

Znanje medicinskih sestara o palijativnoj skrbi

Vugec Anokić, Anita

Master's thesis / Diplomski rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:174549>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-18**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Anita Vugec Anokić

**Znanje medicinskih sestara o
palijativnoj skrbi**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2019

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Anita Vugec Anokić

**Znanje medicinskih sestara o
palijativnoj skrbi**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2019.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, u Katedri za socijalnu medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, pod vodstvom dr. sc. Marjete Majer, dr. med., specijalistice školske i adolescentne medicine i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2018./2019.

POPIS KRATICA

EAPC	Europsko udruženje za palijativnu skrb (engl. <i>European Association for Palliative Care</i>)
F	F-vrijednost testa (ANOVA), omjer varijanci između skupina i varijanci unutar skupine
KBC	Klinički bolnički centar
P	P- vrijednost – statistička vjerojatnost da opažena razlika postoji uz pretpostavku da je nulta hipoteza točna
PCQN	upitnik procjene znanja medicinskih sestara o palijativnoj skrbi (engl. <i>Palliative Care Quiz for Nurses</i>)
RH	Republika Hrvatska
SAD	Sjedinjene američke države
ss	stupnjevi slobode (engl. <i>degree of freedom (df)</i>), broj neovisnih intenzivnih varijabli koje su potrebne da se definira sustav u cjelini
SSS	srednja stručna sprema
SZO	Svjetska zdravstvena organizacija (engl. <i>World Health Organization</i>)

Tablica sadržaja

SAŽETAK	
SUMMARY	
1. UVOD.....	1
1.1. CILJ PALIJATIVNE SKRBI	2
1.2. HOSPICIJ I HOSPICIJSKI POKRET	2
1.3. SUVREMENI RAZVOJ.....	3
1.4. RAZVOJ PALIJATIVNE SKRBI U REPUBLICI HRVATSKOJ.....	5
1.4.1. RAZINE PALIJATIVNE SKRBI	5
1.4.2. MODELI ORGANIZACIJE PALIJATIVNE SKRBI	7
1.4.3. INTERDISCIPLINARNI TIM	8
1.5. ZDRAVSTVENA NJEGA I PALIJATIVNA SKRB	10
1.6. KOMUNIKACIJA	11
2. HIPOTEZE.....	14
3. CILJEVI RADA.....	15
4. ISPITANICI I METODE	16
4.1. MJESTO I VRIJEME PROVOĐENJA ISTRAŽIVANJA.....	16
4.2. ISPITANICI	16
4.3. MJERNI INSTRUMENT	16
4.4. NAČIN PRIKUPLJANJA PODATAKA	17
4.5. METODA OBRADE PODATAKA	17
4.6. ETIČKA PITANJA.....	17
5. REZULTATI	18
5.1. SOCIODEMOGRAFSKA ANALIZA.....	18
5.2. REZULTATI PCQN UPITNIKA.....	20
5.3. JEDNOSMJERNA ANALIZA VARIJANCI – ANOVA	25
6. RASPRAVA	28
7. ZAKLJUČAK.....	31
8. ZAHVALE	32
9. LITERATURA	33
10. ŽIVOTOPIS	36
PRILOZI	

SAŽETAK

Naslov: Znanje medicinskih sestara o palijativnoj skrbi

Ime i prezime autora: Anita Vugec Anokić

Uvod: Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije palijativna skrb znači pristup kojim se bolesnicima suočenim s neizlječivom bolešću, kao i njihovim obiteljima pruža i unaprjeđuje kvaliteta života prevencijom i olakšavanjem simptoma metodama ranog otkrivanja, procjenom i kontrolom boli te olakšavanjem ostalih fizičkih simptoma, ali i psihičkih, psihosocijalnih i duhovnih problema. U tom procesu medicinske sestre/tehničari imaju važnu ulogu. Cilj ovog istraživanja bio je ispitati znanje medicinskih sestara o palijativnoj skrbi u Kliničkom bolničkom centru „Sestre milosrdnice“ u Zagrebu.

Metodologija: Istraživanje je provedeno među 174 ispitanika, medicinskih sestara/tehničara u KBC Sestre Milosrdnice. Kao instrument istraživanja znanja medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi korišten je validirani upitnik *Palliative Care Quiz for Nurses*. Podatci su analizirani metodama deskriptivne i analitičke statistike. Rezultati su interpretirani na razini značajnosti od $\alpha < 0,05$.

Rezultati: Analizom podataka utvrđeno je da je 50 ispitanika (28,74%) imalo 50% ili više točnih odgovora što ukazuje na „dostatno znanje“, dok „dobro znanje“ (75% točnih odgovora i više) nije imao niti jedan ispitanik. Analizom varijanci nije utvrđena statistički značajna razlika u znanju o palijativnoj skrbi između ispitanika koji su pohađali edukaciju o palijativnoj skrbi i onih koji je nisu pohađali ($F=1,004$, $df_1=1$, $df_2=6$, $p=0,354$), nije utvrđena značajna razlika u znanju ovisno o iskustvu i duljini radnog staža ($F=1,521$, $df_1=6$, $df_2=21$, $p=0,219$), stupnju obrazovanja ($F=0,778$, $df_1=1$, $df_2=6$, $p=0,411$) ili s obzirom na spol ispitanika ($F=5,859$, $df_1=1$, $df_2=6$, $p=0,051$).

Zaključak: Rezultati istraživanja pokazuju da je znanje medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi nedostatno. Istraživanje o znanju medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi važno je za razvoj sestrinske struke i profesije te za unapređenje kvalitete pružanja zdravstvene njege i skrbi palijativnim pacijentima.

Ključne riječi: palijativna skrb, hospicij, zdravstvena njega, medicinska sestra

SUMMARY

Title: Nurses knowledge about palliative care

Author: Anita Vugec Anokić

Introduction: According to the definition of the World Health Organization palliative care is an approach that provides and improves the quality of life to the patients with incurable disease and their families by preventing and relieving the symptoms by early detection, assessment and pain control and facilitating others physical symptoms, but also psychological, psychosocial and spiritual problems. The aim of this study was to determine the knowledge of nurses about palliative care at the Clinical Hospital Centre Sisters of Mercy.

Methodology: The survey was conducted among 174 respondents, nurses / technicians in the Clinical Hospital Centre Sisters of Mercy. The validated questionnaire Palliative Care Quiz for Nurses was used as a research instrument. The data were analyzed by methods of descriptive and analytical statistics. The results were interpreted at a significance level of $\alpha < 0.05$.

Results: Data analysis showed that 50 respondents (28.74%) had 50% or more correct answers indicating "sufficient knowledge", while "good knowledge" (75% correct answers and more) did not have any respondents. The analysis of variance did not find a statistically significant difference in knowledge about palliative care among the respondents who attended education on palliative care and those who did not attend education ($F = 1,004$, $df1 = 1$, $df2 = 6$, $p = 0,354$), there was no significant difference in knowledge according to the working experience ($F = 1.521$, $df1 = 6$, $df = 21$, $p = 0.219$), level of education ($F = 0.778$, $df1 = 1$, $df2 = 6$, $p = 0.411$), nor with regard to the gender of respondents ($F = 5.859$, $df1 = 1$, $df2 = 6$, $p = 0.051$).

Conclusion: Research results show that the knowledge of nurses / technicians on palliative care is insufficient. The research on the knowledge of palliative care is important for the development of the nursing profession, as well as for improving the quality of healthcare and palliative care.

Key words: palliative care, hospice, health care, nurse

1. UVOD

Palijativna skrb ima dvije definicije koje se najčešće upotrebljavaju i koriste. Prva definicija je ona koju je predložilo Europsko udruženje za palijativnu skrb (EAPC). Palijativna skrb je aktivna, ukupna skrb za pacijenta čija bolest ne reagira na postupke liječenja. Najvažnije je suzbijanje boli, ili drugih simptoma te socijalnih, psiholoških i duhovnih problema. Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu te svojim djelokrugom obuhvaća pacijenta, obitelj i zajednicu. Palijativna skrb nudi najosnovniji koncept zaštite – zbrinjavanje pacijentovih potreba gdje god da se za njega skrbi, bilo kod kuće ili u bolnici. Palijativna skrb afirmira život, a smrt smatra normalnim procesom; ona smrt ne ubrzava niti je odgađa. Ona nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života sve do smrti (1).

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) je 2002. godine ponudila drugačiju definiciju u kojoj proširuje djelokrug palijativne skrbi. Prema SZO, palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života pacijenta i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim sa smrtonosnom bolešću, kroz prevenciju i olakšanje patnje putem ranog prepoznavanja te besprijekorne procjene i suzbijanja boli i drugih problema, fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih (2).

Incidencija malignih i kroničnih bolesti u svijetu se povećava. Tehnološkim i medicinskim otkrićima i postignućima se životni vijek produžuje. Palijativna skrb bi trebala biti dostupna svim pacijentima sa životno ugrožavajućim bolestima, a ne ograničena na unaprijed postavljene medicinske dijagnoze. U Europi se još uvijek palijativna skrb uglavnom pruža pacijentima s malignim oboljenjima, a zanemaruju se bolesnici s uznapredovalim neurološkim oboljenjima, zatajenjima određenih organa koji također kao i oboljeli od maligne bolesti mogu imati potrebe za palijativnom skrbi. Takvim bolesnicima je otežan pristup palijativnoj skrbi (3).

Prema nekim procjenama u europskoj regiji trenutno više od 320.000 onkoloških i 285.000 neonkoloških pacijenata trebaju neki oblik palijativne skrbi. Vrlo je vjerojatno da su ovi brojevi i veći budući da potrebe za palijativnom skrbi često nisu prepoznate. Osim toga, ove procjene pretpostavljaju da je opća palijativna skrb dobro razvijena, što je stvarnost u samo nekoliko europskih zemalja (3).

Palijativna skrb se najčešće koristi u uznapredovalim fazama bolesti, ali neki bolesnici imaju potrebu za palijativnom skrbi u ranijim fazama bolesti kada se javljaju različiti novonastali i nepredviđeni problemi. Prijelaz s kurativne na palijativnu medicinu i skrb je postepen jer se cilj liječenja s produženja života mijenja u cilj za očuvanje kvalitete života, s naglaskom na ravnotežu između koristi i štete liječenja. Palijativna skrb za djecu počinje čim je bolest dijagnosticirana, a nastavlja se bez obzira prima li dijete ili ne liječenje usmjereno na bolest (4).

1.1. CILJ PALIJATIVNE SKRBI

Palijativna skrb obuhvaća tri djelokruga, a to su smirivanje simptoma, psihosocijalna podrška bolesnicima i medicinskim djelatnicima te etički problemi koji se vežu uz sami kraj života odnosno smrt (4).

Cilj palijativne skrbi jest postići najbolju moguću kvalitetu života kroz olakšanje patnje, kontrolu simptoma i povrat životnih funkcija uz poštovanje osobnih, kulturnih, religijskih i etičkih vrijednosti (5).

1.2. HOSPICIJ I HOSPICIJSKI POKRET

Prvi hospiciji bili su mjesta gdje se skrbilo za putnike na polasku i dolasku iz Svete Zemlje te mjesta gdje su se mogli osvježiti (6). Hospicij je također i sinonim za gostoljubivost. Naziv se odnosio na konačišta uz hodočasničke putove, namijenjena putnicima, gdje su bolesni, siromašni i umorni od putovanja pronalazili smještaj i primali skrb (5).

Moderni hospicijski pokret i palijativna skrb svoj razvoj duguju viziji Cicely Saunders koja se smatra pionirkom modernog hospicijskog pokreta. Ona je posvetila svoj profesionalni i privatni život skrbi i istraživanju bolesnika koji boluju od uznapredovalih i progresivnih bolesti. Posvetila se posebnim potrebama bolesnika i njihovih obitelji te uočavala specifične potrebe za svakog pojedinca i za svaku obitelj. Podučavala je o holističkom pristupu, o skrbi za obitelj te o potrebama interdisciplinarnog rada u timu koji brine o takvim bolesnicima. (3).

Hospicij je danas moderna zdravstvena ustanova sa sustavom pružanja pomoći ljudima na kraju života, a njihovim obiteljima, čak i nakon smrti, u žalovanju. Hospiciji su najčešće neovisne ustanove financirane od strane raznih privatnih ili državnih zaklada, te su kao takvi najzastupljeniji u onim državama u kojima je javnozdravstveni aspekt loš i u kojima nema sustavnog javnozdravstvenog rješenja za potrebe palijativne skrbi (3).

1.3. SUVREMENI RAZVOJ

U 20. stoljeću, 1990. godine pojavljuje se sveopća zabrinutost zbog nedostatne kontrole boli, posebno kod terminalnih faza malignih bolesti, te SZO objavljuje izvješće *Cancer Pain Relief and Palliative Care* u kojem se ističe nova definicija palijativne skrbi, te djelokrug i središte interesa palijativne skrbi (7).

Prema preporukama Povjerenstva ministara država članica Vijeća Europe ističe se da je palijativna skrb integrativni dio zdravstvenog sustava i neotuđivi dio građanskog prava na zdravstvenu skrb te političko vodstvo mora garantirati i učiniti je pristupačnom svakome tko je treba (7,8).

Principi koji podupiru preporuku Vijeća Europe o organizaciji palijativne skrbi su:

1. Palijativna skrb je vitalan, integralan dio zdravstvenih službi. Odredbe za njezin razvoj i funkcionalnu integraciju treba uključiti u nacionalne zdravstvene strategije.
2. Svaka osoba koja treba palijativnu skrb mora do nje doći bez nepotrebnog odgađanja, na prikladnom mjestu, u skladu s osobnim potrebama i sklonostima.
3. Palijativna skrb ima zadatak postići i održati najbolju moguću kvalitetu života bolesnika.
4. Palijativna skrb usmjerena je na fizičke, psihološke i duhovne sadržaje vezane uz uznapredovalu bolest, stoga traži koordiniran doprinos vrlo vještog i primjereno opskrbljenog interdisciplinarnog i multidisciplinarnog tima.

5. Ako to bolesnik želi, akutno nastali problemi mogu se uzeti u postupak, ali ako ne želi mogu ostati izvan postupka uz nastavak adekvatne palijativne skrbi.
6. Pristup palijativnoj skrbi treba se zasnivati na potrebama i ne treba biti pod utjecajem tipa bolesti, zemljopisnog smještaja, društveno-gospodarskog statusa ili sličnih čimbenika.
7. Obrazovni programi o palijativnoj skrbi trebaju se uključiti u školovanje svih zdravstvenih profesionalaca kojih se to tiče.
8. Treba poduzeti istraživanja koja bi poboljšala kvalitetu skrbi. Sve zahvate palijativne skrbi treba što je više moguće potkrijepiti odgovarajućim podacima istraživanja.
9. Palijativna skrb treba dobiti primjeren i pravedan stupanj financiranja.
10. Kao i u svim područjima medicinske skrbi zdravstveni djelatnici uključeni u palijativnu skrb moraju u potpunosti poštovati prava bolesnika, biti u skladu s profesionalnim obvezama i standardima i u tom kontekstu raditi u interesu bolesnika.
11. Fokus palijativne skrbi u završnoj (terminalnoj) fazi bolesti nije izlječenje nego ublažavanje nelagode i boli te održavanje kvalitete života do njegovog kraja kroz kontrolu simptoma, psihološku, duhovnu i socijalnu podršku bolesnika.
12. Dostupnost palijativne skrbi mora se osnivati na potrebama i ne treba je ograničavati na tip bolesti, geografsku lokaciju ili socioekonomski status onoga koji takvu skrb treba (7,8).

1.4. RAZVOJ PALIJATIVNE SKRBI U REPUBLICI HRVATSKOJ

Godine 2002. SZO je definirala palijativnu skrb kao pristup osobama koje boluju od smrtonosnih bolesti i njihovim obiteljima kako bi se unaprijedila kvaliteta života (2). Zakonski okviri u Republici Hrvatskoj za organizaciju palijativne skrbi nastupili su donošenjem novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti 2003. godine (9).

Prema trenutno važećem Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18) palijativna skrb je jedna od mjera zdravstvene zaštite, te spada u primarnu razinu zdravstvene zaštite. U zakonu je definirano i što je palijativna ustanova – „Ustanova za palijativnu skrb jest zdravstvena ustanova koja obavlja djelatnost palijativne skrbi pružanjem zdravstvenih usluga bolesnicima u stacionaru odnosno putem palijativnih postelja., (10) .

1.4.1. RAZINE PALIJATIVNE SKRBI

U Republici Hrvatskoj (RH) je palijativna skrb organizirana na tri razine prema smjernicama i preporukama EAPC. Služba palijativne skrbi organizirana je kroz skrb u kući, u ustanovama za dugotrajno liječenje i smještaj te kroz ustanove za akutnu skrb (11) (Tablica 1.).

Tablica 1. Prikaz službi palijativne skrbi prilagođen organizaciji zdravstvenog sustava Republike Hrvatske prema preporukama Europskog udruženja za palijativnu skrb

RAZINE PALIJATIVNE SKRBI					
OBLIK / MJESTO SKRBI		PALIJATIVNI PRISTUP	OPĆA PALIJATIVNA SKRB	SPECIJALNA PALIJATIVNA SKRB	
	SKRB U KUĆI BOLESNIKA		Primarna zdravstvena zaštita; izabrani timovi u djelatnosti opće medicine i djelatnosti zdravstvene zaštite djece i predškolske dobi, patронаžna skrb, zdravstvena njega u kući, centri za socijalnu skrb	PZZ, bolnice, domovi za starije osobe, volonteri – srodne organizacije civilnog društva, duhovnici (službe čije područje djelovanja nisu samo palijativni bolesnici, ali ih češće imaju u skrbi)	Koordinator za palijativni tim
					Mobilni palijativni tim
					Ustanova za palijativnu skrb
DUGOTRAJNO LIJEČANJE I SMJEŠTAJ		Specijalne bolnice za produženo liječenje, stacionari domova zdravlja i stacionari ustanova zdravstvenu njegu, domovi za starije osobe		Bolnički tim za palijativnu skrb	
				Dnevna bolnica	
				Ambulanta za palijativnu medicinu	
AKUTNA SKRB		Bolnice, hitne medicinske pomoći		Palijativne postelje	
				Odjel palijativne skrbi	
				Volonteri organizacije civilnog društva za palijativnu skrb koje se isključivo bave palijativnom skrb	

izvor: Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. - 2020. <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZVOJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020-%20usvojen%2018.10.2017..pdf>

1.4.2. MODELI ORGANIZACIJE PALIJATIVNE SKRBI

Palijativna skrb je osnovno ljudsko pravo na zdravstvenu zaštitu, a imperativ je nacionalnih vlada financiranje i razvoj plana zdravstvenih aktivnosti koje uključuju preventivno, kurativno i palijativno liječenje (12). Organizacija palijativne medicine je potrebna na svim razinama zdravstvene zaštite.

Sustav palijativne skrbi primarno se ne uspostavlja kao novi/paralelni sustav već se ustrojava temeljem prenamjene postojećih resursa, osnaživanjem i osposobljavanjem profesionalaca i volontera, postavljenjem novih procedura i standarda rada te formiranjem potrebnih specijalističkih službi palijativne skrbi. Svi članovi palijativnog tima trebaju imati završenu dodatnu edukaciju iz palijativne skrbi. S obzirom na specifičnost skrbi prepoznata je potreba za supervizijom svih profesionalaca i volontera uključenih u palijativnu skrb (11).

Oblici specijalističke palijativne skrbi:

1. koordinator za palijativnu skrb/Centar za koordinaciju palijativne skrbi,
2. mobilni palijativni tim,
3. ustanova za palijativnu skrb,
4. odjel palijativne skrbi/palijativne postelje,
5. dnevna bolnica za palijativnu skrb,
6. ambulanta za palijativnu medicinu,
7. bolnički tim za palijativnu skrb,
8. posudionica pomagala,
9. volonteri i organizacije civilnog društva (11).

Procijenjeni broj pacijenata koji trebaju palijativnu skrb prema preporukama EAPC u RH kreće se od 26000 do gotovo 50000 (Tablica 2). Sukladno tome, u okviru razvoja službi i usluga palijativne skrbi prema Nacionalnom programu razvoja palijativne skrbi u RH 2017. - 2020. potrebno je:

1. dopuniti pravne akte ustanova koje sudjeluju u pružanju palijativne skrbi,
2. prilagoditi prostor i opremu za pružanje palijativne skrbi,
3. nabaviti opremu i pomagala,

4. izraditi posebne programe za palijativnu skrb vulnerabilnih skupina, odnosno skupina sa specifičnim potrebama,
5. izraditi edukacijsko-promotivne materijale,
6. uspostaviti nacionalni registar palijativnih bolesnika,
7. informatički povezati sve dionike u sustavu palijativne skrbi, uključivo i volontere uz definiranje domene informatičke dostupnosti (11).

Tablica 2. Procjena potreba za palijativnom skrbi na razini države prema preporukama Europskog udruženja za palijativnu skrb

SKUPINA BOLESTI	BROJ UMRLIH (2010.)	PROCIJENJENI BROJ PACIJENATA KOJI TREBAJU PALIJATIVNU SKRB (50 – 89% onkoloških i 20% neonkoloških bolesnika)	PROCIJENJENI BROJ PACIJENATA KOJI TREBAJU SPECIJALISTIČKU PALIJATIVNU SKRB (20% onkoloških i 5% neonkoloških bolesnika)
ONKOLOŠKE BOLESTI	13 698	6 849 – 12 191	2 740
NEONKOLOŠKE BOLESTI	38 398	19 199 – 34 174	1 920
UKUPNO	52 096	26 048 – 46 365	4 660

izvor: Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. - 2020. <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZVOJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020-%20usvojen%2018.10.2017..pdf>

1.4.3. INTERDISCIPLINARNI TIM

Palijativnu skrb provode educirani interdisciplinarni timovi sastavljeni od liječnika, medicinske sestre, socijalnog radnika, psihologa, fizijatra, duhovnika, nutricionista te drugih stručnjaka, ovisno o potrebama bolesnika (13).

Funkcije članova tima:

1. liječnik

- uključuje bolesnika i obitelj u proces palijativne skrbi
- zadužen je za medicinsku skrb
- nadziranje provođenja palijativne skrbi
- određivanje stanja bolesnika
- izravno surađuje sa ostatkom tima
- određuje dijagnoze i prognoze kod bolesnika
- kontrolira nalaze
- provođenje dijete, terapije, medicinskog tretmana
- rješavanje etičkih pitanja i ublažavanje simptoma.

2. medicinska sestra ili tehničar

- provodi zdravstvenu njegu
- rukovodi i koordinira cjelokupnim procesom skrbi
- odgovorna je za planiranje, provođenje i evaluaciju sestrinske zdravstvene njege uz kontinuiranu procjenu i evaluaciju
- odgovorna za edukaciju bolesnika i obitelji
- postavlja sestrinske dijagnoze i planove zdravstvene njege
- sudjeluje u rješavanju etičkih pitanja i donošenju odluka.

3. psiholozi, savjetnici, socijalni radnici

- provode psihosocijalnu skrb

4. volonteri

- mogu provoditi različite poslove i preuzimati različite uloge
- mogu biti samo prisutni i slušati što obitelji može pomoći u procesu žalovanja.

Palijativna skrb osigurava kvalitetu života na samom njegovom kraju odnosno u zadnjoj životnoj fazi u kojoj svatko teži pomirenju. Osim fizičkih simptoma kod bolesnika se javljaju i socijalne, emocionalne i duhovne poteškoće s kojima se bori. Temeljne vještine koje su potrebne u palijativnoj skrbi su one usmjerene ka kontroli i ublažavanju simptoma, s naglaskom na ublažavanje boli, te vještine kojima se očuva

dostojanstvo bolesnika i obitelji bolesnika. Interdisciplinarni tim različitim pristupima svakog pojedinog člana usporava i ublažava funkcionalno propadanje, rješava psihosocijalne probleme, umanjuje simptome. Palijativni tim ostvaruje svoj cilj i obavlja svoj zadatak neovisno gdje se bolesnik nalazi (13).

1.5. ZDRAVSTVENA NJEGA I PALIJATIVNA SKRB

Jedan od principa zdravstvene njege i palijativne skrbi jest da su bolest, oblik skrbi, umiranje i žalovanje jedinstvena vlastita iskustva. Humani kontekst skrbi se postiže poštivanjem osobnosti bolesnika, pristupom usmjerenim prema pojedincu i individualiziranim planom skrbi. Iskustvo utječe na sve dimenzije života (13).

Funkcionalna dimenzija

- provođenje aktivnosti u svakodnevnom životu,
- smanjena mogućnost hranjenja, održavanja sobne higijene, premještanja i zauzimanja položaja tijela.

Socijalna dimenzija

- promjene u međuljudskim odnosima,
- smanjena mogućnost postizanja osjećaja zadovoljstva.

Duhovna dimenzija

- obuhvaća doživljaj duhovnih i religijskih vrijednosti, percepciju života, patnje, smrti, života poslije smrti (13).

1.6. KOMUNIKACIJA

Komunikacija u palijativnoj skrbi je izrazito težak i zahtjevan proces, ali predstavlja najbolji način podrške bolesnicima s neizlječivom bolesti. Dvije trećine komunikacije predstavlja neverbalna komunikacija kod koje su najvažniji smirena okolina, aktivno i pozorno slušanje, miran pogled i dodir. Tim koji komunicira s takvim bolesnikom treba imati razvijene komunikacijske vještine, empatičnost, biti iskren, optimističan, ne obećavati nešto što nije realno i davati lažna obećanja (14).

Kada su bolesnici primjereno informirani, uključeni su u planiranje skrbi do samog kraja svog života te mogu iskazati svoju volju i namjere, odnosno izabiru mjesto i način skrbi i odlučuju o medicinskim intervencijama. Bolesnici otvoreno razgovaraju o smrti i svom strahu, svojim emocijama te su svjesni da moraju okončati svoje postojanje. Individualnim pristupom se procjenjuje koliko je osoba spremna i voljna primiti informacija, koliko informacija može razumjeti i prihvatiti. Zadržava se identitet osobe koja umire, oni sami definiraju što za njih predstavlja koncept dobre smrti i određuju okolnosti svog umiranja. Pri tome se posebno trebaju uvažavati emocije i treba se pružiti emocionalna podrška koja predstavlja važan oblik komunikacije. Emocionalna podrška se postiže na način da bolesnik slobodno izražava svoje osjećaje čime se smanjuje osjećaj izoliranosti i nemoći (14). Istraživanja su pokazala, kada se u poučavanju koristila metoda igranja uloga, što je za medicinske sestre bilo stresno, podigla se razina njihovog samopouzdanja u teškim situacijama (15). Nesporazumi u komunikaciji ovise o bolesnikovu prihvaćanju, odnosno prevladavanju zapreka u komunikaciji pomaže ukoliko medicinski djelatnik razumije i poznaje bolesnikovu osobnost i njegovo ponašanje (16).

Najčešći razlozi nedovoljne komunikacije od strane zdravstvenih djelatnika jesu:

1. nedostatak vremena
2. veliko emocionalno opterećenje
3. nedostatak znanja o važnosti komunikacije
4. izbjegavanjem komunikacije izbjegava se sukob uloga.

Kako poboljšati komunikaciju:

1. pokazati pozitivne emocije
2. objasniti da strah koji su možda prepoznali nije vezan uz bolesnika i njegovu bolest
3. pričati o općem stanju i potrebama, pružiti emocionalnu podršku i suosjećanje
4. aktivno slušati
5. dopustiti postavljanje pitanja.

Dobre komunikacijske vještine bitan su preduvjet za kvalitetnu palijativnu skrb. Međutim, komunikacija se ne odnosi samo na interakciju između bolesnika i zdravstvenih radnika, nego i na međudjelovanje između bolesnika i njihovih obitelji, kao i na interakcije između različitih zdravstvenih radnika i službi koje su uključene u skrb (14).

Obitelj, odnosno najbliži predstavljaju instituciju koja prati pacijenta/osobu kroz cijeli život, kroz sve njene faze pa tako i u najosjetljivijem razdoblju kao što je smrt. Obitelj bi trebala biti uz bolesnika u završnim trenucima života i biti uključena u skrb. S obitelji se treba komunicirati na način da im se umanjuje strah, nemir, osjećaj bespomoćnosti. Ukoliko je obitelj odsutna za bolesnika to predstavlja psihičko opterećenje i osjeća se osjećaj izoliranosti i napuštenosti (14).

Neizlječiva bolest mijenja način života ne samo bolesnika već i njegove obitelji jer oni postaju primarni skrbnik koji se preko noći mora suočiti sa svim problemima i zahtjevima koje donosi bolest. Novonastala situacija mijenja uloge u obitelji, navike, rituale, samo funkcioniranje unutar obitelji. Svaka obitelj reagira sa strahom koji povećava povezanost i međusobnu povezanost i ovisnost unutar obitelji (14).

Reakcije obitelji su različite pa se tako mogu javiti zbunjenost, šok, nedostatak znanja i informacija, stigmatizacija od okoline. Obitelji mogu reagirati na način da izbjegavaju odgovornost, da su suzdržani, da bježe ili da kreću u napad. Reakcije ponekada nadjačavaju racionalnost. Kod narušenih odnosa pokazuje se sama neorganiziranost i javlja se tjeskoba, posljedični sukobi, negativne emocije i konflikti. Osobe se mogu zatvoriti u sebe, skrivati osjećaje (14).

Obitelj sudjeluje u skrbi, ali i sudi o njezi koju bolesnik prima od strane medicinskih djelatnika te se kod njih može javiti osjećaj krivnje i žaljenja ukoliko smatraju da je član

njihove obitelji kao bolesnik primio nedostatnu brigu i skrb. Takvo iskustvo kod njih utječe na fizičko i psihičko zdravlje (14).

U njezi palijativnog bolesnika medicinske sestre/tehničari imaju ključnu ulogu. Oni predstavljaju sponu između obitelji, bolesnika, liječnika i drugih razina zdravstvenog sustava. U tom procesu znanje medicinskih sestara o palijativnoj skrbi je iznimno važno jer ukoliko medicinska sestra ne zna i ne može prepoznati potrebe i simptome koji se mogu javiti kod bolesnika ona mu ne može pružiti kvalitetnu skrb (17-20).

2. HIPOTEZE

Hipoteza 1: Znanje medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi je nedostatno.

Hipoteza 2: Ne postoji statistički značajna razlika u znanju medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi ovisno o mjestu rada/klinici.

Hipoteza 3: Ne postoji statistički značajna razlika u znanju medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi ovisno o stupnju obrazovanja.

Hipoteza 4: Ne postoji statistički značajna razlika u znanju medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi ovisno o spolu.

3. CILJEVI RADA

Opći cilj istraživanja bio je ispitati znanje medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi u Kliničkom bolničkom centru „Sestre milosrdnice“.

Specifični ciljevi rada bili su:

1. Ispitati utječe li mjesto rada/klinika na razinu znanja medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi
2. Ispitati utječe li stupanj obrazovanja sestara/tehničara na razinu znanja o palijativnoj skrbi
3. Ispitati razliku u znanju medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi s obzirom na spol

4. ISPITANICI I METODE

4.1. MJESTO I VRIJEME PROVOĐENJA ISTRAŽIVANJA

U istraživanju su sudjelovali medicinske sestre i tehničari Klinike za unutarnje bolesti i Klinike za kirurgiju Kliničkog bolničkog centra (KBC) „Sestre milosrdnice“ od travnja do svibnja 2019. godine.

4.2. ISPITANICI

Predviđeni ispitanici u istraživanju bili su medicinske sestre i tehničari zaposleni u KBC Sestre milosrdnice (Klinika za kirurgiju, Klinika za unutarnje bolesti, Zavod za anesteziologiju, intenzivnu medicinu i liječenje boli). Očekivani broj ispitanika je bio 444 medicinskih sestara/tehničara prema službenim podacima zaposlenih djelatnika. U istraživanju je ukupno sudjelovalo 174 ispitanika (102 ispitanika s Klinike za unutarnje bolesti od ukupno mogućih 193 (52,85%), te 72 ispitanika s Klinike za kirurgiju od ukupno mogućih 127 (56,69%). Ispitanici sa Zavoda za anesteziologiju, intenzivnu medicinu i liječenje boli bili su isključeni iz konačne analize zbog premalog broja ispitanika koji su ispunili upitnik (devet ispitanika od ukupno mogućih 193, odnosno 7,26%).

4.3. MJERNI INSTRUMENT

Kao instrument istraživanja znanja medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi korišten je validirani upitnik PCQN (Palliative Care Quiz for Nurses). Autor upitnika je Margharet M. Ross i suradnice sa Sveučilišta Ottawa, Kanada. Valjanost upitnika potvrđena je istraživanjem Ross i suradnika na uzorku studenata sestrinstva (N = 200) i registriranih medicinskih sestara (n = 196) (21). Upitnik sadrži 20 pitanja o bazičnom znanju o palijativnoj skrbi medicinskih sestara/tehničara s mogućim odgovorima *točno*, *netočno* i *ne znam*, te šest sociodemografskih pitanja (Prilog 3). Upitnik se prema

autoricama boduje na način da je svaki ispitanik za *točan* odgovor dobio jedan bod, a za *netočan* i odgovor *ne znam* nula bodova. Dozvola za uporabu upitnika dobivena je od Frances Fothergill-Bourbonnais budući da je prva autorica preminula.

4.4. NAČIN PRIKUPLJANJA PODATAKA

Upitnik je distribuiran na mjesta provođenja istraživanja u suradnji s glavnim sestrama klinika gdje se istraživanje provodilo. U istraživanju su sudjelovali medicinske sestre/tehničari s Klinike za kirurgiju, Klinike za unutarnje bolesti i Zavoda za anesteziologiju, intenzivnu medicinu i liječenje boli. Uz anonimni upitnik (PCQN upitnik) ispitanici su ispunili informirani pristanak u dva primjerka od kojeg su jedan zadržali ispitanici, a drugi je zadržao ispitivač. Anketni upitnici su bili kodirani šiframa. Informirani pristanak se ispunjavao odvojeno od upitnika i ulagao u odvojenu kuvertu.

4.5. METODA OBRADE PODATAKA

Prikupljeni podatci uneseni su u Microsoft Office Excel datoteku. Podatci su analizirani metodama deskriptivne statistike. Statistička značajnost razlika aritmetičkih sredina između grupa analizirana je jednosmjernom analizom varijanci - ANOVA. Rezultati su interpretirani na razini značajnosti od $\alpha < 0,05$. Statistička obrada podataka izvršena je pomoću programa IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Statistics) verzija 25.

4.6. ETIČKA PITANJA

Istraživanje je odobreno od Etičkog povjerenstva KBC Sestre milosrdnice BROJ: EP-4965/19-2. Istraživanje je provedeno u skladu s načelima Internacionalne konferencije za harmonizaciju (ICH GCP) i Helsinške deklaracije.

5. REZULTATI

5.1. SOCIODEMOGRAFSKA ANALIZA

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 174 ispitanika (54,38%), od toga 102 ispitanika s Klinike za unutarnje bolesti od ukupno mogućih 193 (52,85%), te 72 ispitanika s Klinike za kirurgiju od ukupno mogućih 127 (56,69%). U istraživanju je prema dobivenim podacima sudjelovalo 147 ženskih ispitanika (84,48%) te 21 muški ispitanik (12,07%), a šest ispitanika (3,45%) nije dalo odgovor o spolu i to na Klinici za unutarnje bolesti. Od ukupnog broja ispitanika s Klinike za unutarnje bolesti bilo je 86 ženskih ispitanika (84,31%) te 10 muških ispitanika (9,80%). Na Klinici za kirurgiju u istraživanju je sudjelovalo 11 muških ispitanika (15,28%) te 61 (84,72%) žena (Tablica 3).

Tablica 3. Razdioba ispitanika prema spolu

SPOL	KLINIKA ZA UNUTARNJE BOLESTI		KLINIKA ZA KIRURGIJU		UKUPNO	
	N	%	N	%	N	%
M	10	9,80	11	15,28	21	12,07
Ž	86	84,31	61	84,72	147	84,48
BEZ ODGOVORA	6	5,88	0	0	6	3,45
UKUPNO	102	100,00	72	100,00	174	100,00

Najviše ispitanika (31,61%) imalo je pet ili manje godina staža, na Klinici za unutarnje bolesti 24,51% ispitanika dok je na Klinici za kirurgiju bilo 41,67% ispitanika s radnim stažem od pet ili manje godina (Tablica 4).

Tablica 4 . Razdioba ispitanika prema ukupnoj duljini staža

DULJINA RADNOG STAŽA	KLINIKA ZA UNUTARNJE BOLESTI		KLINIKA ZA KIRURGIJU		UKUPNO	
	N	%	N	%	N	%
5 I VIŠE GODINA	25	24,51	30	41,67	55	31,61
6 – 10 GODINA	16	15,69	9	12,50	25	14,37
11 – 15 GODINA	7	6,86	4	5,55	11	6,32
16 – 20 GODINA	10	9,80	3	4,17	13	7,47
21 – 25 GODINA	11	10,78	6	8,33	17	9,77
26 – 30 GODINA	11	10,78	9	12,50	20	11,49
31 I VIŠE GODINA	16	15,69	6	8,33	22	12,64
BEZ DOGOVORA	6	5,88	5	6,94	11	6,32
UKUPNO	102	100,00	72	100,00	174	100,00

Od ukupno 174 ispitanika edukaciju o palijativnoj skrbi nije pohađalo njih 103 (59,19%). Od ukupnog broja ispitanika njih 10 (5,75%) nije dalo odgovor na tvrdnju o pohađanju edukacije o palijativnoj skrbi. Na Klinici za unutarnje bolesti edukaciju nije pohađalo 54 ispitanika (52,94%), a na Klinici za kirurgiju edukaciju njih 49 (68,06%) (Tablica 5).

Tablica 5. Razdioba ispitanika prema pohađanju edukacije o palijativnoj skrbi

EDUKACIJA	KLINIKA ZA UNUTARNJE BOLESTI		KLINIKA ZA KIRURGIJU		UKUPNO	
	N	%	N	%	N	%
POHAĐALI EDUKACIJU	42	41,18	19	26,39	61	35,06
NISU POHAĐALI EDUKACIJU	54	52,94	49	68,06	103	59,19
BEZ ODGOVORA	6	5,88	4	5,55	10	5,75
UKUPNO	102	100,00	72	100	174	100,00

U istraživanju je sudjelovalo, prema stupnju obrazovanja, 104 medicinskih sestara/tehničara (59,77%) srednje stručne spreme (SSS), 60 prvostupnika/ica sestrinstva (34,48%), pet diplomiranih medicinskih sestara/tehničara (2,87%) i jedna magistra sestrinstva (0,57%). Od ukupnog broja ispitanika, četvero (2,30%) ih nije dalo odgovor o obrazovanju, po dvoje sa svake Klinike. Nitko od ispitanika nije imao titulu doktora znanosti. Na Klinici za unutarnje bolesti upitnik je ispunilo 69 (67,65%)

ispitanika sa SSS, 26 (25,49%) prvostupnika sestrinstva, pet (4,90%) diplomiranih medicinskih sestara/tehničara. Na Klinici za kirurgiju upitnik je ispunilo 35 (48,61%) ispitanika sa SSS, 34 (47,22%) prvostupnika sestrinstva te jedna magistra sestrinstva (1,39%) (Tablica 6).

Tablica 6. Razdioba ispitanika prema obrazovnom stupnju

STUPANJ OBRAZOVANJA	KLINIKA ZA UNUTARNJE BOLESTI		KLINIKA ZA KIRURGIJU		UKUPNO	
	N	%	N	%	N	%
SSS	69	67,65	35	48,61	104	59,77
Bacc. med. techn.	26	25,49	34	47,22	60	34,48
Dipl. med. techn.	5	4,90	0	0	5	2,87
Mag. med. techn.	0	0	1	1,39	1	0,57
Dr.sc.	0	0	0	0	0	0
BEZ ODGOVORA	2	1,96	2	2,78	4	2,30
UKUPNO	102	100,00	74	100,00	174	100,00

5.1. REZULTATI PCQN UPITNIKA

Rezultati odgovora na pojedinačna pitanja postavljena u PCQN upitniku prikazani su u Tablici 7 i 8.

Najveći udio ispitanika, njih 79 (77,45%), s Klinike za unutarnje bolesti dalo je točan odgovor na tvrdnju 18 – „Manifestacija kronične boli se razlikuje od one akutne boli“, slijede tvrdnja 1 – „Paliјativna skrb je prikladna jedino u situacijama kada je evidentno pogoršanje bolesti i propadanje“ i 8 – „Osobe koje uzimaju opioide moraju uzimati i laksative“ sa po 74 (72,55%) ispitanika te tvrdnja broj 15 – „Patnja i fizička bol su jedno te isto“ na koju je točno odgovorilo 72 (70,59%) ispitanika (Tablica 7).

Najveći udio ispitanika s Klinike za kirurgije 62 (86,11%) točno je odgovorilo na tvrdnju 15 - „Patnja i fizička bol su jedno te isto“, slijede tvrdnja 11 - „Muškarci se lakše od žena nose sa tugom“ s 56 (77,78%) ispitanika i 18 - „Manifestacija kronične

boli se razlikuje od one akutne boli“ s 55 (76,39%) ispitanika koji su točno odgovorili (Tablica 8).

Najmanji udio ispitanika, njih 13 (15,48%), s Klinike za unutarnje bolesti točno je odgovorilo na tvrdnju broj 19 – „Gubitak osobe s kojom nismo bliski se lakše podnosi od gubitka bliske osobe“, slijede tvrdnja 2 – „Morfij je standard koji se koristi za usporedbu analgetskog učinka drugih opioda“ i 12. – „Filozofija palijativne skrbi je kompatibilna s aktivnim liječenjem“ s po 19 (18,63%) ispitanika koji su točno odgovorili (Tablica 7).

Najmanji udio ispitanika, njih 9 (12,50%) s Klinike za kirurgiju točno je odgovorilo na tvrdnje 10 – „Lijekovi koji mogu izazvati depresiju disanja prikladni su za liječenje teške dispneje u terminalnoj fazi bolesti“ i 19 – „Gubitak osobe s kojom nismo bliski se lakše podnosi od gubitka bliske osobe“ te tvrdnju broj 16 – „Dolantin nije učinkovit lijek u liječenju kronične boli“ sa 12 ispitanika (16,67%) koji su točno odgovorili (Tablica 8).

Tablica 7. Prikaz odgovora ispitanika na pitanja postavljena u PCQN upitniku s Klinike za unutarnje bolesti

Pitanje	1	2	3	4	%
1. Palijativna skrb je prikladna jedino u situacijama kada je evidentno pogoršanje bolesti i propadanje.	74	22	6	0	72,55%
2. Morfij je standard koji se koristi za usporedbu analgetskog učinka drugih opioida.	19	56	25	2	18,63%
3. Opseg bolesti određuje način liječenja boli.	34	62	5	1	33,33%
4. Adjuvantna terapija je bitna u liječenju boli.	52	15	35	0	50,98%
5. Vrlo je važno da članovi obitelji budu uz krevet bolesnika dok nastupi smrt.	30	61	11	0	29,41%
6. U zadnjim danima života pospanost povezana s elektrolitskim disbalansom umanjuje potrebu za sedacijom.	57	28	16	1	55,88%
7. Ovisnost je veliki problem kod duže primjene morfija u liječenju boli.	25	70	7	0	24,51%
8. Osobe koje uzimaju opioide moraju uzimati i laksative.	74	13	15	0	72,55%
9. Pružanje palijativne skrbi zahtijeva emocionalni odmak.	34	59	8	1	33,33%
10. Lijekovi koji mogu izazvati depresiju disanja prikladni su za liječenje teške dispneje u terminalnoj fazi bolesti.	20	57	25	0	19,61%
11. Muškarci se lakše od žena nose sa tugom.	67	16	19	0	65,69%
12. Filozofija palijativne skrbi je kompatibilna s aktivnim liječenjem.	19	49	34	0	18,63%
13. Upotreba placeba je prikladna u liječenju nekih tipova boli.	28	64	10	0	27,45%
14. U velikim dozama kodein uzrokuje veću mučninu i povraćanje od morfija.	41	24	37	0	40,20%
15. Patnja i fizička bol su jedno te isto.	72	24	3	3	70,59%
16. Dolantin nije učinkovit lijek u liječenju kronične boli.	53	24	25	0	51,96%
17. Izgaranje zbog akumulacije gubitaka je neizbježno za one koji rade u palijativnoj skrbi.	30	45	26	1	29,41%
18. Manifestacija kronične boli se razlikuje od one akutne boli.	79	14	9	0	77,45%
19. Gubitak osobe s kojom nismo bliski se lakše podnosi od gubitka bliske osobe.	13	84	5	0	15,48%
20. Tjeskoba ili umor smanjuju prag boli.	23	72	6	1	22,55%

Legenda: 1 – točan odgovor; 2 – netočan odgovor; 3 – ne znam; 4 – bez odgovora; % - postotak točnih odgovora

Tablica 8. Prikaz odgovora ispitanika na pitanja postavljena u PCQN upitniku s Klinike za kirurgiju

Pitanje	1	2	3	4	%
1. Palijativna skrb je prikladna jedino u situacijama kada je evidentno pogoršanje bolesti i propadanje.	53	15	4	0	73,61%
2. Morfij je standard koji se koristi za usporedbu analgetskog učinka drugih opioida.	15	29	28	0	20,83%
3. Opseg bolesti određuje način liječenja boli.	21	46	4	0	29,17%
4. Adjuvantna terapija je bitna u liječenju boli.	34	14	24	0	47,22%
5. Vrlo je važno da članovi obitelji budu uz krevet bolesnika dok nastupi smrt.	23	39	10	0	31,94%
6. U zadnjim danima života pospanost povezana s elektrolitskim disbalansom umanjuje potrebu za sedacijom.	36	18	18	0	50,00%
7. Ovisnost je veliki problem kod duže primjene morfija u liječenju boli.	16	48	8	0	22,22%
8. Osobe koje uzimaju opioide moraju uzimati i laksative.	34	16	22	0	47,22%
9. Pružanje palijativne skrbi zahtijeva emocionalni odmak.	26	35	10	1	36,11%
10. Lijekovi koji mogu izazvati depresiju disanja prikladni su za liječenje teške dispneje u terminalnoj fazi bolesti.	9	37	25	1	12,50%
11. Muškarci se lakše od žena nose sa tugom.	56	5	11	0	77,78%
12. Filozofija palijativne skrbi je kompatibilna s aktivnim liječenjem.	26	14	32	0	36,11%
13. Upotreba placeba je prikladna u liječenju nekih tipova boli.	14	47	9	0	19,44%
14. U velikim dozama kodein uzrokuje veću mučninu i povraćanje od morfija.	21	12	38	1	29,17%
15. Patnja i fizička bol su jedno te isto.	62	8	2	0	86,11%
16. Dolantin nije učinkovit lijek u liječenju kronične boli.	12	23	37	0	16,67%
17. Izgaranje zbog akumulacije gubitaka je neizbježno za one koji rade u palijativnoj skrbi.	19	39	13	1	26,39%
18. Manifestacija kronične boli se razlikuje od one akutne boli.	55	13	3	1	76,39%
19. Gubitak osobe s kojom nismo bliski se lakše podnosi od gubitka bliske osobe.	9	60	3	0	12,50%
20. Tjeskoba ili umor smanjuju prag boli.	17	47	8	0	23,61%

Legenda: 1 – točan odgovor; 2 – netočan odgovor; 3 – ne znam; 4 – bez odgovora; % - postotak točnih odgovora

Kao „dobro znanje“ definiran je rezultat u upitniku od 75% točnih odgovora. Za „dostatno znanje“ definirana je granica od 50% točnih odgovora. U tablicama 9. i 10. prikazana je razdioba s obzirom na „dobro znanje“ i „dostatno znanje“ prema Klinikama na kojima je provedeno istraživanje. Niti jedan ispitanik nije pokazao „dobro znanje“.

Tablica 9. Razdioba ispitanika s obzirom na „dobro znanje“

	KLINIKA ZA UNUTARNJE BOLESTI		KLINIKA ZA KIRURGIJU		UKUPNO	
	N	%	N	%	N	%
„DOBRO ZNANJE“						
>75% točnih odgovora	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<75% točnih odgovora	102	100,0	72	100,0	174	100,0
UKUPNO	102	100,0	72	100	174	100,0

Tablica 10. Razdioba ispitanika s obzirom na „dostatno znanje“

	KLINIKA ZA UNUTARNJE BOLESTI		KLINIKA ZA KIRURGIJU		UKUPNO	
	N	%	N	%	N	%
„DOSTATNO ZNANJE“						
>50% točnih odgovora	35	34,31*	15	20,83	50	28,74
<50% točnih odgovora	67	65,69	57	79,17	124	71,26
UKUPNO	102	100,00	72	100,00	174	100,00

* $X^2=3,745$; $P= 0,053$

Ukupno 50 (28,74%) ispitanika imalo je jednako ili više od 50% točnih odgovora u PCQN upitniku („dostatno znanje“), dok je ostalih 124 ispitanika (71,26%) imalo zbroj ukupno točnih odgovora manji od 50%. Nije utvrđena značajna razlika u znanju medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi s obzirom na mjesto rada/kliniku ($X^2=3,745$; $P= 0,053$) (Tablica 10).

5.3. JEDNOSMJERNA ANALIZA VARIJANCI – ANOVA

U daljnjoj analizi podataka testirali smo podatke jednosmjernom analizom varijance temeljem nezavisnih varijabli iz sociodemografskih podataka kako bismo utvrdili postojanje statistički značajnih razlika među skupinama ispitanika s obzirom na njihovu duljinu staža/ radnog iskustva, stupanj obrazovanja, pohađanje edukacije o palijativnoj skrbi i spolu. Iz daljnje analize isključili smo ispitanike koji nisu dali odgovor na pitanje kojim bi se mogli grupirati u pojedinu skupinu potrebnu za daljnju analizu podataka.

Prema jednosmjernoj analizi varijance ($F=0,239$, $df_1=1$, $df_2=6$, $p=0,641$) među ispitanicima s Klinike za unutarnje bolesti nije utvrđena statistički značajna razlika u točnosti odgovora na PCQN upitnik ispitanika koji su pohađali edukaciju o palijativnoj skrbi i onih koji je nisu pohađali (Tablica 11).

Istom analizom kod ispitanika s Klinike za kirurgiju ($F=2,75$, $df_1=1$, $df_2=6$, $p=0,148$) nije utvrđena statistički značajna razlika u odgovorima na upitnik ispitanika koji su pohađali i onih koji nisu pohađali edukaciju o palijativnoj skrbi (Tablica 11).

Za ukupni uzorak ispitanika istom analizom dobiveni su podatci koji pokazuju kako ne postoji statistički značajna razlika znanja o palijativnoj skrbi između ispitanika koji su edukaciju pohađali i onih koji je nisu pohađali ($F=1,004$, $df_1=1$, $df_2=6$, $p=0,354$) (Tablica 11).

Tablica 11. Jednosmjerna analiza varijanca ANOVA – usporedba prema edukaciji o palijativnoj skrbi

	F	ss1	ss2	p-vrijednost
Klinika za unutarnje bolesti	0,239	1	6	0,641
Klinika za kirurgiju	2,75	1	6	0,148
UKUPNO	1,004	1	6	0,354

Jednosmjerna analiza varijance za nezavisne podatke za varijablu duljine radnog staža uzorka ispitanika s Klinike za unutarnje bolesti pokazuje ($F=0,927$, $df_1=6$, $df_2=21$, $p=0,496$) da ne postoji statistički značajna razlika u znanju ispitanika o palijativnoj skrbi s obzirom na duljinu radnog staža (Tablica 12).

Jednosmjerna analiza varijance za nezavisne podatke za varijablu duljine radnog staža uzorka ispitanika s Klinike za kirurgiju pokazuje ($F=1,962$, $df_1=6$, $df_2=21$, $p=0,117$) da ne postoji statistički značajna razlika u znanju ispitanika o palijativnoj skrbi s obzirom na duljinu radnog staža (Tablica 12).

Na ukupnom uzorku ispitanika ista analiza pokazuje ($F=1,521$, $df_1=6$, $df_2=21$, $p=0,219$) da nema statistički značajne razlike u odgovorima ispitanika ovisno o njihovom radnom iskustvu i duljini radnog staža (Tablica 12).

Tablica 12. Jednosmjerna analiza varijanca ANOVA – usporedba prema duljini staža

	F	ss1	ss2	p-vrijednost
Klinika za unutarnje bolesti	0,927	6	21	0,496
Klinika za kirurgiju	0,117	6	21	1,962
UKUPNO	1,521	6	21	0,219

Ukupni uzorak ispitanika imao je nešto više od 12% osoba muškog spola i iz tog razloga napravljena je samo jednosmjerna analiza varijance na ukupnom uzorku ispitanika. Dobiveni rezultati pokazuju kako nema značajne statističke razlike u odgovorima ispitanika s obzirom na njihov spol ($F=5,859$, $df_1=1$, $df_2=6$, $p=0,051$).

Rezultati jednosmjerne analize varijance za nezavisne podatke varijable obrazovnog stupnja kod ispitanika s Klinike za unutarnje bolesti ($F=2,014$, $df_1=1$, $df_2=6$, $p=0,205$) pokazali su da nema statistički značajne razlike među ispitanicima s obzirom na njihov stupanj obrazovanja. Prilikom grupiranja ispitanike smo promatrali kroz dvije obrazovne skupine, one sa SSS i u drugoj skupini prvostupnike sestriinstva zajedno s diplomiranim medicinskim sestrama/tehničarima. Ispitanici su grupirani radi

veliĉine uzorka te smo time dobili rezultate o statistiĉkoj razlici izmeĊu ispitanika SSS i više/visoke struĉne sprema (Tablica 13).

Ista analiza na uzorku ispitanika s Klinike za kirurgiju pokazuje kako ne postoji statistiĉki znaĉajna razlika o znanju o palijativnoj skrbi izmeĊu ispitanika s obzirom na njihov stupanj obrazovanja ($F=0$, $df_1=1$, $df_2=6$, $p=1$). Ispitanike smo takoĊer grupirali u dvije grupe: SSS i viša/visoka struĉna sprema (Tablica 13).

U ukupnom uzorku promatrali smo rezultate upitnika PCQN ispitanika temeljem dvije obrazovne skupine kojima pripadaju. Rezultat pokazuje kako se njihovo znanje o palijativnoj skrbi ne razlikuje s obzirom na stupanj obrazovanja ($F=0,778$, $df_1=1$, $df_2=6$, $p=0,411$) (Tablica 13).

Tablica 13. Jednosmjerna analiza varijanca ANOVA – usporedba prema stupnju obrazovanja

	F	ss1	ss2	p-vrijednost
Klinika za unutarnje bolesti	2,014	1	6	0,205
Klinika za kirurgiju	0	1	6	1
UKUPNO	0,778	1	6	0,411

6. RASPRAVA

U našem istraživanju samo je 28,74% ispitanika pokazalo dostatno znanje o palijativnoj skrbi, a nitko od ispitanika nije pokazao „dobro znanje“. Rezultat je u skladu s rezultatima istraživanja koje je provela Sandra Lovrić u Općoj bolnici „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica 2016. godine. U njenom istraživanju samo 29 (20,4%) od ukupno 142 ispitanika je imalo „dostatno znanje“ o palijativnoj skrbi (22). Studije u drugim zemljama pokazuju slične rezultate (23,24). U istraživanju Karkade i suradnika među 83 polaznika treće godine diplomskog studija sestrinstva u Udipi distriktu u Indiji utvrđeno je „slabo znanje“ o palijativnoj skrbi među 79,5% ispitanika te prosječno znanje u 20,5% ispitanika (23). U istraživanju Kalogeropoulou i suradnika koje je provedeno među 150 medicinskih sestara zaposlenima u javnim bolnicama u Grčkoj 2016. godine, rezultati su pokazali da je znanje medicinskih sestara o palijativnoj skrbi nedostatno. Srednja vrijednost točnih odgovora u njihovom uzorku bila je 44,5% (24). Viša razina znanja utvrđena je u istraživanju koje su provele Ross i suradnice u Kanadi, gdje je srednja vrijednost točnih odgovora medicinskih sestara i studentica sestrinstva o palijativnoj skrbi iznosila 61% (21).

U našem istraživanju nije utvrđena statistički značajna razlika u znanju medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi s obzirom na edukaciju o palijativnoj skrbi, duljinu radnog staža, spol, mjesto rada ili razinu edukacije.

Rezultati drugih studija pokazali su pozitivnu povezanost između znanja medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi i edukacije o palijativnoj skrbi (25-28), povezanost znanja o palijativnoj skrbi i njihovog radnog iskustva (24,27,28), spola (24), razine edukacije (29) te kliničkog odjela (30).

Ronaldson i suradnici su na uzorku od 97 ispitanika (36 medicinskih sestara i 61 njegovateljicom) zaposlenih u pet staračkih domova u Australiji utvrdili temeljem PCQN upitnika podjednaku razinu znanja o palijativnoj skrbi u skupini medicinskih sestara koje su prošle edukaciju o palijativnoj skrbi i onih koje to nisu prošle, dok su među njegovateljicama koje su prošle edukaciju o palijativnoj skrbi ili skrbi za starije osobe i onih koje nisu prošle edukaciju utvrdili statistički značajnu razliku ($P= 0,04$). Rezultati njihove studije upućuju na potrebu kontinuirane i specifične edukacije i medicinskih sestara i njegovateljica o palijativnoj skrbi (25).

Knapp i suradnici su na uzorku od 279 pedijatrijskih medicinskih sestara u Floridi, Sjedinjene američke države (SAD), utvrdili da je polovina sestara imala 60% točnih odgovora na PCQN upitnik. Multivarijatnom analizom utvrđeno je da su formalna edukacija o palijativnoj skrbi i iskustvo rada s terminalnim bolesnicima (rad u hospiciju) povezani s većom razinom znanja (27).

Abudari i suradnici su na uzorku od 395 medicinskih sestara/tehničara u 19 zemalja PCQN upitnikom utvrdili srednju vrijednost točnih odgovora od 9,06 (45,3%) što upućuje na nedostatno znanje o palijativnoj skrbi. Veći udio točnih odgovora utvrđen je u zemljama s razvijenom integrativnom palijativnom skrbi (SAD, Irska) u usporedbi s drugim zemljama (Filipini, Malezija). Medicinske sestre/tehničari koji su imali iskustvo rada u palijativnoj skrbi u usporedbi s onima koji nisu imali to iskustvo ($P=0,05$) te oni koji su prošli edukaciju o palijativnoj skrbi ($P<0,001$) imali su značajno višu razinu znanja (28).

U istraživanju Kalogeropoulou i suradnika u Grčkoj, utvrđena je povezanost između spola, dobi, radnog iskustva i razine edukacije i znanja medicinskih sestara o palijativnoj skrbi. Značajno viša razina znanja utvrđena je u ispitanika muškog spola ($P=0,022$) u odnosu na ženski spol; u ispitanika dobne skupine 32-40 godina i 40 godina i više u odnosu na one u dobi ispod 32 godine; u ispitanika s više godina radnog iskustva ($P=0,018$) te u ispitanika s magisterijem u odnosu na prvostupnike sestrištva ($P=0,001$) (24).

Redman i suradnici su na uzorku od 108 medicinskih sestara koje pružaju palijativnu skrb u New South Walesu, Australija, utvrdio da ih svega 12% ima poslijediplomsku kvalifikaciju u segmentu palijativne skrbi, te da ih 20% trenutno pohađa poslijediplomsku edukaciju. Na potrebu dodatne edukacije ukazalo je 63% ispitanika. Medicinske sestre/tehničari koji su imali poslijediplomsku edukaciju iz onkologije pokazali su više znanja o palijativnoj skrbi od onih koji su edukaciju prolazili izvan Australije. Rezultati njihove studije upućuju na zaključak da je viša razina edukacije povezana s višom razinom znanja o palijativnoj skrbi (29).

U istraživanju Kasa i suradnika na uzorku od 341 medicinskih sestara u Adis Abebi, Etiopija rezultati su pokazali dobro znanje o palijativnoj skrbi u svega 30,5% njih. Rad na medicinskom odjelu (OR 2,751; 95%CI 1,223-6,188; $P=0,003$) i kirurškom odjelu (OR 3,445; 95%CI 1,479-4,399, $P=0,003$) te obuka (OR = 2,551; CI 1,479-4,399; $P = 0,001$) bili su pozitivno povezani s razinom znanja o palijativnoj skrbi, dok za ustanovu,

dob, spol, razinu edukacije, iskustvo rada s terminalnim bolesnicima i duljinu trajanja obuke nije utvrđena povezanost s razinom znanja o palijativnoj skrbi (30).

6.1. NEDOSTACI ISTRAŽIVANJA

U našem istraživanju je bio nizak udio muških ispitanika i nizak udio visokoobrazovanih medicinskih sestara/tehničara te su se za potrebe istraživanja grupe ispitanika po stupnju obrazovanja morale spajati. U istraživanju je nedovoljno dobro definirano kakvu vrstu edukacije (tečaj, kongres, seminar, radionice) i u kojem trajanju su ispitanici prošli i time stekli znanje o palijativnoj skrbi.

7. ZAKLJUČAK

Rezultati istraživanja pokazali su da je svega 28,74% ispitanika imalo „dostatno znanje“ o palijativnoj skrbi čime je potvrđena hipoteza da je znanje medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi nedostatno. „Dobro znanje“ (75% i više točnih odgovora) nije imao nijedan ispitanik.

U našem istraživanju nije utvrđena povezanost razine znanja medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi sa spolom, mjestom rada, edukacijom o palijativnoj skrbi ili duljinom radnog staža čime su potvrđene hipoteze da nema značajne razlike u znanju medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi ovisno o spolu, mjestu rada/klinici, stupnju obrazovanja, edukaciji o palijativnoj skrbi te s obzirom na duljinu radnog staža.

Medicinske sestre/tehničari imaju ključnu ulogu u zdravstvenoj njezi palijativnog bolesnika. Oni predstavljaju sponu između obitelji, bolesnika, liječnika i drugih razina zdravstvenog sustava. Ukoliko medicinska sestra ne zna i ne može prepoznati potrebe i simptome koji se mogu javiti kod bolesnika ona mu ni ne može kvalitetno pomoći. Pristup obitelji, komunikacija s bolesnikom i bližnjima, odnos prema umirućem bolesniku trebali bi biti dio kurikuluma jer je palijativna skrb prisutna na svim razinama zdravstvene zaštite, a medicinske sestre provode najviše vremena s bolesnicima i najviše utječu na sam tijek i osjećaj boravka u bolnici do samog kraja. Istraživanja o znanju medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi važna su za razvoj sestrinske struke i profesije, kao i za unapređenje kvalitete pružanja zdravstvene njege i skrbi palijativnim pacijentima, a ujedno mogu pružiti smjernice za organizaciju edukacije iz područja palijativne skrbi.

8. ZAHVALE

Zahvaljujem se mentorici dr. sc. Marjeti Majer koja mi je pomogla svojim znanjem i usmjeravanjem kod izrade diplomskog rada. Također se zahvaljujem svojim kolegama i kolegicama koji su svojom kolegijalnošću omogućili da pohađam nastavu i polažem ispite.

Zahvaljujem se iznad svega svojoj obitelji koja me je ohrabivala i davala podršku tijekom cijelog mog obrazovanja. Hvala im što su me potaknuli na daljnje obrazovanje i usavršavanje.

Ovaj rad posvećujem svom sinu Damjanu, s porukom da je sve u životu moguće i ostvarivo te nikada nije kasno postići velike stvari.

9. LITERATURA

1. European Association for Palliative Care (EAPC). Definition of Palliative Care [Internet]. Vilvoorde, Belgium: EAPC; c2019 [pristupljeno 8.5.2019.]. Dostupno na: www.eapcnet.org/about/definition.html.
2. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24(2):91–6.
3. European Association for Palliative Care (EAPC). Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi: preporuke Europskog društva za palijativnu skrb [prevela Karmen Lončarek]. *Eur J Pall Care*. 2009;16(6):278-289 (part 1); 2010;17(1):22-33 (part 2).
4. Steering Committee of the EAPC task force on palliative care for children and adolescents. IMPaCCT: standards for paediatric palliative care in Europe. *Eur J Pall Care*. 2007;14(3):109–14.
5. Brkljačić Žagrović M. Palijativna medicina u Hrvatskoj - nužnost implementacije u zdravstveni sustav. *Medicina Fluminensis*. 2010;46(1):37-42.
6. Connor SR. So what is hospice anyway? U: Connor SR, ur. *Hospice: practice pitfalls and promise*. Washington, DC: Taylor and Francis; 1997. Str. 4-7.
7. Secretariat of the Commission of the Bishops' Conferences of the European Community. Opinion of the working group on ethics in research and medicine on palliative care in the European Union [Internet]. Brussels: Commission of the Bishops' Conferences of the European Community (COMECE); c2016 [pristupljeno 8.5.2019.]. Dostupno na: http://www.comece.eu/dl/psqlJKJKooNNJqx4KJK/PalliativeCARE_EN.pdf .
8. Council of Europe. Recommendation Rec 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care [Internet]. Strasbourg: Council of Europe; 2003 [pristupljeno 8.5.2019.]. Dostupno na: [www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)
9. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine broj: 121/03. [pristupljeno 8.5.2019.]. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2003_07_121_1706.html
10. Zakon o zdravstvenoj zaštiti [Internet]. Narodne novine br. 100/18 [pristupljeno 8.5.2019.]. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018_11_100_1929.html

11. Ministarstvo zdravstva. Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. – 2020 [Internet]. Zagreb: Ministarstvo zdravstva; 2017 [pristupljeno 8.5.2019.g. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZVOJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020-%20usvojen%2018.10.2017..pdf>].
12. Đorđević V, Braš M, Brajković L. Osnove palijativne medicine: Ars medica prema kulturi zdravlja i čovječnosti. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
13. Brkljačić M. Bioetički, zakonodavni i organizacijski preduvjeti primjene suvremenih trendova u hospicijskom pokretu zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj [disertacija]. Rijeka: Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci; 2009.
14. Rakošec Ž, Juranić B, Mikšić Š, Jakab J, Mikšić B. Otvorena komunikacija - temelj palijativnog pristupa. *Media culture and public relations*. 2014;5(1):98-103.
15. Wilkinson S, Roberts A, Aldridge J. Nurse - patient communication in palliative care: an evaluation of a communication skills programme. *Palliat Med*. 1998;12(1):13-22.
16. Havelka M, Despot Lučanin J. Komunikacija s teško bolesnim osobama i njihovim obiteljima. U: Lučanin D, Despot Lučanin J, ur. *Komunikacijske vještine u zdravstvu*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; Jastrebarsko: Naklada Slap; 2010.
17. Lynn J, Adamson DM. *Living well and end of live: adapting health care to serious chronic illness in old age*. Washington: RAND Corporation; 2003.
18. Saunders C, Sykes N. *Palijativna skrb u završnom stadiju maligne bolesti*. Zagreb: Školska knjiga; 1996.
19. Lučanin D, Despot Lučanin J, ur. *Komunikacijske vještine u zdravstvu*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; Jastrebarsko: Naklada Slap; 2010.
20. Đorđević V, Braš M, Brajković L. *Palijativna skrb: mostovi nade i čovječnosti*, Zagreb: Roketa; 2012.
21. Ross M, McDonald B, McGuinness J. The Palliative Quiz for Nursing (PCQN): development of an instrument to measure nurses knowledge of palliative care. *J Adv Nurs*. 1996;23(1):126-37.

22. Lovrić S. Spoznaje medicinskih sestara u bolnici o palijativnoj skrbi [Internet]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2016 [pristupljeno 8.5.2019]. Dostupno na:
<https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A1040>
23. Karkada S, Nayak BS, Malathi. Awareness of palliative care among diploma nursing students. *Indian J Palliat Care*. 2011;17(1):20-3.
24. Kalogeropoulou M, Vikia E, Kostagiolas AP, Niakas D. Assessment of knowledge and associated factors towards palliative care among Greek nurses. *World Journal of Social Science Research*. 2016;3(3):381-95.
25. Ronaldson S, Hayes L, Carey M, Aggar C. A study of nurses' knowledge of a palliative approach in residential aged care facilities. *Int J Older People Nurs*. 2008;3(4):258-67.
26. Abu-Saad Huijer H, Dimassi H, Abboud S. Perspectives on palliative care in Lebanon: knowledge, attitudes, and practices of medical and nursing specialties. *Palliat Support Care*. 2009;7(3):339–47.
27. Knapp CA, Madden V, Wang H, Kassing K, Curtis C, Sloyer P, i sur. Paediatric nurses' knowledge of palliative care in Florida: a quantitative study. *Int J Palliat Nurs*. 2009;15(9):432-9.
28. Abudari G, Zahreddine H, Hazeim H, Assi MA, Emara S. Knowledge of and attitudes towards palliative care among multinational nurses in Saudi Arabia. *Int J Palliat Nurs*. 2014;20(9):435-41.
29. Redman S, White K, Ryan E, Hennrikus D. Professional needs of palliative care nurses in New South Wales. *Palliat Med*. 1995;9(1):36-44.
30. Kassa H, Murugan R, Zewdu F, Hailu M, Woldeyohannes D. Assessment of knowledge, attitude and practice and associated factors towards palliative care among nurses working in selected hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Palliat Care*. 2014;13(1):6.

10. ŽIVOTOPIS

Anita Vugec Anokić

E-mail: anita.vugec@gmail.com; anita.vugec.anokic@kbcsm.hr

Obrazovanje:

2010. – 2013. Medicinski fakultet u Rijeci – Stručni studij Sestrinstvo

2017. – 2019. Medicinski fakultet u Zagrebu – Sveučilišni diplomski studij Sestrinstva

Iskustvo:

2010. – 2013. Medicinska sestra u Specijalističkoj ordinaciji obiteljske medicine dr.

Lulić

Listopad 2013. – studeni 2015. Prvostupnik sestrinstva – Glavna sestra podružnice „Medikol“

Studeni 2015. – lipanj 2017. Prvostupnik sestrinstva – Glavna sestra Doma za starije i nemoćne „Nonica“

Lipanj 2017. – ožujak 2018. Prvostupnik sestrinstva - Odjelna sestra Klinike za psihijatriju KBC „Sestre milosrdnice“

Ožujak 2018. – travanj 2019. Prvostupnik sestrinstva – Odjelna sestra Klinike za kirurgiju KBC „Sestre milosrdnice“

Travanj 2019. – danas Prvostupnik sestrinstva – Medicinska sestra za planirani otpust na Klinici za kirurgiju KBC „Sestre milosrdnice“

Sudjelovanja na kongresima:

2. Kongres Društva medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije - Opatija svibanj 2019.

2. Kongres kirurške onkologije i 1. Stručni skup operacijskih sestara Hrvatske i medicinskih sestara kirurške onkologije – Vodice ožujak 2019.


Nagrade: dobitnica tri rektorove nagrade za najboljeg studenta

Članstva HUMS; HKMS

11. PRILOZI

11.1. ZAMOLBA I DOZVOLA AUTORA UPITNIKA ZA KORIŠTENJE

7/4/2019 Gmail - PCQN questionnaire

 Anita Vugec Anokić <anita.vugec@gmail.com>

PCQN questionnaire

fbourbon@uottawa.ca <fbourbon@uottawa.ca> 12. studenoga 2018. u 15:51
Prima: Anita Vugec Anokić <anita.vugec@gmail.com>

>Hello Anita. I have looked after Dr. Ross correspondence for many years.
>Yes, you can use the PCQN for your project. Just quote the source of the
>tool. Best wishes. Frances

Dear Sir/Madam,
> My name is Anita Vugec Anokic, and I'm student of Nursing (Master degree)
> on Faculty of Medicine, University of Zagreb, Croatia. As part of my
> studies I want to conduct research at the hospital where I work (CHC
> Sestre milosrdnice, Zagreb). I'm very interested in palliative care and I
> would like to do that research to investigate knowledge of my coworkers
> about that issue.
> I would like to use PCQN questionnaire, and I would like to ask You for
> permission to use that questionnaire.
>
> Thank You.
>
> Anita Vugec Anokić
>

<https://mail.google.com/mail/u/0?ik=9d2e18fcb7&view=pt&search=all&permmsgid=msg-f%3A1616940175376962528&dsqt=1&simpl=msg-f%3A1...> 1/1

11.2. DOZVOLA ETIČKOG POVJERENSTVA KBC SESTRE MILOSRDNICE ZA PROVOĐENJE ISTRAŽIVANJA



**KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR
SESTRE MILOSRDNICE**
Vinogradska cesta 29
HR-10000 Zagreb
Hrvatska

tel.: 01/3787 111
fax.: 01/37 69 067

Broj: EP-4965/19-2

Važno: Vaš je predmet registriran pod gornjim brojem, te Vas molimo da se pri svakoj budućoj korespondenciji pozovete na taj broj.

Anita Vugec Anokić, bacc.med.techn.
Klinika za kirurgiju

Poštovana,

Etičko povjerenstvo u nazočnosti prof. dr. sc. Arijana Lovrenčić Huzjan, prim. dr. sc. Draško Boljkovac, Lidija Dežmalj Grbelja, dr. med., prof. dr. sc. Vesnica Košec, prof. dr. sc. Lidija Beketić Orešković, prof. dr. sc. Dalibor Karlović, doc. dr. sc. Krunoslav Novak, Jasenka Surla, mag. iur. na 50. sjednici, održanoj dana 14. ožujka 2019., razmatralo je Vaš zahtjev za odobrenje istraživanja pod nazivom:

" Znanje medicinskih sestara o palijativnoj skrbi ."

te je proučilo slijedeću priloženu dokumentaciju:

1. Molba za odobrenje istraživanja
2. Suglasnost predstojnika klinike
3. Izjava o poštivanju etičkih načela
4. Informirani pristanak
5. Plan ispitivanja
6. Suglasnost mentora

Etičko povjerenstvo:

je razmotrilo priloženu dokumentaciju i zaključilo da istraživanje u skladu s principima Dobre kliničke prakse te je suglasno s provođenjem istraživanja.

ETIČKO POVJERENSTVO KLINIČKOG BOLNIČKOG CENTRA SESTRE MILOSRDNICE djeluje u skladu s načelima Internacionalne konferencije za harmonizaciju (ICH GCP) i Helsinške deklaracije.

Stoga se izmjene protokola istraživanja, obrasca informiranog pristanka ispitanika i ostalih relevantnih dokumenata ne mogu tijekom istraživanja izvršiti bez pismene privole ovog Etičkog povjerenstva. Također je Etičkom povjerenstvu nužno uputiti kratak sažetak glade tijeka istraživanja i poštivanja ICH GCP i Helsinške deklaracije, jednom svakih šest mjeseci, a potpuno izvješće nakon završenog istraživanja kako bi se predmet mogao arhivirati.

S poštovanjem,

Predsjednica Etičkog povjerenstva, prof. dr. sc. Arijana Lovrenčić Huzjan



11.3. UPITNIK

UPITNIK

Mjesto rada:

Godine radnog staža:

Godine radnog staža na ovoj Klinici/Zavodu:

Edukacija o palijativnoj skrbi (zaokruži odgovor): DA NE

Obrazovanje (zaokruži odgovor):

1. SSS
2. bacc.med.techn.
3. dipl.med.techn.
4. mag.med.techn.
5. dr.sc.

Spol (zaokruži odgovor): M Ž

1. Palijativna skrb je prikladna jedino u situacijama kada je evidentno pogoršanje bolesti

TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
-------	---------	---------
2. Morfij je standard koji se koristi za usporedbu analgetskog učinka drugih opioida

TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
-------	---------	---------
3. Opseg bolesti određuje način liječenja boli

TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
-------	---------	---------
4. Adjuventna terapija je bitna u liječenju boli

TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
-------	---------	---------
5. Vrlo je važno da članovi obitelji budu uz krevet bolesnika dok nastupi smrt

TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
-------	---------	---------
6. U zadnjim danima života pospanost povezana sa elektrolitskim disbalansom smanjuje potrebu za sedacijom

TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
-------	---------	---------
7. Ovisnost je veliki problem kod duže primjene morfija u liječenju boli

TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
-------	---------	---------
8. Osobe koje uzimaju opioide moraju uzimati i laksative

TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
-------	---------	---------
9. Pružanje palijativne skrbi zahtjeva emocionalni odmak.

TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
-------	---------	---------
10. Lijekovi koji mogu izazvati depresiju disanja prikladni su za liječenje teške dispneje u terminalnoj fazi bolesti

TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
-------	---------	---------
11. <muškarci se lakše od žena nose sa tugom

TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
-------	---------	---------
12. Filozofija palijativne skrbi je kompatibilna sa aktivnim liječenjem

TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
-------	---------	---------
13. Upotreba placeba je prikladna u liječenju nekih tipova boli

- | | TOČNO | NETOČNO | NE ZNAM |
|---|-------|---------|---------|
| 14. U velikim dozama kodein uzrokuje veću mučninu i povraćanje od morfija | | | |
| | TOČNO | NETOČNO | NE ZNAM |
| 15. Patnja i fizička bol su jedno te isto. | | | |
| | TOČNO | NETOČNO | NE ZNAM |
| 16. Dolantin nije učinkovit lijek u liječenju kronične boli | | | |
| | TOČNO | NETOČNO | NE ZNAM |
| 17. Izgaranje zbog akumulacije gubitaka je neizbježno za one koji rade u palijativnoj skrbi | | | |
| | TOČNO | NETOČNO | NE ZNAM |
| 18. Manifestacija kronične boli se razlikuje od one akutne boli | | | |
| | TOČNO | NETOČNO | NE ZNAM |
| 19. Gubitak osobe s kojom nismo bliski se lakše podnosi od gubitka bliske osobe | | | |
| | TOČNO | NETOČNO | NE ZNAM |
| 20. Tjeskoba ili umor smanjuju prag boli | | | |
| | TOČNO | NETOČNO | NE ZNAM |