

Sveučilište u Zagrebu

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

**NEKI PREDIKTORI ZADOVOLJSTVA MAJKI PEDIJATRIMA I
PRIDRŽAVANJA NAPUTAKA PEDIJATARA**

Diplomski rad

Marija Stojević

Mentorica: Doc. dr. Anita Lauri Korajlija

Zagreb, 2015.

UVOD	1
Zadovoljstvo zdravstvenom skrbi	2
Determinante zadovoljstva zdravstvenom skrbi	4
Pridržavanje naputaka liječnika (propisanih uputa, savjeta i tretmana)	7
CILJ ISTRAŽIVANJA	10
PROBLEMI	10
HIPOTEZE	10
METODA	12
Predistraživanje	12
Glavno istraživanje	12
Sudionici	12
Instrumenti	13
Postupak	16
REZULTATI	17
Doprinos okolnosti korištenja pedijatrijskih usluga i zdravstvenog lokusa kontrole u objašnjavanju zadovoljstva pedijatrom	18
Doprinos okolnosti korištenja pedijatrijskih usluga, zdravstvenog lokusa kontrole i zadovoljstva pedijatrom u objašnjavanju pridržavanja naputaka pedijatra	20
RASPRAVA	22
Zadovoljstvo pedijatrom	22
Pridržavanje naputaka pedijatra (uputa, savjeta i tretmana)	24
Metodološka ograničenja	26
Praktične implikacije	27
ZAKLJUČAK	29
LITERATURA	30
PRILOG A	36
PRILOG B	38
PRILOG C	41

Neki prediktori zadovoljstva majki pedijatrima i pridržavanja naputaka pedijatara

Predictors of mothers' satisfaction with pediatrician and compliance with medical regimens

SAŽETAK

Cilj istraživanja bio je utvrditi doprinos nekih okolnosti korištenja pedijatrijskih usluga i zdravstvenog lokusa kontrole roditelja u objašnjavanju zadovoljstva djetetovim pedijatrom te doprinos okolnosti korištenja, zdravstvenog lokusa kontrole i procjene zadovoljstva u objašnjavanju spremnosti na pridržavanje pedijatrovih naputaka (uputa, savjeta i tretmana). Istraživanje je provedeno na 785 majki. Pokazalo se da lošiji zdravstveni status djeteta, arbitrarne odluke pri odabiru pedijatra, obraćanje privatnim pedijatrima te oslanjanje na neformalne izvore informacija predviđaju niže razine zadovoljstva. S druge strane, lošiji zdravstveni status predviđao je veće pridržavanje naputaka. Također, majke sklonije oslanjanju na neformalne informacije manje su se pridržavale naputaka pedijatara. Zadovoljstvo je samostalno predviđalo veće pridržavanje naputaka, kao i uvjerenje da zdravlje ovisi o ponašanju liječnika, dok je internalni lokus kontrole bio negativno povezan s pridržavanjem naputaka.

Ključne riječi: zadovoljstvo pedijatrom, pridržavanje, zdravstveni lokus kontrole, korištenje pedijatrijske skrbi

ABSTRACT

The aim of this research was to determine the contribution of pediatric care utilization circumstance and parental health locus of control in explaining satisfaction with the child's pediatrician, as well as the contribution of utilization circumstance, parental health locus of control and satisfaction ratings in explaining the tendency to adhere to pediatric care regimens. 785 mothers participated in the research. Child's poor health status, arbitrary pediatrician choice criteria, turning to private care providers and relying on informal sources of health information predicted less satisfaction with pediatrician. On the other hand, poor health status predicted more compliance. Also, mothers who relied more on informal sources of information tended to comply less with medical regimens. Satisfaction, internal and powerful others locus of control were significant predictors of compliance; more satisfied mothers and those with powerful others external orientation tended to comply more, while those with internal health locus of control complied less.

Key words: pediatrician satisfaction, compliance, health locus of control, pediatric care utilization

UVOD

Tijekom povijesti, priroda odnosa između liječnika i pacijenta razvijala se i mijenjala, a najbolje se može opisati kroz način na koji se donose medicinske odluke. U tom smislu, odnos između liječnika i pacijenta se smješta na kontinuumu paternalizam – autonomija (Chin, 2002). Medicinski paternalizam odražava tradicionalno shvaćanje odnosa, u kojem je liječnik „očinska figura“ koja donosi sve relevantne medicinske odluke umjesto pacijenta („djeteta“). Ova dinamika počiva na nekoliko pretpostavki – liječnikova stručnost je neosporiva, sustav (poput javnog zdravstva) je čuvar zdravstvene skrbi, a pacijent je pasivan i poslušan (Gill i White, 2009). U posljednjih pedesetak godina u zapadnjačkoj medicini uočava se odmak od ovog shvaćanja te se sve više uzima u obzir uloga pacijenta u donošenju medicinskih odluka, s naglaskom na poštivanje autonomije pacijenta te prepuštanja odgovornosti za vlastito zdravlje. Uzimanje perspektive pacijenata u obzir važno je za postizanje suradnje, a ona je ključan element u postizanju povoljnih ishoda za zdravlje pacijenta, kao i dobro funkcioniranje zdravstvenog sustava. Pristup orijentiranosti na pacijenta (engl. *patient-centered*) podrazumijeva primjerenu njegu, poštivanje iskustava i preferencija pacijenta, prenošenje jasnih i nepristranih informacija, pružanje podrške i suodlučivanje o tretmanu, a u pravilu rezultira boljim zdravstvenim ishodima, primjerenijim korištenjem resursa u zdravstvenom sustavu te većim zadovoljstvom pacijenata (American Academy of Pediatrics, 2012; Chin, 2002; Havelka, 1998). Odnos između liječnika i pacijenta oblikovan je brojnim faktorima – kulturalnim, strukturalnim te osobnim. Također, ima tendenciju mijenjati se u vremenu i zahtijeva da pacijent i liječnik provedu određeno vrijeme u interakciji (Kaba i Sooriakumaran, 2007). Kao što je već naznačeno, pacijentova percepcija odnosa s liječnikom ili, bolje rečeno, njegova percepcija kako se liječnik odnosi prema njemu, utječe na evaluaciju zdravstvene skrbi koju prima (Lochman, 1983). Ovaj rad usmjeren je na koncept zadovoljstva medicinskom skrbi, s naglaskom na zadovoljstvo liječnikom te na određene faktore i ishode povezane sa zadovoljstvom. Konkretno, razmatrat će se zadovoljstvo roditelja pedijatrija kao primarnim liječnicima njihove djece. Promatranje ovog konstrukta u kontekstu pedijatrijske skrbi zanimljivo je, ne samo zbog dugotrajne interakcije i odnosa roditelja s pedijatrom, nego i zbog specifične uloge roditelja kao važnog partnera u liječenju pacijenta – djeteta.

Zadovoljstvo zdravstvenom skrbi

U zadnjih tridesetak godina, uslijed promjena u shvaćanju prirode odnosa liječnika i pacijenta te snažnog promicanja prava pacijenata, zadovoljstvo uslugom promatra se kao jedan od ciljeva pružatelja zdravstvene skrbi te je u nekim zemljama postao obavezan element evaluacije kvalitete (Gill i White, 2009). Postoji nekoliko definicija zadovoljstva zdravstvenom skrbi te ne postoji čvrsta i jedinstvena konceptualizacija ovog konstrukta. Nekoliko teorija razvijanih tijekom 1980-ih pružile su prihvatljive okvire istraživanjima. Teorija očekivanja i vrijednosti Linder-Pelz (1982; prema Gill i White, 2009) kaže da je zadovoljstvo rezultat osobnih vrijednosti i vjerovanja, kao i prethodnih očekivanja o skrbi, a samo zadovoljstvo definira kao pozitivnu evaluaciju različitih dimenzija medicinske skrbi. Ware, Snyder, Wright i Davies (1983) definiraju zadovoljstvo kao osobnu i subjektivnu evaluaciju usluga zdravstvene skrbi i njihovih pružatelja te nude sadržajnu klasifikaciju zadovoljstva. Prema toj klasifikaciji, pacijenti procjenjuju ukupno osam dimenzija skrbi: interpersonalno ponašanje pružatelja, njihovu tehničku sposobnost (kompetentnost u liječenju), pristupačnost/udobnost dobivanja skrbi, financijskudostupnost, efikasnost liječenja/ishode, kontinuitet brige, fizičku okolinu i dostupnost. Donabedian (2003) u svom dugogodišnjem radu zaključuje da se procjena kvalitete zdravstvene skrbi može zamisliti kao niz koncentričnih kružnica, u čijem se samom središtu, kao najvažnija komponenta, nalazi interakcija između liječnika i pacijenta. Zadovoljstvo i nezadovoljstvo su ekspresije te prosudbe. U nekim od novijih publikacija, istraživači sugeriraju da je konstrukt zadovoljstva problematičan zbog preklapanja s evaluacijom kvalitete zdravstvene skrbi, koju smatraju odvojenim i superiornim konceptom (Crowe, i sur., 2002, Gill i White, 2009). Također pozivaju da se istraživanja zadovoljstva pacijenata, uslijed sve veće privatizacije zdravstvenih usluga širom svijeta, posluže teorijama i konceptima iz psihologije potrošačkog ponašanja. Pregled literature pokazuje i često problematično korištenje instrumenata za mjerenje zadovoljstva pacijenata. Ware, Davies-Avery i Stewart (1977) u svojem pregledu 111 radova pokazuju da, unatoč prednostima korištenja ljestvica, čak 2/3 radova koristi samo jednu česticu za mjerenje zadovoljstva, pri čemu test-retest pouzdanost rezultata tih mjera u samo 6% slučajeva prelazi granicu prihvatljive pouzdanosti. Sitzia (1999) u svojoj

analizi 195 radova nalazi da samo 46% njih navodi neke informacije o valjanosti i pouzdanosti dobivenih podataka.

U Hrvatskoj su istraživanja zadovoljstva medicinskom skrbi vrlo ograničena. Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene koji izdaje Ministarstvo zdravlja (2011) propisuje kontrolu kvalitete kroz ankete o iskustvu i zadovoljstvu pacijenata u zdravstvenim ustanovama i ordinacijama. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje u suradnji s agencijom Ipsos puls provodi anketu o zadovoljstvu građana zdravstvom. Posljednji podaci, iz 2013. godine, pokazuju da je prosječna ocjena građana 3,2 (od 5). Najzadovoljniji su tehničkom kvalitetom liječnika i odnosa medicinskog osoblja prema pacijentima te dostupnošću skrbi. Kao najveći nedostatak navodi se čekanje, organizacija sustava te nedostatak opreme i infrastrukture. Većina građana navodi da je zadovoljna liječnicima obiteljske medicine i stomatolozima (Ipsos puls, 2013). Unatoč ovim pozitivnim koracima u identificiranju problema u zdravstvenom sustavu, nedostaju podaci o zadovoljstvu pedijatrima, kao i istraživanja o fenomenima povezanim sa zadovoljstvom na hrvatskom uzorku. Također, nejasno je koji koraci se poduzimaju u uklanjanju izvora nezadovoljstva pacijenata.

Unatoč problemima u konceptualizaciji i mjerenju ovog konstrukta, bogata literatura iz ovog područja pokazuje neke konzistentne rezultate, koji se pojavljuju u istraživanjima bez obzira na područje primarne medicinske skrbi, bilo da se radi o liječnicima obiteljske medicine ili pedijatrima (Roblin, Becker, Adams, Howard i Roberts, 2004). Najvažnijom dimenzijom zadovoljstva pokazuje se evaluacijainterpersonalnog odnosa s liječnikom i s odnosom povezani aspekti brige te percepcija kompetentnosti liječnika (Crowe i sur., 2002; Klein Buller i Buller, 1987; Lochman, 1983; Raposo, Alves i Duarte, 2009; Young i sur., 1985). U ovim istraživanjima opisani su različiti aspekti interpersonalne komponente, kao što su afilijativnoponašanje, jasna komunikacija i empatija. Neki autori (npr. Fitzpatrick i Hopkins, 1983) razmatraju mogućnost da je prilikom pacijentove procjene naglasak na procesnoj komponenti, odnosno da, uslijed nesposobnosti pacijenata da sude o tehničkim sposobnostima stručnjaka, svoju evaluaciju liječnika temelje na *načinu* na koji pruža skrb pacijentu i prenose na ostale aspekte njege. Ware i suradnici (1977) ističu kako većina istraživanja pokazuje da ove dvije dimenzije, odnos i kompetentnost

liječnika, zapravo nisu odvojive i posebne u pacijentovoj percepciji skrbi te čine jedan faktor. Pokazuje se, također, da je, unatoč upitnoj teorijskoj razrađenosti konstrukta zadovoljstva, on povezan s određenim predisponirajućim čimbenicima, kao i zdravstvenim ishodima. U daljnjem tekstu bit će opisani kontekstualni i individualni čimbenici povezani sa zadovoljstvom pacijenata te neki relevantni ishodi koji nastaju uslijed (ne)zadovoljstva.

Determinante zadovoljstva zdravstvenom skrbi

Identificiranje faktora koji su povezani s višom razinom zadovoljstva važno je za kreiranje politika i smjernica kojima se može utjecati na razinu zadovoljstva. Potrebno je upozoriti na određene karakteristike pacijenata i zdravstvene skrbi, kao i neke navike korištenja te skrbi koje čine pacijente ranjivima za nezadovoljstvo i negativne posljedice nezadovoljstva. Kada su u pitanju demografske i socioekonomske karakteristike, čini se da je njihov odnos sa zadovoljstvom skrbi složen (Lochman, 1983). Jasna je veza s dobi pacijenata –stariji pacijenti uglavnom pokazuju više razine zadovoljstva (Ware i sur., 1977; Crowe i sur., 2002), što sugerira da postoje neke međugeneracijske razlike u psihološkim potrebama povezanim sa skrbi. Ovaj trend se pokazuje i kod majki u pedijatrijskoj skrbi – mlađe majke i majke mlađe djece izvještavaju o nižoj razini zadovoljstva (Halfon, Inkelas, Mistry i Olson, 2004; Riley i sur., 1993). Moguće je da mlađi roditelji imaju veća očekivanja od pedijataru u odnosu na starije roditelje ili pak manje sredstava za kvalitetnu skrb na raspolaganju. Manje zadovoljni su i pacijenti iz većih obitelji (Ware i sur., 1977; Zastowny, Roghmann i Cafferata, 1989), moguće zbog preopterećenosti financijskim i vremenskim troškovima skrbi brojnih članova. Kod drugih demografskih karakteristika, kao što su rasa, spol, socioekonomski status i obrazovanje, nalazi su nejednoznačni (Crowe i sur., 2002). Neki autori nalaze da obrazovanje majki pokazuje malu pozitivnu povezanost sa zadovoljstvom (Schempf, Minkovitz, Strobino i Guyer, 2007) i korištenjem pedijatrijskih usluga (Riley i sur., 1993). Bolje obrazovanje vjerojatno pogoduje razumijevanju i retenciji informacija o zdravlju, bolesti i tretmanu, te se ostvaruje bolja komunikacija s liječnikom.

Istraživanja pokazuju i da je zadovoljstvo povezano sa zdravstvenim statusom, odnosno da pacijenti s lošijim zdravstvenim stanjem i kronično oboljeli imaju niže razine zadovoljstva (Crowe i sur., 2002). Halfon i suradnici (2004) nalaze niže

zadovoljstvo skrbi i kod majki čija su djeca češće bolesna. Kada govorimo o smjeru ove povezanosti, čini se da lošije zdravstveno stanje i češća potreba za skrbi čine pacijente svjesnijima i osjetljivijima na okolinske faktore, kao što je ponašanje liječnika, zbog čega su podložniji nezadovoljstvu (Zastowny i sur., 1989). Zdravstveni status ima nejasan odnos sa spremnošću pacijenata na suradnju s liječnikom i pridržavanje propisanog tretmana te se čini da smjer te povezanosti ovisi o vrsti i težini bolesti, složenosti tretmana i području medicinske skrbi (Vermeire, Hernshaw i Van Royen, 2001).

Tip zdravstvene skrbi koja se koristi te iskustva i navike korištenja skrbi također imaju utjecaja na zadovoljstvo pacijenata. Diesher, Engel, Spielholz i Standfast (1965) uočili su visoku razinu zadovoljstva kod majki koje su koristile privatnu pedijatrijsku skrb, kao i povezanost korištenja privatne skrbi s povoljnim procjenama osobnosti i stručnosti pedijatra. Halfon i suradnici (2004) na uzorku američkih majki nalaze niže razine zadovoljstva skrbi kod korisnica planova zdravstvene skrbi s ograničenim troškovima. Ovaj nalaz odgovara malobrojnim podacima o situaciji u hrvatskom javnom zdravstvu, u kojem je nedostatak resursa jedan od najvećih izvora nezadovoljstvapacijenata (Ipsos puls, 2013). Potrebno je ispitati i kako je učestalost korištenja privatnih pedijatrijskih usluga povezana sa zadovoljstvom i suradljivošću roditelja čiji je primarni pedijatar djelatnik u sustavu javnog zdravstva u Hrvatskoj. Navedeni podaci o pozitivnoj povezanosti zadovoljstva s privatnom skrbi u kojoj su dostupni bolji resursi naoko su u sukobu s ranije napomenutim nalazima da je socioekonomski status slabo povezan sa zadovoljstvom. Logično bi bilo da obitelji s višim prihodima mogu izdvojiti više novca za liječenje te im je tako lakše doći do kvalitetnije zdravstvene skrbi. Ipak, moguće je da finansijski status i veća dostupnost nisu presudni za povoljnu procjenu kvalitete pružatelja skrbi. Schmittziel, Selby, Grumbach i Quesenberry Jr. (1997) uočili su višu razinu zadovoljstva kod pacijenata koji su mogli birati svog osobnog liječnika u odnosu na pacijente kojima je on dodijeljen. Ova veza između mogućnosti odabira i zadovoljstva nije ovisila o socioekonomskom statusu pacijenata niti o češćemodabiru liječnika s višim prosječnim zadovoljstvom. Čini se da sama mogućnost izbora, čak i u situacijama u kojima je izbor relativno ograničen, djeluje povoljno na pacijentovu percepciju kvalitete.

Još jedna pojava vezana uz navike korištenja medicinske skrbi, koja je osobito raširena u posljednjih desetak godina, ima potencijalno značajan utjecaj na zadovoljstvo liječnikom i zdravstvenom skrbi. Radi se o korištenju medicinskih informacija koje dolaze iz neformalnih izvora, kao što su knjige, internet i mediji. Takve informacije sve su brojnije i dostupne su sve većem broju ljudi. Pacijenti se ne oslanjaju više samo na liječnike kako bi saznali nešto o svom zdravstvenom stanju te su im dostupni brojni alati za preispitivanje odluka liječnika. Neki istraživači smatraju da je ova pojava potencijalno štetna za odnos između liječnika i pacijenta – pacijenti dovode u pitanje autoritet liječnika i odbijaju propisani tretman, a liječnici zauzimaju obrambeni stav i podcjenjuju sposobnosti pacijenata da procjene kvalitetu medicinskih informacija, te dolazi do konflikta (Kim i Kim, 2009; Murray i sur., 2003). Potrebno je ispitati utjecaj korištenja neformalnih izvora medicinskih informacija na zadovoljstvo liječnicima i pridržavanje tretmana koji propisuju.

Manji broj istraživanja bavi se psihološkim varijablama povezanim sa zadovoljstvom pacijenata, a nalazi uglavnom upućuju na mali doprinos ovih varijabli. Linder-Pelz (1982) istraživala je doprinos očekivanja, vrijednosti i osjećaja imanja prava (engl. *entitlement*) kod pacijenata u objašnjavanju općeg zadovoljstva i zadovoljstva liječnikom te se pokazalo da samo očekivanja značajno pridonose objašnjavanju zadovoljstva. Važnost očekivanja od zdravstvene skrbi u predviđanju zadovoljstva ističu i Crowe i suradnici (2002) u svojoj metaanalizi, te Peprah i Atarah (2014), koji se zalažu za promatranje zadovoljstva kroz potrošačke modele, u kojima je očekivanje od proizvoda ključna determinanta zadovoljstva. Jackson, Chamberlin i Kroenke (2001) navode da su anksioznost, depresivnost te prisutnost poremećaja ličnosti kod pacijenata također povezani s nižim razinama zadovoljstva. Lochman (1983) u svom preglednom radu ne nalazi potporu da je razina zadovoljstva pacijenata povezana s osobinama ličnosti liječnika.

Ovo istraživanje bavit će se doprinosom zdravstvenih vjerovanja u objašnjavanju zadovoljstva pacijenata. Roditelji u velikoj mjeri upravljaju odlukama vezanim uz zdravlje djeteta, stoga, kada govorimo o pedijatrijskoj skrbi, nužno je usmjeriti se na vjerovanja roditelja o tome što određuje hoće li njihova djeca biti zdrava ili ne – oni sami ili neki vanjski čimbenici. Zdravstveni lokus kontrole odnosi se na vjerovanje

pojedinaca o tome što određuje njihovo zdravstveno stanje – osobe koje vjeruju da su u tome ključni oni čimbenici koji oni sami kontroliraju imaju *internalni* zdravstveni lokus kontrole, dok su oni koji smatraju da je njihovo stanje pod utjecajem vanjskih čimbenika više *eksternalne* orijentacije (Bates, Fitzgerald i Wolinsky, 1994). Zdravstveni lokus kontrole jedna je od najistraživanijih varijabli kada je u pitanju predikcija zdravstvenog ponašanja, o čemu će biti više rečeno kasnije, kada ćemo se baviti pridržavanjem naputaka kod pacijenata. Istraživanjem zdravstvenog lokusa kontrole donesen je zaključak da to nije jednodimenzionalni konstrukt, s internalnim i eksternalnim polom, nego da se radi o višedimenzionalnom konstrukt koji obuhvaća tri orijentacije – internalnu, te dvije eksternalne – slučaj i moćne druge (liječnike) (Norman i Bennet, 2001).

Utjecaju zdravstvenog lokusa kontrole pacijenata na zadovoljstvo nije posvećeno mnogo pažnje u dosadašnjim istraživanjima. Lau i Ware (1981) su uočili pozitivnu povezanost između zdravstvenog lokusa kontrole s orijentacijom na moćne druge i povoljnih procjena kvalitete medicinske skrbi. Wallston i Wallston (1981) navode da pacijenti s izraženim internalnim lokusom više ispituju medicinsko osoblje i izražavaju manje zadovoljstvo komunikacijom. Brincks, Feaster, Burns i Mitrani (2010) su na uzorku oboljelih od HIV-a i njihovih obitelji zapazili da je orijentacija prema moćnim drugima predviđala veće povjerenje u liječnika te da je povjerenje bilo manje kod onih koji su svoje zdravstveno stanje pripisivali slučaju. Pokazalo se da internalni lokus kontrole nije povezan s povjerenjem. Potrebno je dalje istražiti povezanost zdravstvenog lokusa kontrole i zadovoljstva – moguće je da uvjerenje da su liječnici ti koji kontroliraju zdravlje dovodi do pripisivanja povoljnih ishoda njihovom djelovanju, što povećava zadovoljstvo. Također, treba uzeti u obzir i suprotan smjer – zadovoljstvo liječnikovim radom može utjecati na jačanje uvjerenja da je on taj koji kontrolira povoljne ishode.

Pridržavanje naputaka liječnika (propisanih uputa, savjeta i tretmana)

Pridržavanje naputaka ili pacijentova suradljivost (engl. *patient compliance*) odnosi se na stupanj u kojem se ponašanje pacijenta (uzimanje lijekova, slijeđenje propisane prehrane, promjena životnog stila) poklapa s medicinskim i zdravstvenim savjetima liječnika. Nepridržavanje može biti namjerno ili nehotično, ovisno o tome je

li odluka o nepridržavanju svjestan izbor pacijenta ili ne. Pridržavanje ima različite oblike – od prisile na liječenje, preko konformizma pacijenta do pregovaranja s liječnikom i terapijskog saveza (Cameron, 1996). Procjene o stopi nepridržavanja variraju, ali sve govore o zabrinjavajućem postotku pacijenata koji ne slijede upute svojih liječnika. Havelka (1998) navodi da između 30 i 80% kroničnih bolesnika zanemaruje preporučena pravila liječenja, a taj postotak ostaje visok i kod pacijenata s pretpostavljenom snažnom motivacijom za pridržavanjem (npr. trudnica s dijagnozom dijabetesa). Procjena nepridržavanja kod djece i adolescenata iznosi između 20 i 60% (Costello, Wong i Nunn, 2004). Zašto je pridržavanje naputaka liječnika važno? Uz točnu dijagnozu i primjereno liječenje, pridržavanje naputaka je jedna od glavnih odrednica uspješnosti liječenja – nepridržavanje, uz to što dovodi do frustracije liječnika i pacijenata, može dovesti do krivih dijagnoza, nepotrebnih tretmana te čak imati i fatalne ishode. Veza između slijeđenja uputa liječnika i zdravstvenih ishoda osobito je izražena u pedijatrijskoj skrbi – lakše je postići povoljne ishode kod djece čija zdravstvena stanja nisu u toj mjeri opterećena komorbiditetom i lošim zdravstvenim navikama kao u odraslih (DiMatteo, Giordani, Lepper i Croghan, 2002). Suradljivost je osobito važna u kontekstu primarne zdravstvene zaštite jer se liječnici u potpunosti oslanjaju na pacijenta da prati dogovoreni tretman te ne postoji kontrola medicinskog osoblja nad pacijentima kao u bolničkom liječenju. Kada govorimo o pedijatrijskoj skrbi, roditelji su ti koji su odgovorni za praćenje uputa – oni upravljaju djetetovom okolinom, odlučuju o odlasku djeteta liječniku te modeliraju zdravstveno ponašanje (Rosno, Steele, Johnston i Aylward, 2008). Zato je ovaj rad usmjeren na to kako su zadovoljstvo i vjerovanja roditelja povezani s pridržavanjem uputa i tretmana u pedijatrijskoj skrbi.

Zadovoljstvo pacijenata pokazalo se kao korisna varijabla u predviđanju suradljivosti pacijenata – zadovoljniji korisnici su skloniji više i primjerenije koristiti usluge medicinske skrbi (Zastowny i sur., 1989) te prihvaćati upute i tretman koji je propisao liječnik, a nezadovoljni pacijenti u većoj mjeri pribjegavaju promjeni liječnika i tužbama (War i sur., 1977). Havelka (1998) upozorava da jasna i podržavajuća komunikacija od strane liječnika pridonosi zadovoljstvu pacijenta odnosom s liječnikom, što ga motivira na prihvaćanje liječenja i pridržavanje tretmana. Schempf i suradnici (2007) primjećuju da su majke koje su iskazivale nezadovoljstvo svojim

pedijatrom manje koristile pedijatrijske usluge te su bile manje sklone cijepljenju svoje djece. Zadovoljstvo, suradljivost pacijenta i zdravstveni ishodi vjerojatno su recipročno povezani – nezadovoljstvo smanjuje suradljivost, čime se često pogoršavaju ishodi, a loši ishodi pridonose smanjivanju zadovoljstva. U dugoročnom kontaktu s istim liječnikom u pozadini ove povezanosti vjerojatno se nalazi interakcija između liječnika i pacijenta (Zastowny i sur., 1989).

Povezanost zdravstvenog lokusa kontrole sa suradljivosti pacijenta nalazi svoje korijene u Rotterovoj teoriji socijalnog učenja, pri čemu se pojedinac ponaša na određen način jer očekuje nagradu koju visoko vrednuje (Norman i Bennet, 2001). Primjerice, kada bi pacijent vjerovao da liječnikove upute i tretman dovode do zdravlja (nagrade), bio bi ih spremniji prihvatiti i slijediti. Za različita zdravstvena stanja adaptivno je imati različita vjerovanja. Vjera u vlastitu kontrolu nad zdravljem korisna je kad je pojedinac zdrav i treba raditi na prevenciji bolesti. U situaciji kada je zdravlje pojedinca ugroženo, adaptivno bi bilo kada bi prepustio kontrolu moćnim drugima (liječnicima). S druge strane, kada se na oporavak može malo ili nimalo utjecati, za psihološko zdravlje korisnije je vjerovati da slučaj ili sudbina određuju oporavak. Wallston i Wallston (1982) tvrde da je kombinacija visokog internalnog lokusa i visokog lokusa prema moćnim drugima (tzv. „odgovorni internalci“) najbolja opcija kada pacijent mora sam provoditi tretman koji je propisao liječnik (primjerice, djetetov pedijatar). Pokazalo se da je pridržavanje naputaka pozitivno povezano s vjerovanjem da je liječnik u pravu (Cameron, 1996) i s uvjerenjem da liječnici kontroliraju zdravlje („moćni drugi“) te negativno s visokim internalnim zdravstvenim lokusom kontrole (Christensen, Wiebe, Benotsch i Lawton, 1996). Rosno i suradnici (2008), istražujući ulogu zdravstvenog lokusa kontrole roditelja u programu za kontrolu pretilosti kod djece, dobili su sukladne nalaze – roditelji s visokim internalnim lokusom, kao i oni koji su vjerovali u ulogu slučaja, manje su se pridržavali programa, dok su oni koji su vjerovali u kontrolu liječnika češće dolazili na tretman i više ga se pridržavali. Dakle, čini se da pridržavanju naputaka pogoduje uvjerenje da su liječnici ti koji kontroliraju zdravlje, a ne pojedinci sami ili slučaj.

CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati doprinos nekih okolnosti korištenja pedijatrijske skrbi i zdravstvenih vjerovanja roditelja u objašnjavanju zadovoljstva pedijatrom, te doprinos okolnosti korištenja, zadovoljstva pedijatrom i vjerovanja roditelja u objašnjavanju njihove suradljivosti s pedijatrom.

PROBLEMI

1. Ispitati koliko uspješno neke okolnostikorištenja usluga pedijatrijske skrbi (učestalost pobolijevanja djeteta, način odabira pedijatra, korištenje usluga privatnika i navike informiranja o zdravlju) i zdravstveni lokus kontrole roditelja (internalni, slučaj i moćni drugi) predviđaju roditeljsko zadovoljstvo djetetovim pedijatrom, uz kontrolu socidemografskih varijabli (dobi, obrazovanja i socioekonomskog statusa roditelja te broja djece u obitelji).
2. Ispitati koliko uspješno okolnosti korištenja usluga pedijatrijske skrbi(učestalost pobolijevanja djeteta, način odabira pedijatra, korištenje usluga privatnika i navike informiranja o zdravlju), zdravstveni lokus kontrole roditelja (internalni, slučaj i moćni drugi) i roditeljsko zadovoljstvo pedijatrom predviđaju pridržavanje pedijatrovih naputaka (uputa, savjeta i tremana) kod roditelja, uz kontrolu sociodemografskih varijabli(dobi, obrazovanja i socioekonomskog statusa roditelja te broja djece u obitelji).

HIPOTEZE

1. Pretpostavljamo da postoji značajan doprinos okolnosti korištenja pedijatrijskih usluga i zdravstvenog lokusa kontrole roditelja u objašnjavanju zadovoljstva pedijatrom. Na temelju dosadašnjih istraživanja očekujemo da će češće pobolijevanje djeteta, arbitrarno odlučivanje pri izboru pedijatra, češće obraćanje privatnicima i oslanjanje na neformalne izvore informacija o zdravlju biti negativno povezani sa zadovoljstvom. Također, očekujemo da će zdravstveni lokus kontrole objašnjavati manji postotak varijance zadovoljstva,

pri čemu će, od svih mjerenih orijentacija, najveću, i to pozitivnu, povezanost sa zadovoljstvom imati uvjerenje da zdravlje kontrolira pedijatar („moćni drugi“ zdravstveni lokus kontrole).

2. Pretpostavljamo da postoji značajan doprinos okolnosti korištenja usluga, zdravstvenog lokusa kontrole i zadovoljstva na pridržavanje pedijatrovih naputaka. Pri tome, pretpostavljamo da su češće obraćanje privatnicima te oslanjanje na neformalne izvore informacija o zdravlju negativno povezani s pridržavanjem naputaka. S obzirom na nedosljednosti u istraživanjima o izravnoj povezanosti ovih varijabli, nemamo očekivanja o smjeru povezanosti učestalosti poboljšavanja djeteta i načina odabira pedijatra s pridržavanjem naputaka. Očekujemo da će zadovoljstvo pedijatrom imati najveći doprinos te će biti pozitivno povezano s pridržavanjem naputaka. Internalni lokus kontrole i vjerovanje da je zdravlje pod utjecajem slučaja bit će negativno povezani s pridržavanjem naputaka, dok će vjerovanje da je zdravlje pod kontrolom liječnika predviđati veće pridržavanje naputaka.

METODA

Predistraživanje

Unatoč velikom broju instrumenata koji se koriste za ispitivanje zadovoljstva zdravstvenom skrbi, uočili smo nedostatak kvalitetnih mjera za ispitivanje roditeljskog zadovoljstva pedijatrijskom skrbi. U planiranju istraživanja, trebalo je uzeti u obzir potencijalne specifičnosti pedijatrijske skrbi, poput uključenosti djeteta i roditelja u ulogu klijenta. Stoga, u svrhu detaljnijeg uvida u čimbenike koji uvjetuju zadovoljstvo roditelja pedijatrijskom skrbi te pripreme kvantitativnog dijela istraživanja, na prigodnom uzorku od pet majki koje trenutno imaju barem jedno dijete čiji je primarni liječnik pedijatar provedeno je kratko predistraživanje. Dob djece kretala se između 4 mjeseca i 7 godina. Sva djeca sudionica dobivala su pedijatrijsku skrb uglavnom putem izabranog ugovornog liječnika primarne zdravstvene zaštite („preko HZZO-a“). Korištena je kvalitativna metodologija, a podaci su prikupljeni putem polustrukturiranog intervjua. Sudionicama je objašnjena svrha istraživanja, od njih je zatražen pristanak na snimanje audio zapisa te su zatim odgovarale na pitanja vezana uz vlastita iskustva s pedijatrijskom skrbi (za pitanja vidjeti Prilog A). Teme uključene u intervju su bile sljedeće: očekivanja te percepcija uloge pedijatra, čimbenici zadovoljstva, komunikacija pedijatra s roditeljem i djetetom, pridržavanje naputaka pedijatra te strukturalni uvjeti. Intervjui su trajali između 45 i 60 minuta. Podaci dobiveni intervjuima podvrgnuti su sadržajnoj analizi te korišteni za konstrukciju instrumenata u daljnjim koracima istraživanja.

Glavno istraživanje

Sudionici

Podaci su prikupljeni na prigodnom uzorku majki u Hrvatskoj, a jedini kriterij za sudjelovanje bila je uključenost barem jednog djeteta u sustav pedijatrijske skrbi (u Hrvatskoj pedijatar je primarni liječnik djeci do 7 godina starosti). Istraživanju je pristupilo 1013 sudionika. 148 sudionika odmah je eliminirano jer su ispunili manje od 30% upitnika ili zato što su odgovorili da nemaju djece. Još 25 sudionika isključeno je jer su bili muškog spola (isključeni su svi muškarci jer su činili manje od 3% uzorka; $N = 25$) te još 65 jer su imali više djece koju vode različitim pedijatrima. Konačan uzorak

činilo je 785 sudionica. Dob sudionica kretala se od 19 do 47 godina ($M = 32.7; SD = 4.77$). Što se tiče obrazovne strukture, 67% uzorka činile su sudionice s višom stručnom spremom i više. 84% sudionica procijenilo je svoj socioekonomski status prosječnim ili nešto višim od prosjeka. Prosječan broj djece je bio $M = 1.6; SD = .71$. Samo 4% sudionica svoju je djecu najčešće vodilo privatnom pedijatru. Detaljniji demografski podaci dostupni su u Tablici 1.

Tablica 1
Sociodemografski podaci sudionica ($N = 785$)

	Kategorija	Postotak (%)
Obrazovanje	NSS	.4
	SSS	33.2
	VŠS/VSS	56.6
	Poslijediplomski studij/doktorat	9.8
Socioekonomski status	Ispodprosječan	2.9
	Malo niži od prosjeka	7.0
	Prosječan	48.7
	Malo viši od prosjeka	35.1
	Iznadprosječan	6.3
Radni status	Zaposlena	76.4
	Nezaposlena	14.4
	Domaćica	5.5
	Ostalo	3.7
Partnerski status	U braku	81.7
	U izvanbračnoj zajednici	14.3
	Samci	2.3
	Ostalo	1.8
Broj djece u pojedinoj dobnoj kategoriji	Do 1 godine starosti	31.3*
	1 do 3 godine starosti	46.1*
	3 do 7 godina starosti	44.8*
	Osnovnoškolska dob	17.7*
	Srednjoškolska dob	1.8*

*postotak sudionica koje imaju dijete/cu u dobnoj kategoriji

Instrumenti

Primijenjeni upitnik sastojao se od eliminacijskih pitanja, sociodemografskih pitanja, pitanja o navikama i okolnostima korištenja pedijatrijskih usluga, namjeri promjene pedijatra, zadovoljstvu pedijatrom, pridržavanju naputaka (uputa, savjeta i tretmana) i zdravstvenom lokusu kontrole. Eliminacijska pitanja glase: „*Imate li*

djece?“(odgovori: DA, NE, partner/ica i ja očekujemo dijete), „Ako trenutno imate više od jednog djeteta koje ide pedijatru, navedite idu li ta djeca istom pedijatru.“(odgovori: DA, NE). Sociodemografske karakteristike uključivale su dob, spol, obrazovanje, radni, partnerski i socioekonomski status roditelja te broj i dob djece.

Navike i okolnosti korištenja pedijatrijskih usluga. Upitnik je sadržavao 6 pitanja vezanih uz zdravstveni status djeteta, način odabira pedijatra, čestinu korištenja usluga privatnog pedijatra i navike informiranja o zdravlju djeteta. Zdravstveni status mjeren je pitanjima o čestini poboljšavanja djeteta u odnosu na drugu djecu iste dobi (od 1 – *mnogo rjeđe* do 5 – *mnogo češće*) i prisutstvu kronične i/ili teške bolesti kod djeteta. Zbog manjeg broja sudionica čija djeca imaju neku kroničnu/tešku bolest (8% uzorka), ova varijabla nije uvrštena u daljnje analize. Način odabira pedijatra mjeren je pitanjem višestrukog izbora, a sudionici su naknadno podijeljeni u dvije kategorije prema kriteriju i mogućnosti odabira (1 – arbitrarna odluka: „*prema mjestu stanovanja*“, „*nisam imao/la mogućnost izbora*“, „*jedini je pedijatar u mom mjestu*“ i 2 – informirana odluka: „*birao/la sam prema preporuci*“, „*osobno ga poznajem*“, „*pozitivna prijašnja iskustva*“). Sudionici su također trebali na skali od 1 – *nikad* do 4 – *uvijek* procijeniti koliko često koriste usluge privatnih pedijatrijskih ordinacija. Što se tiče navika informiranja o zdravlju i razvoju djeteta, sudionici su trebali označiti koje od ponuđenih izvora informacija koriste i koje koriste najviše. Odgovori su opet naknadno kategorizirani s obzirom na to je li primarni izvor informacija o zdravlju formalan (pedijatar, ostali zdravstveni djelatnici) ili neformalan (knjige, mediji, internet, drugi roditelji, nevladine organizacije).

Zadovoljstvo pedijatrom. Za potrebe mjerenja zadovoljstva pedijatrom konstruiran je novi upitnik na temelju prilagodbe kratke forme *Upitnika zadovoljstva pacijenta* (Grant i Hays, 1994) i sadržajne analize provedenih intervjua. Kratka forma Upitnika zadovoljstva pacijenta (PSQ-18) je skraćena forma revidiranog upitnika koji su originalno razvili Ware, Snyder i Wright (1976), a sadrži 7 međusobno povezanih podljestvica za mjerenje zadovoljstva različitim aspektima medicinske skrbi: opće zadovoljstvo, tehnička kvaliteta, interpersonalno ponašanje, komunikacija, financijski aspekti skrbi, vrijeme provedeno s liječnikom i dostupnost skrbi. Čestice upitnika su prilagođene da se odnose na pedijatra i pedijatrijsku skrb te su dodane tvrdnje iz

intervjua prema odgovarajućim područjima. Dodano je 13 čestica koje se odnose na komunikaciju i odnos pedijatra prema roditelju, prema djetetu te percepciju kompetentnosti pedijatra u liječenju. Sudionici su izražavali slaganje s tvrdnjama na skali od 1 (*uopće se ne slažem*) do 5 (*u potpunosti se slažem*).

Provedena je faktorska analiza upitnika metodom glavnih komponenata s oblimin rotacijom. Bartlettov test sfericiteta bio je značajan ($\chi^2_{(300)} = 16248.24$; $p < .001$), a Keiser-Meyer-Olkinov test iznosio je $KMO = .97$, što sugerira da su podaci podobni za faktorizaciju. Međutim, nije dobivena očekivana faktorska struktura nego se pokazalo da su čestice najbolje objašnjene jednom dimenzijom – zadovoljstvom pedijatrom – koja je objašnjavala 57.12% ukupne varijance. Sadržajno, zadržane čestice su se odnosile na tehničku kvalitetu liječenja pedijatra, komunikaciju i interpersonalno ponašanje. Eliminirane su čestice vezane za financijske aspekte skrbi (npr. „*Za zdravstvenu skrb svog djeteta moram platiti više nego što si mogu priuštiti.*“) i dostupnost skrbi (npr. „*Ne mogu odmah dobiti termin za pregled kod pedijatra.*“) jer, iako su pokazivale tendenciju opterećenja zasebnim faktorima, nisu mogle tvoriti zasebne podljestvice uslijed malog broja čestica i niske pouzdanosti. Ovakav rezultat sukladan je mišljenju Warea i suradnika (1977), koji navode da je dostupnost skrbi heterogeniji faktor te je potrebno razmjerno više čestica da postigne odgovarajuću pouzdanost. Konačna verzija upitnika sadržavala je 25 čestica, a ukupan rezultat jednak je zbroju odgovora podijeljenim s brojem čestica. Cronbach α indikator pouzdanosti iznosio je $\alpha = .96$. Pokazalo se da ljestvica ima visoku korelaciju s pitanjem „*Općenito, koliko ste zadovoljni pedijatrom/icom svojeg djeteta (ili djece)?*“ ($r = .66$; $p < .001$), što ide u prilog pretpostavci da ljestvicamjeri konstrukt zadovoljstva. Rezultati faktorskih analiza za ovaj upitnik nalaze se u Prilogu B.

Pridržavanje naputaka (uputa, savjeta i tretmana). Za potrebe istraživanja, na temelju sadržajne analize intervjua, konstruirana je Ljestvica pridržavanja naputaka. Upitnik se sastoji od 5 tvrdnji, na koje sudionici odgovaraju na skali od 1 (*uopće se ne odnosi na mene*) do 5 (*u potpunosti se odnosi na mene*). Tvrdnje uključene u upitnik su sljedeće: „*Uvijek postupam točno prema uputama koje mi je dao/la pedijatar/ica.*“, „*Uvijek primjenjujem tretman koji je pedijatar/ica propisao/la*“, „*Upute pedijatra/ice dodatno provjerim s nekim, prije nego što ih primijenim*“, „*Nije bitno strogo slijediti*

savjete pedijatra/ice o djetetovu razvoju (npr. o prehrani djeteta)“ i „Dogodilo se da nisam primijenio/la lijek koji je propisao/la pedijatar/ica.“ Posljednje tri čestice boduju se obrnuto. Ukupan rezultat izražava se kao zbroj odgovora podijeljen s brojem čestica. Pokazalo se da rezultati na ovoj mjeri imaju zadovoljavajuću pouzdanost ($\alpha = .74$).

Zdravstveni lokus kontrole. Kao mjera zdravstvenog lokusa kontrole korištena je Forma A *Ljestvice višedimenzionalnog zdravstvenog lokusa kontrole* (Wallston, Wallston, i DeVellis, 1978). Ovo je najraširenija ljestvica za mjerenje općeg zdravstvenog lokusa kontrole. Sastoji se od tri podljestvice, od kojih svaka ima 6 tvrdnji – internalni zdravstveni lokus kontrole (IZLK; primjer: „*Ako se razbolim, o mojem ponašanju ovisi koliko ću brzo ozdraviti.*“), „moćni drugi“ zdravstveni lokus kontrole (MDZLK; primjer: „*Redoviti kontakt s liječnikom za mene je najbolji način da izbjegnem bolesti.*“) i „slučaj“ zdravstveni lokus kontrole (SZLK; primjer: „*Bez obzira na sve, ako se trebam razboljeti, razboljet ću se.*“). Sudionici odgovaraju na tvrdnje na skali od 1 (*uopće se ne slažem*) do 6 (*u potpunosti se slažem*), a ukupan rezultat na svakoj podljestvici čini zbroj odgovora podijeljen s brojem čestica podljestvice. Rezultati na sve tri podljestvice pokazali su prihvatljivu pouzdanost – $\alpha_{IZLK} = .71$; $\alpha_{MDZLK} = .69$; $\alpha_{SZLK} = .71$.

Postupak

Istraživanje je provedeno tijekom svibnja 2015. godine. Uz pomoć alata za konstrukciju upitnika SurveyMonkey napravljena je on-line forma upitnika koja je zatim distribuirana putem društvenih mreža te portala i udruga koji se bave roditeljstvom. Na početku upitnika dana je uputa u kojoj je kratko objašnjen cilj istraživanja, naglašeno je da je sudjelovanje anonimno te da se podaci analiziraju isključivo na grupnoj razini i koriste u svrhu izrade diplomskog rada. Sudionicima je ostavljena mogućnost da se jave autorima ako imaju ikakvih komentara ili pitanja te da u bilo kojem trenutku odustanu od istraživanja. Na samom početku upitnika te na nekoliko mjesta u upitniku sudionicima je naglašeno da se prilikom odgovaranja usmjere na pedijatra primarne zdravstvene zaštite kojem najčešće vode svoje dijete/djecu. Ispunjavanje upitnika trajalo je oko 10 minuta.

REZULTATI

Osnovni deskriptivni pokazatelji za kontinuirane varijable uključene u analizu nalaze se u Tablici 2, a za kategorijalne varijable u Tablici 3, zajedno s rezultatima testiranja razlika između grupa u dvije varijable – zadovoljstvu i pridržavanju naputaka.

Kao što se može vidjeti u Tablici 2, Kolmogorov-Smirnov test normaliteta distribucije pokazuje da distribucije svih varijabli odstupaju od normalne, što ugrožava preduvjete za parametrijske analize. Međutim, kako se radi o vrlo strogom testu na velikom uzorku, a vizualno distribucije nisu pretjerano iskrivljene, odlučeno je da se ipak koriste parametrijski postupci.

Tablica 2

Osnovni deskriptivni pokazatelji za kontinuirane varijable (učestalost pobolijevanja, korištenje usluga privatnika, zadovoljstvo pedijatom, pridržavanje naputaka i zdravstveni lokus kontrole (IZLK, SZLK, MDZLK) ($N = 700$)

Varijabla	M	SD	Min	Max	Z	Simetričnost	Ispupčenost
Učestalost pobolijevanja	2.2	1.05	1	5	.19**	.43	-.60
Korištenje privatnika	1.3	0.35	1	4	.42**	2.01	4.92
Zadovoljstvo pedijatom	3.9	0.96	1	5	.13**	-.92	.04
Pridržavanje naputaka	3.7	0.90	1	5	.09**	-.58	-.07
IZLK	3.9	0.86	1.2	6	.07**	-.21	.13
SZLK	2.4	0.87	1	6	.10**	.76	.74
MDZLK	2.3	0.84	1	6	.09**	.87	1.28

** $p < .01$

Z – Kolmogorov-Smirnov test

U Tablici 3 možemo vidjeti da postoji statistički značajna razlika u razini zadovoljstva pedijatom i pridržavanja naputaka između grupa koje su na različit način odabrale svog primarnog pedijatra; oni koji su donijeli informiranu odluku o odabiru bili su zadovoljniji ($t_{(626,670)} = 8.51$; $p < .001$) i više su se pridržavali naputaka ($t_{(747)} = 3.96$; $p < .001$) od onih kod kojih je ta odluka bila arbitrarna i manje kontrolirana. Također, statistički je značajna i razlika u zadovoljstvu i pridržavanju naputaka između grupa

koje se različito informiraju o zdravlju djeteta. One majke koje se primarno informiraju iz formalnih izvora (liječnika) imale su više razine zadovoljstva ($t_{(737,154)} = 7.54$; $p < .001$) i više su se pridržavale naputaka ($t_{(713,054)} = 9.24$; $p < .001$) od onih koje su se oslanjale na neformalne izvore informacija kao primarne.

Tablica 3

Osnovni deskriptivni pokazatelji za kategorijalne varijable (način odabira pedijatra i korištenje izvora informiranja) i značajnost razlika u zadovoljstvu pedijatrom i pridržavanju naputaka među kategorijama

		Zadovoljstvo			Pridržavanje naputaka			t_z	t_p
		N	M	SD	N	M	SD		
Odabir	Informirani	452	4.1	0.80	431	3.8	0.85	8.51**	3.96**
	Arbitrarni	333	3.6	0.98	318	3.6	0.91		
Izvori	Formalni	404	4.1	0.81	387	4.0	0.79	7.54**	9.24**
	Neformalni	378	3.7	0.97	359	3.4	0.90		

** $p < .01$

t_z - t-test za zadovoljstvo

t_p - t-test za pridržavanje naputaka

Kako bismo odgovorili na naša dva problema, odnosno utvrdili doprinos pojedinih varijabli u objašnjavanju zadovoljstva i suradljivosti majki, u daljnjoj analizi podataka proveli smo dvije hijerarhijske regresijske analize. Interkorelacije svih varijabli nalaze se u Tablici 9 (Prilog C).

Doprinos okolnosti korištenja pedijatrijskih usluga i zdravstvenog lokusa kontrole u objašnjavanju zadovoljstva pedijatrom

Kako bi odgovorili na prvi problem, proveli smo hijerarhijsku regresijku analizu koristeći tri bloka varijabli:

1. Socio-demografske varijable (dob, obrazovanje i socioekonomski status majki te broj djece).
2. Okolnosti korištenja usluga pedijatrijske skrbi (učestalost pobolijevanja, način odabira pedijatra, korištenje usluga privatnika i navike informiranja majki)

3. Zdravstveni lokus kontrole majki (IZLK, SZLK, MDZLK)

Rezultati hijerarhijske regresijske analize prikazani su u Tablici 4. Prvim blokom varijabli (sociodemografske) objašnjeno je 1% varijance zadovoljstva, što predstavlja mali, ali značajan doprinos ($F_{(4,688)} = 2.83$; $p = .024$). Pri tome, statistički značajnim prediktorom pokazalo se samo obrazovanje. U drugom koraku (varijable okolnosti) objašnjeno je dodatnih 17% varijance ($F_{(8,684)} = 36.68$; $p < .001$). Svi prediktori iz drugog koraka značajno su pridonosili objašnjavanju varijance zadovoljstva. Nakon ovog koraka je dob također postala značajan prediktor. Varijable iz trećeg koraka – zdravstveni lokus kontrole – ne pridonose značajno objašnjavanju varijance zadovoljstva. Zaključno, hijerarhijska regresijska analiza pokazala je da su starije i niže obrazovane majke te one čija djeca rjeđe poboljšavaju zadovoljnije, kao i majke koje su donijele informiranu odluku prilikom odabira pedijatra, koje ga češće koriste kao izvor informacija o zdravlju djeteta te se rjeđe obraćaju privatnim pedijatrima za pomoć.

Tablica 4

Rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij zadovoljstvo pedijatrom ($N = 693$)

Prediktor	1. korak (β)	2. korak (β)	3. korak (β)
Dob	.07	.09*	.09*
Obrazovanje	-.10*	-.09*	-.09*
SES	.06	.06	.06
Broj djece	.04	.04	.05
Poboljševanje		-.09*	-.08*
Način odabira		-.28**	-.28**
Korištenje usluga privatnika		-.17**	-.17**
Navike informiranja		-.21**	-.21**
IZLK			.04
SZLK			-.04
MDZLK			.01
Korigirani R^2	.01*	.18**	.18
ΔR^2	.01*	.17**	.00

* $p < .05$

** $p < .01$

Doprinos okolnosti korištenja pedijatrijskih usluga, zdravstvenog lokusa kontrole i zadovoljstva pedijatrom u objašnjavanju pridržavanja naputaka pedijatra

Kako bi odgovorili na drugi problem, proveli smo hijerarhijsku regresijsku analizu koristeći četiri bloka varijabli:

1. Sociodemografske varijable (dob, obrazovanje i socioekonomski status majki te broj djece)
2. Okolnosti korištenja usluga pedijatrijske skrbi (učestalost pobolijevanja, način odabira pedijatra, korištenje usluga privatnika i navike informiranja majki)
3. Zdravstveni lokus kontrole majki (IZLK, SZLK, MDZLK)
4. Zadovoljstvo pedijatrom

Rezultati hijerarhijske regresijske analize prikazani su u Tablici 5. U prvom koraku, sociodemografske varijable su objasnile statistički značajnih 1% varijance pridržavanja naputaka ($F_{(4,686)} = 2.97; p = .02$). Pri tome su dob i obrazovanje bili značajni prediktori. U drugom koraku (okolnosti korištenja) objašnjeno je dodatnih 12% varijance ($F_{(4,682)} = 23.81; p < .001$). Pokazalo se da su svi prediktori iz ovog koraka značajno pridonosili objašnjavaanju varijance kriterija. U trećem koraku uveden je zdravstveni lokus kontrole, čime je objašnjeno dodatnih 2% varijance kriterija ($F_{(3,679)} = 5.41; p < .001$). SZLK (vjerovanje da je zdravlje pod kontrolom slučaja) i MDZLK (zdravlje je pod kontrolom moćnih drugih) bili su značajni prediktori. U četvrtom koraku, zadovoljstvo pedijatrom se pokazalo značajnim prediktorom pridržavanja naputaka, objašnjavajući dodatnih 16% varijance kriterija ($F_{(1,678)} = 160.69; p < .001$). Nakon ovog koraka analize, statistički značajan doprinos imali su učestalost pobolijevanja, navike informiranja, internalni i „moćni drugi“ lokus kontrole te zadovoljstvo pedijatrom. Zaključno, hijerarhijska regresijska analiza pokazala je da su majke čija djeca češće pobolijevaju te one koje se češće oslanjaju na formalne izvore informacija sklonije pridržavanju naputaka. Također, majke koje imaju izraženije vjerovanje u kontrolu liječnika nad zdravljem, niži internalni lokus kontrole te one koje su zadovoljnije djetetovim pedijatrom su sklonije pridržavanju naputaka koje propisuje taj pedijatar.

Tablica 5

Rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij pridržavanja naputaka (uputa, savjeta i tretmana) ($N = 691$)

Prediktor	1. korak (β)	2. korak (β)	3. korak (β)	4. korak (β)
Dob	.11*	.11*	.11*	.07
Obrazovanje	-.10*	-.09*	-.10*	-.06
SES	.02	.03	.05	.02
Broj djece	.02	.01	.01	-.02
Učestalost pobolijevanja		.09*	.08*	.13**
Način odabira		-.10*	-.09*	.03
Korištenje usluga privatnika		-.08*	-.07*	.01
Navike informiranja		-.29**	-.28**	-.18**
IZLK			-.06	-.07*
SZLK			-.08*	-.06
MDZLK			.16**	.15**
Zadovoljstvo pedijatrom				.49**
Korigirani R^2	.01*	.13**	.15**	.31**
ΔR^2	.01*	.12**	.02**	.16**

* $p < ,05$

** $p < ,01$

RASPRAVA

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi doprinos nekih varijabli u objašnjavanju zadovoljstva roditelja pedijatrom i sklonosti pridržavanju njegovih naputaka. U daljnjem tekstu bit će interpretirani ranije opisani rezultati istraživanja.

Zadovoljstvo pedijatrom

Osvrnimo se kratko na rezultate vezane uz doprinos sociodemografskih karakteristika. Očekivano, njihov doprinos nije bio velik, što odgovara ranije spomenutim nalazima da je njihova veza sa zadovoljstvom liječnikom nejednoznačna. U posljednjem koraku hijerarhijske regresijske analize pokazalo se da je dob majki značajan prediktor zadovoljstva pedijatrom. Pretpostavlja se da su stariji pacijenti u pravilu zadovoljniji jer se osjećaju dužnima ne prigovarati i zahtijevati, dok mlađe generacije imaju viša očekivanja od pružatelja zdravstvene skrbi (Blenkiron i Hammill, 2003). Doprinos dobi je malen – s obzirom na to da je najstarija osoba u istraživanju imala 47 godina, a prosjek dobi je bio 32 godine, moguće je da je povezanost niska jer su sve sudionice relativno mlade. Također, pokazalo se da niže obrazovanje predviđa više zadovoljstvo, što odgovara nalazima ankete Ipsos pulsa (2013) o zadovoljstvu hrvatskih građana zdravstvenom skrbi. Moguće je da niže obrazovane majke manje dovode u pitanje autoritet i znanje pedijatra, što smanjuje mogućnost sukoba. Zanimljivo je promotriti i negativnu korelaciju između obrazovanja i vjerovanja da je zdravlje pod kontrolom slučaja, što može značiti da su niže obrazovani skloniji krajnju odgovornost za zdravstvene ishode prebaciti na neke nekontrolabilne sile (kao što su sudbina ili bog).

Lošiji zdravstveni status, odnosno sklonost djeteta češćem pobolijevanju, predviđala je manje zadovoljstvo pedijatrom. Ovaj nalaz sukladan je ranije spomenutim istraživanjima (Crowe i sur., 2002; Halfon i sur., 2004). Jedno od mogućih objašnjenja ovog nalaza tiče se povezanosti zdravstvenog statusa s komunikacijom između liječnika i pacijenta. U kontaktu s pacijentom koji često i ozbiljno pobolijeva, liječnik može doživljavati frustriranost, obeshrabrenost i tugu. Povrh toga, pacijenti mogu biti opterećeni brigom za loše zdravlje i neprijatni u kontaktu s liječnikom. Neugodni osjećaji koje liječnik doživljava nehotično se prenose na komunikaciju s pacijentima,

koji onda postaju nezadovoljni (Hall, Millburn i Epstein, 1993). Ovakav obrazac može biti izvor problema u odnosu između pedijataru i roditelja kojima je dijete često bolesno. Moguće je i da roditelji, uslijed čestog pobolijevanja djeteta, počinju sumnjati da pedijatar kompetentno obavlja svoj posao.

Način izbora pedijatra također je predviđao zadovoljstvo – one majke čiji je izbor bio pod utjecajem nekih arbitrarnih faktora (mjesto stanovanja, okolnosti) bile su manje zadovoljne od majki koje su donijele odluku o izboru informirano (prema preporukama, prijašnjem iskustvu). Roditelji međusobno komuniciraju i izmjenjuju iskustva, a uz prisutnost različitih foruma, socijalnih mreža i recenzija na internetu, lako je doći do velikog broja informacija o kvaliteti pedijataru. Stoga, moguće je da su majke koje su uložile resurse kako bi donijele informiranu odluku, i imale priliku za to, zaista i dobile kvalitetniju uslugu. Treba razmoriti i mogućnost da se radi o nekom vidu kognitivne disonance, pri čemu bi odabrani pružatelj usluge bio procjenjen povoljnije zbog same činjenice da je osoba odabrala upravo tog pružatelja (Cooper, 2007). Češće korištenje usluga privatnog pedijatra je predviđalo niže razine zadovoljstva. 96% sudionica u ovom istraživanju je kao svog primarnog pedijatra navelo onog koji im je dostupan preko obaveznog zdravstvenog osiguranja. Stoga, logičan je nalaz da je češće pribjegavanje korištenju usluga privatnika negativno povezano sa zadovoljstvom svojim primarnim pedijatom na ovom uzorku. Liječnici s privatnim ordinacijama u Hrvatskoj motivirani su udovoljiti klijentima i zadržati ih, jer o njihovom zadovoljstvu ovisi opstanak ordinacije. To uvelike može motivirati privatnike da porade na komunikaciji s pacijentima, što će rezultirati višim zadovoljstvom pacijenata. Uslijed kontakta s privatnim pedijatrima, roditelji mogu biti kritičniji prema pedijatru koji im je dostupan preko obaveznog zdravstvenog osiguranja. Također, veza može biti i obrnutog smjera – nezadovoljstvo pedijatom kojem odlaze preko osiguranja može potaknuti roditelje da se češće obraćaju privatnicima. Potrebno je upozoriti na metodološki problem s ovom mjerom – ne samo da su rezultati distribuirani vrlo pozitivno asimetrično, već je vjerojatno da su roditelji koji vrlo često odlaze kod privatnika zapravo procjenjivali njega, a ne pedijatra koji im je dodijeljen preko osiguranja (iako se radi samo o 4% uzorka).

Naposlijetku, pokazalo se da su roditelji koji su kao primarni izvor informacija koristili formalne izvore (u 80% slučajeva naveden je djetetov pedijatar) bili zadovoljniji pedijatrom u odnosu na one koji su se oslanjali primarno na neformalne izvore informacija (internet, knjige, druge roditelje). Informiranje putem neformalnih izvora može pružiti pacijentima bolji uvid i razumijevanje vlastitog zdravstvenog stanja i stvara priliku za interaktivniji način pružanja skrbi, ali također može dovesti do neprimjerenih zahtjeva od strane pacijenata te negativnih reakcija i straha od gubitka autoriteta od strane liječnika, čime se narušava komunikacija i odnos s liječnikom (Murray i sur., 2003). U ovom slučaju, narušen bi bio odnos između roditelja i pedijatra. Negativne reakcije pedijatra i odbijanje zahtjeva roditelja mogu pridonijeti stvaranju nezadovoljstva kod roditelja. Opet, moguća je i recipročna veza – nezadovoljni roditelji nemaju povjerenja u mišljenje i odluke pedijatra, pa se okreću neformalnim izvorima informacija o zdravlju.

Očekivana povezanost između zdravstvenog lokusa kontrole i zadovoljstva pedijatrom nije potvrđena u ovom istraživanju. S obzirom na manjak istraživanja o povezanosti ovih konstrukata, moguće je da postoji nedostatak potpore za tezu da uvjerenja o tome tko ili što utječe na naše zdravlje utječu na našu evaluaciju onoga tko nam pruža zdravstvenu skrb. Norman i Bennet (2001) napominju da su mjere zdravstvenog lokusa kontrole koje su specifično vezane za zdravstveno stanje ili područje zdravlja (npr. dijabetes) prediktivnije od općih mjera, kakve su korištene u ovom istraživanju. Međutim, uzimajući u obzir značajne nalaze o povezanosti zdravstvenog lokusa kontrole i pridržavanja naputaka, manja je vjerojatnost da je u pitanju problematična mjera.

Pridržavanje naputaka pedijatra (uputa, savjeta i tretmana)

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da češće poboljšavanje djeteta samostalno predviđa veću sklonost pridržavanju naputaka. Iako se u ovom istraživanju pokazalo da su majke čija djeca češće poboljšavaju manje zadovoljne pedijatrima, čini se i da su sklonije slušati i slijediti upute pedijatra. U situaciji kada je dijete ozbiljno ili često bolesno, odbijanje liječenja može biti preveliki rizik, pa majke nemaju izbora nego obratiti se stručnjaku. Zbog premalog broja ispitanika (62) koji su izvjestili da imaju kronično bolesno dijete, ova varijabla nažalost nije mogla biti uključena u analize,

premda bi mogla pružiti dodatan uvid u doprinos zdravstvenog statusa u objašnjavanju zadovoljstva i pridržavanja naputaka. Samostalan doprinos u objašnjavanju pridržavanjanaputaka također su imale i navike informiranja – majke koje češće koriste neformalne izvore, manje su se pridržavale naputaka. Kim i Kim (2009) napominju da informiranje putem interneta može dovesti do dezinformiranosti pacijenata o njihovom stanju, uslijed čega su skloniji odbiti ili preispitivati tretman koji im je propisao liječnik. Ovakav obrazac ponašanja može imati negativne posljedice na zdravlje pojedinca, posebice, kao što je već napomenuto, kad su u pitanju djeca kod kojih je pridržavanje naputaka u većoj mjeri povezano sa zdravstvenim ishodima. Naposljetku, način odabira pedijatra i učestalost odlaska privatniku u zadnjem koraku hijerarhijske regresijske analize nisu značajno predviđali pridržavanje naputaka. Bilo bi potrebno stoga u daljnjim istraživanjima ispitati potencijalni medijacijski utjecaj zadovoljstva na povezanost ovih varijabli.

Zdravstveni lokus kontrole roditelja imao je manji doprinos u objašnjavanju pridržavanja naputaka. Najveću i stabilnu pozitivnu povezanost imalo je vjerovanje da je kontrola nad zdravljem u rukama liječnika. Ovi rezultati su očekivani i smisleni – roditelji koji vjeruju da ponašanje i odluke pedijatra određuju hoće li njihovo dijete ozdraviti, skloniji su prihvatiti tretman koji je propisao. S druge strane, treba se osvrnuti i na mali negativan doprinos internalnog lokusa kontrole. Neki autori upozoravaju na popularnost takozvanih „treeninga internalnosti“ kod roditelja, koji polaze od pretpostavke da će roditelji koji osjećaju da mogu kontrolirati zdravstvene ishode kod svoje djece, biti angažiraniji i odgovorniji u provođenju tretmana (Kraft i Loeb, 1996). Ipak, moguće je da vjerovanje u vlastitu moć nad djetetovim zdravljem u određenim situacijama može potaknuti roditelje da smatraju tretman nepotrebnim ili se pretjerano oslanjaju na vlastite odluke o liječenju djeteta. Treba spomenuti da, unatoč popularnosti ove mjere u predviđanju zdravstvenih ponašanja, zdravstveni lokus kontrole u pravilu pokazuje malen doprinos. Pri tome mnoga istraživanja zanemaruju moderirajući utjecaj vrijednosti zdravlja, odnosno koliko je dobar zdravstveni status uopće ljudima relevantan (Norman i Bennet, 2001). To je nedostatak i ovog istraživanja, premda značajan doprinos zdravstvenog lokusa kontrole u objašnjavanju pridržavanja naputaka, koji je ipak utvrđen, implicira (gotovo triviistički) zaključak da majke visoko vrednuju zdravlje svoje djece.

Naposlijetku, pokazalo se da je najveći samostalan doprinos u objašnjavanju varijance pridržavanja naputaka imalo zadovoljstvo pedijatrom. Ovaj nalaz osobito dobiva na važnosti kada uzmemo u obzir postojanje brojnih drugih varijabli koje utječu na pridržavanje, kao što su osobine ličnosti pacijenta, prisutnost psihičkih smetnji i strategije suočavanja sa stresom (Havelka, 1998). Sama procjena kvalitete komunikacije i kompetentnosti liječnika može uvelike utjecati na spremnost pacijenta da prihvati mišljenje liječnika.

Metodološka ograničenja

Prvo ograničenje ovog istraživanja je vezano uz korištenje prigodnog uzorka, što onemogućava generalizaciju zaključaka. U uzorak su uglavnom bile uključene mlade visokoobrazovane zaposlene žene iz velikih gradova, čime smo možda zahvatili ograničen raspon mišljenja i iskustva majki te dobili manju snagu promatranih efekata. Ova pristranost vjerojatno je djelomično rezultat korištenja metode on-line upitnika, koji pogoduje mlađoj i obrazovanijoj populaciji. Također, iz uzorka su, zbog vrlo malog udjela, isključeni očevi, koji se možda razlikuju po potrebama i percepcijama od majki. Niska participacija očeva u istraživanju vjerojatno reflektira postojanje tradicionalnih uloga u našem društvu, u kojem je briga o djeci još uvijek primarno uloga majke.

Sljedeće ograničenje se odnosi na način mjerenja zadovoljstva pedijatrom. Iako je naš primarni interes bio utvrditi fenomene povezane sa zadovoljstvom samim liječnikom, bilo bi zanimljivo istražiti i ostale aspekte zadovoljstva pedijatrijskom skrbi, kao što su dostupnost i resursi. Čini se da je to upravo onaj dio zdravstvene skrbi u Hrvatskoj koji je najveći izvor nezadovoljstva građana (Ipsos puls, 2013) te bi bilo zanimljivo utvrditi koliki je relativan doprinos zadovoljstva pedijatrom u objašnjavanju generalnog zadovoljstva pedijatrijskom skrbi. Također, u istraživanju zadovoljstva samim pedijatrom potrebno je pokušati pronaći mjere koje bi što bolje diferencirale procjenu interpersonalnog ponašanja od procjene kompetentnosti, kako bi se mogao promotriti njihov samostalan doprinos. Uz to, s obzirom na vrlo visoku pouzdanost rezultata, mjera koju smo upotrijebili bi vjerojatno funkcionirala dobro i s manjim brojem čestica, čime bi se smanjio umor sudionika.

Različite mjere zdravstvenog lokusa kontrole također bi mogle bolje funkcionirati kao prediktori. Kao što je već napomenuto, specifične mjere su bolje od općih, a pojedini autori razvili su mjere konkretno za roditeljski zdravstveni lokus kontrole (npr. DeVellis i sur., 1993). Korištenje tih mjera možda bi poboljšalo predviđanje, kao i korištenje mjera vrijednosti zdravlja (unatoč implicitnim pretpostavkama i mogućim socijalno poželjnim odgovorima kada je u pitanju roditeljsko vrednovanje zdravlja djeteta).

Još jedan nedostatak dotiče se samog nacрта istraživanja. Mjere zadovoljstva i pridržavanja naputaka u ovom istraživanju zahvaćaju retrospektivne procjene, pri čemu dosjećanje može pridonijeti iskrivljavanju podataka. U metodološki strožim i skupljim istraživanjima može se longitudinalno pratiti utjecaj očekivanjana zadovoljstvo konkretnim posjetom, te efekt procjene zadovoljstva na kasnije pridržavanje, mjereno kao objektivna ponašajna varijabla.

Praktične implikacije

S obzirom na nedostatak istraživanja u Hrvatskoj o zadovoljstvu zdravstvenom skrbi i njegovim korelatima, ovo istraživanje daje vrijedan uvid u potrebe i iskustva roditelja u pedijatrijskoj skrbi. Na temelju ovog istraživanja mogu se formulirati specifične smjernice za pružatelje pedijatrijske skrbi, institucije zdravstvene skrbi i roditelje. Interpersonalni odnosi i suradnja s pacijentima imaju marginalnu ulogu u obrazovanju liječnika. Stoga je nužno upozoriti pedijatre na važnost tih aspekata pružanja skrbi za suradljivost roditelja i zdravstvene ishode. S jedne strane roditelji visoko vrednuju zdravlje svoje djece, a istovremeno u određenim okolnostima odbijaju učiniti ono što pedijatar predlaže da dovodi do ozdravljenja djece. U samom središtu tog paradoksa nalazi se njihova procjena odnosa s pedijatrom i njegove kompetentnosti. Zato je rad na što boljoj komunikaciji s roditeljima ključan za pružanje adekvatne skrbi. Kako bi se pomoglo pedijatrima, potrebno ih je dodatno educirati kako izaći na kraj s različitim otežavajućim faktorima, kao što su neprimjereni zahtjevi ili agresivnost i anksioznost kod roditelja. S druge strane, opterećen zdravstveni sustav, liste čekanja i prevelik broj pacijenata po pedijatru zasigurno otežavaju pedijatrima da se dovoljno posvete jednom pacijentu, razviju podržavajući odnos s roditeljem i prenesu mu detaljne i relevantne informacije. To je pitanje funkcioniranja zdravstvenog sustava u Hrvatskoj i

situacija ne daje puno prostora optimizmu. U smjernicama za roditelje potrebno je svakako naglasiti važnost informiranja o pedijatrima i zdravlju djeteta. Donošenje svjesne i informirane odluke o tome tko će biti djetetov liječnik može poboljšati kasnije zadovoljstvo pruženom skrbi. Također, potrebno je biti asertivan i aktivno tražiti informacije od liječnika i drugih, pa i neformalnih izvora. Međutim, za adekvatnu zdravstvenu skrb djeteta važno je informacije provjeravati sa stručnjacima, posebice kad je zdravlje djeteta ugroženo. S obzirom na relativno malu veličinu nekih efekata i metodološka ograničenja ovog rada, za donošenje sigurnih zaključaka o ovim fenomenima potrebno je provesti dodatna istraživanja. Na kraju, treba spomenuti i doprinos ovog istraživanja u formiranju novih ljestvica u području zdravstvene psihologije na hrvatskom jeziku – Upitnika zadovoljstva pedijatrom i Ljestvice pridržavanja naputaka. One su u ovom istraživanju pokazale solidne psihometrijske karakteristike te se u budućim istraživanjima mogu dodatno razvijati i validirati.

ZAKLJUČAK

Pri ispitivanju prediktora zadovoljstva pedijatrom utvrdili smo da mlađa dob, viši stupanj obrazovanja, lošiji zdravstveni status djeteta, arbitrarni načini odabira pedijatra i oslanjanje na neformalne izvore informacija predviđaju nižu razinu zadovoljstva kod roditelja. Poboljševanje djeteta, s druge strane, predviđalo je veće pridržavanje naputaka pedijatra. Neformalno informiranje ponovno je predviđalo manje pridržavanje naputaka. Zadovoljstvo pedijatrom i vjerovanje da je zdravlje pod kontrolom liječnika te niži internalni zdravstveni lokus kontrole samostalno su pridonosili većem stupnju pridržavanja naputaka.

LITERATURA

American Academy of Pediatrics. (2012). Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics*, 129(2), 394-404.

Bates, A. S., Fitzgerald, J. F. i Wolinsky, F. D. (1994). The Parent Health Belief Scales: Replication in an Urban Clinic Population. *Medical Care*, 32(9), 958-964.

Blenkiron, P. i Hammill, C. A. (2003). What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life? *Postgraduate Medical Journal*, 79, 337-340.

Brincks, A. M., Feaster, D. J., Burns, M. J. i Mitrani, V. B. (2010). The Influence of Health Locus of Control on the Patient-Provider Relationship. *Psychology, Health and Medicine*, 15(6), 720-728.

Cameron, C. (1996). Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. *Journal of Advanced Nursing*, 24(2), 244-250.

Chin, J. J. (2002). Doctor-patient Relationship: from Medical Paternalism to Enhanced Autonomy. *Singapore Medical Journal*, 43(3), 152-155.

Christensen, A. J., Wiebe, J. S., Benotsch, E. G. i Lawton, W. J. (1996). Perceived health competence, health locus of control, and patient adherence in renal dialysis. *Cognitive Therapy and Research*, 20(4), 411-421.

Cooper, J. (2007). *Cognitive dissonance. Fifty years of a classic theory*. Princeton: SAGE Publications.

Costello, I., Wong, I. C. i Nunn, A. J. (2004). A literature review to identify interventions to improve the use of medicines in children. *Child: Health, Care and Development*, 30(6), 647-665.

Crowe, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L. i Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 6(32), 1-244.

DeVellis, R. F., DeVellis, B. M., Blanchard, L. W., Klotz, M. L., Luchok, K. i Voyce, C. (1993). Development and validation of the Parent Health Locus of Control scales. *Health Education Quarterly*, 20(2), 211-225.

Diesher, R. W., Engel, W. L., Spielholz, R. i Standfast, S. J. (1965). Mothers' opinions of their pediatric care. *Pediatrics*, 35(1), 82-90.

DiMatteo, M. R., Giordani, P. J., Lepper, H. S. i Croghan, T. W. (2002). Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Medical Care*, 40(9), 794-811.

Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press.

Fitzpatrick, R. i Hopkins, A. (1983). Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociology of Health and Illness*, 5(3), 297-311.

Gill, L. i White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, 22(1), 8-19.

Grant, M.N. i Hays, R.D. (1994): The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18). Preuzeto s: <http://www.rand.org/pubs/papers/P7865> (21. travnja 2015.)

Halfon, N., Inkelas, M., Mistry, R. i Olson, M. L. (2004). Satisfaction With Health Care for Young Children. *Pediatrics*, 113(6), 1965-1972.

Hall, J. A., Millburn, M. A. i Epstein, A. M. (1993). A Causal Model of Health Status and Satisfaction With Medical Care. *Medical Care*, 31(1), 84-94.

Havelka, M. (1998). Komunikacija u zdravstvu. U M. Havelka, *Zdravstvena psihologija* (str. 27-37). Jastrebarsko: Naklada Slap.

Ipsos puls (2013): *Ispitivanje javnog mnijenja o zdravstvenom sustavu i HZZO-u u 2013. godini*. Preuzeto s: http://cdn.hzzo.hr/wp-content/uploads/2014/03/Izvje%C5%A1taj_HZZO_2013.pdf (16. travnja 2015.)

Jackson, J. L., Chamberlin, J. i Kroenke, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 52(4), 609-620.

Kaba, R. i Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*, 5, 57-65.

Kim, J. i Kim, S. (2009). Physicians' perception of the effects of Internet health information on the doctor-patient relationship. *Informatics for Health and Social Care*, 34(3), 136-148.

Klein Buller, M. i Buller, D. B. (1987). Physicians' Communication Style and Patient Satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*, 28(4), 375-388.

Kraft, P. i Loeb, M. (1996). On the replicability and correlates of the Parent Health Locus of Control Scales. *Health Education Research*, 11(4), 433-441.

Lau, R. R. i Ware, J. F. (1981). Refinements in the Measurement of Health-Specific Locus-of-Control Beliefs. *Medical Care*, 19(11), 1147-1158.

Linder-Pelz, S. (1982). Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypothesis. *Social science and medicine*, 16(5), 583-589.

Lochman, J. E. (1983). Factors related to patients' satisfaction with their medical care. *Journal of Community Health*, 9(2), 91-109.

Ministarstvo zdravlja (2011): Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene. Preuzeto s: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_07_79_1693.html (15. travnja 2015.)

Murray, E., Lo, B., Pollack, L., Donelan, K., Catania, J., Lee, K., Zapert, K. i Turner, A. (2003). The impact of health information on the internet on health care and the physician-patient relationship: National U.S. survey among 1050 U.S. physicians. *Journal of Medical Internet Research*, 5(3), 1727-1734.

Murray, E., Lo, B., Pollack, L., Donelan, K., Catania, J., White, M., Zapert, K. i Turner, R. (2003). The Impact of Health Information on the Internet on the Physician-Patient Relationship: Patient Perceptions. *The Journal of the American Medical Association*, 163(14), 1727-1734.

Norman, P. i Bennet, P. (2001). Health locus of control. U Conner, M. i Norman, P.:*Predicting health behaviour* (str. 62-94). Philadelphia: Open University Press.

Peprah, A. A. i Atarah, B. A. (2014). Assessing Patient's Satisfaction using SERVQUAL Model: A Case of Sunyani Regional Hospital, Ghana. *International Journal of Business and Social Research*, 4(2), 133-143.

Raposo, M. L., Alves, H. M. i Duarte, P. A. (2009). Dimensions of service quality and satisfaction in healthcare: a patient's satisfaction index. *Service Business*, 3(1), 85-100.

Riley, A. W., Finney, J. W., Mellits, E. D., Starfield, B., Kidwell, S., Quaskey, S., Cataldo, M. F., Filipp, L i Shematek, J.P. (1993). Determinants of Children's Health Care Use: An Investigation of Psychosocial Factors. *Medical Care*, 31(9), 767-783.

Roblin, D. W., Becker, E. R., Adams, E. K., Howard, H. D. i Roberts, M. H. (2004). Patient Satisfaction with Primary Care: Does Type of Practitioner Matter? *Medical Care*, 42(6), 579-590.

Rosno, E. A., Steele, R. G., Johnston, C. A. i Aylward, B. S. (2008). Parental Locus of Control: Associations to Adherence and Outcomes in the Treatment of Pediatric Overweight. *Children's Health Care*, 37(2), 126-144.

Schempf, A. H., Minkovitz, C. S., Strobino, D. M. i Guyer, B. (2007). Parental Satisfaction With Early Pediatric Care and Immunization of Young Children: The Mediating Role of Age-Appropriate Well-Child Care Utilization. *Archives of pediatric and adolescent medicine*, 161(1), 50-56.

Schmittiel, J., Selby, J. V., Grumbach, K. i Quesenberry Jr, C. P. (1997). Choice of a personal physician and patient satisfaction in a health maintenance organization. *The Journal of the American Medical Association*, 278(19), 1596-1599.

Sitzia, J. (1999). How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal of Quality in Health Care*, 11(4), 319-328.

Vermeire, E., Hernshaw, H. i Van Royen, P. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26, 331-342

Wallston, K. A. i Wallston, B. S. (1981). Health locus of control scales. U Lefcourt, H. (Ur.). *Research with the locus of control construct, Volume 1* (str. 189-243). New York: Academic Press.

Wallston, K. A. i Wallston, B. S. (1982). Who is responsible for your health: The construct of health locus of control. U Sanders, G. i Suls, J. (Ur.). *Social Psychology of Health and Illness* (str. 65-95). Hillsdale: Lawrence Erlbaum & Associates.

Wallston, K. A., Wallston, B. S. i DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6(2), 160-170.

Ware, J. E., Davies-Avery, A. i Stewart, A. L. (1977). *The measurement and meaning of patient satisfaction: A review of the literature*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.

Ware, J. E., Snyder, M. K. i Wright, W. R. (1976). *Development and validation of scales to measure patient satisfaction with medical care*. Springfield, VA: National Technical Information Service.

Ware, Jr., J. E., Snyder, M. K., Wright, W. R. i Davies, R. A. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6, 247-263.

Young, P. C., Wasserman, R. C., McAullife, T., Long, J., Hagan, J. F. i Heath, B. (1985). Why Families Change Pediatricians: Factors Causing Dissatisfaction With Pediatric Care. *American Journal of Diseases of Children*, 139(7), 683-686.

Zastowny, T. R., Roghmann, K. J. i Cafferata, L. G. (1989). Patient Satisfaction and the Use of Health Services: Explorations in Causality. *Medical Care*, 27(7), 705-723.

PRILOG A

Iskustva i potrebe roditelja u pedijatrijskoj skrbi

Intervju za roditelje

1. Koliko djece predškolske dobi imate? Koliko je/su stara?
2. Koliko često vaša djeca odlaze pedijatru? Tko ih najčešće vodi?
3. Koji su vaši razlozi odlaska pedijatru?

OČEKIVANJA

4. Kakve osobine treba imati pedijatar?
5. Što vam je važno u odnosu/komunikaciji s pedijatrom?
6. Postoji li nešto po čemu je uloga pedijatra specifična u odnosu na ostale liječnike/zdravstvene djelatnike?

ISKUSTVA

7. Jeste li generalno zadovoljni svojim pedijatrom?
8. Čime ste zadovoljni? Čime niste zadovoljni?
9. Kako biste opisali svog pedijatra?
 - (ponuditi neke osobine: topao, podržavajuć, hladan, distanciran,...)
10. Možete li ukratko opisati vaš tipičan susret s pedijatrom/neki koji vam je po nečemu bio upečatljiv?
11. Kako ste zadovoljni s količinom i jasnoćom informacija koju vam daje pedijatar o zdravlju vašeg djeteta/tretmanu kojeg propisuje?
12. Kada opisujete razlog dolaska/zdravstvene probleme djeteta, imate li osjećaj da vas pedijatar sluša i razumije?
13. Uvažava li vaš pedijatar vaše mišljenje, stavove, način života prilikom konzultacija o djetetovu zdravlju i propisivanja tretmana?
14. Jeste li dosad mijenjali pedijatra? Kako to?
15. Kako biste opisali komunikaciju pedijatra s vašim djetetom?
 - Obraća li pažnju na dijete?
 - Pokušava li djetetu objasniti njegovo/njezino stanje/procedure i tretmane koje će primijeniti?
16. Pridržavate li se u potpunosti uputa i sugestija koje vam daje pedijatar?

17. Kad odlazite na pregled, kako ste zadovoljni s ostalim elementima usluge (čekaonica, ostalo zdravstveno osoblje,...)?

18. Ima li još nešto što smatrate važnim, a da se nismo toga dotakli?

PRILOG B

Tablica 6

Matrica faktorskog obrasca početne faktorske analize *Upitnika zadovoljstva pedijatrom*

Čestice	Faktori				
	1	2	3	4	5
Pedijatar se prema meni odnosi vrlo prijateljski i pristojno.	.93				
Pedijatar se odnosi prema meni s poštovanjem.	.85				
Pedijatar komunicira s mojim djetetom na način koji je primjeren djetetovoj dobi.	.84				
Imam osjećaj da pedijatru mogu postaviti bilo koje pitanje vezano za moje dijete.	.82				
Pedijatar se trudi umiriti moje dijete kada je uznemireno na pregledu.	.81				
Pedijatar mi pruža podršku kada sam zabrinut/a za zdravlje mog djeteta.	.77				
Pedijatar mi jasno i razumljivo prenosi informacije o stanju mog djeteta.	.74				
Pedijatar je previše hladan i formalan prema meni. (o)	.74				
Pedijatar dobro poznaje moje dijete.	.74				
Ne sviđa mi se način na koji pedijatar pristupa mom djetetu. (o)	.69		.34		
Pedijatar mi dobro objašnjava razloge zbog kojih su potrebni određeni medicinski postupci.	.69				
Pedijatar pažljivo provjeri sve pri pregledu mog djeteta.	.67				
Zdravstvena skrb koju pruža djetetov pedijatar gotovo je savršena.	.62				
Imam povjerenja u pedijatra.	.60			-.36	
Pedijatar obično provede dovoljno vremena sa mnom i mojim djetetom.	.59				
Kada mi daje informacije ili upute, pedijatar djeluje sigurno u to što govori.	.58				
Kad dodemo kod pedijatra u ordinaciju, obično dugo čekamo da dodemo na red. (o)		-.84			
Ne mogu odmah dobiti termin za pregled kod pedijatra. (o)		-.81			
Pedijatar mi je dostupan kad god mi je to potrebno.	.32	.46			
Pedijatar će obaviti pregled kako je naumio, čak i ako taj način uznemiruje moje dijete. (o)			.62		
Ne propitujem odluke pedijatra.			.40		

(nastavak na sljedećoj stranici)

Tablica 6

Matrica faktorskog obrasca početne faktorske analize *Upitnika zadovoljstva pedijatrom*
(*nastavak s prethodne stranice*)

Čestice	Faktori				
	1	2	3	4	5
Ponekad sumnjam u točnost dijagnoze pedijatra. (o)				-0.83	
Dogodilo se da je pedijatar pogrešno lijecio moje dijete. (o)				-0.73	
Sumnjam u sposobnost pedijatra da lijeci moje dijete. (o)	.33			-0.63	
Pedijatar je nemaran pri lijecenju mog djeteta. (o)	.38			-0.57	
Pedijatar ponekad ignorira ono što mu govorim. (o)	.45			-0.47	
Nisam zadovoljan/a nekim stvarima koje se ticu zdravstvene skrbi koju pruža pedijatar. (o)				-0.46	
Pedijatar ponekad previše žuri pri pregledu mog djeteta. (o)				-0.45	
Uvjeren/a sam da moje dijete može dobiti zdravstvenu skrb koju treba, a da mi to ne prouzroci financijske poteškoce.					-0.86
Za zdravstvenu skrb svoga djeteta moram platiti više nego što si mogu priuštit.			.31		0.63
Mislim da ordinacija pedijatra ima sve što je potrebno za pružanje primjerene medicinske skrbi mom djetetu. (o) – čestice se obrnuto boduju	.37				-0.37

Tablica 7

Korelacije među ekstrahiranim faktorima *Upitnika zadovoljstva pedijatrom*

Komponenta	I	II	III	IV	V
I	-				
II	.37	-			
III	.01	.01	-		
IV	-.62	-.34	.03	-	
V	.32	.22	-.06	-.30	-

Tablica 8

Matrica faktorskog obrasca *Upitnika zadovoljstva pedijatrom*

Čestica	Faktorsko zasićenje
Imam povjerenja u pedijatra.	.89
Zdravstvena skrb koju pruža djetetov pedijatar gotovo je savršena.	.88
Pedijatar mi pruža podršku kada sam zabrinut/a za zdravlje mog djeteta.	.86
Imam osjećaj da pedijatru mogu postaviti bilo koje pitanje vezano za moje dijete.	.85
Pedijatar mi jasno i razumljivo prenosi informacije o stanju mog djeteta.	.85
Pedijatar pažljivo provjeri sve pri pregledu mog djeteta.	.84
Pedijatar se odnosi prema meni s poštovanjem.	.83
Pedijatar mi dobro objašnjava razloge zbog kojih su potrebni određeni medicinski postupci.	.83
Pedijatar ponekad ignorira ono što mu govorim. (o)	.81
Pedijatar se prema meni odnosi vrlo prijateljski i pristojno.	.80
Pedijatar dobro poznaje moje dijete.	.78
Pedijatar se trudi umiriti moje dijete kada je uznemireno na pregledu.	.77
Pedijatar je nemaran pri liječenju mog djeteta. (o)	.76
Pedijatar komunicira s mojim djetetom na način koji je primjeren djetetovoj dobi.	.76
Ne sviđa mi se način na koji pedijatar pristupa mom djetetu. (o)	.76
Sumnjam u sposobnost pedijatra da liječi moje dijete.	.76
Kada mi daje informacije ili upute, pedijatar djeluje sigurno u to što govori.	.75
Pedijatar obično provede dovoljno vremena sa mnom i mojim djetetom.	.75
Pedijatar je previše hladan i formalan prema meni. (o)	.74
Nisam zadovoljan/a nekim stvarima koje se tiču zdravstvene skrbi koju pruža pedijatar. (o)	.73
Dogodilo se da je pedijatar pogrešno liječio moje dijete. (o)	.63
Pedijatar mi je dostupan kad god mi je to potrebno.	.63
Pedijatar ponekad previše žuri pri pregledu mog djeteta. (o)	.60
Ponekad sumnjam u točnost dijagnoze pedijatra. (o)	.60
Ne propitujem odluke pedijatra.	.48

(o) – čestica se obrnuto kodira

PRILOG C

Tablica 9

Interkorelacije između varijabli korištenih u istraživanju (N = 691)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
13. Pridržavanje	-												
12. Dob	.09*	-											
11. Obrazovanje	-.06*	.27**	-										
10. SES	.00	.13**	.31**	-									
9. Broj djece	.06	.29**	-.09*	-.04	-								
8. Poboljševanje	.12**	.02	.01	-.02	.04	-							
7. Odabir	-.14**	.03	-.01	-.04	.04	.01	-						
6. Privatnik	-.08*	.10**	.10**	.11**	.04	.05	-.01	-					
5. Informiranje	-.32**	.00	.03	.02	-.05	-.13**	.15**	.03	-				
4. IZLK	-.05	.08**	-.01	.03	-.07*	-.11**	-.06	.05	.01	-			
3. SZLK	.00	-.05	-.13**	-.15**	.08*	.02	-.05	.01	-.07*	.09*	-		
2. MDZLK	.16**	-.03	-.06	-.19**	.04	.03	-.07*	-.07*	-.13**	.20**	.39**	-	
1. Zadovoljstvo	.49**	.06*	-.07*	.04	.07*	-.07*	-.31**	-.17**	-.25**	.04	.01	-.05	-

*p < .05

**p < .01

