

Mišljenja djelatnika Hitne medicinske službe o zbrinjavanju palijativnih pacijenata u HMS

Martan, Andrija

Master's thesis / Diplomski rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:312124>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-18**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the Faculty of Medicine Osijek](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Studij sestrinstva

Andrija Martan

**MIŠLJENJA DJELATNIKA HITNE
MEDICINSKE SLUŽBE O
ZBRINJAVANJU PALIJATIVNIH
PACIJENATA U HITNOJ
MEDICINSKOJ SLUŽBI**

Diplomski rad

Čakovec, 2018.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Studij sestrinstva

Andrija Martan

**MIŠLJENJA DJELATNIKA HITNE
MEDICINSKE SLUŽBE O
ZBRINJAVANJU PALIJATIVNIH
PACIJENATA U HITNOJ
MEDICINSKOJ SLUŽBI**

Diplomski rad

Čakovec, 2018.

Rad je ostvaren u Zavodu za hitnu medicinu Varaždinske županije

Mentor rada: doc. dr. sc. Štefica Mikšić

Rad ima: 60 listova, 14 tablica i 1 slika.

Predgovor

Hvala mentorici doc. dr. sc. Štefci Mikšić na stručnim savjetima i pomoći u izradi ovog diplomskog rada.

Veliko hvala mojim roditeljima i braći što su bili uz mene, poticali me, savjetovali i vjerovali u mene tijekom cijelog mog školovanja. Hvala na svesrdnoj podršci i razumijevanju kad mi je to bilo potrebno. Također, hvala i mojoj zaručnici Mateji na razumijevanju i poticanju tijekom studiranja. Hvala i prijateljima koji su me podupirali i razumjeli fakultetske brige, a neki od njih i sami ih proživljavali.

Hvala svim mojim radnim kolegama Zavoda za hitnu medicinu Varaždinske županije koji su dobrovoljno pristupili ispunjavanju upitnika te mi izašli u susret kad mi je to bilo potrebno.

Hvala i kolegici Nataši Dumbović, prvostupnici sestrinstva i koordinatorici palijativne skrbi Varaždinske županije, na stručnoj pomoći i savjetima.

Sadržaj

1. Uvod	1
1.1. Stavovi prema životu i smrti	3
1.2. Organizacijske službe palijativne skrbi	4
1.3. Razine palijativne skrbi	5
1.3.1. Palijativni pristup	5
1.3.2. Nespecijalizirana (opća) palijativna skrb	5
1.3.3. Specijalistička palijativna skrb	6
1.4. Prepoznavanje palijativnih pacijenata	8
1.5. Javnozdravstvena procjena potreba za palijativnom skrbi	11
1.5.1. Javnozdravstvena procjena potreba za palijativnom skrbi u Varaždinskoj županiji.....	12
1.6. Izvanbolnička hitna medicinska služba i palijativni pacijenti	13
1.7. Hitna stanja kod palijativnog pacijenta	15
1.7.1. Bol	16
1.7.2. Krvarenja	21
1.7.3. Dispneja (zaduha).....	21
1.7.4. Konvulzije kod palijativnih pacijenata.....	22
1.7.5. Kompresije kralježnične moždine.....	22
1.7.6. Opstrukcija gornje šuplje vene.....	23
2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA.....	24
3. ISPITANICI I METODE.....	25
3.1. Ustroj studije.....	25
3.2. Ispitanici	25
3.4. Statističke metode	26
4. REZULTATI.....	27
4.1. Obilježja ispitanika.....	27
4.2. Mišljenje o palijativnim pacijentima	28
5. RASPRAVA	36
6. ZAKLJUČAK	42
7. SAŽETAK	43
8. SUMMARY	44
9. REFERENCE.....	45

10. ŽIVOTOPIS	48
11. PRILOZI	49

1. Uvod

Suvremena medicina dijeli se na tri velika područja: preventivnu, kurativnu i palijativnu. Kurativna medicina zdravlje shvaća kao odsustvo bolesti u cjelini, a nemogućnost liječenja ili izbjegavanje smrti kao neuspjeh. S druge strane palijativna medicina prihvaća slabljenje i smrt kao sastavni dio života. Skrb kao sastavna odrednica palijativne medicine omogućava nam da se suočimo s granicama naše smrtnosti i medicinske pomoći bolesnoj osobi, a ne bolesti.

Palijativna medicina nova je grana medicine koja proučava i liječi bolesnika s aktivnom progresivnom, uznapredovalom bolešću koja ima ograničenu prognozu, a glavni cilj je očuvanje optimalne kvalitete života i dostojanstva bolesnika do smrti (1). Palijativna skrb pristup je koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji suočenih s problemima uslijed smrtonosne bolesti sprečavanjem i ublažavanjem patnje i uz pomoć rane identifikacije i besprijeorne prosudbe te liječenjem boli i drugih problema – fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih. Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu te svojim djelokrugom obuhvaća pacijenta, obitelj i zajednicu. Palijativna skrb nudi najosnovniji koncept zaštite – zbrinjavanje potreba pacijenta gdje god da se za njega skrbi, bilo kod kuće ili u ustanovi. Palijativna skrb afirmira život, a smrt smatra sastavnim dijelom života koji dolazi na kraju; ona smrt ne ubrzava niti je odgađa. Ona nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života sve do smrti.

Misija palijativne skrbi zasniva se na vrijednostima koje predlaže Vijeće Europe, a to su ljudska i bolesnička prava, ljudsko dostojanstvo, socijalna povezanost, demokracija, jednakost, solidarnost i sloboda izbora (1). Osnovni je cilj palijativne skrbi očuvanje kvalitete života, sprečavanje i olakšavanje simptoma uzrokovanih osnovnom bolešću (bol, dispnea, opstipacija itd.) kao i ostalim psihičkim, socijalnim i duhovnim problemima (1). Iz tog razloga, da bi se osigurala kvalitetna palijativna skrb, potrebno je osigurati holistički pristup pacijentu što je moguće samo ako se osigura multidisciplinarni tim kojeg sačinjavaju liječnici, medicinske sestre/tehničari, socijalni radnici, psiholozi, fizioterapeuti, ljekarnici, duhovnici i volonteri. Istraživanja provedena na europskoj razini pokazuju da dobro usklađeni tim doprinosi većem zadovoljstvu, ispunjavanju mnogo više pacijentovih i obiteljskih potreba, skraćuje vrijeme boravka u bolnicama, i mnogo je bolja kontrola simptoma bolesti, prvenstveno boli.

Uloga medicinske sestre u multiprofesionalnom timu od izuzetne je važnosti zbog same činjenice da je ona zapravo jedini profesionalac koji ostaje uz pacijenta dvadeset i četiri sata, a samim tim ulazi u njegov intimni prostor i obiteljsko okruženje. Prema definiciji začetnice sestrinstva Virginije Henderson uloga medicinske sestre jest pomagati pojedincu, zdravomu ili bolesnomu, u obavljanju onih aktivnosti koje doprinose zdravlju, oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi obavljao samostalno kad bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje (2). Uloga je medicinske sestre pomagačka, savjetnička, edukativna i promotivna, a same intervencije usmjerene su kontroli boli i drugih neugodnih simptoma koji narušavaju kvalitetu življenja. Zadatci su medicinske sestre da mijenja svijest ljudi, da osvijesti obitelj da omogući bolesniku umiranje u kući, da vrati vjeru u čovjeka i vrijednosti koje su se izgubile (3). Medicinska sestra svojim stavovima, znanjem i kompetencijama aktivni je član palijativnog tima, surađuje s drugim medicinskim sestrama iz zdravstvene njege u kući i patronažom, kao i obiteljskim liječnikom i širom javnošću.

Osim organiziranja sustava palijativne skrbi važan čimbenik u osiguravanju kvalitetne palijativne skrbi jest educirani zdravstveni i nezdravstveni kadar. Edukacija o palijativnoj skrbi razvija se na nekoliko razina. Studiji medicine, sestrinstva, socijalnog rada uveli su edukaciju palijativne skrbi u obliku obveznog ili izbornog predmeta. Medicinski fakultet u Zagrebu, Splitu i Osijeku te Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci i Hrvatsko katoličko sveučilište u Zagrebu imaju uvedene dodatne predmete o palijativnoj skrbi ili tečajeve trajnog usavršavanja za sve profesionalce i volontere koji sudjeluju u palijativnoj skrbi. Farmaceutsko-biokemijski fakultet u Zagrebu uveo je edukaciju u sklopu obveznog predmeta Ljekarnička skrb. Nadalje, organizirane su edukacije o palijativnoj skrbi u obliku radionica, predavanja ili tečajeva u bolnicama, domovima zdravlja, domovima za starije i drugim sličnim ustanovama.

U svrhu standardiziranja edukacija o palijativnoj skrbi u Hrvatskoj pokrenut je postupak izrade programa za edukaciju i klasificiranje kompetencija u palijativnoj skrbi od svih nadležnih strukovnih komora pa tako i Hrvatske komore medicinskih sestara (4).

1.1. Stavovi prema životu i smrti

Kvaliteta palijativne skrbi ponajviše ovisi o našim znanjima, vještinama, ali i stavovima. Biti svjestan svojih stavova o životu i smrti omogućuje bolju skrb i pomoć teško oboljeloj osobi. Period tuđeg umiranja i smrt moramo iskoristiti za razmišljanje o vlastitoj smrti prije nego li nas život s njom suoči (5).

Elisabeth Kübler-Ross u svojoj knjizi tvrdi: „rad s umirućim pacijentima zahtijeva izvrsnu zrelost koja dolazi s iskustvom. Moramo se dobro zagledati u naše vlastito stajalište prema smrti i umiranju prije nego li možemo tiho i bez tjeskobe pred smrtno bolesnog pacijenta (6). Vlastiti stav prema smrti od izuzetne je važnosti za skrb o pacijentu jer ako se ne možemo suočiti sa smrću, ne možemo ni biti od pomoći teško oboljelima. Za nas same vrlo korisno može biti ako period tuđe bolesti i umiranja upotrijebimo za razmišljanje o vlastitoj smrti i time promijenimo vlastite stavove o životu i smrti (7). Danas bježimo od smrti i izbjegavamo razgovore te tako pojačavamo tjeskobu i strah od smrti. Bijeg od smrti može imati korijene u činjenici da se nekada, kad još nisu postojale moderne metode suzbijanja boli, netko u obitelji na samrti jako mučio. Zato je važno pitati bolesnika i članove obitelji kakva su prethodna iskustva sa smrću i kako ona utječu na njihov stav prema smrti. Mi kao zdravstveni djelatnici u svom radu i skrbi za umirućeg pacijenta morali bismo biti vođeni etičkim kodeksom, znanjem, komunikacijskim vještinama, empatijom te si osvijestiti da naša prethodna iskustva s umirućim članom obitelji utječu na naš stav, a samim tim i na naše ponašanje prema palijativnim (umirućim) pacijentima.

Stavovi se definiraju kao trajno, pozitivno ili negativno, vrednovanje ljudi, objekata ili ideja, označavaju trajan odnos prema čemu ili komu što čovjek misli, osjeća i ponaša se u skladu s tim uvjerenjem. Stavovi se formiraju tijekom života na temelju znanja i emocija. Znanje čine informacije, vještine i činjenice koje smo stekli tijekom života obrazovanjem ili osobnim iskustvom. Emocije igraju vrlo važnu ulogu u formiranju stava, pa samim tim i na naše ponašanje prema ljudima ili nekom drugom objektu. Iskustvo sa smrću i umiranjem u vlastitoj obitelji može pomoći u lakšem emotivnom povezivanju s umirućim pacijentom i iskazivanju empatije što u konačnici olakšava sam pristup i skrb prema pacijentu. S druge pak strane negativno iskustvo umiranja kod nekih ljudi dovodi do negativnog stava, izbjegavanja kontakta s umirućim pacijentom što čini veliku barijeru u kvalitetnom zbrinjavanju umirućih pacijenata.

1.2. Organizacijske službe palijativne skrbi

Organizacija službe palijativne skrbi definira se na temelju:

- oblika (mjesta) skrbi (skrb u kući bolesnika, dugotrajno liječenje i smještaj i akutna skrb)
- razine na kojoj se skrb pruža (palijativni pristup, opća ili specijalistička skrb) (4).

Skrb u kući bolesnika preuzima primarna zdravstvena zaštita koju čine:

1. izabrani timove opće/obiteljske medicine
2. djelatnost zdravstvene zaštite djece predškolske dobi
3. patronažna služba
4. zdravstvena njega u kući
5. centri za socijalnu skrb.

Dugotrajno liječenje i dugotrajni smještaj bolesnika pružaju:

1. specijalne bolnice za produženo liječenje
2. stacionari domova zdravlja i stacionari ustanova za zdravstvenu njegu
3. domovi za starije i nemoćne osobe.

Akutna skrb pruža se u akutnim bolnicama i hitnoj medicinskoj službi. Nabrojane službe primjenjuju prvu razinu palijativne skrbi ili palijativni pristup u zbrinjavanju palijativnih pacijenata.

Sustav palijativne skrbi ne uspostavlja se kao novi sustav, već se ustrojava prenamjenom postojećih resursa, osnaživanjem i osposobljavanjem profesionalaca i volontera, postavljanjem novih procedura i standarda rada te formiranjem specijalističkih službi palijativne skrbi.

1.3. Razine palijativne skrbi

Palijativna skrb može se pružati na različitim razinama, a potrebno je osigurati najmanje tri razine:

1. palijativni pristup
2. opća palijativna skrb
3. specijalistička palijativna skrb.

1.3.1. Palijativni pristup

Palijativni pristup omogućava da svi profesionalci budu informirani o postojanju palijativne skrbi, što nudi, koje su dobrobiti, gdje se nalazi, i na koji način ju integrirati u vlastiti rad. Vijeće Europe preporučuje da svi zdravstveni djelatnici pouzdano vladaju osnovnim principima palijativne skrbi i da su je sposobni primjenjivati u praksi. Nadalje, od velike je važnosti upoznati stanovništvo o temeljnim zadaćama palijativne skrbi, a sve s ciljem podizanja znanja i cjelokupne svijesti vezane za zbrinjavanje teško oboljelih pacijenata.

1.3.2. Nespecijalizirana (opća) palijativna skrb

Opća palijativna skrb omogućava integriranje palijativnih metoda i postupaka u okruženjima koja nisu specijalizirana za palijativnu skrb. Tu nisu uključene samo farmakološke i nefarmakološke mjere suzbijanja simptoma, već i komunikacija s pacijentom i obitelji, kao i s drugim zdravstvenim radnicima (8). Službama koje obavljaju ovakav pristup palijativnoj skrbi pripadaju i zdravstvena njega u kući, opća medicinska praksa, domovi za starije i nemoćne osobe, odjeli koji nisu specijalizirani za skrb palijativnih pacijenata, ali često se susreću s njima (odjeli interne medicine, kirurgije i radiologije), psiholozi, socijalni radnici, duhovnici te volonteri (1). U Republici Hrvatskoj najveći dio palijativne skrbi pružaju upravo navedene službe. Pružatelji opće palijativne skrbi nemaju formalnog obrazovanja iz palijativne skrbi, ali posjeduju dovoljno osnovnog znanja za prepoznavanje i rješavanje nekomplikiranih simptoma.

1.3.3. Specijalistička palijativna skrb

Ovaj oblik skrbi pružaju specijalizirane službe pacijentima sa složenim problemima koje nije moguće adekvatno zbrinuti općim pristupom, ali to zahtijeva višu razinu obrazovanja, osoblja i drugih resursa. Usluge službi specijalističke palijativne skrbi moraju pružati profesionalci u palijativi koji su prošli priznatu edukaciju iz specijalističke palijativne skrbi i to im je glavna djelatnost (9). Specijalističku palijativnu skrb provode bolnički timovi palijativne skrbi, koordinator za palijativnu skrb, mobilni palijativni tim, ambulante za bol i palijativnu skrb, kao i drugi dobro educirani nezdravstveni djelatnici.

- Koordinator za palijativnu skrb

Osnovna je zadaća koordinatora za palijativnu skrb da povezuje sve dionike važne za razvoj i pružanje palijativne skrbi u županiji. Koordinator palijativne skrbi jest diplomirana medicinska sestra/magistra sestrinstva, a u slučaju nedostatka kadra prvostupnica sestrinstva s dodatnom edukacijom iz palijativne skrbi. Koordinator nije dio mobilnog palijativnog tima, već je samostalan u svom radu. Koordinator za palijativnu skrb u županiji obavlja sljedeće zadaće:

- koordinira i osnažuje postojeći sustav zdravstvene, socijalne i duhovne skrbi
- koordinira i povezuje djelovanje svih razina sustava zdravstvene zaštite
- koordinira i osnažuje specijalističke službe palijativne skrbi
- vodi registar korisnika palijativne skrbi u županiji
- organizira posudionice pomagala
- koordinira rad i uključuje volontere u sustav palijativne skrbi
- koordinira programe edukacije iz palijativne skrbi
- surađuje s drugim važnim dionicima palijativne skrbi
- informira građane i promiče palijativnu skrb

- Mobilni palijativni tim

Mobilni palijativni tim pruža specijalističku palijativnu skrb pacijentima u njihovu domu kao i podršku članovima obitelji. Palijativni tim ima savjetodavnu ulogu za druge zdravstvene

djelatnike primarne zdravstvene zaštite te u uskoj suradnji s drugim profesionalcima sudjeluje u rješavanju kompleksnih zdravstvenih tegoba (4). Mobilni palijativni tim čine doktor medicine specijalist s dodatnom edukacijom iz palijativne medicine ili doktor medicine s dodatnom edukacijom iz palijativne medicine ili radnim iskustvom u palijativnoj skrbi i dvije prvostupnice sestrištva s dodatnom edukacijom iz palijativne skrbi za rad i 1. i 2. smjeni. Mobilni palijativni tim daje svu potrebnu palijativnu skrb u kući pacijenta: fizičku, psihosocijalnu i duhovnu te prema potrebi uključuje profesionalce drugih struka s dodatnom edukacijom iz palijativne skrbi. Također sudjeluje u preuzimanju pacijenta koji se otpušta iz bolnice u suradnji s bolničkim palijativnim timom, koordinatorom za palijativnu skrb i obiteljskim liječnikom koji liječi pacijenta.

- Stacionarna specijalistička palijativna skrb

Ovaj oblik skrbi omogućuje smještaj bolesnika u ustanovu s ciljem ublažavanja simptoma koji se ne mogu zbrinuti u kući bolesnika, stabilizacije stanja ili pružanja kratkotrajnog odmora za obitelj koja brine o pacijentu. U Republici Hrvatskoj stacionarni oblik skrbi organiziran je kao:

- ustanova za palijativnu skrb (specijalizirana ustanova za pružanje palijativne skrbi)
- odjel palijativne skrbi (poseban odjel u akutnoj bolnici ili bolnici za produženo liječenje)
- palijativne postelje (postelje u akutnim bolnicama, stacionarima domova zdravlja i ustanovama za zdravstvenu njegu koje omogućuju smještaj palijativnog pacijenta).

Profesionalci koji rade u ovim ustanovama moraju biti educirani u domeni specijalističke palijativne skrbi s naglaskom na fizičku, psihosocijalnu i duhovnu skrb. Za adekvatnu skrb u ovim ustanovama osim liječnika i medicinskih sestara/tehničara moraju biti dostupni i socijalni radnici, psiholozi, duhovnici i drugi.

Prema preporukama Europskog udruženja za palijativnu skrb kriterij za procjenu potreba broja palijativnih kreveta jest 80 – 100 na 1 milijun stanovnika. Radi pravilne raspodjele kapaciteta kreveta u svakoj općoj bolnici i kliničkoj ustanovi prenamjenjuje se najmanje 1 % postelja (2 postelje minimum) (4). Zanimljivo je da su neka istraživanja pokazala da samo 10 % ljudi želi umrijeti u bolnici ili domu za starije i nemoćne, a stvarna situacija je takva da čak 80 % pacijenata umire upravo u tim ustanovama (10). Tomu pridonosi modernizacija

života, veća zaposlenost žena i sve veći broj obitelji koje čine roditelji i djeca što za posljedicu ima da sve veći broj starih i nemoćnih živi usamljeno i bez redovitih kontakata s ostatkom obitelji. Sve donedavno u hrvatskom je društvu postojao tip proširene obitelji gdje je u istom domaćinstvu živjelo nekoliko generacija koje su se međusobno potpomagale, djedovi i bake skrbili o unucima, a roditelji djece zauzvrat skrbili o svojim roditeljima u bolesti i nemoći. Na taj način djeca nisu bila isključena iz procesa umiranja člana obitelji i žalovanja nakon smrti. Djecu se na taj način priprema i pomaže im se da promatraju smrt kao sastavi dio života, a to je iskustvo koje im može pomoći da odrastu i sazriju (6). Zato je uspostava sustava palijativne skrbi za zbrinjavanje u kući pacijenta od izuzetnog značaja.

Svaki čovjek ima jednako pravo na dostojanstven život prema svim moralnim, etičkim, socijalnim i društvenim normama od samog rođenja do biološkoga kraja, pa čak i nakon svoje smrti. Prihvatanje smrti kao završetka života pomaže umirućem i njegovoj obitelji koja se mora pomiriti s njegovim gubitkom. Pravo na medicinsku pomoć, pravo na uljudnu bolničku skrb, pravo bolesnika na istinu o vlastitom zdravstvenom stanju, pravo na odgovarajuću terapiju, pravo bolesnika na informaciju o svojoj bolesti na temelju koje će odlučiti i odabrati vrstu terapije te pravo na humani ambijent koji odgovara dostojanstvenom življenju i spokojnom umiranju temeljna su prava svakog pojedinca. Istinitost je glavni preduvjet dobre komunikacije i odnosa povjerenja, a ujedno omogućuje aktivno sudjelovanje u donošenju odluka i planiranju palijativne skrbi s obzirom na želje i potrebe samoga pacijenta (3).

Ostale službe specijalističke skrbi čine bolnički tim za palijativnu skrb, dnevna bolnica i ambulanta za palijativnu medicinu.

1.4. Prepoznavanje palijativnih pacijenata

Osnovna je zadaća palijativne skrbi ublažavanje svih prisutnih simptoma kao posljedica osnovne bolesti u što ranijoj fazi, stoga je što ranije prepoznavanje bolesnika kojima je potrebna palijativna skrb od velikog interesa. Razvojem palijativne medicine i novim spoznajama do kojih se dolazi kliničkim istraživanjima dobiveni su pouzdani i valjani alati procjene koji su izrazito važni u probiru bolesnika kojima je palijativna skrb potrebna. Jedan od takvih alata je SPISCT indikator potreba za palijativnu i suportivnu skrb u kojem postoje jasno definirane prijelomne točke kad je deterioracija zdravlja takva da zahtijeva palijativnu

skrb (11). Sastoji se od uočavanja pogoršanja općih i specifičnih kliničkih pokazatelja zdravlja.

Opći su indikatori pogoršanja zdravlja i napredovanja bolesti sljedeći:

- pogoršanje funkcionalnog statusa (više od 50 % vremena provodi u krevetu ili na stolici)
- ovisnost o pomoći drugih za provođenje njege zbog fizičkih ili psihičkih ograničenja
- dvije ili više neplaniranih hospitalizacija u posljednjih 6 mjeseci
- gubitak tjelesne težine (5 do 10 %) u posljednjih 3 do 6 mjeseci i /ili BMI <20,
- uporni teški simptomi unatoč optimalnom liječenju uzročnih stanja
- zahtjev pacijenta da prekine liječenja i/ili traži potporu i palijativnu skrb (11).

Za procjenu funkcionalnog statusa koristi se ECOG numerirana ljestvica kojom se opisuje razina pacijentova funkcioniranja i sposobnosti da se brine o sebi, obavlja dnevne aktivnosti. Bodovanje se vrši ocjenama od 0 do 5, gdje 0 označava potpunu fizičku aktivnost, 4 potpunu nesposobnost brige o sebi ležeći u krevetu sve vrijeme, a 5 označava smrt (11). Ako uočimo pogoršanje stanja u dva ili više pokazatelja, pacijent je kandidat za suportivnu i palijativnu skrb.

Uz ove opće pokazatelje potrebno je promatrati i specifične kliničke pokazatelje koji se očekuju ovisno o kojoj se osnovnoj bolesti radi. Za to je potrebno poznavati povijest bolesti te uočiti simptome i njihovo pogoršanje ovisno o tome radi li se kardiovaskularnoj, neurološkoj, bubrežnoj, respiratornoj, jetrenoj bolesti ili pak o onkološkom bolesniku ili bolesniku s demencijom. Kod ovih bolesti potrebno je uočiti barem jedan klinički pokazatelj teškog pogoršanja zdravlja koji su indikatori potrebne palijativne skrbi. Važno je naglasiti da SPICT indikatori nisu strukturirani i nemaju prognostičku vrijednost, što će reći da upotreba SPICT indikatora omogućava prepoznavanje pacijenata s pogoršanjem općih i specifičnih kliničkih stanja, a za koja se vjeruje da će dovesti do potrebe za palijativom skrbi. U palijativnim krugovima prisutna je metoda brzog probira koja nije općeprihvaćena, a naziva se „pitanje iznenađenja“ i glasi: „Biste li bili iznenađeni da osoba umre u narednih 6 do 12 mjeseci?“ Opasnost koju ovo pitanje nosi u eventualnom probiru pacijenata za palijativnu skrb jest prognostička paraliza, odnosno opasnost da se primjena palijativne skrbi neutemeljeno odgodi. Nakon probira bolesnika kojima je potrebna suportivna i palijativna

skrb, ili će ubrzo biti potrebna, nužno je revidirati postojeću terapiju, definirati buduće ciljeve za očuvanje kvalitete života te planirati skrb za bolesnika i obitelj.

Osnovni problem zdravstvenog sustava u Hrvatskoj bio je upravo neprepoznavanje pacijenata kojima je suportivna i palijativna skrb potrebna. U međunarodnoj klasifikaciji bolesti ICD-10 postoji šifra dijagnoze palijativne skrbi Z51.5, no zbog nerazvijenosti palijativne mreže i znanja o palijativnoj skrbi ta dijagnoza gotovo da se nije mogla naći u povijesti bolesti pacijenata. Iz medicinske dokumentacije hitne medicinske službe u 2015. godini nije evidentirana nijedna dijagnoza palijativne skrbi (Z51.5), a u 2017. godini tek 5 slučajeva.

Primjenom spomenute dijagnoze, razvijanjem palijativne mreže i dobrom koordinacijom svih sudionika zdravstvene zaštite osigurala se bolja kvaliteta palijativne skrbi u Hrvatskoj. Podatci pokazuju da je u 2005. godini palijativnu skrb primilo 447 pacijenata, naspram 7290 pacijenata 2014. godine. Nadalje, od 8 pacijenata u 2005. godini koji su primili bolničku palijativnu skrb broj je porastao na 1821 pacijenta u 2014. godini (4). Ovi podatci ne govore o tome da se broj palijativnih pacijenata znatno povećao proteklih godina, nego da su u većoj mjeri oboljeli pacijenti prepoznati kao palijativni. Ministarstvo zdravstva donijelo je odluku o provođenju Nacionalne strategije razvoja palijativne skrbi čime je omogućeno uvođenje standardiziranog puta pružanja palijativne skrbi zajedno s dijagnozom Z51.5 prema 10. izdanju Međunarodne klasifikaciji bolesti. Tako se omogućuje da pacijent više neće biti otpušten iz bolnice, a da nije preusmjeren na županijski koordinacijski centar za palijativnu skrb koji će koordinirati daljnju skrb u sva tri sektora zdravstva (opća kućna njega, timovi palijativne skrbi i bolničko liječenje). Odgovornost svakog osnovanog koordinacijskog centra jest osiguravanje vertikalne i horizontalne suradnje na županijskoj i nacionalnoj razini (12).

Napredovanjem bolesti i sve češćim i izraženijim simptomima koji narušavaju kvalitetu života raste i potreba za palijativnom skrbi. Odnos kurativne i palijativne medicine u procesu liječenja pacijenta slikovito je prikazan ravnom dijagonalnom crtom (13). U trenutku postavljanja dijagnoze uloga je kurativne medicine od velikog značaja, no daljnjim napredovanjem bolesti značaj kurativne skrbi smanjuje se, a proporcionalno se povećava uloga palijativne skrbi. Kad se na osnovi pogoršanja zdravstvenog stanja i funkcionalne sposobnosti procijeni da će smrt nastupiti unutar 6 mjeseci, provodi se isključivo samo palijativna skrb s ciljem kontrole svih prisutnih simptoma i očuvanja što bolje kvalitete života. Valja ponovo napomenuti da palijativna skrb ne uključuje samo bolesnika, već i njegovu obitelj od trenutka postavljanja dijagnoze pa sve do smrti i nakon nje, u procesu žalovanja.

1.5. Javnozdravstvena procjena potreba za palijativnom skrbi

Palijativnu skrb potrebno je osigurati svim pacijentima koji boluju od neizlječivih bolesti, a ne samo onkološkim bolesnicima kao što to većina ljudi misli. Svjetska zdravstvena organizacija procjenjuje da u Europi u svakom trenutku ima više od 320.000 onkoloških i 285.000 neonkoloških pacijenata kojima je potrebna palijativna skrb (8). Prema podacima Europskog udruženja za palijativnu skrb potrebu za nekim oblikom skrbi ima između 50 % do 89 % svih umirućih pacijenata, što bi u Republici Hrvatskoj bilo od 26.000 do 46.000 pacijenata godišnje. Procjenjuje se da najmanje 20 % pacijenata oboljelih od malignih bolesti i 5 % neonkoloških pacijenata zahtijeva specijalističku palijativnu skrb u posljednjih godinu dana života (4). Od ukupnog broja pacijenata kojima se dosad pružala palijativna skrb, 95 % čine onkološki pacijenti (8). Nizak postotak neonkoloških pacijenata ovisi o većim preprekama koje tim pacijentima onemogućuje pristup palijativnoj skrbi.

Prevalencija tjelesnih simptoma, psiholoških, socijalnih i duhovnih potreba jednako je česta kod pacijenata s kroničnim neurološkim, kardiološkim, cerebrovaskularnim, plućnim i bubrežnim bolestima ili pak AIDS-om (8). Težnja je Europske unije da svi pacijenti imaju jednake mogućnosti pristupa palijativnoj skrbi čime bi se sam postotak neonkoloških pacijenata povećao s 5 % na 40 %, a udio onkoloških bio bi oko 60 %.

Tablica 1. Prikaz pojavnosti simptoma kod onkoloških i kardioloških bolesnika

<i>SIMPTOMI</i>	<i>ONKOLOŠKI BOLESNICI</i> (%)	<i>KARDIOLOŠKI BOLESNICI</i> (%)
BOL	75	78
POTEŠKOĆE U DISANJU	40	61
KAHEKSIJA	75	43
KONSTIPACIJA	75	37
	45	32
POVRAĆANJE		
DIJAREJA	5	-
	45	59
KONVULZIJE		

Đorđević V, Braš M, Brajković L. Osnove palijativne skrbi, Zagreb: Medicinska naklada; 2013.

1.5.1. Javnozdravstvena procjena potreba za palijativnom skrbi u Varaždinskoj županiji

Prema popisu stanovništva iz 2011. godine Varaždinska županija imala je 175.951 stanovnika, 85.645 muškaraca (48,68 %) i 90.306 žena (51,32 %). To je 4,11 % ukupnog stanovništva Hrvatske. Varaždinska županija jedna je od najgušće naseljenih županija u Republici Hrvatskoj, a unatrag 20 godina broj živorođenih stalno se smanjuje (14).

Jedan od bitnih pokazatelja koji upućuje na mogući porast broja bolesnika kojima je potrebna palijativna skrb stalni je porast stanovnika starije dobi u populaciji, kod kojih je učestalost bolesti i stanja koja mogu dovesti do potrebe za palijativnom skrbi značajno veća nego kod mlađih dobnih skupina. Struktura stanovništva prema Popisu 2011. godine pokazuje da je stanovništvo Varaždinske županije u trendu progresivnog starenja s obzirom na to da je udio starijih od 65 godina dosegao 16,8 % (1971. godine 9,5 %), a mlađih od 14 godina smanjen je na 15,4 % (1971. godine 24,3 %). Trend starenja stanovništva posebice je vidljiv u proteklih 20 godina. Tako je 1991. godine ukupan broj osoba starijih od 65 godina bio 22.333, a 2011. godine 29.622 što predstavlja povećanje za 7.291 osobu (14).

Prema dostupnim podacima iz Popisa 2011. godine u Varaždinskoj županiji živjelo je 175.951, a 1991. godine 187.343 stanovnika što pokazuje smanjenje ukupnog stanovništva u proteklih 20 godina za 11.392 (14).

Na području Varaždinske županije u razdoblju od 2012. do 2016. godine umrlo je 11 048 osoba, od čega 4 275 osoba kojima je bila potrebna palijativna skrb prema minimalnoj procjeni potreba za palijativnu skrb (14). Za procjenu minimalne potrebe za palijativnom skrbi u obzir se uzima 10 grupa bolesti: novotvorine, srčana insuficijencija, zatajenje bubrega i jetre, kronična opstruktivna plućna bolesti, bolest motornih neurona/amiotrofična lateralna skleroza, Parkinsonova bolest, Alzheimerova bolest, Huntingtonova bolest i AIDS/HIV.

Osim minimalne procjene za palijativnu skrb postoji i srednja razina potreba u koju su uključene osobe koje su hospitalizirane u posljednjih 12 mjeseci života i kojima osnovni uzrok smrti u smrtovnici odgovara glavnoj ili sekundarnoj dijagnozi podataka o morbiditetu za prijem u zadnjoj godini života, kao i maksimalna razina procjene koja uključuje sve smrti osim smrti uzrokovane tijekom trudnoće, poroda, babinja ili perinatalnog razdoblja i smrti uzrokovane trovanjem, traumom i drugim vanjskim utjecajima.

Tablica 2. Umrli prema dijagnozama minimalne procjene za palijativnu skrb u Varaždinskoj županiji 2012. – 2016. godine

Skupine/grupe bolesti	Godina					ukupno
	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.	
Novotvorine (C 00-D 48)	571	575	570	620	566	2.902
Insuficijencija srca (I 11, I 13, I 50)	108	98	81	131	127	545
Bubrežna insuficijencija (N 10, N 11, N 12, N 13, N 18)	15	6	4	20	27	72
Zatajenje jetre (K 70, K 71, K 72)	80	76	56	48	55	315
Kronična opstrukt. plućna bolest (J 40- J 44)	63	71	66	86	66	352
Spinalna mišićna atrofija i sindr. u vezi s njom (G 12)	3	0	2	1	1	7
Parkinsonova bolest (G 20)	12	9	12	11	6	50
Alzheimerova bolest (G 30)	5	5	10	6	6	32
Sveukupno:	857	840	801	923	854	4.275

Izvor: HZZJZ Varaždinske županije

1.6. Izvanbolnička hitna medicinska služba i palijativni pacijenti

Izvanbolnička hitna medicinska služba dio je primarne zdravstvene zaštite, a mrežu HMS-a čine regionalni (županijski) zavodi. Zavod za hitnu medicinu Varaždinske županije s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje ima ugovoreni dvadeset i pet timova T1 koje čine liječnik, medicinska sestra/tehničar i vozač. Timovi djeluju na četiri različite lokacije unutar Varaždinske županije i to deset timova T1 u Varaždinu, i po pet timova T1 u Ivancu, Novom Marofu i Ludbregu. Osim obavljanja intervencija u kući bolesnika ili na javnom prostoru velik dio obavljenih pregleda i pruženih zdravstvenih usluga djelatnici hitne medicinske službe provode u prostorima za reanimaciju.

U tablici je prikazan ukupan broj zbrinutih pacijenata u Zavodu za hitnu medicinu Varaždinske županije s osnovnom ili dopunskom dijagnozom maligne bolesti prema 10. međunarodnoj klasifikaciji bolesti (C00-C97). U obzir su uzeti podatci iz 2015. godine, kao zadnje godine prije uspostave palijativne mreže i ustrojstva koordinatora palijativne skrbi u Varaždinskoj županiji, i 2017. godine s jednogodišnjim djelovanjem palijativne mreže ustrojene prema Nacionalnim smjernicama razvoja palijativne mreže Republike Hrvatske. Iz podataka je vidljiv pad broja pacijenata s malignom bolesti zbrinutih u hitnoj medicinskoj

službi. U padu je i postotak upućenih pacijenata na bolničko liječenje, kao i broj hitnih pacijenata koji zahtijevaju hitno zbrinjavanje. Možemo pretpostaviti da su ustrojstvom palijativne mreže u Varaždinskoj županiji pacijenti koji boluju od maligne bolesti i njihove obitelji u većoj mjeri upoznati s bolešću, znaju što mogu očekivati s napredovanjem bolesti i komu se obratiti te naposljetku bolja je i kontrola simptoma, a samim tim bolja kvaliteta života. No, za bilo kakve utemeljene zaključke o boljoj palijativnoj skrbi pacijenata u Varaždinskoj županiji potrebno je provesti istraživanja kojima bi se dao odgovor na ove pretpostavke.

Tablica 3. Broj zbrinutih pacijenata u Zavodu za hitnu medicinu Varaždinske županije prema minimalnoj procjeni potreba za palijativnom skrbi prema ICD-10 od C00 do C97

	Godina	Varaždin	Novi Marof	Ludbreg	Ivanec	UKUPNO
Broj pacijenata (c00-c97)	2015. g	160	47	31	113	351 (333)
	2017. g	155	39	51	36	281 (267)
Broj hitnih pacijenata	2015. g	34	4	5	18	61
	2017. g	19	1	5	5	30
Upućeni u bolnicu	2015.g	59	15	13	29	116
	2017.g	43	12	10	7	72
Pregled u ambulanti	2015.g	19	15	10	51	95
	2017.g	4	6	11	6	27
Pregled u kući pacijenta	2015.g	141	32	21	62	256
	2017.g	151	33	40	30	254

Većina umirućih pacijenata u zadnjim danima života ima slične simptome koje možemo podijeliti u tri faze:

1. **Rana faza** – nepokretnost, gubitak zanimanja i/ili sposobnosti za pijenje/jedenje
2. **Srednja faza** – pad mentalnog statusa, pospanost, smrtni hropac (nakupljeni oralni sekret koji pacijent zbog gubitka refleksa gutanja ne može sam očistiti)
3. **Kasna faza** – koma, febrilitet (aspiracijska pneumonija), promijenjen obrazac disanja, mramorizirani ekstremiteti.

Vremenski period prolaska kroz ove faze može trajati od 24 sata do duže od 14 dana, a ovisi o psihofizičkom stanju bolesnika (bolesnici dobrog nutritivnog statusa poživje dulje od kahektičnih onkoloških bolesnika) (13).

1.7. Hitna stanja kod palijativnog pacijenta

Hitna stanja u palijativnoj skrbi definiramo kao svaki akutni potencijalno smrtonosni događaj ili stanje koje može ugroziti život bolesnika, neovisno o tome je li izazvano osnovnom bolešću ili nekom od kroničnih bolesti koju palijativni bolesnik ima. Važno je imati na umu slijed nepovratnih događanja i nije uvijek potrebno intenzivno zbrinjavanje agresivnim invazivnim metodama dijagnostike i liječenja. Treba razlikovati hitna stanja koja mogu ugroziti život ili njegovu postojeću kvalitetu od stanja koja su komplikacija osnovne bolesti ili ostalih kroničnih bolesti, a uz koje pacijent može i dalje u većoj ili manjoj mjeri kvalitetno živjeti (15).

Tablica 4. Podjela hitnih stanja prikazana redoslijedom hitnosti prema Hrvatskom indeksu prijave hitnog poziva

HITNA STANJA	
Poremećaji krvožilnog sustava	Krvarenje Plućna embolija Duboka venska tromboza Sindrom gornje šuplje vene
Mehaničke opstrukcije i opstruktivni poremećaji	Tamponada perikarda i perikardijalni izljev Kompresija kralježničke moždine Kompresije mozga Opstrukcija velikih dišnih putova Opstrukcija urotrakta Opstrukcija gastrointestinalnog sustava Prijeteće frakture kostiju
Metabolički poremećaji	Hiperkalcemija Hiprekalijemija Hipoglikemija Sindrom lize tumora
Ijatrogeni poremećaji	Postradijacijske promjene tkiva i organa

	Ekstravazacija citostatika
Psihički i neurološki poremećaji	Depresija uz suicidalnost Psihotične promjene Konvulzije Nekontrolirana bol

Svako hitno stanje zahtijeva hitni pristup i intervenciju zbog opasnosti od ugroze života. Posebno treba obratiti pozornost da se svako pogoršanje kronične bolesti ne proglasi hitnim stanjem. Članovi obitelji trebaju biti poučeni o simptomima i mogućim utjecajima čimbenika koji najavljuju moguće pogoršanje bolesti, a koje se može pretvoriti u hitno stanje. Važno je ocijeniti i dobro procijeniti mogućnosti intervencije u kući, potrebu za prijevozom u bolnicu uz procjenu opasnosti od samog prijevoza te njegova trajanja jer neka se stanja ili opće stanje pacijenta neće nimalo poboljšati, a može se i pogoršati.

1.7.1. Bol

Bol je fiziološki odgovor na kemijski, temperaturni ili mehanički podražaj živčanih završetaka koji prenose bolne signale. Bol je ono što pacijent kaže da boli (1). Bol je subjektivan osjećaj te je stoga teško procijeniti njegov intenzitet. Jačina boli ovisi o pragu boli, podnošljivosti boli, podrijetlu boli te emocionalnim, društvenim, kulturnim i vjerskim razlozima. Razlikujemo akutnu bol koja je trenutna, nastaje iznenada, lako ju je lokalizirati i dobro odgovara na analgetsku terapiju te kroničnu bol koja traje danima, tjednima pa čak i godinama, a liječenje je teže i dugotrajnije. Bol se kod 20 do 50 % pacijenata koji boluju od karcinoma javlja u početnom stadiju bolesti, a u više od 75 % pacijenata s daljnjim napredovanjem bolesti (1).

Preduvjet za kvalitetno liječenje boli jest dobro informirani i educirani pacijent i/ili obitelj s kojima se postavlja cilj i svrha liječenja boli. Za procjenu intenziteta boli primjenjuje se vizualno-analognu skalu odobrenu od Svjetske zdravstvene organizacije prema kojoj se bol dijeli na blagu, srednju i jaku. Nakon procjene intenziteta boli, lokalizacije, vremena pojavljivanja pristupa se planiranju analgetske terapije. Iskustva liječenja zloćudne boli pokazuju da se karcinomska bol može uspješno liječiti u oko 80 do 90 % pacijenata primjenom lijekova per os (1). Terapija boli mora biti kontinuirana, provedena u određene

sate, preventivna te primijenjena već kod nižeg intenziteta boli kako se ne bi razvila jača bol s posljedicama (1).

Tijekom davanja analgetske terapije moramo se pridržavati sljedećih principa:

- peroralna primjena kad god je moguće
- u točno određeno vrijeme, a ne prema potrebi
- u odgovarajućim dozama
- individualno planiranje za svakog pacijenta i titriranje terapije do optimalnog učinka
- cilj je intenzitet boli 3 ili manje na VAS skali.

Za planiranje analgetske terapije koristi se trostupanjska analgo ljestvica Svjetske zdravstvene organizacije. Kod slabe boli treba primijeniti neopioidne lijekove uz titraciju na individualnoj bazi, kod srednje jake boli primijeniti niske doze opioidnih lijekova u kombinaciji s neopioidnim analgetikom, a kod jake boli dati jak opioid u većim dozama, neopioidni analgetik te prema potrebi neku drugu adjuvantnu terapiju (1).

Neopioidne analgetike bira se za početak liječenja slabe boli, a ukoliko ne dođe do poboljšanja, izbjegava se kombinirati dva različita lijeka iz ove skupine.

Tablica 5. Popis neopioidnih lijekova i njihove doze (13).

Lijek	Pojedinačna doza (mg)	Interval primjene	Put primjene	Maksimalna dnevna doza (mg)
Paracetamol	500 – 1000	4 – 6 h	O - P	4000
Acetilsalicilat	500 – 1000	4 – 6 h	O	4000
Ibuprofen	200 – 600	4 – 6 h	O	2400
Diklofenak	50 – 100	6 – 12 h	O - R - P	200
Ketoprofen	50 – 100	4 – 6 h	O - R - P	300
O - oralno, R - rektalno, P - parenteralno				

Nacionalne smjernice za rad izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe s pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb, Zagreb: Hrvatski zavod za hitnu medicinu; 2015.

Kod srednje jake i jake boli u analgetske svrhe koriste se opioidna sredstva koje s obzirom na jačinu analgetskog učinka dijelimo na blage opioide (tramadol, kodein) i jake opioide (morfin,

metadon, oksikodon, fentanil). S obzirom na duljinu trajanja analgetskog učinka postoje preparati s neposrednim opuštanjem i trajanjem oko 4 sata te preparati s kontinuiranim otpuštanjem i djelovanjem 12 – 24 sata za peroralne pripravke i 72 – 96 sati za transdermalne pripravke, a koji se koriste kao terapija održavanja. Za uvođenje i određivanje ukupne dnevne doze opioidnog analgetika koriste se lijekovi s neposrednim otpuštanjem koji se primjenjuju svaka 4 sata. Ukoliko se bol pojavi prije sljedeće primjene analgetske terapije, takozvana probijajuća bol, primjenjuje se dodatna doza analgetskog pripravka. Ukoliko je potrebno dati pacijentu dvije ili više doza za probijajuću bol tijekom 24 sata, potrebno je razmotriti povećanje redovne doze morfina (16). Nakon 24 do 48 sata procjenjuje se ukupna doza dana pacijentu koja je dostatna za zadovoljavajuću 24-satnu analgeziju. Nakon procjene ukupne i zadovoljavajuće doze opioida umjesto preparata s neposrednim otpuštanjem koristimo opioide s kontinuiranim otpuštanjem i njihovom primjenom svakih 12 sati ili pak svaka 3-4 dana u slučaju transdermalnih flastera. Preferirani način primjene analgetske terapije jest enteralni put (peroralno ili rektalno) sve dok to pacijentovo zdravstveno stanje dozvoljava, u suprotnome primjenjujemo parenteralni način pri čemu supkutani način ima prednost zbog jednostavnije primjene i manje bolnosti za pacijenta. Važno je naglasiti da se doza lijeka prilagođava načinu primjene i to u omjeru 1:2 ili 1:3 (1). Iz toga proizlazi da je doza koja se primjenjuje oralno ili rektalno 2-3 puta veća od doze koja se primjenjuje u supkutanoj injekciji. Za bolesnike koji dobivaju morfin ili neki drugi opioidni analgetik svaka 4 sata, dvostruka doza prije spavanja jednostavan je i učinkovit način da se izbjegne buđenje zbog boli (1).

Tablica. 6 Opioidi s obzirom na duljinu trajanja analgetskog učinka (13).

<i>Blagi opioidi s neposrednim otpuštanjem</i>			
Lijek	Preparat	Oralni oblik (mg)	Parenteralni oblik (mg)
Kodein	Codeini phosphatis	10	—
Tramadol*	Tramal, Tramadol, Lumidol, Protradon	50	50,100
<i>Blagi opioidi s kontinuiranim otpuštanjem</i>			
Lijek	Preparat	Oralni oblik (mg)	Parenteralni oblik (mg)

Tramadol	Tramal retard,, Tramadol retard, Tramudin retard, Tramacur,, Tramador retard, Lumidol retard,, Tramadol Farmal,	100, 150, 200	—
* postoji i u obliku kapi te supozitorija			

Nacionalne smjernice za rad izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe s pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb, Zagreb: Hrvatski zavod za hitnu medicinu; 2015.

Transdermalni pripravci (fentanil) učinkovita su alternativa oralnom morfinu i supkutanim medikamentnim infuzijama. Učinak se razvija 8 do 16 sati nakon primjene, a nakon uklanjanja flastera koncentracija u serumu pada za 50 % nakon 16 sati (1). Važno je naglasiti da transdermalni pripravci imaju prednost u pacijenata čija je analgetska terapija učinkovita, no u slučaju čestih probijajućih boli njihova primjena može zakomplicirati planiranje analgetske terapije.

Tablica 7. Jaki opioidni analgetici (13).

<i>Preparati s neposrednim otpuštanjem</i>			
Lijek	Preparat	Oralna oblik (mg)	Parenteralni oblik (mg)
Morfin-sulfat	Sevredol	10,20	—
Morfin-hidroklorid	Morphini hydrochloridum	—	4,20
Metadon	Heptanon	5	10
Buprenorfin	Subutex (zasad nije registriran za liječenje boli)	0.4, 2, 8 (lingvate)	—
Pentazocin (ne preporuča se)	Fortral	50	30
<i>Preparati s kontinuiranim otpuštanjem</i>			

Lijek	Preparat	Oralna oblik (mg)	Parenteralni oblik (mg)
Morfin-sulfat	MST Continus	10,30,60,100	—
Oksikodon	OxyContin	10,20	—
<i>Preparati s kontinuiranim otpuštanjem – transdermalni preparati</i>			
Lijek	Preparat	Transdermalni oblik (µg/h)	
Fentanil	Durogesic TTS	12, 25, 50, 75, 100	
	Fentanil M Lek	25, 50, 100	
	Fentagesic	25, 50, 100	
	Matrifen	12, 25, 50, 75, 100	
Buprenorfin	Transtec	35, 52.5, 70	

Nacionalne smjernice za rad izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe s pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb, Zagreb: Hrvatski zavod za hitnu medicinu; 2015.

Probijajuća bol svaka je bol koja se pojavi unatoč kontinuiranoj analgetskoj terapiji. Liječenje takve boli provodi se davanjem jedne doze istog opioida koji se primjenjuje u kontinuiranoj terapiji, ali se primjenjuje kratkodjelujući preparat s neposrednim otpuštanjem. Dobra alternativa je i doza neopioidnog analgetika. Ukoliko se dodatna terapija mora uzeti češće od dva puta na dan, dozu bazalnog analgetika treba povećati za onoliko koliko ga je korišteno za kupiranje probijajuće boli (13). U slučaju korištenja transdermalnog pripravka fentanila za liječenje probadajuće boli koristi se kratkodjelujući preparat nekog drugog opioida (morfin) ili neopioidni analgetik. Korištenjem transdermalnog pripravka buprenorfina za liječenje probijajuće boli koristi se jedino neopioidni analgetik jer se s obzirom na mehanizam djelovanja buprenorfin ne može kombinirati s drugim opioidnim analgeticima.

Važno je napomenuti da se pacijentima koji se nalaze na terapiji opioida kao preventivna terapija propisuje laksativna terapija s ciljem sprečavanja opstipacije te antiemetici radi sprečavanja mučnine i povraćanja. Također važno je voditi računa o prisutnoj bubrežnoj insuficijenciji koja dovodi do akumulacije lijeka u organizmu pacijenta i neželjenih posljedica, što posebno vrijedi za primjenu morfina (16).

U liječenju zloćudne boli primjenjuju se i druge nefarmakološke metode liječenja kao psihosocijalne intervencije, kognitivno-bihevioralna terapija, hipnoza, kemoterapija i radioterapija u svrhu smanjenja tumora, fizikalna terapija te kirurški i nekirurški postupci (1).

1.7.2. Krvarenja

Krvarenje je rezultat uznapredovale maligne bolesti s posljedičnom erozijom veće arterije. Klinički značajno krvarenje javlja se u 6 % do 10% pacijenata za koje je ovo stanje izuzetno neugodno (13). Krvarenja također mogu biti posljedica disfunkcije koštane srži, komplikacije antikoagulansa, različitih tromboembolijskih fenomena ili pak posljedica oštećenja sluznica uslijed uzimanja nesteroidnih antireumatika i steroida te trombocitopenije uslijed kemoterapije.

Važno je procijeniti izgled pacijenta za preživljavanjem, a u slučaju da je procjena loša, dati obitelji kvalitetne informacije, podršku, pokazati empatiju te ponuditi postupke za ublažavanje patnje pacijentu kao bolji izbor od samog transporta u bolničku ustanovu. Kad se utvrdi opasnost od dugog i obilnog krvarenja koje će sigurno uzrokovati smrt, potrebno je dogovoriti terminalnu sedaciju kojoj je cilj poštediti pacijenta patnje koju uzrokuje razvoj hipovolemijskog šoka. Terminalna sedacija provodi se s 10 mg morfina i 10 mg midazolama kod bolesnika koji nisu na opioidima, odnosno kod pacijenata koji uzimaju opioide u stalnoj terapiji primjenjuje se postojeći opioid u dva puta većoj dozi od doze za probijajuću bol u kombinaciji s 10 mg midazolama. Pripremljena otopina daje se po 2 ml svakih 5 do 10 min, do ublažavanja patnje (13). Važna je napomena da je potrebno ostati uz pacijenta do smrti koja nerijetko uslijed obilnih krvarenja nastupa vrlo brzo. Važno je objasniti obitelji i pacijentu da je svrha i cilj sedacije pacijenta sprečavanje patnje koju hipovolemijski šok izaziva, a ne da se uzrokuje ili ubrza smrt. Važan aspekt o kojem djelatnici hitne medicinske službe u ovom trenutku moraju razmišljati jest psihoemocionalno stanje obitelji zbog čega je podrška i empatija od izuzetne važnosti.

1.7.3. Dispneja (zaduha)

Dispneja se definira kao neugodan osjećaj nedostatka zraka koji dovodi do nemira i tjeskobe bolesnika, a i okoline oko njega. Dispneja je jedan od najčešćih simptoma karcinoma pluća s incidencijom od 15 % kod postavljanja dijagnoze, preko 65 % u završnoj fazi bolesti, a u zadnjim danima života pojavljuje se u 85 % pacijenata (1). Medicinski djelatnici hitne medicinske službe moraju biti svjesni da je dispneja česti simptom plućnih onkoloških bolesnika, no mora se voditi računa o tijeku nastanka same dispneje. Dispneja, koja nastaje naglo i ima akutni tijek, uzrokovana je akutnim stanjima poput plućne embolije, pneumotoraksa, bronhospazma, akutnim infarktom miokarda, udisanjem toksina ili gušenjem

stranim tijelom. Dispneja koja se razvija postupno tjednima ili mjesecima najčešće je posljedica rasta primarnog ili sekundarnog intrabronhalnog tumora, anemije, kronične opstruktivne bolesti, sindroma gornje šuplje vene i posljedične insuficijencije srca. U slučaju da je do otežanog disanja došlo naglo, treba nastojati otkriti uzrok i pomoći u liječenju novonastalog stanja. U većini slučajeva radi se o progresivnom pogoršanju dispneje kao simptoma osnovne bolesti kad izlaganje pacijenta medicinskim zahvatima nema svrhe. U tom slučaju primjenjujemo farmakološke i nefarmakološke postupke s ciljem olakšavanja dispneje. Farmakološke mjere podrazumijevaju primjenu lijekova poput opioida, kisika, bronhodilatatora, antitusika i kortikosteroida (11).

1.7.4. Konvulzije kod palijativnih pacijenata

Konvulzije se kod palijativnih bolesnika javljaju upravo zbog primarnog ili sekundarnog metastatskog tumora mozga, moždanog udara, metaboličkih uzroka poput hipoglikemije. Prihvaćen je stav da se u bolesnika koji nikad nisu imali konvulzije, antiepileptici ne uvode u terapiju, a kod pacijenata s prethodnim konvulzijama njihova primjena opravdana je i dalje (11). Najčešći je način primjene antiepileptika enteralnim putem, a napredovanjem bolesti i gubitkom refleksa gutanja terapija se primjenjuje rektalnim putem. U slučaju akutnih konvulzija u trajanju duljem od dvije minute i statusu epilepticus kao lijek bira se diazepam primijenjen rektalno u dozi od 0,2 mg/kg ili 10-20 mg. Rektalni način davanja lijeka adekvatan je za primjenu od strane obitelji zbog jednostavnosti primjene (13). Djelatnici hitne medicinske službe na raspolaganju imaju diazepam koji se primjenjuje intravenskim putem početnom dozom od 10 mg, a u slučaju nemogućnosti otvaranja intravenskog puta primjenjuje se intramuskularnim injekcijama. Korisno je znati podatak da, u slučaju tvrdokornih konvulzija kod bolesnika s vrlo kratkom prognozom života, možemo koristiti entiepileptički sedativ midazolam s ciljem sedacije pacijenta.

1.7.5. Kompresije kralježnične moždine

Kompresija kralježnične moždine spada u hitna stanja koja traže brzo liječenje unutar 48 sata od nastalog neurološkog oštećenja. Pojavnost ovog stanja najčešće je u oboljelih od tumora pluća, dojke i prostate. Kompresija je najčešće rezultat širenja metastaza iz kralježaka u

epiduralni prostor. Prvi simptom koji se pojavljuje bol je u leđima s tendencijom pojačavanja pri kašlju, tjelesnoj aktivnosti ili ležanju na ravnoj podlozi, a ukazuje na zahvaćenost korjenova pojedinih živaca sa širenjem u noge ili preko abdomena i prsnog koša u obliku pečenja, trnjenja ili probadanja (16). Nakon toga se počinju pojavljivati neurološki simptomi poput ukočenosti ili slabosti nogu, poremećaja refleksa i gubitka kontrole sfinktera MMM. Poteškoće s inkontinencijom mokraće i stolice kasniji su simptomi. Hitno liječenje uključuje primjenu kortikosteroida i radioterapije što je ranije moguće. Dexamethason 10 mg daje se odmah intravenski, a nastavlja se s dozom od 16 mg dnevno enteralno s ciljem da se smanji spinalni edem (11). Kirurško liječenje ovisi o samoj lokalizaciji kompresije moždine tumorom, a cilj je ispraviti nastali deformitet istežanjem kralježnice i napinjanjem mlitavih ligamenata.

1.7.6. Opstrukcija gornje šuplje vene

Opstrukcija gornje šuplje vene subakutno stanje je jer se razvija sporo, a ugrožava život pacijenta. Kao i kod kompresije kralježnične moždine izaziva ju kompresija maligne tvorbe. Zbog sporijeg tijeka razvoja pacijenti se obično javljaju liječniku u uznapređevaloj fazi s opstrukcijom dušnika ili edema mozga s posljedičnom glavoboljom, vrtoglavicom, promjenom vidnog polja, oticanjem lica, vrata i udova (16). Hitno zbrinjavanje podrazumijeva stavljanje bolesnika u visoki položaj, primjenu kisika i primjenu diuretika i visoke doze kortikosteroida intravenoznim putem (fursemid 80 mg i dexamethason 20 mg). Bolesnici u ovom stadiju imaju uglavnom lošu prognozu, a primjena i uspješnost radioterapije upitna je. Poboljšanje stanja očekuje se unutar 72 sata liječenja i život se može produljiti za nekoliko mjeseci.

Hitne intervencije u palijativnoj medicini vrlo su rijetke, međutim, brzo prepoznavanje i ispravan postupak mogu umnogome umanjiti neugodan dojam kod bolesnika i kod obitelji.

2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Glavni cilj istraživanja:

Utvrđiti mišljenja djelatnika Hitne medicinske službe o palijativnim pacijentima te ustanoviti utječe li mišljenje (stav) o palijativnim pacijentima na kvalitetu pružene zdravstvene skrbi u vanbolničkoj hitnoj medicinskoj službi.

1. Utvrđiti utječe li razlika u stupnju obrazovanja na razlike u mišljenjima o palijativnim pacijentima.
2. Utvrđiti postoje li razlike u mišljenjima o palijativnim pacijentima između osoba koje imaju osobno iskustvo s palijativnim pacijentom iz uže okoline i onih koji to iskustvo nemaju.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije: presječna studija (17).

3.2. Ispitanici

U istraživanju je sudjelovalo 53 djelatnika Zavoda za hitnu medicinu Varaždinke županije i to liječnici i medicinske sestre/tehničari koji rade u timu T1 hitne medicinske službe i sanitetskog prijevoza, kao i medicinske sestre/tehničari koji rade u medicinsko-prijavno-dojavnoj jedinici. Istraživanje je provedeno uz dopuštenje ravnatelja Zavoda kao i Etičkog povjerenstva Zavoda. Ispitanici su bili upoznati sa svrhom, ciljevima i načinom istraživanja te su dobrovoljno pristupili istraživanju što su potvrdili i vlastitim potpisom.

3.3. Metode

Za potrebe istraživanja koristio se anonimni upitnik izrađen na temelju stručne literature kojim se nastoji ispitati mišljenje djelatnika hitne medicinske službe o palijativnim pacijentima. Svi ispitanici bili su upoznati s metodama istraživanja i samim istraživanjem. Sudjelovanje u ispitivanju bilo je dobrovoljno i anonimno, a ispitanici su ispunjavali upitnik koji se sastoji od tri kategorije pitanja:

1. pitanja o ispitaniku (dob, spol, stupanj obrazovanja, duljina radnog staža)
2. pitanja koja se odnose na prethodna osobna iskustva ispitanika o susretu i kontaktu s palijativnim pacijentom u obitelji i/ili okolini
3. pitanja koja se odnose na mišljenja i stavove ispitanika o palijativnim pacijentima.

Upitnik se sveukupno sastoji od 25 pitanja, od kojih su 23 pitanja zatvorenog tipa i 2 pitanja otvorenog tipa. Na 18 pitanja ispitanici će svoje odgovore ocijeniti na Likertovoj ljestvici ocjenama od 1 do 5, i to:

- 1 – Potpuno se ne slažem
- 2 – Djelomično se ne slažem
- 3 – Niti se slažem, niti ne slažem

4 – Djelomično se slažem

5 – Potpuno se slažem.

Vrijeme provođenja istraživanja bilo je tijekom mjeseca veljače 2018. godine i za to vrijeme svi zaposlenici Zavoda za hitnu medicinu Varaždinske županije imali su priliku dobrovoljno prisustvovati istraživanju.

3.4. Statističke metode

Kategorijski podatci predstavljeni su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podatci opisani su medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Shapiro-Wilkovim testom. Razlike numeričkih varijabli između dviju nezavisnih skupina testirane su Mann-Whitney U testom i u slučaju tri ili više nezavisnih skupina Kruskal Wallisovim testom (18).

Sve su p vrijednosti dvostrane. Razina značajnosti stavljena je na $\text{Alpha}=0,05$. Za statističku analizu korišten je statistički program MedCalc Statistical Software version 18 (Medcalc Software bvba, Ostend, Belgium;<http://www.medcalc.org>;2018).

4. REZULTATI

4.1. Obilježja ispitanika

Istraživanje je provedeno na 53 ispitanika, od kojih je 29 (55 %) muškaraca i 24 (45 %) žena. Medicinskih sestara/tehničara bilo je 23 (43 %), a doktora medicine 19 (36 %). U svojoj obitelji/okolini 34 (64 %) ispitanika poznaju nekoga tko boluje od maligne bolesti (Tablica 1).

Tablica 1. Osnovna obilježja ispitanika

	Broj (%) ispitanika
Spol	
Muškarci	29 (55)
Žene	24 (45)
Razina obrazovanja	
VSS – doktor medicine	19 (36)
VŠS – bacc. med. techn.	11 (21)
SSS – med. sestra/tehničar	23 (43)
Poznaju li u obitelji/ okolini nekoga tko boluje od maligne bolesti	
Da	34 (64)
Ne	19 (36)

Središnja je dob (medijan) ispitanika 35 godina, u rasponu od 23 do 61 godine, a duljina radnog staža 11 godina, u rasponu od mjesec dana do 41 godine (Tablica 2).

Tablica 2. Dob ispitanika te ukupni radni staž

	Medijan (interkvartilni raspon)	Minimum – maksimum
Dob ispitanika [godine]	35 (27 – 45)	23 – 61
Radni staž [godine]	11 (3 – 24)	1 mj. – 41 god.

4.2. Mišljenje o palijativnim pacijentima

Skalu mišljenja određuje 16 pitanja. Koeficijent unutarnje pouzdanosti Cronbach Alpha jest 0,803.

Najveće je neslaganje ispitanika s tvrdnjom da je za onkološke bolesnike skora smrt neizbježna te se ponašaju (žale, izbjegavaju) prema bolesnicima u skladu s tim uvjerenjem. 20 (37,7 %) ispitanika niti se slaže, niti se ne slaže s tvrdnjom da su osobe ponekad same krive za obolijevanje od raka zbog odabira određenog stila života (pušenje, alkohol, nezdrava prehrana), a njih 16 (30,2 %) neodlučni su u odnosu na tvrdnju da posjeduju dovoljno znanja o malignim bolestima koja mi pomažu u zbrinjavanju oboljelih od raka.

Najveće je slaganje s tvrdnjama da je rak bolest koja utječe na sve aspekte života oboljele osobe te ujedno predstavlja bolest cijele obitelji. Tako navode 22 (42 %) ispitanika; za 27 (50,9 %) ispitanika medicinsko osoblje svojim stavom, empatijom, razumijevanjem i ponašanjem također može doprinijeti pozitivnom stavu pacijenta i aktivnijem suočavanju s bolešću; 28 (52,8 %) ispitanika apsolutno se slaže s tvrdnjom da bi porezni obveznici trebali izdvajati više novaca za suzbijanje i rano otkrivanje malignih bolesti te razvijanje kvalitetne palijativne mreže u RH, a manje na nepotrebne terapijske i dijagnostičke postupke u terminalnoj fazi bolesti.

Na pitanje što je najgore s čim se oboljeli od maligne bolesti suočavaju, 18 (34,6 %) ispitanika u potpunosti se slaže da je to strah koji se manifestira u mnogim oblicima (strah od smrti, bolova, napuštanja, neizvjesnosti, usamljenosti...) (Tablica 3 i Tablica 4).

Tablica 3. Mišljenje o palijativnim bolesnicima (1/2)

	Broj (%) ispitanika					Ukupno
	Apsolutno se ne slažem (1)	Ne slažem se (2)	Niti se slažem niti ne slažem (3)	Slažem se (4)	Apsolutno se slažem (5)	
1. Doticaj s dijagnozom maligne bolesti dovodi do intenzivnijih emocionalnih reakcija nego na bilo koju drugu bolest.	0	3(6)	8(15)	28(53)	14(26)	53(100)
2. Kod većine pacijenata prođu mjeseci (pa čak i godine) od pojave prvih simptoma maligne bolesti pa do odlaska liječniku zbog tih simptoma.	1(2)	7(13)	8(15)	26(50)	10(19)	52(100)
3. Rak je bolest koja utječe na sve aspekte života oboljele osobe te ujedno predstavlja bolest cijele obitelji.	0	2(4)	5(9)	24(45)	22(42)	53(100)
4. Oboljela osoba više nema potrebe koje je imala prije dobivanja dijagnoze.	8(15)	19(36)	11(21)	8(15)	7(13)	53(100)
5. Riječ rak vežem uz asocijacije kao što su smrt, bol, kraj, tama, užas i sl.	2(4)	13(25)	15(28)	19(36)	4(8)	53(100)
6. U blizini oboljele osobe od raka ne znam kako bih se trebao ponašati i što bih trebao reći.	10(18,9)	20(37,7)	14(26,4)	6(11,3)	3(5,7)	53(100)
7. Za onkološke bolesnike skora je	13(24,5)	23(43,4)	11(20,8)	5(9,4)	1(1,9)	53(100)

smrt neizbježna te se ponašam (žalim, izbjegavam) prema njima u skladu s tim uvjerenjem.						
8. Oboljele od raka smatram krhkima, ranjivima i slabijima od ostalih.	7(13,5)	17(32,7)	12(23,1)	15(28,8)	1(1,9)	52(100)
9. Smatram da su osobe ponekad same krive za obolijevanje od raka zbog odabira određenog stila života (pušenje, alkohol, nezdrava prehrana).	4(7,5)	10(18,9)	20(37,7)	15(28,3)	4(7,5)	53(100)
10. Smatram da su osobe u većini slučajeva stigmatizirane od društva.	2(3,8)	13(24,5)	18(34)	18(34)	2(3,8)	53(100)

Tablica 4. Mišljenje o palijativnim bolesnicima (2/2)

	Broj (%) ispitanika					Ukupno
	Apsolutno se ne slažem (1)	Ne slažem se (2)	Niti se slažem niti ne slažem (3)	Slažem se (4)	Apsolutno se slažem (5)	
11. Stigmatizacija dovodi do straha i izolacije što za oboljele ima psihološke i socijalne posljedice.	4(7,5)	5(9,4)	9(17)	31(58,5)	4(7,5)	53(100)
12. Smatram da posjedujem dovoljno znanja o malignim bolestima koje mi pomažu u zbrinjavanju oboljelih od raka.	2(3,8)	5(9,4)	16(30,2)	23(43,4)	7(13,2)	53(100)
13. Medicinsko osoblje svojim stavom, empatijom, razumijevanjem i ponašanjem također može doprinijeti pozitivnom stavu pacijenta i aktivnijem	2(3,8)	0	1(1,9)	23(43,4)	27(50,9)	53(100)

suočavanju s bolešću.						
14. Smatram da osobe oboljele od maligne bolesti nemaju uvijek podršku obitelji u onoj mjeri u kojoj to očekuju.	2(3,8)	6(11,3)	13(24,5)	27(50,9)	5(9,4)	53(100)
15. Slažete li se sa sljedećim tvrdnjama na pitanje: „Što je najgore s čim se oboljeli od maligne bolesti suočavaju?“						
Sažaljenje okoline	1(1,9)	7(13,2)	11(20,8)	29(54,7)	5(9,4)	53(100)
Strah koji se manifestira u mnogim oblicima (strah od smrti, bolova, napuštanja, neizvjesnosti, usamljenosti...)	1(1,9)	1(1,9)	3(5,8)	29(55,8)	18(34,6)	52(100)
Nerazumijevanje okoline	1(1,9)	7(13,2)	7(13,2)	29(54,7)	9(17)	53(100)
Samosažaljenje	1(1,9)	2(3,8)	12(22,6)	29(54,7)	9(17)	53(100)
Nedostatak komunikacije s najbližima	1(1,9)	6(11,3)	13(24,5)	25(47,2)	8(15,1)	53(100)
Nedostatak komunikacije sa zdravstvenim djelatnicima koji oboljelom pružaju skrb	0	8(15,1)	12(22,6)	19(35,8)	14(26,4)	53(100)
Više novaca poreznih obveznika trebalo bi izdvajati za suzbijanje i rano otkrivanje malignih bolesti te razvijanje kvalitetne palijativne mreže u RH-u, a manje na nepotrebne terapijske i dijagnostičke postupke u terminalnoj fazi bolesti.	2(3,8)	2(3,8)	11(20,8)	10(18,9)	28(52,8)	53(100)

Ispitanici su većinom neodlučni u odnosu na stavove i mišljenje o palijativnim bolesnicima, što dokazuje središnja ocjena 3,5 (interkvartilnog raspona od 3,2 – 3,8).

Nema značajne razlike u mišljenju o palijativnim bolesnicima u odnosu na razinu obrazovanja, spol, a na stavove i mišljenje o palijativnim bolesnicima ne utječe ni poznavanje osobe oboljele od maligne bolesti (Tablica 5).

Tablica 5. Medijan skale mišljenja o palijativnim bolesnicima u odnosu na spol, razinu obrazovanja i poznavanje nekoga s malignom bolesti

	Medijan (interkvartilni raspon)	P*
Spol		
Muškarci	3,6 (3,3 – 3,9)	0,50
Žene	3,5 (3,3 – 3,8)	
Razina obrazovanja		
VSS – doktor medicine	3,4 (3,3 – 3,8)	0,66 [†]
VŠS – bacc. med. techn.	3,6 (3,2 – 3,9)	
SSS – med. sestra/ tehničar	3,5 (3,2 – 3,9)	
Poznaju li u obitelji/ okolini nekoga tko boluje od maligne bolesti		
Da	3,5 (3,3 – 3,8)	0,55
Ne	3,4 (3,2 – 3,9)	

*Mann Whitney U test, [†]Kruskal Wallis test

Znatno se više slažu s tvrdnjama iz skale o stavovima ispitanici koji se ne slažu s tvrdnjom da posjeduju dovoljno komunikacijskih vještina koje im pomažu u zbrinjavanju palijativnih pacijenata (Kruskal Wallis test, P = 0,03) (Tablica 6).

Tablica 6. Medijan skale mišljenja o palijativnim bolesnicima u odnosu na razinu obrazovanja, poznavanje oboljelog od maligne bolesti te samoprocjena medicinskog znanja i komunikacijskih vještina koje im pomažu u zbrinjavanju palijativnih bolesnika

	Medijan (interkvartilni raspon)	P
Poznaju u obitelji/ okolini nekoga tko boluje od maligne bolesti		
Da	3,5 (3,3 – 3,8)	0,55
Ne	3,4 (3,2 – 3,9)	
Razina obrazovanja		
VSS – doktor medicine	3,4 (3,3 – 3,8)	0,66
VŠS – bacc. med. techn.	3,6 (3,2 – 3,9)	
SSS – med. sestra/ tehničar	3,5 (3,2 – 3,9)	
Koliko često ono što bi voljeli reći pacijentu zaista i kažemo?		
Uvijek	3,3 (2,9 – 3,6)	0,14
Ponekad	3,5 (3,3 – 3,9)	
Nikad	3,6 (2,9 – 3,8)	
Smatram da posjedujem dovoljno medicinskog znanja za zbrinjavanje palijativnih pacijenata.		
Apsolutno se ne slažem	3,8 (1,8 – 3,9)	0,79
Ne slažem se	3,6 (3,3 – 4,2)	
Niti se slažem niti se ne slažem	3,5 (3,3 – 3,8)	
Slažem se	3,4 (3,0 – 3,8)	
Apsolutno se slažem	3,7 (3,3 – 3,9)	
Smatram da posjedujem dovoljno komunikacijskih vještina koje mi pomažu u zbrinjavanju palijativnih pacijenata.		
Apsolutno se ne slažem	3,7 (n=1)	0,03
Ne slažem se	3,9 (3,5 – 3,9)	
Niti se slažem niti se ne slažem	3,5 (3,3 – 3,8)	
Slažem se	3,3 (3,1 – 3,5)	
Apsolutno se slažem	3,3 (2,8 – 3,9)	

*Mann Whitney U test, †Kruskal Wallis test

Najviše ispitanika, njih 46 (86,8 %) odgovorilo je da ponekad zaista i kažu bolesniku ono što bi mu voljeli i reći, ali bez značajne razlike u odnosu na razinu obrazovanja. S tvrdnjom da posjeduje dovoljno medicinskog znanja za zbrinjavanje palijativnih pacijenata slaže se 23 (43,4 %) ispitanika, a njih je 17 (32,1 %) neodlučno, bez značajne razlike u odnosu na razinu obrazovanja. Iako se nešto više ispitanika s VŠS i SSS izjasnilo da apsolutno nemaju dovoljno komunikacijskih vještina koje im pomažu u zbrinjavanju palijativnih pacijenata, ta razlika nije statistički značajna u odnosu na razinu obrazovanja (Tablica 7).

Tablica 7. Ispitanici prema samoprocjeni medicinskog znanja, komunikacijskih vještina i zbrinjavanja u odnosu na razinu obrazovanja

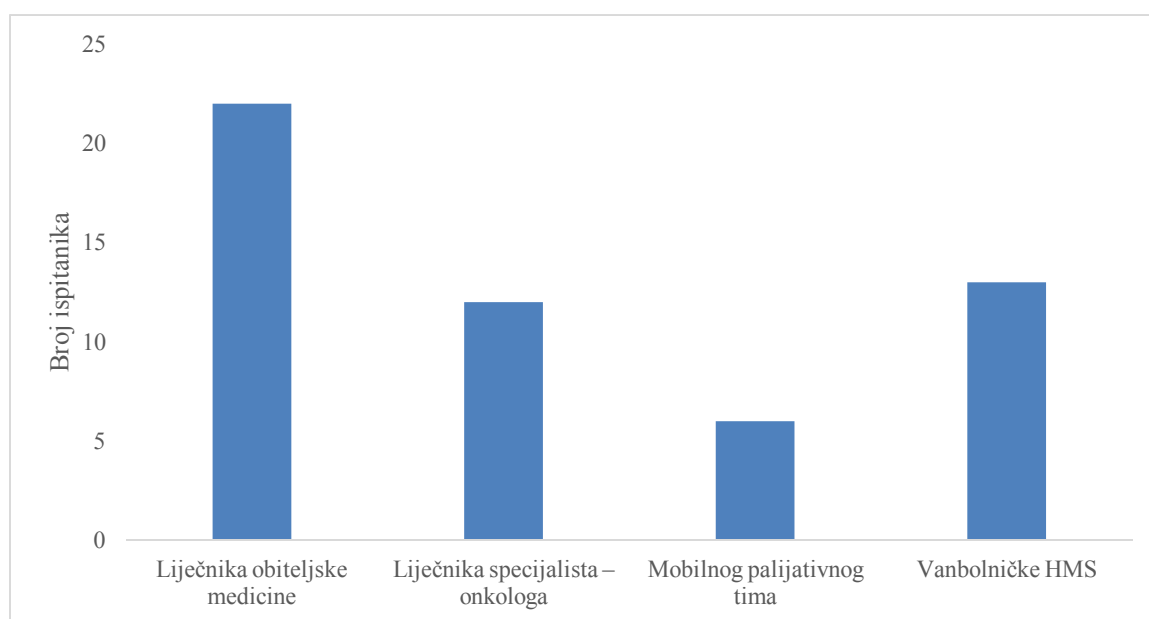
	Broj (%) ispitanika					P*
	VSS doktor medicine	VŠS bacc. med. techn.	SSS med. sestra/ tehničar	Ukupno		
Koliko često ono što bismo voljeli reći pacijentu zaista i kažemo?						
Uvijek	2 (10,5)	1 (9,1)	2 (8,7)	5 (9,4)		
Ponekad	16 (84,2)	10 (90,9)	20 (87)	46 (86,8)	>0,99	
Nikad	1 (5,3)	0	1 (4,3)	2 (3,8)		
Smatram da posjedujem dovoljno medicinskog znanja za zbrinjavanje palijativnih pacijenata.						
Apsolutno se ne slažem	1 (5,3)	1 (9,1)	1 (4,3)	3 (5,7)		
Ne slažem se	1 (5,3)	1 (9,1)	2 (8,7)	4 (7,5)		
Niti se slažem niti se ne slažem	9 (47,4)	3 (27,3)	5 (21,7)	17 (32,1)	0,94	
Slažem se	8 (42,1)	5 (45,5)	10 (43,5)	23 (43,4)		
Apsolutno se slažem	0	1 (9,1)	5 (21,7)	6 (11,3)		
Smatram da posjedujem dovoljno komunikacijskih vještina koje mi pomažu u zbrinjavanju						

palijativnih pacijenata					
Apsolutno se ne slažem	7 (36,8)	5 (45,5)	10 (43,5)	22 (41,5)	0,09
Ne slažem se	2 (10,5)	4 (36,4)	5 (21,7)	11 (20,8)	
Niti se slažem niti se ne slažem	5 (26,3)	1 (9,1)	0	6 (11,3)	
Slažem se	4 (21,1)	1 (9,1)	8 (34,8)	13 (24,5)	
Apsolutno se slažem	1 (5,3)	0	0	1 (1,9)	
Ukupno	19 (100)	11 (100)	23 (100)	53 (100)	

*Fisherov egzakti test

Bolesnici oboljeli od raka, prema mišljenju 22 (41 %) ispitanika, najčešće traže zdravstvenu pomoć za svoje zdravstvene probleme od liječnika obiteljske medicine, od liječnika specijaliste onkologa njih 12 (23 %), mobilnog palijativnog tima njih 6 (11 %), a od vanbolničkog HMP-a njih 13 (25 %) (Slika 1).

Slika 1. Raspodjela ispitanika prema mišljenju o tome čiju zdravstvenu pomoć najčešće traže za svoje zdravstvene probleme.



5. RASPRAVA

U istraživanju su sudjelovala sveukupno 53 zdravstvena djelatnika, a gotovo je podjednako bilo zastupljeno muškaraca i žena. Brojna istraživanja dokazuju da su žene mnogo emocionalnije i u većoj mjeri iskazuju empatiju, a tome u prilog govori i podatak studije provedene u Osijeku u kojoj je vidljivo da postoji značajniji utjecaj ženskog spola na pozitivni stav prema palijativnom pacijentu ($p < 0,05$) (19). U istraživanju je sudjelovalo 19 (36 %) liječnika te 34 (64 %) medicinskih sestara/tehničara od kojih je 11 prvostupnika sestrinstva. Gledajući središnju dob ispitanika koja iznosi 35 godina, možemo zaključiti da se radi o relativno mladom kolektivu u kojem je prosječna duljina radnog staža 11 godina.

S tvrdnjom da doticaj s dijagnozom maligne bolesti dovodi do intenzivnijih emocionalnih reakcija nego na druge bolesti slaže se velik broj ispitanika, čak njih 42 (79 %). S tvrdnjom da maligna bolest utječe na sve aspekte života oboljele osobe te ujedno predstavlja bolest cijele obitelji slaže se 46 ispitanika (87 %). Emocionalne reakcije bolesti mogu vrlo često dovesti do različitih psihičkih problema, ponajviše depresije, socijalne izolacije što u konačnici dovodi do promjene u kvaliteti života pacijenta, ali i njegove obitelji. Prema Istočnoj kooperativnoj onkološkoj grupi najpodložnije su obolijevanju od depresije žene davateljice skrbi, supruge bolesnika, žene slabijeg zdravlja te osobe koje se slabije prilagođavaju stresnim situacijama (20).

Na pitanje vežu li riječ rak uz asocijacije kao što su smrt, bol, kraj, tama većina ispitanika, njih 23 (44 %), izjasnila se da se slaže s tom tvrdnjom, a nije ni zanemariv broj neodlučnih ispitanika, njih 15 (28 %). Statistički podatci ukazuju nam da je postotak izlječenja od malignih bolesti mnogo manji, a duljina preživljavanja mnogo kraća nego u većini razvijenih zemalja Europe. Više od polovice ispitanika, njih 36 (67,9 %) ne slaže se s tvrdnjom da je skora smrt neizbježna te da se ponaša (žali, izbjegava) prema njima u skladu s tim uvjerenjem. Slični podatci dobiveni su i u istraživanju provedenom u Općoj bolnici Bjelovar gdje se čak 75,68 % ispitanika ne slaže s tvrdnjom da pacijenti koji primaju palijativnu skrb moraju prihvatiti neminovnu smrt (21). Slični podatci dobiveni su i na temelju tvrdnje da u blizini osobe oboljele od raka ne znaju kako bi se trebali ponašati i što bi trebali reći. S tom tvrdnjom ne slaže se većina ispitanika, njih 56,6 %, a 26,4 % je neodlučno. Gotovo identični podatci dobiveni su u istraživanju u Općoj bolnici Bjelovar gdje se 51,2 % ispitanika ne boji postati prijatelj s kroničnim i umirućim pacijentima. (21). S druge pak strane istraživanje provedeno

u Palestini ustvrdilo je da se znatno veći postotak ispitanika boji postati prijatelj s umirućim pacijentima, njih 37,5 % (22).

Podijeljenost ispitanika vidljiva je u tvrdnji da oboljele od raka smatraju krhkima, ranjivima i slabijima od drugih. Od 53 ispitanika s ovom se tvrdnjom ne slaže 24 (46,2 %), 16 (30,2 %) slaže se s tvrdnjom, a 12 (23,1 %) neodlučno je u toj tvrdnji. Činjenica je da su osobe koje boluju od maligne bolesti koja je u uznapređenoj fazi slabe i krhke, no sličnog su zdravstvenog stanja i pacijenti koji se nalaze u uznapređenoj fazi bolesti srca, jetre i bubrega. Studija koja je provedena među studentima u Osijeku pokazuje negativniji stav o sposobnosti suodlučivanja i procjene vlastitog stanja oboljelih od malignih bolesti. Tako 28,8 % ispitanika smatra da pacijenti imaju dovoljno snage donositi odluke o tijeku liječenja, 40,1 % posto ih je nesigurno, a 31,1 % smatra da nemaju dovoljno sposobnosti (19). Osoba se smatra kompetentnom donositi odluke ukoliko razumije prirodu i svrhu medicinskog tretmana i u stanju je zapamtiti informaciju i iskoristiti je za donošenje odluke. Pojam unaprijed date instrukcije ili *living will* podrazumijeva jasne instrukcije i smjernice pacijenta koje se tiču liječenja i reanimacije u slučaju nesposobnosti razumnog odlučivanja (16). Za djelatnike hitne medicinske službe od velike je važnosti brza procjena i odluka o provođenju postupka kardiopulmonalne reanimacije. U spomenutom istraživanju 58,9 % ispitanika ne smatra da je dugotrajna upornost reanimacije uplitanje u prirodni proces umiranja (19). Ovakvim odgovorom utvrđen je pozitivan stav prema distanzaciji koja je u suprotnosti s temeljnim načelima palijativne skrbi. Podatci koji su nam na raspolaganju ukazuju nam da samo 13 % pacijenata s kroničnim nemaligntnim bolestima preživi reanimaciju i bude otpušteno kući, a slični su podatci i za onkološke pacijente (16). Provođenje kardiopulmonalne reanimacije opravdano je u situacijama kad je procijenjeni funkcionalni status pacijenta dobar ili ukoliko je kardiopulmonalni arrest izazvan toksičnim učincima samoga liječenja (16).

U ovom istraživanju čak 70,7% ispitanika slaže se s tvrdnjom da bi novac poreznih obveznika trebalo preusmjeriti na preventivne programe, čime bi se incidencija tumorskih sijela svela na najmanju moguću mjeru, te na razvoj palijativne mreže. U Nacionalnim smjernicama za razvoj palijativne skrbi Republike Hrvatske utvrđeno da je zdravstvena skrb pacijenta kod kojeg se primjenjuje palijativni pristup jeftinija od skrbi za pacijenta kod kojeg se takav pristup ne primjenjuje. Istraživanje provedeno u SAD-u ustvrdilo je da su pacijenti koji su primali palijativnu skrb od samog postavljanja dijagnoze malignog oboljenja u posljednjih 6 mjeseci života imali bolju kvalitetu života od pacijenata koji su palijativnu skrb primali kasnije s razvojem bolesti. Nadalje, pacijenti su imali niže stope uporabe nekog oblika

intenzivne skrbi u posljednjem mjesecu života (5 % u odnosu na 20 %), manje izvanrednih hospitalizacija (34 % u odnosu na 54 %), manje intervencija hitnih medicinskih službi u zadnjem mjesecu života (5 % u odnosu na 14 %) i manju smrtnost u bolnicama (16 % u odnosu na 39 %) u odnosu na pacijente koji su palijativnu skrb kasnije počeli dobivati (23).

Jedna od predrasuda prema osobama koje boluju od maligna bolesti jest da su one same ponekad krive za svoju bolest zbog loših životnih navika (pušenje, alkohol, nezdrava prehrana). Na ovu tvrdnju više ispitanika zauzelo je neodlučan stav, a kod preostalog dijela ispitanika više je onih koji se slažu s navedenom tvrdnjom. S druge pak strane o tvrdnji da kod većine pacijenata prođu mjeseci i godine od pojave prvih simptoma maligne bolesti pa do odlaska liječniku zbog istih imamo sasvim drugačije mišljenje. Velika većina ispitanika, njih 36 (69 %), slaže se s ovom tvrdnjom. Činjenica je da većina ljudi ignorira prve znakove i simptome malignih bolesti zbog uvjerenja da se njima to ne događa, da od toga obolijevaju drugi. U Hrvatskoj se provode nacionalni programi za rano otkrivanje raka dojke i raka vrata maternice kod žena te rano otkrivanje raka debelog crijeva kod obaju spolova. Na primjeru ranog otkrivanja raka debelog crijeva dobiveni su podatci da se od ciljane skupine ljudi kojima su poslani pozivi da se odazovu i daju uzorak stolice na okultno krvarenje odazvalo svega njih 20 %.

Na postavljeno pitanje posjeduju li dovoljno znanja o malignim bolestima koje im pomažu u zbrinjavanju oboljelih od raka njih 30 (56,6 %) slaže se s tom tvrdnjom, neodlučnih je 16 (30,2 %), a vrlo je mali broj onih koji se ne slažu s tom tvrdnjom. Možemo zaključiti da više od polovice ispitanika smatra da posjeduje dovoljno medicinskog znanja o malignim oboljenjima. Volio bih usporediti rezultate odgovora na preformulirano pitanje o tome posjeduju li dovoljno znanja iz palijativne medicine i o palijativnim pacijentima koji im omogućuju kvalitetnu skrb za tu skupinu pacijenata. Istraživanjem, kojim se procjenjivalo znanje o palijativnoj skrbi uz pomoć PCQN upitnika u Koprivnici, utvrđeno je da samo 20,4 % ispitanika pokazuje prosječno znanje o palijativnoj skrbi, a samo njih 4,9 % pokazuje dobro znanje (>75 % točnih odgovora) (24). Studija provedena u Kanadi koristeći PCQN upitnik utvrdila je da 61 % ispitanika posjeduje prosječnu razinu znanja o palijativnoj skrbi (25). U Etiopiji na temelju istog upitnika ispitanici su u značajnijoj mjeri pokazali dobro znanje gdje je 30,5 % ispitanika dalo >75 % točnih odgovora u spomenutom upitniku (26).

Na pitanje smatraju li da posjeduju dovoljno komunikacijskih vještina koje im pomažu u zbrinjavanju palijativnih pacijenata, njih 33 (62,3 %) izjasnilo se da smatraju da ne posjeduje,

a njih 14 (26,4 %) da posjeduje dovoljno komunikacijskih vještina. Iz ovoga je vidljivo da ispitanici smatraju da nemaju dovoljno komunikacijskih vještina koje su im potrebne za kvalitetnu skrb o palijativnim pacijentima, a samim tim otežano je iskazivanje empatije pacijentima kojima je to prijeko potrebno. Zaključak istraživanja provedenog u Općoj bolnici Bjelovar bio je da ispitanici posjeduju dobre komunikacijske vještine, a temeljen je na rezultatima od 70 % točnih odgovora na pitanja u kategoriji komunikacijskih vještina (21). Smatram da grupa pitanja o komunikacijskim vještinama govori u prilog o posjedovanju dovoljne količine teorijskog znanja o komunikaciji s palijativnim pacijentima, dok je pitanje o komunikacijskim vještinama ovog istraživanja išlo u smjeru posjedovanja praktičnih komunikacijskih vještina za vođenje kvalitetnog psihoterapijskog razgovora što je polučilo sasvim suprotne rezultate.

O činjenici da postoje određeni problemi u komunikaciji s palijativnim pacijentima govori i podatak na pitanje koliko često kažemo pacijentu ono što bismo mu voljeli reći. Gotovo svi ispitanici ili njih 46 (86,8 %) izjasnilo se da samo ponekad kažemo pacijentu ono što bismo mu i voljeli reći.

Na pitanje što je najgore s čim se oboljeli od maligne bolesti suočavaju ispitanici smatraju da su to strah (smrti, boli), nerazumijevanje okoline, samosažaljenje, sažaljenje okoline te nedostatak komunikacije s obitelji ili zdravstvenim djelatnicima. Komunikacija pacijenta i medicinskog osoblja mora se temeljiti na otvorenosti i iskrenosti. Vidjeli smo da većina ispitanika ovog istraživanja samo ponekad kaže pacijentu ono što bi mu voljela reći, a istraživanje provedeno u Općoj bolnici Čakovec pokazuje da su zdravstveni djelatnici u manjoj mjeri spremni reći pacijentu kompletnu informaciju o njegovoj bolesti (63 %), u odnosu na nezdravstvene ispitanike (79 %) koji smatraju da je pacijentu potrebnu reći punu informaciju o bolesti (27). Važnost obitelji u skrbi za umirućeg pacijenta od presudne je važnosti i temelji se na komunikaciji s pacijentom i osiguravanju što prirodnije okoline čemu govori u prilog istraživanje provedeno u Bjelovaru gdje se 45,9 % ispitanika slaže da je obitelj dužna osigurati što prirodniju okolinu (21). Istraživanje provedeno u Palestini govori da se veći broj ispitanika ne slaže s ovom tvrdnjom, njih 29 % (21). Istraživanje provedeno u Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof pokazuje da čak 95,2 % ispitanika iskazuje potrebu za komuniciranjem s bolesnim članom obitelji, njih 81 % smatra da s bolesnim članom često razgovara o njegovoj bolesti, dok s druge strane 35 % bolesnika smatra da redovito razgovara sa svojim članovima obitelji. S bolesnim članom obitelji, kod kojeg se primjenjuju postupci palijativne skrbi, 42,9 % ispitanika nije razgovaralo o završetku

života. Nadalje, istraživanjem je također utvrđeno da članovi obitelji koji skrbe o bolesnoj osobi podupiru umiranje u stacionarnoj ustanovi u 76,2 % slučajeva, dok je za umiranje kod kuće, uz kontrolu liječnika i mobilnog palijativnog tima, svega 23,8 % ispitanika (28). U skladu su s ovim podacima i rezultati istraživanja provedenog u Čakovcu gdje se 68 % nezdravstvenih ispitanika slaže da se najbolja skrb u terminalnoj fazi može omogućiti u bolnici, a s druge strane 60 % zdravstvenih ispitanika smatra da se kvalitetna skrb u terminalnoj fazi može pružiti i van institucija (27). S druge strane u studiji provedenoj u Poljskoj nad studentima završnih godina studija medicine, uočen je stav da bi čak 59 % ispitanika odabralo prirodnu smrt u svom domu u slučaju kada bi se radilo o rođacima ili njima samima (29). Ovi podaci potkrepljuju stavove zdravstvenih djelatnika hitne medicinske službe naspram članova obitelji i ukazuju na osnovne probleme koji koče primjenu i provođenje palijativne skrbi u domu pacijenta, a to su neinformiranost i manjak osviještenosti članova obitelji o provođenju metoda palijativne skrbi.

Glavni cilj istraživanja bio je utvrditi mišljenja zdravstvenih djelatnika prema oboljelima od malignih bolesti te utječu li njihova mišljenja na moguću kvalitetu zdravstvene skrbi. Istraživanje je pokazalo da je većina ispitanika neodlučnog mišljenja o palijativnim bolesnicima. Tome doprinosi činjenica da su ispitanici zdravstveni djelatnici koji su tijekom svog stručnog obrazovanja stekli neka temeljna znanja o malignim bolestima i problemima koje ona nose, dok s druge strane smatram da su i sami svjesni da je palijativna medicina i skrb novo područje o kojem nemaju dovoljno kvalitetnog znanja. Možemo pretpostaviti da su ispitanici oprezniji u iskazivanju svojih stavova zato što je riječ o osjetljivoj skupini ljudi te kao zdravstveni djelatnici ne smiju u svom radu biti vođeni predrasudama i negativnim stavovima prema pacijentima. Istraživanjem je također utvrđeno da stupanj obrazovanja nema utjecaja na značajniju razliku u mišljenjima o palijativnim pacijentima ($p=0,66$). Međutim, u studiji provedenoj nad studentima medicine u Osijeku evidentirana je značajnija razlika u pozitivnosti stavova prema oboljelima, uključujući i stavove o distanzaciji. Studenti prve godine medicine u Osijeku imaju značajnije niže (manje pozitivne) rezultate prema oboljelima od maligne bolesti i distanzaciji od studenata završnih godina studija ($p<0,01$) (19). Zanimljiva je činjenica da u toj studiji nije zabilježena razlika u stavovima studenata prve i zadnje godine studije prava i psihologije, što možemo objasniti jednostavnom činjenicom da studenti na početku studija medicine vodi ideja o pomaganju i liječenju pacijenata, a smrt sama po sebi smatra se neuspjehom. U studiji procjene znanja na temelju PCQN upitnika provedenoj u Koprivnici u kojem su sudjelovale medicinske sestre također je utvrđeno da nema statistički

značajne razlike s obzirom na stupanj obrazovanja ($p=0,85$) (24). O samoprocjeni posjedovanja medicinskog znanja o malignim bolestima nešto više ispitanika srednje stručne spreme izjasnilo se da se slaže da posjeduje dovoljno medicinskog znanja, dok se veći broj ispitanika visoke stručne spreme (VSS) niti slaže niti ne slaže s tom tvrdnjom, ali ne postoji statistički značajna razlika u samoprocjeni količine znanja prema stupnju obrazovanja ($p=0,94$). Gledajući ukupni rezultat, više od polovice svih ispitanika slaže se da posjeduje dovoljno medicinskog znanja. Ove rezultate možemo staviti u korelaciju s rezultatima istraživanja provedenog u Bjelovaru u kojem ispitanici pokazuju prosječnu količinu znanja, posebice u kategoriji pitanja o filozofiji palijativne skrbi na koje je 61,49 % ispitanika dalo točan odgovor. U kategoriji pitanja o psihijatrijskim problemima bilo je 55 % točnih odgovora, u kategoriji boli 63,2 % i u kategoriji gastrointestinalnih problema 53 % točnih odgovora (21).

O samoprocjeni posjedovanja dovoljne količine komunikacijskih vještina velika većina ispitanika srednje stručne spreme ne slaže se da posjeduje dovoljno komunikacijskih vještina, njih 65,2 %, naspram 47,3 % ispitanika visoke stručne spreme. Nadalje, veći je postotak preostalih ispitanika srednje stručne spreme koji se slažu da posjeduju dovoljno komunikacijskih vještina, njih 34,8 %, naspram 26,4 % ispitanika visoke stručne spreme. Iako je razlika u samoprocjeni posjedovanja komunikacijskih vještina u odnosu na razinu obrazovanja veća naspram samoprocjene posjedovanja medicinskog znanja, ona i dalje nije statistički značajna ($p=0,09$). Ukupno 62,3 % ispitanika smatra da ne posjeduje dovoljno komunikacijskih vještina za rad s palijativnim i umirućim pacijentima. Iako postoji mala razlika u samoprocjeni posjedovanja komunikacijskih vještina, gotovo da i nema razlike među ispitanicima ovisno o stupnju obrazovanja na pitanje koliko često pacijentu kažemo ono što bismo mu voljeli reći ($p= >0,99$). Ispitivanje je također pokazalo da ne postoji statistički značajna razlika u mišljenjima o palijativnim pacijentima između ispitanika ovisno o tome da posjeduju li ili ne posjeduju dovoljno medicinskog znanja. Kad se uzme u obzir posjedovanje komunikacijskih vještina, uočena je statistički značajna razlika u kojoj se ispitanici, koji smatraju da ne posjeduju dovoljno komunikacijskih vještina, značajno više slažu s tvrdnjama iz skale o stavovima o palijativnim pacijentima ($p=0,03$). Drugim riječima, možemo pretpostaviti da su osobe koje su nesigurne u kvalitetu svojih komunikacijskih vještina sklonije predrasudama i negativnijem stavu prema oboljelima od malignih bolesti. Možemo zaključiti da na mišljenje prema palijativnim bolesnicima ne utječe toliko količina medicinskog znanja koliko posjedovanje komunikacijskih vještina, a samim time i sposobnost iskazivanja empatije i povezivanja na emocionalnoj razini s pacijentom.

6. ZAKLJUČAK

Na temelju dobivenih rezultata ovog istraživanja mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- Po rezultatima procjene mišljenja o palijativnim pacijentima ispitanici Zavoda za hitnu medicinu Varaždinske županije suzdržanog su (neodlučnog) mišljenja.
- Na mišljenja ispitanika nije utjecalo poznavanje, odnosno nepoznavanje oboljelih od malignih bolesti u obitelji.
- Nema značajne razlike u mišljenjima o palijativnom pacijentima ovisno o stupnju obrazovanja.
- Nema statistički značajne razlike u samoprocjeni količine medicinskog znanja među ispitanicima srednje i visoke stručne spreme.
- Veći postotak ispitanika srednje stručne spreme smatra da ne posjeduje dovoljno komunikacijskih vještina u odnosu na ispitanike visoke stručne spreme, no i dalje ne postoji statistički značajna razlika.
- Količina medicinskog znanja o malignim bolestima ne utječe na mišljenja prema palijativnim pacijentima, dok s druge strane nedostatak komunikacijskih vještina dovodi do značajnijeg slaganja s tvrdnjom o procjeni mišljenja ispitanika o palijativnim pacijentima. Drugim riječima, kod tih ispitanika statistički je značajna sklonost negativnom mišljenju prema palijativnim pacijentima.
- Ispitanici su zauzeli neodlučno (suzdržano) mišljenje o tome osuđuju li pacijente za obolijevanje od malignih bolesti s obzirom na način života (pušenje, alkohol, prehrana). S druge strane u većoj mjeri slažu se s tvrdnjom da pacijenti ne vode dovoljno računa o svojem zdravlju jer od pojave prvih simptoma do odlaska liječniku prođe i više mjeseci.

Mnoge studije provedene u Hrvatskoj i svijetu pokazuju nedovoljnu količinu bazičnog znanja iz palijativne skrbi i komunikacijskih vještina zbog čega je od presudne važnosti uspostava obrazovnog sustava koji bi svim zdravstvenim i nezdravstvenim djelatnicima, koji se opredijele za skrb za palijativne pacijente, omogućio usvajanje kvalitetnog teorijskog znanja i komunikacijskih vještina što bi omogućilo što kvalitetnije zbrinjavanje palijativnih pacijenata.

7. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Utvrditi mišljenja djelatnika hitne medicinske službe o palijativnim pacijentima te ustanoviti utječe li mišljenje o palijativnim pacijentima na kvalitetu pružene zdravstvene skrbi u vanbolničkoj hitnoj medicinskoj službi.

Nacrt studije: Presječna studija

Ispitanici i metode: Istraživanje je provedeno u veljači 2018. godine među djelatnicima Zavoda za hitnu medicinu Varaždinske županije, a za njegovu provedbu dobiveno je odobrenje Etičkog povjerenstva. Istraživanju su pristupila 53 ispitanika. Upitnik od 25 pitanja obuhvaćao je podatke o demografskim obilježjima ispitanika, stručnoj spremni, duljini radnog staža, poznavanju oboljelog u svojoj okolini te tvrdnje za procjenu mišljenja ispitanika o palijativnim pacijentima.

Rezultati: Ispitanici su neodlučnog (suzdržanog) mišljenja o palijativnim pacijentima i njihovom zbrinjavanju. 56,6 % ispitanika slaže se da posjeduje dovoljno medicinskog znanja, a 62,3 % ispitanika ne slaže se da posjeduje dovoljno komunikacijskih vještina. Ne postoji značajan utjecaj razine obrazovanja ($p=0,66$), kao ni poznavanje oboljelog od maligne bolesti u obitelji ($p=0,55$) na pozitivnost mišljenja prema palijativnim pacijentima. Ispitanici koji ne posjeduju dovoljno komunikacijskih vještina u većini slučajeva slažu se s tvrdnjama o procjeni mišljenja o palijativnim pacijentima. Ta je razlika statistički značajna ($p=0,03$).

Zaključak: Palijativna medicina razvija se posljednjih nekoliko desetljeća i provedena istraživanja ukazuju na problem nedostatka educiranog kadra. U Hrvatskoj je potrebno uspostaviti kvalitetan obrazovni sustav za izobrazbu kvalitetnih profesionalaca iz domene palijativne skrbi, s jednakim naglaskom na usvajanje kliničkog znanja i komunikacijskih vještina. Tako se ostvaruju bitni temelji za usvajanje što pozitivnijih stavova prema palijativnim pacijentima, a time se postiže i bolja kvaliteta palijativne skrbi.

Ključne riječi: pacijent, palijativa, palijativna skrb, stavovi, tumor

8. SUMMARY

The opinion of emergency medical personnel on palliative care for patients

Research objective: To determine the opinion of the emergency medical personnel on patients receiving palliative care and whether this opinion affects the quality of the provided health care in the outpatient emergency medical service.

Draft study: Cross-sectional study

Respondents and Methods: The research was conducted in February, 2018, among the staff of the Institute of Emergency Medicine of the Varazdin County for which the Ethics Committee granted approval. The survey included 53 respondents. A questionnaire of 25 questions included data on the demographic characteristics of the respondents, their qualifications, work experience, then data on whether or not they had a diseased person in their surroundings, and the claims to evaluate the respondent's opinion on patients receiving palliative care.

Results: Respondents are indecisive (have restrained opinions) when it comes to giving opinion about patients receiving palliative care and about the care itself. 56.6% of respondents agree to possess sufficient medical knowledge, and 62.3% of respondents disagree with having enough communication skills. The level of education ($p = 0.66$) and having a family member with malignant disease ($p = 0.55$) do not have significant influence on the positive opinion towards patients receiving palliative care. Respondents who do not have enough communication skills agree in most cases with the statements of estimation of opinion on patients receiving palliative care; this difference is statistically significant ($p = 0.03$).

Conclusion: Palliative medicine has been developing for the last few decades, and studies have alluded to the problem of educated staff shortage. In Croatia, it is necessary to establish a quality education system for the training of high quality professionals in the domain of palliative care, with equal emphasis on both clinical knowledge and communication skills. This is an essential basis for adopting more positive attitudes towards patients receiving palliative care, and thus better palliative care.

Key words: patient, palliative, palliative care, attitudes, tumour

9. REFERENCE

1. Brkljačić M, Šamija M, Belev B, Strnad M, Čengić T. Palijativna medicina- temeljna načela i organizacija : klinički pristup terminalnom bolesniku : medicinska etika. Rijeka: Sveučilište u Rijeci; Zaklada Onkologija; 2013.
2. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. 2. nepromijenjeno izd. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu: 1995.
3. Tomašić S. Razlike u stavovima i znanjima u palijativnoj skrbi zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika. Varaždin: Sveučilište sjever; 2015.
4. Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. – 2020. Zagreb: Ministarstvo zdravstva; 2017.
Dostupno na adresi:
<https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZVOJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020-%20usvojen%2018.10.2017..pdf> (Datum pregleda: 14.08.2018.)
5. Buckman R. Ne znam što reći, kako pomoći i podržati umiruće. Zagreb: Školska knjiga; 1996.
6. Kubler-Ross E. O smrti i umiranju. 1. izd. Zagreb: MISL; 2008.
7. Kubler-Ross E. Razgovor s umirućima, 4.izd. Zagreb: Provincijalat franjevac trećoredaca; 2007.
8. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi
9. Clinical Standards Board for Scotland. Clinical Standards for Specialist Palliative Care. Edinburgh: NHS Scotland; 2002.
10. Davies E, Higginson IJ (eds). Better Palliative Care for Older People. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2004.
11. Lončar Z, Katić M, Jureša V, i sur. Palijativna skrb u zajednici. Zagreb: Medicinska naklada; 2018.
12. Lončarek K, Džakula A, Marđetko R, Sagan A. Origins and effects of the 2014–2016 National Strategy for Palliative Care in Croatia, Elsevier, 2018;122:808-14.
13. Nacionalne smjernice za rad izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe s pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb, Zagreb: Hrvatski zavod za hitnu medicinu; 2015.
14. Zavod za javno zdravstvo Varaždinske županije
Dostupno na: <https://www.zzzzv.hr/> (Datum pregleda: 04.08.2018).

15. Borgsteede SD, Deliëns L, Beentjes B, Schellevis F, Stalman WA, Van Eijk JT, Van der Wal G. Symptoms in patients receiving palliative care: a study on patient-physician encounters in general practice. *Palliat Med.* 2007;21(5):417-23.
16. Downing, J, Miličević N, Haraldsdóttir E, Wly, J. Palijativna medicina: priručnik za studente medicine. 1. izd. Beograd: Čigoja štampa; 2012.
17. Marušić M, i suradnici. Uvod u znanstveni rad u medicini. 5. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
18. Ivanković D, i sur. Osnove statističke analize za medicinare. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1988.
19. Juranić B, Mikšić Š, Ljubotina D. Stavovi studenata medicine, prava i psihologije prema distanzaciji i pravu pacijenata na suodlučivanje o postupcima liječenja u terminalnoj fazi bolesti. *Soc. psihijat.*, Vol. 43, 2015; 3:129-41.
20. Đorđević V, Braš M, Brajković L. Palijativna skrb – brinimo zajedno. 1. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
21. Ruk J. Znanja i stavovi medicinskih sestara Opće bolnice Bjelovar o palijativnoj skrbi. Bjelovar: Veleučilište Bjelovar; 2017.
22. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, Morphet J, Shimoinaba K. How Death Anxiety Impacts Nurses' Caring for Patients at the End of Life: A Review of Literature. 2013;7:14-21.
23. Scibetta C, Kerr K, McGuire J, Rabow MW. *Impact of Staffing on Access to Palliative Care in U.S. Hospitals*; The Costs of Waiting Implications of the Timing of Palliative Care Consultation among a Cohort of Decedents at a Comprehensive Cancer Center, *J Palliat Med*, 2016;19:69-75.
24. Lovrić S. Spoznaje medicinskih sestara u bolnici o palijativnoj skrbi. Zagreb: Medicinski fakultet; 2016.
25. Ross MM, McDonald B, & McGuinness J. The palliative care quiz for nursing (PCQN): The development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care, *J Adv Nurs*, 1996;23:126-37.
26. Huijjer HAS, Dimassi H, Abboud, S. Perspectives on palliative care in Lebanon: Knowledge, attitudes, and practices of medical and nursing specialties. *Palliat Support Care*, 2009;7:339-47.
27. Tomašić S. Razlike u stavovima i znanjima u palijativnoj skrbi zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika. Varaždin: Sveučilište sjever; 2015.

28. Božić J, Hereković D, Kopjar A, Lovrović M. Osviještenost i stupnjevi informiranosti članova obitelji o palijativnoj zdravstvenoj skrbi, *J Nurs*, 2016;21:63-6.
29. Radulović S, Mojsilović S. Attitudes of oncologists, family doctors, medical students and lawyers to euthanasia. *Support Care Cancer* 1998;6:410-15.

10. ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Andrija Martan

Adresa: Madžarevo 56, 42 220 Novi Marof

Zvanje: Prvostupnik sestrinstva (bacc. med. techn.)

Ustanova zaposlenja: Zavod za hitnu medicinu Varaždinske županije, F. Galinca 4, 42 000
Varaždin

Datum i mjesto rođenja: 5. 8.1989. u Varaždinu

Telefon: 042/612-621

Mobitel: 095/858-1324

E-mail: andrija.martan@gmail.com

Zaposlenje:

2011. – 2012. - Pripravnik na stažu u Općoj bolnici Varaždin (Odjel hematologije i onkologije, hitna prijemna internistička ambulanta)

13. 5. 2013. - Zavod za hitnu medicinu Varaždinske županije, prvostupnik sestrinstva u T1 timu hitne medicinske službe i sanitetskog prijevoza

Obrazovanje:

2004. – 2008. - Srednja medicinska škola Varaždin, zanimanje medicinski tehničar

2008. – 2011. - Zdravstveno Veleučilište u Zagrebu, stručni studij sestrinstva

2015. – 2018. - Medicinski fakultet u Osijeku, diplomski studij sestrinstva

Član: Hrvatska komora medicinskih sestara

11. PRILOZI

1. Informirani pristanak za ispitanike
2. Upitnik Procjena mišljenja djelatnika hitne medicinske službe o palijativnim pacijentima

Prilog 1. Informirani pristanak za ispitanike**INFORMIRANI PRISTANAK**

Pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku provodi se istraživanje pod nazivom Mišljenja djelatnika hitne medicinske službe o zbrinjavanju pacijenata u hitnoj medicinskoj službi u svrhu izrade diplomskog rada pristupnika Andrije Martana.

Sudjelovanje u istraživanju anonimno je i dobrovoljno te se može odustati u bilo koje vrijeme i bez posebnog obrazloženja.

„Ovim izjavljujem da sam u potpunosti upoznat/a s detaljima istraživanja. Na sva postavljena pitanja odgovorio/la sam i u potpunosti sam razumio/ la odgovor. Potvrđujem da sam voljan/a sudjelovati u istraživanju“.

Ukoliko imate dodatnih pitanja o istraživanju, možete se obratiti Andriji Martanu telefonom 095/858 1324 ili elektronskom poštom: andrija.martan@gmail.com

Ispitanik

Ime osobe koja provodi anketiranje

Prilog 2. Upitnik Procjena mišljenja djelatnika hitne medicinske službe o palijativnim pacijentima

UPITNIK

Pred Vama se nalazi upitnik s nekoliko pitanja kojima se žele utvrditi stavovi djelatnika Zavoda za hitnu medicinu Varaždinske županije o zbrinjavanju palijativnih pacijenata te njihov utjecaj na kvalitetu pružene zdravstvene skrbi. Molim Vas da na postavljena pitanja odgovorite iskreno. Upitnik je anonimn.

I. DIO

1. Koliko imate godina?

_____ g

2. Spol? 1. M

2. Ž

3. Koliko dugo ste u radnom odnosu (radni staž)?

_____ g

4. Koji je Vaš stupanj obrazovanja?

1. VSS (doktor medicine)

2. VŠS (bacc. med. techn.)

3. SSS (med. sestra/tehničar)

5. Poznajete li u svojoj obitelji/okolini nekoga tko boluje od maligne bolesti?

1) DA

2) NE

II. DIO

S obzirom na Vaše mišljenje i slaganje/neslaganje s postavljenom tvrdnjom molim Vas zaokružite broj koji najbolje opisuje Vaš stav.

	Apsolut no se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti ne slažem	Slažem se	Apsolut no se slažem
1. Doticaj s dijagnozom maligne bolesti dovodi do intenzivnijih emocionalnih reakcija nego na bilo koju drugu bolest.	1	2	3	4	5
2. Kod većine pacijenata prođu mjeseci (pa čak i godine) od pojave prvih simptoma maligne bolesti pa do odlaska liječniku zbog istih.	1	2	3	4	5
3. Rak je bolest koja utječe na sve aspekte života oboljele osobe te ujedno predstavlja bolest cijele obitelji.	1	2	3	4	5
4. Oboljela osoba više nema potrebe koje je imala prije dobivanja dijagnoze.	1	2	3	4	5
5. Riječ rak vežem uz asocijacije kao što su smrt, bol, kraj, tama, užas i sl.	1	2	3	4	5
6. U blizini oboljele osobe od raka ne znam kako bi se trebao ponašati i što bi trebao reći.	1	2	3	4	5
7. Za onkološke bolesnike skora smrt je neizbježna te se ponašam (žalim, izbjegavam) prema njima u skladu s tim uvjerenjem.	1	2	3	4	5
8. Oboljele od raka smatram krhkima, ranjivima i slabijima od ostalih.	1	2	3	4	5
9. Smatram da su osobe ponekad same krive za obolijevanje od raka zbog odabira određenog stila života (pušenje, alkohol, nezdrava prehrana).	1	2	3	4	5
10. Smatram da su osobe u većini slučajeva stigmatizirane od društva.	1	2	3	4	5
11. Stigmatizacija dovodi do straha i izolacije što za oboljele ima psihološke i socijalne posljedice.	1	2	3	4	5

12. Smatram da posjedujem dovoljno znanja o malignim bolestima koje mi pomažu u zbrinjavanju oboljelih od raka.	1	2	3	4	5
13. Medicinsko osoblje svojim stavom, empatijom, razumijevanjem i ponašanjem također može doprinijeti pozitivnom stavu pacijenta i aktivnijem suočavanju s bolešću.	1	2	3	4	5
14. Smatram da oboljele osobe od maligne bolesti nemaju uvijek podršku od strane obitelji u onoj mjeri u kojoj to očekuju.	1	2	3	4	5
15. Slažete li se sa sljedećim tvrdnjama na pitanje „Najgore s čime se oboljeli od maligne bolesti suočavaju je?“					
a) Sažaljenje od strane okoline	1	2	3	4	5
b) Strahom koji se manifestira u mnogim oblicima (strah od smrti, bolova, napuštanja, neizvjesnosti, usamljenosti...)	1	2	3	4	5
c) Nerazumijevanje okoline	1	2	3	4	5
d) Samosažaljenje	1	2	3	4	5
e) Nedostatak komunikacije od strane najbližih	1	2	3	4	5
f) Nedostatak komunikacije od zdravstvenih djelatnika koji joj pružaju skrb	1	2	3	4	5
16. Više novaca poreznik obveznika bi trebalo izdvajati za suzbijanje i rano otkrivanje malignih bolesti, te razvijanje kvalitetne palijativne mreže u RH, a manje na nepotrebne terapijske i dijagnostičke postupke u terminalnoj fazi bolesti.	1	2	3	4	5

17. Koliko često ono što bismo voljeli reći pacijentu zaista i kažemo?

1. uvijek
2. ponekad
3. nikad

18. Smatram da posjedujem dovoljno medicinskog znanja za zbrinjavanje palijativnih pacijenata.

1. Apsolutno se ne slažem
2. Ne slažem se
3. Niti se slažem niti ne slažem
4. Slažem se
5. Apsolutno se slažem

19. Smatram da posjedujem dovoljno komunikacijskih vještina koje mi pomažu u zbrinjavanju palijativnih pacijenata.

1. Apsolutno se ne slažem
2. Ne slažem se
3. Niti se slažem niti ne slažem
4. Slažem se
5. Apsolutno se slažem

20. Prema Vašem mišljenju oboljeli od raka najčešće zdravstvenu pomoć za svoje zdravstvene probleme traže od:

1. liječnika obiteljske medicine
2. liječnika specijalista onkologa
3. mobilnog palijativnog tima
4. vanbolničkog HMS-a

HVALA NA SURADNJI!