

Razlike u stavovima i znanju o palijativnoj skrbi zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika u Općoj bolnici Karlovac

Čović, Ivona

Master's thesis / Diplomski rad

2021

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:156926>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-18**

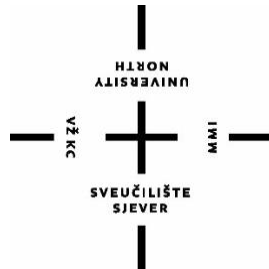


Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



DIPLOMSKI RAD br. 070/SSD/2021

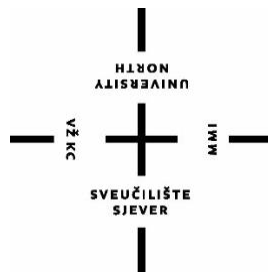
**RAZLIKE U STAVOVIMA I ZNANJU O
PALIJATIVNOJ SKRBI ZDRAVSTVENIH I
NEZDRAVSTVENIH DJELATNIKA U
OPĆOJ BOLNICI KARLOVAC**

IVONA ČOVIĆ

Varaždin, rujan 2021. godine

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo
- menadžment u sestrinstvu



DIPLOMSKI RAD br.070/SSD/2021

RAZLIKE U STAVOVIMA I ZNANJU O
PALIJATIVNOJ SKRBI ZDRAVSTVENIH I
NEZDRAVSTVENIH DJELATNIKA U
OPĆOJ BOLNICI KARLOVAC

Student:
Ivona Čović, 1300/336D

Mentor:
prof.dr.sc. Ino Husedžinović

Varaždin, rujan 2021. godine

Obrazac prijave diplomskog rada

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR-42000 Varaždin

HAZON
ALISBAINN

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu

PRISTUPNIK Ivona Čović

MATIČNI BROJ 1300/336D

DATUM 26.05.2021.

KOLEGIJ Multivarjabilni pristupi u transfuzijskoj medicini

NASLOV RADA Razlike u stavovima i znanju o palijativnoj skrbi zdravstvenih i nezdravstvenih
djelatnika u Općoj bolnici Karlovac

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Differences in attitudes and knowledge about palliative care of health and non-health
workers in the General Hospital Karlovac

MENTOR dr.sc. Ino Husedžinović

ZVANJE prof.dr.sc.

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. doc.dr.sc. Marijana Neuberger, predsjednik
2. prof.dr.sc. Ino Husedžinović, mentor
3. izv.prof.dr.sc. Karlo Houra, član
4. izv.prof.dr.sc. Marin Šubarić, zamjenski član
5. _____

DR. Ž.

MMT

Zadatak diplomskog rada

BROJ 070/SSD/2021

OPIS

Cilj istraživanja je ukazati na važnost uloge u znanju o palijativnoj skrbi zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika te ispitati postoje li razlike u znanju o palijativnoj skrbi između zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika u Općoj bolnici Karlovac. Kao instrument istraživanja koristit će se anketni upitnik koji je konstruiran za potrebe ovog istraživanja. Upitnik se sastoji od 18 pitanja. Ispitanici će biti zdravstveni i nezdravstveni djelatnici Opće bolnice Karlovac. Zdravstvene djelatnike bi sačinjavale medicinske sestre i medicinski tehničari, a nezdravstvene bi sačinjavali djelatnici Odsjeka za higijenu, dijetetiku i tehničke poslove. U ispitivanju će sudjelovati 50 zdravstvenih i 50 nezdravstvenih djelatnika Opće bolnice Karlovac. Suglasnost za provedbu ispitivanja je dobivena od Etičkog povjerenstva Opće bolnice Karlovac. Rezultati istraživanja su prikazani u grafičkoj formi te ispod svakog grafičkog prikaza slijedi kratko obrazloženje podataka. Očekivanim znanstvenim doprinosom istraživanja postići će se uvid u bolje znanje zdravstvenih djelatnika od nezdravstvenih djelatnika o palijativnoj skrbi te pozitivnije stavove zdravstvenih od nezdravstvenih djelatnika.

ZADATAK URUČEN

09.06.2021.



Predgovor

Velika zahvala svima na svim savjetima, na strpljenju i pruženoj podršci, a posebice mentoru prof.dr.sc. Ini Husedžinoviću na stručnoj pomoći, na savjetima i uloženom trudu tijekom izrade ovog diplomskog rada.

Velika zahvala i mojoj cijeloj obitelji, posebice mojoj djeci i suprugu, koji su tijekom ovog razdoblja bili moja najveća podrška, potpora i oslonac.

Sažetak

Palijativna skrb je područje zdravstvene zaštite, a zadatak joj je sprječavanje i ublažavanje patnje bolesnika. Prema svjetskoj zdravstvenoj organizaciji palijativna skrb poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji. Obitelj bolesnika se suočava s problemima vezanim uz po životno opasne bolesti, kroz prevenciju i olakšavanje patnje uz točnu procjenu liječenja boli te ostalih fizičkih, psihosocijalnih i duševnih problema. Način i pružanje palijativne skrbi unutar granica Europske Unije određen je preko Europske Udruga za Palijativnu skrb gdje su propisane obveze i načini pružanja palijativne skrbi. Medicinska sestra kao dio interdisciplinarnog tima ima nezamjenjivu ulogu u pružanju palijativne skrbi i njege pacijenta te mora biti praktički "voditelj" u psihosocijalnom, etičko moralnom i fiziološkom kontekstu kod pacijenta. Uloga je velika, stoga se mora imati i adekvatni stupanj obrazovanja da bi kvaliteta njege i skrbi bila što kvalitetnija.

Cilj ovog diplomskog rada je ukazati na važnost uloge znanja o palijativnoj skrbi zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika te ispitati postoje li razlike u znanju o palijativnoj skrbi između zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika u Općoj bolnici Karlovac.

U istraživanju se koristio anketni upitnik koji je konstruiran za potrebe ovog diplomskog rada. Upitnik se sastojao od 18 pitanja, a mogao se dati samo jedan odgovor. U ispitivanju je sudjelovalo 50 zdravstvenih i 50 nezdravstvenih djelatnika Opće bolnice Karlovac. Zdravstvene djelatnike su sačinjavale medicinske sestre i liječnici, a nezdravstvene su sačinjavali djelatnici Odsjeka za higijenu, dijetetiku i tehničke poslove.

Očekivani znanstveni doprinos istraživanja ovog rada je uvid da zdravstveni djelatnici imaju veće znanje i pozitivnije stavove o palijativnoj skrbi od nezdravstvenih djelatnika Opće bolnice Karlovac.

Ključne riječi: palijativna skrb, kvaliteta života, obitelj, medicinska sestra

Abstract

Palliative care is an area of health care, and its task is to prevent and alleviate the suffering of patients. According to the World Health Organization, palliative care improves the quality of life of patients and their families. The patient's family faces problems related to life-threatening illnesses, through the prevention and alleviation of suffering with an accurate assessment of the treatment of pain and other physical, psychosocial and mental problems. The manner and provision of palliative care within the borders of the European Union is determined through the European Association for Palliative Care, where the obligations and methods of providing palliative care are prescribed. The nurse as part of the interdisciplinary team has an irreplaceable role in providing palliative care and patient care and must be a practical "leader" in the psychosocial, ethical, moral and physiological context of the patient. The role is great, so there must be an adequate level of education in order for the quality of care to be as high quality as possible. The aim of this thesis is to point out the importance of the role of knowledge about palliative care of health and non-health workers and to examine whether there are differences in knowledge about palliative care between health and non-health workers at the General Hospital Karlovac. The research used a survey questionnaire that was constructed for the purposes of this thesis. The questionnaire consisted of 18 questions and only one answer could be given. The study involved 50 health and 50 non-health employees of the General Hospital Karlovac. Health care workers consisted of nurses and doctors, and non-health care workers consisted of employees of the Department of Hygiene, Dietetics and Technical Affairs. The expected scientific contribution of the research of this paper is the insight that health care workers have greater knowledge and more positive attitudes about palliative care than non-health care workers of the General Hospital Karlovac.

Key words: palliative care, quality of life, family, nurse

Popis korištenih kratica

SZO	Svjetska zdravstvena organizacija
VAS	Vizualno-analogni skala za procjenu jačine boli
EAPC	European Association for Palliative Care
CEPAMET	Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine
KBC	Klinički bolnički centar
SAD	Sjedinjene Američke Države
ECEPC	European Certificate in Essential Palliative Care

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Palijativna skrb.....	2
1.2. Osnovna načela palijativne skrbi	3
1.3. Povijesni razvoj palijativne medicine i palijativne skrbi u svijetu	3
1.4. Povijesni razvoj palijativne medicine i palijativne skrbi u Hrvatskoj	4
2. RAZRADA	5
2.1. Razine palijativne skrbi	5
2.2. Organizacijski oblici palijativne skrbi.....	6
2.2.1. <i>Organizacijski oblici palijativne skrbi su:</i>	6
2.3. Multidisciplinarni tim u palijativnoj skrbi	7
2.4. Razumijevanje i prihvaćanje smrti - Model Kübler-Ross	9
2.5. Procjena boli	9
2.6. Olakšavanje simptoma u krajnjem stadiju bolesti.....	12
3. ZNANJA I VJEŠTINE KOJE SE MORAJU POSJEDOVATI U PALIJATIVNOJ SKRBI	13
3.1. Komunikacija u palijativnoj skrbi.....	15
3.2. Povelja: „Prava umiruće osobe“	15
4. EMPIRIJSKI DIO RADA.....	17
4.1. Cilj i hipoteze istraživanja	17
4.2. Opis uzorka.....	17
4.3. Opis instrumenta.....	18
4.4. Tehnike i metode prikupljanja i obrade podataka	18
4.5. Etički vidik istraživanja.....	19
4.6. Rezultati	20
5. RASPRAVA	27
6. ZAKLJUČAK	33
7. LITERATURA	34
8. POPIS SLIKA	38
9. POPIS TABLICA.....	38
PRILOG-ANKETNI UPITNIK.....	40

1. UVOD

Palijativna skrb je sustav podrške kako bi se bolesnicima pomoglo živjeti aktivno u skladu sa bolešću u zadnjem razdoblju života [1].

Palijativna skrb poboljšava kvalitetu života samog bolesnika i njegove obitelji koji su suočeni sa problemima neizlječivih i uznapredovalih bolesti [1]. Važno je sprječavanje i ublažavanje patnje pomoću ranog prepoznavanja te liječenja boli i ostalih problema, kao što su fizički, psihosocijalni i duhovni [1]. Holistički pristup je temeljna sastavnica u palijativnoj skrbi koja se sastoji od kontrole boli, vještina komunikacije, psihološke i duhovne podrške, komplementarnog liječenja, edukacija obitelji za pružanje adekvatne skrbi te zaštita obitelji i onih koji pružaju skrb uključujući koordinaciju i integraciju skrbi i podršku u žalovanju [2]. Na pojavu simptoma utječe nekoliko čimbenika kao što su pridružene bolesti, napredovanje bolesti, terapijski zahvati, ali i također stručna osposobljenost liječnika i obitelji za prepoznavanje simptoma [2]. Razvojem medicine došlo je i do novih načina shvaćanja poboljšanja kvalitete života. Razvoj medicine nam je produžio životni vijek, no s time su se javile i bolesti poput onkoloških koje vidno mogu narušiti kvalitetu života pojedinca, a tehnološko-medicinske mogućnosti kod pojedinaca mogu biti ograničene. Upravo kod takvih bolesnika javila se potreba za palijativnom medicinom. U modernoj medicini pored boljih i naprednijih medikamentnih mogućnosti u suzbijanju boli, palijativna medicina se više bazira na individualnu psihosocijalnu razinu suzbijanja boli i duhovnu razinu umirućeg pacijenta. Glavni cilj palijativne skrbi je pacijentu vratiti kvalitetu života, umanjiti simptome, smanjiti patnju te omogućiti mu normalno funkcioniranje kroz svakodnevne prepreke i aktivnosti koje on obavlja uz poštivanje kulturno religijskih i etičkih vrijednosti.

Osnovna misija palijativne skrbi je pacijentu smanjiti bol, pružiti bolesniku i zdravstvenom djelatniku psihosocijalnu podršku te riješiti etičke probleme vezane uz umiranje. Pod pojmom brige podrazumijevamo brojne zdravstvene, holističke i psihološke probleme koji se javljaju [3]. Medicinska sestra igra vrlo važnu ulogu u palijativnoj skrbi. Zato se njezine kompetencije u palijativnoj skrbi moraju razvijati svakodnevno.

1.1. Palijativna skrb

Prema definiciji Europskog društva za palijativnu skrb i SZO, palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji koji su suočeni sa uznapredovalim i neizlječivim bolestima [1]. Patnja se ublažava pomoću ranog prepoznavanja i liječenja boli te je bitno ublažavanje fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih problema [4]. Palijativna skrb obuhvaća bolesnika, njegovu obitelj i cijelu zajednicu, što znači da je ona interdisciplinarna. Ona obuhvaća ispunjavanje bolesnikovih potreba gdje god se za njega skrbilo, kod kuće ili u nekoj ustanovi. Moramo naglasiti da je palijativna skrb sastavni dio našeg života te se njome nastoji u konačnici očuvati i podizati najbolja moguća kvaliteta života sve do smrti. Dakle, glavni fokus svake palijativne skrbi je patnja te smišljanje načina kako patnju te sve popratne nuspojave patnje smanjiti. Palijativnu skrb ne treba pomiješati sa hospicijskom skrbi, jer je hospicij mjesto gdje se palijativna skrb provodi. Važno je naglasiti da palijativna skrb ne liječi osnovni uzrok bolesti, već da je primarni cilj palijativne skrbi ublažavanje simptoma i patnje. Dakle, glavna terapija odnosno, lijekovi i tretmani u tom su smislu simptomatski, a ne kauzalni, uzročni. Iako palijativna skrb kao pojam postoji već dugo vremena i pojam nije baš nepoznat većini, ipak današnji liječnici su i dalje fokusirani na liječenje glavnog uzroka. Razlozi u tome stoje vjerojatno u nedostatnoj edukaciji.

1.2. Osnovna načela palijativne skrbi

Pružanje palijativne skrbi, a time i razvoj sustava u kojem se ona pruža bolesniku i obitelji, zasniva se na osnovnoj filozofiji i načelima palijativne skrbi [4].

Načela palijativne skrbi su:

- autonomija
- dostojanstvo
- terapijski odnos između bolesnika i obitelji
- kvaliteta života uz olakšanje psihofizičke patnje
- stajališta prema životu i smrti
- komunikacija
- podizanje svijesti građana
- multidisciplinarni i interdisciplinarni pristup
- tuga i žalovanje [4].

1.3. Povijesni razvoj palijativne medicine i palijativne skrbi u svijetu

Povijesni razvoj palijativne medicine u SAD-u, Kanadi i Velikoj Britaniji potaknut je uz pomoć nekoliko povijesnih ličnosti i vizionara, a sve zbog reakcija na promjene u medicinskoj kulturi.

Prave temelje palijativnoj skrbi kakvu danas poznajemo postavila je medicinska sestra Cicely Saunders koja je daljnjom edukacijom postala liječnica. Medicinska sestra Cicely Saunders je začetnica hospicijskog pokreta. Hospicijski pokret je imao važan utjecaj u promicanju palijativne skrbi i medicine. Ona je smatrala da palijativna skrb mora biti baš onakva kakvom je mi i danas smatramo, a to je interdisciplinarna.

Pojam interdisciplinarno podrazumijeva zdravstvenu, socijalnu i psihološku komponentu kao i holistički pristup. Pri tome treba imati na umu kojoj vjerskoj, rasnoj ili etičko kulturalnoj grupaciji bolesnik pripada.

U SAD-u je veliki utjecaj na razvoj palijativne skrbi imala Elisabeth Kübler-Ross. Njene su knjige izazvale „revoluciju“ u komunikaciji s umirućim bolesnikom i njegovima potrebama u javnosti i među stručnjacima [6].

1.4. Povijesni razvoj palijativne medicine i palijativne skrbi u Hrvatskoj

U Republici Hrvatskoj je povijesni razvoj započeo individualnim inicijativama prof.dr.sc. Anice Jušić koja je začetnica hospicijskog pokreta i sustavne organizacije palijativne skrbi [1].

U Republici Hrvatskoj je 2013. godine uspostavljen sustav palijativne skrbi kada je i donesen Strateški plan razvoja palijativne skrbi od strane Vlade [1]. Danas u svakoj županiji postoji barem neki oblik pružanja palijativne skrbi [1]. Povijesno gledano, u Hrvatskoj su pravni zakonski temelji za palijativnu skrb postavljeni 2003. godine Zakonom o zdravstvenoj zaštiti.

Od 2007. godine budi se svijest kod vladajućih te se kreće sa osnivanjem palijativnih odjela u Kninu i Novom Marofu te u Strmcu pokraj Nove Gradiške. 2013. godine u Rijeci se osniva hospicij Marije Krucifikse Kozulić kao specijalizirana ustanova za provođenje palijativne skrbi.

U ustanovi su zaposlene educirane medicinske sestre, časne sestre, psiholog te liječnici iz KBC Rijeka. Glavni izazov pred kojim se našla Hrvatska palijativna skrb u Hrvatskoj je nedostatak adekvatne edukacije. Iz tih razloga na Medicinskom fakultetu u Zagrebu se osniva CEPAMET-Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine, koji nudi mogućnosti dodatnog usavršavanja za one koji pružaju medicinsku skrb [3].

2. RAZRADA

2.1. Razine palijativne skrbi

Palijativna skrb je medicinska skrb koju pruža multidisciplinarni tim, a uključuje obitelj i prijatelje [9]. Razine palijativne skrbi uključuju:

- Palijativni pristup – svi zdravstveni djelatnici moraju biti upoznati o palijativnoj skrbi te znati koje su njezine dobrobiti, što ona nudi, kada i gdje se provodi. Osim suzbijanja simptoma, važna je i komunikacija s bolesnikom i obitelji te edukacija zdravstvenih djelatnika. Jednostavniji je dvostupanjski model koji uključuje samo specijalističku palijativnu skrb i palijativni pristup.
- Opća palijativna skrb – se odnosi na sve zdravstvene profesionalce što uključuje psihologe, duhovnike, socijalne radnike, volontere koji moraju imati osnovna znanja o palijativnoj skrbi.
- Specijalistička palijativna skrb – zdravstveni profesionalci, socijalni radnici i psiholozi koji se isključivo bave palijativnom skrbi te volonteri koji moraju biti dobro educirani iz područja palijativne skrbi. Zdravstveni profesionalci rješavaju kompleksne situacije, a volonteri pridonose kvaliteti palijativne skrbi.
- Centri izvrsnosti – moraju osiguravati specijalističku palijativnu skrb uključujući ambulantnu, stacionarnu i kućnu skrb.

2.2. Organizacijski oblici palijativne skrbi

Kako su se razvijale potrebe palijativnih bolesnika i kako su se razvili evaluacijski sustavi vrednovanja kvalitete, tako su se razvili različiti oblici palijativne skrbi. Naime, bilo je potrebno osmisliti modele koji bi mogli odgovoriti prohtjevima svakog pojedinog bolesnika.

2.2.1. Organizacijski oblici palijativne skrbi su:

- *Kućna palijativna skrb* – najbolji i najpoželjniji oblik palijativne skrbi. Skrb bolesniku pruža njegova obitelj uz pomoć obiteljskog liječnika. Ona predstavlja jedan od najboljih načina pružanja palijativne skrbi. Bolesniku se skrb pruža u toplini vlastitoga doma što je u psihološkom kontekstu izvrstan način pružanja skrbi. Glavni nedostatak pružanja ovakve skrbi je taj što bolesnik kod kuće najčešće nema kvalitetno educiranu obitelj. Stoga, kod takvih bolesnika, pažnju treba usmjeriti na edukaciju obiteljskih članova. Ukoliko se to ne uspije, bolesnika bi trebalo smjestiti u hospicij u kojem bi trebao ostati dok obitelj ne obavi edukaciju. U kućnu palijativnu skrb je uključena medicinska sestra, liječnik, farmaceut, duhovnik, socijalni radnik, fizioterapeut i psiholog. Također, važna je i suradnja s primarnom zdravstvenom zaštitom u koja uključuje medicinsku sestru, liječnika, kućnu njegu i patronažnu medicinsku sestru.

- *Dnevni hospicijski boravci* – služe resocijalizaciji kronično bolesnih osoba. Jako su dobar način pružanja palijativne skrbi budući da se bolesnici međusobno družu i socijaliziraju te im se nastoji odvratiti pažnja od svakodnevnih problema. U njima mogu dobiti različite usluge i realizaciju željenih aktivnosti. U boljim bolnicama postoje palijativni odjeli ili samo određen broj palijativnih kreveta.

- *Ambulante za palijativnu skrb* – brinu o bolesnicima u terminalnoj fazi. Surađuju specijalističkim bolnicama i s dnevnim boravkom.

- *Ambulanta za bol* – najvažniji dio ustanove, najbolja je adekvatnost terapije budući da bolesnike u ambulantama za bol vode multidisciplinarni timovi anesteziologa, neurologa i psihijatra.

- *Mobilni timovi* – odlaze palijativnim bolesnicima po pozivu te pružaju skrb kod kuće i podršku cijeloj obitelji.

- *Službe žalovanja* – u posljednje vrijeme postoje kroz spomenute jedinice, a organizirane su na način da se bolesnicima daje psihosocijalna podrška. Naime, psihosocijalna komponenta je jako bitna. Bolesnici koji primaju palijativnu skrb, a pogotovo bolesnici koji su pred smrt moraju proći kroz sve faze žalovanja te u konačnici na psihološki razboriti način oprostiti se od svojih voljenih i suočiti se da će umrijeti. U posljednje vrijeme jaka važnost se daje i svećenicima i duhovnoj komponenti zdravlja, budući da živimo u relativno visoko kršćanskoj zemlji. Stoga su svećenici počeli igrati jako veliku ulogu u pružanju duhovne podrške.

2.3. Multidisciplinarni tim u palijativnoj skrbi

U palijativnoj skrbi je važan holistički pristup bolesniku uz pomoć multidisciplinarnog tima, što znači da je u središtu sam bolesnik. Važna je zajednička suradnja stručnjaka različitih profesija. Palijativni multidisciplinarni tim se sastoji od liječnika, medicinskih sestara, fizioterapeuta, ljekarnika, socijalnih radnika, duhovnika, psihologa te volontera. Svaki se tim bez obzira na količinu ljudske snage uključuje u rješavanje palijativne skrbi. Tim mora biti adekvatno educiran i obrazovan da bi kvaliteta palijativne skrbi bila čim bolja. Osnovni cilj multidisciplinarnosti je osiguravanje fizioloških, psiholoških, socijalnih te duhovnih potreba. Multidisciplinarni tim mora imati prvenstveno zajednički cilj koji se jedino može adekvatno ostvariti kroz adekvatnu komunikaciju između članova tima. Također, svaki pojedinac mora znati svoju ulogu i imati odgovornost u timskom radu. Svaki član multidisciplinarnog tima mora procjenjivati iz svoje

perspektive stanje bolesnika. Intervencije, ciljevi i koordinacija skrbi moraju se skupa planirati te svaki član tima treba aktivno sudjelovati u izradi plana skrbi. Kako bi skrb bila sveobuhvatna svaki član tima kod pristupa i provođenja palijativne skrbi mora prepoznati promjene koje se javljaju kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti. Zato je kvalitetna edukacija neophodna kod palijativne skrbi, a to se posebice odnosi na članove medicinskog tima. Budući da multidisciplinarni tim jamči više pogleda prema bolesniku, kao biopsihosocijalnom biću, od izuzetne je važnosti da u provođenju palijativne skrbi sudjeluje multidisciplinarni tim.



Slika 2.3.1. Multidisciplinarni tim u palijativnoj skrbi

Izvor: autor I.Č

2.4. Razumijevanje i prihvaćanje smrti - Model Kübler-Ross

Budući da se medicinska sestra u palijativnoj skrbi susreće sa bolesnikom koji je suočen sa smrću kao dio njegove skrbi mora razumjeti problematiku s kojom se bolesnik potencijalno susreće vrlo brzo, a to je smrt. Psihološki stadij bolesnika može utjecati na odgovor i na pružanje palijativne skrbi zbog čega je od izuzetne važnosti da medicinska sestra razumije kako pristupiti pojedinom bolesniku. Najrašireniji model među medicinskim sestrama je Model Kübler-Ross [10].

Model "Kübler-Ross", bolje poznat kao Pet stadija žalovanja, teorija je koju je predstavila Elisabeth Kübler-Ross u svojoj knjizi "O smrti i umiranju" koja je bila inspirirana njenim radom sa terminalnim bolesnicima.

Faze uključuju:

- Negiranje – psihološki obrambeni mehanizam, neprihvatanje situacije.
- Ljutnja – osobe su bijesne, ljute, ogorčene na zdrave ljude.
- Pregovaranje – osoba traži rješenja kako bi izbjegla neizbježno.
- Depresija – osoba pada u očaj, neopisivo je tužna, bespomoćna i tjeskobna.
- Prihvaćanje – osoba prihvaća situaciju.

2.5. Procjena boli

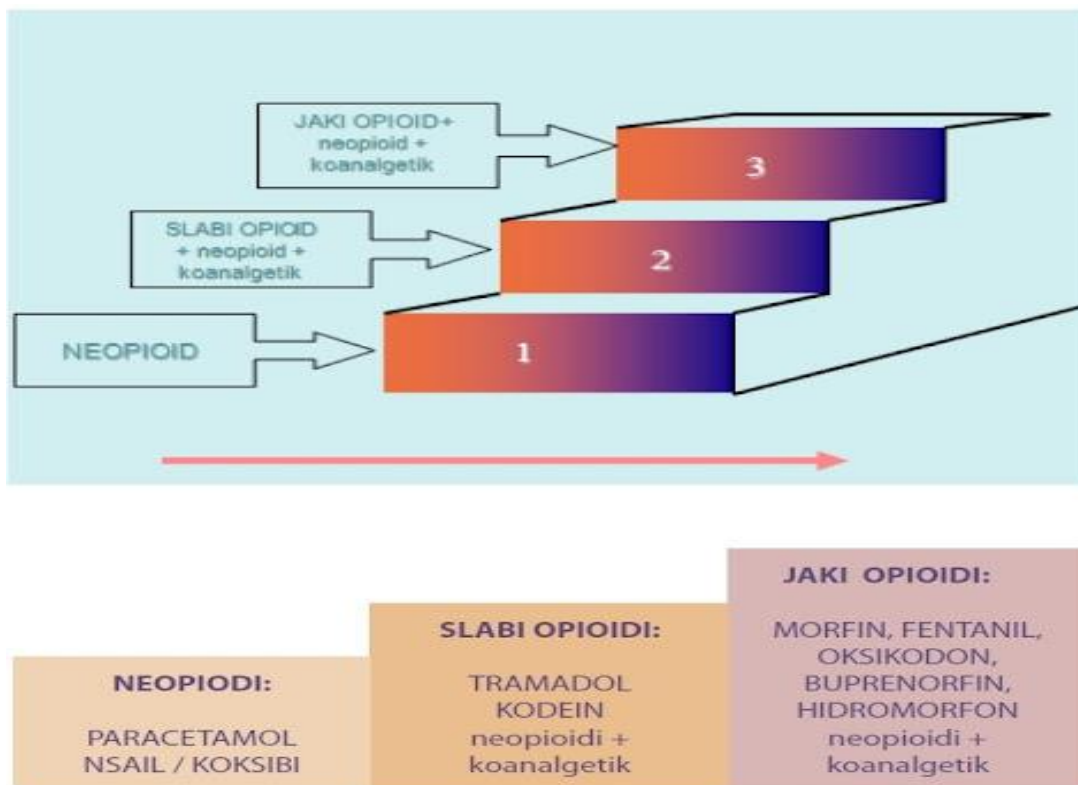
Međunarodno udruženje za proučavanje boli (engl. International Association for the Study of Pain) definira bol kao emocionalno i neugodno osjetno iskustvo koje je udruženo s aktualnim ili potencijalnim oštećenjem tkiva [12]. Bol može biti fizička, psihička, socijalna i duhovna.

Najvažniji korak u liječenju karcinomske boli je sveobuhvatna procjena boli, a najveća greška je neadekvatna procjena boli koja onemogućava pravilno liječenje boli. Malignu je bol potrebno redovito procjenjivati, jer se promjenjivog karaktera. Važno je liječenje boli prilagoditi njezinu intenzitetu.

Kod uzimanja anamneze važno je ispitati i saznati sve čimbenike koji povećavaju ili smanjuju intenzitet boli, saznati uzrok i vrstu boli, mjesto i vrijeme kada se bol javlja, jačinu i kvalitetu boli [11]. Moramo uzeti podatke i o prethodnoj analgeziji.

Kod davanja analgetske terapije potrebno je započeti s lijekovima slabijeg djelovanja, a zatim postepeno uvesti lijekove jačeg djelovanja [14].

2005. godine uveden je pojam „analgetski lift“, koji nam govori kako se u slučaju jakih bolova može preskočiti druga stepenica i za jake bolove ordinirati jak analgetik [14].

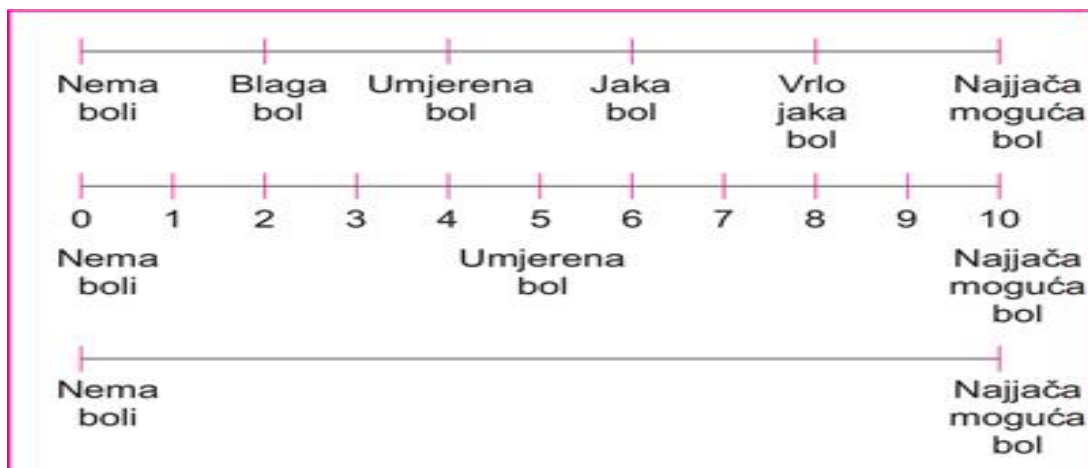


Slika 2.5.2. Analgetski lift

Izvor:

https://www.google.com/search?q=lijecenje+boli&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=2ahUKEwih7fqr6PPxAhVth_0HHWT8C4Q_AUoAXoECAEQAw&biw=1920&bih=889#imgc=hHIXY_MTJwcGDM

Najčešće se koristi vizualna analogna skala (VAS), numerička i verbalna skala za bol, upitnici za bol, Wisconsin Brief Pain Questionnaire, McGill Pain skala. Ove skale daju uvid u kvalitetu života bolesnika te i u stupanj i tip boli [11]. Skale s izrazima lica poput Wong-Bakerine se koriste za starije bolesnike i djecu koje su prilagođene njihovom zdravstvenom stanju i dobi [11]. Medicinska sestra mora obratiti pažnju i na fizičke znakove boli (znojenje, izraz lica). Važno je naglasiti da ne pokazuju svi bolesnici fizičke znakove boli, a moramo prepoznati depresiju i anksioznost koji utječu na percepciju boli [11]. Pri procjeni boli ne treba mjeriti samo intenzitet ili prirodu boli, već treba razumjeti i dublji smisao boli. Nedovoljno kontrolirana bol negativno utječe na kvalitetu života bolesnika, ima snažan utjecaj na obitelj i skrbnike. Važan je individualan pristup svakom bolesniku.



Slika 2.5.3. Prikaz vizualno analogne skale

Izvor: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-simptomi/dodatak-i-farmakoterapija-akutne-boli>

2.6. Olakšavanje simptoma u krajnjem stadiju bolesti

SZO je 1984. godine postigla prvu međunarodnu suglasnost o upotrebi lijekova za uklanjanje boli oboljelih od raka [15]. Mnogi ljudi nepotrebno pate zbog neučinkovitog liječenja simptoma, posebice u završnom stadiju bolesti. U završnom stadiju bolesti simptome uzrokuje sama bolest. Kada govorimo o liječenju simptoma moramo obratiti pažnju na procjenu, a za nju su odgovorni liječnik i medicinska sestra. Procjena mora uključiti fizičke, duhovne, socijalne i psihološke aspekte. Prioriteti procjene su prvenstveno da vjerujemo onome što bolesnik govori, slušati pažljivo ono što govori te prepoznati glavne simptome i brige. Liječenje simptoma zahtijeva organizaciju i komunikaciju. Što se tiče organizacije tu nam je važan timski rad koji podrazumijeva suradnju zdravstvenih djelatnika, bolesnika i obitelji. Važno je i planiranje jer svaki bolesnik mora imati individualan plan liječenja koji mora biti jasan i razumljiv i bolesniku i obitelji. U organizaciji je još važna i priprema koja uključuje pripremu obitelji koju treba pripremiti na moguće probleme koji se mogu pojaviti te obitelj naučiti kako ih riješiti. Komunikacija podrazumijeva informiranje bolesnika i obitelji o vjerojatnim uzrocima simptoma te o mogućnostima liječenja. Važno je da su informacije jasne i kratke. Edukacija je jako važna, a mora uključiti bolesnika i njegovu obitelj. Psihološka patnja može pogoršati simptome. Cilj liječenja je pomoći bolesniku da iz osjećaja bespomoćnosti prijeđe u osjećaj nadmoći nad simptomima [15]. Praktičan savjet i psihološka podrška su ključni za postizanje cilja. Važno je da bolesnici imaju pomoć i podršku te da budu što više samostalni. Fizička ograničenja je moguće smanjiti pomagalicama za pokretljivost. Većinu simptoma se može poboljšati bez lijekova kao što je ohrabrivanje, liječenje istovremene bolesti, prepoznavanjem psihosocijalnih problema, specifičnim antikanceroznim liječenjem kao što je radioterapija.

3. ZNANJA I VJEŠTINE KOJE SE MORAJU POSJEDOVATI U PALIJATIVNOJ SKRBI

Svaka osoba koja se odluči za rad u palijativnoj skrbi mora imati kompetencije (znanja, vještine) koje će dovesti do povećanja kvalitete u pružanju skrbi. Kako i na koji način će pojedinac koristiti znanja i vještine ovisi o tome koliko je zainteresiran i motiviran. Palijativna zdravstvena skrb je posebno područje skrbi u kojemu svaki pojedinac koji sudjeluje u brizi o bolesniku mora biti strpljiv, empatičan, imati razvijenu motivaciju te etičke i moralne vrijednosti. Samo uz ove elemente, svaka osoba može skrbiti i pristupiti palijativnim bolesnicima. Dakle, ukoliko osoba nema razvijen obrazac empatije te visoka moralno etička načela i strpljivost ne bi trebala obavljati palijativnu skrb. Svaka medicinska sestra mora posjedovati kompetencije u pet područja sestrinske skrbi, a to je obiteljska njega, bolesnička njega, timski rad, posjedovati znanja društvenog aspekta skrbi i znanja o mogućnostima lokalnog zdravstvenog sustava. S obzirom da je palijativna skrb područje vrlo visoke stope smrtnosti mora imati jako veliku razvijenu empatiju.

Ono što bi trebalo biti u osnovnom stupnju obrazovanja svake medicinske sestre u educiranju o palijativnoj skrbi je fokus kako i na koji način bolesnika umiriti, pružiti mu psihološku podršku i staviti ga u određeno stanje udobnosti. U naprednijoj verziji edukacija medicinske sestre u palijativnoj skrbi trebala bi uključivati - razvoj vještina u pružanju skrbi u kontekstu rješavanja obiteljskih problema, širenje znanja i vještina obitelji te pružanje psihološke podrške obitelji kao osnovnoj cjelini koja je dio samog bolesnika. Pri tome trebalo bi svakako medicinskoj sestri kao specijalisti palijativne skrbi dati veći stupanj autonomije koji u Republici Hrvatskoj još uvijek nije riješen, a uvelike bi olakšao izvođenje i obavljanje palijativne skrbi. Kako bi podržao održivo i odgovarajuće obrazovanje djelatnika palijativne skrbi u cijeloj Europi, EAPC je osnovao radne skupine za obrazovanje

medicinskih sestara i liječnika, psihologa, fizioterapeuta, socijalnih radnika, svećenika, radnih terapeuta i onih koji rade s djecom [16].

1. Primjenjivati ključne komponente palijativne skrbi u okruženju u kojem se pacijenti i njihove obitelji nalaze.
2. Omogućiti pacijentu da se tijekom cijele bolesti osjeća što udobnije.
3. Udovoljiti pacijentovim psihološkim potrebama.
4. Udovoljiti pacijentovim socijalnim potrebama.
5. Udovoljiti pacijentovim duhovnim potrebama.
6. Odgovoriti na potrebe obiteljskih njegovatelja u odnosu na kratkoročne, srednjoročne i dugoročne ciljeve skrbi za pacijenta.
7. Odgovoriti na izazove povezane s kliničkim i etičkim odlučivanjem u palijativnoj skrbi.
8. Provoditi koordinaciju sveobuhvatne skrbi i interdisciplinarni timski rad u svim okruženjima u kojima se pruža palijativna skrb.
9. Razvijati interpersonalne i komunikacijske vještine primjerene palijativnoj skrbi.
10. Razvijati samosvijest i kontinuirano se profesionalno usavršavati.

Tablica 3.1. Deset ključnih kompetencija u palijativnoj skrbi

Izvor: <http://www.kbc-rijeka.hr/docs/Bijela%20knjiga%20EAPC%20-%20Kompetencije%20u%20palijativi.pdf>

3.1. Komunikacija u palijativnoj skrbi

Komunikacija u palijativnoj skrbi je važan preduvjet za kvalitetnu palijativnu skrb. U komunikaciji je bitan kvalitetan odnos između medicinske sestre, obitelji i bolesnika. Djelotvorna komunikacija nije samo razmjena informacija, nego se uz nju poboljšava i skrb za bolesnika. Svi zdravstveni djelatnici koji rade s palijativnim bolesnicima imaju težak i zahtjevan zadatak, jer moraju prenijeti točnu informaciju, a s druge strane poštovati nadu u preživljavanje kog bolesnika i njegove obitelji [7]. Važno je osigurati prikladne uvjete kako bismo mogli djelotvorno komunicirati što podrazumijeva odgovarajući prostor, smještaj, vrijeme, a zahtijeva i edukaciju i vježbanje. Ono što je specifično u palijativnoj skrbi je i priopćavanje loše vijesti. Vrlo je važno da u komunikaciji medicinska sestra pruži podršku bolesniku te razgovara onda kada on to želi te da poštuje njegove želje. Da bi unaprijedili komunikaciju s palijativnim bolesnicima i njihovim obiteljima morali bi provesti dodatnu edukaciju o komunikacijskim vještinama [8].

3.2. Povelja „Prava umiruće osobe“

Povelja je isprava kojom se dodjeljuje neko pravo, a svaki pojedinac ima pravo na kvalitetan i dostojanstven život i umiranje.

Prava umiruće osobe su:

- Imam pravo da se sa mnom postupa kao sa živim čovjekom dok ne umrem.
- Imam pravo zadržati nadu, kako se god mijenjalo njezino žarište.
- Imam pravo na njegu onih koji mogu održati ovu nadu.
- Imam pravo izraziti svoje osjećaje i uzbuđenja u vezi sa smrću koja se približava, na moj vlastiti način.
- Imam pravo sudjelovati u odlukama o svojoj skrbi.

- Imam pravo očekivati stalnu medicinsku i njegovateljsku pažnju, premda su se ciljevi izlječenja promijenili u ciljeve udobnosti.
- Imam pravo prije svega na oslobađanje od boli.
- Imam pravo na iskren odgovor na moja pitanja.
- Imam pravo na brižnu, osjetljivu, obrazovanu osobu, koja će nastojati razumjeti moje potrebe i kojoj će činiti zadovoljstvo pomagati mi da se suočim sa smrću.
- Imam pravo na istinu.
- Imam pravo na pomoć i za moju obitelj u prihvaćanju smrti.
- Imam pravo raspravljati i proširivati moja vjerska i/ili duhovna iskustva, što god to značilo za druge.
- Imam pravo zadržati svoju osobnost i ne biti osuđivan zbor svojih odluka, koje mogu biti suprotne stavovima drugih.
- Imam pravo umrijeti u miru i dostojanstvu.
- Imam pravo da ne umrem sam.
- Imam pravo očekivati da će se poslije smrti poštivati svetost mogog ljudskog tijela [8].

4. EMPIRIJSKI DIO RADA

4.1. Cilj i hipoteze istraživanja

Cilj istraživanja je bio ukazati na važnost uloge znanja o palijativnoj skrbi zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika te ispitati postoje li razlike u znanju o palijativnoj skrbi između zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika u Općoj bolnici Karlovac.

Polazišne hipoteze su bile:

- H1: Postoji razlika između zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika u stavovima vezanima uz palijativnu skrb. Zdravstveni djelatnici imaju pozitivnije stavove od nezdravstvenih djelatnika.
- H2: Postoji razlika između zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika u znanju o palijativnoj skrbi. Zdravstveni djelatnici imaju veće znanje o palijativnoj skrbi od nezdravstvenih djelatnika.

4.2. Opis uzorka

Sudionici su bili zdravstveni i nezdravstveni djelatnici Opće bolnice Karlovac. Zdravstvene djelatnike su sačinjavale medicinske sestre i liječnici, a nezdravstvene djelatnike su sačinjavali djelatnici Odsjeka za higijenu, dijetetiku i tehničke poslove. U ispitivanju je sudjelovalo 50 zdravstvenih i 50 nezdravstvenih djelatnika Opće bolnice Karlovac.

4.3. Opis instrumenta

Kao instrument istraživanja koristio se anketni upitnik „Razlike u stavovima i znanju o palijativnoj skrbi zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika u Općoj bolnici Karlovac“, koji je konstruiran za potrebe ovog istraživanja. Upitnik se sastojao od 18 pitanja. Mogao se dati samo jedan odgovor. Prva tri pitanja su bila vezana uz spol, dob i zanimanje.

Drugi dio upitnika se sastojao od 4 pitanja vezanih uz poznavanje termina palijativne skrbi, susreću li se sudionici u svakodnevnom radu sa bolesnicima koji imaju potrebu za palijativnom skrbi, znaju li kojim se bolesnicima pruža palijativna skrbi te jesu li imali kakvo iskustvo s umirućom osobom u svojoj okolini. Ostalih 11. pitanja su bila vezana uz znanje i stavove o palijativnoj skrbi. Sudionici su mogli birati između tri ponuđena odgovora.

4.4. Tehnike i metode prikupljanja i obrade podataka

U tehnike prikupljanja podataka su korišteni isprintani anketni upitnici, a za ispunjavanje upitnika korištena je kemijska olovka. Podijeljeno je 100 anketnih upitnika koji su bili svi ispravno ispunjeni.

Prikupljeni podaci su obrađeni u obliku MS Excel tablice. Prije same analize podaci su dodatno validirani te su tekstualne i opisne varijable kodirane numerički. Kategorijske vrijednosti su prikazane kroz apsolutne brojeve i pripadajuće postotke.

Razlike u kategorijskim varijablama su se analizirale χ^2 testom, odnosno Fisherovim egzaktnim testom ako je u pojedinim skupinama bilo manje od 5 ispitanika. Dodatno se za usporedbu kategorijskih varijabli koje su imale kontingencijske tablice veće od 2x2 formata koristio Fisher-Freeman-Haltonov egzaktni test.

Sve p vrijednosti manje od 0,05 su smatrane značajnima, a u analizi se koristila programska podrška IBM SPSS Statistics verzija 25.0

4.4. Etički vidik istraživanja

Suglasnost za provedbu ispitivanja je dobivena od Etičkog povjerenstva Opće bolnice Karlovac te su poštivana sva etička načela pod kojima se podrazumijeva tajnost podataka svakog sudionika.

Rezultati istraživanja su upotrijebljeni samo u svrhu izrade ovog diplomskog rada.

4.6. Rezultati

Dobiveni podaci nam ukazuju kako je u skupini zdravstvenih djelatnika značajno više žena 96,0% naprema 72,0%, $p=0,002$ te su zastupljenije mlađe dobne skupine, $p<0,001$, a u skupini nezdravstvenih djelatnika prevladavaju spremačice 32,0% i kuharice 26,0%. Razlike u socio-demografskim karakteristikama između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika prikazane su u tablici 4.6.1. pomoću Fisherovog egzaktnog testa.

		Zdravstveni djelatnici N=50		Nezdravstveni djelatnici N=50		p
		N	%	N	%	
Spol	Muški	2	4,0%	14	28,0%	0,002
	Ženski	48	96,0%	36	72,0%	
Dobna skupina	<30 godina	14	28,0%	2	4,0%	<0,001
	30-40 godina	11	22,0%	7	14,0%	
	40-50 godina	13	26,0%	11	22,0%	
	>50 godina	12	24,0%	30	60,0%	
Zanimanje	Medicinska sestra	50	100,0%	0	0,0%	<0,001
	Administrator	0	0,0%	1	2,0%	
	Dijetetičar	0	0,0%	2	4,0%	
	Ekonomist	0	0,0%	1	2,0%	
	Električar	0	0,0%	3	6,0%	
	Informatičar	0	0,0%	1	2,0%	
	Ing. elektrotehnike	0	0,0%	1	2,0%	
	Ing. sigurnosti	0	0,0%	2	4,0%	
	Kuharica	0	0,0%	13	26,0%	
	Nutricionist	0	0,0%	1	2,0%	
	Radnik	0	0,0%	4	8,0%	
	Službenica	0	0,0%	1	2,0%	
	Spremačica	0	0,0%	16	32,0%	
	Vodoinstalater	0	0,0%	1	2,0%	
Vozač	0	0,0%	3	6,0%		

Napomena * $p<0,001$

Tablica 4.6.1. Razlike u socio-demografskim karakteristikama između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika, Izvor: autor I.Č

Između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika nema značajnih razlika u odgovorima na pitanje „Znate li što je palijativna skrb“?, dok se zdravstveni djelatnici značajno češće susreću u svakodnevnom radu s bolesnicima koji imaju potrebu za palijativnom skrbi 86,0% naprema 32,0%, $p < 0,001$. Razlike o znanju i susretanju s pojmom palijativne skrbi između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika prikazane su u tablici 4.6.2. pomoću Fisherovog egzaktnog testa.

		Zdravstveni djelatnici N=50		Nezdravstveni djelatnici N=50		p
		N	%	N	%	
Znate li što je palijativna skrb?	Da	50	100,0%	47	94,0%	0,242
	Ne	0	0,0%	3	6,0%	
Susrećete li se u svakodnevnom radu sa bolesnicima koji imaju potrebu za palijativnom skrbi?	Da	43	86,0%	16	32,0%	<0,001
	Ne	7	14,0%	34	68,0%	

Napomena * $p < 0,001$

Tablica 4.6.2. Razlike o znanju i susretanju s pojmom palijativne skrbi između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika

Izvor: autor I.Č

U odgovoru na pitanje „Kojim pacijentima se pruža palijativna skrb“?. Nezdravstveni djelatnici značajno češće nisu upoznati kojim pacijentima se pruža palijativna skrb, $p=0,027$. Tablica 4.6.3. prikazuje razlike o znanju o palijativnoj skrbi između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika pomoću Fisherovog egzaktnog testa.

Druga hipoteza je bila vezana uz znanje o palijativnoj skrbi. Glasila je da postoji razlika između zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika u znanju o palijativnoj skrbi te da zdravstveni djelatnici imaju veće znanje o palijativnoj skrbi od nezdravstvenih djelatnika. Zdravstveni djelatnici imaju statistički veće znanje od nezdravstvenih djelatnika. **Time je potvrđena druga hipoteza.** Svi podaci se nalaze u tablici 4.6.3.

		Zdravstveni djelatnici N=50		Nezdravstveni djelatnici N=50		p
		N	%	N	%	
Kojim pacijentima se pruža palijativna skrb?	Pacijentima koji boluju od zaraznih bolesti	0	0,0%	0	0,0%	0,027
	Pacijentima koji boluju od kroničnih bolesti	1	2,0%	1	2,0%	
	Pacijentima za koje ne postoj metoda liječenja za njihovu bolest	49	98,0%	43	86,0%	
	Nisam upoznat/a kojim pacijentima se pruža palijativna skrb	0	0,0%	6	12,0%	

Napomena * $p=0,027$

Tablica 4.6.3. Razlike o znanju o palijativnoj skrbi između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika

Izvor: autor I.Č

Nezdravstveni djelatnici značajno češće nisu imali to iskustvo 36,0% naprema 0,0%, $p < 0,001$. Razlike o iskustvu susretanja umirućeg pacijenta između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika prikazane su u tablici 4.6.4. pomoću Fisherovog egzaktnog testa.

		Zdravstveni djelatnici N=50		Nezdravstveni djelatnici N=50		p
		N	%	N	%	
Imate li kakvo iskustvo s umirućom osobom u svojoj okolini?	Da, bio/la sam cijelo vrijeme uz bliskog člana obitelji	29	58,0%	22	44,0%	<0,001
	Da, samo sam se susreo/la na nekoliko minuta	21	42,0%	10	20,0%	
	Ne, nisam nikada imao/la to iskustvo	0	0,0%	18	36,0%	

Napomena * $p < 0,001$

Tablica 4.6.4. Razlike o iskustvu susretanja umirućeg pacijenta između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika

Izvor: autor I.Č

Razlike u stavu oko pružanja informacija umirućem pacijentu između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika prikazane su u tablici 4.6.5. pomoću Fisherovog egzaktnog testa.

Nije bilo značajnih razlika u učestalosti odgovora na navedena pitanja između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika.

		Zdravstveni djelatnici N=50		Nezdravstveni djelatnici N=50		p
		N	%	N	%	
Smatrate li da je pacijentu koji je obolio od teške i neizlječive bolesti potrebno reći njegovu dijagnozu?	Smatram	42	84,0%	36	72,0%	0,295
	Ne smatram	3	6,0%	7	14,0%	
	Ne znam	5	10,0%	7	14,0%	
Smatrate li da je u skrb za umirućeg pacijenta potrebno je uključiti i njegovu obitelj?	Smatram	49	98,0%	47	94,0%	0,617
	Ne smatram	0	0,0%	0	0,0%	
	Ne znam	1	2,0%	3	6,0%	
Da li je prikladno da medicinska sestra udovoljava željama umirućeg pacijenta?	Da	35	70,0%	32	64,0%	0,755
	Ne	6	12,0%	6	12,0%	
	Ne znam	9	18,0%	12	24,0%	

Tablica 4.6.5. Razlike u stavu oko pružanja informacija umirućem pacijentu između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika

Izvor: autor I.Č

Razlike u stavovima oko medicinske skrbi umirućeg pacijenta između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika prikazane su u tablici 4.6.6. pomoću Fisherovog egzaktnog testa. Zdravstveni djelatnici značajno češće smatraju da umiruća osoba ima pravo donositi odluke o kvaliteti svog života 96,0% naprema 76,0%, $p=0,010$ te češće smatraju netočnom tvrdnjom da je palijativna skrb prikladna jedino u situacijama kada je evidentno pogoršanje bolesti 64,0% naprema 28,0%, $p=0,001$.

Prva hipoteza je bila vezana uz stavove o palijativnoj skrbi. Glasila je da postoji razlika između zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika u stavovima vezanima uz palijativnu skrb te da zdravstveni djelatnici imaju pozitivnije stavove od nezdravstvenih djelatnika. Zdravstveni djelatnici imaju statistički pozitivnije stavove od nezdravstvenih djelatnika. **Time je potvrđena prva hipoteza.** Svi podaci se nalaze u tablici 4.6.6.

		Zdravstveni djelatnici N=50		Nezdravstveni djelatnici N=50		p
		N	%	N	%	
Za umirućeg pacijenta se treba skrbiti prema željama bolesnika?	Da	41	82,0%	36	72,0%	0,478
	Ne	4	8,0%	5	10,0%	
	Ne znam	5	10,0%	9	18,0%	
Smatrate li da umiruća osoba ima pravo donositi odluke o kvaliteti svog života?	Da	48	96,0%	38	76,0%	0,010
	Ne	1	2,0%	4	8,0%	
	Ne znam	1	2,0%	8	16,0%	
Palijativna skrb je prikladna jedino u situacijama kada je evidentno pogoršanje bolesti.	Točno	12	24,0%	30	60,0%	0,001
	Netočno	32	64,0%	14	28,0%	
	Ne znam	6	12,0%	6	12,0%	
Vrlo je važno da članovi obitelji budu uz krevet bolesnika dok nastupi smrt.	Točno	31	62,0%	29	58,0%	0,960
	Netočno	9	18,0%	9	18,0%	
	Ne znam	10	20,0%	12	24,0%	

Napomena * $p=0,010$, Napomena * $p=0,001$

Tablica 4.6.6. Razlike u stavovima oko medicinske skrbi umirućeg pacijenta između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika

Izvor: autor I.Č

Razlike u znanju o palijativnoj skrbi između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika prikazane su u tablici 4.6.7. pomoću Fisherovog egzaktnog testa. Zdravstveni djelatnici značajno češće prepoznaju CEPAMET kao edukacijsku ustanovu u palijativnoj skrbi 56,0% naprema 12,0%, $p < 0,001$. Da se palijativna skrb ne provodi samo na primarnoj zdravstvenoj zaštiti smatra 94,0% naprema 30,0% sudionika, $p < 0,001$, da je primarni cilj palijativnog pristupa ublažavanje i suzbijanje simptoma temeljeno na potpori i empatiji 78,0% naprema 66,0%, $p < 0,001$ te da palijativna skrb nema za cilj ublažavanje isključivo fizičkih simptoma 94,0% naprema 36,0% sudionika, $p < 0,001$.

		Zdravstveni djelatnici N=50		Nezdravstveni djelatnici N=50		p
		N	%	N	%	
CEPAMET kontinuirano provodi edukaciju profesionalaca koji rade s bolesnicima s teškim i neizlječivim bolestima.	Točno	28	56,0%	6	12,0%	<0,001
	Netočno	0	0,0%	0	0,0%	
	Ne znam	22	44,0%	44	88,0%	
Palijativna skrb se provodi samo na primarnoj zdravstvenoj zaštiti.	Točno	0	0,0%	12	24,0%	<0,001
	Netočno	47	94,0%	15	30,0%	
	Ne znam	3	6,0%	23	46,0%	
Primarni cilj palijativnog pristupa je ublažavanje i suzbijanje simptoma temeljeno na potpori i empatiji.	Točno	39	78,0%	33	66,0%	<0,001
	Netočno	9	18,0%	1	2,0%	
	Ne znam	2	4,0%	16	32,0%	
Palijativna skrb ima za cilj ublažavanje isključivo fizičkih simptoma.	Točno	3	6,0%	20	40,0%	<0,001
	Netočno	47	94,0%	18	36,0%	
	Ne znam	0	0,0%	12	24,0%	

Napomena * $p < 0,001$

Tablica 4.6.7. Razlike u znanju o palijativnoj skrbi između skupina
zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika

Izvor: autor I.Č

5. RASPRAVA

Cilj ovog istraživanja je bio ukazati na važnost uloge znanja o palijativnoj skrbi zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika te ispitati postoje li razlike u znanju i stavovima o palijativnoj skrbi između zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika u Općoj bolnici Karlovac.

Rezultati koji su dobiveni ovim istraživanjem pokazuju da postoje određene razlike u stavovima i znanjima između zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika u Općoj bolnici Karlovac vezanih uz palijativnu skrb te da zdravstveni djelatnici imaju pozitivnije stavove od nezdravstvenih djelatnika. Razlike u socio-demografskim karakteristikama između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika dobivene su Fisherovim egzaktnim testom, u skupini zdravstvenih djelatnika značajno je više žena 96,0% naprema 72,0%, $p=0,002$ te su zastupljenije mlađe dobne skupine, $p<0,001$. U dobnoj skupini manjoj od 30 godina imamo 28,0% zdravstvenih djelatnika, 22,0% zdravstvenih djelatnika koji pripadaju dobnoj skupini između 30-40 godina, 26,0% pripada dobnoj skupini između 40-50 godina i 24,0% zdravstvenih djelatnika koji pripadaju dobnoj skupini više od 50 godina. Nezdravstvenih djelatnika u dobnoj skupini manjoj od 30 godina ima 4,0%, 14,0% nezdravstvenih djelatnika koji pripadaju dobnoj skupini između 30-40 godina, 22,0% dobnoj skupini između 40-50 godina i 60,0% nezdravstvenih djelatnika koji pripadaju dobnoj skupini više od 50 godina. Kod zdravstvenih djelatnika su zastupljenije mlađe dobne skupine, a kod nezdravstvenih djelatnika starije dobne skupine. U skupini zdravstvenih djelatnika svi su djelatnici medicinske sestre/tehničari, a kod nezdravstvenih djelatnika prevladavaju spremačice 32,0% i kuharice 26,0%. Kada je riječ o razlikama u znanju i susretanju s pojmom palijativne skrbi između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika, dolazi se do zaključka da nema značajnih razlika u odgovorima na pitanje „Znate li što je palijativna skrb“?, 100% zdravstvenih djelatnika zna što je palijativna skrb, 94,0% nezdravstvenih djelatnika isto zna, dok 6,0% ne zna što je palijativna skrb.

Prema istraživanju koje je provedeno u Španjolskoj na području Santa Olalle o znanju o palijativnoj skrbi u društveno-sanitarnim centrima, utvrđeno je da nema značajnih razlika o znanju o palijativnoj skrbi, sudionici znaju kojim se pacijentima pruža palijativna skrb i smatraju da svi stručnjaci moraju proći edukaciju, a u anketi su bili uključeni liječnici, medicinske sestre, fizioterapeuti i radni terapeuti [21].

Zdravstveni djelatnici se značajno češće susreću u svakodnevnom radu s bolesnicima koji imaju potrebu za palijativnom skrbi njih 86,0% naprema 32,0%, $p < 0,001$. Što se tiče razlika o znanju o palijativnoj skrbi između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika, odnosno u odgovoru na pitanje „Kojim pacijentima se pruža palijativna skrb“?, nezdravstveni djelatnici značajno češće nisu upoznati kojim pacijentima se pruža palijativna skrb, $p = 0,027$. 98,0% zdravstvenih djelatnika zna da se palijativna skrb pruža pacijentima za koje ne postoji metoda liječenja za njihovu bolest, 2,0% smatra da se palijativna skrb pruža pacijentima koji boluju od kroničnih bolesti, a 86,0% nezdravstvenih djelatnika smatra da se palijativna skrb pruža pacijentima za koje ne postoji metoda liječenja za njihovu bolest, 12,0% da nisu upoznati kojim se pacijentima pruža palijativna skrb, a 2,0% smatra da se palijativna skrb pruža pacijentima koji boluju od kroničnih bolesti.

U istraživanju koje je provedeno na općoj populaciji u Australiji je bio uključen 421 sudionik, u dobi od 18 do 82 godine te su došli do rezultata da nedostaje znanja o palijativnoj skrbi i da se moraju provoditi edukacijski programi koji također moraju promijeniti stavove o palijativnoj skrbi [22]. Palijativnoj skrbi se uglavnom pristupa kasno u tijeku bolesti, unatoč dokazima koji ukazuju na dobrobiti ranog angažmana te su potrebne strategije za smanjenje prepreka u pružanju palijativne skrbi [22].

Razlike o iskustvu susretanja umirućeg pacijenta između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika nam govore da je 58,0% zdravstvenih djelatnika bilo cijelo vrijeme uz bliskog člana obitelji, a 42,0% se

susrelo samo na nekoliko minuta. 44,0% nezdravstvenih djelatnika je bilo cijelo vrijeme uz bliskog člana obitelji, 20,0% se susrelo samo na nekoliko minuta, a 36,0% nije imalo nikakvo iskustvo, $p < 0,001$.

Istraživanje koje je provedeno od strane E. R. O'Shea i D. Mager u SAD-u na 134 medicinske sestre, pokazalo je da je 86,5% medicinskih sestara bilo uz pacijenta u zadnjim danima njegova života te je pronađena povezanost između znanja i stavova o palijativnoj skrbi kod medicinskih sestara [23].

Razlike u stavu oko pružanja informacija umirućem pacijentu između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika nam govore da nije bilo značajnih razlika u učestalosti odgovora na navedena pitanja između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika. 84,0% zdravstvenih djelatnika smatra da je pacijentu koji je obolio od teške i neizlječive bolesti potrebno reći njegovu dijagnozu, 6,0% smatra da ne treba reći, a 10,0% ne zna da li treba reći pacijentu njegovu dijagnozu. 72,0% nezdravstvena djelatnika smatra da je pacijentu koji je obolio od teške i neizlječive bolesti potrebno reći njegovu dijagnozu, 14,0% smatra da ne treba reći, a 14,0% ne zna da li treba reći pacijentu njegovu dijagnozu. 98,0% zdravstvenih djelatnika smatra da je u skrb za umirućeg pacijenta potrebno uključiti i njegovu obitelj, a 2,0% ne zna je li potrebno uključiti obitelj u skrb, dok kod nezdravstvenih djelatnika 94,0% smatra da je u skrb za umirućeg pacijenta potrebno uključiti i njegovu obitelj, a 6,0% ne zna je li potrebno uključiti obitelj u skrb. Da li je prikladno da medicinska sestra udovoljava željama umirućeg pacijenta smatra 70,0% zdravstvenih djelatnika, 12,0% smatra da nije prikladno, a 18,0% ne zna da li je prikladno. 64,0% nezdravstvenih djelatnika smatra da je prikladno da medicinska sestra udovoljava željama umirućeg pacijenta, 12,0% smatra da nije prikladno, a 24,0% ne zna da li je prikladno. Razlike u stavovima oko medicinske skrbi umirućeg pacijenta između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika su takve da zdravstveni djelatnici značajno češće smatraju da umiruća osoba ima pravo donositi odluke o kvaliteti svog života 96,0% naprema 76,0%, $p = 0,010$. 2,0% zdravstvenih djelatnika smatra da

umiruća osoba nema pravo donositi odluke o kvaliteti svog života i 2,0% ne zna da li ima pravo. 8,0% nezdravstvenih djelatnika smatra da umiruća osoba nema pravo donositi odluke o kvaliteti svog života, a 16,0% ne zna da li ima pravo. Da se za umirućeg pacijenta treba skrbiti prema željama bolesnika smatra 82,0 % zdravstvenih djelatnika, 8,0% misli da ne treba, a 10,0% ne zna da li se za umirućeg bolesnika treba skrbiti prema željama bolesnika, dok 72,0% nezdravstvenih djelatnika misli da se za umirućeg bolesnika treba skrbiti prema željama bolesnika, 10,0% misli da ne treba, a 18,0% ne zna da li se za umirućeg bolesnika skrbiti prema željama bolesnika. Palijativna skrb je prikladna jedino u situacijama kada je evidentno pogoršanje bolesti smatra 24,0% zdravstvenih djelatnika, 64,0% misli da je to netočno, a 12,0% ne zna odgovor na to pitanje. Nezdravstvenih djelatnika 60,0%, smatra da je palijativna skrb prikladna jedino u situacijama kada je evidentno pogoršanje bolesti, 28,0% misli da je to netočno, a 12,0% ne zna odgovor na to pitanje. Zdravstveni djelatnici značajno smatraju netočnom tvrdnjom da je palijativna skrb prikladna jedino u situacijama kada je evidentno pogoršanje bolesti i to 64,0% naprema 28,0%, $p=0,001$. 62,0% zdravstvenih djelatnika misli da je vrlo važno da članovi obitelji budu uz krevet bolesnika dok nastupi smrt, 18,0% misli da je netočno da članovi obitelji budu uz krevet bolesnika dok nastupi smrt, a 20,0% ne zna moraju li članovi obitelji biti uz bolesnika dok nastupi smrt. Kod nezdravstvenih djelatnika 58,0% njih misli da je vrlo važno da članovi obitelji budu uz krevet bolesnika dok nastupi smrt, 18,0% misli da je netočno da članovi obitelji budu uz krevet bolesnika dok nastupi smrt, a 24,0% ne zna moraju li članovi obitelji biti uz bolesnika dok nastupi smrt.

Razlike u znanju o palijativnoj skrbi između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika nam govore da 56,0% zdravstvenih djelatnika značajno češće prepozna CEPAMET kao edukacijsku ustanovu u palijativnoj skrbi naprema 12,0%, $p<0,001$. 44,0% zdravstvenih djelatnika ne zna da CEPAMET kontinuirano provodi edukaciju profesionalaca koji rade s bolesnicima s teškim i neizlječivim bolestima, a 88,0% nezdravstvenih djelatnika.

U istraživanju autora Wilsona i suradnika, provedenom u ruralnoj regiji u Irskoj o znanju i stavovima o palijativnoj skrbi na medicinskim sestrama koji rade s palijativnim pacijentima, postojala je značajna korelacija između razine znanja i stavova prema palijativnoj skrbi, medicinske sestre koje su završile ECEPC imale sve veća i bolja znanja o palijativnoj skrbi [24].

Da se palijativna skrb ne provodi samo na primarnoj zdravstvenoj zaštiti zna 94,0% zdravstvenih djelatnika naprema 30,0% nezdravstvenih djelatnika, $p < 0,001$), dok 6,0% zdravstvenih djelatnika to ne zna, 24,0% nezdravstvenih djelatnika misli da se palijativna skrb provodi samo na primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a 46,0% ne zna gdje se provodi. Da je primarni cilj palijativnog pristupa ublažavanje i suzbijanje simptoma temeljeno na potpori i empatiji smatra 78,0% zdravstvenih djelatnika naprema 66,0% nezdravstvenih djelatnika, $p < 0,001$. 18,0% zdravstvenih djelatnika misli da je netočno da je primarni cilj palijativnog pristupa ublažavanje i suzbijanje simptoma temeljeno na potpori i empatiji, a 4,0% ne zna što je primarni cilj. 2,0% nezdravstvenih djelatnika misli da je netočno da je primarni cilj palijativnog pristupa ublažavanje i suzbijanje simptoma temeljeno na potpori i empatiji, a 32,0% ne zna što je primarni cilj palijativnog pristupa. Palijativna skrb nema za cilj ublažavanje isključivo fizičkih simptoma smatra 94,0% zdravstvenih djelatnika naprema 36,0% nezdravstvenih djelatnika, $p < 0,001$. Da palijativna skrb ima za cilj ublažavanje isključivo fizičkih simptoma smatra 6,0% zdravstvenih djelatnika, a 40,0% nezdravstvenih djelatnika te 24,0% nezdravstvenih djelatnika ne zna što palijativna skrb ima za cilj.

U istraživanju autora I-Hui Chena i suradnika, provedenom na Tajvanu, u kojem je sudjelovalo 300 medicinskih sestara, došli su do zaključka da bi sveobuhvatna skrb o demenciji trebala biti integrirana u palijativnu skrb te je važan daljnji razvoj edukacijskih programa kako bi se osobama s demencijom pružila kvalitetna palijativna skrb [25].

Nakon usporedbe rezultata došli smo do činjenice da zajednica treba još više naučiti o palijativnoj skrbi. Ta činjenica govori u prilog važnosti edukacije bolesnika, obitelji, prijatelja, kolega na poslu i cijele zajednice o samoj bolesti.

Istraživanje je ukazalo i na potrebu informiranja nezdravstvenih djelatnika o palijativnoj skrbi u Općoj bolnici Karlovac. Edukacija je važna, a može se provoditi kroz radionice, tečajeve ili predavanja. Potrebno je stalno informiranje o djelovanju palijativne skrbi, a krajnji rezultat je kvalitetna skrb palijativnog bolesnika.

6. ZAKLJUČAK

Smisao i cilj ovog rada je bio da se nakon provedenog istraživanja pokaže važnost uloge znanja o palijativnoj skrbi zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika te ispitati postoje li razlike u znanju i stavovima o palijativnoj skrbi između zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika u Općoj bolnici Karlovac.

Analizom rezultata provedenog istraživanja se potvrđuju navedene hipoteze i dolazi se do zaključka da postoji razlika u znanju i stavovima o palijativnoj skrbi između zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika u Općoj bolnici Karlovac.

Zdravstveni djelatnici moraju imati znanje iz područja palijativne skrbi. Medicinska sestra treba imati profesionalan, a prije svega holistički pristup. Samim pristupom pacijent i njegova obitelj će se pridobiti za suradnju pa će to olakšati svaki vid edukacije. Dobra komunikacija između članova multidisciplinarnog tima i bolesnika je temelj palijativne skrbi. Osim komunikacije, važno je primijeniti individualan pristup pacijentu i uvažavanje holističkog pristupa u liječenju. Svaki profesionalac koji se bavi palijativnom skrbi mora proći edukaciju u Centru za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine (CEPAMET). Važno je da se kontinuirano provodi edukacija svih koji rade s bolesnicima s teškim i neizlječivim bolestima. Vrlo je važno na adekvatan način prezentirati palijativnu skrb koja pridonosi kvaliteti života svih neizlječivo bolesnih, uključujući i njihovu obitelj. Velika je odgovornost svih onih koji sudjeluju u razvoju ovog važnog segmenta zdravstvene zaštite. Svaki zdravstveni djelatnik mora bolesniku pristupiti profesionalno i empatično, jer palijativna skrb ne započinje u završnoj fazi života, već samim postavljanjem dijagnoze. Edukacija, profesionalizam, holistički pristup, dobra komunikacija, empatični pristup te međusobno uvažavanje ključ su uspješnog zbrinjavanja i liječenja palijativnih pacijenata.

7. LITERATURA

[1] Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.

- 2020. Dostupno na:

<https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZVOJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020-%20usvojen%2018.10.2017..pdf> [pristupljeno 30.06.2021.]

[2] M. Katić, L. Đ. Kašuba, D. Soldo: Palijativna skrb bolesnika s rakom probavnog sustava u obiteljskoj medicini, 2015. Dostupno na:

https://hrcak.srce.hr/indeks.php?show=clanak&id_clanak_jezik=227138

[pristupljeno 28.06.2021.]

[3] Ž. M. Brkljačić: Palijativna medicina u Hrvatskoj – nužnost implementacije u zdravstveni sustav, *Medicina* 2010;46(1):37-42. Dostupno na:

http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=75291

[pristupljeno 28.06.2021.]

[4] R. Marđetko, N. Dumbović: Centar za koordinaciju palijativne skrbi, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, Printex, Čakovec, 2017/2020.

[5] C. Centeno, D. Clark, T. Lynch, et al: EAPC Task Force. Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC Task Force. *Palliat Med.* 2007. Sep; 21

:463-71. Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17846085>

[pristupljeno 30.06.2021.]

[6] E. Kübler-Ross: O smrti i umiranju, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.

[7] V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković: Palijativna skrb: mostovi nade i čovječnosti, Roketa, Zagreb, 2012.

[8] M. I. Dannovan, S.G. Pierce: Povelja prava umiruće osobe 21, Sandoz-Palijativna medicina, br. 6, Zagreb, 2010.

[9] M. Braš, A. Juretić, B. Kandić-Splavski, M. Devčić, M. Persoli-Gudelj: Medix-Palijativna medicina i palijativna skrb, br. 119/120, 69-74, 2016.

[10] Ž. Rakošec, B. Juranić, Š. Mikšić, J. Jakab, B. Mikšić: Otvorena komunikacija – temelj palijativnog pristupa, Media culture and public relations, No. 5, 2014., Vol 1., 98-103.

[11] Đ. I. Zubatović, Š. V. Kralj, J. Miličević i suradnici: Liječenje kronične maligne boli na Klinici za onkologiju u Kliničkom Bolničkom Centru Zagreb, 2018. Dostupno na:
https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=313142
[pristupljeno 20.07.2021.]

[12] R. Dobrila-Dintinjana, J. Vukelić, M. Dintinjana: Liječenje maligne boli, 2014. Dostupno na:
https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=187981
[pristupljeno 21.07.2021.]

[13] M. Brkljačić: Bioetika i bioetički aspekti palijativne medicine, Medicina 2008, Vol. 44, No. 2, p. 146-151, 2008. Dostupno na:
[<https://hrcak.srce.hr/26838> pristupljeno 21.07.2021.]

[14] J. Špiček Macan: Liječenje boli, 2014. Dostupno na: <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/25838/Lijecenje-boli.html> [pristupljeno 21.07.2021.]

[15] Bijela knjiga Europskog udruženja za palijativnu skrb o obrazovanju u području palijativne skrbi – 1. dio, Ključne kompetencije u palijativnoj skrbi, 2013: str. 9.

- [16] H. Singh: Building effective blended learning programs, Educational Technology 2003; 43: 51-54.
- [17] V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković: Osnove palijativne medicine, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.
- [18] V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković: Palijativna skrb- brinimo zajedno, Medicinska naklada, Zagreb, 2014.
- [19] A. Jušić: Olakšavanje simptoma u krajnjem stadiju bolesti, Stega, Zagreb, 2001.
- [20] EAPC: Patient- centered integraten palliative care pathways in advanced cancer and chronic disease, 2012. Dostupno na: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=P0sywV8IZkU%3d&tabid=632> [pristupljeno 30.07.2021.]
- [21] J. Sánchez-Holgado, Gonzalez-Gonzalez: Percepción sobre conocimientos en cuidados paliativos de los trabajadores de los centros sociosanitarios de personas mayores de una zona básica de salud, Torijano, DO-10.1016/j.semerng, 2014.10.013. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/269729954_Percepcion_sobre_conocimientos_en_cuidados_paliativos_de_los_trabajadores_de_los_centros_sociosanitarios_de_personas_mayores_de_una_zona_basica_de_salud [pristupljeno 15.09.2021.]
- [22] A. Collins , SA McLachlan, J. Philip: Community knowledge of and attitudes to palliative care, A descriptive study. Palliat Med. 2020 Feb;34(2):245-252. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31739747/> [pristupljeno 15.09.2021.]

[23] ER O'Shea, Mager: End-of-life nursing education: Enhancing nurse knowledge and attitudes. *Appl Nurs Res.* 2019 Dec;50:151-197. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31734002/> [pristupljeno 15.09.2021.]

[24] O. Wilson, G. Avalos, M. Dowling: Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing the dying patient. *Br J Nurs.* 2016 Jun 9-22;25(11):600-5. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27281593/> [pristupljeno 15.09.2021.]

[25] IH Chen, KY Lin, SH Hu, YH Chuang, CO Long, CC Chang, MF Liu: Palliative care for advanced dementia: Knowledge and attitudes of long-term care staff. *J Clin Nurs.* 2018 Feb;27(3-4):848-858. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29076605/> [pristupljeno 15.09.2021.]

8. POPIS SLIKA

[1] Slika 2.3.1. Multidisciplinarni tim u palijativnoj skrbi, izvor: autor I.Č ...str.8

[2] Slika 2.5.2. Analgetski lift

izvor:https://www.google.com/search?q=lijecenje+boli&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwih7fqr6PPxAhVth_0HHWT8C4Q_AUoAXoECAEQAw&biw=1920&bih=889#imgsrc=hHIXY_MTJwcGDMstr.10

[3] Slika 2.5.3. Prikaz vizualno analogne skale.....str.11

izvor:<http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-simptomi/dodatak-i-farmakoterapija-akutne-boli>

9. POPIS TABLICA

- [1] Tablica 3.1. Deset ključnih kompetencija u palijativnoj skrbi, izvor: <http://www.kbc-rijeka.hr/docs/Bijela%20knjiga%20EAPC%20-%20Kompetencije%20u%20palijativi.pdf>.....str.14
- [2] Tablica 4.6.1. Razlike u socio-demografskim karakteristikama između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika: Fisherov egzaktni test, izvor: autor I.Čstr.20
- [3] Tablica 4.6.2. Razlike o znanju i susretanju s pojmom palijativne skrbi između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika: Fisherov egzaktni test, izvor: autor I.Čstr.21
- [4] Tablica 4.6.3. Razlike o znanju o palijativnoj skrbi između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika: Fisherov egzaktni test, izvor: autor I.Čstr.22
- [5] Tablica 4.6.4. Razlike o iskustvu susretanja umirućeg pacijenta između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika: Fisherov egzaktni test, izvor: autor I.Čstr.23
- [6] Tablica 4.6.5. Razlike u stavu oko pružanja informacija umirućem pacijentu između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika: Fisherov egzaktni test, izvor: autor I.Čstr.24
- [7] Tablica 4.6.6. Razlike u stavovima oko medicinske skrbi umirućeg pacijenta između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika: Fisherov egzaktni test, izvor: autor I.Čstr.25
- [8] Tablica 4.6.7. Razlike u znanju o palijativnoj skrbi između skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika: Fisherov egzaktni test, izvor: autor I.Čstr.26

PRILOG - ANKETNI UPITNIK

Poštovani, ovaj upitnik je izrađen za potrebe istraživanja razlika u stavovima i znanju o palijativnoj skrbi zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika u Općoj bolnici Karlovac. Istraživanje se provodi u svrhu izrade diplomskog rada. Mentor u izradi ovog stručno-istraživačkog rada je prof.dr.sc. Ino Husedžinović. Upitnik je u potpunosti anoniman i Vaše sudjelovanje je dobrovoljnog karaktera. Rezultati će biti analizirani isključivo na grupnoj razini.

Unaprijed se zahvaljujem na vremenu i strpljenu u rješavanju upitnika.

Ivona Čović, studentica Diplomskog sveučilišnog studija Sestrinstva - menadžment u sestrinstvu, Sveučilište Sjever

1. Vaš spol?

- a) Muško
- b) Žensko

2. Kojoj dobnoj skupini pripadate?

- a) 20-30 godina
- b) 30-40 godina
- c) 40-50 godina
- d) 50-80 godina

3. Vaše zanimanje.

4. Znate li što je palijativna skrb?

- a) Znam što je palijativna skrb.
- b) Nisam upoznat/a sa značenjem termina.

5. Susrećete li se u svakodnevnom radu sa bolesnicima koji imaju potrebu za palijativnom skrbi :
- a) Da
 - b) Ne
6. Kojim pacijentima se pruža palijativna skrb?
- a) Pacijentima koji boluju od zaraznih bolesti (gripa, vodene kozice i sl.).
 - b) Pacijentima koji boluju od kroničnih bolesti (visoki tlak).
 - c) Pacijentima za koje ne postoji metoda liječenja za njihovu bolest.
 - d) Nisam upoznat/a kojim pacijentima se pruža palijativna skrb.
7. Imate li kakvo iskustvo s umirućom osobom u svojoj okolini?
- a) Da, bio/la sam cijelo vrijeme uz bliskog člana obitelji kad je umirao/la.
 - b) Da, samo sam se susreo/la na nekoliko minuta s umirućim pacijentom u bolnici.
 - c) Ne, nisam nikada imao/la to iskustvo.
8. Smatrate li da je pacijentu koji je obolio od teške i neizlječive bolesti potrebno reći njegovu dijagnozu?
- a) Smatram
 - b) Ne smatram
 - c) Ne znam
9. Smatrate li da je u skrb za umirućeg pacijenta potrebno je uključiti i njegovu obitelj?
- a) Smatram
 - b) Ne smatram
 - c) Ne znam

10. Da li je prikladno da medicinska sestra udovoljava željama umirućeg pacijenta (odvede ga zapaliti cigaretu, šminka i lakira nokte ženi za koju se zna da će uskoro umrijeti i sl.)?

- a) Prikladno je
- b) Nije prikladno
- c) Ne znam

11. Za umirućeg pacijenta se treba skrbiti prema željama bolesnika?

- a) Da
- b) Ne
- c) Ne znam

12. Smatrate li da umiruća osoba ima pravo donositi odluke o kvaliteti svog života?

- a) Da
- b) Ne
- c) Ne znam

13. Palijativna skrb je prikladna jedino u situacijama kada je evidentno pogoršanje bolesti.

- a) Točno
- b) Netočno
- c) Ne znam

14. Vrlo je važno da članovi obitelji budu uz krevet bolesnika dok nastupi smrt.

- a) Točno
- b) Netočno
- c) Ne znam

15. CEPAMET kontinuirano provodi edukaciju profesionalaca koji rade s bolesnicima s teškim i neizlječivim bolestima.

- a) Točno
- b) Netočno
- c) Ne znam

16. Palijativna skrb se provodi samo na primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

- a) Točno
- b) Netočno
- c) Ne znam

17. Primarni cilj palijativnog pristupa je ublažavanje i suzbijanje simptoma temeljeno na potpori i empatiji.

- a) Točno
- b) Netočno
- c) Ne znam

18. Palijativna skrb ima za cilj ublažavanje isključivo fizičkih simptoma.

- a) Točno
- b) Netočno
- c) Ne znam

Izjava o autorstvu

Sveučilište
Sjever

IZJAVA
O AUTORSTVU



SVUČILIŠTE
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, članka, doktorskih disertacija, magistrarskih 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 student, su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, IVONA ČOVIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ANALIZE U STAVOVIMA IZVANJAH O PRAVIJATNOJ SPOBNOŠĆI I NEZAKONITOSTI PLAGIJATNOG SPOBNOŠĆI U OBLASTI IZJAVI I NEZAKONITOSTI PLAGIJATNOG SPOBNOŠĆI (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Ivona Čović
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužni 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, IVONA ČOVIĆ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ANALIZE U STAVOVIMA IZVANJAH O PRAVIJATNOJ SPOBNOŠĆI I NEZAKONITOSTI PLAGIJATNOG SPOBNOŠĆI (upisati naslov) čiji sam autor/ica. ANALIZE U STAVOVIMA IZVANJAH O PRAVIJATNOJ SPOBNOŠĆI I NEZAKONITOSTI PLAGIJATNOG SPOBNOŠĆI

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Ivona Čović
(vlastoručni potpis)

Odluka etičkog povjerenstva

OPĆA BOLNICA KARLOVAC

Etičko povjerenstvo

Broj: 18-01-44/1-21

Karlovac, 07.05.2021.

Na temelju članka 95. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN br. 100/18, 125/19, 147/20), na temelju članka 37. Statuta Opće bolnice Karlovac i Poslovnika o radu Etičkog povjerenstva, a sukladno odredbama Zakona o lijekovima (NN br. 76/13, 90/14, 100/18) i odredbama Pravilnika o kliničkim ispitivanjima lijekova i dobroj kliničkoj praksi (NN br. 25/15, 124/15, 32/21), Etičko povjerenstvo je na 29. sjednici, održanoj 07.05.2021.godine jednoglasno donijelo sljedeću

ODLUKU

1. Ivoni Čović, bacc.med.techn., zaposlenoj u Jedinici za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite Opće bolnice Karlovac, odobrava se provođenje istraživanja putem anonimne ankete u pisanom obliku koja će obuhvatiti medicinske sestre/tehničar zaposlene u Službi za kirurgiju i Službi za internu medicinu te zaposlenike u Odjelu tehničkih, uslužnih i informatičkih poslova i to zaposlene u: Odsjeku za tehničke poslove i održavanje, Odsjeku za čišćenje i druge pomoćne poslove i Odsjeku za dijetetiku i prehranu, u svrhu izrade diplomskog rada na Studiju Sestrinstvo-menadžment u sestrinstvu Sveučilišta Sjever, pod nazivom: „Razlike u stavovima i znanju o palijativnoj skrbi zdravstvenih i nezdavstvenih djelatnika u Općoj bolnici Karlovac“, pod mentorstvom prof.dr.sc. Ina Husedžinovića.

2. Prikupljanje podataka u istraživanju iz točke 1. ove Odluke mora se provoditi u skladu sa važećim propisima za istraživanja, moraju se poštivati temeljni etički i bioetički principi sukladno pozitivnim međunarodnim dokumentima, načela dobre kliničke prakse i dobrovoljnosti sudjelovanja ispitanika, te se mora osigurati privatnost i tajnost podataka zaposlenika uključenih u istraživanje, a za što je odgovorna Ivona Čović, bacc.med.techn.

3. Ivona Čović, bacc.med.techn., obvezuje se, nakon završetka istraživanja dostaviti rezultate istraživanja Općoj bolnici Karlovac.



NAZOČNI ČLANOVI ETIČKOG POVJERENSTVA:

prim.Zorica Alerić, dr.med., predsjednik

prim.dr.sc. Matija Belavić, dr.med., član

prim.dr.sc.Hrvoje Cvitanović, dr.med., zamjen.člana

Sandra Bičanić Dobrinić, dr.med., zamjenik člana

Ivanka Volarić, dipl.ing.sig., zamjenik člana

Dostaviti:

1. Ivona Čović, bacc.med.techn., Jedinica za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite
2. v.d. pročelnika Službe za kirurgiju
3. v.d. pročelnika Službe za internu medicinu
4. v.d. glavne sestre Službe za kirurgiju
5. v.d. glavne sestre Službe za internu medicinu
6. v.d. vođitelja Odjela tehničkih, uslužnih i informatičkih poslova
7. v.d. vođitelja Odsjeka za tehničke poslove i održavanje
8. v.d. vođitelja Odsjeka za čišćenje i druge pomoćne poslove
9. v.d. vođitelja Odsjeka za dijetetiku i prehranu
10. Etičko povjerenstvo – odluke
11. Arhiva