

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Maja Miljanović

**Psihosocijalne odrednice zadovoljstva
bolničkom skrbi u odraslih bolesnika s
uznapredovalim rakom**

DISERTACIJA



Zagreb, 2017.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Maja Miljanović

**Psihosocijalne odrednice zadovoljstva
bolničkom skrbi u odraslih bolesnika s
uznapredovalim rakom**

DISERTACIJA

Zagreb, 2017.

Disertacija je izrađena na Klinici za onkologju, KBC Zagreb i Klinici za tumore, KBC „Sestre milosrdnice“.

Voditelj rada: doc. dr. sc. Marijana Braš

Zahvala

Ovaj rad je za mene puno više od jednog istraživanja. Put do njega je bio težak, ali ću ga pamtiti po dobrim ljudima koji su mi bili podrška i uzor. Veliko hvala mojoj dragoj mentorici doc.dr.sc. Marijani Braš koja je imala najveći utjecaj na moj profesionalni razvoj u posljednjih osam godina, pa i više od toga. Veliko hvala i prof. dr. sc. Veljku Đorđeviću koji me uključio u projekt iz kojeg je nastao ovaj doktorat. Od srca se zahvaljujem svim dragim sudionicima istraživanja koji su odlučili podijeliti sa mnom svoju tugu i radost. Mnogo sam naučila od svih vas! I na kraju, hvala Bogu što imam predivnu obitelj koja je uvijek uz mene.

Sadržaj

1. Uvod	1
1.1. Uznapredovali rak	1
1.2. Zadovoljstvo pacijenata bolničkom skrbi	2
1.2.1. Teoretski modeli	3
1.2.2. Mjerenje	5
1.2.3. Psiho-socijalne odrednice	6
1.2.3.1. Emocionalne tegobe	6
1.2.3.1.1. Mjerenje	7
1.2.3.2. Mentalna adaptacija	7
1.2.3.2.1. Povezanost mentalne adaptacije i osobina ličnosti	9
1.2.3.2.1.1. Mjerenje	10
1.2.3.3. Demografski faktori	10
2. Hipoteza	11
3. Ciljevi rad	11
4. Materijali i metode	12
4.1. Sudionici	12
4.2. Mjerni instrumenti	15
4.2.1. ECOG ljestvica za procjenu općeg stanja bolesnika	15
4.2.2. Opći upitnik	15
4.2.3. Montreal kognitivni upitnik (MoCA)	15
4.2.4. Upitnik o zadovoljstvu bolničkom skrbi onkoloških pacijenata (EORTC IN-PATSAT32)	16
4.2.5. Upitnik mentalne prilagodbe na rak (Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC)	17
4.2.6. Upitnik depresivnosti i anksioznosti pacijenata u bolnici (eng. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS))	18
4.3. Postupak	21
4.4. Statistička analiza	21

5.	Rezultati.....	23
5.1.	Deskriptivna statistika varijabli uključenih u analizu	23
5.1.1.	Deskriptivna statistika demografskih varijabli	23
5.1.2.	Deskriptivna statistika varijable “emocionalna uznemirenost”	27
5.1.3.	Deskriptivna statistika domena zadovoljstva bolničkom skrbi.....	28
5.2.	Testiranje preduvjeta nužnih za provođenje hijerarhijske (moderirajuće) multiple regresijske analize dihotomnim prediktorskim varijablama (tzv. kategorijska regresija)	30
5.2.1.	Neovisnot opservacija.....	31
5.2.2.	Multikolinearnost.....	32
5.3.	Interkorelacije svih varijabli uključenih u analizu	32
5.4.	Provjera izravnog doprinosa demografskih faktora i emocionalne uznemirenosti u objašnjavanju varijance domena zadovoljstva bolničkom skrbi	35
5.5.	Testiranje moderatorskog utjecaja demografskih faktora na odnos emocionalne uznemirenosti i domena zadovoljstva bolničkom skrbi	50
5.6.	Testiranje medijacijskog utjecaja demografskih faktora na odnos emocionalne uznemirenosti i zadovoljstva bolničkom skrbi.....	54
6.	Rasprava	54
6.1.	Interkorelacije psiho-socijalnih faktora i zadovoljstva bolničkom skrbi	55
6.2.	Direktan utjecaj psiho-socijalnih faktora na zadovoljstvo bolničkom skrbi.....	59
6.3.	Indirektan utjecaj demografskih faktora na povezanost emocionalne uznemirenosti i zadovoljstva bolničkom skrbi.....	66
6.4.	Ograničenja istraživanja.....	69
7.	Zaključak	69
8.	Sažetak.....	70
9.	Summary.....	71
10.	Literatura.....	72
11.	Biografija	93
12.	Prilozi.....	94
12.1.	ECOG ljestvica- Procjena općeg tjelesnog stanja bolesnika.....	94
12.2.	Opći upitnik.....	95

12.3. Montreal kognitivni upitnik (MoCA).....	96
12.4. Upitnik o zadovoljstvu bolničkom skrbi onkoloških pacijenata (EORTC IN-PATSAT32)	97
12.5. Skraćena verzija upitnika mentalne adaptacije na rak (mini-MAC).....	99
12.5.1. Original	99
12.5.2. Prijevod.....	102
12.6. Upitnik hospitalne anksioznosti i depresije (HADS)	103

1. Uvod

Oboljeli od uznapredovalog raka često proživljavaju dugotrajno i iscrpljujuće liječenje zbog čega je njihovo zadovoljstvo zdravstvenom skrbi jedna od važnijih mjera efikasnosti zdravstvenog sustava. Zadovoljstvu doprinose različiti psihološki i socijalni faktori kao i njihovo međudjelovanje. Svrha ovog rada je definirati prirodu odnosa psiho-socijalnih čimbenika i zadovoljstva bolničkom skrbi kako bi se lakše prepoznale potrebe ove osjetljive skupine pacijenata.

1.1. Uznapredovali rak

Prema Registru za rak Republike Hrvatske (1) rak je značajan javnozdravstveni problem stanovništva Hrvatske; drugi je najvažniji uzrok smrti iza bolesti srca i krvnih žila. Godišnje u Hrvatskoj od raka umire $N=14\ 000$ ljudi ili prosječno $N=1\ 150-1\ 200$ mjesečno.

Prema trenutnim globalnim procjenama, približno 7 milijuna od 11 milijuna ljudi, diljem svijeta, kojima je postavljena dijagnoza rak, su u uznapredovaloj fazi (2). Gotovo 50% novootkrivenih slučajeva raka preminuti će unutar 12 mjeseci nakon postavljene dijagnoze; petogodišnja stopa preživljenja, od svih vrsta raka, u razvijenim državama svijeta iznosi 30-60% (3). Niže stope izlječenja pronalazimo u državama s niskim ili srednje visokim prihodima.

Faze liječenja ovise o stadiju raka, općem zdravstvenom stanju pacijenta te o njegovim/njezinim preferencijama. Ako je bolest uznapredovala, odnosno ne postoji odgovor na različite modalitete liječenja te oni uzrokuju nepotrebnu dodatnu toksičnost organizma, palijativna skrb postaje primarni fokus (3, 4). Palijativna skrb olakšava simptome i emocionalne tegobe povezane s bolešću te olakšava prelazak u završni stadij bolesti ili tzv. "end-of-life care" (3). Palijativna skrb započinje prije skrbi koju omogućava hospicij. Liječnicima je ponekad teško odustati od nedjelotvorne kemoterapije. Bolje rješenje pruža otvoreno raspravljanje o terapijskim mogućnostima i postavljanje realnih ciljeva u dogovoru s bolesnikom (5). Bez obzira na prognozu, kvaliteta življenja ovih bolesnika može se popraviti nutricijskom potporom, učinkovitim suzbijanjem bolova i drugim, simptomatskim i

palijativnim mjerama te psihijatrijskom i socijalnom podrškom. Bolesniku je najvažnije saznanje da liječnički tim neće prekinuti brigu o njemu te da će ostati dostupan i pružiti svu potrebnu skrb, bez obzira na prognozu. Ako se odluka o prestanku primjene nedjelotvorne agresivne „kurativne“ terapije donese prekasno, produljuje se bespotrebna patnja pacijenta (6). Nadalje, studije provedene na pacijentima oboljelim od uznapredovalog raka koji se ne može izliječiti pokazuju kako otvoreni razgovor između liječnika i pacijenta o nastavku terapije ne samo da unapređuje kvalitetu života pacijenta već smanjuje i troškove u zdravstvu (procjenjuje se kako se troškovi u Sjedinjenim Američkim Državama umanjuju za 76 milijuna dolara) (7).

1.2. Zadovoljstvo pacijenata bolničkom skrbi

Zadovoljstvo pacijenata bolničkom skrbi možemo opisati kao pacijentovu reakciju na nekoliko aspekata dobivene skrbi (8). Pacijenti iz svoje (subjektivne) perspektive procjenjuju dobivenu skrb kao i pružatelje skrbi (9, 10). Više je razloga za provođenje istraživanja o zadovoljstvu pacijenata. Zadovoljstvo dobivenom zdravstvenom skrbi može biti prediktor zdravstvenog ponašanja (8, 11), odnosno, pravovremenog ili odgođenog potraživanja zdravstvene pomoći (12-15) što je povezano sa zdravstvenim ishodima (pozitivnim ili negativnim) (16, 17). Nadalje, zadovoljstvo zdravstvenom skrbi je prediktor buduće preporuke pružatelja zdravstvene skrbi drugima (7, 10). Potom, zadovoljstvo pacijenata je korisna mjera prilikom procjene načina komunikacije. Bez obzira na to što pacijenti nisu u stanju prosuđivati kvalitetu tehničke izvedbe zdravstvene usluge, pružaju nam točnu informaciju o tome jesu li objašnjenja zdravstvenog osoblja bila jasna, informativna te na koji način su se ponašali prilikom pružanja zdravstvene skrbi (18, 19). Dakle, znanje o zadovoljstvu pacijenata je važno jer nam daje uvid u moguće načine rješavanje problema javnog zdravstva.

Koncept zadovoljstvo pacijenata ima svoj začetak u pokretu potrošača 1960-ih godina (20). Prema rječniku Američkog marketinškog udruženja (21), zadovoljstvo potrošača je stupanj do kojeg su ispunjena ili premašena očekivanja potrošača određenim proizvodom. Oliver (22) napominje kako zadovoljstvo potrošača predstavlja mentalno stanje pojedinca odnosno kombinaciju emocija i očekivanja uzrokovanih iskustvom prije i nakon kupnje određenog proizvoda. Istraživanja (22) pokazuju kako je nesklad između očekivanja i performanse određenog proizvoda utječe na (ne)zadovoljstvo potrošača; nadalje, zadovoljstvo je

determinirano „unutarnjim“ karakteristikama potrošača i percipiranom izvedbom samog proizvoda.

Zadovoljstvo pacijenata ima praktični i politički značaj u suvremenom zdravstvenom sustavu; koristi se za usmjeravanje istraživanja o iskustvima pacijenata i indikator je kvalitete zdravstvenog sustava (16, 23, 24). Weisman i suradnici (25) izvještavaju kako više od 95% zdravstvenih organizacija koristi neki oblik ispitivanja zadovoljstva pacijenata.

U Republici Hrvatskoj, zdravstvene ustanove nisu obvezne mjeriti zadovoljstvo pacijenata, dok u nekim drugim državama Europske Unije, isto je obvezno i predstavlja dio upravljanja kvalitetom pružanja zdravstvenih usluga te služi za ocjenjivanje standarda (eng. benchmarking) bolnica.

1.2.1. Teoretski modeli

Istraživači (14, 26-35) se slažu kako je koncept zadovoljstva bez jasne definicije i čvrste teoretske osnove. Radi se kompleksnom multidimenzionalnom konstrukt koji sadrži različite aspekte koji se nužno ne odnose na stvarno doživljenu kvalitetu zdravstvene skrbi. Jedna od kritika jest što sadašnje zadovoljstvo dobivenom zdravstvenom skrbi može biti pod utjecajem prethodnih iskustava (36). Dodatno, različita obilježja pacijenta, odnosno, psiho-socijalne karakteristike, utječu na pacijentov stupanj zadovoljstva zdravstvenom skrb (35, 37, 38).

Kako što je ranije spomenuto, iako pacijenti nisu kompetentni za prosuđivanje tehničke izvedbe medicinskih postupaka, njihovo zadovoljstvo predstavlja stajalište o dobivenim uslugama i o pružateljima usluga (39, 40). Prema Donabedianovu (39) trostrukom pristup procjene kvalitete zdravstvene skrbi: zadovoljstvo pacijenata je jedan od željenih ishoda. U tom kontekstu, postoje afektivne i kognitivne komponente stupnja zadovoljstva; afektivne komponente reflektiraju pacijentove pozitivne ili negativne osjećaje dok se kognitivna komponenta odnosi na procjenu onoga što je pacijentu važno i način na koji vrši procjenu (40).

Lawler (41) je kategorizirao studije prema implicitnoj teoretskoj perspektivi s obzirom na način mjerenja zadovoljstva. Identificirao je teoriju diskrepancije, jednakosti i ispunjenja.

Ove tri teorije su jednake zato što definiraju zadovoljstvo kao koncept koji se bavi razlikama između onoga što netko želi i percepcije onoga što dobiva. Ne postoji dogovor o značenju konceptata „htjeti“ ili „željeti“ (19, 42). Dodatno, teorija jednakosti tumači kako se zadovoljstvo percipira kao balans između „inputa“ i „outputa“; pojedinac procjenjuje vlastitu ravnotežu s obzirom na ravnotežu koji imaju drugi (41); potonje zapravo predstavlja proces društvene usporedbe koja je prisutna i u evaluaciji zdravstvenih usluga (19, 42).

Linder-Pelz (42) je razvila model zadovoljstva koji se temelji na očekivanoj vrijednosti. Osnova modela je teorija racionalnog ponašanja Fishbeina i Azjena (43-46). Linder-Pelz (42) definira zadovoljstvo pacijenata kao: „pozitivnu evaluaciju različitih dimenzija zdravstvene skrbi“. Skrb može biti samo jedna posjeta, posebno zdravstveno okruženje ili zdravstveni sustav u cijelosti. Vrlo mali dio koncepta je objašnjen kao „vrijednost“ ili „očekivanja“ (19). Priroda očekivanja je kompleksna te nedostaje teoretsko objašnjenje (47). Očekivanja se mogu promijeniti tijekom hospitalizacije zbog doživljenog. Williams (19) se pita imaju li pacijenti uopće vrijednosti i očekivanja od zdravstvene skrbi te tvrdi kako trenutno ne znamo na koji ih način pacijenti evaluiraju. Razmišljanja Williamsa (19) potvrđuju nalazi drugih istraživača. Schmidt (47) i Wilde (48) su pronašli kako je važnije pacijentovo iskustvo zdravstvene skrbi povezati s njegovim/njezinom preferencijama a ne s očekivanjima. Preferencije upućuju na subjektivne interpretacije/značenja koja pacijenti pridaju dobivenoj skrbi dok pacijentova očekivanja ne govore o njegovoj/njezinoj percepciji kvalitete usluge ili zadovoljstvu već o vjerovanjima, o onome čemu se pacijenti nadaju ili što žele (48).

Otvoreno je pitanje je li zadovoljstvo pacijenata ponašanje, percepcija ili mišljenje o zdravstvenom sustavu ili životu općenito (49). Nejasno je jesu li pacijentovo zadovoljstvo i nezadovoljstvo suprotni krajevi istog kontinuuma ili se radi o dva različita fenomena koja trebaju zasebne operacionalizacije (50). Coyle i Williams (51) ističu kako je važno diskutirati i razviti teorijski koncept o nezadovoljstva zdravstvenim sustavom kako bi se produbile spoznaje o iskustvima pacijenata.

Neki autori (42) tvrde da su podaci o zadovoljstvu pacijenata ograničeni subjektivnošću. Drugi (52, 53) naglašavaju potrebu pojašnjenja konstrukta i njegovih odrednica.

Larsson i Wilde-Larsson (54) osmislili su „privremeni/eksperimentalni“ model zadovoljstva pacijenata koristeći standardni fenomenološki psihološki okvir razvijen od strane Lazarusa i

Folkmana (55). Prema potonjem, način na koji osoba procjenjuje i suočava se s određenom situacijom doprinosi njezinoj emocionalnoj reakciji. Proces procjene formira se interakcijom unutarnjih i vanjskih faktora. Pod unutarnjim, ili osobnim, faktorima podrazumijevamo socio-demografske karakteristike, osobine ličnosti, sustav vjerovanja, očekivanja, zdravstveni status i tsl. Pod vanjskim faktorima misli se na objektivne uvjete u kojima se pruža zdravstvena skrb. Unutarnji i vanjski faktori su u međusobnoj interakciji; percepciju stvarno dobivene zdravstvene skrbi slijedi proces procjene i suočavanja nakon čega se formira emocionalna reakcija nazvana zadovoljstvo (54, 56, 57). Očekivanja, preferencije, procjene, mehanizmi suočavanja i emocije su sve psihološki fenomeni „unutar“ svakog pacijenta. Dodatno, zadovoljstvo pacijenata može se promatrati kao osjećaj zadovoljstva ili nezadovoljstva (54), odnosno kao pacijentova emocionalna reakcija na stvarnu epizodu bolničke skrbi (58).

1.2.2. Mjerenje

Pregledno istraživanje (40) o zadovoljstvu pacijenta sugerira da iako postoji određena suglasnost u pogledu mjerenja srži zadovoljstva, još uvijek ne postoji suglasje o komponentama koje bi se trebale uključiti. Postoje znate varijacije koje ovise o svrsi i okruženju mjerenja.

Instrumenti kojima se procjenjuje stupanj zadovoljstva bolničkom skrbi oboljelih od raka su rijetkost (59-65). Unazad 10 godina Skupina za kvalitetu života (eng. Quality of Life Group) Europskog udruženja za istraživanje i liječenje raka (eng. European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)) razvila je upitnik o zadovoljstvu bolničkih pacijenata oboljelih od raka (eng. EORTC In-patient Satisfaction with Care Questionnaire 32 (EORTC IN-PATSAT32)). Upitnik je multicentrično validiran (66).

Pokazalo se kako su pacijenti najmanje zadovoljni interpersonalnim odnosima između liječnika i medicinskih sestara/tehničara, komunikacijskim vještinama medicinskih sestara/tehničara, psiho-socijalnom skrbi, vremenom čekanja na pretrage i dobivanje nalaza te razinom privatnosti. Pacijenti su bili najviše zadovoljni tehničkim vještinama liječnika i medicinskih sestara/tehničara, pokušajima liječnika da ih umire, jasnoćom i temeljitošću medicinskih sestara/tehničara (67-69).

Ovaj instrument je odabran (pored nekoliko drugih) zato što je u vrijeme planiranja istraživanja bio javno dostupan i besplatan u akademske svrhe te je preveden na hrvatski jezik. Zahvaća različite aspekte skrbi i usluga te posjeduje dobre metrijske karakteristike (66, 67). Nadalje, upitnik reflektira, ranije spomenutu teoriju kvalitete zdravstvene skrbi Donabedian (39), prema kojoj je zadovoljstvo pacijenta važan dio.

1.2.3. Psiho-socijalne odrednice

Razumijevanje načina na koji pacijentove karakteristike utječu na zadovoljstvo bolničkom skrbi je ključno za interpretaciju podataka o kvaliteti iste te za donošenje ispravnih zaključaka o djelotvornosti specifičnih intervencija.

1.2.3.1. *Emocionalne tegobe*

Poznato je da dijagnoza raka predstavlja značajan mentalni, fizički i emocionalni stres za pacijenta i traži njegovu/njezinu adaptaciju u ključna područja života (70). Oboljeli od raka imaju veći rizik oboljenja od anksioznih poremećaja (npr. PTSP, napadi panike) i poremećaja raspoloženja (depresija) (71-73). Prava prevalencija emocionalnih tegoba u onkoloških pacijenata nije poznata zbog metodoloških razlika među studijama. Recimo, prevalencija velikog depresivnog poremećaja varira od 3% do 38% (74). Malen broj bolesnika (10%) traži psihološku i psihijatrijsku pomoć, što je posljedica stigmatizacije psihijatrijskih poremećaja i podcijenjenosti njihove važnosti unutar onkoloških krugova kao mogućeg nepoželjnog zdravstvenog ishoda (75). Projekcija prisutnosti mentalnog poremećaja na zdravstveni ishod primarno se temelji na smanjenoj kvaliteti života samog bolesnika; većoj fizičkoj boli i smanjenom funkcionalnom statusu (76). Drugi nepoželjan ishod liječenja jest povezanost stresa i depresije s progresijom same maligne bolesti preko alteracije neuroendokrinološkog sustava s mogućim utjecajem na celularne signalizacijske mehanizme, angiogenezu te invaziju neoplastičnih stanica (77). Iz navedenog kratkog prikaza psihijatrijskih poremećaja i psihološke patnje u onkoloških bolesnika, prisutnost depresije i anksioznosti predstavlja komplikaciju maligne bolesti i njezinog liječenja s nepoželjnim ishodom za samog bolesnika. Premda brojna istraživanja pokazuju potrebu za psihosocijalnim intervencijama unutar te skupine bolesnika (78) implementacija psihijatrije i psihologije kao sastavnice suportivne onkološke skrbi tek je u začetku.

Zadovoljstvo zdravstvenom skrbi je pod utjecajem psihičkog stanja pacijenta. Stres, depresija, poremećaj ličnosti itd. povezuju se s manjim razinama zadovoljstva (79-83). Primjerice, mlađi depresivni pacijenti zahtijevaju najviše pažnje; nadalje, oni su ujedno i najmanje zadovoljni dobivenom skrbi iako su dobili mnogo više informacija od drugih pacijenata (84).

Sve navedeno uzrokuje dodatni pritisak i opterećenje pružatelja zdravstvene skrbi jer se očekuje da zadovolje potrebe svojih pacijenata (54).

1.2.3.1.1. Mjerenje

S obzirom na to kako emocionalne tegobe imaju značajan utjecaj na živote oboljelih od raka, važno je ispravno procijeniti njihovu prirodu i razinu. Brojne međunarodne organizacije (85-87) preporučuju implementaciju rutinskog probira psiholoških poremećaja u populaciji oboljelih od raka. Prikladan i praktičan način procjene jest primjena samo-ocjenskih upitnika (88, 89) jer isti ne zahtijevaju mnogo resursa, za razliku od praćenja psihodijagnostičkim intervjuima (90). Efikasan probir započinje odabirom prikladnog instrumenta. Dakle, upitnik treba biti kratak, interpretabilan, dobrih psihometrijskih karakteristika. Danas ima mnogo skala za procjenu razine depresivnosti i anksioznosti (npr. CES-D, BDI, BAI), no, često su predugačke što ih čini neprikladnim za populaciju oboljele od uznapredovalog raka.

Instrument koji je kratak (s 14 pitanja ispituje se razina anksioznosti i depresivnosti), dobrih psihometrijskih karakteristika i lako primjenjiv jest Upitnik hospitalne depresivnosti i anksioznosti (eng. Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) (91). Pregledna istraživanja (92, 93) pokazuju kako je HADS validan instrument za procjenu anksioznosti i depresivnosti kod pacijenata oboljelih od različitih vrsta i stadija raka.

1.2.3.2. *Mentalna adaptacija*

Koncept mentalne adaptacije proizlazi iz teorija o načinima suočavanja sa stresom (eng. coping) čije začetke nalazimo u Freudovim nesvjesnim obrambenim mehanizmima (94) dok je teorija Lazarusa i Folkmana (95) jedna od najpoznatijih i najčešće korištenih. Potonja definira suočavanje sa stresom kao „neprestano usmjeravanje kognicija i ponašanja na savladavanje specifičnih vanjskih ili unutarnjih zahtjeva koji nadilaze resurse osobe“ (95). Nadalje, prema teoriji Lazarusa i Folkmana (95) postoje tri procesa: primarna procjena,

sekundarna procjena i suočavanje. Primarna procjena predstavlja percepciju nečega kao prijetnju. Sekundarna procjena odnosi se na formiranje adekvatnog odgovora na percipiranu prijetnju dok suočavanje podrazumijeva proces provođenja tog specifičnog odgovora. Prema Lazarusu i Folkmanu (95), percipira li se nešto kao stresno ili ne ovisi o okolini i obilježjima osobe. Suočavanje je nešto što se neprestano mijenja, odnosno, ovisi o situaciji ili kontekstu.

Termin „prilagodba“ ili „mentalna prilagodba“ često se koristi za opise odsutnosti psihopatologije a jedne od najčešće korištenih teorija su ona Watsona (96) i Greera (97) koje kažu kako je mentalna adaptacija na rak „kognitivni i ponašajni odgovor osobe na dijagnozu raka“.

Mentalna adaptacija na rak sastoji se od: 1. procjene (npr. na koji način osoba percipira bolest) i 2. reakcije (npr. što oboljeli misli i čini kako bi umanjio/la prijetnju koju uzrokuje bolest) (97). Konstrukti „suočavanje sa stresom“ i „mentalna adaptacija“ često se koriste kao sinonimi iako među njima postoji značajna razlika: mentalna adaptacija uključuje emocionalnu reakciju na prijetnju dok suočavanje sa stresom ne. Emocionalna reakcija je ishod suočavanja sa stresom. Neki autori napominju kako se termin mentalna adaptacija na rak ekskluzivno odnosi na vremenski ograničen proces prilagodbe na promijenjene životne okolnosti (98).

Posljednjih 30 godina, koncepti „način suočavanja sa stresom“ i „mentalna adaptacija“ postali su važan dio istraživanja u zdravstvu. Fokus tih studija je odnos između prilagodbe i psihološkog stresa, identificiranje mogućih predisponirajućih faktora za bolju ili lošiju prilagodbu (99) te otkrivanje suportivnih psiholoških procesa i psihološke dobrobiti (eng. psychological well-being) (97).

U 1950-im godinama već su bile publicirane studije o nošenju sa stresom u oboljelih od raka (99), a tijekom 1980-ih broj studija je naglo porastao (100). Od tada postoji stalan stabilan porast istraživanja na istu temu, no treba imati na umu kako je rak multifacetna bolest s mnogo različitosti, izazova i problema, ovisno o vrsti, načinu liječenju, stadiju itd., a koji mogu izazvati raznovrsne prilagodbene reakcije.

Trenutno se vodi debata o mogućim utjecajima mentalne adaptacije na rak i ishode liječenja. Na primjer, Pettingale i suradnici (101) tvrde kako je mentalna adaptacija najznačajniji faktor

preživljenja i recidiva bolesti. No jedno sustavno istraživanje (11) je opovrgnulo navedeno. Dokazi da suočavanje s bolešću i mentalna adaptacija na bolest utječu na preživljenje, veoma su slabi ili ne postoje.

1.2.3.2.1. Povezanost mentalne adaptacije i osobina ličnosti

Istraživanja o utjecaju ličnosti na adaptaciju žena oboljelih od raka dojke pokazuju kako je niska razina psiho-socijalne prilagodbe značajno povezana s anksioznošću (102) i neuroticizmom (103) kao crtom ličnosti. Suprotno tome, visoke razine prilagodbe značajno su povezane s optimizmom (104). Ove crte ličnosti mogu biti snažniji prediktor prilagodbe na rak dojke nego ozbiljnost bolesti (105, 106). Na primjer, kada se uspoređuju žene s benignim i malignim tumorom dojke, anksioznost kao crta ličnosti je značajniji prediktor kvalitete života od same dijagnoze (102, 107).

Nadalje, Saita i suradnici (108) su pronašli da asertivni i socijalno anksiozni sudionici češće koriste "borbenost" (eng. fighting spirit) kao strategiju suočavanja sa stresom. Nalaz sugerira tendenciju korištenje aktivnog načina suočavanja u situacijama povišene napetosti i/ili sposobnost da se bude asertivan u stresnim situacijama. Sudionici koji bolest vide kao izazov ili kao prijetnju, mobiliziraju svoju asertivnost.

U literaturnom pregledu Watson i Greer (109) zaključili su da su stoičko prihvaćanje, anksiozna preokupacija i beznade značajno povezani s lošijim ishodom liječenja. „Borbenost“ predstavlja aktivno suočavanje u kojem pacijent prihvaća dijagnozu, održava optimističan stav, želi sudjelovati u donošenju medicinskih odluka i „bori se“ s bolešću. Izbjegavanje/negacija predstavlja pacijentovo odbijanje dijagnoze, umanjivanje ozbiljnosti bolesti i izbjegavanje razmišljanja o istome. Pacijenti koji stoički prihvaćaju bolest su rezignirani i fatalistički nastrojeni, dok su beznadni pacijenti u potpunosti pesimistični i osjećaju se poraženo. Longitudinalna studija provedena na N=70 žena oboljelih od raka dojke početnog stadija, pokazuju da su se one sudionice koje su se suočile s bolešću aktivnim prihvaćanjem, tijekom vremena bolje prilagodile.

1.2.3.2.1.1. Mjerenje

Korištenje samo-ocjenskih skala za mjerenje mentalne adaptacije na rak često se kritizira, primjerice, zbog prikazivanja nepotpune ili iskrivljene slike (110). Važno je napomenuti kako samoocjenski upitnici predstavljaju prvi korak razumijevanja pacijenta. Lazarus definira prednost korištenja samoocjenskih instrumenata na sljedeći način: „obzirom na laku primjenu, mogu se koristiti kao instrumenti probira na većim skupinama pacijenata“ (111).

Kada treba provesti mjerenje prilagodbe na rak je otvoreno pitanje. Često se navodi kako je evaluaciju potrebno provesti u što manjem razmaku od stresnog događaja. Na primjer, Coyne i Gottlieb (110) tvrde kako dulji vremenski razmak između događaja i njegove procjene povećava mogućnost pristranosti. Suprotno tome, Mehanna i suradnici (112) napominju kako je, kad se istražuje povezanost psiho-socijalnih faktora i preživljenja u oboljelih od raka glave i vrata, prikladnije provesti mjerenje godinu dana nakon završetka tretmana jer su tada pacijenti psiho-socijalno stabilni.

Istraživanja o nošenju sa stresom i mentalnoj adaptaciji se kritiziraju zato što se u većini slučajeva radi o studijama poprečno-presječnog nacrta. Opće mišljenje je da se način suočavanja sa stresom može promijeniti zbog čega se preporučuje ponovljeno mjerenje tj. longitudinalni nacrt. Nadalje, nalazi istraživanja se često ne mogu uspoređivati zbog mjerenja provedenog u različitim vremenskim točkama.

1.2.3.3. Demografski faktori

Iako postoje brojna istraživanja (113-123) o mogućim utjecajima individualnih karakteristika (poput spola, dobi, stupnja obrazovanja, socijalna podrške, etničke pripadnosti itd.) na razinu zadovoljstva, nalazi nisu konzistentni.

Neke studije izvještavaju kako su sudionici ženskog spola zadovoljniji bolničkom skrbi od sudionika muškog spola (124, 125), dok druga istraživanja navode suprotne rezultate (sudionici ženskog spola manje su zadovoljni od sudionika muškog spola) (126, 127). Slično spolu, dob je u nekim istraživanjima pozitivno povezana sa zadovoljstvom dok je u drugim studijama negativno povezana (128). Kontradiktorne rezultate pronalazimo i u ispitivanjima

odnosa stupnja obrazovanja i zadovoljstva bolničkom skrbi. Neka istraživanja (126, 127, 129) pokazuju kako je niži stupanj obrazovanja povezan s većim zadovoljstvom, dok istraživanje Vukmira (130) pokazuje da je veći stupanj obrazovanja povezan s većim zadovoljstvom. Što se tiče osobnih prihoda, pronađeno je kako su osobe s nižim primanjima manje zadovoljne od osoba s višim prihodima (131).

Dosadašnja istraživanja pokazuju nam da zadovoljstvo bolničkom skrbi može biti pod utjecajem „izvanjskih“ i „unutarnjih“ faktora (132, 133). U ovom eksplorativnom istraživanju, bez postojanja čvrstih (teoretskih ili praktičnih) dokaza, fokusiramo se na određene „unutarnje“ ili psihosocijalne faktore, odnosno, pokušat ćemo definirati njihov direktan i indirektan odnos sa zadovoljstvom bolničkom skrbi na uzorku pacijenata oboljelih od uznapredovalog raka.

2. Hipoteza

Postoji statistički značajna direktna i indirektna povezanost između psiho-socijalnih faktora i zadovoljstva bolničkom skrbi u pacijenata oboljelih od uznapredovalog raka.

3. Ciljevi rad

Opći cilj

Utvrditi direktnu i indirektnu povezanost između psiho-socijalnih faktora i komponenti zadovoljstva bolničkom skrbi u pacijenata oboljelih od uznapredovalog raka.

Specifični ciljevi:

- Odrediti direktnu povezanost između demografskih faktora (dob, spol, stupanj obrazovanja, bračni status, mjesečni prihodi), psiholoških varijabli (razina emocionalne uznemirenosti i mentalna adaptacija na bolest) i zadovoljstva bolničkom skrbi.
- Odrediti indirektnu povezanost između demografskih faktora (dob, spol, stupanj obrazovanja, bračni status, mjesečni prihodi), psiholoških varijabli

(razina emocionalne uznemirenosti i mentalna adaptacija na bolest) i zadovoljstva bolničkom skrbi.

4. Materijali i metode

4.1. Sudionici

Inicijalno, planirano je provesti istraživanje na ukupno N= 250-300 sudionika, no sa stvarnim početkom provođenja istraživanja uvidjeli smo kako se radi o tzv. „hard to reach“ populaciji sudionika te je proveden naknadni izračun potrebne veličine uzorka.

Hrvatski nacionalni registar za rak (1) je populacijske prirode, tj. radi se o registru temeljnih epidemioloških indikatora (kao što su incidencija, mortalitet, prevalencija i preživljenje). Registar ne sadrži specifične podatke potrebne za ovo istraživanje (kriteriji uključenja i isključenja) zbog čega, temeljem Registra, nije bilo moguće točno odrediti potrebnu veličinu uzorka.

Koristeći besplatan statistički on-line program (134) za izračun a priori veličine uzorka potrebe za provođenje multiple regresijske analize dobiveno je da uz očekivanu veličinu efekta $f^2=0.15$, razinu statističke snage $p=0.05$, uz predviđeni broj prediktora $n=9$ te razinu vjerojatnosti od 0.05, potrebna veličina uzorka iznosi $N=67$.

Prije otpusta iz bolnice a temeljem kriterija uključenja i ne-uključenja, nadležan liječnik i/ili glavna sestra odjela su upućivali potencijalne sudionike psihologu.

Kriteriji uključenja:

- uznapredovao metastatski rak (stadij III/IV)
- nemogućnost kurativnog pristupa uz mogućnost antineoplastične terapije s ciljem produljivanja života
- ECOG 0 ili 1

Kriterij isključenja:

- dokazana metastatska bolest centralnog živčanog sustava

- primarni malignomi centralnog živčanog sustava
- prisutnost akutne psihoze, delirija, demencije i psihoorganskog sindroma
- loš kognitivni status (≥ 26 boda na MoCA testu)
- neadekvatno ispunjeni upitnici

Ukupno N=287 sudionika je pozvano na sudjelovanje u istraživanju; N=81 je pristalo na istraživanje (potpisali su informirani pristanak). N=6 sudionika je isključeno iz uzorka (N=3 sudionika je odustalo od sudjelovanja, a N=3 sudionika je isključeno jer nisu zadovoljili na testu kognitivne procjene). Konačan broj sudionika iznosio je N=75.

N=46 sudionika (41.3%) je regrutirano u KBC Zagreb, Klinika za onkologiju (u siječnju 2015. god.). N=29 sudionika (38.7%) je regrutirano u KBC „Sestre milosrdnice“, Klinika za tumore (u travnju 2015. god.). Ukupni uzorak sadrži N=43 (57.3%) sudionika ženskog spola i N=32 (42.7%) sudionika muškog spola. Prosječna dob sudionika je M=60.15 godine (SD=10.27). Većina sudionika je u braku (f=55; 73.3%), srednje školskog stupnja obrazovanja (f=39; 52%) te (za Republiku Hrvatsku) s ispodprosječnim (f=37; 49.3%) ili prosječnim (f=29; 38.7%) mjesečnim prihodima. Prosječna jačina boli iznosila je M=2.25 (SD=3.5) a duljina liječenja M=1.23 godine (SD=2.45).

Tablica 1.Opis sudionika

bolnica	
KBCZG f(%)	46 (61.3)
KBCSM f(%)	29(38.7)
spol	
ženski f(%)	43 (57.3)
muški f(%)	32 (42.7)
dob M(SD)	60,15(10.265)
prebivalište	
selo f(%)	9(12.0)
mjesto f(%)	3(4.0)
grad	63(84.0)
bračni status	
u braku f(%)	55(73.3)
kohabitacija f(%)	2(2.7)
sama/c f(%)	7(9.3)
udovac/ica f(%)	6(8.0)
razven/a f(%)	5(6.7)
stupanj obrazovanja	
osnovna škola f(%)	11(14.7)
srednja škola f(%)	39(52.0)
viša škola f(%)	8(10.7)
visoka škola f(%)	17(22.7)
radni status	
zaposlan/a i radi f(%)	4(5.3)
zaposlen/a i na bolovanju f(%)	19(25.3)
nezaposlan/a f(%)	4(5.3)
u mirovini f(%)	48(64.0)
mjesečni prihodi	
ispodprosječni f(%)	37(49.3)
prosječni f(%)	29(38.7)
iznadprosječni f(%)	9(12.0)
VASbol M(SD)	2,25(3.5)

Legenda:

KBCZG- Klinički bolnički centar Zagreb

KBCSM- Klinički bolnički cetar “Sestre milosrdnice”

VAS- vizualno analogna skala

4.2. Mjerni instrumenti

4.2.1. ECOG ljestvica za procjenu općeg stanja bolesnika

U svakodnevnom kliničkom radu primjenjuju se različite bodovne skale procjene općeg stanja bolesnika, tzv. „performance status“. „Pogoršanje“ bodovne skale, u najvećoj mjeri, posljedica je napredovanja zloćudne bolesti. Opće stanje bolesnika najčešće se procjenjuje prema smjernicama ECOG grupe (Eastern Cooperative Oncology Group) utvrđenim 1982. godine (135). Procjenu stanja, odnosno sposobnosti bolesnika za provođenje funkcija i zadataka vezanih uz potrebe svakodnevnog života obavlja liječnik ili istraživač u sklopu ispitivanja. Ljestvica ima raspon od 0 do 5, gdje 0 predstavlja savršeno zdravlje, a 5 predstavlja smrt.

U ovom istraživanju, procjenu općeg stanja bolesnika, prema ECOG ljestvici, vršio je nadležni liječnik, specijalist onkologije ili glavna sestra odjela. U istraživanje su uključeni sudionici za koje je procijenjeno da imaju ECOG status 0 (asimptomatski pacijent (potpuno aktivan, sposoban obavljati bez ikakvih poteškoća sve aktivnosti kojima se bavio i prije bolesti)) ili 1 (simptomatski ali potpuno ambulantni pacijent (ograničen u napornim fizičkim aktivnostima, ali sposoban nastaviti posao koji je sjedilački i nije pretjerano zahtjevan kao što su lagani kućanski poslovi ili uredski posao)).

4.2.2. Opći upitnik

Opći upitnik se sastojao od dva dijela: prvi dio je ispunjavao nadređeni liječnik/medicinska sestra (sijelo maligne bolesti, TNM klasifikaciju neoplazme, trajanje same bolesti/liječenja) a drugi dio upitnika su ispunjavali sudionici (dob, spol, bračni status, mjesečni prihodi).

4.2.3. Montreal kognitivni upitnik (MoCA)

Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test (136) je osmišljen kao skrining instrument za otkrivanje blagih kognitivnih oštećenja (eng. mild cognitive impairment (MCI)). Koristi se kod oboljelih od: Alzheimerove bolesti, vaskularnih kognitivnih oštećenja, Parkinsonove bolesti, Lewy Body demencije, fronto-temporalne demencije, multiple skleroze,

Huntingtonove bolesti, tumora mozga, amiotrofične lateralne skleroze, apneje za vrijeme spavanja, srčanog zatajenja, ovisnosti o drogama i alkoholu, shizofrenije, HIV-a, trauma glave.

Kognitivne domene koje test procjenjuje su: pažnja, koncentracija, izvršne funkcije, memorija, jezik, vizualno-konstruktivne sposobnosti, konceptualno mišljenje, računanje i orijentacija. Vrijeme primjene testa iznosi 10 minuta. Ukupan zbroj bodova je 30; 26 bodova se smatra graničnom vrijednošću (osjetljivost 90-96%, specifičnost 87-95%) (136). Transkulturalna istraživanja (137-140) pokazuju kako je MoCA pouzdan instrument (Cronbachov α varira od 0.8 do 0.9).

Procjenu kognitivnog statusa sudionika MoCA upitnikom provodila je doktorandica koristeći hrvatsku verziju (141) a sukladno uputama iz priručnika (142).

4.2.4. Upitnik o zadovoljstvu bolničkom skrbi onkoloških pacijenata (EORTC IN-PATSAT32)

EORTC IN-PATSAT32 (66) je upitnik kojim se mjeri zadovoljstvo onkoloških pacijenta dobivenom bolničkom skrbi. Upitnik sadrži 32 pitanja podijeljena u 11 ljestvica i 3 čestice sa skalama procjene od 5 stupnjeva (1=veoma loše, 2=poprilično loše, 3=osrednje, 4=dobro, 5=izvrsno). Od sudionika se traži evaluacija tehničkih (npr. ublažavanje fizičkih simptoma) i interpersonalnih vještina (npr. aktivno slušanje), način informiranja (npr. o bolesti i mogućnostima liječenja) te dostupnost (npr. koliko vremena je posvećeno pacijentima) liječnika i medicinskih sestra/tehničara. Nadalje, pacijenti procjenjuju interpersonalne vještine drugog bolničkog osoblja, vrijeme čekanja na pretrage i nalaze, pristup bolnici, čistoću i udobnost te cjelokupno zadovoljstvo dobivenom bolničkom skrbi.

Sukladno uputama, bodovi su izračunati za svaku ljestvicu zbrajanjem svih ocjena i dijeljenjem s ukupnim brojem čestica (koje ista sadrži). Potom, provedena je linearna transformacija bodova na skali od 0-100. Viši bod označava veće zadovoljstvo. Dobiveno je kako sve ljestvice upitnika imaju zadovoljavajuću pouzdanost (Cronbachov α varira od 0.7 do 0.9).

U ovom istraživanju korištena je hrvatska verzija upitnika a nakon potpisivanja Ugovora o korištenju rezultata u istraživačke svrhe s EORTC grupom. Sudionici su samostalno ispunjavali upitnik.

4.2.5. Upitnik mentalne prilagodbe na rak (Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC))

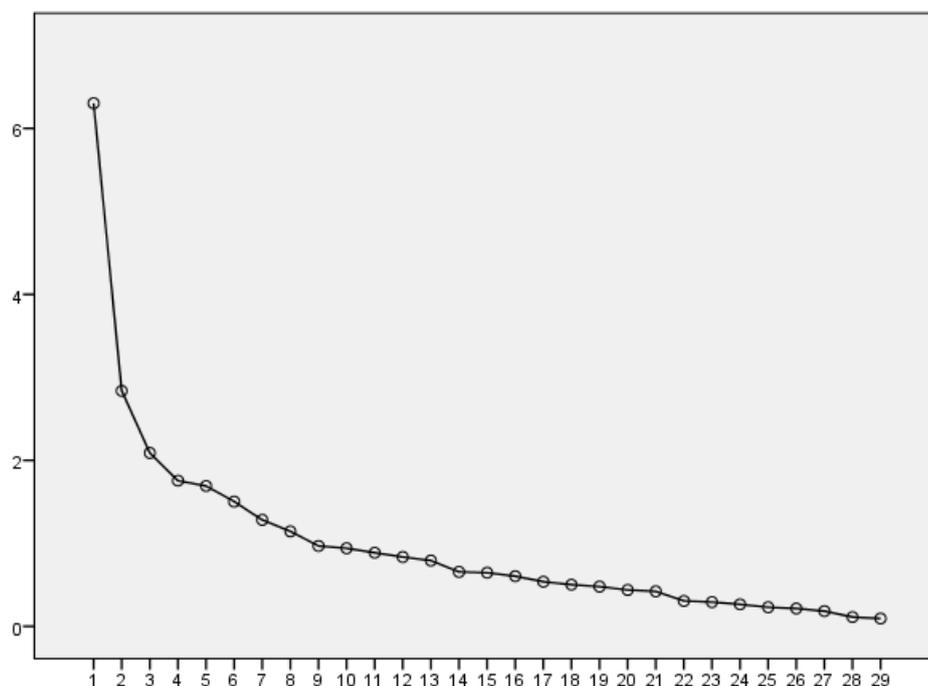
Skraćena verzija Upitnika mentalne prilagodbe na rak (Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC)) (143) sadrži 29 pitanja i dizajniran je specifično za mjerenje adaptacije pacijenata na dijagnozu i liječenje raka.

Nakon dobivene dozvole autora za korištenje upitnika te Internacionalnog društava za psiho-onkologiju (IPOS), proveden je prijevod istog po standardnoj proceduri od strane istraživačkom tima projekta. Pilot testiranje prevedenog upitnika nije provedeno. Sudionici su samostalno ispunjavali upitnik.

Čestice upitnika se boduju skalom od 4 stupnja (0=definitivno se ne odnosi na mene, 1=djelomično se ne odnosi na mene, 2=djelomično se odnosi na mene, 3=definitivno se odnosi na mene). Prema nekim istraživanjima (144, 145) upitnik ima petero-faktorsku strukturu: borbenost (eng. fighting spirit), beznade, anksioznu preokupaciju, fatalizam i izbjegavanje; a prema drugim istraživanjima (148-150), upitnik ima tri ili četiri faktora. S obzirom na to kako upitnik nikada do sada nije korišten u Republici Hrvatskoj, nekonzistentnost rezultata istraživanja i upozorenje nekih istraživača (144-148) na postojanje značajnih razlika u faktorskoj strukturi upitnika zbog kulturoloških čimbenika, proveli smo faktorsku analizu upitnika.

Na našem uzorku sudionika, dobiveni su neinterpretabilni faktori (tj. jednofaktorska solucija; Slika 1.) zbog čega je odlučeno kako se rezultati upitnika mini-MAC neće koristiti u daljnjoj analizi.

Slika 1. Faktorska struktura Upitnika mentalne prilagodbe na rak (Mini-MAC)



Legenda:

x-os broj faktora

y-os karakteristični korijen

4.2.6. Upitnik depresivnosti i anksioznosti pacijenata u bolnici (eng. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS))

Upitnik depresivnosti i anksioznosti pacijenata u bolnici (eng. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)) je upitnik koji se koristi za otkrivanje simptoma depresije i anksioznosti u medicinskim ustanovama (149). Ima 14 čestica, od kojih se 7 odnosi na depresiju, a 7 na anksioznost. Intenzitet svake tvrdnje se ocjenjuje skalom od 4 boda (0=uopće ne, 1=ponekad, 2=često, 3=cijelo vrijeme).

Pravo na korištenje hrvatske verzije upitnika HADS je kupljeno od nakladnika Mapi Research Trust (Francuska). S obzirom na to kako nismo uspjeli pronaći niti jednu validacijsku studiju provedenu na sudionicima oboljelim od raka, u Republici Hrvatskoj, sami smo ju proveli (150). Dobiveno je kako se čestice kojima se mjeri razina depresivnosti i anksioznosti međusobno preklapaju; jednofaktorska solucija (tzv "emocionalna

uznemirenost”) (Cronbachov $\alpha=0.774$) i cut-off bod od 11/12 (osjetljivost i specifičnost=0.8) su se pokazali kao optimalno rješenje (Tablica 2., Slika 2.).

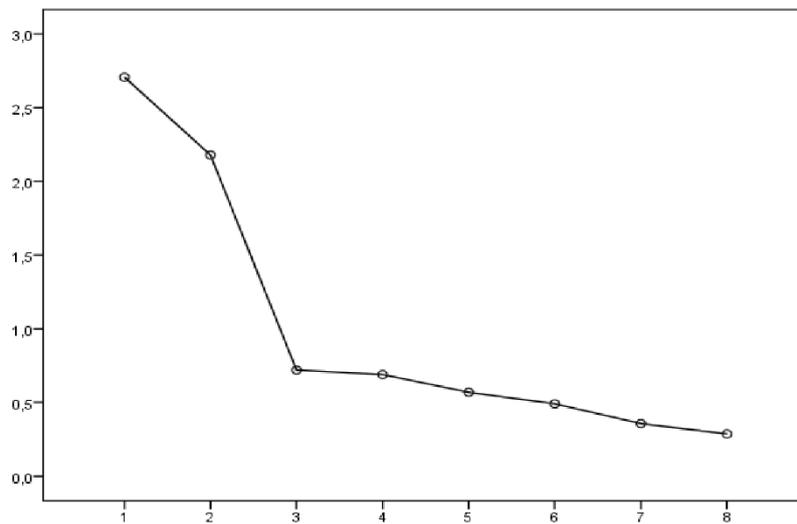
Sudionici su samostalno ispunjavali upitnik.

Tablica 2. Analiza glavnih komponentata Upitnika depresivnosti i anksioznosti pacijenata u bolnici (HADS)

Čestice	Komponenta Anksioznost	Komunalitet	M	SD
1. Osjećam se napeto.	0.76	0.58	1.53	1.33
3. Obuzima me neki osjećaj straha, kao da će se nešto strašno dogoditi.	0.63	0.40	1.11	1.30
5. Glavom mi prolaze zabrinjavajuće misli.	0.65	0.43	1.01	1.18
7. Mogu mirno sjediti i osjećati se opušteno.	0.49	0.24	0.35	0.74
9. Obuzima me neki osjećaj straha, kao čvor u želudcu.	0.41	0.16	0.35	0.85
11. Osjećam se nemirno, kao da bih se trebao/la kretati.	0.65	0.43	1.21	1.25
13. Obuzima me iznenadna panika.	0.75	0.56	0.68	1.16
Kaiser-Meyer-Olkin	0.74			
Bartlettov test sfericiteta (df=21)	124.03***			
Karakteristični korijen / objašnjena varijanca (%)	2.80	40.00 %		
Pouzdanost (Cronbachov α)	0.75			
Čestice	Komponenta Depresija	Komunalitet	M	SD
2. Još uvijek uživam u stvarima u kojima sam i prije uživao/la.	0.72	0.52	0.37	0.67
4. Mogu se smijati i uvidjeti smiješnu stranu stvari.	0.85	0.72	0.35	0.69
6. Osjećam se veselo.	-	-	1.21	1.35
8. Osjećam se usporeno.	-	-	1.92	1.16
10. Izgubio/la sam interes za svoj izgled.	-	-	1.04	1.27
12. Veselim se nekim budućim stvarima i događajima.	0.88	0.77	0.36	0.68
14. Mogu uživati u dobroj knjizi, dobrom radijskom ili televizijskom program.	0.76	0.57	0.24	0.69
Kaiser-Meyer-Olkin	0.75			
Bartlettov test sfericiteta (df=21)	107.09***			
Karakteristični korijen / objašnjena varijanca (%)	2.58	64.62 %		
Pouzdanost (Cronbachov α)	0.81			

Legenda: M- aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; *** χ^2 značajan na razini $p < 0.001$

Slika 2. Faktorska struktura Upitnika depresivnosti i anksioznosti pacijenata u bolnici (HADS)



Legenda:

x-os broj faktora

y-os karakteristični korjen

4.3. Postupak

Prije početka provođenja istraživanja dobivene su Etičke dopusnice relevantnih institucija:

- Medicinskog fakulteta u Zagrebu (Ur. Broj: 380-59-10106-14-55/143; Klasa: 641-01/14-02/01)
- KBC-a Zagreb (Ur. Broj: 02/21-JG; Klasa: 8.1-13/110-2)
- KBC-a „Sestre milosrdnice“ (Ur. Broj: EP-4582/15-5)

Sukladno definiranim kriterijima uključenja i isključenja, nadležan liječnik (specijalista onkolog) i/ili glavna medicinska sestra odjela upućivali su sudionike doktorandici. Doktorandica je prvo objasnila svrhu i plan istraživanja te dala na potpis informirani pristanak onim sudionicima koji su pristali na testiranje.

Prikupljanje podataka je započelo ispunjavanjem Općeg upitnika. Doktorandica je postavljala pitanja napisana u upitniku i upisivala odgovore sudionika. Potom je uslijedila procjena kognitivnog stanja sudionika MoCA testom. Ukoliko je sudionik zadovoljio na testu kognitivne procjene, zamoljen je samostalno ispuniti upitnike: EORTC IN_PATSAT32, mini-MAC i HADS. Ako sudionik nije zadovoljio na upitniku kognitivne procjene, uslijedio bi neformalni razgovor između sudionika i doktorandice. Testiranje je u prosjeku trajalo 30 minuta, a provodilo se u standardiziranim uvjetima.

4.4. Statistička analiza

Prvo je provedena faktorska analiza upitnika HADS i mini-MAC. Korištene su različite vrste faktorske analize (eksplorativna, FA glavnih komponenata, Maximum Likelihood ekstrakcija) i načina rotacije faktorskih solucija (kosokutna i ortogonalna) kako bi se provjerile strukture upitnika.

Drugi korak je bio ispitivanje direktnog i indirektnog odnosa između psiho-socijalnih faktora i zadovoljstva različitim aspektima bolničke skrbi. Za ispitivanje direktnog odnosa korišten je Spearmanov koeficijent korelacije, a za ispitivanje indirektnog (moderatorskog i

medijatorskog odnosa) hijerarhijska multipla regresija s dihotomnim varijablama kao prediktorima.

Prije početka moderirajuće multiple regresije (posebne vrste hijerarhijske multiple regresije) centralizirali smo intervalne varijable dok su kategorijske pretvorene u tzv. dummy varijable. Kriterij su bile različite domene zadovoljstva pacijenata (tehničke i interpersonalne vještina, način informiranja te dostupnost liječnika i medicinskih sestara/tehničara; interpersonalne vještine drugog bolničkog osoblja, vrijeme čekanja na pretrage i nalaze, pristup bolnici, čistoća i udobnost te cjelokupno zadovoljstvo dobivenom bolničkom skrbi), prediktor je bio HADS (emocionalna uznemirenost), a moderator su bile demografske varijable (spol, dob, stupanj obrazovanja, životni partner, prihodi i duljina liječenja). Moderirajuća multipla regresija se provodi kroz niz koraka s time da se svaki korak sastoji od uvrštavanja nove varijable ili skupova varijabli u regresijsku jednadžbu. Nakon svakog novog koraka (novo uvedene prediktorske varijable) određuje se postotak objašnjene varijance. Značajnost doprinosa nove uvrštene varijable manifestira se u značajnoj promjeni u postotku objašnjene varijance kriterija (R^2). Značajnost promjene testira se F-omjerom (151, 152). Posebnost moderirajuće MRI očituje se u specifičnosti varijable koja se posljednja unosi u regresijsku jednadžbu. Naime, nakon što su u jednadžbu uvršteni prediktori (npr. anksioznost, depresivnost) i moderator (npr. spol), uvodi se i varijabla koja predstavlja njihov umnožak (npr. $HADS * spol$), a nositelj je eventualne interakcije. Kada se utvrdi značajna promjena u postotku objašnjene varijance kriterija nakon uvrštavanja umnoška uz kontrolu glavnih učinaka prediktora i moderatora, možemo reći da ispitivana varijabla moderira odnos prediktora i kriterija (151-153).

Nakon moderatorske analize, pokušali smo provjeriti predstavljaju li demografski faktori barem dio mehanizma kojim razina emocionalne uznemirenosti (HADS) utječe na stupanj zadovoljstva dobivenom bolničkom skrbi, što se u statističkom smislu svodi na medijacijsku analizu. Medijator je varijabla koja posreduje odnos između druge dvije varijable i ukazuje na procese (mehanizme) pod kojima se određeni učinak javlja (151). Testiranje medijacije se odvija u tri koraka (151, 152).

- Provjera doprinosa prediktora za objašnjavanje kriterija: nužno je utvrditi da postoji odnos na koji je moguće ostvariti medijacijsku utjecaj pri čemu se

procjenjuje i testira značajnost regresijskog pondera prediktora u objašnjavanju kriterijske varijable.

- Provjera doprinosa prediktora za objašnjavanje pretpostavljene medijacijske varijable čime se pokazuje da je prediktor povezan s pretpostavljenom medijacijskom varijablom kroz koju ostvaruje neizravni utjecaj na kriterij.
- Ima li prediktor i dalje značajan doprinos u objašnjavanju kriterija, ako se u regresiji nalazi istovremeno i pretpostavljena medijacijska varijabla? Potvrđivanje medijacije podrazumijeva utvrđivanje smanjenja u veličini, ili utvrđivanje neznačajnosti regresijskog koeficijenta za prediktor (koji je prije značajno doprinosa objašnjenju kriterija) uz medijator koji značajno doprinosi objašnjenju kriterija.

Statistička analiza rezultata je provedena besplatnim i javno dostupnim statističkim programom R software (R Project for Statistical Computing) (154). Značajnost koeficijenata korelacije i regresije je postavljena na razinu od 0.05.

5. Rezultati

5.1. Deskriptivna statistika varijabli uključenih u analizu

5.1.1. Deskriptivna statistika demografskih varijabli

Tablica 3. Deskriptivna statistika za varijablu dob i duljina liječenja

Statistici	Dob	Duljina liječenja*
M	60.15	14.80
C	61.00	5.00
D	57	1
SD	10.265	29.45
Min	34	1
Maks	86	180

Legenda:

*u mjesecima

N=ukupan broj sudionika

M= aritmetička sredina

C=medijan

D= mod

SD= standardna devijacija

Min= minimalna vrijednost

Maks= maksimalna vrijednost

Prosječna dob sudionika je $M=60.15$ ($SD=10.265$); Najčešća dob sudionika je $D=57$ godina. Prosječna duljina liječanja iznosi $M=18.80$ mjeseci ($SD=29.45$); Sudionici su najčešće u liječenju $D=1$ mjesec.

Tablica 4. Udio sudionika s obzirom na spol.

Spol	f	%
Ž	43	57.30
M	32	42.70

Legenda:

Ž= ženski spol

M= muški spol

Skupina sudionika je ujednačena s obzorom na spol, tj. postoji podjenak broj ispitanika ženskog ($N=43$) i muškog ($N=32$) spola.

Tablica 5. Udio sudionika s obzirom na završenu osnovnu školu.

Završena osnovna škola	f	%
Ne*	64	85.30
Da*	11	14.70

Legenda:

*kodiranje: 0=ne, 1=da

Tablica 6. Udio sudionika s obzirom na završenu osnovnu školu.

Završena srednja škola	f	%
Ne*	36	48.00
Da*	39	52.00

Legenda:

*kodiranje: 0=ne, 1=da

Tablica 7. Udio sudionika s obzirom na završenu višu/visoku školu.

Završena viša/visoka škola	f	%
Ne*	50	66.70
Da*	25	33.30

Legenda:

*kodiranje: 0=ne, 1=da

Varijabla „stupanj obrazovanja“ je transformirana u 3 dihotomne varijable (završena osnovna škola, završena srednja škola, završena više/visoka škola) kako bi se olakšala daljnja analiza

odgovora sudionika. Iz Tablica 4., 5. i 6. vidljivo je kako većina ispitanika ima srednju stručnu spremu (52%); 33% ispitanika ima višu ili visoku stručnu spremu, a 15% ima završenu osnovnu školu.

Tablica 8. Udio sudionika s obzirom na to imaju li ili ne partnera.

Ima li sudionik partnera?	f	%
Nema*	18	24.00
Ima*	57	76.00

Legenda:

*kodiranje: 0=nema, 1=ima

Varijabla “bračni status”, koja je sadržavala više podkategorija/mogućih odgovora (u braku, u kohabitaciji, udovac/ica, razveden/a, samac) transformirana je u varijablu s 2 kategorije: ima li sudionik partnera ili nema. Iz Tablice 7. Možemo očitati kako većina sudionika (76%) izjavljuje kako ima partnera.

Tablica 9. Udio sudionika s obzirom na mjesečne prihode.

Mjesečni prihodi	f	%
ispod prosjeka*	37	49.30
prosječni i iznad prosjeka*	38	50.70

Legenda:

*kodiranje: 0=ispod prosjeka, 1=prosječni i iznad prosjeka

Varijabla mjesečni prihodi je izvorno intervalnog karaktera, no zbog pojednostavljenja analize transformirana je u dihotomnu varijablu (1. kategorija: ispodprosječna mjesečna primanja, 2. kategorija: prosječna i iznadprosječna primanja). Iz Tablice 9. vidljivo je kako se broj sudionika s ispodprosječnim (N=37) i prosječnim/iznadprosječnim (N=38) prihodima izjednačen.

5.1.2. Deskriptivna statistika varijable “emocionalna uznemirenost”

Tablica 10. Udio sudionika s obzirom na emocionalnu uznemirenost.

Statistici	Emocionalna uznemirenost
M	11.35
C	11.00
D	7.00
SD	7.33
Min	.00
Maks	33.00

Legenda:

M= aritmetička sredina

C=medijan

D= mod

SD= standardna devijacija

Min= minimalna vrijednost

Maks= maksimalna vrijednost

Varijabla “emocionalna uznemirenost” dobivena je nakon provedene faktorske analize (150) i predstavlja kompilaciju čestica kojima se mjeri anksioznost i depresija u hospitaliziranih pacijenata.

Sudionici su prosječno emocionalni uznemireni $M=11.35$ ($SD=7.33$) što prema ranije spomenutim izračunima (150) predstavlja graničnu vrijednost (cut off score), odnosno, naša skupina sudionika je “na samoj granici” klinički značajne anksioznosti i depresije. Na osnovu dobivenog, možemo reći kako naša grupa sudionika inklinira prema anksioznosti i depresiji, tj. radi se o posebno osjetljivim pacijentima.

5.1.3. Deskriptivna statistika domena zadovoljstva bolničkom skrbi.

Tablica 11. Deskriptivni podaci domena zadovoljstva bolničkom skrbi.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
M	83.33	80.77	85.00	78.16	89.00	91.11	85.99	88.16	86.80	81.33	79.56	84.00	89.66	88.00
C	100.00	1.00	1.00	100.00	100.00	1.00	1.00	100.00	100.00	1.00	87.50	100.00	100.00	100.00
D	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
SD	23.48	21.74	27.15	29.21	18.38	17.19	23.02	20.74	18.168	25.11	24.61	21.60	16.99	17.12
Min	0.00	0.00	0.00	0.00	16.67	25.00	0.00	0.00	25.00	0.00	12.50	25.00	25.00	25.00
Maks	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Legenda:

M= aritmetička sredina

C=medijan

D= mod

SD= standardna devijacija

Min= minimalna vrijednost

Maks= maksimalna vrijednost

1=Interpersonalne vještine liječnika

2=Tehničke vještine liječnika

3=Pružanja informacija od strane liječnika

4=Dostupnost liječnika

5=Interpersonalne vještine medicinskih sestara/tehničara

6=Tehničke vještine medicinskih sestara/tehničara

7=Pružanje informacija od strane sestara/tehničara

8=Dostupnost medicinskih sestara/tehničara

9=Ljubaznost i susretljivost drugog bolničkog osoblja

10=Čekanje na pregled ili dobivanje nalaza

11=Pristup bolnici

12=Razmjena informacija između osoblja bolnice

13=Udobnost i čistoća bolnice

14=Opće zadovoljstvo bolničkom skrbi

Iz Tablice 11. vidljivo je kako sudionici izražavaju visoku razinu zadovoljstva različitim domenama zdravstvene skrbi (zadovoljstvo liječnicima, medicinskim sestrama/tehničarima i organizacijom skrbi na razini bolnice). Sudionici su najmanje zadovoljni pristupom bolnici (M=79.56; SD=24.61) a najviše udobnošću i čistoćom bolnice (M=89.66; SD=16.99). Primjećujemo kako su prosječne vrijednosti zadovoljstva medicinskim sestrama/tehničarima više od prosječnih vrijednosti liječnicima (recimo, zadovoljstvo interpersonalnim vještinama

liječnika iznosi $M=83.33$ ($SD=23.48$) a zadovoljstvo interpersonalnim vještinama medicinskih sestara/tehničara iznosi $M=89.00$ ($SD=18.38$).

5.2. Testiranje preduvjeta nužnih za provođenje hijerarhijske (moderirajuće) multiple regresijske analize dihotomnim prediktorskim varijablama (tzv. kategorijska regresija)

Kategorijska regresijska analiza kvantificira kategorijske podatke na način da procjenjuje vrijednost kategorija, rezultirajući optimalnom linearnom regresijskom jednadžbom transformiranih varijabli (155). Standardna linearna regresijska analiza uključuje minimalizaciju sume kvadrata razlike između zavisnih varijabli i ponderirane kombinacije nezavisnih varijabli. Varijable su tipično kvantitativne i služe za razdjeljivanje grupe slučajeva, odnosno za procjenu zasebnih setova parametara svake skupine. Procijenjeni koeficijenti odražavaju način na koji promjena u prediktoru utječe na kriterij. Alternativni pristup podrazumijeva regresiju odgovora na kategorijskim varijablama. Kategorijska regresija proširuje standardni pristup na način da simultano skalira nominalne, ordinalne i numeričke varijable. Procedura kvantificira kategorijske varijable na način da kvantifikacija reflektira obilježja originalnih kategorija. Procedura tretira kategorijske varijable na isti način kao i numeričke varijable. Korištenjem nelinearne transformacije dopušta se analiza varijabli na svim razinama kako bi se pronašao odgovarajući model. Kategorijska regresija je ekvivalentna kanoničkoj korelaciji s optimalnim skaliranjem. Skaliranje svih varijabli odgovara standardnoj multiploj regresijskoj analizi.

Preduvjeti za provođenje kategorijske regresije su manje restriktivni od preduvjeta nužnih za provođenje linearne regresije. Prvo, nije potreban linearan odnos između završnih i nezavisnih varijabli. Kategorijska regresija može "podnijeti" sve vrste odnosa zbog toga što primjenjuje ne-linearnu logaritamsku transformaciju kako bi se provela predikcija. Drugo, nezavisne varijable ne trebaju biti multivarijatno normalno distribuirane. Iako multivarijatna normalnost distribucije rezultira stabilnijim solucijama, nije nužan preduvjet. Nadalje, ni rezidui ne trebaju biti normalno distribuirani. Treće, nije potrebno zadovoljiti uvjet homoscedasticiteta. Posljednje, nezavisne varijable ne moraju biti intervalnog karaktera.

Uvjeti koji moraju biti zadovoljeni su: neovisnost mjerenja i nepostojanje multikolineranosti.

5.2.1. Neovisnot opservacija

Pretpostavku o nezavisnosti slučajnih varijabli testirana je Durbin-Watsonovim testom. Vrijednosti potonjeg se uvijek kreću između 0 i 4. Vrijednost 2 znači da ne postoji autokorelacija varijabli. Vrijednosti koje se približavaju 0 ukazuju na pozitivnu autokorelaciju, a vrijednosti koje se približavaju 4 upućuju na negativnu autokorelaciju.

Tablica 12. Testiranje neovisnosti opservacija

kriterijska varijable	Durbin-Watson test
Interpersonalne vještine liječnika	1.76
Tehničke vještine liječnika	1.86
Pružanja informacija od strane liječnika	1.80
Dostupnost liječnika	1.75
Interpersonalne vještine medicinskih sestara/tehničara	2.14
Tehničke vještine medicinskih sestara/tehničara	2.10
Pružanje informacija od strane sestara/tehničara	1.83
Dostupnost medicinskih sestara/tehničara	2.12
Ljubaznost i susretljivost drugog bolničkog osoblja	2.15
Čekanje na pregled ili dobivanje nalaza	1.96
Pristup bolnici	1.88
Razmjena informacija između osoblja bolnice	1.94
Udobnost i čistoća bolnice	2.04
Opće zadovoljstvo bolničkom skrbi	1.95

Iz Tablice 11. možemo očitati kako su sve vrijednosti Durbin-Watson testa blizu 2 što znači da u našem uzorku sudionika ne postoji autokorelacija reziduala čime je zadovoljena pretpostavka o neovisnosti mjerenja, nužna za provođenje multiple regresijske analize.

5.2.2. Multikolinearnost

U ovom istraživanju, prije izračuna moderatorskog i medijatorskog efekta varijabli, sukladno preporukama iz literature (156), provedeno je tzv. centriranje varijabli kako bi se uklonile neesencijalne multikolinearnosti te olakšala interpretacija rezultata. Zbog toga, prikaz izračuna stupnja multikolinearnosti, bi bio redundantan.

5.3. Interkorelacije svih varijabli uključenih u analizu

Za određivanje interkorelacija između demografskih (spol, dob, stupanj obrazovanja, životni partner, prihodi i duljina liječenja (izražena u mjesecima)) i psiholoških (emocionalna uznemirenost) faktora te različitih domena zadovoljstva bolničkom skrbi (tehničke i interpersonalne vještine, način informiranja te dostupnost liječnika i medicinskih sestra/tehničara; interpersonalne vještine drugog bolničkog osoblja, vrijeme čekanja na pretrage i nalaze, pristup bolnici, čistoću i udobnost te cjelokupno zadovoljstvo dobivenom bolničkom skrbi) korišten je Spearmanov koeficijent korelacije.

Tablica 13. Interkorelacije demografskih faktora, emocionalne uznemirenosti i zadovoljstva bolničkom skbi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	1																						
2	.136	1																					
3	.016	-.053	1																				
4	.150	-.088	-.432**	1																			
5	-.171	.133	-.293*	-.736**	1																		
6	.026	.169	-.032	-.040	.066	1																	
7	.077	.150	-.194	-.201	.358**	.070	1																
8	-.044	-.220	-.113	.088	-.009	-.166	.032	1															
9	.089	-.031	.037	-.104	.083	-.027	-.105	-.023	1														
10	.058	.137	.217	-.019	-.143	.090	-.019	-.030	-.341**	1													
11	.032	.058	.186	-.029	-.109	.128	-.058	.001	-.341**	.903**	1												
12	.069	.065	.167	-.017	-.108	.043	-.036	.023	-.296**	.905**	.811**	1											
13	.003	.045	.198	-.022	-.126	.034	-.042	.010	-.309**	.926**	.827**	.910**	1										
14	.102	.163	.112	.042	-.129	.132	-.083	.001	-.381**	.639**	.718**	.599**	.621**	1									
15	.140	.082	.125	.007	-.102	.135	-.073	-.044	-.319**	.641**	.689**	.634**	.626**	.893**	1								
16	.086	.037	.072	.063	-.123	.089	-.076	.049	-.329**	.674**	.667**	.751**	.741**	.877**	.872**	1							
17	.057	.087	.147	-.034	-.074	.094	-.033	.019	-.285*	.630**	.612**	.665**	.658**	.887**	.897**	.933**	1						
18	.103	.125	.097	.002	-.077	.031	-.057	.029	-.409**	.702**	.759**	.693**	.628**	.778**	.672**	.679**	.678**	1					
19	.029	-.003	.197	-.077	-.066	.080	.063	.094	-.387**	.468**	.560**	.523**	.539**	.638**	.593**	.598**	.648**	.591**	1				
20	.056	-.163	.136	-.059	-.041	.036	-.012	.096	-.383**	.412**	.495**	.487**	.412**	.581**	.536**	.642**	.600**	.610**	.469**	1			
21	-.040	.015	.177	-.095	-.033	-.055	.041	.066	-.436**	.608**	.615**	.630**	.643**	.642**	.597**	.649**	.655**	.760**	.641**	.582**	1		
22	.266*	-.031	.198	-.114	-.028	.118	-.051	-.079	-.323**	.435**	.413**	.381**	.390**	.631**	.700**	.549**	.607**	.694**	.423**	.594**	.533**	1	
23	.125	.014	.237*	-.011	-.166	.108	-.069	-.020	-.366**	.591**	.599**	.581**	.592**	.791**	.779**	.735**	.807**	.768**	.660**	.669**	.707**	.845**	1

Legenda:

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

- 1 Dob
- 2 Spol (1= ženski spol, 2= muški spol)
- 3 Završena osnovna škola (0= ne, 1= da)
- 4 Srednja stručna sprema (0=ne, 1=da)
- 5 Viša i visoka stručna sprema (0=ne, 1=da)
- 6 Životni partner (0=nema, 1=ima)
- 7 Mjesečni prihodi (0=ispod prosjeka, 1=prosječni i iznad prosjheka)
- 8 Duljina liječenja (u mjesecima)
- 9 HADS (emocionalna uznemirenost)
- 10 Interpersonalne vještine liječnika
- 11 Tehničke vještine liječnika
- 12 Pružanja informacija od strane liječnika
- 13 Dostupnost liječnika
- 14 Interpersonalne vještine medicinskih sestara/tehničara
- 15 Tehničke vještine medicinskih sestara/tehničara
- 16 Pružanje informacija od strane sestara/tehničara
- 17 Dostupnost medicinskih sestara/tehničara
- 18 Ljubaznost i susretljivost drugog bolničkog osoblja
- 19 Čekanje na pregled ili dobivanje nalaza
- 20 Pristup bolnici
- 21 Razmjena informacija između osoblja bolnice
- 22 Udobnost i čistoća bolnice
- 23 Opće zadovoljstvo bolničkom skrbi

Dob je statistički značajno povezana s procjenom udobnosti i čistoće bolnice ($r=0.266$; $p<0.01$) što znači kako su stariji sudionici zadovoljniji čistoćom i udobnošću bolnice. Mlađi sudionici su manje zadovoljni čistoćom i udobnošću bolnice.

Završena osnovna škola je statistički značajno povezana s općim zadovoljstvom bolničkom skrbi ($r=0.237$; $p<0.01$). To znači da su sudionici sa završenom osnovnom školom općenito zadovoljniji dobivenom bolničkom skrbi.

HADS ili emocionalna uznemirenost je statistički značajno negativno povezana sa svim domenama zadovoljstva bolničkom skrbi (Tablica 13.) što znači da su emocionalno uznemireniji sudionici (s izraženijim simptomima depresivnosti i anksioznosti) manje zadovoljni dobivenom bolničkom skrbi.

Varijable spol, srednja stručna sprema, visokoškolska stručna sprema, životni partner, mjesečni prihodi i duljina liječenja nisu značajno povezani niti s jednom drugom varijablom.

5.4. Provjera izravnog doprinosa demografskih faktora i emocionalne uznemirenosti u objašnjavanju varijance domena zadovoljstva bolničkom skrbi

U ovom istraživanju zanimalo nas je izravni doprinos demografskih faktora i emocionalne uznemirenosti na stupanj zadovoljstva različitim domenama bolničke skrbi. Rezultati regresijskih analiza prikazani su u nastavku.

Tablica 14. Izravni doprinos demografskih faktora i emocionalne uznemirenosti zadovoljstvu interpersonalnim vještinama liječnika

Prediktori	Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	p
	B	Standardna pogreška	Beta		
Dob	0.16	0.26	0.07	0.58	0.55
Spol	8.09	5.51	0.17	1.46	0.14
Završena osnovna škola	19.58	8.69	0.29	2.25	0.02
Završena srednja škola	5.56	6.23	0.12	0.89	0.37
Život s partenrom	4.55	6.32	0.08	0.72	0.47
Mjesečni prihodi	-0.61	5.83	-0.01	-0.10	0.91
Duljina liječnja	2.67	6.85	0.05	0.39	0.69
Emocionalna uznemirenost	-15.73	5.38	-0.34	-2.92	0.00

Varijabla „završena viša/visoka škola“ je isključena.

Kriterij “interpersonalne vještine liječnika” značajno predviđaju varijable “završena osnovna škola” ($B=19.58$; $t=2.25$, $p=0.02$) i “emocionalna uznemirenost” ($B=-15.73$; $t=-2.92$, $p=0.00$). Korištenim setom prediktora je predviđeno 20% varijance kriterija ($R^2 = 0.203$); povezanost seta prediktora i kriterija je statistički značajna ($R=0.45$; $F=2.06$, $df_1=8$, $df_2=65$, $p=0.05$). Varijabla “završena osnovna škola” je značajno pozitivno povezana s kriterijskom varijablom ($\beta=0.29$), dok je “emocionalna uznemirenost” značajno negativno povezana s kriterijem ($\beta=-0.34$).

Tablica 15. Izravni doprinos demografskih faktora i emocionalne uznemirenosti zadovoljstvu tehničkim vještinama liječnika

Prediktori	Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	p
	B	Standardna pogreška	Beta		
Dob	0.16	0.25	0.07	0.64	0.51
Spol	3.92	5.13	0.09	0.76	0.44
Završena osnovna škola	15.21	8.17	0.24	1.86	0.06
Završena srednja škola	2.32	5.84	0,05	0.39	0.69
Život s partenrom	7.96	5.94	0.15	1.34	0.18
Mjesečni prihodi	-1.47	5.41	-0.03	-0.27	0.78
Duljina liječnja	7.74	6.42	0.15	1.20	0.23
Emocionalna uznemirenost	-12.67	5.00	-0.29	-2.53	0.01

Varijabla „završena viša/visoka škola“ je isključena.

Iako je prediktor „emocionalna uznemirenost“ značaja u predviđanju kriterija „tehničke vještine liječnika“ ($B=-12.67$; $t=-2.53$, $p=0.01$), odabrani set predikatora sveukupno ne pridonosi značajno objašnjenju varijance (17%) kriterija ($R=0.42$; $F=1.75$, $df_1=8$, $df_2=66$, $p=0.10$).

Tablica 16. Izravni doprinos demografskih faktora i emocionalne uznemirenosti zadovoljstvu informacijama dobivenim od strane liječnika

Prediktori	Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	p
	B	Standardna pogreška	Beta		
Dob	0.28	0.32	0.10	0.89	0.37
Spol	5.49	6.54	0.10	0.83	0.40
Završena osnovna škola	17.53	10.41	0.23	1.68	0.09
Završena srednja škola	3.00	7.44	0.05	0.40	0.68
Život s partenrom	4.16	7.57	0.06	0.55	0.58
Mjesečni prihodi	-0.68	6.90	-0.01	-0.10	0.92
Duljina liječnja	9.00	8.18	0.14	1.10	0.27
Emocionalna uznemirenost	-14.62	6.37	-0.27	-2.29	0.03

Varijabla „završena viša/visoka škola“ je isključena.

Iako je prediktor „emocionalna uznemirenost“ značajan u predviđanju kriterija „informiranost od strane liječnika“ (B=-12.67; t=-2.53, p=0.01), odabrani prediktorski set, sveukupno gledajući, ne objašnjava značajno varijancu (14.1%) kriterija (R=0.37; F=1.35; df1=8, df2=66, p=0.23).

Tablica 17. Izravni doprinos demografskih faktora i emocionalne uznemirenosti zadovoljstvu dostupnošću liječnika

Prediktori	Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	p
	B	Standardna pogreška	Beta		
Dob	0.08	0.34	0.02	0.23	0.81
Spol	4.93	7.01	0.08	0.70	0.48
Završena osnovna škola	21.79	11.15	0.26	1.95	0.05
Završena srednja škola	5.14	7.97	0.08	0.64	0.52
Život s partenrom	2.99	8.11	0.04	0.36	0.71
Mjesečni prihodi	-0.73	7.39	-0.01	-0.10	0.92
Duljina liječnja	4.68	8.77	0.06	0.53	0.59
Emocionalna uznemirenost	-17.44	6.83	-0.30	-2.55	0.01

Iako je prediktor „emocionalna uznemirenost“ značajan u predviđanju kriterija „informiranost od strane liječnika“ ($B=-17.44$; $t=-2.55$, $p=0.01$), odabrani prediktorski set, sveukupno gledajući, ne objašnjava značajno varijancu (14.8%) kriterija ($R=0.38$; $F=1.42$; $df_1=8$, $df_2=66$, $p=0.20$).

Tablica 18. Izravni doprinos demografskih faktora i emocionalne uznemirenosti zadovoljstvu interpersonalnim vještinama medicinskih sestra/tehničara

Prediktori	Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	p
	B	Standardna pogreška	Beta		
Dob	0.25	0.20	0.14	1.20	0.23
Spol	7.38	4.23	0.20	1.74	0.08
Završena osnovna škola	9.66	6.72	0.18	1.43	0.15
Završena srednja škola	3.11	4.81	0.08	0.64	0.51
Život s partenrom	6.31	4.89	0.14	1.29	0.20
Mjesečni prihodi	-3.18	4.45	-0.08	-.71	0.47
Duljina liječenja	7.21	5.28	0.16	1.36	0.17
Emocionalna uznemirenost	-11.92	4.11	-0.32	-2.89	0.00

Varijabla „završena viša/visoka škola“ je isključena.

Kriterij “interpersonalne vještine medicinskih sestara/tehničara” značajno predviđaju varijable “spol” (B=7.38; t=1.74, p=0.08) i “emocionalna uznemirenost” (B=-11.92; t= -2.89, p=0.00). Korištenim setom prediktora je predviđeno 22% varijance kriterija ($R^2 = 0.22$); povezanost seta prediktora i kriterija je statistički značajna ($R=0.47$; $F=2.29$, $df_1=8$, $df_2=65$, $p=0.03$). Varijabla “spol” je značajno pozitivno povezana s kriterijskom varijablom ($\beta=0.20$), dok je “emocionalna uznemirenost” značajno negativno povezana s kriterijem ($\beta=-0.32$).

Tablica 19. Izravni doprinos demografskih faktora i emocionalne uznemirenosti zadovoljstvutehničkim vještinama medicinskih sestra/tehničara

Prediktori	Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	p
	B	Standardna pogreška	Beta		
Dob	0.28	0.20	0.17	1.41	0.16
Spol	3.21	4.20	0.09	0.76	0.44
Završena osnovna škola	7.62	6.61	0.15	1.15	0.25
Završena srednja škola	0.99	4.76	0.02	0.21	0.83
Život s partenrom	5.91	4.82	0.14	1,22	0.22
Mjesečni prihodi	-2.85	4.43	-0.08	-0.64	0.52
Duljina liječnja	4.42	5.19	0.11	0.85	0.39
Emocionalna uznemirenost	-8.31	4.08	-0.24	-2.03	0.04

Varijabla „završena viša/visoka škola“ je isključena.

Iako je prediktor „emocionalna uznemirenost“ značajan u predviđanju kriterija „tehničke vještine medicinskih sestara/tehničara“ (B=-8.31; t=-2.03, p=0.04), odabrani prediktorski set, sveukupno gledajući, ne objašnjava značajno varijancu (13.7%) kriterija (R=0.37; F=1.28; df1=8, df2=65, p=0.26).

Tablica 20. Izravni doprinos demografskih faktora i emocionalne uznemirenosti zadovoljstvu informacijama dobivenim od strane medicinskih sestara/tehničara

Prediktori	Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	p
	B	Standardna pogreška	Beta		
Dob	0.26	0.28	0.12	0.94	0.34
Spol	3.20	5.74	0.06	0.55	0.58
Završena osnovna škola	4.41	8.20	0.06	0.53	0.59
Završena srednja škola	-3.96	6.94	-0.08	-0.57	0.57
Život s partenrom	5.89	6.72	0.10	0.87	0.38
Mjesečni prihodi	-2.97	6.19	-0.06	-0.48	0.63
Duljina liječenja	8.84	7.03	0.16	1.25	0.21
Emocionalna uznemirenost	-13.54	5.63	-0.29	-2.40	0.02

Varijabla „završena viša/visoka škola“ je isključena.

Iako je prediktor „emocionalna uznemirenost“ značajan u predviđanju kriterija „informiranost od strane medicinskih sestara/tehničara“ (B=-13.54; t=-2.40, p=0.02), odabrani prediktorski set, sveukupno gledajući, ne objašnjava značajno varijancu (15%) kriterija (R=0.38; F=1.33; df1=8, df2=60, p=0.25).

Tablica 21. Izravni doprinos demografskih faktora i emocionalne uznemirenosti zadovoljstvudostupnošću medicinskih sestra/tehničara

Prediktori	Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	p
	B	Standardna pogreška	Beta		
Dob	0.19	0.24	0.09	0.79	0.42
Spol	4.86	5.05	0.11	0.96	0.34
Završena osnovna škola	11.73	8.04	0.20	1.45	0.15
Završena srednja škola	0.99	5.75	0.02	0.17	0.86
Život s partenrom	6.02	5.85	0.12	1.03	0.30
Mjesečni prihodi	-0.45	5.33	-0.01	-0.08	0.93
Duljina liječenja	8.92	6.32	0.18	1.41	0.16
Emocionalna uznemirenost	-8.46	4.92	-0.20	-1.71	0.09

Varijabla „završena viša/visoka škola“ je isključena.

Odabrani prediktorski setne objašnjava značajno varijancu (12.1%) kriterija ($R=0.35$; $F=1.13$; $df_1=8$, $df_2=66$, $p=0.35$).

Tablica 22. Izravni doprinos demografskih faktora i emocionalne uznemirenosti zadovoljstvuljubaznošću i susretljivošću drugog bolničkim osobljem

Prediktori	Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	p
	B	Standardna pogreška	Beta		
Dob	0.29	0.20	0.16	1.44	0.15
Spol	7.51	4.20	0.20	1.79	0.07
Završena osnovna škola	9.45	6.71	0.18	1.40	0.16
Završena srednja škola	1.68	4.87	0.04	0.34	0.73
Život s partenrom	3.22	4.86	0.07	0.66	0.51
Mjesečni prihodi	-1.93	4.43	-0.05	-0.43	0.66
Duljina liječnja	10.42	5.17	0.25	2.01	0.04
Emocionalna uznemirenost	-14.17	4.04	-0.39	-3.50	0.00

Varijabla „završena viša/visoka škola“ je isključena.

Kriterij “ljubaznost i susretljivost dugog bolničkog osoblja” značajno predviđaju varijable “spol” (B=7.51; t=1.79, p=0.07), “duljina liječenja” (B=10.42; t=2.01, p=0.04) i “emocionalna uznemirenost” (B=-14.17; t= -3.50, p=0.00). Korištenim setom prediktora je predviđeno 26% varijance kriterija ($R^2= 0.26$); povezanost seta prediktora i kriterija je statistički značajna ($R=0.51$; $F=2.74$, $df_1=8$, $df_2=63$, $p=0.01$). Varijabla “spol” je značajno pozitivno povezana s kriterijskom varijablom ($\beta=0.20$), kao i “duljina liječenja” ($\beta=0.25$) dok je “emocionalna uznemirenost” značajno negativno povezana s kriterijem ($\beta=-0.39$).

Tablica 23. Izravni doprinos demografskih faktora i emocionalne uznemirenosti zadovoljstvuvremenom čekanja na pregled ili dobivanje nalaza

Prediktori	Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	p
	B	Standardna pogreška	Beta		
Dob	0.24	0.27	0.09	0.87	0.38
Spol	1.34	5.65	0.02	0.23	0.81
Završena osnovna škola	19.95	8.99	0.28	2.21	0.03
Završena srednja škola	1.43	6.43	0.02	0.22	0.82
Život s partenrom	7.25	6.54	0.12	1.10	0.27
Mjesečni prihodi	5.00	5.96	0.10	0.83	0.40
Duljina liječenja	12.24	7.07	0.21	1.73	0.08
Emocionalna uznemirenost	-18.53	5.50	-0.37	-3.36	0.00

Varijabla „završena viša/visoka škola“ je isključena.

Kriterij “vrijeme čekanja na pregled ili dobivanje nalaza” značajno predviđaju varijable “završena osnovna škola” (B=19.95; t=2.21, p=0.03), “duljina liječenja” (B=12.24; t=1.73, p=0.08) i “emocionalna uznemirenost” (B=-18.53; t= -3.36, p=0.00). Korištenim setom prediktora je predviđeno 25% varijance kriterija ($R^2= 0.25$); povezanost seta prediktora i kriterija je statistički značajna ($R=0.50$; $F=2.77$, $df_1=8$, $df_2=66$, $p=0.01$). Varijabla “završena osnovna škola” je značajno pozitivno povezana s kriterijskom varijablom ($\beta=0.28$), kao i “duljina liječenja” ($\beta=0.21$) dok je “emocionalna uznemirenost” značajno negativno povezana s kriterijem ($\beta=-0.37$).

Tablica 24. Izravni doprinos demografskih faktora i emocionalne uznemirenosti zadovoljstvupristupom bolnici

Prediktori	Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	p
	B	Standardna pogreška	Beta		
Dob	0.34	0.27	0.14	1.24	0.21
Spol	-9.28	5.70	-0.18	-1.62	0.10
Završena osnovna škola	11.76	7.93	0.17	1.48	0.14
Završena srednja škola	6.30	6.69	0.12	0.94	0.35
Život s partenrom	3.24	6.50	0.05	0.49	0.62
Mjesečni prihodi	-3.00	5.97	-0.06	-0.50	0.61
Duljina liječenja	0.06	0.09	0.08	0.72	0.47
Emocionalna uznemirenost	-1.41	0.37	-0.42	-3.75	0.00

Varijabla „završena viša/visoka škola“ je isključena.

Kriterij “pristup bolnici” značajno predviđa varijabla “emocionalna uznemirenost” (B=-1.41; t=-3.75, p=0.00). Korištenim setom prediktora je predviđeno 23% varijance kriterija (R²=0.23); povezanost seta prediktora i kriterija je statistički značajna (R=0.49; F=2.42, df1=8, df2=65, p=0.02).

Tablica 25. Izravni doprinos demografskih faktora i emocionalne uznemirenosti zadovoljstvu razmjenom informacija između bolničkog osoblja

Prediktori	Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	p
	B	Standardna pogreška	Beta		
Dob	0.01	0.23	0.00	0.07	0.93
Spol	1.21	4.94	0.02	0.24	0.80
Završena osnovna škola	13.60	6.90	0.22	1.97	0.05
Završena srednja škola	3.13	5.63	0.06	0.55	0.58
Život s partenrom	-2.89	5.52	-0.05	-0.52	0.60
Mjesečni prihodi	0.41	5.09	0.01	0.08	0.93
Duljina liječenja	0.05	0.08	0.07	0.69	0.49
Emocionalna uznemirenost	-1.32	0.32	-0.44	-4.08	0.00

Varijabla „završena viša/visoka škola“ je isključena.

Kriterij “vrijeme čekanja na pregled ili dobivanje nalaza” značajno predviđaju varijable “završena osnovna škola” ($B=13.60$; $t=1.97$, $p=0.05$) i “emocionalna uznemirenost” ($B=-1.32$; $t=-4.08$, $p=0.00$). Korištenim setom prediktora je predviđeno 24% varijance kriterija ($R^2= 0.24$); povezanost seta prediktora i kriterija je statistički značajna ($R=0.49$; $F=2.63$, $df_1=8$, $df_2=66$, $p=0.01$). Varijabla “završena osnovna škola” je značajno pozitivno povezana s kriterijskom varijablom ($\beta=0.28$), kao i “duljina liječenja” ($\beta=0.22$) dok je “emocionalna uznemirenost” značajno negativno povezana s kriterijem ($\beta=-0.44$).

Tablica 26. Izravni doprinos demografskih faktora i emocionalne uznemirenosti zadovoljstvuudobnošću i čistoćom bolnice

Prediktori	Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	p
	B	Standardna pogreška	Beta		
Dob	0.57	0.18	0.35	3.21	0.00
Spol	-3.86	3.76	-0.11	-1.02	0.30
Završena osnovna škola	10.88	5.25	0.22	2.06	0.04
Završena srednja škola	6.64	4.29	0.18	1.54	0.12
Život s partenrom	4.50	4.21	0.11	1.06	0.28
Mjesečni prihodi	-4.41	3.88	-0.13	-1.13	0.26
Duljina liječnja	-0.02	0.06	-0.04	-0.43	0.66
Emocionalna uznemirenost	-0.91	0.24	-0.39	-3.69	0.00

Varijabla „završena viša/visoka škola“ je isključena.

Kriterij “udobnost i čistoća bolnice” značajno predviđaju varijable “dob” (B=0.57; t=3.21, p=0.00), “završena osnovna škola” (B=10.88; t=2.06, p=0.04) i “emocionalna uznemirenost” (B=-0.91; t=-3.69, p=0.00). Korištenim setom prediktora je predviđeno 29% varijance kriterija ($R^2= 0.29$); povezanost seta prediktora i kriterija je statistički značajna ($R=0.54$; $F=3.33$, $df1=8$, $df2=66$, $p=0.00$).

Tablica 27. Izravni doprinos demografskih faktora i emocionalne uznemirenosti općem zadovoljstvubolničkom skrbi

Prediktori	Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	p
	B	Standardna pogreška	Beta		
Dob	0.26	0.18	0.15	1.41	0.16
Spol	-0.23	3.92	-0.00	-0.06	0.95
Završena osnovna škola	11.29	5.47	0.23	2.06	0.04
Završena srednja škola	-0.56	4.47	-0.01	-0.12	0.89
Život s partenrom	4.48	4.39	0.11	1.02	0.31
Mjesečni prihodi	-2.67	4.04	-0.07	-0.66	0.51
Duljina liječnja	0.01	0.06	0.02	0.21	0.83
Emocionalna uznemirenost	-0.91	0.25	-0.39	-3.56	0.00

Varijabla „završena viša/visoka škola“ je isključena.

Kriterij “opće zadovoljstvo bolničkom skrbi” značajno predviđaju varijable “završena osnovna škola” (B=11.29; t=2.06, p=0.04) i “emocionalna uznemirenost” (B=-0.91; t=-3.56, p=0.00). Korištenim setom prediktora je predviđeno 24% varijance kriterija ($R^2=0.24$); povezanost seta prediktora i kriterija je statistički značajna ($R=0.48$; $F=2.59$, $df_1=8$, $df_2=66$, $p=0.01$). Varijabla “završena osnovna škola” je značajno pozitivno povezana s kriterijskom varijablom ($\beta=0.23$), dok je “emocionalna uznemirenost” značajno negativno povezana s kriterijem ($\beta=-0.39$).

Drugi korak analize bio je odrediti indirektan odnos između demografskih varijabli, emocionalne uznemirenosti i različitih domena zadovoljstva bolničkom skrbi. Demografske varijable su promatrane kao moguće moderator i medijator varijable odnosa između emocionalne uznemirenosti i zadovoljstva bolničkom skrbi.

5.5. Testiranje moderatorskog utjecaja demografskih faktora na odnos emocionalne uznemirenosti i domena zadovoljstva bolničkom skrbi

Ispitivanje moderatorskog utjecaja demografskih faktora na odnos emocionalne uznemirenosti i različitih domena zadovoljstva bolničkom skrbi zahtijevalo je formiranje 8 novih varijabli (dob*HADS, spol*HADS, OŠ*HADS, SSS*HADS, VŠS/VSS*HADS, partner*HADS, prihodi*HADS, duljina liječenja*HADS) koje smo posljednje uvrštavali u regresijsku jednadžbu. Ako se, nakon uvrštavanja tih varijabli, varijanca kriterija statistički značajno poveća, znači da postoji značajan moderatorski učinak demografskih faktora.

Tablica 28. Moderirajuća regresijska analiza

Kriterij	Model	R	R ²	R ² kor	F	df1	df2	p
A	1	0.45	0.20	0.10	2.07	8	65	0.05
	2	0.48	0.23	0.05	0.38	6	59	0.88
B	1	0.42	0.18	0.08	1.85	8	66	0.08
	2	0.47	0.22	0.03	0.47	6	60	0.82
C	1	0.37	0.13	0.03	1.32	8	66	0.24
	2	0.42	0.18	-0.00	0.53	6	60	0.77
D	1	0.38	0.14	0.04	1.43	8	66	0.20
	2	0.43	0.19	0.00	0.51	6	60	0.79
E	1	0.48	0.23	0.13	2.49	8	66	0.02
	2	0.60	0.36	0.21	2.02	6	60	0.07
F	1	0.42	0.17	0.07	1.75	8	65	0.10
	2	0.52	0.27	0.10	1.37	6	59	0.24
G	1	0.38	0.15	0.03	1.32	8	60	0.24
	2	0.53	0.28	0.10	1.73	6	54	0.13
H	1	0.36	0.13	0.02	1.25	8	66	0.28
	2	0.54	0.29	0.13	2.31	6	60	0.05
I	1	0.48	0.23	0.13	2.37	8	63	0.02
	2	0.60	0.36	0.21	2.06	6	57	0.07
J	1	0.47	0.22	0.12	2.36	8	66	0.02
	2	0.54	0.30	0.13	1.12	6	60	0.36
K	1	0.47	0.22	0.13	2.41	8	65	0.02
	2	0.55	0.30	0.13	1.05	6	59	0.39
L	1	0.49	0.24	0.15	2.63	8	66	0.01
	2	0.59	0.35	0.20	1.76	6	60	0.12
M	1	0.53	0.28	0.20	3.33	8	66	0.00
	2	0.63	0.40	0.26	1.99	6	60	0.08
N	1	0.48	0.23	0.14	2.59	8	66	0.01
	2	0.64	0.41	0.27	2.89	6	60	0.01

Legenda:

- A Interpersonalne vještine liječnika
- B Tehničke vještine liječnika
- C Pružanja informacija od strane liječnika
- D Dostupnost liječnika
- E Interpersonalne vještine medicinskih sestara/tehničara
- F Tehničke vještine medicinskih sestara/tehničara
- G Pružanje informacija od strane sestara/tehničara
- H Dostupnost medicinskih sestara/tehničara
- I Ljubaznost i susretljivost drugog bolničkog osoblja
- J Čekanje na pregled ili dobivanje nalaza
- K Pristup bolnici
- L Razmjena informacija između osoblja bolnice
- M Udobnost i čistoća bolnice
- N Opće zadovoljstvo bolničkom skrbi

Iz Tablice 28. možemo očitati da postoji statistički značajan ($p < 0.05$) moderatorski učinak demografskih faktora na odnos emocionalne povezanosti i dvije domene zadovoljstva bolničkom skrbi: dostupnost medicinskih sestara/tehničara i opće zadovoljstvo. Kako bismo utvrdili točno o kojim varijablama je riječ, proveli smo tzv. Backward eliminaciju. Radi se o postupku reduciranja redundantnih prediktorskih varijabli. Može se provoditi manualno tako da se iz jednadžbe jedna po jedna, izbacuju varijable s najvećim p-vrijednostima. Dakle, prvo se sagleda kompletan model i pronade varijabla s najvećom p-vrijednošću. Tu varijablu izbacujemo iz jednadžbe i provjeravamo postupcima multiple regresije dolazi li do kakve promjene. Potom, jednu po jednu, izbacujemo i sve preostale varijable dok ne dođemo do onih prediktorskih varijabli koje imaju značajnu p-vrijednost ($p < 0.05$).

Tablica 29. Backword eliminacija za kriterijske varijable „zadovoljstvo dostupnošću medicinskih sestara/tehničara“ i „opće zadovoljstvo bolničkom skrbi“

		Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	p
		B	Standardna pogreška	Beta		
1	spol*HADS	2.05	0.59	1.07	3.43	0.00
	prihodi*HADS	-1.32	0.58	-0.31	-2.25	0.02
2	spol*HADS	1.58	0.47	1.00	3.35	0.00
	prihodi*HADS	-1.01	0.46	-0.28	-2.20	0.03

Legenda:

- 1 zadovoljstvo dostupnošću medicinskih sestara/tehničara
- 2 opće zadovoljstvo bolničkom skrbi

Spol i prihodi su značajni moderatori povezanosti između emocionalne uznemirenosti (HADS) i zadovoljstva dostupnošću medicinskih sestara/tehničara te općeg zadovoljstva bolničkom skrbi, odnosno:

- Emocionalno uznemireniji sudionici muškog spola su zadovoljniji dostupnošću medicinskih sestara/tehničara.
- Emocionalno uznemireniji sudionici koji imaju veće prihode imaju niže zadovoljstvo dostupnošću medicinskih sestara/tehničara.
- Sudionici muškog spola koji su emocionalno uznemireniji imaju veću opću razinu zadovoljstva bolničkom skrbi.
- Emocionalno uznemireniji sudionici koji imaju veće prihode imaju niže „opće zadovoljstvo bolničkom skrbi“.

5.6. Testiranje medijacijskog utjecaja demografskih faktora na odnos emocionalne uznemirenosti i zadovoljstva bolničkom skrbi

S obzirom na to da ne postoji značajna povezanost (Tablica 13.) između demografskih varijabli (pretpostavljenih medijatora) i HADS-a, moderator analizu nismo proveli. Dakle, prediktor (HADS) nije značajno povezan ($p > 0.05$) s pretpostavljenim medijacijskim varijablama (demografskim karakteristikama sudionika) što znači kako demografske karakteristike sudionika ne ostvaruju svoj učinak na zadovoljstvo bolničkom skrbi putem emocionalne uznemirenosti.

6. Rasprava

U ovom radu razmatrali smo psihosocijalne odrednice zadovoljstva bolničkom skrbi u odraslih pacijenata s uznapredovalim rakom. Zanimao nas je izravni i neizravni odnos između socio-demografskih varijabli (dob, spol, bračni status, stupanj obrazovanja, prihodi i duljina liječenja), emocionalne uznemirenosti i domena zadovoljstva bolničkom skrbi (zadovoljstvo liječnicima, medicinskim sestrama i organizacijom skrbi na razini bolnice). Htjeli smo proučiti i na koji način su osobine ličnosti pacijenata, točnije, načini suočavanja s bolešću, povezane sa zadovoljstvom bolničkom skrbi, no korišteni upitnik nije pokazao zadovoljavajuće karakteristike, zbog čega je izbačen iz daljnje analize.

Na samom početku izračuna rezultata bilo je potrebno utvrditi kakva je povezanost svih varijabli koje smo koristili u analizi, pa smo, ispitali i testirali značajnost njihovih međusobnih korelacija. Odnos između dvije varijable, među ostalim, može se konceptualizirati kao uzročno-posljedični odnos u kojem nezavisna varijabla ima izravni uzročni utjecaj na zavisnu varijablu, ali i kao ishod različitih neizravnih utjecaja tzv. trećih varijabli (151, 152). Model izravnog utjecaja najjednostavniji je i kao takav je dosta ograničen u smislu spoznajne vrijednosti. Naime, njime možemo utvrditi samo to da određeni utjecaj jedne na drugu varijablu postoji, ali ne i razumjeti mehanizme i procese kojima se taj utjecaj ostvaruje. Upravo radi tih karakteristika, autor Berger (152) takvu konceptualizaciju odnosa među varijablama naziva *modelom "crne kutije"*. Model neizravnog utjecaja

podrazumijeva moderatorske i medijacijske varijable. Iako njihovo razmatranje i korištenje u psihologijskoj znanosti ima dugu povijest, u literaturi se često pronalaze nekonzistentnosti u njihovom korištenju (151).

Moderatorska varijablapodrazumijeva kvalitativnu (npr. spol, rasa itd.) ili kvantitativnu (npr. stupanj socijalne poželjnosti) varijablu koja utječe na smjer i/ili snagu odnosa između nezavisne varijable tj. prediktora i zavisne tj. kriterija (151). Medijacijska varijablapodrazumijeva generativni mehanizam kroz koji nezavisna varijabla tj. prediktor ostvaruje svoj utjecaj na kriterij. Medijacijske varijable objašnjavaju način na koji se unutrašnji psihološki mehanizmi manifestiraju u vanjskim izražajima te specificiraju kako i zašto se određeni učinci ostvaruju, dok moderatori određuju kada se ti učinci događaju (151).

6.1. Interkorelacije psiho-socijalnih faktora i zadovoljstva bolničkom skrbi

Prvi rezultat ovog istraživanja je nepostojanje statistički značajnih korelacija ($p > 0.05$) između socio-demografskih varijabli (spol, dob, stupanj obrazovanja, životni partner, prihodi i duljina liječenja) i emocionalne uznemirenosti (HADS) (Tablica 13).

O točnom uzroku nepostojanja značajne povezanosti između socio-demografskih varijabli i HADS-a možemo spekulirati. Moguće je da je naša veličina uzorka ($N=75$) premala pa efekt nije zapažen. Ili kod sudionika koji su oboljeli od uznapredovalog metastatskog raka, kod kojega se primjenjuje samo paliјativna terapiја, zaista ne postoji povezanost između mjerenih varijabli. Nadalje, povezanost možda i postoji, ali putem interakcije s nekim faktorima koje mi nismo analizirali.

Istraživanja provedena na populaciji sudionika oboljelih od raka pokazuju kako ne postoje značajne spolne razlike s obzirom na razinu anksioznosti i depresije mjerene Upitnikom hospitalne anksioznosti i depresije (157). Moguće objašnjenje ovog nalaza jest to kako životno ugrožavajuća bolest jednako utječu na sve, odnosno, muškarci i žene su jednako emocionalno uznemireni. U drugim istraživanjima (158) dobiveno je kako je spol značajno povezan s razinama anksioznosti i depresije u populaciji oboljelih od raka, odnosno, prevalencija depresije je viša u žena.

Pronađeno je kako je starija dob značajno negativno povezana s razinama anksioznosti i depresije (93). Stariji sudionici vjerojatno lakše i bolje prihvaćaju da su oboljeli od raka od mlađih sudionika zbog čega se bolje prilagođavaju bolesti. Nadalje, dobiveno je kako je starija dob značajno povezana s redukcijom anksioznosti i depresije u sudionika koji su oboljeli od gastrointestinalnog raka, raka dojke, prostate ali ne i u oboljelih od raka pluća (159). Jedno od ponuđenih objašnjenja je različita lokacija tumora i ozbiljnost bolesti. Što je prognoza bolesti lošija, dolazi do eliminacije protektivne uloge dobi.

Povezanost stupnja obrazovanja i emocionalnog distresa postoji, ali ovisna je o duljini liječenja. Dobiveno je kako žene oboljele od raka s višim stupnjem obrazovanja doživljavaju veće razine stresa od onih s nižim stupnjem obrazovanja. Ipak, nakon nekoliko mjeseci liječenja, te razlike nestaju. Nestajanje razlika između obrazovanih i manje obrazovanih se objašnjava time što su sudionice s višim stupnjem obrazovanja u početku liječenja više okupirane samom situacijom, ali s protokom liječenja žene višeg stupnja obrazovanja se bolje prilagođavaju istoj (160).

Neka istraživanja (161) pokazuju kako su mlađa životna dob, lošiji ekonomski status, nepismenost ili niži stupanj obrazovanja te samački život (bez partnera) povezani s većom anksioznošću i depresijom. Oboljeli od raka koji žive s partnerom skloniji su depresiji, dok su sudionici koji žive sami više skloni anksioznosti. Jedno od mogućih objašnjenja je to što oni koji žive s partnerom i/ili obitelji imaju nekoga o kome bi se trebali skrbiti tj. imaju "više obveza" što ih čini depresivnijima dok sudionici koji žive sami su više anksiozni jer se brinu hoće li naći partnera ili prijatelja koji će se mogu brinuti o njima. Naravno, radi se samo o spekulacijama. Jesu li dobiveni nalazi, kao i objašnjenja istih, zaista odraz istine, treba provjeriti dodatnim istraživanjima.

Što se tiče povezanosti između socio-demografskih varijabli i domena zadovoljstva bolničkom skrbi dobiveno je sljedeće: postoji značajna pozitivna korelacija ($p < 0.05$) između dobi i zadovoljstva čistoćom/udobnošću bolnice te završene osnovne škole i općeg zadovoljstva. To znači kako su sudionici starije životne dobi zadovoljniji čistoćom i udobnošću bolnice od sudionika mlađe životne dobi te kako su sudionici sa završenom osnovnom školom općenito zadovoljniji dobivenom skrbi.

Iako je naš nalaz sukladan nalazima iz dostupne literature (162), moramo napomenuti kako su dobivene značajne korelacije veoma niske ($r=0.2$; Tablica 2.) što može, i ne mora, biti rezultat slučajnosti. U kasnijim izračunima direktnog i indirektnog utjecaja na zadovoljstvo bolničkom skrbi, pokazalo se da te varijable, u kombinaciji s ostalim demografskim faktorima, nisu značajan prediktor zadovoljstva. Ostale socio-demografske varijable (spol, srednja stručna sprema, više/visoka stručna sprema, život s ili bez partnera, prihodi i duljina liječenja) nisu statistički značajno povezane ($p>0.05$; Tablica 2.) s domenama zadovoljstva bolničke skrbi. Istraživanje treba ponoviti na reprezentativnom uzorku za Republiku Hrvatsku kako bismo bili sigurni u nalaze tj. kako bismo ih mogli generalizirati.

Istraživanja (163) općenito pokazuju kako postoji kompleksan odnos između dobi i zadovoljstva. Pronađeno je kako razina zadovoljstva raste s dobi sve do između 65 i 80 godine, nakon čega dolazi do opadanja. Nadalje, iako je bolje zdravlje povezano s većom razinom zadovoljstva u svih dobnim skupinama, odnos između dobi i zadovoljstva se modificira pod utjecajem zdravstvenog statusa. Specifično, opadanje razine zadovoljstva je manje izraženo u starijih sudionika koji su boljeg zdravstvenog statusa. Ovakav odnos ostaje stabilan čak i nakon što se kontroliraju potencijalni kovarijati, te ostaje konzistentan u svim domenama zadovoljstva bolničkom skrbi kao i općom razinom zadovoljstva.

Pozitivna asocijacija između dobi i zadovoljstva nije vezana smo uz zdravstvenu skrbi. U jednoj studiji o socijalnoj pomoći, pokazalo se kako su stariji sudionici zadovoljniji dobivenom uslugom od mlađih (164).

Jesu li razlike u stupnju zadovoljstva zdravstvenom skrbi, s obzirom na dob, odraz očekivanja pacijenata, razlika u percepciji ili stvarnih razlika u skrbi, ostaje nerazjašnjeno. Postoji nekoliko teorija koje pokušavaju objasniti psihosocijalne odrednice zadovoljstva pacijenata i koje određuju zadovoljstvo kao balans između očekivanja od skrbi i stvarno dobivene skrbi (42).

Teorija ispunjenja (eng. fulfillment theory) definira zadovoljstvo kao razliku između onog što pacijent želi (ili očekuje) i onoga što je dobio. Teorija diskrepancije također određuje zadovoljstvo kao razliku između želja i realiziranog, ali pretpostavlja kako tu razliku treba

promatrati u kontekstu količine željenog. Teorija jednakosti opisuje zadovoljstvo kao percipiranu jednakost, odnosno, postulira kako pacijentevaluiraju ravnotežu između očekivanja i događaja s obzirom na isto kod drugih ljudi. Dok prema teoriji socijalne komparacije, zadovoljstvo se temelji na direktnoj usporedbi dobivene skrbi s onim što su dobili drugi, tj. s (percepcijom) skrbi koju su dobili drugi ljudi (42).

Nadalje, postoji druga skupina dostupne literature prema kojoj se zadovoljstvo objašnjava kao rezultat razlika u percepciji tretmana (164). Prema tzv. “maturacijskom objašnjenju”, stariji sudionici su zadovoljniji dobivenom zdravstvenom skrbi zato što su upoznati s procesima skrbi, odnosno, znaju koje su moguće poteškoće tijekom procesa primanja (i pružanja) zdravstvene skrbi. Prema “generacijskom objašnjenju”, stupanj zadovoljstva ovisi o vremenu u kojem je osoba/pacijent odrastao. Na primjer, osobe koje su odrasle tijekom Drugog svjetskog rata iskusile su mnoge životne nedaće i razvile određenu “otpornost” u usporedbi s osobama koje su odrasle u mirnodopskom razdoblju. To bi značili kako su te osobe manje osjetljive na moguće nepravilnosti ili nepravde u zdravstvenom sustavu tj. čak i kada dožive nešto negativno, lakše se prilagode i pokušavaju situaciju sagledati pozitivno. “Povijesna objašnjenja” se temelje na razlikama u reakcijama između mlađih i starijih pacijenata s obzirom na promjene u društvu. Recimo, stariji pacijenti su uvjetovani (naučeni) na paternalistički model skrbi (prema kojem je pacijent miran i poslušan a liječnik omnipotentan) zbog čega mogu smatrati kako je novi model “pacijent u središtu skrbi” zastrašujući i napadan jer se od njih (pacijenata) očekuje aktivno uključanje ili participacija. Za razliku od starijih, mlađi pacijenti vjerojatno očekuju takvo aktivno uključanje i smatraju kako je bilo kakav drugačiji odnos neprihvatljiv. Temeljem ovih objašnjenja, možemo reći kako je niža razina zadovoljstva mlađih pacijenata odraz njihovih (pre)visokih očekivanja. Moguće je kako će porastom znanja o sustavu zdravstvene skrbi doći do smanjenja očekivanja pacijenata (tj. očekivanja postaju realistična) i povećanja njihovog zadovoljstva.

Značajna povezanost stupnja obrazovanja i razine zadovoljstva potvrđena je brojnim istraživanjima (165-168). Pretpostavlja se kako sudionici nižeg stupnja obrazovanja imaju malo znanja o tome kako bi idealna skrb trebala izgledati zbog čega imaju niža očekivanja od zdravstvenog sustava te ne mogu prosuditi kvalitetu iste (169). Neki istraživači (170) objašnjavaju kako su sudionici višeg stupnja obrazovanja svjesniji svojih prava zbog čega

imaju i više očekivanja od bolničke skrbi, u usporedbi s sudionicima nižeg stupnja obrazovanja.

Povezanost između spola, samačkog života ili života s partnerom, prihoda te duljine liječenja s različitim domenama zadovoljstva bolničkom skrbi se, u našem istraživanju, pokazala kao neznčajna ($p > 0.05$; Tablica 13). Istraživanja uglavnom pokazuju kako su žene manje zadovoljne dobivenom skrbi (171). Nadalje, prema dostupnoj literaturi odnos između bračnog statusa i stupnja zadovoljstva bolničkom skrbi je nejasan, odnosno, u nekim istraživanjima dobiveno je kako su osobe koje žive s partnerom zadovoljnije bolničkom skrbi (172) dok je u drugim istraživanjima dobiveno kako su isti manje zadovoljni tj. zadovoljniji su sudionici koji nemaju partnera (173). Što se tiče prihoda sudionika, literatura sugerira kako su sudionici s nižim prihodima konzistentno zadovoljniji bolničkom skrbi (174-178). Moguća objašnjenja su: strah od nemogućnosti/nedostupnosti liječenja, davanje socijalno poželjnih odgovora i dodvoravanje medicinskom osoblju (38). Drugi autori (179) hipotetiziraju da sudionici s nižim prihodima oklijevaju kritizirati dobivene usluge jer se boje kako će u budućnosti dobiti lošiji tretman ili pak, svoje nezadovoljstvo izražavaju jedino kada dožive nešto ekstremno loše (nečekivani neželjeni događaj) tijekom bolničke skrbi.

6.2. Direktan utjecaj psiho-socijalnih faktora na zadovoljstvo bolničkom skrbi

Emocionalna uznemirenost je statistički značajno ($p < 0.05$) negativno povezana sa svim domenama zadovoljstva bolničkom skrbi (Tablica 13) i značajan je prediktor (Tablica 14-27) istih. To znači da su emocionalno uznemireniji sudionici (s izraženijim simptomima depresivnosti i anksioznosti) manje zadovoljni dobivenom bolničkom skrbi. Isto je dobiveno i u drugim istraživanjima. Recimo, u jednom istraživanju pronađeno je kako sudionici koji su zadovoljni bolničkom skrbi imaju niže razine psihološkog distresa, odnosno ne pate od intruzija i nisu skloni izbjegavanju (180). Zadovoljniji sudionici imaju „borben duh“ te su manje anksiozni i beznadni. Pacijenti oboljeli od uznapredovalog raka koji boluju od anksioznih poremećaja, manje vjeruju svojim liječnicima i smatraju kako njihovi simptomi bolesti neće biti adekvatno sanirani (181).

O kauzalnosti odnosa između psihološkog distresa i zadovoljstva ne možemo prosuđivati zbog prirode našeg istraživanja, no definitivno možemo reći kako postoji međuzavisnost između varijabli. Moguće je da sudionici koji su više emocionalno uznemireni imaju slabije strategije suočavanja sa stresom zbog čega se slabije prilagođavaju novonastalim situacijama što u konačnici može rezultirati nezadovoljstvom dobivenom skrbi. S druge strane, moguće je da nezadovoljstvo zdravstvenom skrbi uzrokuje emocionalne tegobe. Dodatna istraživanja mogu objasniti ovaj odnos, no, liječnici onkolozi svakako trebaju biti svjesni psihološkog stanja svojih pacijenata te činjenice kako isto može utjecati na percepciju dobivene skrbi (180).

Istraživanja pokazuju kako je efikasna komunikacija između liječnika i pacijenata povezana s boljim psihološkim funkcioniranjem pacijenata, pridržavanjem uputa liječnika, boljom kvalitetom života i većom razinom zadovoljstva zdravstvenom skrbi (182-184). Liječnici onkolozi često moraju voditi „teške razgovore“ kao što je saopćavanje loših vijesti, pripremati pacijente za bolne zahvate, istraživati različite opcije liječenja, uključivati pacijente u kliničke studije te raspravljati o mogućoj prognozi bolesti. Kako bi im se olakšalo, osmišljene su različite edukativne radionice na kojima mogu usavršiti svoje komunikacijske vještine (185, 186). Na osnovu svega navedenog, mogli bismo reći da kada bi se odmah na početku liječenja identificirali pacijenti koji su emocionalno uznemireni, ili su više tome skloni, mogla bi im se pružiti stručna psihološka podrška čime bi se vjerojatno unaprijedio i njihov stupanj zadovoljstva različitim domenama bolničke skrbi. Neka istraživanja pokazuju kako se mjerenjem kvalitete života pacijenata može unaprijediti komunikacija između liječnika i pacijenata (187, 188). Redovitim praćenjem kvalitete života bolesnika, pacijent i liječnik više diskutiraju, pacijent ima osjećaj da liječnika zanima kako se on/ona osjeća i da mu je stalo, zbog čega dolazi do unapređenja blagostanja pacijenata (159). Konačno, redovitim mjerenjem psiholoških stanja pacijenata i razgovaranjem s pacijentima, liječnici dobivaju uvid u njihovo ponašanje i stil komuniciranja te im se lakše mogu prilagoditi čime se praktično provodi skrb usmjerena na pacijenta.

Iako principi medicine usmjerene prema osobi datiraju još od antičke Grčke (189), nisu se uvijek primjenjivali. Na primjer, u 1950-im i 1970-im većina liječnika je smatrala kako je nehumano i štetno pacijentima saopćiti da su oboljeli od raka zbog toga što su šanse

izlječenja vrlo male (190, 191). Model medicinske skrbi je nedavno evolvirao od paternalizma prema individualizmu pa tako dominantna način komunikacije postaje izmjena informacija, dijeljenje odluka i komunikacija usmjerena prema osobi (192, 193).

Liječnici su u jedinstvenoj poziciji po pitanju moći i ugleda. Još je Hipokrat sugerirao kako liječnik može utjecati na zdravlje pacijenta (194). Stoga, efikasna komunikacija između liječnika i pacijenata može biti izvor motivacije, podrške, poticaja i utjehe (195). Dobar odnos između liječnika i pacijenta može ojačati samopouzdanje osobe, optimizam i utjecati na ishode liječenja (195).

Što se tiče tehničkih vještina liječnika, rijetko kada pacijenti nisu njima zadovoljni. Najviše prigovora pacijenta je vezano uz komunikaciju s liječnikom (196-198). Pacijenti žele tehnički vješte liječnike koji su ujedno i dobri komunikatori (199). Liječnici koji imaju bolje komunikacijske i interpersonalne vještine, mogu ranije detektirati određeni problem, prevenirati krizu i skupe intervencije te pružiti bolju podršku svojim pacijentima. Potonje dovodi do boljih ishoda liječenja, veće razine zadovoljstva pacijenata, nižih troškova skrbi, pacijenti bolje razumiju svoje zdravstvene tegobe i mogućnosti liječenja te se pridržavaju dobivenih uputa (200).

Informiranje pacijenata o bolesti i načinima liječenja je najvažniji faktor suportivne skrbi za oboljele raka tijekom cijelog kontinuuma liječenja (201). Cilj informiranja pacijenata je pripremanje za postupke liječenja, pridržavanje uputa, povećanje kapaciteta za suočavanje s bolešću te ubrzanje oporavka od bolesti (202). Ipak, rezultati sustavnih istraživanja pokazuju kako 6-93% pacijenata oboljelih od raka navode kako njihove potrebe nisu zadovoljene (203). Najčešći prigovori se odnose na dobivanje nedovoljno informacija o samoj bolesti, mogućnostima liječenja i rehabilitacije (204). Potreba za informacijama onkoloških pacijenata varira ovisno o spolu, dobi, kulturološkoj pozadini, stupnju obrazovanja, vrsti i stadiju raka te načinima nošenja sa stresom (205, 206). Nadalje, pokazalo se kako oboljeli od uznapredovalog raka trebaju dodatnu pomoć, dodatne informacije od medicinskog osoblja, čega potonji nisu svjesni (207). Pružatelji zdravstvene skrbi (liječnici i medicinske sestre/tehničari) često pružaju rutinske medicinsko-tehničke informacije (npr. o dijagnozi, vrsti liječenja) i izbjegavaju razgovore o emocionalnim stanjima i životnim problemima pacijenata (208). Moguće je kako oboljeli od uznapredovalog raka žele i očekuju više direktne emocionalne podrške od svojih liječnika i medicinskih sestara/tehničara (209).

Istraživanje provedeno na N=82 pacijenata oboljelih od raka glave i vrata pokazalo je kako je razina zadovoljstva dobivenim informacijama od medicinskog osoblja bila prediktor depresije 6-8 mjeseci nakon završetka liječenja (210). Jedna druga studija, provedena na N=36 pacijenata s karcinoidnih tumorom, pronašla je negativnu relaciju između zadovoljstva dobivenim informacijama od strane liječnika i razinom anksioznosti i depresije (211). Oboljeli od raka dojke koji procjenjuju kako su bili adekvatno informirani o bolesti i liječenju na početku liječenja, bili su manje depresivni 6 mjeseci nakon završetka liječenja (212).

Prospektivna opservacijska istraživanja dokazuju snažan pozitivan odnos između adekvatnog informiranja pacijenata i mentalnog statusa (201). Moguće je kako pružene informacije olakšavaju suočavanje s bolešću i smanjuju razinu stresa (odnosno, simptome anksioznosti i depresije) (213). Pacijenti koji su imali poteškoća prilikom dobivanja informacija od medicinskog osoblja imaju manje povjerenja u svoje sposobnosti nošenja sa zdravstvenim problemima (193). Prikladno informiranje rezultira unapređenjem kompetencija pacijenata, osjećajem kontrole nad bolešću i boljim upravljanjem simptomima (214).

Zapaženo je kako liječnici izbjegavaju razgovore o emocionalnim stanjima pacijenata ili utjecaju bolesti na svakodnevno funkcioniranje jer im takav razgovor predstavlja izvor stresa (215). Ovakvo izbjegavajuće ponašanje liječnika može potaknuti emocionalnu uznemirenost pacijenata i prikivanje tegoba sa štetnim posljedicama na tijek liječenja (215). Pronađeno je i kako liječnici često obeshrabruju pacijente da iznose svoje brige, očekivanja, želje ili traže dodatne informacije o bolesti i liječenju jer nemaju dovoljno vremena za zadovoljenje svih njihovih očekivanja (215).

Čak i kada je skrb u bolnica dobro organizirana, bolnica se nalazi na predivnoj lokaciji, dobro je opremljena itd., ako nema dobru sestrinsku skrb, neće moći dobro skrbiti o svojim pacijentima (216). Komunikacija između pacijenata i medicinskih sestara/tehničara je izuzetno važna jer se putem tog procesa pacijent ohrabruje opisati svoje zdravstveno stanje, iskustva, simptome čime se olakšava proces dijagnostike. Nadalje, dobra komunikacija između pacijenta i medicinskih sestara/tehničara olakšava prijenos informacija o postupcima liječenja (217). Komunikacije između pacijenata i medicinskih sestara/tehničara je pod

utjecajem brojnih faktora (kao što su kulturološka obilježja, vjerovanja, stupanj obrazovanja, socio-ekonomsko zaleđe itd.). Neka istraživanja (218, 219) pokazuju kako pacijenti ocjenjuju komunikaciju s medicinskim sestrama/tehničarima važnijom od komunikacije s liječnikom što bi se moglo objasniti time što su medicinske sestre/tehničari više u kontaktu s pacijentima te će se pacijenti prvo njima obratiti za pomoć.

Pacijenti često vide medicinske sestre/tehničare kao „prezaposlene“ i više fokusirane na izvršenje zadataka nego na razgovor s njima (220). Nadalje, istraživanja pokazuju kako dolazi do zanemarivanja emocionalnih potreba pacijenata kada su medicinske sestre/tehničari u „vremenskoj stisci“ (221). Medicinske sestre/tehničari izjavljuju kako su prezauzeti obavljanjem fizičke skrbi te nemaju vremena za pružanje emocionalne podrške (222). Sestrinska skrb u većini država se odnosi na mehanicistički pristup, orijentiran prema zadatku (223). Efikasnost se mjeri količinom izvršenih zadataka te medicinske sestre/tehničari smatraju kako „gube vrijeme“ dok sjede uz pacijenta i slušaju njegove/njezine probleme (224). Zanimljivo, prema postavkama teorije o komuniciranju u sestrinstvu, količina vremena nije ključna stavka za postizanje efikasne komunikacije između pacijenta i medicinske sestre/tehničara (225-227). Kvalitetan odnos može biti izgrađen temeljem kraćih formalnih ili informalnih razgovora (223). Svaka interakcija je prilika za zbližavanje i postizanje određenog cilja, recimo za ublažavanja emocionalne patnje (225). Pokazalo se kako čak i kratki kontakti tijekom rutinske skrbi mogu biti od velike pomoći (223), odnosno dovode do smanjenja emocionalne uznemirenosti (228).

Ne postoji dovoljno istraživanja o ulozi medicinske sestre/tehničara u informiranju pacijenta o bolesti i metodama liječenja u onkologiji (229). Prema pregledu 176 članaka o edukaciji pacijenata o njihovoj bolesti, pacijenti preferiraju informacije primati od liječnika a informacije dobivene od medicinskih sestara/tehničara se percipiraju kao „od velike pomoći“ (230). U jednom drugom istraživanju, dobiveno je kako nakon završetka liječenja, liječnici i medicinske sestre/tehničari postaju jednako važan izvor informacija (231). Nadalje, postoje dokazi da pacijenti preferiraju dobivanje informacija od medicinskih sestara/tehničara u specifičnim fazama liječenja, posebno u situacijama kada je potrebno sanirati neugodne simptome bolesti (229).

U državama u kojima medicinske sestre/tehničari imaju malu razinu autonomije, pružanje informacija pacijentima o bolesti i načinima liječenja nije dio sestriinske uloge (232). Moguće je da zbog „dominacije liječnika“ u zdravstvenom sustavu nekih država, uključivanje medicinskih sestara/tehničara kao pružatelja informacija o bolesti i tijekom liječenja može biti percipirano kao prijetnja ili disbalans moći (229). Drugo objašnjenje je da medicinske sestre/tehničari ne daju informacije pacijentima zato što zbog nisu dovoljno educirane, posebno u specifičnim područjima skrbi, kao što je recimo, palijativna. Studije koje se bave ulogom medicinskih sestara/tehničara u informiranju onkoloških pacijenata u Hrvatskoj, nismo mogli pronaći, no, pretpostavljamo kako je ista veoma ograničena.

Istraživanja općenito pokazuju kako pacijenti oboljeli od raka (i drugih bolesti), koji su pod značajnim stresom, u usporedbi s pacijentima koji su manje emocionalno uznemireni, osjećaju da nemaju podršku kliničkog osoblja (233, 234). Najteže je „doprijeti“ do pacijenata kojima je pomoć najpotrebnija (200). Emocionalno uznemireni pacijenti imaju smanjenu motivaciju za socijalnim interakcijama, sniženog su samopoštovanja što sve dovodi do smanjenja prihvaćanja podrške (200). Nadalje, moguće je kako anksiozno-depresivni pacijenti izražavaju svoje potrebe na manje transparentan način zbog čega one nisu niti zadovoljene. Pored toga, istraživanja pokazuju kako medicinske sestre/tehničari ne žele razgovarati o pacijentovoj depresiji ili anksioznosti jer nisu educirani za provođenje intervjuiranja te se boje kako bi takav razgovor pogoršao njihovo psihičko stanje i uzrokovao dodatna uznemirenja (235).

U jednoj studiji je dobiveno da su pacijenti zadovoljniji medicinskim sestrama/tehničarima koji su educirani za rad s depresivnim pacijentima oboljelim od raka nego sestrama/tehničarima koji nisu posebno educirani (200). Vjerojatno se radi to tome da posebno educirane medicinske sestre/tehničari imaju vještinu procjene stupanja emocionalne uznemirenosti pacijenata te im mogu pružiti ispravan oblik podrške u kritičnom trenutku, zbog čega su pacijenti i zadovoljniji njihovom skrbi.

Osim što su emocionalno uznemireni pacijenti manje zadovoljni dobivenom skrbi od liječnika i medicinskih sestara/tehničara, isto vrijedi i za organizaciju skrbi na razini bolnice. Dakle, sudionici koji anksiozno-depresivni manje su zadovoljni vremenom čekanja na usluge, pristupom bolnici, čistoćom i udobnošću u bolnici, ljubaznošću osoblja te cjelokupnu

bolničku skrb ocjenjuju nižom ocjenom, u usporedbi sa sudionicima koji su manje emocionalno uznemireni.

Vrijeme čekanja na zdravstvenu uslugu važna je odrednica zadovoljstva pacijenata ali i povjerenja javnosti u zdravstveni sustav (236). Odnos između vremena čekanja i zadovoljstva nije linearan (237, 238). Istraživanje provedeno na pacijentima oboljelim od kolorektalnog karcinoma pokazuje postojanje umjerene korelacije između kraćeg vremena čekanja i viših razina zadovoljstva (237). Drugim studijama provedenim na oboljelima od raka pronađeno je kako razina zadovoljstva vremenom čekanja na medicinsku uslugu ovisi o vrsti raka, liječenju, prognozibolesti te procjenama pacijenata vlastitog ponašanja i osjećaja (238). Štoviše, poznavanje očitog uzroka dužeg vremena čekanja na medicinsku uslugu ne može objasniti zadovoljstvo ili nezadovoljstvo istim (238). U jednom istraživanju dobiveno je kako je zadovoljstvo vremenom čekanja bilo uvjetovano zadovoljstvom komunikacijom s liječnikom i koordinacijom skrbi (238). Domene su se međusobno preklapale i istraživači sugeriraju kako vjerojatno osobne karakteristike sudionika dodatno utječu na navedeni odnos. Na primjer, odgovor liječnika na pacijentovo iznošenje tegoba može utjecati na cjelokupno vrijeme čekanja na dobivanje potvrde dijagnoze/prognoze kao i na percepciju je li liječnik zaista zainteresiran za njihovu dobrobit.

Što se tiče pristupa bolnici, nekoliko studija je dokazalo kako su pacijenti koji boluju od kroničnih bolesti generalno manje zadovoljni pristupom zdravstvenim ustanovama, u usporedbi s drugim populacijama pacijenata (239, 240). Osim toga, kronični bolesnici su česti korisnici usluga zdravstvenog sustava zbog čega imaju više prilika doživjeti teškoće u pristupu zdravstvenim ustanovama, čekanju na usluge, diskontinuitetu skrbi itd (241, 242). Nadalje, zadovoljstvo pristupom bolnici je povezano s brojnim karakteristikama pacijenata, kao što je dob, zdravstveni status, kvaliteta života. Općenito, pacijenti boljeg zdravstvenog statusa su zadovoljniji pristupom zdravstvenoj ustanovi, u usporedbi s pacijentima lošijeg zdravstvenog statusa (243, 244). Lošiji zdravstveni status povezan je s nezadovoljstvom troškovima skrbi i mogućnostima iste da ublaži tegobe pacijenata. Nadalje, pokazalo se da pacijenti lošijeg zdravstvenog statusa (fizičkog i psihičkog) očekuju kraće vrijeme čekanja na dobivanje usluga i bolji pristup bolnici (245-247).

Razmjena informacija između medicinskog osoblja može utjecati na psihološko stanje pacijenata. Pokazalo se kako dobra komunikacija između bolničkog osoblja umanjuje anksioznost pacijenata i članova njihovih obitelji te rezultira boljom kućnom skrbi nakon otpusta iz bolnice (248). Kvalitetna komunikacija između bolničkog osoblja predstavlja jedan od najznačajnijih faktora koji utječe na cjelokupno zadovoljstvo bolničkom skrbi u različitim skupina pacijenata. U jednoj studiji pronađeno je kako 50% hospitaliziranih onkoloških pacijenata navodi kako je razmjena informacija između bolničkog osoblja nezadovoljavajuća (249). Drugim istraživanjem (250) pronađeno je da su sudionici, od svih domena zadovoljstva bolničkom skrbi, najmanje bili zadovoljni „razmjenom informacija između bolničkog osoblja“. Dobiveni nalaz ukazuje na to da je komunikacija između bolničkog osoblja (ili timski rad) važan preduvjet kvalitetne zdravstvene skrbi zbog čega je potreban kontinuirani rad na njezinom unapređenju (184).

6.3. Indirektan utjecaj demografskih faktora na povezanost emocionalne uznemirenosti i zadovoljstva bolničkom skrbi

S obzirom na to kako je utvrđeno da ne postoji značajandirektan utjecaj demografskih faktora na sve domene zadovoljstva bolničkom skrbi, a postoji za varijablu emocionalna uznemirenost (Tablica 14-27), odlučili smo demografske faktore promatrati kao moguće moderator i medijator varijable povezanosti emocionalne uznemirenosti i domena zadovoljstva.

Naše istraživanje je pokazalo kako postoji statistički značajni moderatorski učinak spola (Tablica 3. i 4.) na povezanost emocionalne uznemirenosti sa stupanjem zadovoljstva s dostupnošću medicinskih sestara/tehničara i općim zadovoljstvom dobivenom bolničkom skrbi. Prema našim rezultatima, muški sudionici koji su emocionalno uznemireniji zadovoljniji su dostupnošću medicinskih sestara/tehničara i imaju višu razinu općeg zadovoljstva bolničkim uslugama. Drugačije rečeno, sudionici ženskog spola koji su manje emocionalno uznemireni manje su zadovoljni dostupnošću medicinskih sestara/tehničara i dobivenom bolničkom skrbi na općoj razini.

Ovaj rezultat je konzistentan s nalazima drugih istraživača (251, 252). Foss (253) navodi kako žene imaju značajniju ulogu u skrbi za druge (kao u privatnom, tako i u javnom sektoru) od muškaraca zbog čega su i kritičnije tj. imaju više znanja o tome kakva bi skrb trebala biti. Hargraves (254) je pronašao kako žene prijavljuju više problema s bolničkom skrbi od muškaraca. Žene pripisuju veću važnost zdravlju te inkliniraju prema procjenjivanju prakse pružanja zdravstvene skrbi (255).

Nadalje, žene češće od muškaraca primjećuju i odgovaraju na potrebe drugih zbog čega su i „osjetljivije“ na primjećivanje znakova koji upućuju na nedostatnu skrb. Recimo, žene lakše od muškaraca primjećuju znakove stresa ili preopterećenosti medicinskih sestara (u našem slučaju, njihove (ne)dostupnosti). Moguće je da pacijentice pate od unutarnjeg konflikta zbog želje da se za njih skrbi i brige oko činjenice da su medicinske sestre na odjelu onkologije preopterećene skrbi za sve druge pacijente. Navedeno može dovesti do jasnog neizražavanja, a potom i neispunjavanja, vlastitih potreba.

Foss (253) dalje navodi kako nam logika nalaže da žene skrbnici (medicinske sestre) imaju više razumijevanja za žene pacijentice. Medicinske feminističke teorije tvrde da liječnici muškarci tretiraju žene-pacijentice s manje pažnje i razumijevanja nego pacijente muškog spola (253). Povijesno gledano, ženski spol se percipira kao slabiji, osjetljiviji i skloniji bolestima nego muški spol zbog čega su žene često stereotipizirane kao „cmizdrave“ i emocionalno nestabilne. Moguće je da pružatelji zdravstvene skrbi (i liječnici i medicinske sestre/tehničari oba spola), na nesvjesnoj razini, temelje svoje odluke sukladno navedenom stereotipu. U jednom eksperimentu medicinske sestre zamoljene su isplanirati skrb za pacijente koji su ženskog ili muškog spola. Dobiveno je kako je plan zdravstvene njege je značajno ovisio o spolu fiktivnog pacijenta; žene-pacijentice se manje ohrabivalo da budu aktivne, više im se davalo lijekova protiv bolova i manje im se posvećivalo vremena za emocionalnu podršku. Jedno američko istraživanje (253) provedeno na N=306 bolničkih medicinskih sestara, pokazalo je da spol pacijenta ima značajan utjecaj na odgovore/dostupnost medicinskih sestara; muški pacijenti su favorizirani i percipiralo ih se pozitivnije nego žene pacijentice. Ista opservacija je pronađena i od strane drugih istraživača (253). S obzirom na veću „popularnost“ pacijenata muškog spola, možemo pretpostaviti da im se pridaje više vremena, pažnje i simpatije nego pacijentima ženskog spola. Interakcija između muških pacijenata i medicinskih sestara predstavlja jedan oblik „flerta“ (253).

Dakle, spol bi mogao biti, sam po sebi, objašnjenje zašto muškarci češće dobivaju bolju njegu od medicinskih sestara dok bi viša razina općeg zadovoljstva mogla biti povezana s pozitivnim iskustvima tijekom boravka u bolnici.

Smatramo da je ovaj nalaz veoma važan u svrhu unapređenja skrbi za oboljele od uznapređovalog raka. Moguće je da bi personaliziranija skrb doprinijela povećanju zadovoljstva pacijentica. Svjesni smo ograničenih resursa hrvatskog zdravstvenog sustava, no možda bi sistematična mjerenja zadovoljstva, tj. provođenje istraživanja o važnosti sestrinske njege, doprinijela i većem zapošljavanju sestara na onkologiji i otvaranju mogućnosti za „postavljanje pacijenta u središte skrbi“.

Indirektna analiza pokazala je ipostojanje statistički značajnog moderatorskog učinka prihoda (Tablica 3. i 4.) na povezanost emocionalne uznemirenosti sa stupanjem zadovoljstva s dostupnošću medicinskih sestra/tehničara i stupanjem općeg zadovoljstva s dobivenom skrbi. Sudionici s višim prihodima, a koji su više emocionalno uznemireni, manje su zadovoljni s dostupnošću medicinskih sestara/tehničara i općom razinom bolničke skrbi. Drugim riječima, sudionici koji imaju niže prihode, a manje su emocionalno uznemireni, zadovoljniji su s dostupnošću medicinskih sestara/tehničara i općom razinom usluge.

Ovaj nalaz je u skladu s istraživanjima navedenim u uvodu. Istraživanja općenito pokazuju da su sudionici s nižim prihodima zadovoljniji s dobivenom skrbi od medicinskih sestara/tehničara u usporedbi sa sudionicima s višim prihodima. Moguće je da sudionici s višim prihodima imaju veća očekivanja od zdravstvenog sustava zbog čega su nezadovoljniji ili su pak spremniji izraziti svoje nezadovoljstvo, u usporedbi sa sudionicima s nižim prihodima. Spekuliramo kako su sudionici s višim prihodima „osnaženiji“ izraziti svoj stav, odnosno lakše im je „priznati“ stvarno (ne)zadovoljstvo dobivenom skrbi. Ne boje se osude i nemaju potrebu „skrivati svoje mišljenje“. Nadalje, moguće je kako su sudionici viših prihoda i više obrazovani, tj. imaju bolji socijalni status što im, moguće, „ulijeva samopouzdanje“ i „olakšava“ izražavanje svojih stavova.

6.4. Ograničenja istraživanja

Provedeno istraživanje je opservacijske prirode i bez kontrolne skupine što je jedno od njegovih ograničenja. Usprkos korištenju upitnika koji su validno prevedeni na hrvatski jezik i dalje je moguća kulturalna pristranost rezultata. Nadalje, provođenje istraživanja u hektičnom bolničkom okruženju je puno izazova. Pogreške su uvijek moguće. Jesu li baš svi sudionici upućeni doktorandici od strane liječnika i glavne sestre odjela zaista i zadovoljili sve kriterije uključenja, to ne možemo znati. Veći i reprezentativniji uzorak bi pridonijeo generalizaciji nalaza. S obzirom na veliki stupanj odbijanja sudjelovanja u istraživanju (N=75 sudionika od ukupno N=287 je pristalo sudjelovati) govori da se radi o tzv. „hard to reach population“. Potrebna su daljnja kvalitativna i kvantitativna istraživanja kako bi se definirao razlog potonjeg.

7. Zaključak

Ne postoji značajan ($p > 0,05$) direktan utjecaj demografskih faktora na zadovoljstvo bolničkom skrbi, dok emocionalna uznemirenost značajno ($p < 0,05$) doprinosi objašnjavanju varijance svih domena zadovoljstva zdravstvenom skrbi.

Pronađeno je kako su spol i prihodi značajni moderatori povezanosti između emocionalne uznemirenosti (HADS) i zadovoljstva dostupnošću medicinskih sestara/tehničara te općeg zadovoljstvom bolničkom skrbi, odnosno, muški sudionici koji su emocionalno uznemireniji su zadovoljniji dostupnošću medicinskih sestara/tehničara i općenito bolničkim liječenjem dok su emocionalno uznemireniji sudionici viših prihoda manje zadovoljni dostupnošću medicinskih sestara/tehničara i općenito bolničkim liječenjem

S obzirom na to da ne postoji značajna povezanost ($p > 0,05$) između demografskih varijabli i emocionalne uznemirenosti, medijator analizu nije bilo potrebno provoditi. Demografske karakteristike sudionika ne ostvaruju svoj učinak na zadovoljstvo bolničkom skrbi putem emocionalne uznemirenosti.

8. Sažetak

Svrha istraživanja je bila ispitati direktan i indirektan odnos između demografskih faktora (dob, spol, stupanj obrazovanja, životni partner, prihodi i duljina liječenja), emocionalne uznemirenosti (HADS) i domena zadovoljstva bolničkom skrbi (EORTC INPATSAT32) u odraslih sudionika oboljelih od uznapredovalog raka.

U istraživanju su sudjelovali hospitalizirani pacijenti KBC-a Zagreb, Klinike za onkologiju (N=46; Siječanj 2015.) i KBC-a "Sestre milosrdnice", Klinike za tumore (N=29; Travanj 2015.). Kriteriji uključenja su bili: 1. uznapredovali rak bez metastaza i primarnog malignoma u CNS-u, 2. nemogućnost kurativnog liječenja, 3. EGOG status 0 ili 1, 4. odsustvo akutne psihoze, demencije, delirija ili psihoorganskog sindroma, 5. ≥ 26 boda na MoCA testu.

Dobiveno je da ne postoje statistički značajne korelacije između demografskih faktora i emocionalne uznemirenosti ($p > 0,05$) dok postoje statistički značajne negativne korelacije ($p < 0,05$) između emocionalne uznemirenosti i svih domena zadovoljstva bolničkom skrbi. Nadalje, ne postoji statistički značajan ($p > 0,05$) direktan doprinos demografskih faktora objašnjenju varijance domena zadovoljstva bolničkom skrbi dok emocionalna uznemirenost statistički značajno doprinosi objašnjenju varijance kriterija. Pokazalo se kako su spol i prihodi značajni ($p < 0,05$) moderator odnosa između emocionalne uznemirenosti i zadovoljstva dostupnošću medicinskih sestara/tehničara te razinom općeg zadovoljstva. Posljednje, demografske karakteristike sudionika ne ostvaruju svoj učinak na zadovoljstvo bolničkom skrbi putem emocionalne uznemirenosti.

Dakle, nalazi nam ukazuju sljedeće: emocionalno uznemireniji sudionici muškog spola su zadovoljniji dostupnošću medicinskih sestara/tehničara i imaju veću opću razinu zadovoljstva bolničkom skrbi; emocionalno uznemireniji sudionici koji imaju veće prihode imaju niže zadovoljstvo dostupnošću medicinskih sestara/tehničara i niže opće zadovoljstvo bolničkom skrbi.

9. Summary

Title: Psychosocial determinants of the satisfaction with hospital care in adult patients suffering from advanced metastatic cancer

Author: Maja Boban

Year: 2016.

Direct and indirect relationships between socio-demographic (age, gender, education level, life partner, income and length of treatment), psychological (HADS) variables and satisfaction with hospital care (EORTC INPATSAT32) in adult patients, suffering from advanced cancer, were investigated.

Hospitalized participant were recruited at Clinical Hospital Centre Zagreb (N=46; January 2015) and Clinical Hospital Centre 'Sisters of Mercy' (N=29; April 2015). Inclusion criteria: 1. advanced stage of disease without metastasis and/or primary malignoma in CNS, 2. receiving treatment without curative intent, 3. ECOG 0 or 1, 4. without acute psychosis, dementia, delirium or psychoorganicum syndrome; 5. ≥ 26 scores on MoCA test.

Statistically non significant correlations are found between demographic factors and HADS ($p > 0,05$), but there are statistically significant ($p < 0,05$) negative correlations between HADS and all satisfaction variables. Gender and the income appeared as the significant ($p < 0,05$) moderator variables in the relationship between HADS and the satisfaction with nurses availability and general satisfaction.

Emotionally disturbed male respondents are more satisfied with the availability of nurses / technicians and have higher general level of satisfaction with hospital care; emotionally disturbed subjects who have higher income have lower satisfaction availability of nurses / technicians and lower general satisfaction with hospital care.

10. Literatura

1. Registar za rak. Incidencija raka u Hrvatskoj. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; Bilten br. 38, 2015.
2. Parkin D, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics, 2002. *CA Cancer J Clin.* 2005;55(2):74-108.
3. National Cancer Control Programmes: Policies and managerial guidelines. 2. izd. Geneva: Svjetska zdravstvena organizacija; 2002.
4. Finlay E, Casarett D. Making difficult discussions easier: Using prognosis to facilitate transitions to hospice. *CA Cancer J Clin.* 2009;59(4):250–63.
5. MSD priručnik dijagnostike i terapije. Verzija 2015. (<http://www.msdprirucnici.placebo.hr/>)
6. Bolmsjo IA, Nilstun T, Lofmark R. From cure to palliation: Agreement, timing and decision making within the staff. *Am J Hospice Palliat Med.* 2007;24(5):366–70.
7. Zhang B, Wright AA, Huskamp HA, Nilsson ME, Maciejewski ML, Earle CC i sur. Health care costs in the last week of life: Associations with end-of-life conversations. *Arch Intern Med.* 2009;169(5):480–8.
8. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann.* 1983;6(3-4):185-210.
9. Ware J, Snyder M, Wright W, Davies A. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann.* 1983;6(3-4):247-63.
10. Otani K, Kurz RS, Harris LE. Managing primary care using patient satisfaction measures. *J Healthc Manag.* 2005;50(5):311-24.
11. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: important general considerations. *BMJ.* 1991; 302(6781):887-9.
12. Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Soc Sci Med.* 1978;12(4A):283-92.
13. Greeneich D. The link between new and return business and quality of care: patient satisfaction. *Adv Nurs Sci.* 1993;16(1):62-72.

14. Edwards C, Staniszewska S. Accessing the users' perspective. *Health Soc Care Comm.* 2000;8(6):417-24.
15. Becker G, Newsom E. Public health matters. Socioeconomic status and dissatisfaction with health care among chronically ill African Americans. *Am J Public Health.* 2003;93(5):742-8.
16. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L i sur. The measurement of satisfaction with health care: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess.* 2002;6(32):1-244.
17. Wilde Larsson B, Larsson G. Patients' view on quality of care and attitudes towards re-visiting the same provider. *Int J Health Care Qual Assur.* 2009;22(6):600-11.
18. Savage R, Armstrong D. Effect of a general practitioner's communication style on patients' satisfaction: a controlled study. *BMJ.* 1991;301(6758):968-70.
19. Epstein K, Laine C, Farber N, Nelson E, Davidoff F. Patients' perceptions of office medical practice: judging quality through the patients eyes. *Am J Med Qual.* 1996;11(2):73-80.
20. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med.* 1994;38(4):509–16.
21. American Marketing Association. Version Dictionary. Version 2015. (<https://www.ama.org/resources/Pages/Dictionary.aspx?dLetter=S>)
22. Oliver RL. A cognitive model of antecedents and consequences of satisfaction decisions. *J Marketing Res.* 1980;17(4):460–9.
23. Thorne L, Ellamushi H, Mtandari S, McEvoy AW, Powell M, Kitchen ND. Auditing patient experience and satisfaction with neurosurgical care: Results of a questionnaire survey. *Br J Neurosurg.* 2002;16(3):243-55.
24. Oltedal S, Garratt A, Bjertnæs Ø, Bjørnsdottir M, Freil M, Sachs M. The NORPEQ patient experiences questionnaire: Data quality, internal consistency and validity following a Norwegian inpatient survey. *Scand J Public Health.* 2007;35(5):540-7.
25. Weisman C, Rich D, Rogers J, Crawford K, Grayson C, Henderson J. Gender and patient satisfaction with primary care: tuning in to women in quality measurement. *J Womens Health Gen Based Med.* 2000;9(6):657-65.
26. Strasser S, Aharony L, Greenberger D. The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. *Med Care Res Rev.* 1993;50(2):219-48.

27. Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Soc Sci Med.* 1998;47(9):1351-9.
28. Avis M, Bond M, Arthur A. Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *J Adv Nurs.* 1995;22(2):316-22.
29. Aspinall F, Addington-Hall J, Hughes R, Higginson I. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *J Adv Nurs.* 2003;42(4):324-39.
30. Irurita V. Factors affecting the quality of nursing care: the patient's perspective. *Int J Nurs Pract.* 1999;5(2):86-94.
31. Larsson B, Larsson G. Patients' views on quality of care: do they merely reflect their sense of coherence? *J Adv Nurs.* 1999;30(1):33-9.
32. O'Connell B, Young J, Twigg D. Patient satisfaction with nursing care: a measurement conundrum. *Int J Nurs Pract.* 1999;5(2):72-7.
33. Coulter A, Fitzpatrick R. The patient's perspective regarding appropriate health care. U: Albrecht G, Fitzpatrick R, Scrimshaw S, ur. *Handbook of social studies in health and medicine.* London: SAGE Publications; 2000, str. 454-65.
34. Merkouris A, Ifantopoulos J, Lanara V, Lemonidou C. Patient satisfaction: A key concept for evaluating and improving nurses services. *J Nurs Manag.* 1999;7(1):19-28.
35. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med.* 2001;512(4):609-20.
36. Zhang Y, Rohrer J, Borders T, Farrell T. Patient satisfaction, self-rated health status, and health confidence: an assessment of the utility of single-item questions. *Am J Med Qual.* 2007;22(1):42-9.
37. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med.* 1990;30(7):811-8.
38. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med.* 1997;45(12):1829-43.
39. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA.* 1988;121(11): 1145-50.
40. Keith R. Patient satisfaction and rehabilitation services. *Arch Phys Med Rehabil.* 1998;79(9):1122-8.

41. Lawler EE. Pay and organizational effectiveness: A psychological view. New York: McGraw-Hill Book Company; 1971, str: 20-70.
42. Linder-Pelz, S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med.* 1982;16(5):577-82.
43. Fishbein M, Ajzen I. Attitudes and opinions. *Annu Rev Psychol.* 1972;23:487- 544.
44. Ajzen I, Fishbein M. Attitudes and normative beliefs as factors influencing behavioral intentions. *J Pers Soc Psychol.* 1972;21(1):1-9.
45. Fishbein M, Ajzen I. Attitudes towards objects as predictors of single and multiple behavioral criteria. *Psychol Rev.* 1974;81:59-74.
46. Fishbein M, Ajzen I. Attitudinal and normative variables as predictors of specific behavior. *J Pers Soc Psychol.* 1973;27:41-57.
47. Schmidt LA. Patients' perceptions of nursing care in the hospital setting. *J Adv Nurs.* 2003;44(4):393-9.
48. Wilde B, Larsson G, Larsson M, Starrin B. Quality of care. Development of a patient-centred questionnaire based on a grounded theory model. *Scand J Caring Sci.* 1994;8(1):39-48.
49. Merkouris A, Papathanassoglou EDE, Lemonidou C. Evaluation of patient satisfaction with nursing care: Quantitative or qualitative approach? *Int J Nurs Stud.* 2004;41(4):355-67.
50. Biering P, Becker H, Calvin A, Grobe SJ. Casting light on the concept of patient satisfaction by studying the construct validity and the sensitivity of a questionnaire. *Int J Health Care Qual Assur.* 2006;19(3):246-58.
51. Coyle J, Williams B. Seeing the wood for the trees: Defining the forgotten concept of patient dissatisfaction in the light of patient satisfaction research. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.* 1999;12(6-7):1-9.
52. Avis M, Bond M, Arthur A. Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *J Adv Nurs.* 1995;22(2):316-22.
53. Johansson P, Oléni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: A literature study. *Scand J Caring Sci.* 2002;16(4):337-44.

54. Larsson G, Wilde-Larsson B. Quality of care and patient satisfaction: A new theoretical and methodological approach. *Int J Health Care Qual Assur.* 2010;23(2):228-47.
55. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer; 1984, str: 108-127.
56. Larsson G. A quick test of individual's strength on stress reaction: development of emotional stress reaction questionnaire (ESRQ). Stockholm: Försvarets forskningsanstalt huvudavdelning 5; 1987, str: 92-120.
57. Larsson G, Wilde B, Starrin B. Patients' views on quality of care: Theory-based assessment. U Edvardsson, B. i sur. (ur.): *QUIS 5. Advancing Service Quality: A global perspective;* 1996, str: 164-8.
58. Grøndahl VA. Patients' perceptions of actual care conditions and patient satisfaction with care quality in hospital. Karlstad, Sweden: Karlstad University Studies, Faculty of Social and Life Sciences; 2012, str: 17.
59. Oberst M. Methodology in behavioral and psychosocial cancer research. Patients' perceptions of care. Measurement of quality and satisfaction. *Cancer.* 1984;53(10):2366-75.
60. Wiggers J, Donovan K, Redman S, Sanson-Fisher R. Cancer patient satisfaction with care. *Cancer.* 1990;66(3):610-6.
61. Loblaw D, Bezjak A, Bunston T. Development and testing of a visit-specific patient satisfaction questionnaire: the Princess Margaret Hospital Satisfaction with Doctor Questionnaire. *J Clin Oncol.* 1999;17(6):1931-8.
62. Defosse G, Mathoulin-Pelissier S, Ingrand I, Gasquet I, Sifer-Riviere L, Migeot V i sur. Satisfaction with care among patients with non-metastatic breast cancer: development and first steps of validation of the REPERES-60 questionnaire. *BMC Cancer.* 2007;7:129-41.
63. Yun M, Oh A, Kim K, Kim Y. Patient-controlled sedation vs. anaesthetic nurse-controlled sedation for cataract surgery in elderly patients. *Int J Clin Pract.* 2008;62(5):776-80.
64. Radwin L, Alster K, Rubin K. Development and testing of the Oncology Patients' Perceptions of the Quality of Nursing Care Scale. *Oncol Nurs Forum.* 2003;30(2):283-90.
65. Abetz L, Baladi J, Jones P, Rofail D. The impact of iron overload and its treatment on quality of life: results from a literature review. *Health Qual Life Outcomes.* 2006;4:73-6.

66. Brédart A, Bottomley A, Blazeby JM, Conroy T, Coens C, D'Haese S i sur. An international prospective study of the EORTC cancer in-patient satisfaction with care measure (EORTC IN-PATSAT32). *Eur J Cancer Care*. 2005;41(14):2120-31.
67. Brédart A, Coens C, Aaronson N, Chie W, Efficace F, Conroy T i sur. Determinants of patient satisfaction in oncology settings from European and Asian countries: preliminary results based on the EORTC IN-PATSAT32 questionnaire. *Eur J Cancer*. 2007;43(2):323-30.
68. Turhal N, Efe B, Gumus M, Aliustaoglu M, Karamanoglu A, Sengoz M. Patient satisfaction in the outpatients' chemotherapy unit of Marmara University, Istanbul, Turkey: a staff survey. *BMC Cancer*. 2002;2:30-5.
69. Davidson R, Mills M. Cancer patients' satisfaction with communication, information and quality of care in a UK region. *Eur J Cancer Care*. 2005;14(1):83-90.
70. Lis CG, Rodeghier M, Gupta D. Distribution and determinants of patient satisfaction in oncology: A review of the literature. *Patient Prefer Adherence*. 2009;3:287-304.
71. McClement S, Hack T. Audio-taping the oncology treatment consultation: a literature review. *Patient Educ Couns*. 1999;36(3):229-38.
72. Stefanek M, Derogatis L, Shaw A. Psychological distress among oncology outpatients. Prevalence and severity as measured with the Brief Symptom Inventory. *Psychosomatics*. 1987;28(10):530.
73. von Gruenigen VE, Hutchins JR, Reidy AM, Gibbons HE, Daly BJ, Eldermire EMI sur. Gynecologic oncology patients' satisfaction and symptom severity during palliative chemotherapy. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4:84.
74. Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD i sur. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study. *Cancer*. 2005; 104: 2872-81.
75. NCCN Guidelines for Supportive Care. Version 2015.(http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf)
76. Skarstein J, Aass N, Fosså SD, Skovlund E, Dahl AA. Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. *J Psychosom Res*. 2000;49:27-34.

77. Costanzo ES, Sood AK, Lutgendorf SK. Biobehavioral influences on cancer progression. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2011;31:109-32.
78. Akechi T, Okuyama T, Onishi J, Morita T, Furukawa TA. Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008; 2:CD005537.
79. Greenley J, Young T, Schoenherr R. Psychological distress and patient satisfaction. *Med Care.* 1982;20(4):373-85.
80. Linn L, Greenfield S. Patient suffering and patient satisfaction among the chronically ill. *Med Care.* 1982;20(4):425-31.
81. Hansson L, Borgquist L, Nettelbladt P, Nordström G. The course of psychiatric illness in primary care patients. A 1-year follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1994;29(1):1-7.
82. Wyshak G, Barsky A. Satisfaction with and effectiveness of medical care in relation to anxiety and depression: patient and physician ratings compared. *Gen Hosp Psychiatry.* 1995;17(2):108-14.
83. Hueston W, Mainous A, Schilling R. Patients with personality disorders: functional status, health care utilization, and satisfaction with care. *J Fam Pract.* 1996;42(1):54-60.
84. Jones R, Pearson J, McGregor S, Gilmour WH, Atkinson JM, Barrett A i sur. Cross sectional survey of patients' satisfaction with information about cancer. *BMJ.* 1999; 319(7219):1247-8.
85. International Psycho-Oncology Society.(<http://www.ipos-society.org/about/news.aspx>.)
86. NCCN Clinical practice guidelines in oncology. Version 2015 (<http://www.nccn.org>.)
87. National Institute for Clinical Excellence. Guidance on cancer services improving supportive and palliative care for adults with cancer. Version 2015. (<http://vsrww.nice.org.uk>.)
88. Meijer A, Roseman M, Milette K, Coyne J, Stefanek M, Ziegelstein R i sur. Depression screening and patient outcomes in cancer: a systematic review. *Plos One.* 2011;6(11):e27181.
89. Mitchell A. Short screening tools for cancer-related distress: a review and diagnostic validity meta-analysis. *J Natl Compr Canc Netw.* 2010;8(4):487-94.

90. Holland J, Bultz B. The NCCN guideline for distress management: a case for making distress the sixth vital sign. *J Natl Compr Canc Netw*. 2007;5(1):3-7.
91. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361-70.
92. Mitchell A, Meader N, Symonds P. Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: a meta-analysis. *J Affect Disord*. 2010;126(3):335-48.
93. Vodermaier A, Linden W, Siu C. Screening for emotional distress in cancer patients: a systematic review of assessment instruments. *J Natl Cancer Inst*. 2009;101(21):1464-88.
94. Parker J, Endler N. Coping with coping assessment: a critical review. *Eur J Pers*. 1992;6(5):321-44.
95. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984, str: 108-34.
96. Watson M, Greer S, Young J, Inayat Q, Burgess C, Robertson B. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med*. 1988;18(1):203-9.
97. Greer S, Moorey S, Watson M. Patients' adjustment to cancer: the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale vs clinical ratings. *J Psychosom Res*. 1989;33(3):373-7.
98. Brennan J. Adjustment to cancer-coping or personal transition? *Psycho Oncology*. 2001;10(1):1-18.
99. Dunkel-Schetter C, Feinstein L, Taylor S, Falke R. Patterns of coping with cancer. *Health Psychol*. 1992;11(2):79-87.
100. Heim E. Coping and adaptation in cancer. U: Cooper CL, Watson M, ur. *Cancer and Stress: Psychological, Biological and Coping Studies*. New York.: John Wiley & Sons Ltd;1991, str: 197-8.
101. Pettingale K, Morris T, Greer S, Haybittle J. Mental attitudes to cancer: an additional prognostic factor. *Lancet*. 1985;1(8431):750.
102. van der Steeg A, De Vries J, van der Ent F, Roukema J. Personality predicts quality of life six months after the diagnosis and treatment of breast disease. *Ann Surg Oncol*. 2007;14(2):678-85.

103. Millar K, Purushotham A, McLatchie E, George W, Murray G. A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *J Psychosom Res.* 2005;58(4):335-42.
104. Schou I, Ekeberg Ø, Sandvik L, Hjermsstad M, Ruland C. Multiple Predictors of Health-Related Quality of Life in Early Stage Breast Cancer. Data from a Year Follow-up Study Compared with the General Population. *Qual Life Res.* 2005;14(8):1813-23.
105. Bleiker E, Pouwer F, van der Ploeg H, Leer J, Adèr H. Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: frequency and prediction. *Patient Educ Couns.* 2000;40(3):209-17.
106. Carver C. Enhancing adaptation during treatment and the role of individual differences. *Cancer.* 2005;104(11):2602-7.
107. van der Steeg A, De Vries J, Roukema J. Anxious personality and breast cancer: possible negative impact on quality of life after breast-conserving therapy. *World J Surg.* 2010;34(7):1453-60.
108. Saita E, Acquati C, Kayser K. Coping with early stage breast cancer: examining the influence of personality traits and interpersonal closeness. *Front Psychol.* 2015;6:88.
109. Watson M, Greer S. Personality and Coping. In: Holland JC, ur. *Psycho-oncology.* New York: Oxford University Press; 1998, str: 190-211.
110. Coyne J, Gottlieb B. The Mismeasure of Coping by Checklist. *J Pers.* 1996;64(4):959-91.
111. Lazarus R. Toward Better Research on Stress and Coping. *Am Psychologist.* 2000;55(6):665.
112. Mehanna H, de Boer M, Morton R. The association of psycho-social factors and survival in head and neck cancer. *Clin Otolaryngol.* 2008;33(2):83-9.
113. Raper J. A cognitive approach to patient satisfaction with emergency department nursing care. *J Nurs Care Qual.* 1996;10(4):48-58.
114. Carrasquillo O, Orav E, Brennan T, Burstin H. Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department. *J Gen Intern Med.* 1999;14(2):82-7.
115. Davis B, Duffy E. Patient satisfaction with nursing care in a rural and an urban emergency department. *Aust J Rural Health.* 1999;7(2):97-103.

116. Raper J, Davis B, Scott L. Patient satisfaction with emergency department triage nursing care: a multicenter study. *J Nurs Care Qual.* 1999;13(6):11-24.
117. Spilsbury K, Meyer J, Bridges J, Holman C. Older adults' experiences of A&E care. *Emerg Nurs.* 1999;7(6):24-31.
118. Watson W, Marshall E, Fosbinder D. Elderly patients' perceptions of care in the emergency department. *JEN.* 1999;25(2):88-92.
119. Byrne G, Richardson M, Brunson J, Patel A. Patient satisfaction with emergency nurse practitioners in A&E. *J Clin Nurs.* 2000;9(1):83-93.
120. Yam M. Seen but not heard: battered women's perceptions of the ED experience. *JEN.* 2000;26(5):464-70.
121. Goldwag R, Berg A, Yuval D, Benbassat J. Predictors of patient dissatisfaction with emergency care. *IMAJ.* 2002;4(8):603-6.
122. Yellen E, Davis G, Ricard R. The measurement of patient satisfaction. *J Nurs Care Qual.* 2002;16(4):23-9.
123. Nydén K, Petersson M, Nyström M. Unsatisfied basic needs of older patients in emergency care environments - obstacles to an active role in decision making. *J Clin Nurs.* 2003;12(2):268-74.
124. Ware JE, Davies-Avery A, Stewart AI. The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health Med Care Serv Rev.* 1978;1(1):3-15.
125. Hsieh MO, Kagle JD. Understanding patient satisfaction and dissatisfaction with health care. *Health Soc Work.* 1991;16(4):281-90.
126. Danielsen K, Garratt A, Bjertnæs O, Pettersen K. Patient experiences in relation to respondent and health service delivery characteristics: a survey of 26,938 patients attending 62 hospitals throughout Norway. *Scand J Public Health.* 2007;35(1):70-7.
127. Findik UY, Unsar S, Sut N. Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nurs Health Sci.* 2010; 12(2):162-9.
128. Lis CG, Rodeghier M, Gupta D. Distribution and determinants of patient satisfaction in oncology: A review of the literature. *Patient Prefer Adherence.* 2009;3:287-304.

129. Da Costa D, Clarke A, Dobkin P, Senecal J, Fortin P, Danoff D, Esdaile J. The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus. *Int J Qual Health Care*. 1999;11(3):201-7.
130. Vukmir RB. Customer satisfaction. *Int J Health Care Qual Assur*. 2006;19(1):8-31.
131. Can G, Akin S, Aydiner A, Ozdilli K, Durna Z. Evaluation of the effect of care given by nursing students on oncology patients' satisfaction. *Eur J Oncol Nurs*. 2008;12(4):387-92.
132. Nguyen Thi PL, Briançon S, Empereur F, Guillemin F. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med*. 2002; 54(4):493–504.
133. Gebhardt S, Wolak AM, Huber MT. Patient satisfaction and clinical parameters in psychiatric inpatients – the prevailing role of symptom severity and pharmacologic disturbances. *Compr Psychiatry*. 2013; 54(1):53–60.
134. Free Statistics Calculators. Verson 2015. (<http://www.danielsoper.com>)
135. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET i sur. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol*. 1982; 5(6):649-55.
136. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I i sur. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:695-9.
137. Rahman T, El Gaafary M. Montreal Cognitive Assessment Arabic version: Reliability and validity prevalence of mild cognitive impairment among elderly attending geriatric clubs in Cairo. *Geriatr Gerontol Int*. 2009;9(1):54-61.
138. Thissen A, van Bergen F, de Jonghe J, Kessels R, Dautzenberg P. Applicability and validity of the Dutch version of the Montreal Cognitive Assessment (moCA-d) in diagnosing MCI. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2010;41(6):231-40.
139. Costa A, Fimm B, Friesen P, Soundjock H, Rottschy C, Gross T i sur. Alternate-form Reliability of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) screening test in a clinical setting. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2012;33(6):379-84.
140. Lifshitz M, Dwolatzky T, Press Y. Validation of the Hebrew version of the MoCA test as a screening instrument for the early detection of mild cognitive impairment in elderly individuals. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2012;25(3):155-61.

141. Martinic-Popovic I, Šerić V, Demarin V. Early detection of mild cognitive impairment in patients with cerebrovascular disease. *Acta Clin Croat.* 2006;45:77-85.
142. Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Administration and Scoring Instructions. Version 2015. (<http://echo.unm.edu/wp-content/uploads/2014/07/clinic-dementia-MoCA-Instructions-English.pdf>)
143. Watson M, Law M, dos Santos M, Greer S, Baruch J, Bliss J. The Mini-MAC: further development of the Mental Adjustment to Cancer scale. *J Psychosoc Oncol.* 1994;12(3):33-46.
144. Anagnostopoulos F, Kolokotroni P, Spanea E, Chrysoschoou M. The Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC) scale: construct validation with a Greek sample of breast cancer patients. *Psychooncology.* 2006;15:79–89.
145. Grassi L, Buda P, Cavana L, Annunziata MA, Torta R, Varetto A. Styles of coping with cancer: the Italian version of the Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-Mac) scale. *Psychooncology.* 2005;14:115–24.
146. Ho SM, Fung WK, Chan CL, Watson M, Tsui YK. Psychometric properties of the Chinese version of Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC) scale. *Psychooncology.* 2003;12:547–56.
147. Kang JI, Chung HC, Kim SJ, Choi HJ, Ahn JB, Jeung H i sur. Standardization of the Korean version of Mini-Mental Adjustment to Cancer (K-Mini-MAC) scale: factor structure, reliability and Validity. *Psychooncology.* 2008;17:592–7.
148. Bredal IS. The Norwegian version of the Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale: factor structure and psychometric properties. *Psychooncology.* 2010;19:216–21.
149. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67:361-70.
150. Boban M, Sindik J, Milunović V, Kralj-Škoc V, Braš M, Đorđević V. Factor structure and cut-off scores of Hospital Anxiety and Depression scale (HADS) on Croatian sample of adult patients suffering from advanced metastatic cancer. *Psychiatr Danub.* 2016. In press.
151. Baron R, Kenny D. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol.* 1986;51(6):1173-82.

152. Berger E. Using regression analysis in evaluation. U: Wholey J, Hatry H, Newcomer K; ur. Handbook of practical program evaluation. New York: Jossey Bass; 2003, str: 53-79.
153. Holmbeck G. Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *J Consult Clin Psychol.* 1997;65(4):599-610.
154. R Project for Statistical Computing. Version 2015. (<https://www.r-project.org>)
155. Cohen J, Cohen P, West SG, Aiken LS. Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences. 3. izd. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 2003. str: 1-30.
156. Wholey JS, Hatry HP, Newcomer KE. Handbook of practical program evaluation. 2. izd. Jossey-Bass. San Francisco; 2014; str. 229-400.
157. Farooqi YN, Ahsan S. Gender differences in anxiety and depression among Pakistani cancer patients. *J Res Soc Pak.* 2009;46:1-5.
158. Cardoso G, Graca J, Klut C, Trancas B, Papoila A. Depression and anxiety symptoms following cancer diagnosis: a cross-sectional study. *Psychol Health Med.* 2016;21(5): 562-70.
159. Velikova G, Booth L, Smith AB, Brown PM, Lynch P, Brown JM, i sur. Measuring quality of life in routine oncology practice improves communication and patient well-being: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* 2004; 22:714-24.
160. Schwarz R, Krauss O, Höckel M, Meyer A, Zenger M, Hinz A. The Course of Anxiety and Depression in Patients with Breast Cancer and Gynaecological Cancer. *Breast Care.* 2008; 3(6):417–22.
161. Srivastava V, Ansari MA, Kumar A, Shah AG, Meena RK, Sevach P, Prakash O. Study of Anxiety and Depression among Breast Cancer Patients from North India. *Clin Psychiatry.* 2016; 2(1): 1-7.
162. Chen H, Li M, Wang J, Xue C, Ding T, Nong X i sur. Factors influencing inpatients' satisfaction with hospitalization service in public hospitals in Shanghai, People's Republic of China. *Patient Prefer Adherence.* 2016;10:469–77.
163. Jaipaul CK, Rosenthal GE. Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *J Gen Intern Med.* 2003;18(1):23–30.
164. Goodsell CT. The contented older client of bureaucracy. *Int J Aging Hum Dev.* 1981;14:1–9.

165. Makhdoom YM, Elzubaire AG, Hanif M. Satisfaction with health care among primary health care centers attendees in AL Khobar, Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 1997;18:227-230.
166. Ayatollahi SMT. Patient satisfaction from their consultant physicians in Shiraz. *J Kerman Univ Med Sci*. 1999;6:149–56.
167. Babic-Banaszak A, Kovacic L, Mastilica M, Babic S, Ivankovic D, Budak A. The Croatian health survey- patient's satisfaction with medical service in primary health care in Croatia. *Coll Antropol*. 2001;25:449-58.
168. Niakas D, Gnardellis C, Theodorou M. Is there a problem with quality in the Greek hospital sector, preliminary results from a patient satisfaction survey. *Health Serv Manage Res*. 2004;17:62–9.
169. Othman ZJ, Hussein H, Al Faisal W, Wasfy A. Quality in Primary Care Predictors of Patient Satisfaction Among Diabetic Population Attending Primary Health Care Centers at Dubai Health Authority. *Care*. 2015;23(4):205-13.
170. Farahani MF, Shamsikhani S, Hezaveh MS. Patient Satisfaction With Nursing and Medical Care in Hospitals Affiliated to Arak University of Medical Sciences in 2009. *Nurs Midwifery Stud*. 2014;3(3): e14022.
171. Thi PLN, Briançon S, Empereur F, Guillemin F. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med*. 2002;54:493–504.
172. Afzal M, Rizvi F, Azad AH, Rajput AM, Khan A, Tariq N. Effect of demographic characteristics on patient's satisfaction with health care facility. *J Postgrad Med Inst*. 2014; 28(2):154-60.
173. Quintana JM, González N, Bilbao A, Aizpuru F, Escobar A, Esteban C i sur. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:102.
174. Noh DY, Nam SJ, Ahn SH, Park BW, Lee ES, Lee MK i sur. Association of clinical experiences with patient-reported outcomes among breast cancer surgery patients: Breast cancer quality care study. *Qual Life Res*. 2007;17:215–25.
175. Bui QU, Ostir GV, Kuo YF, Freeman J, Goodwin JS. Relationship of depression to patient satisfaction: Findings from the barriers to breast cancer study. *Breast Cancer Res Treat*. 2005;89:23–28.

176. Geiger AM, Mullen ES, Sloman PA, Edgerton BW, Petitti DB. Evaluation of a breast cancer patient information and support program. *Effective Clin Pract.* 2000;3:157–65.
177. Jansen SJ, Otten W, van de Velde CJ, Nortier JW, Stiggelbout AM. The impact of the perception of treatment choice on satisfaction with treatment, experienced chemotherapy burden and current quality of life. *Br J Cancer.* 2004;91:56–61.
178. Lantz PM, Janz NK, Fagerlin A, Schwartz K, Liu L, Lakhani I i sur. Satisfaction with surgery outcomes and the decision process in a population-based sample of women with breast cancer. *Health Serv Res.* 2005;40:745–67.
179. Thind A, Liu Y, Maly R. Patient satisfaction with breast cancer follow-up care provided by family physicians. *JABFM.* 2011;24(6):710-6.
180. Goldzweig G, Andritsch E, Hubert A, Brenner B, Walach N, Perry S i sur. Psychological distress among male patients and male spouses: What do oncologists need to know? *Ann Oncol.* 2009; 21(4):877-83.
181. Spencer R, Nilsson M, Wright A, W, Prigerson H. Anxiety Disorders in Advanced Cancer Patients: Correlates and Predictors of End of Life Outcomes. *Cancer* 2010;116(7):1810–9.
182. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med.* 1995;40:903-18.
183. Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Doctor-patient interactions in oncology. *Soc Sci Med* 1996;42:1511-9.
184. Bredart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol.* 2005;17:351-4.
185. Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;3:CD003751.
186. Gysels M, Richardson A, Higginson IJ. Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of effectiveness. *Support Care Cancer.* 2004;12: 692-700.
187. Detmar SB, Muller MJ, Schornagel JH, Wever LD, Aaronson NK. Health-related quality-of-life assessments and patient-physician communication: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2002;288:3027-34.

188. Hilarius DL, Kloeg PH, Gundy CM, Aaronson NK. Use of health-related quality-of-life assessments in daily clinical oncology nursing practice: a community hospital-based intervention study. *Cancer*. 2008;113:628-37.
189. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW i sur.. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49(9):796–804.
190. Lee SJ, Back AL, Block SD, Stewart SK. Enhancing physician-patient communication. *Am Soc Hematol Educ Program*. 2002;1:464–83.
191. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302–11.
192. Henrdon J, Pollick K. Continuing concerns, new challenges, and next steps in physician-patient communication. *J Bone Joint Surg Am*. 2002;84-A(2):309–15.
193. Arora N. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Soc Sci Med*. 2003;57(5):791–806.
194. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*. 1989;27(3):110–27.
195. Skea Z, Harry V, Bhattacharya S, Entwistle V, Williams B, MacLennan G i sur. Women's perceptions of decision-making about hysterectomy. *BJOG*. 2004;111(2):133–42.
196. Tongue JR, Epps HR, Forese LL. Communication skills for patient-centered care: research-based, easily learned techniques for medical interviews that benefit orthopaedic surgeons and their patients. *J Bone Joint Surg Am*. 2005;87:652–8.
197. Clack GB, Allen J, Cooper D, Head JO. Personality differences between doctors and their patients: implications for the teaching of communication skills. *Med Educ*. 2004;38(2):177–86.
198. Minhas R. Does copying clinical or sharing correspondence to patients result in better care? *Int J Clin Prac*. 2007;61(8):1390–5.
199. DiMatteo MR. The role of the physician in the emerging health care environment. *West J Med*. 1998;168(5):328–33.
200. Clark L, Holcombe C, Hill J, Downey H, Fisher J, Krespi MR i sur. The Perception of Support Received from Breast Care Nurses by Depressed Patients Following a Diagnosis of Breast Cancer. *Ann R Coll Surg Engl*. 2009;91(1):43–5.

201. Husson O, Thong MSY, Mols F, Smilde TJ, Creemers GJ, Lonneke V i sur. Information Provision and Patient Reported Outcomes in Patients with Metastasized Colorectal Cancer: Results from the PROFILES Registry. *J Palliat Med.* 2013;16(3): 281–8.
202. van der Meulen N, Jansen J, van Dulmen S, Bensing J, van Weert J. Interventions to improve recall of medical information in cancer patients: a systematic review of the literature. *Psychooncology.* 2008;17:857–68.
203. Harrison D. What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care Cancer.* 2009;17(8):1117–28.
204. Jenkins V, Fallowfield L, Saul J. Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *Br J Cancer.* 2001;84:48–51.
205. Miller SM. Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. Implications for cancer screening and management. *Cancer.* 1995;76:167–77.
206. Mills ME, Sullivan K. The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. *J Clin Nurs.* 1999;8:631–42.
207. Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, Lobb EA, Pendlebury SC, Leighl N i sur. Communicating with realism and hope: Incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. *J Clin Oncol.* 2005;23:1278–88.
208. Fine E. Reid MC. Shengelia R. Adelman RD. Directly observed patient-physician discussions in palliative and end-of-life care: A systematic review of the literature. *J Palliat Med.* 2010;13:595–603.
209. Mesters I, van den Borne B, De Boer M, Pruyn J. Measuring information needs among cancer patients. *Patient Educ Couns.* 2001;43:253–62.
210. Llewellyn CD, McGurk M, Weinman J. How satisfied are head and neck cancer (HNC) patients with the information they receive pre-treatment? Results from the satisfaction with cancer information profile (SCIP). *Oral Oncol.* 2006;42:726–34.
211. Frojd C, Lampic C, Larsson G, von Essen L. Is satisfaction with doctors' care related to health-related quality of life, anxiety and depression among patients with carcinoid tumours? A longitudinal report. *Scand J Caring Sci.* 2009;23:107–16.

212. Vogel BA, Leonhart R, Helmes AW. Communication matters: the impact of communication and participation in decision making on breast cancer patients' depression and quality of life. *Patient Educ Couns.* 2009;77:391–7.
213. Yu CL, Fielding R, Chan CL, Sham JS. Chinese nasopharyngeal carcinoma patients treated with radiotherapy: association between satisfaction with information provided and quality of life. *Cancer.* 2001;92:2126–35.
214. Griggs JJ, Sorbero ME, Mallinger JB, Quinn M, Waterman M, Brooks B. Vitality, mental health, and satisfaction with information after breast cancer. *Patient Educ Couns.* 2007;66:58–66.
215. Ha JF, Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A Review. *Ochsner J.* 2010;10(1):38-43.
216. Kounenoua K, Aikaterinib K, Georgia K. Nurses' communication skills: Exploring their relationship with demographic variables and job satisfaction in a Greek sample. *Procedia Soc Behav Sci.* 2011; 30:2230 –4.
217. Kruijver PM, Kerkstra A, Francke AL, Bensing JM, van de Wiel HBM. Evaluation of communication training programs in nursing care: a review of the literature. *Patient Educ Couns.* 2000; 39:129–45.
218. Elliott MN, Kanouse DE, Edwards CA, Hilborne LH. Components of care vary in importance for overall patient-reported experience by type of hospitalization. *Med Care.* 2009;47:842-9.
219. Etter J, Perneger TV. Quantitative and qualitative assessment of patient satisfaction in a managed care plan. *Eval Program Plann.* 1997;20:129-35.
220. McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients experiences. *Journal of Clinical Nursing.* 2004;13:41–9.
221. Botti M, Endacott R, Watts R, Cairns J, Lewis K, Kenny A. Barriers in providing psychosocial support for patients with cancer. *Cancer Nursing.* 2006;29:309–16.
222. Pearcey P. 'Caring? It's the little things we are not supposed to do anymore'. *Int J Nurs Pract.* 2010;16:51–6.
223. Chan EA, Jones A, Fung S, Wu SC. Nurses' perception of time availability in patient communication in Hong Kong. *J Clin Nurs.* 2012;21(7-8):1168-77.

224. Yam BMC, Rossiter JC. Caring in nursing: perceptions of Hong Kong nurses. *J Clin Nurs*. 2000; 9:293–302.
225. Hagerty BM, Patusky KL. Reconceptualizing the nurse–patient relationship. *J Nurs Sch*. 2003;35:145–50.
226. McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients experiences. *J Clin Nurs*. 2004;13:41–9.
227. Clayton MF. Communication: an important part of nursing care. *Am J Nurs*. 2006; 106:70–2.
228. Uitterhoeve R, de Leeuw J, Bensing J, Heaven C, Borm G, deMulder P. Cue-responding behaviours of oncology nurses in video-simulated interviews. *J Adv Nurs*. 2008;61:71–80.
229. Koutsopoulou S, Papathanassoglou ED, Katapodi MC, Patiraki EI. A critical review of the evidence for nurses as information providers to cancer patients. *J Clin Nurs*. 2010;19(5-6):749-65.
230. Chelf JH, Agre P, Axelrod A, Cheney L, Cole DD, Conrad K i sur. Cancer-related patient education: an overview of the last decade of evaluation and research. *Oncol Nurs Forum*. 2001;28:1139– 47.
231. Rutten LJ, Arora NK, Bakos AD, Aziz N, Rowland J. Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980-2003). *Patient Educ Couns*. 2005;57(3):250-61.
232. Papathanassoglou ED, Tseroni M, Karydaki A, Vazaiou G, Kassikou J, Lavdaniti M. Practice and clinical decision-making autonomy among Hellenic critical care nurses. *J Nurs Manag*. 2005; 13:154–64.
233. Han WT, Collie K, Koopman C, Azarow J, Classen C, Morrow GR i sur. Breast cancer and problems with medical interactions: relationships with traumatic stress, emotional self-efficacy, and social support. *Psychooncology*. 2005;14:318–30.
234. Lerman C, Daly M, Walsh WP, Resch N, Seay J, Barsevick A i sur. Communication between patients with breast cancer and health care providers. Determinants and implications. *Cancer*. 1993;72:2612–20.
235. Valente SM, Saunders JM. Diagnosis and treatment of major depression among people with cancer. *Cancer Nurs*. 1997; 20(3):168–77.

236. Sanmartin C, Berthelot J, McIntosh CN. Determinants of unacceptable waiting times for specialized services in Canada. *Healthc Policy* 2007;2:1–15.
237. Porter GA, Inglis KM, Wood LA, Veugelers PJ. Access to care and satisfaction in colorectal cancer patients. *World J Surg.* 2005;29:1444–51.
238. Mathews M, Ryan D, Gadag V, West R. Use of screening tests, diagnosis wait times, and wait-related satisfaction in breast and prostate cancer. *Curr Oncol.* 2014;21(3):441–8.
239. Iezzoni LI, Davis RB, Soukup J, O'Day B. Satisfaction with quality and access to health care among people with disabling conditions. *Int J Qual Health Care.* 2002;14(5):369–81.
240. Beatty PW, Hagglund KJ, Neri MT, Dhont KR, Clark MJ, Hilton SA. Access to health care services among people with chronic or disabling conditions: patterns and predictors. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003;84(10):1417–25.
241. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systemic reviews. *Int J Qual Health Care.* 2005;17(2):141–6.
242. Akinci F, Sinay, T. Perceived access in a managed care environment: determinants of satisfaction. *HSMR.* 2003;16(2):85–95.
243. de Boer D, Delnoij D, Rademakers J. Do patient experiences on priority aspects of health care predict their global rating of quality of care? A study in five patient groups. *Health Expect.* 2010;13(3):285–97.
244. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L i sur. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *HTA.* 2002;6(32):1–244.
245. Jayasinghe UW, Proudfoot J, Holton C, Davies GP, Amoroso C, Bubner T i sur. Chronically ill Australians' satisfaction with accessibility and patient-centredness. *Int J Qual Health Care.* 2008; 20(2): 105–14.
246. Schmittiel J, Mosen DM, Glasgow RE, Hibbard J, Remmers C, Bellows J. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and improved patient-centered outcomes for chronic conditions. *J Gen Intern Med.* 2008;23(1):77–80.

247. Glynn LG, Byrne M, Newell J, Murphy AW. The effect of health status on patients' satisfaction with out-of-hours care provided by a family doctor co-operative. *Fam. Pract.* 2004;21(6):677–83.
248. Herrera-Espineira C, Rodriguez DA, Rodriguez DCM, Valdivia AF, Sanchez IR. Relationship between anxiety level of patients and their satisfaction with different aspects of healthcare. *Health Policy* 2009;89(1):37–45.
249. Murphy CC, Bartholomew LK, Carpentier MY, Bluethmann SM, Vernon SW. Adherence to adjuvant hormonal therapy among breast cancer survivors in clinical practice: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat* 2012;134:459-78.
250. Avery KN, Metcalfe C, Nicklin J, Barham CP, Alderson D, Donovan JL i sur. Satisfaction With Care: An Independent Outcome Measure in Surgical Oncology. *Ann Surg Oncol* 2006;13(6): 817-22.
251. Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring Sci.* 2002;16:337–44.
252. Thi PLN, Briançon S, Empereur F, Guillemin F. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med.* 2002;54:493–504.
253. Foss C. Gender bias in nursing care? Gender-related differences in patient satisfaction with the quality of nursing care. *Scand J Caring Sci.* 2002;16(1):19-26.
254. Hargraves J, Wilson I, Zaslavsky A, James C, Walker J, Rogers G. Adjusting for patient characteristics when analyzing reports from patients about hospital care. *Med Care.* 2001;39(6):635-41.
255. Radwin LE. Cancer patients' demographic characteristics and rating of patient-centered nursing care. *J Nurs Scholarsh.* 2003;35:365–70.

11. Biografija

Rođena sam 1983. g. u Zagrebu a 2008. godine diplomirala psihologiju na Hrvatskim studijima Sveučilišta u Zagrebu. Trenutno zaposlena kao Viša savjetnica u Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, u Službi za istraživanje, razvoj i zdravstvene tehnologije (Health Technology Assessment- HTA). Prethodno sam radila u kliničkom okruženju (KBCSM Klinika za psihijatriju, Dom za odgoj djece i mladeži Zagreb, Udruga „SVE za NJU!“- Centra za psihološku pomoć ženama oboljelim od raka, KDB Zagreb, Klinika za onkologiju i hematologiju) te stekla bogato iskustvo u psihodijagnostici, psihološkom savjetovanju i psihološkim istraživanjima. Tijekom studija psihologije upoznala sam svoju mentoricu (doc.dr.sc. Marijanu Braš); skupa smo objavile 5 CC radova a sa suradnjom nastavljamo i u budućnosti.

12. Prilozi

12.1. ECOG ljestvica- Procjena općeg tjelesnog stanja bolesnika

0- asimptomatski (potpuno aktivan, sposoban obavljati bez ikakvih poteškoća sve aktivnosti kojima se bavio i prije bolesti).

1- simptomatski, ali potpuno ambulatorni pacijent (ograničen u napornim fizičkim aktivnostima, ali sposoban nastaviti posao koji je sjedilački i nije pretjerano zahtjevan kao što su lagani kućanski poslovi ili uredski posao).

2-simptomatski, < 50% vremena tijekom dana provodi u krevetu (ambulatorni pacijent koji je sposoban sam se brinuti za sebe, ali je nesposoban izvršavati bilo kakve radne aktivnosti; nije vezan za krevet i >50% vremena koje provodi budan nije ograničen na krevet ili stolac).

3- simptomatski, >50% vremena provodi u krevetu, ali nije vezan za krevet (sposoban ograničeno brinuti se za sebe, ograničen na krevet ili stolac 50% ili više vremena koje provodi budan).

4- vezan za krevet (potpuno onemogućen, uopće se ne može brinuti o sebi, u potpunosti ograničen na krevet ili stolac).

5- mrtav

12.2. Opći upitnik

OPĆI UPITNIK

I. Dio upitnika- ispunjava medicinsko osoblje

1. sjelo maligne bolesti: _____
2. TNM klasifikacija neoplazme: _____
3. trajanje bolesti/liječenja: _____

II. dio upitnika- ispunjava pacijent

Dob: _____

Spol: 1) ž 2) m

Bračni status: 1) u braku 2) vanbračna zajednica 3) sama/c 4) udovac/ica 5) raved/a

Stupanj obrazovanja: 1) OŠ 2) SSS 3) VŠS 4) VSS i više

Osobni mjesečni prihodi: 1) manje od prosjeka RH 2) prosječno za RH 3) iznad prosjeka za RH

12.4. Upitnik o zadovoljstvu bolničkom skrbi onkoloških pacijenata (EORTC IN-PATSAT32)



EORTC IN – PATSAT32

Zanimaju nas neke stvari o Vama i Vašem iskustvu o njezi koja Vam je pružena **tijekom ovog boravka u bolnici**. Molimo Vas da osobno odgovorite na sva pitanja, zaokružujući broj koji se najbolje odnosi na Vas. Nema 'točnih' i 'pogrešnih' odgovora. Podaci koje ćete nam dati ostati će strogo povjerljivi.

Tijekom Vašeg boravka u bolnici, kako biste ocijenili <u>liječnike</u> za:	Loše	Srednje	Dobro	Vrlo dobro	Odlično
1 Njihovo znanje i iskustvo s Vašom bolesti?	1	2	3	4	5
2 Liječenje i medicinsko praćenje koje su Vam pružili?	1	2	3	4	5
3 Pažnju koju su pokazali za Vaše fizičke probleme?	1	2	3	4	5
4 Njihovu spremnost da saslušaju sve Vaše brige?	1	2	3	4	5
5 Zanimanje koji su pokazivali za Vas osobno?	1	2	3	4	5
6 Udobnost i podršku koju su Vam pružili?	1	2	3	4	5
7 Podatke koje su Vam dali o Vašoj bolesti?	1	2	3	4	5
8 Podatke koje su Vam dali o Vašim medicinskim pretragama?	1	2	3	4	5
9 Podatke koje su Vam dali o Vašem liječenju?	1	2	3	4	5
10 Učestalost njihovih posjeta/kozultacija?	1	2	3	4	5
11 Vrijeme koje su Vam posvetili tijekom posjeta/kozultacija?	1	2	3	4	5

Tijekom Vašeg boravka u bolnici, kako biste ocijenili <u>medicinske sestre</u> za:	Loše	Srednje	Dobro	Vrlo dobro	Odlično
12 Način na koji su obavljale Vaše fizičke preglede? (mjerile temperaturu, puls...)?	1	2	3	4	5
13 Način na koji su Vas negovale (davale Vam lijekove, injekcije,...)?	1	2	3	4	5
14 Pažnju koju su posvetile Vašoj fizičkoj udobnosti?	1	2	3	4	5
15 Zanimanje koji su pokazivale za Vas osobno?	1	2	3	4	5
16 Udobnost i podršku koju su Vam pružile?	1	2	3	4	5

Molimo prijedite na slijedeću stranicu

Tijekom Vašeg boravka u bolnici, kako biste ocijenili <u>medicinske sestre</u> za:	Loše	Srednje	Dobro	Vrlo dobro	Odlično
17 Njihove ljudske kvalitete (uljudnost, poštivanje, osjećajnost, ljubaznost, strpljenje,...)?	1	2	3	4	5
18 Podatke koje su Vam dale o Vašim medicinskim pretragama?	1	2	3	4	5
19 Podatke koje su Vam dale o Vašoj njezi?	1	2	3	4	5
20 Podatke koje su Vam dale o Vašem liječenju?	1	2	3	4	5
21 Spremnost za odgovaranje na Vaše pozive zvoncem?	1	2	3	4	5
22 Vrijeme koje su Vam posvetile?	1	2	3	4	5

Tijekom Vašeg boravka u bolnici, kako biste ocijenili <u>usluge i organizaciju njege</u> za:	Loše	Srednje	Dobro	Vrlo dobro	Odlično
23 Razmjenu informacija između njegovateljica?	1	2	3	4	5
24 Ljubaznost i susretljivosti tehničkog, prijemnog i laboratorijskog osoblja?	1	2	3	4	5
25 Obavijesti koje su Vam date kod prijema u bolnicu?	1	2	3	4	5
26 Obavijesti koje su Vam date kod otpusta iz bolnice?	1	2	3	4	5
27 Vrijeme čekanja na dobijanje rezultata medicinskih pretraga?	1	2	3	4	5
28 Brzinu primjene medicinskih pretraga i/ili liječenja?	1	2	3	4	5
29 Jednostavnost pristupa (parkiranje, prijevozno sredstvo, ...)?	1	2	3	4	5
30 Jednostavnost pronalaženja puta do različitim odjela?	1	2	3	4	5
31 (Vanjski i unutarnji) izgled zgrade (čistoća, prostranost, mir,...)?	1	2	3	4	5

Općenito,

32 Kako biste ocijenili pruženu njegu za vrijeme Vašeg boravka u bolnici?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

12.5. Skraćena verzija upitnika mentalne adaptacije na rak (mini-MAC)

12.5.1. Original

Mental Adjustment to Cancer Scale

Date :	Patient Number:			
<p>INSTRUCTIONS A number of statements are given below which describe people's reactions to having cancer. Please circle the appropriate number to the right of each statement, indicating how far it applies to you at present. <i>For example, if the statement definitely does not apply to you, then you should circle 1 in the first column.</i></p>				
	<i>Definitely does not apply to me</i>	<i>Does not apply to me</i>	<i>Applies to me</i>	<i>Definitely applies to me</i>
1. At the moment I take one day at a time	1	2	3	4
2. I see my illness as a challenge	1	2	3	4
3. I've put myself in the hands of God	1	2	3	4
4. I feel like giving up	1	2	3	4
5. I feel very angry about what has happened to me	1	2	3	4
6. I feel completely at a loss about what to do	1	2	3	4
7. It is a devastating feeling	1	2	3	4
8. I count my blessings	1	2	3	4
9. I worry about the cancer returning or getting worse	1	2	3	4
10. I try to fight the illness	1	2	3	4
11. I distract myself when thoughts about my illness come into my head	1	2	3	4
12. I can't handle it	1	2	3	4
13. I am apprehensive	1	2	3	4
14. I am not very hopeful about the future	1	2	3	4
15. I feel there is nothing I can do to help myself	1	2	3	4
16. I think it is the end of the world	1	2	3	4

Mental Adjustment to Cancer Scale

	<i>Definitely does not apply to me</i>	<i>Does not apply to me</i>	<i>Applies to me</i>	<i>Definitely applies to me</i>
17. Not thinking about it helps me cope	1	2	3	4
18. I am very optimistic	1	2	3	4
19. I've had a good life what's left is a bonus	1	2	3	4
20. I feel that life is hopeless	1	2	3	4
21. I can't cope	1	2	3	4
22. I am upset about having cancer	1	2	3	4
23. I am determined to beat this disease	1	2	3	4
24. Since my cancer diagnosis I now realise how precious life is and I'm making the most of it	1	2	3	4
25. I have difficulty in believing that this happened to me	1	2	3	4
26. I make a positive effort not to think about my illness	1	2	3	4
27. I deliberately push all thoughts of cancer out of my mind	1	2	3	4
28. I suffer great anxiety about it	1	2	3	4
29. I am a little frightened	1	2	3	4

© M. Watson et al., 1992

Mental Adjustment to Cancer Scale

MINI-MAC - SCORING

Subscale	Item Number
HELPLESSNESS-HOPELESSNESS (8)	4, 6, 12, 14, 15, 16, 20, 21
ANXIOUS PREOCCUPATION (8)	5, 7, 9, 13, 22, 25, 28, 29
FIGHTING SPIRIT (4)	2, 10, 18, 23
COGNITIVE AVOIDANCE (4)	11, 17, 26, 27
FATALISM (5)	1, 3, 8, 19, 24

© M. Watson et al., 1992

12.5.2. Prijevod

mini MAC

1= definitivno se **ne** odnosi na mene

2= djelomično se **ne** odnosi na mene

3= djelomično se odnosi na mene

4= definitivno se odnosi na mene

tvrdnja	1	2	3	4
1. Trenutno živim dan po dan.				
2. Svoju bolest vidim kao izazov.				
3. Predao/la sam se Bogu.				
4. Osjećam kako odustajem.				
5. Vrlo sam ljut/a zbog ovoga što mi se događa.				
6. Sve što činim je uzaludno.				
7. Osjećam se poraženo.				
8. Razmišljam o dobrim stvarima u mom životu.				
9. Brinem se da će se bolest još pogoršati.				
10. Nastojim se boriti s bolešću.				
11. Ako počnem razmišljati o bolesti, nastojim si nekako odvući pažnju.				
12. Ne mogu se nositi s bolešću.				
13. Uznemiren/a sam.				
14. Nemam nadu u budućnost.				
15. Osjećam kako ne mogu ništa učiniti kako bih se bolje osjećao/la.				
16. Mislim da je kraj svijeta.				
17. Pomaže mi ne razmišljanje o bolesti.				
18. Optimističan/a sam.				
19. Proživio/la sam dobar život; ono što je preostalo je samo bonus.				
20. Osjećam kako mi je život bez nade.				
21. Ne mogu se nositi s bolešću.				
22. Uznemiren/a sam time što imam rak.				
23. Odlučan/a sam pobijediti ovu bolest.				
24. Od trenutka kada mi je postavljena dijagnoza, shvatio/la sam kako je život neprocjenjiv i trudim se živjeti ga najbolje što mogu.				
25. Ne mogu vjerovati da mi se ovo događa.				
26. Trudim se ne razmišljati o bolesti.				
27. Namjerno „tjeram“ sve misli o raku iz mog uma.				
28. Tjeskoban/a sam zbog bolesti.				
29. Malo sam prestrašen/a bolešću.				

12.6. Upitnik hospitalne anksioznosti i depresije (HADS)

Skala anksioznosti i depresije pacijenata u bolnicama (HADS)



OVDJE PRESAVITI

Ime i prezime: _____ Datum: _____

Liječnici su svjesni da emocije imaju važnu ulogu kod većine bolesti. Ako vaš liječnik zna za te osjećaje, on ili ona će vam moći bolje pomoći.

Ovaj upitnik služi kao pomoć vašem liječniku da shvati kako se osjećate. Pročitajte dolje navedene izjave i kod svake od njih **podcrtajte odgovor** koji najpreciznije opisuje kako ste se osjećali u proteklih 7 dana. Zanimarite brojeve otisnute na rubovima upitnika.

Ne razmišljajte predugo o odgovorima, vaša spontana reakcija na svaku izjavu bit će vjerojatno preciznija nego promišljeni odgovor.

OVDJE PRESAVITI

A	D			A	D
		Osjećam se napeto	Osjećam se usporeno		
3		Skoro uvijek	Skoro uvijek		3
2		Često	Vrlo često		2
1		Ponekad	Ponekad		1
0		Nikad	Nikad		0
		Još uvijek uživam u stvarima u kojima sam i prije uživao/la	Obuzima me neki osjećaj straha, kao čvor u želudcu		
0		U istoj mjeri	Nikad		0
1		Ne baš toliko	Ponekad		1
2		Malo	Prilično često		2
3		Jedva	Vrlo često		3
		Obuzima me neki osjećaj straha, kao da će se nešto strašno dogoditi	Izgubio/la sam interes za svoj izgled		
3		Sigurno i jako	U potpunosti		3
2		Da, ali ne vrlo jako	Često se ne brinem o tome koliko bih trebao/la		2
1		Malo, ali to me ne zabrinjava	Ponekad se ne brinem o tome koliko bih trebao/la		1
0		Uopće ne	Brinem se o tome u istoj mjeri kao i uvijek		0
		Mogu se smijati i uvidjeti smiješnu stranu stvari	Osjećam se nemirno, kao da bih se trebao/la kretati		
0		U istoj mjeri kao i prije	Vrlo jako		3
1		Ne baš toliko sada	Prilično jako		2
2		Sigurno ne toliko sada	Malo		1
3		Uopće ne	Uopće ne		0
		Glavom mi prolaze zabrinjavajuće misli	Veselim se nekim budućim stvarima i događajima		
3		Skoro uvijek	U istoj mjeri kao i prije		0
2		Često	Nešto manje nego prije		1
1		Ponekad	Mnogo manje nego prije		2
0		Skoro nikad	Jedva		3
		Osjećam se veselo	Obuzima me iznenadna panika		
3		Nikad	Vrlo često		3
2		Rijetko	Prilično često		2
1		Ponekad	Rijetko		1
0		Skoro uvijek	Nikad		0
		Mogu mirno sjediti i osjećati se opušteno	Mogu uživati u dobroj knjizi, dobrom radijskom ili televizijskom programu		
0		Uvijek	Često		0
1		Često	Ponekad		1
2		Rijetko	Prilično rijetko		2
3		Nikad	Vrlo rijetko		3

A sada provjerite jeste li odgovorili na sva pitanja

UKUPNO

A	D

HADS copyright © R.P. Snaith i A.S. Zigmond, 1983, 1992, 1994.
Formular je objavljen prvi put u *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-70,
copyright © Munksgaard International Publishers Ltd, Copenhagen, 1983.
Ovo izdanje je prvi put objavila 1994. izdavačka kuća nferNelson Publishing Company Ltd,
389 Chiswick High Road, 9th Floor East, London, W4 4AL

GL Assessment je dio Granada Group
Ovaj formular se ni na koji način ne smije umnožavati prije no što se za to dobije suglasnost od izdavača.
Elektronska pošta: permissions@gl-assessment.co.uk