

Znanje medicinskih sestara Doma zdravlja Dubrovnik o palijativnoj skrbi

Pavlović Vlahinić, Meri

Master's thesis / Diplomski rad

2024

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:243:027468>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-04**

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

Meri Pavlović Vlahinić

**ZNANJE MEDICINSKIH SESTARA
DOMA ZDRAVLJA DUBROVNIK O
PALIJATIVNOJ SKRBI**

Diplomski rad

Sveta Nedelja, 2024.

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

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Meri Pavlović Vlahinić

**ZNANJE MEDICINSKIH SESTARA
DOMA ZDRAVLJA DUBROVNIK O
PALIJATIVNOJ SKRBI**

Diplomski rad

Sveta Nedelja, 2024.

Rad je ostvaren istraživanjem mrežnom anketom.

Mentor rada: doc. dr. sc. Sandra Kocijan, dr.med.

Rad ima 49 lista, 10 tablica i 2 slike.

Lektor hrvatskoga jezika: Blaženka Bračun, prof. hrvatskog i grčkog jezika i književnosti

Lektor engleskoga jezika: Silvana Ujdur Bilan, univ.spec.philol.angl.

Znanstveno područje: biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: sestrinstvo

Zahvala

Želim zahvaliti svima koji su mi pomogli u izradi ovog rada. Najiskrenije zahvale mojoj mentorici doc. dr. sc. Sandri Kocijan na pomoći, preporukama i konstruktivnim savjetima. Također zahvaljujem svim svojim prijateljima na podršci, kao i kolegicama i kolegama Doma zdravlja Dubrovnik koji su pristali ispuniti upitnik. Zahvaljujem i svojim suradnicima, jer su me podržavali i hrabрили na mojem obrazovnom putovanju, i svima koji su me obogatili znanjem. Posebna hvala mojoj obitelji na pomoći i razumijevanju, na njihovoj strpljivosti, poticanju i podršci u ostvarenju mojeg cilja. Hvala što ste mi studijske dane uljepšavali smijehom i punili srećom onako kako samo vi to znate.

Hvala vam od srca!

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Palijativna skrb	2
1.2. Povijesni razvoj palijativne skrbi	4
1.3. Razvoj palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj	5
1.4. Medicinska sestra u palijativnom timu.....	5
2. HIPOTEZA	9
3. CILJ	10
4. ISPITANICI I METODE	11
4.1. Ustroj istraživanja	11
4.2. Ispitanici	11
4.3. Metode.....	11
4.4. Statističke metode	13
5. REZULTATI.....	14
5.1. Opis uzorka	14
5.2. Originalni rezultati PCQN-ove ljestvice	15
5.3. Metrijske karakteristike preoblikovane ljestvice.....	16
5.4. Znanje o palijativnoj skrbi.....	18
5.4.1. Ukupni rezultat.....	18
5.4.2. Pojedine dimenzije	20
5.4.3. Miskoncepti o palijativnoj skrbi.....	22
5.5. Povezanost sociodemografskih i profesionalnih karakteristika sa znanjem o palijativnoj skrbi.....	24
5.5.1. Ukupni rezultat PCQN-a	24
5.6. Kategorizirana ljestvica znanja	25
6. RASPRAVA.....	26
7. ZAKLJUČAK	30
8. SAŽETAK.....	31
9. SUMMARY	32
10. LITERATURA.....	33
11. ŽIVOTOPIS	38
12. PRILOZI.....	39

Popis kratica

IKR	interkvartilni raspon
IP	interval pouzdanosti
MSIT	medicinske sestre i tehničari
P	statistička značajnost
PCQN	Kviz palijativne skrbi za medicinske sestre (od engl. <i>Palliative Care Quiz for Nurses</i>)
PS	palijativna skrb
SD	standardna devijacija
SLO	stopa lažnih otkrića
SZO	Svjetska zdravstvena organizacija
ϕ	phi koeficijent korelacije binarnih, nominalnih varijabli

Popis tablica

Tablica 1. Dimenzije PCQN-a i čestice kojima su mjerene	12
Tablica 2. Karakteristike ispitanika.....	14
Tablica 3. Frekvencije odgovora na originalne čestice PCQN-ove ljestvice.....	15
Tablica 4. Korelacije čestica s ukupnim rezultatom PCQN-a.....	16
Tablica 5. Korelacije čestica PCQN-a preoblikovanih u binarne varijable u kojima „1“ znači točan odgovor, a „0“ netočan odgovor ili odgovor „ne znam“	17
Tablica 6. Broj ispitanika koji su točno odgovorili na pojedine čestice PCQN-ove ljestvice .	19
Tablica 7. Postotak točnih odgovora na trima podljestvicama PCQN-a.....	20
Tablica 8. Mikoncepti o palijativnoj skrbi; broj ispitanika koji su dali pogrešan odgovor.....	23
Tablica 9. Povezanost postotka točnih odgovora na PCQN-u sa sociodemografskim i profesionalnim karakteristikama	24
Tablica 10. Kategorizirani rezultat PCQN-ove ljestvice.....	25

Popis slika

Slika 1. Histogram raspodjele i dijagram pravokutnika ukupnog postotka točnih odgovora na PCQN-ovu ljestvicu; isprekidana krivulja na histogramu predstavlja teorijski očekivanu normalnu raspodjelu; na dijagramima pravokutnika - crta u sredini pravokutnika predstavlja medijan, granice pravokutnika predstavljaju interkvartilni raspon, krajnje crte predstavljaju 1,5 interkvartilnog raspona ispod prvog i iznad trećeg kvartila; kružić predstavlja rezultat jednog ispitanika iznad te vrijednosti (n = 81) 18

Slika 2. Histogram raspodjele i dijagram pravokutnika postotka točnih odgovora na dvjema podljestvicama PCQN-a: gornja slika podljestvica Filozofije i načela PS; donja slika: podljestvica Kontrola boli i drugih simptoma; histogram rezultata treće podljestvice nije prikazan jer ona sadrži samo tri čestice; isprekidana krivulja na histogramu predstavlja teorijski očekivanu normalnu raspodjelu; na dijagramima pravokutnika - crta u sredini pravokutnika predstavlja medijan, granice pravokutnika predstavljaju interkvartilni raspon, krajnje crte predstavljaju 1,5 interkvartilnog raspona ispod prvog i iznad trećeg kvartila; kružić predstavlja rezultat jednog ispitanika iznad te vrijednosti (n = 81) 21

1. UVOD

Znanost i napredna medicinska tehnologija omogućile su produljenje ljudskog života do stupnja koji u prošlosti nije bio moguć. Međutim, zbog neizlječivih i kroničnih bolesti oboljele osobe često zahtijevaju posebnu skrb za širok raspon bolesti. Procjenjuje se da svake godine 56,8 milijuna ljudi treba palijativnu skrb, od kojih većina živi u zemljama s niskim prihodima. Prema anketi o nezaraznim bolestima Svjetske zdravstvene organizacije – WHO, provedenoj među 194 države članice u 2019. godini financiranje palijativne skrbi bilo je dostupno u 68 % zemalja, a 40 % usluga palijativne skrbi obuhvatile su samo polovicu bolesnika kojima je potrebna (1). Nedostatak svijesti među kreatorima politike, zdravstvenim radnicima i javnosti prepreke su za uključivanje palijativne skrbi u kontinuum skrbi za osobe s kroničnim i po život opasnim stanjima, povezujući je s programima prevencije, ranog otkrivanja i liječenja. Palijativna skrb prepoznata je kao osnovno ljudsko pravo na zdravlje. To je pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji. Prevenirira i olakšava patnju ranim prepoznavanjem, ispravnom procjenom i liječenjem fizičkih, psihosocijalnih ili duhovnih problema. Palijativna skrb profesionalna je zdravstvena skrb koja pruža timski pristup i medicinske intervencije za ublažavanje simptoma i boli, pruža informacije o mogućnostima liječenja, daje podršku i uslugu socijalne skrbi (2). Takva skrb treba biti pružena integriranim zdravstvenim uslugama usmjerenima na osobu, a koje obraćaju pozornost na specifične potrebe pojedinaca. Prakse palijativne skrbi brzo su se razvile u zdravstvenim ustanovama tijekom posljednjeg desetljeća, zbog porasta nezaraznih bolesti, i sada su lakše dostupne bolesnicima u potrebi diljem svijeta (3). Međutim, u tom se razdoblju obitelj suočava sa psihološkim stresom povezanim s dugotrajnom njegom i visokim medicinskim troškovima, a zdravstveno osoblje/medicinske sestre s pravnim, psihološkim i etičkim dilemama. Odgovarajuće znanje, vještine i pozitivni stavovi prema palijativnim bolesnicima omogućili su medicinskim sestrama pružanje visokokvalitetne skrbi za kronične bolesnike. Nedostatak znanja i stavova među medicinskim sestrama obzirom na bol, osobito kod bolesnika oboljelih od raka, utječe na njihovu sposobnost procjene i liječenja simptoma na odgovarajući način (1 - 4). Stoga medicinske sestre s nedostatkom stručnosti i nedostatkom razumijevanja ne mogu pružiti odgovarajuće sposobnosti za procjenu potreba bolesnika niti pružiti odgovarajuću skrb visoke kvalitete. Upravo iz tih razloga svrha je ovog istraživanja dobivanje uvida u razinu znanja medicinskih sestara/tehničara Doma zdravlja Dubrovnik o palijativnoj skrbi, kao i uvid u povezanost sociodemografskih čimbenika s razinom znanja.

1.1. Palijativna skrb

Palijativna skrb dolazi od latinske riječi *palliatu*s, što znači „ogrnut plaštem“. Označava sredstvo koje ublažava simptome neke bolesti (3). U hrvatskom jeziku postoji nekoliko riječi koje se usko vežu za palijativnu skrb, a to su terminalna skrb, hospicijska skrb ili skrb na kraju života. Svjetska zdravstvena organizacija definirala je palijativnu skrb kao pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim s neizlječivom bolešću kroz prevenciju i ublažavanje patnje, preko ranog prepoznavanja i odgovarajućeg liječenja boli i drugih fizičkih, psihičkih i duhovnih problema (1). Isto tako palijativna skrb djece aktivna je i potpuna skrb o djetetovu tijelu, njegovu umu i duhu, a uključuje i podršku obitelji. Skrb se može pružati u tercijarnim zdravstvenim ustanovama, u lokalnim domovima zdravlja i u djetetovom domu (4, 5, 6). To znači da su dostupne sve mogućnosti liječenja i skrbi za osobe s neizlječivim, po život opasnim stanjima, gdje god se u svijetu nalazile, te naglašava poseban interdisciplinarni i multiprofesionalni karakter. Palijativna medicina predstavlja noviju subspecijalističku granu moderne medicine, a rezultat je razvoja medicinskih znanosti i napretka humanističke i civilizacijske kulture modernog društva. Pristup palijativnoj skrbi važan je čimbenik koji većina zdravstvenih organizacija nastoji poboljšati. Palijativnu skrb pruža posebno obučeni tim liječnika, medicinskih sestara i drugih stručnjaka koji rade zajedno s drugim bolesnikovim liječnicima kako bi skrb bila sveobuhvatna i usmjerena na individualne potrebe i osobni izbor te da osobi na kraju života osigura slobodu od bolova, dostojanstvo, mir i staloženost. Interdisciplinarni tim mora biti visokokvalificirani posebno educirani stručnjaci i volonteri koji zajedno rade s ciljem rješavanja fizioloških, psiholoških, socijalnih i duhovnih potreba bolesnika i obitelji. Osnovne značajke tima za palijativnu skrb su: zajednički cilj, razumijevanje uloge svakog pojedinca i njegove odgovornosti u timskom radu te otvorena i prikladna komunikacija među članovima tima. Jedan od primarnih ciljeva palijativne skrbi jest u bolesnika stvoriti osjećaj da nije sam, osjećaj nenapuštenosti sa zadovoljenjem njegovih autonomnosti i želja, dok je glavna svrha palijativne skrbi svesti na najmanju moguću mjeru sve simptome koji uzrokuju bolesnicima nelagodu. Osim rješavanja fizičke patnje, skrb se treba proširiti i na priznavanje i istraživanje psihosocijalne, egzistencijalne ili duhovne patnje. Važno je postići da se bolesnik osjeća sigurno i zaštićeno. Palijativna skrb bavi se potrebama pacijenata u fizičkim, društvenim, psihološkim i duhovnim domenama putem triju glavnih komponenti: prevencijom i upravljanjem simptomima (uključujući bol), izvrsnosti u komunikaciji, u raspravi o ciljevima

skrbi i unaprijed planiranju skrbi te dodatnim dijelom podrške za praktične potrebe, posebno u pogledu njege koja se pruža u domu bolesnika (3, 6). Oblici palijativne skrbi definiraju se kroz dvije dimenzije: oblik skrbi koja se pruža i razina na kojoj se ta skrb pruža. U skladu s potrebama bolesnika pruža se odgovarajući oblik palijativne skrbi, bilo kao akutno liječenje, produženo ili kućna njega. Palijativna skrb može se pružiti na različitim razinama, a najvažnije je osigurati palijativni pristup i specijalističku palijativnu skrb. Specijalistička palijativna skrb namijenjena je zdravstvenim radnicima koji su isključivo uključeni samo u području palijativne skrbi, dok je opća palijativna skrb namijenjena zdravstvenim radnicima kojima palijativna skrb nije glavni fokus njihove kliničke prakse, već su uključeni za pružanje zdravstvene skrbi kao spasilačko osoblje za palijativnu skrb u svojem području djelovanja (7). Nekako je uobičajeno da se u europskim zemljama palijativna skrb uglavnom pruža bolesnicima s uznapredovalim malignim oboljenjem. Često se zanemari da i druga oboljenja, kao što su neurološke bolesti, zatajenje srca, bubrega, HIV, mogu imati potrebu za palijativnom skrbi. Ipak, većina ih treba palijativnu skrb u uznapredovaloju bolesti. Prijelaz s kurativne na palijativnu skrb češće je postupan nego vremenski ograničen, već prema tome kako se ciljevi liječenja prebacuju s produženja života na očuvanje kvalitete života (8, 9, 10). Brojne studije u različitim zemljama pokazuju da mogu poboljšati ishode za bolesnike, uključujući kontrolu simptoma i kvalitetu života, i ishode za njegovatelje, kao što je smanjenje stresa i disfunkcionalne tuge (11, 12, 13). Osim toga, većina studija pokazuje barem neutralnost troškova, a mnoge pokazuju značajno izbjegavanje troškova prijenosom skrbi iz okruženja akutne skrbi na željena mjesta bolesnika – kod kuće ili u hospiciju. Međutim, i iskusni liječnici često imaju poteškoće kada pokreću složene, emocionalno opterećene rasprave o palijativnoj skrbi s teško bolesnim pacijentima i njihovim obiteljima. Unatoč značajnom napretku u razumijevanju prednosti rane integracije palijativne skrbi u liječenju bolesti, mnogi bolesnici, koji žive s kroničnom bolešću opasnom po život, ili ne primaju nikakvu uslugu palijativne skrbi ili primaju usluge tek u posljednjoj fazi svoje bolesti (8, 10). Palijativna skrb sama po sebi nosi i stigmatu uzrokovanu nedovoljnim znanjem i manjkom prikladne edukacije. Neuspjeh u pružanju holističke skrbi ograničava učinkovitost palijativne skrbi i može pridonijeti fizičkoj, socijalnoj, duhovnoj i/ili emocionalnoj patnji (3, 11). Rješavanje prijetećeg nedostatka njegovatelja, preraspodjela financiranja za promicanje neprekidnosti skrbi u različitim okruženjima, obraćanje pozornosti na želje starijih osoba, procjenjivanje životne mogućnosti bolesnika i definiranje prioriteta za razvoj pouzdane skrbi

na kraju života vodeći su ciljevi za poboljšanje kvalitete života pojedinca. Bitan preduvjet klinička su istraživanja i edukacija.

1.2. Povijesni razvoj palijativne skrbi

Prvi hospiciji datiraju još iz 4. stoljeća kada su u Europi kršćani pružali njegu bolesnima i siromašnima. U Francuskoj 1842. godine Madame Jeanne Garnier prvi put spominje hospicij i opisuje ga kao mjesto za osobe koje boluju od neizlječivih bolesti (14). Pod njezinim utjecajem i utjecajem irskih redovnica sestara milosrdnica, a koje je osnovala Mary Aikenhead, otvarale su se ustanove diljem svijeta namjenjene bolesnicima pred kraj njihova života. Palijativna skrb doživjela je tradiciju 1967. godine kada je Dame Cicely Saunders osnovala *St Christopher's Hospice* u jugozapadnom Londonu, prvi moderni hospicij, i uvela metodu učinkovitog upravljanja boli te inzistirala na tome da umirući ljudi trebaju dostojanstvo, suosjećanje i poštovanje, kao i rigoroznu znanstvenu metodologiju u testiranju tretmana. Psihijatrica Elizabeth Kubler-Ross objavila je 1969. godine knjigu „O smrti i umiranju“, nadahnuta doživljajima bolesnika pred kraj života, a 1977. godine osnovala je centar za umiruće bolesnike i njihove obitelji (16). U Kanadi se hospicijska palijativna skrb počela razvijati 1970-ih kao rezultat brzog širenja programa liječenja protiv raka, pri čemu je liječenje bilo definirano kao kurativno ili palijativno. Kasnije su se programi palijativne skrbi počeli razvijati kao odjeljenja velikih organizacija ili agencija. Palijativna skrb u hospiciju brzo je i široko prihvaćena kao društveni pokret koji reformira zdravstvenu skrb kako bi uravnotežio akutnu skrb „visoke tehnologije“ i s palijativnom skrbi „visokog dodira“. Prvi sveučilišni institut za obrazovanje i istraživanje u palijativnoj skrbi osnovan je na Sveučilištu u Ottawi 1983. godine (6, 15, 17). Iste te godine donesena je Venecijanska deklaracija o osobama koje boluju od neizlječivih bolesti, a koja se zalaže za uvođenje palijativne skrbi u obrazovne sustave. Godine 1995. donesena je Barcelonska deklaracija s ciljem uključivanja palijativne skrbi u državnu zdravstvenu politiku. Tek 2009. godine Europsko društvo za palijativnu skrb (EAPC) objavilo je Bijelu knjigu o normama i standardima za palijativnu skrb. EAPC je nakon analize programa obuke medicinskih sestara dostupnih u raznim zemljama formulirao vodič za razvoj obuke medicinskih sestara u palijativnoj skrbi u cijeloj Europi, s preporukama usmjerenim posebno na one zemlje u kojima je palijativna skrb bila u razvoju. Težište je skrbi na kvaliteti života do smrti. Godine 2013. Praška povelja naglašava da je palijativna skrb temeljno ljudsko pravo.

1.3. Razvoj palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj

Osnivanje ustanove u Zadru za pomoć siromašnima i nemoćnima datira iz 559. godine. Međutim, prvi koraci za razvoj palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj krenuli su 1994. godine kada je Anica Jušić osnovala Hrvatsko društvo za hospicij / palijativnu skrb. Godine 2002. imenovana je za predsjednicu osnovnog Povjerenstva za palijativnu skrb pri Ministarstvu zdravlja Republike Hrvatske pa je palijativna skrb ušla u Zakon o zdravstvenoj zaštiti. U Hrvatskoj je 2003. godine donesen Zakon o zdravstvenoj zaštiti, a palijativna skrb navodi se kao skrb na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti. Prve prave promjene počele su nakon parlamentarnih izbora 2011. godine, a vrhunac su dosegle 2013. godine kada je započela uspostava sustava palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj. Godine 2011. otvoren je hospicij u Brezovici, a 2013. godine hospicij u Rijeci (6, 16). Za potrebe stanovništva koje je zahtijevalo palijativnu skrb, 28. travnja 2014. godine uspostavljen je stacionarni kapacitet u sklopu Opće bolnice Dubrovnik. U rujnu 2015. godine pri Domu zdravlja Dubrovnik uspostavljen je mobilni palijativni tim koji čine medicinska sestra i liječnik specijalist interne medicine. U Hrvatskoj se od 2014. godine palijativna skrb razvija kao sastavni dio zdravstvenog sustava. Cilj ovog Nacionalnog programa razvoja palijativne skrbi daljnji je razvoj sustava palijativne skrbi prema utvrđenim potrebama za palijativnom skrbi, sukladno Bijeloj knjizi, daljnja uspostava organizacijskih oblika i međusobno povezivanje sudionika palijativne skrbi, nastavak edukacije iz palijativne skrbi, izrada nacionalnih smjernica i preporuka za pružanje i razvoj palijativne skrbi, prijedlog unaprjeđenja zbrinjavanja palijativnih bolesnika i njihovih obitelji (6, 16, 17). Ovaj je razvoj u skladu s konceptom integrirane skrbi koji se pojavljuje u mnogim zemljama. Međutim, tamo postoje brojni problemi implementacije i prepreke koje ometaju integraciju palijativne skrbi. Hrvatska je među posljednjim zemljama u Europi koja je razvila organiziranu palijativnu skrb na nacionalnoj razini. Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske izdalo je 2021. godine smjernice za unaprjeđenje kvalitete palijativne skrbi (18).

1.4. Medicinska sestra u palijativnom timu

Medicinska sestra važan je član interdisciplinarnog tima za palijativnu skrb. To je tim visokokvalificiranih, dobro educiranih stručnjaka i volontera koji rade zajedno i koji skrbe za osobu koja boluje od terminalne bolesti pritom joj pomažući da ostvari najbolju kvalitetu

života. Medicinska sestra provodi više vremena s bolesnicima i obiteljima nego bilo koji drugi zdravstveni djelatnik dok se bave ozbiljnom bolešću. Medicinska sestra palijativne skrbi preuzima širok raspon odgovornosti, koje se mogu razlikovati iz dana u dan. Brine o dobrobiti bolesnika i daje emocionalnu podršku oboljelom i njegovoj obitelji. Medicinska sestra u palijativnoj skrbi višestruki je aktivni sudionik koji neprestano provodi zdravstvenu njegu, koordinira i rukovodi cjelokupnim procesom skrbi. Odgovorna je za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege, uz stalnu procjenu, evaluaciju, edukaciju bolesnika i obitelji, te suradnju s ostalim članovima interdisciplinarnog tima. Medicinska sestra palijativne skrbi pruža multidisciplinarni pristup liječenju koji pomaže bolesnicima u očuvanju fizičkog i mentalnog zdravlja i snažno je usredotočena na poboljšanje kvalitete života bolesnika u njegovim posljednjim danima. Glavne dužnosti medicinske sestre palijativne skrbi uključuju: praćenje simptoma, procjenu, pomaganje tijekom uzimanja lijekova, praćenje razine boli i stresa, održavanje izravne linije komunikacije između bolesnika i zdravstvenih djelatnika, edukacija pacijenata, njihovih obitelji i njegovatelja o upravljanju simptomima, pružanje podrške i sl. (19) Osnaživanje je također važan čimbenik u sestrinstvu, a znači osposobljavanje i pacijenta i obitelji da se brinu sami za sebe.

Glavna je vodilja u palijativnoj skrbi medicinske sestre da održi najbolje moguće fizičko i mentalno zdravlje samog bolesnika ali i njegove obitelji. Vještine i kvalitete medicinske sestre koje bi trebala posjedovati za rad u palijativnoj skrbi su: empatija i mogućnost aktivnog slušanja, agilnost i fleksibilnost kako bi mogla brzo odgovoriti na promjene u bolesnikovim simptomima i imati dobre komunikacijske vještine (10). Dobra komunikacija preduvjet je dobre skrbi jer pruža informaciju i emocionalnu podršku. U komunikaciji često koristimo empatiju, razumijevanje osjećaja druge osobe. Komunikacija u palijativnoj skrbi obilježena je emocionalnim manifestacijama, osjećajima nelagode, često nedefiniranim ulogama medicinske sestre (18 – 21). Slaba i nedostatna komunikacija može bolesnicima i njihovim obiteljima uzrokovati više boli i patnje nego bilo koji problem. Isto tako, pravo bolesnika na informaciju nije samo zakonska obveza, već se tako bolesniku pruža mogućnost aktivnog sudjelovanja u procesu liječenja. Rad s neizlječivo bolesnim pacijentima izrazito je emocionalno težak. Sestra pomaže bolesniku u pronalaženju smisla i razumijevanju svoje situacije (3, 10, 18).

Medicinski djelatnici, koji pružaju palijativnu skrb i liječe bolesnike na kraju života, suočavaju se s brojnim poteškoćama. Neke od tih poteškoća odnose se na moralna načela, a neke na tehničke i logističke aspekte skrbi. U modelima zajednice medicinske sestre mogu igrati ključnu ulogu u koordinaciji, pružanju i nadzoru kućne i društvene skrbi radeći neizravno s laičkim zdravstvenim radnicima u zajednici. Jedan od važnih čimbenika koji utječu na uspješnost pružanja palijativne zdravstvene skrbi jesu znanja, stavovi, uvjerenja i iskustva zdravstvenih djelatnika koji određuju ne samo njihov postupak već i ponašanje tijekom evaluacije i liječenja bolesnika. Nepoznavanje palijativne skrbi jedan je od najčešćih razloga onemogućavanja pružanja kvalitetne palijativne skrbi. Medicinska sestra djeluje kao poveznica među različitim razinama zdravstvene skrbi, među različitim profesijama te između bolesnika i obitelji, što doprinosi osiguravanju kvalitete skrbi za pojedinog bolesnika.

Medicinske sestre igraju glavnu ulogu u pružanju palijativne skrbi, a njihova razina vladanja ovim znanjem ključna je za učinkovito pružanje idealne palijativne skrbi. Brojna istraživanja navode nisku ili srednju razinu znanja medicinskih sestara o palijativnoj skrbi (20 - 27). Pregled literature pokazao je da je nekoliko studija procjenjivalo znanje medicinskih sestara o palijativnoj skrbi korištenjem PCQN-ove skale. Ronaldson i suradnici pronašli su srednje rezultate, kao i Brazil i suradnici (2012.) među kanadskim medicinskim sestrama za palijativnu skrb (26). Smets i suradnici 2018. godine, u istraživanju u kojem su bile uključene zemlje Belgija, Nizozemska, Finska, Engleska, Poljska i Italija, dobili su rezultate da znanje medicinskih sestara o osnovnim pitanjima palijativne skrbi nije na visokoj razini u svim zemljama sudionicama, iako postoji značajna heterogenost. Zaključili su da obrazovanje medicinskog osoblja treba poboljšati i da svaka zemlja može poboljšati vlastitu strategiju za rješavanje jedinstvenih i specifičnih praznina u znanju (24). Sustavni pregled i meta-analiza Lia i suradnika iz 2023. godine pokazuju na skupni srednji rezultat < 10 koji ukazuje na nisku/nedovoljnu razinu znanja. Skupna srednja ocjena za razinu znanja medicinskih sestara o palijativnoj skrbi bila je 9,68 (95 % CI: 9,40 do 9,96). Među trima dimenzijama PCQN-ove ljestvice skupni srednji rezultat za odjeljak "Filozofija i načela palijativne skrbi" bio je 1,73 (95 % CI: 1,38 do 2,08), odjeljak "Kontrola boli i drugih simptoma" bio je 6,73 (95 % CI: 6,41 do 7,05), a odjeljak "Psihološka, duhovna i socijalna skrb" bio je 1,21 (95 % CI: 0,72 do 1,69). Također je preporuka da se formiraju nadležni odjeli i promiču provedbu ciljanih mjera za poboljšanje razine znanja ove populacije (25). Istraživanje Gvozdanić i suradnika provedeno u Hrvatskoj uključivalo je 198 medicinskih sestara, a rezultati su pokazali da su

ispitanici najviše točnih odgovora dali u području kontrole boli i drugih simptoma te da nema značajne razlike u spolu, dobi ili stažu u poznavanju palijativne skrbi. Zaključak provedenog istraživanja bio je da medicinske sestre imaju nedovoljno znanja o palijativnoj skrbi (28). Kako bi se osigurala visokokvalitetna palijativna skrb za bolesnike i njihove obitelji, potrebno je razviti stalne i integrirane programe edukacije o palijativnoj skrbi na temelju znanja, stava, povjerenja i obrazovnih potreba medicinskih sestara o palijativnoj skrbi (23, 24, 25). Jiang i suradnici 2019.godine u svojem su radu istaknuli da su upravo studenti preddiplomskog studija sestrinstva glavni nositelji buduće kvalitete palijativne skrbi i da baš zbog toga treba edukativni dio programa usmjeriti upravo prema njima (23). Poznavanje procjene i vođenja palijativne skrbi može pomoći medicinskim sestrama i drugim pružateljima zdravstvenih usluga prevladati mnoge prepreke uspješnom liječenju boli i palijativnoj skrbi. Palijativna skrb bitna je za razmišljanje o napretku i puna izazova za budućnost.

2. HIPOTEZE

Rezultati u upitniku *Palliative Care Quiz for Nurses - PCQN* ukazivati će na nedostatno znanje medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi.

Ne postoji statistički značajna razlika u znanju medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi ovisno o stupnju obrazovanja.

Ne postoji statistički značajna razlika u znanju medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi ovisno o mjestu rada.

Ne postoji statistički značajna razlika u znanju medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi ovisno o duljini radnoga staža.

3. CILJ

Glavni je cilj istraživanja ispitati znanje medicinskih sestara Doma zdravlja Dubrovnik o palijativnoj skrbi.

Specifični ciljevi istraživanja su:

1. ispitati razinu osnovnog znanja o palijativnoj skrbi među medicinskim sestrama
2. identificirati područja u kojima postoji potreba za dodatnom edukacijom
3. analizirati povezanost sociodemografskih čimbenika s razinom znanja.

4. ISPITANICI I METODE

4.1. Ustroj istraživanja

Istraživanje je provedeno kao presječna studija (29) u Domu zdravlja Dubrovnik na različitim radilištima: ambulante obiteljske medicine, zubne ambulante, zdravstvena njega u kući, patronažna skrb, specijalističke ambulante i sanitetski prijevoz od ožujka do svibnja 2024. godine. Istraživanje je odobrilo Etičko povjerenstvo Doma zdravlja Dubrovnik (URBROJ: 2117-130-2, Prilog 1). Ispitanici su prije sudjelovanja u *online* istraživanju dobili usmena objašnjenja vezana uz istraživanje i podatak da popunjavanjem upitnika daju svoju suglasnost za sudjelovanjem u istraživanju. Istraživanje je provedeno u skladu s Helsinškom deklaracijom Svjetske zdravstvene organizacije iz 2013. godine (30).

4.2. Ispitanici

U provedenom istraživanju sudjelovao je 81 ispitanik. U istraživanju su sudjelovale medicinske sestre i medicinski tehničari zaposleni u Domu zdravlja Dubrovnik na različitim radilištima u dobi od 20 do 50 i više godina. Istraživanje je provedeno distribucijom anonimnog anketnog upitnika formiranog u *Google Formsu*, putem interneta, u razdoblju od tri mjeseca, od ožujka do svibnja 2024. godine. Za ispunjavanje anketnog upitnika ispitanicima je bilo potrebno 5 do 10 minuta. Kriterij za uključivanje u istraživanje bili su medicinske sestre i medicinski tehničari koji su ispunjavali gore navedene kriterije za istraživanje. Kriterij za neuključivanje bili su ne zdravstveni radnici. U ovom istraživanju nije postojala kontrolna skupina. Istraživanje je provedeno u akademskoj godini 2023./2024. i odrađeno je po pravilima etičkih načela i ljudskih prava.

4.3. Metode

U istraživanju su korištena dva upitnika - upitnik sa sociodemografskim podacima (dob, spol, obrazovanje, radno mjesto, duljina radnoga staža) i standardizirani upitnik za procjenu znanja o palijativnoj skrbi - *Palliative Care Quiz for Nurses* (PCQN). Primarni ishod bilo je ukupno znanje o PS mjereno pomoću PCQN-ova upitnika i izraženo kao aritmetička sredina postotka točnih odgovora na svih 20 pitanja (Tablica 1). Izvornu verziju PCQN-a razvili su Ross,

McDonald i McGuinness 1996. godine na Sveučilištu u Ottawa (31). PCQN sadrži 20 pitanja na koja ispitanici odgovaraju samostalno birajući jedan od triju ponuđenih odgovora: „točno“, „netočno“ ili „ne znam“. Teorijski raspon bodova PCQN-a je 20, a viši rezultat predstavlja bolje znanje. PCQN je validiran u različitim kulturama i jezicima i pokazao je dobre metrijske karakteristike (25, 31 – 36). Sekundarni ishod bilo je znanje o pojedinim dimenzijama palijativne skrbi. PCQN mjeri tri dimenzije PS-a: filozofija i načela PS-a, kontrola boli i drugih simptoma te psihosocijalna i duhovna skrb (31).

Tablica 1. Dimenzije PCQN i čestice kojima su mjerene

Dimenzije	Točan odgovor
Pojedine čestice	
Dimenzija 1: filozofija i načela PS-a	
1. Palijativna skrb prikladna je jedino u situacijama kada je evidentno pogoršanje bolesti i propadanje.	Netočno
9. Pružanje palijativne skrbi zahtjeva emocionalni odmak.	Netočno
12. Filozofija palijativne skrbi kompatibilna je s aktivnim liječenjem.	Točno
17. Izgaranje zbog akumulacije gubitaka neizbježna je za one koji rade u palijativnoj skrbi.	Netočno
Dimenzija 2: kontrola boli i drugih simptoma	
2. Morfij je standard koji se primjenjuje za usporedbu analgetskog učinka drugih opioida.	Točno
3. Opseg bolesti određuje način liječenja boli.	Netočno
4. Adjuvantna terapija bitna je u liječenju boli.	Točno
6. U zadnjim danima života pospanost povezana s elektrolitskim disbalansom umanjuje potrebu za sedacijom.	Točno
7. Ovisnost o lijekovima veliki je problem kod duže primjene morfija u liječenju boli.	Netočno
8. Osobe koje uzimaju opioide moraju uzimati i laksative.	Točno
10. Lijekovi koji mogu izazvati zatajivanje disanja prikladni su za liječenje teške dispneje u terminalnoj fazi bolesti.	Točno
14. U velikim dozama kodein uzrokuje veću mučninu i povraćanje od morfija.	Točno
15. Patnja i fizička bol su jedno te isto.	Netočno
16. Dolantin nije učinkovit lijek u liječenju kronične boli.	Točno
18. Manifestacija kronične boli razlikuje se od manifestacije akutne boli.	Točno
20. Tjeskoba ili umor smanjuju prag boli.	Točno

Dimenzija 3: psihosocijalna i duhovna skrb	
5. Vrlo je važno da članovi obitelji budu uz krevet bolesnika dok ne nastupi smrt.	Netočno
11. Muškarci se lakše od žena nose s tugom.	Netočno
19. Gubitak osobe s kojom nismo bliski lakše se podnosi od gubitka bliske osobe.	Netočno

4.4. Statističke metode

U analizi znanja o palijativnoj skrbi sve čestice ljestvice PCQN-a preoblikovane su tako da kodna oznaka „0“ označava pogrešan odgovor ili odgovor „ne znam“, a kodna oznaka „1“ označava točan odgovor. U analizi miskoncepata, odnosno pogrešnih uvjerenja, sve čestice PCQN-a preoblikovane su tako da kodna oznaka „0“ označava točan odgovor ili odgovor „ne znam“, a kodna oznaka „1“ označava netočan odgovor. Miskoncepti su određeni kao pogrešan odgovor na pojedinu česticu PCQN-a, umjesto točnog ili odgovora „ne znam“, čija je učestalost statistički značajno veća od učestalosti koja bi se očekivala pri nasumičnom pogađanju odgovora. Pouzdanost preoblikovane ljestvice znanja procijenjena je pomoću Kuder-Richardsonove formule. Izračunata je pouzdanost cijele ljestvice i korelacija svake čestice s ukupnim rezultatom point-biserijalnim koeficijentom korelacije. Odstupaju li statistički značajno proporcije točnih odgovora na pojedine čestice od očekivanih proporcija kod nasumičnog pogađanja (od 0,50) provjereno je jednosmjernim binomijalnim testom vjerojatnosti. Korelacija preoblikovanih, binarnih čestica PCQN-a izračunata je pomoću phi (ϕ) koeficijenta. Analiza povezanosti znanja o PS-u sa sociodemografskim i profesionalnim karakteristikama učinjena je Wilcoxonovim testom sume rangova za spol, obrazovanje i vrstu ustanove, odnosno Kruskal-Wallisovim testom za dob i radni staž. Uz statističku značajnost postotka točnih odgovora izračunate su primjerene standardizirane veličine učinka, r uz Wilcoxonov test sume rangova i η^2 uz Kruskal-Walisov test. Radi usporedivosti, η^2 je transformiran u r pomoću drugog korijena. Multivarijabilna analiza, u koju su istovremeno uključeni svi ispitivani sociodemografski i profesionalni čimbenici, učinjena je pomoću kvantilne regresije. Korekcija za višestruka testiranja učinjena je pomoću Benjamini-Hochbergove procedure uz najveću prihvatljivu stopu lažnih otkrića određenu na $\leq 5\%$. Dvosmjerna razina statističke značajnosti određena je na 0,05 i svi intervali pouzdanosti izračunati su na 95 %-tnoj razini. Statistička analiza podataka učinjena je pomoću programa StataCorp. 2019. *Stata Statistical Software: Release 16*. College Station, TX: StataCorp LLC.

5. REZULTATI

5.1. Opis uzorka

U istraživanju je sudjelovao 81 ispitanik, od čega je bilo 92,5 % žena i 7,5 % muškaraca. U realiziranom uzorku 58,2 % ispitanika ima završenu srednju školu i 67,5 % ispitanika ostvarilo je radni staž u primarnoj zdravstvenoj skrbi (Tablica 2).

Tablica 2. Karakteristike ispitanika (n = 81)

	n (%)
Dob	
20 – 30	14 (17.5)
30 – 40	21 (26.3)
40 – 50	22 (27.5)
≥ 50	23 (28.7)
Spol	
Muški	6 (7.5)
Ženski	74 (92.5)
Obrazovanje	
Srednja škola	46 (58,2)
Fakultet	33 (41,8)
Radni staž	
0 – 10 godina	18 (22.5)
10 – 20 godina	22 (27.5)
20 – 30 godina	18 (22.5)
≥ 30 godina	22 (27.5)
Vrsta ustanove	
Primarna zdravstvena skrb	54 (67.5)
Sekundarna zdravstvena skrb	26 (32.5)

*interkvartilni raspon

5.2. Originalni rezultati PCQN-ove ljestvice

Rezultati originalne PCQN ljestvice pokazuju varijacije u znanju ispitanika o palijativnoj skrbi. Broj i postotak ispitanika koji su dali točan odgovor napisan je podebljanim slovima (Tablica 3.).

Tablica 3. Frekvencije odgovora na originalne čestice PCQN-ove ljestvice (n = 81)

Dimenzije Pojedine čestice	Ne znaju	Netočno	Točno
Dimenzija 1: filozofija i načela PS-a			
1. Palijativna skrb je prikladna jedino u situacijama kada je evidentno pogoršanje bolesti i propadanje.	2 (2,5)	45 (55,6)	34 (42,0)
9. Pružanje palijativne skrbi zahtjeva emocionalni odmak.	4 (4,9)	20 (24,7)	57 (70,4)
12. Filozofija palijativne skrbi kompatibilna je s aktivnim liječenjem.	14 (17,3)	26 (32,1)	41 (50,6)
17. Izgaranje zbog akumulacije gubitaka neizbježna je za one koji rade u palijativnoj skrbi.	12 (14,8)	13 (16,0)	56 (69,1)
Dimenzija 2: kontrola boli i drugih simptoma			
2. Morfij je standard koji se primjenjuje za usporedbu analgetskog učinka drugih opioida.	18 (22,2)	26 (32,1)	37 (45,7)
3. Opseg bolesti određuje način liječenja boli.	4 (4,9)	21 (25,9)	56 (69,1)
4. Adjuvantna terapija bitna je u liječenju boli.	18 (22,5)	14 (17,5)	48 (60,0)
6. U zadnjim danima života pospanost povezana s elektrolitskim disbalansom umanjuje potrebu za sedacijom.	13 (16,0)	27 (33,3)	41 (50,6)
7. Ovisnost o lijekovima veliki je problem kod duže primjene morfija uliječenju boli.	6 (7,4)	17 (21,0)	58 (71,6)
8. Osobe koje uzimaju opioide moraju uzimati i laksative.	25 (30,9)	28 (34,6)	28 (34,6)
10. Lijekovi koji mogu izazvati zatajivanje disanja prikladni su za liječenje teške dispneje u terminalnoj fazi bolesti.	25 (31,3)	33 (41,3)	22 (27,5)
14. U velikim dozama kodein uzrokuje veću mučninu i povraćanje od morfija.	31 (38,3)	10 (12,3)	40 (49,4)
15. Patnja i fizička bol su jedno te isto.	2 (2,5)	66 (81,5)	13 (16,0)
16. Dolantin nije učinkovit lijek u liječenju kronične boli.	37 (45,7)	19 (23,5)	25 (30,9)
18. Manifestacija kronične boli razlikuje se od manifestacije akutne boli.	6 (7,4)	13 (16,0)	62 (76,5)
20. Tjeskoba ili umor smanjuju prag boli.	4 (5,0)	44 (55,0)	32 (40,0)
Dimenzija 3: psihosocijalna i duhovna skrb			
5. Vrlo je važno da članovi obitelji budu uz krevet bolesnika dok nenastupi smrt.	2 (2,5)	7 (8,6)	72 (88,9)
11. Muškarci se lakše od žena nose s tugom.	7 (8,6)	60 (74,1)	14 (17,3)
19. Gubitak osobe s kojom nismo bliski lakše se podnosi od gubitka bliske osobe.	1 (1,2)	9 (11,1)	71 (87,7)

*suma postotaka u svakom retku iznosi 100 %

5.3. Metrijske karakteristike preoblikovane ljestvice

Kuder-Richardsonov koeficijent pouzdanosti iznosio je u ovoj primjeni na ovom uzorku 0,40 za cijelu ljestvicu PCQN-a, 0,37 za podljestvicu Filozofije i načela palijativne skrbi, 0,42 za podljestvicu Kontrole boli i drugih simptoma i -0,05 za podljestvicu Psihosocijalne i duhovne skrbi (Tablica 4.).

Tablica 4. Korelacije čestica s ukupnim rezultatom PCQN-a (n = 81)

	r_{pb}
10. Lijekovi koji mogu izazvati zatajivanje disanja prikladni su za liječenje teške dispneje u terminalnoj fazi bolesti.	0,35
6. U zadnjim danima života pospanost povezana s elektrolitskim disbalansom umanjuje potrebu za sedacijom.	0,29
16. Dolantin nije učinkovit lijek u liječenju kronične boli.	0,26
3. Opseg bolesti određuje način liječenja boli.	0,16
20. Tjeskoba ili umor smanjuju prag boli.	0,15
8. Osobe koje uzimaju opioide moraju uzimati i laksative.	0,15
17. Izgaranje zbog akumulacije gubitaka neizbježna je za one koji rade u palijativnoj skrbi.	0,15
9. Pružanje palijativne skrbi zahtjeva emocionalni odmak.	0,13
7. Ovisnost o lijekovima veliki je problem kod duže primjene morfija uliječenju boli.	0,12
5. Vrlo je važno da članovi obitelji budu uz krevet bolesnika dok nenastupi smrt.	0,11
11. Muškarci se lakše od žena nose s tugom.	0,09
1. Palijativna skrb je prikladna jedino u situacijama kada je evidentno pogoršanje bolesti i propadanje.	0,09
4. Adjuvantna terapija bitna je u liječenju boli.	0,07
18. Manifestacija kronične boli razlikuje se od manifestacije akutne boli.	0,06
12. Filozofija palijativne skrbi kompatibilna je s aktivnim liječenjem.	0,06
14. U velikim dozama kodein uzrokuje veću mučninu i povraćanje od morfija.	0,05
19. Gubitak osobe s kojom nismo bliski lakše se podnosi od gubitka bliske osobe.	0,01
2. Morfij je standard koji se primjenjuje za usporedbu analgetskog učinka drugih opioida.	-0,04
15. Patnja i fizička bol su jedno te isto.	-0,13

* r_{pb} , Point-biserijalni koeficijent korelacije; čestice su poredane prema visini korelacije od najviše prema najnižoj

Prikazane su korelacije parova varijabli s apsolutnom vrijednošću većom od 0,10. Kodna imena varijabli, npr q10, q16, itd., slijede redne brojeve čestica u PCQN-u (Tablica 5).

Tablica 5. Korelacije čestica PCQN-a preoblikovanih u binarne varijable u kojima „1“ znači točan odgovor, a „0“ netočan odgovor ili odgovor „ne znam“ (n = 81).

Varijable	ϕ	P			
q10-q16	0,43	< 0,001*	q9-q19	0,16	0,15
q9-q17	0,37	< 0,001*	q3-q11	0,16	0,16
q1-q3	0,36	< 0,001*	q8-q19	0,16	0,16
q10-q20	0,36	0,00*	q6-q15	-0,15	0,17
q6-q16	0,34	0,00*	q6-q18	0,15	0,17
q10-q12	0,33	0,00*	q11-q15	0,15	0,17
q6-q12	0,31	0,01	q12-q15	-0,15	0,17
q12-q17	-0,31	0,01	q3-q16	-0,15	0,18
q1-q9	0,28	0,01	q3-q19	0,15	0,18
q16-q20	0,28	0,01	q3-q12	-0,15	0,19
q17-q19	0,27	0,01	q5-q15	0,15	0,19
q6-q10	0,27	0,02	q17-q20	-0,15	0,19
q7-q14	-0,27	0,02	q5-q8	0,15	0,19
q2-q15	-0,27	0,02	q8-q10	0,14	0,21
q1-q17	0,26	0,02	q10-q15	-0,14	0,22
q12-q20	0,24	0,03	q5-q14	0,14	0,23
q1-q19	0,24	0,03	q2-q12	-0,14	0,23
q5-q9	0,23	0,04	q15-q19	-0,14	0,23
q7-q10	0,23	0,04	q8-q16	0,13	0,24
q19-q20	-0,21	0,07	q9-q15	0,13	0,26
q3-q17	0,20	0,07	q12-q16	0,13	0,27
q12-q19	-0,20	0,07	q10-q14	0,12	0,29
q6-q8	0,20	0,08	q2-q10	-0,11	0,31
q14-q18	0,20	0,08	q9-q20	-0,11	0,32
q1-q20	-0,19	0,09	q15-q18	0,11	0,32
q6-q20	0,19	0,09	q3-q7	0,11	0,33
q14-q19	-0,19	0,09	q5-q10	0,11	0,34
q7-q17	0,19	0,09	q5-q19	-0,11	0,33
q1-q8	-0,19	0,10	q4-q9	-0,11	0,34
q6-q14	0,19	0,10	q7-q19	0,11	0,34
q3-q9	0,18	0,10	q2-q4	0,11	0,35
q11-q17	0,18	0,10	q4-q20	0,11	0,35
q4-q7	0,18	0,11	q5-q17	0,11	0,35
q18-q19	-0,18	0,12	q1-q16	-0,10	0,37
q4-q18	-0,16	0,15	q14-q15	-0,10	0,37
q14-q17	-0,16	0,15	q7-q12	-0,10	0,39
q15-q16	-0,16	0,15	q8-q18	0,10	0,39
			q1-q7	0,10	0,40

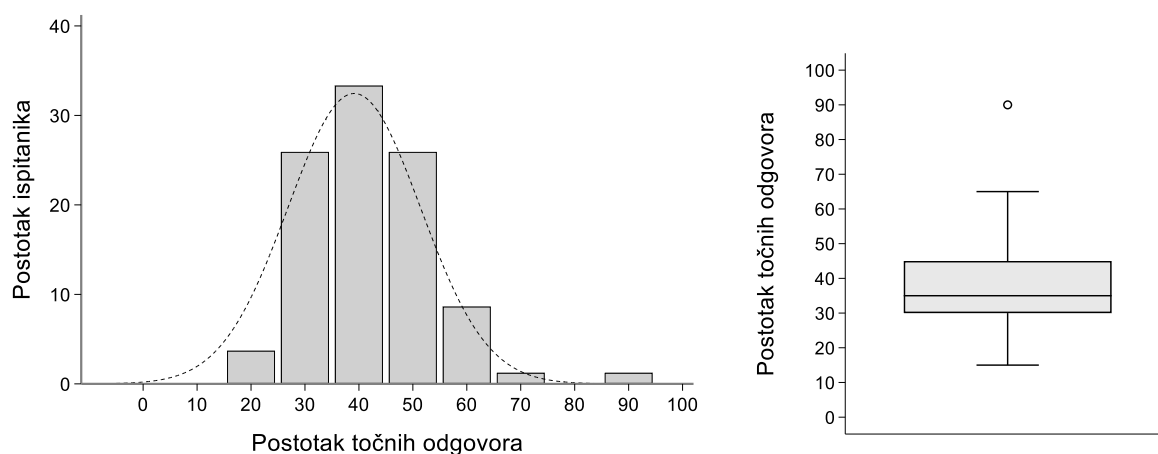
* ϕ , Phi koeficijent korelacije; P, statistička značajnost različitosti koeficijenta korelacije od nule

*Stopa lažnih otkrića < 5 %

5.4. Znanje o palijativnoj skrbi

5.4.1. Ukupni rezultat

Shapiro-Wilkovim testom utvrđeno je statistički značajno odstupanje raspodjele rezultata od teorijski očekivane normalne raspodjele (Shapiro-Wilkov test, $n = 81$, $W = 0,96$; $V = 2,75$; $z = 2,22$; $p = 0,01$) (Slika 1). Medijan (IKR) postotka točnih odgovora na svih 20 čestica ljestvice PCQN iznosio je 35 % (30 % - 45 %). Jedna je ispitanica imala 90 % točnih odgovora, a tri ispitanika svega 15 %.



Slika 1. Histogram raspodjele i dijagram pravokutnika ukupnog postotka točnih odgovora na PCQN-ovu ljestvicu; isprekidana krivulja na histogramu predstavlja teorijski očekivanu normalnu raspodjelu; na dijagramima pravokutnika - crta u sredini pravokutnika predstavlja medijan, granice pravokutnika predstavljaju interkvartilni raspon, krajnje crte predstavljaju 1,5 interkvartilnog raspona ispod prvog te iznad trećeg kvartila; kružić predstavlja rezultat jednog ispitanika iznad te vrijednosti ($n = 81$).

Proporcije točnih odgovora na samo tri čestice PCQN-ove ljestvice bile su statistički značajno veće od 50 % koliko bi bilo za očekivati kod nasumičnog pogađanja odgovora (Tablica 6). Više od 70 % ispitanika pravilno je odgovorilo da su netočne tvrdnje 15. „Patnja i fizička bol su jedno te isto“ i 11. „Muškarci se lakše od žena nose s tugom“ te da je točna tvrdnja 18. „Manifestacija kronične boli razlikuje se od manifestacije akutne boli“. Tablica 6. nastavlja se na sljedećoj stranici.

Tablica 6. Broj ispitanika koji su točno odgovorili na pojedine čestice PCQN-ove ljestvice (n = 81)

Dimenzije Pojedine čestice	Točni odgovori	P
Dimenzija 1: filozofija i načela PS-a		
1. Palijativna skrb je prikladna jedino u situacijama kada je evidentno pogoršanje bolesti i propadanje.	45 (55,6)	0,19
12. Filozofija palijativne skrbi kompatibilna je s aktivnim liječenjem.	41 (50,6)	0.50
9. Pružanje palijativne skrbi zahtjeva emocionalni odmak.	20 (24,7)	> 0,99
17. Izgaranje zbog akumulacije gubitaka neizbježna je za one koji rade u palijativnoj skrbi.	13 (16,0)	1.00
Dimenzija 2: kontrola boli i drugih simptoma		
15. Patnja i fizička bol su jedno te isto.	66 (81,5)	< 0.001*
18. Manifestacija kronične boli razlikuje se od manifestacije akutne boli.	62 (76,5)	< 0,001*
4. Adjuvantna terapija bitna je u liječenju boli.	48 (60,0)	0,06
6. U zadnjim danima života pospanost povezana s elektrolitskim disbalansom umanjuje potrebu za sedacijom.	41 (50,6)	0,60
14. U velikim dozama kodein uzrokuje veću mučninu i povraćanje od morfija.	40 (49,4)	0.59
2. Morfij je standard koji se primjenjuje za usporedbu analgetskog učinka drugih opioida.	37 (45,7)	0,81
20. Tjeskoba ili umor smanjuju prag boli.	32 (40,0)	0,98
8. Osobe koje uzimaju opioide moraju uzimati i laksative.	28 (34,6)	> 0,99
16. Dolantin nije učinkovit lijek u liječenju kronične boli.	25 (30,9)	> 0,99

Dimenzije	Točni odgovori	P
Pojedine čestice		
10. Lijekovi koji mogu izazvati zatajivanje disanja prikladni su za liječenje teške dispneje u terminalnoj fazi bolesti.	22 (27,5)	> 0,99
3. Opseg bolesti određuje način liječenja boli.	21 (25,9)	> 0,99
7. Ovisnost o lijekovima veliki je problem kod duže primjene morfija u liječenju boli.	17 (21,0)	1,00
Dimenzija 3: psihosocijalna i duhovna skrb		
11. Muškarci se lakše od žena nose s tugom.	60 (74,1)	< 0.001*
19. Gubitak osobe s kojom nismo bliski lakše se podnosi od gubitka bliske osobe.	9 (11,1)	1,00
5. Vrlo je važno da članovi obitelji budu uz krevet bolesnika dok nenastupi smrt.	7 (8,6)	1,00

*p, statistička značajnost odstupanja dobivene proporcije od proporcije očekivane kod nasumičnog pogađanja odgovora, izračunata jednosmjernim binomijalnim testom vjerojatnosti

* stopa lažnih otkrića < 5%

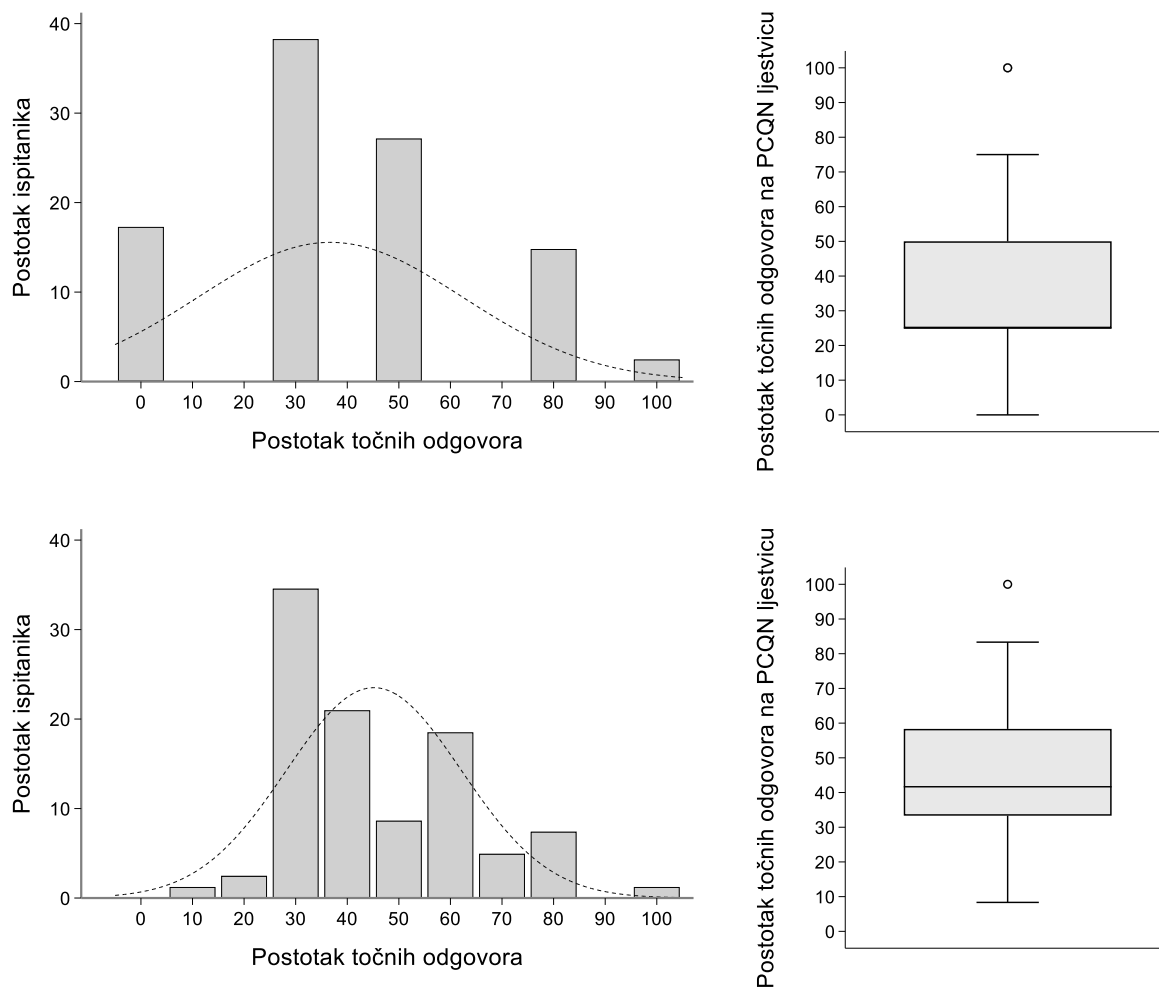
5.4.2. Pojedine dimenzije

Ni na jednoj od triju podljestvica PCQN-a medijan postotka točnih odgovora prikazani u tablici 7. i slici 2. nije bio veći od 50 % .

Tablica 7. Postotak točnih odgovora na trima podljestvicama PCQN-a (n = 81)

	Medijan	(IKR)
1. Filozofija i načela PS-a	25	(25-50)
2. Kontrola boli i drugih simptoma	42	(33-58)
3. Psihosocijalna i duhovna skrb	33	(33-33)

*IKR, interkvartilni raspon



Slika 2. Histogram raspodjele i dijagram pravokutnika postotka točnih odgovora na dvjema podljestvicama PCQN-a: gornja slika podljestvica Filozofije i načela PS-a, donja slika: podljestvica Kontrola boli i drugih simptoma, histogram rezultata treće podljestvice nije prikazan jer ona sadrži samo tri čestice, isprekidana krivulja na histogramu predstavlja teorijski očekivanu normalnu raspodjelu, na dijagramima pravokutnika - crta u sredini pravokutnika predstavlja medijan, granice pravokutnika predstavljaju interkvartilni raspon, krajnje crte predstavljaju 1,5 interkvartilnog raspona ispod prvog i iznad trećeg kvartila; kružić predstavlja rezultat jednog ispitanika iznad te vrijednosti (n = 81).

5.4.3. Miskoncepti o palijativnoj skrbi

Miskoncepti, dakle, pogrešna uvjerenja, bili su određeni kao pogrešan odgovor na pojedinu česticu PCQN-a, umjesto točnog ili odgovora „ne znam“, čija je učestalost statistički značajno veća od učestalosti koju bi se očekivalo pri nasumičnom pogađanju odgovora.

Šest je čestica ukazivalo na moguće postojanje miskonceptata o palijativnoj skrbi: čestica 9. „Pružanje palijativne skrbi zahtijeva emocionalni odmak“, čestica 17. „Izgaranje zbog akumulacije gubitaka neizbježna je za one koji rade u palijativnoj skrbi“, čestica 7. „Ovisnost o lijekovima veliki je problem kod duže primjene morfija u liječenju boli“, čestica 3. „Opseg bolesti određuje način liječenja boli“, čestica 5. „Vrlo je važno da članovi obitelji budu uz krevet bolesnika dok ne nastupi smrt“ i čestica 19. „Gubitak osobe s kojom nismo bliski lakše se podnosi od gubitka bliske osobe“ (Tablica 8.).

Tablica 8. Miskoncepti o palijativnoj skrbi; broj ispitanika koji su dali pogrešan odgovor (n = 81)

Dimenzije Pojedine čestice	Pogrešni odgovori	P
Dimenzija 1: filozofija i načela PS-a		
9. Pružanje palijativne skrbi zahtjeva emocionalni odmak.	57 (70,4)	< 0,001*
17. Izgaranje zbog akumulacije gubitaka neizbježna je za one koji rade u palijativnoj skrbi.	56 (69,1)	< 0,001*
1. Palijativna skrb je prikladna jedino u situacijama kada je evidentno pogoršanje bolesti i propadanje.	34 (42,0)	0,94
12. Filozofija palijativne skrbi kompatibilna je s aktivnim liječenjem.	26 (32,1)	> 0,99
Dimenzija 2: kontrola boli i drugih simptoma		
7. Ovisnost o lijekovima veliki je problem kod duže primjene morfija u liječenju boli.	58 (71,6)	< 0,001*
3. Opseg bolesti određuje način liječenja boli.	56 (69,1)	< 0,001*
20. Tjeskoba ili umor smanjuju prag boli.	44 (55,0)	< 0,25
10. Lijekovi koji mogu izazvati zatajivanje disanja prikladni su za liječenje teške dispneje u terminalnoj fazi bolesti.	33 (41,3)	0,96
8. Osobe koje uzimaju opioide moraju uzimati i laksative.	28 (34,6)	> 0,99
6. U zadnjim danima života pospanost povezana s elektrolitskim disbalansom umanjuje potrebu za sedacijom.	27 (33,3)	> 0,99
2. Morfij je standard koji se primjenjuje za usporedbu analgetskog učinka drugih opioida.	26 (32,1)	> 0,99
16. Dolantin nije učinkovit lijek u liječenju kronične boli.	19 (23,5)	1,00
4. Adjuvantna terapija bitna je u liječenju boli.	14 (17,5)	1,00
15. Patnja i fizička bol su jedno te isto.	13 (16,0)	1,00
18. Manifestacija kronične boli razlikuje se od manifestacije akutne boli.	13 (16,0)	1,00
14. U velikim dozama kodein uzrokuje veću mučninu i povraćanje od morfija.	10 (12,3)	1,00
Dimenzija 3: psihosocijalna i duhovna skrb		
5. Vrlo je važno da članovi obitelji budu uz krevet bolesnika dok nenastupi smrt.	72 (88,9)	< 0,001*
19. Gubitak osobe s kojom nismo bliski lakše se podnosi od gubitka bliske osobe.	71 (87,7)	< 0,001*
11. Muškarci se lakše od žena nose s tugom.	14 (17,3)	1,00

* p, statistička značajnost odstupanja dobivene proporcije od proporcije očekivane kod nasumičnog pogađanja odgovora, izračunata jednosmjernim binomijalnim testom vjerojatnosti

* stopa lažnih otkrića < 5 %

5.5. Povezanost sociodemografskih i profesionalnih karakteristika sa znanjem o palijativnoj skrbi

5.5.1. Ukupni rezultat PCQN-a

U pet bivarijatnih analiza nije utvrđena statistički značajna povezanost broja točnih odgovora na sve čestice PCQN-a s dobi, spolom, obrazovanjem, radnim stažem ni s vrstom ustanove u kojoj su ispitanici proveli najveći dio radnog staža (Tablica 9.).

Tablica 9. Povezanost postotka točnih odgovora na PCQN-u sa sociodemografskim i profesionalnim karakteristikama (n = 81)

	n	Medijan (IKR)	Bivarijatne analize		Multivarijabilna Analiza	
			P	r	Δ (95% IP)	P
Dob						
20 – 30	14	38 (30-45)	0,85	0,17	Ref.	
30 – 40	21	35 (30-50)			2,57 (-9,49; 14,63)	0,67
40 – 50	22	38 (35-45)			3,33 (-13,92; 20,67)	0,70
≥ 50	23	40 (25-45)			10,25 (-21,48; 41,98)	0,52
Spol						
Muški	6	45 (40-50)	0,11	0,18	Ref	
Ženski	74	35 (30-45)			-7,66 (-19,24; 3,92)	0,19
Obrazovanje						
Srednja škola	46	40 (30-45)	0,88	0,02	Ref	
Fakultet	33	35 (30-50)			0,72 (-5,73; 7,17)	0,83
Radni staž						
0 – 10 godina	18	38 (30-50)	0,69	0,15	Ref	
10 – 20 godina	22	40 (35-45)			2,47 (-10,10; 15,04)	0,70
20 – 30 godina	18	35 (35-45)			-1,95 (-20,01; 16,12)	0,83
≥ 30 godina	22	38 (25-45)			-11,70 (-43,43; 20,02)	0,46
Vrsta ustanove						
Primarna zdravstvena skrb	54	35 (30-45)	0,31	0,11	Ref	
Sekundarna zdravstvena skrb	26	40 (35-45)			1,99 (-4,63; 8,61)	0,55

*n, broj ispitanika; IKR, interkvartilni raspon; P, statistička značajnost izračunata Wilcoxonovim testom sume rangova za spol, obrazovanje i vrstu ustanove te izračunata Kruskal-Wallisovim testom za dob i radni staž; r, standardizirana mjera veličine učinka uz Wilcoxonov test sume rangova te η^2 transformiran u r uz Kruskal-Wallisov test; Δ , aspolutna razlika medijana u odnosu na prvu, referentnu kategoriju; IP, interval pouzdanosti; P statistička značajnost razlika medijana točnih odgovora izračunata multivarijabilnom kvantilnom regresijom; Ref, referentna kategorija

* stopa lažnih otkrića < 5 %

5.6. Kategorizirana ljestvica znanja

Kategorizirani rezultat PCQN-ove ljestvice pokazuje u najvećem postotku nedovoljno znanje medicinskih sestara/tehničara (Tablica 10.).

Tablica 10. Kategorizirani rezultat PCQN-ove ljestvice (n = 81)

	n (%)
Nedovoljno	62 (76,5)
Dostatno	18 (22,2)
Dobro	1 (1,2)

6. RASPRAVA

Rezultati ovog istraživanja dali su bolji uvid u razinu znanja medicinskih sestara Doma zdravlja Dubrovnik o palijativnoj skrbi. Medicinske sestre/tehničari koji su sudjelovali u istraživanju rade na različitim radilištima: ambulante obiteljske medicine, zubne ambulante, zdravstvena njega u kući, patronažna skrb, specijalističke ambulante i sanitetski prijevoz. Osim rezultata o znanju, dobiveni su i rezultati o povezanosti sociodemografskih karakteristika s korištenim PCQR-ovim upitnikom kod ispitanika.

Medicinske sestre igraju glavnu ulogu u pružanju palijativne skrbi, a stupanj do kojeg ovladaju ovim znanjem ključan je za učinkovito pružanje idealne palijativne skrbi. Kvalitativne i male studije pokazuju da medicinske sestre, pogotovo u domovima za starije osobe, imaju malo znanja o palijativnoj skrbi. Isto tako, sve se više upozorava da je nepoznavanje palijativne skrbi jedan od najčešćih razloga za onemogućavanje pružanja prikladne i kvalitetne palijativne skrbi (24, 25, 27). Studije su pokazale da su medicinske sestre i drugi zdravstveni radnici neprikladno pripremljeni za brigu o bolesnicima koji pate od boli. Identificirano je nekoliko razloga, uključujući neprikladno obrazovanje, nedostatak sadržaja nastavnog plana i programa koji se odnosi na upravljanje boli te stavove i vjerovanja nastavnika u vezi s boli palijativnih bolesnika (25-28, 37).

U istraživanju je sudjelovao 81 ispitanik, od čega je bilo 92,5 % žena i 7,5 % muškaraca. Uspoređujući s drugim istraživanjima u ukupnom uzorku, znatno je više žena, što je i za očekivati, budući da u zdravstvenom sustavu radi više medicinskih sestara nego medicinskih tehničara. Što se tiče dobi, najmanju skupinu čine pojedinci mlađi od trideset godina, dok su stariji od pedeset godina najzastupljeniji. Također, većina ispitanika (58,2 %) ima završenu samo srednju medicinsku školu, a 41,8 % ima završen fakultet (Tablica 2). Ovi se rezultati mogu usporediti sa rezultatima dobivenim istraživanjem Gvozdanović i suradnika gdje je bilo najmanje ispitanika mlađih od trideset godina i najviše ispitanika sa završenom srednjom školom te više od trideset i jednom godinom radnoga iskustva. Takvi su rezultati i za očekivati, budući da se većina mladih ljudi nakon srednje škole upisuje na preddiplomsko, a nerijetko i diplomsko obrazovanje. Isto tako, često se zapošljavaju više u sustavu sekundarne zdravstvene zaštite. U studiji Smetsa i suradnika u šest europskih zemalja većina ispitanika bila je također starija od 35 godina, osim u Italiji, gdje je medicinsko osoblje bilo znatno

mlađe ($p < 0,001$) i imalo manje godina iskustva u palijativnoj skrbi (24). U ovom istraživanju 54 % ispitanika radno iskustvo ima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Može se pretpostaviti da rezultati variraju između znanja, stavova, uvjerenja i ponašanja medicinskih sestara u stvarnim situacijama u radu na području palijativne skrbi. Rezultati originalne PCQN-ove ljestvice pokazuju varijacije u znanju ispitanika o palijativnoj skrbi, s nekim pitanjima na koja je većina ispitanika dala netočne odgovore (Tablica 3). Primjerice, samo su 34 ispitanika (42,0 %) točno odgovorila da palijativna skrb nije prikladna samo u situacijama pogoršanja bolesti, dok je većina, 45 ispitanika (55,6 %), dala netočan odgovor. Također, većina ispitanika, njih 57 (70,4 %), nije prepoznala da pružanje palijativne skrbi ne zahtijeva emocionalni odmak. U dimenziji "Kontrola boli i drugih simptoma" postotci točnih odgovora variraju, no mnogi su ispitanici imali poteškoća u prepoznavanju točnih odgovora. Naprimjer, samo 37 ispitanika (45,7 %) točno je prepoznalo morfij kao standard za usporedbu analgetskog učinka drugih opioida, a 41 ispitanik (50,6 %) točno je odgovorio da pospanost povezana s elektrolitskim disbalansom umanjuje potrebu za sedacijom.

Tvrđnja da je morfij standard koji se koristi za usporedbu analgetskog učinka drugih opioida u istraživanju Gvozdanović prepoznalo je 41 % ispitanika. Za dimenziju „Kontrola boli i drugih simptoma“ autorica upitnika Margaret Ross objašnjava kako su doziranje i način primjene morfija određeni bolesnikovom razinom boli, a elektrolitski disbalans s njihovom sposobnošću gutanja (7, 9, 13). Rezultati za dimenziju "Psihosocijalna i duhovna skrb" također pokazuju slične slabosti u znanju medicinskih sestara i tehničara.

U originalnoj PCQN-ovoj ljestvici točan odgovor na tvrdnju: 5. „Vrlo je važno da članovi obitelji budu uz krevet bolesnika dok ne nastupi smrt“ određen je kao „netočno“. U ovom istraživanju većina ispitanika, njih 72 (88,9 %), odgovorila je da je ta tvrdnja točna. Najvjerojatnije se ovdje radi o učinku lošeg prijevoda. Naime, na engleskom jeziku, u svom izvornom obliku, ta je tvrdnja glasila: *It is crucial for family members to remain at the bedside until death occurs*“. U upotrijebljenoj verziji PCQN-a na hrvatskom jeziku, *it is crucial* je prevedeno kao „vrlo je važno“, a pravilan bi prijevod bio „od ključne je važnosti“, „presudno je“ ili sl. Takav prijevod smanjio je intenzitet tvrdnje do mjere u kojoj se mijenja točan odgovor pa on više nije, kako su sastavljači ljestvice predvidjeli „netočno“, već „točno“, kako je odgovorila većina ispitanika. Doista je vrlo važno da osoba koja umire osjeća psihosocijalnu potporu, ali njezin izvor ne moraju nužno biti članovi obitelji. Takav prijevod

bio bi primjeren ljestvici stavova kod koje bi takvo ublažavanje povećalo diskriminativnost, ali ne i ljestvici znanja kakva je planirana. Osim smanjivanja valjanosti te čestice, ova pogreška u prijevodu onemogućila je i analizu miskoncepata koja je u ljestvici znanja vrlo važna i vrijedna karakteristika PCQN-a u izvornom obliku.

U istraživanju Gvozdanović i suradnika 83,2 % ispitanika također smatra da je ta tvrdnja točna, iako je zapravo netočna, što je dokaz da je zapravo problem u samom prijevodu. Istraživanje provedeno u Španjolskoj pokazalo je da je većina ispitanika odgovorila na ovu tvrdnju netočno, kao što je i pokazalo istraživanje provedeno u Jordanu. Autori smatraju da se tvrdnja može pogrešno shvatiti, jer se u takvim situacijama teško može procijeniti kada će i koliko dugo bolesnik živjeti (40).

Medijan (IKR) postotka točnih odgovora na svih 20 čestica ljestvice PCQN-a iznosio je 35 % (30 % - 45 %). Jedna je ispitanica imala 90 % točnih odgovora, a tri ispitanika svega 15 %. Proporcije točnih odgovora na samo tri čestice PCQN-ove ljestvice bile su statistički značajno veće od 50 %, koliko bi bilo za očekivati kod nasumičnog pogađanja odgovora. Više od 70 % ispitanika pravilno je odgovorilo da su netočne tvrdnje 15. „Patnja i fizička bol su jedno te isto“ i 11. „Muškarci se lakše od žena nose s tugom“ te da je točna tvrdnja 18. „Manifestacija kronične boli razlikuje se od manifestacije akutne boli“. Isti su rezultati dobiveni u većini drugih studija koje su koristile PCQN-ov upitnik (38 - 42). Kategorizirani rezultat PCQN-ove ljestvice pokazuje nedovoljno znanje medicinskih sestara/tehničara i to 76,5 %, a samo 22,2 % posjeduje dostatno znanje. Takvim rezultatima potvrđena je i prva hipoteza ovog istraživanja.

Prem i suradnici još su 2012. godine ukazivali na ukupnu lošu razinu znanja o palijativnoj skrbi među medicinskim sestrama (41). Sustavni pregled i meta analiza Lia i suradnika iz 2023. godine pokazuje na skupni srednji rezultat < 10 koji ukazuje na nisku/nedovoljnu razinu znanja. Skupna srednja ocjena za razinu znanja medicinskih sestara o palijativnoj skrbi bila je 9,68 (95 % CI: 9,40 do 9,96). Među trima dimenzijama PCQN-ove ljestvice skupni srednji rezultat za odjeljak "Filozofija i načela palijativne skrbi" bio je 1,73 (95 % CI: 1,38 do 2,08), odjeljak "Kontrola boli i drugih simptoma" bio je 6,73 (95 % CI: 6,41 do 7,05), a odjeljak "Psihološka, duhovna i socijalna skrb" bio je 1,21 (95 % CI: 0,72 do 1,69) (25).

U ovom istraživanju ni na jednoj od triju podljestvica PCQN-a medijan postotka točnih odgovora nije bio veći od 50 % (Slika 2). Najveći broj točnih odgovora bio je u dimenziji kontrole boli i drugih simptoma, što se podudara s ovom metaanalizom. Također, u istraživanju Gvozdanić i suradnika rezultati su pokazali da su ispitanici najviše točnih odgovora dali u području kontrole boli i drugih simptoma te da nema značajne razlike u spolu, dobi ili stažu u poznavanju palijativne skrbi (28, 39). Smets i suradnici 2018. godine u istraživanju, u kojem su bile uključene zemlje Belgija, Nizozemska, Finska, Engleska, Poljska i Italija, dobili su rezultate da znanje medicinskih sestara o osnovnim pitanjima palijativne skrbi nije u najboljoj mjeri u svim zemljama sudionicama, iako postoji značajna heterogenost. Zaključili su da obrazovanje medicinskih sestara treba poboljšati i da svaka zemlja može uvesti vlastitu strategiju za rješavanje jedinstvenih i specifičnih praznina u znanju (24). U pet bivarijantnih analiza nije utvrđena statistički značajna povezanost broja točnih odgovora na sve čestice PCQN-a sa dobi, spolom, obrazovanjem, radnim stažem i vrstom ustanove u kojoj su ispitanici proveli najveći dio radnog staža, čime je potvrđena druga, treća i četvrta hipoteza. Rezultati su isti kao i u istraživanju Gvozdanić i suradnika (28). Jiang i suradnici 2019.godine u svojem su radu istaknuli da su upravo studenti preddiplomskog studija sestrinstva glavni nositelji buduće kvalitete palijativne skrbi i da upravo zbog toga treba edukativni dio programa usmjeriti prema njima (23). Ovakve rezultate dobivene istraživanjem možemo objasniti kroz slabu pouzdanost PCQN-ova upitnika, područjem rada i prakse na području palijativne skrbi, radnim okruženjem i mogućnošću razvijanja vodeće uloge oko palijativne skrbi. Bitna komponenta je i motivacija osoblja, dostupni resursi i želja za provedbom novih inicijativa i osposobljavanja i prilike za stjecanje novih znanja i prakticiranje novih metoda.

Ograničenje ovog istraživanja jest u slaboj pouzdanosti PCQN-ova upitnika u ovoj primjeni na ovom uzorku. Tako niska pouzdanost ograničila je i valjanost rezultata. Na temelju raspoloživih podataka nije moguće valjanost suditi po tome zašto je do toga došlo, a jedino pravilno rješenje problema jest u ponovljenim istraživanjima u budućnosti. Dobiveni rezultati podliježu potrebi k daljnjem ispitivanju, budući da je istraživanje presječnog karaktera, što predstavlja najveće ograničenje, jer se na taj način gubi mogućnost utvrđivanja uzročne povezanosti među promatranim varijablama. Isto tako, potreban je veći uzorak, bolja raspodjela ispitanika prema sociodemografskim osobinama te longitudinalno istraživanje kroz dulje razdoblje.

7. ZAKLJUČAK

Temeljem provedenog istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvesti slijedeći zaključci:

1. Razina osnovnog znanja o palijativnoj skrbi među medicinskim sestrama je nedovoljna.
2. Područja u kojima postoji potreba za dodatnom edukacijom jesu filozofija i načela palijativne skrbi i psihosocijalna i duhovna skrb.
3. Nije utvrđena statistički značajna povezanost broja točnih odgovora na sve čestice PCQN-a s dobi, spolom, obrazovanjem, radnim stažem i vrstom ustanove u kojoj su ispitanici proveli najveći dio radnog staža.

8. SAŽETAK

Cilj istraživanja: glavni je cilj ovog istraživanja bio ispitati znanje medicinskih sestara/tehničara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti o palijativnoj skrbi i postoji li povezanost između sociodemografskih varijabli i znanja medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi.

Nacrt studije: presječna studija.

Ispitanici i metode: istraživanje je provedeno tijekom mjeseca ožujka, travnja i svibnja 2024. godine. Provedeno je putem anonimnog *online* obrasca formiranog u *Google Formsu*. Istraživanju je pristupio 81 ispitanik u dobi od 20 do 50 i više godina. Za istraživanje upotrijebljen je upitnik o sociodemografskim podacima i validiran upitnik *Palliative Care Quiz for Nurses* (PCQN).

Rezultati: u istraživanju je sudjelovao 81 ispitanik, od čega je bilo 92,5 % žena i 7,5 % muškaraca. U realiziranom uzorku 58,2 % ispitanika ima završenu srednju školu i 67,5 % ispitanika ima radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj skrbi. Kategorizirani rezultati PCQN-ove ljestvice pokazuju nedovoljno znanje medicinskih sestara/tehničara i to 76,5 %, a samo 22,2 % da medicinske sestre posjeduju dostatno znanje. Ni na jednoj od triju podljestvica PCQN-a medijan postotka točnih odgovora nije bio veći od 50 %, a najveći broj točnih odgovora bio je u dimenziji kontrole boli i drugih simptoma (medijan 42). Nije utvrđena statistički značajna povezanost broja točnih odgovora na sve čestice PCQN-a s dobi, spolom, obrazovanjem, radnim stažem i vrstom ustanove u kojoj su ispitanici proveli najveći dio radnog staža.

Zaključak: temeljem provedenog istraživanja rezultati ukazuju na nedovoljnu razinu osnovnog znanja o palijativnoj skrbi među medicinskim sestrama/tehničarima i potrebu za dodatnom edukacijom iz područja filozofije i načela palijativne skrbi te psihosocijalne i duhovne skrbi. Također, rezultati pokazuju da nije utvrđena statistički značajna povezanost broja točnih odgovora na sve čestice PCQN-a s dobi, spolom, obrazovanjem, radnim stažem i vrstom ustanove u kojoj su ispitanici proveli najveći dio radnog staža.

Ključne riječi: medicinska sestra; palijativna skrb; upitnik PCQN; znanje.

9. SUMMARY

Knowledge of Dubrovnik Health Center nurses about palliative care

Objectives: The main goal of this research was to examine the knowledge of nurses/technicians in primary health care about palliative care and whether there is a connection between sociodemographic variables and the knowledge of nurses/technicians about palliative care.

Study design: Cross - sectional study

Participants and methods: The research was conducted during the months of March and May 2024. It was conducted through an anonymous online form created in Google Forms. 81 respondents between the ages of 20 and 50 and older participated in the research. A questionnaire on sociodemographic data and a validated Palliative Care Quiz for Nurses (PCQN) were used for the research.

Results: Out of 81 respondents who participated in the research 92.5% were women and 7.5 % were men. In the obtained research sample, 58.2 % of respondents graduated high school and 67.5 % of respondents have work experience in primary health care. The categorized results of the PCQN scale show insufficient knowledge of nurses/technicians, namely 76.5 %, and only 22.2 % that nurses possess sufficient knowledge. On none of the three PCQN subscales, the median percentage of correct answers was higher than 50 %, and the highest number of correct answers was in the subject area of pain control and other symptoms (median 42). There was no statistically significant correlation between the number of correct answers to all parts of the PCQN with age, gender, education, length of employment, or the type of institution where the respondents have been employed for the longest period of time.

Conclusion: Based on the conducted research, data indicate an insufficient level of basic knowledge about palliative care among nurses/technicians, and the need for additional education in the field of philosophy and principles of palliative care and psychosocial and spiritual care. The results also show that there is no statistically significant correlation between the number of correct answers to all PCQN items with age, gender, education, length of employment, or the type of institution where the respondents have been employed for the longest period of time.

Keywords: nurse; palliative care; questionnaire PCQN; knowledge.

10. LITERATURA

1. Lončar Z, Katić M, Jureša V, i sur. Palijativna skrb u zajednici. Zagreb: Medicinska naklada; 2018.
2. Cha E, Lee S, Lee J, Lee I. Knowledge, attitudes and self-efficacy of health personnel in providing palliative care to people with chronic diseases. *J Hosp Palliat Care*. 2020; 23(4):198–211.
3. Hwang C, Hoon Shin S, Seon Choi Y, Lee MA, Kin D, Lee KH. Attitudes of palliative care physicians toward social issues related to opioid use. *J Hosp Palliat Care*. 2024; 27(1): 45-49.
4. Chover-Sierra E, Martinez-Sabater A, Lapena-MonuX YR. An instrument to measure nurses' knowledge in palliative care: Validation of the Spanish version of the Palliative Care Nursing Quiz. *PloS one*. 2017; 12(5).
5. Craig F, Abu-Saad Huijjer H, Benini F i sur. Steering Committee of the EAPC Task Force on Palliative Care for Children and Adolescents. *European Journal of Palliative Care*. 2007;14:109– 14.
6. Đorđević V, Braš M, Brajković L. Palijativna skrb –brinimo zajedno. Medicinska naklada. Zagreb; 2014.
7. Iveta V. i sur. Razmišljanja i razina znanja o palijativnoj skrbi kod studenata studija sestriinstva. *J. appl. health sci*. 2022; 8(1): 67-82.
8. Farmani AH, Mirhafez SR, Kayosi A, Pasha AM, Nasab AJ, Mohammadi G, i sur. A set of data on the knowledge, attitude and practice of nurses towards palliative care. *Data in Brief*. 2019; 22:319-325.
9. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2008; 148:147–59.

10. Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, Lyons KD, Hull JG, Li Z, et al. Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: Patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2015; 33:1438-45.
11. El-Jawahri A, LeBlanc T, VanDusen H, Traeger L, Greer JA, Pirl WF, et al. Effect of inpatient palliative care on quality of life 2 weeks after hematopoietic stem cell transplantation: a randomized clinical trial. *PIT*. 2016; 316:2094-2103.
12. Carmack NJ, Kemery S. Teaching methodologies for end-of-life care in undergraduate nursing students. *J Nurs Educ*. 2018; 57(2):96-100.
13. Jiang Q, Lu Y, Ying Y, Zhao H. Attitudes and knowledge of undergraduate nursing students about palliative care: An analysis of influencing factors. *J Nurs Educ*. 2019; 80:15-21.
14. Saunders C, Sykes N. Palijativna skrb u završnom stadiju maligne bolesti. Školska knjiga. Zagreb; 1996.
15. Katić M, Bergman-Marković B, Vinter Repalust N. Palijativna skrb u obiteljskoj medicini. *Medix*, 2022; 119-120.
16. Brajković L, Pavić J, Ozimec Vulinec Š, Grahovac I, Grgić O, Kraljević N. i sur. Multidisciplinarni tim u palijativnoj skrbi. *Medix*. 2022; 119-120.
17. Jušić A. Palijativna medicina – palijativna skrb. *Medicus*. 2001; 10(2): 247-252.
18. Špoljar D, Tonković D. Patients at the end of life and palliative care in intensive care units in Croatia: current situation. *Croat Med J*. 2023; 64 (2):140–142.
19. Špoljar D, Čurković M, Gastmans C, Gordijn B, Vrkić D, Jozepović A. et al. Ethical content of expert recommendations for making end-of-life decisions in intensive care units: A systematic review. *J Crit Care*. 2020; 58:10–9.
20. Hamdan KM, Al-Bashaireh AM, Al-Dalahmeh M, Saifan AR, Albqoor MA, Shaheen AM. Palliative care knowledge and attitudes towards end-of-life care among intensive care unit nurses in Jordan. *Acute Crit Care*. 2023; 38(4):469-478.

21. Dimoula M, Kotronoulas G, Katsaragakis S, Christou M, Sgourou S, Patiraki E. Knowledge of undergraduate nursing students about palliative care and attitudes towards end-of-life care: a cross-sectional study in three groups. *Nurse Educ Today*. 2019. 74: 7-14.
22. Schroeder K, Lorenz K. Nursing and the future of palliative care. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2018; 5(1): 4–8.
23. Jiang Q, Lu Y, Ying Y, Zhao H. Attitudes and knowledge of undergraduate nursing students about palliative care: An analysis of influencing factors. *Nurse Educ Today*. 2019; 80: 15–21.
24. Smets T, Pivodic L, Piers R, Pasman HRW, Engels Y, Szczerbińska K i sur. The palliative care knowledge of nursing home staff: The EU FP7 PACE cross-sectional survey in 322 nursing homes in six European countries. *Palliat Med*. 2018;32(9):1487–97.
25. Li L, Wang F, Liang Q, Lin L, Shui X. Nurses' knowledge of palliative care: systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care*. 2023;spcare-2022-004104.
26. Etafa W, Wakuma B, Fetensa G, Oluma A, Tolossa T, Mulisa D i sur. Nurses' knowledge of palliative care and attitude towards end-of-life care in public hospitals in Wollega zones: a multicenter cross-sectional study. *PloS one*. 2020; 15(10).
27. Sekse RJT, Hunskår I, Ellingsen SJJ. The nurse's role in palliative care: a qualitative meta-synthesis. *J Clin Nurs*. 2018; 27(1–2):21–38.
28. Gvozdanović Z. et al. Nurses' Knowledge of Palliative Care. *Croat Nurs J*. 2019; 3(2): 157-165.
29. Marušić M. Uvod u znanstveni rad u medicini. 6. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2019.
30. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013; 310(20):2191-4.
31. M Ross M, McDonald B, McGuinness J. The palliative care quiz for nursing (PCQN): the development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. *J Adv Nurs*. 1996;23(1):126–37.

32. Carroll G, Brisson DP, Ross MM, Labbé R. The French Version of the Palliative Care Quiz for Nursing (PCQN-F): Development and Evaluation. *J Palliat Care*. 2005;21(1):27–34.
33. Herta NS, Wicaksana AL, Effendy C, Kao CY. Palliative care quiz for nurses- Indonesian version (PCQN-I): A cross-cultural adaptation, validity, and reliability study. *Indian J Palliat Care*. 2021; 27(1):35-42.
34. Martínez-Sabater A, Chover-Sierra P, Chover-Sierra E. Spanish Nurses' Knowledge about Palliative Care. A National Online Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(21):11227.
35. Eleke C, Azuonwu G, Agu IS, Nnorom RM, Ogini AN, Eleke-Bempong E, Uzoma RA. Knowledge of palliative care among professional nurses in southeast Nigeria: A needs assessment for continuing education. *Int J Afr Nurs Sci*. 2020;13:100237.
36. Abdoli M, Fetz K, Molavynejad S, Nia HS, Asadzaker M. Psychometrics of the Persian version of Program in Palliative Care Education and Practice Questionnaire (German Revised - PPCEP-GR). *MBC Palliative Care*. 2023:77.
37. ZuluetaEgea M, Prieto-Ursúa M, Bermejo Toro L, Palmar-Santos AM. Dimensions of good palliative nursing care: Expert panel consensus and perceptions of palliative professionals. *J Clin Nurs*. 2023;32(13–14):3746–56.
38. Marinić R, Joka A, Friganović A, Ljubas A, Korent V. Nurses' Knowledge of Palliative Care at Primary, Secondary and Tertiary Levels of Health Care. *Croat Nurs J*. 2021;5(1):17–28.
39. Lovrić S, Gašić M, Placento H, Farčić N, Prka AM, Dujmić Ž, Gvozdanović Z. Nurses' Knowledge of Palliative Care. *Croat Nurs J*. 2019;3(2):157–65.
40. Hassan ZM, Wahsheh MA. Knowledge level of nurses in Jordan about ventilator associated pneumonia and preventive measures. *Nurs. Crit. Care*. 2017; 22(3):125-132.
41. Prem V, Karvannan H, Kumar SP, Karthikbabu S, Syed N, Sisodia V, Jaykumar S. A study of nurses' knowledge of palliative care: a quantitative cross-sectional study. *Indian J Palliat Care*. 2012; 18(2): 122-127.

42. Qadire MA. Nurses' Knowledge About Palliative Care. *J Hosp Palliat Nurs.* 2014; 16(1):23–30.

12. PRILOZI

1. Prilog 1. Obrazac suglasnosti Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Dubrovnik

1. Obrazac suglasnosti Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Dubrovnik

ZAPISNIK

sa II. (druge) sjednice Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Dubrovnik (dalje Povjerenstvo) za dan 6. veljače (utorak) 2024. godine, održane u prostorijama Doma zdravlja Dubrovnik, A. Starčevića I, 20000 Dubrovnik u 09:00 sati.

Nazočni: Predsjednik Povjerenstva, Domagoj Raguž, dipl. iur. (dalje Predsjednik povjerenstva), te članovi Povjerenstva Ante Kačić dipl. iur., Goldi Nodilo, dipl. psiholog. Sjednici je nazočan ravnatelj Branko Bazdan, dipl. iur.

Nisu nazočni: Lucija Koncul, dr. med. dent. i Olaf John, dr. med. dent. spec.

Predsjednik Povjerenstva je otvorio II. (druhu) sjednicu Povjerenstva i utvrdio je nazočnost članova/ica Povjerenstva. Zahvalivši se svima na dolasku, utvrdio je da je sjednici Povjerenstva nazočno 3 (tri) člana/ice Povjerenstva što sukladno važećem poslovniku čini dovoljan broj članova/ica potrebnih za raspravu i odlučivanje.

Predsjednik Povjerenstva predložio je sljedeći:

DNEVNI RED

1. Meri Pavlović Vlahinić, bacc. med. techn. – zahtjev za provođenje istraživanja radi izrade diplomskog rada

2. Razno

Dnevni red je stavljen na glasovanje članovima/icama Povjerenstva i jednoglasno je usvojen od strane članova/ica Povjerenstva. Nakon toga pristupilo se raspravi i glasovanju po prvoj točki Dnevnog reda.

TOČKA 1.

Predsjednik Povjerenstva je izvjestio članove/ice Povjerenstva o zahtjevu Meri Pavlović Vlahinić, bacc. med. techn. za provođenje istraživanja pod naslovom: Znanje medicinskih sestara Doma zdravlja Dubrovnik o palijativnoj skrbi, a radi izrade diplomskog rada na Sveučilišnom diplomskom studiju Sestrinstvo pri fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo

Osiijek. Istraživanje će se provoditi u Domu zdravlja Dubrovnik u periodu od 3 mjeseca, a ispitanici će biti zaposleni na različitim radilištima: ambulante obiteljske medicine, zubne ambulante, zdravstvena njega u kući, patronažna skrb, specijalističke ambulante, sanitetski prijevoz koji će potpisati pristanak za istraživanje koji će ispuniti dva upitnika: PCQN (Palliative Care Quiz for Nurses), validirani upitnik koji sadrži 20 pitanja o bazičnom znanju o palijativnoj skrbi te sociodemografski upitnik konstruiran za potrebe ovog istraživanja.

Nakon rasprave u kojoj su sudjelovali svi nazočni članovi/ce povjerenstva jednoglasno je donesen sljedeći:

ZAKLJUČAK

Etičko povjerenstvo Doma zdravlja Dubrovnik daje suglasnost Meri Pavlović Vlahinić, bacc. med. techn. za provođenje istraživanja pod naslovom: Znanje medicinskih sestara Doma zdravlja Dubrovnik o palijativnoj skrbi, potrebnog radi izrade diplomskog rada na Sveučilišnom diplomskom studiju Sestrinstvo pri fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek.

TOČKA 2.

Pod drugom točkom dnevnog reda Razno, nije bilo raprave.

Nakon što je dnevni red sa II. (druge) sjednice Povjerenstva iscrpljen, predsjednik Povjerenstva zaključio je sjednicu Povjerenstva u 10,00 sati.

KLASA: 004-02/24-01 /01

URBROJ :2117-130-2

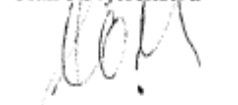
Dubrovnik, 6. veljače 2024. godine.

Predsjednik Povjerenstva



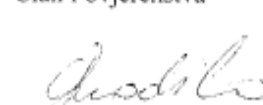
Domagoj Raguž, dipl. iur.

Član Povjerenstva



Ante Kačić, dipl. iur.

Član Povjerenstva



Goldi Nodilo, dipl. psih.

Zapisničar:

Anita Kmetović

