijeme boravka bolesnika u zdravstvenim ustanovama, kao i njihove pratnje ukoliko im je potrebna, zatim tu su prisutni financijski benefiti jer bolesnik i pratnja izostaju sa svog radnog mjesta samo to jutro što im ostavlja više prostora za radne i privatne obaveze. Prilikom preoperativne obrade bolesnik ispunjava određenu suglasnost za intervencije koje će se provoditi, zatim ispunjava upitnik vezan uz zdravstveni status, te na kraju ukoliko je po anesteziološkom nalazu prošao kao kandidat za Jednodnevnu kirurgiju ispunjava obrazac o socijalnom kriteriju i dobiva pismeni obrazac o samoj preoperativnoj obradi. Bolesnik je brzo i adekvatno pripremljen te je postignuto zadovoljstvo uslugom preoperativne obrade (3).

### **1.1. Preoperativna obrada**

Krajnji ciljevi preoperativne medicinske procjene su smanjiti bolesnikov kirurški i anestetički perioperacijski morbiditet ili mortalitet te ga što prije vratiti u željeno funkcioniranje. Imperativ je shvatiti da je "preoperativni" rizik multi faktorski i da je u funkciji preoperativnog zdravstvenog stanja bolesnika, invazivnosti kirurškog zahvata i vrste primijenjenog anestetika (5). Anamneza i fizikalni pregled, s naglaskom na čimbenike rizika za srčane i plućne komplikacije i određivanje funkcionalnog kapaciteta bolesnika, bitni su za svaku preoperativnu procjenu. Preoperativna priprema uključuje postupke koji se provode na temelju prirode očekivane operacije, kao i nalaza dijagnostičke obrade i preoperativne evaluacije.

Kirurški zahvati i primjena anestezije povezani su sa složenim odgovorom na stres koji je proporcionalan veličini ozljede, ukupnom vremenu operacije, količini intraoperativnog gubitka krvi i stupnju postoperativne boli. Štetni metabolički i hemodinamski učinci ovog odgovora na stres mogu predstavljati mnoge probleme u preoperativnom razdoblju (6). Smanjenje odgovora na stres na operaciju i traumu ključni je čimbenik u poboljšanju ishoda i smanjenju duljine boravka u bolnici, kao i ukupnih troškova njege bolesnika.

Dobro je poznato da sigurna i učinkovita kirurška i anestezijska praksa zahtijeva dobro pripremljenog bolesnika. Nekoliko velikih epidemioloških studija pokazalo je da neadekvatna preoperativna priprema bolesnika može biti glavni čimbenik koji doprinosi primarnim uzrocima perioperativnog mortaliteta (6).

Identificirani su primarni ciljevi preoperativne evaluacije i pripreme od kojih je najvažnija medicinska dokumentacija bolesnika gdje se navodi indikacija za koju je potrebna operacija, procjena ukupnog zdravstvenog stanja bolesnika, identifikacija stanja koja bi mogla uzrokovati probleme tijekom i nakon operacije, određivanje preoperativnog rizika, optimizacija zdravstvenog stanja bolesnika radi smanjenja kirurškog i anestetičkog preoperativnog morbiditeta ili mortaliteta, izrada odgovarajućeg plana preoperativne skrbi, edukacija bolesnika o operaciji, anesteziji, intraoperativnoj njezi i postoperativnim tretmanima boli u nadi da će se smanjiti anksioznost i olakšati oporavak, smanjenje troškova, skraćivanje boravka u bolnici, smanjenje otkazivanja i povećanje zadovoljstva pacijenata (7).

## **1.2. Perioperativna procjena**

Povijest bolesti je najvažnija komponenta preoperativne procjene. Povijest bolesti treba uključivati prošlu i sadašnju medicinsku dokumentaciju, kiruršku anamnezu, obiteljsku anamnezu, anamnezu uporabe štetnih tvari (upotreba duhana, alkohola i ilegalnih droga), povijest alergija, trenutnu i nedavnu terapiju lijekovima, neobične reakcije ili odgovore na lijekove i sve probleme ili komplikacije povezane s prethodnim anestezijama. Također treba prikupiti obiteljsku anamnezu nuspojava povezanih s anestezijom (8). Kod djece, anamneza također treba uključivati komplikacije pri rođenju, usredotočujući se na čimbenike rizika kao što su nedonoščad, perinatalne komplikacije i kongenitalne kromosomske ili anatomske malformacije te povijest nedavnih infekcija, osobito infekcija gornjih i donjih dišnih puteva.

Povijest bolesti bi trebala uključivati potpuni pregled sustava za traženje nedijagnosticirane bolesti ili neadekvatno kontrolirane kronične bolesti (9). Bolesti kardiovaskularnog i dišnog sustava najrelevantnije su u pogledu sposobnosti za anesteziju i operaciju.

Fizikalni pregled treba se temeljiti na informacijama prikupljenim tijekom anamneze. U najmanju ruku, fokusirani fizikalni pregled prije anestezije uključuje procjenu dišnih puteva, pluća i srca, uz dokumentaciju vitalnih znakova. Neočekivani patološki nalazi na fizikalnom pregledu trebaju se ispitati prije elektivne operacije.

Općenito je prihvaćeno da klinička anamneza i fizikalni pregled predstavljaju najbolju metodu probira za prisutnost bolesti. Rutinski laboratorijski testovi kod bolesnika koji su zdravi na temelju kliničkog pregleda i anamneze svakako trebaju biti uvršteni u zlatni standard preoperativne obrade. Zdravstveni djelatnik bi trebao uzeti u obzir omjer rizika i koristi bilo koje naručene laboratorijske pretrage. Kada se proučava zdrava populacija, 5% bolesnika imat će rezultate koji su izvan normalnog raspona (10). Laboratorijske pretrage treba naručiti na temelju podataka dobivenih iz anamneze i fizikalnog pregleda, dobi bolesnika i složenosti kirurškog zahvata.

### 1.3. Lijekovi

Kod svih bolesnika treba prikupiti anamnezu o uzimanju lijekova. Osobito, gerijatrijska populacija konzumira više sustavnih lijekova od bilo koje druge skupine. U ovoj populaciji javljaju se brojne interakcije i komplikacije lijekova i njima treba posvetiti posebnu pozornost. Općenito, primjenu većine lijekova treba nastaviti do i uključujući jutro nakon operacije, iako može biti potrebna određena prilagodba doze (npr. antihipertenzivi, inzulin) (11).

Neke lijekove treba prekinuti prije operacije. Inhibitore monoamin oksidaze potrebno je povući 2-3 tjedna prije operacije zbog rizika od interakcija s lijekovima koji se koriste tijekom anestezije. Oralne kontracepcijske pilule treba prekinuti najmanje 6 tjedana prije elektivne operacije zbog povećanog rizika od venske tromboze (12).

Nedavno je Američko društvo anesteziologa (ASA) ispitalo upotrebu biljnih dodataka i potencijalno štetne interakcije s lijekovima koje se mogu pojaviti uz nastavak upotrebe ovih proizvoda prije operacije. Od svih bolesnika se traži da prestanu uzimati biljne dodatke najmanje 2 tjedna prije operacije (13).

Primjena lijekova koji potenciraju krvarenje treba pomno procijeniti, uz analizu rizika i koristi za svaki lijek i s preporučenim vremenskim okvirom za prestanak uzimanja na temelju lijeka i njegovih karakteristika. Aspirin treba prekinuti 7-10 dana prije operacije kako bi se izbjeglo prekomjerno krvarenje i tienopiridine (kao što je klopidogrel) 2 tjedna prije operacije. Selektivni inhibitori ciklooksigenaze-2 (COX-2) ne potenciraju krvarenje i mogu se nastaviti do operacije. Oralne antikoagulanse treba prekinuti 4-5 dana prije invazivnih zahvata, dopuštajući INR da dosegne razinu od 1,5 prije operacije (14,15).

#### 1.4. Preoperativna procjena rizika

Preoperacijski rizik je funkcija preoperativnog zdravstvenog stanja bolesnika, invazivnosti kirurškog zahvata i vrste primijenjenog anestetika. ASA sustav ocjenjivanja izvorno je uveden kao jednostavan opis fizičkog stanja bolesnika (Slika 1). Unatoč prividnoj jednostavnosti, ostaje jedan od rijetkih mogućih opisa općeg zdravlja bolesnika koji je u korelaciji s rizikom od anestezije i operacije. Iznimno je koristan i treba ga primijeniti na sve bolesnike koji se obrađuju prije operacije. Povećanje fizičkog statusa povezano je s povećanjem smrtnosti. Hitna kirurgija dramatično povećava rizik, osobito u bolesnika u ASA klasi 4 i 5 (16).

Kirurške komplikacije česta su pojava. Jedna velika studija dokumentirala je najmanje jednu komplikaciju u 17% kirurških bolesnika (17). Morbiditet i smrtnost povezani s operacijom općenito spadaju u jednu od tri kategorije: srčane, respiratorne i zarazne komplikacije. Ukupni rizik od komplikacija povezanih s operacijom ovisi o pojedinačnim čimbenicima i vrsti kirurškog zahvata. Na primjer, napredna dob stavlja bolesnika u povećani rizik od kirurškog morbiditeta i smrtnosti. Čini se da je razlog za povećanje kirurških komplikacija vezano za dob u korelaciji s povećanom vjerojatnošću osnovnih bolesti kod starijih osoba. Bolesti povezane s povećanim rizikom od kirurških komplikacija uključuju respiratorne i srčane bolesti, pothranjenost i šećerna bolest (18). S obzirom na vrstu operacije, veliki vaskularni, intraabdominalni i intratorakalni kirurški zahvati, kao i intrakranijalni neurokirurški zahvati često su povezani s povećanim perioperacijskim morbiditetom i mortalitetom.

Osim toga, hitni zahvati predstavljaju situacije većeg rizika od elektivnih, ne-hitnih kirurških zahvata i predstavljaju ograničenu priliku za preoperativnu evaluaciju i liječenje. Kada se pogledaju strogo anestetički problemi koji dovode do morbiditeta i smrtnosti, problemi s dišnim putovima i nemogućnost osiguravanja adekvatne ventilacije što dovodi do hipoksije postaju važni (16). Na sreću, čini se da se posljednjih godina smanjuje broj kritičnih incidenata koji uključuju samo anestetike.

#### 1.5. Procjena kardiovaskularnog rizika

Američki koledž za kardiologiju (ACC) i American Heart Association (AHA) objavili su izvješće radne skupine o Smjernicama za perioperativnu kardiovaskularnu procjenu kod kiruršku obradu (19). Svrha je pružiti okvir za razmatranje srčanog rizika od nekardijalne kirurgije kod različitih bolesnika i operativnim situacijama. Čimbenici koji vode donošenje

odluke uključuju kardiovaskularni rizik i funkcionalni kapacitet bolesnika te rizik specifičan za operaciju.

Čimbenici rizika bolesnika obično se dijele u tri kategorije: veliki, srednji i mali. Razdoblje od 6 tjedana potrebno je da miokard zacijeli nakon infarkta i da se tromboza povuče. Bolesnike s koronarnom revaskularizacijom učinjenom u prethodnih 40 dana također treba klasificirati kao bolesnike visokog rizika. Zbog simpatičke stimulacije i hiperkoagulabilnosti tijekom i nakon operacije, bolesnici s velikim prediktorima imaju pet puta veći perioperacijski rizik (20). Stoga bi se za te bolesnike trebali razmotriti samo vitalni ili hitni kirurški zahvati. Sve elektivne operacije treba odgoditi, a bolesnike propisno procijeniti i liječiti.

Čimbenici srednjeg rizika dokaz su dobro utvrđene, ali kontrolirane koronarne arterijske bolesti. Dijabetes melitus je uključen u ovu kategoriju jer je često povezan s tihom ishemijom i predstavlja neovisni čimbenik rizika za perioperativnu smrtnost (21).

Mali čimbenici rizika bilježi su povećane vjerojatnosti bolesti koronarne arterije, ali ne i povećanog preoperativnog rizika. Tolerancija vježbanja glavna je determinanta preoperativnog rizika. Obično se procjenjuje procijenjenom energetske potrebom za različite aktivnosti i ocjenjuje se u metaboličkim ekvivalentima (MET) na skali definiranoj Dukeovim indeksom statusa aktivnosti. Jedan MET predstavlja potrošnju kisika odrasle osobe u mirovanju (3,5 ml/kg/min) (22).

## **1.6. Procjena plućnog rizika**

Detaljno uzimanje anamneze i fizički pregled najvažniji su dijelovi preoperativne procjene plućnog rizika. Uloga preoperativnog ispitivanja plućne funkcije ostaje neizvjesna. Nema podataka da bi spirometrija identificirala skupinu visokog rizika koja se inače ne bi mogla predvidjeti anamnezom i fizičkim pregledom. Spirometrija može biti korisna kada postoji nesigurnost o prisutnosti oštećenja pluća (23). Treba ga koristiti selektivno kada će informacije koje pruža promijeniti upravljanje ili poboljšati stratifikaciju rizika.

Postoperativne plućne komplikacije (PPC) kao što su upala pluća, atelektaza, bronhitis, bronhospazam, hipoksemija, respiratorno zatajenje s produljenom mehaničkom ventilacijom ili egzacerbacija osnovne kronične plućne bolesti, povećavaju morbiditet i smrtnost bolesnika te produljuju duljinu boravka u bolnici nakon operacije. PPC se javljaju u otprilike 20-30% bolesnika koji su podvrgnuti većim operacijama koje nisu torakalne (24).

Čimbenici rizika za PPC-e uključuju čimbenike rizika povezanih s zahvatom (prvenstveno na temelju toga koliko je operacija blizu dijafragme (tj. kirurgija gornjeg abdomena i prsnog koša su najrizičniji zahvati)), duljina operacije (> 3 sata) i opća anestezija (u odnosu na epiduralnu ili spinalnu), hitna operacija, kronična opstruktivna plućna bolest ili simptomi respiratorne infekcije, pušenje, dob >60 godina, pretilost, prisutnost opstruktivne apneje u snu te loša podnošljivost vježbanja ili loše opće zdravstveno stanje (25).

Najznačajniji od ovih čimbenika rizika je mjesto operacije, a abdominalna i torakalna kirurgija ima stope plućnih komplikacija u rasponu od 10 do 40 % (26). U pravilu, što je operacija bliže dijafragmi, to je veći rizik od plućnih komplikacija. Najvažniji faktor rizika koji se može promijeniti je pušenje. Relativni rizik od plućnih komplikacija kod pušača u usporedbi s nepušačima kreće se od 1,4 do 4,3 % (26,27). Nažalost, rizik opada tek nakon osam tjedana preoperativnog prestanka pušenja. Ovaj interval omogućuje oporavak mukocilijarnog transportnog mehanizma, smanjenje izlučivanja i smanjenje razine ugljičnog monoksida u krvi.

Prisutnost opstruktivne ili restriktivne plućne bolesti stavlja bolesnika u povećani rizik od razvoja perioperativnih respiratornih komplikacija. Ako se anamnezom ili fizikalnim pregledom posumnja na značajnu plućnu bolest, može biti opravdano određivanje funkcionalnog kapaciteta, odgovor na bronhodilatatore i/ili procjena prisutnosti zadržavanja ugljičnog dioksida putem plinske analize arterijske krvi (27).

Za elektivnu anesteziju i kirurški zahvat kod bolesnika s astmom u anamnezi, astmatsko stanje treba biti pod kontrolom i pacijent treba biti bez hripanja, s vršnim protokom većim od 80% predviđenog (29). Ako je potrebno, pacijent bi trebao primiti kratku kuru steroida (60 mg prednizona dnevno ili ekvivalent) prije operacije kako bi se postigao ovaj cilj (30). Ako bolesnik redovito uzima lijekove, liječenje se ne smije prekinuti. Svakog bolesnika koji je prethodno primljen u bolnicu zbog astmatskog napada treba pažljivo procijeniti, jer reaktivnost dišnih putova traje nekoliko tjedana nakon astmatične epizode.

### **1.7. Šećerna bolest kao čimbenik rizika**

Perioperativni morbiditet i mortalitet veći su u dijabetičara nego u bolesnika bez šećerene bolesti (ŠB). Kada bolesnik s dijabetesom treba operaciju, važno je zapamtiti da je vjerojatnije da će on ili ona biti oštećeni zanemarivanjem dugoročnih komplikacija ŠB-i nego kratkoročnom kontrolom razine glukoze u krvi. Većina bolesnika koji duže boluju od ŠB-i razvija kompromis u jednom ili više organa. Bolesnika s ŠB-i koji treba elektivni kirurški zahvat prije operacije

potrebno je detaljno procijeniti, posebice simptome i znakove periferne vaskularne, cerebrovaskularne i koronarne bolesti (31). Koegzistirajuće patologije moraju se identificirati i pažljivo liječiti preoperativno.

Oboljeli od ŠB-i imaju veću učestalost smrti nakon infarkta miokarda od nedijabetičara. Ishemija ili infarkt miokarda mogu biti klinički "tihi" ako dijabetičar ima autonomnu neuropatiju. Stoga se tijekom cijelog preoperativnog razdoblja treba održavati visok indeks sumnje na ishemijsku ili infarkt miokarda ako se razviju neobjašnjiva hipotenzija, aritmije, hipoksemija ili promjene na elektrokardiogramu (EKG) (32). Prijavljeno je da 8 do 31% dijabetičara tipa 2 ima asimptomatsku koronarnu bolest na stres testiranju (33). Treba razmotriti primjenu perioperativnih beta-blokatora u bolesnika s dijabetesom s koronarnom arterijskom bolešću kako bi se ograničila perioperativna ishemijska. Unatoč prethodnim kontroverzama u vezi s primjenom beta blokade kod oboljelih od ŠB-i (zbog zabrinutosti zbog pogoršane netolerancije glukoze i maskiranja simptoma hipoglikemije).

Adekvatna kontrola koncentracije glukoze u krvi ( $< 180$  mg/dL) mora se uspostaviti prije operacije i održavati do nastavka oralnog hranjenja nakon operacije (34). Oralni hipoglikemijski lijekovi se ne uzimaju na dan operacije za lijek s kratkim djelovanjem i do 48 sati prije operacije za lijek dugog djelovanja kao što je klorpropamid. Kombinacija glukoze i inzulina naj zadovoljavajuća je metoda prevladavanja štetnih metaboličkih posljedica gladovanja i kirurškog stresa kod bolesnika s ŠB-i (35). Općenito, nema potrebe za infuzijom inzulina u dijabetičara koji su pod kontrolom prehrane bez obzira na vrstu operacije, ili u dijabetičara koji uzimaju samo oralne lijekove i koji su podvrgnuti manjim operacijama.

Komplikacije perioperativne hiperglikemije uključuju dehidraciju, poremećeno cijeljenje rana, inhibiciju kemotaksije i funkcije bijelih krvnih stanica (povezano s povećanim rizikom od infekcije), oštećenje središnjeg živčanog sustava i ozljede leđne moždine u ishemijskim ili hipoksičnim uvjetima i hiperosmolarnost koja dovodi do hiperviskoznosti i trombogeneze. Razina glukoze  $>180$  mg/dL (10 mmol/L) rezultira osmotskom diurezom; glikozurija može dovesti do dehidracije i povećava rizik od infekcije mokraćnog sustava. Općenito je pravilo kod bolesnika od 70 kg, 1 jedinica/h redovitog inzulina snižava glukozu za približno 2530 mg/dL (1,5 mmol/L) (36).

Hipoglikemija, kod odraslih  $< 2,8$  mmol/L i kod djece  $< 2,2$  mmol/L, može se razviti postoperativno zbog rezidualnih učinaka dugodjelujućih oralnih hipoglikemika ili inzulinskih pripravaka prijeoperativno, uz perioperativno gladovanje (35,37). Prepoznavanje hipoglikemije



u preoperativnom razdoblju može biti odgođeno jer anestetici, analgetici, sedativi i simpatolitici mijenjaju uobičajene simptome hipoglikemije. Osim toga, dijabetičari s autonomnom neuropatijom imaju otupljivanje adrenergičkih simptoma povezanih s hipoglikemijom. Ovi simptomi općenito počinju zbunjenošću, razdražljivošću, umorom, glavoboljom i somnolencijom i mogu napredovati do napadaja, žarišnog neurološkog deficita, kome i smrti (34).

### **1.8. Preoperativna obrada u Kliničkoj bolnici Dubrava**

Preoperativna obrada bavi se kirurškim bolesnicima čija medicinska dijagnoza zahtjeva operativni zahvat. Dnevna bolnica Opće kirurgije pripada Zavodu za jednodnevnu kirurgiju te pruža bolesnicima cjelokupno liječenje putem D2 uputnice što uključuje preoperativnu obradu te sam operativni zahvat. Istovremeno pruža uslugu preoperativne obrade svim kirurškim bolesnicima kako bi u što kraćem vremenskom periodu dobili završen anesteziološki pregled te bili spremni na operativni zahvat. Procedura započinje nakon pregleda bolesnika od strane specijalista koji ga upućuje na Zavod za jednodnevnu kirurgiju gdje mu medicinska sestra uručuje pismeni obrazac i usmene upute o operativnom zahvatu i obradi koja prethodi tome. Medicinska sestra u dnevnoj bolnici opće kirurgije nakon dogovora sa operaterom kontaktira bolesnika te mu daje upute o terminu obrade i svemu što je potrebno za istu (37). Medicinska sestra/tehničar ima važnu ulogu u preoperativnoj obradi jer je za svaku osobu kojoj je preporučen operacijski zahvat to specifična situacija koja izaziva strah, stres, neizvjesnost, iščekivanje te je ujedno to većini nepoznata materija.

Holistički pristup te znanje i vještine medicinske sestre koja radi u Dnevnoj bolnici Opće kirurgije od izrazite su važnosti za uspješno i kvalitetno liječenje, odnosno provođenje preoperativne zdravstvene njege. Zadovoljstvo bolesnika postiže se brzom uslugom obrade te kod određenih bolesnika ukoliko je potrebno zbog dodatnih komorbiditeta proširiti obradu i obuhvatiti nalaze i mišljenje više specijalista. Medicinska sestra Dnevne bolnice Opće kirurgije im pruža bržu uslugu. Medicinska sestra ima zadatak usmjeravati, educirati te biti podrška pri otkrivanju novonastalih zdravstvenih tegoba koje su prepoznate prilikom same obrade. Bolesnik je pravovremeno obavješten o vlastitom zdravstvenom stanju što pridonosi boljoj suradnji i stjecanju povjerenja od strane bolesnika, smanjivanje straha od operativnog liječenja te pridonosi stvaranje i vjerodostojnost u cjelokupnu uslugu zdravstvene skrbi (35). Hodogram obrade započinje dolaskom bolesnika na taste u jutarnjim satima sa svojom medicinskom dokumentacijom. Medicinska sestra u dnevnoj bolnici opće kirurgije priprema bolesnika za

intervencije koje će se provoditi, izvršava zadane ciljeve, upućuje bolesnika po završno mišljenje anesteziologu te ga na kraju pismenim i usmenim uputama priprema za operativni zahvat.

Ukoliko od strane anesteziologa nisu zatražene dodatne pretrage bolesnik u bolnici provodi tri sata. Postoje određeni benefiti preoperativne obrade putem Dnevne bolnice Opće kirurgije koji se odnose na skraćeno vrijeme boravka bolesnika u zdravstvenim ustanovama, kao i njihove pratnje ukoliko im je potrebna, zatim tu su prisutni financijski benefiti jer bolesnik i pratnja izostaju sa svog radnog mjesta samo to jutro što im ostavlja više prostora za radne i privatne obaveze. Prilikom preoperativne obrade bolesnik ispunjava određenu suglasnost za intervencije koje će se provoditi, zatim ispunjava upitnik vezan uz zdravstveni status, te na kraju ukoliko je po anesteziološkom nalazu prošao kao kandidat za Jednodnevnu kirurgiju ispunjava obrazac o socijalnom kriteriju i dobiva pismeni obrazac o samoj preoperativnoj obradi. Bolesnik je brzo i adekvatno pripremljen te je postignuto zadovoljstvo uslugom preoperativne obrade (35). Klinička bolnica Dubrava krenula je 2013. sa pilot projektom čime je skraćen boravak bolesnika u bolnici, manji je rizik dobivanja intrahospitalne infekcije, skraćenje vremena provedenog u bolnici jamči bolji postoperativni tijek. Na dobitku su I bolesnici kojima bolnica iz nekih razloga više puta odgodi operativni zahvat, što je bilo dosta izraženo tijekom pandemije virusom COVID 19. Takvi su bolesnici u poziciji da pretrage prije operacije moraju u nekoliko mjeseci ponoviti i po dva, tri puta jer bolnica ne prihvaća nalaze starije od mjesec dana. Dnevna bolnica opće kirurgije Zavoda za Jednodnevnu kirurgiju pruža bolesnicima i uslugu postoperativnog zbrinjavanja kirurških rana, liječenje kirurških rana terapijom negativnim tlakom što sve skupa upućuje na medicinsku sestru koja uz liječnika provodeći te intervencije mora biti osoba od visoke stručnosti.

### **1.9. Zadovoljstvo bolesnika o pružanju zdravstvenih usluga**

Godine 1995., Center for Medicare and Medicaid services (CMS) udružio se s Agencijom za istraživanje i kvalitetu zdravstvene skrbi (AHRQ) kako bi razvio ankete o procjeni zadovoljstva bolesnika o zdravstvenim uslugama i sustavu (CAHPS) kao odgovor na nedostatak dostupnih informacija te iskustva dobivene zdravstvene skrbi i usluga (38). Ciljevi CAHPS istraživanja su razviti standardizirane ankete koje organizacije mogu koristiti za prikupljanje usporedivih informacija o bolesnikovom iskustvu o skrbi i generirati alate i resurse koji podržavaju širenje i korištenje rezultata ankete za informiranje javnosti i poboljšati kvalitetu zdravstvene skrbi. Specifična bolnička anketa, Bolnička potrošačka procjena pružatelja zdravstvenih usluga i

sustava (HCAHPS), provedena je na nacionalnoj razini 2006. godine i uključuje pitanja o komunikaciji s medicinskim sestrama i liječnicima, odgovorima bolničkog osoblja, bolničkom okruženju, komunikaciji o lijekovima, informacijama o otpustu, ukupno ocjena bolnica i demografija bolesnika (39).

Prvo javno prikazivanje podataka HCAHPS-a bilo je dostupno 2008. godine i uključivalo je 4032 bolnice (40). Studija *New England Journal of Medicine* koja je koristila ove podatke pokazala je da je u prosjeku 63% bolesnika svoju njegu ocijenilo više od 9 od 10, 26% je dalo ocjenu između 7-8, a samo 11% dalo je ocjenu manjom od 6 (40). Od prve javne objave, rezultati zadovoljstva bolesnika porasli su u svim kategorijama, iako je nejasno jesu li bolesnici zadovoljniji svojom skrbi ili su bolnice bolje u upravljanju skrbi na temelju pitanja HCAHPS.

Ne postoji konsenzus između literature o tome kako definirati koncept zadovoljstva bolesnika u zdravstvenoj skrbi. U Donabedianovom modelu mjerenja kvalitete, zadovoljstvo bolesnika definirano je kao mjera ishoda koju je prijavio bolesnik, dok se strukture i procesi skrbi mogu mjeriti iskustvima o kojima upravlja bolesnik. Mnogi autori imaju različitu percepciju definicija zadovoljstva bolesnika. Jenkinson C i sur. (2002.) i Ahmed i sur. (2011.) istaknuli su kako se čini da zadovoljstvo bolesnika uglavnom predstavlja stavove prema skrbi ili aspektima skrbi (42). Dok Kahn SA, i sur. (2011.) o zadovoljstvu bolesnika govori kao o emocijama, osjećajima i percepciji bolesnika o pruženim zdravstvenim uslugama. S druge strane, drugi su autori definirali zadovoljstvo bolesnika kao stupanj podudarnosti između očekivanja bolesnika o idealnoj skrbi i njihove percepcije stvarne njege (43).

### **1.10. Mjerenje zadovoljstva bolesnika**

Pregledana literatura složila se s činjenicom da postoji utjecaj mjerenja zadovoljstva bolesnika na poboljšanje kvalitete skrbi. Bolesnikova evaluacija skrbi realan je alat za pružanje mogućnosti za poboljšanje, poboljšanje strateškog odlučivanja, smanjenje troškova, ispunjavanje očekivanja bolesnika, uokvirivanje strategija za učinkovito upravljanje, praćenje zdravstvene učinkovitosti zdravstvenih planova i pružanje u svim zdravstvenim ustanovama (42).

Osim toga, zbog tendencije zdravstvenih industrija da se koncentriraju na skrb usmjerenu na bolesnika; zadovoljstvo bolesnika odražava uključenost bolesnika u donošenje odluka i njihovu ulogu kao partnera u poboljšanju kvalitete zdravstvenih usluga. Kahn SA, i sur. također smatraju značajnu korelaciju između mjerenja zadovoljstva bolesnika i kontinuiteta skrbi gdje

se zadovoljni bolesnici nastoje pridržavati liječenja i pridržavati se istih pružatelja zdravstvenih usluga (43). Zadovoljstvo bolesnika predstavlja ključni pokazatelj komunikacije i ponašanja povezanog sa zdravljem. Nasuprot tome, neka literatura odbacuje stavove bolesnika kao potpuno subjektivnu procjenu i nepouzdanu povratnu informaciju o kvaliteti skrbi.

U osnovi, postoje dva pristupa za procjenu zadovoljstva bolesnika, kvalitativni i kvantitativni. Kvantitativni pristup pruža točne metode za mjerenje zadovoljstva bolesnika. Standardizirani upitnici bili su najčešći alat za procjenu za provođenje studija zadovoljstva bolesnika (44).

Postoje velike varijacije u upitnicima kao instrumentima za mjerenje zadovoljstva bolesnika. Spekter uključuje instrumente privatnih dobavljača, koji se obično ne objavljuju i njihova pouzdanost i valjanost nisu jasni. Drugo, postoji priličan broj javnih i standardiziranih instrumenata kao što su upitnici o zadovoljstvu bolesnika; PSQ-18 i zdravstveni planovi za procjenu potrošača (CAHPS). Takvi instrumenti imaju prednost dobre pouzdanosti i valjanosti; međutim, nude ograničen opseg anketnih pitanja. Treće, interno razvijeni instrumenti koji se uglavnom generiraju u potpunosti de novo ili uvoze pitanja iz drugih postojećih standardiziranih instrumenata. Istraživanje provedeno u 16 akademskih medicinskih centara diljem SAD-a 2002. godine kako bi se odredila vrsta instrumenta zadovoljstva bolesnika koji se koristio u svakom centru pokazalo je da većina institucija koristi interno razvijen instrument za izvanbolničko zadovoljstvo, dok su za bolničko zadovoljstvo koristile instrumente privatnog dobavljača (45). Alati za mjerenje zadovoljstva bolesnika trebaju biti pouzdani i valjani kako bi precizno funkcionirali i kako bi se ostvario glavni cilj prikupljanja povratnih informacija.

Drugo veliko istraživanje provedeno u velikim zdravstvenim ustanovama u pet zemalja (Ujedinjeno Kraljevstvo, SAD, Švedska, Švicarska i Njemačka) kako bi se utvrdila primjenjivost i relevantnost upitnika kratkog obrasca (PPEQ-15) iz Picker Patient Experience Questionnaire za bolničko iskustvo zaključilo je da je PPEQ -15 pokazuje visoku korelaciju odabranih stavki, visoku valjanost konzistentnosti među zemljama i visoku povezanost zlatnog standarda (46).

S druge strane, Tsai TC, i sur. (2015.) i Sacks GD, i sur. (2015.) izjavili su da na temelju mnogih standardiziranih, validiranih instrumenata zadovoljstva bolesnika koji su razvijeni prvenstveno za procjenu zadovoljstva bolesnika specifičnim aspektima skrbi, oni imaju mali potencijal

valjanosti i pouzdanosti u drugim okruženjima skrbi (47,48). Stoga je odabir odgovarajućeg instrumenta zadovoljstva bolesnika kritičan izazov za zdravstvene organizacije.

Jedan kritični pregled literature o instrumentima ankete i drugim postojećim studijama potvrdio je da je mnoštvo instrumenata istraživanja koji mjere zadovoljstvo bolesnika u zdravstvenim sustavima ohrabrujuće; međutim, temeljni instrumenti moraju biti standardizirani i potrebno je centralizirano jedinstveno prikupljanje informacija (46).

### **1.11. Zadovoljstvo bolesnika i klinički ishodi**

O odnosu zadovoljstva bolesnika i kliničkih ishoda često se raspravlja zbog poteškoća u provođenju randomiziranih kontroliranih ispitivanja za testiranje ove povezanosti. Točnije, budući da etički nije moguće prospektivno dodijeliti bolesnike u "zadovoljne" i "nezadovoljne" skupine, sve studije na ovu temu su po prirodi presječne ili promatračke i stoga odražavaju povezanost, a ne uzročnost. Najznačajniji čimbenik je presjek studija o ovoj tematici (49).

Općenito, veće zadovoljstvo bolesnika povezano je s pozitivnim kliničkim ishodima. U nedavnom opsežnom preglednom članku o iskustvu bolesnika i kliničkoj sigurnosti i učinkovitosti, 77% istraživanja pokazalo pozitivnu povezanost (visoko zadovoljstvo bolesnika bilo je povezano s kliničkom sigurnošću i učinkovitošću), 22% je pokazalo da nema povezanosti i < 1% pokazalo je negativnu povezanost (50). Bolesnici koji su bili zadovoljniji svojom preoperativnom medicinskom skrbi pokazali su veće pridržavanje planova liječenja, manje ponovnih prijema u bolnicu te veća namjera za pridržavanje redovnih kontrola. Bolesnici liječeni u zdravstvenim ustanovama s višim ocjenama zadovoljstva bolesnika imali su niže stope postoperativne smrtnosti, smrti nakon bilo koje komplikacije i manjih komplikacija.

Neke studije nisu pokazale povezanost između iskustva bolesnika i kliničkih ishoda, dok su druge izvijestile o lošijim ishodima bolesnika s višim rezultatima. Različiti odnosi između zadovoljstva bolesnika i kliničkih ishoda mogli bi se objasniti činjenicom da su iskustvo bolesnika i klinički ishodi složeni koncepti koji uključuju više pod-domena, a širok raspon čimbenika doprinosi njegovoj procjeni, kao i dizajnu i analizi studije (48).

### **1.12. Intervencije za poboljšanje preoperativnog zadovoljstva bolesnika**

Komunikacijske vještine zdravstvenih djelatnika: provedeni su različiti bolnički intervjenski programi kako bi se poboljšalo preoperativno iskustvo bolesnika. Jedan program obuke podučavao je anesteziologe kako uspostaviti atmosferu dobrodošlice, spriječiti zabrinutost

bolesnika oko anestezije i operacije, verbalno i neverbalno pokazati empatiju, uključiti bolesnika u donošenje odluka i te postići potpuno povjerenje bolesnika u pružanje kvalitetne skrbi. Ovaj način komunikacijskih vještina povećao bi zadovoljstvo bolesnika i smanjio anksioznost povezanu s kirurškim zahvatom (51). Mnoga istraživanja provedena u nekirurškim uvjetima potvrdila su odnos da poboljšanje liječničke komunikacije i dostupnost informacija poboljšava iskustva bolesnika.

Pružanje informacija bolesnicima: pružanje vrijednih i prikladno prilagođenih perioperativnih informacija može olakšati aktivno uključivanje bolesnika u njihovu skrb i može doprinijeti povećanju zadovoljstva. Pokušali su se različiti načini pružanja informacija bolesnicima tijekom preoperativne obrade. Uz standardne verbalne informacije, pokazalo se da primjena dodatnih pisanih informacija u obliku pamfleta poboljšava zadovoljstvo. A korištenje informativne web stranice ili dodatnog videa i pisane brošure poboljšava rezultate zadovoljstva (52). Jedna intervencija pokazala je da mnogi bolesnici nisu smatrali potrebnim davanje detaljnih letaka s informacijama o lijekovima prije anestezije, ali nije povećalo anksioznost prije operacije.

Operativna funkcija zdravstvene ustanove: što se tiče funkcioniranja zdravstvene ustanove, naglasak se stavlja na dobru organizaciju perioperativne obrade na način da svaki bolesnik prati točan redoslijed pretraga i pregleda kako bi se spriječilo čekanje ili dobivanje nepotpunih informacija vezanih za kirurški zahvat. Zdravstvene ustanove također mogu osigurati više edukacija za svoje osoblje na temelju rezultata zadovoljstva bolesnika i obučeni medicinskih sestara za dovršenje svih početnih procjena (51). Ova poboljšanja mogu povećati zadovoljstvo bolesnika u domenama predoperativne obrade, ljubaznosti i učinkovitosti zdravstvenih djelatnika te vrijeme čekanja.

Optimiziranje oporavka bolesnika: protokol poboljšanog oporavka nakon operacije i perioperativna kirurška obrada inovativne su strategije preoperativnog upravljanja koje se koriste za smanjenje duljine boravka u bolnici, troškova i komplikacija. Te strategije uključuju prijeoperativno savjetovanje, optimizaciju prehrane, planirane sheme uzimanja analgetika i ranu mobilizaciju. Sustavni pregled dovršen 2010. godine otkrio je da su bolesnici koji su obrađivani ovim strategijama prijavili manju bol nakon operacije (53). Međutim, također nije pronađena razlika u zadovoljstvu bolesnika u usporedbi s konvencionalnim protokolom oporavka. Pristup takovom modelu usmjeren na bolesnika ima za cilj koordinirati preoperativnu skrb unutar multidisciplinarnog tima. Studije su pokazale da su bolesnici koji su bili pripremani ovim strategijama imali manje dana boravka u bolnici i manji broj neplaniranih prijema u

bolnicu u usporedbi sa standardnim putem. Iako se podaci o rezultatima još uvijek izmjenjuju, primjeri ovih strategija su učinkovite intervencije koje mogu poboljšati zadovoljstvo bolesnika u preoperativnoj obradi (51).

## 2. HIPOTEZA

Za potrebe ovog istraživanja postavljene su slijedeće hipoteze:

H1 – Bolesnici iznose zadovoljstvo pruženom uslugom kroz dnevnu bolnicu opće kirurgije KB Dubrava

H2- Bolesnici imaju više vremena za druge obaveze

H3 – Bolesnici iznose zadovoljstvo preoperativne obrade na jednom mjestu te se ne moraju opterećivati zakazivanjem dodatnih termina.



### 3. CILJ

Opći cilj rada je ispitati i prikazati zadovoljstvo bolesnika preoperativnih usluga dnevne bolnice Opće kirurgije Kliničke bolnice Dubrava.

Specifični ciljevi:

- Ispitati koji čimbenici utječu na zadovoljstvo bolesnika kroz usluge dnevne bolnice
- Ispitati koliko zadovoljstvo bolesnika pruženom uslugom utječe na privatni život ispitanika
- Ispitati da li brzina preoperativne obrade utječe na zadovoljstvo bolesnika.

## **4. ISPITANICI I METODE**

### **4.1. Ustroj studije**

Provedeno je presječno istraživanje (54).

### **4.2. Ispitanici**

Ispitanike su činili bolesnici koji su prošli preoperativnu obradu jednodnevne dnevne bolnice Opće kirurgije Kliničke bolnice Dubrava. Uzorak je činio 111 ispitanika/bolesnika koji su dobrovoljno pristali sudjelovati u istraživanju. Sudjelovanje u istraživanju je bilo potpuno anonimno te je provedeno kroz svibanj 2022. godine.

### **4.3. Metode**

Podatci su prikupljeni putem anonimnog upitnika koji je izrađen u svrhu izrade ovog diplomskog rada koji se sastojao od 20 pitanja zatvorenog tipa, svaki ispitanik je trebao odabrati samo jedan od ponuđenih odgovora. Prva četiri pitanja su se odnosila na sociodemografske podatke. Istraživanje je provedeno u online obliku te je uz upitnik nije trebao biti priložen informirani obrazac kao privola za dobrovoljno sudjelovanje u istraživanju. Ispitanici su bili bolesnici naručeni u Dnevnu bolnicu Opće kirurgije pri Kliničkoj bolnici Dubrava na preoperativnu obradu prije zakazanog kirurškog zahvata.

### **4.4. Statističke metode**

Istraživanje je provedeno putem anonimnog upitnika koji je distribuiran online u Dnevnoj bolnici Opće kirurgije Kliničke bolnice Dubrava bolesnicima koji su bili naručeni na preoperativnu obradu kroz mjesec svibanj 2022. godine te im se upitnik dao na kraju preoperativne obrade. Za obradu podataka korištena je deskriptivna statistika te su dobiveni podatci obrađeni putem Microsoft Office Excel programa. Dobiveni podatci biti će prikazani putem grafikona, tablično i opisno.

## 5. REZULTATI

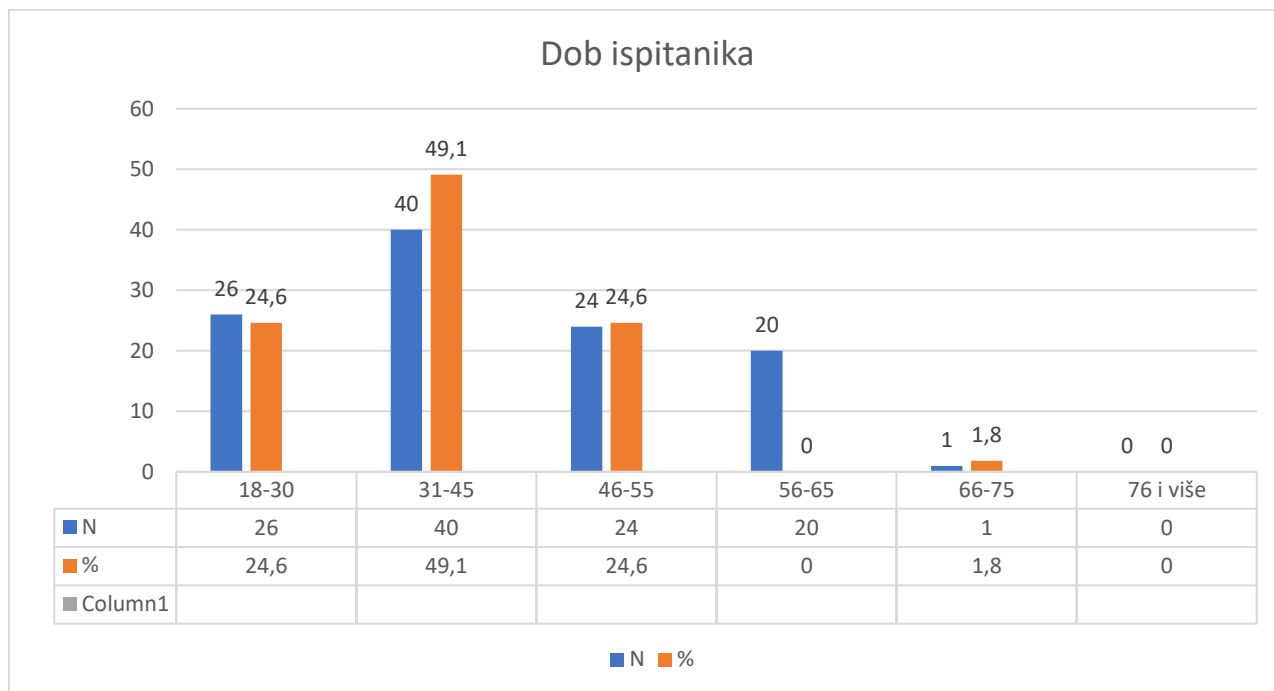
U istraživanju je sudjelovalo 111 ispitanika koji su prošli preoperativnu obradu kroz Dnevnu bolnicu Opće kirurgije Kliničke bolnice Dubrava koji su ispunili anketni upitnik kroz svibanj 2022. godine.

Tablica 1: Sociodemografski podatci

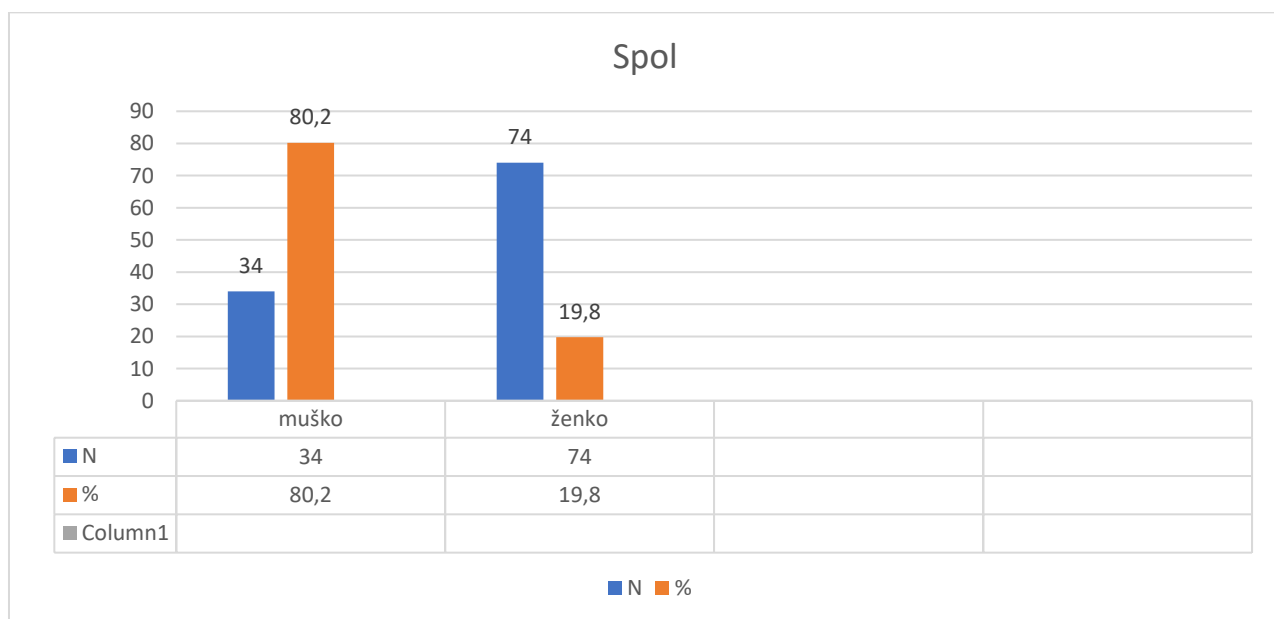
		N	%
Spol	žensko	74	80,2%
	muško	34	19,8%
	Ukupno	111	100,0%
Dob	18-30	26	24,6%
	31-45	40	49,1%
	46-55	24	24,6%
	56-65	20	0,0%
	66-75	1	1,8%
	76 i više	0	0,0%
	Ukupno	111	100,0%
Stupanj obrazovanja	OŠ	19	29,1%
	SSS	75	52,7%
	VSS	16	16,4%
	VŠS	0	0,0%
	Magister ij i doktorat	1	1,8%
	Ukupno	111	100,0%
Mjesto prebivališta	Ruralna sredina	81	71,9%
	Urbana sredina	40	28,1%
	Ukupno	111	100,0%

Distribucijom dobivenih podataka za spol ispitanika može se uočiti kako je 80,2% ispitanika ženskog spola, dok je 19,8% ispitanika muškog spola, nadalje kod dobi ispitanika može se uočiti kako 49,1% ima 31-45, 24,6% ima 18-30, 24,6% ima 56-65, dok 1,8% ima 66-75, kod stupnja obrazovanja 52,7% ima završenu srednju školu (SSS), 29,1% ima završenu osnovnu školu (OŠ), 16,4% ima višu stručnu spremu, dok 1,8% ima završen magisterij i doktorat, kod pitanja

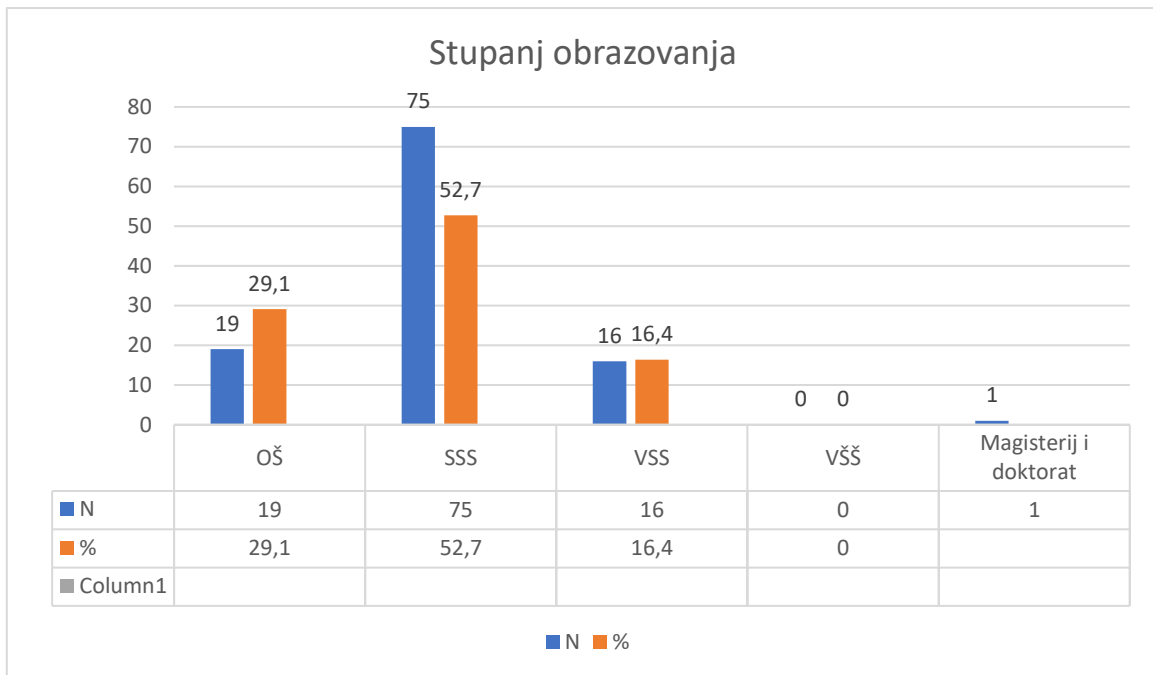
vezanog za mjesto prebivališta 71,9% navodi da živi u ruralnoj sredini, 28,1% navodi da živi u urbanoj sredini.



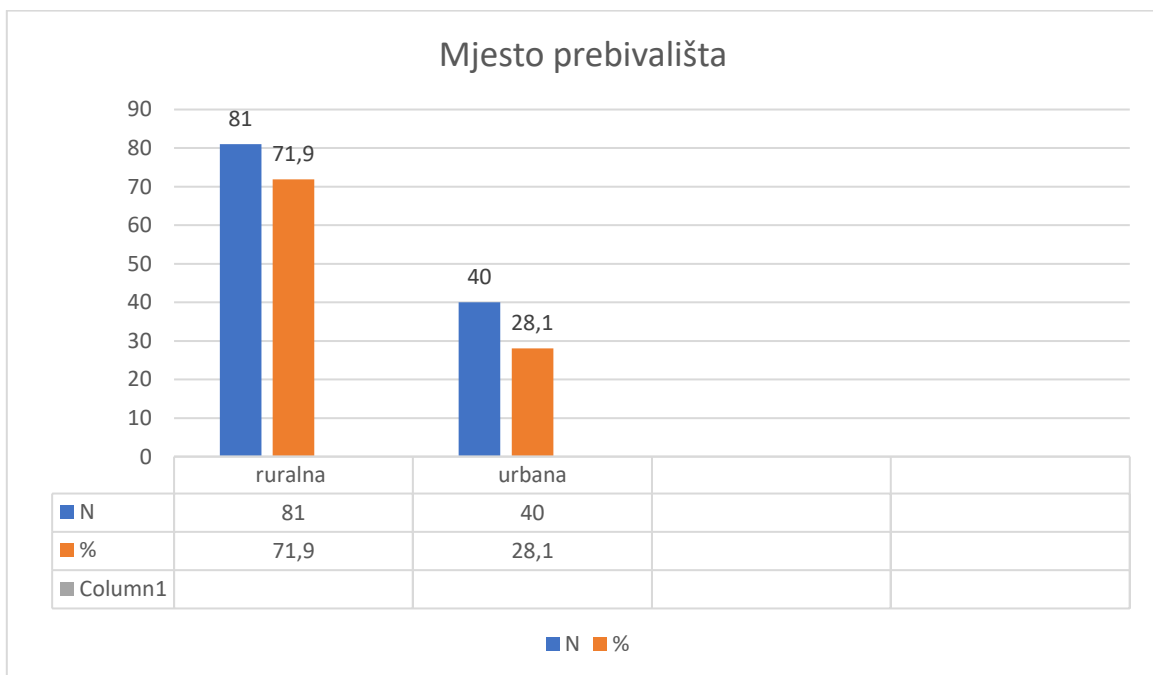
Grafikon 1. Distribucija odgovora prema dobi



Grafikon 2. Distribucija odgovora prema spolu



Grafikon 3. Distribucija odgovora prema stupnju obrazovanja



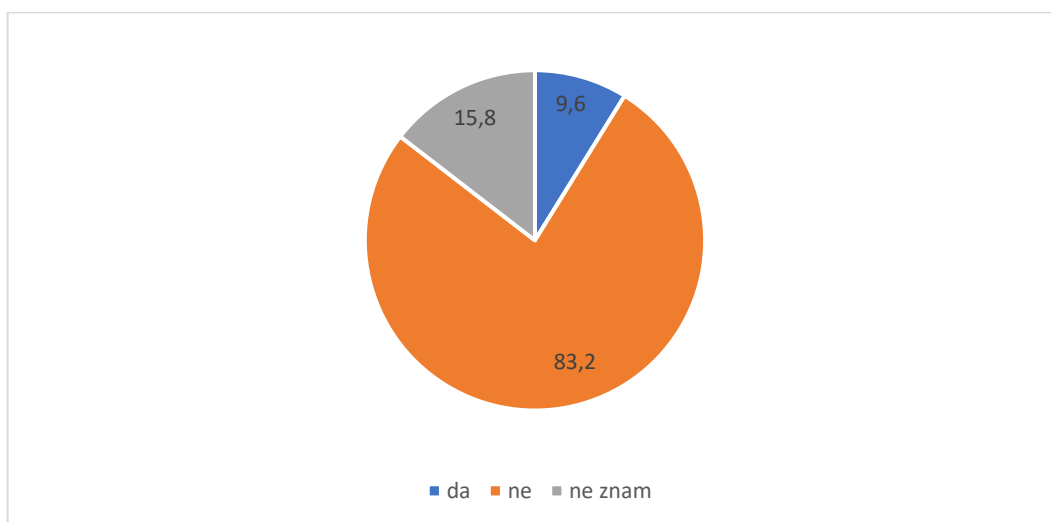
Grafikon 4. Distribucija odgovora prema mjestu prebivališta



Grafikon 5. Distribucija odgovora prema statusu zaposlenja

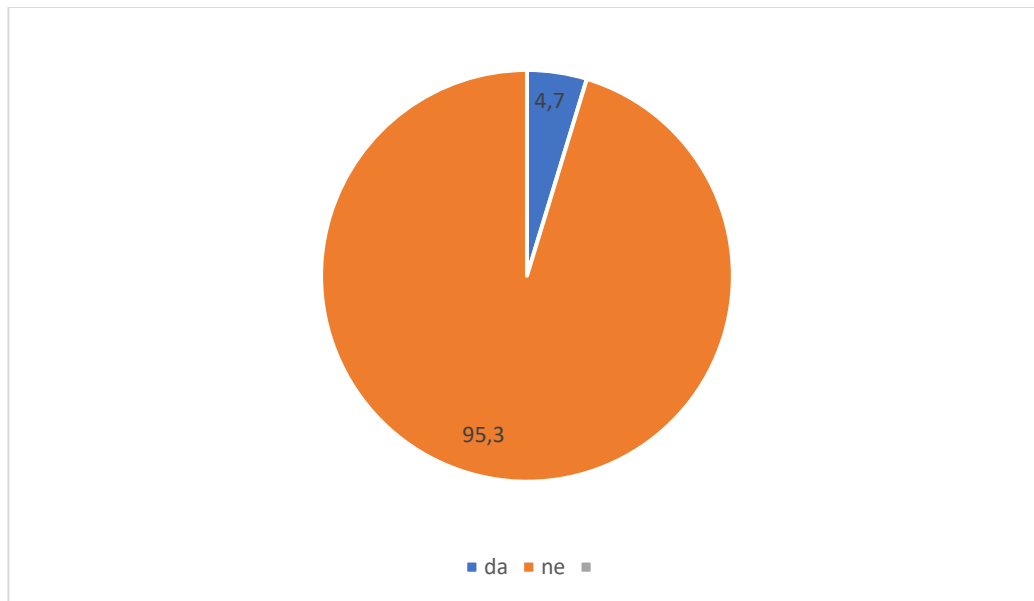
Distribucija dobivenih podataka prema radnom statusu, većina ispitanika, njih 75,2% je u radnom odnosu, 34,4% je u mirovini dok 1,2% ispitanika nije radnom odnosu kako je prikazano na Grafikonu 5.

Kroz sljedeća pitanja ispitivalo se zadovoljstvo ispitanika na pruženu uslugu kroz dnevnu bolnicu Opće kirurgije Kliničke bolnice Dubrava, dobiveni podatci biti će prikazani deskriptivnom statistikom te će za svako pitanje biti prikazane frekvencije i postotci. Komentirat će se pitanja kod kojih je zabilježena najmanja i najveća vrijednost odgovora ispitanika.

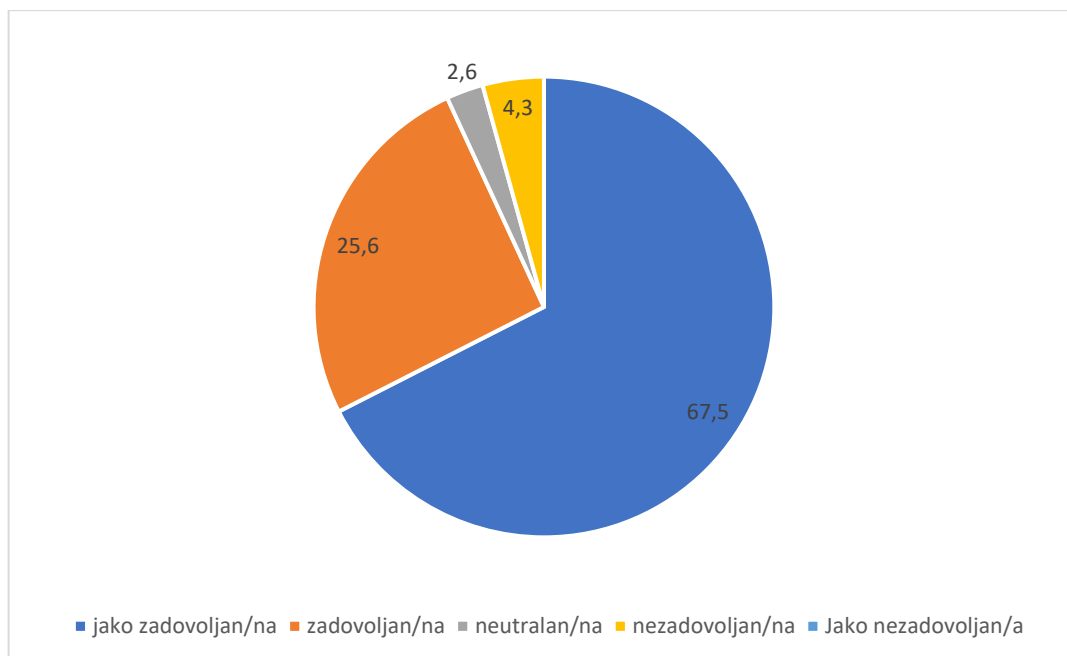


Grafikon 6. Distribucija odgovora na pitanje: „Da li ste dugo čekali termin za kiruršku dnevnu bolnicu?“

Analizom dobivenih podataka kroz pitanje da li su ispitanici dugo čekali na termin za kiruršku dnevnu bolnicu, 83,2% ispitanika iznosi da nije, 9,6% ispitanika iznosi da je dugo čekalo dok njih 15,8% ne zna kako je prikazano na Grafikonu 6.

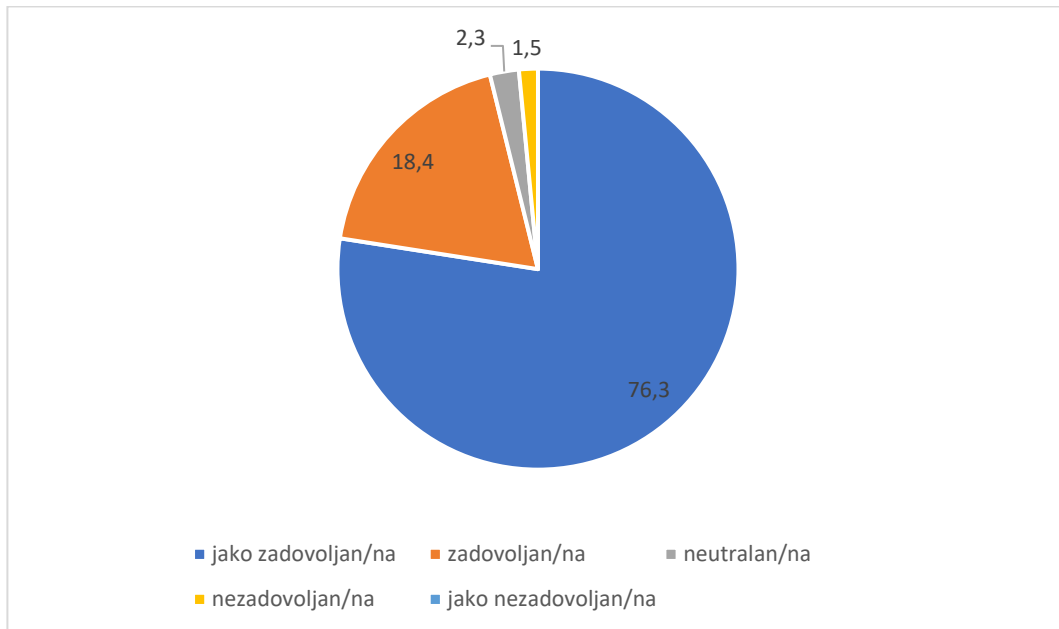


Grafikon 7. Distribucija odgovora na pitanje: „Da li je termin utjecao na zakazani operativni zahvat“



Grafikon 8. Distribucija odgovora na pitanje: „Vaše zadovoljstvo informiranosti medicinske sestre na Vaša postavljena pitanja“

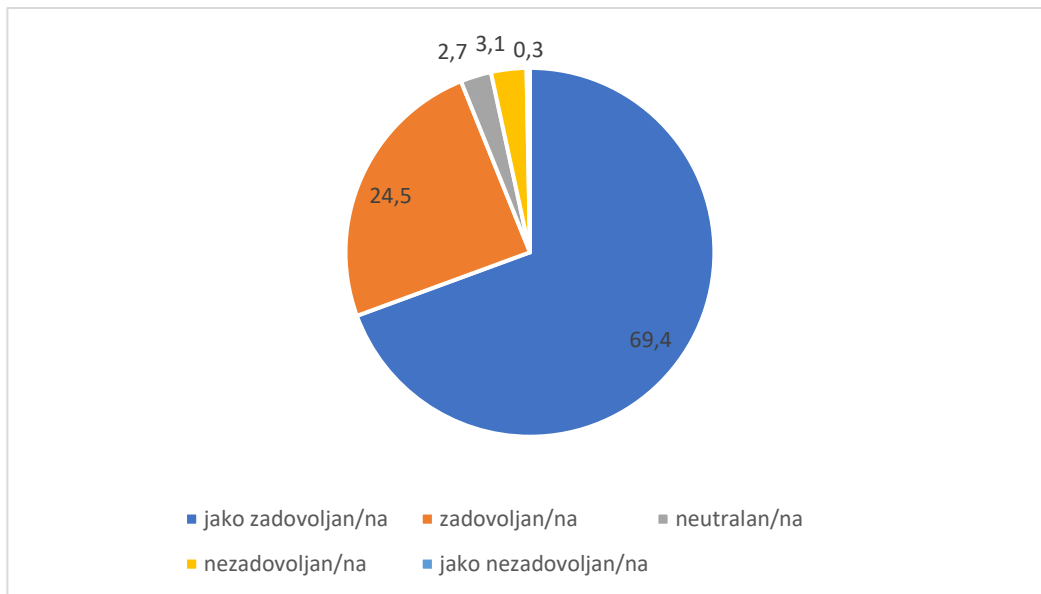
Distribucijom dobivenih podataka kroz pitanje da li su ispitanici zadovoljni informiranosti medicinske sestre na postavljena pitanja, najviše ispitanika, njih 67,5% iznosi da je jako zadovoljno, 25,6% ispitanika je zadovoljno, 4,3% ispitanika je bilo neutralno dok 2,6% ispitanika iznosi da je nezadovoljno. Nitko od ispitanika nije bio/la jako nezadovoljan/a kako je prikazano na Grafikonu 8.



Grafikon 9. Distribucija odgovora na pitanje: „Vaše zadovoljstvo dobivenim informacijama vezanim za Vaš operativni zahvat“

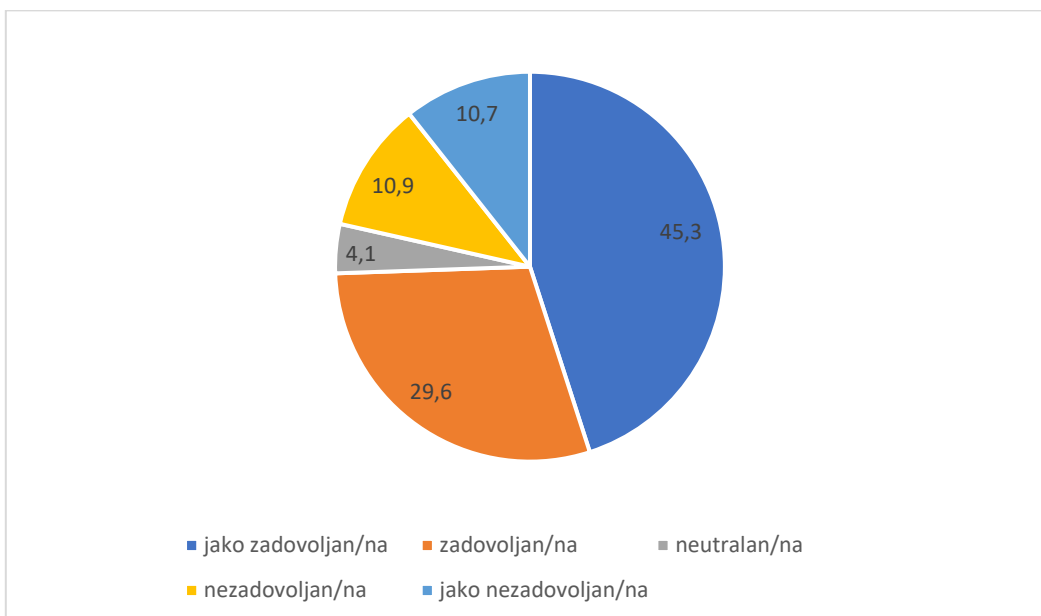
Distribucijom dobivenih podataka kroz pitanje koliko je zadovoljstvo ispitanika na dobivene informacije vezane za operativni zahvat, većina ispitanika 76,3% je jako zadovoljna, 18,4% je zadovoljna, 2,3% je neutralno dok 1,5% ispitanika je nezadovoljno kako je prikazano na Grafikonu 9.





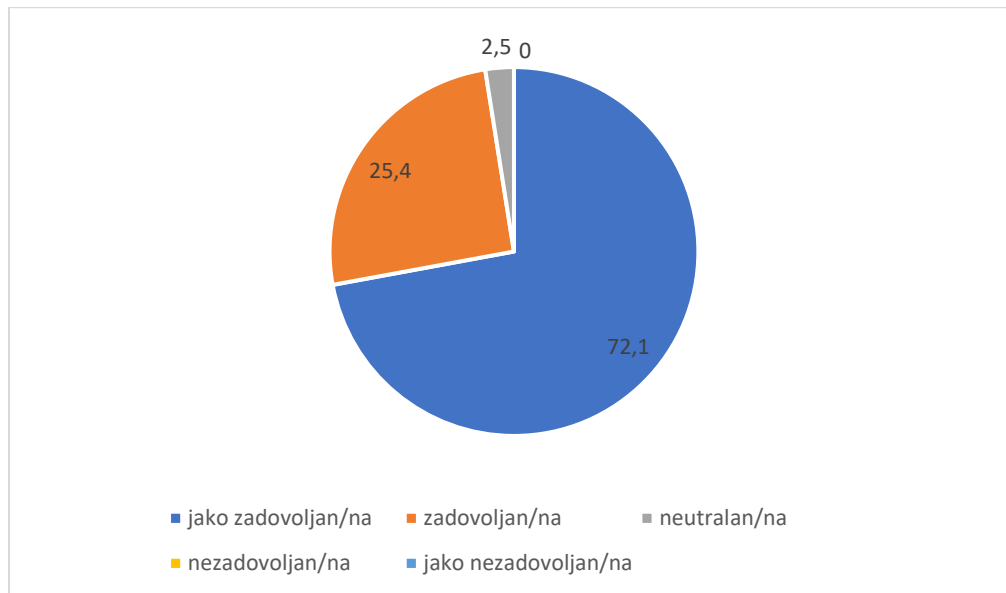
Grafikon 10. Distribucija odgovora na pitanje: „Vaše zadovoljstvo dobivenim informacijama vezanim za moguće komplikacije operativnog zahvata“

Distribucijom dobivenih odgovora kroz pitanje da li su ispitanici zadovoljni dobivenim informacijama vezanim za moguće komplikacije operativnog zahvata, većina ispitanika, 69,4% je jako zadovoljno, 24,5% ispitanika je zadovoljno, 3,1% je nezadovoljno, 2,7% neutralno te 0,3% ispitanika je jako nezadovoljno kako je prikazano na Grafikonu 10.



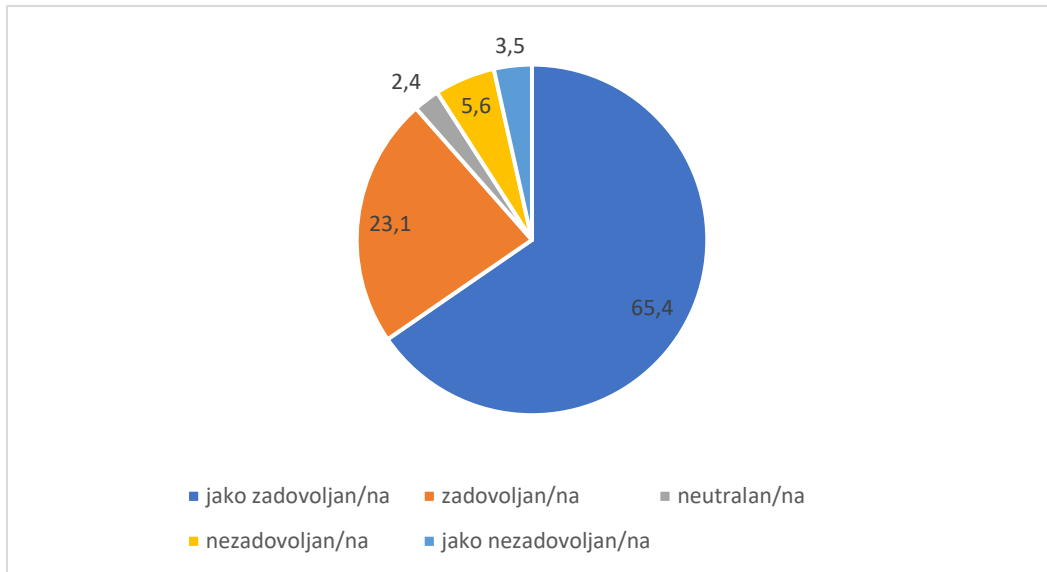
Grafikon 11. Distribucija odgovora na pitanje: „Vaše zadovoljstvo dobivenim informacijama od strane liječnika“

Distribucijom dobivenih podataka koliko su ispitanici zadovoljni dobivenim informacijama od strane liječnika, većina ispitanika, 45,3% je jako zadovoljna, 29,6% ispitanika je zadovoljno, 4,1% ostaje neutralno, 10,9% ispitanika je nezadovoljno dok 10,7% ispitanika je jako nezadovoljno kako je prikazano na Grafikonu 11.



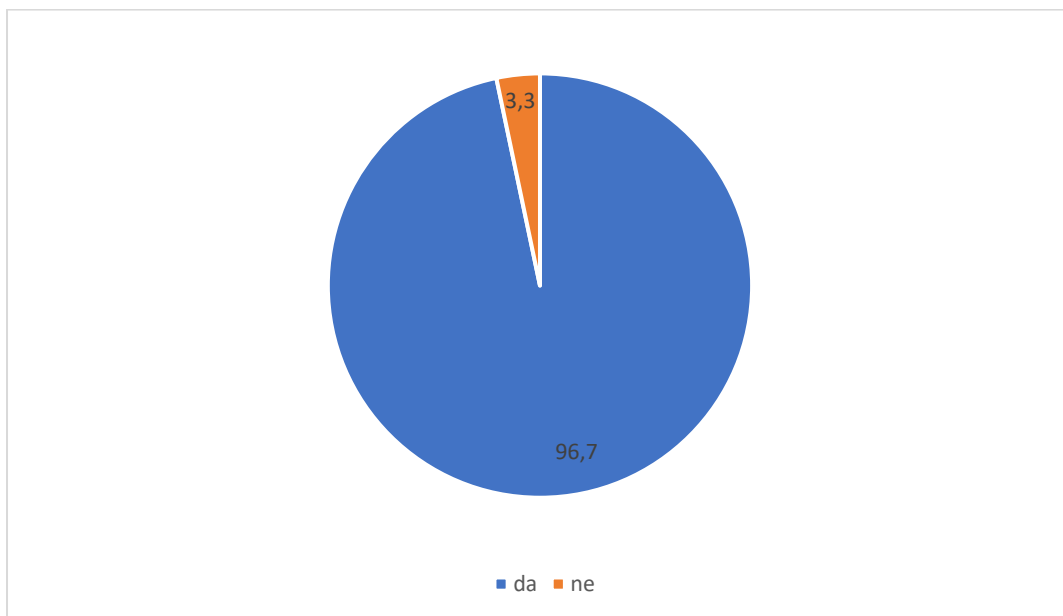
Grafikon 12. Distribucija dobivenih odgovora na pitanje: „Kako ste bili zadovoljni organizacijom pretraga koje ste morali obaviti“

Distribucijom dobivenih podataka kroz zadovoljstvo ispitanika organizacijom pretraga koje su morali obaviti, najviše ispitanika 72,1% je jako zadovoljno, 25,4% je zadovoljno, 2,5% ostaje neutralno dok ni jedan ispitanik nije nezadovoljan ili jako nezadovoljan organizacijom kako je prikazano na Grafikonu 12.



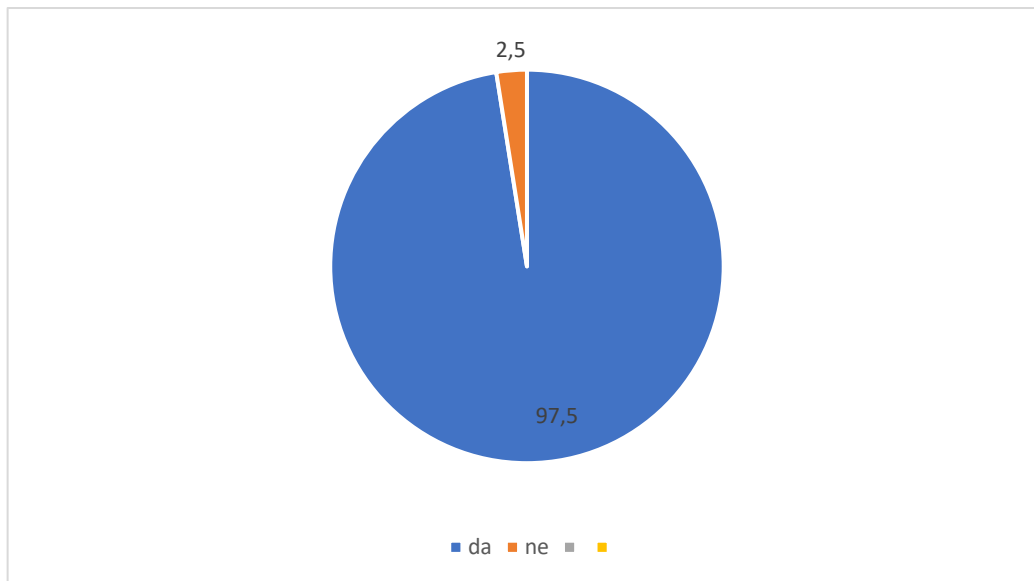
Grafikon 13. Distribucija odgovora na pitanje: „Kako ste bili zadovoljni prostorom gdje ste bili smješteni tijekom pretraga?“

Distribucijom dobivenih podataka kroz zadovoljstvo ispitanika na prostor gdje su ispitanici bili smješteni tijekom pretraga, najviše ispitanika 65,4% je jako zadovoljno, 23,1% ispitanika je zadovoljno, 5,6% je nezadovoljno, 2,4% ostaje neutralno dok 3,5% ispitanika je jako nezadovoljno kako je prikazano na Grafikonu 13.



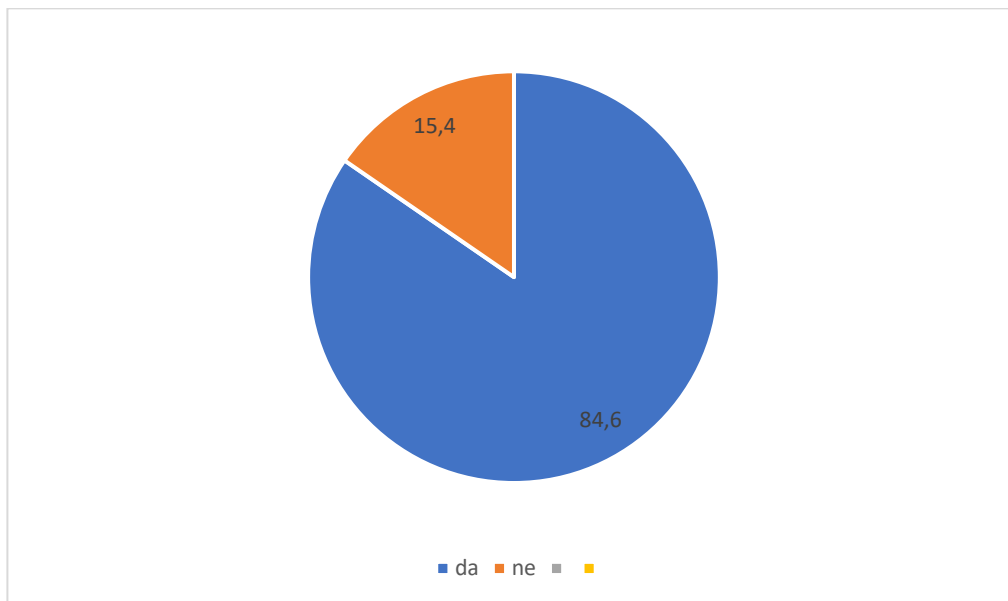
Grafikon 14. Distribucija odgovora na pitanje: „Da li ste dugo čekali na rezultate pretraga?“

Distribucijom dobivenih podataka kroz pitanje da li su ispitanici dugo čekali na rezultate pretraga, gotovo svi ispitanici, 96,7% nije dugo čekalo dok njih 3,3% ispitanika iznosi da je dugo čekalo kako je prikazano na Grafikonu 14.



Grafikon 15. Distribucija odgovora na pitanje: „Da li je medicinsko osoblje bilo ljubazno prema Vama?“

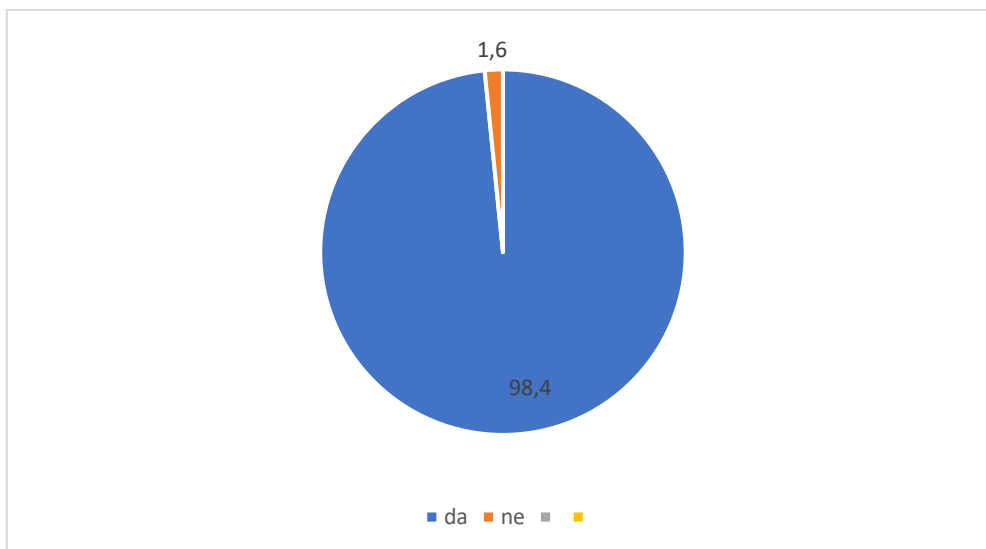
Distribucija dobivenih podataka kroz zadovoljstvo ispitanika na ljubaznost medicinskog osoblja prema njima, gotovo svi ispitanici, 97,5% je iznijelo potvrdno dok 2,5% ispitanika je negiralo na postavljeno pitanje kako je prikazano na Grafikonu 15.



Grafikon 16. Distribucija odgovora na pitanje: „Da li Vam je medicinska sestra objasnila termine koje niste razumjeli?“

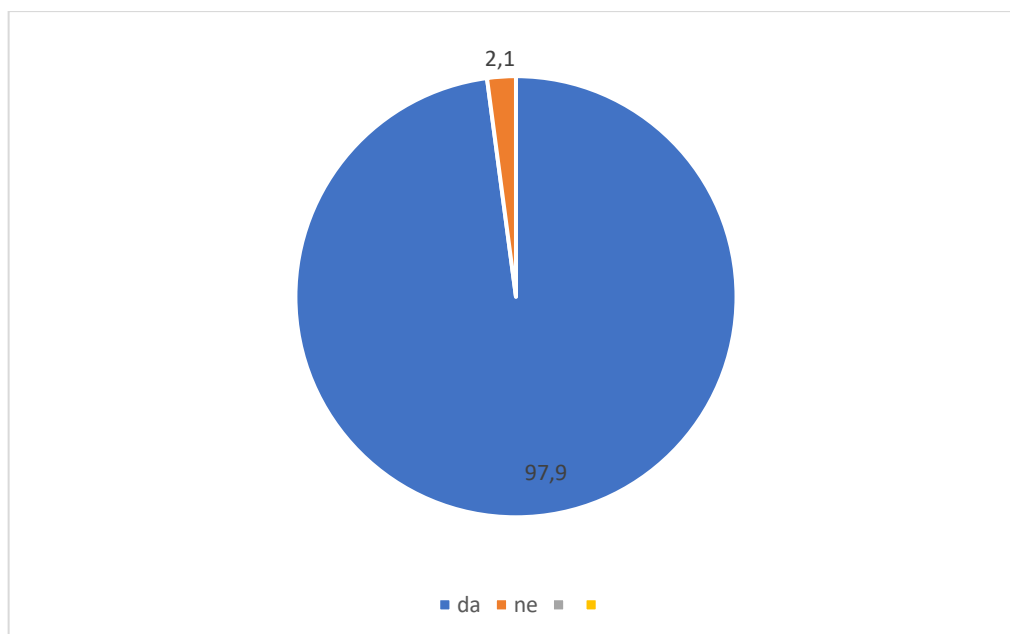
Distribucijom dobivenih podataka kroz zadovoljstvo ispitanika na objašnjenje termina od strane medicinske sestre koji su ispitanicima bili nejasni, većina ispitanika, 84,6% je odgovorilo

potvrдно dok 15,4% ispitanika je negiralo postavljeno pitanje kako je prikazano na Grafikonu 16.



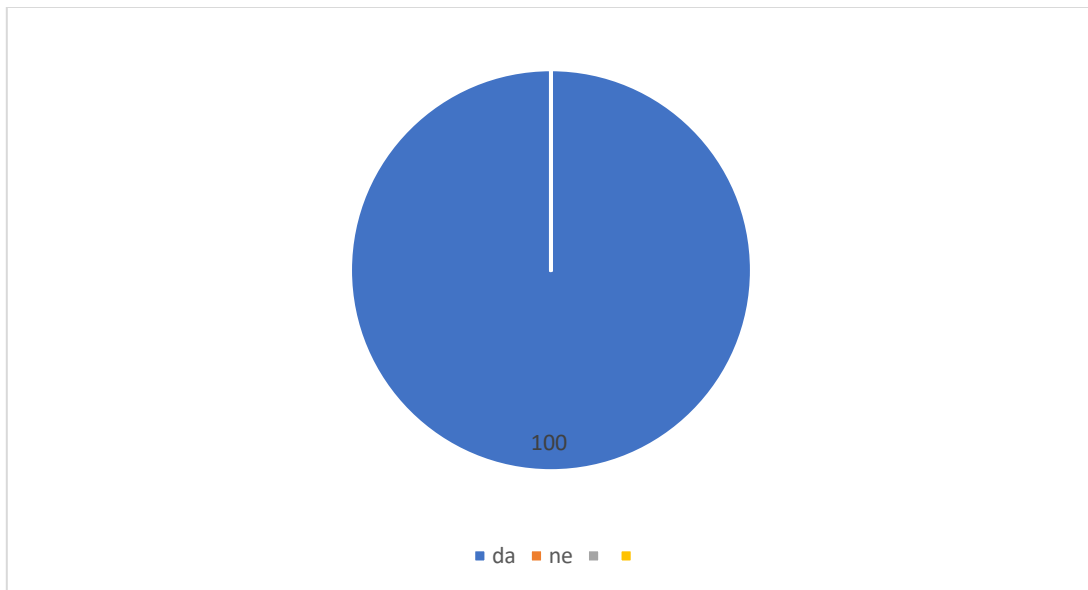
Grafikon 17. Distribucija odgovora na pitanje: „Zadovoljni ste dobivenim uslugama kirurške dnevne bolnice?“

Distribucijom dobivenih odgovora kroz zadovoljstvo ispitanika dobivenim uslugama kirurške dnevne bolnice, gotovo svi ispitanici, 98,% je odgovorilo potvrđno, dok njih 1,6% je negiralo na postavljeno pitanje kako je prikazano na Grafikonu 17.



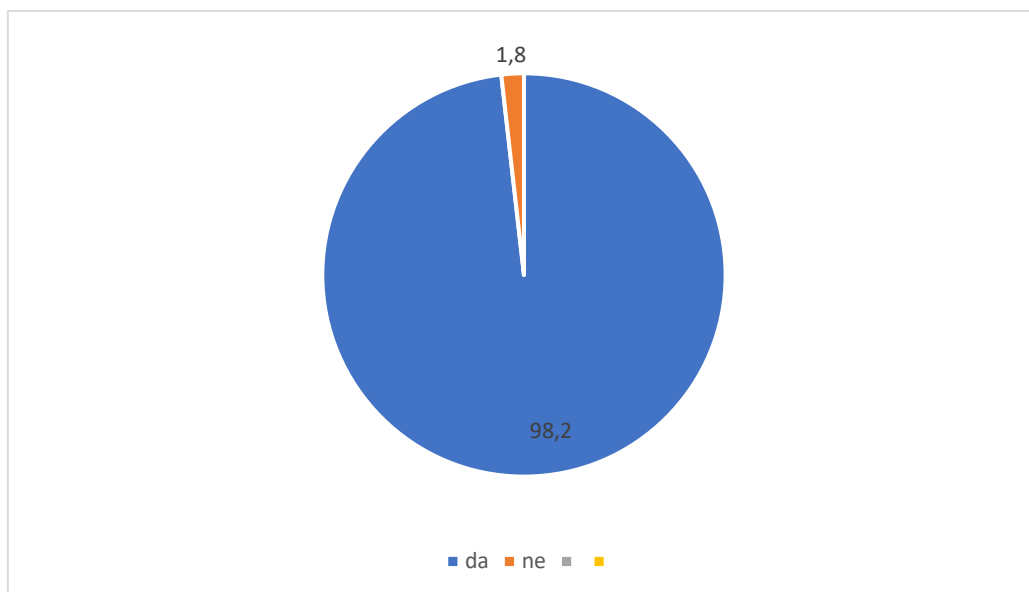
Grafikon 18. Distribucija odgovora na pitanje: „Zadovoljni ste brzinom obavljanja dijagnostičkih pretraga?“

Distribucijom dobivenih podataka kroz zadovoljstvo ispitanika brzinom obavljanja dijagnostičkih pretraga, gotovo svi ispitanici, njih 97,9% je odgovorilo potvrdno dok njih 2,1% ispitanika je negiralo na postavljeno pitanje kako je prikazano na Grafikonu 18.



Grafikon 19. Distribucija odgovora na pitanje: „Da li Vam odgovara sve perioperativne pretrage obaviti na jednom mjestu?“

Distribucijom dobivenih podataka kroz upit da li ispitanicima odgovara sve perioperativne pretrage obaviti na jednom mjestu, svi ispitanici, 100%, odgovorilo je potvrdno na postavljeno pitanje kako je prikazano na Grafikonu 19.



Grafikon 20. Distribucija odgovora na pitanje: „Da li Vam taj način olakšava bolju organizaciju privatnog života?“

Distribucijom dobivenih podataka kroz upit da li ispitanicima taj način olakšava organizaciju privatnog života, većina ispitanika 98,2% je potvrdno odgovorilo dok njih 1,8% je negiralo na postavljeno pitanje kako je prikazano na Grafikonu 20.

## 6. RASPRAVA

Tema zadovoljstva bolesnika tijekom proteklog desetljeća dobiva sve veći značaj. Zbog utjecaja zadovoljstva bolesnika na pruženu kvalitetu zdravstvene skrbi, od vitalnog je značaja razumijevanje čimbenika koji predviđaju zadovoljstvo. Svrha ovog diplomskog rada bilo je ispitati literaturu i identificirati čimbenike koji se odnose na preoperativno zadovoljstvo bolesnika, kao i prediktivne varijable koje, ako se modificiraju, mogu poboljšati rezultate zadovoljstva bolesnika. Naš rad prikazuje rezultate zadovoljstva bolesnika na koje utječu promjenjivi čimbenici kao što su komunikacija između zdravstvenog djelatnika i bolesnika, pružanje informacija bolesnicima i operativna funkcija bolnice (55). Nepromjenjivi čimbenici koji utječu na rezultate zadovoljstva bolesnika uključuju demografiju bolesnika kao što su spol, dob i obrazovanje kako bi se povećalo preoperativno zadovoljstvo bolesnika.

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 111 ispitanika koji su svoju preoperativnu obradu imali zakazanu u Dnevnoj bolnici Opće kirurgije pri Kliničkoj bolnici Dubrava. Većina ispitanika je bila ženskog spola 80,2%, dok muški spol bio zastupljen 19,8%. najzastupljenija dob ispitanika bila je od 31 – 45 godina starosti (49,1%) dok je najmanje ispitanika bilo od 66 – 75 godina starosti, 1 ispitanik (1,8%) te ni jedan ispitanik u dobi od 76 i više godina čime možemo zaključiti da je to zapravo poražavajući podatak jer sve mlađi bolesnici podliježu operativnim zahvatima. S obzirom na stupanj obrazovanja najzastupljeniji odgovor je bio srednja stručna sprema, njih 75 ispitanih (52,7%) dok najmanje zastupljen odgovor je bio visoka stručna sprema, ni jedan ispitanik. Najviše ispitanika je bilo iz ruralne sredine, njih 71,9% ispitanika što možemo objasniti da prema teritorijalnoj pripadnosti Klinička bolnica Dubrava najviše pokriva manja mjesta, sela i periferiju grada. Većina ispitanika, 75,2% je u radnom odnosu.

Drugi dio istraživanja odnosio se na zadovoljstvo bolesnika pruženom preoperativnom obradom. Svakom ispitaniku nakon završene preoperativne obrade u Dnevnoj bolnici Opće kirurgije pri Kliničkoj bolnici Dubrava je ponuđeno online ispunjavanje anonimnog upitnika uz asistenciju medicinske sestre (u ovom radu istraživača) ukoliko je bilo nejasnoća pri ispunjavanju upitnika. Zadovoljstvo bolesnika je subjektivna, složena i višedimenzionalna mjera. Definira se kao procjena primatelja zdravstvene skrbi o njezi koju je primio i na koju utječu primateljeva očekivanja i ishodi. Nezadovoljstvo se javlja kada postoje neslaganja između bolesnikovog iskustva i njegovih očekivanja. S obzirom na višestruku prirodu zadovoljstva, uključujući fizičku, emocionalnu, socijalnu i kulturnu komponentu, ne čudi da je zadovoljstvo bolesnika teško izmjeriti. Iako su objavljeni mnogi potvrđeni upitnici o



zadovoljstvu bolesnika, heterogenost u njihovoj upotrebi otežava usporedbu u više studija i u kliničkoj praksi. Usporedbom našeg istraživanja i istraživanja u svijetu, provedena su mnoga istraživanja o zadovoljstvu bolesnika pruženom preoperativnom skrbi. Tako u istraživanju Gebreegziabher Gebremedhn E. i sur. (2017.) gdje se također ispitalo zadovoljstvo bolesnika pruženom preoperativnom obradom u Sveučilišnoj bolnici Gondar, istraživanje je pokazalo da je razina zadovoljstva bolesnika perioperativnim kirurškim uslugama 98,1% (56). Ovaj rezultat je visok u odnosu na dosadašnja istraživanja provedena u toj zemlji i drugim zemljama svijeta. Ovo neslaganje moglo bi biti posljedica razlike u percepciji bolesnika o pruženim uslugama i dizajnu studije. U ovom istraživanju adekvatnost informacija liječnika i medicinskih sestara o prirodi bolesnikova problema ili operacije izaziva nezadovoljstvo 11 (4,1%), vrijeme čekanja na posjet liječniku nezadovoljno 29 (10,8%), vrijeme čekanja za davanje laboratorijskih uzoraka nezadovoljno 14 (5,2%), a vrijeme čekanja na odlazak liječniku nakon primitka laboratorijskih rezultata nezadovoljno je 21 (7,8%) bolesnika. Ovi stupnjevi nezadovoljstva bili su niski u usporedbi s prethodnom studijom provedenom u specijaliziranoj bolnici Sveučilišta Jimma (57) što se može pripisati relativno malom broju bolesnika koji prođu preoperativnu obradu u Sveučilišnoj bolnici Gondar.

Nadalje, čekanje na termin za kiruršku dnevnu bolnicu većina naših ispitanika (83,2%) iznosi da nije dugo čekalo te 95,3% ispitanika iznosi da taj termin nije utjecao na zakazanu operaciju čime se može zaključiti da je organizacije Dnevne bolnice Opće kirurgije dobro organizirana te da se poštuju termini zakazanih kirurških operacija u odnosu na dobivene termine u Dnevnoj bolnici. Kroz testiranje zadovoljstva ispitanika o informiranosti medicinske sestre na sva postavljena pitanja, većina ispitanika (67,5%) je jako zadovoljna, 25,6% ispitanika je zadovoljna čime se može zaključiti da je znanje i educiranost medicinskih sestara u Dnevnoj bolnici Opće kirurgije na zavidnoj razini te da su spremne na pružanje svih potrebnih informacija svojim bolesnicima.

U istraživanju Andemeskel YM. i suradnika (2019.) pružanje informacija o pružanju informacija bolesnicima uključuje konkretna pitanja o objašnjenju i količini informacija koje se pružaju bolesnicima o anesteziji, operaciji i njihovom boravku u operacijskoj dvorani. Ukupna ocjena zadovoljstva bolesnika bila je niska u području pružanja informacija (45%) (58). Ovako niski rezultati mogli bi biti povezani s činjenicom da se bolesnicima ne pružaju adekvatne informacije tijekom preoperativnog razdoblja, posebno vezano uz anestetičku njegu. Ponekad se prethodna procjena nije radila dan prije operacije, a bolesnik je samo brzo procijenjen prije operacije u operacijskoj sali. Slično, komponenta s najnižim

rezultatom u drugim sličnim istraživanjima bila je pružanje informacija. U studiji koju su napravili Heidegger i suradnici, problemi koji se najviše spominju bili su u komponentama „Informacije/uključenost u donošenje odluka“ (srednja ocjena problema: 30,9%) (59). Nedostatak preoperacijskih kirurških informacija i smjernica također je bio jedan od uzroka nezadovoljstva prema studiji provedenoj na Sveučilištu Sohag. Štoviše, u jednoj etiopskoj studiji samo je 32,4% bolesnika dobilo informacije o vrsti anestezije, a samo 20,6% bolesnika dobilo je informacije o mogućim postoperativnim komplikacijama (60). Preoperativna komunikacija anesteziologa koja opisuje mogućnosti anestezije i realna postoperativna očekivanja ne može samo ublažiti anksioznost, već nudi bolesnicima osjećaj kontrole nad svojom skrbi. Zdravstveni djelatnici trebali bi imati odgovornost i priliku poboljšati skrb o bolesnicima usvajanjem standardiziranih komunikacijskih procesa.

Usporedbom rezultatima našeg istraživanja gdje su dobiveni podatci da je zadovoljstvo bolesnika dobivenim informacijama vezanim za moguće komplikacije operativnog zahvata 69,4% jako zadovoljno i 24,5% zadovoljno može se reći da su gotovo svi ispitanici bili zadovoljni pruženim informacijama o mogućim komplikacijama. Na pružanje informacija od strane liječnika dobiveni su rezultati da je 45,3% ispitanika jako zadovoljno, 29,6% ispitanika zadovoljno čime prelazimo većinu ispitanika u pozitivnom smjeru tj. zadovoljstvu pruženim informacijama. Nadalje, zadovoljstvo organizacijom pretraga koje su ispitanici morali obaviti, njih 72,1% ispitanika je bilo jako zadovoljno te time možemo zaključiti i potvrditi da je organizacija pretraga dnevne bolnice dobro organizirana. Na zadovoljstvo prostorom gdje su ispitanici bili smješteni tijekom pretraga, 65,4% ispitanika je jako zadovoljno.

Vezano za zadovoljstvo bolesnika o duljini čekanja na rezultate pretraga, 96,7% ispitanika iznos da nisu dugo čekali čime možemo potvrditi toliki postotak dobrom organizacijom i da sveukupna obrada u Dnevnoj bolnici Opće kirurgije traje tri sata. Opet se pozivamo na istraživanje iz 2019. godine Andemeskel YM. i suradnika gdje je vrijeme čekanja pokazivalo zadovoljstvo bolesnika uključenih u istraživanje (58).

Zadovoljstvo ispitanika o jasnoći termina i obrazloženju značenja istih od strane medicinskih sestara, 84,6% ispitanika je potvrdno odgovorilo. U istraživanju Sillero A. i suradnika (2018.) gdje se također ispitalo zadovoljstvo pružanjem informacija o stručnim terminima i njihovim obrazloženjem, dobiveni su rezultati da je zadovoljstvo ispitanika pozitivno, ali ti su autori koristili jedan instrument za procjenu zadovoljstva i u istraživanje je uključeno cjelokupno osoblje kirurške dnevne bolnice, a ne samo sestrinski tim (61). Na cjelokupno zadovoljstvo pruženim uslugama kirurške Dnevne bolnice, gotovo svi ispitanici 98,4% iznosi da je

zadovoljno, kao i brzinom obavljanja dijagnostičkih pretraga, 97,9% ispitanika je odgovorilo potvrdno. Kroz pitanje da li ispitanicima odgovara da se sva preoperativna obrada obavi na jednom mjestu 100% ispitanika je odgovorilo da im to odgovara.

Nedavna studija koju su proveli Kennedy i suradnici (2019.), ocijenila je odnos između zadovoljstva bolesnika i kirurških ishoda, otkrivši da zadovoljstvo nije dosljedno povezano s povoljnim ishodima u tom okruženju, iako je zadovoljstvo bolesnika jasna mjera kvalitete (62). Zapravo, kao što pokazuju naši rezultati, bolesnici mogu biti zadovoljni pruženom skrbi čak i ako dožive bolničke komplikacije nakon otpusta. Naravno, širok raspon čimbenika osim medicinske njege, uključujući razinu osoblja, korištenje zdravstvene informacijske tehnologije i status edukacija može utjecati na zadovoljstvo bolesnika. Kako su opisali Pajnkihar i sur., medicinske sestre trebaju biti brižne i uspostaviti empatijski odnos, imati komunikacijski pristup i dobre odnose s bolesnicima (63). Na temelju našeg istraživanja, smatramo da je nužno sistematizirati postupke preoperativne njege uz istovremeno vođenje računa o individualnim potrebama bolesnika.

Važni prediktori kirurškog iskustva bolesnika uključuju organizacijske i strukturne komponente preoperativnog okruženja, točnije, omjer medicinske sestre i bolesnika, tehničku infrastrukturu (tj. sustav medicinske dokumentacije), te operacije prijema i otpusta. U ambulatnoj klinici za plastičnu kirurgiju zadovoljstvo bolesnika značajno se predviđalo učinkovitim kliničkim operacijama (npr. zakazivanjem termina i duljinom vremena za zakazivanje termina. Bolesnici koji su imali kašnjenja ili su imali dulje vrijeme čekanja između prijema, operacije i otpusta vjerojatnije su bili nezadovoljni svojom kirurškom skrbi. Nezadovoljni bolesnici su smatrali da je trebalo imati učinkovitije zakazivanje i planiranje njihove operacije. Bolesnici koji su smatrali da je njihova kirurška jedinica prenatrpana također su bili manje zadovoljni.

Bolesnici također doživljavaju razne stresore tijekom prijema u bolnicu koji mogu utjecati na njihovo cjelokupno zdravstveno iskustvo. Prediktor slabog zadovoljstva bolesnika je razvoj posthospitalnog sindroma (PHS). PHS je opisan kao prolazno razdoblje ranjivosti nakon hospitalizacije u kojem su bolesnici izloženi većem riziku za nuspojave zbog iskustva ponavljajućih stresora povezanih s bolnicom. Uobičajeni stresori uključuju poremećaje spavanja zbog zvukova monitora ili čestih pregleda liječnika, bolne podražaje iz vitalnih provjera ili postupaka i lošu prehranu zbog uskraćivanja redovitih obroka prije operacije.

Višeznačna priroda različitih čimbenika koji se ne mogu mijenjati povezani s iskustvom bolesnika stvara inherentne izazove u mjerenju rezultata zadovoljstva bolesnika. Pokazalo se

da je veća vjerojatnost da će stariji bolesnici (promjenjivo definirani kao stariji od 50, 65 ili 70 godina) biti zadovoljni svojim kirurškim iskustvom u usporedbi s mlađim bolesnicima (64). Ovo opažanje je, međutim, kontroverzno i neke studije nisu pronašle korelaciju s dobi i zadovoljstvom bolesnika u kirurškim jedinicama. Slično, dok su neke studije otkrile da su muškarci skloniji biti zadovoljniji kirurškom skrbi u usporedbi sa ženama, druge studije su otkrile da varijacije u zadovoljstvu bolesnika kirurškim uslugama nisu objašnjene spolom. Pomiješani nalazi također su dokazani s obzirom na razinu najvišeg obrazovanja bolesnika. U studiji koja se tiče ambulantne kirurgije veća je vjerojatnost da će bolesnici s višom razinom obrazovanja biti zadovoljni (65). Međutim, mješovita studija sa bolničkom i izvanbolničkom kirurgijom pokazala je da su u obje populacije zadovoljniji bolesnici s nižim stupnjem obrazovanja. Što se tiče zanimanja, zapaženo je da su bolesnici u radnom odnosu manje zadovoljni svojim preoperativnim iskustvom u usporedbi s umirovljenim bolesnicima ili onima s kućanskim obavezama. Zdravstveno stanje bolesnika također ima širok raspon učinaka na zadovoljstvo u kirurškim jedinicama. Jedna studija izvijestila je da su bolesnici s boljim zdravstvenim stanjem imali više ocjene zadovoljstva. Međutim, druge studije su pokazale da su zdraviji bolesnici bili manje zadovoljni svojom kirurškom skrbi, a neke nisu pokazale korelaciju između dvije varijable (66). Ostali nepromjenjivi čimbenici prijavljeni u literaturi uključuju uzimanje izvanbolničkih narkotika i prijem putem hitne pomoći, a oba su povezana s nižim zadovoljstvom bolničkim kirurškim iskustvom. Iako ne možemo mijenjati čimbenike koji se ne mogu mijenjati kao što je demografija bolesnika, institucije moraju biti oprezne kada procjenjuju rezultate među populacijama koje se značajno razlikuju s obzirom na takve karakteristike.

Rezultati provedenih istraživanja pokazuju da medicinske sestre moraju posvetiti više vremena bolesnicima, ne samo u pružanju sestrinske skrbi, već i u njihovom informiranju, davanju pisanih preporuka nakon otpusta, odgovaranju na pitanja i dopuštanju bolesnicima da sudjeluju u procesu skrbi. Potrebne su dodatna istraživanja kako bismo proširili razumijevanje čimbenika koji utječu na zadovoljstvo bolesnika u kirurškoj preoperativnoj obradi kako bi se identificirali specifični aspekti preoperativne sestrinske njege koji se mogu poboljšati. Možda bi se pristup korišten u ovoj studiji mogao koristiti za usmjeravanje budućih studija o preoperativnoj sestrinskoj skrbi.

Rezultati ovog istraživanja mogli bi imati važne implikacije na praksu preoperativnog sestrinskog pristupa. Na temelju ukupnih ocjena zadovoljstva, možemo zaključiti da je preoperativna sestrinska skrb ispunila očekivanja bolesnika. Vjerujemo da se dobri rezultati

dobiveni u ovom istraživanju mogu pripisati sustavnom procesu preoperativne sestrinske skrbi koji se provodi u našoj bolnici. U tom smislu naš se sustav može smatrati primjerom dobro osmišljenog procesa preoperativne skrbi za zdravstvene ustanove. Čini se jasnim da sustavni pristup poboljšava pružanje njege, dopuštajući tako medicinskim sestrama da pružaju njegu na kompetentan način, uspoređujući s drugim istraživanjima iz svijeta.

## 7. ZAKLJUČAK

Temeljen dobivenih rezultata našeg istraživanja možemo zaključiti:

- Ispitanici koji su prošli preoperativnu obradu kroz Dnevnu bolnicu Opće kirurgije su zadovoljni pruženom skrbi
- Većina ispitanika je bila ženskog spola dobi od 31 – 45 godina starosti
- Literatura navodi da je veće zadovoljstvo bolesnika ako je pristup zdravstvenih djelatnika stručan i empatičan
- Medicinske sestre imaju dovoljno znanja i vještina u pružanju preoperativne obrade
- Ispitanici iznose da dobrom organizacijom i kratkim vremenom čekanja na termin imaju više vremena za privatni život.

Iako se ove varijable bolesnika ne mogu mijenjati, važno je razumjeti izmjerene ishode određene ustanove u ovom kontekstu. Odnosno, zdravstvene ustanove bi se trebale uspoređivati sa “sličnim organizacijama”, ali to nažalost nije uobičajena praksa. Na kraju, identificirali smo intervencije koje su bile uspješne u poboljšanju rezultata zadovoljstva bolesnika. Uzimajući u obzir višedimenzionalne aspekte zadovoljstva bolesnika, pri pokušaju intervencija za poboljšanje zadovoljstva potrebno je primijeniti pristup usmjeren na tim.

## 8. SAŽETAK

**CILJ ISTRAŽIVANJA:** Ispitati i prikazati zadovoljstvo bolesnika preoperativnih usluga dnevne bolnice Opće kirurgije Kliničke bolnice Dubrava.

**USTROJ STUDIJE:** Provedeno je presječno istraživanje.

**ISPITANICI I METODE:** Ispitanike su činili bolesnici koji su prošli preoperativnu obradu kroz Dnevnu bolnicu Opće kirurgije pri Kliničkoj bolnici Dubrava. Uzorak je činio 111 ispitanika koji su dobrovoljno pristali sudjelovati u istraživanju. Sudjelovanje u istraživanju je bilo potpuno anonimno te je provedeno kroz svibanj 2022. godine.

**REZULTATI:** Najviše ispitanika je bilo ženskog spola u dobi od 31 – 45 godina starosti. Ispitanici su generalno zadovoljni pruženom preoperativnom obradom kroz Dnevnu bolnicu Opće kirurgije Kliničke bolnice Dubrava. Nije pronađena statistički značajna razlika glede loših iskustava ili loše pruženom skrbi za vrijeme preoperativne obrade.

**ZAKLJUČAK:** Rezultati ovog istraživanja mogli bi imati važne implikacije na praksu preoperativnog sestrinskog pristupa. Na temelju ukupnih ocjena zadovoljstva, možemo zaključiti da je preoperativna sestrinska skrb ispunila očekivanja bolesnika. Vjerujemo da se dobri rezultati dobiveni u ovom istraživanju mogu pripisati sustavnom procesu preoperativne sestrinske skrbi koji se provodi u našoj bolnici. U tom smislu naš se sustav može smatrati primjerom dobro osmišljenog procesa preoperativne skrbi za ostale zdravstvene ustanove.

**KLJUČNE RIJEČI:** bolesnik, medicinska sestra, preoperativna obrada, pristup, zadovoljstvo

## 9. SUMMARY

### **Patient satisfaction with the service provided by preoperative treatment through the day hospital of general surgery**

**OBJECTIVES:** To examine and show the satisfaction of patients in the preoperative services of the day hospital of General Surgery of the Clinical Hospital Dubrava.

**STUDY STRUCTURE:** A cross-sectional study was conducted.

**RESPONDENTS AND METHODS:** Subjects consisted of patients who underwent preoperative treatment through the Day Hospital of General Surgery at the Clinical Hospital Dubrava. The sample consisted of 111 respondents who voluntarily agreed to participate in the study. Participation in the survey was completely anonymous and was conducted through May 2022.

**RESULTS:** Most of the respondents were female aged 31-45 years. Respondents are generally satisfied with the preoperative treatment provided through the General Surgery Day Hospital of the Dubrava Clinical Hospital. No statistically significant difference was found regarding bad experiences or poorly provided care during preoperative treatment.

**CONCLUSION:** The results of this research could have important implications for the practice of preoperative nursing approach. Based on overall satisfaction ratings, we can conclude that preoperative nursing care met patients' expectations. We believe that the good results obtained in this research can be attributed to the systematic process of preoperative nursing care that is carried out in our hospital. In this sense, our system can be considered an example of a well-designed preoperative care process for other health care facilities.

**KEY WORDS:** patient, nurse, preoperative treatment, approach, satisfaction



**10. LITERATURA**

1. Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced recovery after surgery: A Review. *JAMA Surg.* 2017;152:292–8.
2. Moonesinghe SR, Mythen MG, Grocott MP. Patient-related risk factors for postoperative adverse events. *Curr Opin Crit Care.* 2019;15:320–7.
3. Lai CW, Minto G, Challand CP, Hosie KB, Sneyd JR, Creanor S, et al. Patients' inability to perform a preoperative cardiopulmonary exercise test or demonstrate an anaerobic threshold is associated with inferior outcomes after major colorectal surgery. *Br J Anaesth.* 2013;111:607–11.
4. Wright S, Wiechula R, McLiesh P. The effectiveness of prehabilitation for adults having elective surgery: A systematic review protocol. *JB I Database System Rev Implement Rep.* 2016;14:78–92.
5. Altman AD, Nelson GS. Society of Gynecologic Oncology of Canada Annual General Meeting, Continuing Professional Development, and Communities of Practice Education Committees. The Canadian gynaecologic oncology perioperative management survey: Baseline practice prior to implementation of enhanced recovery after surgery (ERAS) society guidelines. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38:1105–900.
6. Grocott MP, Plumb JO, Edwards M, Fecher-Jones I, Levett DZ. Re-designing the pathway to surgery: Better care and added value. *Perioper Med (Lond)* 2017;6:9.
7. Shenson JA, Craig JN, Rohde SL. Effect of preoperative counseling on hospital length of stay and readmissions after total laryngectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017;156:289–98.
8. Theocharidis V, Katsaros I, Sgouromallis E, Serifis N, Boikou V, Tasigiorgos S, et al. Current evidence on the role of smoking in plastic surgery elective procedures: A systematic review and meta-analysis. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2018;71:624–36.
9. Turan A, Mascha EJ, Roberman D, Turner PL, You J, Kurz A, et al. Smoking and perioperative outcomes. *Anesthesiology.* 2011;114:837–46.
10. Theadom A, Cropley M. Effects of preoperative smoking cessation on the incidence and risk of intraoperative and postoperative complications in adult smokers: A systematic review. *Tob Control.* 2006;15:352–8.

11. Zaballos M, Canal MI, Martínez R, Membrillo MJ, Gonzalez FJ, Orozco HD, et al. Preoperative smoking cessation counseling activities of anesthesiologists: A cross-sectional study. *BMC Anesthesiol.* 2015;15:60.
12. Näsell H, Adami J, Samnegård E, Tønnesen H, Ponzer S. Effect of smoking cessation intervention on results of acute fracture surgery: A randomized controlled trial. *J Bone Joint Surg Am.* 2010;92:1335–42.
13. Bottorff JL, Seaton CL, Viney N, Stolp S, Krueckl S, Holm N, et al. The stop smoking before surgery program: Impact on awareness of smoking-related perioperative complications and smoking behavior in Northern Canadian Communities. *J Prim Care Community Health.* 2016;7:16–23.
14. Lauridsen SV, Thomsen T, Thind P, Tønnesen H. STOP smoking and alcohol drinking before OPeration for bladder cancer (the STOP-OP study), perioperative smoking and alcohol cessation intervention in relation to radical cystectomy: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 2017;18:329.
15. Jung KH, Kim SM, Choi MG, Lee JH, Noh JH, Sohn TS, et al. Preoperative smoking cessation can reduce postoperative complications in gastric cancer surgery. *Gastric Cancer.* 2015;18:683–90.
16. Tønnesen H, Egholm JW, Oppedal K, Lauritzen JB, Madsen BL, Pedersen B, et al. Patient education for alcohol cessation intervention at the time of acute fracture surgery: Study protocol for a randomised clinical multi-centre trial on a gold standard programme (Scand-ankle) *BMC Surg.* 2015;15:52.
17. Shabanzadeh DM, Sørensen LT. Alcohol consumption increases post-operative infection but not mortality: A Systematic review and meta-analysis. *Surg Infect (Larchmt)* 2015;16:657–68.
18. Kaka AS, Zhao S, Ozer E, Agrawal A, Kang S, Rocco J, et al. Comparison of clinical outcomes following head and neck surgery among patients who contract to abstain from alcohol vs patients who abuse alcohol. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017;143:1181–6.
19. Hill GE, Ogunnaike BO, Johnson ER. General anaesthesia for the cocaine abusing patient. Is it safe? *Br J Anaesth.* 2006;97:654–7.
20. West PL, McKeown NJ, Hendrickson RG. Methamphetamine body stuffers: An observational case series. *Ann Emerg Med.* 2010;55:190–7.

21. Booker RJ, Smith JE, Rodger MP. Packers, pushers and stuffers – Managing patients with concealed drugs in UK emergency departments: A clinical and medicolegal review. *Emerg Med J.* 2009;26:316–20.
22. Bahrami-Motlagh H, Hassanian-Moghaddam H, Behnam B, Arab-Ahmadi M. Failure of surgical treatment in methamphetamine body-stuffers. *J Forensic Leg Med.* 2015;32:70–2.
23. Valkenet K, van de Port IG, Dronkers JJ, de Vries WR, Lindeman E, Backx FJ, et al. The effects of preoperative exercise therapy on postoperative outcome: A systematic review. *Clin Rehabil.* 2011;25:99–111.
24. Lemanu DP, Singh PP, MacCormick AD, Arroll B, Hill AG. Effect of preoperative exercise on cardiorespiratory function and recovery after surgery: A systematic review. *World J Surg.* 2013;37:711–20.
25. Matassi F, Duerinckx J, Vandenneucker H, Bellemans J. Range of motion after total knee arthroplasty: The effect of a preoperative home exercise program. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2014;22:703–9.
26. Pouwels S, Stokmans RA, Willigendael EM, Nienhuijs SW, Rosman C, van Ramshorst B, et al. Preoperative exercise therapy for elective major abdominal surgery: A systematic review. *Int J Surg.* 2014;12:134–40.
27. Miller TE, Roche AM, Mythen M. Fluid management and goal-directed therapy as an adjunct to enhanced recovery after surgery (ERAS) *Can J Anaesth.* 2015;62:158–68.
28. Knight PR, 3rd, Bacon DR. An unexplained death: Hannah greener and chloroform. *Anesthesiology.* 2002;96:1250–3.
29. Abtahi AM, Presson AP, Zhang C, Saltzman CL, Tyser AR. Association between orthopaedic outpatient satisfaction and non-modifiable patient factors. *J Bone Jt Surg - Am.* 2014;97(13):1041–1048.
30. Angioli R, Plotti F, Capriglione S, Aloisi A, Aloisi ME, Luvero D, et al. The effects of giving patients verbal or written pre-operative information in gynecologic oncology surgery: a randomized study and the medical-legal point of view. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014;8(2):86–91.
31. Bernard SA, Chelminski PR, Ives TJ, Ranapurwala SI. Management of pain in the united states-a brief history and implications for the opioid epidemic. *Heal Serv insights.* 2018;11:1178-1201.

32. Bjertnaes OA, Sjetne IS, Iversen HH. Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(1):39–46.
33. Oswald N, Hardman J, Kerr A, Bishay E, Steyn R, Rajesh P, et al. Patients want more information after surgery: a prospective audit of satisfaction with perioperative information in lung cancer surgery. *J Cardiothorac Surg.* 2018;13(1):18
34. Boissy A, Windover AK, Bokar D, Karafa M, Neuendorf K, Frankel RM, et al. Communication skills training for physicians improves patient satisfaction. *J Gen Intern Med.* 2016;31(7):755–61.
35. Dalal AK, Dykes PC, Collins S, Lehmann LS, Ohashi K, Rozenblum R, et al. A web-based, patient-centered toolkit to engage patients and caregivers in the acute care setting: a preliminary evaluation. *J Am Med Inform Assoc.* 2016;23(1):80–7.
36. Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P. The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Arch Intern Med.* 2012;172(5):405–11.
37. Mann RK, Siddiqui Z, Kurbanova N, Qayyum R, Qayyum R. Effect of HCAHPS reporting on patient satisfaction with physician communication. *J Hosp Med.* 2016;11(2):105–10.
38. Gan TJ, Habib AS, Miller TE, White W, Apfelbaum JL. Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: results from a US national survey. *Curr Med Res Opin.* 2014;30(1):149–60.
39. Gebremedhn EG, Lemma GF. Patient satisfaction with the perioperative surgical services and associated factors at a University Referral and Teaching Hospital, 2014: a cross-sectional study. *Pan Afr Med J.* 2017;27:176.
40. Goldwater DS, Dharmarajan K, McEwen BS, Krumholz HM. Is posthospital syndrome a result of hospitalization-induced allostatic overload? *J Hosp Med.* 2018;13(5).
41. Ahmad I, et al. Dynamics of Patient Satisfaction from Healthcare Services, *Gomal Journal of Medical Sciences*, 2011;9(1):37-41.
42. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T. Patients' experience and satisfaction with Health Care: Results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality Safety Health Care*, 2003;11:335-339 .
43. Kahn SA, Iannuzzi JC, Stassen NA, Bankey PE, Gestring M. Measuring satisfaction: factors that drive hospital consumer assessment of healthcare providers and systems

- survey responses in a trauma and acute care surgery population. *Am Surg.* 2015;81(5):537–43.
44. Kain ZN, Vakharia S, Garson L, Engwall S, Schwarzkopf R, Gupta R, et al. The perioperative surgical home as a future perioperative practice model. *Anesth Analg.* 2014;118(5):1126–30.
45. Martin L, Presson AP, Zhang C, Ray D, Finlayson S, Glasgow R. Association between surgical patient satisfaction and nonmodifiable factors. *J Surg Res.* 2017;214:247–53.
46. Mazurenko O, Zemke D, Lefforge N, Shoemaker S, Menachemi N. What determines the surgical patient experience? Exploring the patient, clinical staff, and administration perspectives. *J Healthc Manag.* 2015;60:332–46.
47. Tsai TC, Orav EJ, Jha AK. Patient satisfaction and quality of surgical care in US hospitals. 2015;261(1):2–8.
48. Sacks GD, Lawson EH, Dawes AJ, Russell MM, Maggard-Gibbons M, Zingmond DS, et al. Relationship between hospital performance on a patient satisfaction survey and surgical quality. *JAMA Surg.* 2015;150(9):858.
49. Jones CH, O’Neill S, McLean KA, et al. Patient experience and overall satisfaction after emergency abdominal surgery. *BMC Surg* 2017; 17: 1–8
50. Aboumatar HJ, Chang BH, Al Danaf J, et al. Promising practices for achieving patient-centered hospital care. *Med Care* 2015; 53: 758–767.
51. Haley DR, Zhao M, Spaulding A, Hamadi H, Xu J, Yeomans K. The influence of hospital market competition on patient mortality and total performance score. *Health Care Manag (Frederick).* 2016;35(3):220–30.
52. Hawkins RJ, Swanson B, Kremer MJ. An integrative review of factors related to patient satisfaction with general anesthesia care. *AORN J.* 2012;96(4):368–76.
53. Borghans I, Kleefstra SM, Kool RB, et al. Is the length of stay in hospital correlated with patient satisfaction? *Int J Qual Heal Care* 2012; 24: 443–451.
54. Marušić M. i sur. *Uvod u znanstveni rad u medicini.* 5. izd. Udžbenik. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
55. St Jacques PJ, Minear MN. Improving perioperative patient safety through the use of information technology. *Technology and Medication Safety.* 2010;5(8):477–85.
56. Gebremedhn EG, Nagaratnam V. Assessment of patient satisfaction with the preoperative anesthetic evaluation. *Dove Press Journal.* 2014;5:105–110.

57. Abad-Corpa E, Molina-Durán F, Vivo-Molina MC, et al. Study in Murcia: hospital organizational characteristics and nursing staff profiles. *Rev Calid Asist* 2013; 28: 345–354.
58. Andemeskel YM, Elsholz T, Gebreyohannes G, Tesfamariam EH. Patient satisfaction with peri-operative anesthesia care and associated factors at two National Referral Hospitals: a cross sectional study in Eritrea. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):669.
59. Heidegger T, Husemann Y, Nuebling M, Morf D, Sieber T, Huth A, et al. Patient satisfaction with anaesthesia care: development of a psychometric questionnaire and benchmarking among six hospitals in Switzerland and Austria. *Br J Anaesth*. 2002;89(6):863–72.
60. Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Aff*. 2013;32(2):207–14.
61. Sillero-Sillero A, Zabalegui A. Safety and satisfaction of patients with nurse's care in the perioperative. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019 Apr 29;27:3142.
62. Kennedy GD, Tevis SE, Kent KC. Is there a relationship between patient satisfaction and favorable outcomes? *Ann Surg* 2014; 260: 592–600.
63. Pajnikihar M, Štiglic G, Vrbnjak D. The concept of Watson's carative factors in nursing and their (dis)harmony with patient satisfaction. *Peer J* 2017; 5:2940.