

Znanja i stavovi zdravstvenih djelatnika Šibensko-kninske i Zadarske županije o skrbi za pacijente na kraju života

Đurđević, Petar

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:925100>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-19**



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJ

Sveučilište u Zadru

Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni diplomski studij sestrinstva

Petar Đurđević

**Znanja i stavovi zdravstvenih djelatnika Šibensko-kninske i
Zadarske županije o skrbi za pacijente na kraju života**

Diplomski rad

Zadar, 2023.

Sveučilište u Zadru
Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni diplomski studij sestrinstva

Znanja i stavovi zdravstvenih djelatnika Šibensko-kninske i Zadarske županije o
skrbi za pacijente na kraju života

Diplomski rad

Petar Đurđević
Student/ica:

Doc.dr.sc Marija Ljubičić
Mentor/ica:

Zadar, 2023.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Petar Đurđević**, ovime izjavljujem da je moj **diplomski** rad pod naslovom **Znanja i stavovi zdravstvenih djelatnika o skrbi na kraju života** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 5. listopada 2023.

Zahvala

Ovim putem zahvaljujem se svojoj obitelji na velikoj podršci i poticaju u pisanju ovoga rada, osobito mojoj majci te mentorici doc. dr. sc. Mariji Ljubičić, koja me je vodila, usmjeravala i pomagala mi u ostvarenju mog cilja.

Sadržaj

Sažetak.....	6
Abstract.....	7
1. Uvod	8
1.1. Pojmovi u palijativnoj skrbi	8
1.1.2. Potrebe za palijativnom skrbi	11
1.1.3. Zdravstvena njega u palijativnoj skrbi	13
1.1.3.1. Specifičnost zdravstvene njege u palijativnoj skrbi	14
1.2. Skrb na kraju života.....	17
1.2.1. Komunikacija s pacijentom na kraju života	17
1.2.2. Žalovanje	18
1.3. Etički aspekti u palijativnoj skrbi	19
1.3.1. Eutanazija, ortotanazija, distanazija	20
2. Ciljevi i hipoteze.....	22
3. Materijali i metode istraživanja	23
3.1. Ispitanici	23
3.2. Postupci	23
4. Rezultati.....	25
4.1. Osnovna obilježja ispitanika.....	25
4.2. Znanje ispitanika o palijativnoj skrbi	26
4.3. Razlike u znanju o palijativnoj skrbi među profesijama	30
4.4. Stavovi zdravstvenih djelatnika o skrbi na kraju života.....	33
4.5. Stavovi zdravstvenih djelatnika o eutanaziji	34
5. Rasprava	36
6. Zaključak	40
7. Literatura	41
8. Prilozi	43

Sažetak

Palijativna skrb predstavlja sveobuhvatan način pružanja potrebne skrbi pacijentima koji imaju neizlječivu bolest i/ili su na kraju svoga života. U istraživanju na području Šibensko-kninske i Zadarske županije sudjelovalo je 112 zdravstvenih djelatnika (84,8% medicinskih sestre, 15,2% drugi zdravstveni radnici). Korišten je anketni upitnik sastavljen od nekoliko validiranih upitnika. Upitnikom se ispitala razina znanja o palijativnoj skrbi, stavovi o skrbi na kraju života te stavovi o eutanaziji. Za prikaz rezultata korištene su deskriptivne metode, a razlike među skupinama testirane su Mann Whitney testom.

Rezultati pokazuju dobro znanje zdravstvenih djelatnika o palijativnoj skrbi, pozitivan stav o skrbi za pacijente na kraju života te pretežno negativan stav o provođenju eutanazije. Međutim, zdravstveni djelatnici imaju manje spoznaja o trenutku započinjanja palijativne skrbi u pacijenata u kojih se dijagnosticira neizlječiva bolest te pružanju palijativne skrbi svakom pacijentu s malignom bolesti (Me=2,0 (Q1=1,0; Q3=3,0); za oboje). Medicinske sestre pokazale su nešto višu razinu znanja (Me=3,67 (Q1=3,53; Q3=4,0)) o palijativnoj skrbi u odnosu na druge zdravstvene profesije (Me=3,43 (Q1=3,53; Q3=4,0), (p=0,01). Skoro trećina ispitanika (27,6%) bi se osjećala nelagodno tijekom razgovora s osobom na kraju života, dok je 23,2% ispitanika iskazuje neodlučnost. Nije pronađena statistički značajna razlika u stupnju pozitivnog (p=0,50) i negativnog stava (p=0,14) o skrbi na kraju života između medicinskih sestara i ostalih zdravstvenih profesija. Eutanaziju ne podržavaju ni medicinske sestre (Me=1,8 (Q1=1,3; Q3=2,7)), ni ostale profesije (Me=1,9 (Q1=1,7; Q3=2,7)), a razlike u jačini tog stava među profesijama nisu pronađene (p=0,31).

Iako je razina znanja pozitivno usmjerena ovo istraživanje potvrđuje potrebu za dodatnim povećanjem razine znanja zdravstvenih djelatnika, posebice o trenutku započinjanja palijativne skrbi i komunikaciji s pacijentom na kraju života. Negativan stav prema eutanaziji i njezinim oblicima može se objasniti doprinosom različitih osobnih, profesionalnih i kulturoloških čimbenika. Studija ukazuje na potrebu za novim istraživanjima posebice na području komunikacije, edukacije zdravstvenih djelatnika i etičkih pitanja. Uzimajući u obzir veći porast oboljelih od neizlječivih bolesti ovi rezultati mogu doprinijeti i većoj senzibilizaciji javnosti za potrebe pacijenata s potrebama za palijativnom skrbi.

Ključne riječi: palijativna skrb, skrb na kraju života, eutanazija, pacijent s potrebama za palijativnom skrbi

Abstract

Knowledge and attitudes of healthcare professionals in the Šibenik-Knin and Zadar Counties regarding care for patients at the end of life

Palliative care is a comprehensive form of care for patients who are suffering from an incurable illness and/or are at the end of life. 112 healthcare workers (84,8% nurses, 15,2% other healthcare workers) participated in the survey in Šibenik-Knin and Zadar counties. A survey questionnaire was used, which consisted of several validated questionnaires. The questionnaire examined the level of knowledge about palliative care, attitudes toward end-of-life care, and attitudes toward euthanasia. Descriptive methods were used to present the results, and differences between groups were tested using the Mann-Whitney test.

The results show that health professionals are well aware of palliative care, have positive attitudes toward end-of-life care, and are overwhelmingly opposed to performing euthanasia. However, health professionals have less significant knowledge about the timing of initiation of palliative care for patients diagnosed with a terminal illness and the provision of palliative care for each patient with a malignant disease (Me=2.0 (Q1=1.0; Q3=3.0); for both). Nurses had a slightly higher level of knowledge (Me=3.67 (Q1=3.53; Q3=4.0)) about palliative care than other health professionals (Me=3.43 (Q1=3.53; Q3=4.0), (p=0.01). Almost one-third of respondents (27.6%) would feel uncomfortable talking to a person at the end of life, while 23.2% expressed indecision. No statistically significant difference was found in the degree of positive (p=0.50) and negative attitudes (p=0.14) toward end-of-life care between nurses and other health professionals. Euthanasia was not endorsed by nurses (Me=1.8 (Q1=1.3; Q3=2.7)) or other professions (Me=1.9 (Q1=1.7; Q3=2.7)), and no differences in the strength of this attitude were found between professions (p=0.31).

Although the level of knowledge is positively oriented, this study confirms the need to further increase the level of knowledge of health professionals, especially regarding the timing of the start of palliative care and communication with the patient at the end of life. Negative attitudes toward euthanasia and its forms can be explained by the contribution of various personal, professional, and cultural factors. The study points to the need for new research, particularly in the areas of communication, education of health professionals, and ethical issues. Given the increasing number of patients with terminal illnesses, these findings may contribute to greater public awareness of the needs of palliative care patients.

Key words: palliative care, end of life care, euthanasia, patient with palliative care needs

1. Uvod

Ubrzani razvoj tehnologije i sve brža prilagodba na inovacije modernog društva potiču i razvoj ostalih znanosti. Današnje društvo teži za vlastitim maksimalnim razvitkom i stvaranjem svijeta u kojem nije moguće ostvariti visoke životne ciljeve. Također, težnja za očuvanjem zdravlja i postizanjem “besmrtnosti” dovela je do ubrzanog razvoja medicine kao biološke i kliničke znanosti (1). Međutim, sve je veći porast obolijevanja od zloćudnih bolesti, od kojih u većini slučajeva, nažalost, ne dolazi do uspješnog izlječenja. Pokušaji da se zloćudna bolest ukloni ili ublaži i zaustavi, u velikog broja ljudi ne uspijeva. Kada medicina više nije u mogućnosti izliječiti čovjeka-ka, javlja se potreba za palijativnom zdravstvenom skrbi, odnosno osiguravanje dostojanstvenog življenja s bolešću i/ili dostojanstvene smrti (1). Međutim, pacijenti su u potrazi za mogućim simptomatskim i suportivnim liječenjem nerijetko prepušteni sami sebi, što uzrokuje niz poteškoća u životu pacijenta i njegove obitelji. U ovom radu bit će riječi o palijativnoj zdravstvenoj skrbi, terminologiji i prepoznavanju potreba za palijativnom skrbi. Poseban naglasak na skrb na kraju života pacijenta, načine komunikacije s pacijentom i njegovom obitelji, te etičkim aspektima palijativ-ne skrbi, poput pitanja eutanazije.

1.1. Pojmovi u palijativnoj skrbi

Palijativna skrb predstavlja sveobuhvatan način pružanja pomoći pacijentu s neizlječivom bolešću u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba, postizanju najbolje moguće razine samostalnosti i postizanju zadovoljavajuće kvalitete života. U palijativnoj skrbi preciziranje oblika pružanja skrbi te brojnih okolnosti, simptoma i potreba koje nastaju prilikom pružanja skrbi (kao što su bol, neugodni simptomi i znakovi, smrt,...) iziskuju razumijevanje terminoloških odrednica palijativne skrbi (1).

Zbog svoje kompleksnosti i različitih mogućnosti realizacije, aspekti palijativne skrbi uključuju vrlo širok opseg pojmova. To se primjerice odnosi na vrste pristupa u palijativnoj skrbi, različite fizičke i psihološke reakcije pacijenta uzrokovane postojanjem neizlječive bolesti te korištenje dostojanstvene terminologije kod oslovljavanja pacijenata koji imaju

neizlječivu bolest (1). Stoga, pri oslovljavanju pacijenta koristimo termin “pacijent s potrebama za palijativnom skrbi”, a ne “palijativan pacijent.”

Pojam “palijativan” proizlazi iz latinske riječi *pallium* (lat. pokrivač) te slikovito predstavlja “pokrivanje”, odnosno ublažavanje boli i patnje te pružanje utjehe i zaštite pacijentima s neizlječivom bolešću. Ovaj pojam pruža i naziv aktivnostima koje se provode u skrbi za ove pacijente, a koje uključuju ublažavanje boli i/ili patnje, drugih neugodnih simptoma bolesti te osiguravanje dostojanstvenog življenja i/ili smrti (1).

Palijativni pristup označava način primjene palijativnih postupaka i metoda u okruženjima koja nisu specijalizirana za palijativnu skrb (1). Uključuje primjenu farmakoloških metoda za ublažavanje simptoma, ali i nefarmakoloških, poput komunikacije s pacijentom, njegovom obitelji i pružanje emocionalne potpore (1).

Palijativna medicina je kao zasebna medicinska specijalizacija prepoznata u Velikoj Britaniji 1987.godine. Označava granu medicine koja se skrbi za pružanje najbolje moguće kvalitete života pacijenata s neizlječivom bolešću do nastupa smrti pacijenta. Uključuje liječenje pacijenata koji imaju progresivnu bolest u kojih liječenje nije moguće i gdje se očekuje smrtni ishod pacijenta. Palijativnu medicinu provode liječnici specijalizirani za to područje, no sve veća potreba uključivanja ostalih aspekata života pacijenta u njegovom individualnom liječenju dovodi do holističkog pristupa u liječenju. Holistički pristup uključuje ostale stručnjake u provedbi palijativne medicine (fizioterapeuti, duhovnici, medicinske sestre/tehničari, socijalni radnici, psiholozi,...) te obitelj i bliske osobe pacijenta (1).

Palijativna zdravstvena njega podrazumijeva umijeća i znanost u pružanju pomoći osobama koje boluju od neizlječive bolesti i kojima je potrebna pomoć u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba, postizanju najviše moguće razine samostalnosti i dostizanja optimalne kvalitete života (1).

Palijativna skrb označava sveobuhvatnu skrb za pacijente u terminalnoj fazi bolesti kada liječenje bolesti više nije učinkovito, a uključuje kontrolu boli, uklanjanje ili ublažavanje neugodnih simptoma te pomoć u rješavanju psiholoških, duhovnih, socijalnih problema u svrhu omogućavanja što bolje kvalitete života osobe i njezine obitelji do trenutka smrti pacijenta. Iako nije moguće da se u potpunosti pomogne pacijentu ukloniti bolest, fokus palijativne skrbi je usmjeren na potrebe koje trebaju biti zadovoljene kako bi pacijent i njegova obitelj postigli optimalnu kvalitetu života te kako bi se olakšalo i pomoglo njegovoj obitelji da lakše prebrode pacijentovo trenutno zdravstveno stanje (1).

Skrb na kraju života pojam je koji označava skrb za pacijente koji su u završnom stadiju bolesti i kojima prethodi skori kraj života. To su pacijenti koji imaju uznapredovalu

bolest i progresivna stanja, pacijenti u kojih je prognoza duljine života skraćena, osobe s teškom bolešću kod kojih postoji prijetnja za akutno pogoršanje bolesti, ali i one osobe kod kojih je akutna bolest ugrožavajuća za život (1). Kada se spomene skrb na kraju života, prva pomisao je na skrb koja se provodi neposredno nekoliko sati ili dana pred smrt pacijenta. Međutim, to ne mora uvijek biti u takvom kontekstu. Ovakva skrb pruža se za pacijente koji imaju progresivnu neizlječivu bolest sa smrtnim ishodom kao sveobuhvatna skrb za pojedinca i njegovu obitelj. Ishod bolesti može potrajati nekoliko dana, tjedana i mjeseci. Stoga je važno prepoznati potrebu za ovakvom skrbi za pacijenta, a da bi to mogli, potrebno je prepoznati znakove približavanja kraja života pacijentu (1). Znakovi koji upućuju na približavanje smrtnog ishoda su: psihološke promjene poput uznemirenosti, gubitak interesa za okolinu, dezorijentiranost i uznemirenost, pojava iluzija u vidu ljudi, pojava, neprepoznavanje poznatih ljudi u okolini, nekoordinirani pokreti i nedostatak refleksa, promjene disanja u vidu plitkog disanja s prekidima, smanjenog broja udaha u minuti, promjena srčanog ritma, gubitak apetita i povraćanje, itd. Osim skrbi na kraju života, postoji tzv. terminalna skrb, koja označava skrb u završnom stadiju bolesti pacijenta, a pojam terminalan označava krajnji, granični i pridodaje se stanjima u kojim se označava krajnja faza nečega (terminalan ishod, terminalna bolest itd.). Zbog svoje negativne percepcije pojam "terminalan", a poglavito kada se govori o pacijentu, valja izbjegavati (1).

Suportivna skrb, odnosno suportivna onkološka, povezana je za malignom bolešću te služi prevenciji neželjenih nuspojava određene onkološke terapije i same maligne bolesti. Suportivna skrb uključuje suzbijanje i kontrolu simptoma onkološke bolesti i nuspojava onkološke terapije, a isto tako i povećanje kvalitete psihološkog i socijalnog stanja pacijenta (1).

Hospicijska skrb predstavlja sveobuhvatnu skrb za osobe i njihove obitelji kod kojih se očekuje skora smrt u roku od 6 mjeseci, a usmjerena je na zadovoljstvo pacijenta i njegove obitelji. Ustanove u kojima se provodi hospicijska skrb nazivaju se hospiciji (1).

Skrb radi predaha predstavlja skrb za obitelj i ostale osobe koje skrbe za pacijenta s potrebama za palijativnom skrbi. Javlja se kao potreba za podrškom osobama i članovima obitelji koje su najčešće iscrpljene, napete i fizički umorne skrbeći za takvog pacijenta, te se tako mogu i same razboljeti i narušiti svoje zdravlje. Stoga je potrebno obitelji i osobama koje skrbe za pacijenta pružiti psihološku, fizičku, emocionalnu i duhovnu potporu u skrbi za pacijenta s potrebama za palijativnom skrbi. Skrb radi predaha uključuje pomoć i podrška osobama da se odmore od svakodnevne rutine. Predah može trajati danima ili čak tjednima,

onoliko koliko je potrebno obitelji, dok se za to vrijeme o pacijentu brinu u domovima za starije i nemoćne, hospicijima, dnevnim boravcima stacionarnim jedinicama itd. (1).

1.1.2. Potrebe za palijativnom skrbi

S obzirom na kompleksnost zdravstvenog stanja pacijenata s potrebom za palijativnom skrbi, potrebno je utvrditi razinu pacijentove samostalnosti i procjenu njegovih potreba, kako bi se osigurala što veća razina kvalitete života. Nastavno tomu potrebno je u procjenu uključiti širok krug profesionalaca koji posjeduju specifična znanja za probir i trijažu pacijenata s potrebama za palijativnom skrbi. Planiranje palijativne skrbi uključuje upotrebu smjernica za procjenu, kojima se utvrđuje razina potrebe za palijativnom skrbi (1). Smjernice služe jasnijem postupanju, održavaju kontinuitet skrbi i osiguravaju stalnu komunikaciju između članova tima i primatelja skrbi. Upotreba smjernica također smanjuje i trošenje resursa, poput materijala i vremena, te racionalno koriste iste resurse. Za procjenu potreba potreban je jedan od tri elementa: klinički indikatori, intuicija onoga koji identificira i izbor pacijenta, odnosno potreba za palijativnom skrbi (1). Ministarstvo zdravstva nalaže upotrebu europskih smjernica za procjenu potreba za palijativnom skrbi, a one uključuju osnovne i pomoćne alate za procjenu.

Osnovni alat za procjenu prema europskim smjernicama je Zlatni standardni okvir – Smjernice s prognostičkim indikatorima (eng. *Gold Standards Framework – Prognostic Indicator Guidance – GSF-PIG*). Ovaj alat služi što ranijem prepoznavanju pacijenata koji se približavaju smrti, a uključuje nekoliko stavki:

- **pitanje iznenađenja** glasi „Da li bi Vas iznenadilo da pacijent premine u nekoliko dana, tjedana ili mjeseci?” (1)
- **opći klinički indikatori** pogoršanja pacijentovog stanja uključuju alate za procjenu povećanu potrebu za nastavkom aktivne skrbi kod slučajeva smanjene aktivnosti, gubitka težine, pojave komorbiditeta, općeg pogoršanja stanja i uznapredovale bolesti, te u razmatranju provođenja daljnjeg tretmana. Osim toga, postoje i indikatori narušenog funkcionalnog stanja pacijenta koji se procjenjuju prema ljestvicama: Barthelov indeks svakodnevnih životnih aktivnosti (eng. *Barthel Index for Activities of Daily Living, ADL*) kojom se procjenjuje sposobnost obavljanja osobne higijene, obavljanja nužde, oblačenja itd., Karnofskijeva ljestvica (eng. *Karnofsky Performance Status Scale*) i dr. (1).

- **specifični klinički indikatori** vezani uz određeno zdravstveno stanje koji uključuju znakove poput brzog pogoršavanja zdravstvenog stanja, nepredvidivog pogoršanja u vidu otkazivanja organa i krhkosti kao postupnog pogoršanja stanja (1).

Pomoćni alati koriste se kao dopuna osnovnim alatima ili se mogu samostalno koristiti u specifičnim okolnostima kada je pacijentovo zdravstveno stanje narušeno bolešću organa ili organskih sustava. Od pomoćnih alata postoje:

- **Brzi vodič za identifikaciju pacijenata** u svrhu suportivne i palijativne skrbi (eng. *Quick Guide to Identifying Patients for Supportive and Palliative Care – QUICK GUIDE*) pomoćni je alat koji, na osnovu nekoliko informacija i parametara, procjenjuje potrebe pacijenta s neizlječivom bolešću za palijativnom i suportivnom skrbi. Ukoliko pacijent ima simptome i znakove brzog propadanja organizma, prisutnost jednog ili više komorbiditeta koji ugrožavaju život, gubitak tjelesne težine više od 10% i učestale prijeme u bolnicu unutar 6 mjeseci, smatra se da taj pacijent ima potrebu za palijativnom skrbi (1).
- **Alat za brzo trijažiranje** (eng. *Supportive and Palliative Care Indicators Tool -SPICT*) jedan je od pomoćnih alata koji se koristi općim i kliničkim indikatorima za prepoznavanje pogoršanja pacijentovog stanja i potrebe za palijativnom skrbi. Opći indikatori su: loš opći status s ograničenjem reverzibilnosti (pacijent pola svog vremena provodi u postelji uz ograničenu pokretljivost), dvije ili više neplaniranih hospitalizacija zadnjih šest mjeseci, gubitak težine od 5 do 10% u posljednjih šest mjeseci, teški simptomi koji se javljaju unatoč simptomatskom liječenju, zahtjev pacijenta na suportivnu i palijativnu skrb, kada je potrebna podrška pacijentu da živi kod kuće. Klinički indikatori uključuju malignome, srčane, jetrene, respiratorne, bubrežne i druge komorbiditete, te krhkost(1).
- **Alat za prehospitalizacijsko prepoznavanje završnog stadija života** (eng. *Criteria for Screening and Triaging to Appropriate Alternative Care – CriStal*) pomoćni je alat koji koristi kriterije za prepoznavanje pacijenata s potrebama za palijativnom skrbi u hitnoj službi i za procjenu potrebe za hospitalizacijom. Korištenje ovog alata umanjuje pogrešnost u procjeni pacijenata, a kriteriji koje sadržava su: dob iznad 65 godina, prethodne hospitalizacije preko hitnog prijema i zadovoljavanje nekoliko kriterija kao što su: smanjena razina svijesti, sistolički tlak niži od 90 mm Hg, frekvencija disanja niža od 5 ili više od 30 udisaja, frekvencija srca niža od 40 ili više od 140 otkucaja, saturacija kisika niža od 90%, hipoglikemija, dugotrajne ponavljane konvulzije i oligurija. Osim tih kriterija, postoji i indeks ranog upozorenja (eng. *Modified Early Warning Score – MEWS*), koji koristi procjenom četiri vitalna parametra: AVPU (alert, verbal, pain, unresponsiveness), gdje prva stavka odnosi se na svijest pacijenta, druga na odgovaranje na verbalni podražaj,

treća na reagiranje na bolni podražaj i četvrta na pacijentovo nereagiranje ni na kakav podražaj(1).

- **Palijativna izvedbena skala** (eng. Palliative Performance Scale; PPS) povezana je s Karnofskijevom skalom i uključuje pet domena (pokretnost, razinu aktivnosti, osobnu njegu, unos preko usta i razinu svijesti) koje procjenjuje promatrač (1).
- Ljestvica funkcionalne procjene (eng. Functional Assessment Staging Tool – FAST) alat koji služi za procjenu mentalnog i funkcionalnog stanja pacijenta (1).
- **NYHA klasifikacija** (eng. New York Heart Associations classification) koristi se za procjenu pothranjenosti hospitaliziranih pacijenata, te je potreban jedan pozitivan kriterij (indeks tjelesne mase manji od 20, gubitak tjelesne težine u proteklih tri mjeseca, smanjeni unos hrane u prethodnom tjednu ili boravak u jedinicama intenzivnog liječenja) (1).
- Ljestvice za **procjenu boli** (jednodimenzionalne i multidimenzionalne ljestvice) (1).
- Ljestvice za **procjenu nastanka dekubitusa** (norton, knoll i braden) (1).
- Ljestvice procjene i klasifikacije dekubitusa (1).

Osim alata za procjenu zdravstvenog stanja, u procjenu za potrebama palijativne i suportivne skrbi važne su i procjene profesionalaca iz određenih područja djelatnosti, uz konzultaciju s pacijentom i njegovom obitelji (1).

1.1.3. Zdravstvena njega u palijativnoj skrbi

Palijativna skrb pruža se pacijentima koji boluju od neizlječive bolesti, gdje liječenje više nije učinkovito. Stoga je i zdravstvena njega orijentirana, ne na izlječenje, nego na zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba pacijenta, pružanje podrške pacijentu, kao i njegovoj obitelji. Za pružanje takve skrbi, potreban je multidisciplinarni tim u kojem je, kao neizostavan član, medicinska sestra. Razumijevanje osnovnih ljudskih potreba, poticanje pacijenta na razumijevanje svoje bolesti, načina življenja s njom i poticanja samostalnosti, poštivanje etičkih načela i kvalitetna komunikacija, kako s pacijentom, tako i s njegovom obitelji, predstavlja temelj pružanja zdravstvene njege u palijativnoj skrbi (1).

Ciljevi zdravstvene njege u palijativnoj skrbi su osiguravanje dostojanstva pacijenta i njegove obitelji, kao i osiguravanje podrške i kvalitete života do nastupa smrti. Poštuje se pacijentova autonomnost u donošenju odluka, kao i etička načela u provođenju skrbi. Da bi se ti ciljevi ostvarili, potrebno je da se članovi multidisciplinarnog tima pridržavaju načela

pružanja palijativne skrbi, a to su: autonomnost (samostalnost u odlučivanju) i dostojanstvo pacijenta, povećanje kvalitete i očuvanje vrijednosti života, osigurati kvalitetnu komunikaciju i podršku obitelji i bliskim osobama pacijenta. Potrebno je da medicinska sestra i drugi članovi tima imaju povjerenje i uzajamno poštovanje, te da tim uvažava prirodan proces smrti. Sva ova načela počivaju na etičkom kodeksu, profesionalizmu i poštivanju čovjekove slobode u življenju (1).

1.1.3.1. Specifičnost zdravstvene njege u palijativnoj skrbi

U pružanje skrbi za pacijente s potrebama za palijativnom skrbi uključene su intervencije vezane za uklanjanje neugodnih simptoma bolesti, briga o prehrani i nadomjesku nutritivnih tvari, te psihološka potpora. Neugodni simptomi koji se javljaju, najčešće uključuju: pojavu mučnine i povraćanja, gubitak apetita,.

Pojava **mučnine i povraćanja** su najčešći simptomi koji se javljaju kod ovakvih pacijenata, i to najčešće kao reakcija na kemoterapiju, novi lijek ili osnovnu bolest. U pacijenata sa zloćudnom bolesti ovi simptomi mogu se javiti i zbog mjesta na kojem se tumor nalazi, poput tumora na želucu, mozgu, ždrijelu itd. Mučnina i povraćanje se mogu ublažiti uklanjanjem neugodnih mirisa u okolini pacijenta, odabirom hrane koju pacijent preferira, hranjenjem malim porcijama ili preskakanjem obroka ako pacijent to želi, postavljanje u povišen položaj prilikom hranjenja, te primjenom lijekova (metoclopramide, acipran) ukoliko ostale metode ne pomažu (1).

Gubitak apetita nastaje kao rezultat prisutnosti zloćudne bolesti koja iscrpljuje pacijenta ili kao psihološka reakcija na okolinu u kojoj se nalazi (demencija, psihoorganska stanja pacijenta). Može nastati nakon dugotrajne mučnine i povraćanja, kada se pacijentu hrana čini odbojnom. Kao posljedica gubitka apetita javlja se kaheksija, koja dodatno otežava pacijentov oporavak. Gubitak apetita može se ukloniti pripremanjem hrane koju pacijent voli, razgovorom s pacijentom uz objašnjenje važnosti prehrane, te primjenom lijekova za poboljšanje apetita (vitamin B12) (1).

Opstipacija (zastoj stolice) je također jedan od čestih nuspojava. Nastaje prvenstveno zbog oslabljene peristaltike uzrokovane dugotrajnim ležanjem, oskudnom ili lošom prehranom, lijekovima i osnovnom bolešću. Javlja se i kao psihološka reakcija pacijenata na promjenu u obavljanju nužde (nošenje pelena za odrasle, nemogućnost odlaska na toalet). Opstipaciju je

moгуće regulirati prehranom bogatom vlaknima i konzumiranjem dosta tekućine, masažom abdomena i upotrebom laksativa (1).

Proljev ili dijareja je učestalo pražnjenje stolice. Dijeli se po stupnjevima. Prvi stupanj oči-tuje se pojavom četiri ili više stolica bez boli u trbuhu ili pojave krvi i sluzi u stolici. Drugi stupanj očituje se pojavom četiri do šest stolica, uz prisutnost blaže boli i krvi u stolici. Treći stupanj javlja se kod više od sedam stolica, uz prisutnost jake boli i krvi u stolici, dok se četvrti stupanj očituje slabošću i općim lošim stanjem zbog proljeva. Proljev se može ukloniti primjenom lijekova, a posljedice proljeva nadoknađuju se oralnom nadoknadom tekućine, a u slučaju nemogućnosti nadoknade na usta i primjenom infuzija.

Disfagija ili otežano gutanje nastaje zbog osnovne bolesti (zloćudna novotvorina ždrijela, jednjaka) ili kao posljedica bolesti (moždani udar, demencija, psihoorganske bolesti) (1).

Smetnje pri disanju uključuju nuspojave poput dispneje ili zaduhe, subjektivnog osjećaja nestašice zraka, koji se javlja najčešće kod psihološke uznemirenosti pacijenta i rješava se umirivanjem pacijenta ili primjenom medikamenata, te pojave kašlja (1). Opioidi i benzodiazepini su najčešće propisivani lijekovi za liječenje dispneje (2). Kako se navodi u jednom istraživanju, kratkoća daha je jedan od glavnih simptoma koji smetaju umirućem pacijentu (3).

Neugodni simptomi na koži i sluznicama uključuju pojavu svrbeža kože, suhoće sluznice usta (kserostomija), upale usne šupljine (stomatitis), alopecija (otpadanje kose). Ovi simptomi javljaju se kao posljedica primjene kemoterapije i drugih lijekova, te zloćudne bolesti (1).

Poremećaji raspoloženja i spavanja su nesanica, zamor, pospanost i depresija. Pospanost i umor nastaju kao rezultat bolesti, utjecaja lijekova za ublažavanje boli, te dugotrajnog boravka u krevetu. Nesanica se javlja zbog poremećaja u rasporedu sati spavanja, kada pacijenti spavaju danju, a budni su noću. Pojava boli, mučnine i povraćanja također uzrokuju poremećaj spavanja i poremećaj raspoloženja. Valja istaknuti da se depresija javlja kao prirodna reakcija na pojavu i napredovanje bolesti i moguće očekivano skraćeno trajanje života (1).

Bol je čest simptom pacijenata s potrebama za palijativnom skrbi. Bol se definira kao reakcija organizma na oštećenje tkiva. Vrlo je individualna i definira se prema jačini, toleranciji i pragu boli, koji se razlikuju od čovjeka do čovjeka. Prema etiologiji, razlikujemo nespecifičnu (nema poznati uzrok), specifičnu (poznat je uzrok), psihogenu (uzrokovanu psihološkim stanjem), tjelesnu (nastaje zbog oštećenja tkiva), emocionalnu, duhovnu (uzrokovane

emocijama, sukobom između čovjeka i okoline). S obzirom na intenzitet, bol se dijeli na akutnu (nastaje iznenada i ima ograničen vremenski rok; služi zaštiti organizma) i kroničnu bol (posljedica trajnog oštećenja organizma, nepoznatog trajanja) Bol procjenjujemo skalama za bol. Postoje jednodimenzionalne (vizualno-analogni bol (VAS), numerička skala (NRS), verbalna skala boli) i multidimenzionalne (FLACC skala, Comfort skala, McGillov upitnik boli). Multidimenzionalne se razlikuju po tome što koriste više parametara koji upućuju na prisutnost boli. Načini ublažavanja boli mogu se koristiti u obliku psihološke potpore i/ili potpore medikamentima. Iako su opioidni analgetici standard liječenja umjerene do jake boli kod pacijenata s uznapredovalom bolešću, lažni strah da opioidi izazivaju respiratornu depresiju i ubrzavaju smrt glavna je prepreka njihovoj uporabi na kraju života (2). Od medikamentnih načina ublažavanja boli koriste se analgetici peroralno, enteralno i parenteralno, te upotreba epiduralne analgezije (2).

Psihološka potpora nužna je kod pacijenata s potrebama za palijativnom skrbi. Pacijenti se suočavaju s brojnim emocijama koje nastaju nakon što se priopći dijagnoza i očekivano trajanje života. Osjećaji gubitka, straha, tuge i nade najčešće su reakcije koje se javljaju nakon spoznaje o neizlječivoj bolesti (1). Gubitak se definira kao nedostatak onoga što je osoba posjedovala u tjelesnom, emocionalnom, socijalnom i drugom obliku (1). Gubitak može biti trenutačan ili očekivani, zbog nedostatka kontrole i neovisnosti, zbog odsustva drage osobe i dr. Strah se javlja kao reakcija na nepoznato, a tuga kao osjećaj nedostajanja, razočarenja i žalosti, te ovisi o intenzitetu od osobe do osobe. Osim ovih osjećaja javljaju se i tjeskoba, ljutnja i osjećaj krivnje zbog novonastale situacije i nemogućnosti promjene i povratka na prijašnje stanje. Percepcija novonastale situacije kod ljudi izaziva pojavu psiholoških reakcija. Tako je u 20. stoljeću Elizabeth Kubler-Ross definirala faze prihvatanja i tugovanja (1). Prva faza je poricanje ili negiranje, kada osoba odbija prihvatiti zdravstveno stanje. Druga faza je ljutnja ili gnjev, kada osoba polako shvaća svoje zdravstveno stanje, i zbog toga se osjeća ogorčeno zbog promjene u svom životu. Treća faza je cjenjkanje ili pregovaranje kada osoba nastoji odgoditi novonastalo stanje, odnosno ishod neizlječive bolesti. Četvrta faza je faza depresije kada osoba tuguje i osjeća beznade (1). Faza prihvatanja nastupa naglo i nastaje kada pacijent i njegova obitelj prihvaćaju zdravstveno stanje i neizlječivu bolest (1). Prema Kubler-Ross, pojedini pacijenti nikad ne dođu do faze prihvatanja, nego ostanu u jednoj od prethodnih faza, a redosljed pojavljivanja faza ovisi od osobe do osobe (1). Umiranje je još jedna faza o kojoj pacijenti s neizlječivom bolešću promišljaju i koju različito percipiraju. Umiranje predstavlja patnju za jedne, a olakšanje za druge pacijente i njihove obitelji. No ono što većinu povezuje, jeste želja za dostojanstvenom smrću bez boli i patnje (1).

1.2. Skrb na kraju života

Razgovor o smrti i umiranju kod mnogih izaziva nelagodu, što rezultira izbjegavanjem ove teme. Međutim, razgovori o kraju života mogu ublažiti nevolje i neizvjesnosti i kod starih i kod mladih odraslih osoba, ali samo manjina koristi ovu opciju u palijativnoj skrbi (5). Pacijent koji se nalazi na kraju svog života, počinje da osjeća blizinu smrti. Javljaju se osjećaji straha i tjeskobe, osoba se povlači u sebe i gubi volju za životom. Javlja se gubitak apetita, osoba sve više boravi u krevetu i sporije se kreće, teško se budi i kratko ostaje budna (1). Javljaju se poteškoće u disanju, dah postaje sve kraći i pojačava se intenzitet udaha, uz apneje i hroptanje. Pacijent postaje dezorijentiran, ne prepoznaje bližnje i javlja se nemir, koji se pojačava prisutnošću boli. Prisutna je slabija prokrvljenost, pa nastaju hladne okrajine, krvni tlak je snižen i puls je slabije opipljiv (1). Pred sam kraj pojavljuje se agonalno stanje, koje je specifično neposredno pred smrt. Tada se javlja strah od smrti, dispneja, bol, malaksalost i gubitak kontakta s okolinom. U takvom stanju pacijenta je potrebno smjestiti u sobu koja je mirna, osigurati privatnost i mogućnost dolaska bliskih i dragih osoba. Potrebno je također poštivati želje pacijenta koji umire, ukoliko ne želi da itko bude prisutan. Najvažnija među njima je potreba za privatnošću i postizanjem smrti na mjestu po vlastitom izboru. Studije potvrđuju da je do 70% ljudi identificiralo dom kao svoje preferirano mjesto smrti, a ta brojka potiče potrebu za ostvarivanjem uvjeta za pacijente da mogu umrijeti u krugu obitelji i u svojoj kući (4).

1.2.1. Komunikacija s pacijentom na kraju života

Kraj života pacijenta označava se kao razdoblje koje je teško i za pacijenta i njegovu obitelj, te je tada najpotrebnija podrška drugih osoba. Tada se može osjećati napetost, nedostatak vještine za empatiju i teret loših vijesti, jer su emocije pomiješane. Također, prema nekim studijama, i medicinske sestre, kao i drugo zdravstveno osoblje koje skrbi za takvog pacijenta, osjeća nelagodu i nedostatak komunikacijske sposobnosti u takvim situacijama (1). Ozbiljnost bolesti i prisutnost skorije smrti imaju snažan utjecaj na izražavanje emocija i međuljudske odnose. Vrlo je važno na vrijeme prepoznati nadolazeći smrtni ishod pacijenta, kako bi se mogli što bolje pripremiti za pružanje informacija i empatiju. Stoga u komunikaciji s pacijentom na kraju života, potrebno je komunikaciju prilagoditi njemu, odnosno slušati ga i

uvažavati njegovo mišljenje. Prilikom slušanja, potrebno je pristupiti pacijentu na optimalnu udaljenost (70 cm) i u razini njegovog pogleda. Potrebno je aktivno slušati što pacijent želi reći, procesuirati rečeno i poticati ga na komunikaciju s ponavljanjem njegovih riječi ili frazama poput „Recite mi još nešto...” i „,,Shvaćam što želite reći...”(1) Ponavljanjem riječi i zanimanjem za rečeno vrlo lako potičemo volju pacijenta za razgovorom, te je poželjno ne davati savjete i sugestije. U komunikaciji s pacijentom je bitno da se ne potiče razgovor ukoliko osoba to ne želi, te da se ne komunicira o temama koje pacijent odbija. Ponekad zdravstveni djelatnici nemaju odgovor na postavljeno pitanje, ali je bitno aktivno slušanje i nenametanje vlastitih iskustava i mišljenja, jer ne proživljavamo svi slične situacije na isti način (1). Važno je da se stvori ugodna atmosfera, u kojoj zdravstveni djelatnici opušteno razgovaraju s pacijentom. Nije poželjno da se pokazuje izražena tuga pred pacijentom ili da se pacijenta potiče na pozitivno razmišljanje, jer bi u tom slučaju pacijent imao potrebu tješiti djelatnika, ili u drugom slučaju odbijati razgovor. Nakon pacijentove smrti, obitelj je shrvana i često osjeća grižnju savjest da je mogla spriječiti smrtni ishod. U tom slučaju potrebno je pružiti podršku i empatiju prema obitelji, utješiti ih i pomoći im da shvate kako je smrtni ishod bio neizbježan, te kako je učinjeno sve što je bilo potrebno da pacijent dostojanstveno premine (1).

1.2.2. Žalovanje

Žalovanje, odnosno tugovanje je prirodan proces koji nastaje gubitkom nekoga ili nečega što je toj osobi bilo emocionalno važno (1). Osjećaji koji se manifestiraju tijekom žalovanja razlikuju se od osobe do osobe. Neki izražavaju ljutnju, drugi tugu, psihičku i fizičku bol, plakanje ili se jednostavno povlače u sebe. Žalovanje se razlikuje i u društvenom i kulturološkom kontekstu, ovisi i o privrženosti preminuloj osobi. Tako je u odnosu na ostale smrti naglašenije žalovanje roditelja za smrću djece, djece za smrću roditelja, supružnika za smrću svog partnera u odnosu na ostale smrti. Razlikujemo i faze žalovanja prema britanskom psihijatru Johnu Bowlbyju, pa tako postoje četiri faze žalovanja. U prvoj fazi javlja se šok, koji nastaje kao obrambeni mehanizam. Osoba poriče gubitak, izražava ljutnju i odbija prihvatiti informaciju o gubitku bliske osobe. U drugoj fazi misli ožalošćenog se usmjerava-ju na preminuli osobu, a ponašanje se manifestira plačem, tjeskobom, povlačenjem u sebe i odbijanjem interakcije s okolinom (1). Ova faza može trajati danima, ali i tjednima, te je praćena razmišljanjem i čežnjom za umrlom osobom. U trećoj fazi javlja se svijest osobe o gubitku i važnost nastavka svog života. U četvrtoj fazi osoba polako reorganizira svoj život i

nastavlja dalje, te se počinje prilagođavati na gubitak voljene osobe. Osim Bowlbyjeve teorije žalovanja, postoje i teorije prema Robertu Alexanderu Amielu Buckmanu, britanskom liječniku koji žalovanje dijeli na početni stadij žalovanja (kada se osoba suočava s gubitkom i javlja se bol), srednji stadij (osoba polako shvaća, ali ne može se pomiriti s gubitkom) i faza nestajanja žalovanja, te teorija žalovanja prema Collinu Murrayu Parkesu, gdje postoje četiri faze. Faza alarma, faza prividne neosjetljivosti, faza čežnje, faza depresije i faza oporavka (1). Postoje i razlike u duljini žalovanja, pa tako govorimo o poremećenom žalovanju. Poremećeno žalovanje predstavlja žalovanje koje ometa normalno životno funkcioniranje; manifestira se napadima panike i tjeskobe i nije moguće da se privede kraju. Postoji i produljeno žalovanje (osoba nije u mogućnosti da završi žalovanje), pretjerano (prisutni pretjerani izljevi tjeskobe, plača i panike), prikriveno žalovanje (manifestira se psihosomatskim simptomima), te odgođeno žalovanje (kada je osoba doživjela tugu, ali nije bila dovoljna, pa žalovanje nije nastavljeno) (1). Pružanje pomoći i podrške ožalošćenima može se obaviti u vidu razgovora s poznanicima i prijateljima ili u vidu grupne potpore. Načela pružanja potpore su pomoć ožalošćenom da prihvati stvarnost gubitka, prepozna osjećaje i izrazi ih, te da se potakne „premještanje” umrlog kako bi se ožalošćenom omogućio normalan život (1).

1.3. Etički aspekti u palijativnoj skrbi

Medicina kao znanost značajno je doprinijela očuvanju i unaprjeđenju ljudskog zdravlja, što je na kraju dovelo i do produljenja životnog vijeka ljudi. No kada liječenje ne-ma učinka, potrebno je očuvati kvalitetu preostalog života pacijenta i omogućiti mu dostojanstvenu smrt, pritom poštujući individualnost u pružanju njege i odlučivanju (1). Prava pacijenata na odlučivanje o svom životu, na informiranje o zdravstvenom stanju, te daljnjem liječenju temeljni je etički aspekt u pružanju palijativne zdravstvene skrbi. Stoga se etičke vrijednosti svrstavaju u nekoliko biomedicinskih principa, a to su: dobročinstvo i neškodljivost, autonomnost, pravednost, istinoljubivost i povjerenje. Dobročinstvo i neškodljivost predstavljaju temeljne principe ostvarenja etičkih vrijednosti (1). Autonomnost predstavlja temeljno pravo svakog čovjeka na samostalno donošenje odluke. Pritom je potrebno da se ovo načelo provodi unatoč nesuglasju s našim osobnim stavovima o nekoj stvari, čime se dokazuje dosljednost pružanju palijativne skrbi.

1.3.1. Eutanazija, ortotanazija, distanazija

U slučajevima kada je bolest uznapredovala i liječenje više nije indicirano, postavlja se pitanje trajanja života i njegovog okončanja. Javila se ideja humanog okončanja života, odnosno eutanazija, te je za sobom povukla mnoga etička i filozofska pitanja.

Eutanazija (grč. *eu* (lijepo) i *thanatos* (smrt) termin je koji obuhvaća značenje dostojanstvene smrti, pa čak i prisilno okončanje života (1). Pojam eutanazije koristi se u rasponu od dostojanstvene smrti do okončanja života. Neki ljudi u trenucima teške bolesti i patnje žele okončati svoj život kako bi ublažili patnje i završili neučinkovito liječenje, dok je drugima to čin protiv prirode i povlači za sobom etička pitanja. Terminologija eutanazije vrlo je kompleksna i definira se kao medicinski zahvat u svrhu prekida života na zahtjev onoga koji pati. Postoji aktivna, pasivna i indirektna eutanazija. Aktivna eutanazija definira se kao primjenjivanje nekog sredstva koje pacijent sam uzima kada se odluči za okončanje života. Pasivna eutanazija označava prekid "besmislenog liječenja", odnosno dopuštanje da pacijent umre od svoje bolesti, što bi značilo da se pacijentu ne nastavlja liječenje od bolesti, već samo ublažavanje simptoma. Indirektna eutanazija podrazumijeva uporabu onih lijekova i intervencija koje bi svojim djelovanjem dovele do pacijentovog umiranja (1). Eutanazija je u manjem broju zemalja legalizirana, no postavljeni su zakoni koji onemogućavaju zloupotrebu ove prakse (4). Prema studijama koje su ispitivale stavove medicinskih sestara o eutanaziji, došli su do rezultata da na stavove o eutanaziji značajno utječe religija, kultura i razina obrazovanja (1). Argumenti protiv eutanazije, po mišljenju medicinskih sestara, su etička načela, a to su: poštivanje autonomije pacijenta, neškodljivost, dobročinstvo i pravednost(1). Stoga je eutanazija pojam koji za sobom povlači ne samo medicinske, već i etičke probleme.

Distanazija predstavlja upotrebu svih mogućih sredstava u svrhu održavanja pacijentovog života, što predstavlja suprotnost eutanaziji (1). Ona predstavlja nastavak bespotrebnog i neučinkovitog liječenja koje dovodi samo do produžavanja agonije (1). Drugi naziv za distanaziju je "terapijska ustrajnost" i "medicinska beskorisnost." Neki autori smatraju da distanazija ne produžuje život, već omogućava sporije i dugotrajnije umiranje, u slučajevima kada nastavak liječenja ne dovodi do poboljšanja stanja. Stajališta medicinskih sestara o distanaziji su negativna, te podrazumijevaju okrutno i mučno umiranje uz patnju, no s druge strane potežu pravno, teološko i etičko pitanje jer može povrijediti dostojanstvo pacijenta (1).

Ortotanazija predstavlja dostojanstveno prepuštanje pacijenta da umre prirodnom smrću (1). Pacijentu se obustavljaju izvođenja zahvata za produžavanje života i omogućava im se dostojanstvena smrt. Ortotanazija se provodi tako da se pacijentu pruža potpuna zdravstvena

njega uz uvažavanje pacijentovog dostojanstva. No unatoč dobronamjernom načelu ortotanazije, pojedini autori se ne slažu s tim načelima, te ortotanaziju smatraju za oblik pasivne eutanazije. Sestrinska stajališta su da je djelatnost medicinskih sestara usmjerena upravo na očuvanje dostojanstva i integriteta pacijenta, uz ublažavanje boli i patnje te pružanje potpore u najtežim trenucima (1).

2. Ciljevi i hipoteze

Glavni cilj ovog istraživanja je ispitati znanja i stavove zdravstvenih djelatnika o skrbi na kraju života pacijenta.

Specifični ciljevi istraživanja su:

- Ispitati znanja zdravstvenih djelatnika o palijativnoj skrbi i skrbi na kraju života
- Ispitati razlike u razini znanja o palijativnoj skrbi i skrbi na kraju života između medicinskih i ostalih zdravstvenih profesija
- Ispitati stavove zdravstvenih djelatnika o skrbi za pacijente na kraju života
- Ispitati stavove zdravstvenih djelatnika prema eutanaziji

Hipoteze:

- Razina znanja zdravstvenih djelatnika o palijativnoj skrbi i skrbi na kraju života je nedostatna
- Postoji značajna razlika u znanju medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi u odnosu na ostale zdravstvene djelatnike
- Stavovi zdravstvenih djelatnika o skrbi za pacijente na kraju života su pozitivni
- Stavovi zdravstvenih djelatnika prema eutanaziji su negativni

3. Materijali i metode istraživanja

3.1. Ispitanici

Istraživanje je provedeno na području Šibensko-kninske i Zadarske županije, u tri opće bolnice: Opća bolnica Zadar, Opća bolnica Šibenik i Opća i veteranska bolnica „Hrvatski ponos” Knin. Kriteriji uključenja bila je zaposlenost u jednoj od navedenih zdravstvenih ustanova. Kriteriji isključenja bila je nezaposlenost, rad izvan zdravstvene ustanove te zdravstveni djelatnici u mirovini.

3.2. Postupci

U istraživanju je korišten anonimni anketni upitnik pod nazivom „*Znanja i stavovi zdravstvenih djelatnika o skrbi na kraju života*“, koji je sastavljen kombinacijom nekoliko validiranih upitnika. Sadržavao je pitanja o sociodemografskim karakteristikama ispitanika, razine znanja o palijativnoj skrbi, stavove o skrbi na kraju života te za stavove o eutanaziji.

Upitnik sociodemografskih podataka konstruiran je za potrebe ovog istraživanja u svrhu procjene sociodemografskih karakteristika ispitanika kako bi se prikupili podatci o dobi, spolu, duljini radnog staža, profesiji, posebnosti edukacije iz palijativne skrbi, zdravstvenoj ustanovi, radnom mjestu na kojem djelatnik radi (odjel/ambulanta u zdravstvenoj ustanovi).

Strukturirani upitnik procjene znanja i stavova sastojao se od tri dijela kojim se procjenjivala razina znanja zdravstvenih djelatnika o palijativnoj skrbi, stavove o skrbi na kraju života te za stavove zdravstvenih djelatnika o eutanaziji.

Prvi dio upitnika obuhvaćao je pitanja vezana uz procjenu razine znanja zdravstvenih djelatnika o palijativnoj skrbi, koji uključuju znanja o osnovnim pojmovima u palijativnoj skrbi, procjeni pacijenata s potrebama za palijativnom skrbi korištenjem alata za procjenu, procjeni i tretmanu boli u pacijenata s potrebama za palijativnom skrbi te eutanaziji, distanzaciji i ortotanzaciji (6, 7). Upitnik je sačinjavao 30 tvrdnji, od kojih je 10 čestica bilo netočno, a 20 točno. Netočno usmjerene čestice bodovale su se obrnuto. Odgovori su rangirani Likertovom ljestvicom od pet stupnjeva (1 = u potpunost netočno; 2 = netočno; 3 = djelomično točno; 4 = točno; 5 = u potpunosti). Unutarnja pouzdanost skale iznosila je $\alpha = 0,77$.

Drugi dio upitnika obuhvaćao je pitanja koja se odnosi na stavove o skrbi na kraju života (8, 7). Upitnik je sadržavao sedam čestica od kojih je tri definirano u pozitivnom, a četiri u negativnom smjeru. Čestice tvore dvije domene: pozitivan i negativan stav o palijativnoj skrbi. Negativno usmjerene čestice bodovale su se obrnuto. Odgovori su rangirani Likertovom ljestvicom od pet stupnjeva (1 = u potpunost se ne slažem; 2 = ne slažem se; 3 = donekle se slažem; 4 = slažem se; 5 = u potpunosti se slažem). Unutarnja pouzdanost skale iznosila je $\alpha=0,71$.

Treći dio upitnika uključivo je pitanja vezana uz stavove zdravstvenih djelatnika o eutanaziji (9, 10). Upitnik je sadržavao deset čestica. Odgovori su rangirani Likertovom ljestvicom od pet stupnjeva (1 = u potpunost se ne slažem; 2 = ne slažem se; 3 = donekle se slažem; 4 = slažem se; 5 = u potpunosti se slažem). U interpretaciji rezultata svakoj čestici dodijeljena je pripadnost određenoj dimenziji, odnosno razlogu za stav o navedenoj tvrdnji. To su bile neizdrživa bol (B); nema mogućnosti oporavka (NO); pacijentov zahtjev (PZ); autoritet liječnika (AL); aktivna eutanazija (AE); -pasivna eutanazija (PE). Jedna čestica mogla je pripadati više različitih domena. Unutarnja pouzdanost skale iznosila je $\alpha=0,88$.

Svi autori upitnika dali su suglasnost za korištenje navedenih upitnika u ovom istraživanju.

Anketni upitnik proveden je u digitalnom obliku dijeljenjem internetske poveznice zdravstvenim djelatnicima navedenih zdravstvenih ustanova u periodu od srpnja do kolovoza 2023.godine. Sudjelovanje u istraživanju je bilo anonimno i dobrovoljno. Prije ispunjavanja ankete ispitanici su bili obaviješteni da pristaju na sudjelovanje u istraživanju te su započinjanjem rješavanja upitnika potvrdili da daju suglasnost za sudjelovanje u istraživanju i korištenje podataka.

Kategorički podaci su predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Shapiro-Wilkovim testom. Kontinuirani podaci su opisani medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Razlike u kontinuiranim varijablama između dvije nezavisne skupine testirane su Mann-Whitneyevim U testom. Unutarnja pouzdanost skala izražena je koeficijentom Cronbach Alpha. Razina značajnosti je postavljena na $p<0,05$. Za analizu podataka korišten je statistički program MedCalc® Statistical Software version 22.006 (Med-Calc Software Ltd, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2023).

4. Rezultati

4.1. Osnovna obilježja ispitanika

U istraživanju je sudjelovalo 112 zdravstvenih djelatnika, od kojih je 104 (92,9%) ispitanika bilo ženskog, a 8 ispitanika (7,1%) muškog spola. Podjednak broj ispitanika bio je iz Opće bolnice Šibenik (32,1%), Opće bolnice Zadar (31,3%) te Opće i veteranske bolnice „Hrvatski ponos“ Knin (34,8%). Po samo jedan ispitanik bio je iz Centra za pružanje usluga u zajednici Mocire i jedan iz Doma zdravlja Zadarske županije. U uzorku su prevladavale medicinske sestre (84,8%). U Tablici 1. prikazane su sociodemografske karakteristike ispitanika.

Spol	
Muški	8 (7,1 %)
Žene	104 (92,9 %)
Profesija	
Medicinska sestra	95 (84,8 %)
Liječnik	8 (7,1 %)
Fizioterapeut	8 (7,1 %)
Inženjer medicinske radiologije	1 (0,9 %)
Razina obrazovanja	
Srednja škola	38 (33,9 %)
Preddiplomski studij	48 (42,9 %)
Diplomski studij	26 (23,2 %)
Edukacija o PS	
U okviru formalnog obrazovanja	61 (54,5 %)
Izvan formalnog obrazovanja (tečajevi, seminari,...)	40 (35,7 %)

Bilješke: N (%) - broj ispitanika (postotak); PS - palijativna skrb

4.2. Znanje ispitanika o palijativnoj skrbi

Ispitana je razina znanja ispitanika o osnovnim pojmovima u palijativnoj skrbi, procjeni pacijenata s potrebama za palijativnom skrbi korištenjem alata za procjenu, procjeni i tretmanu boli u pacijenata s potrebama za palijativnom skrbi te eutanaziji, distanzaciji i ortotanzaciji.

Najviše ispitanika (89; 79,5%) se u potpunosti slaže s tvrdnjom da je palijativna skrb aktivna sveobuhvatna skrb o pacijentima u kojih bolest više ne reagira na liječenje, gdje kontrola boli, ostalih simptoma, patnje, psiholoških, socijalnih, društvenih i duhovnih problema zauzima značajno mjesto. Zabilježena je nešto niža razina znanja o pojmu palijativni pristup (47; 42,0%). Pojam „umirući pacijent“ koristi 37 ispitanika (35,0%). Pojam „skrb radi predaha“ prepoznat je u 40 ispitanika (44,7%). Prikaz ostalih razina znanja o osnovnim pojmovima u palijativnoj skrbi vidljiv je u tablici 2.

Tablica 2. Znanja zdravstvenih djelatnika o osnovnim pojmovima u palijativnoj skrbi; Me (Q1-Q3); N(%)

	Me (Q1-Q3)	u potpunosti netočno	netočno	djelomično točno	točno	u potpunosti točno
Poznavanje pojma “palijativni pristup”	3,0 (2,3 - 5)	22 (20%)	6 (5,4%)	37 (33%)	17 (15,2%)	30 (26,8%)
Poznavanje definicije “palijativna skrb”	5,0 (5,0 - 5,0)	3 (3,0%)	0 (0,0%)	3 (2,7%)	17 (15,2%)	89 (79,5%)
Poznavanje pojma “skrb radi predaha”	3,0 (3,0 - 5,0)	10 (9,0%)	12 (10,7%)	40 (35,7%)	15 (13,4%)	35 (31,3%)
Ispravnost pojma “palijativni pacijent”	3,0 (2 - 5)	36 (32%)	18 (16,1%)	23 (20,5%)	18 (16,1%)	17 (15,2%)
Ispravnost pojma “pacijent s potrebama za PS”	4,5 (3,0 - 5,0)	7 (6,0%)	6 (5,4%)	19 (17%)	24 (21,4%)	56 (50%)
*Pojam „umirući pacijent“ treba koristiti za pacijenta na kraju života	3,0 (2,0 - 5,0)	42 (38%)	13 (11,6%)	20 (17,9%)	10 (8,9%)	27 (24,1%)
Poznavanje definicije hospicijske skrbi	4,0 (3 - 5)	0 (0,0%)	2 (1,8%)	1 (36,6%)	23 (20,5%)	46 (41,1%)
*PS je potpuno isto što i hospicijska skrb	3,0 (3,0 - 4,0)	24 (21%)	29 (25,9%)	36 (32,1%)	13 (11,6%)	10 (8,9%)
Značenje pojma “pacijent s potrebama za PS”	5,0 (4,0 - 5,0)	2 (2,0%)	0 (0,0%)	9 (8,0) %	35 (31,3%)	66 (58,9%)
Definicija osnovnog cilja PS	5,0 (4,0 - 5,0)	4 (4,0%)	6 (5,4%)	12 (10,7%)	31 (27,7%)	59 (52,7%)

Bilješke: PS - palijativna skrb; Me - medijan; Q1 - donji kvartil; Q3 - gornji kvartil; N (%) - broj ispitanika (postotak); *-obrnuto bodovane varijable

Ispitanici imaju saznanja o tome da se palijativna skrb ne bavi se liječenjem neizlječive bolesti, nego utjecajem na kvalitetu života (69; 61,9%). Međutim, čak 66 ispitanika (58,9%) nema spoznaju da je svakom pacijentu s malignom bolesti potrebna palijativna skrb te da ju treba pružati odmah po dijagnosticiranju neizlječive bolesti (76; 73,2%). Ispitanici nisu pokazali dobro znanje ni za dodjeljivanje šifre Z51.5 prema MKB-10 klasifikaciji, jer skoro polovica ispitanika je dala neodlučan odgovor (49; 43,8%). Međutim, ispitanici imaju saznanja o tome da palijativnu skrb treba pružati ne samo pacijentima koji nemaju dostupnih kurativnih tretmana, nego i svim drugim pacijentima koji nisu u toj fazi bolesti (54; 48%) te da ju treba pružati zajedno s tretmanima protiv zloćudne bolesti (52; 46%), (Tablica 3.)

Tablica 3. Znanja zdravstvenih djelatnika o pružanju palijativne skrbi; Me (Q1-Q3); N(%)

	Me (Q1-Q3)	u potpunosti netočno	netočno	djelomično točno	točno	u potpunosti točno
*PS bavi se liječenjem neizlječive bolesti	5,0 (2,3 – 5,0)	59 (53,0%)	10 (8,9%)	15 (13,4%)	16 (14,3%)	12 (10,7%)
*PS treba pružati zajedno s tretmanima protiv zloćudne bolesti	4,0 (3,0 – 5,0)	52 (46%)	20 (17,9%)	24 (21,4%)	3 (2,7%)	13 (11,6%)
Svakom pacijentu s malignom bolesti potrebna je PS.	2,0 (1,0 – 3,0)	46 (41%)	20 (17,9%)	23 (20,5%)	14 (12,5%)	9 (8,0%)
Pacijentu s neizlječivom bolesti treba odmah pružiti PS.	2,0 (1,0 – 3,0)	50 (45%)	26 (23,2%)	22 (19,6%)	9 (8,0%)	5 (4,5%)
*Dodjeljivanje šifre Z51.5 pacijentu s neizlječivom bolesti	3,0 (3,0 – 4,0)	19 (17%)	20 (17,9%)	49 (43,8%)	12 (10,7%)	12 (10,7%)
*PS bi trebalo pružati samo pacijentima bez kurativnih tretmana	4,0 (3,0 – 5,0)	54 (48%)	16 (14,3%)	22 (19,6%)	13 (11,6%)	7 (6,3%)

Bilješke: PS - palijativna skrb; Me- medijan; Q1- donji kvartil; Q3- gornji kvartil; N (%) - broj ispitanika (postotak); *- obrnuto bodovane varijable

Što se tiče razine znanja zdravstvenih djelatnika procjeni i tretmanu boli u pacijenata s potrebama za palijativnom skrbi, znatan udio ispitanika upoznat je s točnom definicijom boli. Da je bol isključivo subjektivno, neugodno, osjetno i emocionalno iskustvo koje je predstavlja sve što osoba koja je doživljava kaže da jest i postoji kad god ona kaže da postoji potvrđuje 76 ispitanika (67,9%). Njezino ublažavanje u svrhu osiguravanja dobrog sna potvrđuje 88 ispitanika (78,6%). Također, čak 70 ispitanika (62,3%) potvrđuje da davanje lijekova za bol na zahtjev ne osigurava život bez boli. Međutim, razina znanja ispitanika o korištenju opioda i nesteroidnih protuupalnih lijekova su prosječna (46; 41,1%), te lošija o učinkovitosti supkutane infuzije (64; 57,1%) (Tablica 4.)

Tablica 4. Znanja zdravstvenih djelatnika procjeni i tretmanu boli u pacijenata s potrebama za palijativnom skrbi; Me (Q1-Q3); N(%)

	Me (Q1-Q3)	u potpunosti netočno	netočno	djelomično točno	točno	u potpunosti točno
Poznavanje definicije boli	5,0 (4,0 – 5,0)	4 (4,0%)	1 (0,9%)	9 (8,0%)	22 (19,6%)	76 (67,9%)
PS i tretmani protiv boli	4,0 (3,0 – 5,0)	52 (46,0%)	20 (17,9%)	24 (21,4%)	3 (2,7%)	13 (11,6%)
*Davanje lijekova za bol na zahtjev osigurava život bez boli	4,0 (3 – 5)	45 (40,0%)	25 (22,3%)	25 (22,3%)	10 (8,9%)	7 (6,3%)
Ublažavanje boli u svrhu osiguravanja dobrog sna	4,0 (4,0 – 5,0)	3 (3,0%)	5 (4,5%)	16 (14,3%)	39 (34,8%)	49 (43,8%)
*Korištenje opioda i nesteroidnih protuupalnih lijekova	3,0 (3,0 – 4,0)	24 (21,0%)	24 (21,4%)	46 (41,1%)	9 (8,0%)	9 (8,0%)
*Konzumacija opioda ne utječe na produženje života	3,0 (1,0 – 4,0)	15 (13,0%)	18 (16,1%)	30 (26,8%)	16 (14,3%)	33 (29,5%)
*Učinkovitost supkutane infuzije na kraju života	4,0 (3,0 – 5,0)	37 (33,0%)	27 (24,1%)	35 (31,3%)	6 (5,4%)	7 (6,3%)

Bilješke: PS-palijativna skrb; Me- medijan; Q1- donji kvartil; Q3- gornji kvartil; N (%) -broj ispitanika (postotak); *- obrnuto bodovane varijable

Razina znanja ispitanika o procjeni pacijenata s potrebama za palijativnom skrbi korištenjem alata za procjenu je pozitivna, međutim znatan dio ispitanika nije u svojim odgovorima pružio precizan odgovor (Tablica 5.)

Tablica 5. Znanja zdravstvenih djelatnika o poznavanju alata za procjenu pacijenata s potrebama za palijativnom skrbi; Me (Q1-Q3); N(%)

	Me (Q1-Q3)	u potpunosti netočno	netočno	djelomično točno	točno	u potpunosti točno
SPICT alat	4,0 (3,0 – 5,0)	3 (3,0%)	4 (3,6%)	40 (35,7%)	30 (26,8%)	35 (31,3%)
QUICK guide alat	4,0 (3,0 – 5,0)	1 (1,0%)	4 (3,6%)	40 (35,7%)	36 (32,1%)	31 (27,7%)
CriSTAL alat	4,0 (3,0 – 5,0)	2 (2,0%)	4 (3,6%)	35 (31,3%)	31 (27,7%)	40 (35,7%)

Bilješke: Me- medijan; Q1- donji kvartil; Q3- gornji kvartil; N (%) - broj ispitanika (postotak)

Znatan broj ispitanika (77; 68,8%) potvrđuje da je eutanazija pojam za aktivnim medicinski zahvat u svrhu okončanja života, ali na zahtjev onoga koji pati. U tablici 6. vidljivo je da su ispitanici pokazali dobra znanja o pojmovima eutanazija, distanazija i ortotanazija.

Tablica 6. Znanja zdravstvenih djelatnika pojmovima eutanazije, distanazije i ortotanazije; Me (Q1-Q3); N(%)

	Me (Q1-Q3)	u potpunosti netočno	netočno	djelomično točno	točno	u potpunosti točno
Poznavanje definicije eutanazije	5,0 (4,0 – 5,0)	3 (3,0%)	3 (2,7%)	7 (6,3%)	22 (19,6%)	77 (68,8%)
Eutanazija se još naziva „ubojstvo iz milosrđa“	5,0 (3,0 – 5,0)	9 (8,0%)	5 (4,5%)	17 (15,2%)	20 (17,9)	61 (54,5%)
Poznavanje definicije distanazije	4,0 (4,0 – 5,0)	0 (0,0%)	3 (2,7%)	23 (20,5%)	32 (28,6%)	54 (48,2%)
Distanazija znači beskorisno liječenje.	3,0 (3,0 – 5)	16 (14,0%)	10 (8,9%)	38 (33,9%)	16 (14,3%)	32 (28,6%)
Poznavanje definicije ortotanazije	4,0 (3,0 – 5,0)	2 (2,0%)	4 (3,6%)	27 (24,1%)	26 (23,2%)	53 (47,3%)

Bilješke: Me- medijan; Q1- donji kvartil; Q3- gornji kvartil; N (%) - broj ispitanika (postotak)

4.3. Razlike u znanju o palijativnoj skrbi među profesijama

Da je neprimjereno koristiti pojam „palijativni pacijent“ za pacijente s neizlječivom bolešću, značajno više znaju medicinske sestre/tehničari u odnosu na ostale zdravstvene struke ($p=0,02$), dok u ostalim tvrdnjama nisu pronađene statistički značajne razlika u znanju između sestriinske profesije ili o ostalim zdravstvenih profesija (Tablica 7).

Tablica 7. Razlike u razini znanja između profesija o osnovnim pojmovima u palijativnoj skrbi; Me (Q1-Q3)			
	medicinske sestre	ostalo zdravstvo	p†
Poznavanje pojma “palijativni pristup	3,0 (2,0 - 5,0)	3,0 (2,5 - 4,0)	0,80
Poznavanje pojma “palijativna skrb”	5,0 (5,0- 5,0)	5,0 (5,0- 5,0)	0,76
*Pružanje PS samo pacijentima bez kurativnih tretmana	5,0 (3,0 – 5,0)	3,0 (2,5 – 5,0)	0,05
*PS ne bi trebalo pružati zajedno s tretmanima protiv zloćudne bolesti	4,0 (3,0 – 5,0)	4,0 (3,0 – 5,0)	0,28
Poznavanje pojma “skrb radi predaha”	3,0 (3,0 – 5,0)	3,0 (3,0 – 4,0)	0,33
*Ispravnost pojma “palijativni pacijent”	4,0 (2,0 – 5,0)	2,0 (1,5 – 3,0)	0,02
Ispravnost pojma “pacijent s potrebama za PS”	5,0 (3,0 – 5,0)	4,0 (3,0 – 5,0)	0,27
*Pojam „umirući pacijent“ treba koristiti za pacijenta na kraju njegova života	4,0 (2,0 – 5,0)	3,0 (1,0 – 5,0)	0,41
Poznavanje definicije hospicijske skrbi	4,0 (3,0 – 5,0)	4,0 (3,5 – 5,0)	0,45
*PS je potpuno isto što i hospicijska skrb	3,0 (3,0 – 4,0)	4,0 (3,0 – 4,0)	0,73
Značenje pojma “pacijent s potrebama za PS”	5,0 (4,0 – 5,0)	4,0 (4,0 – 5,0)	0,21
Definicija osnovnog cilja PS	5,0 (4,0 – 5,0)	4,0 (3,0 – 5,0)	0,02
*PS bavi se liječenjem neizlječive bolesti	5,0 (3,0 – 5,0)	3,0 (2,0 – 5,0)	0,12
*Dodjeljivanje pacijentu šifre Z51.5	3,0 (3,0 – 4,0)	3,0 (3,0 – 4,0)	0,82

Bilješke: PS - palijativna skrb; * - obrnuto bodovane varijable; †- Mann Whitney U test; p - p vrijednost; Me- medijan; Q1- donji kvartil; Q3- gornji kvartil;

Medicinske sestre imale su viša znanja o CriSTAL alatu, pomoćnom alatu koji koristi kriterije za prepoznavanje pacijenata s potrebama za palijativnom skrbi u hitnoj službi i za potrebe za hospitalizacijom ($p=0,02$). Nije pronađena razlika u znanjima između profesija o ostalim alatima za procjenu (Tablica 8).

Tablica 8. Razlike u razini znanja između profesija o alatima za procjenu potreba za palijativnom skrbi; Me (Q1-Q3)

	Medicinske sestre	Ostale profesije	p*
Poznavanje SPICT alata	4,0 (3,0 – 5,0)	3,0 (3,0 - 4,5)	0,14
Poznavanje QUICK guide alata	4,0 (3,0 – 5,0)	3,0 (3,0 - 4,5)	0,34
Poznavanje CriSTAL alata	4,0 (3,0 – 5,0)	3,0 (3,0 – 4,0)	0,02

Bilješke: * Mann Whitney U test; p - p vrijednost; Me- medijan; Q1- donji kvartil; Q3- gornji kvartil

Sestrinska profesija u odnosu na ostale zdravstvene profesije ima značajno više znanja o tome da je bol isključivo subjektivno, neugodno, osjetno i emocionalno iskustvo koje je predstavlja sve što osoba koja je doživljava kaže da jest i postoji kad god ona kaže da postoji ($p=0,002$). Također, imaju viša znanja o tome da je jedan od ciljeva ublažavanja boli postići dobar san noću ($p=0,02$) te da konzumacija opioida ne utječe na produženje života ($p=0,02$). Znanja medicinskih sestara o supkutanoj infuziji bila su nešto lošija nego u ostalih profesija ($p=0,06$) (Tablica 9).

Tablica 9. Razlike u razini znanja između profesija o boli; Me (Q1-Q3)

	Medicinske sestre	Ostale profesije	p†
Poznavanje definicije boli	5,0 (4,0 – 5,0)	4,0 (3,0 – 5,0)	0,002
Davanje lijekova za bol na zahtjev osigurava život bez boli	4,0 (3,0 – 5,0)	3,0 (2,5 - 4,5)	0,06
Ublažavanje boli omogućuje dobar san	4,0 (4,0 – 5,0)	3,0 (2,5 – 4,0)	0,02
*Korištenje opioida i nesteroidnih protuupalnih lijekova	3,0 (3,0 – 4,0)	3,0 (3,0 – 5,0)	0,44
*Konzumacija opioida ne utječe na produženje života	3,0 (1,0 – 3,0)	4,0 (3,0 – 5,0)	0,001
Subkutana infuzija nije učinkovita u pacijenata na kraju života	4,0 (3,0 – 5,0)	3,0 (3,0 – 4,0)	0,06

Bilješke: * - obrnuto bodovane varijable; † Mann Whitney U test; p - p vrijednost; Me- medijan; Q1- donji kvartil; Q3- gornji kvartil.

Nije pronađena statistički značajna razlika između profesija o eutanaziji, distanaziji i ortotanaziji (Tablica 10).

Tablica 10. Razlike u razini znanja između profesija o eutanaziji, distanaziji i ortotanaziji; Me (Q1-Q3)			
	Medicinske sestre	Ostalo zdravstvo	p*
Poznavanje definicije eutanazije	5,0 (4,0 – 5,0)	5,0 (4,0 – 5,0)	0,94
Drugi naziv za eutanaziju je „ubojstvo iz milosrđa“	5,0 (3,0 – 5,0)	4,0 (3,0 – 5,0)	0,17
Poznavanje definicije distanazije	5,0 (4,0 – 5,0)	4,0 (3,0 – 5,0)	0,13
Distanazija znači beskorisno liječenje.	3,0 (3,0 – 5,0)	3,0 (2,5 - 4,5)	0,67
Poznavanje definicije ortotanazije	4,0 (3,0 – 5,0)	4,0 (3,0 – 5,0)	0,47

Bilješke: * Mann Whitney U test; p - p vrijednost; Me- medijan; Q1- donji kvartil; Q3- gornji kvartil

Ukupno znanje o palijativnoj skrbi značajno je veće u sestrinskoj profesiji u odnosu na druge zdravstvene profesije (medijan 3,7 vs. 3,4) (p=0,01) (Tablica 11).

Tablica 11. Razlike u ukupnom znanju o palijativnoj skrbi između profesijama, Me (Q1-Q3)			
	Medicinske sestre	Ostale profesije	p
Ukupno znanje o palijativnoj skrbi	3,7 (3,5 – 4,0)	3,4 (3,2 – 3,9)	0,01

Bilješke: * Mann Whitney U test; p - p vrijednost; Me- medijan; Q1- donji kvartil; Q3- gornji kvartil

4.4. Stavovi zdravstvenih djelatnika o skrbi na kraju života

Pedeset i jedan ispitanik (51; 45,5%) smatra da ako je potrebno poštivati želju pacijenta s potrebom za palijativnom skrbi ukoliko ne želi uzimati preporučenu terapiju. S tvrdnjom da se „ne bi željeli brinuti za osobu na kraju života“ nije suglasno 82 ispitanika (73%). Međutim, 31 ispitanik (27,6%) navodi da da bi im bilo neugodno razgovarati o nadolazećoj smrti s osobom na kraju života (Tablica 12).

Tablica 12. Raspodjela odgovora prema tvrdnjama o pozitivnom i negativnom stavu o palijativnoj skrbi; N (%)

	u potpunosti se NE slažem	NE slažem se o	neodlučan sam	slažem se	u potpunosti se slažem
Pozitivan stav					
Ispunjavanje želja pacijenta koje nisu u skladu s medicinom	10 (9,0%)	8 (7,1%)	30 (26,8%)	43 (38,4%)	21 (18,8%)
Poštivanje želje pacijenta da ne uzima propisanu terapiju	3 (3,0%)	10 (8,9%)	30 (26,8%)	18 (16,1%)	51 (45,5%)
Pravo osobe s terminalnom bolešću da odbije tretmane održavanja života	6 (5,0%)	3 (2,7%)	27 (24,1%)	51 (45,5%)	25 (22,3%)
Negativan stav					
Neugodnost tijekom razgovora s osobom na kraju života	32 (29,0%)	23 (20,5%)	26 (23,2%)	22 (19,6%)	9 (8,0%)
Ne želi skrbiti za osobu na kraju života	63 (56,0%)	19 (17,0%)	19 (17,0%)	7 (6,3%)	4 (3,6%)
Teško uspostavljanje odnosa s osobom na kraju života	54 (48,0%)	38 (33,9%)	17 (15,2%)	2 (1,8%)	1 (0,9%)
Smještanje pacijenta na kraju života u ustanovu	43 (38,0%)	23 (20,5%)	28 (25,0%)	7 (6,3%)	11 (9,8%)

Bilješke: N (%) - broj ispitanika (postotak)

Veća je ocjena pozitivnog stava u odnosu na negativan stav (medijan 3,7 vs. 2,0), ali nije pronađena statistički značajna razlika u pozitivnom i negativnom stavu o skrbi na kraju života između sestriinske profesije i ostalih zdravstvenih profesija (Tablica 131).

Tablica 13. Razlike u pozitivnom i negativnom stavu o skrbi na kraju života između sestriinske profesije i ostalih zdravstvenih struka, Me (Q1-Q3)

	Medicinske sestre	Ostale profesije	Ukupno	p*
Pozitivan stav	3,7 (3,3 - 4,3)	3,7 (2,8 - 4,3)	3,7 (3,3 - 4,3)	0,50
Negativan stav	2,0 (1,5 - 2,5)	2,3 (1,9 - 2,9)	2,0 (1,5 - 2,7)	0,14

Bilješke: * Mann Whitney U test; p - p vrijednost; Me- medijan; Q1- donji kvartil; Q3- gornji kvartil

4.5. Stavovi zdravstvenih djelatnika o eutanaziji

Najviše ispitanika se slaže s tvrdnjama da ne bi bilo ispravno prekinuti pacijentov život iako liječnik smatra da se pacijent neće oporaviti (64,3 %), a 63 ispitanika (56,3 %) suglasno je s tvrdnjom da iako liječnik zna da pacijent trpi jake bolove, bilo bi pogrešno okončati pacijentov život. Ispitanici se ne slažu ili se u potpunosti ne slažu (92; 82,3 %) s tvrdnjom da ako liječnik ne vjeruje u oporavak pacijenta, ispravno je da primjeni dovoljnu dozu lijeka koji će okončati pacijentov život (Tablica 12).

	u potpunosti se NE slažem	NE slažem se o	neodlučan sam	slažem se	u potpunosti se slažem
Ako pacijent u jakim bolovima to zahtjeva opravdan je prestanak održavanja života i pacijenta treba pustiti da umre	24 (21,0%)	15 (13,4%)	34 (30,4%)	19 (17%)	20 (17,9%)
Ako oporavak nije moguć, ispravno je primijeniti dozu lijeka koja će okončati pacijentov život	76 (68,0%)	16 (14,3%)	15 (13,4%)	3 (2,7%)	2 (1,8%)
Liječnik bi trebao propisati lijek koji će okončati pacijentov život ukoliko pacijent to zahtjeva.	63 (56,0%)	18 (16,1%)	23 (20,5%)	4 (3,6%)	4 (3,6%)
Opravdano je prekinuti održavanje života, ukoliko se ne vjeruje u pacijentov oporavak.	58 (52,0%)	26 (23,2%)	15 (13,4%)	8 (7,1%)	5 (4,5%)
Opravdano je primijeniti lijek za okončanje života, ako su pacijentovi bolovi neizdrživi	60 (54,0%)	21 (18,8%)	22 (19,6%)	7 (6,3%)	2 (1,8%)
*Nije ispravno prekinuti pacijentov život iako liječnik smatra da se pacijent neće oporaviti	7 (6,0%)	3 (2,7%)	17 (15,2%)	13 (11,6%)	72 (64,3%)
Ako su pacijentovi bolovi jaki opravdano je prekinuti održavanje života	59 (53,0%)	29 (25,9%)	18 (16,1%)	2 (1,8%)	4 (3,6%)
Ako pacijent to zahtjeva liječnik bi trebao propisati dovoljnu količinu lijekova za okončavanje života.	54 (48,0%)	20 (17,9%)	20 (17,9%)	10 (8,9%)	8 (7,1%)
*Iako je poznato da pacijent trpi jake bolove, bilo bi pogrešno okončati pacijentov život	4 (4,0%)	5 (4,5%)	17 (15,2%)	23 (20,5%)	63 (56,3%)
Ako pacijent na kraju života to zatraži, liječnik bi trebao prekinuti održavanje života i omogućiti mu da umre.	37 (33,0%)	15 (13,4%)	26 (23,2%)	20 (17,9%)	14 (12,5%)

Bilješke: N (%) - broj ispitanika (postotak), *- obrnuto bodovane varijable

Tvrđnje o stavovima o eutanaziji tvore šest domena. Najveće slaganje je s domenom pasivna eutanazija i domena koja se odnosi na pacijentov zahtjev. Približno su isti medijani ocjena za neizdrživu bol, bez mogućnosti oporavka i domene autoriteta liječnika. Najslabije je ocijenjena domena aktivne eutanazije. Nema značajne razlike u ocjeni stava o eutanaziji s obzirom radi li se o sestrinskoj ili ostalim zdravstvenim strukama, osim za autoritet liječnika gdje je zabilježena granična neznačajnost ($p=0,07$) (Tablica 14).

Tablica 14. Razlike u stavovima o eutanaziji između profesija, Me (Q1-Q3)

	Medicinske sestre	Ostalo zdravstvo	Ukupno	p*
Neizdrživa bol	1,8 (1,2 - 2,6)	2,0 (1,6 - 2,7)	1,9 (1,4 - 2,6)	0,48
Nema mogućnost oporavka	1,8 (1,2 - 2,4)	1,8 (1,6 - 2,8)	1,8 (1,3 - 2,6)	0,31
Pacijentov zahtjev	2,5 (1,5 - 3,0)	2,25 (1,8 - 3,1)	2,5 (1,5 - 3,0)	0,68
Autoritet liječnika	1,25 (1,0 - 2,3)	2,0 (1,63 - 2,1)	1,75 (1,0 - 2,25)	0,07
Aktivna eutanazija	1,5 (1,0 - 2,5)	2,0 (1,4 - 2,5)	1,5 (1,0 - 2,5)	0,19
Pasivna eutanazija	2,5 (1,5 - 3,0)	2,3 (2,0 - 3,0)	2,38 (1,5 - 3,0)	0,41

Bilješke: * Mann Whitney U test; p - p vrijednost; Me- medijan; Q1- donji kvartil; Q3- gornji kvartil

Ukupna ocjena stava o eutanaziji koja je mogla biti u rasponu od 1 (potpuno negativan stav) do 5 (potpuno pozitivan stav), je medijana 2 (1,3 za donji kvartil do 2,6 za gornji kvartil). Nešto je pozitivniji stav ostalih zdravstvenih profesija, ali bez značajne razlike u odnosu na sestrinsku profesiju (Tablica 13).

Tablica 13. Razlike u stavu o eutanaziji između sestrinske profesije i ostalih zdravstvenih struka, Me (Q1-Q3)

	Medicinske sestre	Ostale profesije	Ukupno	p*
Ukupan stav u eutanaziji	1,8 (1,3 - 2,7)	1,9 (1,7 - 2,7)	2 (1,3 - 2,6)	0,31

Bilješke: * Mann Whitney U test; p - p vrijednost; Me- medijan; Q1- donji kvartil; Q3- gornji kvartil

5. Rasprava

Istraživanje je imalo za cilj ispitati razinu znanja i stavove zdravstvenih djelatnika o palijativnoj skrbi i skrbi na kraju života pacijenta. Rezultati istraživanja su pretežito pozitivni kada je u pitanju znanje ispitanika, no postoje razlike u grupacijama pitanja o znanju. Ispitanici su pokazali dosta dobro znanje o boli i tretmanima ublažavanja boli, no lošije znanje o trenutku započinjanja palijativne skrbi, primjeni opioida i supkutane infuzije. Znanja o terminologiji i alatima koji se koriste u palijativnoj skrbi bila su nešto lošija, dok su znanja ispitanika o pojmovima eutanazije, distanazije i ortotanazije bila zadovoljavajuća. Što se tiče stavova o skrbi na kraju života ispitanici su pokazali pretežito pozitivan stav kada su u pitanju prava i želje pacijenta, a negativniji stav o komunikaciji i skrbi za takvog pacijenta. Rezultati pokazuju negativan stav prema eutanaziji, osim nešto većeg slaganja s pasivnom eutanazijom.

Kada govorimo o rezultatima znanja o terminima u palijativnoj skrbi, može se uočiti razlika u poznavanju termina. Ispitanici su pokazali znanje o definicijama palijativne skrbi i hospicijske skrbi, dok s druge strane ne poznaju dovoljno termine “skrb radi predaha” i “palijativni pristup”. Nisko znanje ispitanici su pokazali i u poznavanju načina pružanja palijativne skrbi, osobito u poznavanju alata za procjenu potrebe za palijativnom skrbi i dodjeljivanju šifre palijativne skrbi pacijentima. Iako postoji pozitivna razina znanja o alatima za procjenu, rezultati pokazuju nisko poznavanje procjene potreba za palijativnom skrbi kod pacijenata. Možemo zaključiti da je znanje o terminologiji i pružanju palijativne skrbi među zdravstvenim djelatnicima lošije jer je edukacija o palijativnoj skrbi slabije zastupljena te je palijativna skrb i dalje nepoznanica za domaće zdravstvo. Oprečnosti u znanju mogu se naći i u poznavanju boli, načina ublažavanja boli i lijekova koji se za to koriste. Zdravstveni djelatnici su pokazali bolje znanje o definiciji boli, te načinima ublažavanja boli, no lošije znanje o opioidima i supkutanoj infuziji. Razlog lošijeg znanja među ispitanicima je slabija edukacija o opioidima, načinu djelovanja i nuspojavama, pa je stoga prisutna nesigurnost i strah od primjene među zdravstvenim djelatnicima. Zanimljivo je istaknuti da medicinske sestre imaju značajnije više znanja o boli i važnosti ublažavanja boli za postizanje sna noću, što se može objasniti usmjerenošću sestrinske djelatnosti prema pacijentu i poštivanju osnovnih ljudskih potreba.

Zanimljivo je istaknuti stavove zdravstvenih djelatnika o skrbi na kraju života. Naime, pozitivan je stav zdravstvenih djelatnika o ispunjavanju pacijentovih posljednjih želja,

uvažavanju njegovog mišljenja i prava što potkrepljuje utjecaj edukacije zdravstvenih djelatnika koja je okrenuta prema pacijentu, a ne dijagnozi i liječenju. No, iz rezultata se može iščitati negativan stav prema komunikaciji i skrbi za takvog pacijenta. Razlog tomu je nedovoljna edukacija o komunikaciji s takvim pacijentima, jer iziskuje pripremu za razgovor s pacijentom na kraju života i poseban način pristupanja u pružanju skrbi.

Rezultati također pokazuju dobro znanje ispitanika s pojmom eutanazije, distanzacije i ortotanzacije, no stavovi ispitanika o eutanaziji su pretežito negativni. Takvi rezultati mogu se očekivati s obzirom da eutanazija nije legalizirana u Republici Hrvatskoj. Unatoč takvom negativnom stavu ispitanika o eutanaziji, osobito kada je to na zahtjev liječnika. No postoji slaganje s eutanazijom kada pacijent to zahtjeva. Dakle, možemo zaključiti da je stav zdravstvenih djelatnika prema eutanaziji negativan, jer zagovara prekid života pacijenta, osim u slučajevima kada sam pacijent to zahtjeva, što znači da ispitanici u ovom istraživanju podupiru izražavanje pacijentove želje, kao što je to prikazano u rezultatima stavova o skrbi na kraju života.

Palijativna skrb široko je zastupljena u edukaciji zdravstvenih djelatnika, što pokazuju rezultati ovog istraživanja. Te rezultate potkrepljuju činjenice da se u Republici Hrvatskoj sve više provode edukacije iz palijativne skrbi. Tako su u sklopu Centra za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine (CEPAMET) u više navrata provodili tečajevi iz područja palijativne skrbi. Tečajevi su stjecanje Republici znanja i vještina iz područja palijativne skrbi, psiholoških aspekata, komunikacije i pristupanja pacijentima s potrebama za palijativnom skrbi i njihovim obiteljima, ali i najčešćim problemima i simptomima s kojima se takvi pacijenti susreću (11).

Kada govorimo o znanju zdravstvenih djelatnika, rezultati pokazuju pozitivan postotak u točnim odgovorima, što opovrgava postavljenu hipotezu da zdravstveni djelatnici imaju nedostatno znanje o palijativnoj skrbi i skrbi na kraju života pacijenta. Prema istraživanju provedenom u Brazilu u kojem je sudjelovalo 3086 liječnika, njih više od polovice je riješilo manje od 50% testa korištenog za provjeru znanja, dok je samo 3% ispitanika riješilo test više od 75%. Da bi usporedili rezultate, autori su naveli istraživanje koje je provedeno među japanskim liječnicima koji su rješavali isti test i riješili 72% testa (12). Zanimljivo je u tome što postoji velika razlika u rješavanju istog testa među liječnicima različitih država, što navodi na zaključak kako je u nekim državama velika razlika u znanju o palijativnoj skrbi. Unatoč sve većem porastu zanimanja za skrb na kraju života, važnosti edukacije i podizanja svijesti u društvu, medicinske škole ne smatraju nužnim uvođenje palijativne skrbi u medicinske kurikulume te da je nedostatnoj zastupljenosti palijativne skrbi glavni uzrok nedostatak

posebno obučeni edukatora (12). Istraživanje provedeno nad medicinskim sestrama o znanju o palijativnoj skrbi došlo je do rezultata da medicinske sestre imaju veće znanje o ublažavanju boli, te pozitivne stavove o umirućim pacijentima i njihovim obiteljima, dok je manje znanje o psihosocijalnim i duhovnim aspektima skrbi na kraju života i negativni stavovi o komunikaciji s umirućim pacijentom (13). Autori zaključuju da je potrebna bolja edukacija o skrbi za pacijenta na kraju života (13). U ovom istraživanju rezultati su pokazali da zdravstveni djelatnici pokazuju manje znanja o terminologiji palijativne skrbi, s obzirom da je najveći problem unutar ustanova oslovljavanje pacijenta dijagnozom. Osim terminologije, zdravstveni djelatnici su pokazali manje znanja o korištenju opioida.

Što se tiče razlike u znanju između sestrinske profesije i drugih profesija, ispitanici sestrinske profesije pokazali su značajno veće znanje u odnosu na ostale ispitivane profesije, čime se potvrđuje hipoteza o značajnom znanju medicinskih sestara o palijativnoj skrbi u odnosu na ostale profesije. Nasuprot tomu, istraživanja provedena među medicinskim sestrama o znanju o palijativnoj skrbi pokazuju da sestre imaju pretežito nisko znanje o palijativnoj skrbi, te da se postotak povećava ovisno o višoj edukaciji sestara i radnom stažu u medicinskoj struci (14,15). Nadalje, prema istraživanju provedenom među liječnicima i medicinskim sestrama gdje je sudjelovalo 561 zdravstveni djelatnik, rezultati pokazuju da liječnici imaju značajno veće znanje od medicinskih sestara iako većina ispitanika nema dodatne edukacije o palijativnoj medicini izvan formalnog obrazovanja niti radnog iskustva s pacijentima s potrebama za palijativnom skrbi (16). Autori te studije navode da su takvi rezultati rezultat dugotrajnije edukacije liječnika u odnosu na medicinske sestre, ali zaključuju da je unatoč tome potrebna bolja edukacija na području palijativnoj skrbi za obje profesije (16).

Kada gledamo rezultate ispitanika vezano za stavove o skrbi na kraju života, prevladava pozitivan stav, što potvrđuje navedenu hipotezu. Ono što je zanimljivo, više od polovice ispitanika slaže se s poštivanjem odluke pacijenta da odbije lijek ili intervenciju ako to ne želi, te da mu se ispune želje ukoliko je to moguće (npr. konzumiranje alkohola, pušenje cigareta i sl.). Ovdje se može vidjeti kroz navedene tvrdnje da se ispitanici u većem broju slažu s načelima ortotanazije, iako nije neposredno ispitano slažu li se s tim postupkom ili ne. Negativni stavovi ispitanika odražavali su se na razgovor s pacijentom o smrti, uspostavljanjem bliskog kontakta ili pružanja skrbi takvoj osobi. U istraživanju provedenom među medicinskim sestrama o stavovima o skrbi na kraju života, ispitanici su iznijeli pozitivne stavove o skrbi za umiruće bolesnike, no veliki broj ispitanika izrazilo je negativne stavove o komunikaciji s takvim pacijentima (17). Zanimljivo je istaknuti rezultate istraživanja provedenog među studentima sestrinstva u kojem se ispitivao utjecaj podučavanja i poticanja samosvjesnosti studenata o

skrbi na kraju života, što bi utjecalo kasnije na poboljšanje pružanja iste. Rezultati su pokazali da se značajno povećala samosvjesnost i znanje ispitanika nakon provedenog testa, što potvrđuje kako je za poboljšanje pružanja i uklanjanje nedoumica o skrbi na kraju života potrebna dobra edukacija i poticanje svijesti o istoj (18).

Što se tiče rezultata o stavovima ispitanika o eutanaziji, prevladava negativan stav vezano za aktivnu eutanaziju, dok je najveće slaganje ispitanika vezano za pasivnu eutanaziju koja je na zahtjev pacijenta, ali je taj stav ipak bio više negativan nego pozitivan. Ono s čime se ispitanici nisu složili je okončanje života pacijenta ukoliko liječnik procijeni da je to najbolje, iako parametri možda potkrjepljuju tu odluku. Razlog tomu može se naći u samoj kulturi naroda, gdje religija, način življenja i moralna načela imaju utjecaj na formiranje stavova. Svijest zdravstvenih djelatnika usmjerena je ublažavanju patnje i olakšanju boli pacijenta, no ne na način da se okonča njegov život kako bi se to postiglo. Istraživanje provedeno u Izraelu među medicinskim sestrama koje skrbe i onima koje ne skrbe za onkološke pacijente vezano za stavove o provođenju aktivne eutanazije dovelo je do rezultata o pozitivnom stavu prema provođenju eutanazije. No rezultati ipak prikazuju podjelu u razmišljanjima onkoloških i ne onkoloških sestara, gdje su onkološke sestre iskazale manje slaganje oko provođenja eutanazije, pri čemu na navedeno uveliko utječe religioznost medicinskih sestara (18). Drugo istraživanje provedeno među medicinskim sestrama iz SAD-a uključivalo je analizu nekoliko faktora kao što je radno iskustvo u sestrinstvu, vjerovanje u zagrobni život, liberalni ili konzervativni politički stav i osobna uvjerenja također je dovelo do različitih promišljanja. Rezultati te studije su pokazali da na negativan stav o eutanaziji utječe veće radno iskustvo, veća religijsko uvjerenje i vjerovanje u smrt kao kraj postojanja, dok je na pozitivan stav utjecao liberalan stav, veće iskustvo s pacijentima na kraju života te uvjerenje o pravu pacijenta na samoodlučivanje (19). Nadalje, istraživanje provedeno među liječnicima i medicinskim sestrama o stavovima vezanim za dobrovoljnu eutanaziju, pokazuje da, iako se čak 88% liječnika i 85% medicinskih sestara suglasno s provođenjem dobrovoljne eutanazije na zahtjev pacijenta, samo 33% liječnika i 23% medicinskih sestara bi eutanaziju zaista provelo. Stavovi o eutanaziji značajno ne razlikuju između dvije profesije, unatoč tomu što postoje razlike u kompetencijama te dvije profesije (20). Stoga, u usporedbi s drugim istraživanjima o eutanaziji, i u ovom je istraživanju među zdravstvenim djelatnicima prisutno je oklijevanje provođenja eutanazije.

6. Zaključak

Iako je razina znanja zdravstvenih djelatnika u ovom istraživanju pozitivno usmjerena, razinu znanja zdravstvenih djelatnika potrebno je dodatno unaprijediti. Komunikacija zauzima značajno mjesto u skrbi za pacijente s potrebama za palijativnom skrbi i onih na kraju života, pa je edukacija na tom području od prioritetnog značenja. Što se vremena početka primjene palijativne skrbi tiče kroz edukaciju i u procesu rada zdravstvenih djelatnika treba naglašavati kako se palijativna skrb može biti primijeniti u svih pacijenata u trenutku postavljanja dijagnoze neizlječive bolesti, a ne samo u onih koji su na kraju svog života. Nadalje, različiti osobnih, profesionalni i kulturni čimbenici imaju značajan utjecaj na percepciju eutanazije, što potvrđuje i ovo istraživanje. Negativan stav prema eutanaziji i njezinim oblicima izražene je u zdravstvenih djelatnika ovog istraživanja. Studija naglašava potrebu za daljnjim istraživanjima, posebice u područjima komunikacije, formalnih i neformalnih oblika edukacije zdravstvenih djelatnika, ali i etičkih pitanja. S obzirom na porast neizlječivih bolesti, ovi bi rezultati mogli pomoći u podizanju svijesti javnosti o potrebama pacijenata kojima je potrebna palijativna skrb.

7. Literatura

1. Ljubičić, M. Palijativna zdravstvena njega. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2020.
2. Rome RB, Luminais HH, Bourgeois DA, Blais CM. The role of palliative care at the end of life. *Ochsner J.* 2011; 11: 348-52.
3. Clark K. Care at the Very End-of-Life: Dying Cancer Patients and Their Chosen Family's Needs. *Cancers (Basel).* 2017; 9: 11. doi: 10.3390/cancers9020011
4. Pereira J. Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. *Curr Oncol.* 2011; 18: e38-45. doi: 10.3747/co.v18i2.883.
5. von Blanckenburg P, Leppin N, Nagelschmidt K, Seifart C, Rief W. Matters of Life and Death: An Experimental Study Investigating Psychological Interventions to Encourage the Readiness for End-of-Life Conversations. *Psychother Psychosom.* 2021; 90: 243-254. doi: 10.1159/000511199.
6. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T. The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliat Med.* 2009; 23: 754-66. doi: 10.1177/0269216309106871.
7. Spudić, M. Stavovi medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, 2022.
8. Molinengo G, Loera B, Miniotti M, Leombruni P. Shortening the Frommelt Attitude Toward the Care Of the Dying Scale (FATCOD-B): a Brief 9-Item Version for Medical Education and Practice. *J Cancer Educ.* 2022; 37: 1736-1742. doi: 10.1007/s13187-021-02020-3.
9. Wasserman J, Clair JM, Ritchey FJ. A scale to assess attitudes toward euthanasia. *Omega (Westport).* 2005;51:229-37. doi: 10.2190/FGHE-YXHX-QJEA-MTM0.
10. Gnjidić, T.: Stavovi i znanje medicinskih sestara/tehničara o eutanaziji. Osijek: Medicinski fakultet Osijek, 2018.
11. Mušak J. Osnove palijativne medicine – poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja. dostupno na: <https://www.kbd.hr/klinike-i-odjeli/edukacije/osnove-palijativne-medicine-poslijediplomski-tecaj-stalnog-medicinskog-usavrsavanja-21-23-i-26-28-travnja-2022-godine/> (datum pristupa 20. 08.2023.)
12. Ioshimoto T, Shitara DI, do Prado GF, Pizzoni R, Sassi RH, de Gois AFT. Education is an important factor in end-of-life care: results from a survey of Brazilian physicians'

- attitudes and knowledge in end-of-life medicine. *BMC Med Educ.* 2020; 20: 339. doi: 10.1186/s12909-020-02253-8.
13. Alshammari F, Sim J, Lapkin S, Stephens M. Registered nurses' knowledge, attitudes and beliefs about end-of-life care in non-specialist palliative care settings: A mixed studies review. *Nurse Educ Pract.* 2022; 59: 103294. doi: 10.1016/j.nepr.2022.103294.
 14. Abate AT, Amdie FZ, Bayu NH, Gebeyehu D, G/Mariam T. Knowledge, attitude and associated factors towards end of life care among nurses' working in Amhara Referral Hospitals, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Res Notes.* 2019; 12: 521. doi: 10.1186/s13104-019-4567-7
 15. Etafa W, Wakuma B, Fetensa G, Tsegaye R, Abdisa E, Oluma A, Tolossa T, Mulisa D, Takele T. Nurses' knowledge about palliative care and attitude towards end-of-life care in public hospitals in Wollega zones: A multicenter cross-sectional study. *PLoS One.* 2020; 15: e0238357. doi: 10.1371/journal.pone.0238357.
 16. Martín-Martín J, López-García M, Medina-Abellán MD, Beltrán-Aroca CM, Martín-de-Las-Heras S, Rubio L, Pérez-Cárceles MD. Physicians' and Nurses' Knowledge in Palliative Care: Multidimensional Regression Models. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18: 5031. doi: 10.3390/ijerph18095031.
 17. Alshammari F, Sim J, Lapkin S, Stephens M. Registered nurses' knowledge, attitudes and beliefs about end-of-life care in non-specialist palliative care settings: A mixed studies review. *Nurse Educ Pract.* 2022; 59: 103294. doi: 10.1016/j.nepr.2022.103294.
 18. Kirkpatrick AJ, Cantrell MA, Smeltzer SC. Relationships among nursing student palliative care knowledge, experience, self-awareness, and performance: An end-of-life simulation study. *Nurse Educ Today.* 2019; 73: 23-30. doi: 10.1016/j.nedt.2018.11.003.
 19. Shuman CR, Fournet GP, Zelhart PF, Roland BC, Estes RE. Attitudes of registered nurses toward euthanasia. *Death Stud.* 1992; 16: 1-15. doi: 10.1080/07481189208252553.
 20. Asai A, Ohnishi M, Nagata SK, Tanida N, Yamazaki Y. Doctors' and nurses' attitudes towards and experiences of voluntary euthanasia: survey of members of the Japanese Association of Palliative Medicine. *J Med Ethics.* 2001; 27: 324-30. doi: 10.1136/jme.27.5.324.

8. Prilozi

Prilog 1. – Obavijest za ispitanike o istraživanju s privolom za sudjelovanje.

Prilog 2. – Anketni upitnik „Znanja i stavovi zdravstvenih djelatnika o skrbi na kraju života“.

Prilog 1. – Obavijest za ispitanike o istraživanju s privolom za sudjelovanje.

Poštovani/a,

pred Vama se nalazi anketni upitnik u svrhu ispitivanja znanja i stavovi zdravstvenih djelatnika o skrbi za pacijente na kraju života. Istraživanje se provodi u svrhu izrade diplomskog rada pod mentorstvom doc. dr. sc. Marije Ljubičić.

Sudjelovanje u anketiranju je u potpunosti anonimno. Za vrijeme i nakon provedbe istraživanja zajamčena je potpuna anonimnost.

Popunjavanje upitnika oduzeti će Vam desetak minuta Vašeg vremena.

Slanjem ispunjenog upitnika dajete svoju suglasnost za sudjelovanje u navedenom istraživanju.

Hvala Vam na Vašim iskrenim odgovorima i sudjelovanju!

Link za elektronski oblik anketnog upitnika:

https://docs.google.com/forms/d/1yc5CfLVBJVSLX8dXbEq2s_KfspG22F51DbITi4QqZc/edit?usp=drivesdk

Prilog 2. – Anketni upitnik „Znanja i stavovi zdravstvenih djelatnika o skrbi na kraju života“.

ANKETNI UPITNIK

Znanja i stavovi zdravstvenih djelatnika o skrbi na kraju života

Poštovani/a,

pred Vama se nalazi anketni upitnik u svrhu ispitivanja znanja i stavovi zdravstvenih djelatnika o skrbi za pacijente na kraju života. Istraživanje se provodi u svrhu izrade diplomskog rada pod mentorstvom doc. dr. sc. Marije Ljubičić. Sudjelovanje u anketiranju je u potpunosti anonimno. Popunjavanje upitnika oduzeti će Vam desetak minuta Vašeg vremena. Zahvaljujemo na sudjelovanju.

OPĆI PODACI:

1. Spol:
 - a) muški
 - b) ženski
2. Vaša dob: _____
3. Vaša profesija:
 - a) liječnik
 - b) medicinska sestra
 - c) fizioterapeut
 - d) inženjer medicinske radiologije (radiološki tehnolog)
4. Broj godina radnog staža u struci _____
5. Vaša razina obrazovanja
 - a) srednja škola
 - b) preddiplomski studij
 - c) diplomski studij
 - d) poslijediplomski doktorski studij
6. Jeste li pohađali edukaciju o palijativnoj skrbi u okviru formalnog obrazovanja
 - a) da
 - b) ne
7. Jeste li pohađali posebnu edukaciju o palijativnoj skrbi izvan formalnog obrazovanja (tečajevi, seminari, ...)
 - a) da
 - b) ne

8. Navedite ukupan broj tečajeva/seminara koje ste pohađali, a povezani su uz palijativnu skrb

9. Ustanova u kojoj radite:

- a) Opća i veteranska bolnica „Hrvatski ponos“ Knin
- b) Opća bolnica Šibenik
- c) Opća bolnica Zadar

10. Vrsta odjela na kojem radite:

- a) interna medicina
- b) kirurgija
- c) pedijatrija
- d) infektologija
- e) ginekologija i opstetricija
- f) neurologija
- g) ortopedija
- h) fizikalna medicina
- i) hitna medicina
- j) palijativa
- k) dugotrajno liječenje
- l) jedinica intenzivne skrbi/liječenja
- m) operacijski trakt
- n) ambulanta

SPECIFIČNI PODATCI

1. DIO							
Pred Vama se nalazi prvi dio pitanja vezanih za razinu znanja u palijativnoj skrbi i skrbi za pacijente na kraju života. Za odgovaranje na pitanja postavljena je Likertova skala od pet ponuđenih odgovora: <i>1 – u potpunosti netočno; 2 – netočno; 3 – djelomično točno; 4 – točno; 5 – u potpunosti točno</i>							
1	T	Palijativni pristup je način primjene palijativnih metoda u okruženjima koja nisu specijalizirana za palijativnu skrb	1	2	3	4	5
2	T	Palijativna skrb je aktivna sveobuhvatna skrb o pacijentima u kojih bolest više ne reagira na liječenje, gdje kontrola boli, ostalih simptoma, patnje, psiholoških, socijalnih, društvenih i duhovnih problema zauzima značajno mjesto	1	2	3	4	5
3	N	Palijativnu skrb treba pružati samo pacijentima koji nemaju dostupnih kurativnih tretmana (R)	1	2	3	4	5
4	N	Palijativnu skrb ne bi trebalo pružati zajedno s tretmanima protiv zloćudne bolesti (R)	1	2	3	4	5
5	T	Skrb je za članove obitelji i druge koji skrbe o pacijentu s potrebama za palijativnom skrbi naziva se skrb radi predaha	1	2	3	4	5
6	N	Pojam „palijativni pacijent“ sasvim je primjereno koristiti za pacijente s neizlječivom bolešću (R)	1	2	3	4	5
7	T	Pojam „pacijent s potrebama za palijativnom skrbi“ je jedini ispravan pojam kojim treba oslovljavati pacijente s neizlječivim i drugim teškim bolestima u kojih liječenje nije učinkovito	1	2	3	4	5
8	N	Pojam „umirući pacijent“ treba koristiti za pacijenta na kraju njegova života (R)	1	2	3	4	5
9	T	Hospicijska skrb ima cilj da osoba zadovolji sve fizičke, emocionalne, socijalne i duhovne potrebe onih pacijenata koji se približavaju kraju života i članova njihove obitelji	1	2	3	4	5
10	N	Palijativna skrb je potpuno isto što i hospicijska skrb (R)	1	2	3	4	5
11	T	Pod pojmom „pacijent s potrebama za palijativnom skrbi“ podrazumijevamo svaku osobu s aktivnom progresivnom, uznapredovalom bolešću u koje izlječenje nije moguće i u koje je prognoza ograničena i/ili ima jasan smrtni ishod.	1	2	3	4	5
12	T	Osnovni cilj palijativne skrbi je podizanje kvalitete života pacijenta i njegove obitelji	1	2	3	4	5
13	N	Palijativna skrb bavi se liječenjem neizlječive bolesti (R)	1	2	3	4	5
14	T	Svakom pacijentu sa dijagnozom maligne bolesti potrebna palijativna skrb	1	2	3	4	5
15	T	Pacijentu kojem se dijagnosticira neizlječiva bolest treba odmah pružati palijativnu skrb.	1	2	3	4	5
16	N	Dodjeljivanjem šifre Z51.5 pacijent se više ne može izbrisati iz registra pacijenata s potrebom za palijativnom skrbi (R)	1	2	3	4	5
17	T	Bol je isključivo subjektivno, neugodno, osjetno i emocionalno iskustvo koje je predstavlja sve što osoba koja je doživljava kaže da jest i postoji kad god ona kaže da postoji	1	2	3	4	5
18	N	Davanje lijekova za bol samo na zahtjev pacijenta sasvim je dovoljno da se pacijentu osigura život bez boli (R)	1	2	3	4	5
19	T	Jedan od ciljeva ublažavanja boli je postići dobar san noću kod pacijenata	1	2	3	4	5

20	N	Kada se opiodi uzimaju redovito, ne bi trebalo koristiti nesteroidne protuupalne lijekove. (R)	1	2	3	4	5
21	N	Konzumacija opioda ne utječe na produženje života. (R)	1	2	3	4	5
22	N	Subkutana infuzija nije učinkovita u pacijenata na kraju života. (R)	1	2	3	4	5
23	T	Alat za indikatore suportivne i palijativne skrbi (engl. Supportive and Palliative Care Indicators Tool - SPICT) predstavlja alat za brzo trijažiranje u svim okruženjima skrbi u kojima se pacijent može zateći.	1	2	3	4	5
24	T	Brzi vodič za identificiranje pacijenata radi suportivne i palijativne skrbi (engl. <i>Quick Guide to Identifying Patients for Supportive and Palliative Care</i>) koristi se za uključivanje u registar palijativne skrbi.	1	2	3	4	5
25	T	Alat za prehospitalizacijsko prepoznavanje završnog stadija života (engl. <i>Criteria for Screening and Triaging to Appropriate Alternative care - CriSTAL</i>) je alat koji omogućuje prepoznati pacijenta s potrebama za palijativnom skrbi u hitnim službama i procijeniti potrebu za hospitalizacijom.	1	2	3	4	5
26	T	Eutanazija je pojam za aktivnim medicinski zahvat u svrhu okončanja života, ali na zahtjev onoga koji pati.	1	2	3	4	5
27	T	Drugi naziv za eutanaziju je „ubojstvo iz milosrđa“	1	2	3	4	5
28	T	Distanazija je primjena svih mogućih raspoloživih sredstava za umjetno održavanje i produžavanje života te odgađanje smrti u pacijenta na kraju života unatoč tomu što je sasvim jasno da nema nade za izlječenje i oporavak.	1	2	3	4	5
29	T	Distanazija znači beskorisno liječenje.	1	2	3	4	5
30	T	Ortotanazija je prepuštanje pacijenta da umre prirodnom smrću u vrijeme koje stvarno jest vrijeme za smrt.	1	2	3	4	5

2. DIO							
Drugi dio pitanja odnosi se na Vaše stavove o palijativnoj skrbi, odnosno skrbi za pacijente na kraju života. Za odgovaranje na pitanja postavljena je Likertova skala od pet ponuđenih odgovora: <i>1 – u potpunosti se NE slažem, 2 – NE slažem se, 3 –donekle se slažem, 4 –slažem se, 5 – u potpunosti se slažem</i>							
1	N	Bilo bi mi neugodno razgovarati o nadolazećoj smrti s osobom na kraju života	1	2	3	4	5
2	N	Ne bih se želio brinuti za osobu na kraju života	1	2	3	4	5
3	N	Teško je uspostaviti blizak odnos s osobom na kraju života	1	2	3	4	5
4	P	Smatram da pacijentu s potrebom za palijativnom skrbi treba ispuniti sve njegove želje pa čak i onda kad nisu u skladu s medicinom (konzumiranje alkohola, duhanskih proizvoda).	1	2	3	4	5
5	N	U terminalnoj fazi bolesti najbolje je smjestiti pacijenta u bolnicu jer će dobiti bolju zdravstvenu njegu i skrb nego kod kuće.	1	2	3	4	5
6	P	Smatram da ako pacijent s potrebom za palijativnom skrbi ne želi uzimati preporučenu terapiju da medicinska sestra/tehničar treba poštivati želju pacijenta.	1	2	3	4	5
7	P	Smatram da osoba s terminalnom i bolnom bolešću bi trebala imati pravo odbiti tretmane za održavanje života	1	2	3	4	5

3. DIO							
Treći dio pitanja odnosi se na Vaše stavove o eutanaziji. Za odgovaranje na pitanja postavljena je Likertova skala od pet ponuđenih odgovora: <i>1 – u potpunosti se NE slažem, 2 – NE slažem se, 3 – neodlučan sam, 4 –slažem se, 5 – u potpunosti se slažem</i>							
1	B, PZ, PE	Liječnik bi trebao prestati s održavanjem života pacijenta i pustiti pacijenta da umre ako je pacijent u jakim bolovima to zahtjeva.	1	2	3	4	5
2	NO, AL, AE	Ako liječnik ne vjeruje u oporavak pacijenta, ispravno je da primjeni dovoljnu dozu lijeka koji će okončati pacijentov život	1	2	3	4	5
3	B, PZ, AE	Liječnik bi trebao propisati dovoljnu količinu lijekova koji će okončati pacijentov život ukoliko pacijent to zahtjeva.	1	2	3	4	5
4	NO, AL, PE	Sasvim je opravdano da liječnik prekine s održavanjem života, ukoliko ne vjeruje u njegov oporavak.	1	2	3	4	5
5	B, AL, AE	Sasvim je opravdano da liječnik primjeni dovoljnu dozu lijeka pacijentu koji pati da bi okončao njegov život, ako liječnik smatra da su pacijentovi bolovi neizdrživi.	1	2	3	4	5
6	NO	Ne bi bilo ispravno prekinuti pacijentov život iako liječnik smatra da se pacijent neće oporaviti (R)	1	2	3	4	5
7	B, AL, PE	Sasvim je opravdano da liječnik prekine s održavanjem života pacijenta ako smatra da su pacijentovi bolovi jaki.	1	2	3	4	5
8	NO, PZ, AE	Liječnik bi trebao propisati dovoljnu količinu lijekova za okončavanje života, ako pacijent to zahtjeva.	1	2	3	4	5
9	B	Iako liječnik zna da pacijent trpi jake bolove, bilo bi pogrešno okončati pacijentov život. (R)	1	2	3	4	5
10	NO, PZ, PE	Ako pacijent na kraju svoj života to zatraži, liječnik bi trebao prekinuti s održavanjem života pacijenta i omogućiti mu da umre.	1	2	3	4	5
Dimenzije: B-neizdrživa bol; NO- nema mogućnosti oporavka; PZ- pacijentov zahtjev; AL- autoritet liječnika; AE-aktivna eutanazija; PE-pasivna eutanazija							