

Znanje i stavovi medicinskih sestara/tehničara i liječnika o procjeni stanja palijativnih pacijenata i njihovih obitelji

Smola, Valentina

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:122:769653>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-26**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)

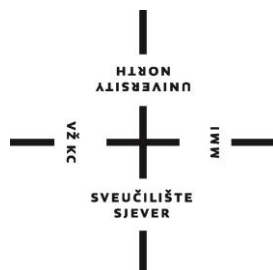


zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

**SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN**



DIPLOMSKI RAD br.209/SSD/2022

**ZNANJE I STAVOVI MEDICINSKIH SESTARA/ TEHNIČARA I
LIJEČNIKA O PROCJENI STANJA PALIJATIVNIH PACIJENTA I
NJIHOVIH OBITELJI**

Valentina Smola

Varaždin, listopad 2022.

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN
Studij sestrinstva - Menadžment u sestrinstvu



DIPLOMSKI RAD br. 209/SSD/2022

**ZNANJE I STAVOVI MEDICINSKIH SESTARA/
TEHNIČARA I LIJEČNIKA O PROCJENI STANJA
PALIJATIVNIH PACIJENTA I NJIHOVIH OBITELJI**

Student:
Valentina Smola,0314008815

Mentor:
Tomislav Meštrović, izv. prof. dr. sc.

Varaždin, listopad 2022.

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu		
PRISTUPNIK	Valentina Smola	MATIČNI BROJ	0314008815
DATUM	26.09.2022.	KOLEGIJ	Javno zdravstvo i promocija zdravlja
NASLOV RADA	Znanje i stavovi medicinskih sestara/tehničara i liječnika o procjeni stanja palijativnih pacijenata i njihovih obitelji		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Knowledge and attitudes of nursing professionals and physicians on condition assessment of paliative patients and their families		
MENTOR	Izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović	ZVANJE	Izvanredni profesor; viši znanstveni suradnik
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. izv. prof. dr. sc. Marijana Neuberg, predsjednica Povjerenstva 2. izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović, mentor 3. doc. dr. sc. Duško Kardum, član 4. doc. dr. sc. Ivana Živoder, zamjenski član 5.		

Zadatak diplomskog rada

BROJ 209/SSD/2022

OPIS

Pravovremena identifikacija pacijenata koji se približavaju kraju života već se smatra izazovom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti diljem Europe, posebno u populaciji koja nije oboljela od karcinoma, a zdravstveni djelatnici često izvješćuju da čekaju da pacijent bude vrlo blizu smrti prije nego što započnu razgovore o brizi za život. Prema nedavno objavljenim podacima do 2060. procjenjuje se da će 48 milijuna ljudi (47% svih smrtnih slučajeva u svijetu) umrijeti svake godine s ozbiljnim zdravstvenim problemima, a 83% tih smrti dogodit će se u zemljama s niskim i osrednjim prihodima. Palijativna skrb nastavlja rasti diljem svijeta, s naglaskom na poticanje opće palijativne skrbi u cijelom kontinuumu skrbi kao i promicanje specijalističke palijativne skrbi u okruženjima u zajednici. Kliničari bi trebali naglasiti da njihova uloga nije namijenjena zamjeni obiteljskih negovatelja, već dopuni i potencijalnom poboljšanju postojeće podrške. U ovom diplomskom radu dat će se presjek razvoja palijativne skrbi, naglasiti uloga multidisciplinarnog tima u ovoj problematici (uz isticanje ciljeva) te obraditi pristup pacijentima koji zahtjevaju palijativnu skrb. Također će se provesti istraživanje (presječna studija) s ciljem procjene znanja i stavova medicinskih sestara/tehničara i liječnika o procjeni stanja palijativnog pacijenta i njihove obitelji, uz istraživanje razlika. Naglasit će se uloga magistra/e sestrinstva u ovoj problematici kao člana multidisciplinarnog tima.

ZADATAK URUČEN

11.10.2022

POTPIS MENTORA

Tomislav Meštrović

SVEUČILIŠTE
SJEVER

Predgovor

“Život se sastoji od malih stvari. Vrlo rijetko se pojavljuju prilike u kojima odjednom možemo učiniti puno. Istinska veličina sastoji se u tome da budemo veliki u malim stvarima.”

Charles Simmons

Sažetak

Palijativna skrb razvila se tijekom posljednjih pet desetljeća kao međuprofesionalna specijalnost za poboljšanje kvalitete života i kvalitete skrbi za pacijente s karcinomom i njihove obitelji. Republika Hrvatska uspostavila je pravni okvir za organizacije palijativne skrbi u srpnju 2003. godine i na snagu je stupio novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Danas u svijetu postoje različiti organizacijski modeli palijativne medicine. Svi članovi tima za palijativnu skrb trebaju proći dodatnu edukaciju iz palijativne skrbi. Demografski trendovi također zahtijevaju strateško razmišljanje i planiranje za rješavanje izazova povećane potražnje za palijativnom skrbi zbog duljeg životnog vijeka i povećanih psiholoških zahtjeva, kao što su smisao života, volja za životom i prihvaćanje smrti. Neizbježno, svi umiru, a smrt je doista univerzalni zdravstveni ishod. Dok je većina rekla da bi radije bila zbrinuta i umrla kod kuće, u većini slučajeva ovaj se ishod nije ostvario. Nesklad između pacijentovih želja i stvarnosti predstavlja jaz. Nedostatak edukacijskih programa o palijativnoj skrbi za pacijente i njihove obitelji prepreka je smanjenju korištenja palijativne skrbi. Stručne smjernice za palijativnu skrb zahtijevaju da se ona primjenjuje paralelno s kurativnom skrbi od trenutka dijagnosticiranja potencijalno smrtonosne bolesti. Pretpostavke stručnjaka vezane uz palijativnu skrb nalažu kako njena primjena dolazi usporedno s kurativnom skrbi od trenutka kada je dijagnoza neizlječive bolesti postavljena. Iako, samo 10% pacijenata umre iznenada, što govori kako palijativnu skrb treba osigurati za ostalih 90% pacijenata. Pravovremena identifikacija pacijenata koji se približavaju kraju života već se smatra izazovom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti diljem Europe, posebno u populaciji koja nije oboljela od karcinoma, a liječnici opće prakse često izvješćuju da čekaju da pacijent bude vrlo blizu smrti prije nego što započnu razgovore o brizi za život. Prema nedavno objavljenim podacima do 2060. procjenjuje se da će 48 milijuna ljudi (47% svih smrtnih slučajeva u svijetu) umrijeti svake godine s ozbiljnim zdravstvenim problemima, a 83% tih smrti dogodit će se u zemljama s niskim i osrednjim prihodima. Palijativna skrb nastavlja rasti diljem svijeta, s naglaskom na poticanje opće palijativne skrbi u cijelom kontinuumu skrbi kao i promicanje specijalističke palijativne skrbi u okruženjima u zajednici. Kliničari bi trebali naglasiti da njihova uloga nije namijenjena zamjeni obiteljskih njegovatelja, već dopuni i potencijalnom poboljšanju postojeće podrške.

Ključne riječi: palijativna skrb, komunikacija, obitelj, bol, smrt

Summary

According to the World Health Organization (WHO), palliative care is defined as follows: Palliative care is active, comprehensive care for patients whose disease does not respond to treatment procedures. The Republic of Croatia has the lowest level of palliative medicine development in Europe. The Republic of Croatia established a legal framework for palliative care organizations in July 2003 and the new Health Care Act came into force. Today, there are different organizational models of palliative medicine in the world. All members of the palliative care team should undergo additional training in palliative care. Demographic trends also require strategic thinking and planning to address the challenges of increased demand for palliative care due to longer lifespans and increased psychological demands, such as meaning in life, will to live and acceptance of death. Inevitably, everyone dies, and death is indeed a universal health outcome. While the majority said they would prefer to be cared for and die at home, in most cases this outcome did not materialize. The discrepancy between the patient's wishes and reality represents a gap. The lack of educational programs on palliative care for patients and their families is an obstacle to reducing the use of palliative care. Professional guidelines for palliative care require that it be applied in parallel with curative care from the moment a potentially fatal disease is diagnosed. Since only 10% of people die suddenly, this means that palliative care should be offered to the other 90%. As our palliative care system is still in development, and there are not enough funds to meet these needs, it is necessary to direct the funds to those patients whose active treatment has ended, that is, their disease is progressing rapidly despite different treatments. For the vast majority of patients, it is precisely the last twelve months of life. Timely identification of patients nearing the end of life is already seen as a challenge in primary care across Europe, particularly in the non-cancer population, with GPs often reporting that they wait until a patient is very close to death before initiating discussions about end-of-life care.

Key words: palliative care, communication, family, pain, death

Popis korištenih kratica

SZO Svjetska zdravstvena organizacija

EAPC Europske udruge za palijativnu skrb

SPICT Alat za indikatore suportivne i palijativne skrbi

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1. Razvoj palijativne medicine kroz povijest u svijetu.....	2
1.2. Razvoj palijativne medicine kroz povijest u Republici Hrvatskoj	3
2. Modeli organizacije palijativne skrbi.....	5
2.1. Multidisciplinarni tim u palijativnoj skrbi	6
2.2. Ciljevi palijativne skrbi	8
2.3. Pacijenti s palijativnim potrebama	9
2.5. Obitelj u palijativnoj skrbi.....	16
2.5.1. Obiteljski sastanak.....	18
2.6. Uloga magistre sestrinstva u palijativnoj skrbi.....	19
2.6. 1. Kompetencije medicinske sestre u palijativnoj skrbi	21
3. Komunikacija u palijativnoj skrbi.....	22
4. Bol kod palijativnog bolesnika.....	24
5. Istraživački dio rada	26
5.1. Ciljevi rada	26
5.2. Metode istraživanja.....	26
5.3. Ispitanici	26
5.4. Statistička obrada podataka	27
6. Rasprava	56
7. Zaključak.....	59
8. Literatura	60

1.Uvod

Palijativna skrb razvila se tijekom posljednjih pet desetljeća kao međuprofesionalna specijalnost za poboljšanje kvalitete života i kvalitete skrbi za pacijente s karcinomom i njihove obitelji. Postojeći dokazi potvrđuju da pravodobno uključivanje timova specijalističke palijativne skrbi može poboljšati skrb koju pružaju onkološki timovi [1]. Ciljevi su pružiti utjehu, poboljšati kvalitetu života, smanjiti patnju i promicati dostojanstvo za ljude koji su u stanju ili bolesti koja ih dovodi blizu smrti [2].

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO), palijativna skrb je definirana na sljedeći način: Palijativna skrb je angažirana, sveobuhvatna skrb za pacijente čija bolest ne reagira na postupke liječenja. Kao najvažniji element navodi se suzbijanje boli, ili ostalih simptoma socijalne, psihičke i duhovne naravi. Pristup palijativnoj skrbi je interdisciplinaran i uključuje bolesnika, obitelj i zajednicu. U određenom smislu, palijativna skrb pruža najosnovniji koncept skrbi – brigu o potrebama pacijenta, bilo kod kuće ili u bolnici, gdje god se o njemu skrbi. Palijativna skrb se zalaže za život, a smrt tretira kao sastavni proces života, samim time ne ubrzava niti odgađa smrt. Zalaže se za najbolju moguću kvalitetu života, sve do smrti. Definicija Europske udruge za palijativnu skrb (EAPC) razlikuje se od definicije SZO-e koja glasi: Palijativna skrb je pristup poboljšanju kvalitete života pacijenata i njihovih obitelji koji se suočavaju s problemima vezanim uz bolesti opasne po život kroz primjenu preventivnih mjera i olakšanja patnje. Postiže se ranim prepoznavanjem bolesti, koji za početak ima besprijekornom procjenu i suzbijanje boli i drugih problema, fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih. Ta definicija SZO-a zamijenila je stariju definiciju SZO-a koja je bila ograničena isključivo na oboljele „čija bolest ne odgovara na postupke liječenja te proširuje opseg palijativne skrbi na bolesnike i obitelji suočene s problemima povezanim sa smrtonosnom bolešću“ [3]. Pravodobna palijativna skrb sustavan je proces za prepoznavanje pacijenata s visokim potrebama za potpornom skrbi i pravodobno upućivanje tih osoba specijalističkoj palijativnoj skrbi na temelju standardiziranih kriterija upućivanja. Provedba pravovremene palijativne skrbi u svakoj instituciji zahtijeva podršku vodstva onkologije, odgovarajuću infrastrukturu palijativne skrbi, integraciju elektroničkog zdravstvenog kartona i prilagođavanje kriterija upućivanja. Studije koje su ispitivale korištenje ovih kriterija upućivanja dosljedno su otkrile da pravovremena palijativna skrb može dovesti do većeg

broja upućivanja i ranijeg pristupa palijativnoj skrbi od rutinskog upućivanja [4]. Potrebe za palijativnom skrbi stalno rastu u cijelom svijetu, a spektar pacijenata i bolesti koje dovode do potrebe za palijativnom skrbi vrlo je širok. Prema nedavno objavljenim podacima do 2060. procjenjuje se da će 48 milijuna ljudi (47% svih smrtnih slučajeva u svijetu) umrijeti svake godine s ozbiljnim zdravstvenim problemima, a 83% tih smrti dogodit će se u zemljama s niskim i osrednjim prihodima [5]. Palijativna skrb nastavlja rasti diljem svijeta, s naglaskom na poticanje opće palijativne skrbi u cijelom kontinuumu skrbi kao i promicanje specijalističke palijativne skrbi u okruženjima u zajednici. Kliničari bi trebali naglasiti da njihova uloga nije namijenjena zamjeni obiteljskih njegovatelja, već dopuni i potencijalnom poboljšanju postojeće podrške [6].

1.1. Razvoj palijativne medicine kroz povijest u svijetu

U Europi razvoj hospicija počinje u 15.st., francuskim svećenikom Vinkom Paulskim, koji osniva njegovateljski red kojemu je glavna zadaća skrb za umiruće. Godine 1842., u Francuskom gradu Lyon, Jeanne Garnier otvara prvo utočište za umiruće, te su irske sestre milosrdnice osnovale Gospin hospicij za umiruće u Dublinu 1879. godine. Godine 1905. otvoren je St. Joseph's Hospice u Londonu koji je imao 30 kreveta. Završetkom 2. svjetskog rata počinje značajna promjena mišljenja prema umirućim bolesnicima. Razvijaju se lijekovi koji ublažavaju bol, dolazi do promjene u stavu prema opijatima. U zapadnim se kulturama razvija ideja o „dobroj smrti,” čime se smatralo, kako smrt treba biti bez boli, a uz svijest i prihvaćanje onoga što dolazi te rješavanje psiholoških, socijalnih i duhovnih problema [7]. Razvoj palijativne medicine u Ujedinjenom Kraljevstvu 1960-ih te u Sjedinjenim Državama i Kanadi 1970-ih započeo je kao poticanje kulturne promjene u medicini [3]. Britanska medicinska sestra Cicely Saunders, utemeljila je moderni hospicijski pokret koji je iznjedrio palijativnu skrb. Godine 1948., kao 20-godišnja medicinska sestra u Londonu, zaljubila se u poljskog pacijenta koji je umirao od karcinoma. Ostavio joj je 500 funti za osnivanje doma ili bolnice za ublažavanje fizičke i emocionalne patnje ljudi koji su umirali. Odlučna razumjeti najbolje načine kontrole boli, Saunders je postala liječnica, u pozadini evoluiranja stavova o njezi na kraju života u Britaniji i Americi. Pojavio se aktivan pristup, kako su ljudi postajali svjesniji intimnih veza između fizičkog i mentalnog stanja i tražili nove, kreativne načine skrbi za ljude do samog kraja njihovih života – i dalje, u skrbi za ožalošćene. Godine 1967. Saunders je otvorila hospicij St Christopher's u Sydenhamu u jugoistočnom Londonu,

strastveno vjerujući da se uz pravu skrb posljednji dani nečijeg života mogu učiniti dostojanstvenim i sretnim. Rekla je: "Jednom sam pitala čovjeka koji je znao da umire što mu prije svega treba od onih koji se o njemu brinu. Rekao je: „Da netko izgleda kao da me pokušava razumjeti“. Nemoguće je razumjeti potpuno drugu osobu, ali nikada nisam zaboravio da on nije tražio uspjeh, već samo da nekome bude dovoljno stalo da pokuša" [8].

U SAD-u utjecajna je bila psihijatrica Elizabeth Kubler-Ross, čija su djela izazvala "revoluciju" u javnosti. Umirući pacijent i njegove potrebe i odnosi obitelj liječnik-pacijent. Uz hospicijsku skrb počela se ubrzano razvijati i bolnička palijativna skrb. Godine 1974. dr. Balfour Mount, kirurški onkolog u The Royal Victoria Hospital Sveučilišta McGill u Montrealu, Kanada, skovao je pojam palijativna skrb kako bi izbjegao negativne konotacije riječi hospicij u francuskoj kulturi i uveo inovacije dr. Saunders u akademske nastavne bolnice. Prvo je pokazao što znači pružiti holističku skrb za osobe s kroničnim ili životno ograničavajućim bolestima i njihove obitelji koje su doživljavale fizičke, psihičke, socijalne ili duhovne nevolje [9].

1.2. Razvoj palijativne medicine kroz povijest u Republici Hrvatskoj

Republika Hrvatska ima najniži stupanj razvoja palijativne medicine od ostalih zemalja u Europi. Iako to ne dokazuje njenu nerazvijenost, podsjetimo, riječ je o europskoj zemlji koja je bila napadnuta i mučena ratom od 1990. do 1995. godine. Uz materijalna razaranja, ekonomske gubitke i žrtve, rat je doveo do daljnjeg pogoršanja životnog standarda, pri čemu je velika većina hrvatskih građana suočena s materijalnom oskudicom i ekonomskom nesigurnošću. Postojeći zdravstveni sustav teško je zbrinuo bitne elemente nedovoljno financiranog zdravstvenog sustava u zemlji, kao i razvoj palijativne skrbi, koja je u to vrijeme bila možda najpotrebnija [9]. Početak 21. stoljeća za Hrvatsku ima vrlo važnu ulogu, dolazi do nove faze društveno-ekonomskog i zdravog razvoja. Hrvatska je danas država članica Europske unije, te se u ekonomskim i društvenim promjenama diktiraju i promjene u zdravstvenog sektora. Implementacija palijativne skrbi dio je tih promjena. Uz to, u Hrvatskoj je izražen nedostatak znanstvene, stručne i praktične izobrazbe iz palijativne medicine i palijativne skrbi. Svijest i razumijevanje problema organiziranja palijativne skrbi u Hrvatskoj se, unatoč sukobima, primijetilo još 1994. godine. O tome svjedoči organizirani hospicijski pokret koji je započeo prvim Hrvatskim simpozijem o palijativnoj skrbi, osnovan

od strane Hrvatskog društva za palijativnu medicinu pod vodstvom Hrvatskog liječničkog zbora. U veljači 2013. godine u Rijeci je otvoren prvi hospicij u Hrvatskoj „Marija Krucifiksa Kozulić“, čiji je glavni osnivači Caritas Riječke nadbiskupije, Grad Rijeka i Primorsko-goranska županija suosnivači. Uključuje fiksno područje za palijativnu skrb, mobilno područje za palijativnu skrb, boravišno područje za obiteljske goste te obrazovne aktivnosti i volonterske sekcije. U Hrvatskoj je od 2012. do 2020. godine uspostava palijativne skrbi definirana kao jedan od prioriteta zdravstvene zaštite prema važećim standardima i normativima o skrbi na kraju života i palijativnoj skrbi, te je sastavni dio nacionalne zdravstvene zaštite. strategija razvoja. Dokument izrađen u Europi, Strateški plan za razvoj palijativne skrbi. Opisuje organizacijski i zakonodavni okvir te razvojne mjere i specifične aktivnosti koje se redovito uspostavljaju. Kroz odgovarajuće zakone i propise utvrđeni su prioriteti: pojačana interdisciplinarna suradnja, povećanje broja kreveta za palijativnu skrb, sudjelovanje volontera, posebice civilnog društva, mobilni timovi za palijativnu skrb, ambulante za bol, ambulante za palijativnu skrb, palijativna skrb u bolnicama Odjeli ugovoreni u domovi zdravlja i savjetovališta za palijativnu [10].

2. Modeli organizacije palijativne skrbi

Palijativna skrb je medicinska subspecijalnost koja pruža specijaliziranu skrb osobama s ozbiljnim bolestima, s primarnim fokusom na pružanje olakšanja simptoma, upravljanje boli i olakšanje od psihosocijalnog distresa, bez obzira na dijagnozu ili prognozu. U idealnom slučaju, palijativnu skrb pruža tim koji se sastoji od liječnika, medicinskih sestara, socijalnih radnika, psihologa i duhovnika [11]. U svijetu danas postoje razni modeli organizacije palijativne medicine. Smatra se kako palijativnu skrb u zajednici treba osigurati uz „kontinuum specijalizacije“, što se odnosi da se palijativna skrb treba pružati na svim razinama zdravstvene zaštite, počevši od primarne zdravstvene zaštite, i na kraju specijalističkih službi kojima je osnovna djelatnost upravo palijativna skrb. U nespecijalizirane službe palijativne skrbi ubrajaju se patronažna službu, specijalisti obiteljske medicine, ustanove za zdravstvenu njegu u kući, jedinice u općim bolnicama i na kraju domovi za starije i nemoćne osobe. U specijalizirane službe palijativne skrbi ubrajamo stacionarne jedinice palijativne skrbi, hospiciji, bolničke timove za podršku palijativnoj skrbi, mobilni timovi za palijativnu skrb, hospicijski timovi u zajednici, hospicijski dnevni boravci, tzv. „bolnice u kući“ i ambulantne službe [3]. „Sustav palijativne skrbi primarno se ne uspostavlja kao novi/paralelni sustav već se ustrojava temeljem prenamjene postojećih resursa, osnaživanjem i osposobljavanjem profesionalaca i volontera, postavljenjem novih procedura i standarda rada te formiranjem potrebnih specijalističkih službi palijativne skrbi. Svi članovi palijativnog tima trebaju imati završenu dodatnu edukaciju iz palijativne skrbi. S obzirom na specifičnost skrbi prepoznata je potreba za supervizijom svih profesionalaca i volontera uključenih u palijativnu skrb“ (Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.-2020.). Organizacijski oblik pružanja palijativne skrbi ovisi o potrebama i mogućnostima bolesnika. Personaliziranim pristupom izbor lokacije njega, pružanje njege gdje god se bolesnik nalazi: kod kuće, domovi za starije i nemoćne osobe, bolnice, stacionari, hospicij. Minimalni standardi koje bi svaka županija trebala uspostaviti su:

- Koordinatora palijativne skrbi/ koordinacijski centri za palijativnu skrb,
- Mobilni timovi palijativne skrbi,

- Županije osiguravaju stacionarne kapacitete za palijativnu skrb (80 kreveta na milijun stanovnika za palijativnu skrb),
- Posudionica opreme [12].

2.1. Multidisciplinarni tim u palijativnoj skrbi

Postoje jasni pokazatelji da rad u timu u palijativnoj skrbi koristi pacijentima [13]. Multidisciplinarni tim za palijativnu skrb i holistički pristup sastoji se od liječnika, medicinskih sestara, psihologa ili psihijataru, no ovisno o potrebama bolesnika tim se može proširiti i drugim članovima poput socijalnih radnika, svećenika ili drugih vjerskih službenika i volontera udruga koji nesebično pomoći zadovoljiti sve potrebe pacijenata kroz holistički pristup. Na odjelu tim upoznaje bolesnika i njegovu obitelj ili one koji se o njemu brinu, razumije njihove potrebe te svojim djelovanjem usmjerava, informira i educira kako bi zadovoljili potrebe bolesnika i njegove obitelji. Prepoznavanje hitnih stanja tijekom pacijentovog boravka u bolnici je kritično, stoga je neophodna stalna edukacija užeg i šireg tima palijativne skrbi [14]. Smrt, shvaćena kao tema koja je dio svakodnevnog života zdravstvenih službi, integrira različite faze ljudskog životnog ciklusa, ali je još uvijek tema koja se tretira reducirano, kako u izobrazbi zdravstvenih djelatnika tako i u zdravstvene usluge, ugrožavajući načelo cjelovitosti [15]. Demografski trendovi također zahtijevaju strateško razmišljanje i planiranje kako bi se odgovorilo na izazov povećane potražnje za palijativnom skrbi zbog produljene dugovječnosti praćene povećanjem psiholoških potreba, kao što su smisao života, volja za životom i prihvaćanje smrti. Egzistencijalna kriza posebno je teška za one koji se približavaju kraju života s kumulativnim gubicima na svim područjima života. Za skrb na kraju života, najbolji lijek je suosjećanje: “Riječ suosjećanje znači „patiti s“. Suosjećajna skrb poziva liječnike i medicinske sestre da hodaju s ljudima usred njihove boli, da budu partneri s pacijentima, a ne stručnjaci koji im diktiraju informacije.” [16]. Službe palijativne skrbi imaju potencijal za rješavanje ovih potreba, ali se suočavaju sa značajnim preprekama. Jedna od glavnih prepreka je neoptimalna međuprofesionalna suradnja [17]. U Norveškoj je provedeno istraživanje zaključilo da je multidisciplinarni pristup, koji je uključivao obiteljske liječnike i patronažne sestre uz podršku multidisciplinarnog specijalističkog tima konzultanata za palijativnu skrb, povećao udio kućnih smrti i doveo do manjeg broja ljudi koji su primljeni u staračke domove. Čimbenici povezani s bolešću, stupanj socijalne podrške od strane rodbine, kvaliteta i dostupnost

zdravstvenih usluga i programa te preferencije pacijenta najvažniji su čimbenici za određivanje mjesta skrbi za kraj života. Medicinske sestre za kućnu njegu naglasile su važnost početnog planiranja palijativne skrbi u pacijentovom domu nakon otpusta iz bolnice za stjecanje povjerenja i uspostavljanje potrebne sigurnosti za pacijenta i obitelj. Naglasili su dobru suradnju s bolnicom kao kritičan čimbenik za pripremu i dobar početak. Stoga su smatrali važnim unaprijed prikupiti odgovarajuće informacije o pacijentu kako bi bili spremni s potrebnim lijekovima i medicinskom opremom za pacijenta, kao što je bolnički krevet, sredstva za ublažavanje bolova, profesionalna oprema za premještanje, itd. Važno se smatra održavati kontrolu boli, udobnost i kvalitetnu njegu bolesnika kod kuće. Općenito, službe kućne njege odabrale su iskusnu medicinsku sestru za prvi susret s pacijentom i najbližim rođacima u pacijentovom domu kako bi se steklo povjerenje i osigurala sigurnost. Kako bismo bili sigurni da je sve ispravno postavljeno, prvi sastanak često je trajao jedan sat kako bi se ispunila dva ključna zahtjeva: sigurnost i povjerenje. Međutim, kako su imali mnogo pacijenata u okrugu za koje su se trebali brinuti, nisu uvijek postojala odgovarajuća sredstva [18]. U mnogim zemljama primarna zdravstvena zaštita sve više preuzima odgovornost za pacijente s palijativnim potrebama. Međutim, stupanj suradnje između stručnjaka u primarnoj zaštiti može varirati od dobro organiziranog timskog rada do fragmentiranih usluga. Skrb za pacijente na kraju života u njihovim domovima idealno zahtijeva blisku suradnju između primarne i sekundarne zdravstvene zaštite, uključujući stručnjake iz nekoliko disciplina. Mnogi pacijenti svoje posljednje dane žele provesti kod kuće ili što bliže kući; međutim, njihovo zdravstveno stanje može zahtijevati procjenu stručnjaka za palijativnu skrb, uključujući upućivanje na bolničku skrb na nekoliko dana. Prijelazi skrbi između bolnice i kuće i obrnuto su potencijalno nesigurne i uznemirujuće točke u putanji pacijenta [19]. Studija iz Norveške otkriva kako postoji ograničenje u iskustvu, znanju i vještinama među liječnicima opće prakse. Idealna situacija za rješenje bila bi postaviti postojeći plan palijativne skrbi, podijeljen između pacijenta, obitelji i stručnjaka iz primarne i sekundarne zdravstvene zaštite, kako bi se svi sastali, i zajedno razgovarali. Čini se da je česta razmjena “par riječi” bila ljepilo u osiguravanju lokalne suradnje. Ovo dobro odjekuje s pregledima međuprofesionalne suradnje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, gdje se prilika za čestu neformalnu komunikaciju smatra najvažnijim čimbenikom učinkovite suradnje. Ove kratke razmjene bile su neophodne za stvaranje zajedničkog znanja, zajedničkih ciljeva i zajedničkog donošenja kliničkih odluka. “Povoljna fizička konfiguracija prostora i „često kratko zajedničko vrijeme“ bili su ključni faktori” [19]. U Ruandi u 2015. godini razvijeni su multidisciplinarni timovi palijativne skrbi u okružnim bolnicama, a napisan je i kurikulum za

palijativnu skrb za zdravstvene djelatnike u zajednici. Na sveučilišnoj razini, prvi kolegij palijativne skrbi integriran je u planove nastave i programe diplomskog studija sestринства na Sveučilištu u Ruandi 2017., u suradnji s Programom ljudskih resursa za zdravlje. U novije vrijeme, Ministarstvo zdravstva uspostavilo je program za pružatelje njege kod kuće kako bi smanjilo teret dugotrajnih hospitalizacija za pacijente na kraju života. Ovaj novi kadar zdravstvenih radnika, obučeni za liječenje boli, fizioterapiju i psihološku podršku, pruža palijativnu skrb na razini zajednice pacijentima koji boluju od uznapredovalog karcinoma, virusa humane imunodeficiјencije/AIDS, zatajenja bubrega i zatajenja srca, bolesti koje prevladavaju u Ruandi. Unatoč mnogim uspjesima, još uvijek postoje problemi koji prijete provedbi palijativne skrbi/njege na kraju života u zemljama u razvoju kao što je Ruanda, kao što su neadekvatna zdravstvena infrastruktura, nedostatak odgovarajućih ljudskih resursa, sve veća pojava nezaraznih bolesti, te nedovoljna edukacija i obuka pružatelja zdravstvenih usluga o palijativnoj skrbi [20].

2.2. Ciljevi palijativne skrbi

Neizbježno, svi umiru, a smrt je doista univerzalni zdravstveni ishod. Dok većina ljudi kaže da bi radije bili zbrinuti i umrli kod kuće, u većini slučajeva ovaj ishod nije postignut. Neusklađenost između želja pacijenata i stvarnosti predstavlja prazninu. Uloga liječnika opće prakse koji pomaže u palijativnoj skrbi postat će sve važnija u budućnosti [21].

Ključne dimenzije donošenja odluka koje usmjeravaju ciljeve rasprava o skrbi nisu relevantne samo u zdravstvu. Iako je njihova primjena u medicini posebno očita, korijeni ovih dimenzija toliko su temeljni za rasuđivanje da se njihova grananja uočavaju u svakom jasnom procesu razmatranja bilo koje značajne odluke [22]. Nedostatak znanja o palijativnoj skrbi za pacijente i njihove obitelji je prepreka koja smanjuje korištenje palijativne skrbi. Pacijenti s karcinomom trebaju biti svjesni ciljeva i dobiti palijativne skrbi i imati pristup tim informacijama putem onkoloških odjela drugih kliničkih službi [23]. Potrebna su dodatna istraživanja kako bi se odredio optimalni okvir za rješavanje potreba palijativne skrbi pacijenata. Palijativni pacijenti su jedinstveni po tome što mogu značajno varirati u svojim komorbiditetima, a dijagnoza može biti nedovoljno prepoznata u nedostatku konsenzusne definicije. Jedan od prioriteta je povećati prepoznavanje kada pacijenti dođu u kontakt sa sustavom zdravstvene skrbi, posebno u trenucima velike ranjivosti na nekontrolirane

simptome i akutnu dekompenzaciju, kao što su prijemi na intenzivnu njegu i tijekom perioperativnog razdoblja. Poboljšati prepoznavanje i djelovati primjenom komunikacijskih intervencija i intervencija u donošenju odluka, no potrebna su veća i općenitija ispitivanja o prepoznavanju palijativnih pacijenata [24].

Ciljevi palijativne skrbi:

- Poboljšati kvalitetu i smanjiti varijance novih i postojećih projekata
- Razvijati i poticati kontinuitet skrbi u različitim okruženjima
- Promicati partnerstvo između programa palijativne skrbi, hospicija u zajednici i niza drugih zdravstvenih ustanova
- Olakšati razvoj i kontinuirano poboljšanje kliničkih programa palijativne skrbi
- Uspostaviti jedinstvenu prihvaćenu definiciju bitnih elemenata u palijativnoj skrbi kako bi se poboljšala kvaliteta, dosljednost i pouzdanost te skrbi
- Postavljanje nacionalnih ciljeva za pristup kvalitetnoj palijativnoj skrbi
- Olakšati mjerenje kvalitete i programe poboljšanja [13].

Palijativna skrb u zajednici postala je najbrže rastuća komponenta ove discipline. Prednosti široko dostupne palijativne skrbi u zajednici uključuju poboljšano zadovoljstvo pacijenata, poboljšanu kontrolu simptoma i kvalitetu života, smanjeno korištenje zdravstvene skrbi i poboljšanu koordinaciju skrbi između različitih specijalnosti [25].

2.3. Pacijenti s palijativnim potrebama

Pretpostavke stručnjaka vezane uz palijativnu skrbi nalažu kako njena primjena dolazi usporedno s kurativnom skrbi od trenutka kada je dijagnoza neizlječive bolesti postavljena. Iako, samo 10% pacijenata umre iznenada, što govori kako palijativnu skrb treba osigurati za ostalih 90% pacijenata. Palijativna skrbi tek je u razvitku i nema dovoljno resursa za tolike potrebe, pa je resurse potrebno usmjeriti na pacijente kod kojih je aktivno liječenje završeno, to jest, njihova bolest brzo napreduje usprkos svim pokušajima liječenja. Literatura navodi kako je riječ o posljednjih dvanaest mjeseci života [26]. SZO je još 2002. godine istaknula

interes pružanja rane palijativne skrbi i njezin doprinos kvaliteti života bolesnika. Nekoliko randomiziranih studija pokazalo je vrijednost rane palijativne skrbi u kontroli simptoma, preživljavanju i smanjenju troškova [27]. Osobe s demencijom mogu dobiti nekvalitetnu skrb na kraju života, uključujući nisku razinu procjene simptoma, unatoč tome što doživljavaju slične razine uznemirujućih simptoma kao osobe s drugim kroničnim stanjima. Usvajanje pristupa palijativnoj skrbi može biti od koristi osobama s demencijom, ali strukture pružanja usluga u zajednici i poteškoće u prepoznavanju potreba za palijativnom skrbi zbog višestrukih komorbiditeta, kognitivnih promjena, poteškoća u komunikaciji i obrasca sporog postepenog opadanja mogu biti prepreka tome [28]. Pacijent se identificira na temelju najmanje jednog od sljedeća tri elementa: klinički pokazatelji, intuicija prepoznavatelja, izbor ili potrebe pacijenta. Kome je najpotrebnija palijativna skrb:

1. Klinički pokazatelji: opći pokazatelji napredovanja akutne bolesti unatoč bilo kakvom liječenju i specifični pokazatelji triju glavnih skupina bolesnika kojima je potrebna palijativna skrb:

- maligni
- zatajenje organa (tjelesnog sustava).
- slabost/demencija u starijoj dobi.

2. Subjektivna klinička procjena: Iznenadujuće pitanje za takozvane iznenadujuće reakcije koje kombiniraju komorbiditete, društvene i druge čimbenike: „Bi li Vas iznenadilo da pacijent umre u idućih 6-12 mjeseci? “Dodatno, postavi se pitanje: „Bi li Vas iznenadilo da pacijent bude još živ za 6-12 mjeseci?“

3. Izbor/potreba: Bolesnici s uznapredovalom bolešću odlučili su se samo za simptomatsko, a ne za kurativno liječenje [26].

Program skrbi za ozbiljne bolesti, koji je 2017. razvio Ariadne Labs, ima za cilj opremiti kliničare znanjem i vještinama za poduzimanje više, boljih i ranijih razgovora o ozbiljnim bolestima. Ovaj višekomponentni program sastoji se od identifikacije pacijenata, obuke kliničara, razvoja tijeka rada, predložaka dokumentacije medicinske dokumentacije, podsjetnika kliničarima i strategija evaluacije/poboljšanja. Vodič za razgovor o ozbiljnim bolestima služi kao okvir za podršku raspravama između kliničara, pacijenata i njihovih obitelji o njihovom razumijevanju bolesti, preferencijama informacija, prognozi, ključnim temama (tj. ciljevima, strahovima, brigama, kritičnim sposobnostima, uključenosti obitelji,

itd.) i preporuke kliničara. Razgovori o ozbiljnim bolestima vođeni su pristupom usmjerenim na osobu u smislu da pružaju strukturu za kliničare da saznaju što je važno pacijentu i koriste to za informiranje o zajedničkom donošenju odluka temeljenom na vrijednostima i skrbi koja je u skladu s ciljem [29].

Razumijevanje i preferencije informacija

Primjer pitanja:

- Kako sada shvaćate gdje ste sa svojom bolešću?
- Kako vidite svoje zdravlje u ovom trenutku?
- Gdje vidite da se stvari odvijaju s vašom bolešću?
- Postoje li stvari koje vas posebno brinu?
- Koliko informacija o tome što će vas vjerojatno čekati s vašom bolešću biste željeli od mene?

Dijeljenje prognoze

Pristup usmjeren na pacijenta:

- Prilagoditi dane informacije potrebama i željama pacijenta
- Priznati neizvjesnost
- Koristiti raspone, a ne specifičnosti (npr. vrijeme)
- Pitaj - Reci - Pitaj
- Priznati emocije i odgovorite na njih
- Istraživanje ciljeva, strahova i briga

Primjer pitanje:

- Ako se vaša zdravstvena situacija pogorša, koji su vam najvažniji ciljevi?

Drugi načini postavljanja pitanja

- Molim vas, reci mi što vašem životu daje svrhu ili smisao.
- Što vas trenutno čini sretnim u vašem životu?
- Koji su vaši najveći strahovi i brige o budućnosti vašeg zdravlja?

Funkcija istraživanja

Primjer pitanje:

- Koje su sposobnosti toliko ključne za vaš život da ne možete zamisliti život bez njih?
- Ostala pitanja koja se mogu postaviti
- Koje stvari morate moći učiniti da biste imali kvalitetan život?
- Da ne možete raditi te stvari, kako biste se osjećali?

Istraživanje kompromisa

Primjer pitanje:

- Ako postanete bolesniji, koliko ste spremni proći za mogućnost da dobijete više vremena?

Ostala pitanja koja se mogu postaviti

- Postoje li religijska, duhovna ili kulturna uvjerenja koja su vam važna? Kako vaša uvjerenja utječu na vaše zdravstvene želje?
- Tko ili što vam pomaže prebroditi teška razdoblja u životu?

Dijeljenje s članovima obitelji

Primjer pitanje:

- Koliko vaša obitelj zna o vašim prioritetima i željama?

Pacijenti se razlikuju po tome koliko žele da članovi njihove obitelji budu uključeni i koliko žele da njihove vlastite vrijednosti, za razliku od vrijednosti članova njihove obitelji, određuju njihovu skrb. Istražujući ova pitanja s pacijentom, možete mu pomoći da razvije plan za uključivanje članova svoje obitelji u ove kritične rasprave.

Drugi načini postavljanja pitanja

- Ako vaša obitelj ima jake želje u vezi s vašom skrbi koje se razlikuju od vaših, kako biste željeli da mi odlučimo o vašoj skrbi?

- Znam da je o ovim problemima vrlo teško razgovarati jer vam je jako stalo do vaše obitelji, ali njihovo uključivanje u donošenje odluka pomaže im da se pripreme i nose s njima [30].

Korištenje pitanja iznenađenja može olakšati pristup specijalističkim uslugama palijativne skrbi i financiranju, što pomaže u poboljšanju kvalitete, a često i kvantitete, pacijentovog života. Trenutne prognoze demografskih podataka o stanovništvu u sljedećih 50 godina, diljem Europe, ističu da stanovništvo stari i živi dulje sa složenijim zdravstvenim potrebama; povećavajući složenost uloge liječnika opće prakse u identificiranju pacijenata koji su u posljednjoj godini života. Pravovremena identifikacija unutar primarne zdravstvene zaštite, diljem Europe, pacijenata koji se približavaju kraju života već je primijećena kao izazov, osobito u skupinama koje nemaju karcinom i često liječnici opće prakse izvješćuju o čekanju dok pacijent ne bude vrlo blizu smrti prije nego što započnu razgovore o skrbi na kraju života. Ovo kašnjenje može spriječiti integraciju preferencija i potreba pacijenata u planiranje skrbi, i u iskustvu „dobre smrti“ stoga je ključno pokušati razumjeti i poboljšati kako liječnici opće prakse obavljaju ovaj zadatak. Nije jasno je li to zato što su kliničari intrinzično loši prognostičari ili postoje specifični problemi s načinom na koji različiti kliničari tumače pitanje iznenađenja. Uostalom, smrt koja je „iznenađujuća“ za jednog kliničara ne mora biti „iznenađujuća“ za drugog [31]. Potrebe većine ljudi na kraju života (otprilike 85-90%) mogu se zadovoljiti unutar primarne palijativne skrbi. Ključni korak u pružanju odgovarajuće njege je sustavna i pravovremena identifikacija pacijenata kojima bi palijativna skrb mogla biti korisna. Odgovarajuća identifikacija može doprinijeti visokokvalitetnoj palijativnoj skrbi i poboljšati kvalitetu života pacijenata, izbjeci nepotrebne prijeme u bolnicu, smanjiti troškove zdravstvene skrbi i optimizirati pružanje primarno palijativne skrbi od strane liječnika opće prakse. Na međunarodnoj razini razvijeni su i implementirani različiti klinički alati koji podržavaju identifikaciju pacijenata s potencijalnim potrebama. Jedan od tih alata je alat za pokazatelje potporne i palijativne skrbi (SPICT), klinički alat koji je prvi put razvijen 2010. godine kao projekt suradnje između NHS Lothian i istraživačke grupe za primarnu palijativnu skrb Sveučilišta u Edinburgu. Studije pokazuju da je SPICT koristan i praktičan alat za podršku identifikaciji pacijenata kojima bi mogao koristiti u različitim okruženjima [32]. SPICT je osmišljen kako bi identificirao pacijente s kroničnim progresivnim bolestima koji su u opasnosti od pogoršanja i mogli bi imati koristi od palijativne skrbi. Za razliku od drugih metoda ili alata, SPICT nije ograničen na određene

bolesti i testiran je u različitim okruženjima (npr. primarna zdravstvena zaštita, kućna njega i bolnice) [33]. Liječnici opće prakse često se suočavaju s poteškoćama u identificiranju odgovarajuće vremenske točke u pacijentovoj putanji bolesti za započinjanje palijativne skrbi. Ova poteškoća je posebno izražena u slučaju bolesnika s kroničnom, ne malignom bolešću. Iako je široko prihvaćeno da pravodobna identifikacija palijativnih potreba koristi pacijentima, sustavna identifikacija pacijenata s potencijalnim palijativnim potrebama ostaje nedosljedna [34]. Pacijenti s terminalnim bolestima hospitalizirani s akutnim pogoršanjem često pate od nepotrebnih/neprikladnih terapija na kraju života. Odgovarajuće prakse planiranja skrbi unaprijed usklađene s ciljevima skrbi pacijenata mogu to ublažiti [35].

Odjel hitne pomoći kritična je točka u putanji skrbi za pacijente s neizlječivom bolešću koja ograničava život. Implementacija alata za podršku kliničkom odlučivanju automatizira identifikaciju starijih osoba kojima bi palijativna skrb mogla koristiti umjesto da se oslanja na pružatelje usluga da identificiraju takve pacijente, čime se poboljšava kvaliteta skrbi pomažući pružateljima usluga u pridržavanju smjernica. Studija Tan i Durbin (2020) o primarnoj palijativnoj skrbi za hitnu medicinu imala je za cilj optimizirati upotrebu elektroničkog zdravstvenog kartona stvaranjem alata za identifikaciju visokorizičnih pacijenata koji će najvjerojatnije imati koristi od primarne palijativne skrbi i pružanje kliničkih preporuka na mjestu skrbi [36]. Očekuje se da će globalne potrebe za palijativnom skrbi porasti zbog posljedica starenja stanovništva; stoga je važno da voditelji zdravstvene skrbi identificiraju inovacije kako bi osigurali da sve slabija populacija ima odgovarajući pristup uslugama palijativne skrbi [37].

SPICT™ - Alat za indikatore suportivne i palijativne skrbi

SPICT™ je vodič za prepoznavanje osoba s povećanim rizikom od pogoršanja zdravlja te smrti.

Utvrđite kod tih osoba nepodmirene potrebe za suportivnom i palijativnom skrbi.

Potražite dva ili više općih indikatora pogoršanja zdravlja.

- Izvedbeni status je loš ili u pogoršanju (osoba provodi u krevetu ili stolici više od 50% vremena tokom dana); reverzibilnost je ograničena.
- Zbog fizičkih i/ili mentalnih zdravstvenih problema je ovisan o tuđoj pomoći kod većine svojih potreba za skrbi
- Dvije ili više neplaniranih hospitalizacija u posljednjih 6 mjeseci.
- Gubitak težine (5 - 10%) u posljednjih 3-6 mjeseci i/ili nizak indeks tjelesne mase
- Uporni, teški simptomi unatoč optimalnom liječenju uzročnih stanja.
- Pacijent zahtijeva suportivnu i palijativnu skrb, ili pak prekid liječenja.

Potražite kliničke indikatore jednog ili više uznapredovalih stanja

<p>Maligna bolest</p> <p>Funkcionalna sposobnost pogoršava se zbog progresivnog metastatskog karcinoma. Preslab za onkološko liječenje, ili se liječenje svodi na kontrolu simptoma.</p>	<p>Srčana/vaskularna bolest</p> <p>NYHA III/IV kategorija srčane insuficijencije, ili ekstenzivna nelječiva bolest koronarnih arterija, uz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispneju ili grudnu bol u mirovanju ili u minimalnom naporu. <p>Teška, inoperabilna bolest perifernih krvnih žila.</p>	<p>Bubrežna bolest</p> <p>4. ili 5. stadij kronične bubrežne bolesti (eGFR <30ml/min) s pogoršanjem zdravlja. Zatajenje bubrega koje komplicira druga stanja koja skraćuju životni vijek, ili pak komplicira liječenje. Prestanak dijaliziranja.</p>
<p>Demencija/krhkost</p> <p>Ne može se oblačiti, hodati ili jesti bez pomoći.</p> <p>Želi manje jesti i piti; poteškoće u održavanju ishranjenosti.</p> <p>Urinarna i fekalna inkontinencija</p> <p>Više ne može verbalno komunicirati; oskudne socijalne interakcije.</p> <p>Prijelom bedrene kosti; više padova.</p> <p>Rekurentne febrilne epizode ili infekcije; aspiracijska pneumonija.</p>	<p>Respiratorna bolest</p> <p>Teška kronična bolest pluća sa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispnejom u mirovanju ili kod minimalnog napora između egzacerbacija. <p>Potreba dugotrajne terapije kisikom.</p> <p>Potreba ventilacije zbog respiratornog zatajenja, ili je ventilacija kontraindicirana.</p>	<p>Jetrena bolest</p> <p>Uznapredovala ciroza s jednom ili više komplikacija u protekloj godini:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ascites otporan na diuretike • Hepatička encefalopatija • Hepatorenalni sindrom • Baterski peritonitis • Rekurentna krvarenja iz varikoziteta. <p>Transplantacija jetre je kontraindicirana.</p>
<p>Neurološka bolest</p> <p>Progresivno propadanje fizičkih i/ili kognitivnih funkcija usprkos optimalnoj terapiji.</p> <p>Smetnje govora sa sve većim teškoćama komuniciranja i/ili progresivnim smetnjama gutanja.</p> <p>Rekurentna aspiracijska pneumonija; dispneja ili respiratorna insuficijencija.</p>	<p>Planiranje suportivne i palijativne skrbi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revidirajte sadašnje tretmane i lijekove kako bi pacijent dobivao optimalnu skrb. ▪ Ako su simptomi ili potrebe kompleksni i teško rješivi, razmislite o upućivanju specijalistu za to područje. ▪ Usuglasite se s pacijentom i obitelji o sadašnjim i budućim ciljevima skrbi, te planu skrbi. ▪ Ako pacijentu prijeti gubitak sposobnosti, planirajte unaprijed. ▪ Zailježite, komunicirajte i koordinirajte plan skrbi. 	

Izvor: NHS Lothian, <http://www.spi-ct.org.uk/>

Slika 1. SPICT™ - Alat za indikatore suportivne i palijativne skrbi

2.5. Obitelj u palijativnoj skrbi

Od kasnih 80-ih, postoji politika zamjene relativno skupe bolničke skrbi s jeftinijom izvanbolničkom skrbi i približavanja skrbi domovima pacijenata [18]. Potražnja za obiteljskom skrbi raste zbog brzog starenja stanovništva. Osim toga, nedavne promjene u politici palijativne skrbi u zemljama s visokim dohotkom usredotočile su se na premještanje pružanja palijativne skrbi izvan bolnica u zajednice [38]. SZO u definiciji palijativne skrbi obitelj jasno definira kao sastavni dio palijativne skrbi, te kao aktivnog člana u pružanju palijativne skrbi. Stoga se definira na sljedeći način: „Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji suočenih s bolestima opasnim po život, koji su povezani s ranim prepoznavanjem radi prevencije i ublažavanja boli. Kao druga tjelesna, psihološka i duhovna pitanja.” Zapravo, jedno od temeljnih načela palijativne skrbi je da pruža sustav podrške koji pomaže obiteljima da se lakše nose s izazovima bolesti člana obitelji i oslobode vlastite tuge. Iako je uloga kućne njege u palijativnoj skrbi važna i prepoznata, još uvijek nije jasno definirana [39]. Dostojanstven život i umiranje temeljne su vrijednosti u palijativnoj skrbi kako bolesnika tako i članova njegove obitelji. Za članove obitelji u palijativnoj skrbi, dostojanstvo znači živjeti kao poštovano ljudsko biće u odnosu prema sebi i drugima. Dostojanstvo također uključuje sposobnost održavanja vlastitog identiteta, osjećaj povezanosti sa značajnim drugima i osjećaj ugodnosti u novoj situaciji. Dva kontekstualna aspekta utječu na dostojanstvo članova obitelji: dvoglavi paradoks i recipročni utjecaj. Paradoks znači da članovi obitelji žele ostati blizu i brinuti se za bolesnu osobu, istovremeno žele pobjeći od situacije, ali kada pobjegnu, žele ponovno biti blizu. Uzajamni utjecaj znači da su osjećaji i iskustva članova obitelji usko isprepleteni s osjećajima i doživljajima bolesne osobe. Ovi rezultati mogu povećati razumijevanje zdravstvenih radnika i koristiti se u praksi dostojanstvene skrbi koja ne ugrožava, već ima za cilj očuvanje osjećaja dostojanstva članova obitelji [40]. Središnje mjesto u filozofiji palijativne skrbi je predanost zadovoljavanju biopsihosocijalnih potreba i pacijenata i njihovih obitelji kao međuovisne jedinice skrbi, ali postoji malo dokaza za pružanje učinkovitih usluga izvanbolničkim palijativnim pacijentima i obiteljima s nezadovoljenim psihosocijalnim potrebama. To je osobito istinito u pogledu usluga za obiteljske negovatelje, "skriveno pacijente" koji pružaju većinu danonoćne, svakodnevnne skrbi za palijativne pacijente u zajednici. Istraživačke studije otkrile su da su brojni uzroci stresa povezani s obiteljskom skrbi za oboljele od karcinoma, uključujući probleme u komunikaciji s pružateljima zdravstvenih usluga; nedovoljna obuka, znanje ili vještine potrebne za obavljanje specifičnih zadataka (npr. davanje

lijekova); socijalna izolacija; i nedostatak medicinskih informacija. Holistički pogled teorije udobnosti na pacijentovo i obiteljsko iskustvo u njegovom psihospiritualnom, sociokulturnom, okolišnom i fizičkom kontekstu usklađen je s konceptualizacijom potpune boli u palijativnoj skrbi, definiranoj kao višedimenzionalno iskustvo koje uključuje fizičke, psihološke, socijalne, duhovne i praktične borbe [41]. Stvarnost problema povezanog s palijativnom skrbi ne odnosi se samo na pojedince kojima je potrebna, već i na skrbnike njihovih obitelji, koji ponekad ostaju nevidljivi s nezadovoljenim potrebama, što je situacija koja utječe na kvalitetu njihova života. Obiteljski njegovatelji osoba u palijativnoj skrbi prijavljuju nižu razinu kvalitete života od opće populacije i od njegovatelja osoba s karcinomom, a s namjerom kurativnog liječenja. Studija je izvijestila o dubokim razlikama u dimenzijama mentalnog zdravlja i emocionalne uloge između opće populacije i obiteljskih njegovatelja nakon smrti pacijenta; osim značajnog pogoršanja općeg zdravstvenog stanja i u tjelesnoj dimenziji. Isto tako, lošije rezultate u dimenzijama tjelesnog funkcioniranja, tjelesne uloge, općeg zdravstvenog stanja, vitalnosti, socijalnog funkcioniranja, emocionalne uloge i mentalnog zdravlja od opće populacije, odnosno, s izuzetkom dimenzije tjelesne boli, općenito kvalitete života njegovatelja osobe oboljele od karcinoma u palijativnoj skrbi znatno je niži nego u općoj populaciji. Što se tiče kvalitete života povezane sa zdravljem, studija provedena u Njemačkoj pokazala je da obiteljski njegovatelji osoba s karcinomom u palijativnoj fazi pokazuju niže razine u usporedbi s općom populacijom; osim toga, žene su prijavile lošiju razinu kvalitete života od muškaraca u emocionalnom opsegu; niska kvaliteta života kod žena može biti povezana s velikim emocionalnim opterećenjem koje razvijaju. Nasuprot tome, studija provedena u Norveškoj izvijestila je o niskoj razini kvalitete života obiteljskih njegovatelja osoba s karcinomom u kasnoj palijativnoj fazi, s nižim razinama mentalne komponente u muškaraca nego u žena; iako literatura izvještava o većem emocionalnom i mentalnom utjecaju na žene nego na muškarce, ova studija nije potvrdila tu hipotezu; a alternativno objašnjenje su kulturne razlike. Istraživanje kvalitete života njegovatelja osoba s karcinomom u palijativnoj skrbi koncentriralo se na opisivanje i usporedbu razine kvalitete života s onima u općoj populaciji, uz objašnjenje čimbenika utjecaja, kao što je prethodno opisano. Uzimajući u obzir na prvom mjestu da situacije kulturološke prirode mogu posredovati u kvaliteti života, a ne samo one koje se odnose na skrb o osobi oboljeloj od karcinoma u palijativnoj skrbi i, na drugom mjestu, da zdravstveni sustavi u mnogim zemljama Latinske Amerike to još uvijek čine ne integrirati palijativnu skrb u pružanje zdravstvenih usluga, dovodi do potrebe za provedbom opisa u kontekstima poput latinoameričkog. U tom smislu, do danas, pregledom literature pronađena je samo jedna

studija provedena s njegovateljima osoba s karcinomom na palijativnoj skrbi u Čileu, gdje su zabilježene razine kvalitete života slične onima iz studija provedenih s njegovateljima hospitaliziranih osoba s karcinomom; osim toga, prijavljeni su lošiji rezultati u mentalnom nego u fizičkom zdravlju, kao i značajno niže razine vitalnosti, emocionalne uloge i mentalnog zdravlja kod žena nego kod muškaraca [42]. Umiranje kod kuće okruženo članovima obitelji neki smatraju „zlatnim standardom“ za dobru smrt. Nekoliko sustavnih pregleda literature pokazalo je da je većina onih s terminalnom bolešću i kratkim očekivanim životnim vijekom željela ostati u svojim domovima što je dulje moguće, i na kraju umrijeti kod kuće [18].

2.5.1. Obiteljski sastanak

Najboljom praksom za postizanje skrbi usmjerene na bolesnika i obitelj u palijativnoj skrbi smatra se obiteljski sastanak. Iako su studije o obiteljskim sastancima ograničene, one koje postoje sugeriraju da ove intervencije mogu smanjiti nevolje njegovatelja, ublažiti percepciju nezadovoljenih potreba, pripremiti članove obitelji za skrb i poboljšati ishode žalosti. Iskustvo palijativne skrbi dalje sugerira da obiteljski sastanak može ojačati terapijski savez s obiteljima, promicati konsenzus, i smanjiti potrebu za ad hoc sastancima. Zadovoljstvo liječnika može biti povećano kada plan liječenja uključuje priliku da se pokaže empatija i vidi perspektiva obitelji - ključni elementi kliničkog pristupa obiteljskom sastanku. Planirani obiteljski sastanak može se pozabaviti nizom problema i briga s kojima se susreću njegovatelji. Kako pacijenti doživljavaju izravan utjecaj oboljenja od karcinoma i sudjeluju u ponovljenim protokolima liječenja, odgovornosti obiteljskih njegovatelja će se povećati, dok su resursi za njihovu podršku često ostali ograničeni [43]. U ovom kontekstu "obitelj" se može odnositi na bilo koga, koga pacijent imenuje kao "obitelj" ili obiteljski ekvivalent, poput bliskog prijatelja i/ili njegovatelja [44]. Kada se mi ili oni koje volimo suočimo s ozbiljnom bolešću, moramo donijeti mnoge osobne i medicinske odluke koje mogu biti zastrašujuće, teške i zbunjujuće. Pojedinci koji razgovaraju sa svojim liječnicima o svojim vrijednostima, ciljevima i željama imaju veću vjerojatnost da će dobiti njegu koju žele, osjećati se manje uznemireno i prijaviti bolju kvalitetu života. Suosjećajan i jasan razgovor ključ je za ublažavanje zbunjenosti i straha i osigurava da odluke o skrbi odražavaju ono što je pacijentima najvažnije [45].

2.6. Uloga magistre sestrinstva u palijativnoj skrbi

Medicinske sestre su jedan od temelja u skrbi za osobe s uznapredovalim bolestima, i osobama na kraju života, prema kojima je potrebno ukazati tu pažnju. Međutim, kako bi pružili kvalitetnu skrb, moraju imati odgovarajuću obuku u ovim aspektima, osobito ako stručnjaci mogu pronaći osobe koje mogu zahtijevati ovu vrstu pažnje u bilo kojem području rada, a ne samo ako rade na određenom resursu palijativne skrbi. Znanje medicinskih sestara pridonosi cjelovitom zbrinjavanju osoba s kroničnim i po život opasnim bolestima i njihovih obitelji. Stoga je posjedovanje odgovarajućih informacija i vještina bitno kada se radi o smrti i umiranju. Zbog toga je neophodno da svaka medicinska sestra, prema preporukama raznih znanstvenih udruga i stručnjaka u ovom području, bude podučena barem osnovnoj razini palijativne skrbi. Ovo bi im znanje omogućilo rad s ljudima koji su osjetljivi na ovu vrstu pažnje, bez obzira na područje u kojem razvijaju svoju profesionalnu aktivnost [46]. Nažalost, stručnost u palijativnoj skrbi često je nedovoljno iskorišten resurs, a trenutni model skrbi i poticaja može potisnuti palijativnu skrb kao "zadnje utočište" nakon što su iscrpljeni svi pokušaji izlječenja. Ovo odgađanje može dovesti do suboptimalnog upravljanja simptomima za bol, niže kvalitete života, pa čak i smanjenog preživljavanja [47]. Globalno, potreba za palijativnom skrbi je sve veća, ali ne dobiva je svatko tko treba kompetentnu palijativnu skrb. Jedna od glavnih prepreka najboljoj palijativnoj skrbi utemeljenoj na dokazima je ograničena obuka o palijativnoj skrbi zajedno s nedostatkom svijesti o tome što je palijativna skrb i njezinoj važnosti za pacijente [48]. Obuka u palijativnoj skrbi pruža medicinskim sestrama veće vještine skrbi, povećanu sigurnost i smanjeni stres. Osim toga, pojačana obuka medicinskih sestara za brigu o pacijentima na kraju života smanjuje patnju pacijenata [49]. Palijativna skrb posebno je zahtjevno radno okruženje za medicinske sestre zbog dugotrajne izloženosti patnji, boli i smrti bolesnika te tugovanju članova obitelji. Profesija palijativne skrbi općenito se smatra vrlo stresnom i podložnom sagorijevanju, a smatra se da su medicinske sestre u većem riziku od razvoja sindroma sagorijevanja i trpljenja drugih štetnih posljedica po zdravlje i dobrobit nego drugi stručnjaci palijativne skrbi [50]. Stoga su medicinske sestre ključni dionici u osiguravanju široko dostupne i vješte palijativne skrbi. Međutim, medicinske sestre moraju biti opremljene za postizanje mjerljivog napretka prema univerzalnom pristupu palijativnoj skrbi. Pristup visokokvalitetnoj palijativnoj skrbi za sve pojedince, obitelji i zajednice ljudsko je pravo, bez obzira na dob, rasu, etničku pripadnost, socioekonomske ili druge razlike. Univerzalni pristup palijativnoj skrbi može se

strateški postići povećanjem vodstva medicinskih sestara u međusektorskom zagovaranju i interdisciplinarnim partnerstvima na lokalnoj, nacionalnoj i međunarodnoj razini. Medicinske sestre trebaju biti educirane za pružanje skrbi kako bi se simptomi sveli na minimum, a poboljšala kvaliteta života [51]. Studija provedena u Španjolskoj u kojoj su sudjelovale bolničke medicinske sestre pokazala je da, iako je polovica njih imala osnovnu obuku za računalno, samo oko 15% stvarno je primijenilo to znanje u praksi (korištenje ljestvica za procjenu simptoma, primjena nefarmakoloških mjera ili sudjelovanje pacijenata u donošenju odluka). Navedeno bi upućivalo da ne samo da je važno stjecati znanje, već i da to znanje treba doći do pacijenata i njihovih bližnjih kroz praktičnu primjenu u kliničkoj praksi. Doista, ne samo da je važno znati "što medicinske sestre znaju", nego i "što rade ili primjenjuju" [52].

Osnovne kompetencije za medicinske sestre, utvrđene su u ranijoj literaturi s ciljem poboljšanja palijativne skrbi pacijenata i osiguravanja više profesionalne i međuorganizacijske suradnje u svim palijativnim okruženjima. Te se kompetencije kreću od svih zdravstvenih djelatnika i stručnjaka socijalne skrbi koji su sposobni raditi s pristupom palijativnoj skrbi do onih sa specifičnim disciplinskim kompetencijama potrebnim u složenim i zahtjevnim situacijama palijativne skrbi. Fokus kompetencija uključuje rano prepoznavanje i procjenu potreba bolesnika sa životno opasnom bolešću, pružanje odgovarajuće skrbi temeljene na individualnim potrebama bolesnika i osiguravanje kvalitete života, odnosno odgovorom na fizičke, psihičke, socijalne i duhovne potrebe bolesnika, komuniciranje i suradnja s pacijentom, značajnim drugima i nizom uključenih stručnjaka. Temeljne kompetencije također se smatraju sposobnošću suočavanja s gubitkom, tugom i žalovanjem pružanjem podrške i pružanjem informacija, kako bi se poboljšala etički visoka kvaliteta i odgovarajuća palijativna skrb za pacijente i njima važne osobe. Općenito, magistre sestrištva trebaju imati kompetencije u skrbi usmjerenoj na pacijenta, uključujući etičke i pravne aspekte koji se odnose na zastupanje pacijenata, donošenje odluka te poštivanje dostojanstva i autonomije palijativnih bolesnika kao osoba s jedinstvenim i širokim rasponom potreba, preferencija, vrijednosti i izbora. Nadalje, trebaju imati kompetencije za njegu i podršku sve većem broju pacijenata s uznapredovalim kroničnim bolestima u palijativnoj skrbi i njima značajnim osobama u širokom nizu skupina bolesti, etničkih skupina i pacijenata koji su marginalizirani ili u nepovoljnom položaju. Suradnja s pacijentima, njima značajnim osobama i multiprofesionalnim timom, kao i klinička i tehnička kompetencija uključuju i opću i specijalističku palijativnu skrb, ovisno o tome na kojoj razini rade. Tako, magistre sestrištva na općoj razini, i oni koji rade na specijaliziranoj razini palijativne skrbi trebali bi imati snažnu kompetenciju u naprednom upravljanju simptomima, kompetenciju za istraživanje i

razvoj, kompetenciju za pružanje savjetodavne i obrazovne podrške drugim stručnjacima i kompetenciju u pružanju specijalističke razine psihosocijalne podrške. Upravljanje simptomima pružanje holističke palijativne skrbi, te susret i podrška pacijentu i njima značajnim osobama utvrđeno je da su najvažnije kompetencije magistara sestinstva u osnovnoj i naprednoj razini palijativne skrbi [53].

2.6. 1. Kompetencije medicinske sestre u palijativnoj skrbi

1. U okruženju pacijentove obitelji i pacijenta primijeniti važne komponente palijativne skrbi
2. Omogućiti bolesniku što ugodniji tijek bolesti, daleko od boli i drugih simptoma bolesti, te pružiti pomoć i podršku obitelji.
3. Zadovoljiti psihološke potrebe pacijenata
4. Zadovoljiti socijalne potrebe pacijenata
5. Zadovoljiti mentalne potrebe pacijenata
6. Odgovoriti na sve potrebe obitelji za kratkotrajne i dugotrajne ciljeve skrbi, a koji su vezani za pacijenta, te individualne poteškoće i potrebe u skrbi i žalovanju obitelji
7. Rješavanje izazova povezanih s kliničkim i etičkim skepticizmom u palijativnoj skrbi
8. Koordinirati integriranu skrb i interdisciplinarni timski rad u svim sredinama u kojima se pruža palijativna skrb
9. Razviti intrapersonalne i komunikacijske vještine potrebne za palijativnu skrb
10. Razvijati kontinuirano stručno usavršavanje i samosvijest [55].

3. Komunikacija u palijativnoj skrbi

Patnja ovisi o vrlo individualnim čimbenicima i stoga je nemoguće pružiti visokokvalitetnu palijativnu skrb bez učinkovite komunikacije s pacijentima, obiteljima i skrbnicima o njihovim potrebama. U donošenju odluka u ovoj fazi života, komunikacija može djelovati kao olakšica ili kao prepreka. Formalni razgovori o uputama za naprednu skrb sve se više koriste u okruženjima s visokim prihodima i čini se da poboljšavaju kvalitetu života i kvalitetu umiranja davanjem prioriteta ciljevima i smanjenjem nepotrebnih tretmana. Osim toga, oni pomažu u procesu donošenja odluka i smanjuju poteškoće u donošenju takvih odluka za zdravstvene djelatnike [54]. Međutim, uloga medicinske sestre je sama po sebi drugačija od uloge liječnika i uključuje razgovor s pacijentima i obiteljima nakon što prime loše vijesti, raspravu o duhovnim i vjerskim problemima te razgovor s liječnicima i onkološkim timom o pacijentima i članovima obitelji. S obzirom na učestalost interakcije između medicinskih sestara i pacijenata i njihovih obitelji, ključno je da medicinske sestre posjeduju snažne komunikacijske vještine u palijativnoj skrbi kako bi pružile kvalitetnu skrb [55]. Učinkovita komunikacija između članova međuprofesionalnog tima i s pacijentom ključna je za postizanje željenih ishoda za pacijente. Kurikulumi za članove zdravstvenog tima prepuni su ciljeva usmjerenih na razvoj komunikacijskih vještina; međutim, nastavni programi koji ocrtavaju specifične vještine komunikacije potrebne za rad u palijativnoj skrbi i dalje su manjkavi. Nedavna nacionalna izvješća naglašavaju potrebu poboljšanja primarne palijativne skrbi, uključujući komunikaciju usmjerenu na pacijenta, koja je usmjerena na poticanje odnosa iscjeljenja, razmjenu informacija i reagiranje na emocije, kako za studente tako i za kliničare. Iskustva učenja temeljena na simulaciji nude priliku za poboljšanje komunikacijskih vještina studenata i kliničara. Simulacija obično uključuje oponašanje scenarija iz stvarnog svijeta kako bi se učenicima pružila odgovarajuća iskustva u kontroliranim uvjetima ili uvjetima vježbanja [56]. Zdravstveni djelatnici navode da im je komunikacija na kraju života izazovna i često čekaju da pacijenti ili obitelji započnu te razgovore [57]. Malo se zna o pozitivnim emocijama tijekom skrbi na kraju života. Budući da pozitivne i negativne emocije imaju različite implikacije na zdravlje i dobrobit, važno je naučiti o rizicima povezanim s negativnim emocijama, kao i potencijalnim dobrobitima pozitivnih emocija za pacijente i obitelj. Pozitivne emocije pacijenata oboljelih od karcinoma povezane su s manjim brojem izvješća o simptomima, manjim funkcionalnim oštećenjima i manjim brojem liječničkih pregleda povezanih s karcinomom. Teorija širenja i izgradnje može objasniti neke od ovih

asocijacija jer pretpostavlja da pozitivne emocije proširuju individualni repertoar misli i radnji i grade fizičke, intelektualne i društvene resurse, čime se promiče otpornost. Za razliku od negativnih emocija, koje nose izravne i neposredne adaptivne koristi potičući specifičnu reakciju na prijetnju (npr. strah tjera na bijeg), pozitivne emocije nose neizravnije i dugoročnije adaptivne koristi jer širenje gradi trajne resurse za upravljanje budućim prijetnjama. Kratkoročno, pozitivne emocije suzbijaju negativne emocije i pospješuju oporavak od stresa. Kada se dijele, pozitivne emocije stvaraju uzajamno zadovoljstvo i društvene veze. Učinkovita komunikacija je ključna komponenta interakcija u zdravstvu i služi mnogim funkcijama, uključujući razmjenu informacija i izgradnju odnosa. Osim potrebne razmjene informacija u interakciji medicinska sestra-pacijent-njegovatelj, visokokvalitetni odnosi koji obuhvaćaju povjerenje i podršku važni su i doprinose boljoj skrbi i poboljšanom zdravlju i dobrobiti. Jedan od načina za izgradnju kvalitetnih odnosa je kroz pozitivne emocije. Zbog intimne i intenzivne prirode kućne hospicijske njege, medicinske sestre, pacijenti i obitelji mogu brzo razviti odnose izgrađene na povjerenju i podršci koji pomažu njegovateljima i pacijentima da se nose s njegom na kraju života [58].

4. Bol kod palijativnog bolesnika

Palijativni pacijenti često imaju značajno opterećenje simptomima, uključujući dispneju, mučninu, umor i bol, što može uzrokovati nelagodu i smanjiti kvalitetu njihovog života. Pacijenti kojima je pružena rana palijativna skrb mogu doživjeti olakšanje simptoma i poboljšanja kvalitete života, zadovoljstva, raspoloženja, korištenja resursa i naprednog planiranja skrbi [17]. U studiji provedenoj u Ujedinjenom Kraljevstvu, autori su se pozvali na koncept „potpune boli“ Cicely Saunders kako bi uobličili ljudske složene potrebe na kraju života u mnoga područja. Potpuna bol je koncept koji pokušava sažeti kako je bol doživljena na kraju života cijelo neodoljivo iskustvo koje ima fizičke, ali i psihološke, društvene i duhovne elemente. Iako su identificirane poteškoće s konceptom, osobito u smislu širenja „medicinske dominacije“ na nova područja ljudske patnje, on pruža korisnu polaznu točku za razmatranje kako društvene determinante zdravlja utječu na kraj života ljudi, životna iskustva [59]. Definicija odgovarajućeg načina liječenja kronične boli zahtijevat će duga klinička ispitivanja jer je stanje složeno i mora se suočiti s mnogo različitih slučajeva. Kao primjer, pacijenti s kroničnom postoperativnom boli koji imaju određenu dijagnozu, složeno stanje i trebaju pažljivo i dugotrajno praćenje, a mogu imati koristi od pomoći putem usluga na daljinu. Nedavna iskustva pokazuju da telemedicina može poboljšati pristup skrbi, olakšati kontinuitet skrbi, omogućiti bolju učinkovitost resursa i niže troškove, u usporedbi s tradicionalnim osobnim bolničkim ili ambulantnim posjetima. Očekuje se da će poboljšani pristup skrbi poboljšati pravovremenu prilagodbu terapije i poboljšati adherenciju, što bi moglo smanjiti progresiju prema smanjenoj funkcionalnosti bolesnika s kroničnom boli [60]. U posljednjih 6-12 mjeseci života osobe koje žive s demencijom najčešće pate od ograničenja pokretljivosti i boli. Smanjena pokretljivost dovodi do ukočenosti, bolnih zglobova/artritis, dekubitusa i infekcija poput upale pluća i infekcija mokraćnog sustava. Mnogi ljudi s uznapredovalom demencijom osjećaju bol; to je jedan od najčešćih simptoma i traje tijekom bolesti. Neliječena bol može se manifestirati kao depresija, uznemirenost i izazovno ponašanje zbog nemogućnosti osobe da izrazi izvor svoje boli. Bol je subjektivna, no pacijenti s demencijom ograničeni su kada je u pitanju samoprijavlivanje svoje boli. Ograničenja komunikacije i ograničenja u pamćenju i izvršnim funkcijama ometaju osobu u priopćavanju svoje boli [61]. Upravljanje simptomima tijekom i nakon terapije često je suboptimalno, dijelom zbog nedostatka svijesti kliničara o tome kako se pacijenti osjećaju [62]. Bol je

oduvijek bila izvor zabrinutosti čovječanstva i predmet sveprisutne predanosti da je razumiju i kontroliraju. Liječenje patnje i pružanje olakšanja pacijentu znači poboljšanje kvalitete njegova života i općenito kvalitete pružene zdravstvene skrbi. Kada se zdravstveno stanje bolesnika pogorša i kuracija više nije moguća, palijativna skrb postaje jedini izvediv pristup, čija se svrha mijenja kako se mijenja zdravstveno stanje bolesnika. Pacijenti u fazi terminalnog karcinoma jedni su od najosjetljivijih i najkritičnijih, a definicija najprikladnije palijativne skrbi još uvijek je otvoren izazov: neizvjesna zdravstvena stanja koja ti pacijenti općenito imaju u terminalnim fazama života, zajedno s terapijama (često politerapijom) već propisane, doprinose kompliciranju izbora najboljeg pristupa za osiguranje odgovarajuće kvalitete života. Sve farmakokinetičke faze mogu biti podložne nezanemarljivim varijacijama kod pacijenata s karcinomo u terminalnoj fazi, što rezultira značajnom razlikom u bioraspoloživosti lijeka od razina koje su predvidljive na temelju primijenjenih doza i "normalnih" parametara, kako je utvrđeno studijama na zdravim dobrovoljcima. Promjena u metabolizmu koja proizlazi iz uznapredovale bolesti također može modificirati farmakokinetiku lijekova. Franken i kolege recenzirao je ovu stavku, dokazujući da se duboke promjene u stopi apsorpcije lijeka, bioraspoloživosti, samom metabolizmu mogu pojaviti kod pacijenata s karcinomom u terminalnoj fazi, zbog promjena u jetrenim funkcijama ili protoku krvi u jetri, gastrointestinalnih problema ili simptoma kao što su mučnina i povraćanje koji se često bilježe, krv u tkivu perfuziju i sadržaj potkožnog masnog tkiva. Ovaj posljednji aspekt može odrediti povećanu stopu apsorpcije, što rezultira višim vršnim koncentracijama u odnosu na rezultate studija provedenih na zdravim dobrovoljcima. Za ispravnu i sigurnu farmakološku terapiju kod pacijenata s terminalnim karcinomom koji se približavaju posljednjim danima života, potrebno je kontinuirano i točno praćenje stvarnog metabolizma bolesnika, a izmjene u primijenjenoj terapiji koje uključuju uvođenje novih lijekova ili veće doze mogu se odlučiti samo u svjetlu dokumentiranog pogoršanja stanja pacijenta. Također ne treba zaboraviti da se o primijenjenoj palijativnoj terapiji mora razgovarati i dogovarati s pacijentom, sve dok to njegovo stanje dopušta, ili pak s rodbinom i/ili zakonskim zastupnicima [63].

5. Istraživački dio rada

5.1. Ciljevi rada

Cilj diplomskog rada bio je ispitati:

1. znanje i stavove medicinskih sestara/tehničara i liječnika o procjeni stanja palijativnog pacijenta i njihove obitelji
2. razumijevanje o potrebama i uvažavanju pacijentovog mišljenja ili njegove obitelji u pružanju zdravstvene njege i liječenja.
3. istražiti postoje li razlike u obrazovnoj razini.
4. istražiti prepoznavanje simptoma i rješavanja istih od strane medicinskih sestara i liječnika.
5. istražiti postoji li dodatna potreba u edukaciji palijativne skrbi kod medicinskih sestara i liječnika

5.2. Metode istraživanja

Istraživanje je provedeno anketnim upitnikom koji je kreiran u svrhu ovog istraživanja kojem je cilj ispitati znanje i stavove medicinskih sestara/tehničara i liječnika o procjeni stanja palijativnog pacijenta i njihove obitelji. Upitnik se sastoji od 8 pitanja sociodemografskog tipa (spol, dob, županija stanovanja, mjesto stanovanja, razina obrazovanja, radni status, godine radnog staža, trenutno radno mjesto) i pitanja prema skali Likertovog tipa, u koje imaju raspon odgovora od 1 do 5 pri čemu 1 označava da se ispitanik u potpunosti ne slaže sa tvrdnjom do 5 označava kako se ispitanik u potpunosti slaže sa tvrdnjom.

5.3. Ispitanici

Anketu je ukupno ispunilo 407 medicinskih sestara/tehničara i liječnika na području Republike Hrvatske. Ispitivanje je provedeno od 26. travnja do 26. lipnja 2022. Godine, a ispitanici su anketni upitnik popunjavali preko Google obrasca.

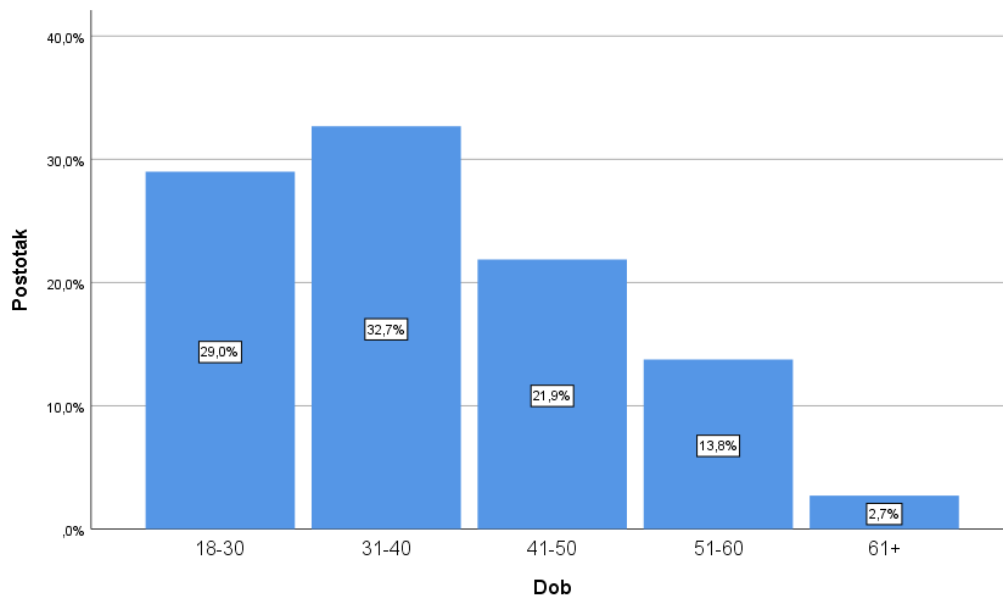
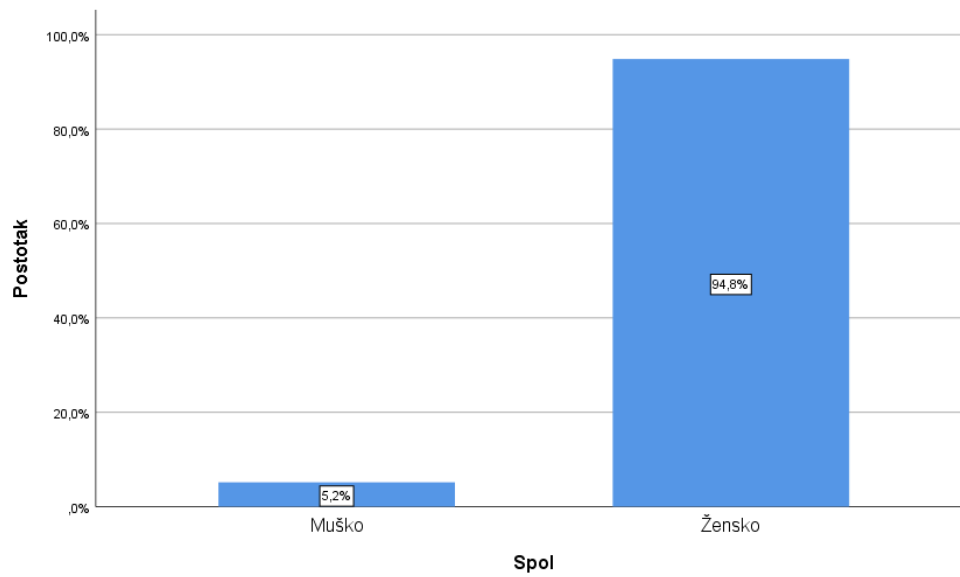
5.4. Statistička obrada podataka

Rezultati su dobiveni putem IBM programa SPSS programa.

Tablica 1. Spol i dob ispitanika

		N	%
Spol	Muško	21	5,2 %
	Žensko	386	94,8 %
	Ukupno	407	100, 0%
Dob	18-30	118	29,0 %
	31-40	133	32,7 %
	41-50	89	21,9 %
	51-60	56	13,8 %
	61+	11	2,7 %
	Ukupno	407	100, 0%

Pogledaju li se podatci za *spol* ispitanika može se uočiti kako je 5,2% ispitanika muškog spola, dok je 94,8% ispitanika ženskog spola, nadalje kod *dobi* ispitanika 29,0% ima 18-30 godina, 32,7% ima 31-40 godina, 21,9% ima 41-50 godina, 13,8% ima 51-60 godina, dok 2,7% ima 61+ godina.



Nadalje, pogledaju li se podatci za promatrane županije može se uočiti kako najveći udio ispitanika navodi Grad Zagreb (18,2%) i Sisačko-moslavačka županija (13,3%).

Tablica 2. Županija stanovanja

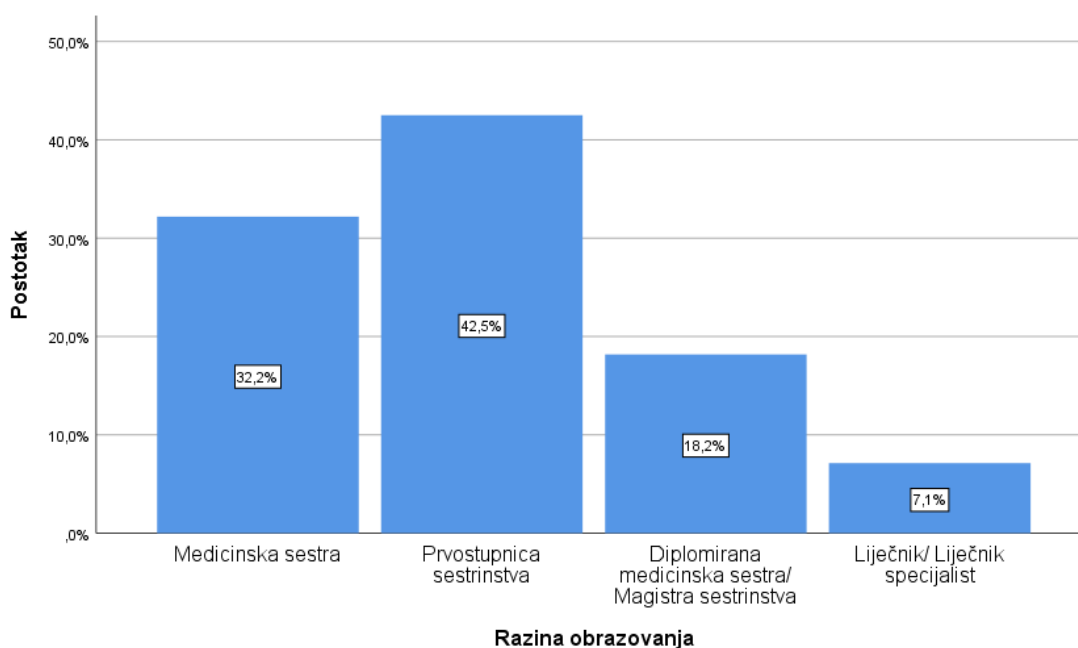
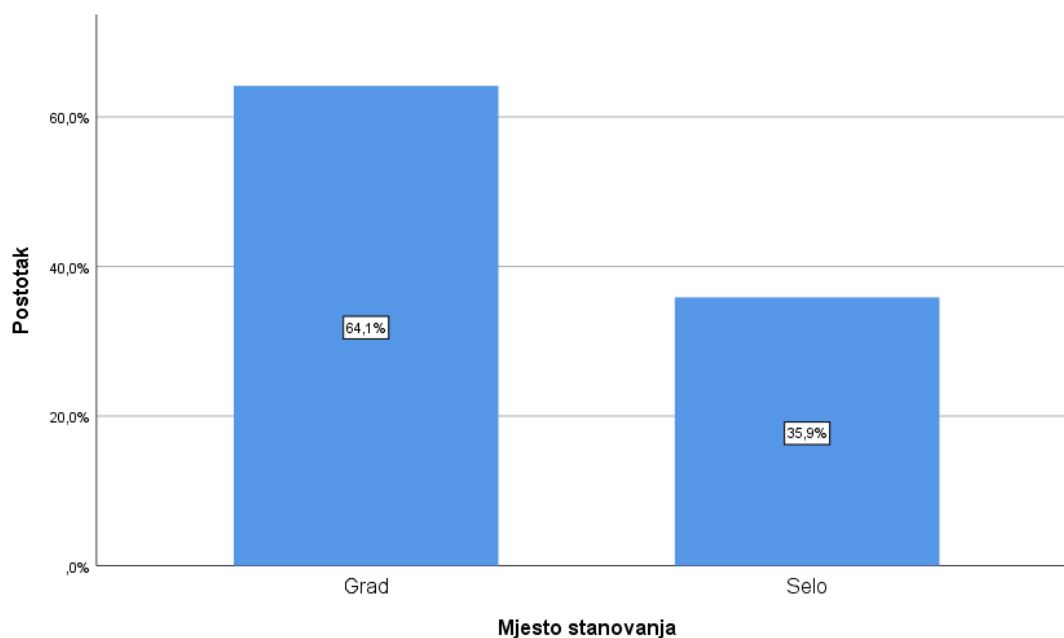
		N	%
Županija stanovanja	Bjelovarsko-bilogorska županija	15	3,7%
	Brodsko-posavska županija	7	1,7%
	Dubrovačko-neretvanska županija	5	1,2%
	Grad Zagreb	74	18,2%
	Istarska županija	14	3,4%
	Karlovačka županija	15	3,7%
	Koprivničko-križevačka županija	13	3,2%
	Krapinsko-zagorska županija	16	3,9%
	Ličko-senjska županija	2	0,5%
	Međimurska županija	13	3,2%
	Osječko-baranjska županija	25	6,1%
	Požeško-slavonska županija	10	2,5%
	Primorsko-goranska županija	30	7,4%
	Šibensko-kninska županija	5	1,2%
	Sisačko-moslavačka županija	54	13,3%
	Splitsko-dalmatinska županija	20	4,9%
	Varaždinska županija	26	6,4%
	Virovitičko-podravska županija	12	2,9%
	Zadarska županija	9	2,2%
	Zagrebačka županija	25	6,1%
Vukovarsko-srijemska	17	4,2%	

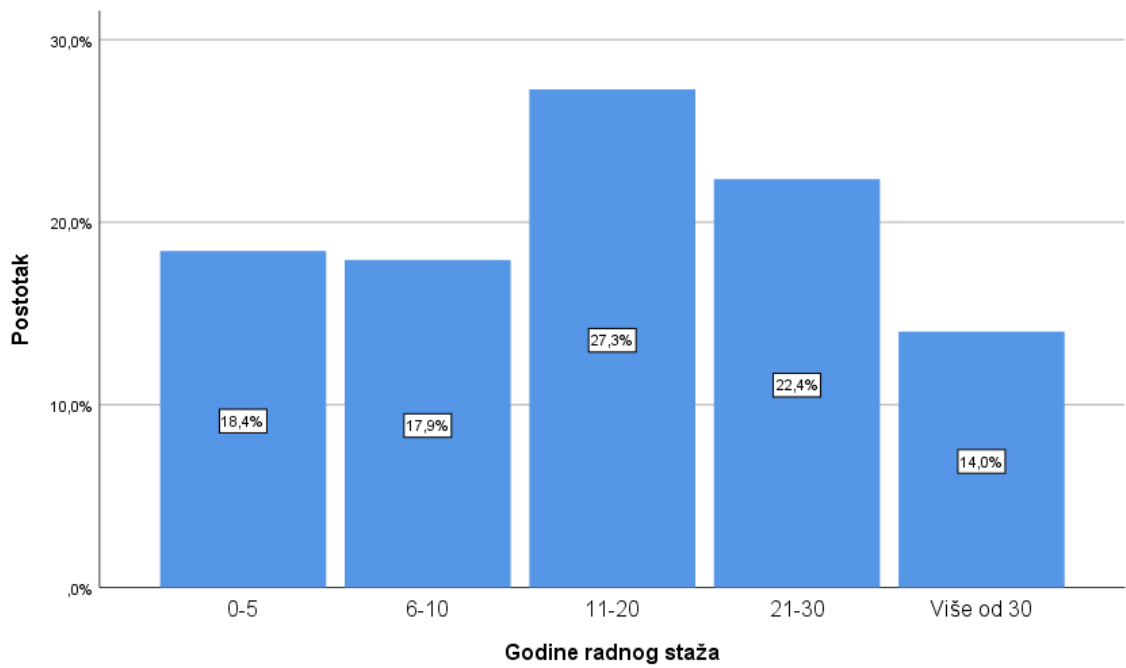
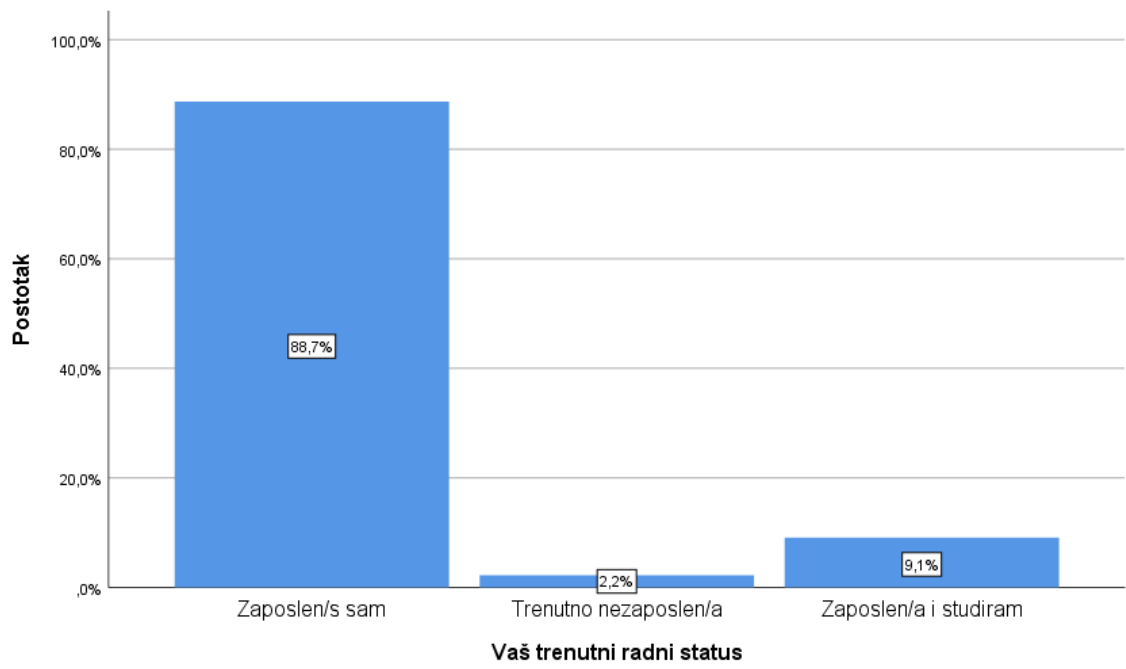
Tablica 3. Opći podaci ispitanika

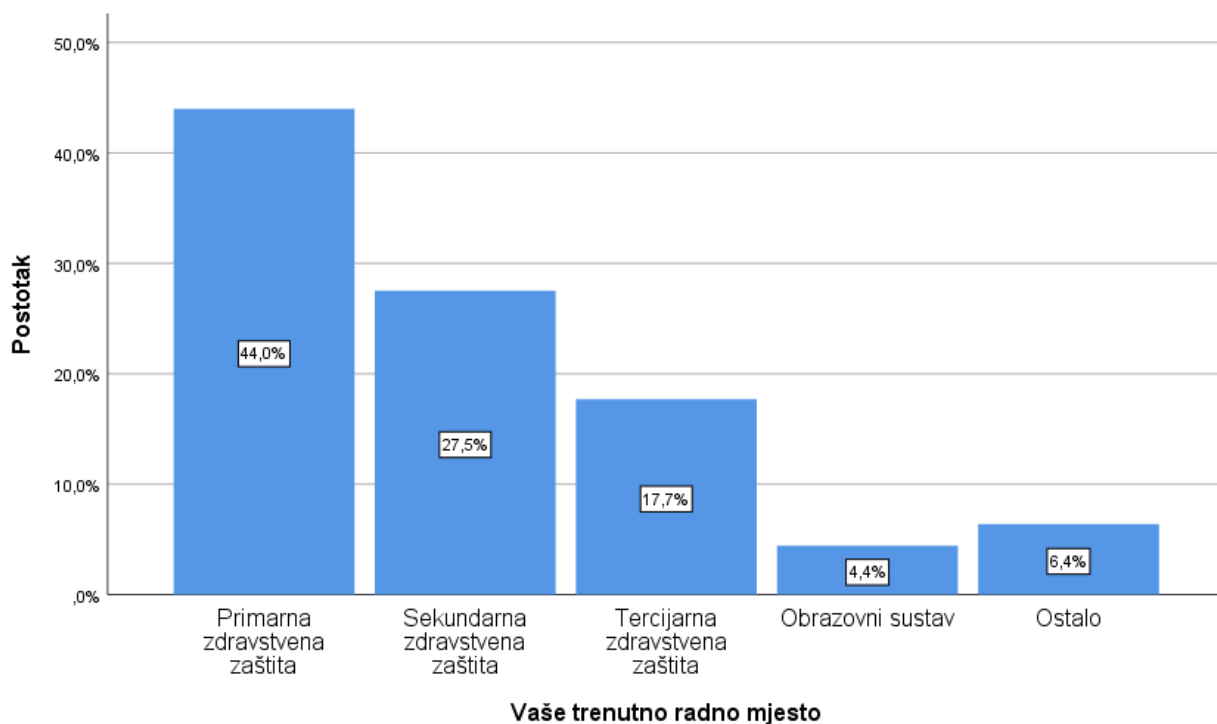
		N	%
Mjesto stanovanja	Grad	261	64,1%
	Selo	146	35,9%
	Ukupno	407	100,0%
Razina obrazovanja	Medicinska sestra	131	32,2%
	Prvostupnica sestrinstva	173	42,5%
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	18,2%
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	7,1%
	Dr.sc.	0	0,0%
	Ukupno	407	100,0%
Vaš trenutni radni status	Zaposlen/s sam	361	88,7%
	Trenutno nezaposlen/a	9	2,2%
	Zaposlen/a i studiram	37	9,1%
	Ukupno	407	100,0%
Godine radnog staža	0-5	75	18,4%
	6-10	73	17,9%
	11-20	111	27,3%
	21-30	91	22,4%
	Više od 30	57	14,0%
	Ukupno	407	100,0%
Vaše trenutno radno mjesto	Primarna zdravstvena zaštita	179	44,0%
	Sekundarna zdravstvena zaštita	112	27,5%
	Tercijarna zdravstvena zaštita	72	17,7%
	Obrazovni sustav	18	4,4%
	Ostalo	26	6,4%
	Ukupno	407	100,0%

Kod *mjesta stanovanja* 64,1% navodi grad, dok 35,9% navodi selo, kod *razine obrazovanja* 32,2% navodi medicinska sestra, 42,5% navodi prvostupnica sestrinstva, 18,2% navodi diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva, dok 7,1% navodi Liječnik/ Liječnik specijalist, kod trenutnog radnog statusa 88,7% navodi zaposlen/s sam, 2,2% navodi trenutno nezaposlen/a, dok 9,1% navodi zaposlen/a i studiram, nadalje kod *godine radnog*

staža 18,4% navodi 0-5, 17,9% navodi 6-10, 27,3% navodi 11-20, 22,4% navodi 21-30, dok 14,0% navodi više od 30, kod pitanja *Vaše trenutno radno mjesto* 44,0% navodi primarna zdravstvena zaštita, 27,5% navodi sekundarna zdravstvena zaštita, 17,7% navodi tercijarna zdravstvena zaštita, 4,4% navodi obrazovni sustav, dok 6,4% navodi ostalo.







Nadalje, na tablici 4 prikazani su ostali odgovori ispitanika.

Tablica 4. Ostalo

	N
Bolnicki sustav	1
Dom umirovljenika	1
Dom za odrasle	1
Dom za starije	3
Dom za starije i nemoćne	1
Dom za starije i nemoćne osobe	1
dom za starije i nemoćne	1
Dom za starije i nemoćne	1
Dom za starije osobe	1
Gerijatrija	1
Hitna med.pomoć	1
hitna služba ,prijavno dojavna jedinica	1
kucna njega	1
Nezaposlena	2
Socijalna skrb	1
Socijalna ustanova	2

Specijalizacija	1
Specijalna ustanova	1
Starački dom	1
Strucni suradnik	1
Škola	1
Ustanova soc skrbi	1

Na sljedećim će stranicama biti prikazani deskriptivni pokazatelji za promatrana pitanja za svako će pitanje biti prikazane frekvencije i postotci, aritmetička sredina i standardna devijacija. Komentirat će se pitanja kod kojih je zabilježena najmanja i najveća vrijednost aritmetičke sredine odgovora ispitanika.

Tablica 5. Odgovori na tvrdnje

		N	%	\bar{x}	Sd
Poznajem pojam palijativna skrb	u potpunosti se ne slažem	5	1,2%		
	ne slažem se	1	0,2%		
	nići se slažem, nići se ne slažem	12	2,9%		
	slažem se	96	23,6%		
	u potpunosti se slažem	293	72,0%		
	Ukupno	407	100,0%	4,65	,67
Prepoznajem kada je pacijentu potrebna palijativna skrb	u potpunosti se ne slažem	5	1,2%		
	ne slažem se	1	0,2%		
	nići se slažem, nići se ne slažem	20	4,9%		
	slažem se	126	31,0%		
	u potpunosti se slažem	255	62,7%		
	Ukupno	407	100,0%	4,54	,71
U svom svakodnevnom radu upoznat/a sam s potrebama palijativnih pacijenata	u potpunosti se ne slažem	9	2,2%		
	ne slažem se	4	1,0%		
	nići se slažem, nići se ne slažem	39	9,6%		
	slažem se	107	26,3%		
	u potpunosti se slažem	248	60,9%		
	Ukupno	407	100,0%	4,43	,87
Ostavljam više vremena za pružanje potreba palijativnog pacijenta od ostalih	u potpunosti se ne slažem	11	2,7%		
	ne slažem se	22	5,4%		

	ni se slažem, niti se ne slažem	109	26,8%		
	slažem se	116	28,5%		
	u potpunosti se slažem	149	36,6%		
	Ukupno	407	100,0%	3,91	1,04
Tijekom razgovora sam smiren i koncentriran na pacijenta ili njegovu obitelj	u potpunosti se ne slažem	5	1,2%		
	ne slažem se	5	1,2%		
	ni se slažem, niti se ne slažem	31	7,6%		
	slažem se	132	32,4%		
	u potpunosti se slažem	234	57,5%		
	Ukupno	407	100,0%	4,44	,79
Tijekom razgovora uvijek osiguram da me ništa ne prekida (telefonski pozivi, dolasci drugih djelatnika, itd...)	u potpunosti se ne slažem	14	3,4%		
	ne slažem se	26	6,4%		
	ni se slažem, niti se ne slažem	105	25,8%		
	slažem se	136	33,4%		
	u potpunosti se slažem	126	31,0%		
	Ukupno	407	100,0%	3,82	1,05
Smatram da imam znanje o procjeni i ublažavanju bola i drugih simptoma koji su karakteristični za palijativnog pacijenta, posebno posljednje dane/sate života	u potpunosti se ne slažem	9	2,2%		
	ne slažem se	21	5,2%		
	ni se slažem, niti se ne slažem	94	23,1%		
	slažem se	145	35,6%		
	u potpunosti se slažem	138	33,9%		
	Ukupno	407	100,0%	3,94	,99
Smatram da je pružanje palijativne skrbi emocionalno zahtjevno	u potpunosti se ne slažem	3	0,7%		
	ne slažem se	2	0,5%		
	ni se slažem, niti se ne slažem	15	3,7%		
	slažem se	78	19,2%		
	u potpunosti se slažem	309	75,9%		
	Ukupno	407	100,0%	4,69	,64
Smatram da je vrlo važno da članovi obitelji budu uz pacijenta u pružanju skrbi	u potpunosti se ne slažem	4	1,0%		
	ne slažem se	1	0,2%		
	ni se slažem, niti se ne slažem	8	2,0%		
	slažem se	63	15,5%		
	u potpunosti se slažem	331	81,3%		
	Ukupno	407	100,0%	4,76	,60
Smatram da palijativni pacijent treba biti kod kuće, osim u slučajevima kada to nije moguće osigurati	u potpunosti se ne slažem	9	2,2%		
	ne slažem se	12	2,9%		
	ni se slažem, niti se ne slažem	62	15,2%		
	slažem se	90	22,1%		

	u potpunosti se slažem	234	57,5%		
	Ukupno	407	100,0%	4,30	,98
Gubitak osobe s kojom nismo bliski lakše se podnosi od gubitka bliske osobe	u potpunosti se ne slažem	16	3,9%		
	ne slažem se	31	7,6%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	107	26,3%		
	slažem se	92	22,6%		
	u potpunosti se slažem	161	39,6%		
	Ukupno	407	100,0%	3,86	1,14
Imam obzira prema bolesnikovim osjećajima i obzirno ih podupirem.	u potpunosti se ne slažem	2	0,5%		
	ne slažem se	1	0,2%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	22	5,4%		
	slažem se	134	32,9%		
	u potpunosti se slažem	248	60,9%		
	Ukupno	407	100,0%	4,54	,66
Prepoznajem i razlikujem psihičke probleme i poteškoće od psihijatrijskih simptoma uzimajući u obzir prognozu bolesti te bolesnikovu osobnost kao i okruženje u kojem živi	u potpunosti se ne slažem	3	0,7%		
	ne slažem se	6	1,5%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	62	15,2%		
	slažem se	166	40,8%		
	u potpunosti se slažem	170	41,8%		
	Ukupno	407	100,0%	4,21	,81
Upoznat sam s pravima te informiram bolesnika i obitelj o raspoloživim potporama i pravima iz područja zdravstvene i socijalne skrbi	u potpunosti se ne slažem	5	1,2%		
	ne slažem se	32	7,9%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	111	27,3%		
	slažem se	129	31,7%		
	u potpunosti se slažem	130	31,9%		
	Ukupno	407	100,0%	3,85	1,00
S podrškom i poštovanjem pružam bolesnicima i obiteljima priliku da iskažu duhovnu i/ili egzistencijalnu dimenziju života	u potpunosti se ne slažem	3	0,7%		
	ne slažem se	11	2,7%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	66	16,2%		
	slažem se	133	32,7%		
	u potpunosti se slažem	194	47,7%		
	Ukupno	407	100,0%	4,24	,87
Ako je potrebno, omogućujem obiteljskom njegovatelju psihološku i emocionalnu podršku koja je neovisna u odnosu na onu koja se pruža bolesniku	u potpunosti se ne slažem	9	2,2%		
	ne slažem se	13	3,2%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	108	26,5%		
	slažem se	133	32,7%		
	u potpunosti se slažem	144	35,4%		
	Ukupno	407	100,0%	3,96	,97

Znam kako pružiti podršku kod gubitka, u tuži i žalovanju	u potpunosti se ne slažem	7	1,7%		
	ne slažem se	22	5,4%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	105	25,8%		
	slažem se	157	38,6%		
	u potpunosti se slažem	116	28,5%		
	Ukupno	407	100,0%	3,87	,95
Znam kako potaknuti bolesnike na iskazivanje preferencija i želja u vezi s vlastitom skrbi i liječenjem tijekom cijele bolesti	u potpunosti se ne slažem	4	1,0%		
	ne slažem se	14	3,4%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	107	26,3%		
	slažem se	165	40,5%		
	u potpunosti se slažem	117	28,7%		
	Ukupno	407	100,0%	3,93	,88
Omogućujem bolesnicima, njihovim obiteljima i njegovateljima pravo sudjelovanja u procesu donošenja odluka	u potpunosti se ne slažem	4	1,0%		
	ne slažem se	11	2,7%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	47	11,5%		
	slažem se	159	39,1%		
	u potpunosti se slažem	186	45,7%		
	Ukupno	407	100,0%	4,26	,84
Surađujem s bolesnikom i njegovom obitelji da bi se prepoznale i razmotrile etičke dvojbe i problemi vezani za skrb na kraju života	u potpunosti se ne slažem	9	2,2%		
	ne slažem se	11	2,7%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	80	19,7%		
	slažem se	146	35,9%		
	u potpunosti se slažem	161	39,6%		
	Ukupno	407	100,0%	4,08	,95
Znam odgovoriti na pitanja vezana za prekid oblika terapije za održavanje života (npr. hranjenje, hidracija, transfuzija, infuzija)	u potpunosti se ne slažem	14	3,4%		
	ne slažem se	22	5,4%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	82	20,1%		
	slažem se	158	38,8%		
	u potpunosti se slažem	131	32,2%		
	Ukupno	407	100,0%	3,91	1,02
Razumijem službenu odluku bolesnika (u obliku službenog dokumenta) da ga se ne oživljava u slučaju prestanka disanja i rada srca	u potpunosti se ne slažem	8	2,0%		
	ne slažem se	8	2,0%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	42	10,3%		
	slažem se	92	22,6%		
	u potpunosti se slažem	257	63,1%		
	Ukupno	407	100,0%	4,43	,90
Upoznat sam/a s pojmom palijativna sedacija	u potpunosti se ne slažem	18	4,4%		
	ne slažem se	24	5,9%		

	ni se slažem, ni se ne slažem	76	18,7%		
	slažem se	121	29,7%		
	u potpunosti se slažem	168	41,3%		
	Ukupno	407	100,0%	3,98	1,11
Mogu izgraditi terapijski odnos s bolesnikom i članovima obitelji	u potpunosti se ne slažem	7	1,7%		
	ne slažem se	14	3,4%		
	ni se slažem, ni se ne slažem	81	19,9%		
	slažem se	161	39,6%		
	u potpunosti se slažem	144	35,4%		
	Ukupno	407	100,0%	4,03	,92
Pravilno shvaćam različite oblike komunikacije (verbalnu, neverbalnu, formalnu i neformalnu) bolesnika i članova obitelji	u potpunosti se ne slažem	5	1,2%		
	ne slažem se	5	1,2%		
	ni se slažem, ni se ne slažem	50	12,3%		
	slažem se	162	39,8%		
	u potpunosti se slažem	185	45,5%		
	Ukupno	407	100,0%	4,27	,82
Znam pravilno odabrati i primijeniti odgovarajuće metode povezivanja i interakcije s obzirom na dob, želje i intelektualne sposobnosti bolesnika i članova obitelji te sa sigurnošću znam da su razumjeli donesene odluke	u potpunosti se ne slažem	6	1,5%		
	ne slažem se	8	2,0%		
	ni se slažem, ni se ne slažem	93	22,9%		
	slažem se	172	42,3%		
	u potpunosti se slažem	128	31,4%		
	Ukupno	407	100,0%	4,00	,87
Znam prilagoditi način izražavanja tijekom različitih stadija bolesti, poštovati kulturološke razlike i izbjegavati upotrebu medicinskog rječnika	u potpunosti se ne slažem	5	1,2%		
	ne slažem se	2	0,5%		
	ni se slažem, ni se ne slažem	56	13,8%		
	slažem se	164	40,3%		
	u potpunosti se slažem	180	44,2%		
	Ukupno	407	100,0%	4,26	,80
Poštujem bolesnikove odluke o količini informacija koju želi primiti i podijeliti s obitelji	u potpunosti se ne slažem	2	0,5%		
	ne slažem se	4	1,0%		
	ni se slažem, ni se ne slažem	27	6,6%		
	slažem se	122	30,0%		
	u potpunosti se slažem	252	61,9%		
	Ukupno	407	100,0%	4,52	,71
Prepoznajem potencijalni oblik ranjivosti (teret dugotrajne i iscrpljujuće skrbi, dugotrajna odsutnost s radnog mjesta glavnog njegovatelja, to jest člana obitelji, zloupotrebe	u potpunosti se ne slažem	5	1,2%		
	ne slažem se	7	1,7%		
	ni se slažem, ni se ne slažem	67	16,5%		
	slažem se	159	39,1%		

lijeikova, zlostavljanje)	u potpunosti se slažem	169	41,5%		
	Ukupno	407	100,0%	4,18	,85
Znam obratiti pozornost na kolege koji proživljavaju teškoće, a nisu svjesni mogućih posljedica za sebe niti za one o kojima skrbe	u potpunosti se ne slažem	4	1,0%		
	ne slažem se	4	1,0%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	83	20,4%		
	slažem se	168	41,3%		
	u potpunosti se slažem	148	36,4%		
	Ukupno	407	100,0%	4,11	,83
Znam primjenjivati znanja temeljena na dokazima u palijativnoj skrbi i srodnim područjima	u potpunosti se ne slažem	6	1,5%		
	ne slažem se	13	3,2%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	88	21,6%		
	slažem se	166	40,8%		
	u potpunosti se slažem	134	32,9%		
	Ukupno	407	100,0%	4,00	,90
Smatram da ne trebam dodatnu edukaciju vezanu za palijativnu skrb	u potpunosti se ne slažem	102	25,1%		
	ne slažem se	104	25,6%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	102	25,1%		
	slažem se	61	15,0%		
	u potpunosti se slažem	38	9,3%		
	Ukupno	407	100,0%	2,58	1,27
Potrebna mi je dodatna edukacija iz palijativne skrbi	u potpunosti se ne slažem	29	7,1%		
	ne slažem se	22	5,4%		
	niti se slažem, niti se ne slažem	91	22,4%		
	slažem se	116	28,5%		
	u potpunosti se slažem	149	36,6%		
	Ukupno	407	100,0%	3,82	1,19

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanje: *smatram da je vrlo važno da članovi obitelji budu uz pacijenta u pružanju skrbi* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,76 dok standardna devijacija iznosi 0,60, zatim *smatram da je pružanje palijativne skrbi emocionalno zahtjevno* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,69 dok standardna devijacija iznosi 0,64.

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanje: *smatram da ne trebam dodatnu edukaciju vezanu za palijativnu skrb* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,58 dok standardna devijacija iznosi 1,27, zatim *potrebna mi je dodatna edukacija iz palijativne skrbi* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,82 dok standardna devijacija iznosi 1,19, zatim *tijekom razgovora uvijek osiguram da me ništa*

ne prekida (telefonski pozivi, dolasci drugih djelatnika, itd...) gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,82 dok standardna devijacija iznosi 1,05.

Nadalje, na sljedećim će stranicama biti prikazano testiranje razlike kod promatranih pokazatelja s obzirom na promatrane razine obrazovanja i dob ispitanika, testiranje će biti provedeno putem ANOVA testa.

Tablica 6. Deskriptivni pokazatelji – razine obrazovanja

		N	\bar{x}	Sd
Poznajem pojam palijativna skrb	Medicinska sestra	131	4,58	,594
	Prvostupnica sestrinstva	173	4,62	,757
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	4,85	,541
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	4,59	,682
	Ukupno	407	4,65	,671
Prepoznajem kada je pacijentu potrebna palijativna skrb	Medicinska sestra	131	4,56	,597
	Prvostupnica sestrinstva	173	4,44	,830
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	4,73	,647
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	4,52	,509
	Ukupno	407	4,54	,714
U svom svakodnevnom radu upoznat/a sam s potrebama palijativnih pacijenata	Medicinska sestra	131	4,42	,803
	Prvostupnica sestrinstva	173	4,34	,966
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	4,72	,750
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	4,28	,751
	Ukupno	407	4,43	,873
Ostavljam više vremena za pružanje potreba palijativnog pacijenta od ostalih	Medicinska sestra	131	3,99	1,004
	Prvostupnica sestrinstva	173	3,81	1,025
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	4,14	1,102
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	3,55	1,055
	Ukupno	407	3,91	1,043
Tijekom razgovora sam smiren i koncentriran na pacijenta ili njegovu obitelj	Medicinska sestra	131	4,47	,716
	Prvostupnica sestrinstva	173	4,35	,847
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	4,58	,794
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	4,45	,686
	Ukupno	407	4,45	,686

	Ukupno	407	4,44	,788
Tijekom razgovora uvijek osiguram da me ništa ne prekida (telefonski pozivi, dolasci drugih djelatnika, itd...)	Medicinska sestra	131	3,79	,982
	Prvostupnica sestrinstva	173	3,83	1,012
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	4,01	1,129
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	3,38	1,265
	Ukupno	407	3,82	1,050
Smatram da imam znanje o procjeni i ublažavanju bola i drugih simptoma koji su karakteristični za palijativnog pacijenta, posebno posljednje dane/sate života	Medicinska sestra	131	4,06	,884
	Prvostupnica sestrinstva	173	3,88	,987
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	3,92	1,144
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	3,76	,988
	Ukupno	407	3,94	,987
Smatram da je pružanje palijativne skrbi emocionalno zahtjevno	Medicinska sestra	131	4,73	,555
	Prvostupnica sestrinstva	173	4,66	,702
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	4,74	,550
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	4,59	,780
	Ukupno	407	4,69	,637
Smatram da je vrlo važno da članovi obitelji budu uz pacijenta u pružanju skrbi	Medicinska sestra	131	4,81	,498
	Prvostupnica sestrinstva	173	4,68	,688
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	4,82	,582
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	4,83	,384
	Ukupno	407	4,76	,596
Smatram da palijativni pacijent treba biti kod kuće, osim u slučajevima kada to nije moguće osigurati	Medicinska sestra	131	4,27	,983
	Prvostupnica sestrinstva	173	4,25	,955
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	4,39	1,083
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	4,45	,827
	Ukupno	407	4,30	,979
Gubitak osobe s kojom nismo bliski lakše se podnosi od gubitka bliske osobe	Medicinska sestra	131	4,05	1,108
	Prvostupnica sestrinstva	173	3,81	1,117
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	3,46	1,196
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	4,38	,942
	Ukupno	407	3,86	1,141
Imam obzira prema bolesnikovim osjećajima i obzirno ih podupirem.	Medicinska sestra	131	4,60	,552
	Prvostupnica sestrinstva	173	4,45	,718
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	4,68	,664
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	4,45	,632
	Ukupno	407	4,54	,657
Prepoznajem i razlikujem	Medicinska sestra	131	4,27	,732

psihičke probleme i poteškoće od psihijatrijskih simptoma uzimajući u obzir prognozu bolesti te bolesnikovu osobnost kao i okruženje u kojem živi	Prvostupnica sestrištva	173	4,16	,845
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrištva	74	4,32	,813
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	4,03	,865
	Ukupno	407	4,21	,807
Upoznat sam s pravima te informiram bolesnika i obitelj o raspoloživim potporama i pravima iz područja zdravstvene i socijalne skrbi	Medicinska sestra	131	3,82	,935
	Prvostupnica sestrištva	173	3,75	1,052
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrištva	74	4,20	,951
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	3,72	,922
	Ukupno	407	3,85	,999
S podrškom i poštovanjem pružam bolesnicima i obiteljima priliku da iskažu duhovnu i/ili egzistencijalnu dimenziju života	Medicinska sestra	131	4,21	,791
	Prvostupnica sestrištva	173	4,12	,954
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrištva	74	4,57	,742
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	4,24	,830
	Ukupno	407	4,24	,871
Ako je potrebno, omogućujem obiteljskom njegovatelju psihološku i emocionalnu podršku koja je neovisna u odnosu na onu koja se pruža bolesniku	Medicinska sestra	131	3,95	,922
	Prvostupnica sestrištva	173	3,91	1,019
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrištva	74	4,15	1,002
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	3,83	,805
	Ukupno	407	3,96	,973
Znam kako pružiti podršku kod gubitka, u tuzi i žalovanju	Medicinska sestra	131	3,95	,871
	Prvostupnica sestrištva	173	3,83	,930
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrištva	74	3,95	1,045
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	3,55	1,088
	Ukupno	407	3,87	,948
Znam kako potaknuti bolesnike na iskazivanje preferencija i želja u vezi s vlastitom skrbi i liječenjem tijekom cijele bolesti	Medicinska sestra	131	3,92	,829
	Prvostupnica sestrištva	173	3,88	,901
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrištva	74	4,14	,881
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	3,66	,897
	Ukupno	407	3,93	,879
Omogućujem bolesnicima, njihovim obiteljima i njegovateljima pravo sudjelovanja u procesu donošenja odluka	Medicinska sestra	131	4,21	,839
	Prvostupnica sestrištva	173	4,23	,858
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrištva	74	4,41	,826
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	4,28	,751
	Ukupno	407	4,26	,839
Suradujem s bolesnikom i njegovom obitelji da bi se	Medicinska sestra	131	4,08	,860
	Prvostupnica sestrištva	173	4,05	,987

prepoznale i razmotrile etičke dvojbe i problemi vezani za skrb na kraju života	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	4,20	1,033
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	3,93	,842
	Ukupno	407	4,08	,946
Znam odgovoriti na pitanja vezana za prekid oblika terapije za održavanje života (npr. hranjenje, hidracija, transfuzija, infuzija)	Medicinska sestra	131	3,95	1,022
	Prvostupnica sestrinstva	173	3,92	,911
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	4,04	1,066
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	3,31	1,339
	Ukupno	407	3,91	1,021
Razumijem službenu odluku bolesnika (u obliku službenog dokumenta) da ga se ne oživljava u slučaju prestanka disanja i rada srca	Medicinska sestra	131	4,37	,955
	Prvostupnica sestrinstva	173	4,43	,809
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	4,53	,910
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	4,41	1,119
	Ukupno	407	4,43	,898
Upoznat sam/a s pojmom palijativna sedacija	Medicinska sestra	131	3,82	1,156
	Prvostupnica sestrinstva	173	4,06	1,016
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	4,19	1,155
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	3,66	1,233
	Ukupno	407	3,98	1,112
Mogu izgraditi terapijski odnos s bolesnikom i članovima obitelji	Medicinska sestra	131	3,98	,915
	Prvostupnica sestrinstva	173	3,98	,964
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	4,26	,845
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	4,07	,799
	Ukupno	407	4,03	,920
Pravilno shvaćam različite oblike komunikacije (verbalnu, neverbalnu, formalnu i neformalnu) bolesnika i članova obitelji	Medicinska sestra	131	4,18	,821
	Prvostupnica sestrinstva	173	4,24	,826
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	4,55	,724
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	4,14	,833
	Ukupno	407	4,27	,816
Znam pravilno odabrati i primijeniti odgovarajuće metode povezivanja i interakcije s obzirom na dob, želje i intelektualne sposobnosti bolesnika i članova obitelji te sa sigurnošću znam da su razumjeli donesene odluke	Medicinska sestra	131	3,96	,854
	Prvostupnica sestrinstva	173	3,98	,876
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	4,20	,876
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	3,83	,848
	Ukupno	407	4,00	,870
Znam prilagoditi način izražavanja tijekom različitih	Medicinska sestra	131	4,21	,801
	Prvostupnica sestrinstva	173	4,22	,798

stadija bolesti, poštovati kulturološke razlike i izbjegavati upotrebu medicinskog rječnika	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	4,42	,844
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	4,31	,712
	Ukupno	407	4,26	,803
Poštujem bolesnikove odluke o količini informacija koju želi primiti i podijeliti s obitelji	Medicinska sestra	131	4,55	,647
	Prvostupnica sestrinstva	173	4,41	,770
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	4,66	,688
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	4,66	,553
	Ukupno	407	4,52	,708
Prepoznajem potencijalni oblik ranjivosti (teret dugotrajne i iscrpljujuće skrbi, dugotrajna odsutnost s radnog mjesta glavnog njegovatelja, to jest člana obitelji, zlouporabe lijekova, zlostavljanje)	Medicinska sestra	131	4,15	,842
	Prvostupnica sestrinstva	173	4,06	,877
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	4,50	,798
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	4,21	,726
	Ukupno	407	4,18	,854
Znam obratiti pozornost na kolege koji proživljavaju teškoće, a nisu svjesni mogućih posljedica za sebe niti za one o kojima skrbe	Medicinska sestra	131	4,12	,775
	Prvostupnica sestrinstva	173	4,05	,864
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	4,38	,696
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	3,72	,960
	Ukupno	407	4,11	,828
Znam primjenjivati znanja temeljena na dokazima u palijativnoj skrbi i srodnim područjima	Medicinska sestra	131	3,95	,867
	Prvostupnica sestrinstva	173	3,90	,938
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	4,35	,730
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	3,97	1,017
	Ukupno	407	4,00	,899
Smatram da ne trebam dodatnu edukaciju vezanu za palijativnu skrbi	Medicinska sestra	131	2,50	1,166
	Prvostupnica sestrinstva	173	2,65	1,279
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	2,69	1,374
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	2,28	1,360
	Ukupno	407	2,58	1,268
Potrebna mi je dodatna edukacija iz palijativne skrbi	Medicinska sestra	131	3,88	1,074
	Prvostupnica sestrinstva	173	3,84	1,168
	Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva	74	3,66	1,397
	Liječnik/ Liječnik specijalist	29	3,83	1,284
	Ukupno	407	3,82	1,191

Tablica 7. ANOVA

		Suma kvadrata	df	Aritmetička sredina kvadrata	F	Sig.
Poznajem pojam palijativna skrb	Između skupina	3,871	3	1,290	2,907	,035
	Unutar skupina	178,886	403	,444		
	Ukupno	182,757	406			
Prepoznajem kada je pacijentu potrebna palijativna skrb	Između skupina	4,464	3	1,488	2,957	,032
	Unutar skupina	202,769	403	,503		
	Ukupno	207,233	406			
U svom svakodnevnom radu upoznat/a sam s potrebama palijativnih pacijenata	Između skupina	8,315	3	2,772	3,707	,012
	Unutar skupina	301,297	403	,748		
	Ukupno	309,612	406			
Ostavljam više vremena za pružanje potreba palijativnog pacijenta od ostalih	Između skupina	10,118	3	3,373	3,150	,025
	Unutar skupina	431,519	403	1,071		
	Ukupno	441,636	406			
Tijekom razgovora sam smiren i koncentriran na pacijenta ili njegovu obitelj	Između skupina	2,880	3	,960	1,552	,201
	Unutar skupina	249,273	403	,619		
	Ukupno	252,152	406			
Tijekom razgovora uvijek osiguram da me ništa ne prekida (telefonski pozivi, dolasci drugih djelatnika, itd...)	Između skupina	8,519	3	2,840	2,604	,052
	Unutar skupina	439,388	403	1,090		
	Ukupno	447,907	406			
Smatram da imam znanje o procjeni i ublažavanju bola i drugih simptoma koji su karakteristični za palijativnog pacijenta, posebno posljednje dane/sate života	Između skupina	3,441	3	1,147	1,179	,317
	Unutar skupina	392,023	403	,973		
	Ukupno	395,464	406			
Smatram da je pružanje palijativne skrbi emocionalno zahtjevno	Između skupina	,851	3	,284	,696	,555
	Unutar skupina	164,142	403	,407		
	Ukupno	164,993	406			
Smatram da je vrlo važno da članovi obitelji budu uz pacijenta u pružanju skrbi	Između skupina	1,805	3	,602	1,701	,166
	Unutar skupina	142,598	403	,354		
	Ukupno	144,403	406			
Smatram da palijativni pacijent treba biti kod kuće, osim u slučajevima kada to nije moguće osigurati	Između skupina	1,761	3	,587	,611	,608
	Unutar skupina	387,266	403	,961		
	Ukupno	389,027	406			
Gubitak osobe s kojom nismo bliski lakše se podnosi od gubitka bliske osobe	Između skupina	24,658	3	8,219	6,577	,000
	Unutar skupina	503,636	403	1,250		
	Ukupno	528,295	406			
Imam obzira prema bolesnikovim osjećajima i obzirno ih podupirem.	Između skupina	3,559	3	1,186	2,785	,041
	Unutar skupina	171,674	403	,426		
	Ukupno	175,233	406			
Prepoznajem i razlikujem psihičke probleme i poteškoće od psihijatrijskih	Između skupina	2,786	3	,929	1,431	,233
	Unutar skupina	261,617	403	,649		

simptoma uzimajući u obzir prognozu bolesti te bolesnikovu osobnost kao i okruženje u kojem živi	Ukupno	264,403	406			
Upoznat sam s pravima te informiram bolesnika i obitelj o raspoloživim potporama i pravima iz područja zdravstvene i socijalne skrbi	Između skupina	11,487	3	3,829	3,920	,009
	Unutar skupina	393,668	403	,977		
	Ukupno	405,155	406			
S podrškom i poštovanjem pružam bolesnicima i obiteljima priliku da iskažu duhovnu i/ili egzistencijalnu dimenziju života	Između skupina	10,524	3	3,508	4,754	,003
	Unutar skupina	297,358	403	,738		
	Ukupno	307,882	406			
Ako je potrebno, omogućujem obiteljskom njegovatelju psihološku i emocionalnu podršku koja je neovisna u odnosu na onu koja se pruža bolesniku	Između skupina	3,641	3	1,214	1,285	,279
	Unutar skupina	380,649	403	,945		
	Ukupno	384,290	406			
Znam kako pružiti podršku kod gubitka, u tuzi i žalovanju	Između skupina	4,456	3	1,485	1,661	,175
	Unutar skupina	360,380	403	,894		
	Ukupno	364,835	406			
Znam kako potaknuti bolesnike na iskazivanje preferencija i želja u vezi s vlastitom skrbi i liječenjem tijekom cijele bolesti	Između skupina	5,664	3	1,888	2,469	,062
	Unutar skupina	308,125	403	,765		
	Ukupno	313,789	406			
Omogućujem bolesnicima, njihovim obiteljima i njegovateljima pravo sudjelovanja u procesu donošenja odluka	Između skupina	2,094	3	,698	,991	,397
	Unutar skupina	283,818	403	,704		
	Ukupno	285,912	406			
Surađujem s bolesnikom i njegovom obitelji da bi se prepoznale i razmotrile etičke dvojbe i problemi vezani za skrb na kraju života	Između skupina	1,956	3	,652	,727	,536
	Unutar skupina	361,528	403	,897		
	Ukupno	363,484	406			
Znam odgovoriti na pitanja vezana za prekid oblika terapije za održavanje života (npr. hranjenje, hidracija, transfuzija, infuzija)	Između skupina	11,959	3	3,986	3,902	,009
	Unutar skupina	411,678	403	1,022		
	Ukupno	423,636	406			
Razumijem službenu odluku bolesnika (u obliku službenog dokumenta) da ga se ne oživljava u slučaju prestanka disanja i rada srca	Između skupina	1,117	3	,372	,459	,711
	Unutar skupina	326,638	403	,811		
	Ukupno	327,754	406			
Upoznat sam/a s pojmom palijativna sedacija	Između skupina	10,826	3	3,609	2,962	,032
	Unutar skupina	490,928	403	1,218		
	Ukupno	501,754	406			
Mogu izgraditi terapijski odnos s bolesnikom i članovima obitelji	Između skupina	4,696	3	1,565	1,862	,135
	Unutar skupina	338,823	403	,841		
	Ukupno	343,518	406			
Pravilno shvaćam različite oblike komunikacije (verbalnu, neverbalnu, formalnu i neformalnu) bolesnika i članova obitelji	Između skupina	7,652	3	2,551	3,914	,009
	Unutar skupina	262,618	403	,652		
	Ukupno	270,270	406			
Znam pravilno odabrati i primijeniti odgovarajuće metode povezivanja i	Između skupina	4,183	3	1,394	1,856	,136
	Unutar skupina	302,814	403	,751		

interakcije s obzirom na dob, želje i intelektualne sposobnosti bolesnika i članova obitelji te sa sigurnošću znam da su razumjeli donesene odluke	Ukupno	306,998	406			
Znam prilagoditi način izražavanja tijekom različitih stadija bolesti, poštovati kulturološke razlike i izbjegavati upotrebu medicinskog rječnika	Između skupina	2,603	3	,868	1,348	,258
	Unutar skupina	259,309	403	,643		
	Ukupno	261,912	406			
Poštujem bolesnikove odluke o količini informacija koju želi primiti i podijeliti s obitelji	Između skupina	4,217	3	1,406	2,841	,038
	Unutar skupina	199,395	403	,495		
	Ukupno	203,612	406			
Prepoznajem potencijalni oblik ranjivosti (teret dugotrajne i iscrpljujuće skrbi, dugotrajna odsutnost s radnog mjesta glavnog njegovatelja, to jest člana obitelji, zloupotrebe lijekova, zlostavljanje)	Između skupina	10,103	3	3,368	4,749	,003
	Unutar skupina	285,803	403	,709		
	Ukupno	295,907	406			
Znam obratiti pozornost na kolege koji proživljavaju teškoće, a nisu svjesni mogućih posljedica za sebe niti za one o kojima skrbe	Između skupina	10,248	3	3,416	5,141	,002
	Unutar skupina	267,776	403	,664		
	Ukupno	278,025	406			
Znam primjenjivati znanja temeljena na dokazima u palijativnoj skrbi i srodnim područjima	Između skupina	11,105	3	3,702	4,708	,003
	Unutar skupina	316,885	403	,786		
	Ukupno	327,990	406			
Smatram da ne trebam dodatnu edukaciju vezanu za palijativnu skrb	Između skupina	5,271	3	1,757	1,093	,352
	Unutar skupina	647,884	403	1,608		
	Ukupno	653,155	406			
Potrebna mi je dodatna edukacija iz palijativne skrbi	Između skupina	2,383	3	,794	,558	,643
	Unutar skupina	573,524	403	1,423		
	Ukupno	575,907	406			

Pogledaju li se podaci na tablici 7 može se uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5% za pitanja *poznajem pojam palijativna skrb, prepoznajem kada je pacijentu potrebna palijativna skrb, u svom svakodnevnom radu upoznat/a sam s potrebama palijativnih pacijenata, ostavljam više vremena za pružanje potreba palijativnog pacijenta od ostalih, gubitak osobe s kojom nismo bliski lakše se podnosi od gubitka bliske osobe, imam obzira prema bolesnikovim osjećajima i obzirno ih podupirem, upoznat sam s pravima te informiram bolesnika i obitelj o raspoloživim potporama i pravima iz područja zdravstvene i socijalne skrbi, s podrškom i poštovanjem pružam bolesnicima i obiteljima priliku da iskažu duhovnu i/ili egzistencijalnu dimenziju života, znam odgovoriti na pitanja vezana za prekid oblika terapije za održavanje života (npr. hranjenje, hidracija, transfuzija, infuzija), upoznat sam/a s pojmom palijativna sedacija, pravilno shvaćam različite oblike komunikacije (verbalnu, neverbalnu, formalnu i neformalnu) bolesnika i članova obitelji, poštujem*

bolesnikove odluke o količini informacija koju želi primiti i podijeliti s obitelji, prepoznajem potencijalni oblik ranjivosti (teret dugotrajne i iscrpljujuće skrbi, dugotrajna odsutnost s radnog mjesta glavnog njegovatelja, to jest člana obitelji, zloupotrebe lijekova, zlostavljanje), znam obratiti pozornost na kolege koji proživljavaju teškoće, a nisu svjesni mogućih posljedica za sebe niti za one o kojima skrbe, znam primjenjivati znanja temeljena na dokazima u palijativnoj skrbi i srodnim područjima ($p < 0,05$), možemo reći, s raznom pouzdanosti od 95%, kako postoji značajna razlika između odgovora ispitanika za razine obrazovanja.

Tablica 8. Deskriptivni pokazatelji - dob

		N	\bar{x}	Sd
Poznajem pojam palijativna skrb	18-30	118	4,67	,524
	31-40	133	4,75	,467
	41-50	89	4,65	,623
	51-60	56	4,39	1,171
	61+	11	4,45	,820
	Ukupno	407	4,65	,671
Prepoznajem kada je pacijentu potrebna palijativna skrb	18-30	118	4,46	,675
	31-40	133	4,65	,553
	41-50	89	4,62	,554
	51-60	56	4,27	1,183
	61+	11	4,73	,467
	Ukupno	407	4,54	,714
U svom svakodnevnom radu upoznat/a sam s potrebama palijativnih pacijenata	18-30	118	4,34	,917
	31-40	133	4,53	,734
	41-50	89	4,46	,826
	51-60	56	4,27	1,152
	61+	11	4,73	,467
	Ukupno	407	4,43	,873
Ostavljam više vremena za pružanje potreba palijativnog pacijenta od ostalih	18-30	118	3,73	1,043
	31-40	133	4,02	1,015
	41-50	89	4,08	1,003
	51-60	56	3,88	1,080
	61+	11	3,36	1,206
	Ukupno	407	3,91	1,043
Tijekom razgovora sam smiren i koncentriran na pacijenta ili njegovu obitelj	18-30	118	4,34	,742
	31-40	133	4,47	,744
	41-50	89	4,57	,705
	51-60	56	4,32	1,081
	61+	11	4,64	,505
	Ukupno	407	4,44	,788
Tijekom razgovora uvijek	18-30	118	3,86	1,007

osiguram da me ništa ne prekida (telefonski pozivi, dolasci drugih djelatnika, itd...)	31-40	133	3,73	1,023
	41-50	89	3,93	1,095
	51-60	56	3,79	1,091
	61+	11	3,82	1,328
	Ukupno	407	3,82	1,050
Smatram da imam znanje o procjeni i ublažavanju bola i drugih simptoma koji su karakteristični za palijativnog pacijenta, posebno posljednje dane/sate života	18-30	118	3,91	,970
	31-40	133	3,98	,925
	41-50	89	3,94	1,026
	51-60	56	3,84	1,108
	61+	11	4,27	1,009
	Ukupno	407	3,94	,987
Smatram da je pružanje palijativne skrbi emocionalno zahtjevno	18-30	118	4,62	,639
	31-40	133	4,80	,504
	41-50	89	4,72	,543
	51-60	56	4,54	,972
	61+	11	4,73	,467
	Ukupno	407	4,69	,637
Smatram da je vrlo važno da članovi obitelji budu uz pacijenta u pružanju skrbi	18-30	118	4,76	,484
	31-40	133	4,84	,424
	41-50	89	4,81	,423
	51-60	56	4,45	1,127
	61+	11	4,91	,302
	Ukupno	407	4,76	,596
Smatram da palijativni pacijent treba biti kod kuće, osim u slučajevima kada to nije moguće osigurati	18-30	118	4,18	,975
	31-40	133	4,44	,865
	41-50	89	4,30	,982
	51-60	56	4,18	1,193
	61+	11	4,45	1,036
	Ukupno	407	4,30	,979
Gubitak osobe s kojom nismo bliski lakše se podnosi od gubitka bliske osobe	18-30	118	3,91	1,086
	31-40	133	3,93	1,129
	41-50	89	3,81	1,127
	51-60	56	3,63	1,273
	61+	11	4,18	1,250
	Ukupno	407	3,86	1,141
Imam obzira prema bolesnikovim osjećajima i obzirno ih podupirem.	18-30	118	4,50	,596
	31-40	133	4,57	,619
	41-50	89	4,58	,580
	51-60	56	4,41	,949
	61+	11	4,73	,467
	Ukupno	407	4,54	,657
Prepoznajem i razlikujem psihičke probleme i poteškoće od psihijatrijskih simptoma uzimajući u obzir prognozu bolesti te bolesnikovu osobnost kao i okruženje u kojem živi	18-30	118	4,16	,806
	31-40	133	4,23	,784
	41-50	89	4,30	,729
	51-60	56	4,11	,985
	61+	11	4,45	,688
	Ukupno	407	4,21	,807
Upoznat sam s pravima te informiram bolesnika i obitelj o raspoloživim potporama i pravima	18-30	118	3,54	,984
	31-40	133	3,94	,959
	41-50	89	4,00	,892

iz područja zdravstvene i socijalne skrbi	51-60	56	3,96	1,190
	61+	11	4,36	,674
	Ukupno	407	3,85	,999
S podrškom i poštovanjem pružam bolesnicima i obiteljima priliku da iskažu duhovnu i/ili egzistencijalnu dimenziju života	18-30	118	4,14	,896
	31-40	133	4,20	,851
	41-50	89	4,29	,786
	51-60	56	4,39	1,021
	61+	11	4,55	,522
	Ukupno	407	4,24	,871
Ako je potrebno, omogućujem obiteljskom njegovatelju psihološku i emocionalnu podršku koja je neovisna u odnosu na onu koja se pruža bolesniku	18-30	118	3,81	,963
	31-40	133	4,01	,981
	41-50	89	4,04	,916
	51-60	56	3,93	1,093
	61+	11	4,45	,522
	Ukupno	407	3,96	,973
Znam kako pružiti podršku kod gubitka, u tuzi i žalovanju	18-30	118	3,59	,963
	31-40	133	3,93	,898
	41-50	89	4,01	,898
	51-60	56	3,96	1,061
	61+	11	4,36	,505
	Ukupno	407	3,87	,948
Znam kako potaknuti bolesnike na iskazivanje preferencija i želja u vezi s vlastitom skrbi i liječenjem tijekom cijele bolesti	18-30	118	3,82	,902
	31-40	133	3,90	,852
	41-50	89	4,02	,825
	51-60	56	4,04	1,008
	61+	11	4,00	,632
	Ukupno	407	3,93	,879
Omogućujem bolesnicima, njihovim obiteljima i njegovateljima pravo sudjelovanja u procesu donošenja odluka	18-30	118	4,21	,846
	31-40	133	4,32	,764
	41-50	89	4,24	,840
	51-60	56	4,16	1,023
	61+	11	4,64	,505
	Ukupno	407	4,26	,839
Surađujem s bolesnikom i njegovom obitelji da bi se prepoznale i razmotrile etičke dvojbe i problemi vezani za skrb na kraju života	18-30	118	3,97	,956
	31-40	133	4,16	,886
	41-50	89	4,08	,932
	51-60	56	4,09	1,100
	61+	11	4,18	,874
	Ukupno	407	4,08	,946
Znam odgovoriti na pitanja vezana za prekid oblika terapije za održavanje života (npr. hranjenje, hidracija, transfuzija, infuzija)	18-30	118	3,87	1,050
	31-40	133	3,95	,999
	41-50	89	3,88	1,043
	51-60	56	3,89	1,003
	61+	11	4,09	1,044
	Ukupno	407	3,91	1,021
Razumijem službenu odluku bolesnika (u obliku službenog dokumenta) da ga se ne oživljava u slučaju prestanka disanja i rada srca	18-30	118	4,42	,918
	31-40	133	4,62	,785
	41-50	89	4,29	,944
	51-60	56	4,21	1,004
	61+	11	4,55	,688

	Ukupno	407	4,43	,898
Upoznat sam/a s pojmom palijativna sedacija	18-30	118	3,92	1,106
	31-40	133	3,98	1,131
	41-50	89	4,10	1,056
	51-60	56	3,91	1,133
	61+	11	3,91	1,375
	Ukupno	407	3,98	1,112
Mogu izgraditi terapijski odnos s bolesnikom i članovima obitelji	18-30	118	3,95	,876
	31-40	133	4,09	,892
	41-50	89	4,10	,942
	51-60	56	4,00	1,062
	61+	11	3,91	,831
	Ukupno	407	4,03	,920
Pravilno shvaćam različite oblike komunikacije (verbalnu, neverbalnu, formalnu i neformalnu) bolesnika i članova obitelji	18-30	118	4,25	,762
	31-40	133	4,32	,772
	41-50	89	4,31	,748
	51-60	56	4,20	1,069
	61+	11	4,00	1,000
	Ukupno	407	4,27	,816
Znam pravilno odabrati i primijeniti odgovarajuće metode povezivanja i interakcije s obzirom na dob, želje i intelektualne sposobnosti bolesnika i članova obitelji te sa sigurnošću znam da su razumjeli donesene odluke	18-30	118	3,92	,892
	31-40	133	4,05	,791
	41-50	89	4,07	,876
	51-60	56	3,98	1,000
	61+	11	3,91	,831
	Ukupno	407	4,00	,870
Znam prilagoditi način izražavanja tijekom različitih stadija bolesti, poštovati kulturološke razlike i izbjegavati upotrebu medicinskog rječnika	18-30	118	4,23	,789
	31-40	133	4,25	,763
	41-50	89	4,38	,791
	51-60	56	4,14	,943
	61+	11	4,27	,786
	Ukupno	407	4,26	,803
Poštujem bolesnikove odluke o količini informacija koju želi primiti i podijeliti s obitelji	18-30	118	4,54	,662
	31-40	133	4,51	,647
	41-50	89	4,58	,599
	51-60	56	4,32	1,046
	61+	11	4,82	,405
	Ukupno	407	4,52	,708
Prepoznajem potencijalni oblik ranjivosti (teret dugotrajne i iscrpljujuće skrbi, dugotrajna odsutnost s radnog mjesta glavnog njegovatelja, to jest člana obitelji, zloupotrebe lijekova, zlostavljanje)	18-30	118	4,05	,846
	31-40	133	4,17	,883
	41-50	89	4,43	,638
	51-60	56	4,05	,999
	61+	11	4,27	1,009
	Ukupno	407	4,18	,854
Znam obratiti pozornost na kolege koji proživljavaju teškoće, a nisu svjesni mogućih posljedica za sebe niti za one o kojima skrbe	18-30	118	3,97	,882
	31-40	133	4,09	,811
	41-50	89	4,37	,681
	51-60	56	3,98	,863
	61+	11	4,36	,924

	Ukupno	407	4,11	,828
Znam primjenjivati znanja temeljena na dokazima u palijativnoj skrbi i srodnim područjima	18-30	118	3,77	,891
	31-40	133	4,02	,883
	41-50	89	4,25	,830
	51-60	56	4,04	,953
	61+	11	4,18	,982
	Ukupno	407	4,00	,899
Smatram da ne trebam dodatnu edukaciju vezanu za palijativnu skrb	18-30	118	2,42	1,172
	31-40	133	2,59	1,343
	41-50	89	2,60	1,371
	51-60	56	2,73	1,120
	61+	11	3,27	1,009
	Ukupno	407	2,58	1,268
Potrebna mi je dodatna edukacija iz palijativne skrbi	18-30	118	4,11	,904
	31-40	133	3,77	1,230
	41-50	89	3,80	1,316
	51-60	56	3,43	1,346
	61+	11	3,55	,934
	Ukupno	407	3,82	1,191

Tablica 9. ANOVA

		Suma kvadrata	df	Aritmetička sredina kvadrata	F	Sig.
Poznajem pojam palijativna skrb	Između skupina	5,548	4	1,387	3,146	,014
	Unutar skupina	177,209	402	,441		
	Ukupno	182,757	406			
Prepoznajem kada je pacijentu potrebna palijativna skrb	Između skupina	7,379	4	1,845	3,711	,006
	Unutar skupina	199,854	402	,497		
	Ukupno	207,233	406			
U svom svakodnevnom radu upoznat/a sam s potrebama palijativnih pacijenata	Između skupina	4,737	4	1,184	1,561	,184
	Unutar skupina	304,875	402	,758		
	Ukupno	309,612	406			
Ostavljam više vremena za pružanje potreba palijativnog pacijenta od ostalih	Između skupina	11,225	4	2,806	2,621	,035
	Unutar skupina	430,412	402	1,071		
	Ukupno	441,636	406			
Tijekom razgovora sam smiren i koncentriran na pacijenta ili njegovu obitelj	Između skupina	4,079	4	1,020	1,652	,160
	Unutar skupina	248,073	402	,617		
	Ukupno	252,152	406			
Tijekom razgovora uvijek osiguram da me ništa ne prekida (telefonski pozivi, dolasci drugih djelatnika, itd...)	Između skupina	2,440	4	,610	,550	,699
	Unutar skupina	445,467	402	1,108		
	Ukupno	447,907	406			
Smatram da imam znanje o procjeni i ublažavanju bola i	Između skupina	2,103	4	,526	,537	,708
	Unutar skupina	393,361	402	,979		

drugih simptoma koji su karakteristični za palijativnog pacijenta, posebno posljednje dane/sate života	Ukupno	395,464	406			
Smatram da je pružanje palijativne skrbi emocionalno zahtjevno	Između skupina	3,547	4	,887	2,208	,067
	Unutar skupina	161,446	402	,402		
	Ukupno	164,993	406			
Smatram da je vrlo važno da članovi obitelji budu uz pacijenta u pružanju skrbi	Između skupina	6,862	4	1,715	5,014	,001
	Unutar skupina	137,541	402	,342		
	Ukupno	144,403	406			
Smatram da palijativni pacijent treba biti kod kuće, osim u slučajevima kada to nije moguće osigurati	Između skupina	5,307	4	1,327	1,390	,237
	Unutar skupina	383,720	402	,955		
	Ukupno	389,027	406			
Gubitak osobe s kojom nismo bliski lakše se podnosi od gubitka bliske osobe	Između skupina	5,415	4	1,354	1,041	,386
	Unutar skupina	522,880	402	1,301		
	Ukupno	528,295	406			
Imam obzira prema bolesnikovim osjećajima i obzirno ih podupirem.	Između skupina	1,809	4	,452	1,048	,382
	Unutar skupina	173,425	402	,431		
	Ukupno	175,233	406			
Prepoznajem i razlikujem psihičke probleme i poteškoće od psihijatrijskih simptoma uzimajući u obzir prognozu bolesti te bolesnikovu osobnost kao i okruženje u kojem živi	Između skupina	2,336	4	,584	,896	,466
	Unutar skupina	262,067	402	,652		
	Ukupno	264,403	406			
Upoznat sam s pravima te informiram bolesnika i obitelj o raspoloživim potporama i pravima iz područja zdravstvene i socijalne skrbi	Između skupina	17,874	4	4,468	4,638	,001
	Unutar skupina	387,281	402	,963		
	Ukupno	405,155	406			
S podrškom i poštovanjem pružam bolesnicima i obiteljima priliku da iskažu duhovnu i/ili egzistencijalnu dimenziju života	Između skupina	4,044	4	1,011	1,338	,255
	Unutar skupina	303,838	402	,756		
	Ukupno	307,882	406			
Ako je potrebno, omogućujem obiteljskom njegovatelju psihološku i emocionalnu podršku koja je neovisna u odnosu na onu koja se pruža bolesniku	Između skupina	6,519	4	1,630	1,734	,142
	Unutar skupina	377,771	402	,940		
	Ukupno	384,290	406			
Znam kako pružiti podršku kod gubitka, u tuzi i žalovanju	Između skupina	14,507	4	3,627	4,162	,003
	Unutar skupina	350,328	402	,871		
	Ukupno	364,835	406			
Znam kako potaknuti bolesnike na iskazivanje preferencija i želja u vezi s vlastitom skrbi i liječenjem tijekom cijele bolesti	Između skupina	2,913	4	,728	,942	,440
	Unutar skupina	310,876	402	,773		
	Ukupno	313,789	406			
Omogućujem bolesnicima, njihovim obiteljima i njegovateljima pravo sudjelovanja u procesu donošenja odluka	Između skupina	2,966	4	,742	1,054	,379
	Unutar skupina	282,945	402	,704		
	Ukupno	285,912	406			
Suradujem s bolesnikom i	Između skupina	2,237	4	,559	,622	,647

njegovom obitelji da bi se prepoznale i razmotrile etičke dvojbe i problemi vezani za skrb na kraju života	Unutar skupina	361,247	402	,899		
	Ukupno	363,484	406			
Znam odgovoriti na pitanja vezana za prekid oblika terapije za održavanje života (npr. hranjenje, hidracija, transfuzija, infuzija)	Između skupina	,907	4	,227	,216	,930
	Unutar skupina	422,729	402	1,052		
	Ukupno	423,636	406			
Razumijem službenu odluku bolesnika (u obliku službenog dokumenta) da ga se ne oživljava u slučaju prestanka disanja i rada srca	Između skupina	9,098	4	2,274	2,869	,023
	Unutar skupina	318,656	402	,793		
	Ukupno	327,754	406			
Upoznat sam/a s pojmom palijativna sedacija	Između skupina	2,117	4	,529	,426	,790
	Unutar skupina	499,637	402	1,243		
	Ukupno	501,754	406			
Mogu izgraditi terapijski odnos s bolesnikom i članovima obitelji	Između skupina	1,907	4	,477	,561	,691
	Unutar skupina	341,611	402	,850		
	Ukupno	343,518	406			
Pravilno shvaćam različite oblike komunikacije (verbalnu, neverbalnu, formalnu i neformalnu) bolesnika i članova obitelji	Između skupina	1,630	4	,408	,610	,656
	Unutar skupina	268,640	402	,668		
	Ukupno	270,270	406			
Znam pravilno odabrati i primijeniti odgovarajuće metode povezivanja i interakcije s obzirom na dob, želje i intelektualne sposobnosti bolesnika i članova obitelji te sa sigurnošću znam da su razumjeli donesene odluke	Između skupina	1,727	4	,432	,568	,686
	Unutar skupina	305,271	402	,759		
	Ukupno	306,998	406			
Znam prilagoditi način izražavanja tijekom različitih stadija bolesti, poštovati kulturološke razlike i izbjegavati upotrebu medicinskog rječnika	Između skupina	2,227	4	,557	,862	,487
	Unutar skupina	259,684	402	,646		
	Ukupno	261,912	406			
Poštujem bolesnikove odluke o količini informacija koju želi primiti i podijeliti s obitelji	Između skupina	3,622	4	,905	1,820	,124
	Unutar skupina	199,990	402	,497		
	Ukupno	203,612	406			
Prepoznajem potencijalni oblik ranjivosti (teret dugotrajne i iscrpljujuće skrbi, dugotrajna odsutnost s radnog mjesta glavnog njegovatelja, to jest člana obitelji, zloupotrebe lijekova, zlostavljanje)	Između skupina	8,393	4	2,098	2,934	,021
	Unutar skupina	287,514	402	,715		
	Ukupno	295,907	406			
Znam obratiti pozornost na kolege koji proživljavaju teškoće, a nisu svjesni mogućih posljedica za sebe niti za one o kojima skrbe	Između skupina	9,892	4	2,473	3,708	,006
	Unutar skupina	268,133	402	,667		
	Ukupno	278,025	406			
Znam primjenjivati znanja temeljena na dokazima u	Između skupina	12,109	4	3,027	3,853	,004
	Unutar skupina	315,881	402	,786		

palijativnoj skrbi i srodnim područjima	Ukupno	327,990	406			
Smatram da ne trebam dodatnu edukaciju vezanu za palijativnu skrb	Između skupina	9,483	4	2,371	1,481	,207
	Unutar skupina	643,671	402	1,601		
	Ukupno	653,155	406			
Potrebna mi je dodatna edukacija iz palijativne skrbi	Između skupina	19,763	4	4,941	3,571	,007
	Unutar skupina	556,143	402	1,383		
	Ukupno	575,907	406			

Pogledaju li se podaci na tablici 7 može se uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5% za pitanja *poznajem pojam palijativna skrb, prepoznajem kada je pacijentu potrebna palijativna skrb, ostavljam više vremena za pružanje potreba palijativnog pacijenta od ostalih, smatram da je vrlo važno da članovi obitelji budu uz pacijenta u pružanju skrbi, upoznat sam s pravima te informiram bolesnika i obitelj o raspoloživim potporama i pravima iz područja zdravstvene i socijalne skrbi, znam kako pružiti podršku kod gubitka, u tuzi i žalovanju, razumijem službenu odluku bolesnika (u obliku službenog dokumenta) da ga se ne oživljava u slučaju prestanka disanja i rada srca, prepoznajem potencijalni oblik ranjivosti (teret dugotrajne i iscrpljujuće skrbi, dugotrajna odsutnost s radnog mjesta glavnog njegovatelja, to jest člana obitelji, zloupotrebe lijekova, zlostavljanje), znam obratiti pozornost na kolege koji proživljavaju teškoće, a nisu svjesni mogućih posljedica za sebe niti za one o kojima skrbe, znam primjenjivati znanja temeljena na dokazima u palijativnoj skrbi i srodnim područjima, potrebna mi je dodatna edukacija iz palijativne skrbi* ($p < 0,05$), možemo reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji značajna razlika s obzirom na dob ispitanika.

6. Rasprava

Palijativna skrb, kao pojam koristi se već dugo. Štoviše, porast kroničnih bolesti, karcinoma, respiratornih i srčanih bolesti te moždanog udara, između ostalog, također će zahtijevati palijativnu skrb. U svijetu još uvijek nema dovoljno istraživanja koja su posvećena procjeni stanja palijativnog pacijenta od strane zdravstvenih djelatnika. Kako je svaki pacijent poseban, tako se zagovara holistički pristup. Dio problema je u kasnom uspostavljanju palijativne skrbi. Često se provodi kurativno liječenje, do samog kraja života. Vrlo rijetko se postavlja pitanje što bi pacijent želio? Pravodobna identifikacija pacijenata kojima bi palijativna skrb od strane liječnika opće prakse bila ključna jer omogućuje planiranje anticipacijske skrbi za ublažavanje simptoma i sprječavanje budućih simptoma i problema. Presječna studija provedena online od 307 liječnika opće prakse u Belgiji, Njemačkoj, Italiji, Nizozemskoj, Švicarskoj i Ujedinjenom Kraljevstvu utvrdila je razlike između zemalja u njihovoj upotrebi pitanja iznenađenja. Među europskim zemljama uočene su razlike i nedosljednosti u pružanju palijativne skrbi. Europska studija praćenja pokazala je da su liječnici opće prakse imali proaktivnu ulogu u pružanju primarne palijativne skrbi u Nizozemskoj, dok su se rasprave o neizlječivosti bolesti i očekivanom životu znatno rjeđe odvijale u Španjolskoj i Italiji u usporedbi s Belgijom i Nizozemskom. Identifikacija i odgovor na potrebe obuke liječnika opće prakse i potrebe pacijenata za palijativnom skrbi treba se prilagoditi njihovim kulturnim, društvenim, zdravstvenim i duhovnim kontekstima. Ne samo da je postojala varijabilnost između različitih liječnika opće prakse u različitim zemljama o tome koliko će biti iznenađeni hoće li pacijenti umrijeti unutar sljedeće godine, nego su odgovori liječnika opće prakse često bili interno nedosljedni; ponekad izražavajući iznenađenje, a ponekad nedostatak iznenađenja, bez obzira na relativnu vjerojatnost koju su pripisivali smrti pacijenata. Ovaj nedostatak dosljednosti sugerira da liječnici opće prakse možda međusobno tumače pitanje iznenađenja na različite načine, a ponekad ga pojedinačni liječnici opće prakse mogu tumačiti na različite načine za različite pacijente na vlastitom broju slučajeva. Odgovori liječnika opće prakse na Iznenadujuće pitanje vjerojatno će biti određeni ne samo njihovim prognostičkim procjenama i mogu biti pod utjecajem njihove vlastite volje da se upute na specijalističke službe palijativne skrbi [31].

Između svibnja i prosinca 2018. anketni upitnik s tri vinjete slučajeva izvedenih od pacijenata jedinica intenzivne njege poslan je e-poštom liječnicima na intenzivnoj njezi,

respiratornim i bubrežnim liječnicima te medicinskim sestrama u dvije bolnice u Sydneyu. Ovo istraživanje mišljenja kliničara o mogućnostima liječenja pacijenata s teškim komorbidnim bolestima koji su hospitalizirani zbog akutnog pogoršanja pokazalo je neslaganje između njihovih iskazanih mišljenja i stvarnog liječenja koje se primjenjuje za te pacijente. Pokazuje da primarna prepreka dobroj praksi možda nije manjak znanja ili vještina, već nedostatak promišljenog pristupa odabiru opcija upravljanja koje su u skladu s medicinskim konsenzusom i željama pacijenta/obitelji [64].

Pružanje visokokvalitetne palijativne skrbi sve većem broju starijih osoba koje žive predstavlja izazov u europskim zemljama, a zahtijeva odgovarajuće znanje i vještine osoblja. Međutim, većina studija sugerira da su nedavno diplomirani liječnici i medicinske sestre slabo pripremljeni za skrb na kraju života. Nadalje, studenti i zdravstveni djelatnici identificiraju nedostatak edukacije o palijativnoj skrbi, kako u teoriji tako i u praksi, i ne osjećaju se sposobnima za upravljanje pacijentima kojima je ova skrb potrebna. Rezultati istraživanja pokazali su da su prethodno radno iskustvo, kontinuirano usavršavanje i dodiplomsko usavršavanje ključni čimbenici u stjecanju znanja u palijativnoj skrbi. Liječnici su pokazali bolje znanje o palijativnoj skrbi od medicinskih sestara, posebno u područjima kao što su upravljanje boli, dispneja i gastrointestinalni poremećaji. Nasuprot tome, medicinske sestre su bile upućenije u dimenziju filozofije. Poznavanje liječnika i medicinskih sestara o palijativnoj skrbi predstavlja nedostatke. Nalazi studije mogli bi imati važne implikacije za kurikulum za liječnike i medicinske sestre, kao i praktične implikacije u palijativnoj skrbi. Promjene u dodiplomskom i diplomskom obrazovanju mogle bi povećati razinu znanja medicinskih sestara i liječnika u palijativnoj skrbi, što bi dovelo do bolje skrbi za pacijente na kraju života [65].

Razlozi za pogrešnu percepciju su različiti, a posebnim razlogom bavili su se Zimmermann i suradnici koji su otkrili da postoji jaka stigma vezana za palijativnu skrb koja može postojati čak i nakon pozitivnih iskustava s ranom intervencijom palijativne skrbi. Druga studija koju je provela Helen B. Miltiades otkrila je da je gotovo 40% učenika izjavilo da nemaju dovoljno znanja. Studija koju su proveli Leung i Wong istraživali su povjerenje studenata u pružanje palijativne skrbi i njihovi su nalazi pokazali da 59,5% nema povjerenja u pružanje palijativne skrbi. Naša studija dok je istraživala znanje učenika imala je tri parametra, točan, pogrešan i ne znam, potonji se pokazao kao odgovor koji su naši ispitanici najviše koristili, što odražava nedostatak povjerenja, nalaz koji je u skladu s

Leungovim. i Wong. Nedostatak znanja studenata dodiplomskog studija medicine ozbiljan je problem koji je iz različitih perspektiva osvijetljen u nekoliko studija. Studija koju su proveli Spruit i suradnici otkrila je da je većina studenata u Sjedinjenim Državama izjavila da nisu prošli edukaciju o palijativnoj skrbi, dok je samo 22% liječnika otkrilo da su prošli neki oblik edukacije o palijativnoj skrbi, naglašavajući veliki jaz. Drugo istraživanje provedeno u Maleziji koje je uključivalo 292 studenta dodiplomskog studija medicine i 69 pedijatara pokazalo je da samo četvrtina ispitanika misli da su upoznati s osnovama znanja o palijativnoj skrbi. Posebno područje odnosilo se na nedostatak edukacije o određenim psihosocijalnim aspektima što je pridonijelo relativnom nedostatku povjerenja u znanje o palijativnoj skrbi. Nekoliko je studija imalo nalaze u skladu s takvim nalazom. Best i suradnici otkrili su prisutnu zbrku između religijskih aspekata i određenih duhovnih domena. U svojoj su studiji istraživali i otkrili da je takav nalaz jedan od glavnih čimbenika koji doprinose nevoljkosti liječnika da s pacijentima razgovaraju o aspektima palijativne skrbi koji se odnose na duhovnost. Druga studija koju su proveli Ellis i suradnici otkrili su da liječnici, u vrlo rijetkim prilikama, razgovaraju o pitanjima vezanim uz duhovnost s pacijentima u medicinskim konzultacijama. Ova otkrića vjerojatno proizlaze iz činjenice da se nastavni programi medicinskih škola primarno temelje na biopsihosocijalnom modelu, a ne na biopsihosocijalno-duhovnom modelu. Određene studije bave se izazovima u obrazovanju o palijativnoj skrbi u različitim dijelovima svijeta jer je azijsko-pacifička regija pokazala zanimljive nalaze i drugačiji opseg izazova. Zanimljivo istraživanje koje su proveli Mills i suradnici izjavio je da je postignut napredak prema razvoju palijativne skrbi u medicinskom obrazovanju. Ovaj napredak je dokazan mnogim nalazima, uključujući obrazovnu pripremu, korištenje lijekova i pružanje usluga palijativne skrbi u azijsko-pacifičkoj regiji. Zapaženi su i međunarodni naponi izvan SAD-a. Ujedinjeno Kraljevstvo priznalo je palijativnu medicinu kao temeljnu specijalnost 1987. godine i od tada su uloženi golemi naponi da se stalno i opetovano ažuriraju smjernice o obrazovanju o palijativnoj skrbi [66].

7. Zaključak

Glavna prepreka najboljoj palijativnoj skrbi utemeljenoj na dokazima je ograničena obuka o palijativnoj skrbi zajedno s nedostatkom svijesti o tome što je palijativna skrb i njezinoj važnosti za pacijente. Iako se danas puno govori o palijativnoj skrbi, ustvari vrlo rijetki su oni koji znaju i razumiju, te stečeno znanje provode u praksi. Palijativna skrb vrlo je korisna kako pacijentu i obitelji, tako i zdravstvenim djelatnicima.

Rad s palijativnim pacijentima obogaćuje znanje i širi vidike. Danas, još uvijek palijativna skrb je tabu tema. Pravilna edukacija, te primjena znanja i vještina ključ su uspjeha i međusobne suradnje.

Programi u srednjim školama, ali i na visokim učilištima osim teorijskog trebali bi imati i praktični dio nastave, kako bi se u simuliranim uvjetima olakšao kasniji rad. Smanjiti razlike između ruralnog i gradskog razvoja palijativne medicine. Razvoj telemedicine, olakšao bi dostupnost pacijentima u ruralnim područjima.

8. Literatura

- [1] D. Hui i E. Bruera, „Models of Palliative Care Delivery for Patients With Cancer“, *J. Clin. Oncol.*, sv. 38, izd. 9, str. 852–865, ožu. 2020, doi: 10.1200/JCO.18.02123.
- [2] V. M. C. D. Spineli, G. D. da Costa, J. S. M. Minosso, i M. A. de C. Oliveira, „Educational needs in palliative care of Primary Health Care nurses“, *Rev. Bras. Enferm.*, sv. 75, velj. 2022, doi: 10.1590/0034-7167-2021-0391.
- [3] M. Braš, V. Đorđević, B. Kandić-Splavski, i V. Vučevac, „Osnovni pojmovi o palijativnoj medicini i palijativnoj skrbi“, str. 8, 2016.
- [4] D. Hui, Y. Heung, i E. Bruera, „Timely Palliative Care: Personalizing the Process of Referral“, *Cancers*, sv. 14, izd. 4, str. 1047, velj. 2022, doi: 10.3390/cancers14041047.
- [5] L. Despotova-Toleva i N. Toleva-Nowak, „Narrative review of home care for palliative patients in general practice“, *Ann. Palliat. Med.*, sv. 10, izd. 12, Art. izd. 12, pros. 2021, doi: 10.21037/apm-2021-01.
- [6] C. L. Cain, A. Surbone, R. Elk, i M. Kagawa-Singer, „Culture and Palliative Care: Preferences, Communication, Meaning, and Mutual Decision Making“, *J. Pain Symptom Manage.*, sv. 55, izd. 5, str. 1408–1419, svi. 2018, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.01.007.
- [7] T. Vičar, „Znanje i stavovi studenata zdravstvenih i nezdravstvenih usmjerenja o palijativnoj skrbi“, str. 46.
- [8] „Afrička udruga za palijativnu skrb :: Povijest palijativne skrbi“. <https://www.africanpalliativecare.org/awareness/the-history-of-palliative-care/> (pristupljeno 21. kolovoz 2022.).
- [9] M. J. Loscalzo, „Palliative Care: An Historical Perspective“, *Hematology*, sv. 2008, izd. 1, str. 465, sij. 2008, doi: 10.1182/asheducation-2008.1.465.
- [10] M. Tadić, „Organizacija rada palijativne skrbi u Hrvatskoj i važnost kvalitetnog planiranog otpusta palijativnog bolesnika iz bolnice“, info:eu-repo/semantics/bachelorThesis, University of Pula. Department of Natural and Health

- Studies, 2021. Pristupljeno: 11. kolovoz 2022. [Na internetu]. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:137:453705>
- [11] M. Swami i A. A. Case, „Effective Palliative Care: What Is Involved?“, *Oncol. Williston Park N*, sv. 32, izd. 4, str. 180–184, tra. 2018.
- [12] „NP RAZVOJA PALIJATIVNE SKRBI RH 2017-2020- usvojen 18.10.2017..pdf“. Pristupljeno: 11. kolovoz 2022. [Na internetu]. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZVOJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020-%20usvojen%2018.10.2017..pdf>
- [13] „Bijela_knjiga_o_standardima_i_normativima_za_hospicijsku_i_palijativnu_skrb_u_Europi.pdf“. Pristupljeno: 11. kolovoz 2022. [Na internetu]. Dostupno na: https://www.kbc-rijeka.hr/docs/Bijela_knjiga_o_standardima_i_normativima_za_hospicijsku_i_palijativnu_skrb_u_Europi.pdf
- [14] D. Načinović Balaban, „HOLISTIČKI PRISTUP PALIJATIVNOM PACIJENTU“, [info:eu-repo/semantics/bachelorThesis](http://info.eu-repo.semantics/bachelorThesis), University of Rijeka. Faculty of Health Studies. Department of Midwifery, 2021. Pristupljeno: 11. kolovoz 2022. [Na internetu]. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:279455>
- [15] E. T. Justino, M. Kasper, K. da S. Santos, R. de C. Quaglio, i C. M. Fortuna, „Palliative care in primary health care: scoping review“, *Rev. Lat. Am. Enfermagem*, sv. 28, str. e3324, doi: 10.1590/1518-8345.3858.3324.
- [16] P. T. P. Wong i T. T. F. Yu, „Existential Suffering in Palliative Care: An Existential Positive Psychology Perspective“, *Medicina (Mex.)*, sv. 57, izd. 9, str. 924, ruj. 2021, doi: 10.3390/medicina57090924.
- [17] M. Bennardi i ostali, „A qualitative exploration of interactional and organizational determinants of collaboration in cancer palliative care settings: Family members’, health care professionals’ and key informants’ perspectives“, *PLoS ONE*, sv. 16, izd. 10, str. e0256965, lis. 2021, doi: 10.1371/journal.pone.0256965.
- [18] B. V. Danielsen, A. M. Sand, J. H. Rosland, i O. Førland, „Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study“, *BMC Palliat. Care*, sv. 17, str. 95, srp. 2018, doi: 10.1186/s12904-018-0350-0.

- [19] M.-L. Johansen i B. Ervik, „Talking together in rural palliative care: a qualitative study of interprofessional collaboration in Norway“, *BMC Health Serv. Res.*, sv. 22, str. 314, ožu. 2022, doi: 10.1186/s12913-022-07713-z.
- [20] P. J. Moreland *i ostali*, „Palliative and End-of-Life Care Self-perceived Educational Needs of Physicians and Nurses in Rwanda“, *J. Hosp. Palliat. Nurs. JHPN Off. J. Hosp. Palliat. Nurses Assoc.*, sv. 23, izd. 6, str. 557–563, pros. 2021, doi: 10.1097/NJH.0000000000000794.
- [21] „Home based palliative care“, *Australian Journal of General Practice*. <https://www1.racgp.org.au/ajgp/2018/november/home-based-palliative-care> (pristupljeno 02. kolovoz 2022.).
- [22] L. C. Kaldjian, „Clarifying Core Content of Goals of Care Discussions“, *J. Gen. Intern. Med.*, sv. 35, izd. 3, str. 913–915, ožu. 2020, doi: 10.1007/s11606-019-05522-5.
- [23] P. J. Franks *i ostali*, „The level of need for palliative care: a systematic review of the literature“, *Palliat. Med.*, sv. 14, izd. 2, str. 93–104, ožu. 2000, doi: 10.1191/026921600669997774.
- [24] R. C. Crooms i L. P. Gelfman, „Palliative Care and End of Life Considerations for the Frail Patient“, *Anesth. Analg.*, sv. 130, izd. 6, str. 1504–1515, lip. 2020, doi: 10.1213/ANE.00000000000004763.
- [25] L. A. Hugar, E. M. Wulff-Burchfield, G. S. Winzelberg, B. L. Jacobs, i B. J. Davies, „Incorporating palliative care principles to improve patient care and quality of life in urologic oncology“, *Nat. Rev. Urol.*, sv. 18, izd. 10, str. 623–635, 2021, doi: 10.1038/s41585-021-00491-z.
- [26] „Nacionalne-smjernice-za-rad-izvanbolnicke-i-bolnicke.pdf“. Pristupljeno: 11. kolovoz 2022. [Na internetu]. Dostupno na: <https://www.hzhm.hr/source/smjernice/Nacionalne-smjernice-za-rad-izvanbolnicke-i-bolnicke.pdf>
- [27] G. Chvetzoff *i ostali*, „Reasons for acceptance and refusal of early palliative care in patients included in early-phase clinical trials in a regional comprehensive cancer centre in France: protocol for a qualitative study“, *BMJ Open*, sv. 12, izd. 4, str. e060317, tra. 2022, doi: 10.1136/bmjopen-2021-060317.
- [28] J. Leniz, I. J. Higginson, D. Yi, Z. Ul-Haq, A. Lucas, i K. E. Sleeman, „Identification of palliative care needs among people with dementia and its association with acute hospital care and community service use at the end-of-life: A retrospective cohort study using linked primary, community and secondary care data“, *Palliat. Med.*, sv. 35, izd. 9, str. 1691–1700, lis. 2021, doi: 10.1177/02692163211019897.

- [29] R. Baxter, E. K. Fromme, i A. Sandgren, „Patient Identification for Serious Illness Conversations: A Scoping Review“, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, sv. 19, izd. 7, str. 4162, ožu. 2022, doi: 10.3390/ijerph19074162.
- [30] K. McLean, „LibGuides: Conversations about Serious Illness: Goals of Care“. <https://library.nshealth.ca/SeriousIllness/GOC> (pristupljeno 22. kolovoz 2022.).
- [31] N. White *i ostali*, „An online international comparison of palliative care identification in primary care using the Surprise Question“, *Palliat. Med.*, sv. 36, izd. 1, str. 142–151, sij. 2022, doi: 10.1177/02692163211048340.
- [32] K. Afshar, B. Wiese, N. Schneider, i G. Müller-Mundt, „Systematic identification of critically ill and dying patients in primary care using the German version of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-DE)“, *GMS Ger. Med. Sci.*, sv. 18, 2020, doi: 10.3205/000278.
- [33] J. Hamano, A. Oishi, i Y. Kizawa, „Prevalence and Characteristics of Patients Being at Risk of Deteriorating and Dying in Primary Care“, *J. Pain Symptom Manage.*, sv. 57, izd. 2, str. 266-272.e1, velj. 2019, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.11.006.
- [34] K. van Baal, B. Wiese, G. Müller-Mundt, S. Stiel, N. Schneider, i K. Afshar, „Quality of end-of-life care in general practice - a pre-post comparison of a two-tiered intervention“, *BMC Prim. Care*, sv. 23, izd. 1, str. 90, tra. 2022, doi: 10.1186/s12875-022-01689-9.
- [35] R. K. Sarangi, A. Rajamani, R. Lakshmanan, S. Srinivasan, i H. Arvind, „A Survey of Clinicians Regarding Goals of Care for Patients with Severe Comorbid Illnesses Hospitalized for an Acute Deterioration“, *Indian J. Crit. Care Med. Peer-Rev. Off. Publ. Indian Soc. Crit. Care Med.*, sv. 26, izd. 4, str. 457, Summer 2022, doi: 10.5005/jp-journals-10071-24166.
- [36] A. Tan *i ostali*, „Design and implementation of a clinical decision support tool for primary palliative Care for Emergency Medicine (PRIM-ER)“, *BMC Med. Inform. Decis. Mak.*, sv. 20, str. 13, sij. 2020, doi: 10.1186/s12911-020-1021-7.
- [37] A. C. Nwosu *i ostali*, „Identification of Digital Health Priorities for Palliative Care Research: Modified Delphi Study“, *JMIR Aging*, sv. 5, izd. 1, str. e32075, ožu. 2022, doi: 10.2196/32075.
- [38] C. Gardiner, B. Taylor, H. Goodwin, J. Robinson, i M. Gott, „Employment and family caregiving in palliative care: An international qualitative study“, *Palliat. Med.*, sv. 36, izd. 6, str. 986–993, lip. 2022, doi: 10.1177/02692163221089134.
- [39] N. Dumbović, „Procjena potreba obitelji za pružanje palijativne skrbi u kući na području Republike Hrvatske - pilot istraživanje“, info:eu-repo/semantics/masterThesis,

- University North. University centre Varaždin. Department of Nursing, 2021. Pristupljeno: 11. kolovoz 2022. [Na internetu]. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:925409>
- [40] A. Sandgren, L. Axelsson, T. Bylund-Grenklo, i E. Benzein, „Family members’ expressions of dignity in palliative care: a qualitative study“, *Scand. J. Caring Sci.*, sv. 35, izd. 3, str. 937–944, ruj. 2021, doi: 10.1111/scs.12913.
- [41] K. T. Washington *i ostali*, „Comfort Needs of Cancer Family Caregivers in Outpatient Palliative Care“, *J. Hosp. Palliat. Nurs. JHPN Off. J. Hosp. Palliat. Nurses Assoc.*, sv. 23, izd. 3, str. 221–228, lip. 2021, doi: 10.1097/NJH.0000000000000744.
- [42] E. A. Holgín, M. Arias-Rojas, i S. C. Moreno, „Quality of life of family caregivers of people with cancer in palliative care“, *Rev. Esc. Enferm. USP*, sv. 55, lip. 2021, doi: 10.1590/S1980-220X2020015103740.
- [43] M. Glajchen, A. Goehring, H. Johns, i R. K. Portenoy, „Family Meetings in Palliative Care: Benefits and Barriers“, *Curr. Treat. Options Oncol.*, sv. 23, izd. 5, str. 658–667, 2022, doi: 10.1007/s11864-022-00957-1.
- [44] P. J. Cahill, E. A. Lobb, C. R. Sanderson, i J. L. Phillips, „Patients Receiving Palliative Care and Their Families’ Experiences of Participating in a “Patient-Centered Family Meeting”: A Qualitative Substudy of the Valuing Opinions, Individual Communication, and Experience Feasibility Trial“, *Palliat. Med. Rep.*, sv. 2, izd. 1, str. 305–315, stu. 2021, doi: 10.1089/pmr.2020.0109.
- [45] „SERIOUS ILLNESS CARE“, *Ariadne Labs*. <https://www.ariadnelabs.org/serious-illness-care/> (pristupljeno 22. kolovoz 2022.).
- [46] A. Martínez-Sabater, P. Chover-Sierra, i E. Chover-Sierra, „Spanish Nurses’ Knowledge about Palliative Care. A National Online Survey“, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, sv. 18, izd. 21, str. 11227, lis. 2021, doi: 10.3390/ijerph182111227.
- [47] P. M. Wilson *i ostali*, „Improving time to palliative care review with predictive modeling in an inpatient adult population: study protocol for a stepped-wedge, pragmatic randomized controlled trial“, *Trials*, sv. 22, str. 635, ruj. 2021, doi: 10.1186/s13063-021-05546-5.
- [48] H. Johansen, V. A. Grøndahl, i A. K. Helgesen, „Palliative care in home health care services and hospitals – the role of the resource nurse, a qualitative study“, *BMC Palliat. Care*, sv. 21, str. 64, svi. 2022, doi: 10.1186/s12904-022-00956-x.
- [49] E. Chisbert-Alapont, I. García-Salvador, M. J. De La Ossa-Sendra, E. B. García-Navarro, i M. De La Rica-Escuín, „Influence of Palliative Care Training on Nurses’

- Attitudes towards End-of-Life Care during the COVID-19 Pandemic in Spain“, *Int. J. Environ. Res. Public. Health*, sv. 18, izd. 21, str. 11249, lis. 2021, doi: 10.3390/ijerph182111249.
- [50] I. T. Junaković i I. Macuka, „Job Demands, Job Control, and Social Support As Predictors of Job Satisfaction and Burnout in Croatian Palliative Care Nurses“, *Arch. Ind. Hyg. Toxicol.*, sv. 72, izd. 3, str. 225–231, ruj. 2021, doi: 10.2478/aiht-2021-72-3556.
- [51] W. E. Rosa *i ostali*, „American Academy of Nursing Expert Panel consensus statement on nursing’s roles in ensuring universal palliative care access“, *Nurs. Outlook*, sv. 69, izd. 6, str. 961–968, 2021, doi: 10.1016/j.outlook.2021.06.011.
- [52] I. García-Salvador *i ostali*, „Design and Validation of the INCUE Questionnaire: Assessment of Primary Healthcare Nurses’ Basic Training Needs in Palliative Care“, *Int. J. Environ. Res. Public. Health*, sv. 18, izd. 20, str. 10995, lis. 2021, doi: 10.3390/ijerph182010995.
- [53] A. Suikkala, A. Tohmola, E. K. Rahko, i M. Hökkä, „Future palliative competence needs – a qualitative study of physicians’ and registered nurses’ views“, *BMC Med. Educ.*, sv. 21, str. 585, stu. 2021, doi: 10.1186/s12909-021-02949-5.
- [54] J. A. Calvache *i ostali*, „Knowledge of end-of-life wishes by physicians and family caregivers in cancer patients“, *BMC Palliat. Care*, sv. 20, str. 140, ruj. 2021, doi: 10.1186/s12904-021-00823-1.
- [55] E. Wittenberg, A. Reb, i E. Kanter, „Communicating with Patients and Families Around Difficult Topics in Cancer Care Using the COMFORT Communication Curriculum“, *Semin. Oncol. Nurs.*, sv. 34, izd. 3, str. 264–273, kol. 2018, doi: 10.1016/j.soncn.2018.06.007.
- [56] M. B. Smith *i ostali*, „The Use of Simulation to Teach Nursing Students and Clinicians Palliative Care and End-of-Life Communication: A Systematic Review“, *Am. J. Hosp. Palliat. Care*, sv. 35, izd. 8, str. 1140–1154, kol. 2018, doi: 10.1177/1049909118761386.
- [57] R. J. Anderson, S. Bloch, M. Armstrong, P. C. Stone, i J. T. Low, „Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end-of-life: A systematic review of qualitative evidence“, *Palliat. Med.*, sv. 33, izd. 8, str. 926–941, ruj. 2019, doi: 10.1177/0269216319852007.
- [58] A. L. Terrill *i ostali*, „Positive emotion communication: Fostering well-being at end of life“, *Patient Educ. Couns.*, sv. 101, izd. 4, str. 631–638, tra. 2018, doi: 10.1016/j.pec.2017.11.018.

- [59] J. Rowley, N. Richards, E. Carduff, i M. Gott, „The impact of poverty and deprivation at the end of life: a critical review“, *Palliat. Care Soc. Pract.*, sv. 15, str. 26323524211033870, ruj. 2021, doi: 10.1177/26323524211033873.
- [60] M. Cascella *i ostali*, „Open Issues and Practical Suggestions for Telemedicine in Chronic Pain“, *Int. J. Environ. Res. Public. Health*, sv. 18, izd. 23, str. 12416, stu. 2021, doi: 10.3390/ijerph182312416.
- [61] R. Malhi, J. McElveen, i L. O’Donnell, „Palliative Care of the Patient with Dementia“, *Del. J. Public Health*, sv. 7, izd. 4, str. 92–98, ruj. 2021, doi: 10.32481/djph.2021.09.012.
- [62] G. A. Wintheiser *i ostali*, „Receptivity to a Nurse-Led Symptom Management Intervention Among Highly Symptomatic Patients With Cancer“, *JNCI J. Natl. Cancer Inst.*, sv. 114, izd. 3, str. 458–466, ruj. 2021, doi: 10.1093/jnci/djab172.
- [63] P. Basilicata *i ostali*, „Forensic Toxicological and Medico-Legal Evaluation in a Case of Incongruous Drug Administration in Terminal Cancer Patients“, *Toxics*, sv. 9, izd. 12, pros. 2021, doi: 10.3390/toxics9120356.
- [64] R. K. Sarangi, A. Rajamani, R. Lakshmanan, S. Srinivasan, i H. Arvind, „A Survey of Clinicians Regarding Goals of Care for Patients with Severe Comorbid Illnesses Hospitalized for an Acute Deterioration“, *Indian J. Crit. Care Med. Peer-Rev. Off. Publ. Indian Soc. Crit. Care Med.*, sv. 26, izd. 4, str. 457–463, 2022, doi: 10.5005/jp-journals-10071-24166.
- [65] J. Martín-Martín *i ostali*, „Physicians’ and Nurses’ Knowledge in Palliative Care: Multidimensional Regression Models“, *Int. J. Environ. Res. Public. Health*, sv. 18, izd. 9, str. 5031, svi. 2021, doi: 10.3390/ijerph18095031.
- [66] R. M. Mosalli, A. H. Mousa, A. M. Alshanberi, i M. A. Almatrafi, „Evaluation of Medical Students’ Knowledge on Palliative Care: A Single Institution Cross-sectional Study“, *Adv. Med. Educ. Pract.*, sv. 13, str. 893, 2022, doi: 10.2147/AMEP.S369006.

Prilozi

Popis tablica u radu

Tablica 1.

Tablica 1. Spol i dob ispitanika	27
Tablica 2. Županija stanovanja.....	29
Tablica 3. Opći podaci ispitanika	30
Tablica 4. Ostalo	33
Tablica 5. Odgovori na tvrdnje.....	34
Tablica 6. Deskriptivni pokazatelji – razine obrazovanja	40
Tablica 7. ANOVA	45
Tablica 8. Deskriptivni pokazatelji - dob	48
Tablica 9. ANOVA	52

Anketni upitnik

ZNANJE I STAVOVI MEDICINSKIH SESTARA/ TEHNIČARA I LIJEČNIKA O PROCJENI STANJA PALIJATIVNIH PACIJENTA I NJIHOVIH OBITELJI

1.Spol?

- Muško
- Žensko

2.Dob?

- 18-30?
- 31-40?
- 41-50?
- 51-60?
- 61+

3. Odaberite županiju stanovanja?

- Bjelovarsko-bilogorska županija
- Brodsko-posavska županija
- Dubrovačko-neretvanska županija
- Grad Zagreb
- Istarska županija
- Karlovačka županija
- Koprivničko-križevačka županija
- Krapinsko-zagorska županija
- Ličko-senjska županija
- Međimurska županija
- Osječko-baranjska županija
- Požeško-slavonska županija
- Primorsko-goranska županija

- Šibensko-kninska županija
- Sisačko-moslavačka županija
- Splitsko-dalmatinska županija
- Varaždinska županija
- Virovitičko-podravska županija
- Zadarska županija
- Zagrebačka županija

4. Odaberite mjesto stanovanja?

- Grad
- Selo

5. Razina obrazovanja?

- Medicinska sestra
- Prvostupnica sestrinstva
- Diplomirana medicinska sestra/ Magistra sestrinstva
- Liječnik/ Liječnik specijalist
- Dr.sc.

6. Koji je Vaš trenutni radni status?

- Zaposlen/s sam
- Trenutno nezaposlen/a
- Zaposlen/a i studiram

7. Godine radnog staža?

- 0-5
- 6-10
- 11-20
- 21-30
- Više od 30

8. Vaše trenutno radno mjesto?

- Primarna zdravstvena zaštita
- Sekundarna zdravstvena zaštita
- Tercijarna zdravstvena zaštita
- Obrazovni sustav
- Ostalo

9. Na sljedećoj ljestvici procijenite znanje i stavove o procjeni stanja palijativnog pacijenta i njegove obitelji.

1 – u potpunosti se ne slažem

2 – ne slažem se

3 – niti se slažem, niti se ne slažem

4 – slažem se

5 – u potpunosti se slažem

1.	Poznajem pojam palijativna skrb.	1	2	3	4	5
2.	Prepoznajem kada je pacijentu potrebna palijativna skrb?	1	2	3	4	5
3.	U svom svakodnevnom radu upoznat/a sam s potrebama palijativnih pacijenata.	1	2	3	4	5

4.	Ostavljam više vremena za pružanje potreba palijativnog pacijenta od ostalih.	1	2	3	4	5
5.	Tijekom razgovora sam smiren i koncentriran na pacijenta ili njegovu obitelj.	1	2	3	4	5
6.	Tijekom razgovora uvijek osiguram da me ništa ne prekida (telefonski pozivi, dolasci drugih djelatnika, itd...).	1	2	3	4	5
7.	Smatram da imam znanje o procjeni i ublažavanju bola i drugih simptoma koji su karakteristični za palijativnog pacijenta, posebno posljednje dane/sate života.	1	2	3	4	5
8.	Smatram da je pružanje palijativne skrbi emocionalno zahtjevno.	1	2	3	4	5
9.	Smatram da je vrlo važno da članovi obitelji budu uz pacijenta u pružanju skrbi.	1	2	3	4	5
10.	Smatram da palijativni pacijent treba biti kod kuće, osim u slučajevima kada to nije moguće osigurati.	1	2	3	4	5
11.	Gubitak osobe s kojom nismo bliski lakše se podnosi od gubitka bliske osobe.	1	2	3	4	5
12.	Imam obzira prema bolesnikovim osjećajima i obzirno ih podupirem.	1	2	3	4	5
13.	Prepoznajem i razlikujem psihičke probleme i poteškoće od psihijatrijskih simptoma uzimajući u obzir prognozu bolesti te bolesnikovu osobnost kao i okruženje u kojem živi.	1	2	3	4	5
14.	Upoznat sam s pravima te informiram bolesnika i obitelj o raspoloživim potporama i pravima iz područja zdravstvene i socijalne skrbi.	1	2	3	4	5
15.	S podrškom i poštovanjem pružam bolesnicima i obiteljima priliku da iskažu duhovnu i/ili egzistencijalnu dimenziju života.	1	2	3	4	5
16.	Ako je potrebno, omogućujem obiteljskom njegovatelju					

	psihološku i emocionalnu podršku koja je neovisna u odnosu na onu koja se pruža bolesniku.	1	2	3	4	5
17.	Znam kako pružiti podršku kod gubitka, u tuzi i žalovanju.	1	2	3	4	5
18.	Znam kako potaknuti bolesnike na iskazivanje preferencija i želja u vezi s vlastitom skrbi i liječenjem tijekom cijele bolesti.	1	2	3	4	5
19.	Omogućujem bolesnicima, njihovim obiteljima i njegovateljima pravo sudjelovanja u procesu donošenja odluka.	1	2	3	4	5
20.	Suradujem s bolesnikom i njegovom obitelji da bi se prepoznale i razmotrile etičke dvojbe i problemi vezani za skrb na kraju života.	1	2	3	4	5
21.	Znam odgovoriti na pitanja vezana za prekid oblika terapije za održavanje života (npr. hranjenje, hidracija, transfuzija, infuzija)	1	2	3	4	5
22.	Razumijem službenu odluku bolesnika (u obliku službenog dokumenta) da ga se ne oživljava u slučaju prestanka disanja i rada srca	1	2	3	4	5
23.	Upoznat sam/a s pojmom palijativna sedacija.	1	2	3	4	5
24.	Mogu izgraditi terapijski odnos s bolesnikom i članovima obitelji.	1	2	3	4	5
25.	Pravilno shvaćam različite oblike komunikacije (verbalnu, neverbalnu, formalnu i neformalnu) bolesnika i članova obitelji.	1	2	3	4	5
26.	Znam pravilno odabrati i primijeniti odgovarajuće metode povezivanja i interakcije s obzirom na dob, želje i intelektualne sposobnosti bolesnika i članova obitelji te sa sigurnošću znam da su razumjeli donesene odluke.	1	2	3	4	5
27.	Znam prilagoditi način izražavanja tijekom različitih stadija bolesti, poštovati kulturološke razlike i izbjegavati upotrebu medicinskog rječnika.	1	2	3	4	5

28.	Poštujem bolesnikove odluke o količini informacija koju želi primiti i podijeliti s obitelji.	1	2	3	4	5
29.	Prepoznajem potencijalni oblik ranjivosti (teret dugotrajne i iscrpljujuće skrbi, dugotrajna odsutnost s radnog mjesta glavnog njegovatelja, to jest člana obitelji, zloupotrebe lijekova, zlostavljanje).	1	2	3	4	5
30.	Znam obratiti pozornost na kolege koji proživljavaju teškoće, a nisu svjesni mogućih posljedica za sebe niti za one o kojima skrbe.	1	2	3	4	5
31.	Znam primjenjivati znanja temeljena na dokazima u palijativnoj skrbi i srodnim područjima.	1	2	3	4	5
32.	Smatram da ne trebam dodatnu edukaciju vezanu za palijativnu skrb.	1	2	3	4	5
33.	Potrebna mi je dodatna edukacija iz palijativne skrbi.	1	2	3	4	5

IZJAVA O AUTORSTVU

I

SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

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

Ja, VALENTINA SMOLA (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 STAVOVI MEDICINSKIH SESTARA/ TEHNIČARA I LIJEČNIKA O PROCJENI STANJA PALIJATIVNIH PACIJENTA I NJIHOVIH OBITELJI (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

VALENTINA SMOLA

(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, VALENTINA SMOLA (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom ~~završnog~~/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZNANJE I STAVOVI MEDICINSKIH SESTARA/ TEHNIČARA I LIJEČNIKA O PROCJENI STANJA PALIJATIVNIH PACIJENTA I NJIHOVIH OBITELJI (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

VALENTINA SMOLA

(vlastoručni potpis)