

# Znanje i mišljenje medicinskih sestara i medicinskih tehničara Kliničke bolnice Dubrava o palijativnoj skrbi

---

**Mušak, Jelena**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2023**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:474512>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-02-05**

*Repository / Repozitorij:*

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek  
Repository](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU  
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO**

**OSIJEK**

**Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo**

**Jelena Mušak**

**ZNANJE I MIŠLJENJE MEDICINSKIH  
SESTARA I MEDICINSKIH TEHNIČARA  
KLINIČKE BOLNICE DUBRAVA O  
PALIJATIVNOJ SKRBI**

**Diplomski rad**

**Sveta Nedelja, 2023.**

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU  
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO**

**OSIJEK**

**Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo**

**Jelena Mušak**

**ZNANJE I MIŠLJENJE MEDICINSKIH  
SESTARA I MEDICINSKIH TEHNIČARA  
KLINIČKE BOLNICE DUBRAVA O  
PALIJATIVNOJ SKRBI**

**Diplomski rad**

**Sveta Nedelja, 2023.**

Rad je ostvaren na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku pri dislociranom sveučilišnom diplomskom studiju Sestrinstvo u Svetoj Nedelji.

Mentor rada: doc. prim. dr. sc. Vladimir Grošić, dr. med.

Neposredni voditelj: Kristina Bosak, univ. mag. med. techn.

Rad ima 48 listova, 26 tablica i 4 slike.

**Znanstveno područje:** Biomedicina i zdravstvo

**Znanstveno polje:** Kliničke medicinske znanosti

**Znanstvena grana:** Sestrinstvo

## ZAHVALE

*Hvala mentoru doc. prim. dr. sc. Vladimir Grošić, dr. med., i neposrednoj voditeljici univ. mag. med. techn. Kristini Bosak na stručnoj pomoći i savjetima pri izradi ovog diplomskog rada.*

*Hvala mojim kolegicama Sanji, Nataliji i Tei na podršci tijekom studiranja.*

*Hvala mojoj djeci i supругu koji su svaki dan bili uz mene.*

*Hvala mojim roditeljima koji su uvijek vjerovali u mene.*

## SADRŽAJ

1. UVOD .....	1
1.1. Palijativna medicina i skrb .....	2
1.1.1. Osnovna etička načela palijativne skrbi .....	3
1.1.2. Multidisciplinarni tim i komunikacija u palijativnoj skrbi.....	4
1.2. Dostojanstvo i kvaliteta života .....	5
1.2.1. Pacijenti i stadij bolesti u palijativnoj skrbi .....	6
1.2.2. Tuga i žalovanje te stav prema životu i smrti.....	8
1.3. Uloga medicinskih sestara i medicinskih tehničara u palijativnoj skrbi .....	8
1.4. Znanje medicinskih sestara i tehničara o palijativnoj skrbi .....	9
2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA.....	11
3. ISPITANICI I METODE .....	12
3.1. Ustroj studije .....	12
3.2. Ispitanici .....	12
3.3. Metode.....	12
3.4. Statističke metode .....	13
4. REZULTATI.....	14
4.1. Sociodemografske karakteristike .....	14
4.2. Znanje medicinskih sestara i tehničara o palijativnoj skrbi .....	16
4.3. Mišljenje medicinskih sestara i medicinskih tehničara o palijativnoj skrbi.....	18
4.4. Utjecaj određenih faktora na znanja i mišljenja ispitanika .....	22
4.4.1. Utjecaj dobi na znanje .....	22
4.4.2. Utjecaj spola na znanje.....	23
4.4.3. Utjecaj stupnja obrazovanja na znanje .....	23
4.4.4. Utjecaj radnog iskustva na znanje .....	25
4.4.5. Utjecaj dobi na mišljenje o palijativnoj skrbi.....	25
4.4.6. Utjecaj spola na mišljenje o palijativnoj skrbi .....	26
4.4.7. Utjecaj stupnja obrazovanja na mišljenje o palijativnoj skrbi.....	27
4.4.8. Utjecaj radnog iskustva na mišljenje o palijativnoj skrbi .....	27
5. RASPRAVA.....	28
6. ZAKLJUČAK .....	34

7. SAŽETAK.....	35
8. SUMMARY .....	36
9. LITERATURA.....	37
10. ŽIVOTOPIS .....	40
11. PRILOZI.....	41

## 1. UVOD

Palijativna skrb pristup je koji poboljšava kvalitetu života pacijenata i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim sa smrtonosnom bolešću, kroz prevenciju i olakšanje patnje putem ranog prepoznavanja, besprijekorne procjene i suzbijanja boli te drugih problema, fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih, što je potvrdila i Svjetska zdravstvena organizacija (1). Osnovna paradigma u palijativnoj medicini shvaćanje je smrti kao normalne, posljednje etape života u kojoj osoba koja umire ima sva prava i dostojanstvo, jednako kao i tijekom prethodnih životnih etapa. Svaki čovjek ima samo jedan život i pravo svakog čovjeka je da taj život bude dostojanstven do same smrti. Palijativna skrb omogućava da i cjelokupni proces primicanja kraju života, ali i sam trenutak smrti, budu dostojanstveni.

Kada kod pacijenata koji boluju od kroničnih bolesti i bolesti opasnih po život više ne možemo kurativnim načinima liječenja postići poboljšanje, potrebno ih je uključiti u palijativnu skrb. Da bi se pacijentima i njihovim obiteljima pružila medicinska, psihička, duhovna i socijalna potpora, ali i da bi se pacijenti i njihove obitelji lakše nosili s neizlječivom bolešću, potrebno je u rad palijativnih službi uključiti stručnjake različitih specijalnosti. Upravo je to razlog zbog kojeg palijativna skrb treba biti multidisciplinarna i interdisciplinarna. Interdisciplinarni pristup podrazumijeva suradnju timova liječnika specijalista, medicinskih sestara i fizioterapeuta, dok multidisciplinarni pristup podrazumijeva rad psihologa, socijalnih radnika i volontera. Svi ti stručnjaci prate pacijenta i njegovu obitelj od trenutka postavljanja dijagnoze do razdoblja žalovanja (2).

Timski rad, bez hijerarhije među članovima tima, preduvjet je uspješnog pružanja palijativne skrbi. Pacijent i njegova obitelj smatraju se članovima tima i upravo su oni u njegovom središtu. Palijativna medicina potpuna je briga za pacijenta čija bolest više ne reagira na postojeće liječenje (1). To je cjelovita skrb za pacijenta koja ne zanemaruje niti jednu komponentu ljudskog bića, odnosno pruža mu medicinsku, psihičku i duhovnu potporu. U medicinskoj potpori najvažnije je maksimalno ublažiti sve negativne simptome bolesti, s posebnim naglaskom na ublažavanje boli. S obzirom na to da ne postoji mogućnost izlječenja, ublažavanje i otklanjanje simptoma znatno će poboljšati kvalitetu preostalog života. Cilj liječenja jest olakšati otežane životne funkcije i poboljšati kvalitetu života dostojnog čovjeka, a ne produljivati život pod svaku cijenu (3).



Palijativna skrb odnosi se i na cijeli niz savjetovanja pacijenta (kada to njegovo zdravstveno stanje dopušta) i njegove obitelji o tome što je palijativna skrb, što ona obuhvaća, kako je organizirana i koliko doprinosi kvaliteti života pacijenta i obitelji u terminalnoj fazi bolesti. Medicinske sestre i medicinski tehničari koji pružaju palijativnu skrb ravnopravni su članovi tima te aktivni sudionici skrbi koji planiraju, provode i evaluiraju zdravstvenu njegu te koordiniraju cjelokupni proces skrbi. Dosadašnja iskustva i istraživanja pokazuju da medicinske sestre i medicinski tehničari nemaju dovoljno znanja kako bi pružili odgovarajuću, cjelovitu palijativnu skrb, zbog čega je važno kontinuirano ih educirati o istoj.

### **1.1. Palijativna medicina i skrb**

Palijativna medicina počela se razvijati još u 11. stoljeću kada su osnovani prvi hospiciji. Već tada, hospiciji su bili namijenjeni za pružanje brige i smještaj oboljelih od neizlječivih bolesti, ali su se u hospicijima smještali i putnici iz Svete Zemlje. U Francuskoj je u 17. stoljeću svećenik St. Vincent de Paul osnovao Sestre Milosrdnice i otvorio kuće za siromašne, bolesne i umiruće (4). 1842. godine Madame Jeanne Garnier u francuskom Lyonu osniva hospicij koji se opisuje kao mjesto za terminalno bolesne. U 19. i početkom 20. stoljeća osnivaju se hospiciji kao ustanove u kojima se umire pa je tada u Engleskoj poznat Hospicij svetog Trojstva (engl. *National House for Dying*) i Hospicij svetog Josipa, a u Rijeci tijekom 1917. godine djeluje Hospicij svetog Franje koji se smatra pretečom modernog hospicija (4).

Terminološki, palijativna medicina odnosi se na medicinsku granu koja je u domeni liječnika, dok je palijativna skrb širi pojam i uključuje multidisciplinarni i interdisciplinarni rad medicinskih stručnjaka, psihologa, socijalnih radnika, duhovnika i volontera. Palijativna skrb treba biti utkana u sve razine zdravstvene zaštite kroz kućne posjete mobilnih palijativnih timova, bolničke palijativne timove, specijalizirane ustanove za palijativnu medicinu, odjele palijativne skrbi i hospicije. Na svim razinama zdravstvene zaštite treba se pružati palijativna skrb kroz multidisciplinarni i interdisciplinarni pristup kako bi se pacijent i njegova obitelji lakše suočili s neizlječivom bolešću i njezinim ishodom. Provođenjem palijativne skrbi ublažavaju se fizički i psihički simptomi s kojima se suočavaju pacijenti i njihove obitelji, a često se misli da ono uključuje samo brigu o starijim ljudima, međutim, ona uključuje brigu za sve bolesničke i dobne

skupine kada obole od neizlječive bolesti i kada se primjenom kurativnih mjera ne očekuje poboljšanje.

U palijativnoj skrbi najvažnije je omogućiti da pacijent preostali dio života provede kvalitetno, u skladu s preostalim sposobnostima i, uvijek kada je to moguće (i ako je to želja pacijenta), u krugu obitelji i prijatelja. Uz pružanje medicinske njege, svi koji provode palijativnu skrb u svakom trenutku brinu i o zaštiti svih prava pacijenta te o njegovom dostojanstvu. Kao takvo, pravo na palijativnu skrb jedno je od osnovnih ljudskih prava na zdravstvenu zaštitu, potvrđeno od Svjetske zdravstvene organizacije (5). Palijativna skrb pristup je koji poboljšava kvalitetu života pacijenta i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim sa smrtonosnom bolešću, kroz prevenciju i olakšanje patnje putem ranog prepoznavanja te besprijeorne procjene i suzbijanja boli, kao i drugih problema, fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih (6).

Kako bi svaki pacijent kojem je palijativna skrb potrebna i njegova obitelj istu i dobili, neophodno je da svi članovi palijativnog tima kontinuirano i usklađeno surađuju te da surađuju s civilnim udrugama, organizacijama i volonterima. Demografske promjene u vidu starenja stanovništva i napredak medicine koji je doveo do značajnog produženja životnog vijeka bolesnika oboljelih od kroničnih bolesti ujedno su pridonijeli i značajnom porastu broja bolesnika kojima je u završnim stadijima bolesti potrebna palijativna skrb. Takva skrb postaje sve značajniji dio zdravstvene zaštite pa cjelokupni zdravstveni sustav i zajednica moraju u svom djelovanju odgovoriti na potrebe populacije za primjereno organiziranom i učinkovitom palijativnom skrbi (7).

### **1.1.1. Osnovna etička načela palijativne skrbi**

Dobročinstvo i nezlonamjernost kao načela zahtijevaju da oni koji brinu o pacijentu imaju dužnost maksimizirati dobrobit za pacijenta i minimizirati štetu. Velika raznolikost kultura, vjera, životnih stavova i stilova života naglašava potrebu da svi koji pružaju palijativnu skrb trebaju pitati pacijenta što on smatra da je najbolje za njega i na koji način je njemu najprihvatljivije da se to učini. Zahvaljujući ovoj vrsti komunikacije osigurava se najveća moguća korist za pacijenta.

Autonomija se temelji na samopouzdanju i samoodređenju pacijenta – što znači da pacijent ima pravo sam donijeti odluke za sebe. Da bi se utvrdilo da pacijent doista može svjesno za sebe donositi odluke, potrebna je i procjena pacijenta od strane psihijatra. Pacijent ostvaruje svoje pravo na autonomiju potpisivanjem informiranog pristanka na kojem svojim potpisom potvrđuje slaganje

ili neslaganje s provođenjem različitih medicinskih postupaka i postupcima same palijativne skrbi. Svakako, osobe koje brinu o pacijentu moraju uvijek biti spremne na to da pacijentov izbor može biti odbacivanje svih preporučenih postupaka. Ukoliko pacijent odbija sve postupke, tada se takvo što mora prihvatiti i ispoštovati autonomija pacijenta. Još jedno od načela u palijativnoj je skrbi i pravednost. Multidisciplinarni tim treba prema svakom pacijentu postupati pravedno, pritom uzimajući u obzir različitost svakog od njih. Različitost (nejednakost), osobito mišljenja i stavova, najčešći je problem nevjerovanja pacijenta u odluke multidisciplinarnog tima (8). Istinoljubivost i povjerenje treba spomenuti kao etičke principe čija je uloga u palijativnoj skrbi upravo temelj izgradnje kvalitetnog odnosa između pacijenta i članova interdisciplinarnog tima, a svoje uporište nalazi u govorenju istine, čuvanju tajne i ispunjenju obećanja (8).

### **1.1.2. Multidisciplinarni tim i komunikacija u palijativnoj skrbi**

Palijativna skrb provodi se na nekoliko razina; na razini palijativnog pristupa te na razinama opće i specijalističke palijativne skrbi. Palijativni pristup trebaju provoditi svi profesionalci koji su uključeni u zbrinjavanje pacijenata kod kojih je utvrđena potreba za palijativnom skrbi, i to bez obzira u kojem se okruženju pacijent nalazi (kuća, dom umirovljenika, bolnički odjel). S druge, pak, strane, specijalističku palijativnu skrb provodi multidisciplinarni tim stručnjaka koji imaju dodatnu edukaciju iz tog područja. Takav oblik palijativne skrbi provode mobilni timovi u kućama pacijenata te se provodi na specijaliziranim palijativnim odjelima i u palijativnim ustanovama. Osnovni palijativni tim trebao bi se sastojati minimalno od medicinskih sestara i liječnika s posebnim obrazovanjem iz područja palijativne skrbi, te da ga, ako je moguće, nadopunjuju psiholozi, socijalni radnici i fizioterapeuti (9).

Vijeće Europe i Nacionalni odbor za palijativnu skrb kreirali su popis osoblja koje treba sačinjavati multidisciplinarni palijativni tim. Prema tom popisu, osim medicinskih sestara i liječnika, u punom radnom vremenu, ili barem u jednom dijelu radnog vremena, trebaju biti dostupni i: socijalni radnici, stručnjaci za psihosocijalnu podršku, uredski radnici i administratori, fizioterapeuti, stručnjaci za podršku u žalovanju, koordinatori za duhovnu skrb, koordinatori za volontere, svećenici, stručnjaci za skrb o ranama, stručnjaci za limfedem, radni terapeuti, logopedi, dijetetičari, ljekarnici, terapeuti za komplementarne terapije, edukatori/predavači i knjižničari (10).

Članovi multidisciplinarnog tima surađuju s pacijentom i obitelji pacijenta, te trebaju zajednički planirati intervencije koje se provode u svrhu poboljšanja kvalitete života. Palijativna skrb zauzima takozvani salutogeni princip ističući sve ono što pacijent sad može, odnosno što je sposoban samostalno obavljati. Sam način na koji se pacijent nosi s bolešću i činjenicom da mora mijenjati životne planove jer mu je životni vijek ograničen utječe na njegovu samostalnost. Stručnjaci uključeni u multidisciplinarne timove, svatko u svojoj domeni, doprinose poboljšanju kvalitete života pacijenta, a time i boljem prihvaćanju izazova koje bolest stavlja pred pacijenta.

Dobro razvijene komunikacijske vještine preduvjet su za pružanje kvalitetne palijativne skrbi. Komunikacija se odnosi na interakciju između pacijenta i zdravstvenih radnika, na interakciju između pacijenata i njihovih obitelji te na interakciju između različitih zdravstvenih radnika i službi koje su uključene u skrb za pacijenta i njegovu obitelj (2). Pogrešna komunikacija najčešći je uzrok nezadovoljstva i pritužbi pacijenata i obitelji, dok dobra komunikacija pridonosi poboljšanju skrbi za pacijenta.

Komunikacija u palijativnoj skrbi nije samo razmjena informacija među dionicima skrbi – u komunikaciji s pacijentima i njihovim obiteljima treba uvijek razmišljati o teškim i bolnim životnim situacijama, što zahtijeva vrijeme i predanost. Za osoblje koje provodi palijativnu skrb, to je uvijek zahtjevan zadatak: s jedne strane pacijentu i njegovoj obitelji treba prenijeti točnu i iskrenu informaciju, a s druge strane kod pacijenta i njegove obitelji ne smiju „gasiti“ nadu u moguće izlječenje bolesti. Potrebno je osigurati prikladne preduvjete za djelotvornu komunikaciju, uključujući uvježbavanje i poduku, odgovarajući prostor i smještaj, vrijeme za interakciju s pacijentima i njihovim obiteljima, te sa svojim timom, kao i pristup suvremenoj informacijskoj tehnologiji (10).

## **1.2. Dostojanstvo i kvaliteta života**

Da bi pacijentu osigurali dostojanstvo, potrebno je da se pri pružanju palijativne skrbi uvažavaju sve njegove kulturne, vjerske i osobne vrijednosti, pritom poštujući zakone države u kojoj se skrbi za pacijenta. Središnji cilj palijativne skrbi jest postizanje, podrška, očuvanje i poboljšanje kvalitete preostalog života svakog pacijenta, pri čemu razlikujemo pojmove biopsihosocijalna i duhovna kvaliteta života (2).

Sam pojam „kvalitete života“ ne možemo definirati jedinstvenom definicijom – kvalitetan život ne znači isto za svakog pojedinca. Kod svakog pacijenta, kako bi mu bila pružena dobra palijativna skrb, valja procijeniti koje je njegovo poimanje kvalitetnog života. Očekivano je da će se s pogoršanjem zdravstvenog stanja i tjelesnim propadanjem poimanje kvalitete života kod pacijenta mijenjati. Čini se da kvaliteta života više ovisi o percipiranom jazu između očekivanja i stvarno postignutom stanju, nego na objektivnom umanjenu funkcija (2).

### **1.2.1. Pacijenti i stadij bolesti u palijativnoj skrbi**

U svijetu je posljednjih desetljeća broj oboljelih od neizlječivih kroničnih, neuroloških i onkoloških bolesti u porastu, što je očekivano, u skladu s demografskim promjenama koje su karakterizirane starenjem stanovništva. Promjene strukture obitelji, pri čemu mlađi članovi obitelji ne stanuju u zajedničkim kućanstvima sa starijim članovima, dodatan su problem jer je teško osigurati stalno dostupnu pomoć oboljelom. Brojna istraživanja diljem svijeta pokazuju da su umirući u modernom zdravstvenom sustavu zanemarena skupina, a na smrt se gleda kao na medicinski neuspjeh (11). Upotrebom različitih tehnoloških dostignuća pod svaku cijenu se želi produžiti život, ne vodeći računa o njegovoj kvaliteti.

Palijativna skrb nije ograničena samo na određene medicinske dijagnoze, već bi trebala biti dostupna svim pacijentima koji boluju od bolesti opasnih po život (2). Prema tradicionalnom modelu, palijativna skrb bila je namijenjena prvenstveno za pacijente oboljele od onkoloških bolesti, i to u terminalnim stadijima bolesti. Danas se palijativna skrb pruža svakom pacijentu oboljelom od teške, neizlječive bolesti, kao i njegovoj obitelji, u bilo kojem periodu bolesti, i to onda kada im je takva skrb potrebna. Uključivanjem pacijenta i obitelji u palijativnu skrb nije nužno da aktivno liječenje bude završeno. U početku palijativna skrb samo nadopunjava aktivno liječenje fokusirajući se na kvalitetu života pacijenta i obitelji, a postepeno postaje jedini preostali način skrbi.

U Europi čak 1,6 milijuna godišnje umire od karcinoma, dok od neizlječivih kroničnih bolesti umre oko 5,7 milijuna ljudi. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, 56,8 milijuna ljudi u svijetu ima potrebu za palijativnom skrbi, a njih čak 25,7 milijuna čine osobe koje su u posljednjoj godini života (1). Svi ti pacijenti sigurno u nekim fazama svoje bolesti trpe različite fizičke simptome i nailaze na brojne psihičke, socijalne i duhovne poteškoće koje bi im palijativna skrb

mogla olakšati. Procjenjuje se da samo oko 14 % svjetske populacije kojoj je palijativna skrb potrebna, zaista tu skrb i dobije (1). Dok će palijativni pristup osigurati adekvatnu skrb za mnoge od tih bolesnika, procijenjeno je da najmanje 20 % pacijenata oboljelih od tumora i 5 % neonkoloških pacijenata zahtijevaju specijalističku palijativnu skrb u posljednjoj godini njihova života (12).

Tijekom trajektorija bolesti nije moguće odrediti točno vrijeme kada će aktivno liječenje završiti i palijativna skrb postati jedina mogućnost skrbi. Bilo bi poželjno sve pacijente i njihove obitelji uključiti u palijativnu skrb odmah nakon što im je dijagnosticirana bolest koja će im sigurno otežati svakodnevno funkcioniranje i skratiti životni vijek pacijenta. Nakon početnog uključivanja pacijenta i obitelji u palijativnu skrb, potrebno je povremeno procjenjivati zdravstveni i psihosocijalni status pacijenta i obitelji te pravovremeno započeti s aktivnim pružanjem palijativne skrbi. Izraz „po život opasna ili iscrpljujuća bolest“ obuhvaća populaciju pacijenata svih uzrasta i širokog raspona dijagnostičkih kategorija koji žive s trajnim ili ponavljajućim stanjem koje negativno utječe na svakodnevno funkcioniranje ili će sigurno skratiti očekivani životni vijek (2).

Najčešće je pacijentima i njihovim obiteljima aktivno pružanje sveobuhvatne palijativne skrbi potrebno tek u završnoj fazi bolesti, no moguće da će im i u ranijim stadijima biti potreban neki od aspekata skrbi. Prijelaz s aktivnog liječenja na palijativnu skrb nije jasno vremenski razgraničen, nego je uvijek postupan – kako se ciljevi liječenja sve više prebacuju s produženja života pod svaku cijenu na očuvanje kvalitete života, s pronalaskom ravnoteže između koristi i tereta liječenja (2).

U palijativnoj skrbi specifično područje čini palijativna skrb djece (13). Karakteristika palijativne skrbi djece jest da uključuje veći udio oboljelih od neonkoloških bolesti, a počinje se pružati od samog trenu postavljanja dijagnoze po život opasne, progresivne ili neprogresivne bolesti i stanja te se pruža paralelno s aktivnim i intenzivnim liječenjem. Kod nekih se, ovisno o dijagnozi, palijativni pristup koristi u pokušajima liječenja, dok je kod drugih palijativna skrb jedini mogući način skrbi. Uvijek, uz sveukupnu skrb za dijete, u skrb je uključena i obitelj (13).

### **1.2.2. Tuga i žalovanje te stav prema životu i smrti**

Palijativna skrb, osim cjelovite skrbi za pacijenta, pruža podršku njegovoj obitelji tijekom svih faza bolesti te im pomaže da se pripreme na gubitak bliske osobe. Nakon smrti pacijenta ne prestaje briga palijativnog tima za obitelj, već im se, ako je potrebno, pruža podrška i kroz period žalovanja. Potrebne su posebne službe stručnjaka koje pružaju podršku obitelji kroz period žalovanja jer je to prepoznato kao izuzetno važan dio palijativne skrbi. Od samog početka pružanja palijativne skrbi, potrebno je kontinuirano procjenjivati rizike za tugu i žalovanje kod pacijenta i svih njemu bliskih osoba, prepoznajući sve probleme koje donosi život sa smrtonosnom bolešću i gubitak. Nakon smrti pacijenta, palijativni timovi trebaju obitelji pružati podršku, a trebaju im biti dostupne i službe žalovanja.

Prema prvoj definiciji Svjetske zdravstvene organizacije iz 1990. godine, palijativna medicina afirmira život, a umiranje smatra normalnim procesom, dok druge definicije dijele tu poziciju (2). Kao što je rođenje normalan proces kojim život počinje, tako je umiranje normalan proces kojim život završava. Palijativna medicina i palijativna skrb nikada ne uključuju eutanaziju niti pomaganje u bilo kojem obliku samoubojstva. Uvijek je potrebno uvažavati „vrijednost života, prirodan proces smrti, kao i činjenicu da oboje daje mogućnosti za osobni rast i samoostvarenje“ (2).

### **1.3. Uloga medicinskih sestara i medicinskih tehničara u palijativnoj skrbi**

Medicinske sestre i medicinski tehničari ključna su karika u cjelovitoj skrbi za pacijente u terminalnoj fazi te za njihove obitelji. Kao zdravstveni djelatnici koji najviše komuniciraju s teško oboljelim pacijentima, medicinske sestre i medicinski tehničari imaju jedinstven uvid u izazove i potrebe tih pacijenata (14). Njihovo znanje i mišljenja o palijativnoj skrbi neprocjenjivi su u samom procesu pružanja ove specijalizirane skrbi. U palijativnoj skrbi, medicinske sestre i medicinski tehničari sudjeluju provodeći edukaciju, evaluaciju te implementaciju strategija i intervencija palijativne skrbi. Njihova je uloga u cjelovitoj skrbi za pacijente oboljele od smrtonosnih bolesti i njihove obitelji od izuzetne važnosti. Medicinske sestre i medicinski tehničari, osim što pružaju izravnu skrb pacijentima, brinu za njihovo tjelesno, emocionalno i psihosocijalno blagostanje.

Mišljenje medicinskih sestara i medicinskih tehničara o palijativnoj skrbi od iznimne je važnosti jer nam daje vrijedan uvid u samo pružanje i učinkovitost skrbi. Oni su najviše uz pacijenta neposredno, svakodnevno komuniciraju s njima i njihovim obiteljima te svjedoče učinku intervencija palijativne skrbi iz prve ruke (15). Iskustva i zapažanja medicinskih sestara i medicinskih tehničara mogu pomoći u identificiranju područja u kojima su potrebna poboljšanja te nam mogu dati informacije važne za buduće strategije razvoja palijativne skrbi.

#### **1.4. Znanje medicinskih sestara i tehničara o palijativnoj skrbi**

Medicinske sestre i medicinski tehničari imaju brojne uloge u pružanju palijativne skrbi. Oni su često glavni posrednici u procjeni informacija o pacijentima i njihovim obiteljima te imaju izravan kontakt s terminalno bolesnim pacijentima, što im omogućava da bolje razumiju jedinstvene potrebe i izazove tih pacijenata i njihovih obitelji (14). U Republici su Hrvatskoj upravo diplomirane medicinske sestre i medicinski tehničari te magistre i magistri sestrinstva koordinatori palijativne skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Njihova je uloga povezivanje svih dionika koji sudjeluju u palijativnoj skrbi te koordinacija među njima. Za kvalitetnu koordinaciju potrebna su specifična znanja o fizičkoj, psihološkoj, duhovnoj i socijalnoj skrbi, ali i izgrađene vještine multidisciplinarnе suradnje.

Pacijente kojima je potrebna palijativna skrb susrećemo na svim razinama zdravstvene zaštite. Važno je da sve medicinske sestre i medicinski tehničari imaju sveobuhvatno razumijevanje palijativne skrbi, kako bi pružili visokokvalitetnu i pacijentima usmjerenu skrb bez obzira na to gdje se pacijent nalazi (16). Znanje medicinskih sestara i medicinskih tehničara o palijativnoj skrbi ključno je za učinkovito pružanje ove specijalizirane vrste skrbi (16, 17). Medicinske sestre i medicinski tehničari odgovorni su za zadovoljenje svih osnovnih životnih potreba pacijenata u palijativnoj skrbi, kao i za pronalaženje najboljeg načina za što kvalitetnije proveden ostatak života (18), što uključuje holistički pristup pacijentima i njihovim obiteljima te, osim pružanja same zdravstvene njege, važna je empatija i pružanje utjehe pacijentu i njegovoj obitelji.

Palijativna skrb specijalizirano je područje koje zahtijeva snažnu teorijsku podlogu i praktične vještine. Medicinske sestre i medicinski tehničari moraju imati točno znanje o palijativnoj skrbi kako bi je mogli pravodobno i učinkovito provoditi (18). Kao djelatnici koji najveći dio svog



radnog vremena provode uz pacijenta, medicinske sestre i medicinski tehničari ključni su u pružanju palijativne skrbi (19). Njihova blizina pacijentima i njihovim obiteljima čini ih ključnima u izgradnji odnosa, razumijevanju potreba pacijenata i pružanju holističke skrbi. S obzirom na to da medicinske sestre i medicinski tehničari provode najviše vremena s pacijentima i njihovim obiteljima, oni imaju mogućnost dubljeg razumijevanja njihovih života i individualnih potreba. Nadalje, multidisciplinarnost palijativne skrbi zahtijeva suradnju i komunikaciju među različitim zdravstvenim stručnjacima (20). To uključuje liječnike, medicinske sestre i medicinske tehničare, psihologe, nutricioniste, fizioterapeute i duhovnike. U palijativnoj skrbi nema hijerarhijskih odnosa, već svaki član tima donosi jedinstveno stručno znanje i vještine, što tako doprinosi holističkom pristupu skrbi za pacijente.

Medicinske sestre i medicinski tehničari trebaju surađivati s ostalim članovima tima kako bi osigurali da pacijenti kojima je potrebna palijativna skrb dobiju cjelovitu i na pacijenta usmjerenu skrb (18). Također, kada isti imaju dobro znanje o palijativnoj skrbi, mogu učinkovito komunicirati i surađivati s drugim zdravstvenim stručnjacima, zalagati se unutar tima za pacijenta i njegovu obitelj te pružati adekvatnu palijativnu skrb. Obrazovanje i osposobljavanje ključni su za medicinske sestre i tehničare kako bi stekli potrebno znanje i vještine u palijativnoj skrbi (21).

Osim toga, postoje razlike u formalnom obrazovanju medicinskih sestara i medicinskih tehničara u svijetu koje stvaraju različite razine vještina među medicinskim sestrama (15). Razlike u obrazovanju i mogućnostima dodatne edukacije mogu doprinijeti pogrešnim očekivanjima u vezi opsega i mogućnosti medicinskih sestara u pružanju palijativne skrbi. Važno je prepoznati te razlike i osigurati svim medicinskim sestrama i tehničarima da budu dobro obrazovani u području palijativne skrbi, ne bi li svoje uloge obavljali kao ravnopravni članovi timova za palijativnu skrb.

## 2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Cilj je istraživanja ispitati znanje i mišljenje medicinskih sestara i medicinskih tehničara Kliničke bolnice Dubrava o palijativnoj skrbi.

Specifični ciljevi jesu:

1. Ispitati postoje li razlike u znanju i mišljenju medicinskih sestara i medicinskih tehničara o palijativnoj skrbi s obzirom na spol, dob, mjesto stanovanja, završenu razinu obrazovanja te radno iskustvo;
2. Ispitati mišljenje medicinskih sestara i medicinskih tehničara o pružanju palijativne skrbi na primarnoj razini zdravstvene zaštite;
3. Ispitati mišljenje medicinskih sestara i medicinskih tehničara o edukaciji opće populacije vezano uz palijativnu skrb.

### 3. ISPITANICI I METODE

#### 3.1. Ustroj studije

Istraživanje je provedeno kao presječna studija (22).

#### 3.2. Ispitanici

Ispitanici u ovom istraživanju bili su medicinske sestre i medicinski tehničari zaposleni na odjelima Klinike za unutarnje bolesti, Zavoda za bolesti srca i krvnih žila te Zavoda za neurologiju Kliničke bolnice Dubrava. Prigodni uzorak ispitanika čini 105 medicinskih sestara i tehničara koji su pristali ispuniti upitnik, a to su potvrdili i pozitivnim odgovorom na pitanje o sudjelovanju u istraživanju koje je navedeno nakon uvjeta provođenja ankete. Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno i anonimno, a provedeno je tijekom travnja 2023. godine putem *online* upitnika kreiranog u *Google* obrascu i distribuiranog elektronskom poštom. Za provođenje istraživanja bilo je potrebno Odobrenje etičkog povjerenstva Kliničke bolnice Dubrava (Prilog 1.).

#### 3.3. Metode

Za potrebe izrade empirijskog dijela ovog rada proveden je anketni upitnik među medicinskim sestrama i tehničarima. Kao instrument istraživanja korišten je vlastiti strukturirani upitnik, kreiran u svrhu izrade ovog diplomskog rada. Istraživanje je provedeno posredstvom dobivanja suglasnosti Etičkog povjerenstva Kliničke bolnice Dubrava. Prije ispunjavanja upitnika, ispitanici su pismenim putem bili upućeni na to da sudjelovanjem pristaju na obradu odgovora, kao i da je ispunjavanje upitnika potpuno dobrovoljno i anonimno, te da u bilo kojem trenutku mogu prekinuti ispunjavanje ili odbiti sudjelovanje u istraživanju. Ispunjavanje upitnika u prosjeku je trajalo deset minuta. Upitnik se sastojao od pet sociodemografskih pitanja koji su obuhvaćali varijable kao što su dob, spol, razina obrazovanja, mjesto stanovanja te radni staž, dok su se ostala pitanja odnosila na znanje i mišljenje medicinskih sestara i medicinskih tehničara o palijativnoj skrbi.

### **3.4. Statističke metode**

Struktura odgovora na anketna pitanja prezentira se upotrebom apsolutnih i relativnih frekvencija grafičkim i tabelarnim putem. Numeričke vrijednosti prezentiraju se upotrebom medijana kao srednje vrijednosti, te interkvartilnog raspona kao pokazatelja odstupanja oko srednjih vrijednosti, dok je normalnost razdiobe prethodno ispitana Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Razlika u zastupljenosti odgovora na anketna pitanja ispituje se Hi-kvadrat testom, dok se istraživačka pitanja ispituju upotrebom Mann-Whitneyevog U testa te Kruskal-Wallisovog testa. Analiza je rađena u statističkom softveru STATISTICA 12, proizvođača Tibco, Kalifornija.

## 4. REZULTATI

Istraživanje je obuhvatilo ukupno 105 medicinskih sestara i medicinskih tehničara zaposlenih na odjelima Klinike za unutarnje bolesti, Zavoda za bolesti srca i krvnih žila te Zavoda za neurologiju Kliničke bolnice Dubrava.

### 4.1. Sociodemografske karakteristike

Iz tablice 1. vidljivo je da su ispitanice 9,5 puta zastupljenije u odnosu na ispitanike, a ispitivanjem je utvrđena prisutnost statistički značajne razlike u zastupljenosti ispitanika prema spolu ( $\chi^2 = 68,10$ ;  $P < 0,001$ ).

Tablica 1. Spol ispitanika

Spol	n	%	$\chi^2$	P
muški	10	9,52	68,81	< 0,001
ženski	95	90,48		

Najveći broj ispitanika rođen je od 1973. do 1988. godine, a taj je broj 3,85 puta veći u odnosu na ispitanike kojih u ovom slučaju ima najmanje (rođeni prije 1973. godine). Nakon provedenog ispitivanja, utvrđena je prisutnost statistički značajne razlike u zastupljenosti prema dobnim skupinama ( $\chi^2 = 34,01$ ;  $P < 0,001$ ) (tablica 2.).

Tablica 2. Dob ispitanika

Godina rođenja	n	%	$\chi^2$	P
prije 1973.	13	12,38	34,01	< 0,001
1973. – 1988.	50	47,62		
1989. – 1998.	28	26,67		
1999. – 2004.	14	13,33		

Iz tablice 3. može se iščitati da najveći broj ispitanika živi u urbanom području, a taj je broj 2,62 puta veći u odnosu na broj ispitanika koji žive u ruralnim mjestima. Ispitivanjem je utvrđena prisutnost statistički značajne razlike u zastupljenosti prema mjestu stanovanja ( $\chi^2 = 21,04$ ;  $P < 0,001$ ).

Tablica 3. Mjesto stanovanja

Mjesto stanovanja	n	%	$\chi^2$	P
ruralno mjesto stanovanja	29	27,62	21,04	< 0,001
urbano mjesto stanovanja	76	72,38		

Najveći broj ispitanika ima završeno srednjoškolsko obrazovanje, kojih je čak 9 puta više od onih sa završenim specijalističkim diplomskim stručnim studijem, koji su u uzorku zastupljeni s najmanjim brojem ispitanika. Ispitivanjem je utvrđena prisutnost statistički značajne razlike u zastupljenosti prema razini obrazovanja ( $\chi^2 = 28,76$ ;  $P < 0,001$ ). Rezultati su prikazani u tablici 4.

Tablica 4. Završena razina obrazovanja

Koja je Vaša završena razina obrazovanja?	n	%	$\chi^2$	P
srednja škola	36	34,29	28,76	< 0,001
preddiplomski stručni studij	29	27,62		
preddiplomski sveučilišni studij	20	19,05		
specijalistički diplomski stručni studij	4	3,81		
diplomski sveučilišni studij	16	15,24		

U tablici 5. vidljivo je da najveći broj ispitanika ima radni staž dulji od 20 godina, a njih je 4,63 puta više u odnosu na ispitanike s radnim stažem između 6 i 10 godina. Ispitivanjem je utvrđena prisutnost statistički značajne razlike u zastupljenosti prema radnom stažu ( $\chi^2 = 25,24$ ;  $P < 0,001$ ).

Tablica 5. Radni staž

Koliko radnog staža imate kao zdravstveni radnik (u godinama)?	n	%	$\chi^2$	P
0 – 5	25	23,81	25,24	< 0,001
6 – 10	8	7,62		
11 – 20	35	33,33		
više od 20	37	35,24		

#### 4.2. Znanje medicinskih sestara i tehničara o palijativnoj skrbi

Za 5,56 puta je veći broj ispitanika koji su se u svakodnevnom radu znali susretati s bolesnicima kod kojih postoji potreba za palijativnom skrbi, a ispitivanjem je utvrđeno da je riječ o statistički značajnoj većini ( $\chi^2 = 50,75$ ;  $P < 0,001$ ). Rezultati su prikazani u tablici 6.

Tablica 6. Potreba za palijativnom skrbi u svakodnevnom radu

<b>Susrećete li se u svakodnevnom radu s bolesnicima kod kojih postoji potreba za palijativnom skrbi?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>
<b>Da*</b>	<b>89</b>	<b>84,76</b>	50,75	< 0,001
Ne	16	15,24		

\*Ispravan odabir

Iz tablice 7. može se iščitati da najveći broj ispitanika nije znao da su SPICT i GSF-PIG alati koji se koriste za prepoznavanje pacijenta s potrebom za palijativnom skrbi, dok ispitivanjem nije utvrđena prisutnost statistički značajne razlike u zastupljenosti ispravnih i neispravnih odabira ( $\chi^2 = 2,75$ ;  $df = 1$ ;  $P = 0,10$ ).

Tablica 7. Znanje o alatima koji se koriste za prepoznavanje pacijenata s potrebom za palijativnom skrbi

<b>SPICT i GSF-PIG alati su koji se koriste za prepoznavanje pacijenata s potrebom za palijativnom skrbi.</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>
<b>Da*</b>	<b>44</b>	<b>41,91</b>	2,75	0,10
Ne	3	2,86		
Ne znam	58	55,24		

\*Ispravan odabir

U tablici 8. vidljivo je da je najveći broj ispitanika znao kako palijativna skrb nije namijenjena isključivo bolesnicima s malignim bolestima, a ispitivanjem je utvrđeno da je statistički značajna većina odabrala ispravan odgovor ( $\chi^2 = 78,87$ ;  $df = 1$ ;  $P < 0,001$ ).

Tablica 8. Znanje o palijativnoj skrbi i bolesnicima s malignim bolestima

<b>Palijativna skrb namijenjena je isključivo bolesnicima s malignim bolestima.</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>
Da	6	5,71		
<b>Ne*</b>	<b>98</b>	<b>93,33</b>	78,87	< 0,001
Ne znam	1	0,95		

\*Ispravan odabir

Najveći broj ispitanika znao je da se palijativna skrb može provoditi paralelno s aktivnim liječenjem, a ispitivanjem je utvrđeno da je statistički značajna većina odabrala ispravan odgovor ( $\chi^2 = 17,61$ ;  $df = 1$ ;  $P < 0,001$ ). Rezultati su prikazani u tablici 9.

Tablica 9. Znanje o provođenju palijativne skrbi i aktivnog liječenja

<b>Palijativna skrb može se provoditi paralelno s aktivnim liječenjem.</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>
<b>Da*</b>	<b>74</b>	<b>70,48</b>		
Ne	20	19,05	17,61	< 0,001
Ne znam	11	10,48		

\*Ispravan odabir

Kao što je navedeno u tablici 10., najveći broj ispitanika znao je da se palijativna skrb ne provodi isključivo u terminalnim stadijima bolesti, a ispitivanjem je utvrđeno da nije riječ o statistički značajnoj većini ( $\chi^2 = 3,44$ ;  $df = 1$ ;  $P = 0,06$ ).

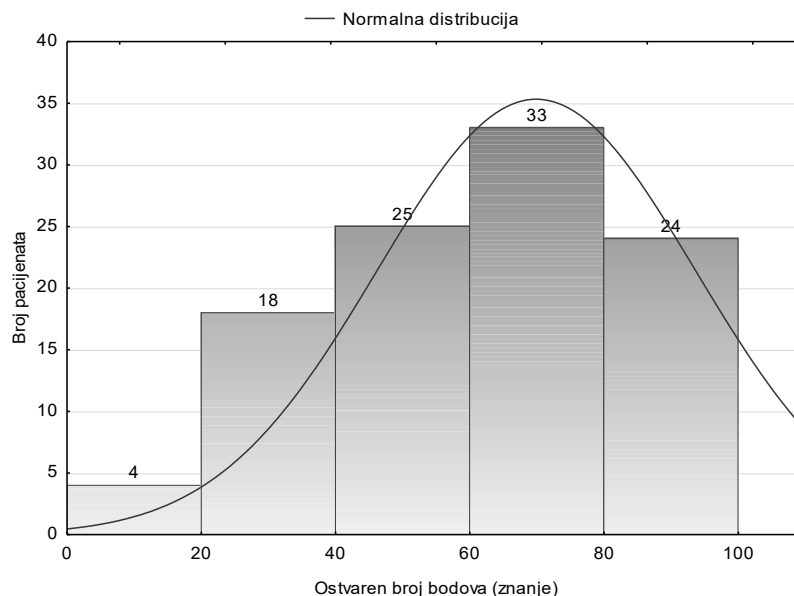
Tablica 10. Znanje o provođenju palijativne skrbi i terminalnim stadijima bolesti

<b>Palijativna skrb provodi se isključivo u terminalnim stadijima bolesti.</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>
Da	36	34,29		
<b>Ne*</b>	<b>62</b>	<b>59,05</b>	3,44	0,06
Ne znam	7	6,67		

\*Ispravan odabir



Za potrebe prezentacije razine znanja kreirana je mjerna skala s rasponom vrijednosti od 0 do 100 bodova, pri čemu su ispitanici koji nisu ponudili niti jedan točan odgovor ostvarili 0 bodova, dok su oni koji su ponudili sve ispravne odgovore ostvarili maksimalnih 100 bodova. Rezultati su prikazani na slici 1.



Slika 1. Prezentacija razine znanja ispitanika

Medijan ostvarenog broja bodova jest 80 bodova s interkvartilnim rasponom od 20 bodova (IQR = 60,00 – 80,00).

#### 4.3. Mišljenje medicinskih sestara i medicinskih tehničara o palijativnoj skrbi

Iz tablice 11. može se iščitati kako najveći broj ispitanika smatra da je pri pružanju palijativne skrbi, jednako kao o potrebama pacijenta, važno brinuti i o potrebama ostalih članova njegove obitelji, pri čemu je potvrđan odgovor 16,5 puta učestaliji u odnosu na ostale odabire, a ispitivanjem je utvrđeno da je taj najčešći odabir ispitanika statistički značajne vrijednosti ( $\chi^2 = 82,37$ ;  $df = 1$ ;  $P < 0,001$ ).

Tablica 11. Mišljenje o potrebama članova obitelji pacijenta

<b>Smatrate li da je u palijativnoj skrbi, isto kao o potrebama pacijenta, važno brinuti i o potrebama njegove obitelji?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>
Da	99	94,29	82,37	< 0,001
Ne	5	4,76		
Ne znam	1	0,95		

Najveći broj ispitanika smatra da opća populacija nema dovoljno saznanja o palijativnoj skrbi, a taj je odabir 51,5 puta učestaliji u odnosu na ostale odabire (tablica 12.). Ispitivanjem je utvrđeno da je taj najčešći odabir i statistički značajan ( $\chi^2 = 97,15$ ;  $df = 1$ ;  $P < 0,001$ ).

Tablica 12. Mišljenje o saznanjima opće populacije o palijativnoj skrbi

<b>Smatrate li da opća populacija ima dovoljno saznanja o palijativnoj skrbi?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>
Da	1	0,95	97,15	< 0,001
Ne	103	98,10		
Ne znam	1	0,95		

U tablici 13. vidljivo je da najveći broj ispitanika smatra da osobe s potrebom za palijativnom skrbi nemaju uvijek podršku obitelji, a taj je odabir 2,18 puta učestaliji u odnosu na ostale ponuđene odabire. Ispitivanjem je utvrđeno da je to i statistički značajno ( $\chi^2 = 14,49$ ;  $df = 1$ ;  $P < 0,001$ ).

Tablica 13. Mišljenje o osobama s potrebom za palijativnom skrbi i podrške obitelji

<b>Smatrate li da osobe s potrebom za palijativnom skrbi nemaju uvijek podršku obitelji?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>
Da	72	68,57	14,49	< 0,001
Ne, smatram kako palijativni bolesnici od obitelji uvijek dobiju podršku.	10	9,52		
Nisam siguran/na	23	21,91		

Najveći broj ispitanika potvrdio je da se u izvanbolničkoj njezi za palijativne bolesnike može pružiti dovoljna skrb ( $n = 43$ ; 40,95 %), dok navedeno mišljenje ne dijeli 36 ispitanika (34,29 %),

a 26 ispitanika (24,76 %) nije sigurno. Nakon provedenog ispitivanja, može se utvrditi da zastupljenost zdravstvenih djelatnika koji dijele mišljenje da se u izvanbolničkoj njezi za palijativne bolesnike može pružiti dovoljna skrb ne odstupa statistički značajno od polovice ( $\chi^2 = 3,44$ ;  $df = 1$ ;  $P = 0,06$ ). Rezultati su prikazani u tablici 14.

Tablica 14. Mišljenje o pružanju skrbi za palijativne bolesnike u izvanbolničkoj njezi

<b>Smatrate li da se u izvanbolničkoj njezi za palijativne bolesnike može pružiti dovoljna skrb?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>
Da	43	40,95	3,44	0,06
Ne	36	34,29		
Nisam siguran/na	26	24,76		

Iz tablice 15. može se iščitati kako je najveći broj ispitanika potvrdio da se bolesnici kojima je potrebna palijativna skrb u izvanbolničkoj skrbi osjećaju odbačeno ( $n = 41$ ; 39,05 %), dok navedeni stav ne dijeli 31 ispitanik (29,52 %), a 33 ispitane osobe (31,43 %) nisu definirale svoj stav, odnosno nisu sigurne. Nakon provedenog ispitivanja, može se utvrditi da je zastupljenost zdravstvenih djelatnika koji dijele stav da se u izvanbolničkoj njezi za palijativne bolesnike može pružiti dovoljna skrb statistički značajno manja od polovice ( $\chi^2 = 5,04$ ;  $df = 1$ ;  $P = 0,03$ ).

Tablica 15. Mišljenje o odbačenosti palijativnih bolesnika u izvanbolničkoj skrbi

<b>Smatrate li da se palijativni bolesnici u izvanbolničkoj skrbi osjećaju odbačeno?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>
Da	41	39,05	5,04	0,03
Ne	31	29,52		
Nisam siguran/na	33	31,43		

U tablici 16. vidljivo je da najveći broj ispitanih osoba smatra da u Republici Hrvatskoj nije posvećeno dovoljno pažnje za palijativnu skrb u izvanbolničkim uvjetima, a ispitivanjem je utvrđeno da se pritom radi o statistički značajnoj većini u populaciji ( $\chi^2 = 78,87$ ;  $df = 1$ ;  $P < 0,001$ ).

Tablica 16. Mišljenje o dovoljnoj posvećenosti palijativnoj skrbi u izvanbolničkim uvjetima

<b>Smatrate li da je u Republici Hrvatskoj dovoljno pažnje posvećeno palijativnoj skrbi u izvanbolničkim uvjetima?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>
Da	2	1,91		
Ne	98	93,33	78,87	< 0,001
Ne znam	5	4,76		

Najveći broj ispitanika smatra da je unaprjeđenje akutnog zbrinjavanja palijativnih bolesnika u izvanbolničkim uvjetima nužno, a ispitivanjem je utvrđeno da je riječ o statistički značajnoj većini u populaciji ( $\chi^2 = 89,61$ ;  $df = 1$ ;  $P < 0,001$ ). Rezultati su prikazani u tablici 17.

Tablica 17. Mišljenje o nužnosti unaprjeđenja akutnog zbrinjavanja palijativnih bolesnika u izvanbolničkim uvjetima

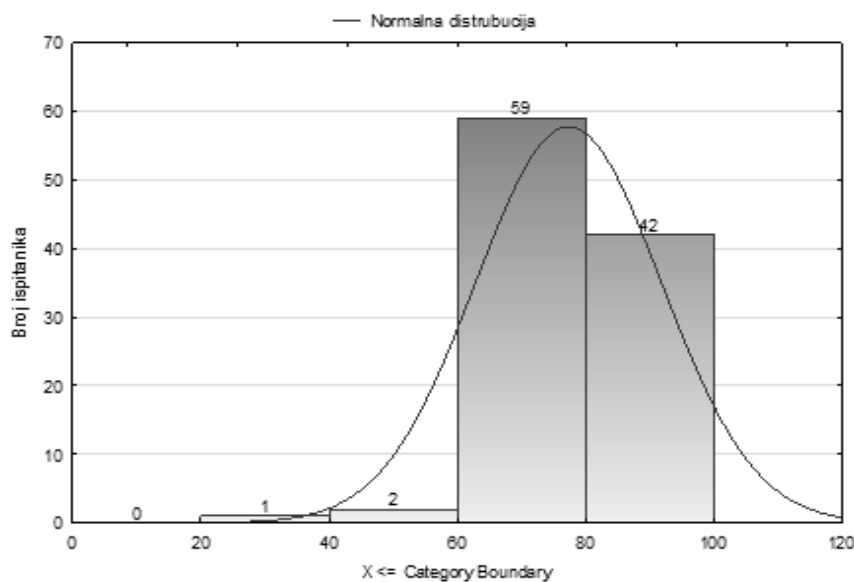
<b>Smatrate li da je unaprjeđenje akutnog zbrinjavanja palijativnih bolesnika u izvanbolničkim uvjetima nužno?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>
Da	101	96,19		
Ne	1	0,95	89,61	< 0,001
Nisam siguran/na	3	2,86		

U tablici 18. može se pronaći da najveći broj ispitanika smatra kako je potrebna edukacija opće populacije o palijativnoj skrbi, a ispitivanjem je utvrđeno da je riječ o statistički značajnoj većini u populaciji ( $\chi^2 = 100,04$ ;  $df = 1$ ;  $P < 0,001$ ).

Tablica 18. Mišljenje o edukaciji opće populacije o palijativnoj skrbi

<b>Smatrate li da je potrebna edukacija opće populacije o palijativnoj skrbi?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>
Da	103	98,10		
Ne	1	0,95	100,04	< 0,001
Nisam siguran/na	1	0,95		

Za potrebe prezentacije razine mišljenja o palijativnoj skrbi kreirana je mjerna skala s rasponom vrijednosti od 0 do 100 bodova, pri čemu su ispitanici koji nemaju niti jedno pozitivno mišljenje o palijativnoj skrbi ostvarili 0 bodova, dok su ispitanici koji imaju sve pozitivne stavove o palijativnoj skrbi ostvarili maksimalnih 100 bodova. Rezultati su prikazani na slici 2.



Slika 2. Prezentacija razine stava o palijativnoj skrbi

#### 4.4. Utjecaj određenih faktora na znanja i mišljenja ispitanika

##### 4.4.1. Utjecaj dobi na znanje

U tablici 19. vidi se kako je najmanja razina znanja utvrđena među ispitanicima rođenim prije 1973. godine, koja je za 20 bodova manja u odnosu na mlađe ispitanike, a ispitivanjem nije utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ( $H = 3,29$ ;  $P = 0,35$ ).

Tablica 19. Utjecaj dobi na znanje

Razdoblje rođenja	N	Znanje		H	P
		Me	IQR		
prije 1973.	13	60,00	(40,00 – 80,00)		
1973. – 1988.	50	80,00	(60,00 – 80,00)		
1989. – 1998.	28	80,00	(60,00 – 100,00)	3,29	0,35
1999. – 2004.	14	80,00	(60,00 – 80,00)		

#### 4.4.2. Utjecaj spola na znanje

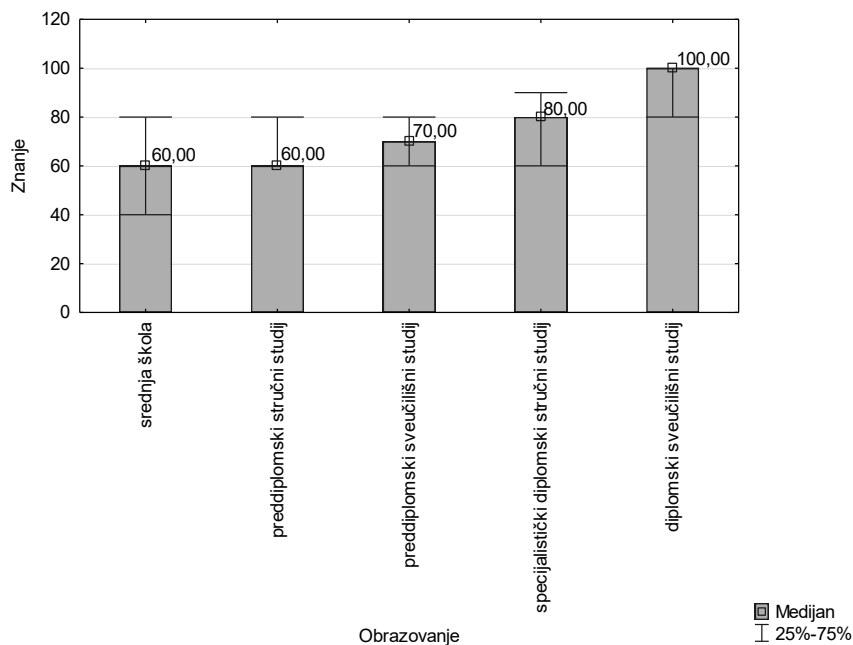
Medijan znanja jednak je kod ispitanica i kod ispitanika, a ispitivanjem nije utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ( $Z = 0,61$ ;  $P = 0,54$ ). Rezultati su prikazani u tablici 20.

Tablica 20. Utjecaj spola na znanje

	Muški		Ženski		U	Z	P
	Me	IQR	Me	IQR			
Znanje	80,00	(60,00 – 100,00)	80,00	(60,00 – 80,00)	420,50	0,61	0,54

#### 4.4.3. Utjecaj stupnja obrazovanja na znanje

Iz slike 3. može se utvrditi prisutnost tendencije rasta znanja s porastom razine obrazovanja, budući da su 60 bodova ostvarili ispitanici sa završenom srednjom stručnom spremom, a 100 bodova ispitanici sa završenim diplomskim sveučilišnim studijem.



Slika 3. Utjecaj stupnja obrazovanja na znanje

Nakon provedenog ispitivanja, utvrđena je prisutnost statistički značajne razlike u znanju s obzirom na stupanj obrazovanja ( $H = 11,30$ ;  $P = 0,02$ ). Rezultati su prikazani u tablici 21.

Tablica 21. Prisutnost razlika u znanju s obzirom na stupanj obrazovanja

Obrazovanje	N	Znanje		H	P
		Me	IQR		
Srednja škola	36	60,00	(40,00 – 80,00)	11,30	0,02
Predipl. struč. studij	29	60,00	(60,00 – 80,00)		
Predipl. sveuč. studij	20	70,00	(60,00 – 80,00)		
Spec. dipl. studij	4	80,00	(60,00 – 90,00)		
Dipl. sveuč. studij	16	100,00	(80,00 – 100,00)		

#### 4.4.4. Utjecaj radnog iskustva na znanje

Iz tablice 22. vidljivo je da je najmanja razina znanja utvrđena među ispitanicima s radnim stažem do 5 godina, koja je za 20 bodova manja u odnosu na ispitanike s više godina radnog staža, a ispitivanjem nije utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ( $H = 1,80$ ;  $P = 0,61$ ).

Tablica 22. Utjecaj radnog iskustva na znanje

Radni staž	N	Znanje		H	P
		Me	IQR		
0 – 5	25	60,00	(60,00 – 80,00)	1,80	0,61
6 – 10	8	80,00	(70,00 – 100,00)		
11 – 20	35	80,00	(60,00 – 80,00)		
više od 20	37	80,00	(60,00 – 80,00)		

#### 4.4.5. Utjecaj dobi na mišljenje o palijativnoj skrbi

U tablici 23. može se vidjeti utjecaj dobi na mišljenje o palijativnoj skrbi. Srednja razina mišljenja o palijativnoj skrbi jednaka je u svim dobnim skupinama, a ispitivanjem nije utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ( $H = 0,41$ ;  $P = 0,93$ ).

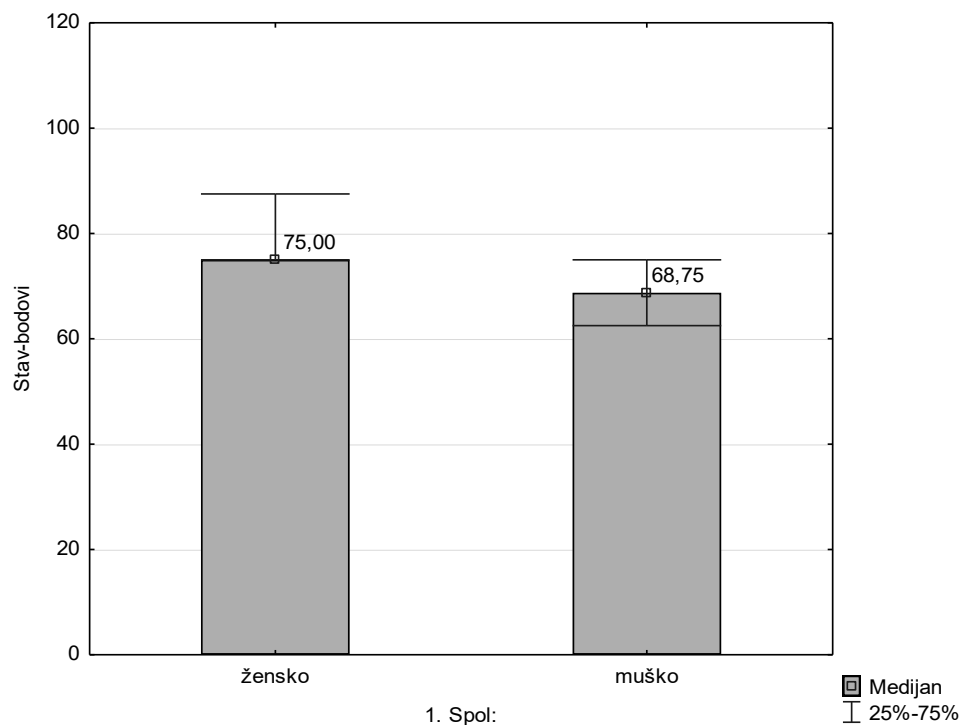
Tablica 23. Utjecaj dobi na mišljenje o palijativnoj skrbi

Godina rođenja	N	Mišljenje o palijativnoj skrbi		H	P
		Me	IQR		
prije 1973.	13	75,00	(75,00 – 87,50)	0,41	0,93
1973. – 1988.	50	75,00	(62,50 – 87,50)		
1989. – 1998.	28	75,00	(68,75 – 87,50)		
1999. – 2004.	14	75,00	(75,00 – 87,50)		



#### 4.4.6. Utjecaj spola na mišljenje o palijativnoj skrbi

Na slici 4. može se vidjeti da je medijan mišljenja o palijativnoj skrbi za 6,25 veći kod ispitanica u odnosu na ispitanike.



Slika 4. Medijan mišljenja o palijativnoj skrbi

Provedenim istraživanjem utvrđena je prisutnost statistički značajne razlike ( $Z = 2,39$ ;  $P = 0,02$ ), a rezultati su prikazani u tablici 24.

Tablica 24. Utjecaj spola na mišljenje o palijativnoj skrbi

	Muški		Ženski		U	Z	P
	Me	IQR	Me	IQR			
Stav o palijativnoj skrbi	68,75	(62,50 – 75,00)	75,00	(75,00 – 87,50)	266,00	2,39	0,02

#### 4.4.7. Utjecaj stupnja obrazovanja na mišljenje o palijativnoj skrbi

Iz tablice 25. može se iščitati kako je srednja razina mišljenja o palijativnoj skrbi najveća među ispitanicima sa završenim preddiplomskim sveučilišnim studijem, dok ispitivanjem nije utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ( $H = 4,89$ ;  $P = 0,29$ ).

Tablica 25. Utjecaj stupnja obrazovanja na mišljenje o palijativnoj skrbi

Obrazovanje	N	Mišljenje o palijativnoj skrbi		H	P
		Me	IQR		
Srednja škola	36	75,00	(62,50 – 87,50)		
Predipl. struč. studij	29	75,00	(75,00 – 87,50)		
Predipl. sveuč. studij	20	87,50	(75,00 – 87,50)	4,89	0,29
Spec. dipl. studij	4	81,25	(75,00 – 93,75)		
Dipl. sveuč. studij	16	75,00	(75,00 – 87,50)		

#### 4.4.8. Utjecaj radnog iskustva na mišljenje o palijativnoj skrbi

Srednja razina mišljenja o palijativnoj skrbi jednaka je kod svih skupina s obzirom na radni staž, a ispitivanjem nije utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ( $H = 1,31$ ;  $P = 0,73$ ) (tablica 26.).

Tablica 26. Utjecaj radnog iskustva na mišljenje o palijativnoj skrbi

Radni staž	N	Mišljenje o palijativnoj skrbi		H	P
		Me	IQR		
0 – 5	25	75,00	(75,00 – 87,50)		
6 – 10	8	75,00	(68,75 – 87,50)		
11 – 20	35	75,00	(62,50 – 87,50)	1,31	0,73
više od 20	37	75,00	(75,00 – 87,50)		

## 5. RASPRAVA

Palijativna skrb specijalizirana je grana zdravstvene skrbi čiji je glavni cilj poboljšanje kvalitete života pacijenata sa smrtonosnim bolestima, odnosno pružanje olakšanja od fizičke, emocionalne i psihosocijalne patnje, uzimajući u obzir potrebe i želje pacijenata i njihovih obitelji. Znanje i mišljenja medicinskih sestara i medicinskih tehničara o palijativnoj skrbi od vitalnog su značaja za osiguranje najbolje moguće skrbi za pacijente. Ovo istraživanje za cilj je imalo ispitati znanje i mišljenja medicinskih sestara i medicinskih tehničara Kliničke bolnice (KB) Dubrava u Zagrebu o palijativnoj skrbi. U istraživanju je sudjelovalo 105 medicinskih sestara i medicinskih tehničara zaposlenih u KB-u Dubrava.

Rezultati istraživanja pokazali su statistički značajnu razliku u zastupljenosti ispitanika s obzirom na spol, pri čemu je ženski spol zastupljeniji od muškog, što ne čudi budući da je sestrinstvo oduvijek bila profesija koju većinski čine žene. Također, istraživanje je pokazalo statistički značajnu razliku u zastupljenosti s obzirom na dob, pri čemu je većina ispitanika rođena između 1973. i 1988. godine. Ovi rezultati upućuju na postojanje generacijske razlike u znanju i razumijevanju palijativne skrbi među medicinskim sestrama i medicinskim tehničarima, što zahtijeva specifične edukacije prilagođene različitim dobnim skupinama. Također, istraživanje je identificiralo statistički značajnu razliku u zastupljenosti s obzirom na mjesto stanovanja, pri čemu većina ispitanika dolazi iz urbanih područja. Svakako je potrebno proširiti edukaciju o palijativnoj skrbi i u ruralnim područjima, kako bi se osigurala jednaka dostupnost palijativne skrbi. Osim toga, istraživanje je otkrilo i statistički značajnu razliku u zastupljenosti s obzirom na razinu obrazovanja, između ispitanika sa završenom srednjom školom i onih sa završenim specijalističkim diplomskim stručnim studijem, pri čemu većina ispitanika ima završenu srednju školu. No, u istraživanju je sudjelovao značajan broj ispitanika sa završenim preddiplomskim studijem. Ovaj rezultat upućuje na potrebu za kontinuiranom edukacijom i stručnim usavršavanjem kako bi se poboljšalo znanje i vještine medicinskih sestara i tehničara u području palijativne skrbi. U kurikulumu srednjoškolskog obrazovanja medicinskih sestara i medicinskih tehničara općeg smjera palijativna skrb zastupljena je u vrlo malom opsegu, dok je na razini visokoškolskog obrazovanja kao obavezni predmet uvedena tek 2015. godine. U istraživanju je utvrđena statistički značajna razlika u znanju ispitanika s obzirom na stupanj obrazovanja, čime je potvrđena manjkavost edukacije o palijativnoj skrbi u srednjoškolskom obrazovanju medicinskih sestara i tehničara općeg smjera. Osim toga,

istraživanje je otkrilo statistički značajnu razliku u zastupljenosti s obzirom na radni staž, pri čemu većina ispitanika ima radno iskustvo duže od 20 godina. Ovaj rezultat naglašava važnost kontinuirane edukacije medicinskih sestara i tehničara tijekom njihove karijere kako bi usvajali najnovija znanja i vještine u području palijativne skrbi.

Ukupno gledajući, rezultati istraživanja ukazuju na potrebu za ciljanim edukacijama, prvenstveno uzimajući u obzir završenu razinu obrazovanja i godine radnog iskustva, kako bi se poboljšalo znanje i razumijevanje palijativne skrbi među medicinskim sestrama i medicinskim tehničarima KB-a Dubrava.

Nadalje, potrebno je poglavito usmjeriti daljnju edukaciju u područja kao što su ublažavanje simptoma i pružanje sveobuhvatne podrške pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb i njihovim obiteljima. Sve to može se postići kroz uključivanje većeg broja medicinskih sestara i tehničara u različite edukacijske programe, radionice i predavanja fokusirana na povećanje svijesti i razumijevanja palijativne skrbi. Osim toga, važno je riješiti razliku u dostupnosti palijativnoj skrbi između urbanih i ruralnih područja. Važno je uložiti resurse kako bi se osigurala jednaka dostupnost resursima i edukaciji o palijativnoj skrbi, kao i jednak pristup palijativnoj skrbi u ruralnim područjima. To može uključivati telemedicinske usluge, mobilne timove za palijativnu skrb i partnerstvo između zdravstvenih ustanova i ostalih infrastrukture lokalnih zajednica kako bi se proširila dostignuća palijativne skrbi.

Rezultati istraživanja također ukazuju i na nedostatak specifičnih znanja o palijativnoj skrbi među medicinskim sestrama i medicinskim tehničarima, što je vidljivo u odgovorima vezanim uz alate koji se koriste za identifikaciju pacijenata kojima je potrebna palijativna skrb. Ovo naglašava potrebu za kontinuiranom edukacijom kako bi se medicinske sestre i medicinski tehničari upoznali s alatima poput SPICT-a i GSF-PIG-a, ali i s ostalim specifičnim znanjima palijativne skrbi. Promoviranjem upotrebe ovih alata, medicinske sestre i tehničari mogu poboljšati svoju sposobnost prepoznavanja pacijenata kojima je potrebna palijativna skrb i osigurati pravovremene i odgovarajuće intervencije.

Nadalje, rezultati ukazuju na to da medicinske sestre i tehničari KB-a Dubrava dobro razumiju načela i opseg palijativne skrbi – prepoznaju da palijativna skrb nije isključivo rezervirana za pacijente s malignim bolestima i može se pružati uz aktivno liječenje. To razumijevanje ključno je za pružanje holističke skrbi pacijentima i njihovim obiteljima. Međutim, potrebno je postići veću razinu znanja kada je u pitanju znanje medicinskih sestara i tehničara vezano uz faze bolesti u

kojima bolesnike možemo uključiti u palijativnu skrb. Zaključno, ovo istraživanje pokazalo je dobro znanje i mišljenja medicinskih sestara i tehničara KB-a Dubrava o palijativnoj skrbi.

Istraživanje ukazuje na to da, iako postoji dobro opće razumijevanje načela palijativne skrbi, postoje područja u kojima daljnje obrazovanje može poboljšati znanje i razumijevanje medicinskih sestara i tehničara. Od velikog je značaja poboljšati svijest i znanje o alatima koji se koriste za identifikaciju pacijenata kojima je potrebna palijativna skrb jer, ukoliko se ne prepoznaje takvog pacijenta, ne može se niti očekivati da će mu biti pružena potrebna skrb. Osim toga, istraživanje ističe važnost rješavanja nedostataka u znanju među zdravstvenim stručnjacima o vremenu i fazama u kojima se može pružiti palijativna skrb. Nekada, u tradicionalnom pristupu palijativnoj skrbi, ta skrb bila je namijenjena isključivo pacijentima u terminalnim fazama bolesti, no takav je pristup napušten. Takvo što je ključno kako bi se osiguralo da pacijenti dobiju odgovarajuću i pravovremenu palijativnu skrb čim se prepozna potreba za njom.

Rezultati istraživanja također pokazuju pozitivno mišljenje medicinskih sestara i tehničara prema palijativnoj skrbi. Većina ispitanika prepoznaje važnost brige o potrebama pacijenta i članova njihove obitelji u palijativnoj skrbi. To potvrđuje holistički pristup koji medicinske sestre i tehničari trebaju usvojiti pružajući palijativnu skrb. Pozitivno je što ispitanici prepoznaju potrebu za poboljšanjem palijativne skrbi u izvanbolničkim uvjetima te za edukacijom opće populacije o palijativnoj skrbi. Međutim, istraživanje je također otkrilo područja u kojima još uvijek postoji prostor za poboljšanje. Naprimjer, potrebno je riješiti percepciju da se pacijenti koji su u izvanbolničkoj palijativnoj skrbi osjećaju odbačeno. Osim toga, istraživanje je naglasilo mišljenje medicinskih sestara i tehničara da se u Republici Hrvatskoj ne posvećuje dovoljno pažnje izvanbolničkoj palijativnoj skrbi. Pri edukaciji medicinskih sestara i tehničara važno se osvrnuti na strategiju razvoja palijativne skrbi na razini primarne zdravstvene zaštite u RH. Posljednjih godina, zahvaljujući osnivanju županijskih koordinacijskih centara i mobilnih timova palijativne skrbi, značajno su se podigle mogućnosti i kvaliteta pružanja palijativne skrbi u izvanbolničkim uvjetima. Istraživanje nije dokazalo statistički značajnu razliku u mišljenju medicinskih sestara i tehničara KB-a Dubrava s obzirom na dob, stupanj obrazovanja i radno iskustvo, dok je dokazan nešto viši medijan mišljenja o palijativnoj skrbi kod ispitanica u odnosu na ispitanike. U istraživanju je sudjelovalo samo 10 ispitanika muškog spola pa se dobiveni rezultat s obzirom na spol ne uzima kao relevantan nalaz.

Zaključno, istraživanje o znanju i mišljenjima medicinskih sestara i tehničara KB-a Dubrava o palijativnoj skrbi pruža vrijedno saznanje o trenutnom znanju i mišljenju o palijativnoj skrbi među njima. Potrebno je kontinuirano provoditi edukaciju i uključivati medicinske sestre i medicinske u programe osposobljavanja iz područja palijativne skrbi. Posebni naglasak u edukaciji treba staviti na prepoznavanje pacijenata kojima je potrebna palijativna skrb ranije u tijeku bolesti te otklanjanje pogrešnih predodžbi o palijativnoj skrbi, osobito onoj koja se pruža na razini primarne zdravstvene zaštite. Osim toga, ističe se važnost holističkog pristupa palijativnoj skrbi koji uzima u obzir potrebe pacijenata i njihovih obitelji. Edukacija medicinskih sestara i tehničara u svim aspektima palijativne skrbi ključni su za pružanja kvalitetne skrbi. KB Dubrava od samih je početaka razvoja bolničke i izvanbolničke palijativne skrbi u RH uključena u isti te se kontinuirano radi na promociji palijativne skrbi i edukaciji medicinskih sestara i tehničara iz tog područja.

Rezultati ovog istraživanja podudaraju se s drugim istraživanjima koja ističu važnost edukacije i osposobljavanja zdravstvenih djelatnika u području palijativne skrbi. Prema Knaul i suradnicima, obrazovanje primarnih zdravstvenih radnika ključno je za proširenje pristupa palijativnoj skrbi (23). S obzirom na ove rezultate, zdravstveni djelatnici, donositelji odluka, akademske institucije i nevladine organizacije moraju surađivati i raditi na promicanju pristupa palijativnoj skrbi (24). Trebaju se truditi podići svijest o palijativnoj skrbi i u medijima i u političkim krugovima, istovremeno jačajući obrazovne mogućnosti u području palijativne skrbi za zdravstvene djelatnike, pružajući sveobuhvatne usluge namijenjene specifičnim potrebama palijativnih pacijenata. Nadalje, važno je unaprijediti programe podrške za pacijente i njihove obitelji u ruralnim područjima, poboljšati pristup informacijama o palijativnoj skrbi za pacijente i obitelji te razviti platforme za e-učenje kako bi se educirali stručnjaci i zajednica o palijativnoj skrbi (24).

Rezultati istraživanja također se podudaraju i s više studija koje ukazuju na općenito razumijevanje palijativne skrbi među zdravstvenim djelatnicima, ali i potrebu za povećanjem obuke i znanja o određenim aspektima. Istraživanje Campbella i suradnika također je istaknulo nužnost cjelovitog razumijevanja palijativne skrbi među zdravstvenim djelatnicima. Ta je studija otkrila da zdravstveni djelatnici često imaju poteškoća s određivanjem pravog trenutka za raspravu o mogućnostima palijativne skrbi, što se podudara s dobivenim rezultatima o potrebi poboljšanja znanja o vremenskom aspektu pružanja palijativne skrbi (25). Vezano uz dobivene rezultate istraživanja o nedostatnoj upućenosti u različite alate za prepoznavanje pacijenata s potrebom za palijativnom skrbi, Antunes i suradnici otkrili su da značajan broj liječnika nije bio upoznat sa

smjernicama i alatima za identifikaciju potreba za palijativnom skrbi (26). Rezultati provedenog istraživanja o važnosti holističkog pristupa palijativnoj skrbi podudaraju se sa studijom Paal i suradnika koja je naglasila nužnost zadovoljavanja potreba pacijenata i njihovih obitelji pri pružanju palijativne skrbi (27). S druge strane, istraživanje koje su detaljno opisali Choi i suradnici malo se razlikuje od rezultata provedenog istraživanja. Choi je u svojoj studiji otkrio da većina zdravstvenih djelatnika osjeća sigurnost u svoje znanje i sposobnost pružanja palijativne skrbi, što se razlikuje od dobivenih rezultata ovog istraživanja koji ukazuju na određene nedostatke u znanju i razumijevanju palijativne skrbi među medicinskim sestrama i tehničarima (28).

Svako od ovih istraživanja, kako ona koja se podudaraju, tako i ona koja se razlikuju od dobivenih rezultata u ovom istraživanju, doprinose višeslojnoj raspravi o palijativnoj skrbi i potrebi za ciljanom, sveobuhvatnom, kontinuiranom edukacijom zdravstvenih djelatnika i unaprjeđenjem holističkog pristupa palijativnoj skrbi.

Istraživanje provedeno među medicinskim sestrama i tehničarima KB-a Dubrava vezano uz palijativnu skrb pokazuje njihovo dobro znanje i mišljenja o ovom izuzetno važnom području medicinske skrbi. Naglašava važnost zadovoljavanja potreba pacijenata i njihovih obitelji u palijativnoj skrbi, kao i nedostatak svijesti među zdravstvenim djelatnicima o dostupnosti i adekvatnosti palijativne skrbi u izvanbolničkim uvjetima. Kako bi se riješili ovi nedostaci, medicinske sestre i tehničari KB-a Dubrava trebali bi kontinuirano sudjelovati na predavanjima i radionicama iz područja palijativne skrbi, kako bi poboljšali svoje znanje i razumijevanje ovoga specifičnoga područja. Edukaciju medicinskih sestara i tehničara treba fokusirati na poboljšanje znanja o različitim alatima i smjernicama koji se koriste u palijativnoj skrbi, na važnost pružanja holističkog pristupa pacijentima i njihovim obiteljima, ali i na edukaciju o mogućnostima pružanja palijativne skrbi u izvanbolničkim uvjetima. Suradnja između zdravstvenih ustanova, državnih tijela, akademskih institucija i nevladinih organizacija ključna je za promicanje palijativne skrbi u svim segmentima društva. Svakako je važno unaprijediti različite oblike podrške za pacijente i njihove obitelji u ruralnim područjima, omogućiti jednako dostupnu palijativnu skrb na svim područjima te poboljšati pristup informacijama i edukaciju opće populacije o palijativnoj skrbi.

Sveukupno, ovo istraživanje naglašava potrebu za unaprjeđenjem prvenstveno formalnog obrazovanja i osposobljavanja iz područja palijativne skrbi za zdravstvene djelatnike. Manjkavost u obrazovanju i osposobljavanju zdravstvenih djelatnika vezano uz palijativnu skrb zajednički je problem koji je naglašen i u prethodnim istraživanjima. Daljnja istraživanja trebaju ispitati znanje

i mišljenje medicinskih sestara i medicinskih tehničara klinika, zavoda i odjela KB-a Dubrava koji nisu bili uključeni u ovo istraživanje te buduće edukacije prilagoditi dobivenim rezultatima.



## 6. ZAKLJUČAK

Temeljem provedenog istraživanja i dobivenih rezultata, mogu se izvesti sljedeći zaključci:

1. Postoji potreba za edukacijom medicinskih sestara i medicinskih tehničara Kliničke bolnice Dubrava iz područja palijativne skrbi. Iako sudionici istraživanja općenito imaju dobro znanje o palijativnoj skrbi, postoje područja u kojima ga je potrebno unaprijediti, posebno vezano uz alate za identifikaciju pacijenata koji trebaju palijativnu skrb i faze bolesti tijekom kojih uključujemo pacijente u palijativnu skrb.
2. Demografski čimbenici poput dobi, spola, radnog iskustva i razine obrazovanja mogu utjecati na znanje i mišljenje medicinskih sestara i tehničara o palijativnoj skrbi. Edukaciju je, stoga, važno prilagoditi različitim demografskim skupinama kako bi se osiguralo jednako znanje svih skupina o palijativnoj skrbi.
3. Postoji potreba za povećanjem svijesti o palijativnoj skrbi među medicinskim sestrama i tehničarima, posebno u pogledu dostupnosti i adekvatnosti palijativne skrbi u izvanbolničkim uvjetima. Tijekom provođenja edukacije medicinskih sestara i tehničara, svatko se treba osvrnuti na razvoj i mogućnosti koje pacijentima s potrebom za palijativnom skrbi pružaju koordinacijski centri palijativne skrbi i mobilni palijativni timovi.
4. Suradnja između zdravstvenih ustanova, državnih tijela, akademskih institucija i nevladinih organizacija ključna je za promicanje palijativne skrbi. Potrebno je raditi na podizanju svijesti o palijativnoj skrbi u medijima i političkim krugovima te osigurati različite edukacijske programe za zdravstvene djelatnike, ali i za opću populaciju i to bez razlike radi li se o urbanim ili ruralnim područjima.

Uzimajući u obzir ove zaključke, moguće je usmjeriti buduće napore na podizanje svijesti i poboljšanje edukacije u području palijativne skrbi kako bi se osigurala bolja skrb za pacijente i njihove obitelji, a samim tim i bolja kvaliteta preostalog života pacijenata.

## 7. SAŽETAK

**Cilj istraživanja:** Ispitati znanja i mišljenja medicinskih sestara i medicinskih tehničara Kliničke bolnice Dubrava o palijativnoj skrbi.

**Ustroj studije:** Presječno istraživanje.

**Ispitanici i metode:** U istraživanje je bilo uključeno ukupno 105 medicinskih sestara i medicinskih tehničara zaposlenih u Kliničkoj bolnici Dubrava. Za prikupljanje podataka korišten je vlastiti strukturirani anketni upitnik.

**Rezultati:** Postoji potreba za daljnjom edukacijom medicinskih sestara i medicinskih tehničara Kliničke bolnice Dubrava u području palijativne skrbi. Također, postoji potreba za povećanjem svijesti o palijativnoj skrbi među medicinskim sestrama i medicinskim tehničarima, posebno u pogledu dostupnosti i adekvatnosti palijativne skrbi u izvanbolničkim uvjetima. Demografski čimbenici poput dobi, spola, mjesta prebivališta i razine obrazovanja mogu utjecati na znanje i mišljenje medicinskih sestara i medicinskih tehničara o palijativnoj skrbi. Suradnja između zdravstvenih ustanova, državnih tijela, akademskih institucija i nevladinih organizacija ključna je za promicanje palijativne skrbi. Važno je osigurati podršku pacijentima i njihovim obiteljima te edukaciju opće populacije jednako, bez razlike u ruralnim i urbanim područjima.

**Zaključak:** Istraživanje ukazuje na to da iako medicinske sestre i medicinski tehničari Kliničke bolnice Dubrava općenito razumiju palijativnu skrb, ali postoje područja koja zahtijevaju daljnju edukaciju. Konkretno, potrebno je povećati znanje o alatima koji se koriste za identifikaciju pacijenata kojima je potrebna palijativna skrb te o fazama bolesti tijekom kojih uključujemo pacijente u palijativnu skrb.

**Ključne riječi:** Klinička bolnica Dubrava; medicinske sestre; mišljenje; palijativna skrb; znanje

## 8. SUMMARY

### **Knowledge and opinions of nurses and medical technicians in University Hospital Dubrava about palliative care**

**Objective:** To examine the knowledge and opinions of nurses and medical technicians working at University Hospital Dubrava about palliative care.

**Study design:** A cross-sectional study.

**Respondents and Methods:** A total of 105 nurses and medical technicians employed at the University Hospital Dubrava were included in the research. A questionnaire was created for the purposes of this paper and used to collect data.

**Results:** There is a need for further education of nurses and medical technicians of the University Hospital Dubrava in the field of palliative care. Also, there is a need to increase awareness of palliative care among nurses and medical technicians, especially regarding the availability and adequacy of palliative care in outpatient settings. Demographic factors such as age, gender, place of residence and level of education can influence nurses' and medical technicians' knowledge and opinions about palliative care. Collaboration between healthcare institutions, government bodies, academic institutions and non-governmental organizations is essential to promote palliative care. It is important to ensure support for patients and their families, as well as education of the general population equally, without distinction in rural and urban areas.

**Conclusion:** The research indicates that, although the nurses and medical technicians of the University Hospital Dubrava generally understand palliative care, there are areas that require further education. In particular, there is a need to increase the knowledge about the tools used to identify patients in need of palliative care and about the stages of the disease during which patients are included in palliative care.

**Key words:** knowledge; nurses; opinion; palliative care; University Hospital Dubrava

**9. LITERATURA**

1. World Health Organization 2020. Palliative care. Dostupno na adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Datum pristupa 1. 6. 2023.
2. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi. Preporuke Europskog društva za palijativnu skrb. *Eur J Pall Care*. 2009; 16(6):278-289.
3. Jukić M, Majerić Kogler V, Fingler M. Bol uzroci i liječenje. Zagreb: Medicinska Naklada; 2011. 272–276.
4. Žagrović MB. Palijativna medicina u Hrvatskoj–nužnost implementacije u zdravstveni sustav. *Medicina*. 2010;46(1):37–42.
5. Palijativna skrb. Dostupno na adresi: <http://palijativna-skrb.hr/>. Datum pristupa 6. 6. 2023.
6. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *Journal of pain and symptom management*. 2002;24(2):91–96.
7. Lončar Z, Katić M, Jureša V, i sur. Palijativna skrb u zajednici. Zagreb: Medicinska Naklada; 2018. str. 54–58.
8. Brkljačić M. Medicinska etika u palijativnoj skrbi. *Obnovljeni život*. 2019;74(4):513–527.
9. National Consensus Project for Quality Palliative Care. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. Pittsburgh; 2004.
10. Gamondi C, Philip Larkin SP. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi, Palijativna skrb, mostovi nade i čovječnosti. 2012;16(6):158–207.
11. Jušić A, Dubravčić M, Bralić T, Perković M. Palijativna medicina/skrb. *Borba protiv raka*. 1997;27(1):39–42.
12. Braš M, Đorđević V, Kandić-Splavski B, Vnučevac V. Osnovni pojmovi o palijativnoj medicini i palijativnoj skrbi. *Medix*. 2016;119/120:69–76.
13. Craig F, Abu-Saad Huijjer H, Benini F, Kuttner L, Wood C, Cornaglia Ferraris P. Steering Committee of the EAPC Task Force on Palliative Care for Children and Adolescents.

- IMPaCCT: standards for paediatric palliative care in Europe. *European Journal of Palliative Care*. 2007;14:109–114.
14. Lin X, Li X, Liu Q, Shao S, Xiang W. Big Five Personality Model-based study of death coping self-efficacy in clinical nurses: A cross-sectional survey. *PLoS One*. 2021;16(5):1–14.
  15. Nambayan AG. Palliative Care: Opportunities for Nursing. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2018;5(1):1–3.
  16. Ayed A, Sayej S, Harazneh L, Fashafsheh I, Eqtaif F. The Nurses' Knowledge and Attitudes towards the Palliative Care. *Journal of Education and Practice*. 2015;6(4):91–99.
  17. Choi M, Lee J, Kim SS, Kim D, Kim H. Nurses' knowledge about end-of-life care: where are we?. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2012;43(8):379–384.
  18. Pegoraro MMO, Paganini MC. Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva. *Revista Bioética*. 2019;27(4):699–710.
  19. O'Shea MF. Staff Nurses' Perceptions Regarding Palliative Care for Hospitalized Older Adults. *The American Journal of Nursing*. 2014;114(11):26–34.
  20. Sitanggang YF, Laoli FV, Lawolo F, Narwasti Kiha G, Manihuruk G. Perception of nurses about palliative care: Experience from a private hospital in west Indonesia. *MINH*. 2022;5(1):39–45.
  21. Kim S, Lee K, Kim S. Knowledge, attitude, confidence, and educational needs of palliative care in nurses caring for non-cancer patients: a cross-sectional, descriptive study. *BMC palliative care*. 2020;19(1):1–14.
  22. Marušić M. i sur. *Uvod u znanstveni rad u medicini*. 5. izd. Udžbenik. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
  23. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, i sur. Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief Study Group. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet*. 2018;391:1391–1454.
  24. Vargas-Escobar LM, Sánchez-Cárdenas MA, Guerrero-Benítez AC, Suarez-Prieto VK, Moreno-García JR, Cañón Piñeros ÁM, Rodríguez-Campos LF, León-Delgado MX. Barriers to Access to Palliative Care in Colombia: A Social Mapping Approach Involving Stakeholder Participation. *Inquiry*. 2022;59:1–12.

25. Campbell TC, Carey EC, Jackson VA, Saraiya B, Yang HB, Back AL, i sur. Discussing Prognosis: Balancing Hope and Realism. *The Cancer Journal*. 2010;16(5):461–466.
26. Antunes B, Rodrigues SB, Antunes MPB, Higginson IJ, Ferreira C. Physicians' views and attitudes toward palliative care in Portugal. *Am J Hosp Palliat Care*. 2016;33(9):878–881.
27. Paal P, Leget M, Goodhead V, Clark PAC. Multidimensional needs in palliative care patients. *BMJ Supp Palliat Care*. 2017;7(2):212–219.
28. Choi KS, Cho KE, Park SA, Park SC. Factors affecting the perception of importance and practice of patient education among nurses in South Korea. *J Contin Educ Nurs*. 2016;47(9):429–437.

**11. PRILOZI**

Prilog 1. Odobrenje etičkog povjerenstva Kliničke bolnice Dubrava.



**Klinička bolnica Dubrava**  
Etičko povjerenstvo  
Avenija Gojka Šuška 6  
10000 Zagreb  
Telefon: (01) 290 2726  
E-mail: povjerenstvo.eticko@kibd.hr

**Broj odobrenja:**  
**2023/2103-04**

**ETIČKO POVJERENSTVO**  
**KLINIČKE BOLNICE DUBRAVA**  
U Zagrebu, 21. ožujka 2023.

**PREDMET:** Zamolba za odobrenje znanstvenog istraživanja pod naslovom:  
**„Znanje i mišljenje medicinskih sestara i medicinskih tehničara Kliničke  
bolnice Dubrava o palijativnoj skrbi“**  
- odobrenje, daje se

**Voditelj istraživanja:** Jelena Mušak, bacc. med. techn.

*Jelena Mušak, bacc. med. techn.*, podnijela je Etičkom povjerenstvu KB Dubrava zamolbu za odobrenje provođenja znanstvenog istraživanja pod naslovom „Znanje i mišljenje medicinskih sestara i medicinskih tehničara Kliničke bolnice Dubrava o palijativnoj skrbi“.

Na sjednici održanoj 21. ožujka 2023. godine, Etičko povjerenstvo u sastavu: dr. sc. Marko Lucijanić, dr. med. – predsjednik, izv. prof. dr. sc. Ines Lazibat, dr. med. - član, dr. sc. Željko Bočina, dr. med. – član, Željka Bilušić Perić, mag. iur. – član, dr. sc. Luka Štilinović – član, Marija Vidak – zapisničar, **ODOBRILO JE** da se navedeno istraživanje provodi u KB Dubrava.



**ETIČKO POVJERENSTVO KB DUBRAVA**

*dr. sc. Marko Lucijanić, dr. med.*

**PREDSJEDNIK**

*dr. sc. Marko Lucijanić, dr. med.*  
Specijalist hematologije  
7786512