

# Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi

---

Jelić, Jelena

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Technical College in Bjelovar / Visoka tehnička škola u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:414615>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-12**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



**VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU**  
**STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA**

**Završni rad br. 01/SES/2016**

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE U**  
**PALIJATIVNOJ SKRBI**

**Jelena Jelić**

**Bjelovar, lipanj 2016.**

**VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU**  
**STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA**

**Završni rad br. 01/SES/2016**

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE U**  
**PALIJATIVNOJ SKRBI**

**Jelena Jelić**

**Bjelovar, lipanj 2016.**



**Visoka tehnička škola u Bjelovaru**

**Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar**

**1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA**

Kandidat: **Jelena Jelić**

Datum: 08.01.2016.

Matični broj:000746

JMBAG: 0314007615

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA U ZAJEDNICI 2**

Naslov rada (tema): **Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi**

Mentor: **Goranka Rafaj, mag.med.techn.**

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za završni rad:

1. Đurđica Grabovac, dipl.med.techn., predsjednik
2. Goranka Rafaj, mag.med.techn., mentor
3. mr.sc. Tatjana Badrov, član

**2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 01/SES/2016**

U radu je potrebno opisati što je to palijativna skrb, kome je namijenjena, koji su ciljevi palijativne skrbi i koji su ključni principi palijativne skrbi te modele i organizacijske jedinice palijativne skrbi. Potrebno je opisati ulogu i kompetencije medicinske sestre u skrbi za psihološke, fizičke, socijalne i duhovne potrebe palijativnog pacijenta. Također je potrebno opisati faze suočavanja s neizlječivom bolešću, sestriinske strategije za pomoć umirućem pacijentu i njegovoj obitelji. Opisati specifičnosti komunikacije sa palijativnim pacijentom i njegovom obitelji te aktivnosti medicinske sestre u pružanju podrške obitelji u pojedinim fazama žalovanja. Opisati temeljna načela i postupke savjetovanja u pružanju podrške tugujućima.

Zadatak uručen: 08.01.2016.

Mentor: **Goranka Rafaj, mag.med.techn.**



## ZAHVALA

*Želim se zahvaliti svojim roditeljima i sestrama, koji su mi omogućili školovanje, pružali podršku i bili uz mene tijekom mog stručnog obrazovanja.*

*Zahvaljujem se dečku, svim prijateljima i kolegama koji su na razne načine pridonjeli što boljem i lakšem studentskom životu.*

*Zahvaljujem se svim predavačima i profesorima Stručnog studija sestrinstva na nesebičnom dijeljenju svoga znanja, iskustva i vještina. Zahvaljujem se svojoj mentorici, mag.med.techn. Goranki Rafaj na stručnoj pomoći tijekom izrade ovoga rada.*

*Jelena Jelić*

## Sadržaj

1. UVOD.....	1
1.1. Definicija i problemi terminologije palijativne skrbi .....	2
2. CILJ RADA.....	5
3. OSNOVNA OBILJEŽJA PALIJATIVNE SKRBI .....	6
3.1. Povijesni razvoj u Hrvatskoj i svijetu.....	6
3.2. Značenje palijativne skrbi za zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj .....	8
3.3. Procjena potreba za palijativnom skrbi .....	9
4. MODELI ORGANIZACIJE PALIJATIVNE SKRBI U HRVATSKOJ.....	12
4.1. Model organizacije palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj.....	12
4.1.1. Županijski centri za koordinaciju palijativne skrbi.....	12
4.1.2. Stacionarna skrb u županijama .....	13
4.1.3. Izvanbolnički oblici palijativne skrbi, njihova suradnja i povezivanje .....	13
5. PROBLEMI PALIJATIVNIH PACIJENATA.....	14
5.1. Bol.....	15
5.2. Fiziološke potrebe .....	18
5.3. Kardio-respiratorni problemi .....	20
5.4. Gastro-intestinalni problemi.....	20
6. ULOGA MEDICINSKE SETRE U TIMU PALIJATIVNE SKRBI.....	22
7. KOMUNIKACIJA U PALIJATIVNOJ SKRBI .....	24
7.1. Aktivnosti medicinske sestre u komunikaciji .....	25
7.2. Aktivnosti medicinske sestre u pružanju podrške obitelji .....	26
7.3. Temeljna načela i postupci savjetovanja u pružanju podrške tugujućima .....	28
8. ZAKLJUČAK .....	30
9. LITERATURA.....	31
10. SAŽETAK.....	33
11. SUMMARY .....	34



# 1. UVOD

Svaki je čovjek biološko, psihološko, sociološko i duhovno biće. Osnovne aktivnosti za kojima ima potrebu jesu održavanje zdravlja, ozdravljenje ili mirna smrt. Promatrajući ga kao cjelovito biće, ne bi nam trebali biti važni konkretna dijagnoza ili konkretni razlog traženja pomoći. Ono što je čovjeku važno, a nama predstavlja primarni cilj, očuvanje je integriteta ljudskog bića sve do trenutka smrti. Drugim riječima, nije nam centar djelovanja bolest već bolesnik i njegova obitelj. Prevencijom i liječenjem bolesti bave se preventivna i kurativna medicina. Što kada bolest postane neizlječiva, kada medicinski postupci liječenja ne daju rezultate ili su mogućnosti iscrpljene? Za takve bolesnike odavno postoji, a u posljednje vrijeme intenzivno se razvija, grana medicine koju nazivamo palijativna medicina.

Kada je čovjekovo zdravlje narušeno, povećana je sociološka potreba, odnosno potreba za društvom. Komunicirajući sa drugim ljudima, čovjek izražava svoje osjećaje, potrebe, strahove, mišljenje. Osim uloge medicinske sestre da pomogne pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje pridonose zdravlju ili oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje (1), poziv medicinske sestre/tehničara često puta imaju ulogu tješitelja. U tom slučaju, osim znanja i vještina, sestra mora biti sposobna iskazati empatiju. Zbog dobrog odnosa, sestra – pacijent, važno je posjedovati dobre komunikacijske vještine. Holistički i individualni pristup prema pacijentu, stvara čvrst odnos povjerenja. Potrebno je tako pristupiti pacijentu zbog lakšeg razumijevanja bolesnikovih potreba i pružanja pomoći u istima. Uz verbalnu komunikaciju dolazi i neverbalna koja pomaže u shvaćanju upućene poruke. Često puta je umirućemu potreban kontakt očima, geste koje prate riječi ili samo dodir kao znak pažnje.

Suvremena medicina usmjerena na bolest te patofiziološki pristup zdravstvene skrbi, doveli su do poboljšanja u tehničkim aspektima upravljanja bolešću. Takav pristup doveo je do brojnih napredaka, ali ipak suma napredaka i kvaliteta života je manja od zadovoljavajuće, one kojoj svi težimo. Ono što je u takvom pristupu zanemareno je višedimenzionalni aspekt samog pacijenta, kvaliteta njegovog društvenog i obiteljskog života, te osim fizičkih, psihosocijalne i duhovne komponente čovjeka. Taj nesklad između suvremene, bolešću okrenute medicine, i drugih



dimenzija ljudskog bića vjerojatno je najjače izražen u kroničnim, teškim i neizlječivim bolestima. Palijativna skrb je nastala kao pristup koji posebno ima za cilj riješiti ili barem umanjiti taj nesklad, na način da poboljša ukupnu kvalitetu skrbi u okruženju teške bolesti i za pacijente i njihove obitelji. (2)

Možda najbolji pokazatelj stanja u palijativnoj skrbi u Hrvatskoj, ali i cijelom svijetu, je to kako još uvijek nemamo u potpunosti usuglašenu terminologiju vezanu za palijativnu skrb. Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 2008. godine, govori kako svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarenja najviše moguće razine zdravlja, a između ostalih mjera zdravstvene zaštite tu pripada i palijativna skrb. Nažalost, svjedoci smo kako i danas, 2016. godine, nemamo regulirano ovo pitanje. Kako u zakonima i propisima, tako i u praksi. Naime, iako je pravo na palijativnu skrb jedno od osnovnih ljudskih prava te kao takvo priznato u više od 120 zemalja svijeta, u Hrvatskoj još uvijek ne postoji ni približno dovoljan broj ustanova za palijativnu skrb u sustavu zdravstvene zaštite, a do sada nije postojao niti razvijen sustav edukacije stručnjaka.

Riječ hospicij nastala je iz latinske riječi *hospitium* što znači gostoprimstvo. U početku je označavala sklonište za iznemogle i bolesne putnike koji su se vraćali sa hodočašća, a danas, hospicij je koncept skrbi koji podiže brigu za bolesnike i njihove obitelji na jednu višu razinu. Umiranje je proces koji još uvijek uključuje život pa je zbog toga važno da se bolesnik i obitelj fizički i psihički dobro pripreme za smrt, koja označava kraj života. Medicinska sestra/tehničar, u provođenju svoje djelatnosti dužni su primjenjivati svoje najbolje stručno znanje, poštujući načela prava pacijenata, etička i stručna načela koja su u funkciji zaštite zdravlja stanovništva i svakog pacijenta osobno (3). Za medicinske sestre je važno uvijek imati na umu da je svako ljudsko biće jedinstveno i neponovljivo te da osnovne potrebe treba zadovoljavati na jedinstven i svojstven način za svakog pacijenta.

### **1.1. Definicija i problemi terminologije palijativne skrbi**

Jedna od najmlađih grana medicine, unatoč brzini svog razvoja, još uvijek ima brojne prepreke koje treba premostiti. Kakvo je stanje u pojedinim zemljama svijeta, a posebno o tome kakav je univerzalni menadžment, smjernice i razvoj palijativne skrbi, možda najviše govori činjenica kako ni danas nemamo usuglašenu

terminologiju vezanu za palijativnu skrb. Tako se osim pojma palijativna skrb često koriste termini: *kućna njega, terminalni bolesnik, palijativna medicina, aktivno umiranje, skrb na kraju života, terminalna briga, suportivna skrb, hospicijska skrb* itd. Ono što predstavlja problem je nepostojanje konkretnih definicija za svaki od ovih pojmova. Prema tome, sami okviri, temelji, sastavnice i na kraju sve što bi trebala obuhvaćati palijativna skrb ne može biti jednako regulirano. Iznimno važno je zbog same interdisciplinarnе komunikacije vezane za pacijente što prije postići konsenzus oko terminologije (4).

Prema svjetskoj zdravstvenoj organizaciji definicija palijativne skrbi je: *„Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života pacijenta i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim sa smrtonosnom bolešću, kroz prevenciju i olakšanje patnje putem ranog prepoznavanja, te besprijetorne procjene i suzbijanja boli i drugih problema, fizičkih, psihosocijalnih i duhovni“* (5). Europsko udruženje za palijativnu skrb (EAPC) ima jednu širu, sveobuhvatniju definiciju: *„Palijativna skrb je aktivna, ukupna skrb za pacijenta čija bolest ne reagira na postupke liječenja. Najvažnije je suzbijanje boli, ili drugih simptoma, te socijalnih, psiholoških i duhovnih problema. Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu, te svojim djelokrugom obuhvaća pacijenta, obitelj i zajednicu. U nekom smislu, palijativna skrb nudi najosnovniji koncept zaštite – zbrinjavanje pacijentovih potreba gdje god da se za njega skrbi, bilo kod kuće ili u bolnici. Palijativna skrb afirmira život, a smrt smatra normalnim procesom; ona smrt ne ubrzava niti je odgađa. Ona nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života sve do smrti“* (6,7), dok je definicija hospicijske skrbi slijedeća: *„Hospicijska skrb jest skrb za cijelu osobu, s ciljem da zadovolji sve potrebe - fizičke, emocionalne, socijalne i duhovne. Kod kuće, u dnevnom boravku i u hospiciju, skrbi se za osobu suočenu sa završetkom života, te za one koji je vole. Osoblje i volonteri rade u multiprofesionalnim timovima za pružanje skrbi temeljene na individualnim potrebama i osobnom izboru, nastojeći ponuditi slobodu od bolova, dostojanstvo, mir i staloženost“* (8). Istaknuli smo ova dva termina kao najčešće korištena u Hrvatskoj, često i kao sinonimi. Budući da se njihove sastavnice ne rijetko preklapaju, ne treba čuditi težina razdvajanja ovih pojmova. Europsko udruženje za palijativnu skrb prepoznalo je ovaj problem koji donosi i veliku raznolikost u strukturi razvoja službi i pružanja skrbi. Razvoj zajedničke terminologije utvrđen je kao preduvjet smislenog uspoređivanja. Na osnovu toga je EAPC istaknuo prijedloge za

zajedničku Europsku terminologiju nakon procesa postizanja konsenzusa s nacionalnim udruženjima (9). Svrha i ciljevi normi su :

1. Unapređenje kvalitete i smanjenje varijacija u novim i postojećim programima,
2. Razvijanje i poticanje kontinuiteta skrbi u raznim okruženjima,
3. Omogućavanje partnerske suradnje između programa palijativne skrbi, komunalnih hospicija, te širokog spektra drugih zdravstvenih ambijenata,
4. Omogućavanje razvoja i kontinuiranog poboljšanja programa kliničke palijativne skrbi,
5. Uspostava jedinstveno prihvaćenih definicija bitnih elemenata u palijativnoj skrbi koji unapređuju kvalitetu, dosljednost i pouzdanost te skrbi,
6. Uspostava nacionalnih ciljeva za dostup kvalitetnoj palijativnoj skrbi,
7. Njegovanje inicijativa mjerenja i poboljšanja kvalitete.

## **2. CILJ RADA**

Cilj je ovoga rada predstaviti palijativnu skrb, počevši od same definicije pa do mogućnosti njenog usavršavanja i razvoja. Objasniti glavne probleme sustava u kojem se nalazi palijativna skrb, opisati probleme samih palijativnih pacijenata, faze suočavanja sa smrću, sestrinsku strategiju za pomoć pacijentu i obitelji. Komunikaciju i sa pacijentom i obitelji s posebnim osvrtom na ulogu medicinske sestre u palijativnoj skrbi.

### 3. OSNOVNA OBILJEŽJA PALIJATIVNE SKRBI

#### 3.1. Povijesni razvoj u Hrvatskoj i svijetu

Razmatrajući palijativne pojmove kroz njihov povijesni razvoj, od hospicijskog pokreta do palijativne medicine, integrirane na svim razinama zdravstvene zaštite, primjećuje se da unatoč tome što se u svijetu ubrzao i intenzivirao razvoj ove grane medicine, Hrvatska se nalazi tek na početku, nakon dugog niza godina zanemarivanja ovog iznimno velikog problema, obzirom da je palijativna skrb jedini adekvatan odgovor na porast kroničnih i neizlječivih bolesti. Razvoj palijativne medicine odvija se 60-ih godina u Velikoj Britaniji te 70-ih u SAD-u i Kanadi kao reakcija na promjene u medicinskoj kulturi. Hospicijski pokret je imao glavni međunarodni utjecaj u promicanju palijativne medicine i palijativne skrbi. Cicely Saunders, koja je radila u St. Joseph s hospicijom od 1957.-1967., gdje je i proučavala kontrolu boli kod uznapredovalog raka, dala je snažan poticaj za osnivanje St. Christopher hospicija u Londonu (1967.), iako nije bio prvi hospicij bio je prva medicinska akademska moderna zdravstvena ustanova, s naglaskom na edukaciji i istraživanju uz klinički rad. Stoga se Saunders smatra začetnicom moderne palijativne skrbi. U svom radu, ova po struci medicinska sestra, socijalna radnica i liječnica, prepoznala je i odgovorila na dotadašnje neprimjećivanje potreba umirućih bolesnika i njihovih obitelji, prepoznavajući specifične i jedinstvene potrebe svakog pojedinog bolesnika i njegove obitelji. U začetima palijativne medicine, aktivno liječenje i palijativna medicina su bili strogo odvojeni, te u je u tom razdoblju bilo opravdano kao sinonime koristiti termine *hospicij* i *palijativna skrb*. Veliki utjecaj u SAD-u imala je psihijatrica Elisabeth Kubler-Ross, čije su knjige o komunikaciji s terminalnim bolesnikom i njegovim potrebama te odnosu liječnik- bolesnik- obitelj izazvale „pravu revoluciju“. Urološki kirurg Balfour Mount 1974. godine osniva prvu svjetsku palijativnu službu pri bolnici u Montrealu, kao dio medicinskog fakulteta, a sve više se naglašava vrijednost palijativne službe pri bolnicama (palijativni odsjeci), osobito u cilju kontrole boli. Prvi upotrebljava izraz *palijativna skrb*. Palijativna medicina se sve više razvija kao posebna specijalizacija i subspecijalizacija, uz značajnu povezanost sa sveučilištima, pa danas postoje tisuće specijalista palijativne

medicine zaposlenih u više tisuća organiziranih jedinica palijativne medicine. U Velikoj Britaniji palijativna medicina je već 1987. godine prepoznata kao posebna specijalizacija. Za usporedbu, u Hrvatskoj se tek ove godine kreće s poslijediplomskim studijem iz palijativne medicine. Prema podacima iz 2001. godine, u svijetu je bilo oko 7 000 centara palijativne medicine u više od 90 zemalja. Podatci Jaspersa iz 2007. godine govore da je u Europi Velika Britanija imala 958 centara, Francuska 471, Poljska 362, Njemačka 321, Španjolska 261, Nizozemska 138, Belgija 121. U početku razvitka palijativne medicine, taj pojam je bio usko vezan uz onkološke bolesnike u uznapredovalim ili terminalnim fazama bolesti. Nažalost, jedan dio zdravstvenih djelatnika i danas još uvijek pojam palijativne skrbi veže za onkološke bolesnike. Razvoj palijativne medicine u Hrvatskoj se do nedavno isključivo temeljio na entuzijastičnom hospicijskom pokretu unutar segmenta civilnog društva predvođenim pionirkom palijativne medicine, Anicom Jušić. 1994. godine organiziran je prvi simpozij, *Hospicij i palijativna skrb*, u Zagrebu u Hrvatskom liječničkom domu, a u jesen je osnovano Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb u Hrvatskom liječničkom zboru (HLZ). Inicijator i organizator oba događaja bila je Anica Jušić, koja je izabrana za prvu predsjednicu društva. Uz pomoć domaćih sudionika te gostiju predavača iz različitih zemalja (Engleske, Poljske, Njemačke, Italije, Mađarske, SAD-a i Kanade), organizirani su brojni simpoziji, konferencije, tečajevi i predavanja različitih profila. Članovi Društva odlazili su na razne edukacijske tečajeve, seminare i kongrese u Englesku, Poljsku, SAD, Kanadu, Mađarsku, Njemačku, Italiju i Nizozemsku. Praktične aktivnosti počele su 1999. godine. Anica Jušić osnovala je i Hrvatsku udrugu prijatelja hospicija, kao logističku potporu zbornom društvu. Započeli su tečajevi za hospicijske dobrovoljce. Godine 1999., u prosincu, bila je prva interdisciplinarna hospicijska posjeta. U jesen 2002. otvoren je *Regionalni hospicijski centar*, uz deklarativnu podršku Ministarstva zdravstva, kao centar za hospicijske kućne posjete te supervizijske i didaktičke sastanke i tečajeve. Ovdje se počela razvijati i služba žalovanja, ambulanta za bol i palijativnu skrb. U posebnom prostoru smješteni su elektronički upravljani kreveti, WC-stolci, oksigenatori, oprema za supkutane medikacijske infuzije pod kontrolom sestara i druga pomagala u kućnoj njezi te sistematski vođena kartoteka i priručna ljekarna. Nakon još niza aktivnosti, u Hrvatskoj su pokrenute akcije (*Ostani uz mene*, *Čini dobro- osjećaj se dobro*), razni tečajevi i edukacije, otvoren je *Centar za koordinaciju palijativne skrbi*, razne udruge, hospicij, u sklopu pojedinih bolnica

otvoreni odjeli palijativne skrbi, te je izrađen i prihvaćen Strateški plan razvoja palijativne skrbi u RH. 21. 9. 2010. god. otvoren je i Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine (CEPAMET), a 28. 1. 2013. godine, otvoren je i prvi hospicij u Rijeci. Stalni angažman i rad stručnjaka doprinosi sve većem napretku razvoja palijativne skrbi u Hrvatskoj (10,11).

### **3.2. Značenje palijativne skrbi za zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj**

Prihvatiti palijativnu medicinu kao jednu od ravnopravne tri (preventivna, kurativna), nužno je za njen razvoj. Prije svega za pružanje takve vrste skrbi edukacija i priprema osoblja gotovo je osnovni preduvjet, naravno uz uvjete i prostor za rad. Bilo koji vid, odnosno model organizacije skrbi (mobilni timovi, centri, ustanove za palijativnu skrb, bolnički odjeli, odsjeci, primarna, sekundarna razina, volonterske udruge itd.) da bi mogao funkcionirati na zavidnoj razini mora imati obučene i izeducirane pojedince koji provode palijativnu skrb i koji će se na taj način moći nositi sa zahtjevima koje ona sa sobom nosi. Na razini bolničkih ustanova nakon dijagnosticiranja neizlječive bolesti često se dogodi da pacijent i obitelj odlaze sa mnoštvom nerazjašnjenih pitanja i nejasnoća. Nepovezanost i manjkava suradnja primarne i sekundarne razine skrbi uz sve navedeno, dovodi do zbunjenosti oboljelih što vodi do učestalih obraćanja hitnim službama, te opetovanim hospitalizacijama, koje su se velikim dijelom mogle izbjeći ukoliko bi pacijent imao adekvatnu vanbolničku skrb i podršku, u smislu rješavanja njegovih nedoumica, nejasnoća, potreba i problema za čije rješavanje nije potrebna hospitalizacija. Često dolazi do produljenja hospitalizacije zbog rizika koje ona nosi (bolničke infekcije), komplicira se pacijentovo stanje i narušava kvaliteta života. Nakon otpusta iz bolnice javljaju se ista pitanja, isti ili slični problemi, bez kontinuirane vanbolničke skrbi ponovno dolazi do pogoršanja stanja ili kroničnih tegoba bez akutnih zbivanja, hospitalizacije, pretraga i ulaska u „ začarani krug“. Bez reorganizacije, kako unutar tako i vanbolničke skrbi u Hrvatskoj, gotovo je nemoguće postupiti drugačije. Boravak u dnevnim bolnicama djelomično rješava probleme pacijenata čije stanje i potrebe može zadovoljiti taj vid skrbi i poboljšati im kvalitetu života i svakodnevnog funkcioniranja.

Obaveza poštivanja i zaštite dostojanstva smrtno bolesne ili umiruće osobe proizlazi iz nepovredivosti ljudskog dostojanstva u svim fazama života. To poštivanje i zaštita nalaze svoj izraz u pružanju odgovarajućeg okruženja, čime se ljudskom biću omogućava da umre u dostojanstvu.

Brojna iskustva patnje u prošlosti i sadašnjosti pokazala su da se ova zadaća mora izvršavati osobito na dobrobit najugroženijih članova društva. Baš kao što ljudsko biće počinje svoj život u slabosti i ovisnosti, ono i kad umire također treba zaštitu i potporu (12). Dvije posljednje rečenice preuzete su iz konvencije o osnovnim ljudskim pravima. Osim ovog dokumenta, u Hrvatskoj postoji niz zakona, propisa i pravilnika koji uređuju pitanje i problem palijativne skrbi.

Unatoč brojnim poteškoćama, palijativna skrb u Hrvatskoj je pokrenuta. Postoje neke slabe točke: nedostaci u zakonodavstvu i ne provođenje postojećih zakona, nedostatak adekvatne obuke, nedostatak jasnoće u pogledu kompetencija i nejasnog statusa hospicijske skrbi (koja nije uključena u strateški plan razvoja). Međutim, smatramo uspjehom da je palijativna skrb postala prioritet, kako na nacionalnoj tako i na regionalnoj razini. Zakon priznaje potrebe bolesnika. U različitim dijelovima Hrvatske, tu je nalet inicijativa na čelu s entuzijastima koji ulažu puno truda u organizaciju i pružanje bolničke i ambulantne usluge. Sada je potrebno prikupiti i pregledati podatke o pružanju usluga u cijeloj zemlji, kako bi se utvrdilo idemo li u pravom smjeru, te da se precizne mjere odrede prema potrebama naših pacijenata. Ključni i najvažniji zadatak biti će razvoj visoke kvalitete nastavnog plana i programa za dodiplomske i poslijediplomske nastave, uključujući i praktične nastave, za sve profesionalce koji su uključeni u palijativnu skrb.(13)

### **3.3. Procjena potreba za palijativnom skrbi**

Gledajući promjene u duljini životnog vijeka, te u patologiji kroz povijest, danas je životni vijek duži, a najzastupljenije su kardiovaskularne i onkološke bolesti (kronične i neizlječive), što znači kako sve manje ljudi umire iznenadnom smrću. Na prvi pogled nam je jasno kako je potreba za palijativnom skrbi sve veća. Mnogi pacijenti nemaju adekvatnu kontrolu ili olakšanje simptoma za održavanje kvalitete života. Štoviše, ovi pacijenti često posjećuju hitne službe zbog nekontrolirane boli i drugih simptoma ili



su primorani na hospitalizaciju u posljednjoj fazi života. Zbog toga mnogi pacijenti nisu u mogućnosti da umru na njima najpovoljnijem mjestu, što je svakako njihov dom. Integracija palijativne skrbi kroz bolju koordinaciju i komunikaciju na svim razinama zdravstvene zaštite, donosi poboljšanje u kontinuitetu skrbi za palijativnog pacijenta. Kada govorimo o procjeni potreba za palijativnom skrbi, to možemo podijeliti na procjenu kod svakog pacijenta pojedinačno (treba li, kada, kako i kojim tempom započeti provođenje palijativne skrbi), ali i šire, gledajući potrebe na lokalnoj, regionalnoj i državnoj razini. Ako gledamo pojedinačno, palijativna skrb se ne odnosi samo na starije bolesnike, već na oboljele od neizlječivih bolesti svih životnih dobi (od najmanje djece do najstarijih). Također se ne odnosi samo na onkološke bolesnike (oko 50%) s kojima se nerijetko povezuje, već na oboljele od brojnih drugih neizlječivih bolesti. Ne odnosi se na zadnjih par dana ili tjedan života, već je često potrebna godinama. Kriteriji i smjernice za uključivanje pacijenata u palijativnu skrb, neizmjerne su pomoć stručnjacima. Poštivanje principa pravednosti je svakako broj jedan pravilo u pružanju skrbi, vodeći računa o specifičnim potrebama pacijenata. Prije uključivanja u bilo koju vrstu skrbi neophodno je procijeniti stanje pacijenta, vodeći se općepriznatim smjernicama i naravno komunikacijom s pacijentima i obitelji iz koje ćemo doznati načine na koje oni gledaju na trenutnu situaciju, koja bi vrsta skrbi za njih bila zadovoljavajuća i najprihvatljivija. Uz sve ponuđene smjernice i upute koje će nam dati objektivnu sliku, želje i osjećaji pacijenta se moraju uvažavati i poštivati što mu naravno osigurava aktivnu ulogu i doprinosi osjećaju samopoštovanja. Uvođenje kolegija iz područja palijativne skrbi u školovanje zdravstvenih radnika, te specijalizacija kako za doktore medicine, tako i za medicinske sestre neki su od preduvjeta za odvijanje palijativne skrbi na višem nivou.

Ako pak gledamo problematiku na razini cijele države, neophodno je postojanje kriterija koji će nam biti smjernica. Jedan od njih svakako je godišnji broj umrlih od karcinoma u bolničkim ustanovama. Poznata je činjenica da naše društvo stari i sve veći broj stanovnika prelazi sedamdesetu godinu života, stoga je procentualno i sve veći broj kardio i cerebrovaskularnih kao i malignih bolesti. Kako je palijativnu skrb potrebno organizirati na svim razinama zdravstvene zaštite, prije njezina uključivanja potrebno je procijeniti potrebe za njom na temelju broja umrlih i uzroka smrti. Prema podacima HZJZ-a broj umrlih u npr. 2010. godini bio je 52 096 osoba. Broj umrlih od zloćudnih novotvorenina iznosio je 13 698 osoba. Procjenjuje

se da 80% osoba umrlih od zloćudnih novotvorevina treba palijativnu skrb, što znači približno 10 000 osoba godišnje. 40-50% osoba koje umiru od zloćudnih novotvorevina, umiru u bolnicama. Ukupan broj umrlih u bolnicama u 2004. (HZJZ) iznosio je 20.086. Broj umrlih poradi zloćudnih novotvorevina iznosio je 4.291 osoba ili 21% svih umrlih u bolnicama. Statistički podaci HZJZ-a pokazuju da osobe koje umiru radi zloćudnih novotvorevina uglavnom umiru u kliničkim bolnicama, nešto manje u općim, a najmanje u specijalnim bolnicama ili stacionarima domova zdravlja. Obzirom na iskazane potrebe, na 100 000 stanovnika potrebno je 8 palijativnih kreveta (14). Na svakih 100 000 stanovnika potreban jedan tim za palijativnu skrb u kući, koji treba biti dostupan 24 sata dnevno. U bolnici sa 250 kreveta trebao bi biti barem jedan tim za podršku palijativnoj skrbi. Na svakih 40 000 stanovnika trebao bi biti jedan volonterski hospicijski tim. Preporučuje se jedan dnevni hospicij na 150 000 stanovnika, trebalo bi provesti i evaluirati nacionalne pilot projekte kojima bi se istražile potrebe za ovom vrstom službi (15).

*Tablica 1. Procjena potreba za palijativnom skrbi na razini države prema preporukama Europskog udruženja za palijativnu skrb (Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi, 2009.)*

Skupina bolesti	Broj umrlih (2010.)	Procijenjeni broj pacijenata koji trebaju palijativnu skrb	Procijenjeni broj pacijenata koji trebaju specijalističku palijativnu skrb
Onkološke bolesti	13 698	6 849-12 191	2 740
Neonkološke bolesti	38 398	19 199-34 174	1 920
Ukupno	52 096	26 048-46 365	4 660

## **4. MODELI ORGANIZACIJE PALIJATIVNE SKRBI U HRVATSKOJ**

### **4.1. Model organizacije palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj**

Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.- 2016. predviđa uspostavu sustava palijativne skrbi koji uključuje nekoliko različitih organizacijskih oblika(16).

#### **4.1.1. Županijski centri za koordinaciju palijativne skrbi**

Predlaže se osnivanje centra za koordinaciju palijativne skrbi. Takvi centri bili bi smješteni isključivo u zdravstvenim ustanovama.

Predviđeno je da centar za koordinaciju palijativne skrbi obavlja sljedeće funkcije :

- koordinira i osnažuje postojeći sustav zdravstvene zaštite u pružanju usluge palijativne skrbi po modelu organizacije 24/7,
- koordinira i osnažuje postojeći sustav socijalne skrbi za pružanje palijativne skrbi,
- koordinira i povezuje djelovanje svih razina sustava zdravstvene zaštite, socijalne skrbi i drugih sudionika palijativne skrbi kroz formiranje timova koji djeluju na određenom području,
- vodi registar korisnika palijativne skrbi,
- koordinira rad volonterskih timova,
- koordinira ili organizira posudionice pomagala,
- koordinira osnovnu edukaciju iz područja palijativne skrbi,
- informira građane i promiče palijativnu skrb.

#### **4.1.2. Stacionarna skrb u županijama**

Za potrebe stanovništva uspostaviti će se stacionarni kapacitet za palijativnu skrb. Pri tome će se iskoristiti kapaciteti već uspostavljenih ili planiranih regionalnih centara za palijativnu skrb, te po potrebi osigurati posteljne kapacitete u drugim stacionarnim ustanovama.

S obzirom na zdravstvene potrebe i skraćen očekivani životni vijek palijativnih pacijenata, u zdravstvenim ustanovama treba provoditi kliničke putove za obradu takvih pacijenata po skraćenom postupku. Bolnički tim za podršku palijativnoj skrbi treba pružati usluge podrške palijativnoj skrbi unutar svoje ustanove, a u dogovoru sa županijskim centrom za koordinaciju palijativne skrbi i podršku palijativi izvan svoje ustanove(16).

#### **4.1.3. Izvanbolnički oblici palijativne skrbi, njihova suradnja i povezivanje**

Ambulantna palijativna skrb (u kojoj rade posebno educirani zdravstveni radnici), može se pružati prema potrebi u svim vrstama zdravstvenih ustanova ovisno o specifičnim potrebama korisnika, području na kojem se ambulanta nalazi ili kao nadopuna drugim oblicima palijativne skrbi.

Potporu osiguravanju izvanbolničke palijativne skrbi pružaju bolnička i izvanbolnička specijalističko - konzilijarna zdravstvena zaštita kroz sustav kućnih posjeta za specijalističku palijativnu skrb izvan domene rada obiteljskog liječnika, te konzilijarno. To su interdisciplinarni specijalistički timovi koji podržavaju primarnu zdravstvenu zaštitu konzilijarno, te obavljanjem zdravstvenih postupaka i zahvata koji nisu uobičajeni na razini primarne zdravstvene zaštite. Svi članovi tima moraju dobiti posebnu edukaciju za rad u palijativnoj skrbi. Takav tim nije primarno zadana forma u smislu punog radnog odnosa, već je to skup stručnjaka koji u radu tima sudjeluju u različitim udjelima i ulogama, bilo stalno ili povremeno (17).

## 5. PROBLEMI PALIJATIVNIH PACIJENATA

Palijativna medicina ne može izliječiti osobu, ali može o njoj skrbiti, ublažiti joj bol i patnju, čuvajući dostojanstvo osobe kao jedinstvenog ljudskog bića (17). Palijativna medicina se bavi zadnjim stadijima neizlječivih bolesti čija je prognoza smrt. Brine se za ljudsko dostojanstvo i vodi ka mirnoj smrti. Palijativnu medicinu predvodi stručni tim koji se sastoji od obiteljskog liječnika, liječnika specijalista (ovisno primarnoj bolesti), medicinskih sestara, psihijatra, psihologa, socijalnog radnika, fizioterapeuta, dijetetičara, duhovnika.

Medicinske sestre u palijativnoj skrbi, skrbe za održavanje kvalitete života, poštuju ljudsko dostojanstvo i potiču na mogućnost samozbrinjavanja. Nepisano je pravilo da se palijativna skrb primjenjuje tek neposredno prije smrti, no u današnje vrijeme suvremene medicine ona se može primjenjivati već nakon postavljanja dijagnoze neizlječive bolesti. Nakon postavljanja dijagnoze neizlječive bolesti otvara se mnoštvo pitanja kako kod pacijenata i njihovih obitelji tako i u zdravstvenih radnika koji su skrbili o pacijentu do otpusta iz bolnice. Neka od njih su sljedeća: Koliko je obitelj spremna i ima mogućnosti preuzeti skrb o pacijentu? Koji vid skrbi i u kojoj mjeri je potreban uz obiteljsku skrb? Kome se obitelj može obratiti ukoliko im je potreban savjet vezan za skrb o pacijentu (vikend, praznik)? Jesu li su uz usmenu edukaciju, bez pisanih materijala uspjeli upamtiti sve upute o skrbi? Pri učestalim hospitalizacijama, postavlja se pitanje je li to najbolji način skrbi za pacijenta sa neizlječivom bolesti? Postoji li bolje i ugodnije rješenje za skrb o pacijentu, koja bi mu bila osigurana na način da mu se omogući kontinuitet i stabilnost njegovog stanja i simptoma? Može li se kvaliteta života pacijenata održavati na zadovoljavajućem nivou uz postojeće i ponuđene vidove skrbi? Koliko pacijent sudjeluje u donošenju odluka o izboru daljnje skrbi i koliko mu sadašnje mogućnosti sustava daju izbora? Koliko je moguće individualno pristupati uz postojeće ponude u sustavu skrbi? Uz gore navedena pitanja postavljaju se i otvaraju još mnoga. Neka od postavljenih pitanja imaju jasne odgovore, koji daju smjernice kojim putem krenuti. Međusobna suradnja i povezanost između bolničkih zdravstvenih ustanova, primarne zdravstvene zaštite, različitih profila stručnjaka educiranih iz područja palijativne skrbi, te

organizacija palijativne skrbi na različitim razinama zdravstvene zaštite pomogla bi u ostvarivanju bolje skrbi za pacijente. Obitelj i pacijenti zatečeni novom situacijom pokušavaju saznati kako na najbolji mogući način osigurati što kvalitetniji život oboljelom i gdje potražiti najadekvatniju pomoć i dobiti odgovore na brojna pitanja koja se svakodnevno nameću. Neophodno je osigurati i službe kojima bi se mogli obratiti za pomoć i podršku za probleme koji ih muče, a ne zahtijevaju hitne intervencije, niti bolničko liječenje. Pisani materijali o učestalim problemima i načinima pomoći mogli bi biti od dodatne koristi. Problematika ovih obitelji i pacijenata je prepoznata i vrlo je važno da se osiguraju uvjeti za zadovoljavanje njihovih potreba na način koji je najprikladniji za stanje takvih pacijenata u svrhu pružanja maksimalne i najkvalitetnije skrbi. Neophodan je individualan pristup i suradnja pacijenata i obitelji u donošenju odluka o skrbi. Za ostvarivanje istog, nužno je imati ponuđene različite mogućnosti palijativne skrbi u sustavu prilagođene različitim potrebama pacijenata s neizlječivim bolestima. Pojava kompleksne problematike zahtijeva multidisciplinarni pristup i visoku educiranost stručnjaka iz područja palijativne skrbi. Uz podršku i skrb za pacijente od neizmjerne je važnosti i podrška i pomoć obiteljima oboljelih.

Kod svakog pacijenta, ne samo kod palijativnog, izražena je kompleksnost ali unaprijed i određena uspješnost terapije povezivanjem duše i tijela u jednu cjelinu, ma koja od njih bila dominantno zahvaćena bolešću. Doista je teško odrediti redoslijed ili možda prioritet u navođenju problema s kojima se susreću palijativni pacijenti i njihovi najbliži.

Posao medicinske sestre/tehničara je promatranje i pregled bolesnika, te postavljanje sestrinskih dijagnoza koje se postavljaju temeljem specifičnih i nespecifičnih simptoma i znakova. Koristeći razne metode pri dijagnosticiranju, sestre utvrđuju etiologiju, lokalizaciju, ponašanje i stanje bolesnika. Pri ovom dijelu svojega posla, medicinska sestra koristi samo svoja osjetila: sluh, vid, njuh i opip.

## **5.1. Bol**

U doba suvremene medicine, kada je palijativna skrb još na marginama društva, palijativno liječenje se započinje liječenjem osnovne bolesti djelovanjem na

primarne simptome. Najčešći problem palijativnih pacijenata jest bol koja se tretira ovisno o osnovnoj bolesti.

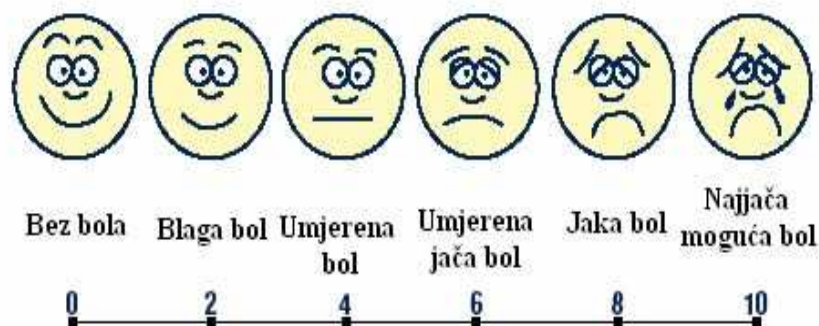
*„Bol je neugodni osjetilni i emotivni doživljaj povezan sa stvarnim ili mogućim oštećenjem tkiva ili opisima u smislu takvog oštećenja. Bol je uvijek subjektivna.“* (SZO, 1986.)

*„Bol je što god osoba koja je doživjela kaže da jest i postoji kad ona kaže da postoji.“* (McCafery & Beebe, 1994.)

Tablica 2. Primjer sestrinske dijagnoze i liste (Narodne novine br.79, srpanj 2011.)

Problem	Bol			
Etiologija	osnovna bolest			
Simptom				
Ime i prezime: X	Datum rođenja: X	Odjel: X	Matični broj: X	
Sestrinska dijagnoza po prioritetu: Bol u/s osnovnom bolešću		Cilj po prioritetu: Intenzitet boli nakon jednog sata biti će podnošljiv pacijentu		
DATUM	SESTRINSKI POSTUPCI		EVALUACIJA	
x	<ul style="list-style-type: none"> <li>- procjena boli pomoću skale</li> <li>- primjena ordiniranih analgetika</li> <li>- promatranje pacijenta</li> <li>- evidentiranje postupaka</li> </ul>		1. Cilj je postignut, pacijent nakon jednog sata od primjene terapije bol ocjenjuje sa ____ na ljestvici. 2. Cilj nije postignut, primijenjen analgetik.	

Kako bi osjećaj boli uspjeli donekle konkretizirati i izraziti u mjerivim vrijednostima, služimo se skalama za procjenu boli. Najčešće korištena je vizualno-analogni skala (VAS) boli. Od bolesnika se traži da na 10 centimetara dugoj crti označi mjesto koje odgovara jačini njegove boli, nakon čega se s druge strane milimetarske ljestvice očita VAS zbroj. Pritom 0 označava da nema boli, a 10 najjaču bol. Ako je VAS zbroj 0 - 3, jačina boli ne zahtijeva analgetsku terapiju. Za suzbijanje boli koristimo analgetike prema točno određenim algoritmima. Analgetike primjenjujemo peroralno kad god je to moguće i u točno određeno vrijeme a ne prema potrebi. Potom je važno da budu odgovarajuće doze, individualan pristup i terapijska shema za svakog pacijenta pojedinačno, a cilj je da bol bude manja ili jednaka 3, na VAS skali.



Slika 2. Skala za određivanje jačine boli (<http://www.slideshare.net/kobas/bol-44755792>, pristupljeno 25.4.2016.)

Kada nije moguće primijeniti per os analgetsku terapiju, tada je poželjno analgetike primjenjivati supkutano. Osim analgetika moguće je i druge vrste lijekova aplicirati tim putem. Intravenske injekcije treba izbjegavati jer su invazivne, a nisu učinkovitije od supkutano put primjene. Intramuskularne injekcije treba izbjegavati jer su bolne, osobito u slučaju bolesnika koji su kahektični. Supkutani put primjene ne bi trebalo koristiti isključivo u slučaju umirućeg pacijenta. Taj put primjene trebalo bi razmotriti u svrhu suzbijanja bolova i/ili drugih simptoma kad drugi načini primjene



nisu prikladni. Supkutani put primjene može se koristiti iz sljedećih razloga: kada oralna primjena nije moguća, kod mučnine i povraćanja itd. Supkutani put primjene neće bolje ublažiti bolove nego oralni put osim ako postoji prepreka peroralnoj primjeni ili apsorpciji. Apsorpcija može biti sporija nego intramuskularnim putem, lijekovi koji imaju iritirajuća svojstva mogu izazvati veću upalnu reakciju supkutanim nego intramuskularnim putem, ukupna količina za bolus injekciju nije jako velika (preporučeni maksimum je 1 ml), apsorpcija će biti uvelike ograničena u pacijenata koji su u šoku ili hipovolemični. Sljedeći često korišteni lijekovi ne smiju se davati supkutanim putem jer mogu prouzročiti nekrozu tkiva: antibiotici, diazepam, klorpromazin, proklorperazin (18).



*Slika 3. Mjesta primjene supkutanih injekcija (<http://www.palijativa.ofs.hr>, pristupljeno 13.3.2016.)*

## **5.2. Fiziološke potrebe**

Fiziološke potrebe prema A. Maslowu su disanje, hrana, voda, ekskrecija, spavanje, seks, homeostaza, a V. Henderson ih navodi kao četrnaest osnovnih ljudskih potreba: disanje, unos hrane i tekućine, eliminacija otpadnih tvari, kretanje i zauzimanje odgovarajućih položaja tijela, odmor i spavanje, odijevanje, održavanje normalne temperature tijela, održavanje osobne higijene, izbjegavanje štetnih

utjecaja okoline, komunikacija s drugim ljudima, vjerske potrebe, obavljanje svrsishodnog rada, rekreacija, učenje- istraživanje i zadovoljavanje znatiželje.

Kod umirućih pacijenata javlja se smanjena mogućnost brige o sebi koja uključuje oblačenje, eliminaciju, osobnu higijenu, hranjenje. Zbog smanjene pokretljivosti nailazimo i na komplikacije dugotrajnog ležanja, kao što su dekubitusi i kontrakture. Smanjena je prohodnost dišnih putova i otežano je gutanje. Osjetilne funkcije u terminalnoj fazi bolesti također slabe.

Kompetencije medicinske sestre jesu:

- primjena ordinirane terapije koja olakšava disanje, nadziranje pacijenta tijekom primjene terapije i disanje, priprema i održavanje pribora, aspiracija gornjih dišnih putova, dokumentacija postupaka, mjerenje frekvencije disanja, osiguravanje odgovarajućeg položaja,
- priprema pacijenta za obrok, osiguravanje obroka, nadziranje tijekom hranjenja i pijenja, poticanje na konzumaciju, hranjenje, vođenje evidencije o unosu hrane i tekućine, pripremanje i kontroliranje enteralnog načina unosa, educiranje pacijenta i obitelji o načinu ishrane, uređivanje pacijenta nakon hranjenja i pijenja,
- pripremanje za odstranjivanje tjelesnih otpadnih tvari, primjena klizme i supozitorija, dokumentiranje postupaka, kateterizacija, mjerenje diureze, nadziranje pacijenta, pomoć kod uporaba posuda za mokrenje i defekaciju, kontrola stoma, kontrola drenažnih cijevi,
- procjenjivanje potrebe za snom, osiguravanje mirne okoline, osiguravanje prostora za odmor,
- procjenjivanje mogućnosti pokretljivosti, osiguravanje pomagala za kretanje i sprečavanje komplikacija dugotrajnog ležanja, pomaganje kod ustajanja i kretanja, mijenjanje položaja u postelji, brine o sigurnosti, educira pacijenta i obitelj o pravilnom korištenju pomagala,
- osiguravanje odjeće i obuće, nadziranje i pomaganje pri oblačenju i svlačenju,

- procjenjivanje mogućnosti za obavljanje osobne higijene, nadziranje, pomaganje i/ili provođenje osobne higijene, pomoć pri namještanju proteze, raznih pomagala, educiranje obitelji i pacijenta o važnosti osobne higijene, uređivanje tijela umrloga, dokumentiranje postupaka,
- prepoznavanje sposobnosti za rekreaciju, omogućavanje rekreacije i razonode, motiviranje, nadziranje bolesnika za vrijeme razonode, uključivanje obitelji u aktivnosti bolesnika.

### **5.3. Respiratorni problemi**

Palijativni pacijent vrlo često znači i pacijent vezan za bolesnički krevet ili pak minimalno pokretan pacijent. Uz osnovne dijagnoze ta smanjena aktivnost dovodi i do smanjene eliminacije i drenaže tvari iz dišnih putova. Disanje je osnovna i primarna ljudska potreba čije je zadovoljavanje hitno i mora nastupiti odmah bez odgode budući da potpuni prestanak disanja nakon 3 do 5 minuta dovodi do trajnih i ireverzibilnih oštećenja mozga te svakom minutom dalje vodi u smrt. Teško disanje, kašalj, edem, štucanje, apnea, agonalni način disanja, sekret i otežano iskašljavanje su glavni respiratorni problemi. Glavne intervencije medicinske sestre za pomoć kod disanja su smjestiti pacijenta u prikladan i pravilan položaj, raditi manualnu drenažu nježnim lupkanjem prsišta, osloboditi dišne putove (aspiracija, primjena kisika prema odredbi liječnika), napraviti plan dnevnih aktivnosti za pacijenta i na kraju edukacija pacijenta o metodama disanja, tehnikama relaksacije i uzimanja lijekova i važnosti odmora.

### **5.4. Gastro-intestinalni problemi**

Vodeći gastro-intestinalni (GI) problemi su mučnina, povraćanje, tvrda stolica, opstipacija, opstrukcija crijeva, proljev, nadutost, disfagija, dispepsija. Najčešći od svih ipak je problem defekacije. Bitno je osigurati privatnost pacijenta paravanom, zaštititi krevet od mogućeg prolijevanja fekalija po krevetu, položiti pacijenta na bok, ukloniti stolicu nakupljenu u rektumu i primijeniti laksativ kako je propisano

(supozitorij, klizmu), pacijenta staviti u stabilan položaj na posudi za nuždu, ako defekaciju vrši u noćnu posudu, posjesti ga ukoliko je to moguće čim stabilnije. Kod defekacije putem stome, bitno je da obaviti pravilnu higijenu stome kod promjene vrećice. Kod obavljanja velike nužde na prirodan način, ukoliko je to moguće, posjesti pacijenta na stolicu za nuždu, jer one omogućuju fiziološki položaj sličan normalnom vršenju nužde. Savjetovati pacijenta da izbjegava intenzivna naprezanja kako bi se izbjegla oštećenja sluznice crijeva, krvarenje i bol. Nakon obavljanja velike nužde treba pomoći pacijentu napraviti toaletu perianalnog područja, odstraniti fekalije i prozračiti sobu, educirati pacijenta, ukoliko mu to stanje dopušta, o pravilnom sastavljanju jelovnika za sprječavanje opstipacije, o vježbama, relaksaciji i važnosti hodanja i kretanja. Educirati i pacijentovu okolinu o važnosti masaže abdomena ukoliko je pacijent slabo pokretan. Problem koji se najčešće javlja kao reakcija na stres je opstipacija povezana s mirovanjem, koja se rješava prvo mehaničkim metodama (masaža trbuha) i prehranom ili, u krajnjem slučaju, laksativima. Pacijent je opstipiran kada 3 dana uzastopce izostane defekacija što znači da će se tada primijeniti neko od sredstava za poticanje peristaltike (laksativi, klizma).

Osim opstipacije pacijent može patiti i od dijareje pa je zadaća medicinske sestre da evidentira učestalost, promjenu u boji ili prisutnost primjesa, količinu i miris te u skladu sa izgubljenom količinom tekućine dogovori nadoknadu iste s nadležnim liječnikom.

Intervencije medicinske sestre kod pacijenta s proljevom i fekalnom inkontinencijom:

- prati količinu, boju i učestalost svake stolice uz evidentiranje u dokumentaciji ,
- prati stanje pacijenta u svezi pojave dehidracije (prati unos i iznos tekućine, turgor kože, stanje svijesti, vitalne znakove).

Intervencije medicinske sestre su osim na praćenje stanja pacijenta usmjerene i na što bolju higijenu analnog i perianalnog područja u svrhu zaštite integriteta kože, uzeti stolicu za analizu po nalogu liječnika i primijeniti ordiniranu terapiju, pružiti potporu koliko je moguće, a kod inkontinencije stolice ovisno o stanju pacijenta i njegovim mogućnostima provesti edukaciju o vraćanju kontrole nad defekacijom.

## **6. ULOGA MEDICINSKE SETRE U TIMU PALIJATIVNE SKRBI**

Za provedbu palijativne skrbi nužno je uključivanje različitih stručnjaka, liječnika, medicinskih sestara, socijalnih radnika, fizioterapeuta, svećenika, dijetetičara, psihologa i volontera koji svaki sa svoje perspektive procjenjuju stanje bolesnika, ali zajedno planiraju ciljeve skrbi, intervencije, međusobno koordiniraju u izradi plana skrbi i implementaciji istog. Temelj funkcioniranja tima zasniva se na stalnom konsenzusu u donošenju odluka, na obrascu uspješne komunikacije između različitih profesija i filozofiji skrbi baziranoj na bolesnikovim potrebama, bolesniku kao subjektu i obitelji kao važnom čimbeniku. Uz potrebe pacijenta ne zanemaruju se niti potrebe obitelji oboljelog. Medicinska sestra u palijativnoj skrbi višestruki je aktivni sudionik koji neposredno provodi zdravstvenu njegu, koordinira i rukovodi cjelokupnim procesom skrbi. Odgovorna je za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege uz kontinuiranu procjenu, evaluaciju, edukaciju bolesnika i obitelji, te suradnju s ostalim članovima interdisciplinarnog tima (19).

Osim skrbi koju pružaju pacijentima, zadaća medicinskih sestara je i edukacija obitelji i pacijenata o načinima pružanja zdravstvene njege, povezivanje i suradnja s vanbolničkim službama za palijativnu skrb. U svrhu održavanja kontinuiteta skrbi i kvalitetnije suradnje s kolegicama koje nastavljaju skrbiti o pacijentu van bolnice, neophodno je postojanje sestrinske dokumentacije prilagođene pacijentima u palijativnoj skrbi. Medicinske sestre palijativne skrbi dio su multidisciplinarnog tima, odgovorne su za procjenu i planiranje izravnih potreba skrbi, pružaju tjelesnu i emocionalnu utjehu uz poštivanje holističkog pristupa. Medicinske sestre palijativne skrbi povezuju članove tima (liječnik, psiholog, socijalni radnik...) s obitelji i pacijentom, uz uvažavanje potreba obitelji za empatičnom komunikacijom i pružanjem podrške. Uz potrebe pacijenta ne zanemaruju se niti potrebe obitelji oboljelog. Medicinska sestra u timu palijativne skrbi promiče kvalitetu života i nastoji što profesionalnije odgovoriti na potrebe umirućeg i njegove obitelji. Procjena u podršci bolesniku mora biti neprekidna, evaluacija se radi nakon svake procjene jer se slika o terminalnom bolesniku mijenja iz dana u dan. Medicinska sestra mora biti potpora postojećim službama zdravstvenim, socijalnim i duhovnim sa ciljem da bi

skrb bila što potpunija i kvalitetnija. Postizanje ciljeva, povjerenje, brižnost su važni elementi u odnosu sestra-pacijent (20). Svaki član tima provodi intervencije za koje je zadužen, ali neprestano surađuje s ostalim članovima tima kako bi uspješno ublažili ili riješili postojeće probleme (17).

## 7. KOMUNIKACIJA U PALIJATIVNOJ SKRBI

Doslovno značenje riječi komunikacija znači učiniti nešto zajedničkim. Komunikacija je prenošenje i razumijevanje značenja poruka, a komuniciramo da bi prikupili, prenijeli ili razmijenili informacije. Prema načinu komuniciranja, komunikacija može biti usmena, pismena, verbalna i neverbalna. Zbog ovih načina jednostavno je nemoguće ne komunicirati. Prema broju sudionika komunikacija u palijativnoj skrbi najčešće je interpersonalna te grupna. Kao u svim granama medicine tako i u palijativnoj skrbi presudnu važnost ima komunikacija. U palijativnoj skrbi usmjerena je u više pravaca, ali svi vode k istom cilju. Teško bi bilo izdvojiti nekoga kao posrednika, ali najčešće je medicinska sestra jedna posrednica između pacijenta i ostalih članova palijativnog tima, a nerijetko i između samog pacijenta i njegove obitelji. Jedan od preduvjeta za odvijanje palijativne medicine na kvalitetnom nivou je i poznavanje komunikacijskih vještina sa specifičnostima karakterističnim za palijativnu skrb. Važno je znati da bez dobre komunikacije nema dobre palijativne medicine, koja je u palijativnoj medicini izrazito težak i zahtjevan proces. To je vjerojatno jedan od čestih razloga zašto su djelatnici, kada treba komunicirati s bolesnikom ili njegovom obitelji često prezaposleni, nemaju vremena za duži razgovor, komunicira se u žurbi na bolničkom hodniku, ponekada zbog umora ili straha zbog razmišljanja i nesigurnosti je li način komuniciranja dobar. Komunikacija zahtijeva znanje, kompetenciju i tehničke vještine pružene sa entuzijazmom i odgovornošću, ali uz svjesnost zdravstvenih profesionalaca da i oni nose svoju anksioznost, strahove, depresiju, bespomoćnost i niz drugih ograničenja (17, 19). Komunikacija kao i svaka druga vještina zahtijeva edukaciju i vježbanje. U specifičnost komunikacije u palijativnoj skrbi spada i priopćavanje loše vijesti. Da bi vijest bila prenesena na pravi način, osnova je poznavanje komunikacijskih vještina sve u svrhu rješavanja problema, bijega od drugih problema te primanja i davanja obavijesti.

U medicini komunikacija je ključ liječenja u svrhu postizanja cilja odnosno što boljeg terapijskog učinka. Medicinski djelatnici su izloženi najrazličitijim vrstama komunikacije u kratkom vremenskom razdoblju. Stoga je vrlo važno dobro baratanje komunikacijskim vještinama. U današnje vrijeme smo svjedoci manjka djelatnika u

odnosu na broj bolesnika i gomilu administrativnih podataka. Zbog takvih nedostataka, medicinske sestre imaju deficit vremena za boravak i razgovor s pacijentom.

### **7.1. Aktivnosti medicinske sestre u komunikaciji**

Holistički pristup prema pacijentu omogućava da mu pristupimo kao cjelovitom biću, nerazdvojivom na dijelove. Važno je da sestra posjeduje izvrsne komunikacijske vještine i iste vježba. Kako bismo olakšali boravak u bolnici i stekli bolesnikovo povjerenje potrebno je da se komunikacija održava, odnosno komunikacija treba biti dvosmjerna. Sestra mora znati prepoznati fazu u kojoj se bolesnik nalazi iz razloga jer komunikacija ovisi o fazi u kojoj se bolesnik trenutno nalazi. Događa se da su sestre zauzete zdravljem bolesnika ili pak otklanjanjem simptoma bolesti i boli, a ne vide ono očito. Potrebu bolesnika da komunicira, da se potuži, da ga se sasluša što ima za reći. Ponekad su riječi suvišne ili ih nema, tada je vidljiva neverbalna komunikacija. Dakle, nemoguće je ne komunicirati.

Teško je pronaći temu o kojoj bi razgovarali sa umirućem. Stoga se susrećemo sa sestrama koje izbjegavaju takve pacijente. Najčešće se događaju *neugodne tišine* kada sestre obavljaju zdravstvenu njegu bolesnika ili uređuju postelje. U takvim trenucima se, najčešće, razgovara o rutinskim postupcima (bilo to dijagnostički, terapijski). Najbolje bi bilo započeti komunikaciju u vidu općih stvari. Primjerice, pozdraviti ulaskom u sobu i započeti neobavezan razgovor i na taj način pokušati saznati kako se pacijent osjeća i koje su njegove potrebe i želje. Potrebno je dati odgovor na postavljeno pitanje. Sestra mora biti sposobna prepoznati razumije li pacijent danu informaciju. Također je važno da, kada se komunikacija uspostavi, se pacijenta sasluša, sjedne pored njega, gleda u oči i uspostavi dodirni kontakt. Nikako se ne bi trebala mijenjati tema razgovora ili raditi nešto usporedno. Dok pacijent govori, ne treba ga se prekidati već se usredotočiti na ono što on govori. Sestra je ta koja ima najviše prilike razgovarati sa pacijentom i mora pružati podršku umirućemu. S pacijentom ne možemo odrediti kada je, a kada nije pravi trenutak za razgovor. Komunicirati treba onda kada bolesnik to izrazi ili sestra prepozna da bolesnik ima potrebu razgovarati ali nije siguran na koji način da započne. Razgovor ne treba



forsirati a treba se odvijati u ugodnoj prostoriji u kojoj su šumovi svedeni na minimum. Zbog toga je vrlo važno da se pacijent osjeća ugodno, prihvaćeno, dobrodošlo. Nema pravila tko treba razgovarati više, a tko manje sa pacijentom. Iako je činjenica da su medicinske sestre te koje provode većinu dana sa pacijentima pa samim time imaju više prilike razgovarati s njima i pružiti im više suosjećanja.

Ovisno o potrebama i željama bolesnika, treba razlučiti što se treba reći bolesniku i na koji način. Sestra treba biti realna i objektivna, jasna i informativna. U komunikaciji sa umirućem je važno da sestra ne daje lažne nade u ozdravljenje ili opet, s druge strane, da gasi svaku nadu u moguće izlječenje. Treba čuti onu skrivenu poruku koju bolesnik šalje, čuti neizrečeno. Poštivajući prava umirućega. Jedan od načina unapređenja komunikacije s umirućim bolesnikom je dodatna edukacija zdravstvenih djelatnika o komunikacijskim vještinama. Zašto je komunikacija sa palijativnim pacijentom različita od komunikacije sa drugim pacijentima? Vjerojatno je različitija iz razloga što sestra mora biti psihički stabilnija, jer ipak je i ona ljudsko biće sa osjećajima i mišljenjem. Treba imati više razumijevanja i suosjećanja, a opet ne previše da se ne bi zanemarilo ono zbog čega ona doista jest tu. Smrt i umiranje su doista za čovjeka nešto što je teško prihvatiti, iz više razloga.

## **7.2. Aktivnosti medicinske sestre u pružanju podrške obitelji**

Iako su umiranje i smrt tabu tema suvremenog čovjeka, ona je tu i ne može ju izbjeći baš nitko. Prirodan tijek života nalaže prolazak kroz sve životne faze, bolest može ubrzati put do kraja života, odnosno smrti. Kako je čovjek društveno biće, okružuju ga ljudi, obitelj. Kada osoba umre, obitelj se nalazi u razdoblju života koje nazivamo žalovanje. Žalovanje obnavlja smisao našeg života, te nam omogućava da na potpuno nov način prihvatimo strah, bol, užas, brigu, tugu, usamljenost, prazninu, ali i da snažnije doživljavamo veselje, spokoj, sreću, život i smrt (21). Kako bi si olakšale posao kasnije, nakon nastupa smrti, medicinske sestre trebaju tijekom trajanja bolesti, educirati obitelj, kako i na koji način će postupiti po dolasku smrti.

Gubitak - dan kada smrt nastupi. Obitelj se teško miri sa činjenicom da voljena osoba nije više među živima, te da više ne može komunicirati s njom. Medicinska

sestra ili liječnik trebaju pripremiti prostoriju za priopćavanje obavijesti. Priopćavanje vijesti se obavlja u prostoriji gdje ih nitko neće ometati u komunikaciji. U tom trenutku imamo osobe koje je obuzela *šuma osjećaja*. Mučnina, opća tjelesna slabost, stezanje u prsima, apatija, bezvoljnost, očaj, strah, depresija, treskavica, iscrpljenost. Potrebno je reagirati sukladno simptomima. Moramo odgovoriti na pitanja, dopustiti da obitelj izrazi svoje emocije, saslušati, podržati verbalno i neverbalno njihove osjećaje.

Negiranje - javlja se prvog dana, a javlja se i nevjerica u gubitak voljenoga. Organizam se brani protiv sebe na način da se osjećaji potiskuju i ne ispoljavaju. Ova faza traje kratko, a u tom razdoblju medicinska sestra mora biti u prisutnosti i pripravnosti na početak ispoljavanja osjećaja. U ovoj fazi najčešća reakcija je plač, sestra ima ulogu tješitelja i slušača koji bi mogao eventualno prekinuti misao vodilju koja potiče na depresivno razdoblje.

Gnjev/ljutnja - obitelj je ljuta na umrloga iz razloga što su ostali *sami*, imaju osjećaj kao da su svi problemi ne rješivi *a on je samo otišao*. Javlja se ljutnja zbog toga što sada ostaje osjećaj patnje. Često puta se ljutnja sa umrloga preusmjeri na zdravstveno osoblje, prijatelje, rodbinu sa ne primjerenim komentarima i primjedbama. Obitelj može osjećati i ljutnju na samoga sebe, smatrajući da nije poduzela sve kako bi osoba još malo po živjela. Javlja se tuga praćena slabim snom i prehranom. Medicinska sestre primjenjuje ordiniranu terapiju i potiče na uzimanje hrane i tekućine. Potiče na komunikaciju i izražavanje emocija.

Cjenkanje/žaljenje - osjećaj ne dorečenosti. Ne završeni razgovori ili odlazak bez pozdrava. Ljudi osjećaju kajanje jer nema prilike za popravkom situacije ili prilike za riječ *oprosti*. Medicinska sestra treba organizirati grupnu terapiju i poticati članove obitelji da međusobno razgovaraju. Razgovor se treba voditi da se stvori pozitivan stav o smrti te da se osvijesti realan osjećaj gubitka bliske osobe. Na kraju sastanka evaluirati i donijeti zaključke.

Depresija – tjeskoba, gubitak interesa za životne aktivnosti, gubitak apetita, bezvoljnost, usporenost, umor su simptomi na koje sestra mora reagirati. Poticanje na razgovor sa psihologom i psihijatrom, ponekad čak i dušobrižnicima. Pokazivanje suosjećanja ali ne i sažalijevanja. Omogućavanje kontakata sa osobama sličnih

životnih iskustava. Inkluzija u društvo, suočavanje sa istinom i poticanje na prilagodbu novom načinu života. Životu bez voljenih.

Prihvatanje - sagledavanje realne situacije. Mirenje sa situacijom, potvrđivanje događaja smrti i prihvatanje da se više neće vidjeti sa dragom osobom. Izjavljivanje pozitivnih rečenica u smislu : *Možda je tako i bolje* ili *Sada je na boljem mjestu, ovdje se samo patio*. Medicinska sestra ovdje završava svoj posao. Evaluira.

Možemo zaključiti, da je glavna aktivnost medicinske sestre u pružanju podrške obitelji, poticanje na komunikaciju sa pojedincima i unutar zajednice te poticanje na razgovor o emocijama koje obitelj osjeća. Također je aktivnost medicinske sestre da educira obitelj i populaciju o umiranju i smrti.

### **7.3. Temeljna načela i postupci savjetovanja u pružanju podrške tugujućima**

Tuga, nevjerica su osjećaji koji se isprepleću kada draga nam osoba umre. Osjećat ćemo se sigurnije ako su oko nas drugi nam dragi ljudi. Oni imaju sposobnost činiti da se osjećamo bolje, prihvaćeno i važno. Danas se nalazimo u razdoblju kada svatko vodi svoj život a svejedno nam je pomoć potrebna. Prof. Maja Jakšić u svom znanstvenom radu potporu dijeli na tri kategorije:

1. ljudi iz prirodne okoline tugujućih
2. stručnjaci
3. grupe potpore

Kako bismo mogli pružati potporu tugujućima potrebno je neprestano se educirati i imati saznanja kako o smrti i umiranju, tako i o gubitcima i tugovanju. Na edukacijama se stječu komunikacijske vještine. Primjerice aktivno slušanje, usklađivanje verbalne i neverbalne komunikacije, kako postaviti i odgovoriti na pitanje itd.

U istom znanstvenom radu, nailazimo na načela i postupke savjetovanja autora J.W.Wordena:

1. Pomoći ožalošćenome koji je u šoku i nevjerici prihvatiti stvarnost gubitka. Trebalo bi ga poticati da govori o gubitku.
2. Pomoći ožalošćenom da prepozna i doživi osjećaje. Zbog boli i neugode koju osjeća, tugujući može ne prepoznavati svoje osjećaje ili ih ne doživljavati u onom stupnju koji je potreban da bi doveo do učinkovitog razrješenja.
3. Pomoći ožalošćenom da živi bez pokojnika. Poticati ga da živi i odlučuje bez umrle osobe, odnosno naučiti ga vještinama učinkovitog suočavanja i donošenja odluka tako da može preuzeti ulogu koju je ranije imao preminuli.
4. Potaknuti emocionalno premještanje pokojnika,
5. Osigurati vrijeme za tugovanje,
6. Tumačiti "normalno" ponašanje tugovanja,
7. Uzeti u obzir individualne razlike,
8. Ispitati načine obrana i stilove suočavanja,
9. Prepoznati patologiju i uputiti ožalošćenoga drugom stručnjaku (20).

## 8. ZAKLJUČAK

Koliko god mi današnji život nazivali suvremenim, koliko god mi bili otvoreni prema komunikaciji i izazovima ipak jednu stvar krivo radimo. Tabuiziramo smrt i umiranje. Većina ljudi ne razgovara o smrti i umiranju iz jednostavnog razloga: zbog dubokog straha u podsvjesti. Strah od nepoznatog. Taj stav moramo promijeniti. Težiti ka postupnom pripremanju za ono što čeka svako živo biće, svakog čovjeka. Smrt.

Nacionalna zdravstvena politika i sustav često ne uključuje palijativnu njegu u svoj program, a edukacije za stručni kadar nedostaje. U Hrvatskom sustavu zdravstvene zaštite razvijeni su i osigurani brojni modeli kojima smo se pobrinuli da dostojanstveno dočekamo one koji dolaze na ovaj svijet, kao i za njihove majke i obitelji. No što je s onima koji ga napuštaju? Nije upitno treba li razvijati palijativnu medicinu i palijativnu skrb, to se mora napraviti zbog svih aspekata (od kvalitetnog liječenja bolesnika, etičkih pitanja, do redukcije troškova u zdravstvu, jer palijativna medicina štedi zdravstvu). Cijelo društvo dužno je štiti život do same smrti. I društvo nas tomu odgaja. Trebamo težiti ka tome da zdravstvo ostane humanistička kategorija, da se ne pretvori u ekonomsku. Na svim zdravstvenim radnicima ostaje odgovornost da se po pitanju palijativne skrbi stvari brzo i učinkovito počnu mijenjati. Za početak je potrebno uvesti palijativnu skrb u srednje škole, zatim kao kolegije na fakultetima i višim školama (liječničkim i sestrinskim), a nakon edukacije stručnog kadra potrebno je educirati i populaciju.

Ovaj rad je dio plana kako trebamo razmišljati i uključivati cijelu zajednicu u proces palijativne skrbi.

## 9. LITERATURA

1. Prlić N. Zdravstvena njega. Zagreb: Školska knjiga, 2008.
2. Davis MP, Temel JS, Balboni T, Glare P. A review of the trials which examine early integration of outpatient and home palliative care for patients with serious illnesses. *Ann Palliat Med.* 2015 Jul;4(3):99-121.
3. Zakon. Zakon o sestriinstvu. <http://zakon.hr/z/407/Zakon-o-sestrinstvu>
4. Hui D, Nooruddin Z, Didwaniya N, Dev R et al. Concepts and definitions for "actively dying," "end of life," "terminally ill," "terminal care," and "transition of care": a systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2014 Jan;47(1):77-89.
5. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 91–96
6. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi. Preporuke Europskog društva za palijativnu skrb. *Eur J Pall Care* 2009;16(6):279.
7. Mitchell G, Price J. Developing palliative care services in regional areas. The Ipswich Palliative Care Network model. *Aust Fam Physician* 2001; 30: 59–62
8. Centeno C, Clark D, Lynch T et al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe. Houston: IAHPC Press, 2007.
9. Davies E, Higginson IJ (eds). *Better Palliative Care for Older People.* Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2004.
10. M. Bras i sur. Principi palijativne medicine. *Neurol. Croat.* Vol. 60, 3-4, 2011;
11. Brooksbank M. Palliative care: Where have we come from and where are we going? *Pain* 2009; 144: 233-5.
12. Zaštita ljudskih prava i dostojanstva smrtno bolesnih i umirućih Izvadak iz Službenoga glasnika Vijeća Europe - lipanj 1999.
13. Franinovic Markovic J, Katacic R, Grozic Živolic S. et al. Creating a regional, home-based outpatient palliative care service in Croatia. *European Journal of Palliative Care* 2015; 22:198–201.
14. <http://www.ostaniuzmene.com/?p=854>. (Pristupljeno: 22. ožujka 2016.)
15. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. Ministarstvo zdravlja, Zagreb, 2012. Dostupno na: [www.zdravlje.hr](http://www.zdravlje.hr)

16. Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016  
([http://www.kbcrijeka.hr/docs/Strateski\\_plan\\_razvoja\\_palijativne\\_skrbi\\_u\\_RH\\_za\\_razdoblje\\_2014-2016.pdf](http://www.kbcrijeka.hr/docs/Strateski_plan_razvoja_palijativne_skrbi_u_RH_za_razdoblje_2014-2016.pdf))
17. Đorđević V, Braš M, Brajković L. Osnove palijativne medicine. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
18. <http://www.nhslanarkshire.org.uk/Services/PalliativeCare/Palliativecareinhospices> pristupljeno 25. travnja, 2006.
19. Jušić A, Dubravčić M, Bralić T, Perković M. Palijativna medicina / skrb. Borba protiv raka 1996/1997;27/28(1):39-42.
20. Jakšić M. Gubitak, tugovanje i pružanje potpore. Sposebnim osvrtom na nesretno okončanu trudnoću. Pregledni znanstveni rad. Primljeno 10/2014
21. Štifanić M. Kultura umiranja, smrti i žalovanja. Rijeka: Adamić, 2009

## 10. SAŽETAK

Palijativna skrb je sveobuhvatna (zdravstvena, psihološka, socijalna i duhovna) skrb s ciljem pružanja potrebne njege bolesnicima s neizlječivom bolešću, odnosno ukupna skrb za pacijenta čija bolest ne reagira na postupke liječenja bez obzira gdje se za njega skrbi – bilo kod kuće, bilo u bolnici ili nekoj drugoj ustanovi namijenjoj pacijentima s neizlječivim bolestima. Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu, te svojim djelokrugom obuhvaća pacijenta, obitelj i zajednicu.

Važnu ulogu u zbrinjavanju palijativnih pacijenata imaju medicinske sestre koje u palijativnoj skrbi skrbe za održavanje kvalitete života, poštuju ljudsko dostojanstvo i potiču na mogućnost samozbrinjavanja. Medicinska sestra u palijativnoj skrbi višestruki je aktivni sudionik koji neposredno provodi zdravstvenu njegu, koordinira i rukovodi cjelokupnim procesom skrbi. Odgovorna je za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege uz kontinuiranu procjenu, evaluaciju, edukaciju bolesnika i obitelji, te suradnju s ostalim članovima interdisciplinarnog tima. Procjena u podršci bolesniku mora biti neprekidna, evaluacija se radi nakon svake procjene jer se slika o terminalnom bolesniku mijenja iz dana u dan. Medicinska sestra mora biti potpora postojećim zdravstvenim, socijalnim i duhovnim službama sa ciljem pružanja što potpunije i kvalitetnije skrbi.

**KLJUČNE RIJEČI:** palijativna skrb, komunikacija, medicinska sestra, faze suočavanja



## 11. SUMMARY

Palliative care is all-encompassing type of care (health, psychological, social, and spiritual care) with a goal of providing proper care for patients with terminal diseases. In other words, it is a complete care for patients whose diseases became non-responsive to medical treatments at home, in hospitals, or other health facilities which provide care for those patients. Palliative care is interdisciplinary in its approach and encompasses the patient, his family, and the community as well.

Important roles in taking care of palliative patients hold medical technicians which take care for maintaining the quality of life, give advices for self-care, all with the respect for human dignity. Medical technician in palliative care is an active participant who directly and simultaneously conducts health care, coordinates and administers the whole process of care. He/she is responsible for planning, implementing and evaluating of the health care, with continuous evaluation and education of the patient and the family, together with the other members of the interdisciplinary team. Evaluation of support for the patient ought to be constant because the state of the patient changes from day to day. Medical technician has to support existing health, social, and spiritual services to provide better support of better quality.

Key words: palliative care, communication, nurse, phase of coping

Prema Odluci Visoke tehničke škole u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Visoke tehničke škole u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

**Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno  
dostupnom  
nacionalnom repozitoriju**

**JELENA JELIĆ**

---

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 6.6. 2016.

Jelena Jelić