

Specifičnosti palijativne zdravstvene njege u OB Nova Gradiška i Specijalnoj bolnici za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael na Strmcu

Matošević, Ivana

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:595116>

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

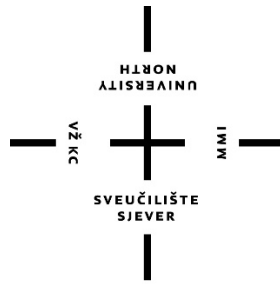
Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-04**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





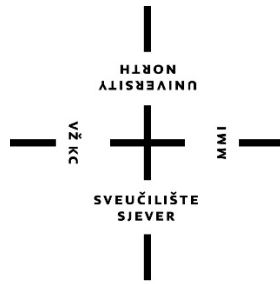
**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 909/SS/2017

**Specifičnosti palijativne zdravstvene njege u OB Nova
Gradiška i Specijalnoj bolnici za psihijatriju i palijativnu
skrb Sveti Rafael na Strmcu**

Ivana Matošević, 5301/601

Varaždin, prosinac 2017.



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 909/SS/2017

Specifičnosti palijativne zdravstvene njege u OB Nova Gradiška i Specijalnoj bolnici za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael na Strmcu

Student

Ivana Matošević, 5301/601

Mentor

dr. sc. Marijana Neuberg

Varaždin, prosinac 2017. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

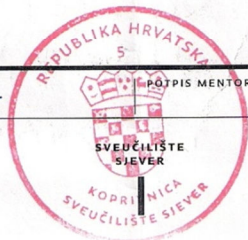
ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Ivana Matošević	MATIČNI BROJ	5301/601
DATUM	18.08.2017.	KOLEGIJ	Palijativna zdravstvena njega
NASLOV RADA	Specifičnosti palijativne zdravstvene njega u OB Nova Gradiška i Specijalnoj bolnici za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael na Strmcu		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	The specifics of palliative health care in General Hospital Nova Gradiška and the Special Hospital for psychiatric and palliative care at St. Rafael		
MENTOR	Marijana Neuberg, mag.med.techn.	ZVANJE	viši predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Hrvoje Hećimović, predsjednik 2. Marijana Neuberg, mag.med.techn., mentor 3. doc.dr.sc. Tomislav Meštrović, član 4. Melita Sajko, dipl.med.techn., zamjenski član 5.		

Zadatak završnog rada

BROJ	909/SS/2017
OPIS	<p>Jedna od novijih grana u zdravstvenoj njezi je Palijativna skrb koja je sveobuhvatna te pruža zaštitu pacijentu i njegovoj obitelji. Skrb je zdravstvena, psihološka, socijalna i duhovna. Cilj je pružanje potrebne njega pacijentima s neizlječivim bolestima za koje više niti jedna terapija nije djelotvorna. Nakon liječnika medicinska sestra je jedna od nezaobilaznih karika tima zdravstvene njega palijativnog pacijenta. One trebaju biti educirane i imati potrebno znanje, stavove, uvjerenja, dobru komunikaciju i u sebi trebaju imati empatiju da bi mogle biti podrška oboljelima i članovima njihove obitelji. U Hrvatskoj bi se trebala provesti dodatna edukacija o radu sa palijativnim pacijentom jer u srednjoškolskom obrazovanju nije se imalo prilike naučiti o palijativnom pacijentu a njih je danas sve više i potrebna im je kompetentna medicinska sestra da bi pružila pravovaljanu skrb pacijentu i obitelji. I sama do ove godine nisam znala što obuhvaća Palijativna skrb i na što se odnosi. Zahvaljujući Sveučilištu Sjever i nositelju kolegija "Palijativne zdravstvene njega" dobila sam mogućnost da mi se približi palijativni pacijent i da shvatim bit palijativne zdravstvene njega.</p> <p>U radu je potrebno: *definirati palijativnu skrb i principe palijativne skrbi *navesti povijest palijativne skrbi u svijetu i u Hrvatskoj *objasniti ulogu medicinske sestre/tehničara *istraživanjem utvrditi znanja medicinskih sestara/tehničara *dobivene rezultate istraživanja iznijeti i objasniti *iznijeti hipotezu</p>

ZADATAK URUČEN

24.08.2017



[Handwritten signature]

Zahvala

„To je kombinacija znanja, vještina i suosjećanja u jednakoj mjeri, koja je osjetljiva, nada, smisljena i dinamična. Prije svega, to je način razmišljanja i stav uma koji bi trebao utjecati na ponašanje sestre kad god rade s umirućom osobom u bilo kojem okruženju“.

(Becker et al, 2004.)

Veliko hvala mojoj mentorici dr. sc. Marijani Neuberg, na nesebičnoj pomoći i brojnim savjetima u izradi završnog rada bez čije pomoći ne bi ispunila svoja očekivanja.

Hvala mojim dragim kolegicama sa posla što su uvijek bile uz mene i znale mi odraditi smjenu da bi mogla ispuniti obaveze prema studiju.

Hvala svima koji su sudjelovali kao ispitanici te su svoje slobodno vrijeme iskoristili za ispunjavanje upitnika za moj završni rad bez kojega ovaj rad ne bi bio potpun.

Veliko hvala za sva nova stečena prijateljstva na studiju, na raznim dogodovštinama bez kojih ovo studiranje ne bi bilo toliko zanimljivo. Na sustanarstvu, ramenu za plakanje, na svakom smijehu i radosnom trenutku i na zajedničkim dugim ali komičnim putovanjima.

Posebnu zahvalnost iskazujem svojoj obitelji koja je strpljivo podnosila moja izbivanja iz kuće i tolerirala moja ne sudjelovanja u obiteljskim obavezama. Hvala na podršci i na bezuvjetnom razumijevanju i na svakoj molitvi upućenoj za moj uspjeh.

Hvala svim profesorima na studiju i mentorima vježbovne nastave na prenesenom znanju.

I na kraju veliko hvala svima koji su vjerovali u moj uspjeh i onima koji nisu jer su mi još više davali volje da izdržim i dokažem da ja to mogu!

I tebi koji nisi pored mene a bio si mi velika podrška, veliko hvala. Nadam se da si ponosan na mene.

Hvala Vam !

Sažetak

Suvremena medicina dijeli se na preventivnu, kurativnu i palijativnu medicinu. Preventivna medicina je grana medicine koja se bavi mjerama sprječavanja bolesti te edukacijom podižu svijest građana kako bi poboljšali životne navike i na najbolji način se zaštitili od raznih bolesti. Kurativna medicina je grana medicine koja se bavi liječenjem bolesti, dok palijativno zbrinjavanje predstavlja novi pristup u medicinskoj praksi. Ona se ne bavi bolešću od koje pacijent boluje, već stanjima i simptomima koji su posljedica te bolesti i koji utječu na kvalitetu života pacijenta i njegove obitelji. Suvremena medicina usmjerena je liječenju i izlječenju bolesti a umiranje se smatra neuspjehom u medicini. Palijativna skrb je definirana ne u odnosu na organ, starost, tip bolesti ili patologiju, nego prema procjeni same prognoze i potrebe pojedinog bolesnika i njihove obitelji. Tradicionalno je palijativna skrb gledana kao skrb koju pružamo na kraju života, kada je smrt neizbježna. Za vrijeme liječenja zdravstveni tim se bavi bolešću a kada liječenje više ne daje rezultate, bolesnik i njegova obitelj prepušteni su sami sebi. Palijativna skrb počinje kada su iscrpljene klasične metode liječenja. Za kvalitetnu palijativnu skrb je potreban tim stručnjaka koji imaju puno znanja o palijativnoj medicini. Ona podrazumijeva brigu za bolesnika u terminalnom stadiju bolesti. Palijativna skrb takvog bolesnika je važna kako bi se poboljšala kvaliteta života te pružila pomoć i podrška njegovoj obitelji, čak i nakon smrti, do završetka procesa žalovanja. Dostupnost palijativne skrbi mora se zasnivati na potrebama i ne treba je ograničavati na tip bolesti, geografsku lokaciju ili socioekonomski status onoga koji takvu skrb treba. Sveobuhvatna je. Provodi se na svim razinama zdravstvene zaštite: na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj. U današnje vrijeme je velika potreba za edukacijom medicinskih djelatnika iz palijativne skrbi jer je sve veći broj palijativnih pacijenata koji ne znaju svoja prava ni prava svojih obitelji, a zbog nedostatnog znanja medicinskog osoblja oni su zakinuti za kvalitetnu palijativnu skrb. Cilj ovog istraživanja je da se vidi znanje medicinskih sestara/tehničara o specifičnosti palijativne zdravstvene njege na akutnim odjelima i na palijativnom odjelu.

Ključne riječi: palijativna skrb, bolesnik, žalovanje, obitelj, pomoć

Summary

Contemporary medicine is divided into preventive, curative and palliative medicine. Preventive medicine is the branch of medicine that deals with the measures to prevent diseases and raise awareness level through education of citizens in order to improve the living habits and the best way to protect themselves from various diseases. Curative medicine is a branch of medicine that deals with the treatment of diseases, while palliative care is a new approach in our medical practice. It does not deal with the illness that the patient is suffering from, but with the conditions and symptoms that are the consequence of the disease and affect the quality of life of the patient and his family. Contemporary medicine is focused on healing and disease healing while dying is considered as a failure. Palliative care is defined not in relation to the body, age, type of disease or pathology, but rather in the assessment of the prognosis itself and the needs of the individual patient and their family. Traditionally, palliative care is viewed as the care we provide at the end of life when death is inevitable. During treatment the health care team deals with the disease and when the treatment no longer produces results, the patient and his family are left alone. Palliative care begins when classical methods of treatment are exhausted. For high-quality palliative care we need a team of experts with a lot of knowledge in palliative medicine. It implies care for patients at the terminal stage of the disease. The palliative care of such a patient is important in order to improve the quality of life and provide assistance and support to his or her family, even after death, until the end of the appalling process. The availability of palliative care should be based on needs and should not be restricted to the type of disease, geographic location or socio-economic status of the patient. It should be comprehensive. It is implemented at all the levels of health care: on primary, secondary and tertiary level. Today there is a huge demand for training medical workers in palliative care because of a growing number of palliative patients who do not know their rights or the rights of their families, but due the lack of knowledge of medical personnel they are deprived of quality palliative care. The aim of this research is to show the knowledge of nurses/technicians in the specifics of palliative medical care in acute wards and palliative ward.

Keywords: palliative care, sickness, mourning, family, help

Popis korištenih kratica

HLZ - Hrvatski liječnički zbor

CEPAMET - Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Palijativna skrb	3
2.1. Povijest palijativne skrbi u svijetu.....	4
2.2. Povijest palijativne skrbi u Hrvatskoj.....	4
2.3. Palijativna skrb na novogradiškom području	6
2.4. Palijativna skrb u Hrvatskoj danas	7
2.5. Edukacija medicinskih sestara o palijativnoj skrbi.....	8
2.6. Ciljevi palijativne skrbi	8
2.7. Organizacijski oblici i pristup palijativne medicine	9
2.8. Organizacija palijativne skrbi.....	9
2.9. Palijativni pacijent	10
2.10. Potrebe umirućih.....	10
2.11. Uloga i odgovornost medicinske sestre/tehničara	11
2.12. Simptom boli	11
2.13. Hidracija i prehrana palijativnog pacijenta.....	12
2.14. Bazalna stimulacija.....	13
2.15. Liverpulski klinički put	13
3. Cilj istraživanja.....	14
3.1. Hipoteza.....	14
3.2. Mjesto i vrijeme provođenja istraživanja	14
3.3. Uzorak.....	14
3.4. Mjerni instrument	15
3.5. Način prikupljanja podataka	15
3.6. Način obrade podataka	15
4. Rezultati istraživanja	16
4.1. Prikaz broja ispitanika	16
4.2. Prikaz ispitanika prema spolu.....	16
4.3. Prikaz ispitanika prema dobi	16
4.4. Stupanj obrazovanja ispitanika.....	17
4.5. Radno iskustvo ispitanika.....	17
4.6. Prikaz mjesta rada ispitanika	17
4.7. U svakodnevnom radu susrećem pacijente kojima je potrebna palijativna skrb.....	18

4.8. Tijekom svog obrazovanja imala sam barem 10 sati predavanja o palijativnoj skrbi	18
4.9. Pohađala sam specifičnu edukaciju o palijativnoj skrbi s odabranim temama.....	18
4.10. Specifična edukacija o palijativnoj skrbi pomogla bi mi u radu s pacijentima	19
4.11. Imam dovoljno znanja i kompetencija za rad s palijativnim bolesnikom	19
4.12. Distribucija odgovora svih ispitanika na upitniku poznavanja specifičnosti palijativne zdravstvene njege	20
4.13. Ukupan rezultat.....	22
5. Prikaz deskriptivne statistike i razlika u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege među djelatnicima Opće bolnice Nova Gradiška i Specijalne bolnice za psihijatrijsku i palijativnu skrb Sveti Rafael na Strmcu	23
5.1. Utjecaj dobi na ispunjavanje upitnika	23
5.2. Utjecaj obrazovanja	24
5.3. Utjecaj radnog mjesta	24
5.4. Prikaz post-hoc testa.....	25
5.5. Utjecaj radnog iskustva	25
5.6. Utjecaj edukacije	26
6. Rasprava	27
7. Zaključak	29
8. Literatura	31

1. Uvod

U svijetu i u Republici Hrvatskoj je sve više starije populacije jer se životni vijek pojedinca produžava. Sve je više onih koji boluju od kroničnih i neizlječivih bolesti kojima je neophodna pomoć druge osobe no saznanja su takva da u današnje vrijeme većina oboljelih živi sama jer nemaju nikoga ili se obitelj ne želi brinuti o njima. Problem je i u ne znanju jer obitelji smatraju da se zdravstveno osoblje najbolje može brinuti o bolesniku u terminalnoj fazi. Za brigu o oboljelima je potrebno određeno znanje i vještine koje se ne može preko noći steći i naučiti i to je jedan od razloga gdje obitelji žele da se o njihovom oboljelom članu pobrine stručna osoba ne znajući da i oni sami puno toga mogu učiniti i napraviti da bi se bolesnik bolje osjećao te da to nije samo zadatak medicinskog osoblja. Pravo na palijativnu skrb jedno je od osnovnih ljudskih prava koje je potvrdila Svjetska zdravstvena organizacija. Podupiru ju brojni pravni dokumenti Svjetskoga liječničkog udruženja. Svjetska zdravstvena organizacija definira palijativnu skrb kao pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih bližnjih, suočenih s problemima povezanim sa životno ugroženim bolestima, putem prevencije i ublažavanja patnje, sredstvima rane identifikacije i besprijeorne procjene te suzbijanja/liječenja boli i drugih problema fizičko-biološke, psiho-socijalne i duhovne naravi [1]. Ona obuhvaća bolesnike različitih dobnih skupina, sa različitim dijagnozama neovisno o vremenskom razdoblju u kojem će pojedinac bolovati te obuhvaća i članove njihovih obitelji [2]. Većina pacijenata treba palijativnu skrb samo u uznapredovanoj fazi bolesti, ali neki pacijenti trebaju palijativne intervencije za rješavanje kriza u ranijim fazama svoje bolesti. To može obuhvaćati razdoblje od nekoliko godina, mjeseci, tjedana ili dana [1]. Primjena palijativne skrbi stoga zahtijeva individualizirani pristup koji uzima u obzir stanje i potrebe pacijenata. Kada se priopći čovjeku u punoj snazi da mu ne preostaje još puno života kod njega i njegove obitelji dolazi do negiranja, ljutnje, pogodbe, depresije i na kraju dolazi do prihvatanja stanja u kojem se trenutno nalaze [3]. Bolesnik postaje bezvoljan, depresivan, ne vidi više smisao života, javlja se strah od smrti te im je potrebna podrška obitelji i stručni palijativni tim koji će mu pružiti pomoć. Najteže je onima koji nemaju nikoga svoga, koji su prepušteni sami sebi te nemaju sa kime podijeliti svoju bol i svoju nesreću. Ono što je najteže danas i neprihvatljivo je, a događa se, da se obitelji sve više udaljavaju od svojih bližnjih kada su nemoćni te ih smještaju u Domete za starije i nemoćne i u razne Zdravstvene institucije. Najvažnije je da se netko profesionalan pobrine, ne razmišljajući da u tome nema obiteljskog žara i da se sa takvim postupkom može samo pogoršati situacija koja je već i sama po sebi teška. Tužno je i tragično da pojedinci umiru daleko od svojih bližnjih s osjećajem napuštenosti. Pacijenti na kraju života ne traže medicinsku pomoć već traže obiteljsku, duhovnu i duševnu potporu. Osobe koje boluju od neizlječive bolesti lakše umiru u prisutnosti

najbližih, manje pate, osjećaju manju razinu boli od osoba koje umiru u nepoznatoj okolini [4]. Danas nitko ne bi trebao biti prepušten sam sebi jer postoje timovi medicinskih djelatnika i volontera koji svojim znanjem i empatijom uspješno pomažu svakoj obitelji da nauče kako mogu preživjeti teške trenutke bolesti i umiranje unutar obitelji. Palijativna skrb je nešto o čemu se posljednjih godina sve više progovara u medicinskim krugovima, no nažalost, o tome se vrlo malo piše, pa i pojedini zdravstveni djelatnici uopće nisu upoznati s tim terminom i ne shvaćaju značenje palijativne skrbi a kamoli osobe koje ne rade u zdravstvu. Smisao života je da se na kraju dostojanstveno ode sa ovoga svijeta kao što se i došlo na ovaj svijet. Upravo palijativna skrb doprinosi tome da se u obiteljima s umirućim bolesnikom održi normalan život, ne zanemarujući potrebe ostalih članova, pogotovo onih najmanjih. Bit palijativne skrbi je da pomognemo jedni drugima. Danas se smatra da osoba ne smije umrijeti kod kuće već u bolnici, ništa se praktički ne događa u krugu obitelji. Obitelj nije dovoljno informirana sa strane obiteljskog liječnika o svojim pravima koja mogu ostvariti za palijativnog pacijenta. Nitko ne voli umirati u okruženju nepoznatih osoba sa osjećajem napuštenosti i praznine. Palijativna skrb je aktivna, ukupna skrb za pacijenta čija bolest ne reagira na postupke liječenja. Najvažnije je suzbijanje boli ili drugih simptoma, te socijalnih, psiholoških i duhovnih problema. Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu, te svojim djelokrugom obuhvaća pacijenta, obitelj i zajednicu [5]. Vijeće Europe preporučuje da svi radnici u zdravstvu moraju pouzdano vladati osnovnim principima palijativne skrbi i biti sposobni primjenjivati ih u praksi [6]. Unatoč tim preporukama, palijativna skrb ostaje slabo razvijenom [6].

„Kada nemamo ništa u rukama, imamo ruke koje mogu pružiti topli zagrljaj. Kada ne znamo u određenom trenutku što reći, možemo slušati. Imamo oči i srce da pomognemo ostvariti bolje životne uvjete umirućim osobama. U trenucima u kojima medicina postaje nemoćna, preostaje moćna prisutnost ljudske nazočnosti, solidarnosti, pažnje i ljubavi palijativnom naklonošću, koja osobama u terminalnom stadiju može znatno olakšati psihičku i duševnu patnju, dok duhovna skrb može omogućiti pozitivnije vrednovanje života i smrti“ [7].

2. Palijativna skrb

Palijativna skrb ili palijativna njega podrazumijeva jedan cjeloviti tretman. To nije nikada poseban dio koji se odnosi na neku terapiju, već je to širok pojam. Osim liječnika i medicinske sestre, palijativnoj skrbi pridonose i mnoge druge skupine zanimanja koja odlučuju o adekvatnoj terapiji protiv boli, prehrani i lijekovima koji se dobro podnose. Bitno je ublažiti probleme s disanjem, mučninom i povraćanjem ali je važna i briga o duševnom i emocionalnom stanju, psihosocijalno savjetovanje i podrška obiteljima u tugovanju te u rješavanju mnogih drugih čimbenika koji utječu na kvalitetu života bolesnika i njegove obitelji [6].

Palijativna njega je ta koja i posljednju fazu života želi olakšati i učiniti dostojanstvenom. Ona želi usmjeriti pozornost na kvalitetu života u razdoblju koje je preostalo. Vjeruje da se još mnogo toga može učiniti, čak i kada se protiv uznapredovale bolesti više ništa ne može poduzeti. Postavljanje ciljeva je drugačije. To više nije borba protiv bolesti, već najbolji mogući život s njom. S ovoga aspekta gledišta prihvaća se da je smrt predvidiva i neizbježna. Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji suočenih sa problemima povezanim sa neizlječivom bolesti. Cilj zdravstvene njege palijativnog bolesnika je umanjiti ili odgoditi patnju i bol, pomoći i osigurati bolesniku kvalitetan život, omogućiti dostojanstvo u procesu umiranja te pružanje podrške obitelji koja sudjeluje u zbrinjavanju bolesnika. Proces provođenja palijativne skrbi je cjelovit i zahtijeva angažiranost cijelog tima dobro educiranih stručnjaka, a to su liječnici, medicinske sestre, fizioterapeut, psiholog, socijalni radnik i duhovnik. Tim je glavno sredstvo djelovanja a upravo su interakcijski procesi među članovima od velike važnosti za uspjeh. Bolesniku se može pružiti palijativna skrb i kod kuće, u stacionaru ili u bolnici te u Domovima za starije i nemoćne. S izborom pružanja palijativne skrbi se pokušava omogućiti što kvalitetniji i ugodniji preostali život bolesnika i obitelji. Važno je poštivati i bolesnikove kulturne i vjerske vrijednosti.

2.1. Povijest palijativne skrbi u svijetu

Naziv „palijativan“ je kanadskog porijekla iz druge polovice dvadesetog stoljeća i potječe od latinske riječi pallium što znači maska ili plašt koji zaštićuje od zime i sunca. Ona maskira učinke neizlječive bolesti ili pribavlja ogrtač onima koji su ostavljeni na hladnoći, jer im se ne može pomoći kurativnom medicinom [2].

U Velikoj Britaniji razvoj palijativne medicine započeo je 60-ih godina prošlog stoljeća te u SAD-u i Kanadi 70-tih godina prošlog stoljeća a započeo je kao reakcija na promjene u medicinskoj kulturi. Potaknut s nekoliko povijesnih ličnosti a jedna od njih je Dame Cicely Mary Saunders. Ona je začetnica hospicijskog pokreta, koji je imao glavni međunarodni utjecaj u promicanju palijativne medicine i palijativne skrbi. Bila je medicinska sestra, socijalna radnica, Engleska liječnica, pisac i velika zagovornica modernog hospicijskog pokreta. Cicely Saunders završila je edukaciju za medicinsku sestru na Oxfordu u Velikoj Britaniji. Kao medicinska sestra primijetila je potrebu za posebnom njegom bolesnika u terminalnoj fazi bolesti. Kasnije je zbog ozljede leđa morala prestati raditi posao medicinske sestre te je završila edukaciju za socijalnu radnicu, a nakon toga, na savjet svoga medicinskog mentora, završila je i edukaciju za liječnicu u dobi od 39 godina. Na taj je način ona bila „interdisciplinarni tim u jednoj osobi“, uz iznimne osobne kvalitete i potpunu posvećenost brizi o osobama koje boluju od teških i neizlječivih bolesti, osobit je naglasak stavljala na liječenje „totalne boli“ [8]. Suosjećanje i emocionalna podrška mijenjaju kvalitetu i intenzitet boli. Osnovala je i prvi moderni hospicij Svetoga Kristofora u Londonu 1967. koji nije bio prvi hospicij jer su brojni hospiciji postojali u svijetu i stotinama godina ranije, ali ga je razvila u prvu medicinsku akademsku modernu zdravstvenu ustanovu u kojoj se interdisciplinarno skrbi o oboljelima od neizlječivih bolesti [8]. Cicely Mary Saunders se zalagala za medicinu usmjerenu prema osobi, a ne dijagnozi. Napisala je puno knjiga i članaka o palijativnoj medicini. Cicely Mary Saunders se s pravom naziva pioniricom palijativne skrbi u Europi. Ona ističe potrebu holističkog pristupa bolesniku uzimajući pri procjeni stanja uz organsko podrijetlo simptoma i njihovu emocionalnu, duhovnu i društvenu sastavnicu.

2.1. Povijest palijativne skrbi u Hrvatskoj

Dugi niz godina aktivni promotor hospicijskog pokreta i palijativne skrbi u Hrvatskoj je Anica Jušić, koja je organizirala više od 40 simpozija, konferencija, radionica i predavanja o hospicijskim problemima u Zagrebu i u desetak hrvatskih gradova, uz sudjelovanje vrhunskih svjetskih stručnjaka toga područja. Izdala je i koordinirala prijevod triju knjiga i napisala više od 30 članaka na temu palijativne skrbi [9].

Pojam palijativne skrbi ušao je u Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske još 2003. godine. Organizirani hospicijski pokret u Hrvatskoj je započeo sa Prvim simpozijem o hospiciju i palijativnoj skrbi, vođenim od Anice Jušić a slogan je bio „Smrt je dio života“. Održan je 6. i 7. svibnja 1994. u Zagrebu, u dvorani Hrvatskog liječničkog zbora, otvoren od delegata Cicely Saunders i Nigela Sykesa [10]. Obradeni materijali sa simpozija izdani su kasnije u knjizi, zajedno sa prijevodom članka Mary Baines [11]. To je bila prva knjiga na temu hospicija u Hrvatskoj. Godine 1999. počele su praktične aktivnosti. Anica Jušić osnovala je Hrvatsku udrugu prijatelja hospicija kao logističku potporu zborskom društvu. Počeli su tečajevi za hospicijske dobrovoljce. Udruga je djelovala kao tim sastavljen od 3 do 4 liječnika, 2 do 3 medicinske sestre, 1 socijalnog radnika, 1 fizikalnog terapeuta, 2 psihologa i oko 25 dobrovoljaca koji nisu iz zdravstvenih zanimanja. Služba žalovanja i ambulanta za bol i palijativnu skrb počele su se oblikovati i sve to na dobrovoljnom principu. U godinama koje slijede održavani su mnogi simpoziji, kongresi sa domaćim i stranim predavačima. Tijekom pet godina redovito je izlazio „Bilten“, službeno glasilo Društva. Umjesto „Biltena“ otvorena je internetska stranica www.hospicijhrvatska.hr. Sporadički se uz to izdaju knjižice o aktualnim temama i brojni članci u stručnim časopisima i dnevnom tisku. Prva realistična inicijativa osnivanja i izgradnje hospicija pojavila se još 1997. Inicijator je bio profesor Valentin Pozaić i njegov student redovnik njemačkog reda Allexianerbrüder. Oni su htjeli uložiti u hospicij u Hrvatskoj. Glavna su zapreka bili zakoni koji nisu pogodovali stranim ulaganjima [11]. U rujnu 2012. godine je otvoren Odjel za palijativnu skrb u Specijalnoj bolnici za kronične bolesti Novi Marof te u Općoj bolnici „Hrvatski ponos“ u Kninu. Odjel za palijativnu skrb dobio je odobrenje za obavljanje ove djelatnosti isto kao i Specijalna bolnica za produženo liječenje Duga Resa. Registraciju za djelatnost palijativne skrbi ima i Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb „Sveti Rafael“, Strmac pored Nove Gradiške. CEPAMET je osnovan 21. rujna 2010. godine u novouređenom prostoru na Šalati, gdje se provode brojne edukativne aktivnosti. Prvi hospicij u Rijeci „Marija Krucifiksa Kozulić“ je osnovan 28. siječnja 2013. Nastavlja se sa smanjenjem akutnih kreveta u općim bolnicama, koji se zamjenjuju krevetima za potrebe palijativne skrbi. U Republici Hrvatskoj usvojen je Strateški plan 2014. - 2016. o razvoju palijativne skrbi te je izrađen prema Bijeloj knjizi o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi [5]. Strateški razvoj sustava palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj ostvarit će se kroz tri ključna koraka a to su:

1. uklanjanjem barijera za pružanje postojećih/mogućih oblika palijativne skrbi.
2. osnaživanjem svih sudionika radi pružanja bolje palijativne skrbi u postojećim uvjetima.
3. poboljšanjem postojećih uvjeta kroz izgradnju novih organizacijskih struktura i sadržaja, te sustavnim osnaživanjem sudionika za pružanje optimalne palijativne skrbi u budućnosti.

Strateškim planom predviđa se razvoj sljedećih novih struktura i sadržaja u sustavu palijativne skrbi, a to su: županijski koordinacijski sustav za palijativnu skrb, stacionarna palijativna skrb, bolnički tim za potporu palijativnoj skrbi, bolnički tim za palijativnu skrb, ambulanta za palijativnu skrb na razini sekundarne zdravstvene zaštite, a iznimno i primarne, kućne posjete za specijalističku palijativnu skrb izvan domene rada liječnika obiteljske medicine (posjete psihologa, psihijatra, kirurga, anesteziologa, neurologa) koje obavljaju stručnjaci iz sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, obiteljsko savjetovalište za palijativnu skrb, psihološka pomoć kod žalovanja, centar izvrsnosti za pojedine razine i oblike palijativne skrbi te posudionice pomagala [5]. Pojedine strukture i sadržaji (županijski koordinacijski centri, posudionice, savjetovališta) mogu se razvijati samostalno ili u sklopu postojećih organizacijskih struktura (Dom zdravlja, Ustanova za zdravstvenu njegu u kući, bolnica, nevladina udruga) ovisno o lokalnim okolnostima i već postojećim lokalnim modelima palijativne skrbi [5].

2.3. Palijativna skrb na novogradiškom području

Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac je zdravstvena ustanova u mreži bolničkih zdravstvenih ustanova Republike Hrvatske te je kao takva ugovorna zdravstvena ustanova Hrvatskoga zavoda za zdravstveno osiguranje, sa svim svojim kapacitetima. Pacijent na palijativni odjel može doći uz uputnicu izabranog ugovornog liječnika opće medicine ili premještajem iz bolnice za akutno liječenje uz preporuku nadležnog specijaliste, a sa uputnicama ugovornog doktora opće medicine [5]. Na odsjek palijativne skrbi prima se bolesnik koji boluje od uznapredovale maligne bolesti, kada je završeno i nalazom onkologa okončano liječenje i preporučena simptomatska terapija i palijativna skrb. Pod bolesnikom kome je potrebna palijativna skrb podrazumijeva se i bolesnik u terminalnoj fazi zatajenja bilo kojeg organskog sustava, kada su iscrpljene sve mogućnosti akutnog liječenja. Za bolesnike koji su u terminalnoj fazi zatajenja nekog organskog sustava potrebna je preporuka liječnika specijaliste iz akutne bolnice iz koje se bolesnik premješta na nastavak liječenja u Specijalnu bolnicu na Strmcu [12]. Na odsjeku palijativne skrbi nalazi se 9 bolesničkih soba sa ukupno 15 postelja. Vrijeme posjeta na odsjeku je od 9 - 19 h, obitelj može biti uz bolesnika tijekom cijelog dana. Multidisciplinarni tim se sastoji od različitih zdravstvenih i nezdravstvenih struka. Svaki član tima ima svoju ulogu u životu palijativnog bolesnika i bez te uloge lanac ne bi bio potpun. Dobra komunikacija u timu je ključni dio uspjeha.

Do kraja 2017. godine i u Novoj Gradiški će biti otvorena vrata palijativnom pacijentu s ukupno 10 postelja a na ostalim odjelima će biti organizirano nekoliko postelja za produženo liječenje te će u JIM-u biti organiziran respiracijski centar sa oko 5 postelja. Palijativna skrb se

polako razvija i njezina djelatnost se širi. Prihvaćena je i prepoznata kao potreba za veliki broj terminalnih pacijenata čiji broj je svakim danom sve veći te je neophodan smještaj za takve pacijente. Ministar zdravstva Milan Kujundžić krajem kolovoza 2017. je donio odluku o formiranju Odjela za palijativnu skrb i respiracijski centar u OB Nova Gradiška u skladu sa Nacionalnim programom razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. - 2020. [13].

2.4. Palijativna skrb u Hrvatskoj danas

Vijeće Europe naglašava ove ciljeve palijativne skrbi: poštovanje vrijednosti ljudskih i bolesničkih prava, ljudskog dostojanstva, socijalne povezanosti, jednakosti, solidarnosti i jednakih mogućnosti pristupa. Tu su inicijativu Vlada Republike Hrvatske i Ministarstvo zdravlja nastojali uvrstiti i u hrvatski zakon, u okviru Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012. - 2020. u kojoj su ukratko opisani organizacijski i zakonski okvir palijativne skrbi, te su navedene prioritetne aktivnosti vezane uz strateški razvoj palijativne skrbi [13]. U Zakonu o zdravstvenoj zaštiti palijativna skrb navedena je kao jedna od mjera zdravstvene zaštite (čl. 8), a kao djelatnost uvrštena je na primarnu razinu (čl. 25). Ta je djelatnost, uz ostale, uvrštena i u djelatnost Domova zdravlja (čl. 69), te je utvrđeno da svaki Dom zdravlja na teritoriju Republike Hrvatske mora osigurati i Ustanovu za palijativnu skrb [14]. Iako je pravo na palijativnu skrb jedno od osnovnih ljudskih prava te ga kao takvoga priznaje više od 120 zemalja svijeta. Danas smo, uz zakonske izmjene, svjedoci početka osnivanja prvih jedinica palijativne medicine u Hrvatskoj [15]. Pomoć u Zagrebu ostvaruje se od 2000. godine, pružajući daljnje poticaje za implementaciju palijativne skrbi u hrvatski zdravstveni sustav, opravdavajući etičko-humanističke pothvate suvremene medicine i razvijajući time zrelost civilizacijske misli modernog društva u brizi za čovjeka [16]. U daljnjem razvoju, treba organizirati educirane interdisciplinarne timove; osigurati raspolaganje lijekovima i stručnim pomagalima, izgraditi hospicije te donijeti zakone koji štite bolesnika i sve one koji za njega skrbe [7]. Palijativna skrb u javnosti se treba promicati kao oblik cjelovitog stručnog, javnog i humanitarnog djelovanja. Vijeće Europe preporučuje da svi radnici u zdravstvu moraju pouzdano vladati osnovnim principima palijativne skrbi i biti sposobni primjenjivati ih u praksi [17]. Pristup palijativnoj skrbi treba biti dostupna u svim europskim zemljama, čime se osigurava pružanje palijativne skrbi u skladu s potrebama bez obzira na kulturne, etničke ili materijalne razlike. Prema okvirnim procjenama, populaciju kojoj je potreban neki oblik palijativne skrbi čini između 50% i 89% svih umirućih pacijenata, što bi u Republici Hrvatskoj bilo oko 26.000 do 46.000 pacijenata godišnje [17]. Svrha palijativne skrbi jest kvaliteta, a ne kvantiteta života, gdje se pacijentu ne pristupa na kurativan, nego na integralno simptomatski, ublažujući način. U Republici Hrvatskoj

djeluje 10 mobilnih timova, 22 bolnička tima, 31 ambulanta za bol, 47 posudionica pomagala, 16 organizacija volontera, 9 županijskih timova, 5 županijskih koordinatora, taj broj je bio do ožujka 2017. [13].

2.5. Edukacija medicinskih sestara o palijativnoj skrbi

Unatrag desetak godina medicinski fakulteti i zdravstvena učilišta nisu imali definirane kolegije o palijativnoj zdravstvenoj skrbi. Unazad par godina se o palijativnoj skrbi moglo slušati na izbornim kolegijima i to na studiju medicine, sestrinstva, socijalnog rada a od prošle godine je u obliku obaveznog kolegija. Na Hrvatskom katoličkom sveučilištu diplomskog studija sestrinstva postoje dva obavezna kolegija o palijativnoj skrbi te na Medicinskom fakultetu u Zagrebu, Splitu i Osijeku te na Sveučilištu u Rijeci imaju dodatne predmete o palijativnoj skrbi ili tečajeve trajnog usavršavanja [13]. Palijativna skrb se polako probija u obrazovanje te će kroz par godina biti dovoljno educiranih medicinskih sestara koje će imati potrebno znanje i vještine za brigu o palijativnom pacijentu i poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege. Veliku ulogu za neformalnu edukaciju ima prof. dr. sc. Anica Jušić. Medicinske sestre neformalnu edukaciju dobivaju i kroz tečajeve u organizaciji Društva za hospicijsku i palijativnu zdravstvenu njegu Hrvatske udruge medicinskih sestara.

2.6. Ciljevi palijativne skrbi

- postići oslobođenje od boli i ostalih neugodnih simptoma
- umiranje i smrt afirmirati kao prirodne procese
- smrt prepustiti prirodnom tijeku bez namjere da ju se odgodi ili požuri
- integrirati tjelesni, psihosocijalni i duhovni aspekt skrbi
- pomoći osobi živjeti što aktivnije i kvalitetnije do same smrti
- podučavati njegovatelje/obitelj tijekom bolesti i podržati ih u procesu tugovanja
- postići najbolju moguću kvalitetu života kroz olakšanje patnje
- kontrolu simptoma i povrat životnih funkcija uz poštovanje osobnih, kulturnih, religijskih i etičkih vrijednosti
- podržati kvalitetan međusobni odnos
- pobrinuti se da se pacijent osjeća sigurno i zaštićeno
- biti osjećajan prema pacijentovim strahovanjima u procesu umiranja, poštovati pacijentova očekivanja glede načina okončanja života

- pomoći pacijentu pronaći unutarnju snagu; ponuditi religiozne obrede koji su pacijentu značajni [18].

2.7. Organizacijski oblici i pristup palijativne medicine

- Vrijednost pacijentove autonomije i dostojanstva - osobi u razdoblju umiranja i smrti treba pristupiti humano, na način da se potvrđuje sveukupnost njezinih pozitivnih osobina, kvaliteta i vrijednosti kao što su dostojanstvo, samopoštovanje, samoodređenje i individualnost [7].
- Potrebu za individualnim planiranjem i donošenjem odluka - palijativnu skrb treba izvoditi na uljudan i otvoren način, s osjetljivošću za osobne, kulturne i vjerske vrijednosti i vjerovanja, te poštujući zakone pojedine zemlje [7].
- Holistički pristup - obuhvaća integralnu medicinsku skrb na fizičkoj, psihičkoj i duhovnoj razini terminalnih bolesnika [7].

2.8. Organizacija palijativne skrbi

U primarnu zdravstvenu zaštitu u domovima zdravlja spada:

- Dnevna palijativna skrb
- Ambulante/savjetovališta
- Ambulante za bol

Palijativna skrb izvan doma zdravlja:

- Mobilni timovi za palijativnu skrb
- Kućna palijativna skrb
- Službe za žalovanje [7].

Dnevna palijativna skrb je pružanje skrbi terminalnom bolesniku na nekoliko sati ili tijekom čitavoga dana, zbog primanja terapije ili skrbi za vrijeme odsustva članova obitelji. Ambulante/savjetovališta za palijativnu skrb pomažu bolesniku u terminalnoj fazi i njegovim bližnjima, uskom suradnjom i savjetovanjem sa stručnjacima u specijalističkim bolnicama. Ambulante za bol su najvažniji dio ustanove za palijativnu skrb. Mobilni tim odlazi po pozivu u kućne posjete i provodi potrebne intervencije. U kućnoj palijativnoj skrbi glavnu ulogu ima obitelj koja se brine za bolesnika u suradnji s liječnikom obiteljske medicine, koji je koordinator za kompletnu skrb za bolesnika u terminalnoj fazi bolesti. Službe za žalovanje pružaju psiho-socijalnu pomoć ožalošćenima. Tim koji je skrbio o bolesniku potpora je obitelji i do godinu dana nakon gubitka [7].

2.9. Palijativni pacijent

U samim počecima razvoja palijativne skrbi palijativnim pacijentom se smatrala osoba koja boluje od maligne bolesti i koja je u terminalnoj fazi. S vremenom se taj pojam proširio i na ostale bolesti ne samo na maligne. Oko 60% bolesnika kojima je potrebna palijativna skrb boluje od maligne bolesti a ostalih 40% boluje od cerebrovaskularnih oboljenja, kroničnog zatajenja jetre u posljednjoj fazi, kardioloških i opstruktivnih bolesti pluća [19].

Terminalni bolesnik je pacijent koji boluje od razvojno nepovratne patologije koja izaziva smrt, a kojoj medicinska terapija više ne pomaže [7]. To je osoba kod koje se s priličnom medicinskom sigurnošću zna da je smrt samo pitanje trenutka, dana ili tjedna [7].

2.10. Potrebe umirućih

- potreba za ublažavanjem boli
- potreba za očuvanjem samopoštovanja
- potreba za pažnjom i pripadanjem
- potreba za suosjećanjem
- potreba za komunikacijom
- duhovne potrebe [7].

Emocionalne i duhovne boli nerijetko su veće od tjelesnih ili pak povećavaju pacijentovu tjelesnu bol. U trenutku kada pacijent shvati kako je smrt neizbježna, duhovne, društvene, ekonomske, psihološke i ostale vrste boli postaju međusobno isprepletene. Navedene se potrebe dalje klasificiraju kao medicinske i duhovne [11].

Projekt pod nazivom SUPPORT osnovan je s ciljem razumijevanja procesa hospitaliziranog umiranja i doprinosa u promicanju jedne humanije skrbi terminalnih bolesnika [7]. On posebno ističe neke značajke terminalnog stadija.

Terminalni stadij završno je razdoblje života u kojem medicina spoznaje da više ne može izliječiti stanje nepovratnih bolesnika standardnim terapijama, nego može samo ublažavati patnju postupnoga pogoršanja zdravstvenoga stanja, neizbježno približavane smrti [7].

U toj fazi bolesnika prate osjećaj depresije, stresa, anksioznosti i očaja, loša klinička kvaliteta života, zahtjev za klinički asistiranim suicidom (eutanzijom) ili pak distanzijom (umjetno produžavanje života i odgađanje dolaska smrti). Njihovo umiranje započinje akutnim stadijem ili posljednjom fazom života. Dužnost medicinskog djelatnika je umirućem pružiti najbolju moguću kvalitetu življenja i dobru skrb sve do same smrti.

2.11. Uloga i odgovornost medicinske sestre/tehničara

Medicinska sestra/tehničar štiti pacijenta i pruža mu sigurnost, privatnost a prije svega dostojanstvo. Od svih zdravstveni djelatnika one provode najviše vremena uz pacijenta i prve zapažaju promjene na pacijentu, bilo da se radi o pogoršanju pacijentovog zdravstvenog stanja ili poboljšanju. Najvažniji zadaci su komunikacija s bolesnikom i njegovom obitelji zatim zdravstvena njega i zbrinjavanje osnovnih ljudskih potreba, procjena boli i pomoć kod ublažavanja totalne boli. Nastoji se ublažiti bol u cijelosti ili je znatno umanjiti, ali rješavaju se i drugi neugodni simptomi: mučnina, povraćanje, konstipacija, nesаница, kronični umor, gubitak apetita i dr. Oni aktivno sudjeluju u palijativnoj skrbi te neposredno planiraju, provode i evaluiraju zdravstvenu njegu. Trebaju se znati nositi sa problemima koje susreću na radnim mjestima i trebaju znati pomoći i sebi kao i pojedincu kojem je potrebna pomoć. Izgaranje medicinskih djelatnika na palijativnom odjelu je češće te može doći do strahova, depresije, pojačanog alkoholizma i potpune iscrpljenosti [6]. Provedeno je istraživanje u Bolnici Novi Marof i u Bolnici Klenovnik gdje se došlo do zaključka da su medicinske sestre u radu sa palijativnim pacijentom izložnije većem broju stresora te simptomu sindroma izgaranja [20].

2.12. Simptom boli

Bol je jedan od najčešćih simptoma palijativnog bolesnika. Ona utječe na kvalitetu bolesnikovog života. Cicely Saunders je autorica koncepta totalne boli. Totalnu bol dijelimo na fizičku, psihološku i duhovnu bol.

Pojam "totalne boli" prihvaćen je i od Svjetske zdravstvene organizacije [11]. Osnovni klinički oblici fizičke boli su akutna i kronična bol. Kod fizičke boli dolazi do tjelesne slabosti, gubitak teka i nesанице. Akutna bol ima redovito jasan početak i uzrok. Trajanje joj je ograničeno na dane ili tjedne. Praćena je pretjeranom simpatičkom aktivnošću a to su tahikardija, tahipnea, hipertenzija, znojenje, proširenje zjenica i bljedoća [11].

Bolesnici su tjeskobni, inaktivni a spoznaja da se radi o prolaznoj pojavi ih tješi.

Kod kronične boli početak je postepen ili neodređen. Uzrok je kronični proces koji traje mjesecima ili godinama. Prestanak boli je nepredvidiv i neodređen. Nema pojačane simpatičke aktivnosti. Emocionalno su bolesnici u depresiji, mijenjaju svoj životni stil. Psihološka emocionalna bol je izazvana strahom od nepoznatog i nepredvidivog. Često uključuje kajanje i osjećaj krivnje zbog davno zaboravljenih i napravljenih propusta. U njoj se nalazi i srdžba, mržnja ili depresija [11]. Duhovna bol može biti težak simptom kao i fizička bol. Bolesnik priča o boli a zapravo je to patnja. To je doživljaj bezvrijednosti, beznadnosti i besmislenosti [11]. Pacijent gubi nadu u ozdravljenje. Ako je osoba duhovno jaka kod nje se rijetko javlja tjeskoba i

puno bolje podnosi bol. Oralna primjena lijeka je prvi izbor za uklanjanje boli jer je jednostavan i učinkovit. Indikacija za drugačiju primjenu lijeka postoji u onih bolesnika koji zbog iscrpljenosti, disfagije ili povraćanja ne mogu uzimati lijekove na usta [11]. Kada postoje indikacije za oralnu primjenu lijeka, lijek se daje transdermalno, supkutano i intravenski. Moderne tehnologije omogućile su transdermalnu, oralnu, transmukoznu i spinalnu primjenu. Bukalna, sublingvalna i intranazalna primjena koristi se kod brzodjelujućih formulacija opioidnih analgetika, da bi se omogućila analgezija za probijajuću bol. Epiduralna i intratekalna primjena sa ili bez lokalnog anestetika povećava učinkovitost i reducira nuspojave. Preporuča se kada jednostavniji načini aplikacije nisu učinkoviti. Intramuskularna primjena lijeka se ne preporuča [11]. Puno toga se može učiniti kako bi se ublažila bol a veliku ulogu imaju medicinske sestre koje najviše vremena provode uz pacijenta te mogu procijeniti kada pacijentu treba pomoći. Ne treba čekati da pacijent kaže da ga boli.

2.13. Hidracija i prehrana palijativnog pacijenta

Palijativni pacijent najčešće ima minimalan interes za unos hrane i tekućine što je dodatna briga za rodbinu koja je u strahu da će bolesnik umrijeti od gladi i žeđi. Kod pacijenta se može pojaviti promijenjen okus hrane, neugodan zadah iz usta, suhoća usta, kašalj, strah od povraćanja, neukusna hrana, bol, iscrpljenost su simptomi koji mogu utjecati na promjenu apetita. Peroralna prehrana, prehrana na usta je fiziološki tip prehrane, te ukoliko ne postoje kontraindikacije treba ju preferirati. Kod peroralne prehrane rizik od raznih komplikacija je manji. Ona održava esencijalnu gastrointestinalnu funkciju, pojačava imunološku funkciju crijeva, sprječava bakterijsku translokaciju, poboljšava klinički ishod i kvalitetu života, te je financijski pristupačnija [21]. Hranjenje na sondu i parenteralna prehrana uzrokuju neudobnost i obično nisu indicirani u bolesnika koji umiru ili su previše dementni te ne mogu uzimati hranu na usta [22].

Na kraju života se ne osjeća ni glad ni želja za hranom. Treba poštivati pacijentovu odluku, ne treba mu na silu gurati žlicu sa hranom ako ju on ne želi. Nekada je dovoljno par žlica što pacijent pojede, a tako je i sa unosom tekućine. Osjećaj žeđi također na kraju života slabi pa je i unos tekućine puno manji. Potrebno je pacijentu što češće davati tekućinu na usta, ali u malim količinama ako pacijent teško guta. Pacijentu davanjem tekućine enteralno i parenteralno ne ublažavamo osjećaj žeđi već nadoknađujemo tekućinu u tijelu. Tekućinu koju dajemo preko NG-sonde ili apliciramo kroz venu ili pod kožu može opteretiti tijelo. Može doći do otežanog disanja, mučnine ili ubrzanog rada srca. Usna šupljina i usne su i dalje suhe i ispucale. Da bi smanjili osjećaj žeđi može se od omiljenih napitaka napraviti kocke leda koje se usitne i ponude pacijentu

za isisavanje. Led hladi i osvježava usta. Za njegu usana su korisne i male sprej bočice u koje se stavlja omiljeno piće te se u usta može ubrizgavati voda, sok, čaj, kava ali i vino ili pivo. Pacijent se ne guši a može uživati u okusu. Potrebno je ublažiti osjećaj žeđi i sluznicu usta držati vlažnom, čistom i zdravom [21].

2.14. Bazalna stimulacija

U posljednjoj fazi života često dolazi do jakog umora, neprekidnog sna ili do jake zbunjenosti. Bližnji teško mogu uspostaviti verbalni kontakt s pacijentom te su u takvoj situaciji svi opterećeni velikom nesigurnošću i strahovima.

Da bi se uspostavio odnos između obitelji i bolesnika vrijednu pomoć daje bazalna stimulacija. Ona je razvijena radi djece s poteškoćama u razvoju i stimulira osnovna ljudska opažanja. Korisna je kod palijativnog pacijenta [6].

2.15. Liverpulski klinički put

Liverpulski klinički put je razvijen u kasnim devedesetima u Royal Liverpool Sveučilišne bolnice, u suradnji s Marie Curie Instituta za palijativnu skrb [23]. Cilj je pružiti najkvalitetniju skrb umirućim osobama u posljednjim satima života, neovisno gdje se pacijent nalazio, kod kuće, u bolnici, u Domu za starije i nemoćne ili u hospiciju. Cilj je osigurati dostojanstvenu smrt. Liverpulski klinički put je skrb o umirućima koji pokriva opcije palijativne skrbi za pacijente u njihovim posljednjim danima ili satima života. Razvijen je kako bi liječnicima i medicinskim sestrama/tehničarima omogućio da pružaju kvalitetnu skrb na kraju pacijentova života. Multiprofesionalni tim se usuglasio da bolesnik umire, te su kod pacijenta prisutna najmanje dva od sljedećih znakova:

- Vežanost za krevet
- Semikomatoznost
- Može piti samo male gutljaje tekućine
- Ne može uzimati tablete [23].

3. Cilj istraživanja

Cilj istraživanja je bio utvrditi postoji li razlika u specifičnosti zdravstvene palijativne njege između medicinskih sestara/tehničara koje rade na akutnim odjelima i medicinskih sestara/tehničara koji rade na palijativnom odjelu. Utječe li na znanje medicinskih sestara/tehničara stupanj obrazovanja, radno iskustvo, mjesto rada ili edukacije o palijativnoj skrbi? Poznaju li dovoljno palijativnu skrb i što je najvažnije za palijativnog pacijenta i njegovu obitelj? Jedan od problema je što jako malo ima educiranog osoblja za rad sa palijativnim bolesnikom, iako se svakodnevno susreće palijativni pacijent teško je zbog neznanja prepoznati njegove potrebe i potrebe obitelji. Zbog toga dolazi do miješanja pojma kurativne i palijativne medicine a one se u potpunosti razlikuju. U današnje vrijeme je velika potreba za edukacijom iz palijativne skrbi. Sve je veći broj palijativnih bolesnika, a njihove obitelji ne znaju koja prava ostvaruju za sebe i za oboljelog člana obitelji. Zbog nedostatnog znanja medicinskog osoblja oni su zakinuti za specifičnu i kvalitetnu palijativnu skrb jer medicinsko osoblje nema određene kompetencije za rad sa palijativnim bolesnikom.

3.1. Hipoteza

H1: Znanje medicinskih sestara o palijativnoj skrbi je nedostatno.

H2: Nema značajne razlike u znanju o specifičnoj palijativnoj zdravstvenoj njezi ispitano upitnikom među ispitanicima u OB u Novoj Gradiški i Specijalnoj bolnici Sveti Rafael Strmac. Na znanje utječe dob, stupanj obrazovanja, radno iskustvo, radno mjesto i edukacija.

3.2. Mjesto i vrijeme provođenja istraživanja

Istraživanje je provedeno u Općoj bolnici u Novoj Gradiški od 30. kolovoza 2017. godine do 08. rujna 2017. godine a u Specijalnoj bolnici za psihijatrijsku i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac od 08. rujna 2017. do 19. rujna 2017.godine.

3.3. Uzorak

Istraživanje je provedeno među djelatnicima koji rade na akutnim odjelima internističkih i kirurških djelatnosti te psihijatriji i u jedinici intenzivne medicine. U anketiranju je sudjelovalo 75 ispitanika, različitog obrazovanja od kojih je 69 žena i 6 muškaraca.

U istraživanju nisu sudjelovale medicinske sestre koje rade na slijedećim odjelima: u rodilištu, pedijatriji, operacijskoj sali sa centralnom sterilizacijom te sestre koje rade u ambulantomama.

Na palijativnom odjelu u anketiranju je sudjelovalo 15 ispitanika, 11 žena i 4 muškarca.

3.4. Mjerni instrument

Koristio se upitnik koji je izrađen za potrebe ovog istraživanja, a sastojao se od 10 pitanja koji su se odnosili na demografske podatke (spol, dob, obrazovanje, staž, mjesto rada, poznavanje palijativnog pacijenta te edukaciji). Ovdje je bilo potrebno označiti slovo ispred odgovarajućeg odgovora. Drugi dio upitnika se sastojao od 27 ponuđenih tvrdnji kojima se ispituje poznavanje specifičnosti palijativne skrbi. U tablicu je bilo potrebno staviti x u odgovarajuće polje (točno, netočno, ne znam).

3.5. Način prikupljanja podataka

Upitnik je pripremljen u papirnatom obliku te je podijeljen na odjelima. Ispitanici su usmenim i pismenim putem obaviješteni o istraživanju. Upitnike su ispitanici popunjavali kroz desetak dana zbog smjenskog rada, godišnjih odmora i bolovanja. Ispunjavanje upitnika je trajalo 10 - 15 minuta. Anketiranje je bilo dobrovoljno i anonimno. Ispunjeni upitnici su predani ispitivaču osobno u kuvertu kako bi se osigurala anonimnost istraživanja.

3.6. Način obrade podataka

Prikupljeni podaci prikazani su deskriptivnom statistikom pomoću frekvencija. Za svakog ispitanika izračunat je ukupan rezultat na upitniku poznavanja specifičnosti palijativne zdravstvene njege formiran kao broj točnih odgovora. Ovakav ukupan rezultat korišten je za usporedbu poznavanja specifičnosti palijativne zdravstvene njege među ispitanicima s obzirom na bolnicu u kojoj rade, mjesto rada, obrazovanje, dob, radni staž i edukaciju. Za usporedbe prema bolnici u kojoj ispitanici rade, obrazovanju i edukaciji korišten je t-test za nezavisne uzorke; dok je za usporedbe prema dobi, obrazovanju, mjestu rada i godinama radnog iskustva korištena analiza varijance. Za usporedbu prema mjestu rada, korišten je Tukeyev post-hoc test. Za analizu je korišten program IBM SPSS Statistics 20.

4. Rezultati istraživanja

Prikaz rezultata dobivenih istraživanjem prikazan je kroz tablični prikaz sa tekstualnim objašnjenima.

4.1. Prikaz broja ispitanika

Bolnica	N	N (%)
<i>Opća bolnica Nova Gradiška</i>	75	83.3%
<i>Specijalna bolnica Sveti Rafael</i>	15	16.7%

Tablica 4.1.1. Prikaz broja ispitanika [izvor: autor]

U ovom istraživanju je sudjelovalo 75, odnosno 83.3% ispitanika iz OB Nova Gradiška i 15, odnosno 16.7% ispitanika iz Specijalne bolnice Sveti Rafael Strmac.

4.2. Prikaz ispitanika prema spolu

Spol	N	N (%)
<i>Ženski</i>	80	88,9%
<i>Muški</i>	10	11.1%

Tablica 4.2.1. Prikaz ispitanika prema spolu [izvor: autor]

U ovom istraživanju je sudjelovalo 80 (88.9%) žena i 10 (11.1%) muškaraca.

4.3. Prikaz ispitanika prema dobi

Dob	N	N (%)
<i>18-24 god</i>	18	20%
<i>25-34 god</i>	26	28.9%
<i>35-44 god</i>	16	17.8%
<i>45-54 god</i>	17	18.9%
<i>55 god i više</i>	13	14.4%

Tablica 4.3.1. Prikaz ispitanika prema dobi [izvor: autor]

Najveći broj ispitanika ima 25-34 godina (28.9%), a slijede ih ispitanici u dobi od 18-24 godina (20%). 18.9% ispitanika ima 45-54 godina, a 17.8% ispitanika ima 35-44 godina. Najmanji broj ispitanika, njih 14.4% ima 55 godina i više.

4.4. Stupanj obrazovanja ispitanika

Obrazovanje	N	N (%)
<i>Medicinska sestra/tehničar</i>	73	81.1%
<i>Prvostupnik/ica sestrinstva</i>	17	18.9%

Tablica 4.4.1. Prikaz ispitanika prema obrazovanju [izvor: autor]

Većina ispitanika, njih 81.1% ima srednju stručnu spremu (medicinska sestra/tehničar), dok 18.9% ispitanika ima višu stručnu spremu (prvostupnik/ica sestrinstva).

4.5. Radno iskustvo ispitanika

Radno iskustvo	N	N (%)
<i>0-5 god</i>	24	26.7%
<i>6-10 god</i>	19	21.1%
<i>11-15 god</i>	6	6.7%
<i>16-20 god</i>	7	7.8%
<i>21-25 god</i>	7	7.8%
<i>26-30 god</i>	9	10%
<i>31 god i više</i>	18	20%

Tablica 4.5.1. Prikaz radnog iskustva ispitanika [izvor: autor]

Najveći broj ispitanika, njih 26.7% ima 0-5 godina radnog iskustva, a slijede ih ispitanici s 6-10 godina iskustva 21.1%; 20% ispitanika ima 31 i više godina iskustva; 10% ispitanika ima 26-30 godina iskustva; 7.8% ispitanika ima 16-20 i 21-25 godina iskustva; dok najmanji broj ispitanika njih 6.7% ima 11-15 godina iskustva.

4.6. Prikaz mjesta rada ispitanika

Odjel	N	N (%)
<i>Odjeli intene djelatnosti</i>	27	30%
<i>Odjeli kirurške djelatnosti</i>	30	33.3%
<i>Odjel psihijatrije</i>	8	8.9%
<i>JIM</i>	10	11,1%
<i>Palijativni odjel</i>	15	16.7%

Tablica 4.6.1. Prikaz mjesta rada ispitanika [izvor: autor]

Najveći broj ispitanika, njih 33.3% radi na odjelima kirurške djelatnosti, a slijede ih ispitanici koji rade na odjelima interne djelatnosti 30%; 16.7% ispitanika radi na palijativnom odjelu, a 11.1% ispitanika radi na JIM. Najmanji broj ispitanika njih 8.9% radi na odjelu psihijatrije.

4.7. U svakodnevnom radu susrećem se s pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb

Rad s pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb	N	N (%)
DA	79	87.8%
NE	11	12.2%

Tablica 4.7.1. Prikaz rada s pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb [izvor: autor]

Većina ispitanika, njih 87.8% se u svakodnevnom radu susreće s pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb, dok se 12.2% ispitanika ne susreće s palijativnim pacijentima u svakodnevnom radu.

4.8. Tijekom svog obrazovanja imala sam barem 10 sati predavanja o palijativnoj skrbi

10 sati predavanja o palijativnoj skrbi	N	N (%)
DA	43	47.8%
NE	47	52.2%

Tablica 4.8.1. Prikaz predavanja o palijativnoj skrbi tijekom obrazovanja [izvor: autor]

Tijekom svog obrazovanja 52.2% ispitanika je imalo barem 10 sati predavanja o palijativnoj skrbi; dok 47.8% ispitanika navodi da nisu imali 10 sati predavanja o palijativnoj skrbi.

4.9. Pohađala sam specifičnu edukaciju o palijativnoj skrbi s odabranim temama

Specifična edukacija o palijativnoj skrbi	N	N (%)
DA	24	26.7%
NE	66	73.3%

Tablica 4.9.1. Prikaz specifične edukacije o palijativnoj skrbi [izvor: autor]

Većina ispitanika, njih 73.3% nije pohađalo specifičnu edukaciju o palijativnoj skrbi, dok je edukaciju pohađalo 26.7% ispitanika.

4.10. Specifična edukacija o palijativnoj skrbi pomogla bi mi u radu s pacijentima

Specifična edukacija o palijativnoj skrbi pomogla bi mi u radu s pacijentima	N	N (%)
<i>DA</i>	70	77.8%
<i>NE</i>	5	5.6%
<i>Ne znam</i>	15	16.7%

Tablica 4.10.1. Prikaz specifične edukacije o palijativnoj skrbi u radu s pacijentima [izvor: autor]

Većina ispitanika, njih 77.8% smatra da bi im specifična edukacija o palijativnoj skrbi pomogla u radu s pacijentima; dok samo 5% smatra da im ovakva edukacija ne bi pomogla; 16.7% ispitanika ne zna bi li im specifična edukacija o palijativnoj skrbi pomogla u radu s pacijentima.

4.11. Imam dovoljno znanja i kompetencija za rad s palijativnim bolesnikom

Dovoljno znanja i kompetencija za rad s palijativnim bolesnikom	N	N (%)
<i>DA</i>	51	56.7%
<i>NE</i>	18	20%
<i>Ne znam</i>	21	23.3%

Tablica 4.11.1. Prikaz znanja i kompetencija za rad s palijativnim bolesnikom [izvor: autor]

Većina ispitanika, njih 56.7% smatra da imaju dovoljno znanja i kompetencija za rad s palijativnim bolesnikom; 20% ispitanika smatra da nema dovoljno znanja i kompetencija za rad s palijativnim bolesnikom; dok 23.3% ispitanika ne zna ima li dovoljno znanja i kompetencija.

4.12. Distribucija odgovora svih ispitanika na upitniku poznavanja specifičnosti palijativne zdravstvene njege

Pitanja	Točno	Netočno	Ne znam
1. Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života pacijenta i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim sa smrtonosnom bolešću.	90%	5.6%	4.4%
2. Palijativna skrb pruža pomoć samo oboljelima.	13.3%	78.9%	7.8%
3. Palijativna skrb pruža pomoć pacijentu i njegovim bližnjima i to na način da im se pomogne fizički, psihosocijalno i duhovno.	94.4%	5.6%	/
4. Palijativna skrb tretira smrt kao normalan proces koji dolazi na kraju života te ne pokušava niti ubrzati niti odgoditi smrt	90%	3.3%	6.7%
5. Palijativna skrb se odnosi i na bolesnike koji boluju od demencije, neuroloških bolesti, zadnji stadiji bolesti srca ili jetre i drugih oboljenja.	84.4%	3.3%	12.2%
6. Kod palijativnog pacijenta od velike je važnosti prepoznavanje boli i suzbijanje boli na najbolji način koji je prikladan za takvog pacijenta.	94.4%	5.6%	/
7. Kod liječenja boli u palijativnih bolesnika najvažnije su dobro razvijene komunikacijske vještine, vještine prepoznavanja i evidencije boli.	87.8%	2.2%	10%
8. Poželjno je primijeniti analgetik per os kada je moguće, ako nije lijek dajemo supkutano.	67.8%	18.9%	13.3%
9. Intramuskularna injekcija je metoda izbora primjene lijeka palijativnom bolesniku.	41.1%	37.8%	21.1%
10. Totalna bol je psihosocijalna, fizička i duhovna bol.	73.3%	5.6%	21.1%
11. Totalna bol jedan je od najčešćih i najkompleksnijih simptoma kod palijativnih bolesnika mnogo puta neprepoznat i neliječen na adekvatan način.	80%	7.8%	12.2%
12. Palijativnom bolesniku može se umanjiti osjećaj žeđi ako žvače smrvljeni led ili smrvljeno smrznuto voće.	37.8%	36.7%	25.6%
13. Tekućina koju apliciramo preko NG - sonde za hranjenje, supkutano ili intravenozno efikasnije smanjuje osjećaj žeđi od primjene peroralno tekućine u malim količinama.	25.6%	50%	24.4%
14. Hranjenje na sondu i parenteralna prehrana uzrokuju neudobnost i obično nisu indicirani u bolesnika u terminalnoj fazi.	23.3%	65.6%	11.1%
15. Hranjenje na NG-sondu se obično započinje malim količinama razrijeđenih pripravaka sa vodom (npr. Ensure) te se povećava prema podnošenju.	82.2%	10%	7.8%
16. U terminalnoj fazi pacijent ne osjeća žeđ ni želju za tekućinom.	22.2%	58.9%	18.9%
17. Obitelj se najviše boji za svoje članove da ne umru od gladi i žeđi.	73.3%	10%	16.7%
18. Komunikacija sa palijativnim pacijentom zahtjeva specifičnu edukaciju i vježbanje.	76.7%	14.4%	8.9%
19. Na palijativnom odjelu posjete ne smiju biti ograničene.	83.3%	5.6%	11.1%
20. Na odjelu je potrebno osigurati prostoriju za obitelj koja želi biti uz pacijenta kroz 24h.	83.3%	5.6%	11.1%
21. Multiprofesionalnom timu osim medicinskog osoblja pripada i duhovnik.	84.4%	1.1%	14.4%
22. Na palijativnom odjelu dolazi brže do izgaranja medicinskog osoblja nego na drugim odjelima.	72.2%	16.7%	11.1%
23. Bazalna stimulacija je bitna i korisna u posljednjoj fazi života.	53.3%	7.8%	38.9%

24. Palijativna se skrb može odvijati kod kuće, u domu za njegu, u Domu za starije osobe, u bolnici, u hospiciju.	88.9%	2.2%	8.9%
25. Pomoć članovima obitelji u fazi žalovanja važan je dio palijativne skrbi.	90%	3.3%	6.7%
26. Posljednje dane života pacijent će najkvalitetnije provesti u vlastitom domu, u krugu obitelji.	71.1%	12.2%	16.7%
27. Liverpulski klinički put je razvijen kako bi medicinskom osoblju omogućio da pružaju kvalitetnu skrb na kraju pacijentova života.	40%	60%	/

Tablica 6.12.1. Distribucija odgovora svih ispitanika na upitniku poznavanja specifičnosti palijativne zdravstvene njege [izvor: autor]

Podaci u tablici 6.12.1. pokazuju kako je na većinu pitanja više od 50% ispitanika odgovorilo točno. Na pitanja 3 (Palijativna skrb pruža pomoć pacijentu i njegovim bližnjima i to na način da im se pomogne fizički, psihosocijalno i duhovno). i 6 (Kod palijativnog pacijenta od velike je važnosti prepoznavanje boli i suzbijanje boli na najbolji način koji je prikladan za takvog pacijenta). točno je odgovorilo najviše ispitanika, njih 94.4%. Manje od 50% ispitanika je odgovorilo točno na pitanja 9, 12, 14, 16 i 27.

Na pitanja 9 (Intramuskularna injekcija je metoda izbora primjene lijeka palijativnom bolesniku). i 12 (Palijativnom bolesniku može se umanjiti osjećaj žeđi ako žvače smrvljeni led ili smrvljeno smrznuto voće). točno je odgovorilo 37.8%. Na pitanje 14 (Hranjenje na sondu i parenteralna prehrana uzrokuju neudobnost i obično nisu indicirani u bolesnika u terminalnoj fazi). točno je odgovorilo 23.3% ispitanika. Na pitanje 16 (U terminalnoj fazi pacijent ne osjeća žeđ ni želju za tekućinom). točno je odgovorilo najmanje ispitanika – 22.2%, a na pitanje 27 (Liverpulski klinički put je razvijen kako bi medicinskom osoblju omogućio da pružaju kvalitetnu skrb na kraju pacijentova života). točno je odgovorilo 40% ispitanika.

Na pitanje 14 (Hranjenje na sondu i parenteralna prehrana uzrokuju neudobnost i obično nisu indicirani u bolesnika u terminalnoj fazi). najveći je broj ispitanika odgovorio netočno, njih 65.6%; dok je na pitanje 23 (Bazalna stimulacija je bitna i korisna u posljednjoj fazi života). najveći broj ispitanika, njih 38.9% odgovorilo “ne znam.”

4.13. Ukupan rezultat

Ukupan rezultat	N	M	SD	Min	Max
<i>Ukupan broj bodova</i>	90	19.1	5.3	0	27
<i>Postotak</i>	90	70.8%	19.6	0	100%

Tablica 6.13.1. Prikaz deskriptivne statistike za ukupan rezultat na anketi poznavanja specifičnosti palijativne zdravstvene njege [izvor: autor]

Ispitanici su u prosjeku točno odgovorili na 70.8%, odnosno 19.1 pitanje. Najveći broj točnih odgovora iznosi 100%, odnosno 27; dok je najmanji broj točno odgovorenih pitanja 0. Naime, jedan ispitanik je na sva pitanja u anketi odgovorio s “ne znam.”

5. Prikaz deskriptivne statistike i razlika u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege među djelatnicima OB Nova Gradiška i Specijalne bolnice za psihijatrijsku i palijativnu skrb Sveti Rafael na Strmcu

Bolnica	N	M	SD	t	p
Opća bolnica Nova Gradiška	75	68.7% (18.6)	5.35	-2.313	.023
Specijalna bolnica Sveti Rafael Strmac	15	81.2% (21.9)	4.15		

Tablica 5.1.1. Prikaz deskriptivne statistike i razlika u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege među djelatnicima Opće bolnice Nova Gradiška i Specijalne bolnice za psihijatrijsku i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac [izvor: autor]

Podaci u tablici 5.1.1. pokazuju kako postoji statistički značajna razlika u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege među djelatnicima Opće bolnice Nova Gradiška i Specijalne bolnice za psihijatrijsku i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac ($t=-2.313$, $p<.05$). Medicinske sestre/tehničari iz Specijalne bolnice Sveti Rafael bolje poznaju specifičnosti palijativne zdravstvene njege od medicinskih sestara/tehničara iz Opće bolnice Nova Gradiška. Djelatnici Specijalne bolnice Sveti Rafael su u prosjeku točno odgovorili na 81.2%, odnosno 21.9 pitanja, dok su djelatnici iz Opće bolnice Nova Gradiška u prosjeku točno odgovorili na 68.7%, odnosno 18.6 pitanja u upitniku.

5.1. Utjecaj dobi na ispunjavanje upitnika

Dob	N	M	SD	F	p
18 - 24 god	18	72% (19.4)	11.09	0.163	.956
25 - 34 god	26	72.5% (19.6)	20.67		
35 – 44 god	16	70% (18.9)	28.38		
45 – 54 god	17	69.9% (18.9)	13.09		

Tablica 5.1.1. Prikaz utjecaja dobi na ispunjavanje upitnika [izvor: autor]

Podaci u tablici 5.1.1. pokazuju kako su medicinske sestre/tehničari u dobi od 25-34 godina odgovorili točno na najveći broj pitanja u upitniku (72.5%), a slijede ih djelatnici u dobi od 18-24 godina (71% pitanja). Djelatnici u dobi 35-44 godina su točno odgovorili na 70% pitanja, dok

su djelatnici u dobi 45-54 godina odgovorili točno na 69.9% pitanja. Najmanje točnih odgovora imali su djelatnici u dobi od 55 godina i više (67.5%). Daljnjom obradom, utvrđeno je da navedene razlike među djelatnicima različite dobi nisu statističke značajne ($F=0.163$, $p>.05$), što znači da nema razlike u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege s obzirom na dob medicinskih sestara/tehničara.

5.2. Utjecaj obrazovanja

Obrazovanje	N	M	SD	t	p
Medicinska sestra / tehničar	73	70.1% (18.9)	21.18	-1.061	.294
Prvostupnik/ica sestrinstva	17	73.9% (19.9)	10.60		

Tablica 5.2.1. Prikaz deskriptivne statistike i razlika u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege s obzirom na obrazovanje medicinskih sestara/tehničara [izvor: autor]

Iako podaci u tablici 5.2.1. pokazuju kako su prvostupnici/e sestrinstva na upitniku postigli veći broj točnih odgovora (73.9%, odnosno 19.9) nego medicinske sestre/tehničari (70.1%, odnosno 18.9). Međutim, obrada je pokazala kako ova razlika nije statistički značajna ($t=-1.061$) što znači da nema razlike u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege s obzirom na obrazovanje medicinskih sestara/tehničara.

5.3. Utjecaj radnog mjesta

Odjel	N	M	SD	F	p
Odjeli interne djelatnosti	27	69.8% (18.9)	17.39	5.265	.001
Odjeli kirurške djelatnosti	30	71.9% (19.4)	18.39		
Odjel psihijatrije	8	45.8% (12.4)	27.43		
JIM	10	74.4% (20.1)	11.78		
Palijativni odjel	15	81.2% (21.9)	15.37		

Tablica 5.3.1. Prikaz deskriptivne statistike i razlika u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege s obzirom na mjesto rada medicinskih sestara/tehničara.

Podaci prikazani u tablici 5.3.1. pokazuju kako postoji statistički značajna razlika u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege s obzirom na mjesto rada medicinskih sestara/tehničara ($F=5.265$, $p<.01$). dok rezultati u tablici 7.5.1. pokazuju među kojim skupinama postoje razlike.

5.4. Prikaz post-hoc testa

Odjeli		Razlika M	p
<i>Interna djelatnost</i>	<i>Kirurška djelatnost</i>	-2.1	.993
	<i>Psihijatrija</i>	24	.012
	<i>JIM</i>	-4.6	.957
	<i>Palijativni odjel</i>	-11.4	.289
<i>Kirurška djelatnost</i>	<i>Psihijatrija</i>	26.1	.004
	<i>JIM</i>	-2.5	.995
	<i>Palijativni odjel</i>	-9.3	.470
<i>Psihijatrija</i>	<i>JIM</i>	-28.6	.010
	<i>Palijativni odjel</i>	-35.4	.000
<i>JIM</i>	<i>Palijativni odjel</i>	-6.8	.887

Tablica 5.4.1. Prikaz post-hoc testa za razlike u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege s obzirom na mjesto rada medicinskih sestara/tehničara [izvor: autor]

Djelatnici s odjela psihijatrije postižu značajno manji broj točnih odgovora od djelatnika sa svih ostalih odjela, samo 45.8%, odnosno 12.4 točnih odgovora. Ne postoji razlika u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege među djelatnicima ostalih odjela.

5.5. Utjecaj radnog iskustva

Radno iskustvo	N	M	SD	F	p
<i>0 - 5 god</i>	24	69.8% (18.8)	18.94	0.701	.650
<i>6 - 10 god</i>	19	75.8% (20.5)	14.83		
<i>11 - 15 god</i>	6	80.9% (21.8)	16.47		
<i>16 - 20 god</i>	7	68.8% (18.6)	28.76		
<i>21 - 25 god</i>	7	64% (17.3)	29.45		
<i>26-30 god</i>	9	68.7% (18.6)	9.09		
<i>31 god i više</i>	18	67.9% (18.3)	22.04		

Tablica 5.5.1. Prikaz deskriptivne statistike i razlika u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege s obzirom na godine radnog iskustvo medicinskih sestara/tehničara [izvor: autor]

Podaci u 5.5.1. pokazuju kako najveći broj točnih odgovora na upitniku postižu djelatnici koji imaju 11-15 godina radnog iskustva (80.9%), a slijede ih djelatnici sa 6-10 godina radnog iskustva (75.8%). Slijede ih djelatnici s 0-5 godina radnog iskustva (69.8%); zatim djelatnici sa

16-20 godina radnog iskustva (68.8%); djelatnici s 26-30 godina radnog iskustva (68.7%); djelatnici s 31 godinom radnog iskustva i više (67.9%). Najmanje točnih odgovora postigli su djelatnici koji imaju 21-25 godina radnog iskustva (64%).

Daljnjom obradom utvrđeno je kako navedene razlike nisu statistički značajne ($F=0.701$, $p>.05$), što znači da nema razlike u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege s obzirom na godine radnog iskustvo medicinskih sestara/tehničara.

5.6. Utjecaj edukacije

Edukacija o palijativnoj skrbi	N	M	SD	t	p
DA	24	77.8% (21)	11.86	2.076	.041
NE	66	68.2% (18.4)	21.29		

Tablica 5.6.1. Prikaz deskriptivne statistike i razlika u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege među djelatnicima koji su pohađali edukaciju o palijativnoj skrbi i onih koji nisu pohađali edukaciju [izvor: autor]

Podaci u tablici 5.6.1. pokazuju kako postoji statistički značajna razlika u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege među djelatnicima koji su pohađali edukaciju o palijativnoj skrbi i onih koji nisu pohađali edukaciju ($t=2.076$, $p<.05$) – djelatnici koji su pohađali edukaciju imali su veći broj točnih odgovora (77.8%, odnosno 21) od djelatnika koji nisu pohađali dodatnu edukaciju (68.2%, odnosno 18.4).

6. Rasprava

Rezultati ovog istraživanja pokazuju kako postoji statistički značajna razlika u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege između ispitanika Opće bolnice u Novoj Gradiški i Specijalne bolnice za psihijatrijsku i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac. Što znači da su ispitanici na Strmcu dali više točnih odgovora nego ispitanici iz Opće bolnice u Novoj Gradiški što je i bilo za očekivati. Djelatnici koji rade na Odjelu palijative imaju dostatno znanje te H1 nije potvrđena. Za djelatnike koji rade u OB u Novoj Gradiški H1 je potvrđena, znanje medicinskih sestara je nedostavno. H1 djelomično potvrđena. Druga hipoteza ovog istraživanja je da nema značajne razlike u znanju o specifičnoj zdravstvenoj njezi ispitano upitnikom među ispitanicima u Općoj bolnici u Novoj Gradiški i Specijalnoj bolnici Sveti Rafael na Strmcu te da na znanje utječe dob, stupanj obrazovanja, radno iskustvo, radno mjesto i edukacija. Hipoteza 2 je djelomično potvrđena. Rezultat je da postoji statistički značajna razlika u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege među djelatnicima Opće bolnice Nova Gradiška i Specijalne bolnice za psihijatrijsku i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac ($t=-2.313$, $p<.05$). H2 je da ne postoji razlika što znači da H2 nije potvrđena. U ovom istraživanju je dokazano da nema razlike u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege s obzirom na dob, godine radnog iskustva i obrazovanje medicinskih sestara/tehničara. H2 nije potvrđena. Dok postoji statistički značajna razlika u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege među djelatnicima koji su pohađali edukaciju o palijativnoj skrbi i onih koji nisu pohađali edukaciju ($t=2.076$, $p<.05$) – djelatnici koji su pohađali edukaciju imali su veći broj točnih odgovora (77.8%, odnosno 21) od djelatnika koji nisu pohađali dodatnu edukaciju (68.2%, odnosno 18.4). Postoji statistički značajna razlika u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege s obzirom na mjesto rada medicinskih sestara/tehničara ($F=5.265$, $p<.01$). Djelatnici s odjela psihijatrije postižu značajno manji broj točnih odgovora od djelatnika sa svih ostalih odjela – samo 45.8%, odnosno 12.4 točnih odgovora. Ne postoji razlika u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege među djelatnicima ostalih odjela. H2 potvrđena da na znanje utječe edukacija i mjesto rada.

Edukacija je vrlo bitna a i daljnje školovanje koje može puno pomoći u specifičnoj palijativnoj zdravstvenoj njezi. U Specijalnoj bolnici za psihijatrijsku i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac ispitanici rade u multidiscipliniranom timu te bolje poznaju potrebe palijativnog pacijenta i njegove obitelji.

U Općoj bolnici u Novoj Gradiški ima dosta ispitanika koji su pohađali edukaciju o palijativnoj skrbi te su također točno odgovorili na većinu ponuđenih tvrdnji kojima se ispituje poznavanje specifičnosti palijativne skrbi bez obzira što ne rade na palijativnom odjelu te posjeduju određeno znanje. Nedostatak istraživanja je nedovoljan broj muških ispitanika za

usporedbu znanja po spolu te nedovoljan broj visoko obrazovanih sestara kako bi se dobio uvid u znanje među različitim stupnjevima obrazovanja te prevelika razlika u broju ispitanika po odjelima. Iz svog istraživanja mogu donijeti zaključak da je svim ispitanicima u sustavu palijativne skrbi potrebna trajna edukacija, kao i efikasna pomoć i podrška šire društvene zajednice. Palijativna skrb raste i širi se diljem svijeta jer je prepoznata kao nezamjenjiva pomoć sadašnjice ali i budućnosti. U istraživanju koje je provedeno u Općoj bolnici „Dr. Tomislav Bradek“ Koprivnica slično je našem istraživanju jedino što je u njemu korišten upitnik PCQN, s kojim se istraživalo znanje medicinskih sestara. Rezultati ovog istraživanja pokazuju da je znanje medicinskih sestara nedostatno [24]. Isto istraživanje je provedeno i u OŽB u Našicama gdje je također korišten upitnik PCQN te je i tamo znanje medicinskih sestara nedostatno. Slična studija je provedena i u bolnici u Indiji. Istraživanje je provedeno 2012. godine u multispecialističkoj tercijarnoj bolnici gdje je istraživanjem dokazano da je znanje medicinskih sestara nedostatno te da na znanje utječe obrazovanje i kliničko iskustvo [25]. Slična studija je provedena kod medicinskog osoblja bolnice Ekiti State College, koja se nalazi u Ado-Ekiti u jugozapadnoj Nigeriji tijekom mjeseca travnja 2013. Rezultat istraživanja vezano uz definiciju i filozofiju palijativne skrbi je dostatan a u nekim drugim područjima je nedostatan te je potrebno kontinuirano obrazovanje medicinskih sestara iz područja palijativne skrbi [26]. U Vijetnamu je provedena studija u tri bolnice samo na onkološkim odjelima [27]. Studija je provedena 2014. Rezultat istraživanja je da medicinske sestre koje rade na onkološkim odjelima nemaju dovoljno znanja te im je potrebna edukacija o palijativnoj skrbi, posebno o boli, psihološkoj i duhovnoj skrbi te komunikaciji [27].

Rezultati istraživanja u Republici Hrvatskoj i u ostalim zemljama su slični i zaključak je da medicinske sestre/tehničari nemaju dovoljno znanja o palijativnoj skrbi. U budućnosti bi se u Republici Hrvatskoj i u svijetu trebali promijeniti ovakvi rezultati a tome može pridonijeti trajna edukacija i trajno usavršavanje medicinskih djelatnika. Zdravstveni sustav će znati prepoznati nedostatke u skrbi za palijativnog pacijenta te će osigurati trajno usavršavanje medicinskih sestara/tehničara. Tada bi se zadovoljile potrebe pacijenata a i medicinskog osoblja.

7. Zaključak

Medicinske sestre/tehničari imaju veliku ulogu u skrbi za palijativnog pacijenta. Do nedavno se smatralo da su oni samo pomoćnici liječnika i da im je glavna uloga sudjelovati u zdravstvenoj njezi. Puno puta je njihova uloga podcijenjena od liječnika, a i od rodbine oboljeloga. Ne razumiju da su oni važna karika palijativnog multidiscipliniranog tima te su u svome poslu nezamjenjivi. Veliku ulogu u zanimanju medicinske sestre/tehničara ima trajno usavršavanje i obrazovanje za one koji imaju mogućnost daljnjeg napredovanja. Za zdravstvenog djelatnika je bitno trajno usavršavanje jer svakim danom se uvode noviteti te su potrebne medicinske sestre/tehničari sa dostatnim znanjem i određenim kompetencijama. Trajnim usavršavanjem i edukacijama se postaje kvalitetnija i bolja medicinska sestra/tehničar. Svako napredovanje donosi boljitak za tim koji će moći pružiti sveobuhvatnu skrb i brigu za pacijenta i njegovu obitelj. Palijativna skrb je specifična jer skrbi o kroničnim bolesnicima gdje kurativna medicina više ne može ništa učiniti. Iz prethodnih istraživanja možemo zaključiti da medicinskim djelatnicima nedostaje određeno znanje o specifičnoj palijativnoj zdravstvenoj njezi. Razlog tome je nedostatak u obrazovanju medicinskih sestara/tehničara.

U budućnosti bi se trebao uvesti predmet Zdravstvene njege palijativnog pacijenta u srednje medicinske škole pa nastaviti sa predavanjima i na studiju Sestrinstva gdje već na pojedinim Zdravstvenim sveučilištima ima obavezan kolegij. Zdravstvena njega na akutnom odjelu se razlikuje od palijativne njege iako dosta medicinskih djelatnika ne razumije razliku između dvije grane koje su naizgled iste za one koji nisu pohađali nikakvu edukaciju o specifičnostima palijativne skrbi. Oni smatraju da imaju dosta znanja za rad sa palijativnim pacijentima a to možemo potvrditi i rezultatom upitnika da većina ispitanika, njih 56.7% smatra da imaju dovoljno znanja i kompetencija za rad s palijativnim bolesnikom. Palijativna skrb treba biti dostupna u svim zdravstvenim ustanovama jer akutni odjeli polako prelaze u palijativne iako većina zdravstvenih djelatnika toga nije svjesna. Obitelji oboljelih ne vide razliku između akutnog odjela i odjela za palijativnu skrb te često dolazi do sukoba između medicinskog osoblja i rodbine. Zbog neorganiziranog posla najviše stradava pacijent jer ne dobiva potrebnu skrb i njegu. Ona treba biti dostupna 24 sata, u zdravstvenoj ustanovi ali i kod kuće te je zbog toga potreban multidisciplinirani tim koji zna kako, kada i što primijeniti za dobrobit potrebitih u njihovoj nevolji. Palijativni pristup se ne odgađa do terminalne faze već se primjenjuje ranije kako bi se osigurala aktivna skrb za udobnost i pozitivan pristup smanjenju patnje. U daljnjem razvoju, treba organizirati educirane interdisciplinarne i multidisciplinirane timove, osigurati raspolaganje lijekovima i stručnim pomagalima te donijeti zakone koji štite bolesnika i sve one koji za njega skrbe. Palijativna skrb se u javnosti treba promicati kao oblik cjelovitog, stručnog,

javnog i humanitarnog djelovanja. Ljudski život je jedan i neponovljiv i svako ljudsko biće ima pravo da ga dostojanstveno završi.

U Varaždinu, dana 12. prosinca 2017.

Ivana Matošević

8. Literatura

- [1] World Health Organization: National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, Geneva, 2002.
- [2] A. Jušić: Preporuka REC (2003.) 24 Povjerenstva ministara vijeća Europe državama članicama o organizaciji palijativne skrbi, Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb, HLZ, Zagreb, 2004.
- [3] E. Kübler-Ross: Razgovori s umirućima, Provincijalat franjevac trećoredaca, Zagreb, 2007.
- [4] <http://www.samoborskiglasnik.net/razgovor.asp?datum=20050205&sif=96>, dostupno 14. kolovoza 2017.
- [5] L. Radbruch, S. Payne i Upravni odbor EAPC: Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi, Hayward Group, 2009.
- [6] T. Sitte: Savjeti za njegu, palijativna skrb, Njemačka palijativna izdavačka kuća, br. 15, Fulda 2016., str. 40-62
- [7] S. Vuletić, B. Juranić, Š. Mikšić, Ž. Rakošec: Palijativna skrb i medicinsko-duhovne potrebe terminalnih bolesnika, Bogoslovska smotra, br. 84, veljača 2015., str. 884-903
- [8] A. Jušić: Palijativna medicina-palijativna skrb, Medicus, Maligni tumori, br. 10, studeni 2001., str. 247-252
- [9] A. Jušić: Tiha revolucija u medicini, Medix, br. 60/61, studeni 2005., str. 146-148 dostupno 17. kolovoza 2017.
- [10] A. Jušić i suradnici: Hospicij i palijativna skrb, Školska knjiga, Zagreb 1995.
- [11] C. Saunders, N. Sykes: Palijativna skrb u završnom stadiju maligne bolesti, Školska knjiga, Zagreb, 1996.
- [12] M. Šakić: Vodič za liječenje na Odjelu palijativne skrbi i dugotrajnog liječenja u Specijalnoj bolnici za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac, Šumetlica 2016. str. 8-12
- [13] R. Ostojić i suradnici: Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. - 2020., Ministarstvo zdravlja RH, Zagreb, 2012.
- [14] <https://zdravlje.gov.hr/.../NP%20razvoja%20palijativne%20skrbi%20u%20RH%2020>, dostupno 22. kolovoza 2017.
- [15] V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković: Palijativna skrb, brinimo zajedno, Medicinska naklada, Zagreb, 2014.
- [16] A. Jušić: Hospicijski pokret u Hrvatskoj, Glasnik pulske bolnice, br. 6, prosinac 2009., str. 124-125

- [17] www.kzz.hr/sadrzaj/kategorije/palijativna-skrb/Palijativna_skrb_strateski_plan.pdf, dostupno 20. kolovoza 2017.
- [18] V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković: Osnove palijativne medicine, Medicinska naklada Zagreb, 2013.
- [19] M. Braš, V. Milunović, L. Brajković, Đ. Đorđević: Principi palijativne medicine, Neurologia Croatica, br. 3/4, 2011., str. 104
- [20] V. Novak: Sindrom izgaranja medicinskih djelatnika u radu s umirućim pacijentima, Sestrinski glasnik, br. 19, studeni 2014., str. 192-195
- [21] <https://moodle.vz.unin.hr/moodle/course/view.php?id=681>, dostupno 10. kolovoza 2017.
- [22] <https://moodle.vz.unin.hr/moodle/course/view.php?id=663>, dostupno 13. kolovoza 2017.
- [23] <https://www.palijativna-skrb.hr/index.php/popis-dokumenata>, dostupno 24. kolovoza 2017.
- [24] S. Lovrić: Spoznaje medicinskih sestara u bolnici o palijativnoj skrbi, Diplomski rad, Zagreb, 2016.
- [25] V. Prem, H. Karvannan and associates, Study of Nurses Knowledge about Palliative Care: A quantitative cross-sectional survey, Indian Journal of Palliative Care, no. 18, May - August, 2012., str. 122-127
- [26] J. Fadare, A. Obimakinde, D. Olaogun, J. Afolayan, O. Olatunya, K. Ogundipe: Perception of Nurses about Palliative Care: Experience from South - West Nigeria, Annals of medical health sciences research, no. 4, September-October, 2014., str. 723-727
- [27] P. Yates, Y. Osborne: Palliative care knowledge, attitudes and perceived self-competence of nurses working in Vietnam, International journal of palliative nursing, no. 20, septembar, 2014.
- [28] <https://www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/download/108/118>, dostupno 10. kolovoza 2017.
- [29] M. Brkljačić: Aktualno stanje palijativne skrbi u Hrvatskoj, Služba Božja, br. 3-4, prosinac 2013., str. 368-372
- [30] N. Sopić: Organiziranje sustava prijema i otpusta pacijenata u palijativnoj skrbi Diplomski rad, Sveučilišni diplomski studij Sestrinstva, Zagreb, 2014.

Popis tablica i grafova

Tablica 4.1.1. Prikaz broja ispitanika [izvor: autor]

Tablica 4.2.1. Prikaz ispitanika prema spolu [izvor: autor]

Tablica 4.3.1. Prikaz ispitanika prema dobi [izvor: autor]

Tablica 4.4.1. Prikaz ispitanika prema obrazovanju [izvor: autor]

Tablica 4.5.1. Prikaz radnog iskustva ispitanika [izvor: autor]

Tablica 4.6.1. Prikaz mjesta rada ispitanika [izvor: autor]

Tablica 4.7.1. Prikaz rada s pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb [izvor: autor]

Tablica 4.8.1. Prikaz predavanja o palijativnoj skrbi tijekom obrazovanja [izvor: autor]

Tablica 4.9.1. Prikaz specifične edukacije o palijativnoj skrbi [izvor: autor]

Tablica 4.10.1. Prikaz specifične edukacije o palijativnoj skrbi u radu s pacijentima [izvor: autor]

Tablica 4.11.1. Prikaz znanja i kompetencija za rad s palijativnim bolesnikom [izvor: autor]

Tablica 4.12.1. Distribucija odgovora svih ispitanika na upitniku poznavanja specifičnosti palijativne zdravstvene njege [izvor: autor]

Tablica 4.13.1. Prikaz deskriptivne statistike za ukupan rezultat na anketi poznavanja specifičnosti palijativne zdravstvene njege [izvor: autor]

Tablica 5.1.1. Prikaz deskriptivne statistike i razlika u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege među djelatnicima OB Nova Gradiška i Specijalne bolnice za psihijatrijsku i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac [izvor: autor]

Tablica 5.2.1. Prikaz utjecaja dobi na ispunjavanje upitnika [izvor: autor]

Tablica 5.3.1. Prikaz deskriptivne statistike i razlika u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege s obzirom na obrazovanje medicinskih sestara/tehničara [izvor: autor]

Tablica 5.4.1. Prikaz deskriptivne statistike i razlika u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege s obzirom na mjesto rada medicinskih sestara/tehničara [izvor: autor]

Tablica 5.5.1. Prikaz post-hoc testa za razlike u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege s obzirom na mjesto rada medicinskih sestara/tehničara [izvor: autor]

Tablica 5.6.1. Prikaz deskriptivne statistike i razlika u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege s obzirom na godine radnog iskustva med. sestara/tehničara [izvor: autor]

Tablica 5.7.1. Prikaz deskriptivne statistike i razlika u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege među djelatnicima koji su pohađali edukaciju o palijativnoj skrbi i onih koji nisu pohađali edukaciju [izvor: autor]

Prilog 1/Dozvola Etičkog povjerenstva OB "Dr. Josip Benčević Slavonski Brod"



Etičko povjerenstvo

Opća bolnica "Dr. Josip Benčević"

Ul. Andrije Štampara 42

Slavonski Brod: 27.08.2017.

Predmet: Suglasnost Etičkog povjerenstva za provođenje istraživanja pod naslovom: "Postoje li razlike u poznavanju specifičnosti palijativne zdravstvene njege kod medicinskih sestara Opće bolnice Nova Gradiška i Specijalne bolnice za psihijatrijsku i palijativnu skrb Sveti Rafael na Strmcu" u svrhu izrade završnog rada na Sveučilišnom diplomskom studiju sestrinstva Sjever u Varaždinu. Istraživanje će provesti Ivana Matošević, med. sestra koja radi na odjelu Neurologije u Novoj Gradiški

Obrazloženje: Cilj istraživanja je nadopuniti i istražiti znanje medicinskih sestara i tehničara koji rade s palijativnim pacijentima.

Istraživanje će se provesti među zdravstvenim radnicima uposlenim na odjelima Opće bolnice u Novoj Gradiški i Specijalne bolnice za psihijatrijsku i palijativnu skrb Sveti Rafael na Strmcu. Metode istraživanja će sadržavati anonimne anketne upitnike koje će ispunjavati medicinske sestre/tehničari koji rade u internističkim, kirurškim i psihijatrijskim odjelima, te u Jedinici za moždane udare. Ankete će sadržavati opće podatke (spol, dob, edukaciju, godine radnog staža, te osnovne podatke o specifičnostima koje se susreću u radu s palijativnim pacijentima).

Svi podatci prikupljeni za vrijeme istraživanja služit će u svrhu izrade završnog rada, a identitet svih ispitanika ostat će strogo povjerljiv i zaštićen. Istraživanje će se provesti u skladu sa svim Etičkim načelima, čiji je cilj osigurati pravilno provođenje i sigurnost osoba koje sudjeluju u ovom istraživanju, uključujući Osnove dobre kliničke prakse, Helsinšku deklaraciju, Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske i Zakon o pravima pacijenata Republike Hrvatske.

Temeljem priložene dokumentacije Etičko povjerenstvo je zaključilo da nema etičkih zapreka za provođenje navedenog istraživanja.



Predsjednik Etičkog povjerenstva:

Prof. prim. dr. sc. Ivo Matić, dr. med.

Prilog 2/ Dozvola Etičkog povjerenstva Specijalne bolnice za psihijatriju i palijativnu skrb „Sveti Rafael“ Strmac



Bolnički red Svetog Ivana od Boga – Milosrdna braća
SPECIJALNA BOLNICA ZA PSIHIJATRIJU I PALIJATIVNU SKRB
„SVETI RAFAEL“ STRMAC
Strmac Naselje 4, Šumetlica, 35404 Cernik
OIB 34177692639 * IBAN HR6423400091110450906 * TEL: 035/386-700 * FAX:035/386-701

URBROJ: 381-01-00-17-1461
Šumetlica, 08. 09. 2017. godine

Ivana Matošević
Cernička Šagovina 37
Cernik

PREDMET: Provođenje ankete u svrhu istraživačkog rada

Odobrava se provođenje anketiranja medicinskih sestara/ tehničara na Odjelu palijativne skrbi u SB „Sveti Rafael“ Strmac u svrhu znanstvenog istraživanja, a temeljem Zamolbe Ivane Matošević, med.sestre, Ur.broj: 3810100-171456 studentice stručnog studija Sestrinstva na Sveučilištu Sjever u Varaždinu.

Provođenje ankete odobrava se u svrhu znanstvenog istraživanja, te se rezultati iste ne smiju u druge svrhe upotrijebiti.

Raynateljica:
Maristela Šakić, dr.med.spec.psihijatar



Dostaviti:
① Ivana Matošević
2. Arhiva

Prilog 3/Upitnik za istraživanje

Poštovane/i,

ovaj upitnik izrađen je za potrebe istraživanja u sklopu završnog rada pod naslovom „Specifičnosti palijativne zdravstvene njege u OB Nova Gradiška i Specijalnoj bolnici za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael na Strmcu“, studij Sestrinstva odjel Biomedicinskih znanosti, Sveučilište Sjever pod mentorstvom dr. sc. Marijane Neuberg. Upitnik je u potpunosti anoniman i dobrovoljan, a rezultati neće biti prikazani pojedinačno te će se isključivo koristiti za potrebe navedenog istraživanja. Zahvaljujem na vremenu i strpljenju kod rješavanja upitnika!

Ivana Matošević

Zaokružite slovo ispred odgovarajućeg odgovora.

1. Vaš spol :

a) Žensko

b) Muško

2. Vaša dob:

a) 18-24 d) 45-54

b) 25-34 e) 55 i više

c) 35-44

3. Vaše obrazovanje je

a) Medicinska sestra

b) Prvostupnica sestrinstva

c) Magistra sestrinstva/Diplomirana medicinska sestra

4. Godine radnog iskustva/staža:

a) 0-5 e) 21-25

b) 6-10 f) 26-30

c) 11-15 g) 31 i više

d) 16-20

5. Na kojem odjelu radite:

a) Odjeli interne djelatnosti d) JIL

b) Odjeli kirurške djelatnosti e) Palijativni odjel-bolnica Sveti Rafael Strmac

c) Odjel psihijatrije

6. U svakodnevnom radu susrećem se sa pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb?

a) Da

b) Ne

7. Tijekom svog obrazovanja imala sam barem 10 sati predavanja o palijativnoj skrbi:

a)Da

b)Ne

8.Pohađala sam specifičnu edukaciju o palijativnoj skrbi sa odabranim temama:

a)Da

b)Ne

9.Specifična edukacija o palijativnoj skrbi pomogla bi mi u radu sa pacijentima:

a)Da

b)Ne

c)Ne znam

10.Imam dovoljno znanja i kompetencija za rad sa palijativnim bolesnikom:

a)Da

b)Ne

c)Ne znam

11.Na slijedeće tvrdnje odgovorite tako da stavite oznaku X u Vama odgovarajuće polje.

	TOČNO	NETOČNO	NEZNAM
1.Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života pacijenta i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim sa smrtonosnom bolešću.			
2.Palijativna skrb pruža pomoć samo oboljelima.			
3.Palijativna skrb pruža pomoć pacijentu i njegovim bližnjima i to na način da im se pomogne fizički, psihosocijalno i duhovno.			
4.Palijativna skrb tretira smrt kao normalan proces koji dolazi na kraju života te ne pokušava niti ubrzati niti odgoditi smrt.			
5.Palijativna skrb se odnosi i na bolesnike koji boluju od demencije,neuroloških bolesti,zadnji stadiji bolesti srca ili jetre i drugih oboljenja.			
6.Kod palijativnog pacijenta od velike je važnosti prepoznavanje boli i suzbijanje boli na najbolji način koji je prikladan za takvog pacijenta.			
7.Kod liječenja boli u palijativnih bolesnika najvažnije su dobro razvijene komunikacijske vještine, vještine prepoznavanja i evidencije boli.			
8.Poželjno je primijeniti analgetik per os kada je moguće,ako nije lijek dajemo supkutano.			

	TOČNO	NETOČNO	NEZNAM
9. Intramuskularna injekcija je metoda izbora primjene lijeka palijativnom bolesniku.			
10. Totalna bol je psihosocijalna, fizička i duhovna bol.			
11. Totalna bol jedan je od najčešćih i najkompleksnijih simptoma kod palijativnih bolesnika mnogo puta neprepoznat i neliječen na adekvatan način.			
12. Palijativnom bolesniku može se umanjiti osjećaj žeđi ako žvače smrvljeni led ili smrvljeno smrznuto voće.			
13. Tekućina koju apliciramo preko NG - sonde za hranjenje, supkutano ili intravenozno efikasnije smanjuje osjećaj žeđi od primjene peroralno tekućine u malim količinama.			
14. Hranjenje na sondu i parenteralna prehrana uzrokuju neudobnost i obično nisu indicirani u bolesnika u terminalnoj fazi.			
15. Hranjenje na NG-sondu se obično započinje malim količinama razrijeđenih pripravaka sa vodom (npr. Ensure) te se povećava prema podnošenju.			
16. U terminalnoj fazi pacijent ne osjeća žeđ ni želju za tekućinom.			
17. Obitelj se najviše boji za svoje članove da ne umru od gladi i žeđi.			
18. Komunikacija sa palijativnim pacijentom zahtjeva specifičnu edukaciju i vježbanje.			
19. Na palijativnom odjelu posjete ne smiju biti ograničene.			
20. Na odjelu je potrebno osigurati prostoriju za obitelj koja želi biti uz pacijenta kroz 24h.			
21. Multiprofesionalnom timu osim medicinskog osoblja pripada i duhovnik.			
22. Na palijativnom odjelu dolazi brže do izgaranja medicinskog osoblja nego na drugim odjelima.			
23. Bazalna stimulacija je bitna i korisna u posljednjoj fazi života.			
24. Palijativna se skrb može odvijati kod kuće, u domu za njegu, u domu za starije osobe, u bolnici, u hospiciju.			
25. Pomoć članovima obitelji u fazi žalovanja važan je dio palijativne skrbi.			
26. Posljednji dane života pacijent će najkvalitetnije provesti u vlastitom domu, u krugu obitelji.			
27. Liverpoolski klinički put je razvijen kako bi medicinskom osoblju omogućio da pružaju kvalitetnu skrb na kraju pacijentova života.			

—
H130N
ALISREAINO

Sveučilište
Sjever



SVEUČILIŠTE
SJEVER
—

**IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU**

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Ivana Matošević (*ime i prezime*) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Specifičnosti paliativne zbr. njege u OB Nova Gradiška i Specijalnoj bolnici Sveti Rafael na Strmcu (*upisati naslov*) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Matošević Ivana
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Ivana Matošević (*ime i prezime*) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Specifičnosti zdr. njege u OB Nova Gradiška i Specijalnoj bolnici Sveti Rafael na Strmcu (*upisati naslov*) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Matošević Ivana
(vlastoručni potpis)