

Uloga fizioterapeuta u palijativnoj skrbi

Grgurić, Lorena

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:052065>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-13**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





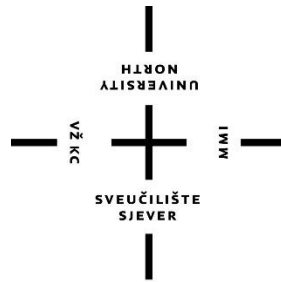
**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 117/FIZ/2022

Uloga fizioterapeuta u palijativnoj skrbi

Lorena Grgurić, 3916/336

Varaždin, rujan 2022. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za fizioterapiju

Završni rad br. 117/FIZ/2022

Uloga fizioterapeuta u palijativnoj skrbi

Student

Lorena Grgurić, 3916/336

Mentor

Izv.prof.dr.sc. Marijana Neuberg

Varaždin, rujan, 2022. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za fizioterapiju

STUDIJ preddiplomski stručni studij Fizioterapija

PRISTUPNIK Lorena Grgurić

JMBAG 0242046840

DATUM 4.7.2022.

KOLEGIJ Palijativna skrb u suvremenoj medicini

NASLOV RADA Uloga fizioterapeuta u palijativnoj skrbi

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU The role of physiotherapist in palliative care

MENTOR izv. prof. dr. sc. Marijana Neuberg

ZVANJE izvanredna profesorica

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. doc. dr. sc. Duško Kardum, dr. med., predsjednik
2. izv. prof. dr. sc. Marijana Neuberg, mentor
3. Valentina Novak, mag. med. techn., član
4. Ivana Herak, mag. med. techn., pred, zamjenski član
- 5.

Zadatak završnog rada

BROJ 117/FIZ/2022

OPIS

Palijativna skrb model je skrbi koji se koristi kod osoba koje boluju od neizljeivih bolesti, kada kurativna medicina više nema u inaka. Holistički pristupom pacijentu i obitelji pruža se psihološka, duhovna, socijalna i fizička skrb koju provodi multidisciplinarni tim. Cilj provedbe skrbi je održati ili unaprijediti kvalitetu života, uklanjanjem ili smanjenjem neugodnih i bolnih simptoma. Fizioterapijske intervencije koje se koriste usmjerene su na korištenje svih preostalih tjelesnih kapaciteta pacijenta, na održavanje i unaprjeđenje tjelesnih funkcija te na prevenciju mogućih komplikacija s kojima se susreću palijativni pacijenti.

U radu je potrebno:

- opisati palijativnu skrb i palijativni pristup
- opisati i objasniti razine palijativne skrbi
- opisati ulogu fizioterapeuta u multidisciplinarnom palijativnom timu
- navesti dostupne edukacije u palijativnoj skrbi za fizioterapeute
- navesti i opisati fizioterapijske metode i intervencije koje se koriste u palijativnoj skrbi

ZADATAK URUČEN

06.07.2022.

POTPIS MENTORA

SVEUČILIŠTE
SJEVER

Predgovor

"You matter because you are you, and you matter to the end of your life. We will do all we can not only to help you die peacefully, but also to live until you die." (Cicely Saunders)

Zahvaljujem mentorici i profesorici dr.sc. Marijani Neuberg na svim savjetima i smjernicama tijekom pisanja ovoga rada.

Hvala svim profesorima, predavačima i mentorima vježbovne nastave za stečeno znanje i vještine tijekom studija.

Najveće hvala dragim roditeljima, Mihaeli i Robertu za svu podršku, strpljenje i ljubav tijekom ove 3 godine, kao i ostatku obitelji. Hvala prijateljima, kolegama i kolegicama koji su ovaj životni period učinili posebnim.

Sažetak

Palijativna skrb model je skrbi koji se primjenjuje kod pacijenata koji su u terminalnom stadiju ili boluju od neizlječivih bolesti na čije simptome klasična kurativna medicina više nema željeni učinak. Ciljevi skrbi umjesto izlječenja i produljenja života, usmjereni su na uklanjanje neugodnih i bolnih simptoma. Provodi ju multidisciplinarni tim, a interdisciplinarnim i holističkim pristupom pacijentima i obitelji osigurava potporu u obliku fizičke, psihološke, duhovne i socijalne skrbi. Cilj rada je prikazati zabilježene učinke fizioterapijskih postupaka na kvalitetu života kod palijativnih pacijenata i njihovih obitelji analizom dostupne literature. Iako palijativna skrb nije namijenjena samo osobama starije populacije, demografski podaci ukazuju na porast starog stanovništva, uz istovremeno smanjenje brojnosti mlade populacije. Takav trend zahtjeva razvoj strategija i metoda koje osobama s kroničnim tijekom bolesti omogućuju kvalitetniji životni vijek. Fizioterapeut ima važnu ulogu u palijativnoj skrbi te nastoji očuvati funkcionalnost i dostojanstvo pacijenta s naglaskom na sanaciju boli. Primjena palijativnih principa u kliničkoj praksi omogućuje individualizirani pristup pacijentu koji je usmjeren na kvalitetu umjesto kvantitetu života uz očuvanje autonomije i dostojanstva. Omogućuje sudjelovanje pacijenta u planiranju postupaka, što podrazumijeva dobru komunikaciju svih zdravstvenih i ne zdravstvenih stručnjaka uključenih u skrb, kao i informiranost pacijenta. Uz bol koja je najčešći fizički simptom palijativnih pacijenata, često je prisutna i totalna bol koja je produkt fizičke, psihičke i duhovne boli koju pacijent osjeća. S obzirom na potrebe pacijenta, mogućnosti i okruženje u kojem se provodi, palijativna skrb može se provoditi na više razina: palijativni pristup, opća palijativna skrb, specijalistička palijativna skrb i centri izvrsnosti. Tim koji skrbi za pacijenta nastoji pružiti skrb interdisciplinarnim pristupom koji implementira različite postupke i metode zdravstvenih stručnjaka uključenih u skrb. Svaki od članova tima pristupa problemu s različite točke gledišta, no sve intervencije su usmjerene na razinu kvalitete života i održavanje iste sve do trenutka smrti. Fizioterapijski postupci usmjereni su na očuvanje funkcionalnosti, pozicioniranje, uklanjanje boli i ostalih neugodnih simptoma te prevenciju mogućih komplikacija koje nastaju kao posljedica dugotrajnog mirovanja. Metode i intervencije koje se koriste uključuju: procjenu, pravilno pozicioniranje, aktivne, pasivne i aktivno potpomognute vježbe, vertikalizaciju, masažu, trening hoda, edukaciju o upotrebi pomagala, edukaciju o metodama upravljanja energijom tijekom dana i sve ostale postupke koji pozitivno utječu na pacijentovo stanje. Intervencije se prilagođavaju pacijentovim mogućnostima i željama, a kao dopuna terapiji po potrebi se uključuju specijalne tehnike te pasivne metode poput elektroterapije i termoterapije. Naglasak je na održavanju pacijentu važnih funkcija kao što su samozbrinjavanje i što veća samostalnost u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Osim na fizičke komponente, fizioterapijski postupci pozitivno utječu na

psihičke komponente zdravlja, naročito ako pacijent aktivno sudjeluje u planiranju terapije te određivanju ciljeva u dogovoru s fizioterapeutom.

Ključne riječi: palijativna skrb, holistički pristup, fizioterapija, kvaliteta života

Abstract

Palliative care is a model of care that is applied to patients who are in the terminal stage or suffer from incurable diseases whose symptoms of classical curative medicine no longer have the desired effect. The goals of care, instead of curing and prolonging life, are aimed at eliminating unpleasant and painful symptoms. It is carried out by a multidisciplinary team, and with an interdisciplinary and holistic approach, it provides support to patients and families in the form of physical, psychological, spiritual, and social care. The paper aims to show the recorded effects of physiotherapy procedures on the quality of life of palliative patients and their families by analyzing the available literature. Although palliative care is not intended only for the elderly population, demographic data indicate an increase in the old population, with a simultaneous decrease in the number of the young population. Such a trend requires the development of strategies and methods that enable people with a chronic course of the disease to have a better quality of life. The physiotherapist plays an important role in palliative care and strives to preserve the functionality and dignity of the patient with an emphasis on pain relief. The application of palliative principles in clinical practice enables an individualized approach to the patient that focuses on quality instead of quantity of life while preserving autonomy and dignity. It enables the participation of the patient in the planning of procedures, which implies good communication between all health and non-health professionals involved in care, as well as patient information. In addition to pain, which is the most common physical symptom of palliative patients, total pain is also often present, which is the product of physical, psychological, and spiritual pain that the patient feels. Considering the needs of the patient, the possibilities, and the environment in which it is carried out, palliative care can be carried out at several levels: palliative approach, general palliative care, specialist palliative care, and centers of excellence. The patient care team strives to provide care with an interdisciplinary approach that implements the various procedures and methods of the health professionals involved in the care. Each of the team members approaches the problem from a different point of view, but all interventions are aimed at the level of quality of life and its maintenance until the moment of death. Physiotherapy procedures are aimed at preserving functionality, positioning, removing pain and other unpleasant symptoms, and preventing possible complications that arise as a result of prolonged rest. The methods and interventions used include assessment, proper positioning, active, passive, and actively assisted exercises, verticalization, massage, gait training, education on the use of aids, education on energy management methods during the day, and all other procedures that positively affect the patient's state. Interventions are adapted to the patient's possibilities and wishes, and special techniques and passive methods such as electrotherapy and thermotherapy are included as a supplement to the therapy. The emphasis is

on maintaining important functions for the patient, such as self-care and as much independence as possible in performing daily activities. In addition to the physical components, physiotherapy procedures have a positive effect on the psychological components of health, especially if the patient actively participates in planning the therapy and setting goals in agreement with the physiotherapist.

Keywords: palliative care, holistic approach, physiotherapy, quality of life

Popis korištenih kratica

EAPC Europsko udruženje za palijativnu skrb

WHO Svjetska zdravstvena organizacija

RH Republika Hrvatska

Sadržaj

1.	Uvod	1
2.	Problem starenja populacije i palijativna skrb	3
3.	Palijativna skrb	5
3.1.	Pristup u palijativnoj skrbi	5
3.2.	Razine palijativne skrbi	7
3.3.	Palijativna skrb u Republici Hrvatskoj	10
4.	Multidisciplinarni tim	14
4.1.	Uloga fizioterapeuta u multidisciplinarnom timu	15
4.2.	Edukacija fizioterapeuta u Republici Hrvatskoj i Europi	16
4.3.	Metode i intervencije u palijativnoj skrbi	18
4.4.	Fizioterapijske metode i intervencije u palijativnoj skrbi	20
5.	Rasprava	26
5.	Zaključak	28
6.	Literatura	31
7.	Popis slika	36
8.	Popis tablica	36

1. Uvod

Palijativna skrb definira se kao model skrbi neizlječivih bolesnika od 70-ih godina prošlog stoljeća. Sinonim je za holistički pristup koji pacijentu i obitelji psihološku, duhovnu, socijalnu i fizičku potporu osigurava multidisciplinarni tim u svim razdobljima skrbi. Promjena od liječenja i primjene kurativne medicine, na pružanje palijativne skrbi prvenstveno podrazumijeva ublažavanje svih bolnih i pacijentu neugodnih simptoma. S obzirom da se u tom trenutku ciljevi skrbi mijenjaju i u glavnom fokusu više nije uzrok bolesti, opravdano je da se smanje dijagnostičke pretrage i tradicionalne intervencije koje mogu dovesti do pogoršanja stanja uzrokujući dodatnu nelagodu [1].

Prelaskom s kurativnog liječenja na palijativnu skrb, ciljevi su regulacija simptoma i kvalitete života u odnosu na prijašnje koji su bili usmjereni na izlječenje i produljenje života. U odnosu na početke kada se palijativna skrb odnosila samo na terminalne pacijente, danas i pacijenti s uznapredovanim kroničnim bolestima ostvaruju pravo na nju [2,3]. Protokoli koji se primjenjuju ne uključuju samo one koji ublažavaju bolne simptome, već sve one koji se mogu koristiti za stanja koja pacijent procijeni kao neugodne. Sukladno tome, ciljevi protokola su usmjereni na smanjenje prisutnih simptoma, izradu planova prevencije predviđenih simptoma te predviđanje potreba liječenja mogućih popratnih simptoma koji nisu predvidljivi. Razlika u pristupu kurativne medicine i palijativne skrbi prikazana je u tablici 1.1. [1,2].

Većina pacijenata čije stanje zahtjeva palijativnu skrb starije su osobe s dijagnozama neizlječivih bolesti, a svjedočimo značajnim demografskim promjenama u vidu sve većeg starenja populacije. Prema statističkim izračunima pretpostavlja se da će trend starenja populacije kroz idućih 50-ak godina nastaviti rasti te će više od 20% populacije biti starije od 65 godina, uz istovremeno smanjenje populacije djece i mladih. Demografske promjene s kojima se susrećemo značajno utječu na potrebe današnje medicine, zbog starenja društva i produžetka životnog vijeka pacijenti s kroničnim oboljenja žive duže, no troškovi zdravstva se značajno povećavaju [3,4]. U tradicionalnoj palijativnoj skrbi bolesnika s neizlječivom bolesti ona je koncipirana na način da se progresija bolesti uspori. Kako s progresijom bolesti pacijent postaje sve ovisniji o tuđoj pomoći, u određenom trenutku potrebno ga je smjestiti u adekvatnu ustanovu ili se skrb organizira u kući [4].

Mlade osobe s ostvarenim pravom na palijativnu skrb imaju zahtjeve drugačije u odnosu na osobe starije životne dobi. S obzirom na manji broj komorbiditeta moguće je primjenjivati više različitih oblika terapije, no one predstavljaju manjinu populacije kojoj je potrebna palijativna skrb. Većina smrtnih ishoda dešava se kod pacijenata starije životne dobi, a u odnosu na mlađe uzroci se značajno razlikuju, najčešće se radi o raznim kroničnim stanjima. Tijek kroničnih bolesti obično je dodatno kompliciran brojnim komorbiditetima od kojih pacijenti boluju pa je skrb i njega takvih pacijenata vrlo kompleksna. Korisnici palijativne skrbi, često su ujedno i korisnici gerijatrijske skrbi te istovremeno imaju više različitih bolesti, kroničnog tijeka što zahtjeva uzimanje niza lijekova te je njihova fiziologija kao i sposobnost oporavka od akutnih stanja značajno manja u odnosu na osobe mlađe dobi. Uviđanjem razlika u potrebama između mlađe i starije populacije, palijativna skrb ima svoje posebnosti u vidu fokusiranosti na osobu kao cjelinu, funkcionalni status i kvalitetu života, a ne samu bolest ili zahvaćeni organski sustav [3, 4, 5].

	Kurativna medicina	Palijativna skrb
Svrha	Količina života	Kvaliteta života
Pristup	Kurativan	Palijativan
Cilj	Kontrola bolesti	Kontrola simptoma
Fokus	Bolest	Osoba
Videnje smrti	Neuspjeh	Neizbježna, prirodna
Liječenje s obzirom na	Kliničke parametre	Simptome i želje pacijenta
Jedinica skrbi	Pacijent	Pacijent, obitelj, ostale važne osobe
Mjera uspješnosti	Izlječenje, poboljšanje kliničkih parametara, otpust iz bolnice	Izostanak boli, željena aktivnost pacijenta, spokojna smrt

Tablica 1.1. Razlika između kurativne medicine i palijativne skrbi

Izvor: M. Brkljačić i sur: Palijativna medicina, Temeljna načela i organizacija, Klinički pristup terminalnom bolesniku, Medicinska etika, Markulin d.o.o., Rijeka, 2013.

2. Problem starenja populacije i palijativna skrb

Brojne zemlje u razvoju kao i Republika Hrvatska suočene su s demografskim starenjem stanovništva što prati i porast brojnih zdravstvenih problema. Popisom stanovništva iz 2011. godine utvrđeno je da 17,6 % stanovnika Republike Hrvatske, odnosno svaki šesti stanovnik ulazi u kategoriju osoba starijih od 65 godina. Kontinuirani porast udjela populacije starije dobi prisutan je zahvaljujući produženju životnog vijeka primjenom suvremenih medicinskih postupaka. Prema tome se predviđa da će životni vijek osoba od 65 godina iznositi 80 godina za muškarce, dok je pretpostavka za žene 85 godina starosti. Procjena očekivanog životnog vijeka značajno je veća u odnosu na prosjek zemalja Europske unije koji je 2011. godine iznosio 76 godina za muškarce, odnosno 82 godine za žene [6, 7].

Najčešći problemi starijeg stanovništva su kronična i neizlječiva stanja koja zahtijevaju kontinuiranu i specifičnu skrb, što palijativnu skrb čini neizostavnim dijelom zdravstvene zaštite. Osim oboljelih od kroničnih i neizlječivih bolesti, palijativna skrb potrebna je osobama koje boluju od akutnih, životno ugrožavajućih, degenerativnih i progresivnih bolesti čija je učestalost u porastu kod mlađih generacija, čime potrebu za palijativnom skrbi imaju djeca i odrasli svih dobnih skupina kao i njihovi bližnji [3, 6].

Razvojem medicine i novim tehnološkim dostignućima njega i liječenje terminalno oboljelih osoba značajno su produženi, čime je omogućen duži život uz smanjenje boli i ostalih simptoma do kojih dolazi opadanjem vegetativnih funkcija. No susrećemo se i s negativnim stranama, promjena sredine boravka i monotona atmosfera uz minimalnu komunikaciju s medicinskim osobljem mogu negativno utjecati na bolesnika i dodatno narušiti njegovo stanje. Život svakog pojedinca je proživljen na drugačiji način, a time su i potrebe koje im donose mir, spokoj i prihvaćanje odlaska različite i individualne. Smrt je događaj koji se smatra normalnim dijelom života koji se ne ubrzava, odgađa ili sprječava, već se nastoji održati što viša kvaliteta života do trenutka kada ona nastupi. Palijativna skrb osigurava ispunjenje potreba i očuvanje dostojanstva pacijenta tijekom svih faza bolesti, liječenja i umiranja, dok bližnjima pruža edukaciju i podršku obuhvaćajući i vrijeme nakon smrti [3, 8].

Unaprjeđenje i održavanje kvalitete života pacijenta primarni je cilj, temelji se na holističkom pristupu i tretmanu koji provodi multidisciplinarni tim. Kako bi se utjecalo na kvalitetu života tretmani su usmjereni na smanjenje patnje bolesnika, ublažavanje simptoma bolesti te povrat vitalnih funkcija čovjeka. Svaki od članova tima usmjeren je na problem srodan njegovom primarnom području rada, ali o postupcima koji će se provoditi tim odlučuje kolektivno sukladno postavljenim ciljevima. Jedan od članova palijativnog tima je i fizioterapeut koji ima kompetencije potrebne za rad s palijativnim pacijentima. Nastoji se održati, unaprijediti i poboljšati preostala funkcionalnost i aktivnost bolesnika, uz smanjenje ograničenja fizičke i funkcionalne naravi [8].

3. Palijativna skrb

Prema Europskom udruženju za palijativnu skrb (EAPC) trenutna definicija glasi: "Palijativna skrb je aktivna, ukupna skrb za pacijenta čija bolest ne reagira na postupke liječenja. Najvažnije je suzbijanje boli, ili drugih simptoma, te socijalnih, psiholoških i duhovnih problema. Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu, te svojim djelokrugom obuhvaća pacijenta, obitelj i zajednicu. U nekom smislu, palijativna skrb nudi najosnovniji koncept zaštite – zbrinjavanje pacijentovih potreba gdje god da se za njega skrbi, bilo kod kuće ili u bolnici. Palijativna skrb afirmira život, a smrt smatra normalnim procesom; ona smrt ne ubrzava niti je odgađa. Ona nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života sve do smrti."

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) palijativnu skrb definira kao pristup kojim se pozitivno utječe na kvalitetu života pacijenta i njegovih bližnjih tijekom suočavanja s problemima uzrokovanim bolešću koristeći se prevencijom i olakšanjem patnje ranim otkrivanjem, procjenom i primjenom adekvatnih postupaka suzbijanja i smanjivanja boli te ostalih problema duhovne, psihosocijalne i fizičke naravi. 2002. godine navedene definicije zamijenile su prethodne koje su se koristile te povećavale opseg djelovanja čime pravo na palijativnu skrb osim pacijenta ima obitelj oboljelog [8, 9].

3.1. Pristup u palijativnoj skrbi

Palijativni pristup predstavlja primjenu palijativnih principa u kliničkoj praksi. Poznavanje i primjena palijativnog pristupa očekuje se od svih koji su uključeni u palijativnu skrb, zdravstvenih profesionalaca, ali i volontera koji se povremeno uključuju u skrb. Primjena palijativnih principa pokazatelj je dobre kliničke prakse koju je potrebno primjenjivati bez obzira na rasu, naciju, dob, spol, vjeru, kulturu ili neku drugu moguću specifičnost. Palijativni principi omogućuju promatranje okolnosti i poteškoća koji prouzrokuju patnju i utječu na kvalitetu života. Razgovor o bolesti, umiranju i smrti i dalje nije u potpunosti prihvaćen u društvu. U palijativnoj skrbi smrt ne predstavlja neuspjeh, već život pacijenta koji je dovršen uz podršku i pomoć do samog kraja. Također, smrt je konačni ishod umiranja koje je prirodni životni proces. Intervencije koje se koriste prvenstveno su usmjerene na smanjenje patnje i boli kako bi se održala ili poboljšala kvaliteta života. Ukoliko nema značajnog utjecaja na poboljšanje kvalitete života iz skrbi se isključuju razne medicinske tehnologije i agresivni terapijski postupci. Palijativni pristup kvalitetu života stavlja ispred kvantitete [6, 10].

Pacijenti imaju pravo na informiranost o svojoj bolesti i stanju, kao i o prednostima i rizicima koje predstavljaju dijagnostički postupci i terapije. Prilikom komunikacije i prenošenja informacija o bolesti i mogućim opcijama terapije nužno je provjeriti ako pacijent razumije informaciju, imati dovoljno vremena za razgovor i ostati otvoren za moguća kasnija pitanja pacijenta. Samo potpuno informirana osoba može sudjelovati u planiranju postupaka ili ih može odbiti ako to smatra ispravnim. Kvaliteta života usko je vezana za olakšanje boli i ostalih simptoma, kao i psihičke, socijalne i duhovne patnje. Izraz "totalna bol" prvi puta koristi Cicely Saunders, a on podrazumijeva fizičku, psihičku/socijalnu i duhovnu bol u međusobnoj interakciji. Bol je najčešći simptom koji se povezuje s fizičkom patnjom [11, 12]. Osim boli simptomi palijativnih pacijenata najčešće uključuju dispneju, anoreksiju, konstipaciju, mučninu i povraćanje, konvulzije, lezije i dekubitus. Pravilna kontrola fizičke boli uključuje preveniranje, kontroliranje i usklađivanje terapije. Duševna patnja uzrokovana teškom bolesti i slutnjom moguće ili skore smrti utječe i značajno mijenja psihičko stanje pacijenta i njegovih bližnjih. Dolazi do promjena u sustavu vrijednosti, zapažanju, zaključivanju i reagiranju. U knjizi "Razgovori s umirućima" Elisabeth Kubler Ross opisane su reakcije bolesnika koji se susreće sa smrću. One često ostanu neprepoznate iako su uobičajene reakcije: negacija i osamljivanje, ljutnja, cjenkanje, depresija i prihvatanje. Socijalna patnja uključuje izolaciju iz socijalnog života radi gubitka radne sposobnosti, gubitka svakodnevnih kontakata kao i financijsku oskudicu kako zbog gubitka primanja, tako i zbog troškova liječenja.

Pristup koji se koristi u palijativnoj skrbi je holistički, što znači da briga o pacijentu nije usmjerena samo na smanjenje ili uklanjanje fizičke boli, već obuhvaća sve ljudske potrebe na fizičkoj, psihičkoj, duhovnoj i socijalnoj razini. Iako je generalno poželjan u medicinskoj praksi bez obzira na vrstu ili stadij bolesti, esencijalan je u palijativnoj skrbi kako bi se ona kvalitetno provodila. Holistički model utemeljen je na shvaćanju da čovjek, ljudsko biće funkcionira kao jedinstveni spoj duhovne i fizičke komponente života, a svaki čovjek ima pravo na suočavanje s uznapredovalom ili terminalnom bolesti bez boli te uz minimalnu duševnu patnju. Svaki pacijent ima pravo na autonomiju, dostojanstvo, vrijednosni sustav, pravo na informiranost i sudjelovanje u donošenju odluka.

Kvalitetnu palijativnu skrb nije moguće pružiti ako u nju nije uključen veći broj osoba različitih profesija koje se međusobno nadopunjuju znanjem i vještinama prilikom skrbi za pacijenta. Palijativni pristup i palijativni principi temelj su za provođenje kvalitetne i suvremene palijativne skrbi. Palijativni pristup gradi se kontinuiranim radom s pacijentima, obiteljima i kolegama, osobnom izgradnjom te neizbježnim profesionalnim usavršavanjem [11, 13].

3.2. Razine palijativne skrbi

Palijativna skrb može se pružati na više razina te razlikujemo palijativni pristup, opću palijativnu skrb, specijalističku palijativnu skrb i centre izvrsnosti. U okruženjima koja nisu specijalizirana za palijativnu skrb koristi se palijativni pristup koji integrira palijativne metode i postupke koji uključuju komunikaciju, odlučivanje te postavljanje ciljeva koji su u skladu s načelima palijativne skrbi. Kako bi se palijativni pristup mogao provoditi svi profesionalci, medicinski djelatnici i ostali koji su uključeni u skrb i njegu pacijenta trebaju biti educirani o postojanju palijativne skrbi, koji su njezini ciljevi, dobrobiti te gdje i na koje se sve načine provodi [3, 9]. Podijeljen je na akutnu skrb koja se pruža u bolnicama i hitnim medicinskim službama, dugotrajno liječenje i smještaj koje se provodi u specijalnim bolnicama, stacionarima domova zdravlja i domovima za starije te skrb u kući gdje djeluju izabrani timovi opće i obiteljske medicine, patronažna služba i centri za socijalnu skrb. Opća palijativna skrb dostupna je u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, pružaju ju zdravstveni profesionalci koji se češće susreću s palijativnim bolesnicima, no palijativna skrb nije njihovo primarno područje rada. Pružatelji su educirani za prepoznavanje i uklanjanje simptoma koji ne uzrokuju dodatne komplikacije na temelju osnovnih znanja o palijativnoj skrbi. Usluge opće palijativne skrbi pacijentima su dostupne u bolnicama i domovima za starije, gdje uz medicinsko osoblje sudjeluju volonteri i duhovnici. Specijalistička palijativna skrb pacijentima je dostupna u ustanovama čija je glavna djelatnost provođenje palijativne skrbi. Korisnici su najčešće pacijenti čije potrebe zahtijevaju viši nivo znanja osoblja, stoga ju provode multidisciplinarni timovi. Prema preporukama EAPC – a specijalistička palijativna skrb provodi se od strane specijaliziranog tima koji skrbi za pacijente čiji se simptomi ne mogu adekvatno tretirati klasičnom, kurativnom medicinom. Tim djeluje u suradnji s liječnikom opće medicine kako bi pacijentu i obitelji omogućio potrebnu razinu stručnosti te adekvatnu podršku. Za provođenje specijalističke palijativne skrbi zaduženi su koordinator, mobilni palijativni tim i bolnički tim, a provodi se u ustanovama namijenjenim palijativnoj skrbi, dnevnim bolnicama i ambulantom za palijativnu medicinu. Timski pristup multiprofesionalnog tima s interdisciplinarnim načinom rada nužan je u specijalističkoj skrbi, članovi tima trebali bi biti stručno osposobljeni i visoko kvalificirani, a njihovo primarno područje rada u palijativnoj skrbi. Uz prethodno navedene, centri izvrsnosti osiguravaju specijalističku palijativnu skrb u različitim okruženjima te pružaju akademsku bazu za daljnja istraživanja i obrazovanje, razvoj novih standarda i metoda te njihovo širenje [3, 9, 11]. U tablici 2.2.1. prikazane su službe palijativne skrbi prilagođene organizaciji zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj prema preporukama EAPC– a.

		RAZINE PALIJATIVNE SKRBI		
		Palijativni pristup	Opća palijativna skrb	Specijalistička palijativna skrb
Oblik / mjesto provođenja skrbi	Skrb u kući bolesnika	Primarna zdravstvena zaštita (PZZ): izabrani timovi u djelatnosti opće/obiteljske medicine i djelatnosti zdravstvene zaštite djece predškolske dobi, patronažna služba; zdravstvena njega u kući, centri za socijalnu skrb	PZZ, bolnice, domovi za starije osobe, volonteri – srodne organizacije civilnog društva, duhovnici (službe čije područje djelovanja nisu samo palijativni bolesnici, ali ih češće imaju u skrbi)	Koordinator za palijativnu skrb
				Mobilni palijativni tim
	Dugotrajno liječenje i dugotrajni smještaj	specijalne bolnice za produženo liječenje, stacionari domova zdravlja i stacionari ustanova za zdravstvenu njegu, domovi za starije osobe		Ustanova za palijativnu skrb
				Bolnički tim za palijativnu skrb
				Dnevna bolnica
	Akutna skrb	Bolnice, hitne medicinske službe		Ambulanta za palijativnu medicinu
Palijativne postelje				
Odjel palijativne skrbi				
			Volonteri i organizacije civilnog društva za palijativnu skrb koje se isključivo bave palijativnom skrbi	

Tablica 2.2.1. Prikaz službi palijativne skrbi prilagođen organizaciji zdravstvenog sustava Republike Hrvatske prema preporukama europskog udruženja za palijativnu skrb

Izvor:

<https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/2018%20Dokumenti%20razni/VODI%C4%8C%20ZA%20KOORDINATORE%20ZA%20PALIJATIVNU%20SKRB.pdf>

Unatoč razlikama s kojima se susrećemo na različitim razinama palijativne skrbi, vrijednosti i načela jednake su i poštuju bolesnikovu autonomiju i dostojanstvo, potrebu za individualnim planiranjem i donošenjem odluka te provođenje holističkim pristupom [4, 9].

EAPC navodi kako palijativna skrb poštuje intrinzičnu vrijednost pojedinca kao cjelinu čime se nastoji očuvati njegova autonomija. Ukoliko su u mogućnosti i žele pacijenti bi trebali samostalno odlučivati o mjestu provođenja skrbi, postupcima koji se koriste te stručnjacima koji su uključeni u njihovu skrb. Podrazumijeva se pružanje adekvatnih informacija o dijagnozi, daljnjoj prognozi, mogućnostima liječenja i njege kao i ostalih važnih aspekata skrbi. Ukoliko pacijent nije u stanju ili ne želi samostalno odlučivati o skrbi za donošenje odluka zaduženi su članovi obitelji i tima koji skrbe za pacijenta. Uz kvalitetu života i autonomiju, dostojanstvo je također individualno i razlikuje se po domenama i prioritetima koje određuju osobne, kulturološke i vjerske vrijednosti pacijenta koje uz humanost, otvorenost i senzibilnost omogućuju pružanje adekvatne skrbi [4, 11].

Uz poštivanje navedenih načela, primarni cilj palijativne skrbi je postizanje, očuvanje i poboljšanje kvalitete života. Ukupna kvaliteta života određuje se na temelju biopsihosocijalne i duhovne kvalitete uz korištenje standardiziranih upitnika vezanih za zdravlje i specifična oboljenja. No, samo značenje pojma kvalitete života određuje svaki palijativni pacijent za sebe, uzimajući u obzir promjene prioriteta s obzirom na daljnji tijek bolesti. Primijećeno je da osobna interpretacija kvalitete života značajnije ovisi o razlici očekivanog i stvarno postignutog stanja u odnosu na objektivno smanjenje funkcionalne razine pojedinca [9].

Uz poštivanje načela i vrijednosti važan preduvjet za provođenje kvalitetne palijativne skrbi je komunikacija. Odnosi se na interakciju pacijenta i medicinskih djelatnika, ali i pacijenta i obitelji te zdravstvenih radnika i ostalih službi koje su odgovorne za skrb o pacijentu. Nezadovoljstvo i primjedbe na pruženu skrb često su uzrokovane neadekvatnom komunikacijom bez obzira na usluge koje su pružene pacijentu. U palijativnoj skrbi komunikacija se ne odnosi samo na razmjenu informacija, već se u obzir uzimaju brige i problemi s kojima se susreće pacijent i njegova obitelj, što često iziskuje vrijeme, iskrenost i empatiju od strane medicinskih djelatnika. Pružanje cjelovite informacije, uz nadu za preživljavanjem od strane obitelji predstavlja veliki izazov za članove palijativnog tima, stoga je osiguranje preduvjeta za kvalitetnu komunikaciju od iznimne važnosti, a uključuje adekvatan prostor, smještaj kao i vrijeme za interakciju kako s pacijentom, tako i između članova tima [10].

3.3. Palijativna skrb u Republici Hrvatskoj

Tijekom posljednjeg desetljeća prošlog stoljeća zemlje Europe razvile su nacionalne planove za razvoj i održavanje palijativne medicine i skrbi kao integralnog dijela sustava zdravstvene skrbi. Republika Hrvatska se trudi implementirati palijativnu skrb u zdravstveni sustav, a trud i rad uloženi prije dvadeset godina u samim počecima ima vidljive rezultate danas. Palijativna skrb na različitim je stupnjevima razvoja diljem Europe, na što utječe niz čimbenika od kojih najznačajniji utjecaj ima ekonomski pokazatelj koji određuje razinu mogućeg daljnjeg osposobljavanja djelatnika [1, 7]. Iako ne postoji opravdanje za sporiji razvoj palijativne skrbi, u obzir treba uzeti da je Hrvatska zemlja koja je u razdoblju od 1990. do 1995. godine bila suočena s ratnim stradanjima. Uz materijalna razaranja, gospodarsku štetu i ljudsku žrtvu, rat je pridonio drastičnom padu životnog standarda. Početkom 21. stoljeća Hrvatska se našla na početku nove faze socioekonomskog i zdravstvenog razvoja [1].

Prije rata, tijekom 1991. godine Požeškoj bolnici pridružen je odjel po uzoru na St. Christopher's hospice pokret, koji je 1967. godine započeo s djelovanjem u Londonu. Svrha mu je bila pružanje medicinske i psihološke pomoći pacijentima koji su u krajnjim stadijima zloćudnih i drugih bolesti, a da bude otvoren i pristupačan svim stanovnicima ne uzimajući u obzir dob, spol, vjeru i financijske mogućnosti. Požeški odjel djelovao je godinu dana, sve do početka ratnog stanja u Hrvatskoj, i u tom razdoblju prihvatio je 82 pacijenta čiji je prosječni boravak trajao 72 dana [14]. Razvoj palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj započeo je 1994. godine kada je dr. sc. Anica Jušić dr. med. organizacijom hospicijskog pokreta pokrenula edukaciju Prvim hrvatskim simpozijem o hospiciju i palijativnoj skrbi, nakon čega je osnovano i Hrvatsko društvo za hospicij i palijativnu medicinu u sklopu Hrvatskog liječničkog zbora. Svjesni situacije i stanja hrvatski zdravstveni djelatnici od 1994. godine do danas organizirali su brojne susrete edukativnog sadržaja kako bi se zainteresirala šira medicinska i nemedicinska javnost o ovom važnom obliku pružanja pomoći bolesnicima u terminalnim fazama bolesti kao i njihovim obiteljima. Osim edukativnog rada, u gradu Zagrebu počela je djelovati i organizacija hospicijskih kućnih posjeta kao jedini praktični oblik primjene palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj. Godine 2002. edukativna i praktična djelatnost ujedinjene su osnivanjem regionalnog hospicijskog centra. Zakon o zdravstvenoj zaštiti koji je stupio na snagu 2003. godine palijativnu skrb uvrstio je kao mjeru zdravstvene zaštite primarne razine [1, 7, 11].

Poticaaj za organizaciju palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj temelji se na demografskim podacima koji ukazuju na rastući udio osoba starije životne dobi. Stanovništvo Republike Hrvatske prema podacima iz 2013. godine broji 16,7 % osoba starijih od 65 godina što prema klasifikaciji Ujedinjenih naroda Hrvate svrstava u "stare narode". Uz porast starijeg stanovništva u porastu je i broj samačkih domaćinstava, a podaci upućuju i na porast smrtnih slučajeva uzrokovanih malignim i drugim kroničnim bolestima. Rastući trend određuje potrebu za organiziranim i strukturiranim sustavom palijativne skrbi koji je prema programu Vlade Republike Hrvatske trebao biti implementiran 2008. godine [15, 16].

Značajniji pomaci u razvoju palijativne skrbi u Hrvatskoj su ostvareni u 2012. godini djelovanjem centara i ambulanti čiji je cilj bio provođenje i organizacija palijativne medicine i skrbi. Na području grada Zagreba djeluju Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, Centar za palijativnu skrb i medicinu te Hrvatski centar za palijativnu skrb. U Rijeci od 2008. godine aktivan je Centar za palijativnu skrb pri Domu zdravlja Primorsko – goranske županije u sklopu kojega djeluju tri interdisciplinarna mobilna tima, također Ambulanta za palijativnu medicinu i liječenje boli pri Klinici za anesteziologiju i intenzivno liječenje Kliničkog bolničkog centra Rijeka. Prva ambulanta za palijativnu skrb u Koprivnici otvorena je 2011. godine, kao i u gradu Osijeku. Gospić i Varaždin u sklopu bolnice imaju palijativni odjel [1].

Grad Rijeka jedan je od vodećih gradova prema broju stanovništva starije dobi što je zdravstvene radnika primoralo da palijativnu skrb tretiraju kao stavku nacionalnog, a u tom slučaju i lokalnog značaja. Osnovan je Centar za palijativnu skrb pri Domu zdravlja Primorsko – goranske županije koji osobama od neizlječivih bolesti u njihovom domu omogućava kontrolu boli, liječenje i tretiranje popratnih simptoma te psihosocijalnu i duhovnu podršku za pacijenta i obitelj. Tim se sastoji od dva liječnika, tri medicinske sestre/tehničara, fizioterapeuta, psihologa i duhovnika koji su zaduženi za provođenje skrbi. Iako je formiranje mobilnih palijativnih timova veliki korak, tri mobilna tima ne mogu djelovati na cijelom području i zadovoljiti potrebe bolesnika. Situacija u drugim gradovima ne razlikuje se značajno, a prema procjenama u Republici Hrvatskoj potreba za palijativnom skrbi doseže do 30 000 ljudi, od kojih 200 dobije potrebnu skrb, što je potvrda da je osnivanje palijativnih centara sve neophodnije. Usvajanjem i provođenjem politike, zakona i ostalih europskih mjera značajno bi pospješilo kvalitetu palijativne skrbi, kao i veći broj zbrinutih osoba na području cijele države [1, 16].

U sklopu Opće bolnice Varaždin djeluje Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof od 2013. godine kada je na snagu stupila odluka Vlade. Od početka prati i primjenjuje preporuke od strane Ministarstva zdravstva za implementaciju Strateškog plana razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj, te glasi kao najmoderniji centar za palijativnu skrb u Republici Hrvatskoj. Palijativni bolnički tim broji 58 medicinskih tehničara, 2 kardiologa, interniste, socijalne radnike, psihologe, ljekarnike, fizioterapeute, psihijatre i drugo pomoćno osoblje koje je uključeno u skrb. Na slikama 3.3.1. i 3.3.2. prikazan je dio opreme koja dostupna djelatnicima Novog Marofa, prilagođena je potrebama palijativnih pacijenta te značajno olakšava provođenje skrbi i djelatnosti se obavljaju prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, uključujući specijalističko – konzilijarnu zaštitu, bolničku zdravstvenu djelatnost o djelatnost pružanja stacionarnog smještaja pacijenta uz osobno plaćanje. Raspolaze s 291 posteljom, čiji su korisnici pretežno stanovnici Varaždinske županije te s područja Grada Zagreba kao i Zagrebačke županije, no prihvaća pacijente iz cijele sjeverozapadne i središnje Hrvatske [17, 18].



Slika 3.3.1. Krevet s antidekubitalnim madracom

Izvor: <https://evarazdin.hr/drustvo/foto-novi-marof-od-danas-ima-najmoderniju-palijativnu-skrb-u-hrvatskoj-s-bazenom-krevetima-koji-sprijecavaju-rane-372413/>



Slika 3.3.2. Bazen za provođenje hidroterapije

Izvor: <https://evarazdin.hr/drustvo/foto-novi-marof-od-danas-ima-najmoderniju-palijativnu-skrb-u-hrvatskoj-s-bazonom-krevetima-koji-sprijecavaju-rane-372413/>

4. Multidisciplinarni tim

Prilikom provođenja palijativne skrbi važan je multidisciplinarni tim koji je sastavljen od manjeg broja osoba koje su posebno educirane te imaju vještine i znanje potrebno za rad u tom području, koristeći se interdisciplinarnim pristupom nastoji se zadovoljiti potrebe palijativnog pacijenta i obitelji. Tim zadužen za provođenje skrbi sastavljen je od zdravstvenih i ne zdravstvenih stručnjaka, a uključuje liječnika, medicinske sestre/tehničara, socijalnog radnika, psihologa, psihijatra, duhovnika, ljekarnika, fizioterapeuta, radnog terapeuta te volontere. Uključenost svakog od članova tima ovisi o potrebama i željama pacijenta. Prilikom suočavanja s raznim komplikacijama i problemima uzrokovanim napretkom bolesti, potrebno je pružiti fizičku, psihičku, socijalnu i duhovnu potporu, što je moguće kroz interdisciplinarni pristup. Palijativna skrb zahtijeva koordinirani i timski pristup, stoga se prilikom rada od članova tima očekuje spremnost na suradnju, smisao za solidarnost, osjećaj međusobne povezanosti i odgovornosti, uvažavanje različitosti, povjerenje, otvorenost, prihvaćanje, priznanje te asertivnost u komunikaciji. Multidisciplinarnost i interdisciplinarni pristup palijativnog tima direktno je povezan s holističkim pristupom pacijentu. Primarni cilj palijativne medicine je lagana i mirna smrt, bez osjećaja napuštenosti, uz poštivanje želja i autonomije pacijenta [1, 6]

Liječnik koji je dio tima, najčešće je liječnik obiteljske medicine s edukacijom i iskustvom u palijativnoj medicini. S obzirom na stanje pacijenta, njegova uloga je upućivanje na bolničko ili hospicijsko liječenje, a ukoliko je pacijent u svome domu dolazi u kućne posjete. Uzima detaljnu anamnezu i heteroanamnezu, razmatra nalaze i dijagnostičke postupke, dijagnozu i terapiju koja je propisana pacijentu te donosi odluku o njenom nastavku, prekidu ili djelomičnoj promjeni, izbjegavajući koliko je moguće komorbiditete. Najvažnija uloga je u liječenju i tretiranju boli, stoga je važno dobro poznavanje strategije u liječenju totalne boli [6]. Uz liječnika koji je odgovoran za pacijenta, važnu ulogu imaju i medicinske sestre/tehničari. Njihova međusobna suradnja važna je za pružanje što bolje skrbi pacijentu. Medicinska sestra/tehničar u multidisciplinarnom timu ima višestruku ulogu. Osim što je sudionik zdravstvene njege, ona koordinira cjelokupni proces skrbi za oboljelog. Odgovorna je za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege uz kontinuiranu procjenu, edukaciju bolesnika i obitelji, te suradnju s ostalim članovima multidisciplinarnog tima [1, 6].

Socijalni radnik zadužen je za pomoć pri razumijevanju i prihvaćanju raznih stadija bolesti i same smrti. Promovira socijalne promjene, rješavanje problema međuljudskih odnosa, te ih osnažuje kako bi se povećalo blagostanje. Njegova uloga povezana je s procjenom i intervencijama tijekom skrbi, a temelj za to je dobra komunikacija s pacijentom, obitelji i ostalim članovima tima [19]. Psiholog je zadužen za pružanje psihološke potpore pacijentu i obitelji tijekom skrbi. Njegova višestruka uloga očituje se i kroz savjetovanje i potporu svima s kojima surađuje, uključujući i ostale članove tima. Područje rada usko je povezano s područjem socijalnog radnika te se svojim djelovanjem međusobno nadopunjuju s ciljem postizanja što bolje psihosocijalnog profila [6, 20].

Volonteri mogu, ali ne moraju biti osobe koje su medicinskog usmjerenja. Važno je da je osoba voljna pomoći potrebitima kroz razne aktivnosti, bez novčane naknade. Pacijentima i bližnjima pružaju društvo, utjehu, razgovor ili izvršavanjem nekih od dnevnih aktivnosti kako bi se obitelj rasteretila. Kako bi osobe postale volonteri te članovi palijativnog tima moraju završiti tečaj dodatne edukacije. Stoga se za volontiranje može reći da je ulaganje vlastitog znanja, truda i slobodnog vremena u korist osobe kojoj je pomoć potrebna [6, 21].

4.1. Uloga fizioterapeuta u multidisciplinarnom timu

Fizioterapeut je zdravstveni djelatnik multidisciplinarnog tima koji odgovoran za pružanje fizikalne terapije koja je u skladu s planom skrbi izrađenim u suradnji s ostalim članovima tima. Unutar palijativne skrbi uloga fizioterapeuta je višestruka, pruža izravnu skrb pacijentu, educira pacijenta i bližnje te ostale članove tima. Sama terapija i izbor intervencija koje se koriste ovise o funkcionalnosti i pokretljivosti pacijenta. Provodi se tretman u skladu s maksimalnom mogućom pokretljivosti pacijenta te se prema tome planira i organizira terapija čiji je primarni cilj olakšanje boli [1, 6]

Kao dio multidisciplinarnog tima fizioterapeut ima važnu ulogu u pružanju palijativne skrbi. Izraz palijativna rehabilitacija koristi se od 1960 – ih godina, što prikazuje već dugo prisutan rastući trend starog stanovništva uz koji raste i broj teških kroničnih pacijenata [6]. Cilj je što duže očuvati funkcionalnost i dostojanstvo kroz pozicioniranje, uklanjanje boli, prevenciju komplikacija uzrokovanih dugotrajnim ležanjem poput dekubitusa.

Održavanjem i poboljšanjem tjelesnih sposobnosti i funkcija značajno se utječe na kvalitetu života pacijenta i obitelji. Prilikom rada s palijativnim pacijentima naglasak je na održavanju onih funkcija koje su pacijentu važne, a uglavnom uključuju aktivnosti samozbrinjavanja i postizanja što veće samostalnosti u svakodnevnom životu. Fizioterapeuti nastoje poboljšati funkcije i kvalitetu života kroz kontrolu simptoma i upravljanje fizičkim aspektima koji uključuju: mobilnost, snagu, fleksibilnost, izdržljivost, koordinaciju, ravnotežu, hod, disanje i respiratorne probleme, toleranciju na napore, potrošnju energije, bol, slabost [1, 22]. Postavljanje realnih i jasnih ciljeva je preduvjet za dobru procjenu aktivnosti. Tijekom ranijih faza palijativne rehabilitacije ciljevi su usmjereni na povratak izgubljenih funkcija. Kod takvih slučajeva koriste se testovi hodanja i ravnoteže, prilagođeni mogućnostima pacijenta. Tijekom kasnijih faza gubitak određenih funkcija je očekivan, pa se postupci usmjeravaju na održavanje funkcija, a ciljevi se mijenjaju na temelju procjene pacijenta koja se radi pri svakom susretu. Važno je da fizioterapeut i pacijent postignu odnos povjerenja, kako bi u svakoj fazi zajedno ostvarili realne ciljeve [23, 15].

Uz već spomenutu problematiku koja je u području rada fizioterapeuta, on također ima edukativnu ulogu. Educira pacijenta, obitelj i ostale članove tima o adekvatnim tehnikama transfera s kreveta u kolica i obrnuto, aktivnom sjedenju u krevetu, pravilnom ustajanju i sjedanju, pozicioniranju, vertikalizaciji te disanju [1, 22].

4.2. Edukacija fizioterapeuta u Republici Hrvatskoj i Europi

Edukacija o palijativnoj skrbi počela se razvijati na nekoliko razina. Na razini fakulteta postoji edukacija o palijativnoj skrbi u obliku obveznog ili izbornog kolegija na studijima medicine, sestrištva, socijalnog rada i drugih srodnih područja. Medicinski fakultet u Zagrebu (putem Centra za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine - CEPAMET-a), Splitu i Osijeku te Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci i Hrvatsko katoličko sveučilište u Zagrebu nude izborne kolegije o palijativnoj skrbi ili tečajeve trajnog usavršavanja za sve profesionalce i volontere koji sudjeluju u palijativnoj skrbi. Farmaceutsko-biokemijski fakultet u Zagrebu ima uvrštenu palijativnu skrb unutar obveznog kolegija ljekarnička skrb. Edukacije o palijativnoj skrbi često se održavaju u obliku radionica, predavanja ili tečajeva u bolnicama, domovima zdravlja, domovima za starije te drugim ustanovama u organizaciji samih ustanova za svoje djelatnike. Udruge za palijativnu skrb također sudjeluju u organizaciji i provedbi edukacija za volontere, ali i profesionalce i građane [24].

Lokalne zajednice diljem Republike Hrvatske organiziraju brojna predavanja i tribine, nastupe u medijima te druge aktivnosti za informiranje javnosti čime se podigla svijest stanovnika Republike Hrvatske o važnosti i dostupnosti palijativne skrbi. U svrhu standardiziranja edukacije o palijativnoj skrbi u Republici Hrvatskoj pokrenuta je inicijativa za izradu programa za edukaciju i kataloga kompetencija u palijativnoj skrbi od strane strukovnih komora (Hrvatska liječnička komora, Hrvatska komora medicinskih sestara, Hrvatska komora fizioterapeuta, Hrvatska psihološka komora, Hrvatska komora socijalnih radnika, Hrvatska komora zdravstvenih radnika i Hrvatska ljekarnička komora). U tijeku je izrada, odnosno usvajanje prijedloga programa edukacije i kataloga kompetencija za navedena područja. Kako su za razvoj i pružanje palijativne skrbi neophodne stručne smjernice 2014. godine Ministarstvo zdravstva pokrenulo je inicijativu za izradu stručnih smjernica za sve djelatnosti koje sudjeluju u pružanju palijativne skrbi te uputilo poziv stručnim društvima i komorama da dostave svoje prijedloge što je potaknulo izradu nekih stručnih smjernica. Do definiranja i usvajanja hrvatskih nacionalnih smjernica Ministarstvo zdravstva je uputilo preporuke za korištenje postojećih priznatih svjetskih i europskih smjernica o prepoznavanju palijativnog bolesnika GSF-PIG (Gold Standards Framework - Prognostic Indicator Guidance) kao temeljnog alata za podršku ranijem prepoznavanju pacijenata kojima je potrebna palijativna skrb i SPICT, CriSTAL i QUICK GUIDE, kao pomoćnih alata. Koriste se i drugi alati i smjernice za priopćavanje loših vijesti, procjenu simptoma, pružanju pojedinih oblika skrbi i ostalo [15, 24, 25].

Ostale zemlje Europe, bez obzira na bolju razvijenost sustava palijativne skrbi u obrazovanju fizioterapeuta nemaju obavezne kolegije na preddiplomskim studijima koji bi studente adekvatno pripremili za rad u tom području. Većina edukacija, skupova i tečajeva namijenjena je zdravstvenim radnicima, prvenstveno liječnicima i medicinskim sestrama/tehničarima, no nerijetko se njima pridružuju i ostali zdravstveni radnici uključujući i fizioterapeute. Europske zemlje među kojima se ističu Bugarska, Poljska i Velika Britanija u sustavu obrazovanja ima dodiplomski ili magistarski studij palijativne medicine koji je namijenjen zdravstvenim djelatnicima sa završenim preddiplomskim i diplomskim studijem. U zemljama u kojima važnost edukacije o palijativnoj skrbi još nije dovoljno prepoznata, u koje se ubraja i susjedna Italija, magistarski studij je opcija koja omogućava daljnje formalno obrazovanje kroz stjecanje novih znanja i vještina potrebnih za rad s palijativnim pacijentima. Osnivači i djelatnici zalažu se za uključivanje sadržaja o palijativnoj medicini u svim područjima obrazovanja medicinskih struka. Studij se odvija na tri razine koje polaznici upisuju ovisno o prethodnom smjeru obrazovanja. Prva razina namijenjena je zdravstvenim djelatnicima sa završenim preddiplomskim studijem uključujući medicinske sestre/tehničare, radne terapeute te fizioterapeute. Druga razina

namijenjena je djelatnicima sa završenim diplomskim studijem medicine, s već završenom specijalizacijom. Treća razina rezervirana je za psihologe čije je područje rada palijativna skrb [26, 27].

Daljnja edukacija u području palijativne skrbi počela se uspostavljati na svim razinama, a namijenjena je onima koji su uključeni u nju. Uključuje volontere, članove obitelji i one koji nisu zdravstvenih usmjerenja te se provodi u obliku seminara i tečajeva, dok je za zdravstvene djelatnike moguće i daljnje obrazovanje u obliku dodiplomskih studija. Stupanje edukacije uz stečena znanja i vještine određuje ovlasti medicinskih djelatnika koji obavljaju djelatnosti palijativne skrbi, no postoji potreba za daljnjom edukacijom kako bi se ovlast proširila i službeno odobrila. Palijativna medicina trebala bi biti uključena u obavezni dio obrazovanja svih medicinskih djelatnika s obzirom na procijenjenu potrebu za palijativnom skrbi [27, 28].

4.3. Metode i intervencije u palijativnoj skrbi

Vrste intervencija u palijativnoj skrbi mogu se podijeliti u pet različitih kategorija. Osim intervencija koje se provode direktno na pacijentu, svaki član multidisciplinarnog tima djeluje i u ostalim područjima. Komunikacijske intervencije prvenstveno su usmjerene na sastanke s obitelji i bližnjima pacijenta te informativne brošure, što pomaže u razumijevanju, prihvaćanju i nošenju s cjelokupnom situacijom. Edukacijske intervencije podrazumijevaju interakciju i aktivno sudjelovanje na predavanjima i sastancima, te stvaranje baze podataka za daljnju edukaciju zdravstvenih djelatnika. Uz navedeno, neke od intervencija uključuju etičke konzultacije te pomoć pri planiranju daljnje skrbi. Sve intervencije i metode koje se koriste usmjerene su na omogućavanje najveće kvalitete života do njegovog prirodnog kraja [29].

Liječničke intervencije su važne naročito u početnim stadijima skrbi. Liječnik uzima detaljnu anamnezu i heteroanamnezu, razmatra dijagnostičke postupke i nalaze, samu dijagnozu te propisanu terapiju koju pacijent koristi. Terapija se prilagođava na način da se koliko je moguće, izbjegnu komorbiditeti. Najvažnije liječničke intervencije usmjerene su na liječenje i tretiranje boli. Bol često predstavlja najznačajniji uzrok patnje, a njeno prisustvo uzrokuje strah i povezuje se s krajem života, stoga je važno dobro poznavanje strategija za pristup u liječenju totalne boli. Prisutnost i razinu boli najprije zamjećuju medicinske sestre/tehničari koji od svih članova tima provode najviše vremena s pacijentom, stoga je njihova dobra suradnja i komunikacija od izuzetne važnosti. Također, liječnik određuje koji će se preparati i lijekovi koristiti za njegu,

liječenje dekubitusa, korisnost i potrebu intervencija kod narušenih fizioloških funkcija poput opstipacije i inkontinencije [23, 29].

Medicinska sestra/tehničar u palijativnoj je skrbi aktivna u više područja, direktno provodi njegu, koordinira i upravlja cjelokupnom palijativnom skrbi. Tijekom intervencije medicinska sestra/tehničar istražuje i pokušava razumjeti pacijentove osjećaje i daljnja očekivanja. Prilikom zbrinjavanja intervencije su usmjerene na saniranje boli, mučnine i povraćanja, smanjenu prohodnost dišnih puteva, smanjenu mogućnost brige o sebi, što podrazumijeva higijenu, hranjenje i oblačenje. Tijekom provođenja skrbi osim pacijentu, podrška se pruža obitelji i bližnjima. Intervencije su često usmjerene na rješavanje etičkih pitanja te donošenje odluka vezanih za zahtjeve pacijenta i obitelji [6, 23].

Psihološki aspekti i pružanje psihološke skrbi pacijentu i bližnjima obavezne su i osnovne komponente palijativne skrbi. Kvalitetna psihološka skrb uključuje dobru i stručnu komunikaciju, pravodobno i mjerodavno informiranje pacijenta te specifične psihološke intervencije. One omogućuju pacijentu izražavanje emocija, pomažu kod nošenja s negativnim emocijama i nejasnoćama s kojima se pacijent susreće zbog bolesti, procjenjuju se individualne potrebe i mogućnosti za suočavanje s bolesti. Također, omogućavaju psihološku pomoć uz korištenje formalnih i neformalnih intervencija u raznim oblicima. Psihološko savjetovanje olakšava razmišljanje o samoj bolesti, dok ostale intervencije imaju pozitivan učinak na stanja poput anksioznosti i depresije. Svojim djelovanjem u palijativnoj skrbi psiholozi donose drugačiju perspektivu i značajno pomažu u provođenju holističkog pristupa uzimajući u obzir kognitivne, bihevioralne i emocionalne aspekte bolesti [23, 30]. Osim psiholoških često su potrebne i psihijatrijske intervencije zbog česte prisutnosti psihijatrijskih poremećaja kod palijativnih pacijenata. Anksioznost, depresivni poremećaj, poremećaji prilagodbe, delirij i ostali kognitivni poremećaji problematika su na koje su usmjerene intervencije psihijatra. Intervencije i metode koje se koriste podrazumijevaju sveobuhvatan pristup koji koristi farmakoterapiju, psihoterapiju i socioterapiju. Psihoterapija se pokazala korisnom u svim fazama bolesti, a suportivne, relaksacijske i kognitivne metode pozitivno utječu na smanjenje boli. Uz psihoterapiju u saniranju boli pomažu i antidepresivi koji uz primarno antidepresivno djelovanje, imaju i analgetski učinak. No s obzirom na različito dodatno djelovanje, psihijatar mora odabrati antidepresiv čije su nuspojave i dodatni učinci prihvatljivi pacijentovu stanju. Također, pomaže pacijentu u nošenju s egzistencijalnim pitanjima ili krizom povezanom s dijagnozom [6, 23]. Psihijatrijske i psihološke intervencije upotpunjuju se intervencijama socijalnog radnika, one

pomažu u razumijevanju i prihvaćanju različitih faza i stadija bolesti te samu smrt korištenjem osobnog potencija i kapaciteta uz pomoć ostalih članova tima i ostatka zajednice [19].

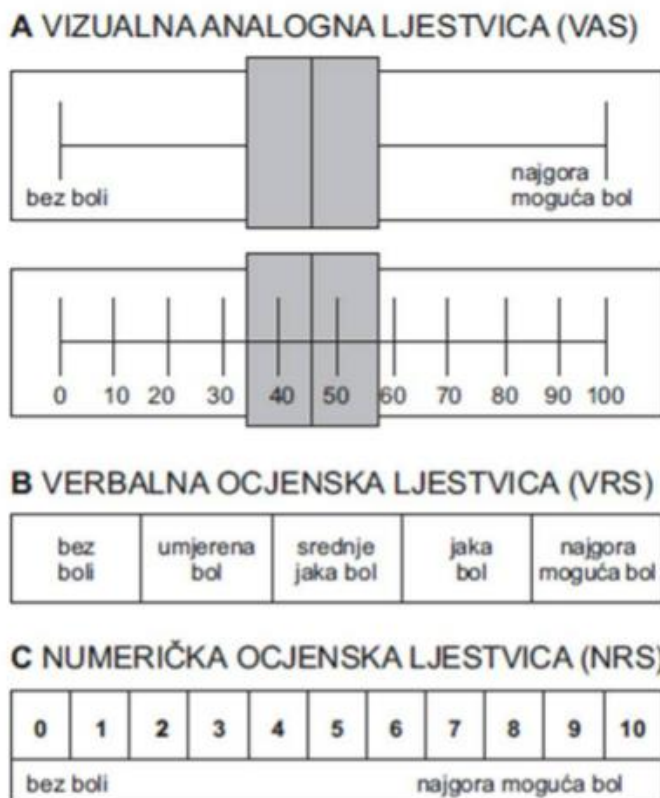
Svaki od članova tima provodi intervencije koje su u njegovom području rada, no neprestana suradnja s ostalim članovima tima kao i ostalim ne zdravstvenim stručnjacima je neophodna kako bi se ublažili simptomi i poteškoće u svim domenama.

4.4. Fizioterapijske metode i intervencije u palijativnoj skrbi

Fizioterapijske intervencije koriste se s ciljem postizanja što bolje kvalitete života, a utječu na fizičke i psihičke komponente zdravlja pacijenta. Kod palijativnih pacijenata gubitak funkcije olako se prihvaća, što negativno utječe na funkcije koje su preostale. Stoga su metode i intervencije fizioterapeuta usmjerene na korištenje svih tjelesnih kapaciteta pacijenta te održavanje i unaprjeđenje tjelesnih funkcija, uzimajući u obzir sve pacijentove želje i potrebe, a ne samo one fizičke. Često zanemarena, a izrazito važna komponenta u palijativnoj rehabilitaciji je da pristupom koji se koristi nastojimo uspostaviti partnerski odnos s pacijentom, što u kasnijim stadijima olakšava suradnju i ispunjavanje pacijentovih potreba. Posljedice bolesti mogu se očitovati u obliku tjelesnih promjena, smanjenja opsega pokreta i funkcionalnih poteškoća uzrokovanih bolesti, ali neugodne simptome mogu prouzročiti i medicinske procedure poput vađenja krvi, primanje injekcija i postavljanje katetera. Iako nisu posljedica bolesti neugoda i bol prouzročeni medicinskim postupcima negativno utječu na pacijentovo cjelokupno stanje, pa fizioterapijski postupci predstavljaju jedan od pozitivnih tjelesnih kontakata koje pacijent uspostavlja s medicinskim osobljem. Ciljevi koje želimo postići postavljaju se u dogovoru s pacijentom, kratkoročni su i fleksibilni kako bi se mogli uskladiti s čestim promjenama u pacijentovu stanju. Takav pristup rehabilitaciji zahtjeva kontinuiranu procjenu iz dana u dan uzimajući u obzir sve čimbenike koji mogu utjecati na psihosomatsko stanje [31].

Procjena pri prvom kontaktu s pacijentom izuzetno je važna, uočavamo sve pacijentove mogućnosti i pomoću njih kreiramo plan terapije. Za procjenu preostalih tjelesnih funkcija koristi se Patient Specific Functional Scale. Skala se koristi kao instrument kojim se određuje sposobnost obavljanja pacijentu važnih svakodnevnih aktivnosti, ograničenja s kojima se susreću te u kojoj mjeri ona utječu na samu kvalitetu života [6, 31, 32]. Za određivanje intenziteta boli i pacijentova osjeta simptoma koristi se Vizualno – analogna skala boli ili Borg – RPE skala. Kod pacijenata koji imaju poteškoće kod procjene simptoma, skala se može prilagoditi i koristiti verbalno što je

uz Vizualno – analognu skalu i numeričku ljestvicu prikazano na slici 4.4.1. ili u obliku pitanja koja opisuju intenzitet boli ili smetnje na koja pacijent može odgovoriti s da ili ne. Intenzitet boli i ostalih neugodnih simptoma koji su prisutni mjere se prije i nakon tretmana, što pomaže u odabiru adekvatnih i efektivnih fizioterapijskih postupaka [31].



Slika 4.4.1. Jednodimenzionalne ljestvice za procjenu intenziteta boli

Izvor: <http://www.hdlb.org/wp-content/uploads/2013/01/Bol-glasilo-br-6-2013.pdf>

Pravilnim pozicioniranjem dijelova tijela fizioterapeut nastoji olakšati vrijeme koje pacijent provodi u krevetu, smanjuje se napor i nepotrebna potrošnja energije, a istovremeno se preventivno utječe na kontrakture do kojih može doći u zglobovima prilikom pozicioniranja u nepravilan položaj. Pozicioniranje se provodi prilikom svake promjene položaja, a terapeut može ustanoviti koji tjelesni položaj izaziva najmanje boli te o tome educirati članove tima i pacijentovu obitelj. Korigiranje i reguliranje narušenog mišićnog tonusa uz osjećaj opuštenosti i ugone postiže se relaksacijskim vježbama. Relaksacijski učinak moguće je postići u gotovo svim postupcima koji se provode ako fizioterapeut dodir i hvat prilagodi s porukom koju šalje verbalno. Pacijentu je potrebno pružiti dodir koji ne uzrokuje bol, ulijeva sigurnost, povjerenje i ugodu, a terapeutu omogućuje procjenu i adaptaciju mišićnog tonusa [6].

Kao komplikacija dugotrajnog ležanja javljaju se poteškoće u održavanju respiracije i cirkulacije. Vježbe disanja olakšavaju respiraciju i smanjuju mogućnosti komplikacija u respiratornom sustavu. Vježbe se provode uz pravilno abdominalno ili abdominalno i torakalno disanje o kojem terapeut educira pacijenta. Potrebno ih je izvoditi što češće kako bi se olakšalo disanje i povećao kapacitet pluća, što pozitivno utječe na opće stanje organizma. Osim vježbi disanja kod respiratornih problema koriste se i ostali alati poput posturalne drenaže i vježbi iskašljavanja. Vježbama cirkulacije osigurava se maksimalna opskrba kisikom i hranjivim tvarima u tkivima distalnih dijelova tijela čime se prevenira razvoj venske tromboze i dekubitusa. Svaka mišićna kontrakcija potiče vensku cirkulaciju putem koje se odstranjuju štetne tvari, a dotok hranjivih tvari u oštećeno tkivo pomaže u cijeljenju i povećanju elastičnosti krvnih žila. Vježbe cirkulacije koriste se i pri saniranju limfnih edema, koji osim osjećaja napetosti mogu uzrokovati i smanjen opseg pokreta u zglobovima. Edematozni ekstremitet potrebno je postaviti u drenažni položaj kako bi se dodatno potaknulo otklanjanje otoka [6, 15].

Dostojanstvo u zadnjim danima za svakog pacijenta izgleda drugačije, no mogućnost što samostalnijeg obavljanja aktivnosti samozbrinjavanja doprinosi u očuvanju istog. Pacijenti koji mogu obavljati aktivnosti hranjenja u sjedećem umjesto u ležećem položaju, kao i samostalno otići do toaleta ili napraviti nekoliko koraka osjećaju veću razinu zadovoljstva u odnosu na one kojima je potrebna pomoć prilikom izvođenja tih aktivnosti [6, 15, 33].

Za očuvanje aktivnosti hranjenja provode se vježbe gutanja kod pacijenata kojima je ta funkcija oslabljena ili oštećena. Vježbama gutanja možemo odgoditi ili prevenirati potrebu za uvođenjem nazogastrične sonde putem koje se pacijenti hrane. Ukoliko stanje dozvoljava, fizioterapeut što češće vertikalizira pacijenta u sjedeći ili stojeći položaj. Vertikalizacijom se utječe na mehanizam disanja, cirkulaciju, probavu, rad središnjeg živčanog sustava, a time i na motivaciju za daljnje provođenje terapije. Posebna pažnja posvećuje se treningu hoda kod pokretnih pacijenata kako bi se održala pokretljivost i samostalnost, a ukoliko je moguće radi se i na poboljšanju koordinacije, izdržljivosti i ravnoteže. Potrebno je konstantno tražiti pacijentovu aktivnost, jer aktivan pokret nikada se ne može nadomjestiti pasivnom mobilizacijom [6, 15].

Anksioznost i depresivne smetnje česte su kod palijativnih bolesnika. Anksioznost ili tjeskoba prirodna su reakcija na povećani stres. Simptomi se očituju kroz osjećaj straha, zabrinutost, ljutnju i paniku. Fizički simptomi tjeskobe se javljaju u obliku dispneje, tahikardije, pojačanog znojenja, vrtoglavica, mučnina i hipertonusa mišića. Fizioterapijske intervencije koriste se pri ublažavanju blažih oblika anksioznosti i povoljno utječu na prisutne fizičke simptome poput povišenog mišićnog tonusa. Tijekom intervencije provode se vježbe opuštanja i masaža. U ranijim fazama

palijativne rehabilitacije pozitivan utjecaj imaju aktivne i aktivno potpomognute vježbe te vježbe opuštanja, dok kod pacijenata u kasnijim fazama lagana masaža napetih mišića ima blagotvorno djelovanje [31, 34]. Kod somatskih bolesti razni čimbenici mogu utjecati na pojavu depresije, mogu biti biološke, psihološke ili društvene prirode. Simptomi koji se očituju kod pacijenata s depresijom uključuju slabu volju, osjećaj tjeskobe, nemira i umora, promjene u ritmu spavanja, gubitak apetita te probleme s koncentracijom. Ovisno o tome što stanje pacijenta dozvoljava koriste se aktivno potpomognute i aktivne vježbe, trening hoda koji se može provoditi u obliku šetnji te vježbe u bazenima. Tretman prvenstveno uključuje tjelesnu aktivnost pacijenta, a najbolju učinkovitost ima u kombinaciji s ostalim modelima liječenja koje provodi tim koji skrbi za pacijenta [31].

Koštane metastaze glavni su uzrok boli kod pacijenata s karcinomom. Lokaliziraju se na kralježnici, lubanji, proksimalnom dijelu zdjelice, nadlaktičnoj kosti i glavi bedrene kosti. Često uzrokuju destrukciju koštanog tkiva, ono počinje propadati radi dekalifikacije te postaje krhko čime se povećava rizik za prijelom [31, 33, 35]. Radioterapija se koristi za prevenciju prijeloma, te u saniranju boli kod kompresije korijena živca uzrokovanog metastazama na kralježnici. Patološki prijelomi mogu se dogoditi bez prethodne traume kod osoba s čije su kosti zahvaćene patološkim procesom. Kako normalan proces cijeljenja izostaje, potrebno je kirurško liječenje da bi se vratila funkcija. Postoperativna rehabilitacija takvih palijativnih pacijenata ne razlikuje se od ostalih. Provodi se mobilizacija kroz obrasce normalnog pokreta koji ne uzrokuju bol i nelagodu pacijenta. Nakon operacije često se razvije strah od pokretanja i korištenja oštećenog ekstremiteta, no redovito provođenje terapije i dokumentiranje podataka o napretku, važno je za povratak funkcije, motivira pacijenta za daljnju suradnju i ohrabruje ga za ponovno korištenje ekstremiteta. Prijelomi kralježaka uslijed propadanja koštanog tkiva često dovode do kompresije korijena živca koja može uzrokovati paralizu. Simptom koji ukazuje na kompresiju živca je bolnosti i osjetljivost u području dermatoma, bol koja se javlja može se opisati kao radijacijska zbog širenja u ekstremitet koji zahvaćeni živac inervira. Ostali simptomi uključuju ataksiju te senzoričke i motoričke ispade [33].

Izrazito jak umor koji ne prolazi ni nakon odmora, poteškoća je s kojom se susreće veliki broj palijativnih pacijenata. Kroničan osjećaj nezadovoljstva, manjak energije, koncentracije i zaboravljivost mogu ukazivati na kronični umor. Uzrok nije u potpunosti jasan s obzirom na brojne faktore koji utječu njegovu pojavu. Primarna bolest, infekcije, kaheksija, anksioznost, stres i depresija mogu biti neki od uzroka prisutnog umora. Prilagođena tjelesna aktivnost pomaže u povećanju energije za ostale aktivnosti. Važno je pacijenta educirati da aktivnost i odmor provodi

u skladu sa svojim mogućnostima kako bi se očuvala energija. Dokazi do sada provedenih istraživanja upućuju da je tjelesna aktivnost učinkovita metoda za smanjenje kroničnog umora, naročito ako se primjenjuje uz druge oblike terapije [35, 36, 37]. Nunez i suradnici provedli su istraživanje na 120 ispitanika 2011. godine u Španjolskoj. Promatrao se učinak terapijskog vježbanja na pacijentima sa sindromom kroničnog umora. U eksperimentalnoj skupini osim standardizirane terapije provodila se tjelesna aktivnost u obliku aerobnih vježbi. Vježbe su se prilagodile stanju i mogućnostima pacijenata, no tijekom istraživanja u eksperimentalnoj skupini primijenjeno je progresivno povećanje opterećenja u obliku duljine trajanja te zahtjevnosti samih vježbi, odnosno intenzitetu. Do kraja istraživanja, vrijeme tjelesne aktivnosti eksperimentalne skupine iznosilo je 40 minuta dnevno. U kontrolnoj skupini provelo se savjetovanje od strane fizioterapeuta o važnosti tjelesne aktivnosti uz smjernice za njeno provođenje. Program kontrolne skupine je uključivao aktivnost u trajanju od 10 minuta koja se provodila tri puta tijekom dana, no bez progresivnog povećanja opterećenja tijekom vremena. Ostatak terapije eksperimentalne i kontrolne skupine nije se razlikovao. Rezultati eksperimentalne skupine nakon 12 mjeseci, koliko je trajalo istraživanje, ukazuju na veće zadovoljstvo kvalitetom života te smanjenje tjelesne boli i umora u odnosu na početno stanje [36]. Tjelesna aktivnost može se provoditi na razne načine, prilagođene pacijentovim mogućnostima, a uključuje trening hoda, medicinsku gimnastiku koja kombinira aerobni i anaerobni trening te vježbe mobilizacije. Učinci tjelesne aktivnosti vidljivi su tijekom i nakon provođenja, stoga je važno uključiti ju u tretman pacijenta sve dok njegove mogućnosti to dozvoljavaju. [6, 32]

Tjelesna slabost uzrokovana smanjenom mišićnom snagom česta je kod pacijenata s kroničnim bolestima. Smanjenje mišićne snage javlja se kod dugotrajne neaktivnosti zbog prisutnog umora, boli i dispneje, no može biti uzrokovana i lijekovima koji se koriste, poput kortikosteroida koji utječu na gubitak mišićne mase. Intervencije fizioterapeuta usmjerene su na edukaciju o tome kako aktivnosti svakodnevnog života obavljati što efektivnije samostalno, uočavajući i koristeći pacijentove preostale mogućnosti. Kada je tjelesna aktivnost planirana, strukturirana i ponavljajuća može se klasificirati kao vježba, a cilj joj je poboljšati ili održati tjelesnu funkciju. Osim održavanja tjelesne funkcije, preventivno utječe na vensku trombozu, smanjuje razinu stresa i profilaktična je mjera za dekubitus. Vježbe se mogu provoditi individualno ili u grupi, no potrebno ih je prilagoditi svakom pacijentu. Vježbe u bazenu poželjne su za održavanje i razvoj snage, balansa i koordinacije. Voda djeluje kao rasteretni medij, smanjuje osjećaj težine i ograničenja, olakšava izvođenje pokreta, a pacijentu može omogućiti izvođenje pokreta koji nisu inače mogući. Prilikom provođenja vježbi intenzitet i trajanje treba prilagoditi kako ne bi došlo do iscrpljenosti. Na temelju dokaza koji govore o pozitivnim učincima fizičke aktivnosti na tjelesne

funkcije, mišićnu snagu, opće stanje organizma, anksioznost i depresiju te poboljšanje kvalitete života u širem smislu, potrebno ju je uključiti u plan terapije manje pokretnih ili nepokretnih pacijenata, u obliku vježbi koje se provode aktivno uz manualni otpor terapeuta, aktivno potpomognuto ili pasivno [32].

Bol kao najčešći simptom palijativnih pacijenata može biti različitih uzroka. Nociceptivna bol javlja se kod koštanih oštećenja, neurogena je uzrokovana kompresijom živca, dok je visceralna uzrokovana promjena na abdominalnim organima. Simptom je koji značajno utječe na kvalitetu života pacijenta, bez obzira na to je li uzrok fizičke, psihičke ili socijalne prirode. Fizioterapija i medikamentozna terapija pokazale su se kao dobar odabir kod intervencija za smanjenje boli. Fizioterapijske intervencije kod boli uključuju mobilizaciju, masažu i tehnike opuštanja, primjenu termoterapije i elektroterapiju [38]. Mobilizacija se može provoditi kroz potpomognuto izvođenje pokreta ili u rasteretnom položaju. Cilj je pacijenta osloboditi straha od pokreta i spriječiti probleme uzrokovane smanjenom pokretljivošću. Masaža kao jedan od najstarijih tretmana za ublažavanje boli utječe na fizičke, ali i psihološke aspekte boli. Podrazumijeva manualnu manipulaciju mekih tkiva s ciljem poboljšanja cirkulacije i odgovora mišićnog i živčanog sustava, dodirrom se potiče lučenje hormona oksitocina i serotonina koji imaju smirujući učinak i pozitivno utječu na trenutno smanjenje boli. Termoterapija uključuje tretmane toplinom ili hladnoćom, toplinski tretmani lokalno povećavaju prokrvljenost tkiva te imaju opuštajući učinak na mišiće, za provođenje se koriste oblozi koji se zagrijavaju ili vrući ručnik koji se postavljaju na bolno područje. Hlađenje ili krioterapija koriste se kod akutnih ozljeda i za smanjenje otekline koja uzrokuje bol, primjenom leda na bolno područje ili pomoću aparata za hlađenje [32]. Od elektroterapijskih procedura koristi se transkutana električna stimulacija kao dio analgetskog tretmana. Struje visokih frekvencija stvaraju podražaje koji u živčanom sustavu aktiviraju mehanizme za blokiranje boli putem tako zvane, kontrole prolaza, dok podražaji niskih frekvencija potiču oslobađanje hormona endorfina koji utječe na smanjenje razine boli. [32, 38, 39].

5. Rasprava

Palijativna skrb od nedvojbene je važnosti kada govorimo o održanju dostojanstva i kvalitete života do samog njegovog kraja. Pacijenti koji su uključeni u palijativnu skrb najčešće se susreću sa simptomima koji uključuju bol, slabost, mučninu, smanjenu prohodnost dišnih puteva te smanjenu funkcionalnu sposobnost. Gotovo svi simptomi mogu biti reducirani ili sanirani adekvatnim fizioterapijskim intervencijama, što omogućava veću kvalitetu života. Skrb o palijativnim pacijentima zahtjeva holistički pristup multidisciplinarnog tima. Takvim pristupom postižu se najbolji rezultati s obzirom da svaki od članova tima istom problemu pristupa s drugog stajališta. Fizioterapijske intervencije koje uključuju mobilizaciju i facilitaciju koriste se kako bi se pacijentu omogućila što veća samostalnost kod obavljanja aktivnosti svakodnevnog života [5, 40].

Specifične funkcije i uloge fizioterapeuta u palijativnom timu mogu se podijeliti nekoliko različitih područja koja uključuju: prevenciju slabljenja tjelesnih funkcija, edukaciju i informiranje, vođenje, promatranje, evaluaciju i vrednovanje funkcija te kvalitetu izvođenja pokreta tijekom aktivnosti, slušanje i komunikaciju s pacijentom i obitelji, zbrinjavanje osnovnih potreba te organizaciju, koordinaciju i planiranje terapije. Cilj djelovanja u svakom od navedenih područja je povećanje i održavanje pacijentove autonomije i samostalnosti. S obzirom na područja u kojima djeluje, fizioterapeut ima tri važne uloge u palijativnoj skrbi:

1. Pružanje skrbi uz edukaciju pacijenta i njegovih bližnjih
2. Aktivno sudjelovanje u multidisciplinarnom palijativnom timu
3. Izvršavanje profesionalnih odgovornosti van aktivnosti vezanih za direktnu skrb o pacijentu [41, 42].

Kod pacijenata s kojima se redovito provode vježbe izdržljivosti i vježbe disanja uočeno je poboljšanje rezultata testova koji se koriste u procjeni. Aktivne vježbe i tehnike za relaksaciju pridonose značajnom smanjenju umora i slabosti koji pacijente učestalo ograničavaju u svakodnevnom funkcioniranju. Tjelesna aktivnost pozitivno utječe na smanjenje boli, depresiju i povećanje apetita, što ju čini sigurnom i učinkovitom metodom koju fizioterapeut može primjenjivati u radu s palijativnim pacijentom [43].

Povećano stvaranje sekreta u respiratornom sustavu mnogim pacijentima uzrokuje uznemirujuće simptome. Kod eliminacije sekreta i olakšanja iskašljavanja kao učinkovite metode pokazali su se manualno asistirani kašalj, posturalna drenaža te mehanička insuflacija i eksuflacija.

Zaduha je jedan od najčešćih simptoma koji se javljaju zbog smetnji u respiratornom sustavu. Pacijenti kod kojih je prisutna zaduha, stanje opisuju kao osjećaj nedostatka zraka. Dugotrajno prisustvo zaduhe može uzrokovati dodatnu onesposobljenost i socijalnu izolaciju zbog uzrokovanja tjeskobe kod pacijenta. Kod takvih kroničnih stanja u tretman je potrebno uključiti vježbe disanja i tjelesnu aktivnost. Fizioterapeut pacijenta educira o pravilnom disanju tijekom aktivnosti koje zahtijevaju veći napor. Kod palijativnih pacijenata hod može predstavljati važnu, ali izazovnu aktivnost. Korištenjem respiratorne fizioterapije može se ublažiti osjećaj straha i tjeskobe prouzrokovanih nedostatkom zraka što rezultira povećanom aktivnosti i samostalnosti pacijenta [42, 43, 44].

Kod nedostatnog broja uključenih fizioterapeuta u palijativnu skrb, važnost edukacijske uloge fizioterapeuta raste. Članove tima i ostale koji skrbe za pacijenta potrebno je educirati o tome kako provoditi neke od jednostavnijih intervencija kao što su vježbe u krevetu, okretanje na bok i samostalno mijenjanje položaja iz ležećeg u sjedeći, time se povećava mobilnost i samostalnost pacijenta. Kao dopuna terapiji pokretom, za održavanje snage i jačanje mišića koriste se i pasivne metode kao što je elektrostimulacija mišića [43, 45, 46]. Moguće je primjenjivati razne fizioterapijske intervencije s obzirom na potrebe pacijenta. One uključuju terapijske vježbe, elektroterapiju i termoterapiju uz koje se koriste razne manualne tehnike. Terapijske vježbe provode se kroz aktivno potpomognuto izvođenje pokreta koji pospješuju sigurnost i relaksaciju, stabilnost i mobilnost. Elektrostimulacija mišića pokazala se kao učinkovita metoda kod smanjenja razine intenziteta boli, dok se primjenom termoterapije uz analgetski učinak postiže i bolja fleksibilnost. Takav pristup pozitivno utječe na funkcionalne sposobnosti pacijenta te uz promicanje fizičke snage omogućuje veću razinu samostalnosti, direktno utječe na kvalitetu skrbi te zadovoljstvo kvalitetom života pacijenta. Također, tijekom provođenja fizioterapijskih intervencija jedan od ciljeva je podizanje svijesti i educiranje pacijenta i bližnjih. Na učinkovitost same terapije negativno se može odraziti manjak znanja i nedostatna razina kompetencija za rad u palijativnoj skrbi. Nedostatak povjerenja od strane pacijenta i znanja fizioterapeuta negativno utječu na kvalitetu skrbi. Kako bi fizioterapeut bio aktivan i adekvatan član palijativnog tima, važna je razina tehničkih i komunikacijskih vještina koje posjeduje. Za kvalitetnu palijativnu skrb neophodno je da fizioterapeut može procijeniti pacijentove potrebe te u skladu s njima odrediti prioritete poteškoće na koje će se usmjeriti intervencije. Stoga je edukacija fizioterapeuta o palijativnoj skrbi od velike važnosti kada se govori o kvaliteti skrbi o pacijentu [44, 45, 46].

5. Zaključak

Palijativna skrb namijenjena je pacijentima koji se susreću s neizlječivim bolestima ili stanjima na koja klasična kurativna medicina više nema adekvatan učinak. Prelaskom s kurativne na palijativnu medicinu, dolazi do promjene ciljeva koji se tada usmjeravaju na kvalitetu života. Nastoji se očuvati pacijentova autonomija i dostojanstvo do samoga kraja života, uzimajući u obzir njegove želje i potrebe tijekom intervencija. Smrt se ne predstavlja kao neuspjeh, već kao neizbježan i prirodan proces. Iako je namijenjena osobama svih životnih dobi, većinu pacijenata čini populacija starije životne dobi koja zahtjeva kontinuiranu te radi komorbiditeta često specifičnu skrb, što uz rastući trend starog stanovništva u svijetu ukazuje na sve veću potrebu za dodatni razvoj i obrazovanje u području palijativne skrbi. Tijekom provođenja glavni cilj je unaprjeđenje i održavanje kvalitete života pacijenta uz provođenje holističkog pristupa od strane multidisciplinarnog tima. Svaki od članova tima ravnopravan je u skrbi o pacijentu te se interdisciplinarnim načinom rada pristupa problemu. Kako bi se intervencije što efektivnije provele potrebna je dobra komunikacija, međusobno uvažavanje i poštovanje u timu. Timovi se formiraju ovisno o tome na kojoj se razini provodi palijativna skrb kao i dostupnosti medicinskog osoblja. Tijekom pružanja palijativne skrbi neovisno o razini, nužan je palijativni pristup koji omogućava skrb u skladu s načelima palijativne skrbi, stoga je potrebno da su svi medicinski djelatnici koji su uključeni u skrb o pacijentu adekvatno educirani o palijativnoj medicini i skrbi.

U RH razvoj palijativne skrbi započeo je još 1991. godine, no pravi početak razvoja dolazi 1994. godine nakon organizacije hospicijskoj pokreta. Značajniji pomaci uočeni su 2012. godine od kada je počelo djelovanje centara i ambulanta za provođenje palijativne skrbi u više gradova RH. Edukacija medicinskih djelatnika razvijala se na više razina, u obliku kolegija na studijima biomedicinskih znanosti, radionica i tečajeva. No bez obzira na inicijativu za pokretanje edukacija od strane strukovnih komora, područje palijativne skrbi i dalje nije uključeno u obavezni dio formalne edukacije, što predstavlja problem obzirom na sve veću potrebu za palijativnom skrbi kako u Europi, tako i u Republici Hrvatskoj. Kao i u većini zemalja Europe, edukacije u Hrvatskoj namijenjene su prvenstveno liječnicima i medicinskim sestrama/tehničarima, no pridružuju im se svi zdravstveni koji se susreću s radom u palijativnoj skrbi s obzirom na nedostatak edukacija u ostalim područjima. Fizioterapeuti su predviđeni kao članovi tima koji djeluje u području palijativne skrbi. No, susrećemo se s problemom i dolazimo do pitanja jesu li oni koji su uključeni u skrb adekvatno educirani. Edukacija bi trebala fizioterapeute pripremiti za rad na svakoj od razina palijativne skrbi kako bi tijekom edukacije postali kvalificirani fizioterapeuti, koji će svojim

znanjem i kompetencijama djelovati kao aktivni i ravnopravni članovi palijativnog tima. Bez obzira na dokaze o učinkovitosti fizioterapije u palijativnoj skrbi, fizioterapijske intervencije još uvijek se ne koriste u dovoljnoj mjeri.

Sve intervencije usmjerene su na probleme koji se odražavaju na kvalitetu života, uključujući: tjelesne promjene, smanjenje opsega pokreta, poteškoće kod hoda, poremećaj koordinacije i ravnoteže te ostale funkcionalne poteškoće. Kod gotovo svih pacijenata došlo je do redukcije simptoma i olakšanja nakon fizioterapijskih intervencija. Prije početka intervencije, odnosno tretmana, fizioterapeut pri svakom susretu radi procjenu pacijenta i njegovog stanja na temelju čega se prema potrebi mijenja plan terapije. Pravilno pozicioniranje primjenjivo je kod svih pacijenata te se na taj način povećava osjećaj ugone i relaksacije što je od iznimne važnosti prilikom subjektivne procjene boli i upravljanja istom. Također, preventivna je mjera za nastanak kontraktura i dekubitusa koji su česti kod pacijenata koji su primorani duže vrijeme provoditi u krevetu. Kod respiratornih poteškoća koje se javljaju kao posljedica dugotrajnog mirovanja provode se vježbe disanja kroz pravilno disanje o kojem terapeut educira pacijenta. Olakšava se respiracija povećanjem kapaciteta pluća čime dolazi i do bolje oksigenacije tkiva, čime se preventivno djeluje na nastanak dekubitusa i venske tromboze. Osim vježbi prilikom upravljanja respiratornim problemima kod nekih pacijenata posturalna drenaža pokazala se kao efektivna i lako primjenjiva neinvazivna metoda za povećanje prohodnosti dišnih puteva. Adekvatna tjelesna aktivnost pozitivno utječe na najveći broj simptoma palijativnih pacijenata, što je čini jednom od najsigurnijih i najučinkovitijih oblika intervencija. Od izrazite je važnosti trening hoda kod pokretnih pacijenata kako bi se očuvala što veća samostalnost prilikom aktivnosti samozbrinjavanja i dnevnih aktivnosti. Edukacijska uloga fizioterapeuta važna je kada govorimo o povećanju aktivnosti pacijenta. Također, kod psihičkih i psihosomatskih poremećaja tjelesna aktivnost prilagođena mogućnostima pacijenta uz intervencije ostalih članova tima pokazala se kao najučinkovitiji oblik tretmana. Uz intervencije prilikom kojih pacijent aktivno sudjeluje koriste se i pasivne metode. Radioterapija, termoterapija, elektroterapijski postupci i masaže dopuna su terapijskim postupcima, najčešće s ciljem trenutnog smanjenja boli i kratkoročnog olakšanja od neugodnih senzacija.

Intervencije su usmjerene na smanjenje neugodnih i bolnih simptoma uzrokovanih tjelesnim i fiziološkim promjenama, poboljšanje i održavanje kvalitete života, prevenciju ili regulaciju posljedica bolesti te prevenciju sekundarnih komplikacija. Edukacijom članova obitelji i svih koji su uključeni u skrb, pacijentu se otvara mogućnost cjelodnevne terapije primjenjujući razne tehnike pozicioniranja i facilitacije koje značajno olakšavaju svakodnevno funkcioniranje. S

obzirom na područja u kojima djeluje, fizioterapeut predstavlja neizostavnog člana palijativnog tima. No, sa sigurnošću možemo reći kako fizioterapija, bez obzira na dokaze koji potvrđuju učinkovitost kod pacijenata i dalje nije dovoljno uključena u palijativnu skrb.

6. Literatura

[1] M. Brkljačić, M. Šamija, B. Belev, M. Strand, T. Čengiĉ: Palijativna medicina: Temeljna načela i organizacija, Klinički prístup terminalnom bolesniku, Medicinska etika, Markulin d.o.o., Sveučilište u Rijeci, Zaklada Onkologija, Rijeka, 2013.

[2] Temel JS, Greer JA, Muzikansky A: Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. The New England journal of medicine, kolovoz, 2010.

[3] M. Brkljačić: Medicinska etika u palijativnoj skrbi: Obnovljeni život: časopis za filozofiju i religijske znanosti 74 (4), 2019, str. 513 – 527

[4] M. Neuberg, Palijativna skrb u suvremenoj medicini, Nastavni materijali. Dostupno: 18.03.2022.

[5] S. Benko, A. Jurinić: Uloga fizioterapeuta u palijativnoj skrbi, Zbornik sveučilišta Libertas, vol.4, br. 4, str. 31-41, 2019.

[6] V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković: Osnovne palijativne medicine, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.

[7] . <https://ec.europa.eu/eurostat> Dostupno: 23.03.2022.

[8] Preporuke Europskog udruženja za palijativnu skrb. 2009. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi: 1. dio.http://www.kbcrijeka.hr/docs/Bijela_knjiga_o_standardima_i_normativima_za_hospicijsku_i_palijativnu_skrb_u_Europi.pdf
Dostupno: 23.03.2022.

[9] J. Krpeljević: Uloga duhovnika u timu palijativne skrbi, Med Fam Croat, br. 23., 2015., str. 51-54.

[10] A. Frković: Bioetiĉki ogledi o kvaliteti života, Pitanje distanzije i eutanazije, vol. 16, 2007. str. 215 – 220

[11] R. Marđetko, N Dumbović: Centar za koordinaciju palijativne skrbi/koordinator za palijativnu skrb u županiji – vodič, Čakovec. <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/2018%20Dokumenti%20razni/VODI%C4%8C%20ZA%20KOORDINATORE%20ZA%20PALIJATIVNU%20SKRB.pdf> Dostupno: 05.04.2022.

[12] K. Thomas: Caring for dying at home, JR Soc Med, br. 96, 2003., str. 515-516.

[13] EAPC update: Recommendations from the European Association for Palliative Care, White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1, 2010. <https://eapcresearchcongress2020.eu/wp-content/uploads/2020/11/White-Paper-on-standards-and-norms-for-hospice-and-palliative-care-in-Europe.pdf> Dostupno: 05.04.2022.

[14] M. Cesarik i suradnici: Povijest prvog hospicija – odjela u Hrvatskoj, Med Vjesn, br. 26., 1994., str. 145-147.

[15] Ž. Rakošec, B. Juranić, Š. Mikšić, J. Jakab, B. Mikšić: Otvorena komunikacija - temelj palijativnog pristupa, Media, culture and public relations, br. 5., 2014., str. 98-103.

[16] Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof, Opća bolnica Varaždin <https://obv.hr/organizacijska-struktura/sluzba-produzeno-lijecenje-i-palijativnu-skrb-novi-marof-18/> Dostupno: 10.04.2022.

[17] M. Brkljačić: Aktualno stanje palijativne skrbi u Hrvatskoj, Služba Božja, br. 53. 2013., str. 367-376.

[18] M. Brkljačić, I. Sorta – Bilajac, Palijativna skrb u Hrvatskoj na pragu ulaska u EU: medicinsko – pravni i medicinsko- etički osvrt, medicina fluminensis, br. 48., 2012., str. 131-141.

[19] Štambuk A, Uloga socijalnog radnika u interdiscipliniranom timu, Studijski centar socijalnog rada, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Ljetopis socijalnog rada 2017., str. 119-146.

[20] L. Brajković, Materijali s tečaja Osnove palijativne medicine - Uloga psihologa u palijativnoj medicini.

- [21] H. Begović: O volontiranju i volonterima/kama, Volonterski centar, Zagreb 2006.
- [22] C. Belchamber: Physiotherapy palliative cancer care: a case study approach, *BJM Supportive and Palliative Care*, br. 7., 2017., str. 30-34.
- [23] V. Đorđević, M. Braš. L. Brajković: Palijativna skrb – brinimo zajedno, Medicinska naklada, Zagreb, 2014.
- [24] G. Kreps: Communication and Palliative Care: E-Health Interventions and Pain Management, *Handbook of Pain and Palliative Care*, New York, 2012.
- [25] Education in Italy Pain Therapy, <http://hepmp.med.bg.ac.rs/wp-content/uploads/2018/10/Education-in-Italy-PC-PT.pdf> Dostupno: 10.06.2022.
- [26] J. Luczak, M. Kliziak, G. Petrie Hunter: Education/training in supportive and palliative care in central and eastern Europe, *Support Care Cancer*, br. 10., 2002., str. 292-302.
- [27] Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016. https://www.kzz.hr/sadrzaj/kategorije/palijativna-skrb/Palijativna_skrb_strateski_plan.pdf Dostupno:10.06.2022.
- [28] V. Metaxa, S. Vlachos i suradnici: Palliative care interventions in intensive care unit patients, *Intensive Care Med*, br. 47., 2021., str. 1415-1425.
- [29] T. Akechi, Y. Ito i suradnici: Essential competences for psychologists in palliative cancer care teams, *Japanese Journal of Clinical Oncology*, br. 51., 2021., str. 1587–1594.
- [30] U. Frymark, L. Hallgren, A. Reisberg: Physiotherapy in palliative care – a clinical handbook, Swedish Palliative Centre, Stockholms, 2013.
- [31] Patient Specific Functional Scale, https://www.physio-pedia.com/Patient_Specific_Functional_Scale Dostupno 10.06.2022.
- [32] E. Laasko, A. Cantlay, A. McAuliffe: The impact of physiotherapy intervention on functional independence and quality of life in palliative patients, *Cancer Forum*, br. 27., 2003., str. 15-20.

[33] S. Eyigor: Physical Activity and Rehabilitation Programs Should Be Recommended on Palliative Care for Patients with Cancer, *Journal of Palliative Medicine*, br. 13., 2010., str. 1183-1184.

[34] Fracture, <https://www.physio-pedia.com/Fracture?lang=en> Dostupno: 10.06.2022.

[35] G. Galeoto, J Sansoni i suradnici: The effect of physiotherapy on fatigue and physical functioning in chronic fatigue syndrome patients, *La Clinica Terapeutica*, br. 169., 2018., str. 184-188.

[36] N. Montserrat i suradnici: Health-related quality of life in patients with chronic fatigue syndrome: group cognitive behavioural therapy and graded exercise versus usual treatment. A randomised controlled trial with 1 year of follow-up, *Clinical Rheumatology*, br. 30., 2011., str. 381-389.

[37] S.P. Kumar, S. Saha: Mechanism-based Classification of Pain for Physical Therapy Management in Palliative care: A Clinical Commentary, *Indian J Palliat Care*, br. 17., 2011., str. 80-86.

[38] W. Siemens i suradnici: Transcutaneous electrical nerve stimulation for advanced cancer pain inpatients in specialist palliative care—a blinded, randomized, sham-controlled pilot cross-over trial, *Support Care Cancer*, br. 28., 2020., str. 5323–5333.

[39] M. Curtin i suradnici: Spinal Metastatic Disease: A Review of the Role of the Multidisciplinary Team, *Orthopaedic Surgery*, br. 9, svibanj 2017., str. 145–151.

[40] O. Moller, K. Stigmar i suradnici: Bridging gaps in everyday life – a free-listing approach to explore the variety of activities performed by physiotherapists in specialized palliative care, *BMC Palliat Care*, br. 20., 2018.

[41] C. Wilson, C. Stiller i suradnici: The Role of Physical Therapists Within Hospice and Palliative Care in the United States and Canada, *The American journal of hospice & palliative care*, br. 34., 2017., str. 34-41.

[42] A. Pyszora i suradnici: Physiotherapy programme reduces fatigue in patients with advanced cancer receiving palliative care: randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, br. 25, 2017., str. 2899–2908

[43] J.F. Arcuri i suradnici: Benefits of interventions for respiratory secretion management in adult palliative care patients—a systematic review. *BMC Palliat Care* 15, br. 74., 2016.

[44] D. C. Currow, A. P. Abernethy, D. N. Ko: he active identification and management of chronic refractory breathlessness is a human right. *Thorax*, br. 69., 2014., str. 393–394.

[45] K. Putt i suradnici: Role of Physical Therapy Intervention in Patients With Life-Threatening Illnesses. *The American journal of hospice & palliative care* , br. 34, 2017., str. 186-196.

[46] D. Tlhoiwe i suradnici: A Systematic Review of the Role of Physiotherapy Interventions in Palliative Care, 2020.

7. Popis slika

Slika 3.3.1. Krevet s antidekubitalnim madracom.....	12
Slika 3.3.2. Bazen za provođenje hidroterapije.....	13
Slika 4.4.1. Jednodimenzionalne ljestvice za procjenu intenziteta boli.....	21

8. Popis tablica

Tablica 1.1. Razlika između kurativne medicine i palijativne skrbi [1].....	2
Tablica 2.2.1. Prikaz službi palijativne skrbi prilagođen organizaciji zdravstvenog sustava Republike Hrvatske prema preporukama europskog udruženja za palijativnu skrb[11].....	8



**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, LORENA GRGURIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ULOGA FIZIOTERAPIJETA 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)

Lorena Grgurić
(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, LORENA GRGURIĆ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ULOGA FIZIOTERAPIJETA U PALIJATIVNOJ SKRBI (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Lorena Grgurić
(vlastoručni potpis)