

# Teškoće s kojima se suočavaju medicinske sestre u skrbi za pacijente s potrebama za palijativnom skrbi

---

**Knezović, Laura**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2024**

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

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:864425>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-01-13**

*Repository / Repozitorij:*



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija  
SVEUČILIŠTE U SPLITU

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



zir.nsk.hr



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

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

**Laura Knezović**

**TEŠKOĆE S KOJIMA SE SUOČAVAJU MEDICINSKE  
SESTRE U SKRBI ZA PACIJENTE S POTREBAMA ZA  
PALIJATIVNOM SKRBI**

**Završni rad**

Split, 2024. godina

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

**Laura Knezović**

**TEŠKOĆE S KOJIMA SE SUOČAVAJU MEDICINSKE  
SESTRE U SKRBI ZA PACIJENTE S POTREBAMA ZA  
PALIJATIVNOM SKRBI**

**DIFFICULTIES FACED BY NURSES IN CARING FOR  
PATIENTS WITH PALLIATIVE CARE NEEDS**

**Završni rad / Bachelor's Thesis**

Mentor:

**Gabrijela Tenžera, mag. med. techn.**

Split, 2024. godina

## **ZAHVALA**

*Želim iskreno zahvaliti svima koji su doprinijeli uspješnom završetku ovog rada.*

*Prije svega, zahvaljujem svojoj mentorici, Gabrijeli Tenžera, mag. med. techn., na stručnoj podršci, savjetima i vođenju kroz cijeli proces.*

*Također, izražavam zahvalnost svojoj obitelji i prijateljima za njihovu nepokolebljivu podršku, razumijevanje i ohrabrenje.*

*Hvala svim profesorima, kolegama i svima ostalima koji su svojim doprinosom obogatili ovaj rad.*

## 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: **Gabrijela Tenžera, mag. med. techn.**

### TEŠKOĆE S KOJIMA SE SUOČAVAJU MEDICINSKE SESTRE U SKRBI ZA PACIJENTE S POTREBAMA ZA PALIJATIVNOM SKRBI

Laura Knezović, 41560

#### **Sažetak:**

Palijativna skrb pruža sveobuhvatan pristup koji uključuje medicinske, psihološke, socijalne i duhovne aspekte njege pacijenata koji boluju od neizlječivih bolesti. Svjetska zdravstvena organizacija definira je kao pristup koji poboljšava kvalitetu života pacijenata i njihovih obitelji suočenih s ozbiljnim bolestima. Međutim, medicinske sestre u ovom području suočavaju se s brojnim izazovima, uključujući nedostatak specifične edukacije i izazove u komunikaciji.

U Hrvatskoj, iako postoji Nacionalni program razvoja palijativne skrbi, nedostaje specifičan program za edukaciju medicinskih sestara, što otežava pružanje kvalitetne skrbi. Komunikacija s pacijentima i njihovim obiteljima je ključna, ali često izazovna, posebno pri priopćavanju loših vijesti. Efikasna komunikacija, kao što je prema SPIKES protokolu, može pomoći u smanjenju stresa i poboljšanju skrbi. Kontinuirano obrazovanje i poboljšanje komunikacijskih vještina ključni su za unapređenje palijativne skrbi.

Rad u palijativnoj skrbi nosi s sobom značajnu emocionalnu i fizičku težinu, a različita radna mjesta unutar ovog područja imaju specifične izazove. Nedostatak protokola za skrb na kraju života, neadekvatni prostori i nedostatak privatnosti čine rad stresnijim. Također, često nema adekvatne edukacije za rad s pacijentima s potrebama za palijativnom skrbi niti psihološke podrške za osoblje i obitelji. Medicinske sestre u pedijatrijskoj palijativnoj skrbi prepoznaju emocionalne "ožiljke" koji ostaju zbog konstantne patnje i smrti djece te često izražavaju osjećaj profesionalne iscrpljenosti i unutarnjih sukoba.

Medicinske sestre koje se suočavaju sa smrću pacijenata često osjećaju značajan psihološki teret. Nedostatak adekvatne psihološke pomoći može dovesti do depresije, anksioznosti i sagorijevanja. Sindrom sagorijevanja je čest među medicinskim sestrama u palijativnoj skrbi, uzrokovan emocionalnim stresom, visokim radnim opterećenjem i nedostatkom podrške.

Implementacija strategija za podršku medicinskim sestrama, poput redovitih supervizija, grupnih terapija i radionica za razvoj otpornosti, može pomoći u smanjenju emocionalnog tereta i poboljšanju kvalitete njege pacijenata.

**Ključne riječi:** palijativna skrb, medicinske sestre, komunikacija, psihološka podrška, sindrom sagorijevanja

**Rad sadrži:** 42 stranica; 2 slike; 51 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 care

**Scientific field:** clinical medical sciences

**Supervisor:** Gabrijela Tenžera, mag. med. techn.

### DIFFICULTIES FACED BY NURSES IN CARING FOR PATIENTS WITH PALLIATIVE CARE NEEDS

Laura Knezović, 41560

#### **Summary:**

Palliative care provides a comprehensive approach that includes medical, psychological, social, and spiritual aspects of care for patients with incurable diseases. The World Health Organization defines it as an approach that improves the quality of life for patients and their families facing serious illness. However, nurses in this field face numerous challenges, including a lack of specific education and communication difficulties.

In Croatia, although there is a National Program for the Development of Palliative Care, there is a lack of specific education programs for nurses, which hinders the provision of quality care. Communication with patients and their families is crucial but often challenging, especially when delivering bad news. Effective communication, such as following the SPIKES protocol, can help reduce stress and improve care. Continuous education and improvement of communication skills are essential for enhancing palliative care.

Working in palliative care involves significant emotional and physical burdens, and different settings within this field present specific challenges. The lack of end-of-life care procedures, inadequate spaces, high noise levels, and lack of privacy make the work more stressful. Additionally, there is often no training for working with terminally ill patients or psychological support for staff and families. Nurses in pediatric palliative care recognize the emotional "scars" left by the constant suffering and death of children, often expressing feelings of professional burnout and internal conflicts.

Nurses who deal with the death of patients frequently experience significant psychological strain. The lack of adequate psychological support can lead to depression, anxiety, and burnout. Burnout syndrome is common among palliative care nurses, caused by emotional stress, high workloads, and lack of support.

Implementing support strategies for nurses, such as regular supervision, group therapy, and resilience-building workshops, can help reduce emotional burden and improve the quality of patient care.

**Keywords:** Palliative care, nurses, communication, psychological support, burnout syndrome

**Thesis contains:** 42 pages; 2 figures; 51 references

**Original in:** Croatia

# SADRŽAJ

SAŽETAK.....	I
SUMMARY.....	II
1. UVOD .....	1
1.1. POVIJEST PALIJATIVNE SKRBI.....	1
1.2. PALIJATIVNA SKRB – CILJ.....	3
1.3. ULOGA MEDICINSKE SESTRE.....	6
1.3.1. Kompetencije medicinske sestre u palijativnoj skrbi.....	8
2. CILJ RADA .....	12
3. RASPRAVA .....	13
3.1. NEDOSTATAK SPECIFIČNE EDUKACIJE .....	13
3.2. IZAZOVI U KOMUNIKACIJI.....	15
3.2.1. Priopćavanje loših vijesti .....	16
3.3. EMOCIONALNA I FIZIČKA TEŽINA POJEDINIH RADIH MJESTA..	19
3.3.1. Hospicij i palijativni odjeli.....	19
3.3.2. Onkologija .....	21
3.3.3. Pedijatrija.....	22
3.4. NEDOSTATAK ADEKVATNE PSIHOLOŠKE PODRŠKE ZA SUOČAVANJE SA SMRĆU .....	23
3.5. SINDROM SAGORIJEVANJA .....	26
3.6. OSTALI ČIMBENICI.....	30
3.6.1. Nedostatak radne snage .....	30
3.6.2. Niske plaće.....	31
3.6.3. Noćne smjene .....	32
4. ZAKLJUČAK .....	34

<b>5. LITERATURA .....</b>	<b>36</b>
<b>6. ŽIVOTOPIS.....</b>	<b>42</b>



# 1. UVOD

Palijativna skrb predstavlja sveobuhvatan pristup koji uključuje medicinske, psihološke, socijalne i duhovne aspekte njege s ciljem pružanja podrške pacijentima koji boluju od neizlječivih bolesti koje značajno skraćuju životni vijek. Svjetska zdravstvena organizacija (engl. *World Health Organization* – WHO) definira palijativnu skrb kao „pristup koji unapređuje kvalitetu života pacijenata i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim s teškim bolestima“ (1). Ova skrb se temelji na prevenciji i ublažavanju patnje putem rane identifikacije, temeljite procjene i tretmana boli te drugih fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih problema (1).

## 1.1. POVIJEST PALIJATIVNE SKRBI

Pojam „*hospicij*“ dolazi od latinske riječi „*hospitium*“, koja označava gostoprimstvo. U rimsko doba, hospiciji su služili kao mjesta odmora za putnike, hodočasnike i pacijente, pružajući osnovnu njegu i sklonište. Koncept palijativne skrbi u današnjem obliku postao je prepoznatljiv zahvaljujući radu Cicely Saunders, pionirke modernog hospicijskog pokreta, koja je 1967. godine utemeljila prvi suvremeni hospicij u Engleskoj. Njezin rad bio je usmjeren na omogućavanje dostojanstvenog i udobnog umiranja za pacijente s neizlječivim bolestima. Saunders je naglašavala važnost holističkog pristupa, koji obuhvaća ne samo fizičke, već i emocionalne, socijalne i duhovne potrebe pacijenata (2).

Iako danas široko rasprostranjena, palijativna skrb razvila se iz hospicijskog pokreta. Prvi hospiciji su nastali kao mjesta odmora za putnike u 4. stoljeću, a u 19. stoljeću redovnici u Irskoj i Londonu osnivali su prve hospicijske ustanove namijenjene umirućim pacijentima. Moderni koncept hospicija definiran je i proširen u Ujedinjenom Kraljevstvu nakon osnivanja Hospicija Sv. Kristofora 1967. godine. Osnivačica Sv. Kristofora, Dame Cicely Saunders, smatra se ključnom figurom u razvoju ovog pokreta,

koji je nastojao pružiti palijativnu skrb koja omogućava pacijentima da umru u dostojanstvu i udobnosti (3).

Od osnivanja Sv. Kristofora, hospicijski pokret brzo se širio diljem Europe, otvaraju se hospiciji u Škotskoj, Francuskoj i Njemačkoj (3).

U Sjedinjenim Američkim Državama prvi programi palijativne skrbi u bolnicama počeli su krajem 1980-ih, a broj takvih programa značajno je porastao do danas. Više od 1400 bolnica u SAD-u sada nudi programe palijativne skrbi, a oko 80% bolnica s više od 300 kreveta koristi ove programe. Hospicijski pokret u SAD-u izrastao je iz volonterskog pokreta s ciljem poboljšanja njege za umiruće osobe. Do 2005. godine, više od 1,2 milijuna ljudi i njihovih obitelji koristilo je hospicijsku skrb, koja obuhvaća lijekove, medicinsku opremu, 24-satnu njegu i podršku voljenima prije smrti. Ova skrb se većinom pruža kod kuće, ali je također dostupna u hospicijskim rezidencijama, staračkim domovima, bolnicama i zatvorima (4).

U Hrvatskoj je koncept palijativne skrbi relativno nov, ali se brzo razvija. Početak organizirane palijativne skrbi u Hrvatskoj datira s početka 21. stoljeća, a danas postoje razne ustanove i organizacije koje pružaju ovu vrstu skrbi. Anica Jušić, hrvatska neurologinja, prva je u Hrvatskoj pokrenula hospicijski pokret i uspostavila palijativnu skrb. Godine 1994. osnovala je Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb pri Hrvatskom liječničkom zboru, kojem je bila predsjednica do 2009. godine. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske, u suradnji s nevladinim organizacijama, radi na integraciji palijativne skrbi u nacionalni zdravstveni sustav. Trenutno, palijativna skrb u Hrvatskoj uključuje bolničke jedinice, domove zdravlja i udruge koje pružaju kućnu njegu. Usvajanjem Strateškog plana razvoja palijativne skrbi od strane Vlade Republike Hrvatske 27. prosinca 2013. godine, započela je implementacija sustava palijativne skrbi na nacionalnoj razini. Danas svaka županija u Hrvatskoj ima barem jedan oblik palijativne skrbi, s ciljem stvaranja sveobuhvatnog sustava koji se sastoji od koordinatora palijativne skrbi, mobilnih palijativnih timova, ambulanta za palijativnu medicinu, dnevnih bolnica i odjela palijativne skrbi, stacionara te hospicija. Strateški plan razvoja palijativne skrbi za razdoblje 2014. - 2016. godine osigurao je dosljedan pristup razvoju palijativne skrbi diljem Hrvatske, postavljajući smjernice za ključna područja razvoja ove skrbi, uključujući organizaciju, pružanje skrbi, edukaciju i podizanje svijesti među građanima.

Dana 18. listopada 2017. godine, Vlada Republike Hrvatske usvojila je Nacionalni program razvoja palijativne skrbi za razdoblje 2017. - 2020. godine. Ovaj program predstavlja nastavak izgradnje sustava palijativne skrbi, nadovezujući se na Strateški plan razvoja palijativne skrbi za razdoblje 2014. - 2016. (5, 6).

## **1.2. PALIJATIVNA SKRB – CILJ**

Palijativna skrb je specijalizirana zdravstvena usluga usmjerena na pružanje potpore osobama s ozbiljnim bolestima, čiji je primarni cilj olakšavanje simptoma, boli i stresa povezanih s teškim stanjima, bez obzira na prognozu bolesti. Za razliku od hospicijske skrbi, koja je obično namijenjena pacijentima u terminalnim fazama bolesti, palijativna skrb može se primjenjivati u svim fazama bolesti, bilo da je riječ o kroničnim ili terminalnim stanjima. Naglasak ove skrbi je na poboljšanju kvalitete života pacijenata i njihovih obitelji, kroz cjelovit i integriran pristup liječenju (7).

Palijativna skrb temelji se na radu multidisciplinarnog tima koji obuhvaća liječnike, medicinske sestre, fizioterapeute, socijalne radnike, psihologe, duhovne savjetnike i druge stručnjake. Ova suradnja omogućuje cjelovito pristupanje fizičkim, emocionalnim, socijalnim i duhovnim potrebama pacijenata. Medicinske sestre u palijativnoj skrbi imaju ključnu ulogu pružajući holističku njegu koja se fokusira na ublažavanje boli, simptoma i emocionalnih izazova pacijenata. Osim toga, pružaju edukaciju, savjetovanje i emocionalnu podršku obiteljima u teškim trenucima. Palijativna skrb uključuje liječenje simptoma poput boli, mučnine, kratkoće daha i anksioznosti, uz pružanje psihološke i duhovne podrške, kako bi pacijenti mogli voditi što kvalitetniji život unatoč bolesti. U situacijama kada je bolest neizlječiva, cilj palijativne skrbi je pomoći pacijentima da dostojanstveno prihvate kraj života. Nakon gubitka voljene osobe, medicinske sestre pružaju obiteljima emocionalnu podršku u procesu žalovanja, pomažući im da se nose s gubitkom i educirajući ih o fazama žalovanja (7).

U širem kontekstu, palijativna skrb može se odnositi na bilo koju vrstu skrbi koja ima za cilj ublažavanje simptoma, bez obzira na to postoji li paralelno liječenje osnovne bolesti. Primjerice, palijativni tretmani mogu se koristiti za smanjenje nuspojava terapija

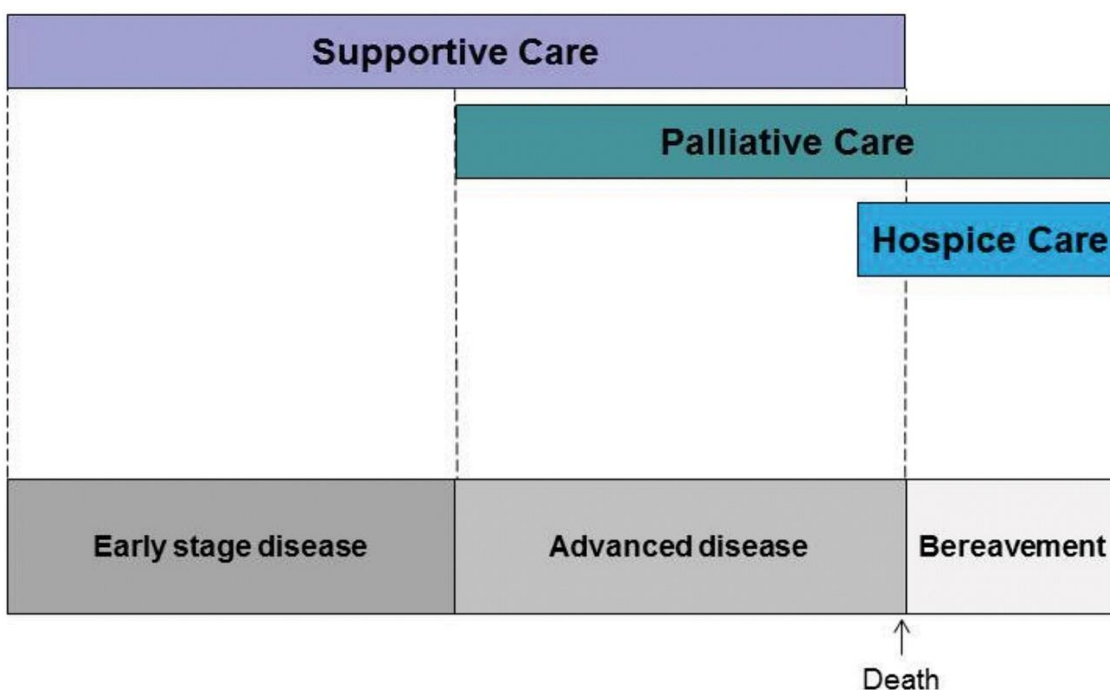
kao što su kemoterapija ili zračenje, olakšavajući simptome poput mučnine, umora i boli. Ova vrsta skrbi postaje sve važnija ne samo za pacijente s terminalnim bolestima, već i za one s kroničnim stanjima poput progresivnih plućnih bolesti, bubrežnih bolesti, kroničnog zatajenja srca, HIV/AIDS-a i neuroloških bolesti u naprednim fazama što uključuje i pedijatrijsku palijativnu skrb (8).

Palijativna skrb ima nekoliko ključnih ciljeva, uključujući smanjenje boli i drugih neugodnih simptoma, prihvaćanje života i promatranje umiranja kao prirodnog procesa, te integraciju psihološke i duhovne njege u cjelokupni plan skrbi. Ova skrb ne teži niti ubrzavanju niti odgađanju smrti, već omogućuje pacijentima da prožive preostalo vrijeme što aktivnije i s osjećajem dostojanstva. Osim što pomaže pacijentima, palijativna skrb nudi sustav podrške i njihovim obiteljima, pomažući im da se nose s teškim razdobljem i da pruže adekvatnu njegu svojim voljenima (7).

Uključivanje palijativne skrbi u ranoj fazi bolesti, uz terapije usmjerene na produženje života, poput kemoterapije ili zračenja, može značajno poboljšati ishod liječenja i kvalitetu života. U nekim slučajevima, rana primjena palijativne skrbi može produljiti životni vijek pacijenata, smanjujući potrebu za agresivnim intervencijama i poboljšavajući ukupno zdravstveno stanje. Također, palijativna skrb može biti ključna u podršci pacijentima tijekom procesa donošenja odluka o liječenju, pružajući im informacije i emocionalnu podršku potrebnu za razumijevanje opcija koje su im dostupne (9).

Potporna skrb, palijativna skrb i skrb na kraju života često se koriste za opisivanje kliničkih programa koji imaju za cilj procijeniti i upravljati fizičkim i psihosocijalnim izazovima s kojima se suočavaju pacijenti oboljeli od raka i njihove obitelji. Svi ovi programi dijele zajednički cilj – multidisciplinarnu procjenu i liječenje uobičajenih tjelesnih simptoma te psihosocijalnih poteškoća, uzimajući u obzir okolinu u kojoj pacijenti i njihove obitelji primaju skrb. Nedavno provedeni sustavni pregled raspravljao je o konceptima i definicijama potporne, palijativne i hospicijske skrbi. U tim programima naglasak se stavlja na kontrolu simptoma i poboljšanje kvalitete života kod pacijenata s bolestima koje značajno skraćuju životni vijek. Potporna skrb uglavnom se fokusira na smanjenje nuspojava i toksičnosti koje uzrokuje liječenje raka, a često se ne uključuje u interdisciplinarnu skrb. Hospicijska skrb, s druge strane, bavi se pitanjima žalovanja,

skrbi u završnoj fazi pacijentova života te pružanjem podrške kroz volonterske usluge. I palijativna i suportivna skrb mogu se primjenjivati u ranijim fazama liječenja raka, dok hospicijska i palijativna skrb obično zahtijevaju stručnjake iz područja palijativne medicine. Palijativna skrb se također može uključiti u ranim fazama bolesti, a ne samo u terminalnoj fazi, pružajući kontinuiranu podršku pacijentima i obiteljima, dok hospicijska skrb često dolazi u obzir kada se liječenje usmjerava isključivo na udobnost i kvalitetu života u posljednjim fazama bolesti (10).



**Slika 1.** Konceptualni model pružanja suportivne, palijativne skrbi i skrbi na kraju života

Izvor: [https://ascopubs.org/doi/10.14694/EdBook\\_AM.2013.33.144](https://ascopubs.org/doi/10.14694/EdBook_AM.2013.33.144)

Palijativna skrb može se provoditi u različitim okruženjima, uključujući bolnice, specijalizirane palijativne jedinice, kućnu njegu i hospicije. Bez obzira na mjesto pružanja usluge, cilj je uvijek osigurati najbolji mogući životni standard za pacijente, uz uvažavanje njihovih individualnih potreba, želja i kulturnih vrijednosti. Također, ova skrb često uključuje edukaciju pacijenata i njihovih obitelji o bolesti, simptomima i načinima upravljanja s njima, što im omogućuje bolje razumijevanje i upravljanje situacijom (9).

U kontekstu sve većeg prihvaćanja palijativne skrbi kao ključnog dijela cjelovite medicinske njege, sve više zemalja razvija nacionalne strategije i smjernice za implementaciju ove skrbi u svoje zdravstvene sustave. To uključuje integraciju palijativne skrbi u standardnu zdravstvenu njegu, obuku zdravstvenih radnika te osiguranje financijskih i organizacijskih resursa za pružanje skrbi na odgovarajući način. S obzirom na starenje populacije i porast kroničnih bolesti, uloga palijativne skrbi postaje sve značajnija, s fokusom na humanizaciju njege i unapređenje kvalitete života pacijenata i njihovih obitelji (9).

### **1.3. ULOGA MEDICINSKE SESTRE**

Medicinske sestre imaju ključnu ulogu u palijativnoj skrbi, koja se temelji na holističkom pristupu pružanju zdravstvene zaštite. Ovaj pristup obuhvaća sve aspekte pacijentovih potreba, uključujući fizičko, emocionalno i duhovno zdravlje. Profesionalne odgovornosti medicinskih sestara u ovoj oblasti proizlaze iz osnovnih načela sestrinske prakse i etičkog kodeksa, što osigurava da se sveobuhvatno i individualno pristupi svakom pacijentu. Kao prvi kontakt s pacijentom, medicinske sestre često su u prilici primijetiti promjene u zdravstvenom stanju, što može biti signal za započinjanje palijativne skrbi (10).

Palijativna skrb ima za cilj poboljšanje kvalitete života pacijenata kroz učinkovito upravljanje simptomima. Medicinske sestre koriste različite metode za procjenu simptoma, uključujući razgovor s pacijentom, fizički pregled i korištenje različitih skala za kvantificiranje simptoma. Edmontonska skala procjene simptoma (ESAS) jedan je od alata koji omogućava detaljno praćenje simptoma poput boli, umora, mučnine i depresije. Ova skala koristi vizualne analogne skale koje pomažu u preciznom mjerenju intenziteta simptoma, što omogućuje prilagodbu skrbi prema potrebama pacijenata (11).

Nakon procjene simptoma, medicinske sestre usmjeravaju svoje napore na ublažavanje simptoma koji najviše narušavaju kvalitetu života pacijenta. Kontrola boli je ključna, a sestre koriste različite pristupe za postizanje olakšanja. Farmakološke metode uključuju analgetike i opioide koje propisuje liječnik, dok nemedicinske tehnike

obuhvaćaju masažu, primjenu toplih obloga i tehnike opuštanja. Osim boli, medicinske sestre upravljaju i drugim simptomima poput mučnine, povraćanja i gubitka apetita, koristeći ordinirane lijekove poput antiemetika i antidepresiva te primjenjujući strategije za poboljšanje prehrane i higijene pacijenata (12).

Komunikacijske vještine medicinskih sestara su od suštinskog značaja u palijativnoj skrbi. One omogućavaju vođenje osjetljivih razgovora s pacijentima i njihovim obiteljima o prognozi, ciljevima skrbi i mogućnostima liječenja. Medicinske sestre često imaju ključnu ulogu u educiranju pacijenata i njihovih obitelji o palijativnoj skrbi i u vođenju s kurativne ka palijativnoj skrbi, što može biti izazovno za sve uključene u skrb pacijenta (13).

Emocionalna podrška koju medicinske sestre pružaju također je od velike važnosti. Aktivno slušanje, empatija i pružanje podrške pomažu u smanjenju stresa i tjeskobe pacijenata. Medicinske sestre često posreduju u komunikaciji između pacijenata i njihovih obitelji, pomažući im da razumiju i prihvate situaciju. Ove vještine pomažu u očuvanju kvalitete života pacijenata u teškim trenucima (13).

Unatoč važnosti njihove uloge, rad u palijativnoj skrbi može biti emocionalno iscrpljujuć. Medicinske sestre često se suočavaju s izazovima poput sagorijevanja, što može negativno utjecati na njihovu psihološku otpornost. Kako bi se nosile s ovim izazovima, važno je da medicinske sestre prakticiraju samosuosjećanje, što uključuje ljubaznost i razumijevanje prema sebi u trenucima stresa i neuspjeha. Ova praksa pomaže u izgradnji unutarnje otpornosti i omogućuje im da se suoče s izazovima na zdraviji način. Nadalje, kontinuirano obrazovanje i podrška su ključni za održavanje stručnosti medicinskih sestara u palijativnoj skrbi. Redovito usavršavanje vještina i znanja omogućava im da primjenjuju najbolje prakse u upravljanju simptomima i komunikaciji s pacijentima. Korištenje sveobuhvatnih pristupa, kao što su integrirani planovi skrbi i suradnja s multidisciplinarnim timovima, poboljšava kvalitetu skrbi i optimizira rezultate za pacijente. Važno je također da zdravstvene ustanove pruže podršku svojim zaposlenicima kroz resurse za upravljanje stresom i promociju mentalnog zdravlja. Organizacijska podrška, uključujući pristup savjetovanju i grupama za podršku, može značajno pomoći u očuvanju psihološkog blagostanja medicinskih sestara. Uz to, supervizija u palijativnoj skrbi predstavlja ključan element podrške za medicinske sestre

omogućujući im da kroz strukturirane razgovore s iskusnim mentorima reflektiraju o svojim iskustvima, izazovima i emocionalnim reakcijama. Redovita supervizija ne samo da pomaže u sprječavanju sagorijevanja, već i poboljšava kvalitetu skrbi kroz kontinuirano profesionalno usavršavanje i emocionalnu podršku (14).

U konačnici, uloga medicinskih sestara u palijativnoj skrbi je ključna za pružanje visokokvalitetne, humanističke skrbi koja poboljšava život pacijenata u njihovim posljednjim trenucima. Kombinacija stručnosti, empatije i podrške je ono što čini palijativnu skrb učinkovitom i holističkom te osigurava da pacijenti i njihove obitelji dobiju potrebnu pomoć i utjehu.

### **1.3.1. Kompetencije medicinske sestre u palijativnoj skrbi**

Europsko udruženje za palijativnu skrb (engl. *European Association for Palliative Care – EAPC*) u svojoj Bijeloj knjizi definira ključne kompetencije koje bi zdravstveni i socijalni radnici trebali posjedovati u području palijativne skrbi. Danas je općeprihvaćeno da se palijativna skrb može pružati na svim razinama zdravstvene zaštite, od primarne do tercijarne. Zbog toga se očekuje da svi zdravstveni djelatnici budu osposobljeni za pružanje kvalitetne palijativne skrbi, kako bi zadovoljili potrebe pacijenata i njihovih obitelji, bez obzira na dijagnozu. Iako određeni aspekti obuke moraju biti prilagođeni pojedinim profesijama, neki elementi obrazovanja i ključne kompetencije zajednički su za sve stručnjake koji rade u palijativnoj skrbi (15).

Autori Bijele knjige donose deset ključnih kompetencija u palijativnoj skrbi, a svaka od njih se može primijeniti na ulogu medicinske sestre:

#### **1. Primjenjivati ključne komponente palijativne skrbi u okruženju u kojem se pacijenti i njihove obitelji nalaze**

Medicinske sestre moraju biti sposobne primijeniti osnovne elemente palijativne skrbi u različitim okruženjima, uključujući bolnice, domove pacijenata i ustanove za



dugotrajnu skrb. To uključuje razumijevanje i poštivanje specifičnih potreba i preferencija pacijenata te prilagodbu skrbi u skladu s okruženjem u kojem se pacijent nalazi.

## **2. Omogućiti pacijentu da se tijekom cijele bolesti osjeća što udobnije**

Medicinske sestre su odgovorne za upravljanje simptomima i nelagodama pacijenata, uključujući bol, mučninu i druge simptome koji se mogu pojaviti. Njihova zadaća je osigurati da pacijentu bude fizički, emocionalno i psihički što udobnije, koristeći medicinske intervencije i tehnike koje su u skladu s najboljom praksom.

## **3. Udovoljiti pacijentovim psihološkim potrebama**

Osim fizičke njege, medicinske sestre moraju biti osjetljive na psihološke potrebe pacijenata. Ovo uključuje pružanje podrške u suočavanju s tjeskobom, depresijom i strahom, koji su česti u palijativnoj skrbi. Medicinske sestre trebaju koristiti empatiju i suosjećanje, stvarajući povjerljiv odnos u kojem se pacijent osjeća sigurno i podržano.

## **4. Udovoljiti pacijentovim socijalnim potrebama**

Medicinske sestre također igraju ključnu ulogu u povezivanju pacijenata s društvenim resursima i podrškom. To može uključivati suradnju sa socijalnim radnicima, pomaganje pacijentima i obiteljima u pristupu financijskoj pomoći te osiguravanje podrške u svakodnevnim aktivnostima.

## **5. Udovoljiti pacijentovim duhovnim potrebama**

Duhovna skrb je često važna komponenta palijativne skrbi. Medicinske sestre moraju biti otvorene za razgovor o duhovnim pitanjima i spremne podržati pacijente u

njihovim duhovnim praksama, bilo da je riječ o organiziranju pastoralne skrbi ili jednostavno pružanju prostora za molitvu i refleksiju.

#### **6. Odgovoriti na potrebe obiteljskih negovatelja u odnosu na kratkoročne, srednjoročne i dugoročne ciljeve skrbi za pacijenta**

Medicinske sestre imaju ključnu ulogu u edukaciji i podršci obiteljskih negovatelja, pomažući im da razumiju proces skrbi i donesu informirane odluke. Ovo uključuje i podršku obitelji u postavljanju realističnih očekivanja i ciljeva te upravljanje stresom i emocionalnim teretom koji prate negovateljsku ulogu.

#### **7. Odgovoriti na izazove povezane s kliničkim i etičkim odlučivanjem u palijativnoj skrbi**

Medicinske sestre često se suočavaju s etičkim dilemama u palijativnoj skrbi, poput odluka o prekidu liječenja ili uporabi agresivnih intervencija. Njihova uloga uključuje suradnju s pacijentima, obiteljima i liječnicima kako bi se donijele odluke koje su u najboljem interesu pacijenta, poštujući njihove vrijednosti i želje.

#### **8. Provoditi koordinaciju sveobuhvatne skrbi i interdisciplinarni timski rad u svim okruženjima u kojima se pruža palijativna skrb**

Medicinske sestre su često ključne osobe u koordinaciji palijativne skrbi, osiguravajući da svi članovi tima – liječnici, socijalni radnici, terapeuti – rade zajedno na osiguravanju kontinuiteta skrbi. One osiguravaju da su sve potrebne usluge dostupne pacijentima i da su svi članovi tima svjesni planova skrbi.

#### **9. Razvijati interpersonalne i komunikacijske vještine primjerene palijativnoj skrbi**

U palijativnoj skrbi, komunikacija je neizostavni dio pružanja palijativne skrbi. Medicinske sestre moraju razviti snažne interpersonalne vještine kako bi učinkovito

komunicirale s pacijentima, obiteljima i kolegama. To uključuje aktivno slušanje, jasno izražavanje, empatiju i sposobnost upravljanja teškim razgovorima o smrti i umiranju.

### **10. Razvijati samosvijest i kontinuirano se profesionalno usavršavati**

S obzirom na emocionalnu težinu palijativne skrbi, važno je da medicinske sestre razvijaju samosvijest i redovito procjenjuju svoje emocionalno stanje. Također je ključno kontinuirano profesionalno usavršavanje kako bi bile u toku s najnovijim praksama u palijativnoj skrbi te kako bi mogle pružiti najbolju moguću skrb pacijentima.

Ključne kompetencije navedene u ovoj Bijeloj knjizi trebale bi se shvatiti kao sredstvo za uspostavljanje zajedničkog jezika u palijativnoj skrbi i obrazovanju diljem te se očekuje da svi djelatnici koji rade u palijativnoj skrbi, bez obzira na svoje specifično područje ili ulogu, posjeduju ove kompetencije (15).

## **2. CILJ RADA**

Cilj ovog završnog rada je utvrditi i analizirati moguće teškoće s kojima se medicinske sestre svakodnevno susreću na svojim radnim mjestima prilikom pružanja skrbi pacijentima s potrebama za palijativnom skrbi.

### **3. RASPRAVA**

Razni aspekti kao što su nedostatak specifične edukacije, izazovi u komunikaciji, emocionalna i fizička težina radnog mjesta u palijativnoj skrbi, manjak radne snage, nedostatak adekvatne psihološke podrške za svakodnevno suočavanje sa smrću, sindrom sagorijevanja, nepostojanje specijalizacije te nedovoljna financijska nagrada značajno otežavaju rad medicinskih sestara u palijativnoj skrbi. Ovi čimbenici ne samo da utječu na kvalitetu skrbi koju sestre mogu pružiti, već također smanjuju njihovu profesionalnu i osobnu dobrobit, povećavajući rizik od iscrpljenosti i smanjenja motivacije za rad u palijativnoj skrbi.

#### **3.1. NEDOSTATAK SPECIFIČNE EDUKACIJE**

Medicinske sestre u palijativnoj skrbi suočavaju se s izazovima koji zahtijevaju specifična znanja i vještine. Iako formalno obrazovanje pokriva osnove skrbi, specijalizirana edukacija za palijativnu skrb ne postoji. Edukacija koja obuhvaća upravljanje simptomima, psihosocijalnu podršku i komunikaciju s terminalnim pacijentima nužna je za učinkovito obavljanje ovog posla. Međutim, programi specijalizacije u ovom području nisu dostupni u Republici Hrvatskoj, što dodatno otežava rad medicinskim sestrama koje se suočavaju s ovim izazovnim zadacima.

Medicinske sestre čine najveću skupinu zdravstvenih radnika uključenih u palijativnu skrb, ali obrazovanje o palijativnoj skrbi u Europi značajno varira. Iako je Europska udruga za palijativnu skrb (engl. *European association for palliative care* – EAPC) 2004. godine pokrenula „Vodič za razvoj obrazovanja medicinskih sestara u palijativnoj skrbi“, njegov utjecaj na razvoj edukacije nije sustavno evaluiran. Rezultati istraživanja kojega su proveli Pereira i sur., pokazali su kako u 56% zemalja palijativna skrb nije obavezna u dodiplomskom obrazovanju, ali je vodič poznat i korišten u mnogim zemljama za promicanje obrazovanja sestara u ovom području. Zaključeno je da obrazovanje o palijativnoj skrbi znatno varira, a vodič EAPC pokazuje kako političke mjere mogu pozitivno utjecati na razvoj obrazovanja. Preporučuje se šire korištenje

vodiča i njegova implementacija u radu kako bi sestrinstvo u palijativnoj skrbi bilo priznato i certificirano kao specijalizacija u cijeloj Europi (16).

Iako u Republici Hrvatskoj postoji Nacionalni program razvoja palijativne skrbi, koji je dio šireg okvira zdravstvene strategije zemlje, ne postoji specifičan program koji se usredotočuje na edukaciju medicinskih sestara o palijativnoj skrbi. Nacionalni program, usvojen 18. listopada 2017. godine, predstavlja nastavak provedbe sustava palijativne skrbi i nadovezuje se na prethodne strateške planove. Njime su obuhvaćene aktivnosti usmjerene na daljnji razvoj sustava palijativne skrbi, uključujući uspostavu organizacijskih oblika, međusobno povezivanje dionika i nastavak izrade kurikuluma u palijativnoj skrbi. Međutim, iako program prepoznaje potrebu za edukacijom, konkretni nacionalni program za sustavnu obuku medicinskih sestara u području palijativne skrbi još uvijek nije uspostavljen. Medicinske sestre, koje su ključne za pružanje kvalitetne palijativne skrbi, suočavaju se s izazovima u pogledu specijalizirane edukacije. U ovom trenutku, specifična obuka koja bi bila dostupna svim medicinskim sestrama nije implementirana na nacionalnoj razini, unatoč prepoznatoj važnosti edukacije za poboljšanje skrbi za pacijente s palijativnim potrebama, uključujući vulnerabilne skupine poput djece, branitelja, osoba s dementnim poremećajima i drugih (17).

Kako u Republici Hrvatskoj, tako i u mnogim drugim zemljama medicinske sestre nisu adekvatno pripremljene za pružanje skrbi pacijentima u terminalnoj fazi. Ograničeno obrazovanje i nedostatak specifične obuke negativno utječu na njihovu sposobnost pružanja adekvatne palijativne skrbi. Istraživanja pokazuju da postoji nedostatak sveobuhvatnih i učinkovitih metoda obuke u palijativnoj skrbi (18).

Palijativna skrb često nije uključena u formalno obrazovanje medicinskih sestara, zbog čega je kontinuirano obrazovanje ključno za njihovu stručnu spremnost. Međutim, mnoge medicinske sestre nailaze na prepreke koje ih odvrćaju od nastavka obrazovanja, uključujući vremenska ograničenja uzrokovana problemima s rasporedom i nedostatkom osoblja, kao i ograničene resurse unutar zdravstvenog sustava, osobito u ruralnim područjima i javno financiranim bolnicama (19).

Radna okruženja trebala bi omogućiti lakši pristup kontinuiranom obrazovanju kroz suradnju s obrazovnim resursima ili stvaranjem partnerstva između prakse i akademskih institucija, čime bi se medicinskim sestrama osigurale prilike za dodatnu obuku. Ove

obrazovne ponude trebale bi biti fleksibilne, dopuštajući pristup resursima temeljenima na webu, poput telementorstva, videokonferencija ili virtualnih simulacija, bez obzira na lokaciju ili raspored rada medicinskih sestara. Iako neki dokazi sugeriraju da isključivo online pristupi možda nisu najoptimalniji za postizanje kompetencija u palijativnoj skrbi, potrebno je dodatno istražiti utjecaj virtualnog učenja na ishode pacijenata (20).

Edukacija o palijativnoj skrbi također mora biti prilagođena različitim zdravstvenim ustanovama. S obzirom na sve veći prelazak zdravstvenih sustava na izvanbolničku skrb u zajednici, partnerstva između prakse i zajednice trebala bi zajedno obučavati medicinske sestre za akutnu skrb i ambulantne usluge, čime bi se povećala dostupnost rane, prilagođene primarne palijativne skrbi u zajednici. Kako bi se osigurao profesionalni razvoj među medicinskim sestrama, kontinuirano obrazovanje trebalo bi biti povezano s promotivnim poticajima (21).

U tom kontekstu, važno je razviti i implementirati sustave obuke koji će medicinskim sestrama omogućiti stjecanje potrebnih znanja i vještina te ih bolje pripremiti za rad s pacijentima u terminalnim fazama bolesti. Primjerice, u Švicarskoj postoji dobro uspostavljen sustav specijalizacije za palijativnu skrb, gdje medicinske sestre prolaze kroz specijalizirane programe usavršavanja koji uključuju teoretsku i praktičnu obuku u bolnicama i zajednici. Osim Švicarske, zemlje poput Velike Britanije, Švedske i Norveške također su razvile specijalizirane programe obuke u palijativnoj skrbi kako bi osigurale visoku kvalitetu skrbi za pacijente u završnim fazama života.

### **3.2. IZAZOVI U KOMUNIKACIJI**

Jedan od ključnih aspekata skrbi za pacijente s palijativnim potrebama je komunikacija – kako s pacijentima, tako i s njihovim obiteljima. Medicinske sestre često imaju zadatak voditi u razgovoru i pružiti emocionalnu podršku u najosjetljivijim trenucima. Ipak, nedostatak odgovarajuće edukacije u komunikacijskim vještinama može otežati ovaj proces, što rezultira povećanim stresom i sagorijevanjem. Potreba za kontinuiranim usavršavanjem u komunikaciji ističe važnost dodatne edukacije i podrške.

Učinkovita komunikacija, zajedničko donošenje odluka te procjena potreba pacijenata i njihovih obitelji tijekom palijativne skrbi ključni su elementi medicinske prakse. Nažalost, mnogi pacijenti u palijativnoj fazi suočavaju se s problemima u komunikaciji sa svojim zdravstvenim djelatnicima. To uključuje poteškoće u razumijevanju i korištenju pruženih informacija, kao i ograničenu sposobnost prihvatanja medicinskih informacija. Ovi problemi često proizlaze iz emocionalnog i psihičkog stresa uzrokovanog ozbiljnošću njihove zdravstvene situacije. Dodatno, čimbenici poput niže razine obrazovanja, starije životne dobi ili ograničene zdravstvene pismenosti pacijenta također mogu doprinijeti teškoćama u komunikaciji (22).

Navedeni komunikacijski problemi predstavljaju značajan izazov, s obzirom na to da pacijenti često smatraju kvalitetnu komunikaciju sa zdravstvenim radnicima jednim od najvažnijih aspekata palijativne skrbi. Loša komunikacija može rezultirati nezadovoljstvom pacijenata, prekidom kontinuiteta skrbi te smanjenom sigurnošću i autonomijom pacijenata, što dodatno otežava proces zajedničkog donošenja odluka. Stoga je unapređenje komunikacije između pacijenata i njihovih pružatelja zdravstvenih usluga od presudne važnosti za postizanje kvalitetnije i učinkovitije palijativne skrbi (23).

### **3.2.1. Priopćavanje loših vijesti**

Priopćavanje loših vijesti pacijentu, poput saznanja o neizlječivoj bolesti, može imati dubok utjecaj na sve aspekte njegova života. Kada osoba primi ovu vijest, često se suočava s promjenom u prioritetima i načinima gledanja na život, što utječe ne samo na nju samu, već i na njenu obitelj. Ova vijest može uzrokovati velik emocionalni stres i promijeniti načine na koje osoba planira i organizira svoj život. Stoga, priopćavanje loših vijesti predstavlja velik izazov za medicinske sestre u palijativnoj skrbi (24).

Reakcije na loše vijesti razlikuju se od osobe do osobe i često ovise o prethodnim iskustvima, sposobnosti upravljanja stresom te osobnim karakteristikama kao što su dob i zrelost. Način na koji se vijest prenosi također može značajno utjecati na reakciju pacijenta. Neprikladan ili neosjetljiv pristup može dodatno pogoršati psihosocijalno



stanje pacijenta, dok pažljiv i promišljen pristup može poboljšati razumijevanje i suradnju (24).

Najveća prepreka za medicinske sestre u prenošenju loših vijesti su neučinkovite komunikacijske vještine. Loša komunikacija može uzrokovati visoke razine stresa. Briga za pacijente može dodatno opteretiti njegovatelje, koji se mogu osjećati prisiljeni skrivati informacije od pacijenata kako bi ih zaštitili od dodatne patnje. Mnogo je čimbenika koji utječu na proces priopćavanja loših vijesti, uključujući kompleksnost komunikacije i upravljanje negativnim reakcijama pacijenata, prilagodbu načina dostave vijesti prema individualnim preferencijama i kulturnim potrebama pacijenata, upravljanje vlastitim emocionalnim reakcijama te rad u okviru vremenskih i resursnih ograničenja radnog okruženja (25).

Pri priopćavanju loših vijesti važno je koristiti jasnu i razumljivu komunikaciju. Preporučuje se započeti razgovor s nekim ohrabrujućim informacijama, ali istovremeno je ključno biti iskren i ne prikazivati stanje pacijenta bolje nego što jest. Detaljno objašnjavanje svih aspekata bolesti i postupno iznošenje ključnih informacija može pomoći pacijentu da shvati situaciju. Također, važno je procijeniti emocionalnu stabilnost pacijenta i osigurati vrijeme i prostor kako bi razumio sve informacije koje su mu pružene. Pružanje dovoljno vremena za razmišljanje i postavljanje pitanja može pomoći pacijentu da se nosi s novonastalom situacijom.

Postoje različiti protokoli za učinkovito priopćavanje loših vijesti, a jedan od njih je SPIKES protokol (slika 2). Ovaj protokol nudi strukturiran pristup i može uključivati sljedeće korake (26):

- **S** – *Setting up the Interview* (postavljanje konteksta razgovora): osiguranje da razgovor bude vođen u privatnom, mirnom okruženju bez ometanja
- **P** – *Perception* (percepcija): provjeravanje što pacijent već zna o svom stanju i kako razumije svoju situaciju
- **I** – *Invitation* (poziv): pitanje pacijenta koliko informacija želi saznati o svojoj bolesti i pristupanju liječenju
- **K** – *Knowledge* (znanje): jasno i sažeto pružanje medicinskih informacija, uključujući dijagnozu i prognozu

- **E** – *Emotions* (emocije): prepoznavanje i izražavanje empatije prema pacijentovim emocijama, te pružanje podrške
- **S** – *Strategy and Summary* (strategija i sažetak): razvijanje plana daljnjeg djelovanja i osiguranje da pacijent razumije sljedeće korake u liječenju i podršci.

Primjena ovakvog pristupa može pomoći u smanjenju stresa i omogućiti pacijentu da se bolje nosi s teškim vijestima.

Figure



**Slika 2.** SPIKES protokol

Izvor: <https://skarabatic.blogspot.com/2019/02/priopcavanje-losih-vijesti-4-protokol.html>

### **3.3. EMOCIONALNA I FIZIČKA TEŽINA POJEDINIH RADNIH MJESTA**

Rad u palijativnoj je često intenzivan i emocionalno zahtjevan. Medicinske sestre se svakodnevno suočavaju s teškim emocionalnim teretom brige za umiruće pacijente. Težina ovih radnih mjesta može dovesti do iscrpljenosti i sagorijevanja, posebno ako nema adekvatne podrške i resursa. Rad u ovakvim uvjetima zahtijeva ne samo fizičku izdržljivost nego i emocionalnu otpornost, što dodatno opterećuje medicinske sestre.

#### **3.3.1. Hospicij i palijativni odjeli**

Biti medicinska sestra u hospiciju, kao i na palijativnim odjelima iznimno je složena uloga koja uključuje suočavanje s brojnim emocionalno zahtjevnim situacijama. Rad u hospiciju često nosi veliku emocionalnu izloženost, zbog čega mnoge medicinske sestre nerado govore o vlastitim emocionalnim iskustvima. Važno je prepoznati i verbalizirati te emocionalne izazove, a stvaranje sigurnog okruženja u kojem bi medicinske sestre mogle slobodno izraziti svoje emocije ključno je za osiguranje bolje podrške i smanjenje rizika od emocionalnog sagorijevanja (27).

U palijativnoj njezi i hospicijima, medicinske sestre često se suočavaju s dubokim emocionalnim izazovima koji proizlaze iz interakcije s umirućim pacijentima. Mnoge od njih priznaju da su emocionalno pogođene na različite načine. Dok rade s pacijentima, prepoznaju vlastite emocije i često se suočavaju s potrebom da ih potisnu ili sakriju privremeno, s namjerom da ih izraze kasnije, u odgovarajućem trenutku. Takvi trenuci često uključuju razgovore s kolegama ili kod kuće sa supružnicima (28).

Unatoč tome što mogu privremeno skrivati svoje emocije, sve su svjesne važnosti priznanja i suočavanja s vlastitim emocionalnim reakcijama. Ključna vještina koju posjeduju je sposobnost da se ne boje emocionalne uključenosti. Dopuštanje pacijentima da ih emotivno dotaknu zahtijeva oprez kako ih emocije ne bi preplavile. Mnoge od njih kontinuirano balansiraju između osjećaja pacijenata i vlastitih osjećaja, što može biti izuzetno zahtjevno (27, 28).

Osjećaj emocionalne dirnutosti često je povezan sa svjedočenjem patnji koje pacijenti prolaze. Razlikuju se između činjenja nečega „za“ pacijente i bivanja „s“ pacijentima i njihovim obiteljima. Biti „s“ pacijentima, ali istovremeno nemati mogućnost promjene njihove životne situacije, predstavlja poseban emocionalni izazov. Ovo stanje često opisuju kao duboko emotivno iscrpljujuće i zahtijeva stalnu unutarnju snagu i profesionalizam (28).

Medicinske sestre doživljavaju i „poistovjećivanje“ i „distanciranje“ kao emocionalne reakcije prilikom suočavanja s umirućim osobama. Kada govore o iskustvima vezanim uz distanciranje i poistovjećivanje, otkriva se dinamička povezanost između ovih pojmova, jer se distanciranje ponekad doživljava kao reakcija na prekomjerno poistovjećivanje s osobom koja pati. Dok se distanciranje može opisati kao rezultat nemogućnosti da se apsorbira dodatna patnja, ono se također smatra korisnim u produženom procesu povezivanja s patnjom. Zbog intenzivnog poistovjećivanja, medicinske sestre razvijaju različite strategije za postizanje emocionalne udaljenosti. Jedna medicinska sestra opisala je svoju strategiju kao „psihološku podršku“, gdje je neprekidno govorila sebi: „ovo nije moja obitelj, ovo nisam ja.“ Bila je svjesna kada je ova strategija bila potrebna jer je prepoznavala situacije koje su je emotivno pogađale na dubljoj razini (28).

Fizička težina posla u hospicijima i palijativnim odjelima za medicinske sestre uključuje fizički napor koji proizlazi iz pružanja intenzivne njege pacijentima u terminalnim fazama bolesti. Medicinske sestre često moraju podizati i premještati pacijente, što može uzrokovati fizičku iscrpljenost i rizik od ozljeda. Dugotrajni radni sati i potreba za stalnom spremnošću dodatno doprinose fizičkom umoru. Zbog čestih i emotivno zahtjevnih intervencija, ove sestre često doživljavaju tjelesnu napetost i bolove. Stalna briga za fizičko zdravlje i primjena pravih tehnika za smanjenje tjelesnog stresa ključni su za očuvanje njihove dugoročne fizičke dobrobiti. Uz to, neprekidna izloženost emocionalnim stresorima može otežati fizičku regeneraciju, što dodatno povećava potrebu za odmorom i oporavkom. Razvoj i primjena učinkovitih strategija za prevenciju povreda i fizičkog stresa postaju presudni u održavanju njihove sposobnosti za pružanje kvalitetne njege. Također, redovito praćenje zdravlja i pristup stručnim savjetima za ergonomiju i fizičku pripremu može značajno poboljšati njihovu radnu učinkovitost i dugoročno zdravlje (29).

### 3.3.2. Onkologija

Na onkološkim odjelima, gdje pacijenti provode posljednje dane svog života i često pate od značajne boli, medicinske sestre na odjelima onkologije imaju ključnu ulogu u pružanju skrbi. One provode mnogo vremena s pacijentima oboljelim od malignih bolesti tijekom svih faza bolesti i suočavaju se s različitim izazovima u tom procesu. Kao negovatelji sestre se suočavaju s brojnim emocionalnim problemima, uključujući nelagodu, bespomoćnost, krivnju i poteškoće u upravljanju negativnim emocijama (30).

Podrška pacijentima oboljelim od maligne bolesti i njihovim obiteljima zahtijeva značajan mentalni i emocionalni angažman od strane medicinskih sestara. Studije u Jordanu i Saudijskoj Arabiji pokazale su da medicinske sestre na onkologiji često doživljavaju izgaranje, profesionalni stres, sukob između posla i privatnog života, tjeskobu zbog smrti i emocionalni umor. Sestre koje se ne mogu nositi s vlastitim negativnim emocijama možda neće biti u mogućnosti pružiti adekvatnu podršku pacijentima (30).

Emocionalni problemi medicinskih sestara na onkološkim odjelima značajni su s obzirom na zahtjevne uvjete na odjelu i potrebe hospitaliziranih pacijenata. Pacijenti očekuju da sestre pokažu brižnost i povećaju pažnju na njihove emocionalne i fizičke potrebe. Briga o pacijentima s malignom bolešću može biti emocionalno iscrpljujuća, a sestre su pod utjecajem iskustava pacijenata zbog bliskih odnosa s njima i njihovim obiteljima. Emocije medicinskih sestara imaju ključnu ulogu u kvaliteti skrbi koju pružaju. Studije su pokazale da poboljšanje emocionalnog zdravlja medicinskih sestara može povećati zadovoljstvo pacijenata, sigurnost pacijenata i kvalitetu skrbi. Problemi poput izgaranja mogu negativno utjecati na kvalitetu zdravstvene skrbi na različite načine, uključujući iscrpljenost, depersonalizaciju i smanjeno vrijeme provedeno s pacijentima, što može dovesti do pogrešaka. Iskustva onkoloških medicinskih sestara također mogu biti pod utjecajem kulturnih uvjerenja i konteksta (31).

### 3.3.3. Pedijatrija

Pedijatrijska palijativna skrb fokusira se na potrebe djece i adolescenata sa stanjima koja ozbiljno ugrožavaju njihov život ili terminalnim bolestima, uključujući i skrb za obitelj. Članovi interdisciplinarnog tima za pedijatrijsku palijativnu skrb odgovorni su za poboljšanje kvalitete života djeteta i njegove obitelji, kao i za prevenciju i ublažavanje patnje. To uključuje postavljanje ciljeva skrbi, upravljanje simptomima i pomoć u donošenju odluka u složenim ili kritičnim situacijama, uključujući skrb na kraju života i podršku obitelji u žalosti nakon djetetove smrti.

Zdravstveni djelatnici u ovom polju često se suočavaju s emocionalno iscrpljujućim iskustvima zbog dugotrajne prirode skrbi u pedijatrijskoj palijativnoj skrbi, koja se razlikuje od palijativne skrbi za odrasle. Ova dugotrajna skrb dovodi do jačih emocionalnih veza između praktičara, pacijenata i njihovih obitelji, što može dodatno povećati emocionalno opterećenje. Suočavanje sa smrću djeteta često je posebno uznemirujuće i traumatično za zdravstvene radnike, u usporedbi s iskustvom smrti odraslih osoba (32).

Medicinske sestre koje pružaju palijativnu skrb za djecu prepoznale su niz značajnih teškoća i emocionalnih izazova povezanih s tim radom. Ova tema se fokusira na dva ključna aspekta: osjećaj emocionalnih ožiljaka te doživljaj smrti teško bolesne djece (33).

Medicinske sestre su istaknule kako kompleksna skrb za teško bolesnu djecu i njihovu obitelj može ostaviti dubok emocionalni trag. Kontinuirani kontakt s djecom i obiteljima tijekom procesa bolesti, smrti i žalosti često je iscrpljujući, a ove situacije često ostavljaju emocionalne „ožiljke“. Zdravstveni djelatnici su koristili izraze poput „ostavlja ožiljak“ i „dodaje se u vaš ruksak“ kako bi opisali kumulativne učinke stalnog suočavanja s patnjom i smrću. Na primjer, jedna medicinska sestra je naglasila: „Bilo je trenutaka kada sam trebala uzeti pauzu i ponovno se vratiti, jer je stvarno teško. Gledanje djece i obitelji u patnji dodaje se u vaš ruksak, a trenutak djetetove smrti je vrlo emotivan i iscrpljujući.“ Osim toga, iskustva poput svjedočenja patnje djece zbog neprikladnih intervencija ili neučinkovitog upravljanja simptomima također su duboko utjecala na emocionalno stanje medicinskih sestara. Svjedočanstvo jedne medicinske sestre prikazuje

kako teške smrti ostavljaju snažan utisak: „Prvi put kad sam vidjela dijete koje umire, to je bilo iskustvo koje se trajno urezalo u moju pamet“ (33). Stručnjaci su također istaknuli da rad u pedijatrijskoj palijativnoj skrbi može biti emocionalno iscrpljujući zbog stalnog izlaganja patnji i pogoršanju stanja djece. Osim toga, stalno suočavanje s tugom obitelji može izazvati osjećaj profesionalne iscrpljenosti i unutarnjih sukoba. Jedna sestra opisuje: „Ponekad se osjećam kao da bih trebala prestati raditi zbog emocionalnog tereta, ali savjest me drži da nastavim“ (33).

Nadalje, medicinske sestre su također navele kako su prethodna negativna klinička iskustva u drugim službama, kao što su bolnice, često utjecala na njihov interes za rad u palijativnoj skrbi. Loša iskustva s teškim smrtnim slučajevima, uključujući smrt djece bez fizičkog kontakta s roditeljima i lošu kontrolu simptoma, dovela su ih do želje za pružanjem boljih uvjeta u okviru palijativne skrbi (34).

Jedan od aspekata koji su posebno istaknuti bio je „terapeutska tvrdoglavost“ u kliničkim praksama, gdje se kurativni pristupi primjenjuju i kada više nisu korisni. Ovo iskustvo je dovelo do refleksije kod medicinskih sestara, koji su shvatili potrebu za promjenom u pristupu skrbi. „Pogled na djecu koja su bila podvrgnuta dodatnim agresivnim tretmanima i nije im se pružila palijativna skrb, utjecao je na moje shvaćanje i želju za radom u palijativnoj skrbi“ (34).

Ova iskustva ukazuju na potrebu za boljom podrškom i strategijama koje će pomoći medicinskim sestrama da se nose s emocionalnim teretom i izazovima koji dolaze s pružanjem palijativne skrbi za djecu.

### **3.4. NEDOSTATAK ADEKVATNE PSIHOLOŠKE PODRŠKE ZA SUOČAVANJE SA SMRĆU**

Svakodnevno suočavanje sa smrću i umiranjem može imati značajan psihološki utjecaj na medicinske sestre. Nedostatak adekvatne psihološke pomoći dodatno pogoršava situaciju, jer sestre često nemaju priliku obraditi svoje emocije i stres. Ovo može dovesti do razvoja depresije, anksioznosti i sindroma sagorijevanja. Potrebno je

osigurati dostupnost psihološke podrške i savjetovanja kako bi se smanjio emocionalni teret koji medicinske sestre nose.

Smrt druge osobe može duboko utjecati na svakog pojedinca, a emocije koje ljudi doživljavaju razlikuju se ovisno o tome je li preminula osoba bila rođak ili neznamac. Medicinske sestre su često izložene smrti zbog prirode svog posla, što također utječe na njihove emocije. Istraživanja pokazuju da je 11% medicinskih sestara iz jedne radne skupine prilikom provođenja istraživanja o osjećajima i emocijama medicinskih sestara povezanih sa umiranjem i smrću pacijenata priznalo da vrlo emotivno reaguju na smrt pacijenata, dok je gotovo 56% pokušavalo kontrolirati svoje emocije. Trećina ispitanika, odnosno 33%, nastojala je zadržati distancu. Studija također sugerira da su medicinske sestre s dužim radnim stažem bolje u upravljanju svojim emocijama (35).

Najčešće emocije koje prate osoblje u situacijama smrti pacijenata su suosjećanje, tuga i bespomoćnost. Među medicinskim sestrama s manje od pet godina radnog iskustva, bespomoćnost (62,5%), suosjećanje (54,17%) i tuga (54,17%) bile su najčešće navedene emocije, dok je 41,67% njih navelo depresiju. Kod medicinskih sestara s 6 do 10 godina iskustva, tuga (76,47%), bespomoćnost (52,94%) i suosjećanje (52,94%) bile su najčešće. Među onima s 11-20 godina iskustva, suosjećanje (69,57%), tuga (60,87%) i bespomoćnost (47,83%) bile su dominantne emocije. Za medicinske sestre s više od 20 godina radnog staža, suosjećanje (68,83%), tuga (58,44%) i bespomoćnost (44,19%) prevladavale su. Analizom radnih odjela, suosjećanje (79,41%) i tuga (76,46%) bile su najčešće emocije među sestrama na kirurgiji, suosjećanje (58,97%) u intenzivnoj njezi, te suosjećanje (74,29%), bespomoćnost (62,86%) i tuga (60%) na hitnom prijemu. Ravnodušnost nije bila prisutna ni na jednom od analiziranih odjela, dok su ljutnja i očaj bile prisutne na odjelima kirurgije i intenzivne njege, a očaj je primijećen i na hitnom prijemu (35).

Najučinkovitije strategije suočavanja, prema rezultatima, su aktivno suočavanje i planiranje, jer su ove strategije najčešće i stabilne među medicinskim sestrama. Ove strategije mogu pridonijeti boljoj psihološkoj prilagodbi na stresne situacije, dok su strategije koje podrazumijevaju izbjegavanje ili poricanje manje korisne. Aktivna strategija suočavanja ima najvišu prosječnu vrijednost, što ukazuje na to da je najčešće korištena. Niska standardna devijacija pokazuje relativno stabilne rezultate među



medicinskim sestrama, što sugerira da većina ispitanika aktivno traži rješenja za probleme. Planiranje je također visoko rangirana strategija, s malo nižim prosjekom od aktivnog suočavanja, ali sličnom standardnom devijacijom. To ukazuje na to kako medicinske sestre često koriste planiranje kao način suočavanja sa stresom. Pozitivna revalorizacija, iako nešto manje korištena od prve dvije, i dalje ima relativno visok prosjek. Pozitivna revalorizacija, koja podrazumijeva preispitivanje situacije u pozitivnijem svjetlu, može biti učinkovit način suočavanja sa stresom. Prihvatanje je često korištena i stabilna među medicinskim sestrama, što ukazuje na to da mnogi prihvaćaju stresne situacije kao dio života i prilagođavaju se (35).

Smisao za humor i okretanje vjeri manje su korištene strategije, ali nisu nužno manje važne. Ove strategije mogu biti korisne za određene skupine ljudi ili u specifičnim situacijama, ali se općenito rjeđe koriste. S druge strane, strategije poput upotrebe psihoaktivnih supstanci i poricanja nikako ili vrlo malo su korištene, što može ukazivati na njihovu neučinkovitost ili potencijalno štetne učinke u suočavanju sa stresom (35).

Istraživanja o psihološkoj podršci dostupnoj medicinskim sestrama koje se suočavaju sa smrću u zdravstvenim ustanovama ističu nekoliko važnih problema. Medicinske sestre u palijativnoj skrbi i skrbi na kraju života, osobito one koje se često suočavaju sa smrću pacijenata, suočavaju se s velikim emocionalnim izazovima. Nedostatak adekvatne psihološke podrške može dovesti do emocionalne iscrpljenosti, sindroma izgaranja i smanjene sposobnosti pružanja suosjećajne skrbi.

Studije sugeriraju da, iako neke medicinske sestre razvijaju emocionalnu otpornost kroz osobne strategije suočavanja, poput *mindfulnessa* i reflektivnih praksi, mnoge se i dalje osjećaju nedovoljno podržanima od strane svojih organizacija. Emocionalni teret patnje pacijenata, osobito u kontekstu mladih pacijenata ili onih bez obiteljske podrške, dodatno naglašava potrebu za učinkovitim resursima za mentalno zdravlje. Nažalost, mnoge zdravstvene ustanove ne pružaju dovoljno savjetodavnih usluga ili obuke za izgradnju otpornosti za svoje medicinske sestre (36).

U Saudijskoj Arabiji istraživanja su pokazala da podrška kolega, mentorstvo i organizacijski resursi mogu poboljšati emocionalnu otpornost među medicinskim sestrama. Međutim, ovi sustavi podrške nisu univerzalno dostupni, što dovodi do razlika u sposobnosti medicinskih sestara da se nose s emocionalnim zahtjevima svog posla (37).

Uz navedene probleme, medicinske sestre se često suočavaju s osjećajem izolacije i nemogućnošću da dijele svoje iskustvo s drugima, što dodatno otežava njihovu emocionalnu prilagodbu. Ove sestre su svakodnevno izložene intenzivnim emocijama, a bez odgovarajuće podrške, mogu razviti simptome anksioznosti i depresije, što ne samo da negativno utječe na njihovo zdravlje, nego i na kvalitetu skrbi koju pružaju pacijentima. Jedan od ključnih problema je stigmatizacija traženja psihološke pomoći u nekim zdravstvenim ustanovama, gdje se to često smatra znakom slabosti. Ovo dodatno otežava medicinskim sestrama da potraže pomoć kada im je potrebna. Također, organizacijska kultura često ne prepoznaje dovoljno važnost mentalnog zdravlja medicinskih sestara, što dovodi do nedostatka formalnih programa podrške (38).

Povezanost između emocionalne iscrpljenosti i smanjenja profesionalnog zadovoljstva također je dobro dokumentirana. Medicinske sestre koje se osjećaju preopterećeno i bez podrške imaju veću vjerojatnost da će napustiti svoju profesiju, što doprinosi kroničnom nedostatku osoblja u zdravstvenom sektoru. Kvalitetna psihološka podrška može smanjiti stopu fluktuacije osoblja i poboljšati dugoročne ishode za pacijente (38).

Poboljšanje psihološke podrške medicinskim sestrama je ključno te se može postići kroz bolji pristup savjetodavnim uslugama, stvaranje poticajnog radnog okruženja te pružanje prilika za profesionalni razvoj i rast. Implementacija redovitih supervizija, grupnih terapija i radionica za razvijanje otpornosti može biti učinkovit način za podršku medicinskim sestrama. Važno je također promovirati kulturu koja cijeni emocionalno zdravlje i osigurati pristup resursima bez stigmatizacije. Osiguravanje vremena za odmor i refleksiju može pomoći u prevenciji sindroma izgaranja. U konačnici, ulaganje u psihološku podršku za medicinske sestre ne samo da poboljšava njihovu dobrobit, nego i doprinosi kvalitetnijoj njezi pacijenata.

### **3.5. SINDROM SAGORIJEVANJA**

Sagorijevanje je jedan od najvećih rizika za medicinske sestre u palijativnoj skrbi. Zbog emocionalnog stresa, visokog radnog opterećenja i nedostatka podrške, sestre često

razvijaju simptome sagorijevanja, kao što su fizička iscrpljenost, emocionalna otupljenost i osjećaj profesionalne neefikasnosti. Ovaj sindrom ne samo da negativno utječe na njihove osobne živote, već smanjuje i kvalitetu skrbi koju pružaju pacijentima. Rješenja bi uključivala smanjenje radnog opterećenja, povećanje broja osoblja te uvođenje redovitih programa podrške za prevenciju sagorijevanja.

Sindrom sagorijevanja je trodimenzionalni sindrom koji se često javlja među stručnjacima koji rade u javnom sektoru, kao što su zdravstveni radnici. Karakteriziran je emocionalnom iscrpljenošću, koja se odnosi na osjećaj iscrpljenosti zbog fizičkog i psihičkog stresa na poslu; depersonalizacijom, koja uključuje sklonost tretiranju ljudi kao objekata i cinizmom; te niskim osobnim postignućem, što je osjećaj nezadovoljstva vlastitim radom. *Maslach Burnout Inventory* (MBI) je glavni alat za procjenu ovog sindroma širom svijeta (39).

Simptomi sindroma sagorijevanja kod medicinskih sestara su prisutni u svim područjima zdravstvene skrbi i uključuju teškoće s koncentracijom, umor, razdražljivost, nesanicu, bolove u mišićima, glavobolje, anksioznost, palpitacije, emocionalnu nestabilnost, te smanjenu koncentraciju i pamćenje. Ako ovi simptomi potraju duže od dva tjedna i značajno utječu na svakodnevni život, to može ukazivati na razvoj sindroma sagorijevanja. Ovi simptomi se najčešće javljaju kada medicinska sestra nije u stanju prilagoditi se visokom stupnju stresa. Visoke razine stresa mogu proizaći iz neusklađenosti između zadataka, organizacije zdravstvenog sustava i odgovornosti zaposlenika, a ključni čimbenik može biti i osobnost pojedinca. Sindrom sagorijevanja nastaje zbog dugotrajnog nesrazmjera između onoga što osoba daje i onoga što prima na radnom mjestu. Ako se sindrom sagorijevanja ne prepozna i ne tretira na vrijeme, može dovesti do ozbiljnih posljedica kao što su anksioznost, depresija, ovisnosti, pa čak i suicidalnih misli (40).

Sagorijevanje je posebno često među medicinskim sestrama, koje su jedna od najpogođenijih skupina. Različiti profesionalni, psihološki i sociodemografski čimbenici mogu utjecati na razvoj sagorijevanja. Na primjer, stariji zaposlenici obično pokazuju manje emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije, dok muškarci u ovom zanimanju često iskazuju višu razinu depersonalizacije od žena. Različiti čimbenici utječu na razvoj sindroma sagorijevanja kod medicinskih sestara. Starije medicinske sestre pokazuju veću

otpornost prema izgaranju u usporedbi s mlađim kolegicama, iako to nije uvijek statistički značajno. Profesionalni čimbenici, poput predanosti poslu, osjećaja slobode, mogućnosti razvoja te utjecaja i značenja rada povezani su s nižim rizikom od sagorijevanja kod medicinskih sestara koje rade u palijativnoj skrbi. S druge strane radno opterećenje, osobito ako prelazi osam sati dnevno, povećava rizik od sagorijevanja. Zadovoljstvo balansiranjem između posla i obitelji, kao i veće plaće, povezani su s nižom emocionalnom iscrpljenošću (39, 41).

Odnosi s pacijentima i njihovim obiteljima također imaju važnu ulogu. Sukobi s pacijentima ili njihovim obiteljima mogu dovesti do povećane emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije, dok sukobi s kolegama i nadređenima imaju sličan učinak. Psihološki čimbenici također doprinose razvoju sindroma sagorijevanja. Manja ekstrovertnost i niža društvena povezanost povezuju se s manjom emocionalnom iscrpljenošću, dok viši stupanj neuroticizma povećava rizik. Dobro psihičko zdravlje i osjećaj smisla u životu štite od sagorijevanja, dok su psihološki stres i negativni afekt povezani s povećanim rizikom. Medicinske sestre koje pokazuju veću psihološku izdržljivost i osnaženost također imaju niže razine sagorijevanja. Naposljetku, umjerene razine osobnog postignuća češće su prisutne kod sestara koje nisu previše sklone promjenama (39,41).

Neka istraživanja su pokazala da sagorijevanje može negativno utjecati na zdravlje medicinskih sestara, uzrokujući nesanicu, razdražljivost, glavobolje te biti povezano s anksioznošću i depresijom. Također, sagorijevanje može povećati broj grešaka na poslu, smanjiti kvalitetu i sigurnost skrbi te doprinijeti bolovanju ili napuštanju profesije. Još jedan čimbenik koji može utjecati na sagorijevanje kod medicinskih sestara je radna jedinica u kojoj su zaposlene. Različite jedinice imaju različite uvjete rada, vrstu bolesti, pacijente i etička pitanja, što može dovesti do varijacija u razinama sagorijevanja. Na primjer, u ginekološkim jedinicama najviše je pogođena dimenzija niskog osobnog postignuća, u pedijatrijskim onkološkim jedinicama najčešće je prisutna emocionalna iscrpljenost, dok je u medicinskim jedinicama depersonalizacija manje izražena (39).

Prevenција stresa obuhvaća dva glavna pristupa. Prvi pristup uključuje promjene kod pojedinca putem treninga upravljanja stresom, što uključuje edukaciju o prirodi stresa, učenje različitih vještina i prepoznavanje osjećaja. Ovaj pristup može poboljšati unutarnju kontrolu i spriječiti sagorijevanje na radnom mjestu kroz strategije poput

refleksije i upravljanja vremenom, ali je usmjeren na simptome, što može dovesti do kratkoročnih rezultata. Drugi pristup fokusira se na smanjenje stresa promjenom organizacije posla, uključujući prilagodbu radnog vremena, sudjelovanje u donošenju odluka, poboljšanje socijalne interakcije i jasnije definiranje radnih uloga. Ovaj pristup cilja na uzroke stresa, no zahtijeva značajnu ulogu uprave u reorganizaciji rada (40).

Edukacija u sestrinstvu trebala bi poticati medicinske sestre i tehničare na prepoznavanje prijetnji stresa i pravovremeno traženje pomoći. Psihoedukacija je ključna komponenta preventivnih programa i trebala bi uključivati aktivnosti koje smanjuju stres i bolovanja uzrokovana stresom. Voditelji medicinskih službi trebali bi promicati i provoditi različite intervencije za smanjenje sagorijevanja i poboljšanje kvalitete zdravstvene njege (40).

Istraživanje u Republici Hrvatskoj iz 2008. godine rezultiralo je uvidom u ulogu komunikacijskih vještina, otpornosti, religioznosti i socijalne podrške u razumijevanju profesionalnog sagorijevanja među zaposlenima u palijativnoj skrbi. Rezultati su pokazali da, iako ove varijable imaju značajan, ali relativno mali utjecaj na profesionalno sagorijevanje, odnosi među njima su vjerojatno složeniji unutar specifičnih profesija. Stoga je preporučljivo da buduća istraživanja, provedena na većim uzorcima zaposlenih u palijativnoj skrbi, uspoređuju odnose među analiziranim varijablama unutar različitih profesionalnih podskupina. Također, s obzirom na postojeće nedostatke i manjak komparativnih studija o iskustvima rada u palijativnoj skrbi u Hrvatskoj, potrebna su daljnja istraživanja na ovom području. Rano prepoznavanje simptoma sagorijevanja može biti ključan korak u očuvanju mentalnog zdravlja zaposlenih te u osiguravanju bolje kvalitete podrške i pomoći umirućim osobama i njihovim obiteljima (42).

Preporuke za bolju edukaciju i podršku medicinskim sestrama uključuju nekoliko ključnih koraka. Prvo, potrebno je osigurati obuku za medicinske sestre koja bi kroz kratka i dokazima potkrijepljena osposobljavanja razvijala vještine komunikacije, postavljanja ciljeva njege i donošenja odluka na kraju života, uz prilagodbu postojećih programa i njihovu dostupnost u svim ustanovama. Drugo, važno je integrirati kompetencije palijativne skrbi u sve razine sestričkog obrazovanja, kako bi medicinske sestre bile osposobljene za zagovaranje potreba palijativne skrbi u različitim kliničkim okruženjima. Konačno, potrebna je snažna administrativna podrška kako bi se stvorilo

zdravo radno okruženje koje poboljšava moral i podržava sestrinsku praksu, uz poticanje kulture koja naglašava brigu o vlastitom fizičkom i emocionalnom zdravlju (43).

## **3.6. OSTALI ČIMBENICI**

### **3.6.1. Nedostatak radne snage**

Prema procjenama, samo jedna od deset osoba kojima je potrebna palijativna skrb zaista dobiva ovu uslugu, a globalna potreba za skrbi za osobe s bolestima opasnim po život će se nastaviti povećavati zbog starenja populacije i rasta broja kroničnih nezaraznih bolesti. Do 2060. godine, očekuje se da će se potražnja za palijativnom skrbi gotovo udvostručiti. U većini zemalja pružanje palijativne skrbi znatno zaostaje za potrebama, a svake godine više od 56,8 milijuna ljudi, uključujući 25,7 milijuna osoba u posljednjoj godini života, zahtijeva ovu vrstu skrbi (44).

No, unatoč većoj potražnji za palijativnoj skrbi postoji nedostatak medicinskih sestara koje rade u palijativnoj službi. Globalni nedostatak medicinskih sestara, posebno u palijativnoj skrbi, predstavlja značajan problem. Procjene sugeriraju da je samo mali postotak medicinskog osoblja posvećen palijativnoj skrbi, što odražava širi izazov u zadovoljenju sve veće potražnje za uslugama skrbi na kraju života diljem svijeta (45).

U Europi broj medicinskih sestara u palijativnoj skrbi značajno varira između država. Neke zemlje imaju dobro razvijene sustave palijativne skrbi integrirane u svoje zdravstvene okvire, dok druge tek razvijaju svoje usluge. Primjerice, Europska udruga za palijativnu skrb (EAPC) naglašava neujednačenost u obrazovanju i dostupnosti medicinskih sestara diljem regije. U Sjedinjenim Američkim Državama sve veći naglasak stavlja se na palijativnu njegu zbog starenja stanovništva i povećanja broja kroničnih nezaraznih bolesti. Ipak, i dalje postoji manjak educiranih medicinskih sestara za palijativnu skrb, uz napore da se ova vrsta skrbi šire integrira u obrazovanje medicinskih sestara. U Ujedinjenom Kraljevstvu postoji razvijen sektor palijativne skrbi, s većim brojem specijaliziranih sestara, ali i dalje postoje izazovi u zadovoljenju potražnje, posebno u ruralnim područjima. U Aziji je situacija raznolika, pri čemu su zemlje poput

Japana i Južne Koreje napredovale u palijativnoj skrbi, dok druge zemlje tek razvijaju ove usluge(45, 46).

U Hrvatskoj se sektor palijativne skrbi još uvijek razvija, uz napore da se obučiti više medicinskih sestara i integrira palijativna skrb u nacionalni zdravstveni sustav. Međutim, dostupnost medicinskih sestara specijaliziranih u ovom području i dalje je ograničena.

Nedostataka medicinskih sestara pogoršavaju brojni čimbenici, a glavni među njima su: izgaranje i emocionalna iscrpljenost, nedovoljno osoblja te nedostatak podrške i edukacije.

Općenito, iako se globalno napreduje, manjak medicinskih sestara u palijativnoj skrbi ostaje gorući problem koji zahtijeva stalnu pažnju i ulaganja.

### **3.6.2. Niske plaće**

Niske plaće medicinskih sestara u palijativnoj skrbi predstavljaju ozbiljan izazov u zdravstvenom sustavu, posebno u zemljama s niskim i srednjim prihodima. Iako se od medicinskih sestara u palijativnoj skrbi traži visok nivo stručnosti i emocionalne inteligencije, njihova plaća često ne odražava složenost posla koji obavljaju. Ovaj problem dodatno je pogoršan činjenicom da se palijativna skrb često ne doživljava kao prioritetno područje zdravstvene skrbi, što rezultira ograničenim financiranjem i niskim plaćama za zdravstvene radnike u tom sektoru (47).

Jedan od razloga za niske plaće u ovom sektoru je percepcija da palijativna skrb nije profitabilna jer ne donosi neposredne financijske koristi zdravstvenim ustanovama. Ova percepcija dovodi do nedostatka ulaganja u osoblje i resurse, uključujući i adekvatno plaćanje medicinskih sestara. U mnogim zemljama, posebno onima s niskim prihodima, medicinske sestre u palijativnoj skrbi često primaju plaće koje su ispod nacionalnog prosjeka, unatoč činjenici da njihova uloga zahtijeva visoku razinu stručnosti i često uključuje rad u emocionalno iscrpljujućim uvjetima (48).

Niske plaće također negativno utječu na motivaciju i zadržavanje osoblja u palijativnoj skrbi. Medicinske sestre suočene s niskim plaćama često traže bolje plaćene

pozicije u drugim dijelovima zdravstvenog sustava ili izvan njega, što dodatno pogoršava već postojeći nedostatak osoblja u palijativnoj skrbi. Ovaj odljev kadrova stvara začarani krug gdje manjak osoblja dodatno povećava opterećenje na preostale medicinske sestre, što rezultira višim stopama izgaranja i daljnjim smanjenjem kvalitete skrbi (47).

S druge strane, zemlje koje su prepoznale važnost palijativne skrbi i uložile u adekvatno plaćanje medicinskih sestara bilježe bolje rezultate u pružanju skrbi na kraju života. Povećanje plaća i ulaganje u obuku medicinskih sestara u palijativnoj skrbi može poboljšati ne samo kvalitetu skrbi, već i zadovoljstvo poslom među medicinskim sestrama, smanjujući time stope napuštanja profesije i poboljšavajući ukupnu efikasnost zdravstvenog sustava (49).

Zaključno, dok se globalna potražnja za palijativnom skrbi nastavlja povećavati, pitanje niskih plaća medicinskih sestara u ovom sektoru mora postati prioritet. Potrebne su političke inicijative i financijska ulaganja kako bi se osiguralo da medicinske sestre u palijativnoj skrbi budu adekvatno plaćene i cijenjene za njihov ključni doprinos zdravstvenom sustavu.

### **3.6.3. Noćne smjene**

Noćne smjene medicinskih sestara u palijativnoj skrbi predstavljaju ključan aspekt zdravstvene njege koji iziskuje posebnu pažnju, stručnost i posvećenost. Tijekom noći, medicinske sestre suočavaju se s različitim izazovima, uključujući upravljanje simptomima, pružanje emocionalne potpore pacijentima i njihovim obiteljima te održavanje visokih standarda skrbi u situacijama koje često zahtijevaju hitne odluke.

Smjena počinje preuzimanjem odgovornosti od dnevnog tima, što uključuje detaljno upoznavanje s pacijentima, njihovim trenutnim stanjem i planovima liječenja. Ovaj prijelaz je kritičan jer omogućuje kontinuitet u njezi i osigurava da se svi važni aspekti pacijentovog zdravlja i dobrobiti pravilno prate. U noćnim smjenama, medicinske sestre ne samo da provode redovito praćenje vitalnih znakova i simptoma, već i prilagođavaju terapije prema potrebama, kako bi se osigurala maksimalna udobnost i kvaliteta života pacijenata (50).



Brza reakcija na promjene u stanju pacijenata ključna je za učinkovito upravljanje kriznim situacijama. S obzirom na to da se mnogi pacijenti u palijativnoj skrbi suočavaju s teškim simptomima i pogoršanjem stanja, medicinske sestre moraju biti spremne na pružanje potrebnih intervencija i prilagodbe tretmana u stvarnom vremenu. Ovaj aspekt posla zahtijeva visoku razinu stručnosti i sposobnost donošenja odluka pod pritiskom (51).

Komunikacija s obiteljima pacijenata također je izuzetno važna. Obitelji često traže emocionalnu podršku i informacije o stanju svojih voljenih te je odgovornost medicinskih sestara da pruže jasne, empatične i pravovremene informacije. To može uključivati objašnjavanje složenih medicinskih postupaka, savjetovanje o mogućim opcijama liječenja ili pružanje utjehe u trenucima stresa i tuge.

Noćne smjene zahtijevaju visoku razinu organizacije i samostalnosti. Timovi su manji i komunikacija između članova tima može biti otežana, što povećava odgovornost pojedine medicinske sestre. Potrebna je sposobnost donošenja odluka bez stalnog nadzora, što može biti zahtjevno, ali je ključno za pružanje kontinuiteta u njezi. Također, medicinske sestre moraju biti spremne na nepredviđene situacije i hitne slučajeve, koji mogu zahtijevati brzu adaptaciju i promjene u planu njege (50, 51).

Emocionalna otpornost i sposobnost suočavanja sa stresom su ključne za očuvanje vlastitog zdravlja i profesionalne predanosti. Noćne smjene često dovode do promjena u tjelesnom ritmu i poremećaja u obrascima spavanja, što može imati dugoročne učinke na zdravlje medicinskih sestara. Stoga je važno osigurati adekvatne pauze i mogućnosti za odmor kako bi se održala dugoročna učinkovitost i zadovoljstvo na poslu. Strategije poput redovitog fizičkog vježbanja, uravnotežene prehrane i tehnika opuštanja mogu pomoći u upravljanju stresom i prevenciji sindroma izgaranja (50).

U konačnici, noćne smjene u palijativnoj skrbi ne samo da zahtijevaju visok stupanj stručnosti i pažnje, već i duboku emocionalnu posvećenost i suosjećanje prema pacijentima i njihovim obiteljima. Njihova uloga u pružanju humane i holističke skrbi, posebno tijekom noći, čini ih neophodnim dijelom palijativnog tima i ključnim faktorom u poboljšanju kvalitete života pacijenata u njihovim posljednjim danima.

## 4. ZAKLJUČAK

Nedostatak specifične edukacije za palijativnu skrb predstavlja značajnu prepreku u osiguravanju kvalitetne skrbi za pacijente u terminalnim fazama bolesti. Iako osnovno obrazovanje medicinskih sestara obuhvaća temelje skrbi, specijalizirana obuka koja uključuje upravljanje simptomima, psihosocijalnu podršku i komunikaciju s terminalnim pacijentima često nedostaje. U Europi, a posebno u Hrvatskoj, nedostatak formalnih programa i specijalizacija otežava medicinskim sestrama pružanje efikasne palijativne skrbi. Istraživanja pokazuju da iako su neki vodiči i preporuke dostupni, njihova implementacija varira, a specifična obuka još uvijek nije sistematski utemeljena.

Skrb za pacijente u palijativnoj fazi predstavlja kompleksan i emocionalno zahtjevan izazov za medicinske sestre i druge zdravstvene radnike. Izazovi u komunikaciji, posebno pri priopćavanju loših vijesti, naglašavaju potrebu za dodatnom edukacijom i podrškom. Učinkovita komunikacija je ključna za kvalitetu palijativne skrbi i može značajno utjecati na iskustvo pacijenata i njihovih obitelji, kao i na samu učinkovitost skrbi. Korištenje strukturiranih protokola poput SPIKES protokola može pomoći u smanjenju stresa i poboljšanju razumijevanja te suradnje između pacijenata i zdravstvenih radnika.

Pored komunikacijskih izazova, rad u palijativnoj skrbi često nosi visok emocionalni i fizički teret. Radna mjesta poput hospicija, onkoloških odjela, kao i pedijatrijskih palijativnih jedinica, izložena su specifičnim preprekama koje uključuju nedostatak podrške, visoke razine stresa i emocionalno iscrpljujuće iskustvo. Medicinske sestre u ovim područjima suočavaju se s velikim izazovima, uključujući strukturalne prepreke, probleme s obiteljima pacijenata, kao i emocionalne i profesionalne poteškoće povezane s visokom stopom sagorijevanja.

Emocionalna iscrpljenost, sagorijevanje i profesionalni stres su prisutni u svim aspektima palijativne skrbi, a rad u okruženju gdje se suočavaju s patnjom i smrću pacijenata dodatno opterećuje osoblje. Potrebno je sustavno pristupiti rješavanju ovih problema kako bi se poboljšala kvaliteta skrbi, podrška za osoblje i osigurali bolji uvjeti za pacijente i njihove obitelji.

Kako bi se unaprijedila palijativna skrb, ključno je osigurati specijalizacije u palijativnoj skrbi, pružiti emocionalnu i profesionalnu podršku osoblju te razviti strategije koje će pomoći u suočavanju s emocionalnim i fizičkim izazovima. Integriran pristup i kontinuirana evaluacija postojećih praksi mogu značajno doprinijeti poboljšanju kvalitete palijativne skrbi i općem blagostanju pacijenata i zdravstvenih radnika. Osiguranje adekvatne psihološke podrške, smanjenje radnog opterećenja, povećanje broja specijaliziranih sestara i osiguranje adekvatnih plaća ključni su za očuvanje mentalnog zdravlja medicinskih sestara i poboljšanje kvalitete skrbi za pacijente. Stvaranje poticajnog radnog okruženja i pružanje potrebne obuke i podrške može značajno unaprijediti palijativnu skrb i zadovoljstvo svih uključenih strana.

## 5. LITERATURA

1. World Health Organization. [Internet]. Geneva: Organizacija; c2024 [pristupljeno 23. srpnja 2024.]. Palliative care; [oko pola zaslona]. Dostupno na: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
2. Garcia-Baquero Merino M, Roqué M, Pettus K, Carreño M. The Challenges Facing Palliative Care Advocacy: What Is in a Name? IntechOpen. 2021 Jun 16.
3. Milicevic N. The hospice movement: History and current worldwide situation. Archive of Oncology. 2002 Jan 1;10.
4. Dumanovsky T, Augustin R, Rogers M, Lettang K, Meier DE, Morrison RS. The Growth of Palliative Care in U.S. Hospitals: A Status Report. J Palliat Med. 2016;19(1):8-15.
5. Stažnik A. Razvoj palijativne skrbi [Diplomski rad]. Đakovo: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu; 2022 [pristupljeno 27. srpnja 2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:120:91>
6. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. [Internet]. Zagreb; c2024. [pristupljeno 27. srpnja 2024.] Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. – 2020. Republika Hrvatska; [oko pola zaslona]. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZVOJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020%20usvojen%2018.10.2017..pdf>
7. Rome RB, Luminais HH, Bourgeois DA, Blais CM. The role of palliative care at the end of life. Ochsner J. 2011;11(4):348-352.
8. Haun MW, Estel S, Rücker G, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2017;6(6):CD011129.
9. T Hugar LA, Wulff-Burchfield EM, Winzelberg GS, Jacobs BL, Davies BJ. Incorporating palliative care principles to improve patient care and quality of life in urologic oncology. Nat Rev Urol. 2021;18(10):623-635.
10. Hagan TL, Xu J, Lopez RP, Bressler T. Nursing's role in leading palliative care: A call to action. Nurse Educ Today. 2018;61:216-219.

11. Battat M, Omair N, WildAli MA, et al. Factors associated with palliative care symptoms in cancer patients in Palestine. *Sci Rep.* 2023;13(1):16190.
12. Wells N, Pasero C, McCaffery M. Improving the quality of care through pain assessment and management. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 17.
13. Wittenberg E, Goldsmith JV, Chen CK, Prince-Paul M. A conceptual model of the nurse's role as primary palliative care provider in goals of care communication. *PEC Innov.* 2024;4:100254.
14. Davis MP, Bruera E, Morganstern D. Early Integration of Palliative and Supportive Care in the Cancer Continuum: Challenges and Opportunities. *Am Soc Clin Oncol Educ Book.* 2013;33:144-150.
15. Grgasović NH. Ključne kompetencije u palijativnoj skrbi: Bijela knjiga Europskog udruženja za palijativnu skrb o obrazovanju u području palijativne skrbi – 1. dio. *Medicusnet.hr.* 2013;11(1).
16. Martins Pereira S, Hernández-Marrero P, Pasma HR, Capelas ML, Larkin P, Francke AL. Nursing education on palliative care across Europe: Results and recommendations from the EAPC Taskforce on preparation for practice in palliative care nursing across the EU based on an online-survey and country reports. *Palliat Med.* 2021;35(1):130-141.
17. Ministarstvo zdravstva. Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.-2020. Zagreb: Ministarstvo zdravstva; 2017. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZVOJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020-%20usvojen%2018.10.2017..pdf>
18. Hao Y, Zhan L, Huang M, Cui X, Zhou Y, Xu E. Nurses' knowledge and attitudes towards palliative care and death: a learning intervention. *BMC Palliat Care.* 2021;20(1):50.
19. Parekh de Campos A, Levoy K, Pandey S, et al. Integrating Palliative Care into Nursing Care. *Am J Nurs.* 2022;122(11):40-45.
20. Manson J, Gardiner C, Taylor P, et al. 'Palliative care education in nursing homes: a qualitative evaluation of telementoring. *BMJ Support Palliat Care.* 2021.

21. Killackey T, Lovrics E, Saunders S, Isenberg SR. Palliative care transitions from acute care to community-based care: A qualitative systematic review of the experiences and perspectives of health care providers. *Palliat Med.* 2020;34(10):1316-1331.
22. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *Int J Clin Pract.* 2015;69(11):1257-1267.
23. Roodbeen R, Vreke A, Boland G, et al. Communication and shared decision-making with patients with limited health literacy; helpful strategies, barriers and suggestions for improvement reported by hospital-based palliative care providers. *PLoS One.* 2020;15(6):e0234926.
24. Antolković M. Psihološka podrška medicinske sestre/tehničara u palijativnoj skrbi [Završni rad]. Koprivnica: Sveučilište Sjever; 2022 [pristupljeno 13. kolovoza 2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:957320>
25. Wahyuni S, Gautama MSN, Simamora TY. A Literature Review of Nurses Challenges and Barriers in Assisting Patients and Families Facing Breaking Bad News. *Indian J Palliat Care.*
26. Rosenzweig MQ. Breaking bad news: a guide for effective and empathetic communication. *Nurse Pract.* 2012;37(2):1-4.
27. Broom A, Kirby E, Good P, Wotton J, Yates P, Hardy J. Negotiating futility, managing emotions: Nursing the transition to palliative care. *Qual Health Res.* 2014;25(3):299-309.
28. Ingebretsen LP, Sagbakken M. Hospice nurses' emotional challenges in their encounters with the dying. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2016;11:31170.
29. Cho EJ, Cho HH. Factors influencing compassion fatigue among hospice and palliative care unit nurses. *J Hosp Palliat Care.* 2021;24(1):13-25.
30. Chuah PF, Lim M, Choo SL, Woo GY, To HK, Lau KY, et al. A qualitative study on oncology nurses' experiences of providing palliative care in the acute care setting. *Proc Singapore Healthcare.* 2017;17:17–25.
31. Moghadam MP, Nasiri A, Mahmoudirad G. Exploring the Emotional Concerns of Oncology Nurses: A Qualitative Study. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2022;27(5):425-431.

32. Kase SM, Waldman ED, Weintraub AS. A cross-sectional pilot study of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in pediatric palliative care providers in the United States. *Palliat Support Care*. 2019;17(3):269-275.
33. Rico-Mena P, Güeita-Rodríguez J, Martino-Alba R, Castel-Sánchez M, Palacios-Ceña D. The Emotional Experience of Caring for Children in Pediatric Palliative Care: A Qualitative Study among a Home-Based Interdisciplinary Care Team. *Children (Basel)*. 2023;10(4):700.
34. Roach JE, Al Omari O, John SE, et al. Challenges experienced by nurses in providing pediatric palliative care: An interpretive phenomenological analysis. *J Palliat Care*. 2023;38(3):355-63.
35. Kostka AM, Borodzicz A, Krzemińska SA. Feelings and Emotions of Nurses Related to Dying and Death of Patients - A Pilot Study. *Psychol Res Behav Manag*. 2021;14:705-717.
36. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; National Academy of Medicine; Committee on the Future of Nursing 2020–2030; Flaubert JL, Le Menestrel S, Williams DR, et al., editors. **\*\*The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity.\*\*** Washington (DC): National Academies Press (US); 2021 May 11. 10, Supporting the Health and Professional Well-Being of Nurses.
37. Rayani AM, Alodhailah AM, Alreshidi SM. A cross-sectional study of resilience and well-being among nursing students in Saudi Arabia. *SAGE Open Med*. 2024;12:20503121241245224.
38. Iwanowicz-Palus G, Mróz M, Kowalczyk K, Szlendak B, Bień A, Cybulski M. Nurses Coping with Stressful Situations-A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(17):10924.
39. Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, Velando-Soriano A, et al. Burnout in Palliative Care Nurses, Prevalence and Risk Factors: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(20):7672.
40. Omašić K. Povezanost specifičnih čimbenika stresa i kvalitete života medicinskih sestara zaposlenih u palijativnoj skrbi. [Diplomski rad]. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek;

- 2021 [pristupljeno 21. kolovoza 2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:359670>
41. Cantorna CG, Martínez CG, Santos JMM, Crego MG. Stress levels among healthcare staff in palliative care units. *Gerokomos*. 2012;23:59-62.
  42. Macuka I, Tucak Junaković I, Božić D. Profesionalno sagorijevanje zaposlenih na području palijativne skrbi . *Društvena istraživanja* [Internet]. 2020 [pristupljeno 21. kolovoza 2024.];29(2):287-308. Dostupno na: <https://doi.org/10.5559/di.29.2.06>
  43. Blum D, Seiler A, Schmidt E, Pavic M, Strasser F. Patterns of integrating palliative care into standard oncology in an early ESMO designated center: a 10-year experience. *ESMO Open*. 2021;6(3):100147.
  44. World Health Organization. [Internet]. Geneva: Organizacija; c2024 [pristupljeno 23. kolovoza 2024.]. WHO takes steps to address glaring shortage of quality palliative care services; [oko pola zaslona]. Dostupno na: <https://www.who.int/news/item/05-10-2021-who-takes-steps-to-address-glaring-shortage-of-quality-palliative-care-services>
  45. Paal P, Brandstötter C, Lorenzl S, Larkin P, Elsner F. Postgraduate palliative care education for all healthcare providers in Europe: Results from an EAPC survey. *Palliat Support Care*. 2019;17(5):495-506.
  46. Ferrell B, Rosa WE. Understanding End of Life Nursing Practices and End of Life Across Cultures. *Cancer Treat Res*. 2023;187:137-149.
  47. Appiah EO, Menlah A, Xu J, et al. Exploring the challenges and roles of nurses in delivering palliative care for cancer patients and co-morbidities in Ghana. *BMC Palliat Care*. 2023;22(1):121.
  48. Edwards RL, Patrician PA, Bakitas M, Markaki A. Palliative care integration: a critical review of nurse migration effect in Jamaica. *BMC Palliat Care*. 2021;20(1):155.
  49. Bittencourt NCCM, Duarte SDCM, Marcon SS, et al. Patient Safety in Palliative Care at the End of Life from the Perspective of Complex Thinking. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(14):2030.



50. Alfonsi V, Scarpelli S, Gorgoni M, Pazzaglia M, Giannini AM, De Gennaro L. Sleep-Related Problems in Night Shift Nurses: Towards an Individualized Interventional Practice. *Front Hum Neurosci.* 2021;15:644570.
51. Da Silva MM, Moreira MC, Leite JL, Erdmann AL. Nursing work at night in palliative oncology care. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2013 May-June;21(3):773-9.

## **6. ŽIVOTOPIS**

### **OSOBNI PODACI:**

IME I PREZIME: Laura Knezović

DATUM I MJESTO ROĐENJA: 07.10.2002. Split

E-MAIL: [luraknezovic95@gmail.com](mailto:luraknezovic95@gmail.com)

### **OBRAZOVANJE:**

2009. – 2017. – Osnovna škola Stobreč

2017 – 2021. – Gimnazija Marko Marulić, Split

2021 – 2024. – Preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstvo, Split

### **STRANI JEZICI:**

Engleski jezik

### **DODATNE INFORMACIJE:**

Poznavanje računalnih programa, MS Office.