

Komunikacija u palijativnoj skrbi

Belec, Valentina

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:143934>

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

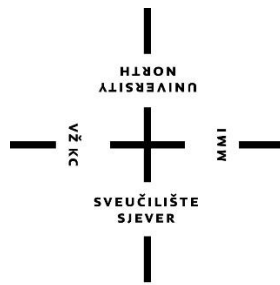
Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-18**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





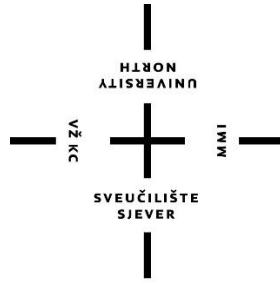
Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1433SS/2021

Komunikacija u palijativnoj skrbi

Valentina Belec, 0336032708 (3329/336)

Rujan 2021.



**Sveučilište
Sjever**
Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1433SS/2021

Komunikacija u palijativnoj skrbi

Student

Valentina Belec, 0336032708 (3329/336)

Mentor:

Valentina Novak, mag. med. techn.

Varaždin, kolovoz, 2021. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestринство		▼
STUDIJ	prediplomski stručni studij Sestrinstva		▼
PRISTUPNIK	Valentina Belec	JMBAG	3329/336
DATUM	09.07.2021.	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. Andreja Bogdan, prof., predsjednik		
	2. Valentina Novak, pred, mentor		
	3. doc.dr.sc. Marjana Neuberg, član		
	4. dr.sc. Melita Sajko, v.pred., zamjenski član		
	5.		

Zadatak završnog rada

BROJ	1433/SS/2021
OPIS	<p>Palijativna skrb je proces pružanja zdravstvene, socijalne, duhovne te psihološke skrbi pacijentima s neizlječivom bolešću čiji je glavni cilj unapređenje kvalitete života pacijenta.</p> <p>U palijativnoj skrbi za pacijenta uključen je multidisciplinarni tim koji se sastoji od medicinskih sestara, liječnika, fizioterapeuta, radnih terapeuta, duhovnika, psihologa, volontera te drugih zdravstvenih stručnjaka. Komunikacija u palijativnoj skrbi predstavlja specifičan proces razmjene informacija koji zahtjeva dobre komunikacijske vještine te dodatnu educiranost. Dobra komunikacija i pristup medicinske sestre pacijentu i njegovoj obitelji omogućuju uspostavu kvalitetnog odnosa temeljenog na povjerenju. Osobine koje medicinska sestra treba imati za uspostavu dobre komunikacije su empatija, iskrenost i razumjevanje te sposobnost očuvanja optimizma i nade kod pacijenta.</p> <p>Cilj ovog rada je opisati ispravan način komunikacije s palijativnim pacijentom i njegovom obitelji te ukazati na greške koje se mogu javiti u komunikaciji.</p>

PREDGOVOR

Ovim putem želim zahvaliti svojoj mentorici, Valentini Novak, mag. med. techn. koja me je vodila prilikom pisanja završnog rada, strpljivo odgovarala na sva moja pitanja te bila velika pomoć tokom studiranja.

Posebno se zahvaljujem svojoj majci i prijatelju Josipu koji su bili velika potpora na studentskom putu.

Hvala obitelji i prijateljima koji su unijeli boje u ove crno bijele stranice i učinili studiranje ljepšim.

SAŽETAK

Palijativna skrb je cjelokupna skrb za pacijente s neizlječivim bolestima. Cilj je održavanje kvalitete života pacijenta koji je u terminalnoj fazi neizlječive bolesti, no ne odnosi se isključivo na pacijenta već i na njegovu obitelj. Unutar palijativne skrbi obuhvaćena je zdravstvena, socijalna, psihološka i duhovna pomoć pacijentu i obitelji. Kako bi se uspostavila kvalitetna palijativna skrb potrebna su dobre komunikacijske vještine multidisciplinarnog tima koji provodi palijativnu skrb. U multidisciplinarni tim uključeni su medicinska sestra, liječnik, fizioterapeut, psihijatar, psiholog duhovnik, volonteri te drugi članovi tima. Glavni cilj je da zajedničkim snagama postignu što kvalitetniji život pacijenta sve do smrti. Palijativna skrb smrt smatra normalnim procesom te ju ne želi ubrzati ni odgoditi. Zdravstveni djelatnici imaju ulogu pružanja podrške, empatije, razumijevanja prema pacijentu i obitelji. Razvoj pozitivne komunikacije u palijativnoj skrbi je ključno i zahtjeva puno znanja, kompetencija, vještina i iskustva. Komunikacijske vještine koje zdravstveni djelatnici moraju usvojiti su asertivnost, empatije te vještinu aktivnog slušanja. Vrlo je važno da zdravstveni djelatnici pacijentima koji se suočavaju sa životno ugrožavajućom bolesti i onima koji su im bliski pruže mogućnost razgovora. Pitanja koja pacijenti tada postavljaju, najčešće su vezana za daljnju skrb. Ukoliko je razvijena pozitivna komunikacija između zdravstvenih djelatnika, pacijent i obitelj postiže se pozitivan odnos te povjerenje prema osobama koje vrše palijativnu skrb pacijentu.

Ključne riječi: palijativna skrb, pacijent, obitelj, komunikacija, empatija

ABSTRACT

Palliative care is type of care in which is maintain the quality of life of a patient who is the terminal phase of incurable diseases, but does not apply only to patients but also in the family.

Within palliative care, includes health, social, psychological and spiritual assistance to the patient and family.

In order to establish quality palliative care, good communication skills of a multidisciplinary palliative care team are required.

The multidisciplinary team includes a nurse, a doctor, a physiotherapist, a psychiatrist, a spiritual psychologist and volunteers. The main goal is to achieve the best possible quality of life for the patient until death. Palliative care considers death a normal process that does not want to speed up or delay.

Healthcare professionals have a role to play in providing support, empathy and understanding to patient and his family. The development of positive communications in palliative care is crucial and requires a lot of knowledge, competence, skills and experience. If quality communication is established with the patient, the feeling is that someone understand and listen to him. Palliative care will have a good outcome and its purpose fulfilled. It is very important that healthcare professionals provide patients who face a life-threatening illness and those who are close to the opportunity to talk. The questions that patients then ask are most often related to further care. If positive communication is developed between healthcare professionals, the patient and the family achieve a positive relationship of trust towards the persons performing palliative care of the patient.

Keyword: palliative care, patient, family, communication, empathy, understanding

Popis korištenih kratica

npr. – na primjer

tzv. – tako zvana

tj. – to jest

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Palijativna skrb	2
2.1.	Početak palijativne skrbi u Europi	3
2.2.	Palijativna skrb u Hrvatskoj.....	4
3.	Komunikacija.....	5
3.1	Vrste komunikacije	6
4.	Komunikacija u palijativnoj skrbi.....	7
4.1.	Komunikacija medicinske sestre s palijativnim pacijentom	7
4.2.	Komunikacijske vještine medicinske sestre.....	8
4.2.1.	Asertivnost	8
4.2.2	Aktivno slušanje	9
4.2.3.	Empatija	11
5.	Loša komunikacija s pacijentom.....	13
5.1	Bijeg od komunikacije s pacijentom.....	13
5.2.	Fraze koje nisu poželjne u komunikaciji	14
6.	Priopćavanje loših vijesti pacijentu	15
6.1.	SPIKES protokol.....	17
6.1.1.	Korak S – setting up – priprema razgovora	17
6.1.2.	Korak P – perception - procjena informiranosti	17
6.1.3.	Korak I - information - pacijentova želja o dobivanju informacija	18
6.1.4.	Korak K - knowledge – prenošenje informacija o medicinskoj dijagnozi.....	18
6.1.5.	Korak E – emotions - pacijentove emocije na postavljanje dijagnoze	19
6.1.6.	Korak S – strategies – dokumentiranje, analiziranje i planiranje zdravstvene skrbi	20
7.	Emocionalne reakcije pacijenta na primanje loših vijesti.....	21
7.1.	Reakcije na recidiv bolesti	22
7.2.	Emocionalne reakcije osobe koja se suočila sa smrću	23
8.	Umiranje i edukacija obitelji u palijativnoj skrbi	25
8.1.	Žalovanje.....	26
8.2.	Skrb za obitelj palijativnog pacijenta	27
9.	Zaključak	29

10. Literatura.....	30
---------------------	----

1. Uvod

Palijativna skrb se definira kao pružanje fizičke, psihološke, duhovne i socijalne skrbi pacijentima koji boluju od neizlječivih bolesti te im je skraćen životni vijek. Ustanova za provođenje palijativne skrbi je hospicij, a glavna uloga palijativne skrbi je poboljšati kvalitetu života pacijenata s neizlječivom bolesti te umanjiti njihovu patnju i bol. Kako bi se palijativna skrb provela kvalitetno, potreban je educiran interdisciplinarni tim kojeg osim medicinskih sestara čine liječnici, socijalni radnici, fizioterapeuti, duhovnici te volonteri. Aspekti koji čine palijativnu skrb su holistički pristup, briga za pacijenta, ali i za članove pacijentove obitelji. Neizlječiva bolest za obitelj predstavlja veliki šok i potrebno ih je pripremiti na promjene koje će se razvijati u budućnosti. Obitelj tada mijenja svoj životni ritam te se prilagođava članu obitelji koji ima potrebu za palijativnom skrbi te je u smislu fizičke potpore i skrbi, ali i psihičke. Na način suradnje u obitelji utječe ponašanje članova, međusobna komunikacija te mogućnost prilagodbe na novonastalu situaciju. Osim primanja palijativne skrbi, obitelj je ta koja u pružanju skrbi sudjeluje na način da pruža utjehu palijativnom pacijentu. Obitelj je ključna u preuzimanju brige za pacijenta, prilikom osiguravanja adekvatne skrbi te joj je potrebna podrška zdravstvenih djelatnika [1]. Komunikacija je ključan faktor u cjelokupnoj palijativnoj skrbi između davatelja i primatelja skrbi. Zdravstveni djelatnici moraju biti educirani i imati razvijene komunikacijske vještine da bi na kvalitetan način pružali palijativnu skrb pacijentu i njegovoj obitelji. Vještina koja je od izuzetne važnosti u palijativnoj skrbi aktivno slušanje. Pacijent time dobiva povratnu informaciju da ga netko uistinu želi saslušati, ima razumijevanja za njega i njegove potrebe. Također, neverbalna komunikacija je vrlo bitan faktor u palijativnoj skrbi budući da svaki tjelesni položaj daje određeno značenje (npr. pričati s pacijentom prekrivenih ruku može odati dojam da nam je razgovor naporan što odmah stvara zid u suradnji s pacijentom). Osim komunikacije s pacijentom, vrlo je važna komunikacija s obitelji. Tokom razgovora se pruža empatija kako bi obitelj lakše prebrodila situaciju u kojoj se nalazi [2].

2. Palijativna skrb

Palijativna skrb ima cilj brinuti za pacijente u terminalnoj fazi neizlječive bolesti. Uloga palijativne skrbi je oslobađanje simptoma izazvanih nekom bolesti te unaprijediti kvalitetu života pacijenata. Unutar palijativne medicine u radu je aktiviran multidisciplinarni tim koji uključuje medicinske sestre, liječnike, fizioterapeute, farmaceute, predstavnike različitih vjerskih zajednica, socijalne radnike, psihologe i druge stručnjake koji sudjeluju prilikom izrade plana za ublažavanje patnje života pacijenta. Multidisciplinarni tim omogućava timski rad u palijativnoj skrbi tokom rješavanja fizičkih, emocionalnih i socijalnih patnji pacijenta koje se javljaju i napreduju s napredovanjem bolesti. Palijativnu skrb dijelimo na dva područja rada koje pokriva. Prva stavka palijativne skrbi je ublažavanje ili uklanjanje simptoma koji se javljaju u terminalnoj fazi bolesti. Druga stavka palijativne skrbi uključuje psihosocijalnu podršku pacijentima i njihovim obiteljima te se bavi etičkim problemima vezanim uz kraj života [3].

Svjetska zdravstvena organizacija palijativnu skrb definira kao "postupke koji poboljšavaju kvalitetu života pacijenata i njihove obitelji koje se suočavaju s problemima vezanim uz po život opasne bolesti, kroz prevenciju i olakšavanje patnje putem ranog otkrivanja i točne procjene te liječenje boli i drugih problema; fizičkih, psihosocijalnih i duševnih." Iz definicije svjetske zdravstvene organizacije, može se zaključiti da je glavni cilj palijativne skrbi postići najbolju moguću kvalitetu života postupcima za kontrolu simptoma i povrat životnih funkcija od poštovanje osobnih vrijednosti [4].

2.1. Početak palijativne skrbi u Europi

Palijativna skrb kakvu danas poznajemo primjenjuje se u sto dvadeset zemalja diljem svijeta unutar hospicija. Hospicij možemo definirati kao mjesto na kojem se mogu smjestiti terminalno bolesni pacijenti. Začetnicom hospicijskog pokreta u Europi smatra se gospođa Dame Cicely Mary Saunders (Slika 2.1.). Dame Cicely Mary Saunders po zanimanju bila je medicinska sestra koja je prepoznala potrebu pacijenata u terminalnoj fazi bolesti te se zalagala za pružanje posebne njege tim pacijentima. Dodatno se educirala te postala liječnica te je aktivno sudjelovala u promicanju potrebe za hospicijskim pokretom, koji je nekoliko godina kasnije preimenovan u palijativnu medicinu [5].

Dame Cicely Mary Saunders je svojom upornošću i angažmanom sudjelovala u osnivanju hospicijskog centra Sv. Christopher u Londonu 1967. godine te se on smatra početkom suvremenog hospicijskog pokreta. 1969. godine unutar centa Sv. Christophera otvorena je i hospicijska skrb u obiteljima umirućih. Ideje na kojima se temeljila „politika“ hospicijskog centra Sv. Christophera je da je smrt sastavni dio života i normalan događaj, da palijativna skrb nema cilj odgađanje ni ubrzavanje smrti te da je osnovni cilj podizanje kvalitete života umirućih i njihove obitelji. Osnovne pretpostavke bile su da je pacijent centar događanja, da ima pravo o svemu odlučivati samostalno te da se prema njemu postupa holistički [5].



Slika 2.1.1. Dame Cicely Mary Saunders jedna od osnivačica hospicijskog centra Sv. Christopher

(Izvor: <https://www.spiritualityandpractice.com/practices/naming-the-days/view/28229/birthday-of-dame-cicely-saunders>)

2.2. Palijativna skrb u Hrvatskoj

U Republici Hrvatskoj pojam palijativne medicine i palijativne skrbi pojavio se službeno 2003. godine u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske iz 2003, godine. Prvi simpozij o hospicijima i palijativnoj skrbi organiziran je šestog i sedmog svibnja 1994. godine u Zagrebu. Materijali koji su bili obrađeni na simpoziju, kasnije su izdani u knjizi. To se smatra prvom knjigom na temu hospicija u Republici Hrvatskoj [6]. Anica Jušić je bila osnivačica Hrvatske udruge prijatelja hospicija. U sklopu svog rada udruga je organizirala razne tečajeve za hospicijske dobrovoljce. Danas u Hrvatskoj postoji Regionalni hospicijski centar u Zagrebu, Hospicijski centar u Splitu, Ustanovu za palijativnu skrb u Rijeci. Postoji više ustrojnih jedinica palijativne skrbi i kreveti za palijativnu skrb stacionarima u okvirima domova zdravlja (u Otočcu, Našicama, Supetru, Imotskom, Makarskoj, Hvaru, Sinju, Labinu, Pazinu, Umagu te Metkoviću). Unutar Hrvatske također postoje ustanove i kreveti za palijativnu skrb u okvirima Općih županijskih bolnica (u Zagrebu, Zaboku, Sisku, Karlovcu, Varaždinu, Novome Marofu, Koprivnici, Bjelovaru, Vinkovcima, Vukovaru, Puli, Dubrovniku, Čakovcu). Kapacitet za palijativnu skrb se na razini posljednjih nekoliko godina udvostručila, trenutačno postoji 418 namjenskih postelja te postoji 46 županijskih koordinatora za palijativnu skrb [7].

U cijelome svijetu, 8. listopada se obilježava Svjetski dan hospicija i palijativne skrbi (Slika 2.2.1).

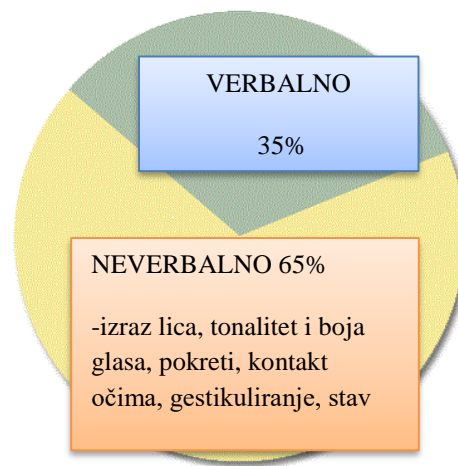


Slika 2.2.1 Zaštitni znak obilježavanja Svjetskog dana hospicija i palijativne skrbi

(Izvor: <https://palijativa.com/svjetski-dan-hospicija-i-palijativne-skrbi-2020/>)

3. Komunikacija

Komunikacija se definira kao proces unutar kojeg dolazi do razmjene informacija na verbalan i neverbalan način. Komunikologija je naziv za znanost koja proučava proces komunikacije. Tri glavna aspekta koji opisuju komunikaciju su prema sadržaju, obliku i cilju. Verbalna komunikacija je prenošenje poruke govorom, dok neverbalnom komunikacijom prenosimo stavove i emocije prema informacijama koje primamo ili osobi s kojom komuniciramo. Neverbalna komunikacija može biti statička i dinamička i veoma je važna u komunikaciji jer čini čak 65% komunikacije (Slika 3.1). U statičke znakove komunikacije ubraja se udaljenost između tijela sugovornika, stav tijela, tjelesni kontakt i međusobni položaj. Dinamični znakovi neverbalne komunikacije su izraz lica, geste, ostvarivanje kontakta očima te drugi oblici ponašanja kao što su odjeća, rasna i etnička pripadnost. Dodatni dinamički znakovi čine neke „prirodno nepromjenjive“ karakteristike kao što su spol, konstitucija, visina osobe budući da se pomoću njih stvara dojam i određenoj osobi [8]



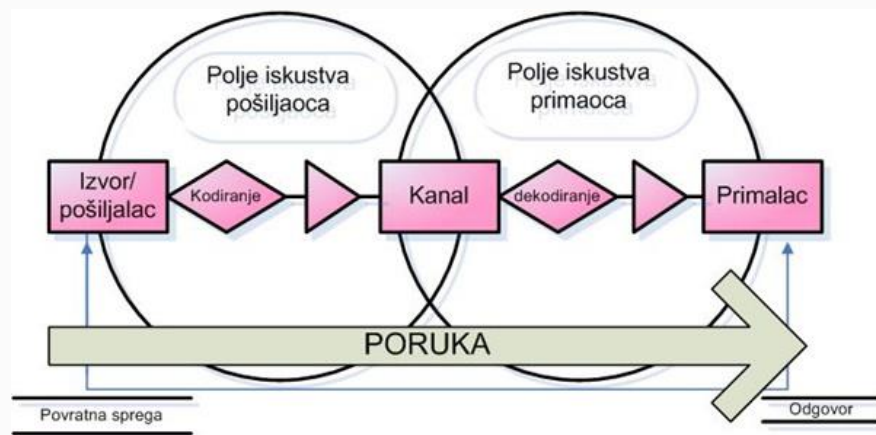
Slika 3.1 Prikaz komunikacije na verbalnoj i neverbalnoj razini (postotak i što ju čini)

(Izvor: Krishnan Isai Amutan: Verbalna i neverbalna komunikacija, https://www.researchgate.net/figure/Distribution-of-verbal-via-non-verbal-features-of-speech_fig1_324653584)

3.1 Vrste komunikacije

Komunikacija se sastoji od nekoliko elemenata: pošiljatelja, kodiranja poruke, kanala slanja informacije te primalaca koji mora dekodirati tj. razumjeti poslanu poruku. (Slika 3.1.1.) Postoji nekoliko vrsta komunikacije. Interpersonalna komunikacija je ona koja se odvija između najmanje dvije osobe dok je intrapersonalna komunikacija proces u kojem osoba priča sama sa sobom, njezina razmišljanja i monolozi. Grupna komunikacija je komunikacija između više grupa. Javna komunikacija se odvija između veće grupe ljudi unutar koje govornik i publika imaju jednak cilj. Masovna komunikacija je komunikacija između velikog broja različitih ljudi dok međunarodna komunikacija označava komunikaciju između ljudi iz različitih kultura i običaja. Od navedenih, interpersonalna je najčešći oblik komunikacije [9].

Tokom komunikacije mogu se dogoditi i „pogreške u komunikaciji“ koje su izazvane šumovima. Šumovi predstavljaju greške zbog kojih dolazi do prekida komunikacije ili prenošenja krive poruke u kojem dolazi do promjene njezinog značenja (primatelj ne dobiva prvobitnu poruku pošiljatelja) [9].



Slika 3.1.1 Elementi u komunikaciji

(Izvor: https://www.goconqr.com/de-CH/p/3542756?dont_count=true&frame=true&fs=true)

4. Komunikacija u palijativnoj skrbi

Komunikacija u palijativnoj skrbi je specifičan proces koji zahtjeva mnogo znanja i prethodne pripreme i edukacije. Ako ne postoji kvalitetna komunikacija, onemogućena je i kvalitetna palijativna skrb. Komunikacija zahtjeva znanje, vještine, kompetencije, entuzijazam i odgovornost [10]. U palijativnoj skrbi komunikacija je mrežna i odvija se na razini već spomenutog multidisciplinarnog tima. Vrlo je važno poznavati odnose među članovima tima te njihove zadatke (tko što govori pacijentu i njegovoj obitelji). Unutar palijativne skrbi obitelj je vrlo važna za pacijenta i čini podržavajući oslonac. U rijetkim slučajevima obitelj za pacijenta predstavlja kontrolirajući faktor. Vrlo je bitna komunikacija multidisciplinarnog tima s članovima obitelji, pružanje empatije i pokazivanja razumijevanja obitelji [11].

4.1. Komunikacija medicinske sestre s palijativnim pacijentom

Medicinska sestra uz provođenje zdravstvene njege koordinira proces skrbi za palijativnog pacijenta. U koordiniranje procesa zdravstvene njege ubrajamo planiranje, provođenje, evaluaciju zdravstvene njege te educiranje pacijenta i njegove obitelji. Kvalitetna komunikacija te pristup medicinske sestre pacijentu i njegovoj obitelji su jedne od najvažnijih intervencija medicinske sestre na palijativnom odjelu. Pomoću dobre komunikacije medicinska sestra ostvaruje odnos pun povjerenja s pacijentom i obitelji. Najvažnija vještina u komunikaciji u palijativnoj skrbi je znati čuti i slušati. Poželjne osobine medicinske sestre uz dobre komunikacijske vještine su iskrenost, empatija, razumijevanje. Jedan od zadataka medicinske sestre u komunikaciji s pacijentom je pokazati razumijevanje te sačuvati njegov optimizam i nadu [12].

4.2. Komunikacijske vještine medicinske sestre

Komunikacijske vještine su jedne od temeljnih interpersonalnih vještina. Nazivaju se vještinama jer su naučene i vježbanjem dolazi do njihovog razvoja. U komunikacijske vještine ubrajamo vještinu slušanja i vještinu govorenja. Poruka koju osoba prenosi drugima, mora biti direktna, jasna i pravodobna. Važno je izbjegavati dvostruke poruke, potrebno je prepoznati razliku između naših stavova i činjeničnog stanja, osjećaje i želje je potrebno izražavati jasno na asertivan način. Poruka koja se prenosi mora biti istinita. Kada se govori o vještinama slušanja, razlikuje se aktivno slušanje, slušanje s empatijom te otvoreno svjesno slušanje. Komunikacija je jedan od glavnih faktora, kako u pružanju zdravstvene njege, tako i u svakodnevnom životu [13].

4.2.1. Asertivnost

Asertivnost je komunikacijska vještina čija je ključna uloga održavanje kvalitetnih međuljudskih odnosa te smanjivanju postojeće razine stresa. Asertivni način komunikacije ima veliku ulogu u zdravstvenom sustavu, to je ispravan način komuniciranja kada dolazimo u situaciju u kojoj je potrebno izboriti se za svoja prava. Sposobnosti koje ima osoba koja zna asertivno komunicirati je znati odbiti nerazuman zahtjev, zna izražavati pozitivne i negativne emocije te zna započeti, održavati i završiti komunikaciju. Asertivnošću se povećava mogućnost za postizanje cilja bez odbijanja sugovornika i osoba sama nauči izražavati negativne emocije na društveno prihvatljiv način (omogućava konstruktivno rješavanje sukoba) [14].

Istraživanja su pokazala kako neasertivne medicinske sestre razvijaju negativne emocije kod pacijenta (npr. sram, strah) koji smanjuju kvalitetu provedene zdravstvene njege. Za razliku od asertivnosti, neasertivan način komunikacije smatra se pasivnim suočavanjem sa situacijom u kojem se osoba ne bori za vlastita prava, ne

izriče misli i osjećaje. Neasertivnost dovodi kod osobe do razvoja nesigurnosti, niskog samopoštovanja te osjećaja bespomoćnosti i nesamostalnosti. Neasertivne osobe imaju smanjenu razinu kvalitete života jer je smanjeno izražavanje i pozitivnih emocija [15].

4.2.2 Aktivno slušanje

Aktivno slušanje je razgovorni proces u kojem se pažnja usmjerava na ono što osoba govori. Pomoću vještine aktivnog slušanja, osoba se osjeća ugodno tokom razgovora, stvara povjerenje u osobu s kojom razgovara te joj se dodatno otvara. Pozitivne strane aktivnog slušanja su: pokazivanje interesa za sugovornika, bolja informiranost, stvara se kvalitetna suradnja i bolje rješavanje zajedničkog problema (s medicinskog stajališta - odabir najboljeg načina liječenja za pacijenta), poboljšava se odnos između sugovornika. Aktivnim slušanjem šalju se poruke poput „Razumijem što govoriš.“, „Poštujem tvoje mišljenje“ te započinje terapijska komunikacija [16]. Postoji više tehnika aktivnog slušanja. Jedna od tehnika je postavljanje potpitanja pomoću kojih sugovorniku pokazujemo interes za razgovor i pokazujemo da slušamo (npr. kimanje glavom dok pacijent priča – pokazujemo da ga razumijemo). Potpitanjima se može usmjeriti razgovor, razjasniti određene tvrdnje i pomoći osobi da se izrazi. Druga tehnika se naziva tehnika olakšavanja ili facilitacije. Njome se sugovorniku olakšava razgovor, potiče ga se da nastavi pričati o temi, pokazuje se da je govornik slušan te uvažavan (korištenjem verbalnih i neverbalnih znakova, npr. kimanje glavom, gledanje u oči, korištenje fraza „aha, da...“). Pojašnjavanje nejasnih tvrdnji se svrstava u treću tehniku aktivnog slušanja. Treća tehnika je pojašnjavanje nejasnih ili priopćenih tvrdnji. U nekim situacijama, sugovornika se potiče da objasni što je rekao kako bismo bili sigurni da smo dobro razumjeli (npr. Na koga točno mislite kad kažete „Ne dobivam dovoljno pažnje.“). Četvrta tehnika aktivnog slušanja je prepoznavanje neizrečenih misli i emocija. Bitno je obratiti pažnju na meta poruke koje sugovornik šalje (npr. osoba kaže zabrinuto „U ovoj bolnici je umrla moja majka“ , njegova neizrečena misao glasi „Hoću li i ja ovdje umrijeti?“) [17]. Jedna od tehnika aktivnog slušanja je reflektiranje. Pomoću

reflektiranja sugovorniku pomazemo da sam sebe bolje razumije, ono što osjeća i kako se ponaša. Reflektiranje se vrši tako da se ponovi ključna riječ ili ono što je sugovornik zadnje rekao (npr. Dakle, bili ste u dvojbi da sami brinete o bratu ili da ga smjestite u stacionarnu ustanovu?). Reflektirati se mogu osim dvojbi i emocije (npr. Vidim da ste zbog toga tužni). Parafraziranje je šesta tehnika aktivnog slušanja i vrlo je slična refleksijama, samo je dodatno proširena (npr. ako sugovornik kaže „Umrli mi je majka , razbolio mi se brat, a supruga i ja smo se razveli, nemam više razloga za život, ne znam kako dalje.“, to se može parafrazirati: „ Znači doživjeli ste mnogo loših stvari u kratkom vremenu i teško vam je donositi dalje odluke.“). Sažimanje u razgovoru je sedma tehnika aktivnog slušanja i u njoj se preporuča sažeti ono što smo čuli od sugovornika i ponoviti mu. Sažima se najčešće pred kraj razgovora i nastoje se obuhvatiti ključni podaci razgovora, dogovori, ciljevi, preporuke i zaključci koje smo donijeli. Tehnika sažimanja omogućuje provjeru jesmo li sve poruke dobro shvatili, ako nismo sugovornik može ponoviti rečeno. Također, sugovornik može dodati ako je nešto prethodno zaboravio reći. Osim verbalnih, postoje i neverbalni znakovi aktivnog slušanja. Kontakt očima je najvažniji neverbalni znak aktivnog slušanja. Prilikom razgovora, slušač bi trebao izbjeći nagle i nervozne kretnje (manirizme). Kretnje i gestikulacije koje su prenaplašene mogu omesti sugovornika. U manirizme se ubraja lupkanje prstima, igranje kosom, žvakanje žvakače gume, zveckanje ključevima i slično. Neverbalno, aktivni slušač mora slati poruku sugovorniku da je prisutan i da prati razgovor. Slanja poruke neverbalnim znakovima treba sugovorniku dati dojam „Imate moju pozornost, slušam Vas“ [17].

izbegavajte da prekidate govornika	Ne govorite previše	Budite empatični
Parafrazirajte	AKTIVNO SLUŠANJE	Gledajte ga u oči
Izostavljajte pokrete ili gestove koji skreću pažnju	Postavljajte pitanja	Potvrdno klimajte glavom i neka izraz lica bude prikladan

Slika 4.2.2.1 Glavne upute za aktivno slušanje

(Izvor: <https://psihologija4gimnazija.wordpress.com/aktivno-slusanje/>)

4.2.3. Empatija

Empatija se definira kao sposobnost razumijevanja osjećaja, želja, ideja, ponašanja druge osobe te sposobnost pokazivanja tog razumijevanja. Smatra se kako je empatija jedan od najvažnijih preduvjeta za izgradnju kvalitetnog odnosa s drugom osobom, izrazito je bitna u zdravstvenoj struci. Zdravstveni djelatnici imaju puno znanja i iskustva te pomoću raznih vještina mogu razumjeti situaciju s pacijentovog gledišta. Teško se razumijeva osjećaj jakog straha (npr. prije operativnog zahvata ili nekih rutinskih pregleda). Primarni cilj je prepoznati osjećaje kod sugovornika, razumjeti njegov način gledanja na određenu stvar [18].

Da bi neka bila spremna pokazati empatiju mora biti: [18]

- otvorena
- spremna za pogled na stvari „iz drugog gledišta“
- spremna za pomoć drugoj osobi
- suosjećati se

Razgovor s palijativnim pacijentima za zdravstvene djelatnike je izrazito težak i potrebno je pokušati održati profesionalnu komunikaciju, no ipak empatičnu. U današnje vrijeme postoje brojne edukacije o komunikacijskim tehnikama, no još uvijek zdravstveni djelatnici nemaju dovoljno znanja o važnosti komunikacije, o načinu vođenja komunikacije pomoću komunikacijskih tehnika te nisu educirani kako pravilno reagirati u pojedinim situacijama. Zdravstveni djelatnici najčešće pokušavaju izbjeći komunikaciju s pacijentom kako bi izbjegli dodatne sukobe uloga u kojima se mogu pronaći (sukob afektivne neutralnosti, objektivnosti i racionalnosti s potrebom za suosjećanje s pacijentom). Pružanje empatije pacijentu je nužno, no poistovjećivanje s pacijentovom situacijom bi značio gubitak objektivnosti i sprječavanju obavljanja kvalitetne zdravstvene njege. Također, kroz razgovor s pacijentom potrebno mu je pokazati prihvaćanje njega kao osobe bez osude i procjenjivanja. Kad osuđujemo ili prosuđujemo sugovorniku dajemo do znanja da ne odobravamo njegove stavove i da su naši stavovi prema nekoj temi ispravni. Osobe koje doživljavaju osudu od strane slušatelja zbog svojih emocija imaju potrebu povući se iz odnosa, a u takvoj situaciji nema uvjeta za uspostavu terapijskog odnosa.

Nakon prepoznavanja tuđih pogleda na svijet i viđenja situacije, sljedeći cilj empatije je pokazati sugovorniku da ga razumijemo na način na koji to sugovornik želi. Empatiju bismo mogli definirati kao vrlo zahtjevnu vještinu te je poučavanje zdravstvenih djelatnika o dobrim stranama empatije nužno za uspostavljanje kvalitetnog odnosa kako s pacijentom, tako i s njegovom obitelji [19].

Poznajemo nekoliko vrste empatije; emocionalnu, suosjećajnu, duhovnu te kognitivnu empatiju. Emocionalna empatija se naziva još i „empatijska zaraza“ tj. osjećanje emocija druge osobe. Razvijena je od ranog djetinjstva npr. kad se majka nasmiješi djetetu, dijete uzvratit osmijeh ili ako dijete počne plakati kada čuje drugo dijete kako plače. Emocionalna empatija ima svoje dobre i loše strane. Dobra je zato što osobe lako razumiju i osjete emocije drugih ljudi. Vrlo je važna kod zdravstvenih djelatnika kako bi mogli na odgovarajući način reagirati u komunikaciji s pacijentima.

Negativna strana emocionalne empatije je to što osoba može postati preplavljena emocijama druge osobe i nije u stanju na njih adekvatno reagirati. Ukoliko se navedeni problem javi kod medicinskog osoblja, javlja se sindrom sagorijevanja.

Suosjećajna empatija se definira kao osjećanja boli druge osobe te poduzimanje mjera kako bi toj osobi pomogli. Ljudi koji trebaju empatiju druge osobe traže razumijevanje i suosjećanje, te pomoć ukoliko je osoba to u mogućnosti.

Spiritualna empatija je specifična i ona se naziva „empatijskim darom“. Smatra se kako spiritualni empati imaju sposobnost fokusirati energiju, ali istodobno se distancirati od emocija druge osobe [20].

5. Loša komunikacija s pacijentom

Loša komunikacija medicinskog osoblja s pacijentom najčešće je posljedica neadekvatne edukacije o komunikaciji ili nedostatka vremena koje bi osoba trebala posvetiti pacijentu. Ako u početku nije uspostavljena dobra komunikacija, kod pacijenta se može javiti osjećaj otuđenosti, nepovjerenja, nesuglasnosti, nerazumijevanja. Osim navedenog, kada se javi nesuradnja u komunikaciji može doći do sukoba između zdravstvenog osoblja i pacijenta. Akcijska usmjerenost je jedan od najčešćih uzroka grešaka u komunikaciji. Događa se zato što se želi izliječiti što veći broj pacijenata, a zdravstveno osoblje je vremenski ograničeno. Uz nedostatak vremena javlja se i deficit zdravstvenog osoblja, liječnici i medicinske sestre ne pružaju dovoljno vremena pacijentu, ne nalaze dovoljno vremena za komunikaciju i tu se pacijenti osjećaju manje vrijednima ili čak zakinutima. Nema uspostave odnosa temeljenog na povjerenju. Drugi uzrok loše komunikacije je nedostatak komunikacijskih vještina koje bi zdravstveno osoblje trebalo posjedovati. Uz to, često se javlja i sukob između afektivne neutralnosti, objektivnosti i potrebe za suosjećanjem s pacijentom. U toj situaciji zdravstveni djelatnik si postavlja razna pitanja: kada razgovarati s pacijentom, o čemu, tko treba razgovarati s pacijentom te što mu reći u određenom trenutku [21].

5.1 Bijeg od komunikacije s pacijentom

U palijativnoj skrbi, bijeg od komunikacije vrlo je česta pojava i ubraja se u jednu od grešaka u komunikaciji.

Bijeg u komunikaciji medicinskih sestara s pacijentom može biti fizički (npr. odabir drugog hodnika kako nebi prolazili pokraj pacijenta), ne slušanje pacijenta (pacijent nešto govori, a sestra ga izbjegava uz izgovor npr. da nema vremena trenutačno da će doći do njega kasnije), korištenjem medicinske terminologije (jer ju pojedini pacijenti ne razumiju te na taj način izbjegavamo dodatnu komunikaciju) te gestikularni bijeg (spuštanje glave dok se prolazi kraj pacijenta) .

Razlozi bijega od komunikacije su neznanje o načinu priopćenja loše vijesti, strah od medicinskog neuspjeha, negativne reakcije pacijenta, javlja se strah od pokazivanja vlastitih emocija i da se određena situacija ne desi nama [21].

5.2. Fraze koje nisu poželjne u komunikaciji

U komunikaciji postoji nekoliko fraza koje nisu prihvatljive te ih je potrebno izbjegavati. Izbjegavanje ispraznih izjava kao što „Bit će dobro.“ (pacijentu drugi dan može biti još gore, a dobio je „lažnu nadu“, poljuljano je povjerenje). Davanje savjeta pacijentu je također potrebno izbjegavati (npr. „Morate što prije doći u bolnicu“, pacijent možda nema te mogućnosti. Uz navedeno, izbjegava se i roditeljsko ponašanje prema pacijentu, obrambeni stav prilikom razgovora, pretjerane pohvale ili pogrde pacijentu te odgovaranje na vlastita pitanja. Prilikom komunikacije poželjno je biti iskren i ne davati informacije za koje nismo zaduženi, ispitati emocionalno stanje pacijenta, poticati samopoštovanje i samokontrolu te procijeniti sposobnost suočavanja s problemima. Primjer dobre komunikacije: „Hoće li mi uskoro biti bolje?“ ,pravilan odgovor medicinske sestre bi bio „Nadam se da hoće, ali ne znam. Što kažu liječnici?“ [21].

6. Priopćavanje loših vijesti pacijentu

Palijativna skrb je područje unutar kojeg je susretanje sa smrću i lošim vijestima svakodnevna te se unutar nje javlja konflikt između želje za znanjem i straha od primitka loših vijesti. Loše vijesti su također jedan od komunikacijskih izazova za koje treba biti prethodno educiran Zdravstveno osoblje mora biti pripremljeno za prepoznavanje pacijentovih emocijama prema njegovim reakcijama na vijest, mora znati dati informacije o samoj bolesti, prognozi bolesti te rizicima liječenja, a s druge strane uključiti pacijenta u donošenje odluka te pronaći način u očuvanje nade kod pacijenta. Kod pacijenta lošu vijest predstavlja svaka informacija koja ima negativan značaj za njegovo trenutno stanje ili ona koja remeti pacijentove planove i „oduzima nadu“. Govorimo li o onkološkom pacijentu, njegova osnovna dijagnoza je početna točka „loših informacija“ nakon čega informacije o daljnjem liječenju i stanju može doživjeti kao loše. U spektar loših informacija koje se očekuje da će pacijent primiti su informacije vezane uz liječenje, nuspojave liječenja, prognozu bolesti, mogućnost povratka bolesti i nakon izlječenja, o napredovanju bolesti, o nemogućnosti daljnjeg liječenja. Priopćavanje loše vijesti je izrazito traumatičan za pacijenta, ali i za njegovu obitelj te je potrebno spremno i oprezno pristupiti tom procesu. Pacijenta je potrebno prije priopćenja loših vijesti procijeniti na individualnoj razini u kontekstu njegove percepcije (kako doživljavaju i kako reagiraju na lošu vijest), socioekonomskih prilika te na temelju njegova okruženja (obitelji i društva – razini potpore koju dobiva). Prihvatanje i suočavanje sa primljenom vijesti uvelike ovisi o zdravstvenom djelatniku i njegovim komunikacijskim vještinama i pripremljenosti. U procesu priopćavanja zdravstveni djelatnik mora biti empatičan, suosjećajan i iskren, ako jest, pacijent će lakše prihvatiti lošu vijest i tokom cijelog procesa liječenja i palijativne zdravstvene njege bit će suradljiv. U suprotnom, javlja se konflikt između zdravstvenog osoblja i pacijenta (zdravstvenog osoblja u globalu, a ne samo onoga tko je na neadekvatan način prenio lošu vijest) [22].

Prilikom razgovora sa zdravstvenim osobljem, pacijenti i njihova obitelj žele takozvani „pozitivno obojen jezik“. Npr. to bi značilo da umjesto riječi smrt žele

čuti riječ preživljavanje (umjesto „Na žalost, Vaša majka je umrla“, „Na žalost, Vaša majka nije preživjela). Potrebno je biti oprezan kod komunikacije jer često zdravstveni djelatnici misle kako je pacijent sve razumio, a nije, no ne želi to priznati. Informacije koje je pacijent dobio i način na koji ih je dobio mogu utjecati na pacijentove odluke o liječenju, palijativnoj skrbi, davanje informacija obitelji. Zdravstveno osoblje u komunikaciji s pacijentom, a ne samo prilikom davanja informacija o bolesti mora razgraničiti davanje lažne nade i održavanje pacijentovih očekivanja o pozitivnom ishodu bolesti. Potrebno je jasno davanje dijagnoze kada pacijenti to žele, no davanje prognoze može izrazito loše djelovati na pacijenta, izrazito u napredovalim slučajevima. U tim situacijama, informacije se „doziraju“ i unutar multidisciplinarnog palijativnog tima mora postojati dogovor. Svaki član tima koji skrbi o pacijentu mora znati koje informacije smije reći pacijentu i mora znati koliko pacijent zna. Ako je pacijent dobio od jednog člana više ili manje informacija, javlja se nepovjerenje u cijeli tim. Također, pacijenti koji su dobili lošu informaciju na dobar i pravilan način izabrat će rizičnije oblike liječenja čije je djelovanje veće. Za zdravstvene djelatnike priopćavanje loših vijesti je neugodan zadatak koji može izazvati depresiju, strah, frustraciju, bespomoćnost te sukladno s time i pojavu burn out sindroma. Kod priopćavanja loših vijesti, kako u svijetu tako i u Hrvatskoj najčešće se koristi tzv. SPIKES protokol [23]. (Slika 6.1.)



Slika 6.1 Segmenti SPIKES protokola

(Izvor: [Interna skripta](#))

6.1. SPIKES protokol

SPIKES protokol služi kao nit vodilja prilikom saopćenja loše vijesti pacijentu i njegovoj obitelji. Sastoji se od 6 koraka i ima četiri glavna cilja, a to su prikupljanje podataka i informacija o pacijentu, prenošenje medicinske informacije (o dijagnozi i zdravstvenom statusu pacijenta), pružanje podrške pacijentu i stvaranje suradničkog odnosa s pacijentom uz izbor najefikasnije metode liječenja [24].

6.1.1. Korak S – setting up – priprema razgovora

Zdravstveni djelatnik mora biti pripremljen za davanje informacija pacijentu. Mora biti osviješten da je on osoba koja daje lošu vijest i da je normalno stvaranje negativnih emocija i osjećaja preuzimanja odgovornosti. Važno je biti pripremljen te predvidjeti pacijentove reakcije. Potrebno je osigurati prostor u kojem će zdravstveni djelatnik biti sam sa pacijentom (ili obitelji ako to želi pacijent), bez prisustva drugih zdravstvenih djelatnika ili pacijenata. Kako bi se uspostavio kvalitetan odnos i maksimalno ugodna atmosfera, održavanje kontakta očima je ključno. Uz kontakt očima, u prostoru između pacijenta i medicinskog djelatnika ne smije biti barijera (npr. paravanska pregrada). Prilikom razgovora poželjan je i fizički kontakt (npr. držanje pacijenta za ruku) ako pacijent to želi i ako mu to olakšava trenutnu situaciju. Tokom razgovora, medicinski djelatnik mora biti posvećen samo pacijentu i druge obveze mora prepustiti kolegama [24].

6.1.2. Korak P – perception - procjena informiranosti

Prije davanja informacija pacijentu, potrebno je procijeniti njegovo znanje o trenutnom stanju i njegovoj bolesti. Zdravstveni djelatnik mora procijeniti razinu pacijentova znanja o bolesti te na koji je način on doživljava. U toj fazi, koriste se

otvorena pitanja (npr. „Razumijete li zašto ste išli na RTG pluća?“). Faza percepcije je važna za zdravstvene djelatnike kako bismo mogli predvidjeti daljnje pacijentove reakcije. Procjenjuje se faza pacijentove reakcije (npr. ako je u fazi poricanja bolesti, zdravstveni djelatnik može očekivati napad od strane pacijenta). Također, kod pacijenta se mogu javiti nerealna očekivanja te iskrivljena slika zdravstvenog stanja (npr. kod recidivirajućeg tumora nakon 5 i više godina pacijenti znaju izjaviti: „Prebolio sam karcinom jednom, preboljet ću ga opet“) [24].

6.1.3. Korak I - information - pacijentova želja o dobivanju informacija

Zdravstveni djelatnici su educirani i znaju kako je svaki pacijent individua te je tako potreban i holistički pristup. Uloga trećeg koraka je da se sazna pacijentova želja o (ne)dobivanju informacija o bolesti. Istraživanja su pokazala kako više od 80% pacijenata želi znati sve o bolesti i prognozi, no suprotno tome postoje pacijenti koji ne žele primiti informacije o svome stanju te to treba poštivati i dati pacijentu do znanja da ukoliko odluči znati više da nam se može obratiti u svakome trenutku. Informacije najčešće ne žele znati pacijenti čija bolest progredira. Sve više istraživanja pokazuje kako su depresivni pacijenti i oni koji nemaju obitelj spremniji na razgovor o bolesti i lakše prihvaćaju loše vijesti [24].

6.1.4. Korak K - knowledge – prenošenje informacija o medicinskoj dijagnozi

Unutar koraka „K“, pacijentu se prenose informacije o medicinskoj dijagnozi. Mnogi stručnjaci smatraju kako je ovaj korak najteži i za pacijenta, ali i za medicinskog radnika. Sam razgovor bi trebalo započeti kratkim uvodom u kojem se pacijenta upozorava da nemamo dobre vijesti. Uvod se izvodi pomoću kratkih fraza kao što su: „Na žalost, nemam dobre vijesti“ ili „Žao mi je što Vam moram ovo reći, ali...“. Izbjegava se odugovlačenje ili potpuna izravnost zato što može izazvati

nepovjerenje pacijenta, shvaćanje vijesti olako. Nagoviještanjem loših vijesti i početnim uvodom primatelju informacija je omogućeno da lakše prihvati vijest i da se smanji šok do kojeg može doći nakon što pacijent čuje lošu vijest.

Informacije koje dajemo, potrebno je prilagoditi pacijentu i dati na adekvatan način. Izbjegavanje medicinske terminologije je neophodno kako bi pacijent razumio izrečeno. Prilikom iznošenja dijagnoze se ne smiju isticati loše strane bolesti, a informacije davati postupno sa stankama. Unutar stanki, provjeri se je li pacijent razumio ono što mu je rečeno. Ukoliko je bolest napredovala u toj mjeri da su iscrpljene sve opcije liječenja, izbjegavaju se rečenice poput: „Sve smo učinili što smo mogli, ne možemo ništa više učiniti.“. Ako su metode liječenja iscrpljene, zdravstveni djelatnici se usmjeravaju na povećanje kvalitete života koliko je najviše moguće tretiranjem boli i ostalih simptoma koji se javljaju sukladno s dijagnozom. Tokom cijelog razgovora, a izrazito kod koraka „K“ neophodno je pokazati maksimalnu dozu empatije i razumijevanja za pacijenta te pratiti njegov empatički odgovor [24].

Empatički odgovor se sastoji od četiri koraka:

- 1. korak čini praćenje svake pacijentove emocije (šok, tuga, strah...)
- 2. korak se sastoji od identifikacije i imenovanja emocije
- 3. korak ima ulogu otkriti razlog pojave emocije pomoću otvorenih pitanja
- 4. korak služi kako bi pacijentu objasnili poveznicu između pokazanih emocija i razloga njihova nastanka (npr. suze zbog bespomoćnosti)

6.1.5. Korak E – emotions - pacijentove emocije na postavljanje dijagnoze

Korak E se nadovezuje na korak K u smislu adekvatnog odgovaranja na pacijentove emocije koje mogu biti različite. Važno je razumijevanje od strane zdravstvenog radnika prema pacijentu, kako bi mogao iskazati empatiju i potporu. Zdravstveni djelatnik na pacijentove emocije također može odgovoriti emocijom te iskazati kako je navedena vijest teška i za njega.

Pacijentu je neophodno pokazati razumijevanje za njegove emocije i stanje i dati mu vremena da pokaže svoje osjećaje [24].

6.1.6. Korak S – strategies – dokumentiranje, analiziranje i planiranje zdravstvene skrbi

U posljednjem koraku SPIKES protokola vrši se razrada terapijskog plana s pacijentom. Prije početka razgovora s pacijentom važno je pitati je li spreman za taj razgovor. Ukoliko je, s pacijentom se analiziraju medicinski problemi te pacijentovi problemi. Postavlja se granica između problema koji se mogu i ne mogu riješiti. Nakon toga pacijentu se predlaže terapijski plan i sustavi podrške koji postoje koji bi mu mogli pomoći (npr. grupe potpore pacijenata sa stomom). Cjelokupni razgovor se završava sažimanjem rečenog. Uz to se pita pacijenta želi li razgovarati o nečemu i je li mu sve jasno. Ukoliko je potrebno, pacijentu možemo ponoviti određene stvari i razjasniti sve što nije razumio [24].

7. Emocionalne reakcije pacijenta na primanje loših vijesti

U proces skrbi za pacijenta uključen je multidisciplinarni tim, pacijentova obitelj, ali i sam pacijent. Unutar palijativne skrbi za pacijenta mogu se javiti razne emocije koje mogu biti pozitivne ili negativne te akutne ili kronične. Zdravstveni djelatnici moraju biti spremni za izražavanje emocija pacijenta s teškim i neizlječivim bolestima. Također, zdravstveno djelatnici moraju biti spremni na to da okidači za emocionalne reakcije ne moraju biti povezani s pacijentovom bolešću već i drugim faktorima (npr. financijski problemi, promišljanje o obitelji koju pacijent ostavlja iza sebe...). Edukacija je ključna kako bi znali odgovoriti na određenu emociju na pravi način i poticali pacijenta da govori o svojim emocijama.

Emocije koje se javljaju kod pacijenta mogu biti akutne i kronične. Akutne se odnose na one u kojima pacijent razvija anksioznost, depresiju, osjećaj krivnje, mogu potiskivati emocije ili čak poricati postojanje bolesti. Kod pojave akutnih emocija zdravstveni djelatnici moraju biti spremni na otežanu komunikaciju s pacijentom. Pojedini pacijenti su pod velikom razinom stresa te nisu sposobni donositi odluke.

Kronične emocije su odgovor na patnju, gubitak samopouzdanja i vjere u nešto u što je pacijent bio uvjeren i što mu je bila nit vodilja. Kod kroničnih emocija može se vidjeti obeshrabrenost, klonulost duha, manjak energije, bespomoćnost. Ako je pacijent razvio kronične emocije možemo ga poticati na razgovor o temama koje su mu važne (npr. djeca, kućni ljubimci...). Aktivno slušanje je ključna tehnika u ovoj fazi, ali i istovremeno poticanje pričanja o sebi uz pitanja poput: „Biste li mi htjeli pričati o sebi kada ste bili u najvećoj snazi i vrhuncu života?“. Na taj način, pacijent se prisjeća sebe kakav je bio nekad te dobiva osjećaj ponovne vrijednosti, vraćaju se u vrijeme kada su bili potpuno integrirani te im to pomaže u procesu reintegracije.

Vještine koje zdravstveni djelatnik mora posjedovati prilikom suočavanja s pacijentovim emocijama su slušanje s empatijom, pružanje informacija pomoću SPIKES protokola, ohrabrivanje pacijenta te poticanje da se suoči s bolesti.

Postoji mnogo čimbenika koji utječu na odluku o izboru liječenja, jedan od čimbenika je i emocionalno stanje pacijenta te uvjerenje o bolesti i njegova informiranost. Pacijenti koji nemaju dobru prognozu tj. bolest je neizlječiva, češće se odlučuju na metode liječenja unutar kojih se pojavljuju „teže“ nuspojave, oni se bore za život i svoju poziciju opisuju frazom „sve ili ništa“. Pokazalo se ukoliko je pacijent informiran o terapijskoj proceduri koju mu možemo ponuditi u svrhu liječenja javljaju se pozitivne emocije bolja psihička prilagodba na trenutačno stanje, iako je pacijenta prije potrebno pitati želi li dobiti te informacije. Kod osoba koje su upućene u terapijske procedure se javlja djelomičan osjećaj kontrole i uvažavanja jer su pripremljeni na ono što bi se moglo desiti u budućnosti. Pacijentu treba konkretno reći sve o dostupnim terapijskim metodama, koje su prednosti, ali i rizici svake metode te koji su ishodi liječenja (ako on to želi) [25].

7.1. Reakcije na recidiv bolesti

Kada je pacijentu jednom postavljena dijagnoza karcinoma i taj pacijent preboli karcinom, često se javlja Damoklov sindrom (strah od ponovnog pojavljivanja bolesti). Na recidiv bolesti, pacijenti u većini slučajeva reagiraju izrazito snažno, spremno. U slučajevima recidiva s pacijentom je bitno razgovarati, prenijeti mu informacije, utvrditi da je shvatio rečeno. Zdravstveni djelatnici kod recidivirajućih slučajeva osjećaju krivnju, razočaranje i frustraciju, povratak bolesti može doživjeti kao osobni neuspjeh. Kod priopćavanja loših vijesti recidivu koristi se isti protokol kao i u drugim slučajevima [25].

7.2. Emocionalne reakcije osobe koja se suočila sa smrću

Elizabeth Kubler Ross, liječnica psihijatrijske bolnice u Chicagu, istraživala je emocionalne reakcije pacijenata koji su suočeni sa smrću. Opisala je emocionalne reakcije osobe koja se susrela sa smrću te je njezin rad je utjecao na odnos medicinskog osoblja prema pacijentima koji su u terminalnoj fazi bolesti. kroz pet faza :

- odbijanje
- gnjev
- cjenkanje
- potištenost
- prihvaćanje

U fazi odbijanja pacijent ne prihvaća dijagnozu. Smatra kako je došlo do greške, ne vjeruje da ima neizlječivu bolest, ne želi priznati da se dijagnosticirana bolest odnosi na njega. Faza odbijanja i izolacije prestaje nakon što pacijent počne razmišljati o neriješenim poslovima i stvarima koje ga muče (npr. kredit koji nije otplatio).

Nakon faze odbijanja slijedi faza gnjeva i ljutnje. Unutar ove faze kod pacijenta se javlja dilema i pitanje „Zašto baš ja?“. Zbog pacijentove ljutnje može doći do ispada bijesa. Zdravstveni djelatnici to mogu očekivati, ali i znati da je pacijentu potrebna podrška i netko tko će ga saslušati. Mladi zdravstveni djelatnici moraju biti oprezni sa pacijentima u toj fazi jer kod njih izazivaju bijes zbog njihovih poremećenih životnih planova i svjesnosti da oni nisu u mogućnosti na taj način uživati u životu. Pacijenti mogu krenuti dalje nakon što iz sebe izbace sve emocije.

Treća faza koja se javlja je faza cjenkanja. U njoj je umiruća osoba u fazi pregovaranja. Svaka osoba pregovara s nekim/nečim što je njoj bitno. Najčešće to budu pregovori s Bogom (npr. „Daj Bože da preživim još dva tjedna dok ne prođe djetetova svadba“.), liječnicima (npr. Molim Vas mogu li posljednji put otići kući pa mogu umrijeti“), svemirom. Cilj u fazi cjenkanja je odgoditi smrt kako bi doživjeli neki događaj koji je za pacijenta poseban ili više lijepih trenutaka („Daj Bože da proživim čim duže da provedem čim više vremena sa svojom djecom“).

Nakon faze cjenkanja dolazi faza potištenosti. U ovome stadiju, vidljiv je neizbježan kraj života. Pacijenti su u fizičkom smislu svakog dana sve lošije. Smanjuje se razina fizičke sposobnosti, javlja se kaheksija, promjene na licu, koža je blijeda i hladna. Pacijent najviše izražava tugu i patnju te je emocionalna podrška za pacijenta i njegovu obitelj u ovoj fazi najvažnija. Posljednja faza je faza prihvaćanja bolesti. Pacijent očekuje neizbježnu budućnost u relativnom miru i spokoju. Važno je prisustvo obitelji jer tada pacijenti lakše prolaze kroz fazu žalovanja i uz njih se prisjeća lijepih trenutaka. Elizabeth Kubler Ross dodaje kako faze suočavanja sa smrću nisu jednake kod svake osobe i ne idu kronološkim redom. Ljudi koji su kasno saznali za svoju dijagnozu ponekad nemaju dovoljno vremena da bi prošli kroz sve faze žalovanja, a postoje i situacije kada ljudi imaju dovoljno vremena, no nisu prihvatili neizbježni ishod dijagnoze. Reakcija na bolest ili smrtni ishod je individualna kao i svaka osoba, te pacijentovu percepciju prema bolesti treba poštovati. Emocionalne poteškoće koje se mogu javiti u procesu žalovanja su emocionalna nestabilnost, promjena perspektive o budućnosti, osjećaj usamljenosti, napuštenosti, marginalizacije, stigmatizacije te inetpersonalni problemi. Navedene poteškoće je potrebno prepoznati na vrijeme kako bi smo spriječili moguće komplikacije [25].

8. Umiranje i edukacija obitelji u palijativnoj skrbi

Umiranje je proces kroz kojeg mora proći svaka osoba u trenutku pred kraj života, a umirući pacijenti su oni koji su potpuno ovisni o pomoći medicinske sestre. Stanje u kojem se pacijent nalazi prije smrti može trajati od nekoliko sati do nekoliko dana. Znakovi koji se javljaju su promjene svijesti (koma, sopor ili somnolencija), ukoliko je pacijent pri svijesti govor je nečujan i nerazumljiv. Pacijentu je potrebno osigurati mirnu okolinu bez buke i drugih ljudi, osim obitelji ili bliskih prijatelja (ako je to pacijent želio). Unutar prostorije gdje se nalazi pacijent, pored kreveta može se nalaziti nekoliko stolica namijenjenih obitelji i prijateljima. Svakome je potrebno pružanje prilike za oproštaj, no posjete koje nisu obitelj ili najbliži prijatelji na ljubazan način se zamoli da ne ostaju duže od petnaestak minuta. Ukoliko pacijent ne želi uzimati hranu, tekućinu ili lijekove ne treba ga prisiljavati. Članovi obitelji ponekad pacijentu prisilno daju hranu i tekućinu budući da ne mogu objektivno procijeniti pacijentovo stanje te se ne mogu pomiriti s pacijentovim krajem života. Uloga medicinske sestre u toj situaciji je da obitelji objasni razloge prestanka unosa hrane ili tekućine, kako mu u najboljoj namjeri, iz ljubavi prema svome članu obitelji, nebi naštetili [26].

Zdravstveni djelatnici imaju ulogu edukatora pacijentovih članova obitelji o znakovima koji prethode smrtnom ishodu kako bi se u obitelji umanjio stupanj anksioznosti. Za umiruće pacijente karakteristično je da puno spavaju i vrlo ih je teško probuditi, no suprotno tome može se javiti nemir, nehotimične kretnje ruku i nogu, a smiruje ih ljudsko prisustvo. Može se javiti gubitak orijentacije u prostoru i vremenu te neprepoznavanje članova obitelji. Obitelj je educirana da u prisutnosti pacijenta komunicira kao da je pri potpunoj svijesti i potiče ih se da mu kažu sve ono što bi mu rekli da je pri svijesti (npr. dobivanje ili davanje oprosta, popravljavanje odnosa, davanje priznanja...), ali dovoljna je i sama tišina. Ako obitelj nije prisustvovala smrti pacijenta, a želi vidjeti tijelo pokojnika, potrebno joj je to omogućiti. Medicinski djelatnik koji je uz obitelj, mora opisati kako izgleda tijelo pokojnika i gdje je smješteno, a ukoliko je u mogućnosti i otpratiti obitelj do

pokojnika. Također, obitelj se savjetuje gdje prijaviti smrt i kako se pobrinuti oko pogreba [26].

8.1. Žalovanje

Žalovanje je proces u kojem se javljaju tjelesni i duševni odgovori te osjećaj očaja i tuge zbog gubitka voljene osobe. Žalovanje nakon gubitka znak je ljubavi prema preminuloj osobi. Glavna uloga žalovanja je da se tugujuća osoba prilagodi gubitku voljene osobe te da prihvati strah i brigu kao emocije. Poslije smrtnog ishoda, članovi obitelji u većini slučajeva ostaju bez profesionalne pomoći iako ona ima snažnu ulogu u privikavanju na gubitak. Parkes je definirao četiri faze žalovanja za bliskom osobom, a to su početna faza šoka i tuposti, faza čežnje i protesta, faza dezorganizacije aktivnosti i posljednja je faza ponovne organizacije aktivnosti. [27].

Na medicinskom osoblju je da mora utvrditi koji članovi obitelji imaju mogućnost razvoja abnormalnih reakcija žalovanja (npr. razvoj anksioznosti, depresije). Kada ustvrdimo tko su osobe koje trebaju pomoć, daje im se savjet da potraže podršku stručne osobe. Medicinsko osoblje, a izrazito medicinske sestre trebaju prihvatiti plač i suze, slušati sa suosjećanjem, postavljati otvorena pitanja, podijeliti svoju energiju i vrijeme s osobom koja žaluje [28]. U zavodu dr. sc. Andrije Štampara postoji telefon za psihološku pomoć osobama koje žaluju. (Slika 8.1.1)



Slika 8.1.1. Sustav podrške za ožalošćene članove obitelji

(Izvor: <https://www.stampar.hr/>)

Cilj terapije obitelji koja žaluje je smanjiti bolesti koje nastaju kao tokom procesa žalovanja kod obitelji u kojima su izloženi teškog psihosocijalnog stanja (npr. nastanak kronične depresije). Istraživanja su pokazala kako žene koje su davateljice skrbi, one slabijeg zdravlja te one koje imaju slabiju sposobnost adaptacije, podložnije su nastanku depresije [28].

8.2. Skrb za obitelj palijativnog pacijenta

U preko 80% palijativnih pacijenata obitelj je uključena u palijativnu skrb. Trude se pacijentu pružati podršku i njegu. Problem koji se javlja je da obitelj istodobno ne brine o vlastitim potrebama, te se može desiti gubitak vlastitog identiteta žrtvujući se. Obitelj izvan bolničkog okruženja mora normalno funkcionirati u svakodnevnom životu te racionalno trošiti energiju (na poslu, u društvu,spavati dovoljno...). Uloga zdravstvenih radnika i multidisciplinarnog tima koji skrbi za pacijenta, mora isto tako skrbiti i za obitelj. Važno je utvrditi potrebe članova obitelji te njihove strahove (od smrti, od gubitka voljene osobe, od toga kako će izgledati njihova budućnost). Zdravstveni djelatnici moraju slušati, ohrabrivati, naglašavati jake strane obitelji te tješiti. Četiri su osnovne sastavnice područja pružanja pomoći obitelji pacijenta s palijativnim potrebama:

- sučeljavanje sa stresom
- odlučivanje
- edukacija o sudjelovanju u skrbi za člana obitelji
- planiranje i organizacije palijativne skrbi

Uloga medicinske sestre je da osjeti i razumije potrebe obitelji, povezanost članova, specifične potrebe obitelji (npr. prema vjerskom opredjeljenju). Zadovaljanje osnovnih fizioloških potreba, uspostavljanje kvalitetne komunikacije, dobra edukacija obitelji su glavne intervencije medicinske sestre u odnosu na obitelj umirućeg pacijenta [29].

Obitelj može biti uključena cjelokupnu palijativnu skrb za pacijenta, od provođenja zdravstvene njege do davanja mogućnosti da budu uz pacijenta koliko god vremena žele kako bi pružali utjehu i pomoć pacijentu da stekne realističan pogled na svoje stanje (Slika 8.2.1.). Pacijent i obitelj su tada mirniji jer osjećaju veću povezanost i mir. Strah od smrti kod pacijenta mogu pojačati članovi obitelji svojim postupcima (npr. pokazivanjem zabrinutosti, pesimizmom ili pak sakrivanjem brige) [29]. Obitelj je potrebno savjetovati da pokažu optimističnost i na taj način olakšaju ovu pacijentu ionako tešku situaciju. Može se dogoditi da obitelj napusti umirućeg člana obitelji kako ne bi gledali njegovu patnju, a zapravo se boje kako ta patnja nebi jednog dana zadesila njih. Neke obitelji ne znaju na koji način i o čemu razgovarati s umirućim. Pacijent tada gubi samopouzdanje, pada u depresiju i nema se kome povjeriti i nema s kime podijeliti uspomene. Poticanje obitelji na provođenje vremena s umirućim je bitan faktor kako obitelj nakon smrti pacijenta, nebi osjećala krivnju i prošla kroz sve faze žalovanja „ispravno“. Pojedini stručnjaci smatraju kako je obitelj prva karika multidisciplinarnog tima, poveznica između pacijenta i obitelji [30].



Slika 8.2.1. Prikaz obitelji kao prve karike u multidisciplinarnom timu

(Izvor:

[http://web.zagreb.hr/Sjednice/2017/Sjednice_Skupstine_2017.nsf/0/C12581370033D600C125831C003DAE1B/\\$FILE/02%20Prijedlog%20plana.pdf](http://web.zagreb.hr/Sjednice/2017/Sjednice_Skupstine_2017.nsf/0/C12581370033D600C125831C003DAE1B/$FILE/02%20Prijedlog%20plana.pdf))

9. Zaključak

Palijativna skrb je skrb za pacijenta koji se suočava aktivnom, progresivnom uznapređovalom bolešću koja nema puno ili ima vrlo malo izgleda za izlječenje i za koju se očekuje skora smrt, a čiji je primarni cilj optimizacija kvalitete života. Zdravstvena njega na kraju života pacijenta je specifična te je za nju potrebna dobra priprema medicinskog osoblja. Ova faza palijativne skrbi prepoznata je kao ona u kojoj su povećane potrebe za podrškom važno je osiguranje i održavanje kvalitete života. Cilj palijativne skrbi je da pacijent kraj života proživi što ugodnije te da smrt prihvati kao dio života.

Unutar palijativne skrbi se identificiraju i ublažavaju simptomi bolesti koji mogu biti fizički, emocionalni, duhovni ili socijalni. Budući da se palijativna skrb temelji na holističkom pristupu, skrb za pacijenta nikada nije ista te je treba prilagoditi individualnim potrebama svakom pacijentu ponaosob. Multidisciplinarni tim koji provodi palijativnu skrb za pacijenta uključuje medicinske sestre, liječnike, fizioterapeute, duhovnike, psihologe, socijalne radnike i volontere. Kako bi palijativna skrb bila provedena kvalitetno, unutar tima mora postojati dobra komunikacija, no ne samo unutar tima već između članova tima i pacijenta te njegove obitelji. Komunikacija u palijativnoj skrbi se naziva još i terapijskim alatom. Dobra komunikacija stvara osjećaj povjerenja i sigurnosti za pacijenta i obitelj te znatno može smanjiti razinu stresa i pomoći pri donošenju odluke o terapijskoj metodi koju će pacijent odabrati. Potrebno je provoditi više edukacije u komunikaciji kako bi cjelokupna zdravstvena njega bila kvalitetnija.

10. Literatura

1. A. Jušić Palijativna medicina - palijativna skrb. Medicus [Internet]. 2001 [pristupljeno 06.08.2021.];10(2_Maligni tumori):247-252. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/19787>
2. M. Braš, Komunikacija u medicini – Čovjek je čovjeku lijek, Zagreb, Medicinska naklada, 2011.
3. M. Đorđević, Braš, L. Brajković; Osnove palijativne medicine; Medicinska naklada, Zagreb, 2013.
4. WHO: Integrating palliative care and symptom relief into primary health care, 16 October 2018, <https://www.who.int/publications/i/item/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-primary-health-care>
5. M. Stoleberg; A History of Palliative Care, 1500-1970, 2017., Springer
6. D. Ježek: Palliative care education in Zagreb -- an assessment of the effectiveness of an undergraduate course." *Croatian medical journal* vol. 54,2 (2013): 212-3. doi:10.3325/cmj.2013.54.212
7. <https://www.hospicij-hrvatska.hr/page/2/?s=zospicij> [pristupljeno 05.08.2021.]
8. K. Antolović, N. Sviličić: Komunikacijske vještine – verbalne i neverbalne persuazivne tehnike, K&K promocija, Zagreb, 2020.
9. D. Lee : The art of communication, Stockholm, 2020.
10. A. Ležaić: Komunikacija u zdravstvenom timu. *Sestrinski glasnik* [Internet]. 2020 [pristupljeno 06.08.2021.];25(2):146-151. <https://doi.org/10.11608/sgnj.25.2.9>
11. D. D. Lučanin: Komunikacijske vještine u zdravstvu, Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2010.
12. K. Hercigonja, D. D. Lučanin: Komunikacijske vještine u radu zdravstvenih djelatnika, Naklada Slap, Zagreb, 2004.

13. J. Starc: Učinkovita komunikacija i rješavanje sukoba između medicinske sestre i pacijenta. *Journal of Applied Health Sciences = Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti* [Internet]. 2016 [pristupljeno 06.08.2021.];2(2):133-146. <https://doi.org/10.24141/1/2/2/6>
14. M. Kozina, D. Hudin, M. Miščančuk: Asertivnost. *Reumatizam* [Internet]. 2011 [pristupljeno 06.08.2021.];58(2):207-207. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/124502>
15. D. Skupnjak RJEŠAVANJE KONFLIKATA I VJEŠTINE ASERTIVNOSTI. *Varaždinski učitelj* [Internet]. 2020 [pristupljeno 06.08.2021.];3(3):98-116. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/236779>
16. https://www.ssc.uniri.hr/files/Aktivno_sluanje.pdf
17. L. Nixaly: *Active Listening Techniques*, LCSW, 2020.
18. J. Bošnjaković, T. Radionov: Empathy - Concepts, Theories and Neuroscientific Basis [Internet]. 2018 [pristupljeno 06.08.2021.];54(2):123-150. <https://doi.org/10.20471/dec.2018.54.02.04>
19. I. Šklebar, D. Šklebar; Suosjećajnost kao dodana vrijednost zdravstvene skrbi. *Acta medica Croatica* [Internet]. 2019 [pristupljeno 06.08.2021.];73(1):43-46. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/218961>
20. Z. Yi Cheng: A systematic scoping review of approaches to teaching and assessing empathy in medicine. *BMC medical education* vol. 21,1 292. 22 May. 2021, doi:10.1186/s12909-021-02697-6
21. M. Štifanić; Loša komunikacija i druge liječničke pogreške. *Jahr* [Internet]. 2013 [pristupljeno 13.08.2021.];4(1):293-327. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/110353>
22. C. Eun Kyoung : Communicating Bad News: Insights for the Design of Consumer Health Technologies. *JMIR human factors* vol. 6,2 e8885. 17 May. 2019, doi:10.2196/humanfactors.8885

23. K. Sobezak, K. Leoniuk, A. Janaszezyk: Delivering bad news: patient's perspective and options., 2018.
24. WF. Baile, R. Buckman, R. Lenzi, G. Glober, EA. Beale, AP. Kudelka: SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11. doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302. PMID: 10964998.
25. W. F. Baile, R. Buckman, R. Lenzi, G. Glober, E. A. Beale, A. P. Kudelka: SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*, 5(4), 302-311. 2000
26. E. Kubler-Ross; *O smrti i umiranju*, MISL; Zagreb, 2008
27. S. Alam, B. Hannon: *Palliative Care for Family Caregivers*, <https://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JCO.19.00018>
28. V. Rudan, D. Marčinko ; *Žalovanje*, Medicinska naklada, 2014.
- 29 A. Mehta, S. Cohen, L. Chan, *Palliative care: A need for a family systems approach*. *Palliative and Supportive Care*, 7(2), 235-243. doi:10.1017/S1478951509000303, 2009
30. M. Cicak: *Obitelj u palijativnoj skrbi*, *Ljetopis socijalnog rada* [Internet]. 2008 [pristupljeno 06.08.2021.];15(1):113-130. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/23102>

POPIS SLIKA

Slika 2.1.1. Dame Cicely Mary Saunders jedna od osnivačica hospicijskog centra Sv. Christopher.....	3
Slika 2.2.1 Zaštitni znak obilježavanja Svjetskog dana hospicija i palijativne skrbi.....	4
Slika 3.1 Prikaz komunikacije na verbalnoj i neverbalnoj razini (postotak i što ju čini).....	5
Slika 3.1.1 Elementi u komunikaciji.....	6
Slika 4.2.2.1 Glavne upute za aktivno slušanje.....	10
Slika 6.1 Segmenti SPIKES protokola	16
Slika 8.1.1. Sustav podrške za ožalošćene članove obitelji.....	26
Slika 8.2.1. Prikaz obitelji kao prve karike u multidisciplinarnom timu.....	27

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, VALENTINA BELEC (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 SKLEBI (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Valentina Belec

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

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Valentina Belec

(vlastoručni potpis)