

Sestrinske kompetencije u pristupu pacijentu na kraju života

Burić, Martina

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, University Department of Health Studies / Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:343377>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2023-06-07**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVO

Martina Burić

**SESTRINSKE KOMPETENCIJE U PRISTUPU
PACIJENTU NA KRAJU ŽIVOTA**

Završni rad

Split, 2022.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVO

Martina Burić

**SESTRINSKE KOMPETENCIJE U PRISTUPU
PACIJENTU NA KRAJU ŽIVOTA
NURSING COMPETENCES IN APPROACHING A
PATIENT AT THE END OF LIFE**

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentor:

Ante Buljubašić, mag. med. techn.

Split, 2022.

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

ZAVRŠNI RAD

Sveučilište u Splitu
Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstvo

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo
Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Mentor: Ante Buljubašić, mag. med. techn.

SESTRINSKE KOMPETENCIJE U PRISTUPU PACIJENTU NA KRAJU ŽIVOTA

Martina Burić, 41417

Sažetak:

Život čini posebnu priču koja završava smrću. Smrt kao takva važan je dio života koja sadrži svoj početak i kraj. Svaka osoba razmišlja o lijepoj smrti bez poteškoća i moguće bolesti, ali na tu završnu fazu nije moguće previše utjecati. Mnoge bolesti se mogu liječiti i izliječiti, no kada dođe starost i završni stadij jedino što je moguće je ublažiti simptome i pružiti najveće moguće zadovoljstvo bolesnoj osobi. Najveću pomoć, uz obitelj, čini medicinska sestra koja s ostalim članovima čini produktivan palijativni tim.

Palijativna skrb je od izuzetne važnosti za svakog pojedinca. Ona pomaže bolesnoj osobi da se održi kvaliteta njezina života u završnoj, odnosno terminalnoj fazi život. Kod palijativnih pacijenata potreban je holistički pristup, briga za pacijenta, ali i za njegovu obitelj jer se pacijent bliži kraju života što može dovesti do poteškoća i neprihvaćanja. Takva skrb zahtijeva suradnju educiranog interdisciplinarnog tima kojeg čini liječnik, medicinska sestra, fizioterapeut, socijalni radnik, svećenik, psiholog, volonteri, njegovatelji i mnogi drugi. U procesu skrbi za pacijenta na kraju života naglašavaju se potrebne kompetencije medicinske sestre, kao i edukacija te poticanje članova obitelji da se uključe u skrb za pacijenta.

Uz sve navedeno medicinska sestra/tehničar i ostatak medicinskog tima nužni su osmisliti dobru zdravstvenu njegu kako bi istu mogli primijeniti u praksi te tako olakšati pacijentu posljednje dane života. Od izuzetne je važnosti pružiti podršku pacijentu i njegovoj obitelji te zadovoljiti sve ljudske potrebe kao što su psihološke, socijalne i duhovne. Medicinske sestre/tehničari također u svom radu trebaju redovito pohađati različite seminare, tečajeve, izlaganja, usavršavanja, skupove i slično, kako bi se unaprijedili i usavršili svoje znanje te primijenili isto u skrbi za pacijenta.

Ključne riječi: medicinska sestra; pacijent; smrt; palijativna skrb; kompetencije medicinske sestre; podrška, usavršavanje

Rad sadrži: 55 stranica, 00 slika, 40 literaturnih referenci

Jezik izvornika: Hrvatski

BASIC DOCUMENTATION CARD

BACHELOR'S THESIS

University of Split
University Department for Health Studies
University undergraduate study of nursing

Scientific area: Biomedicine and health
Scientific field: Clinical medical sciences

Supervisor: Ante Buljubašić, mag. med. techn.

NURSING COMPETENCES IN APPROACHING A PATIENT AT THE END OF LIFE

Martina Burić, 41417

Summary:

Life makes a special story that ends in death. Death as such is an important part of life that contains its beginning and end. Every person thinks of a beautiful death without difficulties and possible illness, but it is not possible to influence this final phase too much. Many diseases can be treated and cured, but when old age and the final stage come, the only thing possible is to alleviate the symptoms and give the greatest possible satisfaction to the sick person. The biggest help, along with the family, is the nurse who, together with the other members, forms a productive palliative team.

Palliative care is extremely important for every individual. It helps the sick person to maintain the quality of his life in the final or terminal phase of life. Palliative patients need a holistic approach, care for the patient, but also for his family because the patient is nearing the end of life, which can lead to difficulties and rejection. Such care requires the cooperation of an educated interdisciplinary team consisting of a physician, nurse, physiotherapist, social worker, priest, psychologist, volunteers, caregivers, and many others. In the process of patient care at the end of life, the necessary competencies of the nurse are emphasized, as well as education and encouragement of family members to get involved in patient care.

In addition to all of the above, the nurse/technician and the rest of the medical team need to design good health care so that they can apply it in practice and thus make it easier for the patient in the last days of life. It is extremely important to provide support to the patient and his family and to meet all human needs such as psychological, social and spiritual. Nurses/technicians should also regularly attend various seminars, courses, presentations, trainings, gatherings, etc. in their work, in order to improve and perfect their knowledge and apply the same in patient care.

Key words: nurse; patient; death; palliative care; nurse competencies; support, training

Thesis contains: 55 pages, 00 figures, 40 references

Original in: Croatia

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. PALIJATIVNA SKRB	3
1.2. POVIJEST PALIJATIVNE SKRBI	6
1.3. HOSPICIJ	8
1.4. SPECIFIČNOSTI PALIJATIVNE SKRBI	10
1.5. OBLICI PALIJATIVNE SKRBI	11
1.6. TERMINALNA FAZA ŽIVOTA	12
1.6.1. Faze umiranja	16
1.7. ZDRAVSTVENA NJEGA UMIRUĆEG PACIJENTA	21
1.8. KOMPETENCIJE MEDICINSKE SESTRE	22
2. CILJ RADA	25
3. RASPRAVA	26
3.1. PALIJATIVNA SKRB U PACIJENTOVOM OKRUŽENJU	26
3.2. ZDRAVSTVENA NJEGA	27
3.3. PLANIRANJE ZDRAVSTVENE NJEGE	32
3.4. PODRŠKA PACIJENTU	33
3.4.1. Psihološke potrebe pacijenta	34
3.4.2. Socijalne potrebe pacijenta	35
3.4.3. Duhovne potrebe pacijenta	37
3.5. PODRŠKA OBITELJI I NJEGOVATELJIMA U OKRUŽENJU PACIJENTA	38
3.6. ETIČKA PRAKSA	39
3.7. VJEŠTINE INTERDISCIPLINARNOG TIMSKOG RADA I KOORDINACIJE	40
3.8. INTERPERSONALNE I KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE PRIMJERENE PALIJATIVNOJ SKRBI	42
3.9. SAMOSVIJEST I KONTINUIRANO USAVRŠAVANJE	45
4. ZAKLJUČAK	48
5. LITERATURA	50
6. ŽIVOTOPIS	54

1. UVOD

Jedan od glavnih ciljeva medicine je pružiti utjehu i olakšanje od boli i patnje. Nažalost, izlječenje nije uvijek moguće posebno u ovom dobu porasta oboljenja populacije od kroničnih bolesti, a uloga liječnika postala je ograničena na kontrolu i ublažavanje simptoma (1).

Palijativna skrb je specijalizirana medicinska skrb za osobe koje žive s teškom bolešću. Ova vrsta skrbi usmjerena je na oslobađanje od simptoma i stresa uslijed nastanka bolesti. Cilj je poboljšati kvalitetu života kako pacijenta tako i obitelji. Palijativnu skrb pruža posebno obučeni tim liječnika, medicinskih sestara i drugih stručnjaka kako bi pružili dodatnu podršku. Palijativna skrb temelji se na potrebama pacijenta, a ne na pacijentovoj prognozi. Primjenjuje se u bilo kojoj dobi i u bilo kojoj fazi ozbiljne bolesti, a može se pružiti uz kurativno liječenje (1).

Palijativna skrb je pristup za svakoga tko živi s teškom bolešću, kao što su zatajenje srca, kronična opstruktivna plućna bolest, rak, demencija, Parkinsonova bolest i mnoge druge. Palijativna skrb može biti od pomoći u bilo kojoj fazi bolesti i najbolje je pružiti ubrzo nakon što se osobi dijagnosticira bolest. Osim poboljšanja kvalitete života i pomoći kod simptoma, palijativna skrb može pomoći pacijentima da razumiju svoja prava i izbore za liječenje (1).

Cilj palijativne skrbi je ublažiti patnju i pružiti najbolju moguću kvalitetu života za pacijente i njihove obitelji. Simptomi mogu uključivati bol, depresiju, otežano disanje, umor, zatvor, mučninu, gubitak apetita, poteškoće sa spavanjem i tjeskobu. Tim će pomoći da pacijent stekne snagu da nastavi sa svakodnevnim životom. Ukratko, palijativna skrb pomoći će poboljšati kvalitetu pacijentovog života. Palijativna skrb pomaže u razumijevanju pacijentovih želja od strane palijativnog tima. Zbog toga pacijent ima osjećaj bolje kontrole nad svojom bolešću i nad kvalitetom svog života (1).

Tim za palijativnu skrb sastavljen je od više različitih stručnjaka koji rade s pacijentom, obitelji i drugim liječnicima pacijenta kako bi pružili medicinsku, socijalnu, emocionalnu i praktičnu podršku. Tim se sastoji od liječnika specijalista za palijativnu skrb i medicinskih sestara posebno educiranih u području palijativne skrbi, a uključuje i

druge kao što su socijalni radnici, nutricionisti i kapelani. Tim pacijenta može varirati ovisno o njegovim potrebama i razini zdravstvene skrbi. Za početak palijativne skrbi, zdravstveni djelatnik može pacijenta uputiti stručnjaku za palijativnu skrb. Ako on ili ona to ne predloži, pacijent može zatražiti uputnicu od pružatelja zdravstvenih usluga (2).

Medicinske sestre palijativne skrbi pružaju integrativni i multidisciplinarni pristup liječenju koji pomaže pacijentima u održavanju fizičkog, mentalnog i emocionalnog zdravlja. Odvajaju vrijeme da razumiju potrebe svakog pacijenta kako bi osigurali prilagođeni plan liječenja koji pruža trajno olakšanje. Medicinske sestre su često jedini izvor podrške u ovakvim trenucima. Obitelji su često zbunjene, uplašene i emotivno osjetljive. Od liječnika primaju činjenice o lijekovima, tretmanima i vremenskim rokovima, ali često traže od medicinskih sestara da se oslone na njih za emocionalnu podršku nakon što liječnik izađe iz sobe. Stoga su medicinske sestre tu da pomognu pacijentu i obitelji dok se bore da se prilagode stvarnosti s kojom se suočavaju. Primarna odgovornost medicinske sestre je prema pacijentu i pobrinuti se da se njegove želje ispoštuju. Te želje nisu uvijek u skladu sa željama obitelji. Tu uloga medicinske sestre u bolnici postaje složenija. Stoga, osim što medicinske sestre kod pacijenata koji su na kraju života ublažavaju njihovu bol i simptome, također moraju etično donositi odluke (2).

Treba naglasiti kako su sestrinske kompetencije vrlo bitne u svrhu zadovoljavanja potreba na kraju života odnosno ublažavanja simptoma i boli. Medicinske sestre za palijativnu skrb trebaju specifične, tehničke vještine kako bi uspjele u tom području. Također su im potrebne razvijene komunikacijske vještine za komunikaciju s pacijentima i drugim zdravstvenim djelatnicima. Sposobnost učinkovite komunikacije s pacijentima jedna je od najmoćnijih vještina koje medicinska sestra palijativne skrbi može i mora posjedovati (2).

Za starije je odrasle osobe važno planirati unaprijed i unaprijed obavijestiti njihove skrbnike, liječnike ili članove obitelji o njihovim željama na kraju života. Na primjer, ako starija osoba želi umrijeti kod kuće, primajući zdravstvenu njegu na kraju života zbog boli i drugih simptoma te to obznani pružateljima zdravstvenih usluga i obitelji, manja je vjerojatnost da će umrijeti u bolnici ili negdje drugdje gdje ne želi (2).

Ako osoba više nije u mogućnosti sama donositi odluke o zdravstvenoj skrbi, skrbnik ili član obitelji možda će morati donijeti te odluke. Skrbnici moraju uzeti u obzir nekoliko čimbenika pri odabiru zdravstvene njege na kraju života, uključujući želju starije osobe za liječenjem koje produljuje život, koliko mu je preostalo živjeti i preferirano okruženje za zdravstvenu njegu (1).

1.1. PALIJATIVNA SKRB

Palijativna skrb usredotočena je na postizanje najbolje moguće kvalitete života pacijenata i obiteljskih njegovatelja, temeljene na potrebama i ciljevima pacijenta i obitelji, neovisno o prognozi. Interdisciplinarni timovi palijativne skrbi procjenjuju i liječe simptome, podržavaju odlučivanje i pomažu u usklađivanju tretmana s informiranim pacijentima i obiteljskim ciljevima, mobiliziraju praktičnu pomoć za pacijente i njihove njegovatelje u obitelji, identificiraju resurse u zajednici radi osiguranja sigurnog životnog okruženja te promiču suradnju i nesmetane modele skrbi, u raznim postavkama skrbi kao što su bolnica, dom i starački dom (2).

U idealnom slučaju, palijativna skrb treba započeti istodobno s dijagnozom ozbiljne bolesti i istodobno s kurativnim ili modificirajućim tretmanima bolesti, s obzirom na skoro univerzalnu pojavu problematičnih situacija za pacijenta i obitelji te potrebu za informacijama i podrškom u utvrđivanju ostvarivih ciljeva za pacijentovu zdravstvenu njegu. Palijativna skrb se odvija na primarnoj, sekundarnoj ili tercijarnoj razini zdravstvene zaštite. Primarna palijativna skrb trebala bi biti dio onoga što svi liječnici pružaju svojim pacijentima (kao što su primjerice liječenje boli i ostalih simptoma, rasprave o unaprijed planiranom zbrinjavanju); sekundarna palijativna skrb nudi se kada se liječnik za neobično složene ili teške probleme obraća stručnjacima palijativne skrbi na razini stručnjaka; a tercijarna palijativna skrb uključuje istraživanje i podučavanje uz stručnost palijativne skrbi na razini stručnjaka (2).

Palijativna skrb relativno je nova specijalnost koja se razvijala u posljednjih pet desetljeća. Razvila se kao rezultat sve veće zabrinutosti javnosti i nezadovoljstva brigom o umirućim pacijentima u 1960-ima i 1970-ima (3). U to su vrijeme onkolozi bili preokupirani kurativnim zahvatima i nisu puno pomagali osobama pri kraju života.

Istraživanja provedena u to vrijeme pokazala su da zdravstvena njega koja se pružala smrtno bolesnim pacijentima ne postoji ili je u najboljem slučaju bila neoptimalna. Dame Cicely Saunders, nadaleko prepoznata kao osnivačica palijativne skrbi, izvijestila je o sličnom iskustvu. Osnovala je prvu modernu bolnicu, St. Christopher's Hospice, u Velikoj Britaniji 1967. godine. Osnivanje ovog hospicija bila je glavna prekretnica koja je nadahnula liječnike širom svijeta da se obuču u ovom novom području i uspostave palijativnu njegu u svojim državama (4).

Palijativna medicina postala je priznata medicinska specijalnost u Australiji, Novom Zelandu, Velikoj Britaniji, Irskoj, SAD-u i nekoliko drugih zemalja. Obuka je postala strukturirana uspostavljanjem programa školovanja za zajednice diljem zemalja. Štoviše, osnovano je nekoliko stručnih udruga za palijativnu skrb i objavljeni su mnogi znanstveni časopisi koji su se specijalizirali za to područje. Čak se i poticalo da se filozofija i vještine liječnika palijativne skrbi proširuju i na pacijente koji nemaju zloćudna stanja poput bubrežne bolesti krajnjeg stadija, HIV/AIDS, progresivne neurološke bolesti, kardiovaskularne i respiratorne bolesti. Smatralo se da je postojala sličnost u simptomima koje su imali pacijenti iz obje kategorije (5). Doista, pristup uslugama palijativne skrbi postao je uvjet kvalitete za pacijente s krajnjim stadijem bolesti bubrega i drugim kroničnim bolestima (5).

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) definira palijativnu skrb kao pristup koji poboljšava kvalitetu života pacijenata i njihovih obitelji koji se suočavaju s problemima povezanim sa životnom opasnošću, prevencijom i olakšavanjem patnje ranom identifikacijom i besprijekornom procjenom i liječenjem boli i drugih problema, fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih (6).

Glavni fokus ove specijalnosti je ublažavanje boli i kontrola simptoma te poboljšanje kvalitete skrbi za pacijente te njihove obitelji. Ona je holistička, usredotočena na pacijenta, sveobuhvatna i višedimenzionalna tako da se bavi ne samo fizičkim aspektom, već i psihološkom, socijalnom i duhovnom dimenzijom. Palijativna skrb potvrđuje život i smatra umiranje normalnim procesom i nudi sustav podrške koji pomaže pacijentima da žive što je moguće aktivnije do smrti. Također pruža sustav podrške kako bi se njegovatelji i obitelji mogli nositi s pacijentovom bolešću i u opasnosti. Osim toga, uključena je i pastoralna skrb prema vjerskim uvjerenjima

pacijenta. Ostale važne komponente palijativne skrbi su učinkovita komunikacija i planiranje i koordinacija skrbi (7).

Godine 2014. WHO je usvojila rezoluciju (WHA67.19) kojom se poziva države članice WHO-a da rade na integraciji palijativne skrbi u nacionalne zdravstvene sustave na svim razinama, s naglaskom na palijativnoj skrbi kao dijelu primarne zdravstvene zaštite. Nadalje, rezolucijom se zahtijeva da palijativna skrb bude sastavni dio svih relevantnih globalnih planova za kontrolu bolesti i zdravstvenog sustava, uključujući one koji se odnose na nezarazne bolesti. Važno je napomenuti da je osiguravanje dostupnosti usluga palijativne skrbi obveza zdravstvenih sustava u skladu s međunarodnim zakonom o ljudskim pravima. Procjenjuje se da svake godine 40 milijuna ljudi treba palijativnu skrb, od kojih 78% živi u zemljama s niskim i srednjim dohotkom. 98% djece koji trebaju palijativnu skrb žive u zemljama s niskim i srednjim dohotkom. Također, kao rezultat povećanja životnog vijeka i starenja, ljudi su skloniji raku i kroničnim bolestima nego što su bili u prošlosti. Nadalje, potrebe pojedinca za medicinskom skrbi obično su veće u ovoj kritičnoj fazi životnog ciklusa tijekom kraja životnog razdoblja kada osoba postaje najugroženija (8).

Prednosti palijativne skrbi su ogromne. Pacijenti i njihove obitelji izvijestili su o poboljšanju kvalitete života. Simptomi poput boli, depresije i duhovnog nezadovoljstva bili su bolje kontrolirani. Uz to, pacijenti i njihove obitelji prijavili su višu razinu zadovoljstva te su uočene značajne uštede u zdravstvenim sustavima kada je primijenjena palijativna skrb, poput smanjenja broja primanja u bolnicu, skraćivanja trajanja boravka u bolnici i smanjenja učestalosti savjetovanja u hitnim službama. Unatoč entuzijazmu, nedavni podaci pokazali su da je palijativnu skrb primilo samo 14% ljudi kojima je na kraju života ona bila potrebna. Identificirane su tri prepreke za implementaciju palijativne skrbi: nedostatak zdravstvenih politika za podršku razvoju palijativne skrbi, nedostatak odgovarajuće obuke zdravstvenih radnika i slaba dostupnost osnovnih lijekova za palijativnu njegu (8,9).

1.2. POVIJEST PALIJATIVNE SKRBI

Palijativna skrb potječe od hospicijske skrbi, koja se pružala hodočasnici, klonulima i siromašnima u hospicijima još u srednjem vijeku. Pojam hospicij označava osiguranje skloništa za putnike, odnosno ustanovu u kojoj se na prikladan način skrbi o pacijentu s ciljem olakšavanja posljednjih dana njegova života (10).

Hospicij svoju pomoć i njegu pruža i članovima obitelji pacijenta. Prve hospicije osnovali su križari u 11. stoljeću. Dakle, hospicij nije samo ustanova u kojoj se pruža skrb, već predstavlja i filozofiju skrbi za pacijenta u završnoj fazi bolesti. Počeci palijativne skrbi započinju s fokusom na brigu o umirućima (9).

Dr. Cicely Saunders je svoje ideje o modernoj hospicijskoj skrbi prva artikulirala kasnih 1950-ih godina na temelju pažljivog promatranja umirućih pacijenata. Zagovarala je da samo interdisciplinarni tim može ublažiti "totalnu bol" umiruće osobe u kontekstu njegove ili njezine obitelji, a koncept tima i dalje je u središtu palijativne skrbi (10).

Nadalje, šezdesetih godina prošlog stoljeća psihijatrica u Sjedinjenim Državama, Elisabeth Kübler-Ross, suočila se s žestokim otporom prema tretiranju ljudi na kraju života s poštovanjem, otvorenošću i iskrenom komunikacijom. Njezina revolucionarna knjiga „O smrti i umiranju“ i karizmatične prezentacije revolucionalizirali su i humanizirali način na koji su umirući pacijenti dobivali pažnju i bili zbrinuti (10).

Godine 1974. dr. Balfour Mount, kirurški onkolog u The Royal Victoria Hospital Sveučilišta McGill u Montrealu, Kanada, osmislio je izraz palijativna skrb kako bi izbjegao negativne konotacije riječi hospicij u francuskoj kulturi i uveo inovacije dr. Saunders u akademske ustanove i bolnice. Najprije je pokazao što znači pružiti cjelovitu skrb za osobe s kroničnim bolestima ili bolestima koje ograničavaju život i njihove obitelji koje su proživljavale fizičku, psihičku, socijalnu ili duhovnu traumu (10).

Godine 1997., Institute of Medicine u izvješću, "Približavanje smrti: poboljšanje skrbi na kraju života" (M.I. Field i C.K. Cassel, urednici) dokumentira očigledne nedostatke u skrbi na kraju života u Sjedinjenim Državama. Uz potporu Zaklade Robert Wood Johnson i Instituta za otvoreno društvo Georgea Sorosa, pokrenut je veliki napor da se palijativna skrb uvede općenito u medicinu i sestinstvo. Postojali su klinički

demonstracijski projekti, pregledavali su se sadržaji udžbenika iz edukativnih programa palijativne skrbi i njege na kraju života. Svijest potrošača uvelike je porasla preko knjige Last Acts i televizijsku seriju Billa Moyera “On Our Own Terms” (2000.).

Znanstvenici su držali predavanja na konferenciji NIH State of the Science s ciljem edukacije populacije. Smjernice kliničke prakse za kvalitetnu palijativnu skrb prvi put su objavljene 2004. godine, proširivši fokus palijativne skrbi na ne samo umiruće pacijente, već i pacijente s dijagnozom bolesti koje ograničavaju život. Do 2006. godine postojalo je 57 stipendijskih programa za palijativnu medicinu s otprilike 100 pripravnika (10).

Godine 2006. Američki odbor medicinskih specijalnosti, American Board of Medical Specialties (ABMS) i Vijeće za akreditaciju za diplomsko medicinsko obrazovanje priznali su subspecijalnost hospicijsku i palijativnu medicinu. Odražavajući temeljne ideje palijativne medicine u mnogim specijaliziranim područjima, odbori 10 specijalnosti susponzoriraju ABMS certifikacijski ispit, koji se prvi put daje 2008. godine, a danas postoji preko 3000 članova Američke akademije za hospicijsku i palijativnu medicinu (9).

Iz svega navedenog vidljivo je kako su početci moderne palijativne medicine krenuli u uspon 1967. godine zahvaljujući Cicely Saunders koja je osnovala moderni hospicij sv. Kristofor te je tako započeo veliki hospicijski pokret u Velikoj Britaniji i šire. Hospicij je tada nudio drugačiji pristup u zdravstvenoj njezi pacijenta nego što su to nudile druge ustanove za umiruće. Nakon otvaranja hospicija sv. Kristofora, 1987. godine palijativna medicina je prihvaćena kao zasebna medicinska specijalizacija te se sve više širila i unaprijeđivala (9).

1.3. HOSPICIJ

Sve češće ljudi odabiru hospicijsku skrb na kraju života. Hospicij se može pružiti u bilo kojem okruženju - domu, staračkom domu, ustanovi za pružanje pomoći ili bolnici. U nekom trenutku možda neće biti moguće izliječiti ozbiljnu bolest ili se pacijent odluči ne podvrgavati određenim tretmanima. Hospicij je osmišljen za ovu situaciju. Pacijent koji započinje ovakvu vrstu skrbi shvaća da njegova bolest ne reagira na medicinske pokušaje izlječenja ili usporavanja napretka bolesti. Hospicij pruža sveobuhvatnu njegu za pacijenta kao i podršku obitelji. Međutim, u hospiciju pokušaji izlječenja osobe prestaju. Hospicij je namijenjen osobi s terminalnom bolešću za koju liječnik vjeruje da ima 6 mjeseci ili manje života ako bolest prođe prirodnim tokom. Hospicij je pristup skrbi, tako da nije vezan za točno određeno mjesto. Može se ponuditi u dvije vrste okruženja - kod kuće ili u ustanovi kao što su starački dom, bolnica ili čak u zasebnom hospicijskom centru. Hospicijska skrb okuplja tim ljudi s posebnim vještinama - među njima su medicinske sestre, liječnici, socijalni radnici, duhovni savjetnici i obučeni volonteri (10). Svi rade zajedno s osobom koja umire, njegovateljem i/ili obitelji kako bi pružili potrebnu medicinsku, emocionalnu i duhovnu podršku.

Član tima hospicija redovno posjećuje, a netko je uvijek na raspolaganju telefonom - 24 sata dnevno, 7 dana u tjednu. Važno je zapamtiti da prekid liječenja s ciljem izlječenja bolesti ne znači prekid svih liječenja. Dobar primjer je starija osoba s rakom. Ako liječnik utvrdi da rak ne reagira na kemoterapiju, a pacijent odabere ući u hospicijsku njegu, tada će kemoterapija prestati. Ostala medicinska skrb može se nastaviti sve dok je korisna. Na primjer, ako osoba ima visok krvni tlak i dalje će dobiti lijek za to. Iako hospicij pruža veliku potporu, svakodnevnu skrb o osobi koja umire kod kuće pružaju obitelj i prijatelji. Hospicijski članovi tima podučavaju obitelji o tome kako da se brinu za umirućeg člana obitelji pa čak i daju predah od skrbi nad pacijentima kad je skrbnicima potreban odmor. Njega može biti kratka od nekoliko sati ili čak nekoliko tjedana. Obitelji ljudi kojima je skrb pružena kroz hospicijski program zadovoljnije su nakon završetka života člana obitelji nego oni ljudi koji nisu imali usluge hospicija. Također, vjerojatnije je da će primatelji hospicija kontrolirati bol i

manje će biti podvrgnuti testovima ili lijekovima koji im nisu potrebni, u usporedbi s osobama koje ne koriste hospicijsku njegu (11).

Često pacijenti prethodno zadovoljavaju uvjete za hospicij prije nego što ih liječnik tamo uputi. To se obično događa zbog liječnikovih pogrešnih procjena prognoze bolesti, no tu je i činjenica da je često upitna i spremnost pacijenata i njihovih obitelji na prihvaćanje hospicija. Pružatelji hospicijske skrbi mogu pomoći u pripremi pacijenata i njihove obitelji za raniji prijelaz u hospicij (1).

Hospicij se smatra modelom kvalitetne, suosjećajne skrbi na kraju života te uključuje: timski orijentirani pristup stručnoj medicinskoj skrbi, upravljanje boli i emocionalnu i duhovnu podršku izričito prilagođenu potrebama pacijenta i njihovim željama. Podrška se pruža i pacijentu i njihovim voljenim osobama. U središtu je hospicija uvjerenje da svatko ima pravo umrijeti bez boli i s dostojanstvom i da će obitelji pacijenata primiti potrebnu pomoć (1).

Fokus je na brizi, ne liječenju te se u većini slučajeva pruža skrb u pacijentovom domu. Usluge hospicija su dostupne pacijentima bilo koje dobi, religije, rase ili bolesti. Obiteljski skrbnik obično se nađe u ulozi člana obitelji, i kad je to prikladno, pomaže u donošenju odluka za smrtno bolesnog pojedinca. Članovi osoblja hospicija čine redovite posjete radi procjene pacijenta i pružanja dodatnih usluga. Tim hospicija razvija plan skrbi koji zadovoljava svake pacijentove individualne potrebe za liječenjem boli i kontrolu simptoma (12).

U planu su također opisane medicinske i pomoćne usluge koje su potrebne poput zdravstvene njege, socijalne usluge, posjete liječniku, savjetovanja, usluge kućanstva i drugo. Također identificira medicinsku opremu, testove, postupke, lijekove i tretmane nužne za pružanje udobnosti pacijenta (13).

Usluge hospicijske skrbi obično počinju čim formalni zahtjev ili "uputnicu" izda pacijentov liječnik. Predstavnik programa hospicija često će se potruditi posjetiti pacijenta na dan upućivanja, pod uvjetom da posjet zadovolji potrebe i raspored pacijenta i obitelji/njegovatelja. Obično je usluga spremna započeti za dan ili dva nakon upućivanja pacijenta za hospicijsku skrb (13,14).

Zanimljivo je da je hospicijska skrb usredotočena na udobnost i kvalitetu te da može omogućiti pacijentima da žive bolje, a možda i malo duže. Pri odabiru hospicija većina pacijenata također se odlučuje hoće li odustati od pokušaja kardiopulmonalne reanimacije, ali nalog za ne-reanimaciju nije potreban. Pacijenti koji žele zdravstvenu njegu, ali iz nekog razloga i dalje žele mogućnost pokušaja oživljavanja, mogu biti upisani u hospicij. Važno je istaknuti usluge koje hospicij pruža, a ne prenaglašavati intervencije, poput oživljavanja, koje nisu u skladu s ciljevima hospicija (13).

1.4. SPECIFIČNOSTI PALIJATIVNE SKRBI

Filozofija palijativne skrbi temelji se na prihvaćanju smrti kao normalnog životnog procesa, koju ne treba niti ubrzavati, niti odgađati, a pacijentu i njegovoj obitelji treba osigurati potporu. Orijehtirana je na kontrolu boli, olakšanje patnje i poboljšanje preostalog života. Važan preduvjet palijativne skrbi su timski i multidisciplinarni pristup (6).

Temeljne sastavnice holističkog pristupa u palijativnoj skrbi su (6):

- kontrola boli i ostalih simptoma
- vještine komunikacije
- psihološka podrška
- duhovna podrška
- komplementarno liječenje
- osposobljavanje obitelji za pružanje skrbi, zaštita obitelji i onih koji pružaju skrb
- koordinacija i integracija skrbi
- podrška u žalovanju.

Palijativna skrb obuhvaća tri područja (1):

1. etiološki nespecifično smirivanje simptoma, posebno boli
2. psihosocijalnu potporu pacijentu i njegovoj obitelji ili njegovateljima
3. etičke probleme vezane uz kraj života.

Iako se, kao što je već rečeno, palijativna skrb može pružati kod kuće, u domovima za stare i nemoćne osobe, u domovima umirovljenika, u bolnicama te u hospicijima (hospicijska skrb), najveći udio palijativne skrbi odnosi se na njegu pacijenta u njegovom domu. Veoma je važno da je pacijentima omogućena skrb u skladu sa njihovim kliničkim potrebama i osobnim zahtjevima i željama, a da bi se to ostvarilo, potrebno je educirati zdravstvene djelatnike koji će se brinuti o pacijentima. Zdravstvenim djelatnicima mora biti omogućena edukacija, usavršavanje i osuvremenjivanje svojih vještina i znanja, čime se pacijentima osigurava stručno savjetovanje sa zdravstvenim profesionalcima (1).

1.5. OBLICI PALIJATIVNE SKRBI

Palijativna skrb je namijenjena sljedećim populacijama (7):

- djeci i punoljetnim osobama koje pate od prirođenih bolesti ili stanja koja dovode do ovisnosti o propisanim terapijama ili dugoročne skrbi njihovih skrbnika s ciljem pružanja skrbi za obavljanje svakidašnjih aktivnosti
- osobama bilo koje dobi koje pate od akutnih, ozbiljnih i po život opasnih bolesti čije je izlječenje dugotrajan i zahtjevan process
- osobama koje pate od progresivnih kroničnih stanja
- osobama koje pate od kroničnih i za život ograničavajućih povreda zbog nesreća ili drugih vrsta teških ozljeda
- ozbiljno i terminalno oboljelim pacijentima koji se vjerojatno neće oporaviti niti stabilizirati, kojima palijativna skrb omogućuje olakšanje patnje i poboljšanje preostalog života.

Razine palijativne skrbi su (7):

1. Palijativni pristup koji podrazumijeva da bi svi profesionalci trebali biti informirani o postojanju palijativne skrbi i lokacijama ustanova palijativne skrbi, što ona nudi te koje su njene dobrobiti.

2. Opća palijativna skrb koja pruža osnovna znanja iz palijativne skrbi. Provode ju zdravstveni djelatnici kojima palijativna skrb nije primaran posao u zdravstvu, već se tijekom svoga rada susreću sa pacijentima kojima je palijativna skrb potrebna te kojima mogu riješiti lakše simptome bolesti.
3. Specijalistička palijativna skrb koju provode visoko educirani djelatnici kojima je palijativna skrb primarni posao te koji znaju riješiti kompleksne situacije i simptome.

Kućna hospicijska skrb je oblik palijativne skrbi koju provode iznimno obrazovani interdisciplinarni timovi koji započinju sa skrbi oko pacijenta na poziv liječnika primarne zdravstvene zaštite i u dogovoru s njim pacijentu daju psihosocijalnu potporu i dopunjuju palijativnu terapiju. Ako pacijent nema u svom domu njegovatelja koji će mu omogućiti palijativnu skrb ili je bolest takva da kućna skrb nije moguća, pacijenta se mora smjestiti u hospicij (6).

Dnevni hospicijski boravci služe resocijalizaciji kronično bolesnih i izoliranih pacijenata kojima je omogućena redovita medicinska kontrola, razne usluge i aktivnosti, pri čemu su njegovatelji oslobođeni obaveza prema pacijentu na jedan dan (6).

Ambulante ili savjetovališta za palijativnu skrb primaju pacijente i usko surađuju s dnevnim boravkom i specijalističkim bolnicama (2).

Službe žalovanja su ambulantne jedinice koje surađuju s ambulantom ili savjetovalištim za palijativnu skrb. Pružaju psihosocijalnu podršku obiteljima i njegovateljima tijekom života i nakon smrti pacijenta (2).

1.6. TERMINALNA FAZA ŽIVOTA

Završne faze terminalne bolesti mogu biti vrlo izazovno, emocionalno vrijeme. U završnoj fazi neizlječive bolesti može postati očito da se osoba, unatoč najboljoj njezi, pažnji i liječenju, bliži kraju svog života. U ovom trenutku fokus se obično mijenja kako bi im bilo što udobnije kako bi maksimalno iskoristili vrijeme koje im je preostalo. Ovisno o prirodi bolesti i okolnostima osobe, ovo posljednje razdoblje može trajati od nekoliko tjedana ili mjeseci do nekoliko godina. Za to vrijeme mjere palijativne skrbi

mogu pomoći u kontroli boli i drugih simptoma, kao što su zatvor, mučnina ili nedostatak daha. Hospicijska skrb također može ponuditi emocionalnu i duhovnu podršku i pacijentu i njegovoj obitelji (4).

Čak i s dugogodišnjim iskustvom, njegovatelji često smatraju ovu završnu fazu puta za njegu jedinstvenim izazovom. Jednostavni postupci svakodnevne skrbi često su kombinirani sa složenim odlukama na kraju života i bolnim osjećajima tuge i gubitka. Članovi obitelji će doživjeti niz uznemirujućih i proturječnih emocija, kao što su tuga i tjeskoba, ljutnja i poricanje ili čak olakšanje što je borba njihove voljene osobe pri kraju. Što god doživjeli, važno je da prepoznaju da skrb u kasnoj fazi zahtijeva puno podrške. To može varirati od praktične podrške za njegu na kraju života te financijskih i pravnih savjeta, do emocionalne podrške koja će pomoći da se osoba pomiri sa svim teškim osjećajima koje proživljava dok se suočava s gubitkom svoje voljene osobe (5).

Ne postoji niti jedna specifična točka u bolesti kada počinje skrb na kraju života, jako ovisi o pojedincu i napredovanju njegove bolesti. U slučaju Alzheimerove bolesti ili druge demencije, liječnik osobe vjerojatno daje informacije najbližim članovima obitelji o fazama u dijagnozi. Ove faze mogu pružiti opće smjernice za razumijevanje progresije Alzheimerovih simptoma i planiranje odgovarajuće skrbi. Za druge bolesti koje ograničavaju život, sljedeći su znakovi da bi članovi obitelji možda željeli razgovarati sa svojom voljenom osobom o hospicijskoj i palijativnoj skrbi, a ne o mogućnostima kurativne skrbi (5):

- osoba je više puta odlazila na hitnu, stanje im se stabiliziralo, ali bolest nastavlja značajno napredovati, što utječe na kvalitetu njihovog života
- više puta je primljena u bolnicu tijekom prošle godine s istim ili pogoršanim simptomima
- osoba želi ostati kod kuće, umjesto da provodi vrijeme u bolnici
- osoba odlučuje prestati primati liječenje svoje bolesti.

Kako osoba ulazi u terminalnu fazu života, njene se potrebe mogu promijeniti, utječući na zahtjeve s kojima će se njezini njegovatelji morati suočiti. To može uključivati sljedeća područja (16):

- Praktična njega i pomoć – možda osoba više ne može razgovarati, sjediti, hodati i jesti. Rutinske aktivnosti, uključujući kupanje, hranjenje, odijevanje i okretanje mogu zahtijevati potpunu podršku i povećanu fizičku snagu od strane njegovatelja. Podršku za ove intervencije ukućani mogu dobiti od pomoćnika za osobnu njegu, hospicijskog tima ili medicinskih sestara koje je naručio liječnik.
- Udobnost i dostojanstvo - čak i ako su kognitivne i memorijske funkcije pacijenta iscrpljene, njegova sposobnost da se osjeća uplašeno ili mirno, voljeno ili usamljeno, tužno ili sigurno ostaje. Bez obzira na to gdje se zbrinjavaju, kod kuće, u bolnici ili u hospicijskoj ustanovi, najkorisnije intervencije su one koje olakšavaju bol i nelagodu i pružaju im priliku da iskuse smislene veze s obitelji i voljenima.
- Vrijeme za predah – ono može cijeloj obitelji pružiti odmor od intenziteta skrbi na kraju života njihovog bližnjeg. To može biti jednostavno slučaj da volonter hospicija sjedi s pacijentom nekoliko sati kako bi se ukućani mogli naći s prijateljima na kavi ili pogledati film ili bi to moglo uključivati da pacijent kratko boravi u bolnici u hospicijskoj ustanovi.
- Podrška za tugu - očekivanje smrti voljene osobe može izazvati reakcije od olakšanja, do tuge i do osjećaja ukočenosti. Savjetovanje sa stručnjacima ili duhovnim savjetnicima prije smrti voljene osobe može pomoći cijeloj obitelji da se pripreme za nadolazeći gubitak.

Treba potražiti financijski i pravni savjet dok pacijent još može sudjelovati. Pravni dokumenti kao što su oporuka za život, punomoć ili prethodni dogovor mogu sadržavati pacijentove želje za budućom zdravstvenom skrbi kako bi svi članovi obitelji bili jasni o svojim preferencijama. Ako pacijent nije pripremio oporuku dok je bio sposoban za to, obitelj treba postupiti prema onome što zna ili osjeća da jesu njihove želje (17).

Stres i tuga koji proizlaze iz pogoršanja stanja voljene osobe često mogu stvoriti sukob između članova obitelji. Ako se obitelj ne može dogovoriti o životnim aranžmanima, medicinskom liječenju ili smjernicama za kraj života, treba zamoliti školovanog liječnika, socijalnog radnika ili specijalistu u hospiciju za pomoć u posredovanju (17).

Djeci su potrebne iskrene informacije primjerene dobi o stanju njihove voljene osobe i svim promjenama koje primjećuju na tim osobama. Na njih mogu duboko utjecati situacije koje ne razumiju, a mogu imati koristi od crtanja slika ili korištenja lutaka za simuliranje osjećaja ili slušanja priča koje objašnjavaju događaje terminima koje mogu shvatiti (18).

Iako su potrebe svakog pacijenta i svake obitelji različite, većina pacijenata radije ostaje kod kuće u završnoj fazi života, u ugodnom okruženju s obitelji i voljenima u blizini. Često višestruke promjene mogu biti teške za neizlječivo bolesnog pacijenta, posebno za pacijenta s uznapredovalom Alzheimerovom bolešću ili drugom demencijom. Pacijentu je lakše prilagoditi se novom domu ili ustanovi za njegu prije nego što je u završnoj fazi svoje bolesti. U takvim situacijama važno je planiranje unaprijed (18).

Hospicijska skrb može se pružati na licu mjesta u nekim bolnicama, staračkim domovima i drugim zdravstvenim ustanovama, iako se u većini slučajeva hospicij pruža u vlastitom domu pacijenta. Uz podršku osoblja hospicija, obitelj i voljeni mogu se potpunije usredotočiti na uživanje u vremenu preostalom s pacijentom (13).

Osim što je osoblje dežurno 24 sata na dan, sedam dana u tjednu, tim hospicija pruža emocionalnu i duhovnu podršku prema željama i uvjerenjima pacijenta. Oni također nude emocionalnu podršku pacijentovoj obitelji, njegovateljima i voljenima, uključujući savjetovanje za tugu (13).

Neka pitanja koja si članovi obitelji trebaju postaviti ukoliko odluče brinuti o voljenoj osobi na kraju života u njihovoj kući (17):

- Je li njihova voljena osoba iznijela svoje preferencije za njegu na kraju života koja uključuje ostanak kod kuće?
- Je li dostupna kvalificirana, pouzdana podrška koja osigurava 24-satnu skrb?
- Hoće li njihov dom imati bolnički krevet, invalidska kolica i noćnu komodu?
- Jesu li usluge prijevoza dostupne za zadovoljavanje svakodnevnih potreba i hitnih slučajeva?
- Je li stručna medicinska pomoć dostupna za rutinsku i hitnu pomoć?
- Mogu li podići, okrenuti i premjestiti svoju voljenu osobu?

- Mogu li zadovoljiti svoje druge obiteljske i radne obaveze, kao i potrebe svoje voljene osobe?
- Jesu li emocionalno spremni brinuti se za svoju voljenu osobu u krevetu?

1.6.1. Faze umiranja

Za mnoge ljude smrt je nepoznat proces. Pacijenti u terminalnoj fazi bolesti i njihovi skrbnici mogu se pitati što mogu očekivati tijekom ove faze i kako to vrijeme učiniti ugodnijim. Bolje razumijevanje onoga što se događa tijekom ovog procesa može pomoći svima koji su uključeni da se bolje pripreme za ovaj prijelaz i svaku od faza umiranja. Postoje tri glavne faze umiranja: rana faza, srednja faza i posljednja faza. Obilježene su raznim promjenama u funkcioniranju. Međutim, važno je imati na umu da se vrijeme svake faze i simptomi mogu razlikovati od osobe do osobe. U nastavku je prikazan opći pogled na to što se može očekivati tijekom svake faze (15):

1. Rana faza umiranja - u ranoj fazi umiranja, pacijent će početi znatno manje jesti i piti. Ovo razdoblje može trajati od nekoliko dana do nekoliko tjedana. Mnogim pacijentima u ovom trenutku jedenje postaje više teret nego radost. Također se povremeno mogu zagušiti tekućinom i vrlo brzo će se početi osjećati siti. Tijekom ove faze tijelo počinje čuvati energiju i ne treba mu toliko hrane kao u prošlosti. Iako može biti zabrinjavajuće svjedočiti, pacijentu manje količine hrane i pića ne uzrokuju nikakvu bol ili patnju. Ovo je prirodan proces u kojem tijelo gasi glad, a umjetno hranjenje u ovom trenutku ne sprječava smrt i čak može dovesti do tjelesnog stresa. Kako bi pružili utjehu, voljeni mogu pacijentima ponuditi komadiće hrane, gutljaje tekućine ili komadiće leda, ali je važno poštivati pacijentove želje kada je u pitanju jelo i piće.
2. Srednji stadij umiranja - srednji stadij umiranja obilježen je promjenama u fizičkom izgledu pacijenta koje mogu trajati nekoliko sati ili nekoliko dana. Osoba će sve manje reagirati na svoju okolinu i one oko sebe, do točke u kojoj će na kraju postati nesposobna govoriti ili se uopće kretati. To se obično vidi tijekom posljednjih dana života. Kako se cirkulacija u tijelu usporava, krv je rezervirana za pomoć glavnim unutarnjim organima u radu. Pacijentove ruke i

stopala mogu biti hladni i mogu postati tamniji. Tijekom ove faze, voljene osobe mogu ponuditi deke za povećanje udobnosti kako se pacijentova cirkulacija mijenja. Međutim, grijaći jastučići i električne deke se ne savjetuju jer pacijent neće moći procijeniti postaju li prevruće.

3. Posljednja faza umiranja – tijekom završne faze umiranja, dezorijentacija i nemir će rasti. Doći će do značajnih promjena u pacijentovom disanju i kontinenciji. Pacijentovo pražnjenje crijeva može potpuno prestati ili može postati inkontinentno. Njihovo disanje može postati plitko i nepravilno, s dugim pauzama koje postaju učestale kako se smrt približava. Također se mogu čuti zvukovi začepljenja u prsima i zveckanja u grlu u posljednjim satima. Nemir uočen u ovoj fazi pripisuje se promjenama u metabolizmu, dok na funkciju bubrega i crijeva utječe smanjena cirkulacija. Opuštanje mišića može dovesti do inkontinencije. Usporavanje cirkulacije krvi u unutarnjim organima uzrokuje da pluća gube moć čišćenja tekućine, kao i opuštanje mišića grla. Kada pacijent uđe u završnu fazu umiranja, korisno je razgovarati s njim umirujuće. Nježan dodir je prihvatljiv ako pacijent voli da ga se dodiruje. Čak i kada ne reagira, pacijent bi mogao čuti one oko sebe, stoga je važno govoriti s poštovanjem. Iako ovo može biti uznemirujuće vrijeme za voljene osobe, najbolje je pokušati ostati smiren. Nekim pacijentima mogu biti potrebni lijekovi za nemir, pelene, kateter ili jastučići za donji dio tijela. U ovom trenutku, davanje kisika neće pomoći. Međutim, može biti korisno podići uzglavlje pacijentovog kreveta ili koristiti jastuke za podizanje glave, okretanje pacijenta na bok također može povećati udobnost.

Kada netko umire, tijelo usporava i pokazuje znakove da se osoba bliži kraju svog života. Neće svi imati ove simptome, a mogu biti uzrokovani i drugim stvarima, osobito ako netko ima samo jednu ili dvije promjene. Simptomi koje netko ima mogu ovisiti o njegovoj bolesti, općem zdravlju i dobrobiti te o liječenju koje je imao ili ima (19).

Teško je predvidjeti što će se dogoditi, ali poznavanje nekih mogućnosti pruža priliku za razmišljanje unaprijed i pripremu. Fizičke promjene će se vjerojatno dogoditi kada osoba umire. To se događa većini ljudi tijekom terminalne (umirujuće) faze, bez obzira na stanje ili bolest (19).

Osoba će se osjećati umornije i pospano te imati manje energije. Vjerojatno će više vremena provoditi spavajući, a kako vrijeme bude prolazilo gubit će svijest. Neki ljudi moraju više vremena provoditi na stolici ili u krevetu jer svakodnevne aktivnosti postaju previše zamorne. Potreba za spavanjem više nego inače je normalna u ovoj fazi (17).

Osobe u fazi umiranja ne žele jesti, a to je uobičajeno za ovu fazu. Također im može biti teško progutati lijek. Ukusi se mogu promijeniti i ljudi neće uvijek morati jesti u isto vrijeme svaki dan. Neki ljudi imaju poteškoće s gutanjem, bol u ustima, suha usta ili osjećaju mučninu. Njihovi zdravstveni liječnici mogu razgovarati o alternativnim načinima uzimanja lijekova s pacijentovim skrbnicima, ako je to potrebno. Obitelj i skrbnici postaju zabrinuti ukoliko osoba ne jede, pogotovo ako vide da gubi na težini. Ljudi oko osobe mogu im pomoći da jedu i piju ako to žele i ako se osjećaju sposobnima. Manje porcije mogu pomoći. Ako osoba osjeća žeđ i ima problema s gutanjem, može pomoći uzimanje malih gutljaja, isprobavanje različitih šalica, sisanje ledenih komadića ili lagano mokrenje usta vodom. Ljudi koji imaju problema sa žvakanjem možda bi radije jeli meku, visoko kaloričnu hranu kao što su sladoled i jogurt. Kada se osoba približava smrti, njezino tijelo ne može pravilno probaviti hranu i nema potrebe za jelom. Članovi obitelji ponekad pitaju liječnike o mogućnosti jela ili pića kroz cjevčicu ako netko ne može progutati. Ako se očekuje da će netko umrijeti u roku od nekoliko sati ili dana, malo je vjerojatno da će mu to pomoći da živi dulje ili da se osjeća bolje, a može uzrokovati i druge probleme. Njihov liječnik ili medicinska sestra mogu provjeriti jesu li potrebna dodatna prehrana ili tekućina i razgovarati o prednostima i nedostacima davanja (17).

Uobičajeno je da ljudi izgube težinu i mišiće i izgledaju mršavo ili krhko. To može biti uzrokovano njihovom bolešću, liječenjem ili gubitkom apetita. Neki ljudi dobiju na težini ili imaju otekline ili natečenost, što se ponekad naziva i edem (nakupljanje tekućine). To može biti uzrokovano njihovom bolešću ili određenim lijekovima. Promjene u izgledu mogu biti uznemirujuće za ljude koji su bolesni, kao i za ljude oko njih (18).

Disanje može postati bučnije kao rezultat nakupljanja sluzi. Tijelo prirodno proizvodi sluz u dišnom sustavu, uključujući pluća i nosne prolaze. Kada je osoba

zdrava, ova sluz se uklanja kašljanjem. Tijekom umiranja, sluz se može nakupiti i uzrokovati zveckanje prilikom disanja. Za obitelj i prijatelje može biti uznemirujuće ili zabrinjavajuće da čuju ove zvukove, ali malo je vjerojatno da će to biti bolno ili uznemirujuće za samu tu osobu. Liječnik ili medicinska sestra mogu dati lijek za nedostatak daha ili savjetovati praktične korake za pomoć, poput ventilatora u sobi ili otvaranja prozora (18).

U ovoj fazi karakteristične su i konfuzije i halucinacije. Lijekovi ili promjene u kemijskoj ravnoteži mozga mogu uzrokovati zbrku ili halucinacije. Halucinacije se odnose na to kada osoba vidi ili čuje stvari koje ne postoje. Osoba postaje zbunjena i ne prepoznaje gdje je niti ljude s kojima je. Neki ljudi mogu biti nemirni ili se činiti u nevolji. Na primjer, mogu se htjeti kretati, iako ne mogu ustati iz kreveta ili mogu vikati i napadati. To može biti izvan karaktera i uznemirujuće za obitelj i njegovatelje (15).

Stopala i ruke u ovoj fazi postaju hladne zbog promjene u cirkulaciji. Koža može izgledati blago plava zbog nedostatka kisika u krvi, a to je poznato kao cijanoza. Pokrivanje ruku i nogu mogu malo zagrijati osobu. Osjećaj vrućine ili hladnoće događa se zato što tijelo ne regulira temperaturu tako dobro kao prije. Takvim osobama može biti udobno tako što će njegovatelji intervenirati korištenjem deka ili otvaranjem prozora (15).

Postoje načini da se osigura udobnost i dostojanstvo što je više moguće. Ako se netko može kretati, možda će moći koristiti komodu (prijenosni WC). Ako su manje pokretni, mogu se koristiti pelene kod defekacije i mokrenja. Neki ljudi koriste kateter. Može pomoći razgovor s liječnikom, medicinskom sestrom i voljenom osobom o tome što je potrebno i tko bi trebao pružiti ovu njegu. Neki lijekovi također mogu uzrokovati probleme s mokrenjem (15).

Bol na kraju života je nešto zbog čega mnogi ljudi brinu. Uz pravi tretman i podršku, bol se obično može kontrolirati. Neki se ljudi osjećaju nemirno ili uznemireno i teško im je opustiti se. To može biti uzrokovano različitim stvarima, uključujući emocionalne brige, lijekove ili simptome kao što su bol, mučnina, zatvor ili pun mjehur. Liječnik ili medicinska sestra mogu pogledati što bi moglo uzrokovati problem i što bi moglo pomoći. Mogli bi predložiti lijekove i razgovarati o svim nuspojavama, poput

dužeg spavanja. Osiguravanje mirnog, sigurnog okruženja ili pokušaj odvratanja pažnje od bilo kakve nelagode također može pomoći (16).

Mnogi ljudi će manje razgovarati ili komunicirati s drugim ljudima. Možda se čini da ne primjećuju što se događa oko njih. Čak i ako osoba ne reagira, moglo bi joj pomoći da se mirno razgovara s njom ili je drži za ruku. Možda će još uvijek moći čuti što se govori ili osjetiti dodir. Ako bliske osobe nisu sigurne što bi rekli osobi u fazi umiranja, mogli bi im čitati ili razgovarati s njima o obitelji, prijateljima ili onome što se događa na vijestima. Ovo je dobro vrijeme za molitvu ili meditaciju. Ne preporučuje se pacijentu postavljati pitanja koja zahtijevaju odgovore (16).

Svačija iskustva su različita, ali postoje promjene koje se ponekad događaju neposredno prije nego što osoba umre. To uključuje gubitak svijesti, promjene boje kože i promjene disanja. Nije uvijek jasno kada je točan trenutak smrti. Liječnik ili drugi zdravstveni djelatnik će potvrditi smrt ako su disanje, srce i cirkulacija zaustavljeni. Također mogu provjeriti oči i tijelo za druge znakove. Kada osoba umre, oni oko nje mogu primijetiti da joj se lice odjednom opušta i izgleda mirno. Ako nekoga sve to uznemiruje, može razgovarati s liječnikom ili medicinskom sestrom. Postoji mnogo različitih uvjerenja o tome što se događa nakon smrti, ali oni u blizini mogu osjetiti da je svijest otišla (19).

Ponekad se može činiti da ljudi biraju trenutak za smrt. Na primjer, ljudi pričaju o tome da netko umire sve dok im neka određena osoba koju oni žele ne dođe kraj kreveta ili do posebne godišnjice ili rođendana. Osoba koja je zbunjena, pospana ili u nesvijesti također se može probuditi i moći se konačno oprostiti prije smrti. Nasuprot tome, neki ljudi umiru sami ili u neočekivano vrijeme. Neki ljudi umru baš kad svi napuste prostoriju pa to baš izgleda kao da su čekali da ostanu sami. Nemoguće je znati zašto ljudi umiru baš u trenutku kada umiru. Možda imaju malo kontrole nad tim posljednjim trenucima (19).

1.7. ZDRAVSTVENA NJEGA UMIRUĆEG PACIJENTA

Briga za umirućeg pacijenta općenito se odnosi na njegu u posljednjim danima ili satima života. Ciljevi njege tijekom posljednjih sati i dana života su osigurati udobnost i dostojanstvo. Dobra palijativna skrb ne ubrzava smrt već pomaže pacijentu zadovoljiti njegove potrebe u zadnje dane života (10).

U humanitarnim uvjetima, gdje pružatelji zdravstvenih usluga možda nemaju stručnost u palijativnoj skrbi, identificirati kada su pacijenti u ovoj fazi života može biti izazovno. Osim toga, tijekom tog vremena, fizičke simptome može biti teško kontrolirati, najbolji način da se osigura da se njima dobro upravlja je predvidjeti simptome i razviti plan zdravstvene njege (5).

Kada se smrt bliži, odnosno kraj života, većina pojedinaca izgleda slično, unatoč njihovom osnovnom zdravstvenom stanju. Opažanja koja mogu pomoći u prepoznavanju pacijenata koji se bliži kraju života uključuju sljedeće (4):

- pacijent je vrlo umoran i slab, većinu vremena provodi spavajući ili ležeći
- pacijent vrlo malo ili nimalo ne unosi tekućine što dovodi do dehidriranosti
- javlja se otežano gutanje
- dolazi do promjene razine svijesti – pacijent postaje zbunjen, javlja se uznemirenost i nemir, česta pospanost
- dolazi do promjene u puls, krvnom tlaku i disanju
- gubitak osjeta
- ekstremiteti postaju hladni i ukočeni
- smanjeno izlučivanje mokraće i stolice
- nezainteresiranost
- prazan pogled.

Djeca su često otpornija i mogu preživjeti ono što se čini kao faza neposrednog umiranja jer imaju manje degeneracije vitalnih organa povezane sa starenjem. Kod pacijenta s pothranjenošću obično faza umiranja traje kraće (4).

Predvidjeti koliko će pacijent živjeti vrlo je izazovno te bi upravo zbog toga medicinske sestre/tehničari trebali uočavati promjene kod pacijenta i njegovog stanja te

na taj način voditi prognozu o stanju i daljnjoj skrbi. Promjene su brojne koje se mogu javiti i one su (13):

- promjene koje se javljaju tjednima – smrt se očekuje kroz nekoliko tjedana ili mjeseci.
- promjene koje se javljaju svakodnevno – smrt se očekuje kroz nekoliko dana ili tjedana
- promjene po satu – očekuje se da će smrt nastati tokom nekoliko sati ili dana

1.8. KOMPETENCIJE MEDICINSKE SESTRE

Medicinske sestre za palijativnu skrb trebaju specifične, tehničke vještine kako bi uspjele u tom području. Također su im potrebne jake komunikacijske vještine za komunikaciju s pacijentima i drugim zdravstvenim djelatnicima. Sposobnost učinkovite komunikacije s pacijentima jedna je od najmoćnijih vještina koje medicinska sestra palijativne skrbi može i mora posjedovati. Radna snaga medicinskih sestara mora biti osposobljena za vještine palijativne skrbi, posebno medicinske sestre koje rade s pacijentima s teškim bolestima. Kako bi pacijenti i njegovatelji (obitelji, prijatelji i drugi koji pružaju podršku pacijentima) imali najviše koristi od palijativne skrbi, potrebno ju je rano uvesti i nastaviti tijekom cijele putanje bolesti. Medicinske sestre u svim okruženjima i na svim razinama prakse u dobroj su poziciji da koriste svoje vještine i položaj za međuprofesionalnu suradnju u pružanju palijativne skrbi (20).

Cilj palijativne skrbi je rješavanje utjecaja ozbiljne bolesti upravljanjem simptomima, pružanjem emocionalne podrške i osiguravanjem da je plan skrbi u skladu s ciljevima pacijenta i obitelji (20).

Vještine i interesi koje medicinske sestre trebaju posjedovati za pružanje palijativne skrbi uključuju (21):

- visoko razvijene komunikacijske vještine za osjetljivo suočavanje s ljudima u teškim okolnostima
- visoku razinu osobnog kredibiliteta

- preuzimanje odgovornosti za svoj rad
- dobar rad u timu i s drugim timovima (ponekad u vodećoj ulozi)
- prilagodljivost i otpornost
- suosjećanje, fleksibilnost i smisao za humor
- interese kao što su poboljšanje kvalitete života pacijenata s bolestima koje ograničavaju život i poboljšanje skrbi na kraju života i razvoj multikulturalne svijesti
- stručnost u liječenju teške boli, fizičkih simptoma i psihičkog stresa
- izvrsno donošenje odluka u kontekstu promjenjivih i uznemirujućih situacija koristeći dobro poznavanje etičkih razmatranja
- sposobnost komunikacije s pacijentima, obiteljima i nizom stručnjaka kada može doći do neslaganja i sukoba.

Vješta i empatična komunikacija ključna je za pružanje izvrsne palijativne skrbi. Medicinske sestre su osposobljene za komunikacijske vještine koje im omogućuju da s pacijentima i njegovateljima razgovaraju o prognozi, ciljevima skrbi, unaprijed planiranju kliničkih mogućnosti skrbi i medicinskim odlukama. S obzirom na njihovo intimno poznavanje pacijenata, medicinske sestre mogu voditi osjetljive razgovore na način podrške, uključujući brige i vrijednosti njegovatelja u razgovore o mogućnostima i ciljevima liječenja. Stoga su medicinske sestre u idealnoj poziciji da pokrenu raspravu o palijativnoj skrbi ako on ili ona procijeni da je pacijent otvoren za raspravu o tim temama i da bi mogao imati koristi od usluga palijativne skrbi (20).

Unutar zdravstvenog tima, medicinske sestre dijele iskustva i brige pacijenata i njegovatelja s drugim članovima tima za njegu i zajednički rade na integraciji informacija na razini pacijenta u praksu utemeljenu na dokazima. Komunikacija sestrinstva ključna je tijekom prijelaza u skrbi za pacijente, budući da prekretnica od liječenja s kurativnom namjerom do palijativne skrbi često može biti teška za pacijente, njegovatelje i zdravstveni tim (22).

Kako bi upravljali simptomima pacijenata i poboljšali kvalitetu života pacijenata, sve medicinske sestre moraju biti u stanju pružiti palijativnu skrb pacijentima s bolestima koje ograničavaju život. Bitni elementi pružanja palijativne skrbi odjekuju s bitnim elementima sestrinske prakse: upravljanje simptomima, komunikacija i

zagovaranje. Baš kao što medicinske sestre priznaju da su zagovornici strpljenja i ublažavanje patnje, medicinske sestre na svim pozicijama i u cijelom kontinuumu skrbi moraju potvrditi svoju ključnu ulogu pružanja palijativne skrbi bez obzira na obrazovanje, ulogu ili okruženje (22).

2. CILJ RADA

Cilj rada je ustvrditi i prikazati sestrinske kompetencije pri pristupu pacijentu u terminalnoj fazi bolesti. Također, što preciznije i jasnije objasniti pojam palijativne skrbi, povijest i specifičnosti palijativne skrbi.

3. RASPRAVA

3.1. PALIJATIVNA SKRB U PACIJENTOVOM OKRUŽENJU

Palijativna skrb je aktivna i sveobuhvatna skrb za bolesnika čija bolest više ne reagira na kurativno liječenje. To je diferencirani pristup skrbi koji ima za cilj poboljšanje kvalitete života pacijenata i njihovih obitelji, kroz odgovarajuću evaluaciju i liječenje za ublažavanje boli i simptoma te pružanje psihosocijalne i duhovne podrške. Palijativna skrb usmjerena je na bolesnu osobu a ne na bolest osobe, oporavak i revalorizaciju međuljudskih odnosa u procesu umiranja, koristeći suosjećanje, empatiju, poniznost i poštenje kao ključne elemente (1).

Svako iskustvo je drugačije na kraju života. Smrt može doći iznenada ili se osoba može zadržati u stanju blizu smrti danima, tjednima ili čak mjesecima. Kod nekih starijih osoba na kraju života tijelo oslabi dok um ostaje bistar. Drugi ostaju fizički jaki dok kognitivne funkcije opadaju. Upravo iz tih razloga bitno je pomoći pacijentu koliko je god moguće i pružiti mu utjehu (1).

Palijativna skrb je specijalizirana medicinska skrb za osobe koje žive s teškom bolešću, poput raka, demencije, Parkinsonove bolesti, zatajenja srca i drugih teških bolesti. Palijativna skrb je namijenjena poboljšanju trenutne skrbi pacijenta usredotočujući se na kvalitetu života za njih i njihovu obitelj (5).

Osim poboljšanja kvalitete života i pomoći kod simptoma, palijativna skrb može pomoći pacijentima da kroz komunikaciju s palijativnim timom razumiju metode liječenja koje se koriste u palijativnoj skrbi. Organizirane usluge dostupne kroz palijativnu skrb mogu biti od pomoći svakoj starijoj osobi koja ima nekakav invaliditet, odnosno nemogućnost samostalnog življenja (5).

U palijativnoj skrbi osoba ne mora odustati od liječenja koje bi moglo izliječiti tešku bolest. Palijativna skrb može se pružiti zajedno s kurativnim liječenjem i može započeti u vrijeme postavljanja dijagnoze. S vremenom, ako liječnik ili tim za palijativnu skrb vjeruju da liječenje koje je u tijeku više ne pomaže, postoje dvije mogućnosti. Palijativna skrb mogla bi prijeći na hospicijsku skrb ukoliko liječnik

procjeni da će osoba vjerojatno umrijeti u roku od šest mjeseci. Druga mogućnost je da tim za palijativnu skrb nastaviti pomagati sa što većim naglaskom na udobnosti zdravstvene skrbi pacijenta kod kuće u poznatom okruženju, ovisno o željama samog pacijenta i njegovih bližnjih ili skrbnika (2).

Još od davnih vremena Florence Nightingale je naglasila kako je okruženje glavni ključ kojim se ublažuje patnja i bol, iako ona također može i negativno utjecati. Mnoge studije prikazuju kako se upravo razgovor smatra najvrijednijim na kraju života i da o njemu ovise brojne odluke. Kako bi medicinsko osoblje poznavalo preferencije pacijenata, pacijenti moraju podijeliti svoje najosobnije želje i strahove. To zahtijeva otvorenost i povjerenje koje omogućuje intimne, iskrene i često bolne razgovore. Iz tog razloga, između ostalog, i sama okolina pacijenta mora biti prilagođena situaciji. Svaka buka, odsjaj, zapetljane plahte, nered, nečistoća, užurbanost i slično, mogu „zatvoriti“ pacijenta, a isto tako i još dublje „prikovati“ za krevet (1).

Stvaranje i održavanje pozitivnog okruženja znači da svaki detalj pridonosi optimiziranju iskustva pacijenta, maksimalnom iskorištavanju pacijentovih vlastitih kapaciteta i povećanju njegove udobnosti i sigurnosti. Takvim načinom pacijent, kao i njegova obitelj, osjećaju snagu, prisutnost, podršku, pažnju, poštovanje i mnogo drugo s čime zdravstveno stanje postaje blaže, a osjećaj sigurnosti i ljubavi pacijenta veća (2).

3.2. ZDRAVSTVENA NJEGA

Njega na kraju života izraz je koji se koristi za opisivanje podrške i medicinske skrbi pružene tijekom vremena oko smrti. Ovakva vrsta skrbi ne događa se samo u trenucima prije prestanka disanja i prestanka rada srca nego obuhvaća mnogo više. Starije osobe često žive s jednom ili više kroničnih bolesti i trebaju opsežnu zdravstvenu njegu dulje vrijeme (23).

Kraj života može izgledati drukčije ovisno o sklonostima, potrebama ili izborima osobe. Neki pacijenti možda žele biti kod kuće kad umru, dok drugi možda radije traže liječenje u bolnici ili ustanovi do samog kraja. Mnogi žele biti okruženi obitelji i prijateljima, ali je često slučaj da smrt dođe dok njihovi voljeni nisu u prisutni. Kada je moguće, potrebno je poduzeti korake kako bi se povećala vjerojatnost mirne smrti za

svakog pacijenta, slijediti pacijentove želje i odnositi se prema njemu/njoj s poštovanjem u trenucima umiranja te same smrti (10).

Tim za palijativnu skrb može varirati ovisno o njihovim potrebama i razini skrbi. Za početak palijativne skrbi, zdravstveni djelatnik pacijenta može uputiti stručnjaku za palijativnu skrb. U slučaju da stručnja za palijativnu skrb ne predloži i uputi pacijenta na bolnički odjel, pacijent i njegova obitelj može samostalno zatražiti uputnicu kako bi se nastavio proces i utvrdilo treba li osoba bolničko liječenje i ostalu pomoć (23).

Zdravstvena njega se može pružati u bolnicama, staračkim domovima, ambulancama za palijativnu skrb i nekim drugim specijaliziranim klinikama ili kod kuće. Općenito govoreći, pacijentima koji umiru treba se pružiti njega u četiri područja koja čine sljedeće (23):

- tjelesna udobnost,
- mentalne i emocionalne potrebe,
- duhovne potrebe
- praktični zadaci koji pomažu u zadovoljenju potreba.

Naravno, osim samom pacijentu, podrška je potrebna i obitelji umirućeg, s praktičnim zadacima potpore i stagniranju emocionalne boli.

Nelagoda tijekom procesa umiranja može doći iz raznih izvora. Ovisno o uzroku nelagode, postoje stvari koje medicinska sestra može učiniti kako bi se pacijentu na kraju života preostalo vrijeme učinilo ugodnije. Na primjer, pacijentu može biti neugodno i nelagodno zbog (24):

- boli
- problema s disanjem
- iritacije kože, uključujući svrbež
- problema s probavom
- osjetljivosti na temperaturu
- umora

Bol ne doživljava svaki pacijent koji umire. Za one pacijente koji doživljavaju bol, stručnjaci vjeruju da se skrb treba usredotočiti na ublažavanje boli bez obzira o mogućim dugoročnim problemima ovisnosti o drogama ili zlouporabi. Borba s jakom

boli može iscrpiti i učiniti osobu koja umire nerazumno i ljutitom. Takvo ponašanje može otežati obitelji i drugim voljenim osobama da komuniciraju s osobom na smislen način što dovodi do obiteljske ljutnje i nerazumjevanja (24).

Medicinska sestra u zdravstvenoj njezi za pacijenta daje lijek protiv bolova u onoj količini koju je propisao liječnik. Bol je lakše spriječiti nego ublažiti, a jaku bol je teško kontrolirati. Potrebno je omogućiti da razina boli bude ispod ili u razini koju pacijent može tolerirati. Ukoliko bol nije kontrolirana i neprestano raste, potrebno je na vrijeme uočiti znakove i pomoći pacijentu da se terapija poveća ili promijeni (23).

Uz bol, često se javljaju problemi s disanjem. Dispneja je uobičajna na kraju života. Medicinska sestra treba pravodobno reagirati kako bi pomogli pacijentima da se olakša disanje u što većoj mjeri. Disanje se može olakšati podizanjem uzglavlja, otvaranjem prozora, upotrebom ovlaživača zraka, uporabom ventilatora za cirkulaciju zraka u prostoriji, stavljanje pacijenta na kisik i slično. Ukoliko medicinska sestra uoči da prethodno navedeni postupci ne pomažu, mogu pacijentu dati morfij ili neki drugi lijek koji može pomoći da se ublaži osjećaj nedostatka zraka (10,23).

Ponekad pacijent na kraju života ima nenormalan obrazac disanja, poznat kao Cheyne-Stokesovo disanje. Disanje osobe može se izmjenjivati između dubokih, teških, plitkih udisaja ili čak bez udisaja. Neki ljudi koji su u neposrednoj blizini smrti mogu imati bučno disanje, koje se ponekad naziva i samrtno zveckanje. U većini slučajeva, bučno disanje ne uznemiruje umiruću osobu, iako može biti alarmantno za obitelj i prijatelje. Kod takve situacije medicinska sestra može pokušati okrenuti osobu na jednu stranu ili joj podići glavu (24).

Iritacija kože može biti vrlo neugodna za pacijenta. Potrebno je održavati kožu čistom i hidratiziranom. Medicinska sestra treba nježno nanijeti losion bez alkohola ili hidratacijsku kremu kako bi se ublažili simptomi svrbeža i suhoće.

Suhoća koja se pojavljuje na dijelovima lica, kao što su usne i oči, može biti čest uzrok blizine smrti. Kod takvih situacija medicinska sestra radi sljedeće intervencije (23):

- nanosi balzam ili vazelin na usne
- nježno utapkuje okolo očnu kremu ili gel oko očiju

- stavlja vlažnu krpu na zatvorene oči osobe
- potiče unos tekućine

Ako se unutrašnjost usta čini suha, medicinska sestra može davati komadiće leda (ako je osoba pri svijesti) ili brisati unutrašnjosti usta vlažnom krpom, vatom ili posebno obrađenim štapićem te poticati hidraciju. Sjedenjem ili ležanjem u jednom položaju može se vršiti stalni pritisak na osjetljivu kožu te tako dovesti do bolnih rana ili dekubitusa. Ukoliko medicinska sestra uoči pojavu crvenila kože koje ne nestaje nakon nekoliko sekunda treba provesti mjere kako bi se spriječilo daljnju progresiju dekubitusa. Zdravstvena njega u tom kontekstu usmjerena je na održavanje takvog mjesta čistog i urednog, promjena položaja pacijenta svakih 2 sata, stavljanja antidekubitalnog madraca ili pjenastog jastučića, omogućiti dovoljan unos tekućine te masiranje dijelova tijela izloženih pritisku (23).

Uz sve navedeno često se javlja i problem s probavom. Takav problem izaziva mučninu, povraćanje, zatvor, gubitak apetita i slično. Pacijentima na kraju života često se javlja problem s gutanjem. Uzroci i tretmani kod ovakvih simptoma se uvelike razlikuju te medicinsko osoblje treba međusobno razgovarati kako bi se donijela najbolja odluka pomoći za pacijenta. Medicinska sestra može pomoći pacijentu davanjem lijekova koji mogu kontrolirati mučninu i povraćanje ili ublažiti zatvor te davanjem usitnjene hrane i kašaste hrane. Ako pacijent izgubi apetit također se može ponuditi omiljena hrana te istu davati u malim količinama. Manji obroci se daju češće, a medicinska sestra pripomaže pacijentu u hranjenju uz poticaj da što više odrađuje samostalno. Gubitak apetita uobičajen je i normalan za terminalnog bolesnika. Ostati bez hrane i/ili vode općenito nije bolno, a jelo i piće mogu povećati nelagodu osobe koja umire. Svjesna odluka da odustane od hrane može biti dio čovjekovog prihvaćanja da je smrt blizu (23, 24).

Još jedan od problema je osjetljivost na temperaturu. Kada se bliži smrt, pacijentove šake, ruke, stopala i noge mogu biti hladne na dodir. Neki dijelovi tijela mogu postati tamniji ili plavkasti. Ljudi koji umiru često neće moći reći da im je prevruće ili prehladno i upravo zbog toga je medicinska sestra ključna osoba koja tjelesnim pregledom uočava tragove. U takvim situacijama kod povišene tjelesne temperature medicinska sestra djeluje na način da skine temperaturu kupanjem,

stvaranjem dobre klime, uklanjanjem pokrivača, stavljanjem hladnih obloga na glavu, davanjem terapije i nadomještanjem hidracije. Ukoliko je pacijent pothlađen daje se dodatna deka, stvara ugodna klima u sobi, zatvara prozor i slično (23,24).

Umor je jedan od vrlo čestih znakova, ali ujedno i problema koji se javljaju. Uobičajeno je da se ljudi pri kraju života osjećaju umorno i imaju malo ili nimalo energije. U takvim situacijama medicinska sestra treba pomoći pacijentu u olakšavanju samozbrinjavanja, pomaganju pri kretanju i kupanju, pomaganju pri premještanju i sjedanju, omogućiti mu dovoljno odmora, osigurati dostupnost stolice u tušu, omogućiti stvari nadohvat ruke i drugo (24).

Njega na kraju života također može uključivati pomoć umirućoj osobi u rješavanju mentalnih i emocionalnih poteškoća. Pacijent koji je pri svijesti i koji je budan, pred kraj života mogao bi se, što je razumljivo, osjećati depresivno ili tjeskobno. Važno je da medicinska sestra pomogne pacijentu u nošenju s emocionalnom boli i patnjom na način da potiče razgovore o osjećajima i pokazuje suosjećanje. U krajnjem slučaju pacijent može dobiti terapiju koju propisuje liječnik (25).

Umiruća osoba također može imati neke specifične strahove i brige. Mogu se bojati smrti, nepoznatog, samoće ili brinuti o svojim bližnjima. Svi osjećaji pacijenta mogu pogoršati reakcije obitelji, prijatelja, pa čak i liječničkog tima. Na primjer, obitelj i prijatelji možda ne znaju kako pomoći ili što reći te zbog toga prestanu posjećivati ili se mogu povući jer već tuguju. Liječnici se mogu osjećati bespomoćno i izbjegavati umiruće pacijente jer im ne mogu dalje pomoći. Svaka reakcija može otežati pacijentu te je zbog toga potrebno pružiti potpunu skrb i pomoći koliko je god moguće kako ne bi došlo do izolacije (25).

Kod pomaganja u mentalnim i emocionalnim potrebama medicinske sestre čine sljedeće (25):

- omogućuju fizički kontakt
- pomažu u opuštanju i smanjivanju boli
- uključuju pacijenta u aktivnosti koje pacijent može podnijeti
- razgovaraju s pacijentom
- educiraju

- pružaju podršku i potporu
- zadovoljavaju osnovne ljudske potrebe poštujući želje pacijenta

Za pacijente koji se bliže kraju života, duhovne potrebe mogu biti jednako važne kao i njihove tjelesne brige. Duhovne potrebe mogu uključivati pronalaženje smisla u svom životu, okončanje nesuglasica s drugima ili pomirenje sa životnim okolnostima. Osoba koja umire mogla bi pronaći utjehu u rješavanju neriješenih problema s prijateljima ili obitelji. Upravo zato što mnogi ljudi nalaze utjehu u svojoj vjeri i duhovnim uvjerenjima, medicinska sestra treba omogućiti pacijentu vrijeme za molitvu, prema potrebi pomoći u čitanju vjerskih tekstova i omogućiti dolazak svećenika. Uz navedeno treba se razgovarati s pacijentom i pomoći mu da iskaže svoje potrebe te ga utješiti koliko je god moguće (25).

3.3. PLANIRANJE ZDRAVSTVENE NJEGE

Planiranje unaprijed skrbi ne odnosi se samo na starost. U bilo kojoj dobi, medicinska kriza može ostaviti pacijenta previše bolesnim što zahtijeva odluke o zdravstvenoj skrbi. Čak i ako osoba trenutno nije bolesna, planiranje zdravstvene skrbi u budućnosti može biti važan korak ka osiguravanju da se dobije prava medicinska skrb koju bi svaka osoba i svaki pacijent željeli. Takve odluke često donose poznanici, obitelj, rodbina, liječnici, različiti stručnjaci koji su u kontaktu s pacijentom te uočavaju promjene koje se događaju zbog bolesti i starosti (23).

Unaprijed planiranje skrbi uključuje učenje o vrstama odluka koje bi se mogle donijeti, razmatranje tih odluka prije vremena, a zatim davanje drugima kao i obitelji te ostalim pružateljima zdravstvenih usluga mogućnost odabira. Sve se takve preferencije često stavljaju u prethodnu direktivu, pravni dokument koji stupa na snagu samo ako pacijent bude nesposoban, odnosno u nemogućnosti govoriti u svoje ime. Takvo planiranje i provođenje skrbi nastaje zbog posljedica bolesti, starosti ili teških ozljeda bez obzira koliko pacijent imao godina (6).

U planiranju zdravstvene njege, ponekad se moraju donijeti odluke o korištenju hitnih tretmana kako bi pacijenta ostavili na životu. Odluke koje bi se mogle donijeti u takvom trenutku odnose se na (23):

- CPR (kardiopulmonalna reanimacija)
- Upotreba ventilatora
- Umjetna prehrana (hranjenje na sondu) i umjetna hidratacija (IV ili intravenozno, tekućine)
- Primjenu kisika
- Zdravstvena njega

Za starije odrasle osobe je važno unaprijed planirati sve postupke u zdravstvenoj njezi i unaprijed obavijestiti sve skrbnike pacijenta ili članove obitelji o svim željama na kraju života. Na primjer, ako pacijent želi umrijeti kod kuće, primajući njegu na kraju života zbog boli i drugih simptoma, te to obznani pružateljima zdravstvenih usluga, odnosno medicinskom osoblju i obitelji, manja je vjerojatnost da će ići u bolnicu te umrijeti u bolnici od neželjenih tretmana (5,6).

Ako pacijent više nije u mogućnosti sam donositi odluke o zdravstvenoj skrbi, skrbnik ili član obitelji možda će morati donijeti te odluke. Skrbnici moraju uzeti u obzir nekoliko čimbenika pri odabiru njege na kraju života, uključujući želju starije osobe za liječenjem koje produljuje život i preferirano okruženje za zdravstvenu njegu (23).

3.4. PODRŠKA PACIJENTU

Svako iskustvo je drugačije na kraju života. Smrt može doći iznenada, ili se pacijent može zadržati u stanju blizu smrti danima, tjednima ili čak mjesecima. Briga, odnosno skrb pomaže pacijentu da živi što je moguće bolje do trenutka smrti te da umre dostojanstveno. Sve osobe koje pružaju podršku i skrb brinu o pacijentovim željama (26).

Jednostavni postupci svakodnevne skrbi često su kombinirani sa složenim odlukama na kraju života i bolnim osjećajima tuge, straha i nezadovoljstva. Pacijent može doživjeti niz uznemirujućih emocija, velike tuge, straha, ljutnje, tjeskobe,

poricanja, gubitka, nesigurnosti, prebacivanja, nelagode i drugo. Sve takve emocije su na teret pacijentima, ali i njihovim obiteljima. Iz tih razloga bitno je da medicinska sestra, kao i ostalo medicinsko osoblje, na pravi način pristupi pacijentu te mu pruži potpunu podršku. Podrška može biti u psihološkom, socijalnom i duhovnom smislu. Svaka takva podrška zadovoljava potrebe pacijenta te se tako može osjećati bolje i spremnije za odlazak s ovoga svijeta (26).

Deset ključnih kompetencija medicinske sestre u palijativnoj skrbi prema Europskom društvu za palijativnu skrb (EAPC) (21):

1. Primijeniti ključne komponente palijativne skrbi u okruženju u kojem se nalaze pacijenti i njihove obitelji pronalaze
2. Omogućiti pacijentu da se osjeća što ugodnije tijekom cijele bolesti, da bude bez bolova te osigurati pomoć i podršku pacijentovoj obitelji
3. Zadovoljiti psihološke potrebe pacijenta
4. Zadovoljiti pacijentove društvene potrebe
5. Zadovoljiti pacijentove duhovne potrebe
6. Odgovarati na potrebe članova obitelji u odnosu na kratke, srednje i dugoročne ciljeve skrbi o pacijentima te u odnosu na njihove osobne poteškoće i potrebe u brizi i tuzi
7. Rješavanje izazova vezanih uz kliničke i etičke dileme u palijativnoj skrbi
8. Koordinirati holističku skrb i interdisciplinarni timski rad u svim sastavnicama za pružanje palijativne skrbi
9. Unaprijediti interpersonalne i komunikacijske vještine potrebne u palijativnoj skrbi
10. Razvijati samosvijest i kontinuirano stručno usavršavanje.

3.4.1. Psihološke potrebe pacijenta

Psihološke potrebe pacijenta su ljudske potrebe koje se vezuju uz emocionalno, bihevioralno i kognitivno funkcioniranje. Prema Maslowu svaka osoba ima određenu potrebu koja se u većini slučajeva zadovolji. Ipak, u svijetu u kojem živimo nekad osjetimo zabrinutost, strah, nesigurnost, tugu, sumnjamo u samog sebe i slično. Takva

stanja dovode do promjena u ponašanju, mogu dovesti do povlačenja i udaljavanja od bližnjih i prijatelja. Bez obzira na stanja, uz odgovarajuću podršku, moguće je podnijeti svaki teški trenutak (26,27).

Psihološke potrebe su stoga usmjerene na emocionalno, bihevioralno i socijalno funkcioniranje te su od izuzetne važnosti kod bolesnih osoba i pacijenata na kraju života. Prema Backu: "Psihološke potrebe u okviru bolesti i zdravstvene njege su psihološko funkcioniranje koje karakterizira osobna čežnja, htijenje ili želja, ili alternativno izražavanje nelagode, ličnosti i nedostatnosti" (26).

Osim što različita psihološka stanja mogu utjecati na samu bolest, isto tako nastanak bolesti može dovesti do brojnih psiholoških problema kod pacijenta. Svako takvo stanje može otežati oporavak i dovesti pacijenta u loše stanje gdje se javlja strah, nesigurnost, zabrinutost, tjeskoba i drugo (27).

Kako bi se pomoglo pacijentu u psihološkim potrebama, medicinske sestre trebaju na vrijeme identificirati sve potrebe i na pravi način pristupiti pacijentu kako bi se provela psihološka potpora. Zadovoljavanjem psiholoških potreba pacijent se osjeća ugodnije, spreman je napustiti ovaj svijet, prihvaća smrt, osnažuje svoje bližnje te u konačnici biva cijelo vrijeme sretan i zadovoljan (28).

3.4.2. Socijalne potrebe pacijenta

Socijalne potrebe pacijenta na kraju života odnose se na potrebe za prepoznavanjem i naklonosti, prijateljstvom i formalnom vezom, ljubavnom vezom i nekom vrstom intimnosti sa voljenom osobom. Takve potrebe pomažu svakoj osobi pa tako i pacijentu na kraju života da se poveže u socijalnom kontekstu i stvori blagostanje koje je potrebno za potpuniji život. Često se socijalnim potrebama pripisuje potreba za prijateljstvom, ljubavi, osjećajem pripadnosti, potrebom za poštovanjem. „Ljudsko biće se smatra društvenim bićem te se s toga može reći da život bez bilo kakve vrste socijalne interakcije može rezultirati negativnim aspektima u ljudskom ponašanju“ (29).

Svaka socijalna, to jest društvena potreba manifestira se na različit nivo interakcije i različitu zajednicu. Zadovoljavanje takve potrebe pomaže pacijentu da

dosegne stanje u kojem će lakše moći napredovati svojim težnjama te tako na samom kraju svog življenja osjećati povezanost, mir, sreću i blagostanje (29).

Potreba za društvom je često od velike važnosti za umiruće pacijente jer se osjećaju usamljenima i rano otpisanima. Upravo iz tih razloga je ovakva vrsta pomoći i zadovoljavanja potreba od izuzetne važnosti. Pacijent će zadovoljenjem ove vrste potrebe moći (30):

- lakše se nositi sa svojim stanjem
- biti sretniji pred kraj života
- znati da je dosadašnji život imao smisao
- biti zadovoljniji i ponosniji sa svojim bližnjima
- imati lijep kontakt sa svojim bližnjima
- smanjiti stres
- smanjiti strah i nesigurnost
- lakše komunicirati
- biti spreman za odlazak s ovoga svijeta
- osjećat pripadnost
- osjećat poštovanje i samopoštovanje

„Ublažavanje socijalnih potreba olakšava sučeljavanje i prevladavanje svih nalagoda i straha pred pojedinačnim ili kolektivnim problemima, pružajući sigurnost da će pacijent imati podršku obitelji, prijatelja, medicinskog osoblja koji olakšavaju konfliktne tranzicije u pacijentovoj fazi života.“ Zadovoljavanjem socijalnih, odnosno društvenih potreba pacijent se može riješiti problema poput anksioznosti, usamljenosti, depresije i nesigurnosti. Prema svemu navedenom, utvrđeno je da je zadovoljenje osnovnih socijalnih potreba, koje se u bolnici sagledavaju vrlo savjesno, iznimno važno za opće zadovoljstvo pacijenta koji se nalazi u završnoj fazi života kako bi preostalo vrijeme doživio što ugodnije i spokojnije (30).

3.4.3. Duhovne potrebe pacijenta

Potrebe kod pacijenta na kraju života su od velike važnosti za sve. Osim brojnih potreba, jedna od važnijih su i duhovne potrebe. Često su pacijenti u završnoj fazi života u boli, strahu, patnji, nesigurnosti te se zbog toga javljaju duhovne potrebe, to jest potrebe za mirom, molitvom i vjerom. Takve potrebe upotpunjuju usamljenost, sve praznine i osjetljivost te daju dodatnu snagu (30).

Zadovoljavanje emocionalne i duhovne potrebe u velikoj mjeri mogu olakšati fizičku bol. Također, smatra se kako duhovna skrb sprječava egzistencijalni očaj kod pacijenata koji se sučavaju sa smrću. Danas gotovo sve ustanove i svi zdravstveni djelatnici osim osnovnih ljudskih potreba pomažu pacijentu da zadovolji duhovne potrebe (31).

Brojna istraživanja su pokazala koliko je duhovnost bitna u pacijentovom psihofizičkom stanju i poboljšavanju kvalitete života. „Duhovna skrb je dio bio-psihosocijalnog pristupa zdravstvenoj skrbi“ (31).

Duhovnost pomaže pacijentu da se suoči sa svim prijašnjim događajima te pomiri s „lošim“ stvarima koje su se dogodile prethodno. Na taj način smanjuje se unutarnja i vanjska (fizička) bol što uvelike utječe na kvalitetu ostatka života (31).

„Europsko društvo za palijativnu skrb (European Association of Palliative Care) uvelo je definiciju duhovnosti koja obuhvaća njezinu multidimenzionalnu narav i koja susreće egzistencijalna pitanja, utemeljenje vrijednosti i religiozna razmatranja kao dinamičnu dimenziju ljudskog života koja povezuje iskustvo pojedinca, njegova traženja smisla i životnog značenja, kao i transcendencije, te načina kojim se on povezuje sa sobom, okolinom i svetom“ (31).

Upravo zbog svega navedenog duhovnošću se otkriva unutarnji mir, mudrost i životna radost te se na taj način dobiva velika snaga i vraća potpuno dostojanstvo pacijenta. Medicinske sestre u ovom kontekstu pružaju pacijentu sigurnost i pomažu mu u zadovoljavanju duhovnih potreba na način da omogućе dostojanstvo, mir, prostoriju u kojoj mogu boraviti bez galame i nepotrebnih posjetitelja te da omogućе pacijentu dolazak svećenika koji će mu unijeti mir i radost (31).

3.5. PODRŠKA OBITELJI I NJEGOVATELJIMA U OKRUŽENJU PACIJENTA

Skrb na kraju života definirana je kao posebna komponenta palijativne skrbi koja ima za cilj identificirati i upravljati patnjom kada izlječenje više nije opcija, a smrt se bliži. Mnogi autori već duže vrijeme razlikuju opću i specijaliziranu palijativnu skrb. Utvrđeno je da su percepcije zdravstvenih djelatnika o palijativnoj skrbi zamagljene i zbunjujuće, što ukazuje na neposredno razumijevanje da je palijativna skrb ekvivalentna skrbi na kraju života (31).

Značajan rad medicinskih sestara usmjeren je na ožalošćene članove obitelji tijekom njege na kraju života, što sugerira da su dobra komunikacija i informiranje o liječenju, te međusobno razumijevanje između članova obitelji i zdravstvenih djelatnika važne u svakodnevnom radu (32).

Medicinske sestre provode više vremena s umirućim pacijentima nego bilo koja druga zdravstvena profesija dajući im priliku da uvelike doprinesu ishodu palijativne skrbi i skrbi na kraju života, izgrađene na njihovom profesionalizmu koji obuhvaća znanstvena znanja, profesionalne vještine i humane odnose (32).

Većina pacijenata ima obitelji koje pružaju određenu razinu skrbi i podrške. U slučaju starijih osoba, osoba na kraju života i osoba s kroničnim invaliditetom svih dobnih skupina, ova „neformalna skrb“ može biti znatna po opsegu, intenzitetu i trajanju (31).

Zdravstveno osoblje neumorno radi na skrbi za svoje pacijente u sve složenijem i stresnom okruženju. Međutim, struktura, poticaji i kultura sustava u kojem rade često mogu biti loše usklađeni u podržavanju njihovih napora da odgovore na potrebe pacijenata kao temeljni prioritet. Prepoznajući imperativ usredotočenosti na pacijenta, sustav zdravstvene skrbi koji uči je onaj u kojem su pacijenti i njihove obitelji ključni pokretači dizajna i rada procesa učenja (32).

Osim zdravstvene njege u bolničkim ustanovama, njega u kući je česta kod pacijenata na kraju života. Ona se provodi pod drugačijim uvjetima od bolničke zdravstvene skrbi, zahtijeva uključivanje obitelji koja je primatelj i pružatelj kućne skrbi. Obitelj kao primatelj kućne njege ima puno briga s mogućim nerealnim

očekivanjima. Ponekad su članovi obitelji pacijenta uznemireni, neodgovarajući ili neprijateljski raspoloženi prema timu kućne njege. Obitelj je skriveni pacijent, ponekad se ponaša kao disfunkcionalna obitelj bez podrške, s visokom percepcijom tereta skrbi. Upravo zbog toga, zdravstveni tim bi trebao, bez obzira gdje se pacijent nalazio, identificirati obitelj te im pružiti odgovarajuću potporu, podršku, sigurnost i snagu kako bi na pravi način pristupili svom bližnjem te pružili dodatnu potporu. Osim obitelji, potrebno je pružiti podršku svim ostalim njegovateljima koji su u okruženju pacijenta kako bi lakše i učinkovitije podnijeli stanje pacijenta te mu pomogli u posljednje dane života da se osjeća bolje i sretnije (32).

Cjelokupan medicinski tim, ponajprije medicinske sestre, imaju za cilj biti uz pacijenta i njegovu obitelj i sve skrbnike, te izgraditi dobar odnos povjerenja i suosjećanja. Svi oni bi trebali svakodnevno, u bilo kojem trenutku, biti na raspolaganju i uz pacijenta i obitelj te redovito iznositi planove skrbi i stanja pacijenta, unaprijediti komunikaciju, umiriti obitelj i pacijenta, stvoriti odnos povjerenja i slično. Medicinski tim djeluje kao prva i jedina prava potpora obitelji i svim njegovateljima. Iz tih razloga trebaju dati do znanja da će ih saslušati u bilo kojem trenutku, razumjeti njihove brige i nesigurnosti, da im se mogu i trebaju obratiti bilo kada te da će zajedno s njima osigurati pravi pristup pacijentu na kraju života (32).

3.6. ETIČKA PRAKSA

Najvažniji etički preduvjet za kvalitetnu organizaciju i provedbu palijativne skrbi je pronalaženje ravnoteže između promoviranja društvene dobrobiti općenito i dobrobiti bolesnika kao pojedinca. Da bi zdravstveni djelatnici mogli riješiti etička pitanja vezana za umiranje, moraju uzeti u obzir postojeće medicinsko-etičke i medicinsko-pravne dokumente na koje se mogu osloniti tijekom skrbi za bolesnika (33).

Rješavanje etičkih dilema u palijativnoj skrbi uključuje (33):

- mogućnost i sposobnost procjene jedne vrste rizika u odnosu na drugu
- poznatu dobrobit nasuprot nepoznatog rizika
- poznati rizik nasuprot neizvjesne dobrobiti

- sposobnost dovođenja u ravnotežu konkurentnih moralnih vrijednosti.

Za liječnika je veoma važno etičko pitanje koje se tiče toga treba li uvesti, nastaviti ili prekinuti liječenje bolesnika kojem se neće bitno produžiti život. U Nizozemskoj je 1973. godine legalizirano ne provođenje liječenja ili njegov prekid, čiji je učinak zapravo samo produženje umiranja. U ovom slučaju se polazi od ideje da bolesniku treba dopustiti da umre i da on ima pravo prihvatiti ili odbiti ponuđeno liječenje ili njegov prestanak (33).

Bioetika uključuje klasičnu medicinsku etiku (pitanja pobačaja, eutanazije, liječničke tajne, odnosa prema bolesniku), ali i modernu etiku koja se bavi pitanjima kloniranja, transplantacije organa, terapije bolesnika oboljelih od AIDS-a, umjetne oplodnje, surogat majčinstva, manipulacije ljudskim genomom, te religijsko-etičkim pitanjima poštivanja prava autonomije bolesnika (34).

Poveznica bioetike i palijativne medicine vidljiva je u četiri temeljna principa moderne medicinske etike, odnosno bioetike (34):

- dobročinstvo
- neškodljivost
- autonomnost
- pravednost.

3.7. VJEŠTINE INTERDISCIPLINARNOG TIMSKOG RADA I KOORDINACIJE

Timski rad je mnogo više od pukog dijeljenja ciljeva i informiranja kolega o napretku. Timski rad se odnosi na iskrenost i kolegijalnost, radi se o ravnopravnoj razmjeni i zajedničkoj koristi, ali također se radi i o uzajamnom odnosu u kojem je učenje najvažnije i gdje ne postoji jedan „stručnjak“. Timski se rad može opisati kao osjećaj koliko i djelovanje (35).

Timski rad u zdravstvu definira se kao dvoje ili više ljudi koji međusobno djeluju zajedno sa zajedničkom svrhom, radeći prema mjerljivim ciljevima koji imaju koristi od vodstva koje održava stabilnost, a istovremeno potiče iskrenu raspravu i rješavanje

problema. Timski rad u zdravstvu koristi praksu suradnje i poboljšane komunikacije kako bi se proširile tradicionalne uloge zdravstvenih radnika i donijele odluke kao jedinica koja radi prema zajedničkom cilju. U takvom radu od izuzetne važnosti je imati svrhu, protokole i procedure, odnosno imati dobru koordinaciju rada. Svaka bolnica, odjel, tim, redovito imaju sastanke i druge komunikacijske metode na kojima vode razgovore o pacijentima, skrbi, poboljšanju uvjeta, suradnji i drugo. Timski rad i suradnja posebno su bitni za skrb o pacijentima u decentraliziranom zdravstvenom sustavu s mnogim razinama zdravstvenih djelatnika (35,36).

Zdravstvena skrb prema definiciji je multidisciplinarna profesija u kojoj liječnici, medicinske sestre, zdravstveni djelatnici različitih specijalnosti moraju raditi zajedno, često komunicirati i dijeliti resurse. Zdravstveni timovi često se sastoje od raznih stručnjaka – koji se nazivaju kadrovi u zdravstvu – svi oni imaju određeno specijalizirano znanje i odgovornost za brojne različite zadatke. Svi oni nastoje razumjeti pacijentovu situaciju, razaznati gdje je nastao problem, napraviti početnu procjenu te nakon rasprave i dogovora krenuti sa zdravstvenom skrbi i liječenjem. Timovi također mogu raditi zajedno kako bi razvili promicanje zdravlja za različite zajednice i poticali ponašanje u prevenciji bolesti među pacijentima (35).

Timski rad je izuzetno važan iz mnogo razloga. Danas zdravstvena skrb postaje sve složenija i specijaliziranija što prisiljava medicinsko osoblje na brži i veći razvoj, odnosno učenje novih metoda, liječenja i skrbi za dobrobit pacijenta. Sve je veći broj starijih ljudi i oboljelih što zahtijeva veći angažman i koordinaciju kako bi se efikasnije planirala zdravstvena skrb te u što većoj mjeri pomoglo svim pacijentima. Nadalje, timskim radom se smanjuje broj ponavljanja i pogrešaka te se povećava sigurnost pacijenta. Ono smanjuje probleme koji mogu nastati te smanjuje odgovornost jedne osobe usmjeravajući istu na cijeli tim koji skrbi za pacijenta. Osim navedenog, vještinama interdisciplinarnog tima i koordinacije poboljšava se komunikacija, pacijenti se osjećaju bolje i sigurnije, povećava se povjerenje, nastaje veće zadovoljstvo, cjelokupna skrb prolazi bolje, te u konačnici i zdravstveni djelatnici se osjećaju bolje, zadovoljnije i sigurnije (37).

Redovita obuka, timski rad, koordinacija i zajedništvo se smatraju bitnim dijelom u poslu svakog medicinskog djelatnika. Budući da učenje kako učinkovito komunicirati

i raditi zajedno može biti dugotrajno, učenje timskog rada u kontekstu medicinskog napredovanja učinit će sve zdravstvene djelatnike bolje pripremljenim i sigurnijim u obavljanju posla. Takvo učenje pomaže da se bolje razumiju potrebe pacijenta te na pravi način djeluje kako bi se svakom pomoglo u što većoj mjeri i zadovoljile njegove potrebe bilo da je riječ o bolničkom liječenju ili pristupu pacijentu na kraju života (37).

3.8. INTERPERSONALNE I KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE PRIMJERENE PALIJATIVNOJ SKRBI

Interpersonalna komunikacija u području zdravstvene i palijativne skrbi shvaća se kao složen proces koji uključuje percepciju, razumijevanje i prijenos poruka u interakciji između pacijenta i zdravstvenih djelatnika. To je proces koji ima dvije dimenzije: verbalnu, koja se događa kroz izražavanje izgovorenih ili napisanih riječi, i neverbalnu, koju karakterizira način i ton glasa kojim se riječi izgovaraju, geste koje prate govor, pogledi i izrazi lica, držanje tijela te fizičku udaljenost koju ljudi međusobno održavaju (38).

Na međunarodnoj razini postoje brojne studije koje istražuju komunikaciju u procesu umiranja. Iako se cijeni u procesu skrbi za pacijenta na kraju života, mnoge studije shvaćaju komunikaciju na redukcionistički način, karakterizirajući je kao sinonim za informacije u vezi s dijagnozom i prognozom i/ili priopćavanjem teških vijesti. Postoje razne studije koje komunikaciji pristupaju kao širokom procesu odnosno instrumentu međuljudskog odnosa između pacijenta i zdravstvenog djelatnika. Većina ih komunikaciju karakterizira kao bitan atribut kvalitetne skrbi na kraju života. Posebno se ističu one koje predlažu evaluaciju programa obuke za zdravstvene djelatnike u komunikaciji s terminalnim pacijentima, s ciljem poboljšanja njihovih komunikacijskih vještina (38).

Za njegu bolesnika koji prolazi kroz proces umiranja bitno je da zdravstveni djelatnici adekvatno percipiraju, shvaćaju i koriste verbalnu i neverbalnu komunikaciju. Potonje ga čini ključnim u kontekstu terminalnosti jer omogućuje percepciju i razumijevanje osjećaja, sumnji i tjeskobe pacijenta, kao i razumijevanje i pojašnjenje

gesta, izraza, pogleda i simboličkog jezika tipičnog za nekoga tko doživljava faza u kojoj više nije moguć lijek za njihovu bolest (39).

Strah od nepoznatog onoga koji je suočen sa smrću, od intenzivne patnje u trenutku smrti i od osamljenosti kada se sve to događa, kao i zabrinutost za ostavljene članove obitelji uobičajeni su i izazivaju tešku psihičku nevolju za pacijenta. Često se izvode i razmišljanja o procesu preispitivanja njihovih života i mogu donijeti tjeskobu pacijentu koji ima nedovršene poslove ili sukobe koje treba riješiti. Prikladnim korištenjem međuljudske komunikacije često je moguće dokučiti bitne informacije i pomoći u smanjenju tjeskobe i uznemirenosti onih koji doživljavaju prijetnju smrti, pružajući kvalitetniju skrb i postizanje većeg osobnog zadovoljstva (7).

Učinkovita komunikacija usmjerena na pacijenta ključna je za kvalitetnu skrb. Dobra komunikacija je i etički imperativ koji je neophodan za informirani pristanak i učinkovit angažman pacijenata, ali je i dobro sredstvo za izbjegavanje pogrešaka, poboljšanje kvalitete, uštedu novca i postizanje boljih zdravstvenih ishoda (2).

Komunikacija bi se trebala temeljiti na pacijentovom temeljnom znanju o njegovom stanju i trebala bi biti usmjerena na rješavanje izravnih pitanja pacijenata, poricanja, dogovaranja i ljutnje. Interpersonalne komunikacijske vještine smatraju se temeljnim kompetencijama za palijativnu skrb koje su važne u četiri područja prakse palijativne skrbi (25):

- za proceduralno savjetovanje
- za predstavljanje dijagnoze s negativnim ishodom ili loše prognoze
- za raspravljavanje o liječničkim pogreškama
- za raspravu o smrti.

Dobra komunikacija čini jedan od najvažnijih aspekata pružanja kvalitetne skrbi. Ona može podržati pacijente i sve one koji su im bliski, svjesni različitih komunikacijskih potreba koje mogu imati. Svaki pacijent ima različite komunikacijske potrebe, a one se mogu mijenjati tijekom bolesti (38).

Kod interpersonalnih i komunikacijskih vještina u palijativnoj skrbi, medicinska sestra upoznaje pacijenta i njegove bližnje, uspostavlja odnos povjerenja i sigurnosti,

saznaje što pacijent zna o svojoj bolesti i koliko je upućen, koja su njegova razmišljanja i želje te kako mu se može pomoći (25).

Također potrebno je omogućiti pacijentu da se osjeća ugodno, predstaviti se svojim imenom i ulogom, pomoći da se opusti i uspostavi komunikaciju. Valja omogućiti privatnost i mir, pobrinuti se da se odvoji dovoljno vremena za pacijenta i njegove potrebe. Potrebno je i podijeliti informacije na način na koji pacijent može razumijeti, provjeriti je li pacijent razumio sve rečeno, reći o svim zahvatima koji se provode i koji će se provoditi i drugo (2).

Komunikacija može biti poprilično kompleksna ukoliko neka strana ne razumije rečeno ili se stekne ne baš najbolji dojam. U komunikaciji od izuzetne važnosti je (39):

- postavljati otvorena pitanja poput: „Kako se osjećate?“
- paziti na neverbalne znakove i govor svog tijela
- održati dobar i uvjerljiv kontakt očima
- držati se s prekriženim rukama i nogama kako bi se pacijent osjećao ugodnije
- koristiti jednostavan jezik prihvatljiv pacijentovom stanju
- izbjegavati nejasan jezik odnosno govor
- aktivno slušati pacijenta i njegovu obitelj što govore
- ukoliko dođe do nerazumijevanja zamoliti pacijenta da ponovi
- na kraju razgovora provjeriti je li pacijent sve razumio
- razmotriti načine da se olakša komunikacija

Mnoga stanja i bolesti mogu uzrokovati poteškoće s govorom i razumijevanjem. Takva stanja uvelike otežavaju komunikaciju. Stanja koja utječu na pacijentov mozak i mogu uzrokovati probleme s govorom su moždani udar, tumor mozga, ozljede glave, demencija, Parkinsonova bolest, multipla skleroza i drugo. Svako otežano stanje može dovesti do poteškoća u razumijevanju govora i pisanih informacija (receptivna disfazija), poteškoća u govoru, pisanju vlastitih misli, problema s čitanjem, slušanjem, pisanjem, tipkanjem i slično. Na svaku poteškoću koja stvara određeni problem, medicinsko osoblje trebaju biti spremni i znati odgovoriti na potrebe pacijenta (23).

Pacijentima s poteškoćama u govoru medicinska sestra može učiniti sljedeće (39):

- dati dovoljno vremena za razgovor

- izbjegavati prekidanje razgovora
- svaki razgovor dovršiti do kraja
- gledati u pacijenta dok se razgovara
- smanjiti pozadinsku buku
- biti iskren i strpljiv
- provjeriti što pacijent misli postavljanjem pitanja
- omogućiti pacijentu pomagala.

3.9. SAMOSVIJEST I KONTINUIRANO USAVRŠAVANJE

Palijativna skrb je emocionalno i duhovno visoko zahtjevna. Profesionalci koji rade u takvom području često su izloženi egzistencijalnim problemima, psihološkim izazovima i emocionalnim poteškoćama povezanim s brigom na kraju života. Rizici rada u ovom kontekstu dobro su izraženi kao na primjer; izgaranje, umor od suosjećanja, nesigurnost, strah, preopterećenost i loša kvaliteta rada. Briga o sebi važan je faktor kako bi se moglo brinuti o drugim ljudima, odnosno pacijentima. Zdravstveni kadar treba brinuti o vlastitom zdravlju i dobrobiti kako bi održali svoje kompetencije na zadovoljavajućem nivou u zdravstvenoj skrbi za svakog pacijenta (40).

Trening u samorefleksiji nečijeg emocionalnog iskustva i njegovog značenja povezanog s patnjom, smrću i umiranjem zahtijeva od medicinskih sestara da se usredotoče na vlastite resurse i mehanizme suočavanja sa svim potencijalnim problemima koji se svakodnevno događaju. Potrebna je redovita edukacija za brigu o samom sebi, jačanje samosvijesti o vlastitim emocijama, jačanje vlastite duhovnosti i unutarnjeg stanja za život svakog zdravstvenog djelatnika. Takvim pristupom pomažemo sebi, kao i ljudima oko nas (40).

Samosvijest je sposobnost i proces svjesnog objektivnog gledanja na sebe te identificiranja i obrade informacija važnih za nečiju dobrobit. Na razvoj sebe utječu biološki, psihološki, društveni i kulturni čimbenici. Svijest o sebi uključuje sposobnost prepoznavanja i evaluacije učinaka unutarnjih i vanjskih podražaja. Ti poticaji uključuju ponašanje, potrebe, motive, stavove, vrijednosti, osjećaje, percepcije, pretpostavke, misli, uvjerenja i interakcije s okolinom (21).

Svrha uključivanja u samosvijest je razumijevanje osobnog unutarnjeg svijeta i međuljudskog vanjskog svijeta. Uvid i razumijevanje ostvareno kroz samosvijest omogućuju upravljanje osjećajima, mislima i postupcima kako bi se osoba zaštitila i poboljšala. Sažetije rečeno, samosvijest je višedimenzionalan, introspektivan proces koji se koristi za stalnu svjesnost, ispitivanje i razumijevanje nečijih misli, osjećaja, uvjerenja i vrijednosti uz korištenje ovog razumijevanja za svjesno i autentično vođenje ponašanja (25).

Samosvijest uključuje kombinaciju samospoznaje i razvoja vlastite svijesti. Takav stav omogućuje svim zdravstvenim djelatnicima da prate potrebe pacijenta, radnog okruženja, ali i vlastite potrebe kao i subjektivno iskustvo. Bez samosvijesti često dolazi do gubljenja perspektive, nastaje veći i češći stres u radnom okruženju, empatija se doživljava kao odgovornost, dolazi do većeg umora, problema sa suosjećanjem te u konačnici većim izgaranjem. Samosvijest može poboljšati brigu o sebi, poboljšati zdravstvenu njegu i zadovoljstvo pacijenata. Osim navedenog, kada se samosvijest uključi u praksi, ona pomaže da se prihvate različita ograničenja poput ranjivosti, osobnog utjecaja, odgovornosti i slično, te zadrži jasnoća o sebi i odnos s drugim zdravstvenim djelatnicima i pacijentima (21,24,25).

Susreti medicinske sestre s pacijentom su sporodični i trajni. Sa svakim pacijentom je različit intenzitet i odnos te upravo to zahtijeva mogućnost prilagodbe. Zbog svakodnevne skrbi i konzultacija među medicinskim timom, važno je stvoriti dobar odnos kako bi se provela uspješna razmjena informacija i donošenje odluka. Iako postoje mnoge teorije za edukaciju, još uvijek ne postoji najbolja teorija s kojom bi se moglo educirati zdravstvene djelatnike kako bi svojim pacijentima omogućili samoupravljanje. Glavni čimbenik u samoupravljanju je kvalitetan i pozitivan odnos medicinska sestra - pacijent (24, 40).

Jačanjem samosvijesti i kontinuiranim usavršavanjem, medicinska sestra će moći bolje i profesionalnije obavljati poslove zdravstvene skrbi te lakše modificirati ponašanje i skrb prema potrebama pacijenta. Takvim usavršavanjem medicinsko osoblje može (25):

- Bolje procijeniti svoje sposobnosti kod pružanja skrbi
- Bolje procijeniti potrebe pacijenta

- Prilagoditi se nastalim situacijama
- Savjesnije reagirati
- Spriječiti da situacije izmaknu kontroli
- Održati samopoštovanje i samoučinkovitost
- Biti sigurniji u teškim situacijama
- Ojačati i unaprijediti vlastite vještine
- Poboľjšati međuljudske odnose
- Izgraditi odnos povjerenja
- Biti učinkovitiji i brži u obavljanju skrbi
- Davati bolju edukaciju i savjete pacijentima
- Ukloniti nesigurnosti u svakom aspektu posla.

Prema svemu navedenom, vidljivo je koliko je medicinskom osoblju bitno razvijati samosvijest i kontinuirano se usavršavati kako bi redovito obavljali i usavršavali svoje vještine, znanja i mogućnosti obavljanja struke. Takvim kontinuiranim usavršavanjem stječu se bolja iskustva i veća sigurnost što svakoj medicinskoj sestri pomaže u stvaranju boljeg odnosa s pacijentom te shvaćanju pacijentovih potreba.

4. ZAKLJUČAK

Palijativna skrb pruža neprocjenjivo kliničko upravljanje i podršku pacijentima i njihovim obiteljima. Cilj palijativne skrbi je riješiti i ublažiti sve simptome kako bi se pružila bolja kvaliteta za pacijentov život u zadnjem stadiju života. Također, važno je poticati na samozbrinjavanje i jačanje vlastite osobnosti, želje i volje do stadija kada to pacijent može te očuvati ljudsko dostojanstvo sve do smrti. Iz svega navedenog vidi se koliko je medicinska sestra i ostatak medicinskog tima od izuzetne važnosti za pacijente i njihove obitelji. Bolest i smrt su vrlo teške za sve što zahtijeva duži vremenski period u kojem pacijenti prolaze kroz određene faze. Bez obzira o kojoj je fazi riječ, bitan je kvalitetan pristup pacijentu.

Poznavanje pacijenta ključno je za kvalitetnu sestrinsku praksu i poboljšava sposobnost medicinskih sestara da razviju pozitivne odnose, sudjeluju u stručnoj praksi i otvaraju mogućnost zastupanja pacijenata. Medicinske sestre su u dobroj poziciji da zagovaraju i promiču korištenje palijativne skrbi u različitim zdravstvenim ustanovama. Medicinske sestre su obučeni zagovornici, koji surađuju unutar interdisciplinarnog tima kako bi podijelili perspektive i prioritete pacijenata (22).

Medicinska sestra treba imati razvijene kompetencije kako bi na pravi način mogla pomoći i pružiti pacijentu svu moguću skrb i potporu. Pacijentima, kao i njihovim obiteljima, znanje da se ubrzo bliži kraj života predstavlja veliki stres, nesigurnost, tugu, ljutnju, strah i mnogo drugih problema. Briga o pacijentu i obitelji zahtjeva mnoge kompetencije, a za svaki korak potrebni je dobro razmisliti i donijeti najbolju moguću odluku koja će pomoći i udovoljiti pacijentovim duhovnim, socijalnim i drugim potrebama.

Uz vlastitu edukaciju, potrebno je istu pružiti članovima obitelji i pacijentima. Stalnom edukacijom medicinska sestra treba razvijati samosvijest i kontinuirano se profesionalno usavršavati. Sva obuka i usavršavanje stvara potrebne kompetencije kojima se može pružiti dobru podršku i empatiju, imati otvoreni pristup, razvijeni holistički pristup, odnos povjerenja i kvalitetan kontakt s ljudima.

Svaka medicinska sestra trebala bi nastojati unaprijeđivati svoju profesiju, nesebičnim zagovaranjem relevantnih uvjeta obrazovanja, rada i ugleda za vlastitu profesiju u cilju postizanja dobrobiti za sve pacijente na kraju njihova života.

5. LITERATURA

1. Jurišić A i sur. Hospicij i palijativna skrb. Zagreb: Školska knjiga; 1995.
2. Đorđević V, Braš M, Brajković L. Palijativna skrb: mostovi nade i čovječanstva. Zagreb: Roketa; 2012.
3. Cole R, Carlin NS, Carson RA. Medical humanities: An introduction. New Yor: Cambridge University Press; 2015.
4. Abrams R, Jameson G, Poehlaman M i sur. Terminal care in cancer. A study od two hundred patients attending Boston clinics. England Journal Medicin; 1998.
5. O'Brien T, Welsh J, Dunn F.G. ABC of palliative care. Non-malignant conditions; 1998.
6. World Health Organization. Palliative care. Dostupno na: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
7. Đorđević V, Braš M, Brajković L. Osnove palijativne medicine. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
8. Gomes B, Calanzani N, Curiale V i sur. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregiver. Cochrane Database Syst. 2013;6(6)
9. Howie L, Peppercorn J. Early palliative care in cancer treatment: rationale evidence and clinical implications. Ther Adv.Med.Oncol. 2013;5(6)
10. National Hospice Organisation. Guide to the nation's hospices. Arlington,VA; 1996.
11. Brkljačić M. Bioetički, zakonodavni i organizacijski preduvjeti primjene suvremenih trendova u hospicijskom pokretu u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske. Doktorska disertacija. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet; 2009.
12. Centers for Medicare & Medicaid Services Medicare Hospice Benefit Facts-materials. Dostupno na: <https://www.cms.gov/medicare/medicare-eligibility/medicare-hospice-benefit/facts-materials/medicare-hospice-benefit-facts-materials.pdf>
13. Jurišić A. Moderna hospicijska skrb ili palijativna medicina – suvremeni izazov. Medicinski Vjesnik, 1995;27(1-2):87-91.

14. HOSPICE CARE - A Consumer's Guide to Selecting a Hospice Program. Dostupno na: https://www.nhpco.org/wp-content/uploads/2019/04/Hospice_Care.pdf
15. Wayne M, Segal J, Robinson L. Late Stage and End-of-Life Care. HelGuide; 2020. Dostupno na: <https://www.helpguide.org/articles/end-of-life/late-stage-and-end-of-life-care.htm>
16. National Health Service. Changes in the last hours and days; 2020. Dostupno na: <https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care/changes-in-the-last-hours-and-days/>
17. Care and support through terminal illness. What to expect in the last weeks and days; 2022. Dostupno na: <https://www.mariecurie.org.uk/help/support/terminal-illness/preparing/what-to-expect>
18. Care and support through terminal illness. Final moments of life; 2020. Dostupno na: <https://www.mariecurie.org.uk/help/support/terminal-illness/preparing/final-moments>
19. Hercigonja-Kocijan, D. Psihološki aspekti umiranja i smrti. Crkva u svijetu: Crkva u svijetu. 1998;33(1):21-29. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/78056>
20. Palliative Care Competence Framework Steering Group. Palliative Care Competence Framework. Dublin: Health Service Executive; 2014. Dostupno na: <https://aiihpc.org/wp-content/uploads/2016/02/Nursing-Midwifery-Complete.pdf>
21. Šepec S. Kompetencije medicinskih sestara opće zdravstvene njege. Hrvatska komora medicinskih sestara. Zagreb; 2011. Dostupno na: http://www.hkms.hr/data/1316431477_292_mala_kompetencije_18062011_kompletno.pdf
22. Banović M. Uloga medicinske sestre u palijativnoj zdravstvenoj njezi u Republici Hrvatskoj. Završni rad. Bjelovar: Veleučilište u Bjelovaru, Preddiplomski stručni studij sestinstvo; 2019. Dostupno na: <https://core.ac.uk/download/pdf/225859259.pdf>
23. Ljubičić M. Palijativna zdravstvena njega. Zagreb: Naknada Slap, 2020.
24. Lončar Z, Katič M, Jureša V i sur. Palijativna skrb u zajednici. Zagreb: Medicinska naklada, 2018.

25. Ozmec-Vulinec.Š. Palijativna skrb. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2015.
26. Gabelica M. Značaj psihološke njege u radu medicinske sestre. Završni rad, sveučilište u Splitu, 2018. dostupno na: <https://repo.ozs.unist.hr/en/islandora/object/ozs%3A560/datastream/PDF/view>
27. Nichols K. Psychological Care for Ill and Injured People. Maidenhead: Open University Press, 2003.
28. Devine E.C. Effects of psycho- educational care for adult surgical patients: a meta analysis of 191 studies. Patient Educ Couns 1992; 19: 129-42.
29. Maslow A. A Theory of Human Motivation, Psychological Review 50., str.370-396, 1943.
30. Jalšovec-Stubičar S. Pomoć meicinske sestre pacijentu pri zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba. Završni rad, Sveučilište sjever, Varaždin, 2016. Dostupno na: <https://repozitorij.unin.hr/islandora/object/unin%3A737/datastream/PDF/view>
31. Vuletić S. Juranić B. Mikšić Š. Rakošec Ž. Palijativna skrb i medicinsko-duhovne potrebe terminalnih bolesnika. Pregledni članak, 2014. dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/197804>
32. Jupek I. Psihološki pristup u palijativnoj skrbi. Završni rad, sveučilište u Dubrovniku, 2018. dostupno na: <https://repozitorij.unidu.hr/islandora/object/unidu%3A606/datastream/PDF/view>
33. Brkljačić M. Aktualno stanje palijativne skrbi u Hrvatskoj. Služba Božja, 2013, 53(3/4), 367-376.
34. Brkljačić M. Medicinska etika u palijativnoj skrbi. Pregledni rad, 2019. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/330805>
35. Nikić M. Temeljna načela timskog rada. Stručni znanstveni rad, Zagreb, 2004. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/62960>
36. Zbornik radova sa stručnog skupa. Management u sestriinstvu. Opatija, 2002. Dostupno na: <https://www.zvu.hr/arhiva/opatija/arhiva/2002/zbornik/zbornik.pdf>
37. Minić V. Timski rad u palijativnoj skrbi u domu bolesnika. Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, 2022. Dostupno na: file:///C:/Users/Martina/Downloads/minic_vesna_mef_2016_diplo_sveuc.pdf

38. Care and support through terminal illness, Marie Curie. Communication needs in palliative care. Dostupno na: <https://www.mariecurie.org.uk/professionals/palliative-care-knowledge-zone/individual-needs/communication-needs>
39. Trovo de Araujo M. Paes da Silva M. Communication strategies used by health care professionals in providing palliative care to patients. Dostupno na: <http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000300014&script=sciarttext&tlng=en>
40. Hrvatska komora medicinskih sestara. Kompetencije medicinske sestre u specijalističkoj palijativnoj skrbi. Zagreb, 2018. Dostupno na: <http://www.hkms.hr/wp-content/uploads/2019/01/Kompetencije-medicinske-sestre-u-specijalisti%C4%8Dkoj-palijativnoj-skrbi.pdf>

6. ŽIVOTOPIS

OSOBNNE INFORMACIJE:

Ime i prezime: Martina Burić

Datum rođenja: 03. studenoga 1992. g.

E-mail: m.juric320@gmail.com

PODACI O OBRAZOVANJU:

1999. – 2007. Osnovna škola „Vjekoslav Parać“ Vranjic, OŠ „Mertojak“ Split

2007. – 2011. Srednja škola „Zdravstvena škola Split“, smjer: zdravstveno-laboratorijski tehničar

2011. – 2014. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija – Preddiplomski studij Radiološke tehnologije

2018. – Sveučilišni odjel zdravstvenih studija – Preddiplomski studij Sestrinstvo

RADNO ISKUSTVO:

Vrijeme: 22.02.2015.-23.02.2016.

Poslodavac: Klinički bolnički centar “Sestre milosrdnice“ Zagreb

Radno mjesto: Prvostupnik radiološke tehnologije

Vrijeme: 19.04.2016. – 18.09.2016.

Poslodavac: P.T.U.U.O. „BABIĆ“ Split

Radno mjesto: Prodavač

Vrijeme: 22.09.2016. – 08.10.2016.

Poslodavac: Tom Tailor Zagreb d.o.o.

Radno mjesto: Prodavač

Vrijeme: 04.05.2017. –31.12.2018.

Poslodavac: P.T.U.U.O. „BABIĆ“ Split

Radno mjesto: Prodavač

Vrijeme: 05.01.2018. – 10.08.2018.

Poslodavac: Ustanova Lijepa Flora, Podstrana

Radno mjesto: medicinska sestra (studentski ugovor)

Vrijeme: 11.08.2018. – 11.10.2020.

Poslodavac: Obiteljski dom Domazet, Vranjic

Radno mjesto: medicinska sestra (studentski ugovor)

Vrijeme: 12.10.2020. – 20.01.2021.

Poslodavac: Klinički bolnički centar Split

Radno mjesto: medicinska sestra (studentski ugovor)

Vrijeme: 04.01.2021. - danas

Poslodavac: Elektro vozila d.o.o., Split

Radno mjesto: administrativni referent

STRANI JEZICI:

Engleski jezik (izvrsno)

RAD NA RAČUNALU:

Poznavanje rada na računalu u Windows okruženju

ČLANSTVA:

Član Hrvatske komore zdravstvenih radnika od 04.04.2016. godine