

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

## Zadovoljstvo starejših uporabnikov zdravstvene nege na domu Elderly users' satisfaction with home nursing care

Danica Železnik, Sanda Rajčić

**Ključne besede:** medicinska sestra; zdravstvena nega; domače okolje; starostniki; Hrvaška

**Key words:** nurse; nursing care; home environment; elderly; Croatia

doc. dr. Danica Železnik,  
prof. zdr. vzg., spec. gerontol.;  
Visoka šola za zdravstvene vede  
Slovenj Gradec, Glavni trg 1,  
2380 Slovenj Gradec; Alma  
Mater Europaea, Evropski  
center Maribor, Gosposka ul 1,  
2000 Maribor

Kontaktne e-naslov/  
Correspondence e-mail:  
danica.zeleznik@gmail.com

mag. Sanda Rajčić, dipl. med.  
ses.; Univerza Josipa Juraja  
Strossmayera v Osijeku,  
Medicinska fakulteta Osijek,  
Ulica Josipa Huttlera 4, 31000,  
Osijek, Hrvaška

Članek je nastal na osnovi  
magistrskega dela Sande  
Rajčić *Zadovoljstvo korisnika  
zdravstvene njege u kući radom  
medicinske sestre* (2013).

Prejeto/Received: 19. 3. 2014  
Sprejeto/Accepted: 17. 7. 2014

### IZVLEČEK

**Uvod:** Stopnja zadovoljstva uporabnikov zdravstvene nege na domu služi kot pokazatelj subjektivne ocene kakovosti njihove obravnave. Namen članka je prikazati raven zadovoljstva uporabnikov zdravstvene nege na domu.

**Metode:** Uporabljen je bil kvantitativni raziskovalni pristop. Podatki so bili zbrani z anketiranjem 186 uporabnikov zdravstvene nege na domu v Republiki Hrvaški v občini Osijek z okolico. Instrument raziskave je bil strukturirani vprašalnik, oblikovan za potrebe raziskave. Statistična analiza podatkov je bila opravljena s pomočjo programa SPSS za Windows različica 9.0.

**Rezultati:** Med uporabniki je bilo najbolj izpostavljeno zadovoljstvo s spoštovanjem diskretnosti in zasebnosti pri izvajanju aktivnosti zdravstvene nege (133 oz. 72,0 % uporabnikov), zadovoljstvo z ljubeznivostjo medicinskih sester in profesionalnim izvajanjem aktivnosti zdravstvene nege (131 oz. 70,0 % uporabnikov). S časom, ki jim je odmerjen za pogovor z medicinsko sestro, je bilo nezadovoljnih 40 (21,5 %) uporabnikov.

**Diskusija in zaključek:** Izsledki raziskave pokažejo, da so anketiranci z aktivnostmi zdravstvene nege na domu v večini popolnoma zadovoljni, kar lahko kaže na dobro opravljeno delo medicinskih sester ali na bojazen uporabnikov, da bi v primeru izkazovanja nezadovoljstva bila njihova obravnava prekinjena. Najmanj zadovoljni so tisti uporabniki, ki jih medicinska sestra obišče samo dvakrat na teden, opravi zgolj s strani zdravnika predpisano negovalno aktivnost, za pogovor pa ji ne ostane časa, ker je slednji natančno odmerjen. Rezultati raziskave lahko služijo za načrtovanje in reorganizacijo zdravstvene nege na domu ter kot izhodišče novih raziskav.

### ABSTRACT

**Introduction:** The user satisfaction with the home nursing care serves as an indicator of a subjective evaluation of the quality of their treatment. The purpose of this contribution is to show the study of the satisfaction level of home nursing care users.

**Methods:** A quantitative research approach was used in this study. The data were gathered with a survey that included 186 users of home nursing care in the Osijek municipality in Croatia. A structured questionnaire was formed for the purposes of the research. The data gathered were statistically analysed with the SPSS 9.0 software.

**Results:** The most emphasised was the users' satisfaction with the respect of discretion and privacy during nursing care activities 133 (72.0 %). Participants were also satisfied with the nurses' kindness and professionalism during nursing care activities 131(70.0 %), while 40 (21.5 %) participants were discontented with the time they had been given for the communication with their nurse.

**Discussion and conclusion:** The research shows that participants are satisfied with the majority of home care activities, which may imply that nurses have performed their duties properly or that users are apprehensive that their examination and treatment might be interrupted if they showed any discontent. Users with only 2 visitations per week were the least satisfied with their nurse's activities, because a nurse only performs prescribed activities, and there is usually not enough time for conversation. Results of this research can be used for further planning and reorganisation of home care and they may serve as a solid background for future studies.

## Uvod

Zadovoljstvo pacienta je pomemben dejavnik za merjenje kakovosti zdravstvene nege (Han, et al., 2003; Khan, et al., 2007). Prva merjenja zadovoljstva lahko zasledimo v osemdesetih letih prejšnjega stoletja. V zadnjih dvajsetih letih se je iz prvih poskusov to področje zelo razvilo in postaja vedno bolj pomembno. V Sloveniji je zadovoljstvo uporabnikov zdravstvene nege nejasno, zelo slabo opredeljeno in slabo raziskano. Zagotovo pa se zadovoljstvo uporabnikov zdravstvene nege s časom spreminja in postaja vedno bolj transparentno.

Mnenja uporabnikov imajo pozitiven vpliv na dojetje kakovosti zdravstvene nege in zdravstvenih storitev. Kanadska raziskava, izvedena v štirinajstih bolnišnicah v Ontariju, ugotavlja, da je zadovoljstvo s kakovostjo zdravstvene nege pomemben kazalnik kakovosti obravnave uporabnikov. Ugotovili so pomembne povezave med zadovoljstvom z zdravstveno nego, ki so je bili deležni hospitalizirani pacienti, in splošnim zadovoljstvom ter kakovostjo njihove celotne obravnave v zdravstvenem varstvu (Laschinger, et al., 2005).

Po navedbah Jha in sodelavcev (2008) bi samo 53 % pacientov bolnišnico, v kateri so se zdravili, priporočali za zdravljenje tudi drugim; z zdravstveno nego pa je bilo zadovoljnih le 30 % hospitaliziranih pacientov. Zelo nizko zadovoljstvo z zdravstveno nego navaja tudi Kutney-Lee s sodelavci (2009), kjer posebej izpostavljajo, da je zdravstvena nega ključ do zadovoljstva uporabnikov.

Izid zdravstvene obravnave je zagotovo koncept, ki omogoča uvajanje stalnega in celovitega izboljšanja kakovosti zdravstvene nege. Pregled različnih opredelitev koncepta zadovoljstva pacientov pokaže, da se je razumevanje samega pojma v zadnjih desetletjih razvijalo v različnih okoliščinah in za različne namene, zato so nastale tudi različne opredelitve. Nekatere se med seboj dopolnjujejo, druge si tudi nasprotujejo (Možina, 2007). V zdravstvu imamo različne pristope in ogrodja za spremljanje izvajanja zdravstvenih storitev in zadovoljstva pacientov, ki bi jih bilo potrebno poenotiti. Enotno ogrodje namreč omogoča enotna izhodišča za razmišljanje o zdravstveni negi, izobraževanju, delovanju v praksi in raziskovanju. Standardi in kazalniki bi se morali osredotočati predvsem na tri pomembne vidike v izvajanju zdravstvene nege: učinkovitost, uspešnost in kakovost, pri čemer so si raziskovalci zelo enotni (Helfert, 2009).

Uporabniki zdravstvene nege se vse bolj zavedajo svojih pravic in zahtevajo višjo kakovost obravnave na vseh nivojih zdravstvenega varstva. Za učinkovito in kakovostno zdravstveno nego so potrebne smernice in usmeritve, ki morajo biti usklajene na nacionalnem nivoju in mednarodno primerljive. Raziskovalci so si v veliki večini enotni,

da so uporabnikova pričakovanja in njegove osebne karakteristike izjemno pomembni dejavniki za ocenjevanje stopnje zadovoljstva z zdravstveno nego. Biering in sodelavci (2006) ugotavljajo, da je koncept zadovoljstva uporabnikov zdravstvene nege težko opredeliti zaradi njenega večdimenzionalnega področja in subjektivnega značaja zadovoljstva. Kot navajata Davis in Bush (2003), na stopnjo zadovoljstva z zdravstveno nego pomembno vplivajo pričakovanja uporabnika, demografske značilnosti in sama narava bolezni, vendar demografske značilnosti v raziskavi Han in sodelavci (2003) niso pokazale statistično pomembnega vpliva na stopnjo zadovoljstva uporabnikov zdravstvene nege.

Liu in Wang (2007) v izsledkih raziskave, izvedene na vzorcu 320 pacientov učne bolnišnice na Kitajskem, navajata relativno visok nivo zadovoljstva pacientov z zdravstveno nego. Različne raziskave so pokazale, da se zadovoljstvo uporabnikov zdravstvene nege ne nanaša samo na pričakovanja glede poklicne usposobljenosti in znanja medicinskih sester, temveč tudi na komunikacijo, medosebne odnose in pričakovanja glede čustvene in fizične podpore, zato je za ugotavljanje zadovoljstva potrebno uporabiti standardizirane vprašalnike (Ozsoy, et al., 2007). Zadovoljstvo pacienta z njegovo obravnavo je eden izmed pomembnih dejavnikov, ki vplivajo na njegovo zdravje, do katerega ima pravico (Mpinga & Chastonay, 2011).

Izsledki raziskave (Ahmad & Alasad, 2004), opravljene na kirurških oddelkih, kažejo, da so z zdravstveno nego veliko bolj zadovoljne ženske kot moški in da so z zdravstveno nego manj zadovoljni pacienti z višjo izobrazbo. Chan in Cau (2005) na osnovi svoje raziskave navajata, da so pri triažiranju z obravnavo bolj zadovoljni starejši uporabniki zdravstvene nege kot mlajši in da izobrazba ter izkušnje medicinskih sester ne kažejo statistično pomembne povezave s stopnjo zadovoljstva uporabnikov njihovih storitev. Rezultati nekaterih raziskav govorijo o tem, da uporabniki zdravstvene nege posebej izpostavljajo zadovoljstvo z izvedbo negovalnih aktivnosti in spretnosti medicinskih sester (Merkouris, et al., 2004).

Medicinske sestre v komunikaciji s pacienti zagotavljajo informacije s področja njihovega obsega skrbi za paciente, zato se pogosto ugotavlja zadovoljstvo s komunikacijo medicinskih sester, saj je le-ta najpomembnejši del zdravstvene nege, ki omogoča razvoj pozitivnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom, kar je bistvenega pomena za kakovost zdravstvene nege (McCabe, 2004). V komunikacijo medicinska sestra vključuje tudi družinske člane pacienta in družbo. Na ta način spodbuja blaginjo skupnosti in družinskih razmerij ter deluje v skladu s svojo vestjo. Torej je za doseganje zastavljenih ciljev iz načrta zdravstvene nege potrebno aktivno vključevanje pacienta v sprejemanje odločitev in vrednotenje dela medicinske sestre skozi zadovoljstvo uporabnika. Tudi

ocenjevanje zadovoljstva uporabnikov zdravstvene nege na domu služi kot eden izmed subjektivnih pokazateljev kakovostne zdravstvene nege, saj pomembno vpliva na njihovo zdravstveno stanje, terapevtske izide ter uporabo drugih zdravstvenih storitev (Fentonn, et al., 2012).

V članku bomo predstavili zadovoljstvo uporabnikov z zdravstveno nego na domu na Hrvaškem, kjer je v primerjavi s Slovenijo le-ta organizirana nekoliko drugače. Predlog za izvedbo zdravstvene nege pri uporabniku izda izbrani zdravnik na predpisanem obrazcu na podlagi pregleda dokumentacije in osebnega pregleda uporabnika. Zdravnik tudi določi eno izmed štirih stopenj zahtevnosti zdravstvene nege. V skladu z določbami Pravilnika o pogojih in načinu uveljavljanja pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja do zdravstvene nege na domu se slednja lahko predpiše največ petkrat do sedemkrat na teden skozi obdobje tridesetih dni. V obrazložitvi predloga za izvajanje zdravstvene nege na domu izbrani zdravnik predlaga tudi aktivnosti, ki jih medicinska sestra na domu izvede. Dokončno odobritev za izvajanje zdravstvene nege na domu v skladu s predlogom izbranega zdravnika daje zdravniška komisija regionalnega urada Zavoda za zdravstveno zavarovanje (Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osebe, 2007). Pravilnik nadalje določa, da je zavarovana oseba upravičena do zdravstvene nege na domu, če je nepomična ali težko pomična in za premikanje potrebuje pomoč druge osebe ali uporablja pripomočke za mobilnost; če ima kronično bolezen v fazi poslabšanja ali zapletov, in sicer pod pogojem, da izbrani zdravnik hkrati izvaja zdravljenje na domu in predpiše tudi zdravstveno nego na domu; v primeru prehodnih ali trajnih zdravstvenih stanj, pri katerih ni mogoča skrb zase; po operativnih posegih, ki zahtevajo preveze in oskrbo ran ter skrb za stomo in ko je uporabnik v terminalni fazi bolezni. Kriteriji za upravičenost do zdravstvene nege na domu vključujejo tudi natančno odmerjen čas obiska medicinske sestre. Trideset minut je odmerjenih za zdravstveno nego na domu pri uporabniku, ki ga je izbrani zdravnik razvrstil po stopnji zahtevnosti zdravstvene nege v Nego 1, 60 minut za stopnjo zahtevnosti Nega 2, 120 minut za stopnjo zahtevnosti Nega 3 in 180 minut za stopnjo zahtevnosti Nega 4, ali če je uporabnik v terminalnem stadiju bolezni.

Medicinske sestre na Hrvaškem, ki obravnavajo starejše ljudi na njihovih domovih, so izključno zasebnice s koncesijo s točno določenimi aktivnostmi zdravstvene nege, medtem ko imajo patronažne medicinske sestre poleg svojih določenih aktivnosti zdravstvene nege in kompetenc tudi obveznost, da enkrat na štirinajst dni izvedejo vrednotenje dela svojih kolegic, zasebnic koncesionark na terenu, ki izvajajo kurativno dejavnost in zanjo potrebujejo delovni nalog osebne izbranega zdravnika. Na

podlagi vrednotenja njihovega dela napišejo poročilo, ki ga skupaj s strokovnim mnenjem, ali je obisk pri uporabniku zdravstvene nege na domu še potreben, predložijo izbranemu zdravniku. Navedeno pomeni, da patronažne medicinske sestre izvajajo nadzor nad medicinskimi sestrami koncesionarkami.

### *Namen in cilj*

Namen raziskave je bil pridobiti mnenja uporabnikov zdravstvene nege na domu o zadovoljstvu z njihovo obravnavo s strani medicinskih sester. Cilj je bil ugotoviti, kakšno je zadovoljstvo z zdravstveno nego glede na demografske podatke in kakšno je zadovoljstvo glede na zdravstveno stanje, predpisano stopnjo zdravstvene nege in komunikacijo. Zastavili smo si dve raziskovalni vprašanji:

RV1: Kakšno je zadovoljstvo uporabnikov z zdravstveno nego na domu glede na demografske dejavnike, kot so spol, starost, zakonski stan in izobrazba?

RV2: Kakšno je zadovoljstvo uporabnikov z zdravstveno nego na domu glede na zdravstveno stanje uporabnika, predpisano stopnjo zdravstvene nege in pripravljenostjo medicinskih sester za komunikacijo?

### **Metode**

Izbrana je neeksperimentalna kvantitativna raziskovalna metodologija. Raziskava je zasnovana s priložnostnim vzorčenjem, podatki so bili zbrani z anketiranjem.

### *Opis instrumenta*

Kot merski instrument raziskave za ugotavljanje zadovoljstva uporabnikov zdravstvene nege na domu je bil uporabljen vprašalnik, oblikovan na podlagi študija literature za potrebe raziskave. Najprej smo vprašalnik pilotsko testirali na manjšem vzorcu treh uporabnikov zdravstvene nege na domu v Osijeku. Po pilotskem testiranju vprašalnika smo glede na pripombe anketirancev prilagodili nekatera vprašanja in na ta način izboljšali razumljivost vprašalnika, saj je zelo pomembno, da je merski instrument smiseln na način, da zajame vse attribute, ki jih želimo izmeriti oziroma testirati (Lucke, 2005; Neuman, 2011).

Končni vprašalnik je bil sestavljen iz dveh delov. Začetni del je spraševal o demografskih podatkih, zaobjemal je vprašanja, na katera so anketiranci odgovarjali tako, da so obkrožili vnaprej pripravljene odgovore in vpisovali iskane podatke. Drugi del vprašalnika so sestavljale trditve o zadovoljstvu oz. nezadovoljstvu uporabnikov zdravstvene nege z njihovo obravnavo s strani medicinskih sester. Anketiranci so odgovore vrednotili z oceno po Likertovi lestvici od 1 (zelo nezadovoljen) do 5 (zelo zadovoljen). Vsaka izjava je vsebovala samo

eno trditev, do katere je bilo treba zavzeti stališče. Lestvica je bila razložena. Izjave so bile nedvoumne, jasne in nesugestivne. Lestvica je bila sestavljena iz enakega števila stopenj strinjanja in nestrinjanja na vsaki strani nevtralne izbire. Zanesljivost merskega inštrumenta smo preverili s pomočjo koeficienta Cronbach alfa, ki je zajel 17 vprašanj, in je znašal 0,834.

### Opis vzorca

Izbran je bil neslučajnostni, priročni vzorec, z najdosegljivejšimi člani populacije (uporabniki zdravstvene nege na domu v občini Osijek in okoliških vaseh, ki so v pristojnosti Zdravstvenega doma Osijek), kar pomeni vzorec uporabnikov po presoji medicinskih sester, za katere so le-te predpostavljale, da so dober vir iskanih informacij. Razdeljenih je bilo 200 vprašalnikov, od tega smo prejeli 186 ustrezno izpolnjenih, kar predstavlja 93 % v raziskavo zajetih anketirancev.

V raziskavi je sodelovalo 186 udeležencev, od tega 60 (32,3 %) moških in 126 (67,7 %) žensk. Po izhodiščnem štiristopenjskem starostnem vzorcu (20–40 let, 41–65 let, 66–80 let in 81 let in več) je največji delež anketirancev predstavljal starostna skupina 66–80 let (97 oz. 52,2 %), med njimi 36 moških in 61 žensk. Zaključeno osnovno šolo je imelo 75 (40,3 %) anketirancev, med njimi več žensk (59 oz. 46,8 %) ( $\chi^2 = 24,176, p < 0,001$ ). Od skupno 94 (50,5 %) ovdovelih je

83 (65,9 %) žensk ( $\chi^2 = 40,253, p < 0,001$ ) (Tabela 1).

### Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred izvedbo raziskave smo pridobili soglasje strokovnega sveta Zdravstvenega doma Osijek. Vsi udeleženci v raziskavi so bili s strani patronažnih medicinskih sester predhodno seznanjeni z namenom in vsebino raziskave. Vsem udeležencem je bila podana informacija, da je sodelovanje prostovoljno in da ga lahko prekinemo tudi kadarkoli med samo raziskavo. Pridobili smo soglasje vseh sodelujočih. Izpolnjevanje vprašalnika je potekalo povprečno 20 minut. Pri vseh postopkih izvedbe raziskave je bila zagotovljena anonimnost. Raziskava je potekala od februarja 2013 do konca junija 2013. Pri obdelavi podatkov smo normalno porazdelitev opazovanih numeričnih spremenljivk testirali s pomočjo Kolmogorov-Smirnovskega testa. Kategorične spremenljivke smo opisali kot absolutne in relativne frekvence. Srednje vrednosti kontinuiranih spremenljivk so izražene z mediano in interkvartilnim razponom. Za raziskovanje razlik med dvema neodvisnima skupinama znotraj ene meritve je uporabljen Mann-Whitneyev test, za tri ali več pa Kruskal-Wallisov test. Razlike med kategoričnimi spremenljivkami smo testirali s testom  $\chi^2$ . Statistična analiza je bila opravljena s pomočjo programa SPSS za Windows (različica 9.0, Carry, NewYork, ZDA) s stopnjo pomembnosti  $p = 0,05$ .

Tabela 1: Opis vzorca  
Table 1: Sample description

Značilnosti/ General demographics	Spol/Gender		Skupaj/Total n (%)	$\chi^2$ (p)
	Moški/Male n (%)	Ženske/Female n (%)		
Starost v letih				
20–40	2 (3,3)	2 (1,6)	4 (2,2)	
41–65	6 (10)	18 (14,3)	24 (12,9)	3,216
66–80	36 (60)	61 (48,4)	97 (52,2)	(0,360)
≥ 81	16 (26,7)	45 (35,7)	61 (32,8)	
Izobrazba				
nezaključena osnovna šola	11 (18,3)	34 (27)	45 (24,2)	
osnovna šola	16 (26,7)	59 (46,8)	75 (40,3)	
srednja šola	24 (40)	32 (25,4)	56 (30,1)	24,176 (< 0,001)
višja šola	6 (10)	0 (0)	6 (3,2)	
fakulteta	3 (5)	1 (0,8)	4 (2,2)	
Zakonski stan				
samski	4 (6,7)	9 (7,1)	13 (7)	
poročeni	41 (68,3)	31 (24,6)	72 (38,7)	40,253
ločeni	4 (6,7)	3 (2,4)	7 (3,8)	(< 0,001)
ovdoveli	11 (18,3)	83 (65,9)	94 (50,5)	
Skupaj	60 (100)	126 (100)	186 (100)	/

Legenda/Legend:  $\chi^2$  – vrednost testa hi-kvadrat/value of chi-square test; n – število/number; % – odstotek/percentage; p – statistična značilnost/statistical significance

## Rezultati

Pomičnih je bilo 88 (47,3 %) udeležencev, 22 (36,7 %) moških in 66 (52,4 %) žensk, nepomičnih je bilo 98 (52,7 %) udeležencev, 38 (63,3 %) moških in 60 (47,6 %) žensk. En obisk na teden je imelo 56 (30,1 %) udeležencev, pet obiskov na teden 60 (32,3 %) udeležencev (Tabela 2).

Anketiranci so bili najbolj zadovoljni (133 oz. 72 %) s spoštovanjem diskretnosti in zasebnosti pri izvajanju aktivnosti zdravstvene nege, sledi prijaznost medicinskih sester in strokovna izvedba negovalnih aktivnosti (131 oz. 70 %). Zadovoljstvo z aktivnostmi, ki jih medicinske sestre izvedejo neposredno pred njihovo obravnavo (odstranitev nakita in ure, higienizacija rok, zaščitno oblačilo), je izrazilo 120 (65 %) anketirancev. Anketiranci

(32 oz. 17 %) niso zadovoljni s časom, ki jim ga namenijo medicinska sestra v smislu poučevanja za čim višjo stopnjo njihove neodvisnosti in promocije zdravja.

Mediana je na lestvici zadovoljstva znašala 4,4 (interkvartilni razpon 3,3–5,0), kar predstavlja nadpovprečno zadovoljstvo uporabnikov zdravstvene nege z delom medicinskih sester. Bistvene razlike v oceni zadovoljstva po spolu ( $Z = 0,437$ ,  $p = 0,636$ ) in starosti (Kruskal-Wallis  $\chi^2 = 7,392$ ,  $p = 0,060$ ) ni bilo (Tabela 3).

Po zakonskem stanu so največje zadovoljstvo s storitvami izrazili anketiranci, ki živijo ločeno (mediana 4,7; interkvartilni razpon 4,6–5,0), najmanjše zadovoljstvo pa anketiranci, ki živijo sami (mediana 3,7; interkvartilni razpon 2,8–5,0). Razlika v zadovoljstvu po zakonskem stanu ni bila statistično pomembna

Tabela 2: Porazdelitev udeležencev po mobilnosti in številu obiskov medicinskih sester na teden, primerjava po spolu  
Table 2: Mobility and number of nursing staff visits, arranged by gender

Značilnosti/ Specific characteristics	Spol/Gender		Skupaj/Total n (%)	$\chi^2$ (p)
	Moški/Male n (%)	Ženske/Female n (%)		
Mobilnost				
pomični	22 (36,7)	66 (52,4)	88 (47,3)	3,026 (0,059)
nepomični	38 (63,3)	60 (47,6)	98 (52,7)	
Število tedenskih obiskov medicinske sestre				
eden	16 (26,7)	40 (31,7)	56 (30,1)	0,620 (0,961)
dva	8 (13,3)	17 (13,5)	25 (13,4)	
trije	14 (23,3)	25 (19,8)	39 (21,0)	
štirje	2 (3,3)	4 (3,2)	6 (3,2)	
pet	20 (33,3)	40 (31,7)	60 (32,3)	
Skupaj	60 (100)	126 (100)	186 (100)	/

Legenda/Legend:  $\chi^2$  – vrednost testa hi-kvadrat/value of chi-square test; n – število/number, % – odstotek/percentage; p – statistična značilnost/statistical significance

Tabela 3: Zadovoljstvo uporabnikov storitev na domu z delom medicinske sestre po spolu in starosti  
Table 3: Clients' evaluation of nursing staff home services, arranged by gender and age

Značilnosti/ General demographics	M (kvartil 25–75 %)/ (Quartile 25–75 %)	p
Spol		
moški	4,4 (3,2–4,9)	$Z = 0,473$ $p = 0,636$
ženske	4,5 (3,3–5,0)	
Starost		
20–40	4,9 (4,6–5,0)	$\chi^2 = 7,392$ $p = 0,060$
41–65	4,7 (3,9–5,0)	
66–80	4,5 (3,3–5,0)	
≥ 81	4,0 (3,1–4,8)	

Legenda/Legend: M – mediana/median; Z – vrednost Mann-Whitneyevega testa/Mann-Whitney Z value;  $\chi^2$  – vrednost Kruskal-Wallisovega testa/Kruskal-Wallis chi-square value; p – statistična značilnost/statistical significance

(Kruskal-Wallis  $\chi^2 = 3,001$ ,  $p = 0,392$ ).

Pri zadovoljstvu s storitvami glede na stopnjo izobrazbe so znašale vrednosti median med 4,2 in 4,6, najnižja mediana je bila izračunana pri anketirancih s fakultetno izobrazbo. Po izobrazbi ni bilo statistično pomembne razlike v zadovoljstvu (Kruskal-Wallis  $\chi^2 = 2,991$ ,  $p = 0,559$ ). Podrobni rezultati so prikazani v Tabeli 4.

S storitvami glede na mobilnost so bili bolj zadovoljni nepomični kot pomični anketiranci (mediana 4,6; interkvartilni razpon 3,4–5,0), vendar razlika ni bila statistično pomembna ( $Z = 0,865$ ,  $p = 0,387$ ).

Zadovoljstvo s storitvami glede na število tedenskih obiskov medicinske sestre je bilo največje pri anketirancih, ki so bili deležni petih obiskov (mediana 4,7; interkvartilni razpon 4,0–5,0) in najmanjše pri anketirancih, ki so bili deležni dveh tedenskih obiskov (mediana 3,3; interkvartilni razpon 2,8–4,6). Razlika v zadovoljstvu anketirancev glede na število tedenskih obiskov medicinske sestre je bila statistično pomembna (Kruskal-Wallis  $\chi^2 = 15,800$ ,  $p = 0,003$ ).

Tabela 4: Zadovoljstvo uporabnikov storitev na domu z delom medicinske sestre po zakonskem stanu in izobrazbi

Table 4: Clients' evaluation of nursing staff home services, arranged by marital status and education

Značilnosti/ General demographics	M (kvartil 25–75 %)/ (Quartile 25–75 %)	$\chi^2$ (p)
Zakonski stan		
samski	3,7 (2,8–5,0)	
poročeni	4,4 (3,5–4,9)	3,001
ločeni	4,7 (4,6–5,0)	(0,392)
ovdoveli	4,5 (3,3–5,0)	
Izobrazba		
nedokončana osnovna šola	4,6 (3,3–5,0)	
osnovna šola	4,3 (3,3–5,0)	2,991
srednja šola	4,6 (3,4–4,9)	(0,559)
višja šola	4,3 (3,4–4,5)	
fakulteta	4,2 (2,9–4,4)	

Legenda/Legend: M – mediana/median;  $\chi^2$  – vrednost Kruskal-Wallisovega testa/Kruskal-Wallis chi-square value; p – statistična značilnost/statistical significance

Tabela 5: Zadovoljstvo uporabnikov storitev na domu z delom medicinske sestre po mobilnosti, številu obiskov medicinskih sester na teden in času za razgovor

Table 5: Clients' evaluation of nursing staff home services, arranged by mobility, number of nursing staff visits and communication time

Značilnosti/ Specific characteristics	M (kvartil 25%–75%)/ (Quartile 25–75 %)	p
Mobilnost		
pomični	4,4 (3,1–4,9)	Z = 0,865
nepomični	4,6 (3,4–5,0)	p = 0,387
Število tedenskih obiskov medicinske sestre		
eden	4,3 (2,8–5,0)	
dva	3,3 (2,8–4,6)	$\chi^2 = 15,800$
trije	4,5 (3,7–4,8)	p = 0,003
štirje	4,1 (3,3–5,0)	
pet	4,7 (4,0–5,0)	
Čas za razgovor po opravljenem postopku zdravstvene nege		
ni bilo časa za razgovor	2,9 (2,3–3,6)	
manj kot 10 minut	4,3 (3,3–4,7)	$\chi^2 = 21,192$
10 minut	4,9 (4,5–5,0)	< 0,001
več kot 10 minut	4,9 (4,5–5,0)	

Legenda/Legend: M – mediana/median; Z – vrednost Mann-Whitneyevega testa/Mann-Whitney Z value;  $\chi^2$  – vrednost Kruskal-Wallisovega testa/Kruskal-Wallis chi-square value; p – statistična značilnost/statistical significance

Tabela 6: Zadovoljstvo uporabnikov storitev zdravstvene nege na domu

Table 6: Users satisfaction of nursing at home

Mnenja/Opinions	n = 186	%
Zadovoljni s storitvami zdravstvene nege na domu	96	51,6
Več časa za pogovor	40	21,5
Več obiskov na teden	25	13,4
Več masaž	11	5,9
Preobremenjenost medicinskih sester (preveliko število uporabnikov storitev)	7	3,8
Medicinska sestra potrebuje več časa za izboljšanje higienskih pogojev	7	3,8

Legenda/Legend: n – število/number; % – odstotek/percentage

Več časa so medicinske sestre namenile za razgovor po opravljenem postopku, večje je bilo zadovoljstvo anketirancev. V primeru razgovora nad 10 minut je mediana znašala 4,9 (interkvartilni razpon 4,5–5,0), v primeru, da razgovora ni bilo, je mediana znašala 2,9 (interkvartilni razpon 2,3–3,6). Razlika v zadovoljstvu glede na čas razgovora se je pokazala kot statistično pomembna (Kruskal-Wallis  $\chi^2 = 21,192$ ,  $p < 0,001$ ). Podrobni rezultati so prikazani v Tabeli 5.

Povsem zadovoljnih s storitvami zdravstvene nege na domu je bilo 96 (51,6 %) anketirancev, več časa za pogovor si želi 40 (21,5 %) anketirancev, več obiskov na teden 25 (13,4 %) in več masaž 11 (5,9 %). Preobremenjenost medicinske sestre zaradi prevelikega števila pacientov izpostavlja 7 (3,8 %), enako število anketirancev meni, da medicinska sestra potrebuje več časa za pripravo in izvedbo aktivnosti za izboljšanje higienskih pogojev 7 (3,8 %) (Tabela 6).

## Diskusija

V Sloveniji prevladuje koncesijska oblika privatiziranega izvajanja javne službe (Poredoš, 2005) na podlagi pooblastila koncedenta, kjer je bistveno, da javni in zasebni sistem zdravstvenega varstva nista izključujoča, temveč dopolnjujoča se sistema, namenjena zagotavljanju storitev vsem prebivalcem v slovenskem prostoru. Slovenija ima zelo široko obvezno zdravstveno zavarovanje; to je naša razvojna prednost, tudi v primerjavi z razvitimi evropskimi državami (Česen, 2003).

Na Hrvaškem skrb za človeka, ki živi v domačem okolju, poteka drugače kot v Sloveniji, saj za njih skrbijo in pri tem tudi prevladujejo medicinske sestre zasebnice s koncesijo, ki obravnavajo izključno posameznika in ne družine v celoti. V Sloveniji imamo patronažno zdravstveno nego, ki jo lahko opravlja medicinska sestra z višješolsko ali visokošolsko strokovno izobrazbo kot samostojno dejavnost (koncesija), vendar je vključena v mrežo javnega

zdravstva. V tem primeru mora prevzeti vsa področja delovanja, to je zdravstveno-socialno obravnavo posameznika, družine in skupnosti, zdravstveno nego otročnice in novorojenčka na domu in zdravstveno nego bolnika na domu. Aktivnosti medicinske sestre v patronažnem varstvu v skupnosti so na primarni, sekundarni in terciarni preventivi. Vključujejo pospeševanje, ohranjanje in krepitev zdravja posameznika, družine in skupnosti, preprečevanje bolezni in dejavnikov tveganja, podaljševanje življenja in dvigovanje kakovosti življenja, pa tudi povrnitev zdravja (Šušteršič, 2006).

V nekaterih drugih državah, kot na primer v Avstraliji s sistemom Australia's Medicare, je dostop do potrebnih storitev sistemsko zagotovljen vsem ljudem. Največ storitev je prav na področju zdravstvene nege, ki jo potrebujejo starejši na svojih domovih, ob čemer Keleher (2003) navaja nenehne pritiske za večjo privatizacijo teh storitev. Pritiski povzročajo napetosti, dostop do storitev pa je še dodatno ogrožen zaradi pomanjkanja medicinskih sester, njihovih sodelavcev, asistentov in zdravnikov.

Iz rezultatov naše raziskave je razvidno, da je več kot polovica anketirancev povsem zadovoljnih s storitvami zdravstvene nege na domu, večje zadovoljstvo izkazujejo nepomični anketiranci, kar je na neki način pričakovano in kaže na dobro opravljeno delo medicinskih sester ali pa morebiti na bojazen uporabnikov, da bi v primeru izkazovanja nezadovoljstva bila njihova obravnava prekinjena. Strah pred prekinjeno obravnavo in osamljenostjo dobi obliko strahu pred izgubo tega, kar posameznik ima, ali tistega, kar bi lahko imel, če bi šlo vse po sreči. Tako je za vsakega človeka, ki živi v domačem okolju in izraža potrebe po zdravstvenih storitvah, potrebno poskrbeti na tak način, da se mu omogoča dostopnost do storitev in pri tem upoštava načelo pravičnosti, saj si, kot navaja Železnik (2007), večina starejših ljudi želi živeti v domačem okolju čim dalj časa.

Na osnovi analize rezultatov ugotovimo, kako pomembna je vloga medicinske sestre pri obravnavi pacientov, ki živijo v domačem okolju. Zadovoljstvo s storitvami glede na število tedenskih obiskov medicinske sestre je bilo največje pri anketirancih, ki so bili deležni petih obiskov, najmanjše pa pri anketirancih, ki so bili deležni dveh tedenskih obiskov, kar je prav tako pričakovana ugotovitev. Razlika v zadovoljstvu anketirancev glede na število tedenskih obiskov medicinske sestre je bila statistično pomembna, rezultati govorijo o tem, da si uporabniki storitev zdravstvene nege želijo več obiskov medicinskih sester in več pogovora z njimi. Zaradi številnih težav, ki se pojavljajo v starosti, kot so nemobilnost, različne kronične bolezni, izguba dragih ljudi, upad fizičnih in mentalnih sposobnosti ter nižji prihodki, si stari ljudje, kot navajajo tudi nekatere druge raziskave, želijo prav obiskov medicinskih sester in pogovora z njimi. Ljudje, ki potrebujejo zdravstveno nego, so pogosto tudi zelo

osamljeni in si, kot navajata Fokkema in Knipscheer (2007), zato želijo družbe medicinskih sester. Želijo si, da jih medicinske sestre poslušajo in jim svetujejo (McCabe, 2004; McAdam & Wright, 2005; Ljubičić, 2006; Železnik, 2007).

Ne glede na dejstvo, da so uporabniki v Osijeku in okolici deležni obiskov medicinskih sester, ki jih predpiše zdravnik, so s pogostostjo obiskov in časom, ki je medicinskim sestram odmerjen, zelo nezadovoljni tisti, ki imajo obisk predpisan enkrat ali dvakrat na teden. Želijo si, da bi jim medicinska sestra lahko posvetila več časa, kar govori o tem, da je osamljenost negativni del kakovosti življenja ljudi in tako predstavlja subjektivno percepcijo oziroma izkušnjo, povezano z neizpolnjenimi družbenimi potrebami. Čas je namreč pomemben dejavnik v izvajanju zdravstvene nege in je omejen v upoštevanju želja pacientov za njihovo poslušanje. McGarry (2009) je v svoji raziskavi ugotovil, da čas kot pojem pacientu pomeni biti pomemben, doživeti pozornost s strani patronažne medicinske sestre, saj slednje pogosto predstavljajo edino vez med ljudmi, ki živijo pogosto zelo osamljeni na svojih domovih, in zdravstvenimi službami (Jorm, et al., 2010). Drugačni so izsledki raziskave iz bolnišničnega okolja, ki kažejo, da si pacienti sicer želijo, da bi medicinska sestra več časa preživela z njimi, vendar se bojijo, da bi na tak način zanemarjala »svoje delo« (McCabe, 2004). Najpogosteje so pacienti nezadovoljni, če se jih ne posluša, se jim nameni premalo časa, se jih ne pusti do besede, se jim ne posreduje izida zdravstvene oskrbe ali se jim ne posreduje dovolj informacij in napotkov. Gorenak in Goričan (2011) sta proučevali dejavnike, ki vplivajo na zadovoljstvo pacientov na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, in navajata, da je zadovoljstvo pacientov občutno večje, če začutijo, da jim zdravstveno osebje prisluhne, da jim je v oporo pri premagovanju njihovih zdravstvenih težav ter da z njimi ustrezno oziroma razumljivo komunicira. Najpomembnejša dejavnika, ki vplivata na zadovoljstvo pacientov, sta po njihovih navedbah nedvomno komunikacija in odnos zdravnikov.

Kot navaja Poredoš (2005), ima v Sloveniji zasebnik natančno opredeljeno količino storitev, ki jih lahko opravi z razpoložljivimi sredstvi. Povečevanje obsega dela in preseganje programa pri zasebniku praktično ni možno, ker bi to ogrozilo njegovo preživetje. Pričujoča raziskava zadovoljstva pri uporabnikih zdravstvene nege na domu izpostavlja prav nezadovoljstvo z odmerjenim časom, kar bi lahko primerjali z opredeljeno količino storitev. Tudi razlika v zadovoljstvu glede na čas razgovora se je pokazala kot statistično pomembna. Več časa so medicinske sestre namenile za razgovor po opravljenem postopku, večje je bilo zadovoljstvo anketirancev.

Pri proučevanju zadovoljstva v zdravstvu ugotavljamo, da uporabniki poleg ozdravitve pričakujejo tudi ustrezen odnos in čas, ki jim ga zdravstveni delavci namenijo (Goričan, 2009). Dejstvo je, da je vloga

patronažnega varstva izjemno pomembna in še kako aktualna, saj se razsežnosti vsesplošne krize in posledično slabšanje socialnih razmer najpogosteje opazijo šele za zaprtimi vrati domov, kamor vstopa patronažna medicinska sestra (Saucier Lundy & Janes, 2009).

Zdravstvena nega pacienta na domu je načrtovana in izvajana na osnovi naročila, praviloma naročila izbranega zdravnika. Pri odločanju o prioriteti reševanja negovalnih problemov in posledično pogostosti obiskov mora medicinska sestra pridobiti še višjo stopnjo samostojnosti, saj je za to kompetentna. To bo zagotovo pomenilo večjo kakovost nasploh in kakovost izvajanih storitev, ki bi ji sledila tudi stroškovna učinkovitost. Pogostost obiskov in trajanje zdravstvene nege je odvisno tudi od zdravstvenega stanja pacienta in njegovih socialno-ekonomskih zmožnosti. In kot navaja Skela-Savič (2002), je stopnja zadovoljstva odvisna tudi od zdravstvenega stanja pacienta, saj nanjo vpliva neugoden potek bolezni oziroma slabo odzivanje bolezni na zdravljenje. Zavedati se moramo, da so potrebe po zdravstvenih storitvah pri starostnikih drugačne kot pri ostali populaciji.

V Sloveniji je nosilka zdravstvene nege v patronažnem varstvu diplomirana medicinska sestra, ki aktivnosti zdravstvene nege lahko opravlja kot samostojno dejavnost (koncesija), vendar je vključena v mrežo javnega zdravstva. Tudi kot koncesionarka mora prevzeti vsa področja delovanja (Železnik, et al., 2011).

Po mnenju Kersnik (2003), ugotavljanje zadovoljstva uporabnikov zdravstvenih storitev velja za specifično področje, ki do nedavnega ni bilo velikokrat omenjeno, vendar predstavlja pomemben element zagotavljanja kakovosti, ki posledično vpliva na poslovne rezultate organizacije (obisk, pritožbe, tožbe), predstavlja vir konkurenčne prednosti in predvsem vpliva tudi na boljše klinične izide. Možina (2007) navaja, da merjenje zadovoljstva postaja eden izmed temeljnih gradnikov sistema razvijanja in presojanja kakovosti. Rezultate, ki jih pridobimo, lahko uporabimo za oceno dela zaposlenih. Raziskav o zadovoljstvu posameznikov organizacije ne opravljajo sistematično zaradi časovnih omejitev, pomanjkanja sredstev in usposobljenih ljudi.

Vedno večja osveščenost ter zahteve uporabnikov zdravstvenih storitev vodijo k večji odzivnosti izvajalcev zdravstvenih storitev, hkrati pa se s tem višajo tudi pričakovanja uporabnikov. Uspešnost zdravljenja, zdravstvene nege in rehabilitacije je odvisna od sposobnosti, znanja, veščin in motiviranosti zdravstvenega osebja ter njihovega vzajemnega odnosa s pacienti in njihovimi svojci ter z okoljem, kjer živijo in delajo (Retelj & Simčič, 2005). Zdravstvena nega medosebne aktivnosti izvaja skozi interakcije, v katerih je medicinska sestra sposobna prepoznati uporabnika njenih storitev kot osebo, ki bo sposobna razumeti in bo imela željo po spremembi zdravljenja (Millard, et al., 2006).

Zadovoljstvo s storitvijo različni avtorji (Kersnik, 2003; Česen, 2003; Gazvoda, 2004; Tomšič, et al., 2004; Suhonen, et al., 2005) različno opredeljujejo. Pri tem gre za dožemanje lastne izkušnje z zdravstveno obravnavo. Pogovor z uporabnikom lahko opredelimo kot bistveni del nudenja zdravstvene oskrbe, ki je temeljno orodje nudenja kakovostne zdravstvene obravnave (Latkovič, 2002; Rungapadiachy, 2003; Česen, 2003). Tomšič in sodelavci (2004) navajajo, da je zadovoljstvo v veliki meri pogojeno z učinkovitostjo in uspešnostjo izvajanja postopkov in ga lahko opredelimo kot skladnost med pričakovanji pacienta glede zdravstvene obravnave ter resničnostjo, ki jo le-ta doživlja (zadovoljstvo ali nezadovoljstvo z zdravstvenim izidom, medosebni odnosi z izvajalci zdravstvenih storitev, zdravstveno ustanovo v celoti ali njenim delom in s celotnim sistemom zdravstvenega varstva). Uporabniki storitev ocenjujejo po tehnični plati (dejanski rezultat storitve – ali je poseg uspešen) in funkcionalni kakovosti (način izvedbe storitve – ali je zdravstveni delavec izražal skrb), in kot navaja Kotler (2004), svoja pričakovanja oblikujejo na podlagi preteklih izkušenj, priporočil in oglasov.

Zadovoljstvo je sestavljeno iz kognitivnih ocen in čustvenih reakcij na sestavne dele izvajanja storitev. Kot tako predstavlja subjektivno percepcijo posameznika, ki je tesno povezana z njegovimi pričakovanji. Mnogi pacienti imajo nizka pričakovanja, zato bodo pogosto izjavili, da so z njihovo obravnavo s strani medicinskih sester zadovoljni, medtem ko je sistematično merjenje njihovih izkušenj, ki se nanašajo npr. na izbor, spoštovanje in informacije, občutljiv kazalnik krepitve vloge pacientov (Coulter, 2002). Zato po navedbah Suhonen in sodelavcev (2005) obstaja vse večje strinjanje različnih avtorjev o tem, da so informacije kakovostnejše, če so pacienti povprašani o izkušnjah z njihovo obravnavo in ne o zadovoljstvu s slednjo. Poglavitni cilj zdravstvene nege na domu je vzpodbujati in razvijati samooskrbo ali skrb zase in zagotavljati pogoje, da posameznik, družina in skupnost ohranjajo zdravje in zmanjšujejo možnosti za poslabšanje bolezni. Le na ta način lahko uporabnik kljub starosti, bolezni ali onemoglosti čim dlje ostane v domačem okolju (Završ Džananović, 2010).

Uporabniki zdravstvene nege na domu so običajno zadovoljni z njihovo obravnavo takrat, kadar jim daje tisto, kar pričakujejo in želijo, zato njihovo zadovoljstvo ali nezadovoljstvo lahko uporabimo kot enega izmed kazalnikov kakovosti dela medicinskih sester. Vemo, da so uporabniki zdravstvene nege na domu laiki, zato strokovne obravnave ne morejo ocenjevati, a so kljub temu strokovnost medicinskih sester v raziskavi ocenjevali po lastni presoji in jo ocenili kot zelo dobro, skoraj odlično. Pojavijo se vprašanja o tem, kaj jih je pri podajanju takšne ocene vodilo.

Raziskav, ki bi spremljale zadovoljstvo uporabnikov zdravstvene nege na domu, je tako v slovenskem kakor v hrvaškem prostoru malo. Ugotovitev ne

moremo posploševati, kajti zajeli smo le uporabnike zdravstvene nege na domu iz občine Osijek z okolico, ki so v izbranem času bili deležni obravnave s strani medicinskih sester. Vzorec po strukturi ne odraža strukture populacije, vendar so ugotovitve gotovo zanimive za primerjavo z nadaljnjimi merjenji zadovoljstva uporabnikov zdravstvene nege na domu.

Glede na povečevanje števila starejših prebivalcev ki živijo v domačem okolju (tako v Hrvaški kot v Sloveniji) in zadovoljevanju njihovih potreb, bo v prihodnje potrebno raziskovati prav slednje in poskrbeti za učinkovito mrežo izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe na domu

Rešitve morajo zajemati prizadevanja vseh udeležencev v sistemu. Potrebno pa bo zagotoviti tudi ustrezno sodelovanje zdravstvenega in socialnega področja, kar nam zagotovo predstavlja velik izziv. Staranje prebivalstva zahteva različne oblike nastanitve, različne oblike pomoči in storitev ter odzivanje skupnosti na njihove potrebe. Starejši ljudje se večinoma odločajo, da na starost ostanejo doma, dokler jim zdravje in okoliščine le-to dopuščajo, kar zagotovo izboljša kakovost njihovega življenja, saj jim razpoložljivost in dostopnost storitev omogoča varno in samostojno življenje v domačem, znanem in njim prijaznem okolju.

## Zaključek

Raziskovanje zadovoljstva uporabnikov zdravstvene nege na domu, ki se ne izvaja v okviru patronažnega varstva, temveč ga izvajajo medicinske sestre zasebnice preko Centra za zdravstveno nego na domu v Osijeku, je pokazalo, da so uporabniki zadovoljni predvsem s strokovnim delom medicinskih sester. V prihodnje bi bilo zanimivo in primerno opraviti še raziskavo o tem, kako so z delom svojih kolegic zasebnic zadovoljne patronažne medicinske sestre in rezultate primerjati med seboj.

## Literatura

Ahmad, M.M. & Alasad, J.A., 2004. Predictors of patients' experiences of nursing care in medical-surgical wards. *International Journal of Nursing Studies*, 10(5), pp. 235-241. PMID:15461693

Biering, P., Becker, H., Calvin, A., & Grobe, S.J., 2006. Casting light on the concept of patient satisfaction by studying the construct validity and the sensitivity of a questionnaire. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 19(2-3), pp. 246-258. <http://dx.doi.org/10.1108/09526860610661464> PMID:16875103

Česen, M., 2003. *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje, p. 48.

Chan, J.N., & Chau, J., 2005. Patient satisfaction with triage nursing care in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), pp. 498-507.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03428.x> PMID:15882366

Coulter, A., 2002. *The autonomous patient: ending paternalism in medical care*. London: Nuffield Trust, pp. 122-123.

Davis, B.A., & Bush, H.A., 2003. Patient satisfaction of emergency nursing care in the United States, Slovenia, and Australia. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 18(4), pp. 267-274.

PMid:14556583

Fentonn, J.J., Jerant, A.F., Bertakis, K.D. & Franks, P., 2012. The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Archives of Internal Medicine*, 172(5), pp. 405-411.

<http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2011.1662> PMID:22331982

Fokkema, T. & Knipscheer, K., 2007. Escape loneliness by going digital: a quantitative and qualitative evaluation of a Dutch experiment in using ECT to overcome loneliness among older adults. *Aging & Mental Health*, 11(5), pp. 496-504.

PMid:17882587

Gazvoda, M.T., 2004. Zadovoljstvo varovancev kot pomemben del poslovne odličnosti. In: *Kakovost – različni pristopi, skupen cilj: zbornik referatov. 13. letna konferenca, Bernardin, 4. in 5. novembra 2004*. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost, pp. 152–155.

Gorenak, I. & Goričan, A., 2011. Zadovoljstvo bolnikov v primarnem zdravstvu – primer zdravstvenega doma Šmarje pri Jelšah. *Zdravstveno varstvo*, 50(3), pp 175-184.

Goričan, A., 2009. *Zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev z delom zdravstvenega osebja: študija primera: magistrsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper, pp. 33-40.

Han, C.H., Connolly, P.M. & Canham, D., 2003. Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care at a teaching hospital of southern Taiwan. *Journal of Nursing Care Quality*, 18(2), pp. 143-150.

<http://dx.doi.org/10.1097/00001786-200304000-00008> PMID:12680601

Helfert, M., 2009. Challenges of business processes management in health care: experience in the Irish health care sector. *Business Process Management Journal*, 15(6), pp. 937–952.

<http://dx.doi.org/10.1108/14637150911003793>

- Jha, A.K., Orav, E.J., Zheng, J. & Epstein, A.M., 2008. Patients' perception of hospital care in the United States. *New England Journal of Medicine*, 359(18), pp. 1921–1931. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa0804116> PMID:18971493
- Jorm, L.R., Walter, S.R., Lujic, S., Byles, J.E. & Kendig, H.L., 2010. Home and community care services: a major opportunity for preventive healthcare. *BMC Geriatrics*, 10, p. 26. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-10-26> PMID:20492704; PMCID:PMC2887872
- Keleher, H., 2003. Community care in Australia. *Home Health Care Management Practice*, 15(5), pp. 367–374. <http://dx.doi.org/10.1177/1084822303252394>
- Kersnik, J., 2003. *Bolnik v slovenskem zdravstvu: monografija o zadovoljstvu bolnikov in organizaciji pritožnega sistema*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD. Available at: <http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/Bolnik-v-slovenskem-zdravstvu.pdf> [29. 8. 2014].
- Khan, M.H., Hassan, R., Anwar, S., Babar, T.S., & Babar, K.S., 2007. Patient satisfaction with nursing care. *Rawal Medical Journal*, 32(1), pp. 27–29.
- Kotler, P., 2004. *Management trženja*. Ljubljana: GV Založba.
- Kutney-Lee, A., McHugh, M.D., Sloane, D.M., Cimiotti, J.P., Flynn, L., Neff-Felber, D., et al., 2009. Nursing: a key to patient satisfaction. *Health Affairs*, 28(4), pp. 669–677. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.28.4.w669> PMID:19525287; PMCID:PMC2718727
- Laschinger, H.S., Hall, L.M., Pedersen, C. & Almost J., 2005. A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire: an actionable approach to measuring patient satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(3), pp. 220–230. <http://dx.doi.org/10.1097/00001786-200507000-00006> PMID:15965386
- Latković, B., 2002. *Pacient in zdravnik – partnerja v komunikaciji*. Ljubljana: Društvo pljučnih pacientov Slovenije, pp. 5–16.
- Liu, Y. & Wang, G., 2007. Inpatient satisfaction with nursing care and factors influencing satisfaction in a teaching hospital in China. *Journal of Nursing Care Quality*, 22(3), pp. 266–271. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NCQ.0000277785.52428.a5> PMID:17563597
- Ljubičić, M., 2006. Čimbenici koji utječu na kvalitetu komunikacije između bolesnika i sestre. *Sestrinski glasnik*, 3(8), pp. 42–47.
- Lucke, J.F., 2005. The  $\alpha$  and the  $\omega$  of congeneric test theory: an extension of reliability and internal consistency to heterogeneous tests. *Applied Psychological Measurement*, 29(1), pp. 65–81. <http://dx.doi.org/10.1177/0146621604270882>
- McAdam, M. & Wright, N., 2005. A review of the literature considering the role of mental health nurses in assertive outreach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(6), pp. 648–660. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00889.x> PMID:16336589
- McCabe, C., 2004. Nurse-patient communication: an exploration of patient's experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), pp. 41–49. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x> PMID:14687292
- McGarry, J., 2009. Defining roles, relationship, boundaries and participation between elderly people and nurses with in the home: an ethnographic study. *Health and Social Care in the Community*, 17(1), pp. 83–91. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00802.x> PMID:18700870
- Merkouris, A., Papathanassoglou, E.D. & Lemonidou, C., 2004. Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach? *International Journal of Nursing Studies*, 41(4), pp. 355–367. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2003.10.006> PMID:15050847
- Millard, L., Hallett, C. & Luker, K., 2006. Nurse-patient interaction and decision making in care: patient involvement in community nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), pp. 142–150. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03904.x> PMID:16866806
- Možina, T., 2007. *Merjenje zadovoljstva udeležencev v izobraževanju odraslih*. Ljubljana: Andragoški center Slovenije, pp.7–12.
- Mpinga, E.K. & Chastonay, P., 2011. Satisfaction of patients: a right to health indicator? *Health Policy*, 100 (2-3), pp. 144–150. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.11.001> PMID:21126793
- Neuman, W.L., 2011. *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*. 6<sup>th</sup> ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Ozsoy, S.A., Ozgür, G. & Durmaz Akyol, A., 2007. Patient expectation and satisfaction with nursing care in Turkey: a literature review. *International Nursing Review*, 54(3), pp. 249–255. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2006.00534.x> PMID:17685908
- Poredoš, P., 2005. Javno in zasebno zdravstvo: prednosti in pomanjkljivosti posameznih sistemov. *Zdravniški vestnik*, 74(7–8), pp. 455–456.

- Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe*, 2007. Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Available at: <http://kohompgz.files.wordpress.com/2010/06/pravilnik-o-uvjetima-i-nacinu-ostvarivanja-prava-iz-obveznog-zdravstvenog-osiguranja-na-zdravstvenu-njegu-u-kuci-osigurane-osobe.pdf> [1. 9. 2014].
- Retelj, M. & Simčič, B., 2005. Sistem celovite kakovosti v Splošni bolnišnici Novo mesto. In: *Kakovost v zdravstvu. 12. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Otočec ob Krki, 12. in 13. maj*. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu, pp. 67–75.
- Rungapadiachy, D.M., 2003. *Medosebna komunikacija v zdravstvu: teorija in praksa*. Ljubljana: Educy, pp. 336–339.
- Saucier Lundy, K. & Janes, S., 2009. *Community health nursing: caring for the public's health*. Boston [etc.]: Jones and Bartlett Publishers.
- Skela-Savič, B., 2002. Zadovoljstvo bolnikov – kazalec kakovosti v zdravstvu. In: Vukovič, G. ed. *Management in Evropska unija: zbornik konference z mednarodno udeležbo. 21. Znanstvena konferenca o razvoju organizacijskih ved, Portorož, 27. - 29. marec 2002*. Kranj: Moderna organizacija, pp. 1449–1455.
- Suhonen, R., Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H., 2005. Individualised care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), pp. 283–292. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03391.x> PMID:15811107
- Šušteršič, O., 2006. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega - nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(4), pp. 247–252.
- Tomšič, B., Grahek-Cujnik, A. & Lešnik-Hren, J., 2004. Sistem vodenja kakovosti v zdravstvenih domovih. In: *Kakovost – različni pristopi, skupen cilj: zbornik referatov. 13. letna konferenca, Bernardin, 4. in 5. novembra 2004*. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost, pp. 166–170.
- Završ Džananović, D., 2010. Patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(2), pp. 117–125.
- Železnik, D., 2007. *Self-care of the home-dwelling elderly people living in Slovenia: dissertation*. Oulu: Oulun yliopisto, pp. 81–82. Available at: <http://herkules oulu.fi/isbn9789514286377/> [17. 3. 2014].
- Železnik, D. ed., 2011. *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 16–20.

---

*Citirajte kot/Cite as:*

Železnik, D. & Rajčič, S., 2014. Zadovoljstvo starejših uporabnikov zdravstvene nege na domu z njihovo obravnavo. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 195–205. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.3.25>