

Komunikacija u palijativnoj skrbi

Brodar, Sandra

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:433134>

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

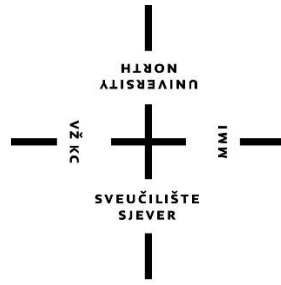
Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-01**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





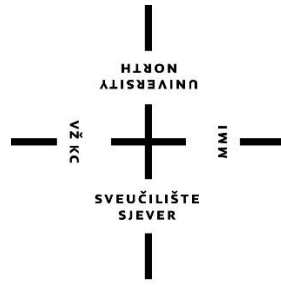
Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1190/SS/2019

Komunikacija u palijativnoj skrbi

Sandra Brodar, 4054/601

Varaždin, travanj, 2020. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1190/SS/2019

Komunikacija u palijativnoj skrbi

Student

Sandra Brodar, 4054/601

Mentor

Valentina Novak, mag. med. techn.

Varaždin, travanj, 2020. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	preddiplomski stručni studij Sestrinstva		
PRISTUPNIK	Sandra Brodar	MATIČNI BROJ	4054/601
DATUM	23.09.2019.	KOLEGIJ	Palijativna zdravstvena njega
NASLOV RADA	"Komunikacija u palijativnoj skrbi"		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	"Communication in palliative care"		
MENTOR	Valentina Novak, mag.med.techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Marijana Neuberg, predsjednik		
	2. Valentina Novak, mag.med.techn., mentor		
	3. dr.sc. (R.Slov.) Jurica Veronek, član		
	4. dr.sc. Irena Canjuga, zamjenski član		
	5.		

Zadatak završnog rada

BROJ 1192/SS/2019

OPIS

Komunikacija omogućava ljudima da izraze čitavu paletu fizičkih, emocionalnih i psiholoških potreba. Ona predstavlja dinamičan i složen proces u kojem ljudi primaju i šalju verbalne i neverbalne poruke da bi razumijeli druge te da bi drugi razumijeli njih. Sestrinskoj profesiji je svojstvena terapijska komunikacija čiji cilj je zajedničko rješavanje problema uspostavljanjem odnosa povjerenja i uzajamne suradnje. S obzirom na specifičnost komunikacije u kojoj se nalazi, komunikacija s palijativnim pacijentom predstavlja težak i zahtjevan proces koji zahtjeva znanje, kompetencije i tehničke vještine.

U ovom radu je potrebno:

- opisati je komunikaciju usmjerenu na pacijenta i obitelji pacijenta

ZADATAK URUČEN

24.09.2019



Valentina Novak

Predgovor

Zahvaljujem svojoj mentorici Valentini Novak, mag. med. techn., na strpljenju, pomoći i vodstvu kroz ovaj završni rad. Srdačno zahvaljujem svojim šefovima dr. Kolariću, Marijeti Fištrek, dipl. med. sestri, Vedranu Vuglovečki, bacc.med.tech., na susretljivosti i pruženoj pomoći i potpori te svim kolegama i kolegicama I. odjela Bolnice Klenovnik. Najveće hvala mojoj majci na bezuvjetnoj pomoći i potpori kroz ove godine studiranja.

Sažetak

Svjetska zdravstvena organizacija navodi da je palijativna skrb cjelovit pristup održavanju kvalitete života pacijenata i njihovih obitelji tijekom suočavanja s neizlječivom bolešću. Iako je smanjenje fizičke boli pacijenta najvažniji čimbenik palijativne skrbi, palijativna skrb podrazumijeva zdravstvenu, psihološku, duhovnu i socijalnu pomoć pacijentu i njegovoj obitelji. Osim što se ovakvim pristupom pacijentu želi omogućiti da živi što je kvalitetnije moguće do kraja života, palijativna skrb tretira smrt kao normalan proces koji dolazi na kraju života te ne pokušava ubrzati ili odgoditi smrt.

Danas se sve više naglasak stavlja na stav koji zdravstveni i drugi djelatnici u palijativnoj skrbi imaju prema pacijentima i njihovim obiteljima. U tom kontekstu naglašava se potreba za podrškom, empatijom, razumijevanjem i razvijanjem pozitivne komunikacije utemeljene na dobrom poznavanju fizičkog i psihičkog stanja pacijenta.

Komunikacija u palijativnoj skrbi zahtijeva znanje, kompetencije i vještine u specifičnosti obavljanja svakodnevnog posla, koji je težak, kompleksan i zahtijeva predanost medicinskih sestara. Jedna od najvažnijih vještina potrebnih u komunikaciji u palijativnoj skrbi je znati i moći čuti i saslušati druge. Važno je pokazati pacijentu da ga se razumije, da ga se doista sluša, da postoji razumijevanje za njegove osjećaje, misli i potrebe.

Holistički pristup prema pacijentu omogućava da mu pristupimo kao cjelovitom biću, nerazdvojivom po sustavima. Važno je da medicinska sestra posjeduje izvrsne komunikacijske vještine što se postiže kontinuiranom edukacijom. Naglasak u komunikaciji u palijativnoj skrbi se stavlja na aktivno slušanje.

Ključne riječi: palijativna medicina, palijativna skrb, komunikacija, reakcija

Summary

The World Health Organization has demonstrated palliative care with a holistic approach to maintaining the quality of life of patients and family members while dealing with incurable disease. Although palliative care reduced the most important factors for patients' pain, palliative care included psychological, spiritual and social assistance to the patient and his family. In addition to seeking to enable the patient to live as much quality life as possible for the rest of their lives, palliative care treats death as a normal process that occurs at the end of life and does not attempt to accelerate or delay death.

Today, we are increasingly emphasizing that healthcare and other palliative care professionals have had patients and their people. In this context, the need to support, empathize, understand and develop positive communications based on a good knowledge of the patient's physical and mental state is emphasized.

Communication in palliative care requires knowledge, competencies and skills in the specifics of day-to-day work, which is difficult, complex and requires the commitment of nurses. One of the most important skills required in palliative care communication is the knowledge and ability to listen, and listen to others. It is important to show the patient an understanding of their feelings, thoughts, and needs.

A holistic approach to the patient allows us to approach him as a whole being, inseparable across systems. It is important that the nurse possesses excellent communication skills, which is achieved through continuous training. Emphasis in communication, in palliative care is placed on active listening.

Keywords: *palliative medicine, palliative care, communication, reaction*

Kratice:

HZZO – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

MKB-10 – 10. revizija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema

Z 51.5. – Palijativna skrb – dijagnoza prema MKB -10

OB – Opća bolnica

SAD – Sjedinjene Američke Države

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Palijativna medicina	3
2.1. Povijesni palijativne medicine.....	3
2.2. Palijativna medicina u svijetu.....	4
2.3. Palijativna medicina u Republici Hrvatskoj	5
3. Komunikacija u palijativnoj skrbi	11
3.1. Značenje komunikacije.....	11
3.1.1. Verbalna komunikacija.....	12
3.1.2. Neverbalna komunikacija.....	12
3.2. Komunikacija s pacijentom	13
3.2.1. Komunikacija liječnika i pacijenta	13
3.3. Komunikacija s obitelji	15
3.4. Komunikacijske vještine i sposobnosti	17
3.4.3. Izazovi u komunikaciji u palijativnoj skrbi	20
4. Medicinska sestra u palijativnoj skrbi	26
4.1. Aktivnosti medicinske sestre u komunikaciji.....	27
4.2. Aktivnosti medicinske sestre u pružanju podrške obitelji	28
4.3. Načela i postupci savjetovanja u pružanju podrške tugujućima	30
6. Zaključak	32
7. Literatura	34

1. Uvod

Suvremena medicinska znanost usmjerena je liječenju i izlječenju od bolesti, dok se umiranje smatra nedostatkom, odnosno promašajem medicine. Za vrijeme liječenja većina članova zdravstvenog tima bavi se bolešću, a kada liječenje više ne daje rezultate, pacijent i njegovi bližnji prepušteni su sami sebi. Pacijent u terminalnom stadiju bolesti, kao i njegovi bližnji proživljavaju teške trenutke sve do smrti pacijenta, a nakon smrti obitelj u žalovanju ostaje sama, bez pomoći.

Zato se sve više ukazuje na potrebu osnivanja palijativnih ustanova, regionalnih centara za palijativnu skrb, timova za palijativnu skrb, bolničkih odjela za palijativnu skrb, hospicija. Palijativna skrb počinje kad su iscrpljene klasične metode liječenja. Kvalitetnu palijativnu skrb pruža stručni tim specijalista koji međusobno surađuju, a to su specijalist obiteljske medicine, internist, onkolog, neurolog, psihijatar, psiholog, duhovnik, medicinska sestra koji posjeduju znanja o palijativnoj skrbi, socijalni radnik, farmakolog, nutricionist, rehabilitator, volonteri, a u palijativnoj skrbi još mogu sudjelovati i osobe drugih profila. Nažalost u Republici Hrvatskoj još uvijek ne postoji specijalizacija za palijativnu skrb [1].

Palijativna skrb podrazumijeva brigu za pacijenta oboljelih od neizlječivih bolesti, a osobito u terminalnom stadiju bolesti. Važno je povećati kvalitetu života pacijentu, a njegovoj obitelji pružiti pomoć i podršku, u toku skrbi za pacijenta i nakon njegove smrti, do završetka procesa žalovanja.

Rad u palijativnoj skrbi iziskuje brojne kompetencije koje se nikako ne mogu svesti samo na stručno znanje. Stoga bi bilo iznimno korisno prije zapošljavanja osobe u području palijativne skrbi, bez obzira na njezino radno mjesto, provesti istraživanje stavova potencijalnog zaposlenika o palijativnoj skrbi. Tako bi se lakše mogla predvidjeti ponašanja prema palijativnim pacijentima i njihovim obiteljima. Na taj način bi se podigla kvaliteta odnosa prema palijativnim pacijentima i njihovim obiteljima [1].

Zdravstveni radnici svakodnevno rade s populacijom čije je zdravlje narušeno i samim time je komunikacija s istom specifična. Upravo to je razlog zbog kojeg su bitne razvijene komunikacijske vještine i njihova svakodnevna primjena u praksi.

Komunikacija je proces koji omogućava ljudima da izraze čitavu paletu fizičkih, emocionalnih i psiholoških potreba. Predstavlja dinamički i složen proces u kojem ljudi primaju i šalju verbalne i neverbalne poruke kako bi razumjeli druge i da drugi razumiju njih. Izgovorena poruka uz neverbalnu pratnju, odnosno govor tijela dobiva svoj smisao i značenje [2].

Za sestринство je svojstvena terapijska komunikacija. Cilj terapijske komunikacije je zajedničko rješavanje problema uspostavom odnosa povjerenja i uzajamne suradnje. Poruke koje se pritom šalju i primaju imaju terapijski učinak i uključuju radnje poput slušanja i razumijevanja drugih, davanje podrške, suosjećanja, savjeta i uputa. Kvaliteta odnosa na radnom mjestu značajno utječe na razvoj ugodnog radnog ozračja. Komunikacija s kolegama unutar i izvan struke utječe na odnos stručne osobe prema samoj sebi, a to se neposredno odražava na kvalitetu skrbi koja se pruža pacijentu [1].

Ovaj rad se sastoji od četiri dijela. U uvodnom dijelu autor uvodi čitatelja u tematiku rada. Ukratko se opisuje palijativna skrb i rad u palijativnoj skrbi te komunikacija. Nastavak rada odnosi se na palijativnu medicinu. U tom dijelu govori se o povijesti palijativne medicine, palijativna medicina u svijetu i u Republici Hrvatskoj. Nakon toga slijedi komunikacija u palijativnoj skrbi. U ovom dijelu opisano je značenje komunikacije te objašnjena verbalna i neverbalna komunikacija; opisana je komunikacija s pacijentom i obitelji. Objasnjene su komunikacijske vještine i sposobnosti te komunikacija u medicini i u palijativnoj medicini. Posljednji, zaključni dio rada obuhvaća medicinske sestre u palijativnoj medicini i njihovu važnost, odnosi se na aktivnost medicinskih sestara u komunikaciji, te njihovoj aktivnosti u pružanju podrške obitelji. Zadnji dio, odnosno peti dio rada je zaključak u kojem se navode razmatranja i zaključak na sveobuhvatni rad.

2. Palijativna medicina

Palijativna medicina predstavlja jednu od novijih specijalističkih grana moderne medicine, a rezultat je razvoja medicinskih znanosti i napretka humanističke i civilizacijske misli modernog društva. Palijativna skrb je pristup kojim se pacijentima suočenim sa smrtonosnom bolešću i njihovim obiteljima poboljšava kvaliteta života. Palijativna skrb započinje tada kada su iscrpljene klasične metode liječenja. Palijativna skrb također započinje i kada su znaci širenja bolesti pacijenata dosegli takav stupanj da ih pacijent teško podnosi [3].

Palijativna skrb obuhvaća tri područja, a to su ublažavanje ili potpuno uklanjanje simptoma terminalne faze bolesti, psihosocijalna podrška pacijentima i njihovim njegovateljima te etički problemi vezani uz kraj života. Cilj palijativne skrbi je postići najbolju moguću kvalitetu života kroz olakšanje patnje, kontrolu simptoma i povrat životnih funkcija uz poštovanje osobnih, kulturnih, religijskih i etičkih vrijednosti [1].

Glavno središte interesa palijativne medicine je skrb za terminalno oboljele pacijente, odnosno za pacijente u završnom stadiju bolesti gdje klasična i kurativna medicina svojim dijagnostičkim – terapijskim i znanstveno – tehnološkim pristupom više ne mogu vratiti pacijenta u stanje zdravlja, odnosno odsustva bolesti [1].

2.1. Povijesni palijativne medicine

Hospicij na latinskom jeziku označava dobrodošlicu, gostoljublje pruženo strancu, noćište, konak. Od srednjeg vijeka ovaj naziv označavao je mjesto gdje su se mogli skloniti, bolesni, nemoćni i siromašni. Takve ustanove nastaju pod okriljem kršćanstva. Kršćanstvo donosi jedan sasvim novi stav prema nemoćnima, starijima i gladnima.

Začetnik hospicijskog pokreta u Europi je gospođa Dame Cicely Mary Saunders, rođena u Engleskoj 1918. godine. Dame Cicely Mary Saunders je još kao medicinska sestra primijetila potrebu za posebnom njegom pacijenata u terminalnoj fazi bolesti. Dodatnom edukacijom postaje liječnica te se aktivno uključuje u promicanje potrebe za hospicijskim pokretom [4].

Hospicijski pokret je kasnije preimenovan u palijativnu medicinu. Naziv palijativan je kanadskog porijekla iz druge polovice dvadesetog stoljeća i potječe od latinske riječi *pallium*, što znači plašt koji zaštićuje od zime i sunca. Odnosi se na bolest u periodu od fatalne dijagnoze do kraja [4].

O palijativnoj medicini Dame Cicely Mary Saunders je održala niz predavanja te napisala više članaka i knjiga. Radila je u St. Joseph's hospiciju gdje je proučavala kontrolu boli kod pacijenata oboljelih od uznapredovalog stadija raka. Svojim ustrajnim radom i maksimalnim angažmanom dala je snažan poticaj za osnivanje hospicijske centra Sv. Christopher u Londonu 1967. godine koji je postao jedan od najvećih edukacijskih centara za palijativnu skrb [4].

2.2. Palijativna medicina u svijetu

Danas u svijetu postoje razni modeli organizacija palijativne medicine. U 120 država diljem svijeta, postoje manje ili više razvijeni sustavi palijativne, hospicijske ili suportivne skrbi.

Uspoređujući palijativnu skrb u nekoliko zemalja svijeta, primjećuju se razlike u razvijenosti. Tako Ujedinjeno Kraljevstvo danas ima 156 hospicija, 64 palijativna odjela, 362 bolnička suportivna tima, 376 timova kućne skrbi. Također, organizira se specijalizacija iz palijativne skrbi za liječnike u trajanju od tri do četiri godine. Specijalizacija iz palijativne skrbi ima više od sedam katedri s odgovarajućim profesorima. Država Poljska, koja je tranzicijska zemlja ima preko 300 hospicijskih jedinica različitog tipa kojima opskrbljuju preko 100 000 umirućih godišnje. Financirani su od države i putem donacija. Poljska, kao i Ujedinjeno Kraljevstvo ima specijalizaciju iz palijativne skrbi, ali u trajanju od tri godine za liječnike i dvije godine za medicinske sestre. Također, imaju katedre i specijalizirane profesore [5].

U Sjedinjenim Američkim Državama (SAD-u), Kanadi i Australiji, također je snažan razvitak palijativne skrbi. U SAD-u se posebno razvija dodiplomska nastava na medicinskim fakultetima i u nizu država dokaz o položenom ispitu iz algologije i palijativne skrbi postao je uvjet za dobivanje licence za opću praksu. U New Yorku je sjedište Svjetskog udruženja za hospicij i palijativnu skrb [5].

Republika Mađarska ima deset palijativnih odjela, jedan hospicij, četiri bolnička suportivna tima i 28 timova kućne skrbi. Dok u Bosni i Hercegovini, odnosno u Tuzli, Univerzitetski klinički centar obuhvaća i palijativni odjel i dnevni hospicijski boravak, a gradi se i dječji palijativni odjel. Osoblje se sustavno educira putem „*longdistance*“ tečajeva u Cardiffu i Hospiciju St. Gemma, oboje u Engleskoj. Na palijativne odjele se u Tuzli prima putem uputnice za bolničko liječenje koju izdaje primarna zdravstvena zaštita [5].

2.3. Palijativna medicina u Republici Hrvatskoj

U Republici Hrvatskoj pojam palijativne medicine, odnosno palijativne skrbi pojavio se 2003. godine. Više o palijativnoj skrbi može se pronaći u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske iz 2003. godine (NN 121/03). Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti iz članka 8. palijativna skrb se navodi kao jedna od mjera zdravstvene zaštite.

S Prvim simpozijem o hospiciji i palijativnoj skrbi, vođen od Anice Jušić, profesorice neurologije koja je u mirovini započeo je organizirani hospicijski pokret u Hrvatskoj. Slogan pokreta je bio: „*Smrt je dio života*“. Simpozij je održan 6. i 7. svibnja 1994. godine u Zagrebu, u dvorani Hrvatskog liječničkog zbora, otvoren od delegata Cicely Saunders – Nigela Sykesa. Povijest pojedinačnih inicijativa u palijativnoj skrbi, glavne psihosocijalne teme i razna poglavlja palijativnog liječenja, naročito liječenja maligne boli, bili su predstavljeni uz suorganizacijsko vodstvo Akademije medicinskih znanosti Hrvatske, Hrvatske lige protiv raka i nekih drugih organizacija. Obrađeni materijali s simpozija izdani su kasnije u knjizi, zajedno sa prijevodom članka MaryBaines. To je bila prva knjiga na temu hospicija u Hrvatskoj. Godine 1999. počele su praktične aktivnosti. Anica Jušić osnovala je Hrvatsku udrugu prijatelja hospicija kao logističku potporu zbornom društvu. Udruga je neovisna pravna jedinica, pravna osoba s vlastitim računom i mogućnošću da bude vlasnik ili osnivač. U sklopu svog rada i djelovanja, Udruga je organizirala tečajevi za hospicijske dobrovoljce [5].

Hrvatska udruga prijatelja hospicija djelovala je kao tim sastavljen od tri do četiri liječnika, dvije do tri medicinske sestre, jednog socijalnog radnika, jednog fizikalnog terapeuta, dva psihologa i oko 23 dobrovoljaca koji nisu iz zdravstvenih

zanimanja. Služba žalovanja i ambulanta za bol i palijativnu skrb počele su se oblikovati i to sve na dobrovoljačkom principu.

Idućih godina održavani su mnogi simpoziji, kongresi s domaćim i stranim predavačima. Tijekom pet godina redovito je izlazio „Bilten“, službeno glasilo Društva, a izdan je i jedan suplement. Umjesto „Biltena“ otvorena je internetska stranica <https://www.hospicij-hrvatska.hr/>. Sporadično se izdaju i knjižice o aktualnim temama i brojni članci u stručnim časopisima i dnevnom tisku.

Godine 1997. se pojavila prva realistična inicijativa osnivanja i izgradnje. Inicijator je bio profesor Valentin Pozaić, i njegov student – redovnik njemačkog reda Allexianerbrüder, koji se bave ljudima na margini. Oni su htjeli uložiti u hospicij u Hrvatskoj. Glavna su zapreka bili zakoni koji nisu pogodovali stranim ulaganjima [5].

Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine (CEPAMET) je osnovan 21. rujna 2010. godine. To je novouređeni prostor na Šalati, gdje se provode brojne edukativne aktivnosti.

Ministarstvo zdravlja 2012. godine pokrenulo je program palijativne skrbi, te je u rujnu 2012. godine otvoren Odjel za palijativnu skrb u Specijalnoj bolnici za kronične bolesti Novi Marof, u Općoj bolnici „Hrvatski ponos“ u Kninu Odjel za palijativnu skrb dobio je odobrenje za obavljanje ove djelatnosti isto kao i Specijalna bolnica za produženo liječenje Duga Resa. Registraciju za djelatnost palijativne skrbi ima i Psihijatrijska bolnica „Sveti Rafael“, Strmac Šumetlica, pored Nove Gradiške [6].

Prvi hospicij u Rijeci pod nazivom „Marija Krucifiksa Kozulić“ otvoren je 28. siječnja 2013. Nastavlja se sa smanjenjem akutnih kreveta u općim bolnicama, koji se zamjenjuju krevetima za potrebe palijativne skrbi [7].

U Republici Hrvatskoj bio je usvojen Strateški plan razvoja palijativne skrbi za razdoblje 2014. – 2016. godine, čije je polazište dokument Nacionalna strategija razvoja zdravstva Republike Hrvatske 2012.-2020. Izrađen je prema Bijeloj knjizi o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi – Preporuke Europskog udruženja za palijativnu skrb, te preporuke Recommendation Rec (2003).

Povjerenstva ministara Vijeća Europe državama članicama o organiziranju palijativne skrbi [7].

Strateški razvoj sustava palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj ostvarit će se kroz tri ključna koraka. Prvo, uklanjanjem barijera za pružanje postojećih/mogućih oblika palijativne skrbi. Drugo, osnaživanjem svih dionika radi pružanja bolje palijativne skrbi u postojećim uvjetima. Treće, poboljšanjem postojećih uvjeta kroz izgradnju novih organizacijskih struktura i sadržaja, te sustavnim osnaživanjem dionika za pružanje optimalne palijativne skrbi u budućnosti. Strateškim planom predviđa se razvoj sljedećih novih struktura i sadržaja u sustavu palijativne skrbi, a to su: županijski koordinacijski sustav za palijativnu skrb, stacionarna palijativna skrb, bolnički tim za potporu palijativnoj skrbi, bolnički tim za palijativnu skrb, ambulanta za palijativnu skrb na razini sekundarne zdravstvene zaštite, a iznimno i primarne, kućne posjete za specijalističku palijativnu skrb izvan domene rada liječnika obiteljske medicine (posjete psihologa, psihijatra, kirurga, anesteziologa, neurologa) koje obavljaju stručnjaci iz sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, posudionice pomagala, obiteljsko savjetovalište za palijativnu skrb, psihološka pomoć kod žalovanja, centar izvrsnosti za pojedine razine i oblike palijativne skrbi. Pojedine strukture i sadržaji (županijski koordinacijski centri, posudionice, savjetovališta) mogu se razvijati samostalno ili u sklopu postojećih organizacijskih struktura (dom zdravlja, ustanova za zdravstvenu njegu u kući, bolnica, nevladina udruga) ovisno o lokalnim okolnostima i već postojećim lokalnim modelima palijativne skrbi [7].

Palijativna skrb od ove godine bit će bitno unaprijeđena u cijeloj Hrvatskoj, a provodit će se u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, općim bolnicama, stacionarima domova zdravlja koji će u spomenutu svrhu prenamijeniti veći dio svojih kapaciteta. Također, kapaciteti za palijativnu skrb na razini države se udvostručuju s 200 na 418 namjenskih postelja, te se uvodi i 46 županijskih koordinatora za palijativnu skrb dok se dio akutnih kreveta u bolnicama prenamjenjuju za produženo liječenje. Po navedenom, Hrvatska bi po broju palijativnih kreveta trebala doseći europske standarde dok bi pacijenti s potrebom za palijativnom skrbi dobili neophodnu zdravstvenu skrb [6].

Grad Zagreb koji donedavno nije imao riješenu palijativnu skrb, u tri bolnice dobiva 81 krevet za skrb o pacijentima koji su suočeni sa smrtonosnom bolešću. Godine

2015. otvoren je odjel s 15 kreveta za palijativne psihičke pacijente u Psihijatrijskoj bolnici Sv. Ivan na Jankomiru. Dva dana poslije toga i Specijalna bolnica za plućne bolesti u Rockefellerovoj ulici otvorila je palijativni odjel za 15 pacijenata. No, plan je da bolnica u Rockefellerovoj dobije oko 51 palijativni krevet dok bi ih još 15 bilo smješteno u Klinici za psihijatriju Vrapče. Očekuje se da će to podići razinu skrbi na gerijatrijskom odjelu Vrapče na koji se čak upozoravalo i sa saborske govornice „da je pretvoren u nehumano umiralište“ [8].

Za sada navedene ustanove primati će palijativne pacijente samo u slučajevima pogoršanja stanja ili potrebe zahvata koji se ne može obaviti u kućnim uvjetima. Najveći dio palijativne skrbi premješta se na razinu primarne zdravstvene zaštite, kao i na domove zdravlja koji su registrirani za palijativnu djelatnost od početka 2016. godine. Spomenuti domovi zdravlja imaju mogućnost ugovarati koordinate palijativne zaštite i mobilne palijativne timove koji su utvrđeni prema broju stanovnika pojedine županije [8].

Grad Zagreb dobiva osam koordinatora, a sve županije koje su od 2008. godine odgovorne za zdravstvenu zaštitu na svom području same će određivati razmještaj koordinatora po domovima zdravlja kao i ustanovama za zdravstvenu njegu. Svaka bolnica dužna je obavještavati koordinate o otpuštanju palijativnih pacijenata kući. Potom je koordinator dužan osigurati zdravstvenu njegu u kući, socijalnog radnika, obavijestiti izabranog liječnika, patronažnu sestru i uskladiti sve službe na terenu koje su uključene u spomenutu skrb [8].

Također, na raspolaganju svim obiteljima trebale bi biti i razne usluge socijalne skrbi poput gerontodomaćice i dnevnog boravka za smještaj palijativnih pacijenata u razdobljima dok se obitelj za njih ne može brinuti. Osim toga, u Ministarstvu zdravlja su utvrdili kadrovske normative, te su osigurali novčana sredstva za zdravstvenu zaštitu dok za ostalo tvrde kako je bitna podrška lokalne zajednice i psihološke pomoći. Također, uvodi se i dodatna dijagnoza za postupanje prema palijativnom pacijentu koja će se posebno šifrirati i fakturirati prema HZZO-u. Kad je pacijent prepoznat kao palijativni, dodjeljuje mu se MKB-10 šifra koja označava palijativnu skrb: Z51.5. Time pacijent u kliničkom radu i u informatičkom sustavu postaje prepoznatljiv, te se povećava šansa da dobije primjereniju skrb [8].

Liječnici obiteljske medicine bit će zaduženi za rano prepoznavanje stanja kao i upoznavanje pacijenta s njegovim pravima, poput mogućnosti odbijanja određenih zahvata [8].

2.3.1. Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof

Nastanak i razvoj grada Novog Marofa, a i same bolničke djelatnosti usko je vezan uz vlastelinsku obitelj Erdödy koji su početkom 18. stoljeća bili zadnji vlasnici utvrde Greben na ogranku Ivanščice. Kada je nakon potresa 1710. godine u požaru izgorjelo krovište utvrde, vlasnici su u dolini rijeke Bednje izgradili novi majur - marof. Kao graditelj dvorca i osnivač Novog Marofa spominje se grof Ljudevit Erdödy.

Od 1776. do 1923. godine dvorac je bio u vlasništvu obitelji Erdödy. Gradnjom škola i crkava, potomci grofova iz ove obitelji pomagali su u širenju kulture i prosvjete.

Počeci bolničke ali i palijativne skrbi na prostorima varaždinske županije mogu se povezati sa humanitarnim radom grofice Luise Erdödy koja je 1890. godine osnovala prvu privatnu bolnicu na imanju u Moždencu kraj Novog Marofa za besplatno liječenje siromašnih i teško bolesnih. Imala je sve uvjete da djeluje kao prava suvremena bolnica i raspolagala je sa dvadesetak kreveta od čega je pet bilo namijenjeno djeci. U bolnici je ordinirao vlastelinski liječnik uz pomoć časnih sestara iz Zagreba, a kasnije sestara milosrdnica Sv. Križa iz Đakova te same grofice. Bolesnicima koji se nisu mogli liječiti u bolnici zbog pomanjkanja mjesta, grofica Luisa Erdödy je besplatno slala lijekove kući. Za sva ta dobročinstva odlikovao ju je 1902. godine car Franjo Josip I, Jelisavinim redom I. stupnja. Bolnica je postojala sve do 1923. godine kada su grofovi napustili Novi Marof. Na zidu bolnice stajala je mramorna ploča koja danas stoji na ulazu u atrij dvorca, a na njoj piše “*EX COGNITIONE SALUS MDCCCLXXX*“- „U saznanju spas 1890.“ Godine 1925. otvoreno je na lokaciji dvorca u Novom Marofu “Zemaljsko lječilište za slabunjavu djecu” koje je djelovalo samo nekoliko mjeseci. 10.12.1926. godine odlukom tadašnjeg načelnika kabineta Ministarstva zdravlja dr. Andrije Štampara u dvorcu je otvoren sanatorij za plućne bolesnike pod nazivom “Državno lječilište za tuberkulozne bolesnike”. Uz dvorac se nalazilo nekoliko gospodarskih zgrada, vrtovi i perivoj. Perivoj je oblikovan potkraj 18. stoljeća od postojeće šume

hrasta kitnjaka i običnog graba. Upravo su perivoj i povoljni klimatski uvjeti doveli do osnivanja Državnog lječilišta za plućne bolesti.

U početku je u dvorcu bilo smješteno 40 bolesničkih kreveta, a 1927. godine smješteno je još 20 kreveta u dvorišnoj zgradi. Bolesnici su većinom bile mlađe osobe u vrlo teškom stanju. Formalnog obrazovanja medicinskih sestara u to doba nije postojalo te su njegu bolesnika provodile obične seoske djevojke, koje je trebalo educirati. 1928. godine izgrađen je novi zidano-drveni objekt za smještaj i liječenje bolesnika, tzv. "Deckerova baraka" u kojem je bilo smješteno još 70 kreveta.

Promjenom strukture bolesnika mijenjao se i naziv bolnice, pa je tako 1946. godine ustanova promijenila ime u Zemaljsko lječilište Novi Marof. Od 1949. godine naziv bolnice je Bolnica za tuberkulozu pluća i plućne bolesti. 1979. godine ime bolnice se mijenja u Bolnica za plućne bolesti, TBC i kronične bolesti, potom Specijalna bolnica za kronične bolesti Novi Marof.

Od početka 2014. Specijalna bolnica u Novom Marofu je zajedno sa Specijalnom bolnicom za plućne bolesti u Klenovniku administrativno spojena sa Općom bolnicom Varaždin te je danas jedna od Službi OB Varaždin.

U rujnu 2018. je otvorena zgrada novog spojnog objekta sa ukupno 72 kreveta za palijativnu skrb, izgrađen i opremljen bespovratnim sredstvima Europske unije čime je Bolnica u Novom Marofu postala najveći i najmoderniji centar za palijativnu skrb u Hrvatskoj sa ukupno 89 bolničkih kreveta.

Sadašnji naziv Bolnice je Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb OB Varaždin [10].

3. Komunikacija u palijativnoj skrbi

U zdravstvu su iznimno važne dobre komunikacijske vještine. Uloga komunikacijskih vještina posebno dolazi do izražaja kod skrbi o pacijentima koji se suočavaju s terminalnim bolestima. U slučajevima nadolazeće smrti pacijenta, uvijek je teško priopćiti vijest o dijagnozi i/ili prognozi [11].

3.1. Značenje komunikacije

Komunikacija je proces koji omogućava ljudima da izraze čitavu paletu fizičkih, emocionalnih i psiholoških potreba. Sama riječ potječe od latinske riječi *communicare* što znači „učiniti zajedničkim/općim“. Svaka komunikacija mora uključivati barem dvije osobe, pošiljatelja i primatelja poruke te komunikacijski kanal kojim se poruka prenosi.

Potrebno je istaknuti da kada se dvije osobe nađu u relativnoj blizini, interakcija se odvija bez obzira na to da li one imaju ili nemaju namjeru ostvarivanja nekog kontakta i razmjene poruka. Ukoliko postoji interakcija nije moguće izbjeći komunikaciju. Prema tome komunikacija se ostvaruje čak i onda kada mislimo da uopće ne komuniciramo. Komunikacija predstavlja dinamički i složen proces u kojem ljudi primaju i šalju verbalne i neverbalne poruke da bi razumjeli druge i da bi drugi razumjeli njih [12].

Preduvjet kvalitetne komunikacije i kvalitetno djelovanje sestrinske profesije su znanje i umijeće. Komunikacija u sestinstvu obuhvaća tri bitna elementa [2]:

- zdravstvenog djelatnika,
- pacijenta,
- članovi pacijentove obitelji.

Komunikacijom se postiže bolji odnos s ostalim djelatnicima u zdravstvenom timu te stvara jedno ugodno ozračje na radnom mjestu. Odnos između zdravstvenog djelatnika i pacijenta predstavlja specifičan oblik komunikacije koji se odvija na suptilnim emocionalnim i intelektualnim relacijama i u kojoj je vrlo važno obostrano uvažavanje osobina ličnosti [13].

Za uspješnu komunikaciju u radu zdravstvenih djelatnika nije presudan talent i sposobnost, već stjecanje komunikacijskih vještina kroz obrazovanje i neposredan rad, odnosno teoriju i praksu.

S obzirom na način komuniciranja, postoji podjela na dvije vrste komunikacije, verbalnu i neverbalnu.

3.1.1. Verbalna komunikacija

Verbalna komunikacija označava razmjenu poruka govorom, odnosno riječima kojima se uglavnom prenose informacije. Osim govorom, poruku je moguće prenijeti i pismenim putem. Oba oblika prijenosa ima svoje prednosti i nedostatke. Prednost govorne verbalne komunikacije su brzina razmjene poruka s trenutačnim dobivanjem povratne informacije što podrazumijeva i bolje razumijevanje samog problema. Nedostatak je vezan uz prijenos izrečene poruke većem broju ljudi prilikom kojeg dolazi do iskrivljavanja same poruke što je poznato kao „pokvareni telefon“. Prednost pismene verbalne komunikacije je u tome da je poruka stalna, opipljiva i provjerljiva, dok velik utrošak vremena te izostanak povratne informacije predstavljaju nedostatak. Izrečene ili napisane riječi nemaju uvijek isto značenje za sve koji ih čuju ili pročitaju. Upravo iz tog razloga je bitno istaknuti da postoje denotativni i konotativni smisao riječi. Denotativni smisao se odnosi na općenito značenje riječi koji podjednako shvaćaju svi ljudi, dok konotativan smisao se odnosi na osobno značenje riječi za pojedinca. Bitno je da nikad ne pretpostaviti da je smisao neke poruke isti za onog koji tu poruku šalje i za onog koji tu poruku prima sve dok to ne provjerimo i potvrdimo [12].

3.1.2. Neverbalna komunikacija

Neverbalna komunikacija predstavlja dopunski kanal slanja poruka i obogaćuje samu komunikaciju. Izgovorena poruka tek uz neverbalnu pratnju dobiva svoj smisao i značenje. Za razliku od verbalne, neverbalna komunikacija predstavlja složeniji oblik koji je vezan uz govor tijela osobe koja prenosi ili prima poruku. Ovim oblikom komunikacije prenose se stavovi i emocionalni odnos prema primljenoj poruci ili osobi koja je istu poslala i to mimikom lica, pokretom i položajem tijela, pogledom, dodiranjem i sl. Neverbalna komunikacija gotovo uvijek prati verbalnu, htjeli mi to ili ne. Katkad

neverbalna komunikacija u potpunosti mijenja značenje verbalne i to u situaciji kada je neverbalna poruka suprotna verbalnom iskazu. Neverbalna komunikacija može i u potpunosti zamijeniti verbalnu, poput komunikacije ronilaca pod vodom ili komunikacija znakovnim jezikom gluhoonijemih ljudi [12].

3.2. Komunikacija s pacijentom

Odlučivanje pacijenta i uključenost u planiranje skrbi do samog kraja života zahtijeva njegovu informiranost. Pacijenti su ti koji odabiru mjesto i način skrbi, uključivanje medicinskih zahvata, postupaka, intervencija i želje koje bi voljeli da se uzmu u obzir [11].

Jedna od najvažnijih potrebitih vještina u komunikaciji u palijativnoj skrbi je znati čuti i slušati. Riječ je o vrsti slušanja u kojem se pacijentu pokazuje da se doista sluša i razumije ono što on govori, pita i osjeća. Neki pacijenti su svjesni da je smrt neizbježna i to izaziva strah od onoga što predstoji u trenutku smrtne tjeskobe. Zdravstveni djelatnici bi trebali otvoreno razgovarati o pripremama za smrt i želji za prisutnost članova obitelji te drugih osoba za vrijeme umiranja, ukoliko pacijent to želi [4].

3.2.1. Komunikacija liječnika i pacijenta

Treba naglasiti da je komunikacija u palijativnoj skrbi izrazito teška i zahtjevna te bez dobre komunikacije nema dobre palijativne skrbi.

U komunikacijskom procesu nužno je prihvatiti ulogu svakog pojedinog člana tima upoznavajući njegovu dinamiku, procese, odnose, ulogu i odgovornost. Nedovoljno znanje o komunikacijskim vještinama jedan je od važnih razloga zašto zdravstveni profesionalci često izbjegavaju otvorene razgovore s oboljelima i njihovim obiteljima.

Do navedenog dolazi najčešće zbog premorenosti, uplašenosti i zbog osobne nesigurnosti u komunikaciji. Individualni pristup pacijentu daje mogućnost procjene koliko je osoba sposobna primiti informacije, prihvatiti ih, razumjeti i nositi se s njima.

U komunikaciji palijativnog pacijenta s članovima multidisciplinarnog tima

zadržava se identitet osoba koje umiru, definira se što je za njih dobra smrt te se određuju okolnosti umiranja [4].

Navedena komunikacija podrazumijeva uvažavanje emocija te prepoznavanje uzroka negativnih emocija, ali i poticanje na izjašnjavanje. Odgovori na emocije karakteristični su za osobnost pacijenta. Prognoza pacijentova stanja procjena je razvoja bolesti, mogućih ishoda liječenja, rizika primjene postupaka i intervencija te procjena koliko dugo pacijent može živjeti. Stoga, takva komunikacija uključuje jasnoću i razumljivost te traži dovoljno vremena za objašnjenja, a cilj je pomoći pacijentu u prihvaćanju činjenica i u prilagodbi na postojeće stanje. Ovo se smatra najtežim dijelom komunikacije s pacijentom u palijativnoj skrbi [13].

Dosadašnja istraživanja su pokazala da, kada se u komunikaciji koristila metoda igranja uloga, što je s jedne strane, za medicinsko osoblje bilo stresno, a s druge strane korisno u podizanju samopouzdanja pacijenata u teškim situacijama. Uz informiranje o bolesti i liječenju, kao najznačajnijem obliku komunikacije zdravstvenih djelatnika s pacijentima, davanje emocionalne podrške, također, ubraja se u bitan oblik komunikacije. Na taj se način pacijentu omogućava izražavanje vlastitih osjećaja, povećava se njegov doživljaj osobne vrijednosti, smanjuje se osjećaj otuđenosti i tjeskobe, ispravljaju se pogrešna vjerovanja, predrasude i neznanja, smanjuje se stanje izoliranosti, bespomoćnosti i zanemarenosti.

Nesporazumi u komunikaciji ovise o pacijentovom prihvaćanju, a razumijevanje osobnosti i ponašanja pacijenta pomaže u pripremi i prevladavanju zapreka u komunikaciji te se time doprinosi jasnoći komunikacije. Treba koristiti strukturirani postupni pristup jer se njime povećava uspješnost komunikacije. Tijek cijelog procesa treba se dokumentirati radi korištenja u budućim susretima, odnosno kako bi se znalo što je već rečeno pacijentu [4].

Komunikacija u zdravstvenom stručnom timu ostvaruje se suradnjom u radu, koordinacijom rada te uspostavljanjem suradničke mreže. Jedan od glavnih ciljeva jest postići dogovor među različitim stručnjacima o najboljim mogućim rješenjima nekog problema na kojem se zajednički radi. U odnosu s drugim stručnjacima potrebna

je jednaka usmjerenost na cilj, iskrenost, empatiju, međusobnu suradnju te aktivno slušanje i poštovanje dostojanstva drugoga [4].

3.3. Komunikacija s obitelji

U palijativnoj skrbi komunikacija se ne odnosi samo na interakciju između pacijenta i zdravstvenih radnika, već podrazumijeva i međudjelovanje između pacijenta i njegove obitelji te interakciju između različitih zdravstvenih djelatnika, odnosno svih onih koji su uključeni u palijativnu skrb.

Neizlječiva bolest člana obitelji mijenja način života. Obitelj tada postaje primarni skrbnik oboljelom članu te se mora prilagoditi zahtjevima razvoja tijeka bolesti člana i dijeliti teške trenutke s njime. Obitelj promatra i dijeli brigu sa svojim oboljelim članom, osigurava skrb za pacijenta te prima podršku zdravstvenih djelatnika u obliku informacija, savjetovanja ili praktične pomoći. Pacijenti imaju zahtjeve za fizikalnom skrbi i povećanim obiteljskim troškovima, a povećane potrebe za palijativnom skrbi su prisutne u onim obiteljima u kojima se nalazi umiruće dijete, gdje malodobno dijete gubi majku ili kada iza smrti ostaju djeca bez oba roditelja. Potrebno je naglasiti da novonastala situacija uzrokuje promjenu dotadašnjih uloga i odnosa, navika i rituala, a sve s ciljem pomoći oboljelom članu. Način prilagodbe ovisi o osnovnim vidicima funkcioniranja unutar obitelji koji podrazumijevaju čvršću povezanost, prilagodljivost, komunikaciju i organizaciju. U obiteljima s jasnim vrijednostima, članovi uspješno komuniciraju te su ravnopravni prilikom donošenja odluka [4].

Svaka obitelj reagira sa strahom kod neizlječivih bolesti, a to često dovodi do veće međuovisnosti među članovima. Reakcija obitelji može biti zbunjenost, šok, nedostatak znanja i informacija o bolesti te je moguća i stigmatizacija obitelji u socijalnom okruženju.

Pod stresom članovi obitelji mogu reagirati izbjegavanjem odgovornosti, suzdržanošću, napadom ili bijegom, a u trenutku tjeskobe reakcije nadjačavaju racionalne odgovore. U situacijama kada su narušeni odnosi i uloge do izražaja dolazi neorganiziranost. Članovi pokazuju visok stupanj kronične tjeskobe, a ona često potiče sukobe između njih i njihova okruženja, učestalo izražavaju negativne emocije i stvaraju

konfliktnu obiteljsku atmosferu ili se zatvaraju u sebe, postaju bezobzirni, skrivaju svoje osjećaje te tako stvaraju bezosjećajno ozračje. Obitelj svjedoči i sudjeluje u njezi pacijenta. U ulozi pacijentovog zastupnika za njegu važno je da obitelj sakrije žaljenje bez obzira na to što bolest člana obitelji psihički i fizički djeluje na njih [4].

Organiziranje obiteljskih skupova daje pacijentu usmjerenu, obiteljski orijentiranu njegu koja zbližava pacijenta, članove obitelji i davatelje zdravstvenih usluga. Očituje se bolja učinkovitost skrbi i poboljšanje komunikacije s pacijentima, članovima obitelji i članovima tima. Ovi se sastanci trebaju dokumentirati radi praćenja kontinuiteta pružanja palijativne skrbi svakog člana tima [4].

Tim stručnjaka ne donosi odluke umjesto pacijenta, već pomaže pacijentima u donošenju odluka te one moraju biti u skladu s njihovim vrijednostima. Brojne odluke u palijativnom timu odnose se na razine oblike liječenja i primjenu postupaka i zahvata s mogućim brojnim koristima i rizicima. Uključivanjem pacijenta u donošenje odluka pozitivno djeluje na psihološku prilagodbu te stvara odnos povjerenja prema članovima multidisciplinarnog tima.

Razvoj odnosa povjerenja i razumijevanja doprinosi osjećaju važnosti u partnerskom odnosu između pacijenta i liječnika. Različitost procesa umiranja može biti uzrokovana osobinama ličnosti, spolom, dobi, specifičnošću bolesti, obiteljskim prilikama, socioekonomskim uvjetima, kulturološkim normama i duhovnošću. Sve navedeno predstavlja izazov specifičnosti komunikacije u palijativnoj skrbi [4].

Palijativna skrb zahtjeva učinkovito korištenje komunikacijskih vještina tijekom bolesti pacijenta i u razdoblju žalovanja obitelji. Djelotvorna komunikacija koja sadrži vjerodostojnost, osjetljivost, suosjećanje i empatiju pomaže zdravstvenim djelatnicima u podršci pacijentima i njihovim obiteljima [14].

Palijativnu skrbi članovima obitelji pruža multiprofesionalni tim, a taj tim mogu činiti medicinska sestra, socijalni radnik, njegovatelj, savjetnik, duhovnik, psiholog, volonteri i drugi suradnici. Zadaća medicinskog osoblja je pravovremeno i cjelovito informirati obitelj o zdravstvenom stanju palijativnog pacijenta te je poučiti o vještinama pružanja njege. Područje rada multiprofesionalnog tima je pružanje

instrumentalne pomoći te savjetodavne i psihosocijalne podrške obitelji u promjeni organizacije života, povećanju specifičnih životnih vještina, učenju učinkovitijih načina suočavanja sa stresom i osjećajima, olakšavanju obiteljske komunikacije, zajedničkom donošenju odluka, prevladavanju osjećaja izolacije i napuštenosti, procesu tugovanja i sl. [14].

3.4. Komunikacijske vještine i sposobnosti

Komunikacijske vještine su zapravo interpersonalne vještine, što znači da su to vještine kojima se koristimo u komunikaciji i interakciji s drugima. Komunikacijske vještine se odnose na vještinu govora i istodobno sposobnost uspješne komunikacije s drugima ako bismo ostvarili neke svoje ciljeve. Ujedno nam govore u kakvu smo odnosu sa sudionikom razgovora. Neka osnovna načela čine zajednički faktor u komunikacijskim vještinama. Ona upravljaju učinkovitosti naših komunikacija. Za nekoga mogu biti jednostavna za razumijevanje, a drugima je potreban cijeli život za njihovo svladavanje. Jedno od važnijih načela komunikacijskih vještina je to da se vještine uče pa se stoga može i zaključiti da je naučeno ponašanje jedan od važnijih elemenata komunikacijskih vještina [15].

Upravljanje komunikacijom jedan je od bitnih faktora u razvoju međuljudskih odnosa i postizanju različitih ciljeva. Kod komunikacijskih vještina interpersonalnu komunikaciju i njezina obilježja možemo sagledati kao polaznu točku, a komunikacijsku kompetenciju kao varijablu koja je više ili manje izražena kod svakog pojedinca.

Izgovorena poruka treba biti istinita i podržavana. Potrebne vještine slušanja jesu: aktivno slušanje, slušanje s empatijom, otvoreno, svjesno slušanje. Komunikacija je temelj učinkovite prakse zdravstvene njege jer je zdravstvena njega interpersonalna aktivnost pa su rijetke uloge koje ne uključuju bar još jednu osobu [12].

Komunikacija je umijeće, tako da su za nju važne i komponente poput intuicije, kreativnosti, vremenskog tempiranja. Te komponente su često ključni pokretači za pravodobne i kvalitetne kliničke odluke. Komunikacija je sastavni dio svakog odnosa s pacijentom i njegovom obitelji, a i ključ je uspjeha medicinskoga tima. Samo je dobra

komunikacija put prema dobrom terapijskom savezu i odnosu. Kvalitetni liječnici i sestre stvaraju smislene i dobre odnose s različitim strukturama ličnosti pacijenta i u različitim situacijama, uz odnos temeljen na razumijevanju, osjetljivosti i fleksibilnosti. Sposobnost prosuđivanja izražavanja emocija nekoga drugog jedna je od definicija koncepta emocionalne inteligencije i temelj dobre komunikacije. Iskustvo ili talent nisu dovoljni za osiguravanje optimalne komunikacije zdravstveni profesionalac – pacijent – obitelj [2].

Odnos liječnika i pacijenta ključan je u medicinskoj struci. O njemu ovisi uspješnost dijagnosticiranja bolesti i kvaliteta liječenja. Odnos liječnika i pacijenta jedno je od osnovnih područja medicinske etike. Liječnici i terapeuti trebaju čuvati ljudsko dostojanstvo pacijenta, jer je on egzistencijalno ugrožen, a psihički i emocionalno promijenjen. Pri svemu tomu terapeut treba voditi računa i o obitelji pacijenta na koju utječe teret teške bolesti. Dobar odnos liječnika pomaže pacijentu da lakše primi „loše“ vijesti, podnese emocionalni pritisak zbog bolesti koja ugrožava život te da shvati i zapamti niz informacija o bolesti i liječenju [16].

Pacijent treba komunicirati s mnogim zdravstvenim radnicima, shvatiti informacije koje se odnose na prognozu i podnijeti neizvjesnost kad se održava nada. Dobra komunikacija pomaže u izgradnji povjerenja u kliničare s kojima će se pacijent dugotrajno susretati. Osim toga, pacijent treba donijeti odluku o liječenju, što uključuje i sudjelovanje u kliničkim istraživanjima, a uz dobru komunikaciju s liječnikom lakše će prihvatiti i savjete o ponašanju koje poboljšava zdravstveno stanje [16].

Jedan od najčešćih pojmova koji se danas spominju u modernoj medicini jest medicina usmjerena prema osobi, odnosno prilagođivanje raznih oblika liječenja individualnim potrebama pacijenata. Kao što u farmakogenetici govorimo o prilagođivanju propisivanja lijekova individualnom genskom profilu pacijenta, ili o individualizaciji terapije onkoloških pacijenata sukladno obilježjima tumorskih stanica, danas znamo i da je izrazito važno individualnim pristupom prilagoditi komunikaciju pojedinom pacijentu i njegovoj obitelji [8].

Komunikacijske vještine u medicini uče se tijekom cijeloga studija i poslije, tijekom trajnog usavršavanja, i to najčešće metodama iskustvenog učenja (redom u

malim skupinama i igranjem uloga, intervjuima sa stvarnim pacijentom ili intervjuima sa simuliranim pacijentima).

Tek nakon što čovjek nauči važnost verbalne i neverbalne komunikacije, poštovati sam sebe, ali i suosjećati s drugim ljudima, spreman je aktivno slušati [3].

Dvije glavne kategorije na koje se slušanje dijeli zapravo su aktivno i pasivno slušanje. Do pasivnog slušanja dolazi kada primatelj poruke ima nisku motivaciju za pažljivim slušanjem, odnosno kada primatelj poruke aktivnosti poput slušanja glazbe, gledanja televizije, priče ili samo pristojnog razgovora stavlja ispred iskrenog saslušanja sugovornika. Takvo slušanje vodi do nepotpunog shvaćanja izrečenog, što može rezultirati frustracijom i nezadovoljstvom kod sugovornika, odnosno onoga koji prenosi informaciju, poruku. Suprotno pasivnom slušanju aktivno je slušanje, slušanje s ciljem, svrhom. Aktivno slušanje smatra se jednim od najtežih, ali i najisplativijih aspekata komunikacije te čak zahtijeva veću količinu energije od samog govorenja [3].

Cilj je aktivnog slušanja razumjeti sugovornika u potpunosti, primiti sve njegove informacije u cjelovitosti i točno ih interpretirati te dokazati kako ih se razumjelo. Drugim riječima, cilj aktivnog slušanja dobivanje je informacija, razumijevanje drugih, rješavanje problema, dijeljenje interesa, doživljavanje tuđih osjećaja, pružanje potpore i slično [3].

3.4.2. Komunikacija u palijativnoj medicini

Jedno od najosjetljivijih područja medicine i sestrištva u smislu važnosti kvalitetne komunikacije je pristup oboljelima od neizlječivih bolesti i članovima njihovih obitelji. Pacijenti s neizlječivom bolešću nužno trebaju kontinuiranu podršku i dobro educiran tim, a upravo je komunikacija okosnica te podrške.

Komunikacija u palijativnoj medicini izrazito je težak i zahtjevan proces, a bez dobre komunikacije nema ni dobre palijativne skrbi. Zbog multidisciplinarnosti palijativnoga tima, dvosmjerna komunikacija liječnik – pacijent u palijativnoj medicini ustupa mjesto mreži raznovrsnih komunikacija. Potrebno je poznavati dinamiku, procese, odnose, uloge i odgovornosti svakog člana tima. U pacijenata s neizlječivom bolešću nastojimo postići što aktivnije suočavanje u svrhu uspješnije prilagodbe

situaciji. U tom su kontekstu svi članovi tima koji rade s tim pacijentima suočeni s potrebom pomoći svim pacijentima u toj prilagodbi. Nema pacijenta u palijativnoj skrbi kome ne treba podrška i dobro educiran tim u smislu komunikacije [17].

Nedovoljna edukacija o komunikacijskim vještinama u palijativnoj skrbi vjerojatno je jedan od važnih razloga zašto zdravstveni profesionalci često izbjegavaju otvorene razgovore s oboljelima i njihovim obiteljima, opravdavajući se da su prezaposleni, nemaju vremena za dulji razgovor, komuniciraju u žurbi na bolničkom hodniku, preumorni su ili uplašeni. Ne zaboravimo da nisu samo pacijenti i članovi obitelji oni koji će patiti na razne načine ako je komunikacija u palijativnoj skrbi loša.

Često će liječnici koji se sami osjećaju nedovoljno kompetentnima u komunikaciji pokazivati simptome izgorijevanja na poslu i imati manje zadovoljstvo poslom koji rade. Jedna od najvažnijih poruka koju pacijentu treba prenijeti jest činjenica da smo spremni i voljni dijeliti neke od njegovih briga i nemira. Rad s pacijentom kojemu je potrebna palijativna skrb zahtijeva izvjesnu zrelost, koja dolazi s iskustvom. Moramo se dobro zagledati u naše vlastito stajalište prema smrti i umiranju prije negoli možemo tiho i bez tjeskobe sjesti pokraj smrtno bolesnoga. Intervju koji otvara vrata u palijativnoj skrbi jest susret dvoje ljudi koji mogu komunicirati bez straha i tjeskobe [18].

3.4.3. Izazovi u komunikaciji u palijativnoj skrbi

U palijativnoj skrbi postoje brojne situacije koje označuju posebne izazove u komunikaciji, kao što su priopćivanje loše vijesti, prepoznavanje i optimalno postavljanje prema akutnim i kroničnim emocionalnim reakcijama pacijenata, rasprava o prognozi i rizicima, zajedničko donošenje odluka s pacijentom, situacije kada se dogodi recidiv, uključivanje obitelji u komunikaciju, komunikacija o prelasku na palijativnu skrb i komunikacija na kraju života te komunikacija s obitelji nakon smrti pacijenta [19].

Loša vijest za pacijenta općenito podrazumijeva svaku informaciju koja negativno utječe na njegova očekivanja i planove u sadašnjosti i budućnosti. Na primjer, za onkološkog pacijenta, loša je vijest prije svega sama dijagnoza zloćudne bolesti, ali

to je tek početak cijeloga spektra informacija koje će primati tijekom liječenja i koje može percipirati kao loše. Tako loša vijest može biti vezana uz nuspojave liječenja, prognozu, recidiv, progresiju bolesti, nemogućnost daljnjega aktivnog liječenja i tako dalje [19].

U svakodnevnoj kliničkoj praksi liječnici moraju pacijentima priopćiti lošu vijest nebrojeno puta tijekom radnoga vijeka. Priopćivanje loših vijesti kompleksan je komunikacijski zadatak koji uključuje verbalnu i neverbalnu komponentu onih koji priopćavaju vijest, prepoznavanje i odgovaranje na pacijentove emocije, uključivanje pacijenta u donošenje odluka i pronalaženje načina za buđenje nade i pružanje podrške. Način kako priopćavamo lošu vijest neobično je važan jer može izrazito traumatizirati pacijenta, ali i poboljšati psihosocijalnu prilagodbu i suradnju [19].

Priopćivanje loših vijesti je proces, a ne jednokratni događaj. Važan je obziran i empatičan pristup. Treba ispitati pacijentovo razumijevanje ili sumnje. Važno je biti svjestan vrlo velikoga raspona individualnih strahova i briga koje pacijenti mogu imati vezano uz njihovu bolest pa tako i uz loše vijesti. Utjecaj na pojedinoga pacijenta može se procjenjivati samo u kontekstu njegovih osobnih životnih okolnosti. Svako ljudsko biće, kad je suočeno s lošom viješću, pokazuje spektar emocionalnih reakcija koje su izraz njegovih uobičajenih obrazaca nošenja sa stresom, minijturni portret načina na koji se osoba nosila s drugim traumatskim događajima u prošlosti, a modificirano s dobi, zrelošću, iskustvom itd. [19].

U svakodnevnoj praksi priopćavanja loših vijesti, razlika je između vještoga i nevještoga liječnika najizraženija u sposobnostima i tehnikama koje primjenjuju u suočavanju s emocionalnim reakcijama pacijenata. Osim sadržaja vijesti, važan je i način njezina priopćavanja. Ako je liječnik empatičan, iskren i suosjećajan, pacijenti će takvu vijest lakše prihvatiti i biti suradljiviji [3].

U palijativnoj skrbi često se naglašava konflikt između želje za znanjem i straha od loših vijesti. Zbog toga većina pacijenata želi da ih liječnik najprije pita žele li biti informirani i koliko žele znati. Pacijenti najčešće žele čuti prognozu u obliku riječi, manje u postotcima, a najmanje u grafičkim prikazima koje doživljavaju kao „prehladne, surove i nerazumljive“. Istraživanja pokazuju da su depresivni pacijenti

otvoreniji za rasprave o prognozi, kao i oni bez djece, te pacijenti s čvrstim religijskim uvjerenjima. Kulturalne su razlike velike. Treba imati na umu da većina istraživanja pokazuje kako liječnici misle da je pacijent sve razumio, a pacijent govori da puno toga nije razumio[17].

Način na koji priopćujemo lošu vijest može utjecati na brojne odluke koje će pacijent donijeti, uključujući odluke o liječenju, uključivanje obitelji u skrb, smještaj i slično. Treba paziti na ravnotežu i često tanku liniju između realistične nade i lažnih očekivanja o dugom preživljenju. Dok danas velika većina liječnika u zapadnome svijetu jasno pacijentu kaže dijagnozu, ipak još uvijek manje govore o prognozi, a osobito kod uznapredovalih slučajeva pri čemu su česte tzv. „urote šutnje“ u liječnika i pacijenata. Kod multidisciplinarnih palijativnih timova osobito treba izbjegavati situacije u kojima jedan član tima nešto kaže, a drugi prešuti. Liječenje kojim se očekuje dugoročnija korist bit će češće izabrano ako je liječnik posvetio više vremena za razgovor s pacijentom jer dodatna objašnjenja povećavaju razumijevanje, nasuprot stavu „nemam ja staklenu kuglu“ [19].

Pokazalo se da odabir određenih riječi utječe na izbor liječenja. Pacijenti će izabrati i rizičnije oblike liječenja ako je informacija rečena pozitivno, nego ako je izrečena negativno. Potreba za priopćivanjem loših vijesti u liječnika otvara niz pitanja i problema. To je često neugodan zadatak za profesionalce koji u svoj posao ulaze radi pomaganja izlječenju ljudi. Oni ne žele oduzeti nadu i biti nosioci loše vijesti. U susretu s pacijentom aktiviraju svoje empatijske snage, što im pomaže da bolje razumiju pacijenta, ali u zdravstvenog profesionalca mogu izazvati osjećaj bespomoćnosti, tjeskobe, straha, depresije i frustracije[17].

Sve osobe uključene u proces skrbi o pacijentu mogu pokazivati spektar najrazličitijih emocija koje mogu biti akutne i kronične. Liječnici moraju biti pripremljeni za izražavanje najrazličitijih emocija u teških i neizlječivih pacijenata. Katkad možemo unaprijed očekivati snažne emocionalne odgovore, primjerice nakon dijagnoze, recidiva, neuspješnoga liječenja, itd. Također, događa se da kliničar uopće nije svjestan nekoga specifičnog poticaja za emocionalni distres pacijenta, a dodatni okidači emocionalnih reakcija mogu biti potpuno nepovezani s bolešću, a povezani, recimo, s odnosom s pacijentovim partnerom, financijskim problemima ili nečim

sasvim trećim. Samo liječnik koji je dobro educiran u komunikacijskim vještinama može adekvatno odgovoriti na cijeli spektar pacijentovih emocija [4].

Nakon priopćivanja loših vijesti, dolazi do izražavanja emocija koje pacijent vrlo često drži u sebi ili ih dijeli samo s obitelji, tako da ih liječnik često i nema prilike vidjeti. Pacijenti često liječnika doživljavaju kao osobu povezanu samo s tjelesnim liječenjem pa o emocijama govore obitelji, svećeniku ili psihijatru. Emocije treba uzimati u obzir, prepoznavati im uzrok i ne izbjegavati ih te poticati pacijenta da o njima govori. Potrebno je razlikovati akutne i kronične emocionalne reakcije.

Rasprave o prognozi i komunikacija o rizicima. Procjena o tome koliko neki pacijent može živjeti ili koji su mogući ishodi liječenja nije laka, a razgovarati o tome s pacijentima na način koji je istodobno jasan i podržavajući, još je teže. Posljednjih se tisuću godina filozofski u medicini raspravlja je li informacija korisna ili šteti pacijentu, a mnogo je liječnika nesigurno o tome koliko informacija o prognozi dati i u kojemu obliku. Npr. često se kaže da informacije moraju biti dane o svemu, ali prilagođene okolnostima pacijenta, ličnosti, očekivanjima, strahovima, vjerovanjima, vrijednostima i kulturi, a to opet ostavlja liječniku puno prostora za odlučivanje[4].

Način na koji se daju informacije jednako je važan kao i sadržaj. Važno je biti empatičan, iskren, suosjećajan te čuvati optimizam i nadu. Treba paziti na ravnotežu i tanku liniju između realistične nade i lažnih očekivanja o dugom preživljenju [2].

Velik broj odluka u palijativnoj skrbi uključuje teške izbore između raznih oblika liječenja, s brojnim mogućim rizicima i koristima. Budući da je liječenje danas postalo sve složenije, pravodobna informiranost i zajedničko donošenje odluka izrazito su važni. Pacijenti imaju različite kulturološke obrasce odrastanja pa i razna vjerovanja o bolesti, tako da zajedničko donošenje odluka pojačava povjerenje između liječnika i pacijenata, ali i osigurava međusobno razumijevanje, što je važno i za suradnju u liječenju [14].

U svakom slučaju, neizlječivi su pacijenti, u pravilu, spremni na veći rizik od potencijalnih nuspojava i manju mogućnost koristi od pojedine terapije u odnosu na opću populaciju, što je i logično, jer znaju da se bore za život i u posebnoj su poziciji –

sve ili ništa. Isto tako, dokazano je da, ako pacijentu detaljno objasnimo moguće terapijske procedure i uključimo ga u odlučivanje, to ima mnogo pozitivniji utjecaj na njegovu psihičku prilagodbu. Osobe se osjećaju uvažanima jer je ipak riječ o njihovu tijelu, a anksiozniji su i nezadovoljniji ako se osjećaju „izoliranima“ ili samo kao objekti terapijskih procedura [17].

Cilj zajedničkoga konzultiranja o odlukama vezanima uz liječenje jest osigurati da je pacijent dobro razumio sve informacije o poremećaju i dostupnim terapijskim opcijama, koristima i rizicima za svaku od mogućnosti liječenja te važnosti svakoga od mogućih ishoda za životni stil i vrijednosti osobe. Mlađe osobe često žele više informacija od starijih koji se pak vole „osloniti“ na liječnika koji će donijeti odluku. Važno je izravno pitati pacijenta koliko detalja on želi u opisu pojedinih terapijskih opcija [3].

Obitelji s povećanim rizikom i osobito povećanim potrebama za palijativnom skrbi jesu one u kojima malo dijete gubi roditelja, gdje samohrani roditelj umire i ostavlja djecu kao siročad, obitelji starih roditelja s tjelesno hendikepiranim ili mentalno bolesnim djetetom, obitelji izolirane migracijom i sl. Uključivanje obitelji u skrb još više pojačava izazove i složenost razmjene informacija i komunikaciju. Istraživanja pokazuju važan utjecaj člana obitelji na kreiranje odnosa liječnik – pacijent jer on unosi dodatnu dinamiku u kliničku interakciju svojom osobnošću, načinima suočavanja, željom za postavljanjem pitanja liječniku, prijašnjim iskustvima itd. Liječniku treba njihova potpora za najbolju skrb o njegovu pacijentu. Partneri su često nazočni na ambulantnim pregledima. Važno je dijele li oni slična ili ista očekivanja i poglede na situaciju kao pacijent i liječnik. Partneri i članovi obitelji, kao i pacijent, suočavaju se s nizom različitih emocija koje utječu na njihov život i normalno funkcioniranje. Važni su naša komunikacija s partnerom, empatija i poznavanje odnosa, a cijeli proces komunikacije koji vrijedi za pacijenta vrijedi i za partnera [14].

U okviru komunikacije s obitelji trebali bi se redovito održavati obiteljski sastanci, na kojima se raspravlja o tome što je najbolje za pacijenta. Pri vođenju osnovnoga, planski pripremljenog obiteljskog sastanka u pacijenata s uznapređovalom bolešću, ciljevi su edukacija o bolesti i njezinu liječenju, procjena potreba skrbnika, razumijevanje želja o skrbi na kraju života i želja o mjestu umiranja, analiza tko donosi

odluke u obitelji i koje su pragmatične direktive za buduće liječenje, rasprava o tome što nakon otpusta iz bolnice, procjena suočavanja obitelji i procjena članova pod većim rizikom za psihičku dekompenzaciju i drugo [19].

Unatoč napretku u liječenju, znatan će broj pacijenata s neizlječivim bolestima ipak umrijeti zbog bolesti. Za te pacijente, cilj skrbi se mijenja iz kurativnog u dominantno palijativni u jednoj točki tijekom trajanja bolesti. U pacijenata s jako proširenom bolešću već je u vrijeme dijagnoze cilj od početka palijativno liječenje. Komunikacija o prelasku na palijativno liječenje i prebacivanje na palijativnu jedinicu može biti velik izazov za pacijenta, obitelj i liječnika. Potenciraju se strahovi od smrti, bespomoćnosti, napuštanja. Treba biti jako pažljiv i oprezan, surađivati s pacijentom, staviti naglasak na kvalitetu života i postupno razvijati prihvaćanje da imaju životno ograničavajuću bolest, ali i dalje držati nadu o životu koji je još preostao. Osim toga, takva se komunikacija događa tijekom vremena i tijekom više susreta, a ne u jednom kratkom razgovoru. Treba stalno čuvati dostojanstvo pacijenta, pružati odličnu kontrolu simptoma, stvoriti klimu u kojoj se vjeruje liječniku, ali se pripremati i za umiranje, uključujući sposobnost da se kaže zbogom [4].

Još uvijek se čini da su liječnici nesvjesni koliko je brojnim pacijentima važno da budu mentalno svjesni nadolazeće smrti, da ne budu pretežak teret za obitelj, da imaju isplaniran pogreb i da se pomogne onima oko njih te da imaju osjećaj da njihov život završava, ali ispunjen. Važno je individualno procijeniti pacijenta, kao i uvijek u medicini. Drugi je važan aspekt izbjegavanje preskupog i nepotrebnog liječenja, u kojem se uzaludno troše golemo sredstva, muči pacijenta skupim pretragama i zahvatima i ne prihvaća stvarnost. Izuzetno je bitno pitati pacijenta koji su mu ciljevi, vrijednosti, što dalje. Naglasak treba biti na sadašnjem životu, životu u njegovoj punini ovdje i sada unatoč teškoj bolesti, što može poboljšati stanje pacijenta. Velik se broj pacijenata jako boji procesa umiranja i pita o tome. Opet treba procijeniti što pacijent želi tim pitanjima, prihvatiti otvorena pitanja, empatijsko slušanje te ići korak po korak[3].

4. Medicinska sestra u palijativnoj skrbi

U palijativnoj skrbi nužno je uključivanje različitih stručnjaka, liječnika, medicinskih sestara, socijalnih radnika, fizioterapeuta, svećenika, dijetetičara, psihologa i volontera koji svaki sa svoje perspektive procjenjuju stanje pacijenta, ali zajedno planiraju ciljeve skrbi, intervencije, međusobno koordiniraju u izradi plana skrbi i implementaciji istog. Temelj funkcioniranja tima zasniva se na stalnom konsenzusu u donošenju odluka, na obrascu uspješne komunikacije između različitih profesija i filozofiji skrbi baziranoj na pacijentovim potrebama, pacijentu kao subjektu i obitelji kao važnom čimbeniku. Uz potrebe pacijenta ne zanemaruju se niti potrebe obitelji oboljelog [20].

Medicinska sestra u palijativnoj skrbi višestruki je aktivni sudionik koji neposredno provodi zdravstvenu njegu, koordinira i rukovodi cjelokupnim procesom skrbi. Odgovorna je za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege uz kontinuiranu procjenu, evaluaciju, edukaciju pacijenata i obitelji, te suradnju s ostalim članovima interdisciplinarnog tima [20].

Osim skrbi koju pružaju pacijentima, zadaća medicinskih sestara je i edukacija obitelji i pacijenata o načinima pružanja zdravstvene njege, povezivanje i suradnja s izvanbolničkim službama za palijativnu skrb. U svrhu održavanja kontinuiteta skrbi i kvalitetnije suradnje s kolegicama koje nastavljaju skrbiti o pacijentu van bolnice, neophodno je postojanje sestrinske dokumentacije prilagođene pacijentima u palijativnoj skrbi. Medicinske sestre palijativne skrbi dio su multidisciplinarnog tima, odgovorne su za procjenu i planiranje izravnih potreba skrbi, pružaju tjelesnu i emocionalnu utjehu uz poštivanje holističkog pristupa [20].

Medicinske sestre palijativne skrbi povezuju članove tima s obitelji i pacijentom, uz uvažavanje potreba obitelji za empatičnom komunikacijom i pružanjem podrške. Uz potrebe pacijenta ne zanemaruju se niti potrebe obitelji oboljelog [20].

Medicinska sestra u timu palijativne skrbi promiče kvalitetu života i nastoji što profesionalnije odgovoriti na potrebe palijativnog pacijenta i njegove obitelji. Procjena

u podršci pacijentu mora biti neprekidna, evaluacija se radi nakon svake procjene jer se slika o terminalnom pacijentu mijenja iz dana u dan[20].

Medicinska sestra mora biti potpora postojećim službama zdravstvenim, socijalnim i duhovnim s ciljem da bi skrb bila što potpunija i kvalitetnija. Postizanje ciljeva, povjerenje, brižnost su važni elementi u odnosu sestra-pacijent [20].

Svaki član tima provodi intervencije za koje je zadužen, ali neprestano surađuje s ostalim članovima tima kako bi uspješno ublažili ili riješili postojeće probleme [5].

4.1. Aktivnosti medicinske sestre u komunikaciji

Holistički pristup prema pacijentu omogućava da mu pristupimo kao cjelovitom biću, nerazdvojivom na dijelove. Važno je da medicinska sestra posjeduje izvrsne komunikacijske vještine i iste vježba. Kako bismo olakšali boravak u bolnici i stekli pacijentovo povjerenje potrebno je da se komunikacija održava i da je kontinuirana, odnosno komunikacija treba biti dvosmjerna.

Medicinska sestra mora znati prepoznati emocionalno stanje u kojem se pacijent nalazi iz razloga jer komunikacija ovisi o fazi u kojoj se pacijent trenutno nalazi. Događa se da su medicinske sestre zauzete fizičkim simptomima pacijenta ili otklanjanjem simptoma bolesti i boli, a ne vide potrebu pacijenta za komunikacijom[2].

Teško je pronaći temu o kojoj bi razgovarali pacijentom. Stoga se susrećemo s medicinskim sestrama koje izbjegavaju pacijente s potrebom za palijativnom skrbi. Najčešće se događaj u neugodne tišine kada medicinske sestre obavljaju zdravstvenu njegu pacijenata ili uređuju postelje. U takvim trenucima se, najčešće, razgovara o rutinskim postupcima u zdravstvenoj njezi. Neki od savjeta za uspješniju komunikaciju su započinjanje komunikacije razgovorom o općem temama. Primjerice, pozdraviti ulaskom u sobu i započeti neobavezan razgovor i tako pokušati saznati kako se pacijent osjeća i koje su njegove potrebe i želje. Potrebno je dati odgovor na postavljeno pitanje [12].

Medicinska sestra je kompetentna prepoznati razumije li pacijent danu informaciju. Također je važno da, kada se komunikacija uspostavi, se pacijenta sasluša,

sjedne pored njega, gleda u oči i uspostavi dodirni kontakt. Nikako se ne bi trebala mijenjati tema razgovora ili raditi nešto usporedno. Kada pacijent govori, ne treba ga se prekidati već se usredotočiti na ono što on govori. Medicinska sestra je tako ja ima najviše prilike razgovarati s pacijentom i mora pružati podršku pacijentu[2].

S pacijentom ne možemo odrediti kada je, a kada nije pravi trenutak za razgovor. Komunicirati treba onda kada pacijent to izrazi ili sestra prepozna da pacijent ima potrebu razgovarati, ali nije siguran na koji način da započne. Razgovor ne treba forsirati a treba se odvijati u ugodnoj prostoriji u kojoj su šumovi svedeni na minimum. Zbog toga je vrlo važno da se pacijent osjeća ugodno, prihvaćeno, dobrodošlo. Nema pravila tko treba razgovarati više, a tko manje s pacijentom. Iako je činjenica da su medicinske sestre te koje provode većinu dana s pacijentima pa samim time imaju više prilike razgovarati s njima i pružiti im više suosjećanja.

Ovisno o potrebama i željama pacijenata, treba razlučiti što se treba reći pacijentu i na koji način. Medicinska sestra treba biti realna i objektivna, jasna i informativna. U komunikaciji s umirućem je važno da sestra ne daje lažne nade u ozdravljenje ili opet, s druge strane, da gasi svaku nadu u moguće izlječenje. Treba čuti onu skrivenu poruku koju pacijent šalje, čuti neizrečeno, ono što on osjeća, ali se boji izreći na glas. [2].

Jedan od načina unapređenja komunikacije s umirućim pacijentom je dodatna edukacija zdravstvenih djelatnika o komunikacijskim vještinama.

4.2. Aktivnosti medicinske sestre u pružanju podrške obitelji

Iako su umiranje i smrt tabu tema suvremenog čovjeka, ona je tu i ne može ju izbjeći baš nitko. Prirodan tijek života nalaže prolazak kroz sve životne faze, bolest može ubrzati put do kraja života, odnosno smrti. Kako je čovjek društveno biće, okružuju ga ljudi, obitelj. Kada osoba umre, obitelj se nalazi u razdoblju života koje nazivamo žalovanje. Žalovanje obnavlja smisao našeg života, te nam omogućava da na potpuno nov način prihvatimo strah, bol, užas, brigu, tugu, usamljenost, prazninu, ali i da snažnije doživljavamo veselje, spokoj, sreću, život i smrt [21].

Kako bi si olakšale posao kasnije, nakon nastupa smrti, medicinske educiraju obitelj, kako i na koji način će postupiti po dolasku smrti.

Obitelj se s gubitkom voljene osobe često teško nosi i to najčešće prolazi u nekoliko faza koje je opisala Elisabeth Kübler -Ross.

Gubitak– dan kada smrt nastupi. Obitelj se teško miri s činjenicom da voljena osoba nije više među živima, te da više ne može komunicirati s njom. Medicinska sestra ili liječnik trebaju pripremiti prostoriju za priopćavanje obavijesti. Priopćavanje vijesti se obavlja u prostoriji gdje ih nitko neće ometati u komunikaciji. U tom trenutku imamo osobe koje je obuzela šuma osjećaja. Mučnina, opća tjelesna slabost, stezanje u prsima, apatija, bezvoljnost, očaj, strah, depresija, treskavica, iscrpljenost. Potrebno je reagirati sukladno simptomima. Moramo odgovoriti na pitanja, dopustiti da obitelj izrazi svoje emocije, saslušati, podržati verbalno i neverbalno njihove osjećaje [21].

Negiranje– javlja se prvog dana, a javlja se i nevjerica u gubitak voljenoga. Organizam se brani protiv sebe tako da se osjećaji potiskuju i ne pokazuju. Ova faza traje kratko, a u tom razdoblju medicinska sestra mora biti u prisutnosti i pripravnosti na početak pokazivanja osjećaja. U ovoj fazi najčešća reakcija je plač, sestra ima ulogu tješitelja i slušača koji bi mogao eventualno prekinuti misao vodilju koja potiče na depresivno razdoblje [22].

Gnjevljtnja– obitelj je ljuta na umrloga zato što su ostali sami, imaju osjećaj kao da su svi problemi ne rješivi a on je samo otišao. Javlja se ljutnja zbog toga što sada ostaje osjećaj patnje. Često se ljutnja s umrloga preusmjeri na zdravstveno osoblje, prijatelje, rodbinu s ne primjerenim komentarima i primjedbama. Obitelj može osjećati i ljutnju na samoga sebe, smatrajući da nije poduzela sve kako bi osoba još malo po živjela. Javlja se tuga praćena slabim snom i prehranom. Medicinska sestre primjenjuje ordiniranu terapiju i potiče na uzimanje hrane i tekućine. Potiče na komunikaciju i izražavanje emocija [22].

Cjenkanje/žaljenje– osjećaj nedorečenosti. Ne završeni razgovori ili odlazak bez pozdrava. Ljudi osjećaju kajanje jer nema prilike za popravkom situacije ili prilike za riječ oprost. Medicinska sestra treba organizirati grupnu terapiju i poticati članove obitelji da međusobno razgovaraju. Razgovor se treba voditi da se stvori pozitivan stav

o smrti te da se osvijesti realan osjećaj gubitka bliske osobe. Na kraju sastanka evaluirati i donijeti zaključke [22].

Depresija– tjeskoba, gubitak interesa za životne aktivnosti, gubitak apetita, bezvoljnost, usporenost, umor su simptomi na koje sestra mora reagirati. Poticanje na razgovor sa psihologom i psihijatrom, ponekad čak i dušobrižnicima. Pokazivanje suosjećanja ali ne i sažalijevanja. Omogućavanje kontakata s osobama sličnih životnih iskustava. Inkluzija u društvo, suočavanje s istinom i poticanje na prilagodbu novom načinu života. Životu bez voljenih [22].

Prihvatanje– sagledavanje realne situacije. Mirenje sa situacijom, potvrđivanje događaja smrti i prihvatanje da se više neće vidjeti s dragom osobom. Izjavljivanje pozitivnih rečenica u smislu : „*Možda je tako i bolje*“ ili „*Sada je na boljem mjestu, ovdje se samo patio*“. Medicinska sestra ovdje završava svoj posao [22].

Možemo zaključiti, da je glavna aktivnost medicinske sestre u pružanju podrške obitelji, poticanje na komunikaciju sa pojedincima i unutar zajednice te poticanje na razgovor o emocijama koje obitelj osjeća. Također je aktivnost medicinske sestre da educira obitelj i populaciju o umiranju i smrti [22].

4.3. Načela i postupci savjetovanja u pružanju podrške tugujućima

Tuga, nevjerica su osjećaji koji se isprepleću kada draga nam osoba umre. Osjećat ćemo se sigurnije ako su oko nas drugi nam dragi ljudi. Oni imaju sposobnost činiti da se osjećamo bolje, prihvaćeno i važno. Profesorica Maja Jakšić u svom znanstvenom radu potporu dijeli na tri kategorije [20]:

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

Kako bismo mogli pružati potporu tugujućima potrebno je neprestano se educirati i imati saznanja kako o smrti i umiranju, tako i o gubitcima i tugovanju. Na edukacijama se usavršavaju komunikacijske vještine. Primjerice aktivno

slušanje, usklađivanje verbalne i neverbalne komunikacije, kako postaviti i odgovoriti na pitanje itd. [23].

U istom znanstvenom radu, nailazimo na načela i postupke savjetovanja autora J.W. Wordena [20]:

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

6. Zaključak

Osnovni cilj palijativne skrbi jest ublažavanje i eliminacija simptoma kako bi se osigurala kvaliteta života pacijenta, poticalo samozbrinjavanje i očuvalo dostojanstvo sve do smrti. Važno je i objedinjenje fizičkih, socijalnih, psiholoških i duhovnih oblika pomoći u očuvanju dostojanstva pacijenta. Važna je i podrška obitelji i za vrijeme bolesti i nakon smrti u žalovanju. Sve to, ne može se postići bez multidisciplinarnog pristupa, bez skupine stručnjaka različitih profila, ali i volontera koji ne moraju biti stručni, već humani i empatični.

Iako se već dvadesetak godina radi na promicanju palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj i mnogo je toga napravljeno, još uvijek postoji otvorenih pitanja na koje je nužno tražiti odgovor. Uočava se potreba poboljšanja suradnje sekundarne zdravstvene zaštite, preuzimanja odgovornosti liječnika obiteljske medicine za svoje palijativne pacijente, kućne posjete u njihovim domovima te praćenje tretiranja boli i ostalih simptoma. Nakon postavljanja palijativne dijagnoze važno je naglasiti potrebu ponašanja svih zdravstvenih djelatnika po načelima palijativne skrbi.

Komunikacija u zdravstvu se smatra fundamentalnom vještinom na putu do uspješne dijagnoze i liječenja te uspostave odnosa s pacijentom. Istraživanja jasno pokazuju da su komunikacija i odnos liječnika, ali i svih ostalih zdravstvenih djelatnika i pacijenata izrazito važni i imaju brojne utjecaje na ishode liječenja, kao i na zadovoljstvo liječenjem, suradljivost, klinički ishod i kvalitetu života, sigurnost pacijenta, timski rad, kulturalnu osjetljivost i smanjen broj pritužbi na liječnički rad.

Jedno od najosjetljivijih područja medicine u smislu važnosti kvalitetne komunikacije jest pristup oboljelima od neizlječivih bolesti i članovima njihovih obitelji. Posebni su izazovi priopćivanje loše vijesti, prepoznavanje emocionalnih reakcija pacijenta, uključivanje obitelji u komunikaciju, rasprava o prognozi i rizicima, prelazak na palijativnu skrb i komunikacija na kraju života. Poželjno je da se svi članovi multiprofesionalnoga palijativnog tima kontinuirano educiraju.



IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, SANDRA BRODAR (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom KOMUNIKACIJA U PALIJATIVNOJ SKRBI (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Sandra Brodar

(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, SANDRA BRODAR (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom KOMUNIKACIJA U PALIJATIVNOJ SKRBI (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Sandra Brodar

(vlastoručni potpis)

7. Literatura

- [1] M. Braš, V. Đorđević: Psihijatrijski aspekti u palijativnoj medicini. U: M. Braš, V. Đorđević (ur.). Suvremene spoznaje iz palijativne medicine, Zagreb, Medicinska naklada, 2012.
- [2] V. Đorđević, M. Braš: Osnovni pojmovi o komunikaciji u medicini. U: V. Đorđević, M. Braš (ur.) Komunikacija u medicini – Čovjek je čovjeku lijek, Zagreb, Medicinska naklada, 2011.
- [3] Braš, M., Đorđević, V.: Komunikacija u palijativnoj medicini. U: Đorđević V, Braš M, Brajković .L. (ur.). Palijativna skrb – brinimo zajedno. Zagreb: Medicinska naklada, 2014.
- [4] M. Braš, V. Đorđević, R. Béné: Suvremene spoznaje iz palijativne medicine, Zagreb, Medicinska naklada, 2012.
- [5] V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković: Osnove palijativne medicine, Zagreb, Medicinska naklada, 2013.
- [6]https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Strate%C5%A1ki_plan_razvoja_palijativne_skrbi_u_RH_za_razdoblje_2014-2016..pdf , dostupno:25. 9. 2019.
- [7]<https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZVOJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020-%20usvojen%2018.10.2017.pdf> , dostupno: 25.9.2019.
- [8] <https://www.nacional.hr/u-2016-godini-novi-sustav-palijativne-skrbi/> , dostupno:25. 9. 2019.
- [9].http://www.hkms.hr/wp-content/uploads/2019/04/PLAVI-FOKUS-01_2019_web.pdf , dostupno: 1.2.2020.
- [10]<https://obv.hr/organizacijska-struktura/sluzba-produzeno-lijecenje-i-palijativnu-skrb-novi-marof-18/>,dostupno:1.2.2020.

- [11] D. Anwar, S. Ransom, R. Weiner: Communicationin Palliative Care, u: Vadivelu N, Kaye AD, Berger JM, (ur.) Essentials of Palliative Care, New York, 2013.
- [12] D. Lučanin, J. Despot-Lučanin: Komunikacijske vještine u zdravstvu, Zagreb, Zdravstveno veleučilište, 2010.
- [13] <https://hrcak.srce.hr/103479> , dostupno: 25. 9 2019
- [14] C. Cooley: Communication Skillsin Palliative Care, u: Faull C, Carter YH, Daniels L, (ur.) HandbookofPalliative Care, Hoboken, 2005.
- [15] A. Žižak, V. Vizek Vidović, M. Ajduković: Interpersonalna komunikacija u profesionalnom kontekstu, Zagreb, Sveučilište u Zagrebu-Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, 2012.
- [16] A. Planinc-Peraica: Komunikacija s teško oboljelom osobom. U: V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković (ur.). Palijativna skrb – brinimo zajedno. Zagreb, Medicinska naklada, 2014.
- [17] D. Kissane, I. Finlay, B. Phyllis, B. Bultz,: Handbook of communication in Oncology and Palliative Care, New York, Oxford University Press, 2010.
- [18] E. Kubler Ross: O smrti i umiranju. Zagreb, Hlad i sinovi, 2007.
- [19] R. Buckman :How to breakbad news: A guide for healthcareprofessionals. Baltimore, MD; Johns Hopkins UniversityPress, 1992.
- [20] V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković: Person-centered medical interview. Croat Med J. Aug;53(4):310-3., 2012.
- [21] M. Štifanić: Kultura umiranja, smrti i žalovanja. Rijeka: Adamić, 2009.
- [22] M. Jakšić: Gubitak, tugovanje i pružanje potpore s posebnim osvrtom na nesretno okončanu trudnoću. Pregledni znanstveni rad, Vol. 54 No. 3-4, 2014.
- [23] <http://www.hkms.hr/wp-content/uploads/2019/01/Kompetencije-medicinske-sestre-u-specijalisti%C4%8Dkoj-palijativnoj-skrbi.pdf> , dostupno 28. 9 2019.