

Uloga medicinske sestre u palijativnoj zdravstvenoj njezi u Republici Hrvatskoj

Banović, Monika

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:136249>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-05**



Repository / Repozitorij:

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



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE U PALIJATIVNOJ
ZDRAVSTVENOJ NJEZI U REPUBLICI HRVATSKOJ**

Završni rad br. 12/SES/2019

Monika Banović

Bjelovar, srpanj 2019.



Veleučilište u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Banović Monika**

Datum: 19.03.2019.

Matični broj: 001560

JMBAG: 0314015052

Kolegij: **PALIJATIVNA ZDRAVSTVENA NJEGA**

Naslov rada (tema): **Uloga medicinske sestre u palijativnoj zdravstvenoj njezi u Republici Hrvatskoj**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Đurđica Grabovac, dipl.med.techn.**

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. Goranka Rafaj, mag.med.techn., predsjednik
2. Đurđica Grabovac, dipl.med.techn., mentor
3. Mirna Žulec, mag.med.techn., član

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 12/SES/2019

U radu je potrebno opisati važnost rada medicinske sestre u palijativnom timu. Palijativna zdravstvena njega u Republici Hrvatskoj razvija se u posljednjih dvadeset godina, kroz tri modela organizacijskih jedinica palijativne skrbi: hospicij, palijativna kućna skrb i palijativni dnevni centri. U svakom od modela medicinska sestra ima važnu ulogu u brizi za bolesnika u zadnjem stadiju bolesti.

Zadatak uručen: 19.03.2019.

Mentor: **Đurđica Grabovac, dipl.med.techn.**



Zahvala

Zahvaljujem se svojim roditeljima, bratu i sestri, koji su mi pružali podršku kada je bilo najteže razdoblje školovanja, što su mi omogućili školovanje i bili uz mene do samog kraja.

Zahvaljujem se svojim prijateljima s kojima sam na razne načine pridonosila da što bezbolnije prođu tri godine školovanja.

Zahvaljujem se predavačima, mentorima prakse i profesorima stručnog studija Sestrinstva što su nesebično dijelili svoja znanja i iskustva, trudili se kako bi što prije usvojili potrebno gradivo. Najviše se zahvaljujem mentorici Đurđici Grabovac na stručnoj pomoći prilikom izrade ovoga rada i što je svojim kolegijem osvijestila u meni gdje se vidim u svom budućem životu.

Sadržaj:

| | |
|--|----|
| 1. UVOD | 1 |
| 2. CILJ RADA..... | 2 |
| 3. RASPRAVA..... | 3 |
| 3.1. RAZVOJ PALIJATIVNE SKRBI..... | 3 |
| 3.1.1. Hospicij | 4 |
| 3.1.2. Palijativna kućna skrb | 5 |
| 3.1.3. Palijativni dnevni centar | 5 |
| 4. RAZVOJ PALIJATIVNE MEDICINE U REPUBLICI HRVATSKOJ | 6 |
| 5. ULOGA MEDICINSKE SESTRE U PALIJATIVNOJ ZDRAVSTVENOJ NJEZI U REPUBLICI HRVATSKOJ..... | 9 |
| 5.1. Usporedba Roy modela i palijativne skrbi | 16 |
| 6. PROBLEMI PALIJATIVNIH PACIJENATA..... | 17 |
| 6.1. Bol..... | 17 |
| 6.2. Fiziološke potrebe | 18 |
| 6.3. Procjena drugih simptoma..... | 19 |
| 7. SESTRINSKE DIJAGNOZE | 20 |
| 7.1. Kronična bol..... | 20 |
| 7.2. Smanjen unos hrane..... | 21 |
| 7.3. Strah | 22 |
| 7.4. Smanjena mogućnost brige za sebe – oblačenje..... | 23 |
| 7.5. Smanjena mogućnost brige za sebi – eliminacija..... | 24 |
| 7.6. Smanjena mogućnosti brige za sebe – osobna higijena..... | 25 |
| 7.7. Smanjena mogućnost brige za sebe – hranjenje | 26 |
| 7.8. Visok rizik za dekubitus | 27 |
| 7.9. Visok rizik za opstipaciju | 28 |
| 8. KOMUNIKACIJA U PALIJATIVNOJ ZDRAVSTVENOJ NJEZI..... | 29 |

| | |
|---|----|
| 9. PSIHO SOCIJALNA PODRŠKA TERMINALNIM BOLESNICIMA..... | 32 |
| 9.1. Načela psihosocijalne podrške terminalnim bolesnicima..... | 32 |
| 10. ŽALOVANJE..... | 34 |
| 11. ZAKLJUČAK | 35 |
| 12. LITERATURA | 36 |
| 13. SAŽETAK | 39 |
| 14. SUMMARY | 40 |

1. UVOD

Svaki čovjek se definira kao biološko, sociološko, psihološko te duševno biće. Svaki pojedinac zadovoljava svoje osnovne ljudske potrebe prema kojima unaprjeđuje i održava svoje zdravlje. Ljudi se teško nose s tvrdnjom da će oni umrijeti ili umrijeti netko njima blizak. Životni vijek osobe oboljele od kronične ili maligne bolesti u današnje vrijeme se produžuje. U prošlosti, većina oboljelih umirala je u svojim domovima, dok u današnje vrijeme veliki broj ljudi umire u bolnicama. Zbog napredovanja medicinske tehnologije, palijativno liječenje traje vremenski duže, što stvara velike napore za oboljelu osobu i za njegovu obitelj. Naziv umirući bolesnik najčešće se koristi za osobu kojoj je smrt sigurna, nije previše udaljena i potrebna je palijativna skrb (1).

Medicinska sestra ima veliku i presudnu ulogu u procjeni bolesnikovog stanja i utvrđivanju njegovih potreba. Njene komunikacijske vještine trebaju se temeljiti na usvojenom znanju, sposobnostima iskazivanja empatije i uspješnom stvaranju odnosa medicinska sestra – pacijent. Potrebno je pružiti pomoć osobi pri onome što samostalno ne može, a dopustiti da samostalno napravi ono što može kako bi držao do svoga samopoštovanja i dostojanstva.

Svjetska zdravstvena organizacija palijativnu skrb definira: „*Palijativna skrb je pristup kojim se poboljšava kvaliteta života pacijenta i njegove obitelji, suočeni s problemima povezanim sa smrtonosnom bolešću, kroz prevenciju i olakšanje patnje kroz rano prepoznavanje te besprijeorne procjene i suzbijanja boli i drugih problema, fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih.* „ (2).

2. CILJ RADA

Cilj rada je predstaviti razvoj palijativne zdravstvene njege kroz tri modela palijativne skrbi: hospicij, palijativna kućna skrbi i palijativni dnevni centar. Objasniti glavne značajke medicinske sestre u palijativnoj zdravstvenoj njezi u Republici Hrvatskoj. U svakom modelu medicinska sestra ima glavnu ulogu u zdravstvenoj njezi za umirućeg bolesnika.

3. RASPRAVA

3.1. RAZVOJ PALIJATIVNE SKRBI

Palijativna medicina razvija se 1960. godine u Velikoj Britaniji i 1970. godine u Kanadi i SAD-u. Prvi hospicijski pokret osnovala je Cicely Saunders. Osim što je bila medicinska sestra, završila je edukaciju za liječnicu i socijalnu radnicu. 1967. godine utemeljila je hospicij po nazivu Sv. Kristofor (St. Christopher Hospice) u Londonu. U srednjem vijeku postojale su ustanove koje su se nazive hospicij. Cicely Saunders razvila je prvu modernu medicinsku zdravstvenu ustanovu koja je pružala skrb osobama oboljelim od neizlječive bolesti. U SAD-u, psihijatrica Elisabeth Kubler-Ross imala je veliki utjecaj. Njene knjige govore o potrebama umirućih bolesnika, komunikaciji s bolesnikom te o odnosu između liječnika, bolesnika i njegove obitelji. Balfour Mount osnovao je 1974. godine prvu palijativnu službu u sklopu medicinskog fakulteta u Montrealu. Naglašavao je vrijednost palijativne službe u bolnicama zbog kontrole boli. Upotrebljavao je pojam „palijativna skrb“ što je prema latinskoj riječi pallium značio plašt, ogrtač (3).

U počecima, palijativna medicina i aktivno liječenje bili su strogo odvojeni pojmovi, ali u tom je razdoblju bilo dopušteno kao sinonime koristiti hospicij i palijativna skrb (4).

Palijativnu skrb mogu provoditi dvije službe: specijalizirana i nespecijalizirana. Među specijalizirane službe ubrajaju se: stacionarne jedinice palijativne skrbi, timovi za palijativnu skrb u sklopu bolnice, stacionarni hospiciji, hospicijski timovi u zajednici, mobilni timovi za provođenje palijativne skrbi, ambulantne službe i hospicijski dnevni boravci. Nespecijalizirane službe palijativne skrbi uglavnom obavljaju opće principe skrbi, a među njih ubrajaju se: liječnici opće medicine, patronažna skrb, jedinice u općim bolnicama, službe za kućnu njegu i domovi za starije i nemoćne (5).

3.1.1. Hospicij

Definira se kao specijalna bolnica ili zdravstveno – socijalna ustanova koja prima oboljele osobe koji su u zadnjem stadiju života te zbog psihološke, društvene i duhovne podrške. Nakon smrti štićenika i za vrijeme krize, pomoć se može pružiti i njegovateljima. U hospiciju, bolesnici najčešće dolaze s bolničkih odjela ili iz kućne njege jer iz medicinskih ili društvenih razloga nisu mogli imati adekvatnu pomoć i zdravstvenu njegu. Osim profesionalnih radnika, zaposleni su i educirani volonteri. U slučaju potreba za daljnjim dijagnostičkim pretragama i terapijama (palijativno zračenje, postavljanje epiduralnih katetera, zaustavljanje krvarenja...) koriste se usluge redovitih bolnica. Ukoliko dođe do privremenog oporavka, bolesnici idu kući ili na liječenje u specijaliziranu ustanovu. Nakon smrti, radi se ispraćaj i ujedno se pomaže obitelji u ublažavanju emocionalnih i socijalnih problema (5). Većina ljudi kao željeno mjesto skrbi želi svoj dom, a veliki broj bolesnika svoje zadnje dane provodi u bolnici ili umire u bolnici. Kako bi se skrb za bolesnike poboljšala, ali i omogućio odlazak u njihov dom ili željenu ustanovu, potrebno je osmisliti plan palijativne zdravstvene skrbi. Medicinska sestra u hospiciju zadužena je za: 24 – satni nadzor osobe, dostupnost svih članova tima u zbrinjavanju bolesnika, pružanje medicinske i sestrinske skrbi, pružanje psihološke, socijalne i duhovne potpore, primjenu propisane terapije bolesniku, uključivanje socijalnog radnika, psihologa i svećenika u skrb i drugo.

3.1.2. Palijativna kućna skrb

Sastoji se od mobilnog stručnog, odnosno palijativnog tima. Palijativni tim sastoji se od liječnika, socijalnog radnika i medicinske sestre. Dolaze na kućnu adresu bolesnika u prvom redu zbog poziva liječnika primarne zdravstvene zaštite ili ovisno o organizaciji palijativne skrbi liječnika ili medicinske sestre iz ustanove iz koje se bolesnik otpušta. Nakon procjene stanja, palijativni timovi pružaju psihosocijalnu potporu, pomažu u palijativnoj terapiji, provode raznovrsne oblike skrbi i ovisno o potrebama, uključuju ostale članove tima poput volontera, duhovnika, psihologa i drugih (5). Medicinska sestra u mobilnom palijativnom timu zadužena je za: pružanje skrbi u njihovom domu (psihosocijalnu, duhovnu i fizičku skrb), pružanje podrške bolesnikovoj obitelji, pružanje podrške u procesu žalovanja, sudjelovanje u zbrinjavanju simptoma i potrebama za suradnju s liječnikom opće medicine i patronažnim medicinskim sestrama, funkcionira interdisciplinarno i multidisciplinarno s drugim službama, surađuje u preuzimanju bolesnika na kućnu skrb, kontrolira razinu šećera u krvi, uzima materijal za laboratorijske pretrage, primjenjuje lokalne i peroralne terapije i drugo.

3.1.3. Palijativni dnevni centar

Najčešće se može organizirati uz centar gerijatrijskih ili hospicijskih timova ili uz hospicij uz koji se može nalaziti i jedinice za potporu u žalovanju. Profesionalci se smatraju organizatorima zadataka, a volonteri su izvršitelji (5). Funkcija medicinske sestre u palijativnom dnevnom centru odnosi se na pružanje pomoći i podrške bolesnicima koji povremeno trebaju intervencije u bolnici vezane uz terapiju, procjenjivanje trenutnog stanja bolesnika, pružanje pomoći i educiranje bolesnika i obitelji o važnosti provedbe osobne, zbrinjavanje rana, kontroliranje razine šećera u krvi, kontroliranje krvnog tlaka, postavljanje ili izmjena nazogastrične sonde, educiranje o upotrebi pomagala, psihosocijalna potpora i drugo.

4. RAZVOJ PALIJATIVNE MEDICINE U REPUBLICI HRVATSKOJ

Republika Hrvatska smatra se 28. članicom Europske unije, ali je jedna od zemalja u kojoj je stručni, praktični i edukativni razvoj palijativne medicine na niskom stupnju razvoja. Ne postoji valjani razlog za spori razvoj palijativne skrbi, no radi se o državi koja je od 1990. godine do 1995. godine bila napadnuta i izložena raznim stradanjima. U proljeće 1991. godine, službi za psihijatriju i neurologiju Požeške bolnice, pridružuje se novi palijativni odjel. Bio je organiziran i inspiriran St. Christofer' s hospice pokretom. Cilj je bio pružiti stručnu medicinsku i psihološku pomoć radi poboljšanja života bolesnika koji su u zadnjem stadiju zloćudnih i potrebna im je palijativna zdravstvena njega. Osim što su pružali pomoć bolesniku, također su pružali pomoć i obitelji bolesnika. Hospicij je trajao u razdoblju od godinu dana, sve do rata u Hrvatskoj. Tijekom rata, prepoznavanjem i shvaćanjem problema za organizaciju palijativne skrbi, Hrvatska je uvidjela 1994. godine. Razlog tome je početak hospicijskog pokreta koji je krenuo Prvim hrvatskim simpozijem o hospiciju te osnivanjem Hrvatskog društva za palijativnu medicinu i hospicij koji je vodila utemeljiteljica i doživotna predsjednica prof.dr.sc. Anica Jušić. Hrvatski zdravstveni djelatnici od 1994. godine pa do danas organizirali su niz događaja edukativnog sadržaja, kojima se medicinska i nemedicinska javnost mogla zainteresirati za važan oblik pružanja profesionalne pomoći bolesnicima u zadnjoj fazi bolesti i njihovim obiteljima. Stekao se veliki niz edukacija: poslijediplomski studij za kroničnu bol, primarnu zdravstvenu zaštitu, edukaciju za medicinske sestre i za osoblje domova za stare i nemoćne te za dobrovoljce ili volontere (6).

Godine 2012., Hrvatska je ostvarila velike korake u razvoju palijativne medicine, odnosno palijativne skrbi zbog djelovanja centara i ambulanti čiji je cilj organizacija i provedba palijativne skrbi. U Zagrebu funkcionira Centar za medicinsku etiku, palijativnu medicinu i komunikacijske vještine u sklopu Medicinskog fakulteta u Zagrebu, Centar za palijativnu medicinu i skrb te Hrvatski centar za palijativnu zdravstvenu njegu. Od 2008. godine u Rijeci funkcionira Centar za palijativnu skrb u sklopu Doma zdravlja Primorsko – goranske županije s tri interdisciplinarna mobilna tima (6).

2011. godine, u Koprivnici osnovana je prva ambulanta za palijativnu zdravstvenu njegu. Iste te godine u Osijeku funkcionira ambulanta za palijativnu zdravstvenu njegu. U Gospiću i Varaždinu osnovani su palijativni odjeli pri Općim bolnicama. U Zagrebu, u Domu zdravlja Centar s radom funkcionira kroz mobilni palijativni tim i ambulanta koji u svom timu imaju liječnika – specijalista, prvostupnicu, medicinsku sestru magistricu struke s iskustvom i edukacijom iz palijativne medicine (6).

Timovima će se pridružiti i timovi Doma zdravlja Čakovec i Doma zdravlja Istarske Županije. U travnju 2012. godine, otvoren je prostor za Hrvatski centar za palijativnu skrb, zajedno sa Savjetovalištem za palijativnu zdravstvenu njegu. Prvi hospicij u Hrvatskoj otvoren je u veljači 2013. godine u Rijeci. Caritas Riječke nadbiskupije osnivač je Hospicija Marija Krucifiksa Kozulić, a suosnivači su Primorsko – goranska županija i Grad Rijeka (6).

Od 27. prosinca 2013. godine, Republika Hrvatska je od strane Vlade započela sa uspostavom palijativne zdravstvene njege. U svim županijama, u današnje vrijeme, postoji neki oblik palijativne zdravstvene njege na teritoriju Republike Hrvatske. Od 2014. do 2016. godine, strateški plan osigurao je ujednačen pristup u unaprjeđenju palijativne zdravstvene njege u Hrvatskoj. Naglasak je na suradnji svih članova u pružanju i organizaciji fizičke, duhovne i socijalne skrbi za bolesnika i obitelj. Od 2017. do 2020. godine, dokument Nacionalni program za razvoj palijativne zdravstvene njege u Hrvatskoj pružiti će smjernice za daljnji tijek palijativne zdravstvene njege u Hrvatskoj usredotočen na sadašnjim dostignućima (7).

U strateškom planu predstavljeno je 14 načela za organiziranje sustava palijativne zdravstvene njege. Načela su usmjerena na nositelje palijativne zdravstvene njege i partnersko uključivanje drugih resursa poput volontera, vjerskih zajednica i drugih. Naglasak je na važnosti kriterija za određivanje palijativnog bolesnika na razini države. U strateškom planu proveden je izvanbolnički palijativni oblik skrbi. Prema planu skrb pruža izvanbolnička specijalističko – konzilijarna i bolnička zdravstvena zaštita. U Republici Hrvatskoj plan za razvoj palijativnog sustava pružanja skrbi ostvarit će se kroz tri komponente:

- uklanjanje prepreka za pružanje mogućih ili postojećih oblika palijativne skrbi
- osnaživanje svih dionika za unaprjeđenje palijativne skrbi u trenutnim uvjetima
- unaprjeđenje trenutnih uvjeta kroz organizaciju novih struktura i sadržaja, te sustavno osnaživanje dionika za osiguravanje palijativne skrbi u budućnosti (8).

Unutar 50% i 89% iz skupine umirućih pacijenata zahtijeva određeni princip palijativne zdravstvene njege, a u Republici Hrvatskoj bilo bi između 27.000 i 47.000 bolesnika godišnje. Oko 20% bolesnika oboljelo je od tumora, a oko 5% neonkoloških pacijenata zahtijeva specijalističku skrbi u posljednjim danima života (8).

Educiranje medicinskih sestara o palijativnoj zdravstvenoj njezi razvija se u nekoliko faza. Na fakultetima postoji edukacija o palijativnoj zdravstvenoj njezi kao obavezni ili izborni predmet i to na studijima sestrištva, medicine, socijalnog rada i drugih. Medicinski fakultet u Zagrebu, Osijeku i Splitu, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci i Hrvatsko katoličko sveučilište u Zagrebu imaju dodatne predmetne o palijativnoj zdravstvenoj njezi ili tečaj trajnog usavršavanja. Edukacije o palijativnoj zdravstvenoj njezi često se održavaju u obliku predavanja, radionica ili tečajeva u domovima zdravlja, bolnicama, domovima za starije osobe.

5. ULOGA MEDICINSKE SESTRE U PALIJATIVNOJ ZDRAVSTVENOJ NJEZI U REPUBLICI HRVATSKOJ

Zahvaljujući Zakonu o sestrinstvu NN121/03, NN 117/08, NN 57/11, usvojene su osnovne kompetencije i dužnosti koje medicinska sestra mora pružiti bolesniku u Republici Hrvatskoj. Medicinske sestre općeg obrazovanja provode zdravstvenu njegu bolesnika, primjenjuju terapiju prema odredbi liječnika, pripremaju bolesnika za određene terapijske postupke, poštuju prava i dostojanstva bolesnika. Članovi su zdravstvenog tima, ali nisu u potpunosti osposobljene za provođenje zdravstvene njege palijativnog bolesnika. Medicinska sestra je dužna provoditi praksu u svezi sa zakonom. Školovati se mogu na dodiplomskom studiju sestrinstva i postati prvostupnice sestrinstva. Uz kompetencije i vještine koje posjeduju, nadziru rad djelatnika koji na neki način utječu na provođenje procesa zdravstvene njege. Prvostupnice sestrinstva od 2014. godine educiraju se za naredne kompetencije iz palijativne zdravstvene njege:

- znati objasniti načela zdravstvene njege
- navesti razine palijativne skrbi
- objasniti glavna obilježja palijativne zdravstvene njege u hospiciju, zajednici i u bolnici
- procijeniti potrebe, znati proces planiranja, provođenja i evaluiranja palijativne zdravstvene njege
- ublažiti patnju i simptome bolesnika
- pružiti profesionalnu potporu bolesniku i obitelji (9).

Većina preddiplomskih studija sestrinstva u Hrvatskoj sadrži obavezan kolegij palijativna zdravstvena njega. Kolegij je sastavljen od 10 sati kliničkih vježbi, 10 sati teorijskog dijela, 5 sati seminarskih vježbi i 30 sati dodatnih kliničkih vježbi.

Nakon položenog kolegija studenti bi trebali usvojiti znanja iz organizacije palijativne zdravstvene njega, filozofije i osnovnih načela palijativne zdravstvene njega. Educirani za procjenu potreba, planiranje, provođenje te evaluaciju zdravstvene njega umirućeg bolesnika tijekom njegovog boravka u hospiciju ili bolnici te pružanje potpore bolesnikovoj obitelji tijekom bolesti i u fazi žalovanja. Postoje učilišta u Hrvatskoj koja nude tečaj trajnog usavršavanja u palijativnoj zdravstvenoj njezi medicinskim sestrama. Tečaj usavršavanja traje 190 sati odnosno 6 mjeseci. Vježbe se održavaju u trajanju od 70 sati, praktična nastava u trajanju od 40 sati i teorijski dio u trajanju od 80 sati. Izvodi se u sklopu specijalne ustanove za palijativnu zdravstvenu njegu ili u zdravstvenoj ustanovi. Formiranjem Centra za medicinsku etiku i palijativnu medicinu počeo je pozitivan angažman prema edukaciji svih koji su uključeni u zbrinjavanje palijativnog bolesnika.

Od 2014. godine u Zagrebu na Sveučilišnom diplomskom studiju sestrinstva, prvostupnice i buduće magistre koje se žele opredijeliti za izborni predmet Gerijatrija i gerontologija u sestrinstvu i palijativna skrb, imaju priliku steći kompetencije iz palijativne zdravstvene njega. Društvo za palijativnu i hospicijsku zdravstvenu njegu Hrvatske udruge medicinskih sestara, zajedno u suradnji sa Zagrebačkim institutom za zdravlje organizira tečajeve usavršavanja medicinskih sestara u palijativnoj zdravstvenoj njezi. Medicinska sestra nakon završenog preddiplomskog studija sestrinstva može nastaviti školovanje na diplomskom studiju sestrinstva u sklopu Medicinskog fakulteta u Zagrebu. Završavanjem studija produbljuje svoje znanje i usavršava vještine, ovladava kritičko razmišljanje i samostalnost u radu. Kolegij se sastoji od 20 sati predavanja, 30 sati seminara i 40 sati rada u praktikumu. Poslije odslušanog kolegija studenti stječu posebne vještine i znanja o palijativnoj zdravstvenoj njezi i palijativnoj medicini. Također, unaprjeđuje komunikacijske vještine s radnom okolinom, društvenom okolinom, bolesnikom i njegovom obitelji.

Formiranjem Centra za medicinsku etiku i palijativnu medicinu započeo je intenzivan pristup prema unaprjeđenju svih koji su uključeni u proces zbrinjavanja palijativnog bolesnika. Do 2010. godine, o palijativnoj medicini i skrbi moglo se educirati kroz razne skupove, tečajeve, predavanja koji su bili organizirani od strane Hrvatskog društva za palijativnu medicinu, Društva za hospicijsku zdravstvenu njegu i drugih različitih udruga.

Medicinska sestra može imati ulogu koordinatora palijativne zdravstvene njege, povezati sve sudionike koji su važni za pružanje palijativne zdravstvene njege u županiji. Prvostupnica ili magistra sestrinstva može preuzeti ulogu koordinatora sustava palijativne zdravstvene njege, uz dodatnu edukaciju o palijativnoj zdravstvenoj njezi. Koordinator predstavlja samostalnu organizacijsku jedinicu, nije dio mobilnog tima nego je samostalan u svom radu. Funkcionira u razvoju i pružanju palijativne zdravstvene njege s mobilnim timom i drugim sudionicima u županiji.

Umirućem bolesniku je smrt sigurna, ona nije previše udaljena i zahtjeva skrb prema bolesniku koja se mijenja prema palijativnoj skrbi. Virginia Henderson definirala je „... zdravstvena njega je pomoć bolesnom ili zdravom pojedincu u provođenju aktivnosti koje pridonose zdravlju, oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi provodio samostalno da ima potrebnu snagu, znanje ili volju“ (10).

Zdravstvena njega fokusirana je na bolesnika (bolesnog ili zdravog) , na izvršavanje njegovih svakodnevnih aktivnosti i problema, a ponajmanje je usmjerena na bolest odnosno hospitalizaciju, terapiju, dijagnostiku koja utječe na zdravstvenu njegu. Sestrinsko obrazovanje i praksa temelje se na načelima koja čine osnovnu za palijativnu zdravstvenu njegu – orijentacija na bolesnika, cjelovitost, otvorena komunikacija, uvažavanje bolesnika kao subjekta i drugo. Zbog navedenih načela, medicinska sestra može dati vlastiti doprinos u cjelovitoj palijativnoj zdravstvenoj njezi. Glavni cilj zdravstvene njege umirućeg i cjelovite palijativne skrbi, nije odgoditi ili ubrzati njihovu smrt, već ponajviše smanjiti bol umirućeg bolesnika i njegovu patnju, osigurati dostojanstvenu smrt i kvalitetu umiranja. Uloga medicinske sestre ovisi o mjestu gdje se nalazi umirući bolesnik. U hospiciju i bolnici medicinske sestre pružaju potpunu pomoć bolesniku i potporu obitelji, a u bolesnikovom domu podučavaju volontere, članove obitelji ili susjede kako da se brinu i što je bitno, a daju im organizacijsku, stručnu i psihološku pomoć. Palijativna zdravstvena njega odvija se utvrđivanjem potreba, planiranjem, provođenjem i evaluacijom zdravstvene njege. Sestra pažljivo procjenjuje bolesnikovo psihičko i tjelesno stanje, imajući u vidu njegovu percepciju te da način i cilj procjene treba biti palijativni. Dostojanstveno i mirno umiranje za svaku osobu ima drugačije značenje – odsutnost boli, dovršenje započetih poslova, nazočnost bliskih osoba, sudjelovanje u obiteljskom životu, umiranje u vlastitom domu i drugo. Medicinska sestra koja provodi palijativnu skrb mora razviti iznimnu osjetljivost i empatiju za bolesnikove probleme. Do velikih problema za bolesnika mogu dovesti male stvari na koje on ne može utjecati – neugodan vlastiti miris, ugrožena privatnost, poteškoće u komunikaciji s obitelji i osobljem, nedostupnost vlastitih stvari, shvaćanje da više neće vidjeti svoj dom i drugo. Strah kod umirućih bolesnika može biti različiti – bolesnik se boji smrti, samoće, gubitka dostojanstva, nekontrolirane patnje i drugo. Provođenje njege umirućeg bolesnika zahtjeva i skrb za bolesnikovu obitelj. Edukacija, slušanje, davanje uputa, naglašavanje jakih strana jača obitelj. Zbog toga je bolesnik mirniji kada zna da njegova obitelj ima podršku za teško razdoblje koje je pred njima (11).

U Republici Hrvatskoj kompetencije koje medicinska sestra mora imati da bi bila član palijativnog tima su:

- primjena propisane terapije koja olakšava prohodnost dišnih putova bolesnika, nadziranje bolesnika tijekom primjene terapije, održavanje i pripremanje instrumenata i pribora, aspiriranje dišnih putova, mjerenje frekvencije disanja, postavljanje bolesnika u odgovarajući položaj
- priprema bolesnika za obrok, nadziranje prilikom pijenja i hranjenja, motiviranje na konzumaciju hrane i tekućine, ako je potrebno voditi evidenciju o unosu hrane i tekućine, educiranje bolesnika i obitelji o načinu ishrane
- priprema za primjenu supozitorija ili klizme, kateterizacija, mjerenje diureze, kontrola stoma i drenažnih cijevi, dokumentiranje postupaka
- procjenjivanje potreba za spavanjem, osiguravanje prostora za odmor i mirnu okolinu
- procjenjivanje pokretljivosti i kretanja, osiguravanje potrebnih pomagala za kretanje, sprječavanje komplikacije dugotrajnog ležanja, pomaganje bolesniku prilikom ustajanja i kretanja, redovito mijenjanje položaja u krevetu, edukacija bolesnika i obitelji o korištenju pomagala
- osiguravanje čiste odjeće i obuće, pomaganje i nadziranje prilikom oblačenja i svlačenja
- procjenjivanje mogućnosti obavljanja osobne higijene, pomaganje pri obavljanju higijene, edukacija bolesnika i obitelj o korisnosti održavanja osobne higijene, uređivanje tijela umrlog bolesnika, dokumentiranje svih postupaka
- prepoznavanje mogućnosti za rekreaciju, omogućiti svakodnevnu rekreaciju, motiviranje bolesnika, uključiti obitelj u aktivnostima bolesnika (12).

Ciljevi medicinske sestre za kvalitetno provođenje palijativne zdravstvene njege su:

- osigurati stalnu skrb za pacijenta i obitelj
- kontrolirati simptome palijativnog bolesnika zajedno s članovima tima
- pružiti zdravstvenu njegu prema potrebama bolesnika i obitelji
- osigurati dobar odnos i kontakt s članovima tima te koordinirati potrebu uključivanja određenih stručnjaka za zbrinjavanje bolesnika (13).

Ostale uloge medicinske sestre u palijativnoj zdravstvenoj njezi:

- izrada plana aktivnosti za poboljšanje zdravlja i unaprjeđenje zdravstvene njege u zadnjem stadiju bolesti,
- provođenje aktivnosti kod umirućeg bolesnika, pružanje duhovnih i socijalnih potreba,
- potpora obitelji i skrbnicima,
- aktivno uključivanje bolesnika i njegove obitelji u provođenje plana palijativne zdravstvene njege i skrbi bolesnika (13).

Jedan od modela zdravstvene njege koji se koristi u palijativnoj skrbi je Roy adaptacijski model. U modelu je ključna prilagodba pojedinca na podražaje odnosno održavanje stabilnosti, ravnoteže i harmonije između okoline i pojedinca. Potrebe možemo svrstati u četiri modusa, jedan modus je fiziološki, a tri modusa psihosocijalna. U fiziološki modus pripadaju ljudske potrebe poput disanja, eliminacije, odmora i aktivnosti, unosa tekućine, očuvanja integritet kože i drugo. Među psihosocijalne moduse ubrajaju se: samosvijest (razumijevanje vlastitog ponašanja i odnosa s drugima), izvršavanje uloga (uloga i položaj pojedinca u socijalnom okruženju, očekivanjima obitelji) i međuovisnost (bliski odnos s drugima, sposobnost prihvaćanja i davanja osjećaja ljubavi, prihvaćenosti, poštovanja, briga za druge) (14).

Palijativna zdravstvena njega podrazumijeva holistički pristup prema bolesniku, pristup koji znači da je bolesnik u središtu sa svim svojim dimenzijama poput socijalnih, duhovnih, psihičkih, tjelesnih i emocionalnih. Holistički pristup zasniva se na multidiscipliniranom pristupu i zbog toga je funkcioniranje palijativne zdravstvene njege bazirano na zajedničkom odnosno timskom radu mnogih stručnjaka različitih profesija. Multidisciplinarni palijativni tim sastoji se od medicinske sestre, liječnika, ljekarnika, socijalnog radnika, fizioterapeuta, psihijatra te ostalih koji mogu unaprijediti potrebe palijativnog bolesnika (15).

5.1. Usporedba Roy modela i palijativne skrbi

Usporedba palijativne skrbi i adaptacijskog modela C. Roy upućuje na slične točke palijativne skrbi i zdravstvene njege. Patnja, bolest, žalovanje te proces umiranja uzrokuje različite reakcije i promjene kod bolesnika i njegove obitelji. Promatrajući bolesnika i njegovu obitelj, model skrbi se mijenja sa tradicionalnog pristupa na pristup prema problemu, pristup koji se odnosi na kvalitetu života i potrebama bolesnika. Svaki korak prilikom pružanja palijativne skrbi mora obuhvatiti procjenu, planiranje, definiranje problema, intervencije i ciljeve.

Roy model govori da:

- osoba kojoj se pruža zdravstvena njega može biti pojedinac, obitelj i zajednica
- čovjek je biopsihosocijalno biće u stalnoj interakciji s promjenama okoline
- osoba je uključena u sve aspekte procesa zdravstvene njege
- cilj sestriinske skrbi je unaprijediti bolesnikove adaptacijske sposobnosti, adaptacijski odgovor povećava osobni integritet i pohranjuje energiju
- gubitak je prisutan kao glavni element koji utječe na bolesnikovo ponašanje na četiri načina
- medicinske sestre svoju pažnju usmjeravaju na interne i eksterne stimulanse koji mogu utjecati na bolesnikovo doživljavanje umiranja s dostojanstvom (16).

Palijativna skrb obuhvaća:

- osobe kojoj se pruža su pojedinac ili obitelj
- fokus je na cijelu osobu
- unaprjeđenje emocionalnog, fizičkog, duhovnog i socijalnog stanja
- naglasak je usredotočen na prihvatanju da je umiranje normalan proces i na kvaliteti života
- razmatraju se svi aspekti života i umiranja, uključujući bolesnika i njegove bližnje (16).

6. PROBLEMI PALIJATIVNIH PACIJENATA

Palijativna medicina ne može upotpunosti izliječiti osobu, ona se bavi zadnjim stadijima neizlječive bolesti čije je predviđanje smrt. Cilj palijativne zdravstvene njege kroz vodeću ulogu medicinske sestre odnosi se na skrb o umirućem bolesniku, ublažavanju njegove boli i patnje te čuvanje dostojanstva čovjeka kao jedinstvenog i posebnog ljudskog bića.

6.1. Bol

Bol je štogod osoba koja ju doživljava kaže da jest i postoji kadgod ona kaže da postoji (M. McCaferry). Bol se smatra jednim od zaštitnih mehanizama koji se pojavljuje kada je neko tkivo u organizmu oštećeno. Pojava boli najčešće potiče osobu na traženje medicinske pomoći kako bi se ta bol uklonila. Razvoj boli i njen nastanak ovisi o oštećenju tkiva, psihičkoj reakciji i ranijim iskustvima koja mogu bol ublažiti ili pojačati. Bol najčešće pojačava strah, nesanica, žalost, tjeskoba i usamljenost, a ublažava veselje, san, suosjećanje, nada i pažnja. Svaka bol je realna, a uzroci su različiti. „Totalna bol“ definira se kao iskustvo koje se ne odnosi samo na fizičku pojavu nego i na pojavu sa socijalnim, duhovnim i psihološkim elementima. Bol je svrstana kao peti vitalni znak koji predstavlja važan prediktor ugroze psihičkog i tjelesnog integriteta pacijenta. Bol se može podijeliti prema trajanju (akutna i kronična), kvaliteti, jakosti, patofiziološkim promjenama i etiologiji (17).

Tijekom procjene stanja pacijenta potrebno je prikupiti podatke koji se temelje na:

- obilježje boli (intenzitet boli, lokacija, širenje boli, značajke – kako ju pacijent opisuje, vrijeme javljanja boli, kada se bol pojavila prvi put, faze boli)
- ponašanje i reakcija pacijenta na bol
- prisutnost nekih drugih simptoma (povraćanje, mučnina, nedostatak zraka)
- faktore koji pojačavaju ili ublažavaju bol (mirovanje, duboko disanje)
- etiologiju boli, pacijentovo mišljenje zbog čega je došlo do boli
- učinak boli na svakodnevne aktivnosti pacijenta (utjecaj na apetit, spavanje, na međuljudske odnose)

- značenje boli za pacijenta, kakav je njegov osjećaj dok je prisutna bol
- način ublažavanja boli (farmakološki ili nefarmakološki postupci, uzimanje analgetika) (17).

Kako bi bol mogli konkretizirati i izraziti u kvaliteti, koristimo se skalama koje služe za procjenu boli. Najčešće se koristi vizualnoanalogni skala (VAS) boli. Pacijent sam određuje intenzitet boli gdje 0 označava da bol nije prisutna, a 10 označava najjaču bol. Liječenje boli odnosi se na multidisciplinarni pristup. Cilj je uklanjanje boli ili ako to nije moguće na najbolji način ublažiti bol, poboljšati i očuvati kvalitetu života. Liječenje boli treba započeti što ranije (17).

6.2. Fiziološke potrebe

Abraham Maslow bio je jedan od zagovornika koji je razvio teoriju motivacije u zadovoljavanju ljudskih potreba. Svrstao je potrebe u pet kategorija i predstavio ih u obliku piramide poredane prema njihovoj važnosti. Piramida počinje osnovnim fiziološkim potrebama, zatim slijede potrebe za sigurnosti, ljubavlju i pripadanjem, za štovanjem i priznanjem, te potrebe za samoostvarivanjem i samopoštovanjem. Svaka kategorija, krenuvši od baze prema gore, mora biti zadovoljena. Za preživljavanje i funkcioniranje potrebno je zadovoljiti fiziološke potrebe koje se odnose na potrebe za kisikom, spavanjem, hranom i tekućinom, eliminacijom, seksualnim potrebama, svakodnevnim aktivnostima, odmorom i drugim. Nakon njih dolaze potrebe sigurnosti gdje pripada zaštićenost, stabilnost, sloboda od straha i zavisti. Potrebe su najčešće izražene kada je pojedinac ugrožen. Zatim slijede potrebe za ljubavlju i pripadanjem, a odnose se na stvaranje kontakta s drugima, potrebama za emocionalnim odnosima s drugim osobama, prijateljima, suradnicima. Potrebe koje se odnose na priznanje i pouzdanjem uključuju prestiž, samopouzdanje, samopoštovanje, priznanje i pohvalu od drugih. Hijerarhija potreba prema Maslowu može se odnositi na sve komponente zdravstvene njege, najviše na procjenu, utvrđivanje potreba i postavljanje dijagnoze i kod bolesnika i kod obitelji (18).

6.3. Procjena drugih simptoma

Medicinska sestra kroz svoje kompetencije mora prepoznati, predviđati, pravilno zbrinjavati te pratiti i očekivati pojavu simptoma poput :

- neuroloških simptoma: disfazija, afazija, letargija, epileptički napadaj, ekstrapiramidalni simptomi, neuropatija ili parestezija
- kardiovaskularnih simptoma: edemi, sinkopa, aritmija, angina pectoris
- respiratornih simptoma: kašalj, apneja, dispneja, gušenje, hipersekrecija, hemoptiza
- kognitivnih promjena: smetenost, delirij, demencija, paranoja, halucinacije, terminalni nemir i agitiranost
- metabolizma i prehrane: kaheksija, anoreksija, dehidracija, smanjen unos tekućine i hrane
- gastroenteroloških simptoma: povraćanje, mučnina, dijareja, opstipacija, inkontinencija stolice, disfagija
- sluznice i kože: maligne rane, suha koža, žarenje, pečenje kože, kandidijaza, edemi, podljevi, upalne promjene sluznice i kože, svrbež, pojačana ili smanjena salivacija
- imunoloških simptoma: vrućica, infekcija, reakcija na lijek
- duhovnih i psihosocijalnih simptoma: depresija, strah, krivnja, ljutnja, patnja, tuga, tjeskoba, ljubav, povezanost, opraštanje, prihvaćanje, razmišljanje o životu i bolesti (19).

7. SESTRINSKE DIJAGNOZE

U zbrinjavanju palijativnog bolesnika najčešće se koriste sestrinske dijagnoze kao što su:

7.1. Kronična bol

Usporeni ili nagli neugodni osjetilni doživljaj koji proizlazi iz mogućih ili stvarnih oštećenja tkiva bez predvidljivog završetka koji traje duže od 6 mjeseci.

Cilj: Pacijent će znati primijeniti načine koji ublažavaju bol

Intervencije :

- izmjeriti osnovne vitalne funkcije
- prepoznati znakove boli
- ublažiti bol na oblik kako je pacijent naučio
- ukloniti faktore koji pojačavaju bol
- primijeniti nefarmakološke metode ublažavanja boli
- ohrabriti pacijenta
- izbjegavati napetost i pritisak bolnog područja
- nepokretnog pacijenta postaviti u odgovarajući položaj
- obavijestiti liječnika o boli koja je prisutna kod pacijenta
- primijeniti terapiju prema odredbi liječnika
- držati podalje pozornost od boli pričajući s pacijentom
- kontinuirano procjenjivati bol
- dokumentirati pacijentove izjave o procjeni boli koristeći skale boli (20).

7.2. Smanjen unos hrane

Očituje se kao stanje karakterizirano smanjenom tjelesnom težinom zbog nedovoljnog unosa potrebnih nutrijenata u organizam.

Cilj: Pacijent će zadovoljavati nutritivne potrebe

Intervencije:

- pojasniti pacijentu važnost unosa hrane određene kalorijske vrijednosti
- zajedno s nutricionistom izraditi plan prehrane
- poticati bolesnika da jede u društvu
- pratiti unos i iznos tekućine
- poticati pacijenta na uzimanje manjih, a češćih obroka
- omogućiti dovoljno vremena za obrok pacijentu i mirnu okolinu ako pacijent to želi
- pružiti pomoć pacijentu prilikom konzumiranja hrane ako je hranjenje ograničeno
- održavati njegu usne šupljine (20).

7.3. Strah

Strah se očituje kao negativan osjećaj koji nastaje prilikom zamišljene ili stvarne opasnosti.

Cilj: Pacijent će znati primjenjivati metode za suočavanje sa strahom

Intervencije :

- uspostaviti odnos povjerenja
- provoditi vrijeme s pacijentom u trenucima kada smo mu potrebni, stvoriti empatijski odnos
- stvarati osjećaj sigurnosti za pacijenta i zapažati znakove straha
- pacijenta upoznati s osobljem, okolinom, ostalim pacijentima
- procjenjivati stanje pacijenta
- dopustiti pacijentu da izražava svoje osjećaje
- uključiti obitelj, prijatelje, interdisciplinarni tim u aktivnosti koje poboljšavaju pacijentov osjećaj zadovoljstva i sigurnosti (20).

7.4. Smanjena mogućnost brige za sebe – oblačenje

Stanje koje karakterizira osobu da nije u mogućnosti ili joj je smanjena sposobnost oblačenja i brige o svom izgledu.

Cilj: Pacijent će bez ustručavanja tražiti pomoć prilikom oblačenja.

Intervencije:

- osigurati privatnost
- potrebnu odjeću, pribor staviti u blizini pacijenta
- pomoći pacijentu koristiti pomagalo ako ga posjeduje
- poticati pacijenta da surađuje u aktivnostima koje provodimo
- pomoći pacijentu pri oblačenju ukoliko ne može sam
- dati propisani analgetik 30 minuta prije oblačenja kako bi ublažio prisutnu bol
- poticati pacijenta na želju za napredovanjem
- uključiti obitelj i prijatelje oko dotjerivanja pacijenta (21).

7.5. Smanjena mogućnost brige za sebi – eliminacija

Stanje kojeg karakterizira smanjena ili potpuna nemogućnost obavljanja eliminacije stolice i urina.

Cilj: Pacijent će biti uredan i suh.

Intervencije:

- osigurati privatnost i dovoljno vremena
- odrediti stupanj samostalnosti
- dogovoriti zajedno s pacijentom na koji način će pozvati pomoć kada treba obaviti eliminaciju i pozvati pomoć po završetku eliminacije
- prilikom eliminacije potrebno je biti uz pacijenta
- ne požurivati pacijenta
- ako je pacijent nepokretan, pripremiti krevet i pomagala za eliminaciju u krevetu: pelene, ulošci, guske, sani kolica
- osigurati okolinu (21).

7.6. Smanjena mogućnosti brige za sebe – osobna higijena

Stanje u kojem osoba ukazuje na smanjenu mogućnost ili potpunu nemogućnost osobe za samostalno obavljanje osobne higijene.

Cilj: Pacijent će razumjeti problem i prihvatiti pomoć koju mu pruža medicinska sestra

Intervencije:

- osigurati privatnost
- procijeniti stupanj samostalnosti
- dogovoriti održavanje osobne higijene u skladu s pacijentovim navikama
- potreban pribor i materijal staviti na dohvat ruke pacijentu
- osigurati zvonu u blizini pacijenta
- biti uz pacijenta i pružiti pomoć prilikom kupanja
- koristiti mekane trljačice i ručnike, a ne grube
- koristiti neutralni sapun
- podučavati pacijenta koristiti pomagalo ako je potrebno
- osigurati okolinu za obavljanje aktivnosti – sprječavanje pada
- presvući krevet nakon kupanja (21).

7.7. Smanjena mogućnost brige za sebe – hranjenje

Stanje u kojem osoba posjeduje smanjenu mogućnost ili potpunu nemogućnost za samostalno uzimanje hrane i tekućine

Cilj: Pacijent će postići viši stupanja samostalnosti prilikom hranjenja

Intervencije:

- procijeniti samostalnost pacijenta
- ukoliko pacijent ne može samostalno, potrebno je priložiti hranu na stolic i postaviti mu salvetu pod bradu
- smjestiti pacijenta u udoban položaj
- potrebno je biti uz pacijenta prilikom hranjenja
- osigurati privatnost
- saznati bolesnikove navike, koja mu hrana odgovara i koliko dnevno želi imati obroka
- ublažiti povraćanje i mučninu primjenom antiemetika, najmanje 30 minuta prije jela
- osigurati mir tijekom jela
- omogućiti pranje ruku pacijentu prije i nakon jela (21).

7.8. Visok rizik za dekubitus

Stanje kojeg karakterizira prisutnost unutarnjih i vanjskih faktora rizika za oštećenje tkiva.

Cilj: Pacijentov integritet kože će biti održan, koža će ostati neoštećena.

Intervencije:

- procijeniti stanje bolesnika
- procijeniti prisutnost faktora rizika za dekubitus pomoću Braden skale
- nadzirati pojavu edema
- procijeniti stanje aktivnosti i pokretljivosti pacijenta
- održavati higijenu kože
- svakih sat vremena mijenjati položaj pacijenta u krevetu
- podložiti jastuke između potkoljenice, podlaktice, pod leđa i između koljena
- koristiti antidekubitalne jastuke i madrace
- provoditi razne vježbe cirkulacije, pasivne i aktivne vježbe
- koristiti hranjive kreme za masažu
- primijeniti propisana sredstva za bol
- educirati pacijentovu obitelj i prijatelje o faktorima koji uzrokuju oštećenje pacijentove kože i mogućnost nastanka dekubitusa (21).

7.9. Visok rizik za opstipaciju

Stanje koje ukazuje na rizik izostanka ili smanjene učestalosti stolice odnosno popraćeno je otežanim pražnjenjem crijeva.

Cilj: Pacijent tijekom hospitalizacije neće biti opstipiran.

Intervencije:

- poticati pacijenta da dnevno uzima više tekućine, između 1500 – 2000 ml dnevno
- poticati pacijenta da tijekom doručka konzumira topli napitak
- poticati pacijenta da češće ustaje iz kreveta
- poticati pacijenta da konzumira namirnice bogate vlaknima, voće
- poticati pacijenta na defekaciju sukladno njegovim svakodnevnim navikama
- postaviti zvonu pacijentu na dohvat ruke
- primijeniti laksative i pritom osigurati privatnost
- ponuditi pacijentu noćnu posudu
- svaku prisutnu defekaciju i njene karakteristike potrebno je dokumentirati (21).

8. KOMUNIKACIJA U PALIJATIVNOJ ZDRAVSTVENOJ NJEZI

Komunikacija je proces koji se temelji na razmjeni osjećaja, misli i poruka kad god se odvija interakcija, a definira se kao proces u kojem se šalju i primaju neverbalne i verbalne poruke kako bi se međusobno razumijeli. Komunikacija između liječnika, medicinske sestre i bolesnika je od velike važnosti jer se radi o skrbi za bolesnika i ima veliki utjecaj na ishod liječenja i sigurnost bolesnika.

Jedan od osjetljivih područja u medicini koji obuhvaća kvalitetnu komunikaciju je pristup oboljelim osobama od neizlječive bolesti i članovima bolesnikove obitelji. Bolesnici s neizlječivom bolesti zahtijevaju stalnu podršku i dobro educiran tim koji može pružati potrebne informacije i emocionalnu podršku. Komunikacija u palijativnoj zdravstvenoj njezi zahtjevan je proces. Nedovoljna edukacija radnika u vezi komunikacijskih vještina razlog je zašto zdravstveni radnici izbjegavaju otvorene razgovore s oboljelim osobama i njegovom obitelji. Često se opravdavaju da su preumorni, prezaposleni, komuniciraju u hodu prilikom prolaska u hodniku i uplašeni su završnog ishoda razgovora. Loša vijest koja se govori bolesniku utječe negativno na očekivanja i planove koje bolesnik ima za sadašnjost i budućnost. Loša vijest smatra se neugodnim iskustvom i za osobu koja daje tu informaciju i za osobu koja ju prima. Važno je procijeniti koliko bolesnik želi biti informiran o tome. Prosljeđivanje loših vijesti je proces koji je obziran i zahtjeva empatičan pristup. Način na koji se priopćava loša informacija utječe na veliki broj odluka koje je bolesnik već odlučio i koje će odlučiti u budućnosti, a koje se odnose na liječenje, terapiju, uključivanje obitelji i drugo. Važno je imati kompetencije poput suosjećajnosti, iskrenosti, empatičnosti te očuvati nadu i biti optimističan (22).

Među čestim reakcijama na lošu vijest pripadaju :

- nevjerica – osoba teško prihvaća informaciju, često je prva od reakcija
- šok – ne smatra se emocijom nego ponašanjem kojim se bolesnik ne može nositi, često je uzrokovan strahom, ljutnjom, tugom, oblik ponašanja koji nije teško prepoznati
- poricanje – osoba se ne može prilagoditi i odbija prihvatiti lošu vijest, smatra je da vijest pogriješna i da nije realna,

- anksioznost i strah – strah je često potaknut događajem, a najvažniji aspekt suočavanja s anksioznošću i strahom je odabir adekvatnog liječenja i pronalaženje pravog uzroka...

Priopćavanje loših vijesti je vrlo zahtjevan proces za zdravstvene radnike. U procesu priopćavanja loših vijesti potrebno je definirati ciljeve i koriste se različiti protokoli. Jedan od poznatih kliničkih protokola koji se koristi za priopćavanje loših vijesti je SPIKES protokol. Sadržava šest koraka:

- S – priprema, postavljanje razgovora (potrebno je osigurati privatnost, što podrazumijeva mirnu sobu i prisutnost bolesnikove obitelji. Prilikom priopćavanja loših vijesti liječnik treba sjediti pokraj bolesnika i održavati kontakt očima)
- P – procjena bolesnikovog shvaćanja (liječnik najčešće koristi otvoreno – zatvorena pitanja kako bi mogao procijeniti bolesnikovo shvaćanje trenutne situacije. Na temelju prikupljenih podataka može se odrediti bolesnikova razina shvaćanja i faza prihvaćanja bolesti)
- I – izražavanje bolesnikove želje za informacijama (bolesnici najčešće traže pune informacije o svojoj prognozi i dijagnozi, no ima bolesnika koji to ne žele znati)
- K – priopćavanje informacija bolesniku (potrebno je pripremiti bolesnika na razgovor jer to može umanjiti šok koji se javlja tijekom priopćavanja loših vijesti. Najčešće se koriste fraze: „Žao mi je što Vam moram reći..“ ili „Nažalost, moram Vam reći loše novosti..“. Potrebno se odnositi prema pacijentu riječima koje razumije, ne treba se koristiti medicinski žargon)
- E – praćenje bolesnikovih emocija i naš empatični odgovor na njih (pružiti odgovor na bolesnikove emocije jedan je od najtežih izazova prilikom priopćavanja loših vijesti. Potrebno je pružiti podršku i primijeniti empatiju)
- S – sve dokumentirati, zaključiti, strategija za budućnost (nakon priopćavanja loših vijesti potrebno je analizirati proces komunikacije, prikupljene podatke, trenutnu situaciju i plan liječenja i skrbi (23).

Medicinska sestra ima višestruku ulogu, a jedna od njih je uloga tješitelja. Osim znanja i vještina, medicinska sestra mora biti educirana za iskazivanje empatije. Da bi održala dobar odnos medicinska sestra – bolesnik, mora imati dobre komunikacijske vještine. Individualni i holistički pristup prema pacijentu izgrađuje čvrst odnos povjerenja. Često puta je umirućem bolesniku potrebna gesta, kontakt očima ili samo dodir kao znak da imaju pažnju od medicinske sestre. Važno je sjesti kraj njega, uspostaviti komunikaciju, gledati u oči i slušati. Komunikacija treba biti kontinuirana, a sestra treba prepoznati znakove kada bolesnik želi i ima potrebu razgovarati. Vrlo je bitno u medicini imati dobre komunikacijske vještine.

9. PSIHOSOCIJALNA PODRŠKA TERMINALNIM BOLESNICIMA

Današnje društvo u kojemu živimo smatra da smrt nije dio života. Kada osoba umire, njegova obitelj i prijatelji ne mogu više negirati realnost smrti i ako prije toga nisu znali za njegovo postojanje bit će im teško pripremiti se za suočavanje s njom. Zbog toga se smatra da je glavni razlog i zadaća palijativne medicine psihosocijalna podrška bolesniku, odnosno stvaranje osjećaja pripadnosti i sigurnosti, holistički pristup, vjera i povjerenje u tim koji se zbrinjava za palijativnog bolesnika. Palijativna medicina odnosi se prema bolesniku u svrhu da mu osigurava napredak u pružanju skrbi, stalnu dostupnost, pružanje psihosocijalne podrške i stalnu prisutnost uz pacijenta. (6).

9.1. Načela psihosocijalne podrške terminalnim bolesnicima

Dostupnost

U palijativnoj medicini mora postojati stalna dostupnost članova interdisciplinarnog tima. Bol kod palijativnog bolesnika potrebno je kontinuirano pratiti i okupirati. U slučaju pogoršanja stanja bolesnika, članovi obitelji su uspaničeni te im je potrebno reći što je potrebno učiniti u tom trenutku. Obitelj ili skrbnici moraju imati mogućnost 24 – satne konzultacije s osobom koja im može reći je li neka od komplikacija očekivana ili ne, što je potrebno učiniti u tom trenutku. Većinu simptoma moguće je ukloniti na vrijeme pomoću dežurnih medicinskih sestara, pripremom lijekova za očekivane simptome i pripremom obitelji ili skrbnika za komplikacije koje se mogu dogoditi. Saznanje da je netko uvijek dostupan od velike je pomoći i bolesniku i njegovoj obitelji (6).

Stalnost/kontinuitet

Stalna prisutnost stručne skrbi sa sobom osigurava ne samo opsežnu skrb nego podjednaki plan skrbi i kvalitetu skrbi. Takva skrb se odnosi na međudjelovanje svih članova tima i uključuje obitelj. Bitno je da je skrb koja se provodi za svakog pojedinca dokumentirana kako bi se mogla osigurati trajna evaluacija u sustavu palijativne skrbi (6).

Prisutnost uz pacijenta

Svaki pacijent strahuje od toga da će prilikom umiranja biti sam. Umiranje se smatra jednim od najvećih strahova. Osiguravanjem bolesnika i njegove obitelji da tijekom nepoznatog i zastrašujućeg iskustva neće biti napušteni može umanjiti stres i pomoći u prihvaćanju činjenice da je smrti neizbježna. Bolesnici strahuju da će liječnici prestati voditi brigu o njima ako odbiju daljnju terapiju. Vrlo ih je lako utješiti kada im netko kaže da će uz njih uvijek netko biti kada osjete potrebu za to. Ponekad obitelj bolesnika nesvjesno napušta bolesnika, nisu zbog toga krivi samo zdravstveni radnici. Uslijed nedostatka energije, propadanja tjelesnog stanja i izgleda, čak i članovi obitelji bolesnika mogu biti podložni izostaviti bolesnika iz društvenih događaja, odluka pa čak i skrbi za samog sebe jer ne shvaćaju da na taj način odustaju od bolesnika. U tim trenucima hospicijski tim može postupiti s nekim prijedlozima da se bolesnik uključi u raznovrsne aktivnosti te da nadalje sudjeluje aktivno u obiteljskom životu (6).

Psihosocijalna utjeha

Svaki čovjek – pacijent na kraju života osjeti društvenu, duhovnu ili emocionalnu bol koja vrijeđa njegovo unutarnje biće pa se najčešće izražavaju depresijom, frustracijom, bijesom ili fizičkom boli. Psihološka ili emocionalna bol u terminalnih bolesnika uvijek je rezultat njihovih podsvjesnih ili svjesnih strahova, stvaranje osjećaja nemoći. Simptomi koji se mogu pojaviti su nesаница, bijes, tjeskoba, depresija. Društvenu bol koju osjete umirući bolesnici odnosi se na osnovne i praktične sadržaje. Suprug će brinuti za svoju suprugu kako će se snalaziti bez njega ako ne zna voziti automobil, otac će biti zabrinut jer postoji mogućnost da njegova obitelj ostane bez doma zbog nedostatka njegovih prihoda. Postoji mnogo zabrinutosti na osobnoj razini zbog gubitka uloge kao majka ili otac, supruga ili suprug ili član zajednice. Članovi hospicijskog tima ne smiju nikada očekivati da će moći riješiti sve probleme umirućih bolesnika i njegove obitelji. Članovi interdisciplinarnog tima moraju biti svjesni da je boravak u posjetu doma bolesnika ili hospiciju s ciljem da se pruži palijativna skrb za posljednje prilike za duševno izlječenje te moraju biti spremni zajedno sa terminalno oboljelom osobom, krenuti na put koji oni samostalno odaberu. Psihosocijalnu podršku mora osigurati interdisciplinarni tim bolesniku tijekom kućnih posjeta ili u hospiciju. Podrška koja se pruža bolesnicima u individualnoj ili grupnoj psihosocijalnoj terapiji mora biti osigurana uz interdisciplinarni tim i kroz razne druge udruge, primjerice u Hrvatskoj postoji Hrvatska udruga za psihosocijalnu onkologiju (6).

10. ŽALOVANJE

Prema Elisabeth Kuebler – Ross procjena stanja bolesnika jednako je važna kao i procjena stadija kroz koji prolazi bolesnik od prve informacije o neizlječivoj bolesti sve do smrti. Procjena faze i stanja koja je prisutna kod bolesnika uvelike pomaže za planiranje i provođenje zdravstvene njege, ali isto tako i za poboljšanje komunikacije između bolesnika i članova palijativnog zdravstvenog tima.

Prihvatanje bolesti dijelimo u pet faza, a to su :

- prva faza – nepriznavanje i osamljivanje (većina bolesnika na prvu informaciju o svom zloćudnom oboljenju reagiraju: „ Ma ne, to je nemoguće!“)
- druga faza – gnjev (bolesnik je većinom težak obitelji i bolničkom timu jer je stalno prisutan izljev gnjeva: liječnici ništa ne znaju, zadržavaju bezveze bolesnika u bolnici, a nemaju obzira prema njegovim željama i drugo. Bolesnici gnjev većinom iskaljuju na medicinske sestre)
- treća faza – cjenkanje (većinom prolazna faza, za bolesnika je od velike pomoći. U prvoj fazi nije mogao priznati činjenice, a u drugoj se svađa s čitavim svijetom, u trećoj fazi će se pokušati nagoditi s cjenkanjem i pokušati odgoditi smrt koja dolazi. Bolesnik se cjenka kako bi mogao napraviti odgodu, obećava svoje lijepo ponašanje i samostalno određuje rok nakon kojeg neće više moliti)
- četvrta faza – depresija (u trenutku kada bolesnik više ne može poricati svoju bolest, kada se ponovno mora vratiti u bolnicu ili kada se pojave novi simptomi on postaje sve jadniji i slabiji. Često je prisutna srdžba, bijes, često gubi svoje radno mjesto, gubitak sebe ili dio sebe, gubitak položaja u društvu)
- peta faza – prihvatanje (ako mu preostane dovoljno vremena i ne umre iznenada te je svladao sve prijašnje faze, bolesnik se nalazi u fazi kada sudbinu prihvaća bez ikakvog gnjeva i dotučenosti. Fazu prihvatanja ne treba shvatiti kao sretno stanje jer ga ne prate nikakvih osjećaji. Bolesniku je važna prisutnost njegove obitelji i prijatelja) (24).

11. ZAKLJUČAK

Osnovni čovjekov doživljaj je da mu život teče nezaustavljivo. Čovjek je ponosan na svoj život zbog čega rijetko ili gotovo nikada ne pomišlja da njegovu prolaznost. Ljudski život je usmjeren prema smrti, najčešće kroz patnju, bol, agoniju, bolest i drugo. Kada se čovjek zapita o smislu i značenju te življenju u posljednjem stadiju je neizbježno i presudno teško.

U Republici Hrvatskoj palijativna zdravstvena njega još uvijek nije u dovoljnoj mjeri unaprijeđena. Cilj joj je pružiti profesionalnu medicinsku pomoć radi poboljšanja zdravlja bolesnika. Kroz nekoliko godina u Zagrebu i Rijeci funkcionira Centar za palijativnu zdravstvenu njegu, a u Koprivnici i Osijeku ambulanta za palijativnu zdravstvenu njegu. Gospić i Varaždin otvorili su palijativne odjele pri Općoj bolnici. Na teritoriju Republike Hrvatske formirano je sedam mobilnih timova palijativne zdravstvene njege u sklopu Domova zdravlja. Strateškim planom predstavljeno je 14 načela za organiziranje sustava palijativne skrbi. Medicinske sestre mogu se školovati na diplomskom i dodiplomskom studiju sestrinstva, postati magistre ili prvostupnice, a nakon toga su osposobljene provoditi proces zdravstvene njege i nadziranje rada ostalih članova pri obavljanju zdravstvene njege palijativnog bolesnika.

Medicinska sestra ima višestruku ulogu u zbrinjavanju umirućeg bolesnika te edukacija i pružanje pomoći bolesnikovoj obitelji. Medicinska sestra mora imati razumijevanja, znanja, umijeća te biti suosjećajna u održavanju pozitivnog zdravstvenog ponašanja. Mora biti dovoljno educirana kako bi komunikacijskim vještinama mogla pružiti podršku i primijeniti empatiju prema bolesniku i njegovoj obitelji. Otvoreni pristup, kontakt očima i holistički pristup stvara čvrst odnos povjerenja.

Cilj palijativne skrbi je rješavanje i ublažavanje simptoma kako bi se mogla osigurati bolja kvaliteta bolesnikovog života u zadnjem stadiju, poticanje na samozbrinjavanje do stadija u kojem bolesnik može te očuvanje dostojanstva do smrti. Uloga medicinske sestre važna je u pružanju podrške bolesnikovoj obitelji u tijeku bolesti i poslije smrti bolesnika. Glavna uloga medicinske sestre je stalno pružanje psihosocijalne podrške bolesniku kako bi se stvorio osjećaj sigurnosti i pripadnosti. Bolesnik se ne bi trebao u nijednom trenutku osjećati napuštenim, nevrijednim i nepoželjnim. Prihvatanje bolesti zahtjeva duži vremenski period, a bolesnik ga prihvata kroz pet faza. Svaka komponenta između iskustva tijekom života i stava prema smrti je usko povezana.

12. LITERATURA

1. Čukljek S. Osnove zdravstvene njege. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2005.
2. Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 91 – 96.
3. Braš M, Đorđević V, Kandić – Splavski B, Vučevac V. Osnovni pojmovi o palijativnoj medicini i palijativnoj skrbi. *Medix*. 2016; 119/120: 69 – 76.
4. Braš M, Milunović V, Brajković L, Đorđević V. Principi palijativne medicine. *Neurol. Croat.* 2011; 3 – 4: 101 - 106.
5. Marasović Šušnjara I. Palijativna skrb [Online]. Dostupno na: <https://www.seniori.hr/images/pdf/Palijativna-skrb-hr.pdf> (2.6.2019.)
6. Brkljačić M, Fumić – Dunkić L, Lončar Z, Havelka – Meštrović A. Palijativna medicina: temeljna načela i organizacija: klinički pristup terminalnom bolesniku. Rijeka: Markulin d.o.o.; 2013.
7. Ministarstvo zdravstva. Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. – 2020. ; 2017.

Dostupno na:
<https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZVOJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020-%20usvojen%2018.10.2017..pdf> (2.6.2019.).
8. Ministarstvo zdravstva. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020. ; 2012.

Dostupno na:
https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Strate%C5%A1ki_plan_razvoja_palijativne_skrbi_u_RH_za_razdoblje_2014-2016..pdf (2.6.2019.) .
9. Prstec B. Mogućnost unaprjeđenja sestrinske palijativne skrbi u Međimurskoj županiji (diplomski rad). Zagreb: Medicinski fakultet; 2016.

10. Henderson V. Basic principles of nursing care. London; ICN House; 2013.
11. Jušić A i suradnici. Hospicij i palijativna skrb. Zagreb: Školska knjiga; 1995.
12. Mardetko R, Dumbović N, Živković A, Kovačević B, Marković L, Lovrić S. Kompetencije medicinske sestre u specijalističkoj palijativnoj skrbi. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara; 2018.
13. Božić G. Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi. U: Đorđević V, Braš M, Brajković L, ur. Palijativna skrb – brinimo zajedno. Zagreb: Medicinska naklada; 2014. str. 130 – 146.
14. Gavrančić D, Iveta V, Sindik J. Konceptualni modeli sestrinstva i načela sestrinske prakse. Filozofija sestrinstva. 2016; 21: 148 – 52.
15. Brajković L, Pavić J, Ozimec – Vulinec Š, Grahovac I, Grgić O, Kraljević N, Nikić M. Multidisciplinarni tim u palijativnoj skrbi. 2016; 119/120; 83 – 89.
16. Ozimec – Vulinec Š. Palijativna skrb. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2014.
17. Čukljek S. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2014.
18. Mojsović Z i suradnici. Sestrinstvo u zajednici. Zagreb: Visoka zdravstvena škola; 2005.
19. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Ključne kompetencije u palijativnoj skrbi: Bijela knjiga Europskog udruženja za palijativnu skrb o obrazovanju u području palijativne skrbi – 1.dio. European Journal of palliative care; 2013.
20. Kadović M, Aldan D, Babić D, Kurtović B, Piškorjanac S, Vico M. Sestrinske dijagnoze II. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara; 2013.
21. Šepić S, Kurtović B, Munko T, Vico M, Aldan D, Babić D, Turina A. Sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara; 2011.
22. Braš M, Đorđević. Suvremene spoznaje iz palijativne medicine: uloga ljekarnika u palijativnoj skrbi. Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
23. Đorđević V, Braš M, Brajković L. Osnove palijativne medicine: Ars medica prema kulturi zdravlja i čovječnosti. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.

24. Kübler – Ross E. Razgovori s umirućima. Zagreb: Biblioteka – Oko tri ujutro; 2007.

13. SAŽETAK

Palijativna skrb se odnosi na pružanje sveobuhvatne skrbi bolesnicima s neizlječivom bolešću odnosno briga za bolesnika čija bolest ne odgovara na terapiju bez obzira gdje se provodi skrb za bolesnika – u bolnici ili kod kuće. Palijativna zdravstvena njega obuhvaća interdisciplinarni pristup prema bolesniku, obitelji i zajednici.

U Republici Hrvatskoj palijativna zdravstvena njega još uvijek je u začetcima, ionako zakonska osnova za formiranje palijativne zdravstvene njege postoji još od 2003. godine. Međutim, postoje primjeri prakse koji djeluju bez prave formalne i organizacijske podrške. Ako se pravo na palijativnu zdravstvenu njegu odnosi kao na ljudsko pravo, može se pretpostaviti da Republika Hrvatska zaostaje za drugim zemljama. Prema strateškom planu osiguran je ujednačen pristup u razvoju palijativne zdravstvene njege u čitavoj Hrvatskoj.

Medicinska sestra ima važnu ulogu u zbrinjavanju bolesnika, poštivanju ljudskog dostojanstva i poticaj na mogućnost samozbrinjavanja. Odgovorna je za procjenu, proces planiranja, provođenja i evaluiranja zdravstvene njege uz stalnu edukaciju bolesnika i njegove obitelji, te stalna suradnja s ostalim članovima interdisciplinarnog tima. Komunikacija s obitelji i bolesnikom treba biti neprekidna kao i pružanje podrške bolesniku i obitelji u najtežim trenucima. Psihosocijalna podrška bolesniku u zadnjem stadiju bolesti jedna je od glavnih uloga medicinske sestre. Potrebno je da bude stalna potpora bolesniku, obitelji i zajednici s ciljem pružanja što kvalitetnije i kontinuirane zdravstvene njege.

KLJUČNE RIJEČI: medicinska sestra, palijativna skrb, komunikacija, podrška

14. SUMMARY

Palliative care refers to provide comprehensive care to patients with incurable disease regarding care for a patient whose disease is not responding on the therapy regardless where is the patient taken care of – at home or in the hospital. Palliative care includes interdisciplinary approach to patient, family and society.

In Republic of Croatia palliative care is still in the near future, even though the legal basis of establishing palliative care exists since 2003. However, there are examples of care which exists without real organisation and formal support. If the right to palliative care is considered as a special human right, it can be concluded that the Republic of Croatia is significantly stragglng behind the developed counties by that question. According to strategic plan, equal access is ensured in the development of palliative care in whole Croatia.

Nurse has the main role in the care of patients, respecting human dignity and encouraging the possibility of selfcare. She is responsible for estimation, planning, providing and evaluation of health care with continuous education of patients and family and constant cooperation with the members of the interdisciplinary team. The communication with family and patient has to be continuous as well as providing support to patient and family in the most difficult moments. Psychosocial support to patient in the last stadium of disease is one of the main roles of nurse. Nurse has to be supportive to patient, family and society with the goal of providing as quality and continuous care.

Keywords: nurse, palliative care, communication, support

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

| Mjesto i datum | Ime i prezime studenta/ice | Potpis studenta/ice |
|----------------------------------|----------------------------|---------------------|
| U Bjelovaru, <u>11.07. 2019.</u> | MONIKA BANOVIC | Banovic' M. |

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta 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

MONIKA BANJOVIĆ

ime i prezime studenta/ice

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, M.07. 2019.

Banović M.

potpis studenta/ice