

Znanje i stavovi liječnika i medicinskih sestara o palijativnoj skrbi u ordinacijama opće/obiteljske medicine u Koprivničko-križevačkoj županiji

Međimorec, Marina

Master's thesis / Diplomski rad

2022

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:637107>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-04-02**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)

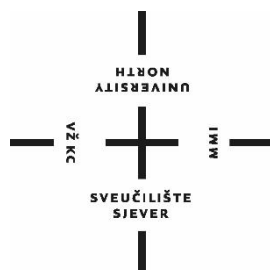


zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



DIPLOMSKI RAD br.090/SSD/2021

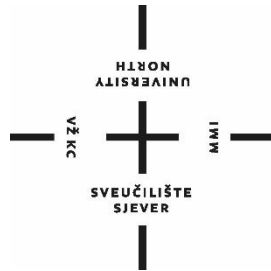
ZNANJE I STAVOVI
LIJEČNIKA I MEDICINSKIH SESTARA O
PALIJATIVNOJ SKRBI U ORDINACIJAMA
OPĆE/OBITELJSKE MEDICINE U
KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKOJ ŽUPANIJI

Marina Međimorec

Varaždin, siječanj 2022.

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

**Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo -
menadžment u sestrinstvu**



DIPLOMSKI RAD br. 090/SSD/2021

ZNANJE I STAVOVI
LIJEČNIKA I MEDICINSKIH SESTARA O
PALIJATIVNOJ SKRBI U ORDINACIJAMA
OPĆE/OBITELJSKE MEDICINE U
KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKOJ ŽUPANIJI

Student:

Marina Međimorec, 1003014476

Mentor:

doc. dr. sc. Rosana Ribić

Varaždin, siječanj 2022.

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu		
PRESTUPNIK	Marina Međimorec	ISPRUČNI BROJ	1003014476
DATUM	07.07.2021.	KOLIKO	Nacrtni diplomskog rada
NASLOV RADA	Znanje i stavovi liječnika i medicinskih sestara o palijativnoj skrbi u ordinacijama opće/obiteljske medicine u Koprivničko-križevačkoj županiji		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Knowledge and attitudes of doctors and nurses on palliative care in general practice in Koprivnica-Križevci County		
MENTOR	doc.dr.sc. Rosana Ribić	ZVANJE	docent
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Marjana Neuberger, predsjednik 2. doc.dr.sc. Rosana Ribić, mentor 3. doc.dr.sc. Duško Kardum, član 4. doc.dr.sc. Irena Čarjuga, zamjenski član 5.		

Zadatak diplomskog rada

BROJ	090/SSD/2021
OPIS	<p>Palijativna skrb pristup je usmjeren ublažavanju patnje, kvaliteti života i dostojanstvenoj skrbi, bolesnika i njihovih obitelji, suočenih s problemima neizlječivih, uznapredovanih bolesti. Zbrinjavanjem bolesnikovih potreba, gdje god da se za njega skrbi, u kući ili ustanovi, nastoji se skrb prilagoditi individualnim potrebama bolesnika i obitelji, kad god je to moguće. Kako bi se to postiglo, uz osnivanje novih, specijalističkih službi, potrebna je implementacija filozofije palijativne skrbi u sve postojeće službe i razine zdravstvenog sustava. Samo na taj način može se postići cjelovita, kontinuirana i kvalitetna skrb te riješiti brojne i kompleksne potrebe bolesnika suočenog sa završetkom života i njegove obitelji. U svrhu izrade diplomskog rada provesti će se istraživanje u ordinacijama opće/obiteljske medicine u Koprivničko-križevačkoj županiji. Uz pomoć anketnog upitnika ispitati će se znanje i stavovi liječnika i medicinskih sestara o palijativnoj skrbi.</p> <p>U radu je potrebno prikazati:</p> <ul style="list-style-type: none">- opisati specifičnosti palijativne skrbi- analizirati rezultate istraživanja- usporediti rezultate istraživanja s literaturno opisanim studijama te identificirati barijere u implementaciji filozofije zdravstvene skrbi u zdravstvenoj skrbi

ZADATAK DRUČEN

22.07.2021.

POTPIS MENTORA

[Signature]



Zahvala

Posebnu zahvalu upućujem svojoj mentorici doc.dr.sc. Rosani Ribić na svom znanju pruženom tijekom studiranja, kao i svim savjetima i pomoći tijekom izrade diplomskog rada.

Hvala mojoj obitelji, prijateljima, kolegicama i kolegama na neizmjernoj podršci u novom životnom pothvatu.

Sažetak

Palijativna skrb, holistička je skrb usmjerena prema ublažavanju patnje i kvaliteti života bolesnika i njihovih obitelji, suočenih s problemima neizlječivih, uznapredovalih bolesti. Cjelovitim zbrinjavanjem bolesnikovih potreba gdje god da se za njega skrbi, u kući ili ustanovi, nastoji se skrb prilagoditi individualnim potrebama bolesnika i obitelji, kada god je to moguće. Kako bi se to postiglo uz osnivanje novih specijalističkih službi potrebna je implementacija osnovne filozofije palijativne skrbi u sve postojeće službe te provođenje palijativnog pristupa i opće palijativne skrbi na svim razinama zdravstvenog sustava. Liječnici i medicinske sestre u ordinacijama opće/obiteljske medicine imaju bitnu ulogu upravo u provođenju palijativnog pristupa i opće palijativne skrbi. Njihovo znanje i posvećenost, kao i suradnja sa specijalističkim službama palijativne skrbi osnovni su preduvjet cjelovitog, kontinuiranog i kvalitetnog zbrinjavanja bolesnika u potrebi za palijativnom skrbi.

Kako bi se utvrdilo znanje i stavovi liječnika i medicinskih sestara o palijativnoj skrbi u ordinacijama opće/obiteljske medicine provedeno je istraživanje na području Koprivničko-križevačke županije. Istraživanjem je obuhvaćeno 58 ordinacija te je sudjelovalo 44 liječnika i 48 medicinskih sestara, odnosno 92 sudionika. Upitnik korišten u istraživanju sastoji se iz tri dijela. Prvi dio odnosi se na sociodemografske i profesionalne karakteristike sudionika. U drugom dijelu upitnika nalazi se 20 pitanja o palijativnoj skrbi preuzetih iz Testa znanja o palijativnoj skrbi (PCKT). Trećim dijelom upitnika želio se procijeniti odnos sudionika prema skrbi za umiruće te je korištena Frommelt skala stavova prema skrbi za umiruće (FATCOD).

Prema dobivenim rezultatima znanje liječnika i medicinskih sestara može se procijeniti dobrim, sa postotkom točnih odgovora od 64%. Iako nije utvrđena statistički značajna razlika podaci upućuju na nešto niže znanje kod medicinskih sestara u odnosu na liječnike, kao i niži postotak točnih odgovora na pitanja iz područja ublažavanja boli, odnosno opioidnih nalgetika. Stavovi sudionika prema skrbi za umiruće uglavnom su pozitivni, dok liječnici imaju nešto pozitivniji stav od medicinskih sestara. Sudionici mlađe i srednje životne dobi, kao i oni koji su prošli dodatnu edukaciju iz palijativne skrbi također imaju pozitivniji stav. Zanimljiv je i podatak da je samo trećina sudionika (34%) prošla dodatnu edukaciju iz palijativne skrbi, a 96% smatra ju bitnom za svoj svakodnevni rad.

Ključne riječi: palijativna skrb, opća/obiteljska medicina, znanje, stavovi, edukacija

Summary

Palliative care is holistic care aimed at relieving suffering and improving quality of life of the patients and their families that are faced with the problems of incurable, advanced diseases. By taking complete care of the patient's needs, wherever they are cared for, at home or in an institution, the aim is to adapt the care to the individual needs of the patient and the family whenever it is possible. In order to achieve this, along with the establishment of new specialist services, it is also necessary to implement the basic philosophy of palliative care in all existing services and to implement a palliative approach and general palliative care at all levels of the healthcare system. Doctors and nurses in general / family medicine clinics have an important role to play in implementing palliative approach and general palliative care. Their knowledge and commitment, as well as cooperation with specialist palliative care services, are a basic prerequisite for comprehensive, continuous and quality care of patients in need of palliative care.

In order to determine the knowledge and attitudes of doctors and nurses in the field of palliative care in general practice / family medicine clinics, a study was conducted in Koprivnica-Križevci County. The study included 58 clinics and involved 44 doctors and 48 nurses, i.e. 92 participants. The questionnaire used in the research consists of three parts. The first part deals with the socio-demographic and professional characteristics of the participants. The second part of the questionnaire contains 20 questions on palliative care taken from the Palliative Care Knowledge Test (PCKT). The third part of the questionnaire used Frommelt scale of attitudes towards caring for the dying (FATCOD) in order to assess the participants' attitudes towards caring for the dying.

According to the obtained results, the knowledge of doctors and nurses can be assessed as good, with a percentage of correct answers amounting to 64%. Although no statistically significant difference was found, the data suggest slightly lower knowledge among nurses compared to doctors, as well as a lower percentage of accurate answers to questions in the field of pain relief, i.e. opioid analgetics. Participants' attitudes toward caring for the dying are generally positive, while doctors have a slightly more positive attitude than nurses. Younger and middle-aged participants, as well as those who received additional training in palliative care, also have a more positive attitude. It is also interesting to note that only one third of the participants (34%) received additional training in palliative care and 96% consider it important for their daily work.

Keywords: palliative care, general / family medicine clinic, knowledge, attitudes, education

Popis korištenih kratica

SZO - Svjetska zdravstvena organizacija

EAPC – European Association for Palliative Care

RH – Republika Hrvatska

LOM – Liječnik obiteljske medicine

PCKT - Palliative Care Knowledge Test

FATCODE - Frommelt Attitude Toward Care of the Dying

Sadržaj

1. Uvod.....	10
2. Palijativna skrb.....	12
2.1. Edukacija i osnovne kompetencije u palijativnoj skrbi.....	14
2.2. Palijativna skrb u zdravstvenom sustavu RH.....	18
3. Opća /obiteljska medicina.....	22
3.1. Palijativna skrb u ordinacijama opće/obiteljske medicine.....	23
4. Cilj istraživanja.....	25
5. Ispitanici i metode istraživanja.....	25
5.1. Ustroj studije.....	25
5.2. Ispitanici.....	26
5.3. Instrument istraživanja.....	26
5.4. Statistička analiza.....	27
6. Rezultati.....	28
6.1. Deskriptivna statistička analiza.....	28
6.2. Inferencijalna statistička analiza.....	42
6.3. Zaključci u vezi hipoteza.....	47
7. Rasprava.....	49
8. Zaključak.....	54
9. Literatura.....	55

1. Uvod

Povećanje životnog vijeka zahtijeva globalnu promjenu u pristupima i pružanju zdravstvenih usluga. Starenjem stanovništva raste broj kroničnih i malignih oboljenja, a time i osoba u potrebi za palijativnom skrbi. Moderna palijativna skrb ima temelje u hospicijskom pokretu nastalom još šezdesetih godina prošlog stoljeća zbog potrebe za holističkim i cjelovitim zbrinjavanjem bolesnika suočenih sa neizlječivim, uznapredovalim bolestima. Osnovni cilj je ublažavanje patnje i osiguranje kvalitete života prema individualnim potrebama i vrijednostima bolesnika, ali i pružanje podrške obitelji u tijeku same skrbi i nakon smrti bolesnika. S druge strane medicinski i tehnološki napredak, kao i društvene promjene potpuno su usmjerene na dijagnozu, liječenje i produživanje života pod svaku cijenu, uz negiranje smrti i umiranja kao normalnog životnog procesa. Iako su dobrobiti pravovremenog uključivanje palijativne skrbi prepoznate diljem svijeta, upravo prepreke poput tehnološkog napretka i društvenih promjena, ali i siromaštava i slabije razvijenosti utječu na prihvaćanje i razvoj palijativne skrbi u pojedinim zemljama. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) upozorava na podatak da 40 milijuna ljudi godišnje ima potrebu za palijativnom skrbi, dok će ju primiti tek njih 14%. Kao osnovne uzroke tome navode nedostatak svijesti među kreatorima politike, zdravstvenim djelatnicima i javnosti o tome što je palijativna skrb i prednostima koje ona može ponuditi pacijentima i zdravstvenim sustavima; kulturne i društvene barijere, kao što su uvjerenja o smrti i umiranju; pogrešne predodžbe o palijativnoj skrbi, da je predviđena samo za bolesnike s rakom ili za posljednje tjedne života i zabluda da će poboljšanje pristupa opioidnoj analgeziji dovesti do povećane zlouporabe supstanci [1]. Prva globalna rezolucija o palijativnoj skrbi, rezolucija Svjetske zdravstvene skupštine, pozvala je SZO i države članice da poboljšaju pristup palijativnoj skrbi kao ključnoj komponenti zdravstvenih sustava, s naglaskom na primarnu zdravstvenu zaštitu i zajednicu, ističući da dostupnost specijalističke palijativne skrbi na primarnoj razini i provođenje opće palijativne skrbi u postojećim službama omogućuje bolju dostupnost i pravovremeno uključivanje palijativne skrbi, ali i smanjuje nepotrebne hospitalizacije i troškove zdravstvenog sustava [2]. Uz to, činjenica je da većina bolesnika kao željeno mjesto smrti, a i skrbi navodi upravo svoje životno okruženje.

Europsko udruženje za palijativnu skrb, prema kojemu je izrađen i Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj (RH) dijeli palijativnu skrb na tri razine: palijativni pristup, opća palijativna skrb i specijalistička palijativna skrb. Takva podjela

podrazumijeva edukaciju i usvajanje osnovnih načela palijativne skrbi u sve postojeće službe zdravstvenog sustava kako bi imali dovoljno znanja za rješavanje brojnih problema s kojima se susreću bolesnik i njegova obitelj u borbi sa uznapredovalim bolestima. Osnivanjem novih specijalističkih službi i njihovom međusobnom suradnjom omogućuje se rješavanje kompleksnih problema, cjelovita i kontinuirana skrb. Donošenjem zadnjeg nacionalnog plana za razvoj palijativne skrbi 2017. godine započela je intenzivna implementacija palijativne skrbi upravo na primarnoj razini zdravstvenog sustava RH. Do kraja 2020. godine ugovoreno je 42 koordinatora i 34 mobilna palijativna tima. Postojeće službe pri tome ne gube svoju osnovnu ulogu, a posebno liječnik opće/obiteljske medicine, koji predstavlja ulazak u zdravstveni sustav te dobro poznaje bolesnika i njegovo obiteljsko i socijalno okruženje dugi niz godina. Njegova je uloga u provođenju opće palijativne skrbi izuzetno bitna, budući da su kućne posjete i kućno liječenje osnovni djelokrug njegovog rada. Brojni podaci upućuju na činjenicu da 70-90% bolesnika želi umrijeti u svojem domu i krugu svojih bližnjih, pri čemu obitelj i njegovatelji preuzimaju bitnu ulogu u zahtjevnoj skrbi za bolesnika te im je podrška obiteljskog liječnika i cjelokupne zajednice od velike važnosti.

Rad u ordinaciji opće obiteljske medicine provodi se u timskom radu liječnika i medicinske sestre, dok se pri kućnom liječenju tim proširuje djelovanjem patronažnih sestara i djelatnika Ustanova zdravstvene njege u kući. Osiguranje kontinuiteta skrbi, upravljanje simptomima, emocionalna i psihološka podrška, ali i prepoznavanje situacija kada je potrebno usmjeriti bolesnika na specijalističke službe i skrb vodi ka cjelovitoj skrbi, smanjuje nepotrebne hospitalizacije i povećava mogućnost umiranja kod kuće. Najčešće prepreke tome su nedostatna edukacije i znanje iz područja palijativne skrbi, posebno sa složenim upravljanjem simptomima i psihosocijalnim problemima, nemogućnost pružanja 24-satne skrbi, nepostojanje ili loša suradnja sa specijalističkim službama palijativne skrbi, ali i bolničkim službama[3].

U radu će osim osnovnih informacija o palijativnoj skrbi i ulozi liječnika i medicinskih sestara u ordinacijama opće/obiteljske medicine u njezinoj provedbi biti izneseni rezultati istraživanja provedenog u Koprivničko-križevačkoj županiji. Cilj je bio utvrditi kakvo su znanje i stavovi liječnika i medicinskih sestara o palijativnoj skrbi. Dobiveni rezultati uspoređeni su sa sličnim istraživanjima u Hrvatskoj i svijetu.

2. Palijativna skrb

Palijativna skrb holistička je skrb usmjerena na kvalitetu života osoba oboljelih od progresivnih, neizlječivih bolesti, kao i njihovih obitelji. Potreba da se bolesnika sasluša i obrati pozornost na njegove potrebe, fizičke, psihološke, socijalne i duhovne utjecala je na razvoj modernog hospicijskog pokreta šezdesetih godina prošlog stoljeća. Bio je to temelj za razvoj specijalizirane palijativne medicine, koju danas provode različiti multidisciplinarni timovi prilagođeno potrebama, tradiciji i kulturi svoje zemlje [4]. Pojam palijativne medicine odnosi se na medicinske postupke i vezan je uz zdravstveno okruženje, dok je pojam palijativne skrbi širi pojam koji osim zdravstvenih i socijalnih ustanova uključuje i zajednicu, udruge i religijske organizacije [5]. „Europsko udruženje za palijativnu skrb (EAPC) definira palijativnu skrb kao aktivnu, ukupnu skrb za bolesnika 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 bolesnika, obitelj i zajednicu. U nekom smislu, palijativna skrb nudi najosnovniji koncept zaštite – zbrinjavanje bolesnikovih potreba gdje god da se za njega skrbi, bilo kod kuće ili u bolnici. Palijativna skrb afirmira život, a smrt smatra normalnim procesom; ona smrt ne ubrzava niti je odgađa. Ona nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života sve do smrti“ [6].

Palijativna skrb danas sastavni je dio moderne medicine, uz preventivnu i kurativnu. Namijenjena je bolesnicima svih dobnih skupina te oboljelima ne samo od malignih bolesti nego i ostalih dijagnoza koje smanjuju očekivano trajanje života te narušavaju kvalitetu života i svakodnevno funkcioniranje osobe, kao što su progresivne kronične bolesti i stanja (neurološke, kardiovaskularne, plućne, neurodegenerativne bolesti), prirodene bolest i stanja, stanja uzrokovanih teškim ozljedama i traumama te posljednja faza svih ozbiljnih bolesti, prirodnih ili stečenih invaliditeta, kao i same starosti kada je sva skrb sa kurativne preusmjerena na palijativnu [7].

Iako stručne postavke nalažu da se palijativna skrb primjenjuje usporedno s kurativnom skrbi i uključuje samom dijagnozom potencijalno smrtonosne bolesti to u samom definiranju i provođenju palijativne skrbi u Hrvatskoj nije potpuno primjenjivo, budući da bi takvu skrb trebalo osigurati za tri četvrtine oboljelih. Sustav palijativne skrbi u Hrvatskoj tek je u razvoju i nema potrebnih resursa za tolike potrebe te je resurse potrebno preusmjeriti na one bolesnike kod

kojih je aktivno liječenje završeno i bolest napreduje unatoč svim pokušajima liječenja. Kod velike većine bolesnika radi se o posljednjih šest do dvanaest mjeseci života [8].

Nacionalnih pristupi definiranju i razvoju palijativne skrbi različiti su, ali vrijednosti i načela koja čine okosnicu same filozofije palijativne skrbi trebaju biti priznata i usvojena od svih pružatelja, na svim razinama i mjestima skrbi:

1. Autonomija i dostojanstvo

Osnovna karakteristika palijativne skrbi jest usmjerenost na osobu i njezinu kvalitetu života, a ne na dijagnozu bolesti. Bolesnici trebaju upravljati svojom bolešću i odlučivati o svojoj skrbi. To uključuje i pružanje odgovarajućih informacija o dijagnozi, prognozi, opcijama liječenja i njege, te svim planiranim aktivnostima skrbi, u mjeri u kojoj bolesnik i obitelj to traže i žele.

Uz to, skrb je potrebno pružati dostojanstveno, odnosno na otvoren i osjetljiv način u skladu s osobnim vrijednostima svakog bolesnika, ali i poštivanjem kulturnih i vjerskih uvjerenja bolesnika i njegove obitelji.

2. Odnos između bolesnika i pružatelja skrbi

Bolesnik i obitelj najvažniji su suradnici u planiranju njihove skrbi. Partnerski odnos i povjerenje između bolesnika, obitelji i pružatelja skrbi bitno utječe na pravovremeno uključivanje i kontinuitet palijativne skrbi.

3. Komunikacija

Kvalitetna palijativnu skrb zahtijeva dobre komunikacijske vještine. Osim otvorenog i suosjećajnog razgovora tijekom priopćavanja loših vijesti i donošenja teških odluka, bitan dio komunikacije u palijativnoj skrbi je znati čuti i slušati te uvažavati individualnost bolesnika i obitelji u pogledu pruženih informacija i planirane skrbi. Dvosmjerna komunikacija liječnik-bolesnik u palijativnoj skrbi zamjenjuje se cijelom mrežom komunikacija unutar multidisciplinarnog tima i interdisciplinarne suradnje.

4. Kvaliteta života

Osnovni cilj palijativne skrbi usmjeren je postizanju najbolje moguće kvalitete preostalog života, onako kako je definira bolesnik i obitelj.

5. Stav prema životu i smrti

Smrt je neodvojiva od života, njegov sastavni dio. Palijativnom skrbi ne produžuje se niti skraćuje život već se nastoji postići najbolja kvaliteta preostalog života.

6. Obrazovanje javnosti

Razvoj palijativne skrbi u mnogim zemljama uvelike ovisi od geopolitičkog položaja i društvenog prihvaćanja. Uključivanje zajednice i edukacija javnosti o palijativnoj skrbi, smrti i umiranju važna su karika u integraciji i razvoju palijativne skrbi.

7. Multidisciplinarni i interdisciplinarni pristup

Palijativnu skrb bi trebalo pružati u multidisciplinarnim i interdisciplinarnim okvirima te se timski rad smatra središnjom komponentom palijativne skrbi. Holistička skrb, koja uključuje fizičku, psihološku, socijalnu i duhovnu pomoć, može se postići samo kontinuiranom komunikacijom i suradnjom između različitih struka i disciplina. Multidisciplinarni tim sastoji se od članova iz različitih zdravstvenih i nezdravstvenih struka i disciplina ovisno o karakteristikama pacijenata s kojima radi, opsegu skrbi koju pruža te lokalnom područje koje pokriva.

8. Tuga i žalovanje

Podrška u žalovanju ključni je dio palijativne skrbi, a uključuje pružanje pomoći obitelji i njegovateljima u pripremi i suočavanju s gubitkom. Djelovanje palijativne skrbi ne prestaje smrću bolesnika, već se nastavlja kroz period žalovanja, kada i koliko je obitelji i njegovateljima potrebno [6].

2.1. Edukacija i osnovne kompetencije u palijativnoj skrbi

Palijativna skrb sastavni je dio zdravstvene skrbi, na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini. Odgovarajuće definiranje i razgraničenje prirode i opsega palijativne skrbi ključno je za integraciju u kontinuum skrbi, za identificiranje edukacije, ljudskih i financijskih resursa. Različitim definiranjem dolazi do razlike u razvoju i tome kako se (kao medicinska specijalnost ili kao opći pristup) i kada (kraj života ili rana integracija) palijativna skrb implementira u kontinuum skrbi [9]. Potrebe za palijativnom skrbi i primarno mjesto skrbi mijenjaju se ovisno od same putanje bolesti dok pravovremene integracija može poboljšati kontrolu simptoma i kvalitetu života, pri čemu veliku ulogu ima educiranost zdravstvenih radnika, provođenje palijativnog pristupa i opće palijativne skrbi.

Edukacija u palijativnoj skrbi veže se uz podjelu palijativne skrbi na tri razine:

1. palijativni pristup,

2. opću palijativnu skrb i

3. specijalističku palijativnu skrb.

Kako bi provodili palijativni pristup svi zdravstveni djelatnici, na svim razinama zdravstvenog sustava trebaju usvojiti osnovna znanja i načela palijativne skrbi i integrirati ih u svoj svakodnevni rad. Druga razina uključuje opća znanja i rješavanje jednostavnih pitanja i problema u službama čiji djelokrug rad nije samo palijativna skrb, dok treća razina uključuje edukaciju zdravstvenih djelatnika u specijalističkim službama palijativne skrbi koji trebaju imati dovoljno znanja za rješavanje kompleksnih problema i pružanje savjetodavne i praktične podrške nespecijalističkim službama [10].

„Europsko udruženje za palijativnu skrb donijelo je deset ključnih kompetencije koje bi svi djelatnici koji pružaju palijativnu skrb trebali smatrati relevantnima, bez obzira na svoju disciplinu. Smatraju se primjenjivima na bilo koje područje skrbi o osobama s bolestima koje skraćuju životni vijek kojima može biti potrebna palijativna skrb, no većinom se odnose na djelatnike u ustanovama opće zdravstvene skrbi“ [11].

1. „Primijeniti ključne komponente palijativne skrbi u okruženju u kojem se bolesnici i njihove obitelji nalaze:
 - razumjeti značenje bolesti koja skraćuje životni vijek i bolesti opasne po život
 - primijeniti načela palijativne skrbi, koja afirmiraju život i nude bolesnicima sustav potpore koji im pomaže da žive što aktivnije do smrti, stavljajući pritom naglasak na kvalitetu života i pomoć obiteljima tijekom bolesti
 - razumjeti važnost fizičkih, psiholoških, socijalnih i duhovnih pitanja koja utječu na osobe s bolestima koje skraćuju život i njihove obitelji
 - uvažiti vrijednosti, vjerovanja i kulturu bolesnika i njihovih obitelji
 - pokazati sposobnost primjenjivanja palijativnog pristupa čim je to primjereno
 - uvidjeti potrebe bolesnika i obitelji za prikladnom sveobuhvatnom skrbi u terminalnom stadiju te pružiti takvu skrb“.
2. „Omogućiti bolesniku da se tijekom cijele bolesti osjeća što udobnije:
 - pokazati kliničku praksu koja promiče sprječavanje patnje bez obzira na svoju razinu iskustva
 - pokazati sposobnost da se aktivno brinu za bolesnikovu dobrobit, kvalitetu života i dostojanstvo
 - uključiti procjenu tjelesnih simptoma i dobrobiti bolesnika u rutinski klinički rad

- predvidjeti potencijalne komplikacije koje bi mogle povećati patnju te pripremiti odgovarajući plan skrbi
 - ponuditi izvrsnost u skrbi na kraju života bez obzira na to o kojem je okruženju riječ.“
- 3 „Udovoljiti bolesnikovim psihološkim potrebama:
- uvažiti bolesnikove osjećaje i obzirno ih podupirati
 - osnaživati mehanizme suočavanja s bolešću
 - postaviti dijagnozu i plan skrbi te, kad je to prikladno, sustavno i vješto intervenirati uz stalnu procjenu bolesnikovih psiholoških i psihijatrijskih simptoma, pri čemu bi trebali uzimati u obzir prognozu bolesti te bolesnikove osobne želje i okruženje u kojem živi.“
- 4 „Udovoljiti bolesnikovim socijalnim potrebama:
- uvažavati društveni kontekst bolesnika i obitelji te njegov utjecaj na njihovo iskustvo primanja palijativne skrbi
 - informirati bolesnike o raspoloživim potporama i pravima iz područja zdravstvene i socijalne skrbi
 - omogućiti bolesnicima da prema potrebi upravljaju privatnim poslovima.“
- 5 „Udovoljiti duhovnim potrebama bolesnika:
- pokazati sposobnost promišljanja i sagledavanja važnosti duhovnih i egzistencijalnih dimenzija u vlastitom životu
 - integrirati duhovne, egzistencijalne i vjerske potrebe bolesnika i obitelji u plan skrbi, poštujući pritom i njihov mogući izbor da se u plan uopće ne uključuje taj oblik skrbi,
 - uz podršku i s poštovanjem pružiti bolesnicima i obiteljima priliku da izraze duhovnu i/ili egzistencijalnu dimenziju života
 - biti svjesni granica koje se moraju poštivati u smislu kulturnih tabua, vrijednosti i životnih izbora.“
- 6 „Odgovoriti na potrebe obiteljskih njegovatelja u odnosu na kratkoročne, srednjoročne i dugoročne ciljeve skrbi za bolesnika:
- priznati i podržati obiteljske njegovatelje u njihovim obvezama te među njima prepoznati one koji su u opasnosti od proživljavanja nepotrebne patnje ili neprimjerenog opterećenja zbog stalnog tereta skrbi
 - poštivati odluke obiteljskih njegovatelja u vezi s njihovim radnim odnosom te posljedice prekida tog odnosa
 - prepoznati druge uloge i zahtjeve koji se postavljaju pred obiteljske njegovatelje“

- „ako je potrebno, omogućiti obiteljskim negovateljima psihološku i emocionalnu podršku zasebnu od one koja se pruža pacijentu“
 - unaprijediti sposobnosti obiteljskih negovatelja za interakciju s različitim zdravstvenim djelatnicima
 - omogućiti kratkotrajno savjetovanje u žalovanju ako se za time ukaže potreba
 - prepoznati složene potrebe osoba u žalovanju i u slučaju potrebe uputiti ih stručnjaku.“
- 7 „Odgovoriti na izazove povezane s kliničkim i etičkim odlučivanjem u palijativnoj skrbi:
- djelovati u skladu s bioetičkim načelima, državnim i međunarodnim zakonima te bolesnikovim željama i vrijednostima
 - poticati autonomiju bolesnika, uzimajući pritom u obzir ostala etička načela poput dobročinstva, neškodljivosti i pravednosti
 - poticati bolesnike na izražavanje preferencija i želja u vezi s vlastitom skrbi i liječenjem tijekom cijele bolesti
 - omogućiti bolesnicima, njihovim obiteljima i negovateljima pravo sudjelovanja u procesu donošenja odluka,
 - biti svjesni da se najprikladnija etička skrb uvijek ne podudara s željama i preferencijama bolesnika.“
- 8 „Provoditi koordinaciju sveobuhvatne palijativne skrbi i interdisciplinarni timski rad u svim okruženjima u kojima se pruža palijativna skrb:
- pružiti potrebnu podršku bolesnicima tijekom promjene okruženja skrbi
 - poticati interdisciplinarni timski rad
 - prepoznati dužnosti pojedinih članova tima pri planiranju i pružanju skrbi
 - ojačati ulogu volontera u suportivnoj skrbi za bolesnike i obitelji gdje je to moguće,
 - ponuditi bolesnicima i obiteljskim negovateljima najprikladniji model skrbi s obzirom na njihove trenutne potrebe za palijativnom skrbi.“
- 9 „Razvijati odgovarajuće interpersonalne i komunikacijske vještine primjerene palijativnoj skrbi:
- izgraditi terapijski odnos s bolesnicima i obiteljskim negovateljima
 - poticati kvalitetnu komunikaciju unutar tima, ali i s ostalim kolegama
 - izabrati prikladne metode povezivanja i interakcije s obzirom na dob, želje i intelektualne sposobnosti bolesnika i obiteljskih negovatelja te biti sigurni da su razumjeli donesene odluke

- „pravilno tumačiti različite oblike komunikacije (na primjer verbalnu, neverbalnu, formalnu i neformalnu) pacijenata i obiteljskih njegovatelja“
- „upotrijebiti smjernice za priopćavanje loših vijesti, ako su dostupne
- prilagoditi način izražavanja različitim stadijima bolesti, uvažavati kulturološke razlike i izbjegavati upotrebu medicinskog žargona
- podupirati bolesnikove odluke o količini informacija koju želi primiti i podijeliti s obitelji
- uskladiti tempo priopćavanja informacija sa sklonostima i kognitivnim sposobnostima bolesnika i obiteljskih njegovatelja.“

10 „Razvijati samosvijest i kontinuirano se profesionalno usavršavati:

- aktivno sudjelovati u procesu cjeloživotnog obrazovanja kako bi održavali i razvijali svoje stručne kompetencije
- razvijati samosvijest, poznavajući svoje slabe i jake točke kao i moralna i duhovna uvjerenja
- prepoznati rane znakove sindroma izgaranja i potražiti prikladnu pomoć,
- pomagati drugim članovima tima ako je potrebno
- obratiti pozornost na kolege koji proživljavaju teškoće, a nisu svjesni mogućih posljedica po sebe same i po one za koje se skrbe“ [12].

Potreba da svi pružatelji usluga pruže osnovnu palijativnu skrb pojavila se zbog sve većeg broja i potreba bolesnika koje nadmašuju kapacitet specijalističke palijativne skrbi. Mnogi bolesnici imaju nezadovoljene potrebe i viđaju se u primarnoj zdravstvenoj zaštiti više nego na drugim razinama zdravstvene skrbi [13]. Uzrok tome leži i u samoj želji bolesnika za kućnim liječenjem i umiranjem kod kuće. Sam razvoj, integracija i kvaliteta palijativne skrbi uvelike ovisi upravo o educiranosti zdravstvenih radnika dok većina studija i dalje pokazuje da ima nedostaje potrebno znanje za pružanje palijativne skrbi i učinkovito rješavanje problema na kraju života [14]. Upravo se uvođenje edukacija u opća osposobljavanja i redovno školovanje smatra ključnim rješenjem za dobivanje educiranog zdravstvenog kadra, a kontinuirana edukacija i stalno usavršavanje neophodnim za sve zdravstvene radnike, na svim razinama skrbi.

2.2. Palijativna skrb u zdravstvenom sustavu RH

Posljednji Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj donesen je za razdoblje od 2017. - 2020., kada se i događa intenzivnija implementacija palijativne skrbi u

zdravstveni sustav. Nacionalnim programom utvrđen je zakonski okvir, kao i osnovna načela razvoja palijativne skrbi. (Slika 2.1.1.)

Načela organizacije sustava palijativne skrbi
1. Palijativna skrb u Republici Hrvatskoj predstavlja integrirani model skrbi čiji su temeljni nositelji postojeći elementi sustava zdravstvene zaštite na primarnoj i bolničkoj razini te socijalne skrbi (ustanove, centri, socijalni radnici, itd.).
2. Sustav palijativne skrbi primarno se ne uspostavlja kao novi/dodatni sustav, već se ustrojava prenamjenom postojećih prostornih resursa, osnaživanjem i osposobljavanjem profesionalaca te uspostavljenjem novih procedura i standarda rada.
3. Ukoliko prenamjenama i unaprjeđenjima postojećih resursa nije moguće osigurati kvalitetnu palijativnu skrb, mogu se razviti dopunski ili novi sustavi i modeli.
4. Palijativna skrb kontinuirano i partnerski uključuje djelovanje drugih sektora koji mogu doprinijeti boljoj skrbi za korisnike usluga palijativne skrbi (volonteri, civilno društvo, obrazovni sustav, religijske zajednice, privatni sektor, itd.).
5. Organizacija palijativne skrbi uključuje, potiče i podržava sve oblike vertikalne i horizontalne suradnje te snažno intersektorsko povezivanje.
6. Kriteriji za određivanje potrebe za palijativnom skrbi moraju biti jedinstveni u cijeloj Republici Hrvatskoj.
7. Standardi i normativi za rad s palijativnim pacijentima trebaju biti drugačiji u odnosu na skrb za ostale pacijente, ali bez negativnog utjecaja na pravednost u korištenju zdravstvene zaštite.
8. Odluka o obliku palijativne skrbi koji će se osigurati donosi se na temelju više kriterija: potrebe bolesnika, mogućnosti liječenja u kući/dnevnoj bolnici/ustanovi, postojeće usluge, potrebe obitelji, itd.
9. Posebna pažnja i oblici palijativne skrbi posvećuju se vulnerabilnim skupinama poput djece, branitelja, gerijatrijskih bolesnika, psihijatrijskih bolesnika, osobe na respiratoru, osobe s invaliditetom, zatvorenika i drugih.
10. Stacionarna skrb za korisnike palijativne skrbi može se provoditi u zdravstvenim ustanovama koje imaju odgovarajuće posteljne i druge kapacitete te ustanovama socijalne skrbi.
11. Palijativna skrb mora biti dostupna 24 sata dnevno i svih sedam dana u tjednu (tzv. model 24/7).

Slika 2.1.1. Načela organizacije palijativne skrbi u RH prema Nacionalnom programu razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.-2020.

Prema navedenim načelima postojeće službe i djelatnici unutar zdravstvenog sustava RH imaju bitnu ulogu u pružanju i razvoju palijativne skrbi, posebno palijativnog pristupa i opće palijativne skrbi. Uspostava sustava palijativne skrbi ne podrazumijeva samo osnivanje novih, specijalističkih službi već i prenamjenu postojećih resursa, osnaživanje i osposobljavanje profesionalaca te uspostavljanje novih procedura i standarda rada, u skladu sa osnovnom

filozofijom palijativne skrbi [15]. Na taj način želi se omogućiti pružanje palijativne skrbi na svim razinama zdravstvene zaštite, njihova međusobna suradnja i kontinuitet skrbi .

		RAZINE PALIJATIVNE SKRBI		
		Palijativni pristup	Opća palijativna skrb	Specijalistička palijativna skrb
Oblik/mjesto skrbi	Skrb u kući bolesnika	Primarna zdravstvena zaštita (PZZ): izabrani timovi u djelatnosti opće/obiteljske medicine i djelatnosti zdravstvene zaštite djece predškolske dobi, patronažna služba, zdravstvena njega u kući, centri za socijalnu skrb	PZZ, bolnice, domovi za starije osobe, volonteri – srodne organizacije civilnog društva, duhovnici	koordinator za palijativnu skrb mobilni palijativni tim ustanova za palijativnu skrb bolnički tim za palijativnu skrb dnevna bolnica ambulanta za palijativnu medicinu
	Dugotrajno liječenje i dugotrajni smještaj	specijalne bolnice za produženo liječenje, stacionari domova zdravlja i stacionari ustanova za zdravstvenu njegu, domovi za starije osobe	(službe čije područje djelovanja nisu samo palijativni bolesnici, ali ih češće imaju u skrbi)	palijativne postelje odjel palijativne skrbi
	Akutna skrb	Bolnice, hitne medicinske službe		volonteri i organizacije civilnog društva za palijativnu skrb koje se isključivo bave palijativnom skrbi

Slika 2.1.2. Razine palijativne skrbi prema Nacionalnom programu razvoja palijativne skrbi i Republici Hrvatskoj 2017.-2020.

Profesionalizacijom palijativne skrbi i razvojem specijalističkih službi, od 2017.godine, kada su ugovoreni prvi timovi i koordinatori palijativne skrbi u svakoj županiji postoji određeni oblik specijalističkih službi, dok je za svaku županiju predviđen minimalni standard, koji uključuje koordinatora za palijativnu skrb/ centar za koordinaciju palijativne skrbi i mobilni palijativni tim na primarnoj razini, stacionarni smještaj i posudionicu pomagala [16]. Tako je na razini primarne zdravstvene zaštite do kraja 2020. godine ugovoreno 42 koordinatora palijativne skrbi i 33 mobilna palijativna tima(Slika 2.1.3.).

Redni broj	ŽUPANIJA/GRAD ZAGREB	Mreže javne zdravstvene službe		Ugovoreno	
		Koordinator	Mobilni palijativni tim	Koordinator	Mobilni palijativni tim
I	BJELOVARSKO-BILOGORSKA	1	1	0	0
II	BRODSKO-POSAVSKA	2	2	1	1
III	DUBROVAČKO- NERETVANSKA	3	3	3	3
IV	GRAD ZAGREB	8	8	5	5
V	ISTARSKA	2	2	2	2
VI	KARLOVAČKA	2	2	2	1
VII	KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKA	1	1	1	0
VIII	KRAPINSKO-ZAGORSKA	1	1	1	1
IX	LIČKO-SENJSKA	1	1	1	1
X	MEDIMURSKA	1	1	1	1
XI	OSJEČKO-BARANJSKA	5	5	3	2
XII	POŽEŠKO-SLAVONSKA	2	2	2	2
XIII	PRIMORSKO-GORANSKA	3*	3	3	3
XIV	SISAČKO-MOSLAVAČKA	2	2	2	2
XV	SPLITSKO-DALMATINSKA	6	6	3	0
XVI	ŠIBENSKO- KNINSKA	1*	1	2	1
XVII	VARAŽDINSKA	2	2	1	1
XVIII	VIROVITIČKO-PODRAVSKA	1	1	1	1
XIX	VUKOVARSKO-SRIJEMSKA	3	3	3	3
XX	ZADARSKA	2*	2	2	0
XXI	ZAGREBAČKA ŽUPANIJA	3	3	3	3
	UKUPNO U REPUBLICI HRVATSKOJ	52	52	42	33

Slika 2.1.3. Mreža koordinatora za palijativnu skrb i mobilnih palijativnih timova na primarnoj razini prema Mreži javne zdravstvene službe u 2020.godini [17].

Kao ključni element razvoja i provođenja palijativne skrbi smatra se edukacija zdravstvenih djelatnika kroz uvođenje palijativne skrbi u programe zdravstvenih škola i visokoškolskih ustanova, kontinuiranu edukaciju i uspostavu nastavnih baza [15]. U skladu s Nacionalnim planom edukacija o palijativnoj skrbi uvedena je na fakultete u obliku obaveznog ili izbornog predmeta, a na svim visokim zdravstvenim učilištima, studij sestrinstva, predmet Palijativna skrb uveden je kao obavezan predmet treće godine. Na Medicinskom fakulteta Sveučilišta u Zagrebu osnovan je Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine (CEPAMET), koji organizira interdisciplinarne, poslijediplomske tečajeve trajnog medicinskog usavršavanja. Na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci osnovan je Centar za palijativnu skrb. Uz to, edukacije o palijativnoj skrbi organiziraju se i na nivou županija, bolnica, domova zdravlja i drugih zdravstvenih ustanova u svrhu kontinuirane edukacije zdravstvenih djelatnika.

3. Opća /obiteljska medicina

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti zdravstvena djelatnost u Republici Hrvatskoj obavlja se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini te na razini zdravstvenih zavoda [18]. Opća/obiteljska medicina temeljna je djelatnost na primarnoj razini, koja se organizira u timskom radu doktora medicine ili specijalista obiteljske medicine i medicinske sestre/tehničara općeg smjera ili prvostupnice/ka sestrinstva.

Obiteljski liječnik je liječnik koji pruža osobnu, primarnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu pojedincima, obitelji i društvenoj zajednici, bez obzira na dob, spol i bolest [19]. Temeljna znanja i vještine koje liječnik opće/obiteljske medicine mora imati određene su samom definicijom, a uključuju: provođenje primarne zdravstvene zaštite (prvi kontakt s bolesnikom te suradnja i koordinacija sa ostalim službama u okviru primarne zdravstvene zaštite), kvalitetna komunikacija i partnerski odnos s bolesnikom, specifično rješavanje problema i upućivanje kliničkom specijalisti na daljnju obradu, usmjerenost na društvenu zajednicu te cjeloviti i holistički pristup. Medicinske sestre/tehničari najbliži su suradnici u timskom radu i osobe prvog kontakta za sve korisnike ordinacije. Njihova stručnost, vještine komunikacije i trijažne sposobnosti bitno utječu na kvalitetu rada cjelokupne ordinacije [20].

Kućne posjete i liječenje bolesnika u kući osnovna je karakteristika obiteljske medicine te je zbrinjavanje bolesnika izvan zdravstvene ustanove jedna od temeljnih razlika liječnika u bolnicama i liječnika obiteljske medicine (LOM) [21]. Kućne posjete planirane su, a provode se timski te uključuju i druge službe primarne zdravstvene zaštite, odnosno patronažne sestre i sestre zdravstvene njege u kući i važan su dio skrbi za starije, slabije pokretne ili nepokretne bolesnike [22]. Prilikom kućnog liječenja bolesnik se liječi u svom obiteljskom i socijalnom okruženju, a liječnik ima mogućnost prikupljanja mnogih dodatnih podataka o samom bolesniku, njegovoj obitelji i osobama koji o njemu skrbe, socijalnom i ekonomskom statusu.

Ordinacije opće/obiteljske medicine organiziraju se prema Mreži javne zdravstvene službe, a oblik ustrojstva može biti potpuno privatni gdje je ordinacija u vlasništvu i privatnom prostoru liječnika; privatna sa zakupom prostora u Domu zdravlja, pri kojemu je liječnik vlasnik ordinacije, a prostor i opremu zakuplje u Domu zdravlja; u cjelokupnom vlasništvu Doma

zdravlja, pri čemu su prostor i oprema u vlasništvu Doma zdravlja, koji i provodi potpunu organizaciju rada, a liječnik koji radi u ordinaciji je zaposlenik Doma zdravlja [23].

3.1. Palijativna skrb u ordinacijama opće/obiteljske medicine

Opća ili primarna palijativna skrb definira se kao kliničko upravljanje i koordinacija skrbi, pomoću palijativnog pristupa za bolesnike s nekomplikiranim potrebama povezanim s bolešću koja ograničava život i/ili skrbi na kraju života, uključujući pristup specijalističkoj skrbi prema potrebi, kroz suradnju i konzultacije sa službama specijalističke palijativne skrbi. Dok će otprilike 10-15 % neizlječivo bolesnih ili umirućih bolesnika trebati specijalističku palijativnu skrb, velika većina može se adekvatno liječiti unutar opće skrbi [24]. Jačanje uloge liječnika obiteljske medicine (LOM) kao i osiguravanje bliske suradnje sa specijalističkim uslugama vrlo je bitno za pravovremeno prepoznavanje i uvođenje palijativne skrbi, kontinuitet i cjelovito zbrinjavanje.

Liječnici primarne zdravstvene zaštite imaju jedinstvenu poziciju za pružanje opće palijativne skrbi: liječe cijelu osobu (ne samo pojedinačne bolesti), mogu lako identificirati bolesnike koji bi mogli imati koristi od palijativnog pristupa, imaju kontinuirane odnose s bolesnicima i njihovim obiteljima tijekom vremena, te često žele ostati aktivni u skrbi za svoje umiruće bolesnike [25].

Usprkos činjenici da većina bolesnika želi umrijeti kod kuće, najčešće mjesto smrti su bolnice i druge ustanovama. Međutim, broj smrtnih slučajeva kod kuće značajno se povećava ako je LOM unaprijed svjestan da pacijent želi umrijeti kod kuće, ako slijedi palijativni pristup od samog početka, te kada surađuje s medicinskim sestrama u kući i specijalističkim timovima za palijativnu skrb u kući. Međunarodno istraživanje o pristupu LOM u posljednjim mjesecima/tjednima života bolesnika pokazuje kombinaciju palijativnih mjera s mjerama za očuvanje života (uglavnom antibiotici i parenteralna tekućina), čak i kada je skrb bila označen kao palijativna. Razlog zbog kojeg LOM pribjegavaju ovoj kombinaciji jest što se prijelaz razmišljanja o očuvanju života u način razmišljanja o palijaciji obično događa kasno u terminalnom procesu bolesti [26], što je i vrlo česti uzrok kasnog prepoznavanja potrebe za palijativnom skrbi i njezinog provođenja.

Koordinacija, organizacija i provođenje palijativne skrbi u obiteljskoj medicini kada se veliki dio skrbi pruža u domu bolesnika jedan je od najkompleksnijih zadataka. Taj zadatak zahtijeva od LOM specifična znanja i vještine kako bi znao i mogao učinkovito pomoći u kontroli brojnih simptoma te pružiti primjerenu potporu bolesniku i njegovoj obitelji [27]. Sami bolesnici žele odlučno liječenje boli i simptoma, olakšanje od brige, tjeskobe i depresije, komunikaciju o svojoj dugoročnoj skrbi, koordiniranu skrb tijekom trajanja bolesti, podršku članovima obitelji koji za njih skrbe te osjećaj sigurnosti unutar zdravstvenog sustava [28]. Sukladno tome, liječnik opće/obiteljske medicine treba znati prepoznati potrebe bolesnika za palijativnom skrbi, procijeniti i upravljati boli i ostalim simptomima, pružiti psihosocijalnu i duhovnu skrb te imati dobre komunikacijske vještine za suosjećajno i empatično pružanje informacija o dijagnozi i prognozi bolesti, planu i mjestu skrbi, kao i podršku obitelji u suočavanju s bolesti i žalovanju nakon smrti bolesnika. Pri tome je bitno usvojiti i primijeniti osnovna načela palijativne skrbi, djelovati kao član interdisciplinarnog tima te održavati dobru suradnju sa specijalističkim službama [29]. Medicinske sestre, kao važan član interdisciplinarnog tima uz izabranog liječnika imaju temeljne ulogu u zbrinjavanju bolesnika, a potrebna znanja i vještina za pružanje primarne palijativne skrbi medicinske sestre i liječnici trebali bi steći u svom osnovnom obrazovanju, razvijati i usavršavati praktičnom primjenom i trajnom edukacijom [30].

4. Cilj istraživanja

Cilj istraživanje je ispitati kakvo su znanje i stavovi liječnika i medicinskih sestara o palijativnoj skrbi u ordinacijama opće/obiteljske medicine u Koprivničko-križevačkoj županiji te odgovoriti na pitanja:

1. Kakvo je znanje liječnika i medicinskih sestara o palijativnoj skrbi.
2. Kakvi su stavovi liječnika i medicinskih sestara o palijativnoj skrbi, odnosno skrbi prema umirućim osobama.
3. Postoji li razlika u znanju između liječnika i medicinskih sestara.
4. Postoji li razlika stavovima u odnosu na godine starosti, obrazovanje i radno iskustvo.

Hipoteze

H1 - Liječnici i medicinske sestre u ordinacijama opće/obiteljske medicine imaju dobro znanje o palijativnoj skrbi.

H2 - Liječnici i medicinske sestre u ordinacijama opće/obiteljske medicine imaju pozitivan stav o palijativnoj skrbi.

H3 - Ne postoji statistički značajna razlika u znanju između liječnika i medicinskih sestara.

H4 - Ne postoji statistički značajna razlika u stavovima ispitanika u odnosu na dob i godine radnog staža.

5. Ispitanici i metode istraživanja

5.1. Ustroj studije

Provedena je presječna studija u ordinacijama opće/obiteljske medicine u Koprivničko-križevačkoj županiji tijekom srpnja i kolovoza 2021. godine.

5.2. Ispitanici

Istraživanje je provedeno u 58 ordinacija opće/obiteljske medicine. U vrijeme provođenja istraživanja 28 ordinacija u privatnom je vlasništvu, a 30 ordinacija u vlasništvu Doma zdravlja Koprivničko-Križevačke županije. Zbog nedostatka liječničkog kadra 5 ordinacija organizirano je kao tim bez nositelja što znači da je stalno zaposlena medicinska sestra, a liječnici dolaze na zamjenu iz ostalih ordinacija. Za ordinacije koje su u vlasništvu Doma zdravlja Koprivničko-križevačke županije dobiveno je odobrenje Etičkog povjerenstva Doma zdravlja za provođenje istraživanja. Istraživanje je bilo dobrovoljno i anonimno. Od 52 liječnika i 57 medicinskih sestara u ispitivanju je sudjelovalo 44 liječnika i 48 medicinskih sestara, ukupno 92 ispitanika.

5.3. Instrument istraživanja

Za potrebe istraživanja korišten je upitnik koji se sastoji od tri dijela:

1. Sociodemografske i profesionalne karakteristike - sadrži podatke o spolu, dobi, stupnju obrazovanja, godinama radnog staža, edukaciji iz palijativne skrbi, iskustvu u zbrinjavanju palijativnih bolesnika.
2. Znanje o palijativnoj skrbi - Prilagođeni Test znanja o palijativnoj skrbi(engl. Palliative Care Knowledge Test- PCKT) autorice Yoko Nakazawa i suradnika. Od suradnika, M. Miyashita, koji je trenutno zadužen za vođenje upitnika dobiveno je dopuštenje za korištenje i prijevod upitnika na hrvatski jezik te prilagodbu pitanja hrvatskoj kulturi. Upitnik izvorno sadrži 40 pitanja iz područja filozofije palijativne skrbi, boli, dispneje, psihijatrijskih problema, gastrointestinalnih problema i komunikacije [31]. Iz izvorne verzije preuzeto je 20 pitanja, dok su dva pitanja iz filozofije palijativne skrbi zamijenjena pitanjima koja bolje odgovaraju tumačenjima palijativne skrbi u Hrvatskoj i glase:

„ Palijativna skrb u Hrvatskoj usmjerena je na umiruće osobe, u zadnjih šest mjeseci života“

„SPICT test služi za prepoznavanje osoba s potrebom za palijativnom skrbi.“

Od 20 uključenih pitanja, 3 pitanja su iz područja filozofije palijativne skrbi, 7 pitanja iz područja boli, 3 pitanja iz područja dispneje, 3 pitanja iz područja psihijatrijskih problema i 4 pitanja iz područja gastrointestinalnih problema. Svako pitanje ima dva

odgovora „Točno“ ili „Netočno“. Svaki točan odgovor dobio je jedan bod. Ocjena znanja kreće se od 0-20 te viša ocjena ukazuje na višu razinu znanja (nedovoljno znanje < 50 % ukupne ocjene, dobro znanje 51-75 % ukupne ocjene i izvrsno znanje >75 % ukupne ocjene).

3. Za mjerenje stava prema palijativnoj skrbi korišten je prijevod upitnika Stav prema skrbi o umirućima, autorice Katherin H. Murray Frommelt (FATCODE – Frommelt Attitude Toward Care of the Dying). Budući da je upitnik već korišten u brojnim zemljama i sama autorica, koja više nije znanstveno aktivna, preporučuje preuzimanje, prijevod i prilagodbu upitnika u što više zemalja [32], nije traženo posebno dopuštenje za njegov prijevod i korištenje. Upitnik sadrži 30 tvrdnji (15 tvrdnji koje odražavaju pozitivan stav i 15 tvrdnji koje odražavaju negativan stav prema brizi o umirućim osobama) koje su vrednovane uz pomoć Likertove skale od pet točaka.

Upitnik je korišten u papirnatom obliku te je u kuvertama dostavljen ispitanicima, koji su ga na isti način vraćali. Popunjavanje upitnika značilo je da su ispitanici dali svoj pristanak na sudjelovanje u istraživanju.

5.4. Statistička analiza

Na osnovu SPSS datoteke izvedene su statističke analize programom IBM SPSS Statistics 25, a grafički prikazi su izrađeni pomoću Microsoft Excela 2010 i SPSS programa.

Metode statističke analize koje su ovdje korištene su:

- a) deskriptivne metode (tabelarni i grafički prikazi, postoci, srednje vrijednosti, mjere disperzije)
- b) inferencijalne metode (Kolmogorov-Smirnovljev test normalnosti distribucije, hi-kvadrat test, Mann-Whitneyev U test, Kruskal-Wallisov H test, t-test i jednosmjerna analiza varijance)
- c) multivarijatne metode (analiza pouzdanosti).

Zaključci u vezi razlika i povezanosti među varijablama doneseni su na uobičajenom nivou signifikantnosti od 0,05, odnosno uz pouzdanost od 95%.

6. Rezultati

6.1. Deskriptivna statistička analiza

Prvi dio upitnika odnosi se na sociodemografske i profesionalne karakteristike sudionika. Uzorak sudionika činilo je 11 muškaraca (12%) i 81 žene (88%). Najveći broj u dobi je od 30 godina i radnim stažom od 11-20 godina. Od 44 liječnika 16 ima specijalizaciju iz obiteljske medicine, dok je od 48 medicinskih sestara/tehničara 5 prvostupnika/ca sestrinstva.

Varijabla i oblik varijable	Broj Ispitanika	% Ispitanika
Spol ispitanika:		
Muški	11	12
Ženski	81	88
Ukupno	92	100
Dob ispitanika:		
20 - 30 godina	17	18
31 - 40 godina	26	28
41 – 50 godina	10	11
51 – 60 godina	21	23
više od 60 godina	18	20
Ukupno	92	100
Stupanj obrazovanja:		
doktor medicine	28	30
specijalista opće medicine	16	17
medicinska sestra/tehničar opće njege	43	47
prvostupnica/prvostupnik sestrinstva	5	5

Ukupno	92	100
Godine radnog staža:		
do 10	19	21
11 – 20	27	29
21 – 30	16	17
31 – 40	23	25
više od 40	7	8
Ukupno	92	100

Tablica 6.1.1. Anketirani zdravstveni djelatnici u ordinacijama opće/obiteljske medicine prema općim podacima (u apsolutnim i relativnim frekvencijama)

Za potrebe inferencijalne statističke analize neke od varijabli u Tablici 6.1.1. su pregrupirane odnosno smanjen im je broj kategorija. Tako je dob svedena u samo tri kategorije:

1. Mlađa dob (20-30 g.) 17
2. Srednja dob (31-50 g.) 36
3. Starija dob (51 i više g.) 39

Stupanj obrazovanja također je sveden na dvije kategorije:

1. SSS i VŠS (medicinske sestre) 48
2. VSS (liječnici) 44

Godine radnog staža pregrupirane su u sljedeće tri grupe:

1. Manji staž (do 10 g.) 19
2. Srednji staž (11 - 30 g.) 43
3. Veći staž (31 i više g.) 30

Prema profesionalnim karakteristikama (Tablica 6.1.2) trećina ispitanika (34%) prošla je dodatnu edukaciju iz palijativne skrbi, u najvećem broju tijekom školovanja (29%) ili na

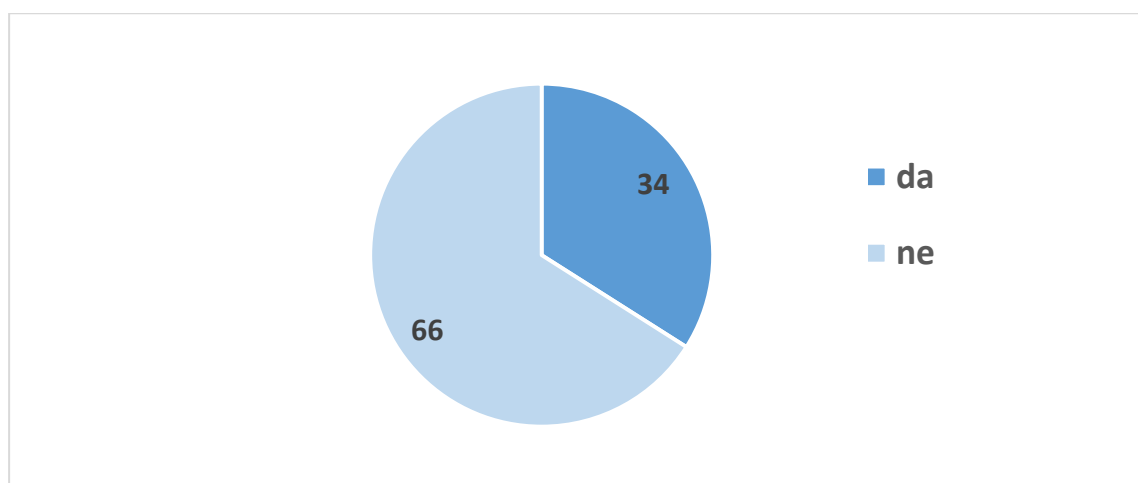
predavanjima unutar županije (35%). Prosječni broj bolesnika s potrebom za palijativnom skrbi po ordinaciji tijekom godine dana je 1-10, kao i broj bolesnika koji su umrli kod kuće. Budući da je poznato da ordinacije ne vode posebni popis za mjesto smrti bolesnika, podatak se ne smatra relevantnim. Pretpostavka je da je broj odabran nasumično prema iskustvu i pretpostavljenom broju bolesnika koji se liječe i umiru kod kuće.

Varijabla i oblik varijable	Broj ispit.	% ispit.
Prošli su dodatnu edukaciju o palijativnoj skrbi:		
Da	31	34
Ne	61	66
Ukupno	92	100
Mjesto sticanja dodatnog znanja o palijativnoj skrbi:		
tijekom školovanja	9	29
tečaj trajnog usavršavanja (CEPAMET)	3	10
edukacije i predavanja izvan županije	8	26
edukacije i predavanja unutar županija	11	35
Ukupno	31	100
Smatra li dodatnu edukaciju iz palijativne skrbi važnom za svakodnevni rad:		
Da	88	96
Ne	4	4
Ukupno	92	100
Broj bolesnika s potrebom za palijativnom skrbi u zadnjih godinu dana:		
0	2	2
1 – 10	47	51
11 – 20	16	17
više od 20	27	29
Ukupno	92	100
Broj bolesnika umrlih kod kuće:		

0	4	4
1 – 10	71	77
11 – 20	11	12
više od 20	6	7
Ukupno	92	100
Je li ispitanik upoznat s organizacijom palijativne skrbi u Hrvatskoj:		
Da	57	62
Ne	35	38
Ukupno	92	100

Tablica 6.1.2. Anketirani zdravstveni djelatnici u ordinacijama opće/obiteljske medicine prema Profesionalnim karakteristikama (u apsolutnim i relativnim frekvencijama)

Iako 96% ispitanika smatra dodatnu edukaciju o palijativnoj skrbi potrebnom tu je edukaciju prošla tek trećina njih (Grafikon 6.1.1). Većina ispitanika odgovorila je da poznaje način organizacije palijativne skrbi u Hrvatskoj (62%).



Grafikon 6.1.1. Postotak ispitanika prema dodatnoj edukaciji o palijativnoj skrbi (n = 92)

Drugi dio upitnika sadrži pitanja iz područja filozofije palijativne skrbi, boli, gastrointestinalnih problema, dispneje i psihijatrijskih problema. U Tablici 6.1.3. prikazane su vrijednosti (apsolutne i relativne) odgovora ispitanika na navedena pitanja.

Redni broj pitanja i pitanje	Točno	Netočno	% ispravnih odgovora
1. Palijativna skrb u Hrvatskoj usmjerena je na umiruće osobe, u zadnjih šest mjeseci života.	56	36	61
2. SPICT test služi za prepoznavanje osoba s potrebom za palijativnom skrbi.	78	14	85
3. Među pojedincima varira stav o tome što je bitno za kvalitetu života.	84	8	91
4. Kod jake boli potrebno je odmah započeti s jakim opioidnim analgetikom.	30	62	33
5. Jedan od ciljeva suzbijanja boli je pacijentima omogućiti miran san noću.	90	2	98
6. Kada se redovito uzimaju opioidi tada ne bi trebalo koristiti nesteroidne protuupalne lijekove.	17	75	82
7. Primjena antidepresiva i antikonvulziva može pomoći u ublažavanju boli.	82	10	89
8. Kod probijajuće boli, kada se redovito uzimaju opioidi, sljedeću dozu ne treba dati ranije nego je predviđeno.	34	58	63
9. Dugotrajna upotreba opioida može stvoriti ovisnost.	84	8	9
10. Upotreba laksativa je učinkovita za sprečavanje konstipacije uzrokovane uzimanjem opioida.	82	10	89
11. Morfij se koristi za olakšavanje dispneje kod umirućih bolesnika.	46	46	50
12. Kada se redovito uzimaju opioidi respiratorna depresija je česta pojava.	63	29	32
13. Evaluacija dispneje treba se temeljiti na subjektivnom izvješću pacijenta.	49	43	53
14. Kod nekih umirućih bolesnika potrebna je kontinuirana sedacija kako bi se ublažila patnja.	82	10	89
15. Tijekom posljednjih dana života, somnolentnost uz disbalans elektrolita može smanjiti bol i nelagodu.	49	43	53
16. Morfij je čest uzrok delirija kod umirućih pacijenata.	50	42	46

17.Kod nemogućnosti oralnog hranjenja potrebno je uvesti nazogastričnu sondu.	81	11	12
18.Smanjenje oralnog uzimanja hrane može se liječiti jedino infuzijom.	20	72	78
19.Čak i ako oralno uzimanje hrane nije moguće, zbog opstrukcije probavnog sustava, a izvedbeni status je dobar ukupna parenteralna prehrana poboljšava kvalitetu života.	78	14	85
20.Intravenozna infuzija neće biti učinkovita za ublažavanje suhoće usta kod umirućih pacijenata.	69	23	75
U k u p n o			64

Napomena: u svakom retku tabele deblje je otisnut broj dobivenih ispravnih odgovora na pitanje.

Tablica 6.1.3. Učestalost odgovora ispitanika na testu znanja o palijativnoj skrbi

Postotak ispravnih odgovora na 20 pitanja varira između 9% i 98% što je prikazano stupcima na Grafikonu 6.2.2. Najmanje ispravnih odgovora je bilo kod pitanja 9 i 17:

9. Dugotrajna upotreba opioida može stvoriti ovisnost (9%).

17. Kod nemogućnosti oralnog hranjenja potrebno je uvesti nazogastričnu sondu (12%)

Na neka pitanja iz područja koja se odnose na primjenu opioidnih analgetika i morfija uočava se niži postotak ispravnih odgovora (ispod 50%) :

4. Kod jake boli potrebno je odmah započeti s jakim opioidnim analgetikom(33%).

12. Kada se redovito uzimaju opioidi respiratorna depresija je česta pojava (32%).

16. Morfij je česti uzrok delirija kod umirućih bolesnika(46%).

Najviše ispravnih odgovora dobiveno je na pitanja 7, 10, 14, 3 i 5:

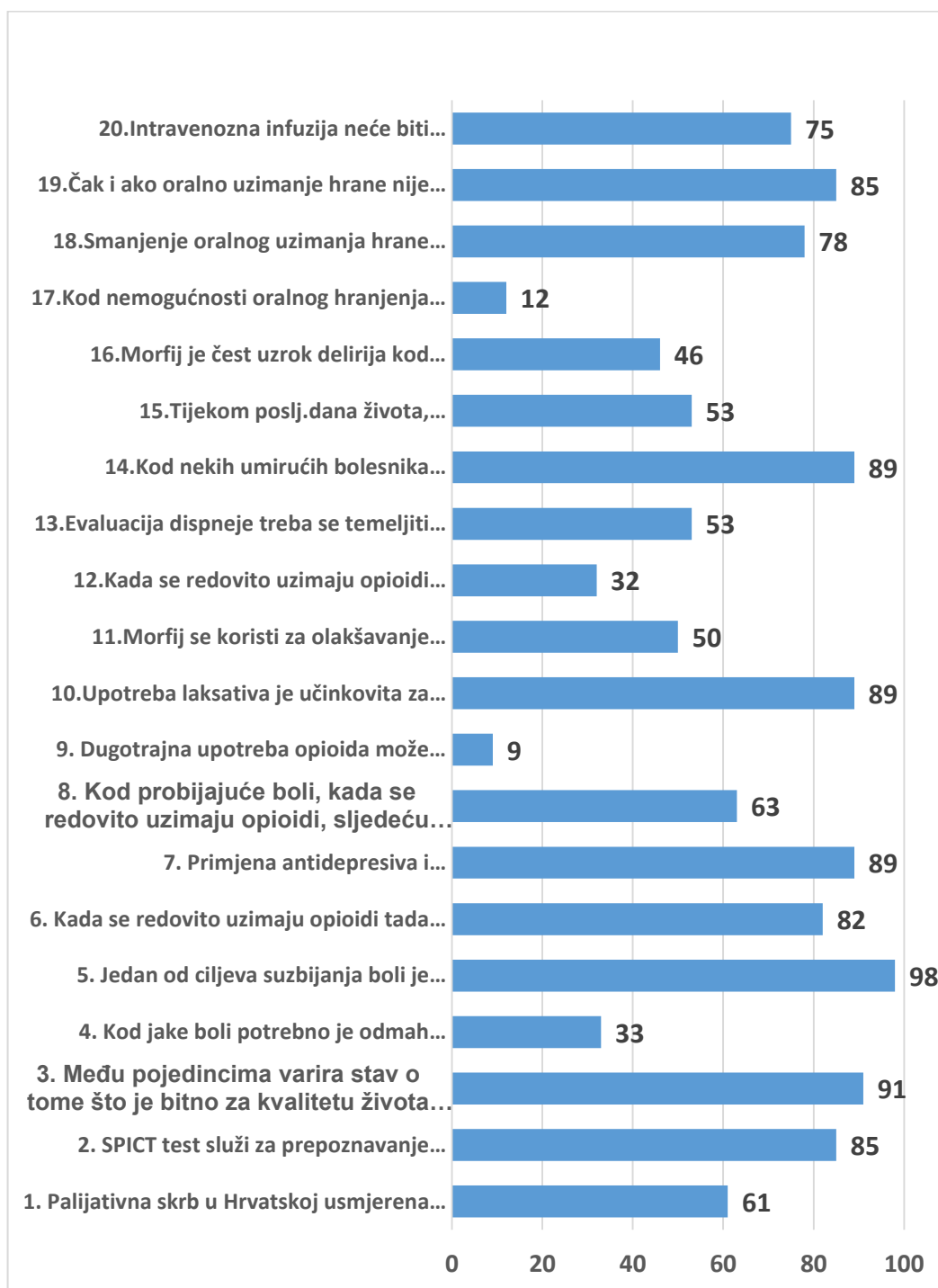
7. Primjena antidepresiva i antikonvulziva može pomoći u ublažavanju boli (89%)

10. Upotreba laksativa je učinkovita za sprečavanje konstipacije uzrokovane uzimanjem opioida (89%)

14. Kod nekih umirućih bolesnika potrebna je kontinuirana sedacija kako bi se ublažila patnja (89%)

3. Među pojedincima varira stav o tome što je bitno za kvalitetu života (91%)

5. Jedan od ciljeva suzbijanja boli je pacijentima omogućiti miran san noću (98%).



Grafikon 6.1.2: Postotak ispravnih odgovora ispitanika na testu znanju o palijativnoj skrbi

Kako bi se za svakog anketiranog ispitanika dobila mjera kojom bi se izrazilo njegovo manje ili veće **znanje** o palijativnoj skrbi osmišljen je sustav bodovanja odgovora na 20 pitanja. Prema tom sustavu svaki ispravan odgovor donosio je 1 bod. Stoga je teoretski minimalni broj bodova 0, a maksimalni 20. Stvarni broj bodova iznosi minimalno 6, a maksimalno 18 dok je prosječni broj bodova 13.

Provedbom opisanog sustava bodovanja utvrđeni su bodovi svakom ispitaniku te je izvršeno zbrajanje tih bodova. Dobivena je distribucija bodova koja je prikazana u Tablici 6.1.4.

Broj bodova	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Ukupno
Broj ispitanika	1	1	3	3	7	7	17	21	14	9	3	5	1	92

Tablica 6.1.4. Ispitanici prema broju osvojenih bodova na testu znanja o palijativnoj skrbi

Treći dio upitnika odnosi se na stavove zdravstvenih djelatnika prema palijativnoj skrbi, odnosno prema skrbi o umirućima. Uključuje 30 pitanja od kojih je 15 pozitivno formulirano, a 15 pitanja negativno. Sudionici su svoje slaganje ili ne slaganje s navedenim tvrdnjama iskazali pomoću Likertove skale (1- uopće se ne slažem, 2- ne slažem se, 3 - nisam siguran, 4 - slažem se, 5- u potpunosti se slažem). Učestalost odgovora prikazana je u Tablici 6.1.5.

Tvrđnja	1- uopće se ne slažem	2- ne slažem se	3- nisam siguran	4- slažem se	5- u potpunosti se slažem	Ukupno
1.Briga o umirućoj osobi je vrijedno iskustvo	-	2	4	18	68	92
2.Smrt nije najgora stvar koja se nekome može dogoditi.	4	7	14	34	33	92
3.Razgovor o nadolazećoj smrti ne bi mi predstavljalo nelagodu	15	9	19	27	22	92
4.Briga o obitelji pacijenta trebala bi se nastaviti tijekom cijelog razdoblja tuge i žalovanja.	-	6	12	31	43	92
5.Ne volim skrbiti o umirućoj osobi.	20	28	20	17	7	92
6.Njegovatelji koji nisu članovi obitelji ne bi trebali s umirućom osobom govoriti o smrti.	19	45	15	10	3	92
7.Frustrira me duljina vremena potrebna za brigu o umirućoj osobi.	36	35	8	11	2	92
8.Uzrujalo bi me kada bi umiruća osoba, o kojoj brinem, odustala od nade da će ozdraviti.	19	41	16	14	2	92
9.Teško je ostvariti bliski odnos s umirućom osobom.	22	40	11	17	2	92
10.Postoje situacije kada umiruća osoba priželjkuje smrt.	1	3	2	44	42	92
11.Kada osoba pita „Umirem li?“ najbolje je skrenuti razgovor na neku veseliju temu.	25	31	20	9	7	92
12.Obitelj treba biti uključena u fizičku njegu umiruće osobe.	-	3	3	30	56	92
13.Želio bi da osoba o kojoj brinem umre kada nisam prisutan kod nje.	19	29	32	7	5	92
14.Strah me sprijateljiti se s umirućom osobom.	29	39	11	12	1	92
15.Osjećao bi se kao da sam odustao, kada bi osoba doista umrla.	29	34	18	7	4	92
16.Članovima obitelji je potrebna emocionalna podrška da prihvate promjene u ponašanju umiruće osobe.	4	-	3	30	55	92
17.Kada se osoba bliži smrti , njegovatelj bi trebao biti sve manje uključen u brigu.	45	36	2	3	6	92
18.Obitelji bi trebale brinuti da pomognu umirućem članu da čim bolje provede ostatak života.	3	-	-	24	65	92
19.Umirućoj osobi ne bi trebalo dozvoliti da donosi odluke o svojoj fizičkoj njezi.	16	36	14	18	8	92
20.Obitelji bi trebale održati maksimalno normalno okruženje za umirućeg člana obitelji.	-	2	4	34	52	92
21.Korisno je da umiruća osoba verbalizira svoje osjećaje.	-	1	3	31	57	92

22.U brigu o umirućoj osobi treba biti uključena obitelj.	2	1	1	19	69	92
23.Njegovatelji bi umirućim osobama trebali dozvoliti da imaju prilagodljiv raspored posjeta.	-	1	10	39	42	92
24.Umiruća osoba i njezina obitelj trebali bi biti donositelji odluka.	-	8	6	44	34	92
25.Ovisnost o lijekovima protiv bolova ne bi trebalo predstavljati brigu vezano uz njegu umirućih osoba.	-	8	22	36	26	92
26.Bilo bi mi nelagodno ući u sobu umiruće osobe i zateći je kako plače.	21	36	12	15	8	92
27.Umirućoj osobi treba iskreno odgovoriti na pitanja o njezinom zdravstvenom stanju.	2	9	11	32	38	92
28.Poučavanje obitelji o smrti i umiranju nije zadatak i odgovornost njegovatelja.	18	38	17	12	8	92
29.Članovi obitelji koji su bliski s umirućom osobom često ometaju rad njegovatelja u njegovoj brizi.	5	23	27	28	9	92
30.Njegovatelji koji nisu članovi obitelji mogu pomoći umirućoj osobi da se pripremi za smrt.	-	1	10	50	31	92

Napomena: Među pitanjima postoje ona koju su pozitivno formulirana (verbalizirana) te su deblje otisnuta, dok su ostala pitanja negativno formulirana.

Tablica 6.1.5. Učestalosti pojedinih odgovora na pitanja o stavovima o palijativnoj skrbi

Za jasniju sliku o tome koje stavove ispitanici manje prihvaćaju a koje više, prikladnija je Tablici 6.1.6, u kojoj se to uočava iz aritmetičkih sredina. One variraju od 1,66 do 4,65, a zajednički im je opći prosjek 3,89.

Tvrdnja	Broj ispitan.	Aritmetička Sredina	Standardna devijacija	Koeficijent varijacije
1.Briga o umirućoj osobi je vrijedno iskustvo	92	4,65	0,670	14
2.Smrt nije najgora stvar koja se nekome može dogoditi.	92	3,92	1,102	28
3.Razgovor o nadolazećoj smrti ne bi mi predstavljalo nelagodu.	92	3,35	1,378	41
4.Briga o obitelji pacijenta trebala bi se nastaviti tijekom cijelog razdoblja tuge i žalovanja.	92	4,21	0,908	22
5.Ne volim skrbiti o umirućoj osobi.	92	3,40	1,232	36
6.Njegovatelji koji nisu članovi obitelji ne bi trebali s umirućom osobom govoriti o smrti.	92	3,73	1,017	27
7.Frustrira me duljina vremena potrebna za brigu o umirućoj osobi.	92	4,00	1,079	27

8.Uzrujalo bi me kada bi umiruća osoba, o kojoj brinem, odustala od nade da će ozdraviti.	92	3,66	1,041	28
9.Teško je ostvariti bliski odnos s umirućom osobom.	92	3,68	1,099	30
10.Postoje situacije kada umiruća osoba priželjkuje smrt.	92	1,66	0,774	47
11.Kada osoba pita „Umirem li?“ najbolje je skrenuti razgovor na neku veseliju temu.	92	3,63	1,202	33
12.Obitelj treba biti uključena u fizičku njegu umiruće osobe.	92	4,51	0,719	16
13.Želio bi da osoba o kojoj brinem umre kada nisam prisutan kod nje.	92	3,54	1,073	30
14.Strah me sprijateljiti se s umirućom osobom.	92	3,90	1,028	26
15.Osjećao bi se kao da sam odustao, kada bi osoba doista umrla.	92	3,84	1,092	28
16.Članovima obitelji je potrebna emocionalna podrška da prihvate promjene u ponašanju umiruće osobe.	92	4,43	0,918	21
17.Kada se osoba bliži smrti , njegovatelj bi trebao biti sve manje uključen u brigu.	92	4,21	1,095	26
18.Obitelji bi trebale brinuti da pomognu umirućem članu da čim bolje provede ostatak života.	92	4,61	0,798	17
19.Umirućoj osobi ne bi trebalo dozvoliti da donosi odluke o svojoj fizičkoj njezi.	92	3,37	1,229	36
20.Obitelji bi trebale održati maksimalno normalno okruženje za umirućeg člana obitelji.	92	4,48	0,687	15
21.Korisno je da umiruća osoba verbalizira svoje osjećaje.	92	4,57	0,617	14
22.U brigu o umirućoj osobi treba biti uključena obitelj.	92	4,65	0,762	16
23.Njegovatelji bi umirućim osobama trebali dozvoliti da imaju prilagodljiv raspored posjeta.	92	4,33	0,713	16
24.Umiruća osoba i njezina obitelj trebali bi biti donositelji odluka.	92	4,13	0,880	21
25.Ovisnost o lijekovima protiv bolova ne bi trebalo predstavljati brigu vezano uz njegu umirućih osoba.	92	3,87	0,928	24
26.Bilo bi mi nelagodno ući u sobu umiruće osobe i zateći je kako plače.	92	3,51	1,254	36
27.Umirućoj osobi treba iskreno odgovoriti na pitanja o njezinom zdravstvenom stanju.	92	4,03	1,063	26
28.Poučavanje obitelji o smrti i umiranju nije zadatak i odgovornost njegovatelja.	92	3,49	1,200	34
29.Članovi obitelji koji su bliski s umirućom osobom često ometaju rad	92	2,86	1,075	38

njegovatelja u njegovoj brizi.				
30.Njegovatelji koji nisu članovi obitelji mogu pomoći umirućoj osobi da se pripremi za smrt.	92	4,21	0,672	16

Tablica 6.1.6. Rezultati deskriptivne statističke analize (aritmetičke sredine, standardne devijacije i koeficijenti varijacije) nakon rekodiranja negativno formuliranih tvrdnji

Deskriptivni pokazatelji su izračunati za **pozitivno** formulirane tvrdnje. Za **negativno** formulirane tvrdnje izvršeno je najprije okretanje ljestvice odgovora, a zatim su izračunati deskriptivni pokazatelji koji su navedeni u tabeli. Formulacije tih tvrdnji koje su navedene u tabeli zbog okretanja ljestvice odgovora nisu više adekvatne.

Prema dobivenim podacima najmanje prihvaćene su tvrdnje 10 i 29 koje glase:

10. *Ne* postoje situacije kada umiruća osoba priželjkuje smrt – negativna preformulirana tvrdnja (prosjeak je 1,66)

29. Članovi obitelji koji su bliski s umirućom osobom *rijetko* ometaju rad njegovatelja u njegovoj brizi (prosjeak je 2,86) – negativna preformulirana tvrdnja (pros.je 2,86)

Najprihvaćenije su tvrdnje 1 i 22 koje glase:

1. Briga o umirućoj osobi je vrijedno iskustvo (prosjeak je 4,65)

22. U brigu o umirućoj osobi treba biti uključena obitelj (prosjeak je 4,65)

Kako bi se izveli određeni zaključci o znanju i stavovima sudionika rezultati deskriptivnih pokazatelji prikazani su u Tablici 6.1.7.

Deskriptivni pokazatelj	Znanje	Stavovi
Aritmetička sredina	12,7	3,89
Medijalna vrijednost	13	3,88
Modalna vrijednost	13	3,80
Minimalna vrijednost	6	3,00
Maksimalna vrijednost	18	4,63
Standardna devijacija	2,32	0,355
Koeficijent varijacije	18%	9%
Kolmogorov-Smirnovljev test:		
z vrijednost u testu	0,140	0,064
p vrijednost u testu	<0,001	0,200
normalnost distribucije	ne	Da
Analiza pouzdanosti:		
Broj varijabli u analizi	-	30
Cronbach alfa koeficijent	-	0,77

Tablica 6.1.7. Deskriptivni pokazatelji za broj bodova utvrđenih kod ispitanika za znanje o palijativnoj skrbi i za stavove o palijativnoj skrbi (n = 92)

Bodovi za znanje	Teoretski	Stvarno
Minimalno	0	6
Prosječno	10	12,7
Maksimalno	20	18

Tablica 6.1.8. Bodovi za znanje o palijativnoj skrbi

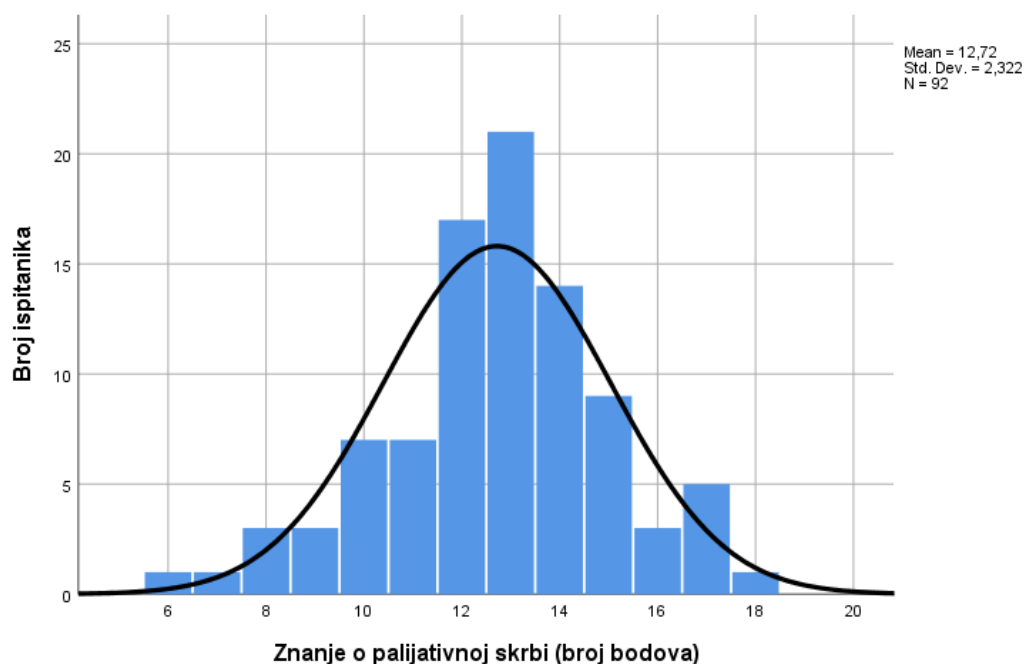
Distribucija bodova za **znanje** o palijativnoj skrbi ima prosjek $12,7 \pm 2,32$ sa manjom disperzijom ($V = 18\%$), a distribucija nije slična normalnoj. Prema tome, mogu se konstatirati tri

bitne činjenice:

1. Da je znanje o palijativnoj skrbi kod ispitanika zadovoljavajuće budući da je od 20 pitanja na njih 13 (u prosjeku) dobiven ispravan odgovor.
2. Da se ispitanici prema znanju o palijativnoj skrbi manje međusobno razlikuju odnosno da je anketirana skupina ispitanika prema tom znanju dosta homogena.
3. Da distribucija bodova za znanje o palijativnoj skrbi nije slična normalnoj distribuciji (prema Kolmogorov-Smirnovljevom testu $z = 0,140$ $p < 0,001$) što onda znači da kod primjene inferencijalne statističke analize nije moguće koristiti parametrijske već samo neparametrijske testove.

Distribucija prosječnih vrijednosti za **stavove** o palijativnoj skrbi ima relativno visok prosjek od $3,89 \pm 0,355$ sa malom disperzijom ($V = 9\%$), a distribucija je slična normalnoj. Prema tome, mogu se konstatirati tri bitne karakteristike:

1. Da su stavovi medicinskih djelatnika o palijativnoj skrbi pretežno pozitivni (prosjek od 3,89 vrlo je blizu ocjeni 4 „slažem se“).
2. Da se ispitanici prema stavovima o palijativnoj skrbi manje međusobno razlikuju odnosno da je anketirana skupina ispitanika prema tim stavovima homogena.
3. Da je distribucija prosječnih stavova o palijativnoj skrbi medicinskih djelatnika slična normalnoj distribuciji (prema Kolmogorov-Smirnovljevom testu $z = 0,064$ $p = 0,200$) što onda znači da je kod primjene inferencijalne statističke analize moguće koristiti parametrijske testove.



Grafikon 6.1.3. Grafički prikaz distribucije broja bodova kod anketiranih ispitanika prema znanju o palijativnoj skrbi pomoću histograma u koji je ucrtana normaln krivulja

U svrhu analize pouzdanosti 15 varijabli (tvrdnji) iz skupine **tvrdnji o stavovima** o palijativnoj skrbi je rekodirano budući da su te tvrdnje izrečene u negativnom obliku (tvrdnje 5-11, 13-15, 17, 19, 26, 28 i 29). Nakon toga je izvedena **analiza pouzdanosti** (*Reliability Analysis*) skale stavova sa 30 čestica (tvrdnji, *items*). Ta je analiza napravljena alfa modelom i dobiven je Cronbach alfa koeficijent pouzdanosti od **0,77** što znači da je pouzdanost zadovoljavajuća. Prema tome, odgovori na pojedine tvrdnje međusobno su **dobro usklađeni**.

6.2. Inferencijalna statistička analiza

Ova je analiza napravljena različitim metodama pa su rezultati prezentirani u nekoliko skupina prema tome koja je metoda korištena.

Prvu skupinu analiza čine neparametrijski testovi razlike između dva medijana (Mann-Whitneyev U test) odnosno između tri medijana (Kruskal-Wallisov H test). Ovi su testovi

primijenjeni na novu skupnu varijablu bodovi za **znanje** o palijativnoj skrbi. Provedena su tri U testa i dva H testa, a rezultati su prikazani u Tablici 6.2.1.

	Testna kategorijalna (nezav.) varij.	Podskup ispitanika	Broj Ispit	Sredine Rangova	U odnosno H	z odnosno df	p ¹⁾
1.	Spol	muški	11	39,45			
		ženski	81	47,46	U = 368	z = -0,944	0,345
2.	Dob	mlađi (do 30 g.)	17	45,65			
		srednji (31-40g.)	36	46,88			
		stariji (50 i više g.)	39	46,53	H = 0,025	df = 2	0,988
3.	Obrazovanje	SSS i VŠS	48	45,19			
		VSS	44	47,93	U = 993	z = -0,498	0,618
4.	Radni staž	manji (do 10 g.)	19	47,16			
		srednji (11-30 g.)	43	44,48			
		veći (31 i više g.)	30	48,98	H = 0,530	df = 2	0,767
5.	Dodatna eduk.	da	31	49,85			
		ne	61	44,80	U = 841,5	z = -0,869	0,385

Tablica 6.2.1.: Rezultati usporedbe znanja o palijativnoj skrbi pomoću neparametrijskog Mann-Whitneyevog U testa (za varijable sa dvije kategorije) i Kruskal-Wallisovog H testa.

Zaključci u vezi neparametrijskih testova čiji su rezultati prezentirani u Tablici 6.2.1. su sljedeći:

1. Medicinske sestre i liječnice imaju veće znanje o palijativnoj skrbi u odnosu na malobrojne medicinske tehničare i liječnike ($47,46 > 39,45$). Međutim, ta razlika u znanju s obzirom na spol nije statistički značajna ($p = 0,345$).
2. Znanje o palijativnoj skrbi vrlo je slične razine kod ispitanika različitih dobnih skupina tako da i tu ne postoji statistički značajna razlika s obzirom na dob ($p = 0,988$).
3. Medicinske sestre i tehničari (SSS i VŠS) imaju nešto niže znanje o palijativnoj skrbi od liječnika (VSS), ali ta razlika ($45,19 < 47,93$) nije statistički značajna ($p = 0,618$).

4. Ispitanici srednjeg radnog staža imaju najmanje znanje o palijativnoj skrbi u odnosu na ispitanike manjeg radnog staža i ispitanike većeg radnog staža ($47,16 > 44,48 < 49,98$). No, i ta razlika nije statistički značajna ($p = 0,767$).
5. Ispitanici koji su prošli dodatnu edukaciju iz palijativne skrbi imaju (očekivano) veće znanje o njoj u odnosu na ispitanike koji te dodatne edukacije nisu prošli ($49,85 > 44,80$). Međutim, i ovdje ta razlika u znanju nije statistički značajna ($p = 0,385$).

Opći je zaključak da je nivo znanja o palijativnoj skrbi kod anketiranih medicinskih djelatnika u ordinacijama opće medicine sličan, odnosno da ne postoje statistički značajne razlike u tom znanju kod pojedinih kategorija ispitanika ($p < 0,05$).

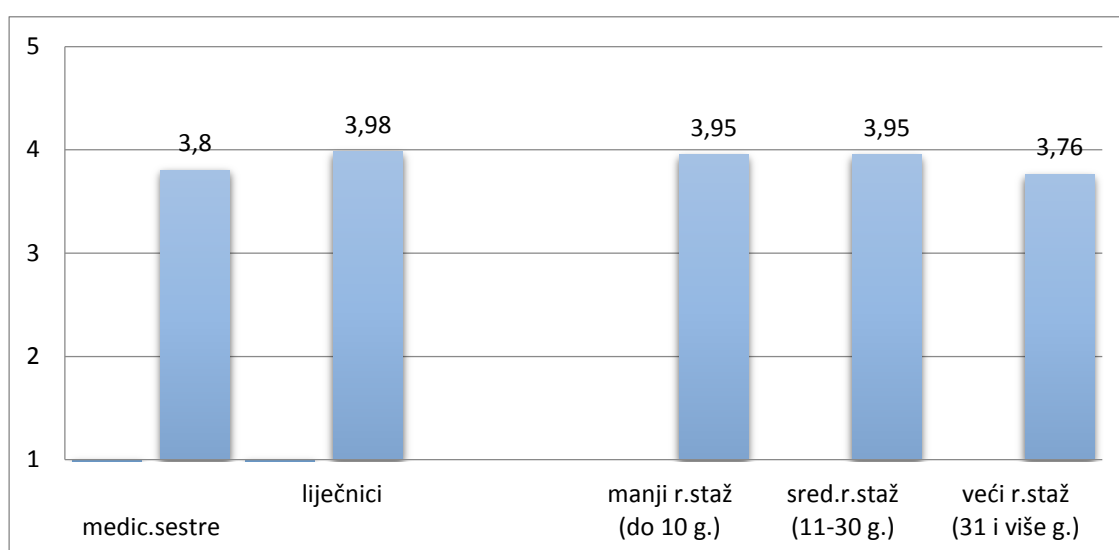
Drugu skupinu analiza čine t-testovi razlika između dviju aritmetičkih sredina kao i F-testovi razlike između triju aritmetičkih sredina (jednosmjerne analize varijance). Razlika između aritmetičkih sredina može biti slučajna ($p > 0,05$) ili statistički značajna ($p < 0,05$). Ovi se parametrijski testovi mogu koristiti ako je promatrana zavisna varijabla distribuirana slično normalnoj distribuciji, a to je slučaj kod **stavova** o palijativnoj skrbi (prosječne vrijednosti)

R	Zavisna varijabla	Podgrupa ispitanika	Broj ispit.	Aritm. sredine	Pokazatelj (t ili F vrij.)	p
1.	Stavovi o palijativnoj skrbi (prosječne vrijednosti)	Muški	11	3,89	t = 0,009	0,993
		ženski	81	3,89		
2.	Stavovi o palijativnoj skrbi (prosječne vrijednosti)	mlađi	17	3,90	F = 1,891	0,157
		srednji	36	3,96		
		stariji	39	3,81		
3.	Stavovi o palijativnoj skrbi (prosječne vrijednosti)	SSS i VŠS (med.ses.)	48	3,80	t = 2,459	0,016*
		VSS (liječnici)	44	3,98		
4.	Stavovi o palijativnoj skrbi (prosječne vrijednosti)	manji r.staž	19	3,95	F = 3,023	0,044*
		srednji r.staž	43	3,95		
		veći r.staž	30	3,76		
5.	Stavovi o palijativnoj skrbi (prosječne vrijednosti)	dodatna edukacija da	31	3,96	t = 1,354	0,179
		dodatna edukacija ne	61	3,85		

Tablica 6.2.2. Rezultati testova usporedbe aritmetičkih sredina

Manje aritmetičke sredine što su navedene u Tablici 6.2.2. znače manje prihvaćanje stavova o palijativnoj skrbi, dok veće aritmetičke sredine znače veće prihvaćanje tih stavova i pozitivniji stav. Zaključci u vezi parametrijskih testova čiji su rezultati prezentirani u Tablici 6.2.2. su sljedeći:

1. Medicinski tehničari i liječnici prihvaćaju stavove o palijativnoj skrbi praktički jednako kao što ih prihvaćaju i medicinske sestre i liječnice ($3,89 = 3,89$). Zbog toga je razumljivo da vrlo mala razlika nije statistički značajna ($p = 0,993$).
2. Stavove o palijativnoj skrbi najmanje prihvaćaju ispitanici starije dobi, dok ih najviše prihvaćaju ispitanici srednje dobi. Međutim, ta razlika nije još toliko velika da bi bila statistički značajna ($p = 0,157$).
3. Medicinske sestre i tehničari (SSS i VŠS) manje prihvaćaju stavove o palijativnoj skrbi u odnosu na liječnike (VSS). Uočena razlika ($3,80 < 3,98$) je toliko velika da se smatra statistički značajnom ($p = 0,016$).
4. Ispitanici manjeg i srednjeg radnog staža više prihvaćaju stavove o palijativnoj skrbi u odnosu na ispitanike većeg radnog staža ($3,95 \approx 3,95 > 3,76$). Treba naglasiti da je i ovdje ta razlika statistički značajna ($p = 0,044$).
5. Ispitanici koji su prošli dodatnu edukaciju iz palijativne skrbi imaju (očekivano) veće prihvaćanje stavova o palijativnoj skrbi u odnosu na ispitanike koji tu dodatnu edukaciju nisu prošli ($3,96 > 3,85$). Međutim, ta razlika u prihvaćanju stavova nije statistički značajna ($p = 0,179$).



Grafikon 6.2.1. Grafički prikaz prosječnih stavova o palijativnoj skrbi kod ispitanika različitog zanimanja odnosno različitog radnog staža (n = 92)

Treću skupinu analiza čine hi-kvadrat testovi kojima je svrha provjeriti postoji li statistički značajna povezanost između nekih nominalnih varijabli ($p < 0,05$) ili te povezanosti nema ($p > 0,05$). Podaci za ovu analizu smještavaju se u kombinirane tabele (tabele kontingencije) sa različitim brojem kolona odnosno redova. Izveden je samo jedan takav neparametrijski test koji je dao rezultate što su navedeni u Tablici 6.2.3.

R b	Varijable u kontingencijskoj tabeli	Format konting. tabele	n	χ^2	df	p
1.	Prošao dodatnu eduk.o palijat.skrbi Poznaje organiz.palijativ.skrbi u RH	2 x 2	92	9,526	1	0,004**

Tablica 6.2.3. Rezultati hi-kvadrat testa

Zaključci u vezi provedenog hi-kvadrat testa su sljedeći:

Između činjenice da li je ispitanik prošao dodatnu edukaciju o palijativnoj skrbi ili nije i poznavanja organizacije palijativne skrbi u Hrvatskoj (da, ne) postoji **statistički značajna povezanost**. Rezultati testa ($\chi^2 = 9,526$ df = 1 n = 92 p = 0,004) to dokazuju. Uvidom u tabelu kontingencije (Tablica 6.2.3) se može izračunati da je od ukupnog broja ispitanika koji su prošli dodatnu edukaciju njih 84% poznaje organizaciju palijativne skrbi dok ih 16% ne poznaje. Od ukupnog broja ispitanika koji nisu prošli dodatnu edukaciju njih 51% poznaje organizaciju palijativne skrbi dok ih 49% ne poznaje. Dakle, uz dodatnu edukaciju je i poznavanje organizacije palijativne skrbi u Hrvatskoj veće. Obratno, bez dodatne edukacije o palijativnoj skrbi je poznavanje organizacije te skrbi manje.

Dodatna Edukacija	Poznavanje organizacije palijativne skrbi		Ukupno
	da	ne	
Da	26	5	31
Ne	31	30	61
Ukupno	57	35	92

Tablica 6.2.4. Broj medicinskih djelatnika prema tome jesu li prošli dodatnu edukaciju o palijativnoj skrbi i prema poznavanju organizacije palijativne skrbi u Hrvatskoj

6.3. Zaključci u vezi hipoteza

U ovom su radu postavljene četiri hipoteze. U nastavku su iznesene te hipoteze, dokazi o njihovoj točnosti odnosno netočnosti te zaključak o njihovom prihvaćanju odnosno odbacivanju.

Prva hipoteza je glasila: „Liječnici i medicinske sestre u ordinacijama opće/obiteljske medicine imaju dobro znanje o palijativnoj skrbi.“ Dokazi da je ta hipoteza točna su sljedeći:

- a) Postotak pitanja na koja su ispitanici dali točan odgovor iznosi **64%** . Prema tome, skoro dvije trećine odgovora ispitanika su točni.
- b) Na 20 pitanja o znanju o palijativnoj skrbi dobiveno je prosječno **13** točnih odgovora kod ispitanika (preciznije, 12,7).
- c) Bodovi koje su osvojili ispitanici odgovarajući na pitanja o znanju o palijativnoj skrbi se manje razlikuju (koeficijent varijacije je 18%) odnosno anketirana skupina ispitanika relativno je homogena skupina s obzirom na znanje o palijativnoj skrbi.

Prema tome, može se zaključiti da je navedena hipoteza **prihvaćena** kao istinita.

Druga hipoteza je glasila: „Liječnici i medicinske sestre u ordinacijama opće/obiteljske medicine ima pozitivan stav o palijativnoj skrbi“ Ovu hipotezu može ilustrirati nekoliko podataka (rezultata) iz analize:

- a) Stavovi medicinskih djelatnika o palijativnoj skrbi su pretežno pozitivni budući da je prosjek od **3,89** (na skali od 1 do 5) vrlo je blizu ocjeni 4 („slažem se“).

- b) Ispitanici se prema stavovima o palijativnoj skrbi manje međusobno razlikuju (koeficijent varijacije je svega 9%) odnosno anketirana skupina ispitanika je homogena prema tim stavovima.
- c) Distribucija ispitanika prema stavovima o palijativnoj skrbi je slična normalnoj distribuciji (u Kolmogorov-Smirnovljevom testu $z = 0,064$ $p = 0,200$).

Prema tome, treba zaključiti da je navedena hipoteza **prihvaćena** kao istinita.

Treća hipoteza u ovom radu glasi: „Ne postoji statistički značajna razlika u znanju o palijativnoj skrbi između medicinskih sestara i liječnika.“ O toj hipotezi govori rezultat U testa prema kojem ne postoji statistički značajna razlika u znanju o palijativnoj skrbi između medicinskih sestara i liječnika ($p = 0,618$).

Stoga se ova hipoteza **prihvaća** kao istinita.

Četvrta hipoteza u ovom radu glasi: „Ne postoji statistički značajna razlika u stavovima o palijativnoj skrbi s obzirom na dob i s obzirom na radni staž medicinskih sestara i liječnika opće medicine“. U vezi ove hipoteze treba navesti dva rezultata inferencijalne statističke analize, oba dobivena jednosmjernom analizom varijance:

- a) Između stavova ispitanika različite dobi ne postoji statistički značajna razlika ($p = 0,157$) kako je to navedeno u Tablici 6.2.1. pod rednim brojem 2.
- b) Između stavova ispitanika različitog radnog staža postoji statistički značajna razlika ($p = 0,044$) kako je to navedeno u Tablici 6.2.1. pod rednim brojem 4.

Kako se prema rezultatu pod a) hipoteza potvrđuje kao točna, a prema rezultatu pod b) se ona pokazuje kao netočna, treba izvući kompromisni zaključak o **djelomičnom prihvaćanju** ove hipoteze.

7. Rasprava

Provedenim istraživanjem željela se utvrditi razina znanja i stavova o palijativnoj skrbi među liječnicima i medicinskim sestrama u ordinacijama opće/obiteljske medicine budući da imaju veliku ulogu u zbrinjavanju bolesnika u potrebi za palijativnom skrbi, dok su istraživanja, osobito u Hrvatskoj uglavnom usmjerena na utvrđivanje znanja kod medicinskih sestara/tehničara, a vrlo rijetko ili nikad ne uključuju liječničku populaciju. U 58 ordinacija upitnik je ispunilo 92 ispitanika, pojedine ordinacije organizirane su kao tim bez nositelja, a dio ordinacija nije pristao na sudjelovanje u istraživanju te je upitnik vraćen prazan.

Prema prikupljenim podacima upitnik je popunilo 11 (12%) ispitanika muškog spola i 81 (88%) ispitanika ženskog spola. Najveći broj ispitanika dobi je 31-40 godina (28%). Upitnik je popunilo 44 liječnika od koji 16 ima specijalizaciju iz obiteljske medicine, dok je od 48 medicinskih sestara/tehničara 5 prvostupnica/ka sestrinstva. Najveći dio ispitanika sa srednjim je radnim stažom od 11-30 godina.

Što se tiče profesionalnih karakteristika dodatnu edukaciju iz palijativne skrbi prošlo je samo 34% ispitanika, a najveći broj dodatna znanja stekao je na predavanjima unutar županije (35%) ili tijekom školovanja (29%). Usprkos malom postotku dodatne edukacije čak 96% ispitanika smatra dodatnu edukaciju iz palijativne skrbi bitnom za svoj svakodnevni rad. Za 62% ispitanika poznata je organizacija palijativne skrbi u Hrvatskoj te je utvrđena statistički značajna povezanost između dodatne edukacije iz palijativne skrbi i poznavanja njezine organizacije u Hrvatskoj. Prosječan broj bolesnika s potrebom za palijativnom skrbi u ordinacijama, u zadnjih godinu dana bio je 1-10 bolesnika, te je ista brojka navedena kao prosječan broj bolesnika umrlih kod kuće.

Ukupno znanje ispitanika prema prikupljenim podacima na testu znanja o palijativnoj skrbi može se ocijeniti dobrim budući da je na prosječno 13 pitanja od njih 20 dobiven ispravan odgovor (63%). Usprkos dobrog znanja niži postotak odgovora na pitanja o upotrebi opioidnih analgetika i morfija upućuje na nedostatno znanje u tom području. Bol i otežano disanje dva su najčešća i najozbiljnija simptoma koja doživljavaju bolesnici kojima je potrebna palijativna skrb, ali pristup stanovništva opioidnim analgeticima i dalje je neadekvatan. Prema SZO, osnovne prepreke su nedovoljna educiranosti kreatora politike, zdravstvenih djelatnika i zajednica,

dostupnost opioidnih lijekova i slaba upotreba morfija, kao i zabluda da će poboljšani pristup opioidnoj analgeziji dovesti do povećane zloupotrebe supstanci [1].

Podacima prikupljenim na Frommeltovoj skali prema skrbi za umiruće bolesnike, želio se utvrditi stav ispitanika prema palijativnoj skrbi koja je u Hrvatskoj usmjerena upravo na tu skupinu bolesnika. Prema prikupljenim podacima stavovi medicinskih djelatnika uglavnom su pozitivni (prosjeak od 3,89 vrlo je blizu ocjeni 4 „slažem se“). Uočena je razlika u prihvaćanju stavova između liječnika i medicinskih sestara/tehničara te se može reći da liječnici imaju pozitivniji stav o skrbi prema umirućima u odnosu na medicinske sestre/tehničare. Isto tako ispitanici manjeg i srednjeg radnog staža bolje prihvaćaju stavove, odnosno imaju pozitivniji stav u odnosu na ispitanike sa većim radnim stažom.

Iako je nivo znanja anketiranih sličan i ne postoji statistički značajna razlika, neparametrijskim testovima utvrđeno je nešto niže znanje o palijativnoj skrbi kod medicinskih sestara/tehničara u odnosu na liječnike. Prema sličnom istraživanju Jaime Martin-Martin i suradnika u Španjolskoj, provedenog u 40 službi primarne zdravstvene zaštite uočene su značajne razlike u znanju između liječnika i medicinskih sestara, te je znanje liječnika bilo znatno veće od znanja medicinskih sestara. Uz to kontinuirano usavršavanje, kao i profesionalno iskustvo povezani su sa većim znanjem kod liječnika i medicinskih sestara. Ispitanici manjeg ili većeg radnog staža imaju veće znanje u odnosu na ispitanike srednjeg radnog staža dok ispitanici koji su prošli dodatnu edukaciju imaju veće znanje u odnosu na one koji nisu [33].

Istraživanje Huyen Thi Thanh Vu i suradnika provedeno je također korištenjem upitnika koji sadrži PCKT i FATCODE test, ali na zdravstvenim djelatnicima u gerijatrijskoj bolnici u Vijetnamu. Prema dobivenim rezultatima i liječnici i medicinske sestre nemaju dovoljno znanja o palijativnoj skrbi, nije utvrđena statistički značajna razlika između liječnika i medicinskih sestara. Utvrđeno je da su veća dob i radno iskustvo povezani sa većim znanjem. Što se tiče stavova prema palijativnoj skrbi oni su uglavnom neutralni i pozitivni dok je veće znanje o palijativnoj skrbi povezano sa pozitivnijim stavom [34].

Na nedovoljno znanje liječnika o palijativnoj skrbi ukazuje i istraživanje Ameena Mohammed Al-Ansari u koje su uključena 284 liječnika primarne zdravstvene zaštite u Kuvajtu. Polovica ispitanika ima nesiguran stav prema palijativnoj skrbi dok samo 6,7 % ima dobro znanje o palijativnoj skrbi, posebno o upravljanju akutnim i teškim zbivanjima poput jake boli, dispneje ili krvarenja. Više od 50% ispitanika nije upoznato sa dostupnim palijativnim resursima

u njihovoj zajednici te se upravo nedostatak znanja i podrške od specijalističkih službi smatra osnovnim uzrokom negativnog stava prema palijativnoj skrbi [35].

Kako bi utvrdili znanje i stavove prema skrbi na kraju života Hongrui Shi i suradnici proveli su istraživanje među pružateljima zdravstvene skrbi u zajednici u Kini. Rezultati ukazuju na pozitivan stav prema skrbi na kraju života, ali na nedostatak znanja, posebno u komunikacijskim vještima i upravljanju boli te se obrazovanje navodi kao glavni prioritet u njegovom poboljšanju [36].

Yoko Nakazawa i suradnici u istraživanju provedenom u Japanu i ispitivanju znanja i poteškoća pri pružanju palijativne skrbi, ukazuju na važnost sustavnog obrazovanja. Analizirano je znanje liječnika u 2008. i 2015. godini te je ustanovljeno da se pod utjecajem nacionalnih obrazovnih programa znanje liječnika bitno poboljšalo, a obrazovanje o palijativnoj skrbi za zdravstvene djelatnike smatraju ključnim elementom u poboljšanju pristupa kvalitetnoj palijativnoj skrbi [37].

Primjena PCKT upitnika omogućuje zajedničku procjenu znanja kod liječnika i medicinskih sestara, ali velika većina istraživanja provedena je samo na medicinskim sestrama i prilagođenim upitnikom, međutim sa sličnim rezultatima. Tako je nacionalno istraživanje u Španjolskoj ispitivalo znanje i stavove medicinskih sestara na različitim razinama i službama u cijeloj zemlji. Istraživanje ukazuje na srednju do nisku razinu znanja iz palijativne skrbi među medicinskim sestrama. Znanje je veće u onih koji imaju veće iskustvo ili prethodno obrazovanje o palijativnoj skrbi. Istraživanje ukazuje na potrebu za provođenjem programa osnovnog osposobljavanja u palijativnoj skrbi, uključujući dodiplomsku izobrazbu ili trajnu edukaciju [38].

Istraživanje o znanju medicinskih sestara u Nigeriji osim osnovne naobrazbe tijekom školovanja ističe i važnost kontinuiranog usavršavanja i edukacijskih programa za medicinske sestre koje su radno aktivne. Ovo istraživanje je zaključilo da medicinske sestre slabo poznaju palijativnu skrb, posebno aspekt upravljanja boli, te im nedostatak znanja onemogućuje pružanje palijativne skrbi pacijentima. Dob medicinske sestre, obrazovna kvalifikacija i vrsta bolnice bili su značajni prediktori znanja o palijativnoj skrbi. Medicinske sestre dobi od 40-49 godina imale su veće znanje, kao i one s dodiplomskim obrazovanjem [39].

Prema istraživanju Marinić R. i suradnika, provedenog u Gradu Zagrebu i Medimurskoj županiji o znanju i stavovima medicinskih sestara i tehničara na primarnoj, sekundarnoj i

tercijarnoj razini zdravstvene zaštite, znanje medicinskih sestra i tehničara nedostavno je dok su medicinske sestre i tehničari na primarnoj razini pokazali daleko veće znanje u odnosu na kolege na sekundarnoj ili tercijarnoj razini [40]. Razlog tome može se naći upravo u želji bolesnika da svoje posljednje dane provedu u svom domu i okruženju, ali i činjenici da primarna skrb potrebna kroz cijelu putanju bolesti, a ne samo tijekom akutnih zbivanja. Zdravstveni djelatnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti prate bolesnika i pružaju potrebnu skrb od same dijagnoze bolesti, ali i mogu na vrijeme prepoznati i primijeniti opću palijativnu skrb.

U istraživanju Korač Dore o znanju i stavovima studenata veleučilišta i sveučilišta u Zagrebu te sveučilišta u Varaždinu utvrđene je da postoje razlike u stavovima prema palijativnoj skrbi s obzirom na prijašnji susret s umirućom osobom, zadovoljstvom palijativnom podukom dobivenom u sklopu fakultetskog obrazovanja te studijskog usmjerenja. Studenti koji su se susreli s umirućom osobom te studenti koji su zadovoljni količinom primljene edukacije češće se slažu s tvrdnjama o pojedinim aspektima palijativne skrbi, odnosno iskazuju pozitivnije stavove [41].

Znanje zdravstvenih djelatnika o palijativnoj skrbi nedovoljno je na svim razinama zdravstvenog sustava, a obrazovanje igra ključnu ulogu. Jolien Pieters i suradnici naglašavaju da studenti medicine dobivaju neadekvatno obrazovanje i osposobljavanje u palijativnoj skrbi i mnogi mladi liječnici u različitim zemljama ne osjećaju se dobro pripremljenima [42]. Ista je situacija i sa obrazovanjem medicinskih sestara/tehničara. Prema istraživanju o obrazovanju medicinskih sestara o palijativnoj skrbi u Europi prisutne su značajne varijacije kako među zemljama tako i unutar njih u obrazovanju medicinskih sestara/tehničara, dok polovica uključenih zemalja nema palijativnu skrb kao obvezni predmet u okviru preddiplomskog obrazovanja [43].

Rezultati istraživanja provedenog među liječnicima i medicinskim sestrama u ordinacijama opće/obiteljske medicine u Koprivničko-križevačkoj županiji, ne mogu se generalizirati zbog podataka dobivenih na malom uzorku, ali može se zaključiti da ukazuju na općenito dobro znanje u palijativnoj skrbi i niži postotak točnih odgovora na pitanja iz područja primjene opioidnih analgetika. Uočava se nešto niže znanje kod medicinskih sestara/tehničara, iako rezultat nema statističku značajnost. Može se pretpostaviti da je uzrok tome nedovoljno obrazovanje medicinskih sestara o palijativnoj skrbi, posebno tijekom općeg, srednjoškolskog obrazovanja koje prevladava među djelatnicima općih/obiteljskih ordinacija. Statistički značajan

ne može se smatrati niti dobiveni podatak da dodatna edukacija utječe na veće znanje, ali je statistički potvrđen utjecaj dodatnog obrazovanja na poznavanje organizacije palijativne skrbi u RH, kao i na pozitivniji stav ispitanika prema skrbi za umiruće. Prema tome, ali i rezultatima navedenih istraživanja diljem svijeta, obrazovanje zdravstvenih djelatnika igra ključnu ulogu u provođenju i integraciji palijativne skrbi u zdravstveni sustav.

8. Zaključak

Educiranost i znanje zdravstvenih djelatnika smatra se ključnom komponentom kvalitetne palijativne skrbi na svim razinama zdravstvenog sustava. Razlozi zbog kojih se provođenje palijativnog pristupa i opće palijativne skrbi smatra temeljnom zadaćom zdravstvenih djelatnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti su kontinuirano provođenje skrbi, dostupnost i prisutnost u zajednici, kao i provođenje kućnog liječenja. Liječnici i medicinske sestre u ordinacijama opće/obiteljske medicine poznaju bolesnike, a često i cijelu obitelj dugi niz godine, pružaju skrb od same dijagnoze bolesti, a kućnim posjetama i liječenjem omogućuju skrb i smrt u okruženju koje bolesnici uglavnom preferiraju. Provođenje palijativnog pristupa i opće palijativne skrbi omogućuje pravovremeno prepoznavanje potreba za palijativnom skrbi, cjelovitu i kontinuiranu skrb prema individualnim potrebama bolesnika i obitelji. Kompleksni problemi i potreba za ublažavanje boli i patnje, zahtijevaju bolju educiranost, interdisciplinarnost u radu i suradnju sa specijalističkim službama palijativne skrbi. Iako je bol najčešći i najkompleksniji problem nedovoljna dostupnost opioidnih analgetika, znanje o njihovoj primjeni, kao i zablude još uvijek predstavljaju problem na globalnoj razini.

Dobrobiti palijativne skrbi, koja nije samo medicinska specijalnost već filozofija skrbi, koju je potrebno prihvatiti na svim razinama i službama zdravstvene zaštite, odavno je prepoznata. Njezina suprotnost sa modernim, medicinskim i društvenim poimanjem bolesti i smrti razlog je otežanog provođenja i integriranja u zdravstveni sustav, ali i cjelokupnu zajednicu. Demografske karakteristike mijenjaju pobol i zdravstvene zahtjeve stanovništva, povećavajući upravo potrebu za većom dostupnošću palijativne skrbi. Osim osnivanja specijalističkih službi, podizanje cjelokupne društvene svijesti o palijativnoj skrbi i provođenje palijativnog pristupa i opće palijativne skrbi na svima razinama zdravstvene zaštite smatraju se neophodnim za zadovoljenjem sve većih potreba stanovništva.

Educiranost zdravstvenih djelatnika i uvođenjem palijativne skrbi u sva opća, preddiplomska i diplomatska obrazovanja omogućuje veće znanje i spremnost novih zdravstvenih djelatnika na pružanje palijativnog pristupa i opće palijativne skrbi. Uz to, praktična primjena i kontinuirano usavršavanje neophodni su za interdisciplinarni način rada i integriranje palijativne skrbi u sve razine zdravstvenog sustav.

9. Literatura

- [1] World Health Organization: Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators, 2021.
- [2] World Health Organization: Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers, 2018.
- [3] B. Le, P. Eastman, S. Vij, F. McCormack, C. Duong, J. Philip: Palliative care in general practice: GP integration in caring for patients with advanced cancer, Australian Family Physician, Vol 5, No 1, 2017.
- [4] C. Saunders, N. Sykes: Palijativna skrb u završnom stadiju maligne bolesti, Školska knjiga, Zagreb, 1996.
- [5] M. Braš: Osnovni pojmovi o palijativnoj medicini i palijativnoj skrbi, Medix, 2016.
- [6] Europsko udruženje za palijativnu skrb: Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi: 1. Dio, European journal of palliative care, 16(6), 2009.
- [7] M. Ljubičić: Palijativna zdravstvena njega, Naklada Slap, Zagreb, 2019.
- [8] K. Lončarek: Nacionalne smjernice za rad izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe s pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb, Hrvatski zavod za hitnu medicinu, Zagreb, 2015.
- [9] L. Radbruch et al: Redefining Palliative Care-A New Consensus- Based definition, Journal of pain and Symptom Management, Vol 60, Issue 4, 2020, Pages 754-764.
- [10] Worldwide Palliative Care Alliance: Global atlas of Palliative Care at the End of life, 2014.
- [11] Europsko udruženje za palijativnu skrb: Osnovne kompetencije u palijativnoj skrbi: Bijela knjiga o obrazovanju u području palijativne skrbi- 1.dio, European Journal of Palliative Care, 20 (2), 2013.
- [12] Europsko udruženje za palijativnu skrb: Osnovne kompetencije u palijativnoj skrbi: Bijela knjiga o obrazovanju u području palijativne skrbi- 2.dio, European Journal of Palliative Care, 20 (3), 2013.

[13] D. Nowels, J. Jones, C. T. Nowels, D. Matlock: Perspectives of Primary Care Providers Toward Palliative Care for Their Patients, *Journal of the American Board of Family Medicine*, 29 (6), 2016, str. 748-758.

[14] S.C. Paulus: *Palliative Care: An Ethical Obligation*, Santa Clara University, 2021.

Dostupno na: <https://www.scu.edu>

[15] Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske: Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.-2020., Zagreb, 2017.

[16] R. Marđetko, N. Dumbović: Centar za koordinaciju palijativne skrbi/ koordinator za palijativnu skrb u županiji, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, Zagreb, 2018.

[17] Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje: Mreža koordinatora za palijativnu skrb na primarnoj razini zdravstvene zaštite, 2020.

[18] Hrvatski Sabor: Zakon o zdravstvenoj zaštiti, *Narodne novine*(100/18,125/19,147/20), Zagreb, 2020.

[19] S. Ivković i sur.: Obiteljska medicina – sigurna budućnost, *Med Jad*, 41(1-2), 2011, str. 5-13.

[20] M. Katić, I. Švab i sur.: Obiteljska medicina, *Biblioteka obiteljske medicine*, Zagreb, 2013.

[21] Lj. Jurković i sur.: Udio, značajke i opravdanost kućnih posjeta u radu liječnika obiteljske medicine koji zbrinjavaju stanovništvo seoskog područja Hrvatske, *Med Jad*, 38(3-4), 2008, str. 99-106.

[22] H. Javorić, M. Vrcić Keglević : Postoje li razlike u broju kućnih posjeta u ruralnim i urbanim regijama RH? 1995. – 2014., *Med Fam Croat*, Vol 23, No2, 2015.

[23] Koordinacija hrvatske obiteljske medicine: Upute za osnivanje ordinacije sukladno novom zakonu o zdravstvenoj zaštiti, 2018.

[24] H. Ewertowski, F. Tetzlaff, S. Stiel, N. Schneider, S. Jünger: Primary palliative Care in General Practice – study protocol of a three-stage mixed-methods organizational health services research study, *BMC Palliative Care*, Vol 17, No 21, 2018.

- [25] J.M.Evans et al: Building capacity for palliative care delivery in primary care settings. *Canadian Family Physician*, 67 (4), 2021, str. 270-278.
- [26] M. Sercu, V. Van Renterghem, P. Pype, K. Aelbrecht, A. Derese, M. Deveugele: It is not the fading candle that one expects”: general practitioners perspectives on life-preserving versus “letting go” decision-making in end-of-life home care, *Scand J Prim Health Care*, 33 (4), 2015, str. 233–242.
- [27] M. Katić, Đ. Kašuba Lazić, D. Soldo: Palijativna skrb bolesnika s rakom probavnog sustava u obiteljskoj medicini, *Acta Med Croatica*, 69, 2015, str.233-244.
- [28] V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković: Palijativna skrb - brinimo zajedno, *Medicinska naklada*, Zagreb, 2014.
- [29] S. Atreya et al: Primary palliative care competency framework for primary care and family physicians in India-Collaborative work by Indian Association of Palliative Care and Academy of Family Physicians of India, *Journal of Family Medicine and Primary care*, 8(8), 2019, 2563–2567.
- [30] M. S. Wheeler: Primary Palliative Care for Every Nurse Practitioner, *The Journal for Nurse Practitioners*, 12(10), 2016, str. 647–53.
- [31] Y. Nakazawa, M. Miyashita, T. Morita, M.Umeda, Y. Oyagi, T. Ogasawara: The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health profesional, *Palliative Medicine*, 23 (8), 2009, str. 754-766.
- [32] K. H. Murray Frommelt: Attitudes toward care of the terminally ill: An educational intervention, *American Journal of Hospice & Palliatice Care*, Vol 20, No 1, 2003.
- [33] J. Martín-Martín et al: Physicians’ and Nurses’ Knowledge in Palliative Care: Multidimensional Regression Models, *Int J Environ Res Public Health*, ,18 (9), 2021.
- [34] H. Thi Thanh Vu et al: Knowledge and Attitude Toward Geriatric Palliative Care among Health Professionals in Vietnam, *Int J Environ Res Public Health*, 16(15), 2019.
- [35] A.M. Al-Ansari, W.M. Abd-El-Gawad, S.N. Suroor, S.M. AboSerea: Knowledge and Attitude of Primary Care Physicians towards Palliative Care. Is it time for integration?, 2021. Dostupno na: <https://www.researchsquare.com/article/rs-240274/v1>

- [36] H. Shi et al.: Knowledge and attitudes toward end-of-life care among community health care providers and its influencing factors in China, *Medicine (Baltimore)*, 98(45), 2019.
- [37] Y. Nakazawa, R. Yamamoto, M. Kato, M. Miyashita, Y. Kizawa, T. Morita: Improved knowledge of and difficulties in palliative care among physicians during 2008 and 2015 in Japan: Association with a nationwide palliative care education program, *Cancer*, 124 (3), 2018.
- [38] A. Martínez-Sabater, P. Chover-Sierra, E. Chover-Sierra: Spanish Nurses' Knowledge about Palliative Care. A National Online Survey, *Int J Environ Res Public Health*, 18(21), 2021.
- [39] C. Eleke et al: Knowledge of palliative care among professional nurses in south east Nigeria: A needs assessment for continuing education, *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 13, 2020.
- [40] R. Marinić, A. Joka, A. Friganović, A. Ljubas, V. Korent: Znanje medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite, *Croatian Nursing Journal*, 5(1), 2021, str. 17–28.
- [41] D. Korać: Stavovi i znanje studenata o palijativnoj skrbi, *Diplomski rad*, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, 2020.
- [42] J. Pieters et al.: Palliative care education in the undergraduate medical curricula: students' views on the importance of, their confidence in, and knowledge of palliative care, *BMC Palliative Care*, 18(1), 2019, str. 72.
- [43] S. Martins Pereira et al: Nursing education on palliative care across Europe: Results and recommendations from the EAPC Taskforce on preparation for practice in palliative care nursing across the EU based on an online-survey and country reports, *Palliat Med*, 35 (1), 2021, str. 130–41.

Popis slika

Slika 2.1.1. Načela organizacije palijativne skrbi u RH prema Nacionalnom programu razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.-2020.

Slika 2.1.2. Razine palijativne skrbi prema Nacionalnom programu razvoja palijativne skrbi Republici Hrvatskoj 2017.-2020

Slika 2.1.3. Mreža koordinatora za palijativnu skrb i mobilnih palijativnih timova prema Mreži javnozdravstvene službe u 2020. godinu.

Popis tablica

Tablica 6.1.1. Anketirani zdravstveni djelatnici u ordinacijama opće/obiteljske medicine prema općim podacima(u apsolutnim i relativnim frekvencijama)

Tablica 6.1.2. Anketirani zdravstveni djelatnici u ordinacijama opće/obiteljske medicine prema profesionalnim karakteristikama(u apsolutnim i relativnim frekvencijama)

Tablica 6.1.3. Učestalost odgovora ispitanika na testu znanja o palijativnoj skrbi

Tablica 6.1.4 Ispitanici prema broju osvojenih bodova na testu znanja o palijativnoj skrbi.

Tablica 6.1.5 Učestalost pojedinih odgovora na pitanja o stavovima o palijativnoj skrbi

Tablica 6.1.6 Rezultati deskriptivne statističke analize(aritmetičke sredine, standardne devijacije i koeficijenti varijacije) nakon rekodiranja negativno formuliranih tvrdnji

Tablica 6.1.7. Deskriptivni pokazatelji za broj bodova utvrđenih kod ispitanika za znanje o palijativnoj skrbi i za stavove o palijativnoj skrbi.

Tablica 6.1.8. Bodovi za znanje o palijativnoj skrbi

Tablica 6.2.1. Rezultati usporedbe znanja o palijativnoj skrbi pomoću neparametrijskog Mann Whitneyevog U testa i Kruskal-Wallisovog H testa.

Tablica 6.2.2. Rezultati testova usporedbe aritmetičkih sredina

Tablica 6.2.3. Rezultati hi-kvadrat testa

Tablica 6.2.4. Broj medicinskih djelatnika prema tome jesu li prošli dodatnu edukaciju o palijativnoj skrbi i prema poznavanju organizacije palijativne skrbi u Hrvatskoj.

Popis grafikona

Grafikon 6.1.1. Postotak ispitanika prema dodatnoj edukaciji o palijativnoj skrbi.

Grafikon 6.1.2. Postotak ispravnih odgovora ispitanika na pitanja iz testa znanja o palijativnoj skrbi.

Grafikon 6.1.3. Grafički prikaz distribucije bodova prema znanju o palijativnoj skrbi pomoću histograma u koji je ucrtana normalna krivulja.

Grafikon 6.2.1. Grafički prikaz prosječnih stavova o palijativnoj skrbi kod ispitanika različitog obrazovanja i različitog radnog staža.

Prilog 1 – Izjava o autorstvu i suglasnost za javnu objavu


Sveučilište
Sjever

+
SVEUČILIŠTE
SJEVER

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

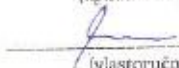
Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) 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 stručnog rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, MARINA MEDIMOREC (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZNANJE I STAVOVNI NISCENTRA I MEDICINSKO SUPTIKA O PAKOVANJIMA, CURE I U OZUJENICAMA I OZUJENICAMA (upisati naslov) te da u istom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) koristili dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

(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, MARINA MEDIMOREC (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZNANJE I STAVOVNI NISCENTRA I MEDICINSKO SUPTIKA O PAKOVANJIMA, CURE I U OZUJENICAMA I OZUJENICAMA (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

(vlastoručni potpis)

Prilog 2 – Odobrenje etičkog povjerenstva Doma zdravlja Koprivničko-križevačke županije

Na temelju članka 33. Statuta Doma zdravlja Koprivničko-križevačke županije URBROJ: 2137-16-2013/2013. od 20. kolovoza 2013. godine, Izmjena i dopuna Statuta Doma zdravlja Koprivničko-križevačke županije URBROJ: 2137-16-0277/15. od 19. ožujka 2015. godine, Odluke o izmjenama i dopunama Statuta Doma zdravlja Koprivničko-križevačke županije URBROJ: 2137-16-1633/2016. od 20. prosinca 2016., Odluke o izmjenama i dopunama Statuta Doma zdravlja Koprivničko-križevačke županije URBROJ: 2137-16-1186/2017. od 09. listopada 2017. godine i pročišćenog teksta Statuta Doma zdravlja Koprivničko-križevačke županije URBROJ: 2137-16-1187/2017. od 09. listopada 2017. godine i zahtjeva Marine Međimorec, bacc.med.techn. od 09. travnja 2021. godine, zaposlene na radnom mjestu koordinator u djelatnosti za palijativnu skrb Doma zdravlja Koprivničko-križevačke županije, Etičko povjerenstvo Doma zdravlja Koprivničko-križevačke županije na sjednici održanoj 12. travnja 2021. godine daje

ODOBRENJE za provođenje istraživanja i ankete

I.

MARINI MEĐIMOREC, bacc.med.techn. koja je zaposlena na radnom mjestu Koordinator u djelatnosti za palijativnu skrb Doma zdravlja Koprivničko-križevačke županije, **odobrava se** provođenje istraživanja u Domu zdravlja Koprivničko-križevačke županije radi izrade diplomskog rada na Diplomskom studiju sestrinstva – Menadžment u sestrinstvu Sveučilišta Sjever, Varaždin s temom: „Znanje i stavovi liječnika i medicinskih sestara o palijativnoj skrbi u ordinacijama opće/obiteljske medicine u Koprivničko-križevačkoj županiji“.

II.

Pri provođenju istraživanja korištenjem podataka informatičkog sustava Doma zdravlja Koprivničko-križevačke županije, Marina Međimorec obavezuje se poštivati sve važeće zakonske propise čiji je cilj zaštita osobnih podataka osoba uključenih u izradu diplomskog rada.

III.

Ovo Odobrenje daje se radi provođenja istraživanja iz točke I. ovog Odobrenja i u druge svrhe se ne može koristiti.



Predsjednik
Krešimir Vlahek, dr.med. spec.
radiologije

Krešimir Vlahek, dr.med. spec. radiologije
1.9.2021.

URBROJ: 2137-16-2197/2021.
Koprivnica, 12. travnja 2021. godine

Prilog 3 - Upitnik

UPITNIK ZNANJA I STAVOVA O PALIJATIVNOJ SKRBI

Poštovani,

studentica sam druge godine Diplomskog studija sestrinstva - Menadžment u sestrinstvu na Sveučilištu Sjever u Varaždinu. U svrhu izrade diplomskog rada provodim istraživanje o znanju i stavovima liječnika i medicinskih sestara o palijativnoj skrbi u ordinacijama opće/obiteljske medicine.

Sudjelovanje u istraživanju je potpuno anonimno i dobrovoljno, te u bilo kojem trenutku možete odustati od ispunjavanja upitnika. Rezultati će se koristiti isključivo u istraživačke svrhe i biti će analizirani na grupnoj razini. Važno je naglasiti da nema pogrešnih odgovora, stoga Vas molim da odgovarate iskreno.

Ukoliko imate bilo kakva dodatna pitanja u vezi samog istraživanja, njegove provedbe ili rezultata, možete me kontaktirati na broj telefona: 098/ 817 783

Hvala Vam na izdvojenom vremenu!

Marina Međimorec,
bacc.med.techn

1. Spol:

- a) Muško
- b) Žensko

2. Dob:

- a) 20 - 30 godina
- b) 31 - 40 godina
- c) 41 – 50 godina
- d) 51 – 60 godina
- e) > 60 godina

3. Stupanj obrazovanja:

- a) Doktor medicine
- b) Specijalista obiteljske medicine
- c) Medicinska sestra/tehničar opće njege
- d) Prvostupnica/ prvostupnik sestrinstva

4. Godine radnog staža:

- a) ≤ 10
- b) 11-20
- c) 21-30
- d) 31-40
- e) > 40

5. Jeste li prošli dodatnu edukaciju iz palijativne skrbi?

- a) Da
- b) Ne

6. Ako je odgovor na prethodno pitanje Da, izaberite mjesto na kojem ste došli do dodatnih znanja iz palijativne skrbi:

- a) Tijekom školovanja
- b) Tečaj trajnog usavršavanja(CEPAMET)
- c) Edukacije i predavanja izvan županije
- d) Edukacije i predavanja unutar županije.

7. Smatrate li da je dodatna edukacija iz palijativne skrbi važna za Vaš svakodnevni rad?

- a) Da
- b) Ne

8. Koliko ste pacijenata s potrebom za palijativnom skrbi imali zadnjih godinu dana?

- a) 0
- b) 1-10
- c) 11- 20
- d) > 20

9. Koliko je pacijenata umrlo kod kuće?

- a) 0
- b) 1-10
- c) 11-20
- d) > 20

10. Jeste li upoznati s organizacijom palijativne skrbi u Hrvatskoj?

- a) Da
- b) Ne

11. Molim Vas da zaokružite T (TOČNO) ili N (NETOČNO) kod navedenih tvrdnji.

Palijativna skrb u Hrvatskoj usmjerena je na umiruće osobe, u zadnjih šest mjeseci života.	T	N
SPICT test služi za prepoznavanje osoba s potrebom za palijativnom skrbi.	T	N
Među pojedincima varira stav o tome što je bitno za kvalitetu života.	T	N
Kod jake boli potrebno je odmah započeti s jakim opioidnim analgetikom.	T	N
Jedan od ciljeva suzbijanja boli je bolesnicima omogućiti miran san noću.	T	N
Kada se redovito uzimaju opioidi tada ne bi trebalo koristiti nesteroidne protuupalne lijekove.	T	N
Primjena antidepresiva i antikonvulziva može pomoći u ublažavanju boli.	T	N
Kod probijajuće boli, kada se redovito uzimaju opioidi, sljedeću dozu ne treba dati ranije nego je predviđeno.	T	N
Dugotrajna upotreba opioida može stvoriti ovisnost.	T	N
Upotreba laksativa je učinkovita za sprečavanje konstipacije uzrokovane uzimanjem opioida.	T	N
Morfij se koristi za olakšavanje dispneje kod umirućih bolesnika.	T	N
Kada se redovito uzimaju opioidi respiratorna depresija je česta pojava.	T	N
Evaluacija dispneje treba se temeljiti na subjektivnom izvješću pacijenta.	T	N
Kod nekih umirućih bolesnika potrebna je kontinuirana sedacija , kako bi se ublažila patnja.	T	N
Tijekom posljednjih dana života, somnolentnost uz disbalans elektrolita može smanjiti bol i nelagodu.	T	N
Morfij je čest uzrok delirija kod umirućih pacijenata.	T	N
Kod nemogućnosti oralnog hranjenja potrebno je uvesti nazogastričnu sondu.	T	N
Smanjenje oralnog uzimanja hrane može se liječiti jedino infuzijom.	T	N
Čak i ako oralno uzimanje hrane nije moguće, zbog opstrukcije probavnog sustava, a izvedbeni status je dobar ukupna parenteralna prehrana poboljšava kvalitetu života.	T	N
Intravenozna infuzija neće biti učinkovita za ublažavanje suhoće usta kod umirućih pacijenata.	T	N

Molim Vas zaokružite broj koji se odnosi na Vaš stav o navedenim tvrdnjama.

1 - Uopće se ne slažem; 2 - Ne slažem se; 3- nisam siguran; 4-slažem se, 5- u potpunosti se slažem

Briga o umirućoj osobi je vrijedno iskustvo	1	2	3	4	5
Smrt nije najgora stvar koja se nekome može dogoditi.	1	2	3	4	5
Razgovor o nadolazećoj smrti ne bi mi predstavljalo nelagodu.	1	2	3	4	5
Briga o obitelji pacijenta trebala bi se nastaviti tijekom cijelog razdoblja tuge i žalovanja.	1	2	3	4	5
Ne volim skrbiti o umirućoj osobi.	1	2	3	4	5
Njegovatelji koji nisu članovi obitelji ne bi trebali s umirućom osobom govoriti o smrti.	1	2	3	4	5
Frustrira me duljina vremena potrebna za brigu o umirućoj osobi.	1	2	3	4	5
Uzrujalo bi me kada bi umiruća osoba, o kojoj brinem, odustala od nade da će ozdraviti.	1	2	3	4	5
Teško je ostvariti bliski odnos s umirućom osobom.	1	2	3	4	5
Postoje situacije kada umiruća osoba priželjkuje smrt.	1	2	3	4	5
Kada osoba pita „Umirem li?“ najbolje je skrenuti razgovor na neku veseliju temu.	1	2	3	4	5
Obitelj treba biti uključena u fizičku njegu umiruće osobe.	1	2	3	4	5
Želio bi da osoba o kojoj brinem umre kada nisam prisutan kod nje.	1	2	3	4	5
Strah me sprijateljiti se s umirućom osobom.	1	2	3	4	5
Osjećao bi se kao da sam odustao, kada bi osoba doista umrla.	1	2	3	4	5
Članovima obitelji je potrebna emocionalna podrška da prihvate promjene u ponašanju umiruće osobe.	1	2	3	4	5
Kada se osoba bliži smrti, njegovatelj bi trebao biti sve manje uključen u brigu.	1	2	3	4	5
Obitelji bi trebale brinuti da pomognu umirućem članu da čim bolje provede ostatak života.	1	2	3	4	5
Umirućoj osobi ne bi trebalo dozvoliti da donosi odluke o svojoj fizičkoj njezi.	1	2	3	4	5
Obitelji bi trebale održati maksimalno normalno okruženje za umirućeg člana obitelji.	1	2	3	4	5
Korisno je da umiruća osoba verbalizira svoje osjećaje.	1	2	3	4	5
U brigu o umirućoj osobi treba biti uključena obitelj.	1	2	3	4	5
Njegovatelji bi umirućim osobama trebali dozvoliti da imaju prilagodljiv raspored posjeta.	1	2	3	4	5
Umiruća osoba i njezina obitelj trebali bi biti donositelji odluka.	1	2	3	4	5
Ovisnost o lijekovima protiv bolova ne bi trebalo predstavljati brigu vezano uz njegu umirućih osoba.	1	2	3	4	5
Bilo bi mi nelagodno ući u sobu umiruće osobe i zateći je kako plače.	1	2	3	4	5
Umirućoj osobi treba iskreno odgovoriti na pitanja o njezinom zdravstvenom stanju.	1	2	3	4	5
Poučavanje obitelji o smrti i umiranju nije zadatak i odgovornost njegovatelja.	1	2	3	4	5
Članovi obitelji koji su bliski s umirućom osobom često ometaju rad njegovatelja u njegovoj brizi.	1	2	3	4	5
Njegovatelji koji nisu članovi obitelji mogu pomoći umirućoj osobi da se pripremi za smrt.	1	2	3	4	5

