

Znanje i stavovi liječnika i medicinskih sestara o palijativnoj skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Virovitičko-podravskoj županiji

Antoljak, Maja

Master's thesis / Diplomski rad

2023

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:725332>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-23**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 169/SSD/2022

**Znanje i stavovi liječnika i medicinskih sestara o palijativnoj
skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Virovitičko-
podravskoj županiji**

Maja Antoljak, mat.br. 0062019963

Varaždin, travanj 2023.



Sveučilište Sjever

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

Završni rad br. 169/SSD/2022

Znanje i stavovi liječnika i medicinskih sestara o palijativnoj skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Virovitičko- podravskoj županiji

Student

Maja Antoljak, 0062019963

Mentor

izv.prof.dr.sc. Rosana Ribić

Varaždin, travanj 2023.

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ

PRISTUPNIK Maja Antoljak

MATIČNI BROJ 0062019963

DATUM 12.07.2022

KOLEGI Nacrtr diplomskog rada

NASLOV RADA Znanje i stavovi liječnika i medicinskih sestara o palijativnoj skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Virovitičko-podravskoj županiji

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Knowledge and attitudes of doctors and nurses about palliative care in primary health care in Virovitica- Podravine Country

MENTOR Rosana Ribić

ZVANJE izvanredni profesor

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. izv.prof.dr.sc. Marijana Neuberg, predsjednik

2. izv.prof.dr.sc. Rosana Ribić, mentor

3. izv.prof.dr.sc. Karlo Houra, član

4. doc.dr.sc. Ivana Živoder, zamjenski član

5.

Zadatak diplomskog rada

BROJ 165/SSD/2022

OPIS

Palijativna skrb je aktivna i sveobuhvatna zdravstvena, psihološka, socijalna i duhovna skrb za osobu čija bolest više ne reagira na kurativno liječenje. Pristupa se svakom bolesniku individualno odnosno ovisno o njegovom stanju i potrebama te suradnji obitelji. Palijativna skrb pruža podršku članovima obitelji tijekom bolesti te nakon bolesnikove smrti u procesu žalovanja. Kako bi palijativna skrb bila jednako dostupna i kvalitetna u svim krajevima Republike Hrvatske, potrebna je neprekidna implementacija i edukacija svih zdravstvenih djelatnika. Samo na taj način može se postići cjelovita, kontinuirana kvalitetna skrb. U svrhu izrade diplomskog rada provest će se istraživanje u ordinacijama obiteljska/opće medicine, patронаžnoj djelatnosti te zdravstvenoj njezi u kući u Virovitičko-podravskoj županiji. Ispitat će se znanje i stavovi liječnika i medicinskih sestara o palijativnoj skrbi korištenjem anketnog upitnika. U radu je potrebno prikazati:

- specifičnosti palijativne skrbi
- analiza prikupljenih rezultata istraživanja
- usporediti dobivene rezultate s literaturnim nalazima te rezultatima istraživanja susjedne županije Koprivničko-križevačke županije

ZADATAK URUČEN

13.07.2022.

POTPIS MENTORA

RLJ

SVEUČILIŠTE
SIEVER
ČILISTE SIEVER

Zahvala

Zahvaljujem mojoj mentorici Rosani Ribić što me je savjetovala i uvijek bila dostupna tijekom izrade diplomskog rada kao i tijekom školovanja.

Hvala svima koji su pristali sudjelovati u anketi bez koje ovaj rad ne bi bio potpun.

Najviše hvala mojoj obitelji što su me podržali i poticali tijekom studiranja. Bez njihove podrške ne bih uspjela sve na vrijeme izvršiti i doći do zacrtanog cilja.

Sažetak

Palijativna skrb ima za cilj ublažiti bol, simptome i stres kod bolesnika i obitelji. Kako za bolesnika tako i za njegove bližnje, ova vrsta njege ima za cilj poboljšati životni standard. Palijativnu skrb pruža multidisciplinarni tim, odnosno skupina profesionalaca koji su okupljeni oko istoga bolesnika brinući o njegovim potrebama bilo fizičkim, psihičkim ili duhovnim. Pored zdravstvene njege i patronaže u skrb je uključen i palijativni mobilni tim koji svoje posjete ne ograničava samo na potrebe bolesnika već i na potrebe obitelji koja skrbi o njemu.

U okviru rada provedeno je istraživanje kojim se željelo ispitati razina znanja i stavove liječnika i medicinskih sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti o palijativnoj skrbi na području Virovitičko-podravske županije. Kao instrument istraživanja koristio se upitnik podijeljen na tri različita dijela. Prvi dio odnosio se na sociodemografske karakteristike. Drugi dio upitnika obuhvaćao je test testa znanja o palijativnoj skrbi, dok je treći dio istraživanja bila je Frommeltova skala stavova prema skrbi za umiruće. Rezultati istraživanja pokazuju da su liječnici i medicinske sestre iz primarne zdravstvene zaštite dobro informirani o palijativnoj skrbi, budući da su na 64% pitanja odgovorili potvrdno. Liječnici imaju više znanja od medicinskih sestara. Dodatno obrazovanje o palijativnoj skrbi kao i godine radnog staža u djelatnosti pozitivno utječu na razinu znanja. Stavovi medicinskih sestara i liječnika također su vrlo pozitivni. Ispitanici s manjim i umjerenim iskustvom u djelatnosti pozitivnijih su stavova prema palijativnoj skrbi nego oni s dužim iskustvom u djelatnosti.

Ključne riječi: palijativna skrb, primarna zdravstvena zaštita, znanje, stavovi

Summary

Palliative care aims to relieve pain, symptoms and stress in the patient and family. Both for the patient and his relatives, this type of care aims to improve the standard of living. Palliative care is provided by a multidisciplinary team, that is, a group of professionals who are gathered around the same patient, taking care of his needs, whether physical, psychological or spiritual. In addition to health care and patronage, the palliative mobile team is included in the care, which does not limit its visits only to the needs of the patient, but also to the needs of the family that cares for him.

As part of the work, a research was conducted to examine the level of knowledge and attitudes of doctors and nurses in primary health care about palliative care in the Virovitica-Podravine County. A questionnaire divided into three different parts was used as a research instrument. The first part was about socio-demographic characteristics. The second part of the questionnaire included a knowledge test about palliative care, while the third part of the research was Frommelt's scale of attitudes towards care for the dying. The results of the research show that doctors and nurses from primary health care are well informed about palliative care, since they answered yes to 64% of the questions. Doctors have more knowledge than nurses. Additional education on palliative care as well as years of experience in the industry positively influence the level of knowledge. The attitudes of nurses and doctors are also very positive. Respondents with less and moderate experience in the activity have more positive attitudes towards palliative care than those with longer experience in the activity.

Key words: palliative care, primary health care, knowledge, attitudes

Popis korištenih kratica

RH – Republika Hrvatska

CEPAMET – Centar za palijativnu medicinu

WHO – Svjetska zdravstvena organizacija

HZZO – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

MEDICUS – Program koji je namijenjen svim djelatnostima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

HKMS – Hrvatska komora medicinskih sestara

MPT – Mobilni palijativni tim

VPŽ – Virovitičko podravsko županija

SPICT – Alat za indikatore suportivne i palijativne skrbi

PCKT – Palliative Care Knowledge Test

FATCODE – Frommelt Attitude Toward Care of the Dying

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Palijativna skrb.....	3
2.1. Palijativna skrb u svijetu	5
2.2. Palijativna skrb u Hrvatskoj	6
2.3. Palijativna skrb u Virovitičko-podravskoj županiji	7
3. Primarna zdravstvena zaštita.....	9
3.1. Opća/obiteljska medicina	10
3.2. Patronažna služba	11
3.3. Zdravstvena njega u kući.....	12
3.4. Mobilni palijativni tim	13
3.5. Županijski centri za koordinaciju palijativne skrbi	14
4. Cilj istraživanja	15
5. Ispitanici i metode istraživanja	16
5.1. Ustroj studije	16
5.2. Ispitanici	16
5.3. Instrument istraživanja	16
5.4. Statistička analiza	17
6. Rezultati	19
6.1. Deskriptivna statistička analiza	19
6.2. Inferencijalna statistička analiza	33
6.3. Zaključci u vezi hipoteza.....	38
6.4. Usporedba rezultata statističke analize u dvije županije	40
7. Rasprava.....	42
8. Zaključak.....	48
9. Literatura.....	49
10. Prilozi.....	54

1. Uvod

Prema najnovijem popisu stanovništva iz 2021. godine, prikazani su poražavajući rezultati, odnosno hrvatsko stanovništvo je u trendu progresivnog starenja. Udio stanovništva u dobi od 65. godine i starijih iznosi visokih 22,45% [1]. Produljenjem životnog vijeka povećava se i broj kroničnih bolesti kao što su bolesti srca, cerebrovaskularne bolesti, bolesti dišnog sustava i razni tumori.

Kako sve veći broj ljudi doživi starost, a sa starošću sve je češća pojava kroničnih bolesti, tako je vjerojatna pojava boli i patnje uslijed raznih komplikacija bolesti. Razvojem medicine i stalnim napretkom bolesnici će sve dulje živjeti s kroničnim iscrpljujućim bolestima te će posljedično trebati palijativnu skrb tijekom duljeg perioda. Svake godine je sve veći broj onkoloških bolesnika. Zahvaljujući ranoj dijagnostici godine preživljavanja su sve veće, što opet zahtijeva dugotrajniju palijativnu skrb [2]. Razne bolnice, klinike i klinički bolnički centri specijalizirane su ustanove uređene i opremljene za dijagnostiku i liječenje, ali su i vrlo skupa mjesta za liječenje palijativnih bolesnika. Njihova tehnologija, kao i veliki protok bolesnika, ne pruža adekvatnu brigu prema umirućima kao i prema ostalima koji zahtijevaju palijativnu skrb. Palijativni bolesnici nisu samo oni umirući, već svi oni kod kojih je kurativno liječenje završeno ili kontraindicirano [3]. Osim toga, ovi bolnički resursi koriste se za skrb o kritično ugroženim pacijentima. Danas bolesnici imaju pravo na izbor liječenja, pravo na odbijanje liječenja te pravo na izbor kako i gdje će provesti svoje posljednje trenutke. Studije pokazuju da samo 10% ljudi u razvijenim zemljama kaže da želi umrijeti u bolnici ili staračkom domu. Na kraju ih je 80% doista umrlo u bolnicama ili staračkim domovima za nemoćne. Jasno je da postoji velika potreba za strukturiranom palijativnom skrbi na svim razinama zdravstvene skrbi [4]. Palijativna skrb može se pružati na različitim razinama. Moraju se ponuditi najmanje dvije razine: palijativna skrb i specijalistička palijativna skrb. Trenutno se u većini dokumenata mogu pronaći dvije razine palijativne skrbi. Ove dvije razine skrbi mogu se proširiti na treću razinu koja se zatim sastoji od pristupa palijativnoj skrbi, opće palijativne skrbi i specijalističke palijativne skrbi. Opću palijativnu skrb pružaju djelatnici primarne zdravstvene zaštite i specijalisti koji liječe bolesnike sa smrtonosnim bolestima koji dobro poznaju osnovna znanja i vještine palijativne skrbi.

Palijativni pristup bolesnicima samo se povremeno koristi u ustanovama i službama. Nasuprot tome, specijalistička palijativna skrb odnosi se na timove liječnika, medicinskih sestara, socijalnih radnika, duhovnika i drugih koji su obučeni da imaju stručnost za optimizaciju skrbi za pacijente sa smrtonosnim ili iscrpljujućim kroničnim bolestima. Palijativna skrb trebala bi biti dostupna osoblju liječnika opće prakse i općih bolnica, kao i onima u staračkim domovima i ustanovama za njegu. Kako bi ovi pružatelji mogli koristiti pristupe palijativnoj skrbi, palijativna

skrb mora biti integrirana u nastavne planove i programe osnovnog obrazovanja liječnika, medicinskih sestara i drugih srodnih zdravstvenih profesija. Europska komisija preporučuje da svi zdravstveni djelatnici dobro razumiju osnovna načela palijativne skrbi i da ih mogu primijeniti u praksi. Svi bolesnici s progresivnom, neizlječivom bolešću trebali bi imati pristup specijalističkim uslugama palijativne skrbi koje se proaktivno bave svim simptomima njihovog stanja i utjecajem tih simptoma na njih, njihove obitelji i skrbnike [2]. Danas je priznato da se palijativna skrb može provoditi u svim ustanovama zdravstvene skrbi, od primarne do tercijarne zdravstvene zaštite. Od svih zdravstvenih djelatnika se očekuje da mogu pružiti odgovarajuću palijativnu skrb te stoga moraju biti educirani za pružanje skrbi na najvišoj razini kako bi mogli zadovoljiti potrebe pacijenta i njegove obitelji, bez obzira na dijagnozu. Donošenjem Nacionalnog plana razvoja palijativne skrbi 2017. – 2020. započinje intenzivna provedba palijativne skrbi upravo na primarnoj razini zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj. Do kraja 2020. godine ugovorena su 42 koordinatora i 34 mobilna palijativna tima. Postojeće usluge ne gube svoju bitnu ulogu. Liječnik opće prakse/obiteljske medicine predstavlja prvu stepenicu u zdravstvenom sustavu jer je tijekom godina stekao sveobuhvatno znanje o bolesniku te njegovom obiteljskom i društvenom okruženju. Ima važnu ulogu u pružanju palijativne skrbi općenito, budući da su kućni posjeti i obiteljska terapija nužni u opisu njegovog posla i u svakodnevnom radu. Nadalje mreža skrbi o palijativnom bolesniku se širi na patronažnu službu, zdravstvenu njegu, socijalne radnike, fizioterapeute, volontere, duhovnike, psihologe, stomatologe i naravno na palijativni mobilni tim. Svi oni imaju ključnu ulogu u opskrbi palijativnog pacijenta i jedina prepreka koja ih ometa je nedostatna edukacija i znanje iz područja palijativne skrbi.

Uz podatke o palijativnoj skrbi i ulozi liječnika i medicinskih sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, u ovom radu prikazani su rezultati istraživanja provedenog na razini primarne zdravstvene zaštite Virovitičko-podravske županije. Cilj ovog rada bio je utvrditi znanje i stavove liječnika i medicinskih sestara prema/o palijativnoj skrbi. Dobiveni rezultati uspoređeni su sa sličnim studijama u svijetu te s istim istraživanjem provedenim u Koprivničko-križevačkoj županiji.

2. Palijativna skrb

U medicini se pojam palijativne skrbi odnosi na agresivnu, sveobuhvatnu skrb za bolesnike čija bolest ne reagira na kurativno liječenje. Palijativna skrb je pristup poboljšanju kvalitete života bolesnika i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim s neizlječivim i smrtonosnim bolestima. Ona sprječava i olakšava patnju kroz pravovremeno prepoznavanje, ispravnim pristupom i tretmanom boli i drugih problema bili oni fizički, psihosocijalni ili duhovni. Palijativna skrb koristi timski pristup, pruža podršku bolesnicima i njihovim skrbnicima. Ona uključuje neprekinutu skrb sve do smrti, a nakon nje savjetuje obitelj i skrbnike te pruža podršku u procesu žalovanja. Palijativna skrb pomaže bolesnicima da žive što aktivnije do smrti. Palijativna skrb je neophodna za mnoge bolesti. Osobe kojima je potrebna palijativna skrb imaju kronična stanja kao što su kardiovaskularne bolesti (38,5%), karcinom (34%), kronične respiratorne bolesti (10,3%), AIDS (5,7%) i dijabetes (4, 6%). Mnoga druga stanja mogu zahtijevati palijativnu skrb, osobito ona koja se pogoršavaju s godinama i zahtijevaju palijativnu, a ne kurativnu skrb [5]. Dugo je bilo uobičajeno gledanje u društvu da palijativna skrb počinje kad kurativna završi. Međutim, istraživanje pokazuje suprotno. Jedno od njih je objavljeno 2010g,a dokazalo je da se ranom intervencijom za bolesnika u potrebi mogu znatno poboljšati kvalitetu života. Ranim pristupom smanjio se udio pojave depresije kod bolesnika pa čak i produljio život. Na primjer govorimo o bolesnicima s metastatskim rakom pluća velikih stanica, ranom intervencijom palijativne skrbi nije došlo do pojave depresije tek kod 16% oboljelih. Ranom intervencijom palijativne skrbi životni vijek se produljio za 2,7 mjeseci u odnosu na osobe kod kojih palijativna skrb nije bila pravovremeno uključena. Ono što se prije smatralo palijativnom skrbi sada se zove skrb na kraju života i samo je mali dio palijativne skrbi. U današnje vrijeme se više niti ne pokušava razdvojiti kurativna od palijativne medicine, one se međusobno isprepliću i nadopunjuju. Potreba za palijativnom skrbi se s vremenom povećava osobito kada je poznato stanje bolesnika odnosno da boluje od neizlječive bolesti. Nakon svakog pogoršanja, eventualne hospitalizacije zbog raznih intervencija i na samom kraju života [6].

Svake godine procjenjuje se da 56,8 milijuna ljudi treba palijativnu skrb, od kojih većina živi u zemljama s niskim i srednjim prihodima. Što se tiče djece, 98% onih kojima je potrebna palijativna skrb živi u zemljama s niskim i srednjim dohotkom, gotovo polovica njih u Africi.

Diljem svijeta potrebno je prevladati mnoge prepreke za implementaciju palijativne skrbi u zdravstvene sustave:

- nacionalne zdravstvene politike i sustavi često uopće ne uključuju palijativnu skrb;
- edukacija o palijativnoj skrbi za zdravstvene djelatnike često je ograničena ili nepostojeća;
- stanovništvo nema dovoljan pristup opioidnim lijekovima protiv bolova i ne poštuje međunarodne sporazume o opskrbi osnovnim lijekovima;
- nedostatak svijesti među kreatorima politika, zdravstvenim radnicima i općom javnošću o tome što je palijativna skrb i dobrobitima koje može donijeti bolesniku i zdravstvenim sustavima;
- kulturalne i društvene barijere, poput uvjerenja o smrti;
- zablude o palijativnoj skrbi da je ona samo za oboljele od raka i za posljednjih nekoliko tjedana života;
- pogrešno shvaćanje da veći pristup opioidima dovodi do povećanja zlouporabe [5].

Palijativna skrb je najučinkovitija kada se uključuje u ranoj fazi bolesti. Rana palijativna skrb ne samo da može poboljšati kvalitetu života bolesnika, već i smanjiti nepotrebnu hospitalizaciju i korištenje medicinskih usluga.

2.1. Palijativna skrb u svijetu

Razvoj palijativne medicine započeo je u Ujedinjenom Kraljevstvu 1960-ih, a u Sjedinjenim Državama i Kanadi 1970-ih. Jedna od začetnica hospicijskog pokreta je Cicely Saunders. Školovala se za medicinsku sestru u Oxfordu u Velikoj Britaniji. Morala je prekinuti taj posao zbog ozljede leđa, pa je završila obuku za socijalnu radnicu, a zatim u 39. godini za liječnicu. Tako je ona bila „interdisciplinarni tim u jednoj osobi“. Posvećena njezi osoba s teškim i neizlječivim bolestima, s posebnim naglaskom na liječenje "cijelog spektra boli", uključujući psihološke, fizičke, socijalne i duhovne komponente. Cicely Saunders je osnivačica Hospicija St. Christopher's Hospice u Londonu 1967. Iako to nije bio prvi hospicij, ona ga je razvila u prvi koji je zauzeo interdisciplinarni pristup skrbi za bolesnike sa složenim stanjima. Cicely Saunders promiče medicinu usmjerenu na ljude, a ne na dijagnoze, naglašavajući kvalitetu života [7].

U Ujedinjenom Kraljevstvu definicija pojma "palijativna skrb" prihvaćena je 1987. godine i priznata kao posebna medicinska specijalnost. Tada su se palijativnom skrbi bavili samo liječnici. Psihijatrica Elisabeth Kübler-Ros iz Sjedinjenih Američkih Država pisala je o komunikaciji s umirućim pacijentom i njegovim potrebama te odnosu između liječnika, pacijenta i obitelji. Njezin rad izazvao je senzaciju u stručnoj i široj javnosti. Godine 1974. kanadski urolog Balfour Mount osnovao je prvu službu za palijativnu skrb u bolnici u Montrealu i bio pionir u korištenju izraza palijativna skrb. Dostupni podaci za 2001. pokazuju da u svijetu postoji oko 7000 centara za palijativnu skrb u više od 90 zemalja. Što se tiče Europe, podaci za 2007. godinu pokazuju 958 centara u Ujedinjenom Kraljevstvu, 471 u Francuskoj, 362 u Poljskoj, 321 u Njemačkoj, 261 u Španjolskoj, 138 u Nizozemskoj i 121 u Belgiji. Postoje i različite brojke o krevetima za palijativnu skrb na milijun stanovnika. Ima ih 54 u Velikoj Britaniji, 40 u Nizozemskoj, 35 u Belgiji, 22 u Njemačkoj, 21 u Poljskoj, 17 u Francuskoj i 10 u Španjolskoj. Danas 120 zemalja svijeta ima više ili manje razvijene sustave palijativne skrbi, hospicija ili suportivne skrbi [8].

2.2. Palijativna skrb u Hrvatskoj

Republika Hrvatska (RH) je država s najnižim stupnjem razvoja palijativne medicine u Europi. Utemeljiteljica Hrvatskog pokreta hospicija 1994. godine bila je dr. Anica Jušić. Prvi simpozij o hospicijskoj i palijativnoj skrbi održan je 6. i 7. svibnja 1994. u Zagrebu. Seminare vode profesori. Anica Jušić, a službeno otvorili predstavnici Cicely Saunders i Nigel Sykes. Profesorica Anica Jušić osnovala je Hrvatsku udrugu prijatelja hospicija 1999. godine. Udruga je zapravo tim od tri-četiri liječnika, dvije-tri medicinske sestre, socijalnog radnika, dva psihologa, fizioterapeuta i oko 25 volontera koji nisu zdravstveni djelatnici [9]. Od 2003. Hrvatska planira organizirati palijativnu skrb. U Zakonu o zdravstvenoj zaštiti palijativna skrb je navedena kao jedna od mjera zdravstvene zaštite (čl. 8.) i sastavni dio primarne zdravstvene zaštite (čl. 25.) i djelatnosti domova zdravlja (čl. 69.). U nastavku se dodaje da svi domovi zdravlja u Republici Hrvatskoj moraju osnovati i ustanovu za palijativnu skrb [10]. Prije desetak godina Ministarstvo zdravstva pokrenulo je razne projekte palijativne skrbi pa je u rujnu 2012. Specijalna bolnica za kronične bolesti Novi Marof otvorila odjel palijativne skrbi. Otvorena je Jedinica za palijativnu skrb u Općoj bolnici Hrvatski ponos u Kninu, a 2013. godine otvoren je prvi hospicij "Marija Krucifiksa Kozulić" u Rijeci. Preporuka Europske komisije je da svi zdravstveni djelatnici moraju biti u stanju shvatiti temeljna načela PS-a i moći ih primijeniti u praksi ili na radnom mjestu.

Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine (CEPAMET) Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu osnovan je u Zagrebu 2010. godine zbog nedostatka edukacije. Cilj centra je okupiti i educirati sve djelatnike uključene u pružanje palijativne zdravstvene skrbi. Nadogradnja na tečajeve s dodatnom obukom u specifičnim područjima palijativne skrbi na temelju iskustva instruktora i znanstvenih dokaza [11]. U proteklom desetljeću palijativna skrb je krenula u ozbiljniji razvoj prema strateškom planu razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj. Svaka županija ima priliku razviti odgovarajuće usluge prema svojim potrebama. Unatoč znatnim ulaganjima u razvoj palijativne skrbi, posebice zahvaljujući radu mobilnih timova, zdravstvenih ustanova, volontera, lokalne i regionalne samouprave te pojedinaca, još uvijek ne postoji dobro organizirana skrb za bolesnike palijativne skrbi. Pružanje palijativne skrbi nije jednako zastupljeno u svim regijama RH, što opet ne ide u prilog pacijentu i obitelji u potrebi kao ni nadležnim zdravstvenim ustanovama. Tako će u ruralnim mjestima najvažniju ulogu preuzeti obitelj oboljelog, umjesto stacionarnog smještaja, dok će taj problem u urbanijim sredinama biti manji. Vječni problem je i pitanje ljudskih resursa, jer ako se ne poveća broj medicinskih djelatnika, neće biti perspektive [12].

2.3. Palijativna skrb u Virovitičko-podravskoj županiji

Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2014. – 2016. utvrđuje ciljeve i aktivnosti za uspostavu organizacijskih elemenata sustava palijativne skrbi na županijskoj razini te utvrđuje potrebu izrade strategije razvoja palijativne skrbi unutar svake županije. Krajem 2014. godine osnovan je Tim za palijativnu skrb Virovitičko-podravske županije. Na drugoj sjednici Savjeta za zdravstvo Virovitičko-podravske županije 28. svibnja 2015. godine razvoj palijativne skrbi prepoznat je kao jedno od prioritetnih područja zaštite zdravlja stanovništva Virovitičko-podravske županije. Dana 22. veljače 2016. godine Uprava za zdravstvo i socijalnu skrb Virovitičko-podravske županije i Doma zdravlja Virovitičko-podravske županije, održan je inicijalni sastanak za organizaciju palijativne skrbi u Virovitičko-podravskoj županiji. Na skupu je Vlasta Vučevac, predsjednica Hrvatske udruge palijativne medicine, upoznala aktualnu situaciju palijativne skrbi u Hrvatskoj i organizaciju palijativne skrbi u lokalnim zajednicama.

Dana 9. lipnja 2016. Virovitičko-podravska županija i Opća bolnica Virovitica u suradnji s Hrvatskim liječničkim zborom i Hrvatskom udrugom za palijativnu medicinu održale su tečaj palijativne skrbi pod nazivom „Palijativna skrb u praksi“. Cilj tečaja je predstaviti razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj, primjere dobre prakse, osnovne pojmove palijativne skrbi i medicine, dosadašnje uspjehe i probleme s kojima se svakodnevno susreću. U siječnju 2017. godine VD župana donijela je odluku o osnivanju i imenovanju tima za program palijativne skrbi Virovitičko-podravske županije. S obzirom da je glavni nositelj djelatnosti palijativne skrbi Dom zdravlja Virovitičko-podravske županije, uspostavljeni su i organizirani izvanbolnički mobilni timovi palijativne skrbi na primarnoj razini. Stacionarna palijativna skrb organizirana je u Općoj bolnici Virovitica, koja raspolaže s 5 palijativnih kreveta odobrenih od mreže javne zdravstvene službe.. Posudionica ortopedskih pomagala je organizirana pri Gradskom društvu Crvenog križa Slatina te pri županijskom Domu zdravlja kao i kroz pojedine udruge za potrebe njihovih članova [13]. Krajem 2018. godine počeo je s radom mobilni tim za palijativnu skrb te je imenovan koordinator palijativne skrbi za Virovitičko-podravsku županiju. Održana su razna predavanja na temu palijativne skrbi i gostovanja u radijskim emisijama radi podizanja svijesti lokalnog stanovništva. U listopadu 2019. godine održan je uvodni sastanak projekta „Razvoj palijativne skrbi u Virovitičko-podravskoj županiji“. Projekt je financiran iz Europskog socijalnog fonda. Kroz ovaj projekt provedena je edukacija volontera u palijativnoj skrbi te je uspostavljen Volonterski centar za palijativnu skrb. Kroz Koordinacijski centar od njegova osnutka, odnosno od 2018. godine, prošlo je više od 200 palijativnih bolesnika. Prema Uredu za nacionalnu statistiku, u 2018. bilo je 1.079 smrtnih slučajeva. Od toga je gotovo polovica umrlih posljedica bolesti krvožilnog sustava, njih 515. Uzrok smrti u drugoj skupini bili su tumori, a od tumora je umrlo 267 osoba [14].

S obzirom na broj umrlih smatram da još uvijek imamo nedovoljan broj bolesnika koji dođu do adekvatne skrbi i budu upisani u županijski palijativni registar. Mnogi liječnici smatraju da je palijativna skrb potrebna isključivo u terminalnoj fazi bolesti. Zbog takvih propusta liječnika, obitelj i oboljeli zakinuti su za njihovo pravo što ne daje povratno pozitivnu sliku o samoj palijativnoj skrbi.

3. Primarna zdravstvena zaštita

Primarna zdravstvena zaštita je temeljni oblik zdravstvene zaštite i dio zdravstvenog sustava koji se razvija prema socioekonomskim, kulturnim, političkim i drugim čimbenicima. Primarna zdravstvena zaštita je na korist čitavoj zajednici i svakom pojedincu. Primarna zdravstvena zaštita mora biti dostupna, odnosno da je što bliže bolesnikovom mjestu stanovanja i rada. Mora biti financijski prihvatljiva te mora koristiti znanstvene, praktične i društveno prihvatljive metode [15]. Obuhvaća cjelokupnu zdravstvenu skrb, provedbu preventivnih i kurativnih mjera i zdravstveni odgoj. Suraduje s organizacijama kao i ustanovama koje pridonose boljem zdravlju stanovništva.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO), primarna zdravstvena zaštita temelji se na pet osnovnih principa:

1. Dostupnost: prvi i najvažniji cilj primarne zdravstvene zaštite. Briga za svakoga, bez obzira na dob, spol, rasu, ekonomski status ili mjesto gdje žive.
2. Sudjelovanje zajednice: važnost uključivanja šire zajednice u planiranje, implementiranje i provođenje zdravstvenih aktivnosti.
3. Promicanje zdravlja: zdravstvena edukacije o pravilnoj ishrani, provođenje zdravstvenih mjera, prevencija i nadzor bolesti.
4. Prikladna tehnologija: korištenje tehnologije pri promociji zdravlja, ali da je tehnologija prilagođena potrebama toga kraja.
5. Međusektorska suradnja: Odnosi se na uključivanje drugih sektora, osim sektora zdravstva [16].

Djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite su: opća/obiteljska medicina, djelatnost njege dojenčadi i predškolske djece, djelatnost hitne medicinske pomoći, stomatološka djelatnost, preventivna i odgojna djelatnost za zaštitu učenika i studenata, zdravstvena zaštita žena, higijensko-epidemiološka djelatnost, medicina na radu, zaštita mentalnog zdravlja, patronažna služba, palijativna skrb, farmacija i laboratorijska dijagnostika.

Primarna zdravstvena zaštita uglavnom je organizirana u domovima zdravlja, iznajmljenim ili privatnim ordinacijama i ustanovama. Primarna zdravstvena zaštita je prvi korak u zdravstvenom sustavu. Također je filter za liječenje pacijenata i njihovo slanje u sekundarne i tercijarne zdravstvene ustanove kada je to potrebno [17].

3.1. Opća/obiteljska medicina

Opća/obiteljska medicina dio je primarne zdravstvene zaštite i vrlo je važna karika u suvremenom zdravstvenom sustavu. Liječnici primarne zdravstvene zaštite uglavnom su liječnici opće medicine ili specijalisti obiteljske medicine. Služba obiteljske medicine u RH uspostavljeni su institucijom Doma zdravlja 1951. godine te uvođenjem specijalizacije iz obiteljske medicine 1961. godine. Ordinaciju opće/obiteljske medicine organizira tim liječnika ili specijalista obiteljske medicine koji rade s medicinskim sestrama/tehničarima opće medicine ili prvostupnicima sestrinstva. Karakteristika obiteljskog liječnika je neprekinuto praćenje razvoja bolesti kroz dulje vrijeme. Nijedan drugi liječnik ne poznaje bolje sve mogućnosti zdravstvene zaštite na definiranom području i nitko nije bolje informiran o obiteljskim i socijalnim prilikama pacijenta te eventualno genetskim predispozicijama za pojavu određene bolesti [18]. Bolesnicima je od iznimne važnosti biti u skrbi liječnika koji je dobro informiran o njihovom zdravstvenom stanju i koji gleda bolesnika kao cjelovitu osobu [19]. Obiteljski liječnik također mora biti izvrstan dijagnostičar i znati prepoznati simptome bolesti u najranijoj fazi. Vrijeme je često ključno kod dijagnostike bolesti isto kao i kontrolni pregledi planirani u određenim vremenskim periodima [20]. Na broj posjeta liječniku kao i na potrošnju recepata i uputnica utječe dobna struktura bolesnika u skrbi. Ordinacije koje imaju stariju populaciju u skrbi imaju znatno veći broj svakodnevnih pregleda kao i kućnih posjeta [21].

Veliki broj bolesnika u završnome stadiju neizlječive bolesti boravi u svome domu te o njemu skrbi liječnik obiteljske medicine kao i patronažna služba, nerijetko i zdravstvena njega u kući kao i tim palijativne skrbi.

3.2. Patronažna služba

Patronažna služba je dio primarne zdravstvene zaštite, a čije je djelovanje usmjereno na skrb korisnika izvan zdravstvenih ustanova. Svaka sestra skrbi na određenom području i u njenu skrb je uključeno oko 5000 štićenika. Sestre sudjeluju u izvođenju preventive, kurative i socijalnog zbrinjavanja svih dobnih skupina stanovništva. Patronažne sestre kroz svoj rad promiču, unapređuju i bave se očuvanjem zdravlja pojedinaca, obitelji i šire zajednice. U prvom redu se to odnosi na one pojedince i grupe koje imaju povećan rizik za zdravlje. Preventivna djelatnost patronažne sestre odnosi se na zdravstveno prosvjeđivanje, zdravstveni odgoj, unapređenje zdravlja, prepoznavanje i rana detekcija bolesti. Sestra planira i provodi kućne posjete, odlaske u obitelji, vrtiće, škole te provodi razne projekte s ciljem unapređenja patronažne djelatnosti. Financiranje patronažne djelatnosti provodi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO), a usluga za cjelokupno stanovništvo Hrvatske je besplatna [22]. Prioriteti patronažne službe su u pružanju zaštite zdravlja djece i žena, briga o starim, samim i nemoćnim osobama, briga o oboljelima od bolesti koje predstavljaju vodeće probleme populacije. Najveći broj posjeta patronažnih sestara zauzimaju osobe starije od 65 godina i one koje žive u lošim socijalnim prilikama. Patronažna sestra planira svoj rad temeljem Plana i programa mjera zdravstvene zaštite, suradnje s obiteljskim liječnikom, pedijatrom ili ginekologom te na temelju dojava drugih medicinskih ustanova, socijalne službe, pojedinih obitelji ili na temelju vlastitih zapažanja i procjena. Zbog multidisciplinarnog djelovanja, patronažne sestre moraju raspolagati širokim spektrom stručnog znanja, vještinama komunikacije, vještinama pružanja utjehe, podrške, savjeta i edukacije, uz poznavanje i poštivanje etičkih principa [23]. Svakodnevni rad patronažne sestre temelji se na uzajamnoj suradnji s djelatnostima unutar i izvan zdravstvenog sustava. Patronažna sestra usko surađuje s liječnikom opće medicine, sa zdravstvenom njegom u kući, socijalnom službom i raznim udrugama. Po nalogu liječnika ili na zamolbu obitelji sestra odlazi u prvu posjetu bolesniku. Piše svoj izvještaj u program MEDICUS koji je dostupan liječnicima. Sva svoja zapažanja, provedene postupke i moguće prijedloge prema zdravstvenoj njezi u kući su isto tako vidljivi u sustavu. Možemo sa sigurnošću potvrditi da je patronažna sestra „produžena ruka“ liječnicima u općoj medicini.

3.3. Zdravstvena njega u kući

Gotovo svaka osoba tijekom svog životnog vijeka postane bolesnik i zatraži zdravstvenu uslugu. Zdravstvenu njegu u kući provodi medicinska sestra općeg smjera i mora posjedovati važeću licencu za rad od nadležne HKMS. U prosjeku jedna sestra skrbi dnevno za 10-12 bolesnika. Bolesnici su na raznim lokacijama i imaju različite potrebe. Prije prve kućne posjete medicinska sestra od liječnika dobiva podatke o stanju bolesnika u pisanoj formi za kućnu njegu. Često se događa da starije osobe opterećuju zdravstveni sustav zbog potrebe za kućnim postupcima zdravstvene njege. Većinu tih postupaka mogla bi obaviti obitelj ili u najmanju ruku educirane njegovateljice. U našem zdravstvenom sustavu njegovateljice još nisu zastupljene u dovoljnom broju, a nisu ni prepoznate kao profesija. Tako dolazi do opterećenja medicinskih sestara koje provode zdravstvenu njegu pa se, nažalost, kad dobiju u skrb palijativne bolesnike ne mogu potpuno posvetiti njihovim potrebama. Ako se zdravstveni sustav u budućnosti okrene sestrama, tada možemo očekivati bolju budućnost za njih kao i za osobe o kojima skrbe [24]. Zdravstvena njega u kući je besplatna ako pružatelji usluge imaju ugovor sa nadležni HZZO-om. Patronažna sestra mjesečno odlazi u posjetu štićeniku radi procjene zdravstvenog stanja. Ujedno sestra donosi i zaključak o eventualnom produljenju postupaka zdravstvene njege u kući. Patronažna sestra svoj prijedlog s postupcima za zdravstvenu njegu šalje liječniku koji na kraju to mora odobriti.

3.4. Mobilni palijativni tim

Mobilni palijativni tim (MPT) pruža specijaliziranu palijativnu skrb pacijentima kod kuće. Ima konzultantsku ulogu i blisko surađuje s liječnicima obiteljske medicine, razvijajući plan skrbi s obiteljskim liječnikom na temelju potreba bolesnika i obitelji. Mobilni timovi palijativne skrbi imaju savjetodavnu ulogu drugim stručnjacima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (liječnicima obiteljske medicine i medicinskim sestrama izvanbolničke i kućne zdravstvene njege) te zajedno s drugim stručnjacima sudjeluju u rješavanju složenih potreba simptomatskog liječenja i psihosocijalne skrbi [4]. MPT čine doktor medicine specijalist s dodatnom edukacijom iz palijativne skrbi ili doktor medicine s dodatnom edukacijom iz palijativne skrbi i prvostupnica sestrištva s dodatnom edukacijom iz palijativne skrbi.

Uloga MPT je :

- Stručna palijativna skrb za bolesnike u kući: fizička, psihosocijalna i duhovna skrb;
- pružiti podršku članovima obitelji koji njeguju bolesnika kako u samoj njezi tako i u žalovanju;
- Savjetodavna uloga liječnika obiteljske medicine i medicinskih sestara u patronaži i njezi u kući;
- Sudjelovati u zbrinjavanju složenih simptoma i potreba u suradnji s liječnicima obiteljske medicine, patronažnim sestrama, sestrama iz zdravstvene njege i dr.;
- Osigurati neprekidnu skrb za palijativne bolesnike 24/7, u suradnji s drugim dostupnim službama;
- Multidisciplinarna i interdisciplinarna suradnja s drugim službama radi osiguranja kontinuiteta i cjelovitosti palijativne skrbi;
- Sudjelovati u transferu otpuštenih bolesnika na kućnu njegu u suradnji s bolnicom, koordinatorom palijativne skrbi i izabranim liječnicima primarne zdravstvene zaštite [4].

3.5. Županijski centri za koordinaciju palijativne skrbi

Centar za koordinaciju palijativne skrbi // Županijski koordinator palijativne skrbi ima za cilj osigurati kontinuitet skrbi, koordinirajući sve dionike važne za razvoj palijativne skrbi u županiji. Povezuje i jača postojeće sustave palijativne skrbi, lokalne zdravstvene, socijalne i duhovne skrbi [25].

Koordinator je medicinska sestra/magistra sestrinstva, odnosno u slučaju navedenog manjka mora biti najmanje prvostupnica sestrinstva i doškolovanje u palijativnoj skrbi. Koordinator se ugovara sa regionalnim HZZO-om i on je u sklopu županijskog Doma zdravlja. Koordinator palijativne skrbi nije dio mobilnog palijativnog tima već radi samostalno i samostalna je organizacijska jedinica [26].

Koordinator za palijativnu skrb u županiji:

- koordinira i osnažuje postojeći sustav zdravstvene, socijalne i duhovne skrbi;
- koordiniranje i povezivanje aktivnosti na svim razinama u sustavu zdravstvene i socijalne skrbi;
- koordinacija i jačanje službi specijalističke palijativne skrbi;
- koordinira i vodi županijski registar korisnika palijativne skrbi;
- koordinira rad i angažman volontera i organizacija civilnog društva u sustavu palijativne skrbi;
- koordinira ili vodi brigu o posudionici pomagala;
- koordinira edukacijskim programom iz područja palijativne skrbi;
- suradnja s predstavnicima lokalne samouprave;
- surađuje s drugim ključnim dionicima u palijativnoj skrbi (relevantne organizacije civilnog društva, mediji, donatori, strukovna udruženja i gospodarske komore, nacionalne agencije i organizacije itd.);
- informira građane i promovira palijativnu skrb;
- nadzire provedbu palijativne skrbi u županiji [25].

4. Cilj istraživanja

Svrha istraživanja bila je ispitati znanje i stavove liječnika i medicinskih sestara o palijativnoj skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti Virovitičko-podravske županije te pronaći odgovore na sljedeća pitanja:

1. Što medicinske sestre i liječnici znaju o palijativnoj skrbi?
2. Što liječnici i medicinske sestre misle o palijativnoj skrbi, skrbi za umiruće?
3. Postoji li jaz u znanju između liječnika i medicinskih sestara?
4. Postoje li razlike u stavovima s obzirom na dob, obrazovanje i radno iskustvo?

Hipoteze

H1. Liječnici i medicinske sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti imaju dobro znanje, dobro razumiju palijativnu skrb;

H2. Liječnici i medicinske sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti imaju pozitivan stav prema palijativnoj skrbi;

H3. Nema statistički značajne razlike u razini znanja liječnika i medicinskih sestara;

H4. Stavovi ispitanika prema dobi i radnom stažu nisu statistički značajno različiti.

5. Ispitanici i metode istraživanja

5.1. Ustroj studije

Istraživanjem znanja i stavova zdravstvenih radnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti o palijativnoj skrbi obuhvaćeno je 100 ispitanika od 174 zdravstvena djelatnika s područja Virovitičko-podravске županije. Korišten je mali prigodni uzorak ($n = 100$), a istraživanje je provedeno kroz lipanj, srpanj, kolovoz i prvu polovicu rujna 2022. godine.

5.2. Ispitanici

Istraživanje je bilo provedeno na razini primarne zdravstvene zaštite Virovitičko-podravске županije, odnosno na razini svih zdravstvenih djelatnika županijskog Doma zdravlja. Anketa je bila distribuirana online upitnikom. Za ordinacije u vlasništvu Doma zdravlja Virovitičko-podravске županije istraživanje je provedeno uz suglasnost Etičkog povjerenstva Doma zdravlja. Studija je dobrovoljna i anonimna. Od ukupno 174 zdravstvena djelatnika u istraživanju je sudjelovalo 100 djelatnika, odnosno 25 liječnika i 75 medicinskih sestara (SSS, VŠS, VSS).

5.3. Instrument istraživanja

Za potrebe istraživanja korišten je trodijelni upitnik:

1. Sociodemografske i profesionalne karakteristike—sadrži podatke o spolu, dobi, stupnju obrazovanja, godinama rada, obrazovanju u palijativnoj skrbi i iskustvu u palijativnoj skrbi.

2. Znanje o palijativnoj skrbi - Test znanja o palijativnoj skrbi (eng. Palliative Care Knowledge Test - PCKT) adaptirano od Yoko Nakazawe i suradnika. Upitnik je u početku sadržavao 40 pitanja koja su pokrivala područja palijativne skrbi, boli, dispneje, psihijatrijskih problema, gastrointestinalnih problema i komunikacije [26]. Tih 20 pitanja preuzeto je iz izvorne verzije, dok su dva pitanja o filozofiji palijativne s skrbi zamijenjena pitanjima koja su više u skladu s hrvatskim tumačenjem palijativne skrbi, kako slijedi:

- Palijativna skrb u Hrvatskoj usmjerena je na umiruće osobe, u zadnjih šest mjeseci života;
- SPICT test služi za prepoznavanje osoba s potrebom za palijativnom skrbi.

Od 20 uključenih pitanja, 3 pitanja su bila iz područja filozofije palijativne skrbi, 7 pitanja iz područja boli, 3 pitanja iz područja dispneje, 3 pitanja iz područja psihijatrijskih problema, a 4 pitanja su bila iz područja gastrointestinalnih problema. Svako pitanje ima dva odgovora „Točno“ ili „Netočno“. Jedan bod za svaki točan odgovor. Ocjena znanja kreće se od 0 do 20, a što je ocjena viša, to je viša razina znanja (nedovoljno znanje <50% ukupne ocjene, bolje znanje čini 51-75% ukupne ocjene, a odlično znanje >75% od ukupnog broja bodova).

3. Za mjerenje stavova prema palijativnoj skrbi korišten je prijevod upitnika o stavovima o skrbi za osobe na kraju života koju je napisala Katherine H. Murray Frommelt (FATCODE - Frommelt Attitude Toward Care of the Dying). Budući da se upitnik koristi u mnogim zemljama, sami autori, koji više nisu znanstveno aktivni, preporučuju preuzimanje, prijevod i prilagodbu upitnika u što više zemalja [27]. Upitnik je sadržavao 30 tvrdnji (15 tvrdnji koje odražavaju pozitivne stavove prema skrbi za umiruće i 15 tvrdnji koje odražavaju negativne stavove prema skrbi za umiruće) koje su procijenjene Likertovom skalom od pet stupnjeva. Upitnik je korišten u online obliku te je distribuiran putem e-maila koji je bio poslan svim djelatnicima primarne zdravstvene zaštite Virovitičko –podravske županije. Pristanak je bio dobrovoljan, a ispunjavanje upitnika je bilo anonimno. Ustroj i instrument istraživanja istovjetni su onima koje je koristila Marina Međimorec u istraživanju provedenom u Koprivničko-križevačkoj županiji te je prije provedbe istraživanja dobivena pisana suglasnost autorice Međimorec.

5.4. Statistička analiza

Svi upitnici ispunjeni su online, a kada je anketa završena, prebačena je u *Microsoft Excel* tablicu. Iz generiranih Excel datoteka pretvorene su u SPSS datoteke. Na temelju SPSS datoteka, za statističku analizu korišten je program IBM SPSS Statistics 25, a za grafički prikaz korišteni su

programi Microsoft Excel 2010 i SPSS.

Korištene su sljedeće metode statističke analize:

- a) deskriptivne metode (tablični i grafički prikazi, postoci, srednje vrijednosti, mjere disperzije i koeficijenti korelacije Spearmanovog ranga);
- b) inferencijalne metode (Kolmogorov-Smirnov test normalnosti distribucije, hi-kvadrat test, Mann-Whitneyev U test, Kruskal-Wallisov H test, t-test i jednosmjerna ANOVA);
- c) multivarijantni pristup (analiza pouzdanosti).

Uzorak ispitanika imao je točno 100 statističkih jedinica te na mnogim mjestima u tekstu i u tablicama nije bilo potrebno navoditi relativne frekvencije (postotke). Zaključci o razlikama i povezanosti između varijabli donose se na uobičajenoj razini značajnosti od 0,05, tj. 95% pouzdanosti.

Rezultati analize su izneseni i opisani u četiri poglavlja:

- deskriptivna statistička analiza,
- inferencijalna statistička analiza,
- zaključci u vez hipoteza
- usporedba rezultata statističke analize u dvije županije.

6. Rezultati

6.1. Deskriptivna statistička analiza

Prvi dio upitnika odnosi se na sociodemografske i profesionalne karakteristike ispitanika (Tablica 6.1.1).

Varijabla i oblik varijable	Broj ispitanika
Spol ispitanika:	
muški	15
ženski	85
Ukupno	100
Dob ispitanika:	
20 – 30 godina	22
31 – 40 godina	42
41 – 50 godina	10
51 – 60 godina	14
više od 60 godina	12
Ukupno	100
Stupanj obrazovanja:	
doktor medicine	12
specijalista opće medicine	13
medicinska sestra/tehničar opće njege	44
prvostupnica/prvostupnik sestrinstva	26
magistra sestrinstva	5
Ukupno	100
Godine radnog staža:	
do 10	28
11 – 20	39
21 – 30	14
31 – 40	9
više od 40	10
Ukupno	100

Tablica 6.1.1. - Zdravstveni radnici primarne zdravstvene zaštite anketirani prema općem stanju podataka (apsolutna frekvencija je također relativna frekvencija budući da je $n=100$)

Uzorak sudionika činilo je 15 muškaraca (15%) i 85 žene (85%). U kategoriji srednja dob u rasponu od 31 do 50 godina starosti otpada više od pola ispitanika, odnosno njih 52. Što se tiče obrazovanja, 75 ispitanika su medicinske sestre (SSS, VŠS, VSS). Od ukupnog broja ispitanika njih 53 nalazi se u kategoriji od 11 do 30 godina radnog staža u djelatnosti.

Za potrebe inferencijalne statističke analize, neke varijable u tablici 6.1.1 su pregrupirane, odnosno smanjen je broj kategorija. Stoga je dob svedena na samo tri kategorije:

- mlađa dob (20 – 30 g.)	22
- srednja dob (31 – 50 g.)	52
- stariji (51 i više g.)	26

Razine obrazovanja također se dijele u dvije kategorije:

- SSS, VŠS i VSS (medicinske sestre)	75
- VSS (liječnici)	25

Godine u službi pregrupirane su u sljedeće tri skupine:

- niži radni staž (do 10 godina)	28
- srednji staž (11-30 godina)	53
- viši radni staž (31 godina i više)	19

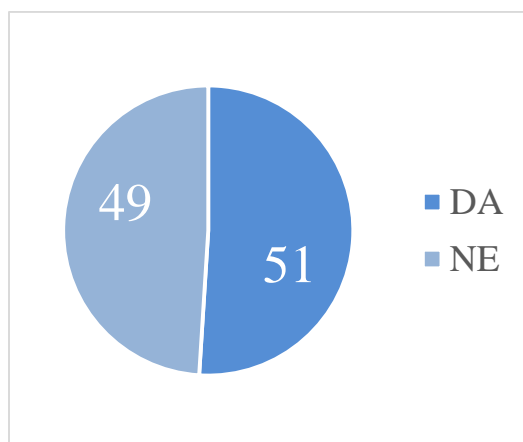
Prema profesionalnim karakteristikama (*tablica 6.1.2.*) 49 ispitanika (49%) dodatno se educiralo iz palijativne skrbi. Tečaj stalnog usavršavanja CEPAMET 19 (19%) ili predavanje unutar županije 15 (15%) i tijekom obrazovanja 13 (13%). U posljednjoj godini života prosječan broj bolesnika kojima je potrebna palijativna skrb po ordinaciji kretao se od 1-10, kao i broj bolesnika koji su umrli kod kuće. Broj ispitanika koji su upoznati s hrvatskim organizacijama za palijativnu skrb bio je zadovoljavajući i iznosio je 68%.

Varijabla i oblik varijable	Broj ispit.
Prošli su dodatnu edukaciju o palijativnoj skrbi:	
da	49
ne	51
Ukupno	100

Mjesto sticanja dodatnog znanja o palijativnoj skrbi:	
tijekom školovanja	13
tečaj trajnog usavršavanja (CEPAMET)	19
edukacije i predavanja izvan županije	2
edukacije i predavanja unutar županija	15
Ukupno	49
Smatra li dodatnu edukaciju iz palijativne skrbi važnom za svakodnevni rad:	
da	90
ne	10
Ukupno	100
Broj pacijenata s potrebom za palijativnom skrbi u zadnjih godinu dana:	
0	6
1 – 10	60
11 – 20	17
više od 20	17
Ukupno	100
Broj umrlih pacijenata kod kuće:	
0	12
1 – 10	69
11 – 20	11
više od 20	8
Ukupno	100
Je li ispitanik upoznat s organizacijom palijativne skrbi u Hrvatskoj:	
da	68
ne	32
Ukupno	100

Tablica 6.1.2. - Anketirani zdravstveni djelatnici primarne zdravstvene zaštite prema profesionalnim karakteristikama (u apsolutnim koje su i relativne frekvencije zbog n = 100)

Iako 90% ispitanika smatra da je potrebna dodatna edukacija o palijativnoj skrbi, gotovo polovica njih (49%) tu je edukaciju završila (putem predavanja, tečajeva ili tijekom školovanja) što je vidljivo iz *grafikona 6.1.1.*



Grafikon 6.1.1. Postotak ispitanika na dodatnoj edukaciji iz palijativne skrbi (n = 100)

Drugi dio upitnika bavio se područjima kao što su filozofija palijativne skrbi, bol, dispneja, psihijatrijski problemi, gastrointestinalni problemi i komunikacija.

Rezultate upitnika prikazuje *tablica 6.1.3.* (u apsolutnim koje su i relativne frekvencije zbog n = 100).

Pitanja po rednom broju	Točno	Netočno
1. Palijativna skrb u Hrvatskoj usmjerena je na umiruće osobe, u zadnjih šest mjeseci života.	61	39
2. SPICT test služi za prepoznavanje osoba s potrebom za palijativnom skrbi.	89	11
3. Među pojedincima varira stav o tome što je bitno za kvalitetu života.	96	4
4. Kod jake boli potrebno je odmah započeti s jakim opioidnim analgetikom.	30	70
5. Jedan od ciljeva suzbijanja boli je pacijentima omogućiti miran san noću.	93	7
6. Kada se redovito uzimaju opioidi tada ne bi trebalo koristiti nesteroidne protuupalne lijekove.	33	67

7. Primjena antidepresiva i antikonvulziva može pomoći u ublažavanju boli.	91	9
8. Kod probijajuće boli, kada se redovito uzimaju opioidi, sljedeću dozu ne treba dati ranije nego je predviđeno.	52	48
9. Dugotrajna upotreba opioida može stvoriti ovisnost.	93	7
10. Upotreba laksativa je učinkovita za sprečavanje konstipacije uzrokovane uzimanjem opioida.	85	15
11. Morfij se koristi za olakšavanje dispneje kod umirućih bolesnika.	51	49
12. Kada se redovito uzimaju opioidi respiratorna depresija je česta pojava.	66	34
13. Evaluacija dispneje treba se temeljiti na subjektivnom izvješću pacijenta.	77	23
14. Kod nekih umirućih bolesnika potrebna je kontinuirana sedacija kako bi se ublažila patnja.	89	11
15. Tijekom posljednjih dana života, somnolentnost uz disbalans elektrolita može smanjiti bol i nelagodu.	60	40
16. Morfij je čest uzrok delirija kod umirućih pacijenata.	60	40
17. Kod nemogućnosti oralnog hranjenja potrebno je uvesti nazogastričnu sondu.	88	12
18. Smanjenje oralnog uzimanja hrane može se liječiti jedino infuzijom.	8	92
19. Čak i ako oralno uzimanje hrane nije moguće, zbog opstrukcije probavnog sustava, a izvedbeni status je dobar ukupna parenteralna prehrana poboljšava kvalitetu života.	78	22
20. Intravenozna infuzija neće biti učinkovita za ublažavanje suhoće usta kod umirućih pacijenata.	76	24
Ukupan zbroj ispravnih odgovora	1276	

Tablica 6.1.3. - Koliko su često ispitanici odgovarali na pojedinačna pitanja o palijativnoj skrbi. Napomena: U svakom retku tablice podebljano je prikazan broj točnih odgovora na pitanje.

Postotak točnih odgovora za 20 pitanja u tablici 6.1.3. varira između 7% i 96%, kao što je prikazano stupcima na grafikonu 6.1.2.

Najmanje točnih odgovora imaju pitanja 9 i 17:

- 9. Dugotrajna upotreba opioida može stvoriti ovisnost (7% ispravnih odgovora)
- 17. Kod nemogućnosti oralnog hranjenja potrebno je uvesti nazogastričnu sondu (12%)

Najtočniji odgovori su na pitanja 7, 18, 5 i 3:

- 7. Primjena antidepresiva i antikonvulziva može pomoći u ublažavanju boli (91%).
- 18. Smanjenje oralnog uzimanja hrane može se liječiti jedino infuzijom (92%)
- 5. Jedan od ciljeva suzbijanja boli je pacijentima omogućiti miran san noću (93%).
- 3. Među pojedincima varira stav o tome što je bitno za kvalitetu života (96%)



Grafikon 6.1.2: Postotak točnih odgovora medicinskih djelatnika na pojedinačna pitanja o poznavanju palijativne skrbi (n=100). Napomena: T = točna izjava, N = netočna izjava.

Treći dio upitnika predstavlja percepciju zdravstvenih djelatnika o palijativnoj skrbi i skrbi na kraju života. Sastoji se od 30 pitanja, od kojih je 15 pozitivno, a 15 negativno formulirani. Sudionici su izrazili svoje slaganje ili neslaganje s tvrdnjama pomoću Likertove ljestvice (1-uopće se ne slažem, 2-ne slažem se, 3-nisam siguran, 4-slažem se, 5-u potpunosti se slažem). Odgovori Frekvencije su prikazane u Tablica 6.1.4.

Tvrdnje po rednom broju	1 = uopće se ne slažem	2 = uglavnom se ne slažem	3 = nisam siguran	4 = uglavnom se slažem	5 = u potpunosti se slažem	Ukupno
1. Briga o umirućoj osobi je vrijedno iskustvo +	-	-	3	29	68	100
2. Smrt nije najgora stvar koja se nekome može dogoditi. +	4	9	17	28	42	100
3. Razgovor o nadolazećoj smrti ne bi mi predstavljalo nelagodu. +	5	15	27	32	21	100
4. Briga o obitelji pacijenta trebala bi se nastaviti tijekom cijelog razdoblja tuge i žalovanja. +	2	6	12	36	44	100
5. Ne volim skrbiti o umirućoj osobi.	18	28	32	17	5	100
6. Njegovatelji koji nisu članovi obitelji ne bi trebali s umirućom osobom govoriti o smrti.	31	33	23	9	4	100
7. Frustrira me duljina vremena potrebna za brigu o umirućoj osobi.	40	31	19	7	3	100
8. Uzrujalo bi me kada bi umiruća osoba, o kojoj brinem, odustala od nade da će ozdraviti.	22	27	25	21	5	100
9. Teško je ostvariti bliski odnos s umirućom osobom.	23	38	25	11	3	100
10. Postoje situacije kada umiruća osoba priželjkuje smrt.	-	4	7	45	44	100
11. Kada osoba pita „Umirem li?“ najbolje je skrenuti razgovor na neku veseliju temu.	32	30	21	14	3	100

12. Obitelj treba biti uključena u fizičku njegu umiruće osobe. +	1	4	5	44	46	100
13. Želio bi da osoba o kojoj brinem umre kada nisam prisutan kod nje.	11	25	44	9	11	100
14. Strah me sprijateljiti se s umirućom osobom.	24	40	20	7	9	100
15. Osjećao bi se kao da sam odustao, kada bi osoba doista umrla.	33	40	16	9	2	100
16. Članovima obitelji je potrebna emocionalna podrška da prihvate promjene u ponašanju umiruće osobe. +	3	1	4	41	51	100
17. Kada se osoba bliži smrti, njegovatelj bi trebao biti sve manje uključen u brigu.	41	38	13	4	4	100
18. Obitelji bi trebale brinuti da pomognu umirućem članu da čim bolje provede ostatak života. +	-	1	5	38	56	100
19. Umirućoj osobi ne bi trebalo dozvoliti da donosi odluke o svojoj fizičkoj njezi.	27	31	20	15	7	100
20. Obitelji bi trebale održati maksimalno normalno okruženje za umirućeg člana obitelji. +	-	2	6	36	56	100
21. Korisno je da umiruća osoba verbalizira svoje osjećaje. +	-	1	5	37	57	100
22. U brigu o umirućoj osobi treba biti uključena obitelj. +	-	2	3	29	57	100
23. Njegovatelji bi umirućim osobama trebali dozvoliti da imaju prilagodljiv raspored posjeta. +	2	4	11	37	46	100
24. Umiruća osoba i njezina obitelj trebali bi biti donositelji odluka. +	-	1	15	40	44	100
25. Ovisnost o lijekovima protiv bolova ne bi trebalo predstavljati brigu vezano uz njegu umirućih osoba. +	7	9	22	35	27	100
26. Bilo bi mi nelagodno ući u sobu umiruće osobe i zateći je kako plače.	22	33	25	20	-	100
27. Umirućoj osobi treba iskreno odgovoriti na pitanja o njezinom zdravstvenom stanju. +	1	3	16	38	42	100
28. Poučavanje obitelji o smrti i umiranju nije zadatak i odgovornost njegovatelja.	18	26	31	20	5	100
29. Članovi obitelji koji su bliski s umirućom osobom često ometaju rad njegovatelja u njegovoj brizi.	7	22	32	35	4	100

30. Njegovatelji koji nisu članovi obitelji mogu pomoći umirućoj osobi da se pripremi za smrt. +	-	3	13	53	31	100
---	---	---	----	----	----	-----

Tablica 6.1.4. - Učestalost odgovora na pitanja o individualnim stavovima prema palijativnoj skrbi (n = 100). Napomena: pozitivno formulirana (verbalizirana) pitanja su označena sa +, dok su ostala pitanja negativno postavljena.

U tablici 6.1.5. rezultati deskriptivne statističke analize (aritmetičke sredine, standardne devijacije i koeficijenti varijacije) nakon rekodiranja negativno formuliranih tvrdnji.

Tvrdnja	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Koeficijent varijacije
1. Briga o umirućoj osobi je vrijedno iskustvo +	4,65	0,539	12
2. Smrt nije najgora stvar koja se nekome može dogoditi. +	3,95	1,149	29
3. Razgovor o nadolazećoj smrti ne bi mi predstavljalo nelagodu. +	3,49	1,133	32
4. Briga o obitelji pacijenta trebala bi se nastaviti tijekom cijelog razdoblja tuge i žalovanja +	4,14	0,985	24
5. Ne volim skrbiti o umirućoj osobi.	3,37	1,116	33
6. Njegovatelji koji nisu članovi obitelji ne bi trebali s umirućom osobom govoriti o smrti	3,78	1,106	29
7. Frustrira me duljina vremena potrebna za brigu o umirućoj osobi.	3,98	1,073	27
8. Uzrujalo bi me kada bi umiruća osoba, o kojoj brinem, odustala od nade da će ozdraviti.	3,40	1,189	35
9. Teško je ostvariti bliski odnos s umirućom osobom.	3,67	1,045	28
10. Postoje situacije kada umiruća osoba priželjkuje smrt.	1,71	0,769	45
11. Kada osoba pita „Umirem li?“ najbolje je skrenuti razgovor na neku veseliju temu.	3,74	1,143	31

12. Obitelj treba biti uključena u fizičku njegu umiruće osobe. +	4,30	0,823	19
13. Želio bi da osoba o kojoj brinem umre kada nisam prisutan kod nje.	3,16	1,098	35
14. Strah me sprijateljiti se s umirućom osobom.	3,63	1,186	33
15. Osjećao bi se kao da sam odustao, kada bi osoba doista umrla.	3,93	1,018	26
16. Članovima obitelji je potrebna emocionalna podrška da prihvate promjene u ponašanju umiruće osobe. +	4,36	0,859	20
17. Kada se osoba bliži smrti, njegovatelj bi trebao biti sve manje uključen u brigu.	4,08	1,032	25
18. Obitelji bi trebale brinuti da pomognu umirućem članu da čim bolje provede ostatak života. +	4,49	0,643	14
19. Umirućoj osobi ne bi trebalo dozvoliti da donosi odluke o svojoj fizičkoj njezi.	3,56	1,234	35
20. Obitelji bi trebale održati maksimalno normalno okruženje za umirućeg člana obit. +	4,46	0,702	16
21. Korisno je da umiruća osoba verbalizira svoje osjećaje. +	4,50	0,644	14
22. U brigu o umirućoj osobi treba biti uključena obitelj. +	4,59	0,653	14
23. Njegovatelji bi umirućim osobama trebali dozvoliti da imaju prilagodljiv raspored posjeta. +	4,21	0,935	22
24. Umiruća osoba i njezina obitelj trebali bi biti donositelji odluka. +	4,27	0,750	18
25. Ovisnost o lijekovima protiv bolova ne bi trebalo predstavljati brigu vezano uz njegu umirućih osoba. +	3,66	1,174	32
26. Bilo bi mi nelagodno ući u sobu umiruće osobe i zateći je kako plače.	3,57	1,047	29
27. Umirućoj osobi treba iskreno odgovoriti na pitanja o njezinom zdravstvenom stanju +	4,17	0,877	21
28. Poučavanje obitelji o smrti i umiranju nije zadatak i odgovornost njegovatelja.	3,32	1,136	34
29. Članovi obitelji koji su bliski s umirućom osobom često ometaju rad njegovatelja u njegovoj brizi.	2,93	1,008	34
30. Njegovatelji koji nisu članovi obitelji mogu pomoći umirućoj osobi da se pripremi za smrt. +	4,12	0,742	18

Tablica 6.1.5. - Rezultati deskriptivne statističke analize. Napomena: deskriptivni pokazatelji izračunati su za pozitivno formulirane tvrdnje (označene sa +). Za negativno formulirane tvrdnje prvo obrnite ljestvicu odgovora, a zatim izračunajte deskriptivne indekse navedene u tablici. Zbog prevrtanja ljestvice odgovora, tekst tvrdnji navedenih u tablici više nije primjeren.

Za 30 pitanja o stavovima ispitanika prema palijativnoj skrbi učestalost odgovora dobivenih na ljestvici od 1 do 5 prikazana je u *tablici 6.1.4*. Međutim, *tablica 6.1.5* je prikladnija za dobivanje jasnije slike manje prihvatljivih i više prihvatljivih stavova ispitanika, gdje se promatra iz aritmetičke sredine.

Oni se kreću od 1,71 do 4,65, a njihov zajednički prosjek je 3,84.

Tvrdnje 10 i 29 su najmanje prihvaćene ,a one glase:

10. *Ne* postoje situacije kada umiruća osoba priželjkuje smrt – negativna preformulirana tvrdnja (prosjek je 1,71)

29. Članovi obitelji koji su bliski s umirućom osobom *rijetko* ometaju rad njegovatelja u njegovoj brizi (prosjek je 2,93) – negativna preformulirana tvrdnja (prosjek je 2,93)

Tvrdnje 1 i 22 najviše prihvaćene tvrdnje i one glase:

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

22. U brigu o umirućoj osobi treba biti uključena obitelj (prosjek je 4,59)

Kako bismo dobili mjeru kojom svaki ispitanik izražava više ili manje **znanja** o palijativnoj skrbi, osmišljen je sustav bodovanja za odgovore na 20 pitanja navedenih u *tablici 6.1.3*. Sukladno sustavu, za svaki točan odgovor dobiva se jedan bod. Dakle, teoretski minimalni broj bodova je 0, a maksimalan 20. Najmanji stvarni broj bodova je 8, maksimalan 19, a prosječan broj bodova 12,8. Rezultat je prikazan u *tablici 6.1.6*

Bodovi za znanje o palijativnoj skrbi iznose:		
	Teoretski	Stvarno
minimalno	0	8
prosječno	10	12,8

maksimalno	20	19
------------	----	----

Tablica 6.1.6. – Bodovi znanja o PS

Implementacijom opisanog sustava bodovanja određen je rezultat svakog ispitanika i ti su rezultati zbrojeni. Dobiva se distribucija rezultata, kao što je prikazano u *tablici 6.1.7*. Na temelju toga izračunati su deskriptivni pokazatelji prikazani u *tablici 6.1.8*, dok je sama distribucija prikazana histogramom u kojem je nacrtana prilagođena normalna (Gaussova) krivulja (*grafikon 6.1.3*).

Broj bodova	Broj ispit.	Broj ispit.	Znanje
8	4	29	manje
9	1		
10	8		
11	16		
12	13	51	osrednje
13	23		
14	15		
15	11	20	veće
16	6		
17	2		
18	-		
19	1		
Svega	100	100	

Tablica 6.1.7. - Bodovi ispitanika na temelju znanja o palijativnoj skrbi ($n = 100$)

U donjoj tablici izračunati su deskriptivni pokazatelji te su izvedeni zaključci o znanju i stavovima sudionika u istraživanjima provedenim pomoću ovih pokazatelja.

Deskriptivni pokazatelj	Znanje	Stavovi
Aritmetička sredina	12,8	3,84
Medijalna vrijednost	13	3,87
Modalna vrijednost	13	3,90
Minimalna vrijednost	8	2,87

Maksimalna vrijednost	19	4,73
Standardna devijacija	2,11	0,389
Koeficijent varijacije	16%	10%
Kolmogorov-Smirnovljev test:		
z vrijednost u testu	0,125	0,059
p vrijednost u testu	0,001	0,200
normalnost distribucije	ne	da
Analiza pouzdanosti:		
broj varijabli u analizi	-	30
Cronbach alfa koeficijent	-	0,815

Tablica 6.1.8. - Deskriptivni pokazatelji znanja o palijativnoj skrbi i ocjene stavova o palijativnoj skrbi prema mišljenju ispitanika (n = 100)

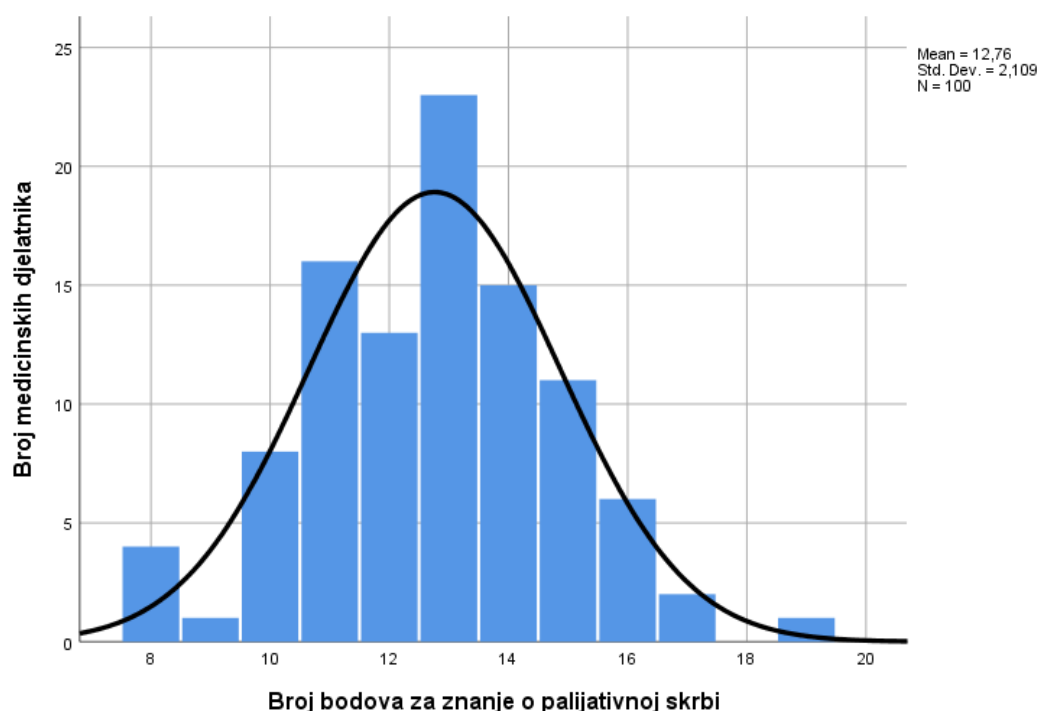
Distribucija ocjena **znanja** o palijativnoj skrbi imala je srednju vrijednost od $12,8 \pm 2,11$ s malom disperzijom ($V = 16\%$) i distribucijom koja nije nalikovala normalnoj distribuciji. Iz ovoga se mogu iznijeti tri važne činjenice:

1. Ispitanici su bili prilično upućeni u palijativnu skrb, odgovarajući na 13 (u prosjeku) točnih od 20 pitanja;
2. Razlike u poznavanju palijativne skrbi među ispitanicima su male, tj. skupine ispitanika su bile prilično slične u poznavanju ovog područja ($V = 16\%$);
3. Distribucija bodova znanja o palijativnoj skrbi razlikuje se od normalne distribucije ($z = 0,125$; $p = 0,001$ prema Kolmogorov-Smirnovljevom testu), što znači da kod inferencijalne statističke analize nije moguće koristiti parametarske već samo neparametarske testove. .

Prosječna distribucija **stavova** prema palijativnoj skrbi imala je relativno visoku srednju vrijednost od $3,84 \pm 0,389$, s malom disperzijom ($V = 10\%$) i distribucijom sličnom normalnoj. Stoga se mogu ilustrirati tri važne značajke:

1. Percepcije medicinskih djelatnika o palijativnoj skrbi uglavnom su pozitivne (prosjek od 3,84 vrlo je blizu 4 – slažem se);
2. Stavovima ispitanika o palijativnoj skrbi manje su se međusobno razlikovali, odnosno anketirana skupina ispitanika bila je homogena po tim stavovima ($V = 10\%$);
3. Distribucija srednjih stavova prema palijativnoj skrbi među medicinskim osobljem nalikuje normalnoj distribuciji ($z = 0,059$; $p = 0,200$ prema Kolmogorov-Smirnovljevom testu) što implicira da se parametarski testovi mogu koristiti pri primjeni inferencijalne statističke

analize.



Grafikon 6.1.3. -- Temeljem znanja o palijativnoj skrbi, grafički se histogramom ($n = 100$) iscrtava normalna krivulja bodovna raspodjela ispitanika.

Za potrebe analize pouzdanosti, 15 varijabli (tvrdnji) u skupini **izjava o stavu** o palijativnoj skrbi rekodirano je budući da su te tvrdnje izražene u negativnom obliku (tvrdnje 5 - 11, 13 - 15, 17, 19, 26, 28 i 29). **Analiza pouzdanosti** provedena je na skali stavova koja sadrži 30 čestica (tvrdnji, *items*). U analizi je korišten alfa model te je dobiven Cronbach alpha koeficijent pouzdanosti od **0,815**, što pokazuje dobru pouzdanost. Dakle, gledano u cjelini, može se zaključiti da su odgovori pojedinih ispitanika na pojedine tvrdnje međusobno **dobro usklađeni**.

6.2. Inferencijalna statistička analiza

Analiza je provedena različitim metodama, pa su rezultati podijeljeni u skupine prema korištenoj metodi.

Prvi skup analiza uključivao je neparametarske testove za razliku između dva medijana (Mann-Whitney U test) ili razliku između tri medijana (Kruskal-Wallis H test). Ovi testovi primijenjeni su na novu združenu varijablu **znanja** o palijativnoj skrbi. Provedena su tri U-testa i dva H-testa, a rezultati su prikazani u *tablici 6.2.1.*

	Testna kategorijalna (nezav.) varij.	Podskup ispitanika	Broj ispit.	Sredine rangova	U odnosno H	z odnosno df	p ¹⁾
1.	Spol	muški	18	61,13			
		ženski	85	48,62	U = 478	z = -1,558	0,119
2.	Dob	mlađi (do 30 g.)	22	45,32			
		srednji (31 – 40 g.)	52	50,27			
		stariji (50 i više g.)	26	55,35	H = 1,466	df = 2	0,481
3.	Obrazovanje	VSS	30	64,98			
		SSS i VŠS	70	44,29	U = 615	z = -3,308	0,001
4.	Radni staž	manji (do 10 g.)	28	45,55			
		srednji (11 – 30 g.)	53	53,08			
		veći (31 i više g.)	19	50,58	H = 1,265	df = 2	0,531
5.	Dodatna eduk.	da	49	53,17			
		ne	51	47,93	U = 1118	z = -0,914	0,361

Tablica 6.2.1. - Korištenje neparametrijske Mannove usporedbe rezultata za poznavanje palijativne skrbi. Whitneyjev U-test (za varijable s dvije kategorije) i Kruskal-Wallisov H-test (za varijablu s tri kategorije) n = 100

Zaključci neparametrijskih testova navedenih u *tablici 6.2.1* su sljedeći:

1. Medicinski tehničari i liječnici znaju više o palijativnoj skrbi od medicinskih sestara i liječnica (61,13 > 48,62). Međutim, ta razlika u znanju s obzirom na spol nije statistički značajna (p = 0,119).
2. Znanje o palijativnoj skrbi najniže je među mlađim ispitanicima, a najviše među starijim ispitanicima. Međutim razlika u znanju s obzirom na dob nije statistički značajna (p = 0,481).
3. Liječnici (VSS) imaju više znanja o palijativnoj skrbi od medicinskih sestara/tehničara SSS i VŠS i ta razlika (64,98 > 44,29) je statistički značajna (p = 0,001).

4. Najmanje znanja o palijativnoj skrbi imali su ispitanici s manje radnog iskustva. Međutim, ta razlika također nije bila statistički značajna ($p = 0,531$).

5. Ispitanici koji su prošli dodatnu edukaciju iz palijativne skrbi imaju (očekivano) veće znanje o njoj u odnosu na ispitanike koji te dodatne edukacije nisu prošli ($53,17 > 47,93$). No ni ovdje ta razlika u znanju nije bila statistički značajna ($p=0,361$).

Drugi skup analiza uključivao je t-test za razliku između dvije aritmetičke sredine i F-test za razliku između tri aritmetičke sredine (jednosmjerna ANOVA). Razlike između aritmetičkih sredina mogu biti slučajne ($p > 0,05$) ili statistički značajne ($p < 0,05$). Ovi parametarski testovi mogu se koristiti ako promatrana distribucija zavisne varijable sličí normalnoj distribuciji, što je slučaj za stavove prema palijativnoj skrbi.

Rb	Zavisna varijabla	Podgrupa ispitanika	Broj ispit.	Aritm. sred.	Pokazatelj (t ili F vrij.)	p
1.	Stavovi o palijativnoj skrbi (prosječne vrijednosti)	muški ženski	15 85	3,96 3,82	t = 1,354	0,179
2.	Stavovi o palijativnoj skrbi (prosječne vrijednosti)	mlađi srednji stariji	22 52 26	3,97 3,85 3,71	F = 2,762	0,068
3.	Stavovi o palijativnoj skrbi (prosječne vrijednosti)	VSS SSS i VŠS	30 70	3,95 3,79	t = 1,862	0,066
4.	Stavovi o palijativnoj skrbi (prosječne vrijednosti)	manji r. staž srednji r. staž veći r. staž	28 53 19	3,99 3,87 3,55	F = 8,482	< 0,001
5.	Stavovi o palijativnoj skrbi (prosječne vrijednosti)	dodatna edukacija da dodatna edukacija ne	49 51	3,84 3,84	t = 0,022	0,982

Tablica 6.2.2. - Rezultati testa usporedbe aritmetičke sredine stavova ispitanika prema palijativnoj skrbi (n = 100)

Manja aritmetička sredina od onih navedenih u *tablici 6.2.2.* označava niže prihvaćanje stavova prema palijativnoj skrbi, dok viša aritmetika znači veće prihvaćanje tih stavova. Što se tiče zaključaka parametarskih ispitivanja, rezultati su navedeni u *tablici 6.2.2.* Kako je opisano u nastavku:

1. Medicinski tehničari i liječnici imaju pozitivniji stav prema palijativnoj skrbi od medicinskih sestara i liječnica ($3,96 > 3,82$). Međutim, ta je razlika još uvijek premala da bi bila statistički značajna ($p = 0,179$).
2. Stavovi prema palijativnoj skrbi najmanje su prihvatljivi kod starijih ispitanika, a najviši kod mlađih ispitanika. Međutim, ta razlika još uvijek nije dovoljno velika da bi bila statistički značajna ($p = 0,068$).
3. Liječnici (VSS) bolje prihvaćaju stavove o palijativnoj skrbi od medicinskih sestara SSS i VŠS. Uočena razlika ($3,95 > 3,79$) ipak nije bila dovoljno velika da bi bila statistički značajna ($p = 0,066$).
4. Ispitanici s manjim i umjerenim radnim iskustvom više su prihvatili stavove o palijativnoj skrbi nego oni s dužim radnim iskustvom ($3,99 \approx 3,87 > 3,55$). No, treba naglasiti da je razlika ovdje statistički vrlo značajna ($p < 0,001$). Bonferonijevim post hoc testom utvrđena je statistički značajna razlika u stavu između ispitanika s manjim i većim radnim iskustvom ($p < 0,001$) i onih sa srednjim i većim radnim iskustvom ($p = 0,005$).
5. Ispitanici koji su se dodatno educirali o palijativnoj skrbi imaju približno isti stav prema palijativnoj skrbi u odnosu na one koji se nisu dodatno educirali ($3,84 \approx 3,84$). Dakle, mala razlika u stavovima prihvaćanja nije bila statistički značajna ($p = 0,982$).

Treći set analiza uključivao je hi-kvadrat testove, kojima je cilj bio provjeriti postoji li statistički značajna povezanost ($p < 0,05$) ili ne ($p > 0,05$) između nekih nominalnih varijabli. Podaci za ovu analizu smješteni su u kombinirane tablice (tablice nepredviđenih situacija) s različitim brojem stupaca ili redaka. Proveden je samo jedan takav neparametarski test, a rezultati su prikazani u *tablici 6.2.3*.

Rb	Varijable u kontingencijskoj tabeli	Format konting. tabele	n	χ^2	df	p
1.	Prošao dodatnu eduk. o palijativ. skrbi Poznaje organiz. palijativ. skrbi u RH	2 x 2	100	12,305	1	0,001

Tablica 6.2.3. – Rezultati hi-kvadrat testa

Zaključci o provedenom hi-kvadrat testu su sljedeći:

Postoji **statistički značajna korelacija** (da, ne) između toga jesu li ispitanici prošli dodatnu edukaciju o palijativnoj skrbi i znanja o organizacijama palijativne skrbi u Hrvatskoj. To su

potvrdili i rezultati testa ($\chi^2 = 12,305$, Yatesova korekcija $df = 1$; $n = 100$; $p < 0,001$). Uvidom u tablicu kontingencije (*tablica 6.2.4.*) može se izračunati da je od ukupnog broja ispitanika koji su se dodatno educirali njih 86% znalo za organizaciju palijativne skrbi, a 14% nije. Od ukupnog broja ispitanika koji nisu imali dodatnu edukaciju, njih 51% zna za organizacije palijativne skrbi, a 49% nije. Dakle, uz dodatnu edukaciju i znanje hrvatske organizacije za palijativnu skrb, bit će i veća. Nasuprot tome, bez dodatne edukacije o palijativnoj skrbi, znanje o ovoj organizaciji skrbi je smanjeno.

Dodatna edukacija	Poznav. organiz. palijativne skrbi		Ukupno
	Da	Ne	
Da	42	7	49
Ne	26	25	51
Ukupno	68	32	100

Tablica 6.2.4. -- Broj medicinskog osoblja sa ili bez dodatnog obrazovanja o palijativnoj skrbi i prema saznanjima organizaciju palijative u RH (n = 100)

Četvrti skup analiza uključivao je bivarijatne koeficijente korelacije (Spearmanov koeficijent korelacije r_s). Navedeni korelacijski koeficijenti mogu biti statistički značajni ($p < 0,05$) ili ne ($p > 0,05$). Ako su statistički značajne, tada utvrđene povezanosti ne vrijede samo u promatranom uzorku, već i u cijeloj populaciji (osnovnom skupu). Izračunato je deset Spearmanovih koeficijenata korelacije i prikazano u korelacijskoj matrici (*tablica 6.2.5.*).

	Varijable	V1	V2	V3	V4	V5
V1	Bodovi za znanje o palijativnoj skrbi	1	0,06	0,12	0,15	0,23
V2	Prosječni stavovi o palijativnoj skrbi		1	-0,29	-0,31	0,26
V3	Dob ispitanika (5 desetogodišnjih grupa)			1	0,88	-0,02
V4	Radni staž ispit. (5 desetogodišnjih grupa)				1	-0,07
V5	Razina obrazovanja (SSS, VŠS, VSS)					1

Tablica 6.2.5. Rezultati korelacijske analize ($n = 100$) – Spearmanov koeficijent korelacije

Od 10 koeficijenata korelacije što su navedeni u *tablici 6.2.5*:

- njih pet pokazuju slabiju povezanost (koeficijenti između -0,07 i 0,15);
- četiri koeficijenta pokazuju povezanost koja je bliže osrednjoj povezanosti (0,23 do 0,31);
- jedan koeficijent pokazuje jaku povezanost (0,88);
- pet koeficijenata su statistički značajna (između -0,31 i 0,88).

Najzanimljiviji je koeficijent od 0,06 između znanja o palijativnoj skrbi i stavova o palijativnoj skrbi. Međutim ta je povezanost slaba, pozitivna i nije statistički značajna.

6.3. Zaključci u vezi hipoteza

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

Prva hipoteza glasi : „Liječnici i medicinske sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti imaju dobro znanje, dobro razumiju palijativnu skrb“.

Dokazi da je ta hipoteza točna su sljedeći:

- a) Postotak pitanja na koja su ispitanici dali točan odgovor iznosi **64%** (*tablica 6.1.3*, zadnji red ima zbroj od 1276 ispravnih odgovora koji podijeljen s 20 pitanja daje prosjek od 63,8 odnosno 64%). Tako je gotovo dvije trećine ispitanika odgovorilo točno.
- b) Ispitanici su u prosjeku odgovorili točno na 13 (točnije 12,8) od 20 pitanja o poznavanju palijativne skrbi.
- c) Kod odgovora na pitanje o poznavanju palijativne skrbi postoji mala varijacija u rezultatima ispitanika (koeficijent varijacije je 16%), što znači da je ispitana skupina ispitanika bila relativno homogena skupina u pogledu znanja o palijativnoj skrbi.

Stoga se može zaključiti da se navedene pretpostavke **prihvaćaju** kao istinite.

Druga hipoteza je glasila: „Liječnici i medicinske sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti imaju pozitivan stav prema palijativnoj skrbi.“

Ova se hipoteza može ilustrirati s nekoliko analiziranih podataka (rezultata):

- a) Stavovi medicinskih djelatnika prema palijativnoj skrbi uglavnom su pozitivni, jer je prosjek od **3,84** (na ljestvici od 1 do 5) vrlo blizu 4 - slažem se.
- b) Male su varijacije u percepcijama palijativne skrbi među ispitanicima (koeficijent varijacije od samo 10%), odnosno grupa ispitanih ispitanika bila je homogena prema tim percepcijama.
- c) Prema stavovima ispitanika prema palijativnoj skrbi, njihova distribucija nalikuje normalnoj distribuciji ($z = 0,059$; $p = 0,200$ u Kolmogorov-Smirnovljevom testu).

Sukladno tome, valja zaključiti da se navedene pretpostavke **prihvaćaju** kao istinite.

Treća hipoteza u ovom radu glasi: „Nema statistički značajne razlike u razini znanja liječnika i medicinskih sestara o palijativnoj skrbi.“

Rezultati U-testa (*tablica 6.2.1, redni br. 3*) ilustriraju hipotezu prema kojoj postoji statistički značajna razlika ($p < 0,001$) između medicinskih sestara i liječnika u poznavanju palijativne skrbi. Liječnici su (očekivano) imali statistički višu razinu znanja od medicinskih sestara.

Stoga se ova pretpostavka **ne prihvaća kao** istinita.

Četvrta hipoteza u ovom radu glasi: „Stavovi ispitanika prema dobi i radnom stažu nisu statistički značajno različiti“.

Vezano uz ovu pretpostavku, treba spomenuti da su rezultati dviju inferencijalnih statističkih analiza dobiveni jednosmjernom ANOVA:

Kao što je prikazano u *tablici 6.2.2*, (pod rb. 2) ne postoji statistički značajna razlika u stavovima ispitanika u različitim dobnim skupinama ($p = 0,068$).

Kao što je prikazano u *tablici 6.2.2*, (pod rb.4) postoje statistički značajne razlike u stavovima ispitanika s različitim radnim godinama ($p < 0,001$).

Ako se potvrdi da je hipoteza točna prema rezultatima a), a netočna prema rezultatima b), treba donijeti kompromisni zaključak, odnosno **djelomično prihvaćanje** hipoteze.

6.4. Usporedba rezultata statističke analize u dvije županije

Prije ankete opisane u ovom radu izvršeno je s istim upitnikom anketiranje drugog uzorka medicinskih djelatnika zaposlenih u obiteljskoj medicini o palijativnoj skrbi u drugoj županiji. S obzirom da je korišten potpuno isti instrument istraživanja korisno je usporediti rezultate tih dviju anketa. Usporedba najvažnijih činjenica i rezultata dobivenih u te dvije ankete provedena je pregledno u sljedećoj *tablici 6.4.1*:

Uspoređena karakteristika	Prvo istraživanje	Drugo istraživanje
Vrijeme anketiranja	listopad 2021.g.	lipanj do rujan 2022.g.
Područje	Koprivničko-križevačka županija	Virovitičko-podravska županija
Statističke jedinice	medicinski djelatnici obit. medicine	medicinski djelatnici obit. medicine
Broj ispitanika	n = 92	n = 100
Način prikup. podataka	putem anketir. u papirnoj formi	online, putem Google Forms
Broj pitanja u upitniku	4 + 6 + 20 + 30	4 + 6 + 20 + 30
Prosječna dob	45 g.	41 g.
Prosječni radni staž	23 g.	19 g.
Postotak ispitanika sa dodatnom edukacijom	66%	49%
Postotak ispravnih odgovora na 20 pitanja o znanju	64%	64%
Normaln. distrib. bodova za znanje o pal. skrbi	ne	ne
Cronbach alpha koefic. pouzdanosti	0,77	0,82
Pros. stav ispitanika o palijativnoj skrbi	3,89	3,84
Normalnost distribucije stavova o palijat. skrbi	da	da

Statist. značajnost razlike u znanju o palij. skrbi liječnika u odnosu na medic. sestre	ne (p = 0,618)	da (p < 0,001)
Statist. značajnost razlike u stavovima o palij. skrbi liječnika u odnosu na medic. sestre	da (p = 0,016)	ne (p = 0,066)
Prva hipoteza	prihvaćena	prihvaćena
Druga hipoteza	prihvaćena	prihvaćena
Treća hipoteza	prihvaćena	nije prihvaćena
Četvrta hipoteza	djelomično prihvaćena	djelomično prihvaćena

Tablica 6.4.1: Usporedba dobivenih rezultata dvije susjedne županije Koprivničko-križevačke i Virovitičko-podravske županije

U najvećem broju uspoređivanih karakteristika postoji velika sličnost dobivenih rezultata na području navedenih dviju županija.

7. Rasprava

U okviru rada provedeno je istraživanje znanja i stavova liječnika i medicinskih sestara o palijativnoj skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Iako je palijativna skrb relativno nova djelatnost, zdravstveni djelatnici su se i do sada susretali u svom svakodnevnom radu s osobama koje su zbog svoga zdravstvenog stanja imale specifične potrebe.

Upitnik je distribuiran online putem, bio je dostupan svim djelatnicima na razini primarne zdravstvene zaštite u Virovitičko-podravskoj županiji. Ispunjavanje upitnika je anonimno i dobrovoljno, tako da su od ukupnog broja djelatnika prikupljeni odgovori od 100 sudionika.

Od ukupnog broja ispitanika, 15 ispitanika (15%) je muškog spola, a ostatak ili 85 ispitanika (85%) su žene. Što se tiče starosti, najveći broj ispitanika je u dobi od 31 do 40 godina, gotovo polovica ispitanika, odnosno brojčano je to 42 (42%). Tako u toj kategoriji nalazi se 25 liječnika (25%) i 75 (75%) medicinskih sestara (SSS, VŠS, VSS). U kategoriji radni staž najviše je ispitanika u kategoriji od 11 do 30 godina radnog staža u djelatnosti, njih 53 (53%). U dijelu gdje su navedeni podaci o dodatnoj edukaciji iz područja palijativne skrbi čak 49 ispitanika (49%) se pozitivno izjasnilo. Od edukacija najveći broj ispitanika je završilo tečaj trajnog usavršavanja na CEPAMET-u, njih 19 (19%). Ostali ispitanici su potvrdili da su sudjelovali na edukacijama unutar županije, njih 15 (15%) i dio tijekom školovanja, njih 13 (13%). Veliki broj ispitanika odnosno njih 90 (90%) smatra da je dodatna edukacija iz područja palijativne skrbi potrebna u svakodnevnom radu. Organizaciju palijativne skrbi kao prepoznatu potvrđuju 68 ispitanika (68%). Ispitanici su potvrdili da su skrbili o palijativnim bolesnicima tijekom posljednje godine. Brojčano su skrbili tijekom godine od 1 do 10 pacijenata njih 60 (60%). Isto tako veliki broj ispitanika, njih 69 (69%) potvrđuje da su bolesnici o kojima su skrbili (1 – 10) umrlo u svojoj kući.

U drugom dijelu upitnika ispitanici su pokazali svoje znanje o palijativnoj skrbi, a rezultati su se mogli ocijeniti zadovoljavajućima jer su odgovorili na 14 od 20 postavljenih pitanja točno. Najmanje ispravnih odgovora je bilo kod pitanja 9 i 17.; 9. Dugotrajna upotreba opioida može stvoriti ovisnost (7% ispravnih odgovora) te 17. Kod nemogućnosti oralnog hranjenja potrebno je uvesti nazogastričnu sondu (12%). U uvjetima slabo kontrolirane boli dolazi do nepotrebne patnje bolesnika uz mogućnost nastanka trajnih promjena u ponašanju i smanjenja kvalitete života te se učinkovito liječenje boli smatra osnovnim pravom svakog bolesnika. U skupinu neodgovarajuće liječenih bolesnika ubrajamo i bolesnike na opioidnoj supstitucijskoj terapiji. Zbog nedovoljne edukacije iz područja ovisnosti i liječenja akutne boli dolazi do problema gdje bolesnik nije pravilno opskrbljen potrebnom terapijom koja bi mu umanjila bol [29].

Što se tiče drugog pitanja, koje se odnosi na uvođenje sonde kod nemogućnosti oralnog hranjenja, u današnje vrijeme uz sve moguće napretke u području medicine velika većina zdravstvenih djelatnika smatra da je neophodno uvoditi sondu, ali takvo razmišljanje je pogrešno. Hrana služi kao potpora terapiji palijativnom bolesniku, a čak su pojedinci uvjereni da će od određene ishrane ozdraviti. Obično uz povećanu uporabu lijekova dolazi i do značajnog smanjenja apetita kod pacijenta. Kod takvih bolesnika obično se redovito prati tjelesna težina, ako su pokretni. Kod nepokretnih izvode se posebne tehnike mjerenja antropometrijskih osobina koje su posebno objasnili Chumlea i suradnici, a koju podržava i WHO [30]. Takve tehnike mjerenja omogućavaju procjenu visine i težine osobama koje su nepokretne. Preporuka je da se što duže očuva hranjenje oralnim putem, ako pacijent unesenom hranom ne zadovolji svoje energetske i nutritivne potrebe, tada se preporučaju razni enteralni pripravci koji će taj manjak nadoknaditi [31].

Od točnih odgovora najveći postotci su bili za očekivana pitanja. Neka od njih su:

18. Smanjenje oralnog uzimanja hrane može se liječiti jedino infuzijom (92%)
5. Jedan od ciljeva suzbijanja boli je pacijentima omogućiti miran san noću (93%)
3. Među pojedincima varira stav o tome što je bitno za kvalitetu života (96%)

Frommeltovom skalom koja sadrži pitanja vezana za skrb za umirućeg bolesnika želio se utvrditi stav ispitanika prema palijativnoj skrbi. Prema prikupljenim podacima vidljivo je da su stavovi medicinskih djelatnika uglavnom pozitivni (prosjek ocjene 3,84). Najmanje su prihvaćene dvije tvrdnje i to su pod brojem 10 i 29:

10. **Ne** postoje situacije kada umiruća osoba priželjkuje smrt – negativna preformulirana tvrdnja (prosjek je 1,71)
29. Članovi obitelji koji su bliski s umirućom osobom **rijetko** ometaju rad njegovatelja u njegovoj brizi (prosjek je 2,93) – negativna preformulirana tvrdnja (prosjek je 2,93)

Najviše su prihvaćeni iskazi 1 i 22 koji glase:

1. Briga o umirućoj osobi je vrijedno iskustvo (prosjek je 4,65)
22. U brigu o umirućoj osobi treba biti uključena obitelj (prosjek je 4,59)

Tvrdnje imaju očekivano visoke ocjene s obzirom na to da su prepoznate ne samo kroz zdravstveni sustav već i kroz svakodnevni život. Iako sama riječ smrt nekako budi nelagodu u nama, nažalost, ona je sastavni dio našega života. Bolesnik se smatra umirućim kada je njegov

životni vijek koji je preostao šest mjeseci ili čak i manje. Procjena duljine preostalog života ne moraju uvijek biti točne, što znači da bolesnik ne mora umrijeti za 6 mjeseci, životni vijek može mu se skratiti ili čak produžiti [32]. Jedan od ciljeva palijativne skrbi je uključiti obitelj u skrb oko palijativnog bolesnika. Iako je sve „popularnija“ društvena skrb o palijativnom bolesniku, pojedine obitelji nemaju izbora, što zbog financija koje su nedostatne ili zbog nedostatnog smještajnog kapaciteta u sredini gdje žive. Ponekad je skrb obitelji i posljednja želja umirućeg. Također palijativna skrb smatra da dostojanstvenu i kvalitetnu smrt može pružiti samo obitelj [33].

Medicinski tehničari i liječnici imaju veće znanje o palijativnoj skrbi u odnosu na medicinske sestre i liječnice (61,13 > 48,62). Međutim ta razlika u znanju s obzirom na spol nije statistički značajna. Što se tiče razlike u znanju o palijativnoj skrbi s obzirom na dob, isto tako nema statistički značajnije razlike. Statistički značajna razlika u znanju o palijativnoj skrbi postoji kod liječnika i medicinskih sestara. Ispitanici s manjim radnim stažem isto tako imaju manje znanja o palijativnoj skrbi, no ni ta razlika nije statistički značajna. Isto tako nema statistički značajnije razlike između ispitanika koji su prošli dodatnu edukaciju iz palijativne skrbi i onih koji istu nisu prošli.

Porast broja ljudi kojima su potrebne usluge palijativne skrbi, zajedno s nedostatkom znanja o sestinstvu u ovom području, izazovi su s kojima se treba pozabaviti kako bi se osigurala kvalitetnija njega na kraju života. U Sjevernom Libanonu provedena je deskriptivna analiza te su dobiveni očekivani rezultati. Medicinske sestre nisu pokazale dovoljno znanja o palijativnoj skrbi: 52% imalo je lošu razinu (≤ 18 bodova), a 48% priličnu razinu (19 – 28) znanja. Nijedan sudionik nije postigao više od 73% u ukupnom PCKT rezultatu. Medicinske sestre postigle su najlošiju ocjenu u liječenju dispneje i psihijatrijskih problema. Ova pilot studija pokazala je da je promicanje kontinuirane edukacije o palijativnoj skrbi potrebno za pružanje kvalitetne skrbi neizlječivo bolesnim [34].

Sljedeća studija bila je provedena između 372 medicinske sestre te se odnosila na stav prema skrbi na kraju života u javnim bolnicama u zonama Wollega, Etiopija. Upitnik se sastojao od tri različita dijela: demografske karakteristike medicinskih sestara, palijativ Care Quiz for Nursing (PCQN) i Frommelt Attitudes Towards Care of the Dying (FATCOD). Oko 12% ispitanika prošlo je obuku ili pohađalo predavanja o palijativnoj skrbi u školama za medicinske sestre. Ispitanici pretežno imaju pozitivan i podržavajući stav prema brizi na kraju života. Većina medicinskih sestara također vjeruje da njegovatelji koji nisu članovi obitelji mogu pomoći bolesnicima da se pripreme za smrt (92,8), obitelji bi trebale održavati što je moguće normalnije okruženje za svog umirućeg člana (93%) i da je pružanje skrbi umirućoj osobi vrijedno iskustvo (89,9%). U ovoj studiji, medicinske sestre koje su imale iskustvo rada s računalom bile su bolje

upućene od medicinskih sestara koje nemaju iskustva u radu na računalu i koje nikada nisu pohađale edukaciju o palijativnoj skrbi. Ključnu ulogu je odigrala informatizacija te mogućnost online edukacija putem istraživanja raznih portala i čitanjem stručne literature. Studija je ukazala na neadekvatno znanje o palijativnoj skrbi, posebice onih sestara koje nisu imale u skrbi palijativne bolesnike. Nalazi također pružaju dokaze da bi se veća pažnja i resursi trebali usmjeriti na edukaciju i podršku medicinskim sestrama koje skrbe o bolesnicima kojima je potrebna palijativna skrb u zonama Wollega [35].

Svijest o palijativnoj skrbi, obrazovanju i praksa uvelike se razlikuju u globalnim zdravstvenim sustavima, posebno u zemljama s niskim i srednjim prihodima, poput Nigerije. Autori su proveli online anketu među 27 zdravstvenih radnika koji skrbe o palijativnim pacijentima. Fakultet za globalno zdravlje i palijativnu skrb sa Sveučilišta Northwestern i Sveučilišta u Lagosu osmislio je pitanja otvorenog tipa. Demografska pitanja kao i procjena znanja i vještina o različitim temama iz palijativne skrbi. Polaznici su opisali kako nedostatak pristupa lijekovima za kontrolu boli, posebno opioidnim analgeticima, ostavlja mnoge pacijente u značajnoj nelagodnosti zbog nekontrolirane boli te veliki broj komorbiditetima kod palijativnih bolesnika. Jedna od najvećih prepreka pružanju sveobuhvatne palijativne skrbi u cijelom svijetu je nedostatak certificiranih obučanih zdravstvenih radnika unutar strukturiranog zdravstvenog okruženja. Veliki udio financiranja programa koji ovisi o donatorima, ograničena dostupnost morfija i relativno malo usluga palijativne skrbi u usporedbi s veličinom stanovništva. Jedan od problema je i pravovremeno upućivanje i detekcija bolesti [36].

Uz sve veću potražnju za bolnicama za pružanje skrbi na kraju života, niska kvaliteta palijativne skrbi koja se pruža u bolničkim okruženjima je pitanje koje izaziva sve veću zabrinutost u zemljama u razvoju. Većina umirućih bolesnika dobiva skrb od medicinskih sestara općeg smjera, bez obzira na specijalnost ili razinu obrazovanja medicinskih sestara. Provedena je strukturirana upitnička anketa među 553 medicinske sestre koje rade u bolnici u Maleziji. Prosječni rezultati za znanje medicinskih sestara o skrbi na kraju života, njihovi stavovi prema skrbi na kraju života i percipirana kvaliteta skrbi na kraju života bili su niski. Čimbenici koji su pridonijeli niskoj kvaliteti skrbi za umiruće osobe su neadekvatno znanje i negativni stavovi. Ovi nalazi mogu odražavati da obrazovanje o skrbi na kraju života nije dobro integrirano u obrazovanje medicinskih sestara. Menadžeri medicinskih sestara i kreatori bolničkih politika trebali bi razviti strategije za povećanje razine znanja medicinskih sestara, kao i pružanje odgovarajuće emocionalne podrške medicinskim sestrama koje se brinu za umiruće pacijente i njihove obitelji. Medicinske sestre trebaju biti proaktivne u povećanju svog znanja i usvajanju pozitivnijih stavova prema njezi na kraju života [37].

Studija presjeka provedena sa studentima koji su se prijavili za specijalizaciju na Federalnom sveučilištu u São Paulu bili su pozvani da dobrovoljno sudjeluju u anonimnoj anketi upitnika koju su sami popunili. Studija je uključivala demografske podatke, stavove, prethodnu obuku o skrbi za kraj života, prethodno iskustvo o skrbi za kraj života, test znanja o palijativnoj skrbi (PCKT) te pristanak za sudjelovanje u studiji. Od 3086 subjekata koji su se prijavili za specijalizaciju, 2349 (76%) je odgovorilo na anketu, no njih 2225 je bilo prihvatljivo za analizu. Iako većina (99,2%) smatra da je važno imati edukaciju o palijativnoj skrbi u medicinskom nastavnom planu i programu, manje od polovice njih (46,2%) izjavilo je da nije prošlo nikakvu edukaciju o palijativnoj skrbi. Ukupna izvedba u PCKT-u bila je loša, sa srednjom ocjenom od 10,79 (± 3). Studija je pokazala da brazilskim liječnicima nedostaje ne samo znanje, već i obuka o palijativnoj skrbi. Važni čimbenici za bolje znanje o skrbi za umiruće osobe bili su prethodna obuka, prethodni kontakt s umirućim bolesnicima i prethodni rad u struci. Studija je prikazala važnost obuke o palijativnoj skrbi u brazilskim medicinskim školama i programima specijalizacije. Trebali bi se usredotočiti na poboljšanje obuke na kraju života, posebno one koja uključuje kontakt s terminalnim pacijentima. Prema Latinoameričkom udruženju za palijativnu skrb, Brazil nudi samo 0,48 usluga palijativne skrbi na milijun stanovnika. U 2012. godini nijedan ovlašten liječnik nije radio u palijativnoj skrbi. Obrazovni scenarij također je zabrinjavajući. Dok samo 1,1% medicinskih škola uključuje obrazovanje o palijativnoj skrbi u dodiplomske nastavne planove i programe, a potražnja za palijativnom skrbi u zemljama u razvoju stalno raste [38].

Provedeno je prospektivno istraživanje na području RH na tri razine zdravstvene zaštite. U studiju je uključeno 150 ispitanika, a u istraživanju je primijenjen instrument PCQN.

Provedeno istraživanje pokazuje znanje medicinskih sestara i tehničara o palijativnoj skrbi u primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti. Rezultati provedenog istraživanja pokazuju da su medicinske sestre i tehničari, unatoč značajnoj edukaciji u proteklom desetljeću, još uvijek nedovoljno informirani o palijativnoj skrbi, ali su medicinske sestre i tehničari u primarnoj zdravstvenoj zaštiti daleko bolje upućeni u palijativnu skrb od onih na, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite. Možemo zaključiti da postoji potreba za boljom edukacijom kroz primjere iz stvarnog života s ciljem postizanja viših razina empatije [39].

Isto istraživanje provela je i koordinatorica palijativne skrbi Koprivničko-križevačkoj županije s ciljem izrade diplomskog rada, a rezultati su bili vrlo slični rezultatima ovog diplomskog rada. Unatoč manjem uzorku (92), može se zaključiti da je znanje o palijativnoj skrbi općenito dobro. Nešto je niži postotak točnih odgovora na pitanja iz područja primjene opioidnih analgetika. Znanje kod medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi je nešto niže. Pretpostavka tog spoznaji je nedovoljno obrazovanje medicinskih sestara o palijativnoj skrbi, tijekom

srednjoškolskog obrazovanja. Statistički značajan rezultat je da osobe koje su prošle dodatnu edukaciju iz palijativne skrbi imaju veće znanje i pozitivniji stav prema skrbi o umirućima [40].

8. Zaključak

Tijekom svojeg dosadašnjeg radnog iskustva kako u patronažnoj djelatnosti pa nadalje kao koordinator palijativne skrbi, najveće prepreke koje poljuljaju sigurnost jesu nedostatak iskustva i znanja. Rad u zdravstvenom sustavu iziskuje kontinuiranu edukaciju zbog proširivanja znanja te razmjene iskustava. Da bi palijativni bolesnik uopće bio prepoznat kao takav, važnu ulogu u svemu ima njegov obiteljski liječnik. Liječnik je taj koji zna sve o svojim bolesnicima, njihovim obiteljima te kroz dugogodišnju skrb upozna i njegove navike. Pošto je populacija sve starija, odnosno životni vijek se produžuje, bitno je razlikovati kroničnog bolesnika od palijativnog. Liječnici ponekad smatraju da su osobe koje uđu u duboku starost, prikovane uz krevet i ovisne o drugima, savršeni kandidati za registar palijativnih bolesnika, kao i za posjete palijativnog mobilnog tima. Medicinska sestra je uz liječnika prva osoba koja ulazi u bolesnikovu obitelj. Ona planira, provodi, koordinira i rukovodi cjelokupnim procesom zdravstvene njege. Pruža podršku pacijentu, obitelji u trenucima donošenja teških odluka. Medicinske sestre u palijativnom timu moraju surađivati sa svim članovima multidisciplinarnog tima. Važnost edukacije i primjena komunikacijskih vještina temelj je palijativne skrbi. Palijativni pristup je holistički i individualni te je neophodno kontinuirano usavršavanje iz palijativne medicine.

Palijativna skrb ne može izliječiti pojedinca, ali zato uz svoje napore i zalaganje može olakšati posljednje dane života te ublažiti bol. Da bi osoba koja pruža palijativnu skrb bila uspješna u svom radu najbitnija je njezina empatija.

Cijeli multidisciplinarni tim mora imati spoznaju i uvjerenje da smrt nije potpuni gubitak, već posljednje čovjekovo ostvarenje. Na taj način postajemo svjesni vlastitog poimanja smrti kao i smrti voljene nam osobe.

Da bi se društvo osvijestilo o palijativnoj skrbi te o njezinim dobrobitima, potrebno je provoditi kontinuiranu edukaciju za sve razine zdravstvene zaštite. Edukacija budućih zdravstvenih djelatnika i uvođenje palijativne skrbi na svim razinama zdravstvenog sustava te u preddiplomski i poslijediplomski studij omogućava ljudima bolje razumijevanje palijativne skrbi. Provedenim edukacijama djelatnici stječu potrebne stavove kao i znanje o palijativnoj skrbi.

9. Literatura

- [1]. <https://dzs.gov.hr> ;Državni zavod za statistiku RH; popis stanovnika za 2021.
- [2]. Europsko udruženje za palijativnu skrb: Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi: 1. Dio, European journal of palliative care, 16(6), 2009.
- [3]. Đorđević V, Braš M, Brajković L ;Palijativna skrb Mostovi nade i čovječnosti, Roketa,Zagreb,2002.
- [4].Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske: Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.-2020., Zagreb, 2017.
- [5]. World Health Organization: Assessing the development of palliative care worldwide:a set of actionable indicators, 2021.
- [6]. J.S.Temel i sur.: Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer; Vol.363, No 8, Aug 19.2010;str. 733-742
- [7]. C. Saunders, N. Sykes: Palijativna skrb u završnom stadiju maligne bolesti, Školska knjiga, Zagreb, 1996.
- [8]. Đorđević V, Braš M, Brajković L: Osnove palijativne medicine; Medicinska naklada, Zagreb,2013.
- [9]. S.Vuletić,B. Juranić,Š.Mikšić,Ž.Rakošec:Palijativna skrb i medicinsko - duhovne potrebe terminalnih bolesnika; Bogoslovna smotra Vol.84, No.4,2014.
Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr>
- [10]. <https://narodne-novine.nn.hr>; Zakon o zdravstvenoj zaštiti, u: NN 121/2003,Dostupno 29.7.2003
- [11]. Đorđević V, Braš M, Brajković L:Palijativna skrb- brinimo zajedno ;Medicinska naklada, Zagreb,2014.
- [12]. Brkljačić M, Šamija M, i sur.: Palijativna medicina : Temeljna načela i organizacija, Klinički pristup terminalnom bolesniku, Medicinska etika; Maruklin d.o.o., Sveučilište u Rijeci, Zaklada Onkologija 2013.
- [13]. <https://www.vpz.hr.>; Strategija razvoja palijativne skrbi u Virovitičko-podravskoj županiji za razdoblje 2017-2020g.,Virovitica, ožujak 2017g.
- [14]. <https://www.zzjzvpz.hr.>; Izvješće o radu zavoda za javno zdravstvo za 2020g;Virovitica, lipanj 2021g.
- [15]. Katić, M., Jureša, V. i Orešković, S. Family medicine in Croatia: past, present, and forthcoming challenges. Croatian Medical Journal,Vol 45,No 5,2004,str 543-549.
- [16]. Al-Assaf, A.E. i Sheikh, M. Quality improvement in primary health care; World Health Organization Regional Office for Eastern Mediterranean,Cairo 2004.

- [17]. Ž.Bakar . Korišteni nezadovoljstva liječnika primarne zdravstvene zaštite. *Medicina Familiaris Croatica*. Vol 23 ,No 2,2015,str 3-7
- [18]. S. Ivković i sur.: Obiteljska medicina – sigurna budućnost, *Med Jad*, Vol 41,No 1-2, 2011, str.5- 13.
- [19]. Berry LL, Parish JT, i sur.:Patients' commitment to their primary physician and why it matters. *Ann Fam Med*.Vol 6, No1, 2008,str.6-13
- [20]. R E Rakel,; *Osnove obiteljske medicine*. Zagreb, 2005.
- [21]. Katić M, Budak A, Ivanković D, et al.;*Fam Pract*; Patients' views on the professional behaviour of family physicians.Vol 18,No 1, 2001,str.42-47.
- [22]. Katić M, Švab I i sur.: *Obiteljska medicina,Alfa,Zagreb,2013*.
- [23].R.Tusić,L.Miletić :*Patronažna zdravstvena zaštita; Medicinsko-socijalna zaštitnica bolesnih, nemoćnih ali i zdravih : ZZJZPGŽ - Narodni zdravstveni list,No 724-725,2020,str 4*.
- [24]. R.Tusić ,L.Miletić :*Zdravstvena njega u kući; Kućna njega efikasna i dostupna : ZZJZPGŽ - Narodni zdravstveni list, No 724-725,2020,str 5-6*
- [25]. *Hrvatska komora medicinskih sestara: Kompetencije medicinske sestre u specijalističkoj palijativnoj skrbi, Zagreb,2018*.
- [26]. R. Marđetko, N. Dumbović: *Centar za koordinaciju palijativne skrbi/ koordinator za palijativnu skrb u županiji, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, Zagreb, 2018*.
- [27]. Y. Nakazawa, M. Miyashita, T. Morita, M.Umeda, Y. Oyagi, T. Ogasawara: The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health profesional, *Palliative Medicine*,Vol 23,No 8, 2009, str. 754-766.
- [28]. K. H. Murray Frommelt: Attitudes toward care of the terminally ill: An educational intervention, *American Journal of Hospice & Palliative Care*, Vol 20, No 1, 2003
- [29].V.Nesek Adam,M.Matolić i sur.: Liječenje akutne boli u bolesnika na supstitucijskoj terapiji metadonom ili buprenorfinom; *Acta Med Croatica*,No 70, 2016,str. 173-178
- [30]. W.C. Chumlea, A F Roche,D. Mukherjee,; Nutritional assessment of the elderly through anthropometry; Vol 88,No 4,1988,str 564-568
- [31]. Ž.Krznarić,D. Vranešić Bender,D. Ljubas Kelečić.;*Klinička prehrana, Medicinska naklada,Zagreb;2011*.
- [32]. M. Brkljačić :*Aktualno stanje palijativne skrbi u Hrvatskoj,Stručno znanstveni rad,Služba Božja 53,Zagreb,2013,str.367-376*
- [33]. S. Čukljek: *Osnove zdravstvene njege; Priručnik za studij sestinstva; Zdravstveno veleučilište Zagreb; 2005*.

- [34]. S. El Khatib, A.Khoder, D.Moghrabi, M. Rabah, S. Al Tabbah: Nurses' knowledge about palliative care services in North Lebanon ; *Internacional Journal of Palliative Nursing*; ;Vol 28 No 10,2022,str 474-481
- [35]. W. Etafa et al: Nurses' knowledge about palliative care and attitude towards end- of-life care in public hospitals in Wollega zones: A multicenter cross-sectional study; *PLoS One*;Vol 15,No 10,2020.
- [36]. A. Doobay-Persaud MD et al: Palliative Care Challenges in Nigeria: A qualitative study of interprofessional perceptions;Vol 65,No 1,2023,str 1-5.
- [37]. E.O.D. Hussin,L.P.Wong,M.C. Chong et al: Factors associated with nurses' perceptions about quality of end-of-life care; *International Nursing Review*; Vol 65,No 2,2018,str 200-208.
- [38]. T.Iosimoto,D. Ioshimoto Shitra et al: Education is an important factor in end-of-life care: results from a survey of Brazilian physicians' attitudes and knowledge in end-of-life medicine;*BMC Medical Education*;Vol 20,No 1,2020,str 339.
- [39]. R. Marinić, A. Joka, A. Friganović, A. Ljubas, V.Korent: Znanje medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite, *Croatian Nursing Journal*,Vol 5,No1,2021, str. 17–28.
- [40]. M. Međimorec: Znanje i stavovi liječnika i medicinskih sestara o palijativnoj skrbi u ordinacijama opće/obiteljske medicine u Koprivničko-križevačkoj županiji;Diplomski rad; Sveučilište sjever Varaždin,2022g.

Popis tablica

1. Tablica 6.1.1. Zdravstveni radnici primarne zdravstvene zaštite anketirani prema općem stanju podataka
2. Tablica 6.1.2. Anketirani zdravstveni djelatnici primarne zdravstvene zaštite prema profesionalnim karakteristikama
3. Tablica 6.1.3. Koliko su često ispitanici odgovarali na pojedinačna pitanja o palijativnoj skrbi
4. Tablica 6.1.4. Učestalost odgovora na pitanja o individualnim stavovima prema palijativnoj skrbi (n = 100)
5. Tablica 6.1.5. Rezultati deskriptivne statističke analize
6. Tablica 6.1.6. Bodovi znanja o PS
7. Tablica 6.1.7. Bodovi ispitanika na temelju znanja o palijativnoj skrbi (n = 100)
8. Tablica 6.1.8. Deskriptivni pokazatelji znanja o palijativnoj skrbi i ocjene stavova o palijativnoj skrbi prema mišljenju ispitanika (n = 100)
9. Tablica 6.2.1: Korištenje neparametrijske Mannove usporedbe rezultata za poznavanje palijativne skrbi
Whitneyjev U-test (za varijable s dvije kategorije) i Kruskal-Wallisov H-test
(za varijablu s tri kategorije) n = 100
10. Tablica 6.2.2: Rezultati testa usporedbe aritmetičke sredine stavova ispitanika prema palijativnoj skrbi (n = 100)
11. Tablica 6.2.3. Rezultati hi-kvadrat testa
12. Tablica 6.2.4. : Broj medicinskog osoblja sa ili bez dodatnog obrazovanja o palijativnoj skrbi i prema saznanjima organizaciju palijative u RH (n=100)
13. Tablica 6.2.5. Rezultati korelacijske analize (n = 100) – Spearmanovi koeficijenti korelacije
14. Tablica 6.4.1. Usporedba dobivenih rezultata dvije susjedne županije Koprivničko-križevačke i Virovitičko-podravske županije

Popis grafikona

1. Grafikon 6.1.1. Postotak ispitanika na dodatnoj edukaciji iz palijativne skrbi (n = 100)
2. Grafikon 6.1.2. Postotak točnih odgovora medicinskih djelatnika na pojedinačna pitanja o poznavanju palijativne skrbi (n=100)
3. Grafikon 6.1.3. - Temeljem znanja o palijativnoj skrbi, grafički se histogramom (n = 100) iscrtava normalna krivulja bodovna raspodjela ispitanika.

10. Prilozi

Prilog 1. - Odobrenje etičkog povjerenstva Doma zdravlja Virovitičko-podravске županije



DOM ZDRAVLJA VIROVITIČKO-PODRAVSKE
ŽUPANIJE

Ljudevita Gaja 21, Virovitica

ETIČKO POVJERENSTVO

tel. 033/722-160 i 721127 / fax: 721-198;

web: dom-zdravlja-vpz.hr mail: dz-virovitica.uprava@vt.t-com.hr

URBROJ:2189-67-1-01-1723/2022

Virovitica, 17.05.2022.

Na temelju članka 94 st. 1. i članka 65. al.2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“ br.100/18., 125/19., 147/20), te članka 41. st. 1. i 6. al. 2. Statuta Doma zdravlja Virovitičko-podravске županije, a sukladno zamolbi **Maje Antoljak, bacc. med. tech, iz Pitomače, Vinogradska 47**, Etičko povjerenstvo na temelju suglasnosti svih članova dana 17.05.2022. godine izdaje slijedeće

MIŠLJENJE ETIČKOG POVJERENSTVA

I

Etičko povjerenstvo Doma zdravlja Virovitičko podravске županije razmotrilo je zahtjev za odobrenje istraživanja pod nazivom:

- Znanje i stavovi liječnika i medicinskih sestra o palijativnoj skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Virovitičko-podravskoj županiji „

II

Etičko Povjerenstvo, zaključuje da je prikazano istraživanje etički prihvatljivo, uz uvjet da isto mora biti u skladu s važećim zakonskim propisima i smjernicama kojim je zaštićen identitet pacijenta/ ispitanika.

PREDSIEDNIK
Etičkog povjerenstva
Dražen Ciglar, dr.med. spec. med. rada
i sporta

**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, Maja Azrojak (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom POZADJE I STAVOVI LIFECOLIKATA I FENOLOSAINA SESTANA O POKUPITIVU SUKLA I JAVNAJNOJ SUGLASNOSTI ZA JAVNU OBJAVU (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Maja Azrojak
(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, Maja Azrojak (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom POZADJE I STAVOVI LIFECOLIKATA I FENOLOSAINA SESTANA O POKUPITIVU SUKLA I JAVNAJNOJ SUGLASNOSTI ZA JAVNU OBJAVU (upisati naslov) čiji sam autor/ica. POZADJE I JAVNAJNOJ SUGLASNOSTI ZA JAVNU OBJAVU

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Maja Azrojak
(vlastoručni potpis)

Prilog 3. – Upitnik

UPITNIK ZNANJA I STAVOVA O PALIJATIVNOJ SKRBI

Poštovani,

studentica sam druge godine Diplomskog studija sestrinstva - Menadžment u sestrinstvu na Sveučilištu Sjever u Varaždinu. U svrhu izrade diplomskog rada provodim istraživanje o znanju i stavovima liječnika i medicinskih sestara o palijativnoj skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Virovitičko podravskoj županiji.

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

Imate li bilo kakvih dodatnih pitanja u vezi s istraživanjem, njegove provedbe ili rezultata, možete me kontaktirati na broj telefona: 098/ 805 550

Hvala Vam na izdvojenom vremenu!

Maja Antoljak, bacc.med.techn

1. Spol:

- a) Muško
- b) Žensko

2. Dob:

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

3. Stupanj obrazovanja:

- a) Doktor medicine
- b) Specijalista obiteljske medicine

- c) Medicinska sestra/tehničar opće njege
- d) Prvostupnica/ prvostupnik sestrinstva
- e) Ostalo _____

4. Godine radnog staža:

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

5. Jeste li prošli dodatnu edukaciju iz palijativne skrbi?

- a) Da
- b) Ne

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

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

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

- a) Da
- b) Ne

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

- a) 0
- b) 1 – 10
- c) 11 – 20

d) > 20

9. Koliko je pacijenata umrlo kod kuće?

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

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

- a) Da
- b) Ne

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

Palijativna skrb u Hrvatskoj usmjerena je na umiruće osobe, u zadnjih šest mjeseci života.	T	N
SPICT test služi za prepoznavanje osoba s potrebom za palijativnom skrbi.	T	N
Među pojedincima varira stav o tome što je bitno za kvalitetu života.	T	N
Kod jake boli potrebno je odmah započeti s jakim opioidnim analgetikom.	T	N
Jedan od ciljeva suzbijanja boli je pacijentima omogućiti miran san noću.	T	N
Kada se redovito uzimaju opioidi tada ne bi trebalo koristiti nesteroidne protuupalne lijekove.	T	N
Primjena antidepresiva i antikonvulziva može pomoći u ublažavanju boli.	T	N
Kod probijajuće boli, kada se redovito uzimaju opioidi, sljedeću dozu ne treba dati ranije nego je predviđeno.	T	N
Dugotrajna upotreba opioida može stvoriti ovisnost.	T	N
Upotreba laksativa je učinkovita za sprečavanje konstipacije uzrokovane uzimanjem opioida.	T	N
Morfij se koristi za olakšavanje dispneje kod umirućih bolesnika.	T	N
Kada se redovito uzimaju opioidi respiratorna depresija je česta pojava.	T	N
Evaluacija dispneje treba se temeljiti na subjektivnom izvješću pacijenta.	T	N

Kod nekih umirućih bolesnika potrebna je kontinuirana sedacija , kako bi se ublažila patnja.	T	N
Tijekom posljednjih dana života, somnolentnost uz disbalans elektrolita može smanjiti bol i nelagodu.	T	N
Morfij je čest uzrok delirija kod umirućih pacijenata.	T	N
Kod nemogućnosti oralnog hranjenja potrebno je uvesti nazogastričnu sondu.	T	N
Smanjenje oralnog uzimanja hrane može se liječiti jedino infuzijom.	T	N
Čak i ako oralno uzimanje hrane nije moguće, zbog opstrukcije probavnog sustava, a izvedbeni status je dobar ukupna parenteralna prehrana poboljšava kvalitetu života.	T	N
Intravenozna infuzija neće biti učinkovita za ublažavanje suhoće usta kod umirućih pacijenata.	T	N

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

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

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