

Psihološka podrška medicinske sestre/tehničara u palijativnoj skrbi

Antolković, Matija

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:122:957320>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-16**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1527/SS/2022

**Psihološka podrška medicinske sestre/tehničara u
palijativnoj skrbi**

Matija Antolković

Varaždin, svibanj 2022. godine



**Sveučilište
Sjever**

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1527/SS/2022

**Psihološka podrška medicinske sestre/tehničara u
palijativnoj skrbi**

Student

Matija Antolković

Mentor

Valentina Novak, mag.med.techn.

Varaždin, svibanj 2022. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

| | | | |
|-----------------------------|---|---------|-------------------------------|
| ODJEL | Odjel za sestrinstvo | | |
| STUDIJ | preddiplomski stručni studij Sestrinstva | | |
| PRISTUPNIK | Matija Antolković | JMBAG | 0336032482 |
| DATUM | 26.3.2022. | KOLEGIJ | Palijativna zdravstvena njega |
| NASLOV RADA | Psihološka podrška medicinske sestre/tehničara u palijativnoj skrbi | | |
| NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU | Psychosocial Care Provided by Nurses in Palliative Care | | |

| | | | |
|----------------------|--|--------|----------|
| MENTOR | Valentina Novak, mag. med. techn. | ZVANJE | predavač |
| ČLANOVI POVJERENSTVA | 1. izv.prof.dr.sc. Marijana Neuberg, predsjednik | | |
| | 2. Valentina Novak, pred., mentor | | |
| | 3. Zoran Žeželj, pred., član | | |
| | 4. Tina Cikač, pred., zamjenski član | | |
| | 5. | | |

Zadatak završnog rada

| | |
|------|--------------|
| BROJ | 1527/SS/2022 |
|------|--------------|

OPIS

Palijativna je skrb cjelovita briga za bolesnika s progresivnim neizlječivim bolestima i njegovu obitelj. Vrsta je skrbi koja ne ublažava samo fizičke simptome već pomaže kod psihičkih, duhovnih i socijalnih poteškoća, a pruža podršku i bolesniku i članovima obitelji tijekom cijelog procesa bolesti, uključujući i period poslije bolesnikove smrti. Skrb je koja afirmira život, a smrt smatra normalnim procesom. Značaj svim članova multidisciplinarnog tima je neosporan, a uloga medicinske sestre u je od iznimne važnosti jer štiti i njeguje bolesnika te pomaže njegovoj obitelji u zajedničkom cilju povećanja kvalitete života do posljednjeg trenutka.

Preduvjet za uspješnu provedenu palijativnu skrb i povećanje kvalitete života jest kvalitetna komunikacija između bolesnika i zdravstvenih radnika, između bolesnika i njegove obitelji, ali i između članova tima.

ZADATAK URUČEN

09.05.2022.



Predgovor

Zahvaljujem se svojoj mentorici Valentini Novak, mag.med.techn. na stručnoj pomoći, smjericama te prijedlozima vezanim za izradu završnog rada.

Veliko hvala mojoj obitelji na neizmornoj podršci, strpljenju, susretljivosti i razumijevanju bez kojih bi put do ovdje bio neostvariv, a ponajviše sam zahvalan svojoj majci koja mi je bila najveća motivacija kroz cijelo obrazovanje.

Hvala svim profesorima i predavačima Sveučilišta Sjever na prenesenom znanju i vještinama tijekom studiranja.

Sažetak

Palijativna skrb se može definirati kao pristup pomoću kojeg se bolesniku koji boluje od teške neizlječive bolesti može pomoći poboljšati kvaliteta života od dijagnoze pa sve do smrti. Djeluje multiprofesionalnim i interdisciplinarnim timskim načinom rada na tri razine kao palijativni pristup, opća palijativne skrb i specijalistička palijativna skrb te se kao četvrta razina spominju centri izvrsnosti.

Zdravstvena njega bolesnika s potrebom palijativne skrbi je specifična zbog specifičnosti raznih malignih oboljenja. Rad po procesu zdravstvene njege s individualnim, holističkim pristupom je temelj za dobru palijativnu skrb. Koordiniranje, rukovođenje timom, utvrđivanje potreba, planiranje, provođenje i evaluacija ciljeva zdravstvene njege kompetencije su kojima se vodi medicinska sestra/tehničar u palijativnoj skrbi. SPIKES protokol koji se primjenjuje prilikom priopćavanja loših vijesti služi kako bi se prikupile informacije, prenijela medicinska saznanja, pružila podrška bolesniku, pridobilo njegovo povjerenje za daljnju suradnju i na kraju izradila strategija za buduće intervencije. Medicinska sestra/tehničar zajedno s bolesnikom i njegovom obitelji prolaze kroz sve faze koje su potrebne da bi bolesnik prihvatio svoju bolest i da bi se mogao pripremiti za dostojanstvenu smrt.

Psihološka podrška palijativnom bolesniku se temelji na fizičkoj pomoći i dobroj komunikaciji kojom se u ovoj skrbi postižu zacrtani ciljevi, a prema izrađenim planovima, provodi se palijativna skrb s kontinuiranom evaluacijom. Važna zadaća medicinske sestre je da sudjeluje u skrbi za bolesnika na način da mu pomaže u prepoznavanju, razvijanju i primjeni strategija za suočavanje s neizlječivom bolešću. U skrb za bolesnika s potrebom za palijativnom skrbi te njegovom obitelji palijativna skrb uključuje duhovnu dimenziju skrbi te je medicinska sestra nakon smrti podrška cijeloj obitelji u procesu žalovanja.

Ključne riječi : Palijativna skrb, palijativni bolesnik, psihološka pomoć

Summary

Palliative care can be defined as a specific approach that can help a patient suffering from severe incurable diseases to improve their quality of life from diagnosis to death. It operates in a multi-professional and interdisciplinary team way of working on three levels as a palliative approach, general palliative care and specialist palliative care, and centers of excellence are mentioned as the fourth level.

The health care of a palliative patient is specific due to the specificity of various malignant diseases. Working through a health care process with an individual, holistic approach is the foundation for good palliative care. Coordination, team management, needs identification, planning, implementation and evaluation of health care goals are the competencies of a palliative care nurse / technician. The SPIKES protocol used to communicate bad news serves to gather information, impart medical knowledge, provide support to the patient, gain his trust for further cooperation, and ultimately develop a strategy for future interventions. The nurse / technician, together with the patient and his family, goes through all the stages necessary for the patient to accept his illness and to be able to prepare for a dignified death.

Psychological support for the palliative patient is based on physical assistance and good communication, which achieves the set goals in this care. According to the developed plans, palliative care is carried out with continuous evaluation. The nurse / technician, together with the patient and his family, goes through all the stages necessary for the patient to accept his illness and to be able to prepare for a dignified death. Psychological assistance to the patient in accepting the disease, and during treatment, and assistance to the family after the loss is the task of every nurse / technician. The nurse / technician has a significant role to play in the mourning phase. Quality communication with the family both during the patient's illness and after his death should be continuous.

Key words: Palliative care, palliative patient, psychological help

Popis korištenih kratica

SZO Svjetska zdravstvene organizacija

SOAPIE Model prema kojem se uzimaju podaci za sestrinsku dokumentaciju

SPIKES Protokol za priopćavanje loših vijesti

Sadržaj

| | |
|---|----|
| 1. Uvod..... | 1 |
| 1.1. Povijest palijativne skrbi u Hrvatskoj | 2 |
| 1.2. Razine palijativne skrbi | 2 |
| 2. Zdravstvena njega u palijativnoj skrbi..... | 4 |
| 2.1. Zdravstvena njega palijativnog bolesnika..... | 6 |
| 2.1.1. Utvrđivanje potreba..... | 6 |
| 2.1.2. Planiranje zdravstvene njege | 7 |
| 2.1.3. Provođenje intervencija u zdravstvenoj njezi | 8 |
| 2.1.3.1. Sestrinske dijagnoze za palijativnog bolesnika..... | 9 |
| 2.1.4. Evaluacija zdravstvene njege..... | 11 |
| 3. Komunikacija s palijativnim bolesnikom | 11 |
| 3.1. Priopćavanje loših vijesti..... | 13 |
| 3.2. SPIKES protokol za priopćavanje loših vijesti | 14 |
| 4. Uloga medicinske sestre/tehničara u psihološkoj potpori za palijativnog bolesnika..... | 17 |
| 4.1. Faze procesa umiranja | 19 |
| 4.1.1. Faza odbijanja ili poricanja..... | 19 |
| 4.1.2. Faza gnjeva ili ljutnje | 19 |
| 4.1.3. Faza pregovaranja ili cjenkanja | 20 |
| 4.1.4. Faza potištenosti ili depresije | 20 |
| 4.1.5. Faza prihvatanja..... | 20 |
| 4.2. Psihološka potpora medicinske sestre/tehničara | 21 |
| 5. Žalovanje..... | 24 |
| 6. Zaključak..... | 26 |
| 7. Literatura..... | 27 |
| 8. Popis slika | 29 |

1. Uvod

Naziv „paliјativna skrb“ dolazi od latinske riječi *pallium*- što u prijevodu označava plašt ili vanjski pokrivač za predmete ili ljude. Kanadski onkolog dr. Balfour Mount je tvorac tog naziva i kao takav se prvo proširio u SAD-u i Kanadi te kasnije i u Europi, prvenstveno zamjenjujući multifunkcionalnu riječ hospicij. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) paliјativnu skrb definira kao određeni pristup kojim se poboljšava kvaliteta života svim onim bolesnicima koji se suoče s teškom bolešću, kao i njihovim obiteljima [1].

S gledišta javnog zdravstva bilo koje suvremene industrijalizirane države, kao što je i Republika Hrvatska, stanovništvo se dijeli na tri skupine. Prva skupina stanovništva se sastoji od zdravih osoba, koje zahtijevaju zbrinjavanje eventualnih akutnih problema, ali kojima je ustvari jedino potrebna preventivna zdravstvena zaštita poput cijepljenja, testiranja i upućivanja u zdravi način života. Druga skupina stanovništva su osobe oboljele od kroničnih oboljenja poput dijabetesa, hipertenzije ili astme. Oni svi također mogu normalno živjeti pod uvjetom da svoju bolest ili bolesti kontroliraju i „održavaju“ na način da mogu normalno funkcionirati. Njima je kao i prvoj skupini potrebna prvenstveno prevencija kako ne bi došlo do pojave komplikacija određenih kroničnih oboljenja, ali im je kod nekih akutnih stanja potrebna i zdravstvena skrb većeg intenziteta nego kod prve skupine. Treća skupina koja obuhvaća oko 1-5 % stanovništva, su osobe koje su suočene s teškim progresivnim, neizlječivim bolestima sa smrtnim ishodom. Ova skupina stanovništva zbog nemogućnosti normalnog življenja i suočenja sa smrtnim završetkom ima pravo na olakšavanje patnje koje je određena bolest uzrokovala. Njima je potrebna pomoć koja će smanjiti bol i simptome, olakšati brige koje ih muče, smanjiti depresiju i tjeskobu, te zajedno s ostatkom obitelji pružiti potrebnu podršku i sigurnost. Upravo je sve navedeno cilj paliјativne skrbi, omogućiti dostojanstvenu skrb koja će biti individualno usmjerena na osobu kojoj je potrebna [2].

Paliјativna skrb djeluje multiprofesionalnim i interdisciplinarnim timskim načinom rada. Članovi tima su liječnici, medicinske sestre/tehničari, socijalni radnici, fizikalni terapeuti, psiholozi i duhovnici. Odluku za paliјativnom skrbi i prekidom liječenja uzroka bolesti donose liječnik primarne zdravstvene zaštite i liječnik paliјativne medicine zajednički s bolesnikom poštujući pravila struke i koristeći SPIKES protokol. Svakom bolesniku treba dati pravo da sam odlučuje o svojoj bolesti i daljnjem liječenju [1].

1.1. Povijest palijativne skrbi u Hrvatskoj

Osnivanje hospicija pa samim time i palijativne skrbi na našem području seže daleko do 559g. kada se u Zadru osniva ksenodohij, tada zvan hospital, a ustvari se radi o ustanovi koja je skrblila o siromašnim i nemoćnim građanima. Zadrom je u to vrijeme vladao Bizant, a sam hospicij je napravljen u sklopu kuće jednog od gradskih poglavara Bazilija i taj prostor je danas preteča zadarske bolnice. U kontinentalnoj Hrvatskoj ovakav tip ustanova nazivali su hospitali, a u primorskoj hospiciji. Namjena ustanova je uvijek bila ista, imale su kao i danas djelomičnu sličnosti s bolnicama, pa su tako i u današnje doba ponekad u bolnicama smješteni bolesnici kojima je potrebna skrb a ne liječenje. Od 9. do 17. stoljeća hospitala je bilo dosta, posebno na zadarskom području gdje ih se spominje oko trideset. U drugoj polovini 20.stoljeća u Republici Hrvatskoj odvija se hospicijski pokret i dolazi do napretka u razvoju palijative a sve zahvaljujući profesorici neuropsihijatrici Anici Jušić. Bilo je mnogo zasluga koje su joj pripadale za razvoj i napredak palijativne skrbi svojim nesebičnim zalaganjem, a bila je i prva koja je 1994. godine organizirala simpozij palijativne skrbi „*Hospicij i palijativna skrb*“. Osnivanjem Povjerenstva za palijativnu skrb 2002. godine i njegovim aktivnim radom, na čelu s Anicom Jušić godinu dana kasnije u Zakon o zdravstvenoj zaštiti ulazi palijativna skrb. Time se zakonskim odredbama definiraju sve mogućnosti liječenja i osnivanja ustanova za palijativnu skrb kao i važnost aktivnog djelovanja interdisciplinarnog tima. U Rijeci se 2013. godine otvara prvi hospicij „*Marija Krucifiksa Kozulić*“ koji i danas djeluje. Nacionalna strategija za razvoj zdravstva 2012. - 2020. godine posebno ističe važnost razvitka palijativne skrbi dajući konkretne smjernice za unaprjeđenje [3].

1.2. Razine palijativne skrbi

Pružanje palijativne skrbi odvija se na više razina a za normalno funkcioniranje potrebno je bar da se osigura razina palijativnog pristupa i specijalistička palijativna skrb. Prva razina palijativnog pristupa koristi se za povremenu skrb, dok je specijalistička palijativna skrb trajna i sastoji se od stručnog educiranog tima kojeg čine: liječnik, medicinska sestra, socijalni radnik, psiholog, svećenik i drugi članovi koji po potrebi svojom stručnošću mogu pomoći u poboljšanju kvalitete života kod osoba koje boluju od smrtonosnih ili iscrpljujućih kroničnih bolesti [4].

Kada se govori o razinama palijativne skrbi što je prikazano na slici 1.2.1. može se reći da postoje tri:

1. Palijativni pristup: Provode ga liječnici u ambulantama obiteljske medicine, opće bolnice, starački domovi te ustanove za njegu u kući. Kako bi svi navedeni mogli pružiti usluge potrebno je proći temeljnu edukaciju za palijativnu skrb i pružanje iste [4]. Također specijalizirani konzultanti bi trebali svim nespecijaliziranim stručnjacima pružiti stručnu pomoć savjetovanja ukoliko za istu bude potrebe. Pružanje potrebne skrbi ovim pristupom, svih nespecijaliziranih službi za palijativnu skrb daje velik doprinos cjelokupnom liječenju palijativnog pacijenta. Palijativnim pristupom skrb može pružiti: obiteljska medicina, patronažna služba, ustanova zdravstvene njege u kući, jedinica za liječenje palijativnih pacijenata u bolnici i dom za starije i nemoćne osobe [3].

2. Opća palijativna skrb: Specijalisti onkologije, gerijatrije i pedijatrije su često uključeni u palijativno liječenje iako im palijativna skrb nije primarna ali svi oni dodatnim edukacijama mogu steći potrebne kompetencije kako bi istu mogli provoditi. Uz pomoć koju će pružiti iz svog dijela medicinske specijalizacije, prepoznat će i pružiti potrebnu pomoć iz palijativne skrbi [3].

3. Specijalistička palijativna skrb: Zbog kompleksnih potreba osim dobre educiranosti ova razina skrbi zahtjeva i više stručnjaka koji će skrb provoditi. Širokim rasponom raznih intervencija pokušavaju se prevenirati poteškoće i simptomi, a sve ne bi bilo moguće da se ne odvija timski način rada gdje su svi članovi jednako uključeni i svojim kompetencijama zajednički doprinose rješavanju raznih problema na raznim područjima. Službe u kojima se palijativna skrb provodi na ovoj razini su: stacionarna jedinica palijativnog liječenja, stacionarni hospicij, ustanova za dnevni boravak, "bolnica u kući", ambulatna služba palijativne skrbi, bolnički tim podrške za palijativnu skrb, volonterski hospicijski tim, mobilni tim palijativne skrbi te centar izvrsnosti [3].

Centri izvrsnosti se također navode kao razina palijativne skrbi i to je najviša razina gdje se osigurava specijalistička palijativna skrb u raznim okruženjima od ambulantnog i stacionarnog liječenja, kućne njege do konzilijarnog liječenja. Imaju velik utjecaj na područje obrazovanja i znanosti potičući istraživanja ovog područja, a zaslužni su i za napredak standarda i smjernica za rad kao i za senzibiliziranje javnosti. Kako bi skrb bila što kvalitetnija bitno je da su sve strukture svih razina zdravstvene zaštite dobro povezane pa je osnivanje mreže palijativne skrbi bio logičan izbor. Postojanjem mreže dolazi do povezivanja

širokog spektra institucija pa tako i usluga, poboljšava se pristup skrbi, osigurava se djelotvorna koordinacija, kvaliteta i kontinuitet palijativne skrbi [3].

| | | RAZINA PALIJATIVNE SKRBI | | | |
|-------------|----------------|--|--|--|------------------------------|
| | | Palijativni pristup | Specijalistička podrška općoj palijativnoj skrbi | Specijalistička palijativna skrb | |
| OBLIK SKRBI | Akutna skrb | Bolnica | Volonterska služba | Bolnički tim za podršku palijativnoj skrbi | Jedinica za palijativnu skrb |
| | Produžena skrb | Dom za starije i nemoćne osobe, Dom za stanovanje | | Timovi za zdravstvenu njegu u kući | Stacionarne ustanove |
| | Kućna skrb | Liječnici opće/obiteljske medicine; Sestrinski patronažni timovi | | Mobilni timovi za palijativnu skrb, ustanove za dnevni boravak | |

Slika 1.1.2. Prikaz razina palijativne skrbi [5]

[Izvor: I. Marasović Šušnjara: Palijativna skrb, <https://www.seniori.hr/images/pdf/Palijativna-skrb-hr.pdf>]

Pružanje palijativne skrbi treba biti dostupno za sve bolesnike kojima je skrb potrebna. Najčešće je da palijativnu skrb primaju bolesnici oboljeli od malignih bolesti ali treba uzeti u obzir da i bolesnici koji boluju od drugih kroničnih bolesti poput HIV/AIDS oboljenja ili nekih neuroloških, kardioloških ili plućnih oboljenja također imaju potrebu za palijativnim liječenjem [5].

2. Zdravstvena njega u palijativnoj skrbi

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) uvijek naglašava posebno isticanje medicinskih sestara/tehničara u palijativnoj skrbi kao i njihovu zaslugu za postizanje visokih standarda. Kako su maligne i druge neizlječive bolesti u porastu, uloga medicinskih sestara/tehničara postaje još veća prvenstveno zbog bitne stavke u liječenju, zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba. Neposrednom blizinom i interakcijom s bolesnikom, medicinske sestre/tehničari svakodnevno mogu pratiti i ublažavati boli i druge neugodne simptome kao i što uz podršku, kontinuiranu skrb, edukaciju pacijenta i obitelji daju veliki doprinos za napredak palijativne skrbi. Kako bi kontinuitet skrbi bio održan primjenjuje se multidisciplinarni način rada što uključuje suradnju s raznim profesijama. Koordiniranje, rukovođenje timom, utvrđivanje potreba, planiranje, provođenje i evaluacija ciljeva zdravstvene njege kompetencije su kojima se vodi medicinska sestra/tehničar u palijativnoj skrbi. Ciljevi su:

- Očuvanje dostojanstva bolesnika kao i njegove obitelji
- Poštovanje bolesnikove autonomnosti, sustava vrijednosti i odluka
- Osiguranje kvalitete života sve do kraja tj. do trenutka smrti
- Kontinuirano evaluiranje procesa zdravstvene njege i revidacija ciljeva
- Umanjenje bolesnikove patnje
- Ublažavanje simptoma stresa bolesniku i njegovoj obitelji kada dođe do kraja života
- Osiguravanje odgovarajuće podrške
- Omogućavanje smještaja u ustanovu za palijativnu skrb
- Reduciranje suvišnih administrativnih i drugih intervencija
- Pružanje podrške svim članovima u svakom dijelu provođenja skrbi
- Poštivanje etičkih načela kod provođenja palijativne skrbi [3].

Poznata teoretičarka sestrinstva Virginia Henderson svojim definiranjem osnovnih načela za zdravstvenu njegu naglasak stavlja na važnost i ulogu medicinske sestre/tehničara kod osiguravanja svih potreba za mirnu i dostojanstvenu smrt u onim trenucima kada je smrt jedini realni ishod. Palijativna zdravstvena njega je po tome umijeće kojim se stručne osobe trebaju voditi kako bi pružile pomoć svima onima kojim je ta pomoć i potrebna. Holistički pristup kao temelj za skrb kako bi se zadovoljile osnovne ljudske potrebe, postigla optimalna

razina neovisnosti, kontrolirala bol i drugi simptomi, kao i kako bi se mogli spriječiti ili otkloniti psihološki, socijalni i duhovni problemi koje ovi pacijenti osjećaju [3].

2.1. Zdravstvena njega palijativnog bolesnika

Procesom zdravstvene njege planski se i sustavno otkrivaju i zbrinjavaju potrebe i problemi palijativnog bolesnika i na taj način osigurava najbolja moguća kvaliteta života bolesniku i svim članovima njegove obitelji, olakšava patnja i pokušava ispoštovati osobne, kulturne, religijske i etičke vrijednosti [6].

Postoje četiri osnovne faze procesa zdravstvene njege:

1. utvrđivanje potreba
2. planiranje
3. provođenje
4. evaluacija [6].

2.1.1. Utvrđivanje potreba

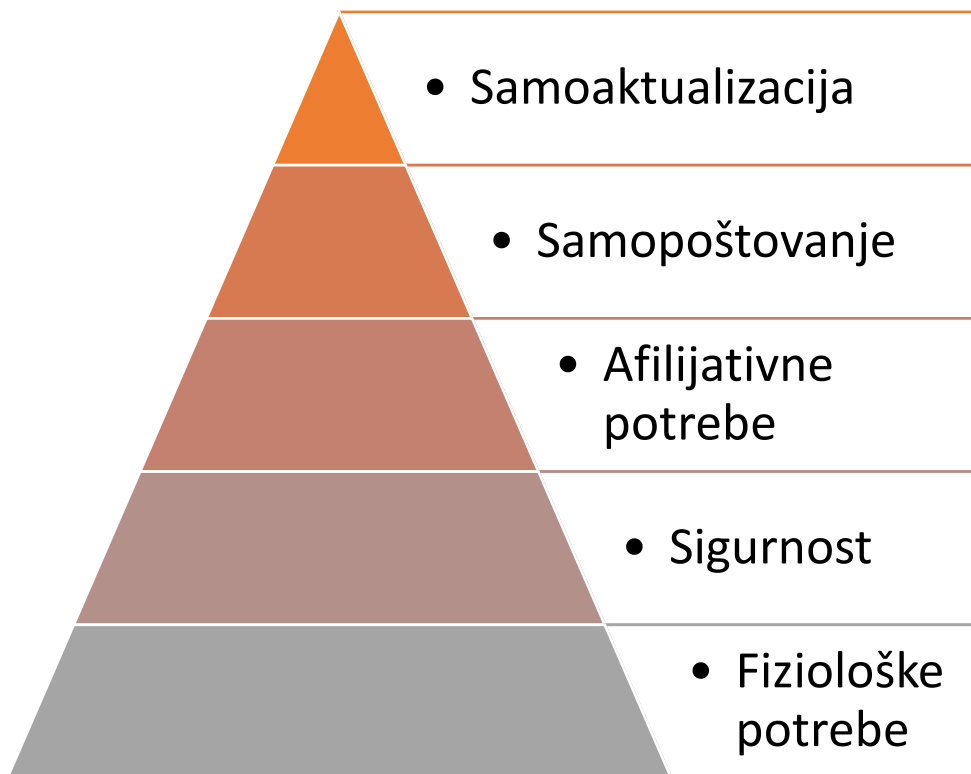
Utvrđivanjem potreba provodi se individualna procjena bolesnikovog zdravstvenog stanja kao i procjena bolesnikove obitelji i okoline u kojoj se bolesnik nalazi. Procjena bolesnikovog zdravstvenog stanja obuhvaća procjenu zahvaćenosti određenih organa bolešću te procjenu samostalnosti za obavljanje svakodnevnih aktivnosti kao i bolesnikovu reakciju na trenutno zdravstveno stanje. Podaci se mogu sažeti pomoću obrazaca za zdravstveno funkcioniranje Majrory Gordon a njima se opisuje: osobna bolesnikova percepcija trenutnog stanja, prehrana, eliminacija, aktivnost, san, senzoričke funkcije, kognitivne funkcije, odnosi s drugim osobama, seksualnost, percepcija samoga sebe, tolerancija na stres, sustav vrijednosti i stajališta te se na kraju fizikalnim pregledom medicinske sestre/tehničara završava prikupljanje podataka. Prikupljeni podaci pomoću obrazaca za zdravstveno funkcioniranje dio su sestrinske anamneze i pomoću analize i interpretacije istih mogu se utvrditi bolesnikovi problemi i potrebe za sestrinskom intervencijom nakon čega se izrađuje plan zdravstvene njege. Također je koristan i SOAPIE model (Carrol, 2007.) kojim se multidisciplinarnim pristupom povezuju svi podaci u jednu cjelinu. SOAPIE znači:

- **S**- prikupljanje subjektivnih podataka o simptomima koje muče palijativnog bolesnika (da li je umoran, žedan, da li ga boli, da li se boji)
- **O**- uzimanje objektivnih podataka (izmjerena diureza, izmjerena temperatura)
- **A**- analiziranje prikupljenih podataka u kojem sudjeluju svi članovi tima (pitanje dehidracije, anksioznosti)
- **P**- plan za intervencije
- **I**- implementacija – zabilješke o provedenim intervencijama
- **E**- evaluacija [6].

2.1.2. Planiranje zdravstvene njege

Utvrđivanjem prioriteta zajednički s bolesnikom i njegovom obitelji, pomoću bolesnikove percepcije vlastitih problema, hijerarhije za osnovne ljudske potrebe, znanstvenih spoznaja i mogućnosti za rješavanjem problema počinje planiranje zdravstvene njege. Najpoznatija teorija hijerarhijskih potreba prikazana na slici 2.1.2.1. je Maslowljeva piramida potreba:

1. Fiziološke potrebe : voda, zrak, disanje, hrana, spavanje, potreba za preživljavanjem
2. Sigurnost: potreba za sigurnošću, stabilnošću i slobodnim životom bez straha, zaštićen zakonom
3. Afilijativne potrebe: zadovoljenje potreba za pripadanjem, partneru, obitelji, narodu itd.
4. Samopoštovanje: zadovoljenje potreba samopoštovanja kao i poštovanjem drugih
5. Samoaktualizacija: nakon zadovoljenja svih potreba dolazi do potrebe za samoostvarenjem ili autorealizacijom [7].



Slika 2.1.2.1. Maslowljeva piramida potreba [Autorska slika]

Poštivanje hijerarhijskog slijeda medicinska sestra/tehničar uzima u obzir kod većine sestričkih dijagnoza međutim kada se radi o njezi palijativnog bolesnika i planiranju intervencija nekada se prioriteti mijenjaju. Kod teških oboljenja i kada je bolesnik na kraju svog životnog puta bitnije od zadovoljenja fizioloških potreba (hoće li jesti ili piti) često bude zadovoljiti afilijativne potrebe kako bi bolesnik mogao zadnje dane ili sate provesti s osobama koje voli. Ciljevi koji se postavljaju kod planiranja zdravstvene njege za palijativnog bolesnika moraju biti realni, svrsishodni, usklađeni s ostatom plana i vremenski određeni. Što znači da mogu biti kratkoročni, srednjeročni i dugoročni [6].

2.1.3. Provođenje intervencija u zdravstvenoj njezi

Kod planiranja zdravstvene njege postavljaju se ciljevi, a do ostvarenja istih se dolazi pomoću specifičnih aktivnosti koje su usmjerene ublažavanju i otklanjanju raznih problema s kojima se bolesnik suočava [6]. Unatoč tome što su sve intervencije iz plana zdravstvene njege individualizirane, posebnu pažnju treba posvetiti onim intervencijama koje su bolesniku u tom trenutku najpotrebnije, pazeći pritom da su iste realne i da po mogućnosti rješavaju istovremeno više problema [3]. Najčešće intervencije medicinske sestre/tehničara kreću s neposrednom fizičkom pomoći bolesniku, zatim je potrebno stvoriti povoljnu fizičku okolinu,

stvoriti povoljnu socijalnu okolinu te po potrebi i prosudbi educirati i motivirati kako bolesnika tako i njegovu bližu obitelj [6].

2.1.3.1. Sestrinske dijagnoze za palijativnog bolesnika

Umor: Jedan od najčešćih simptoma kako i u drugim oboljenjima tako i u palijativnoj skrbi. Bolesniku je potrebna pomoć kod svih aktivnosti za samozbrinjavanje i pokretljivost. Idealno bi bilo napraviti plan aktivnosti koji će bolesnik provoditi tijekom dana na način da sam odredi kada se osjeća najumornijim a kad najodmornijim za određenu aktivnost. Također medicinska sestra/tehničar će obratiti pažnju na simptome boli, nesаницe, depresije, mučnine, probleme s eliminacijom, pojavu dispneje, dehidracije koji mogu izazivati dodatan umor. Od velike važnosti je da se bolesniku osiguraju idealni uvjeti za miran san preko noći ali po potrebi i preko dana [6].

Smanjen unos hrane: Simptom koji se često pojavljuje naročito pri kraju bolesnikovog života. Bolesnika treba poticati da jede, osigurati mu hranu koju bi želio jesti, posluživati hranu u manjim količinama ali u više obroka. Pokušati otkriti uzrok zbog kojeg bolesnik odbija hranu; možda ga boli dok guta ili se boji da će povratiti, možda mu hrana nije ukusna ili je žedan. Uzrok može biti uzimanje nekih lijekova koji stvaraju mučninu i samim time uzrokuju promjene teka kod bolesnika. Potrebno je posebnu pažnju posvetiti njezi usne šupljine i pomoći bolesniku da redovno obavlja oralnu higijenu, jer i nedovoljno njegovana usna šupljina također može biti jedan od uzroka odbijanja hrane. Zbog gubitak tjelesne težine bolesnik može imati problema s umjetnim zubalom koje postaje preveliko, a može i napraviti oštećenje na zubnom mesu i postati žarište infekcije, pa na te stvari također treba posebno obratiti pozornost. Sam čin uzimanja hrane je socijalna navika pa ako postoji mogućnost otpratiti bolesnika za stol kako bi pojeo obrok zajedno s ostalim bolesnicima [6].

Dijareja i opstipacija: Kada se radi o dijareji posebnu pažnju treba posvetiti sprječavanju dehidracije. Bolesniku je potrebno omogućiti veću količinu tekućine od bistrih juha pa do čajeva (crni, zeleni, šipak), također kada se o hrani radi potrebno je osigurati hranu s većim količinama natrija i kalija (nemasna juha, banana, rajčice, krumpir ali kuhani). Smanjiti vlaknastu hranu i za obroke osigurati jela od riže, kuhane piletine ili puretine, kuhanih jaja, kuhane ribe a izbjegavati masna, slatka i pržena jela, voće ako je sirovo kao i žitarice i povrće koje sadrži puno vlakana poput kupusa, karfiola, brokule, graha, graška. U slučaju da ipak dođe do dehidracije potrebno je obavijestiti liječnika koji će moći u terapiju ordinirati terapiju nadoknade tekućine putem infuzije. Kod opstipacije je situacija obrnuta.

Zatvor se često događa prvenstveno zbog općeg stanja bolesnika koje uključuje i smanjeno kretanje. Bolesniku je potrebno osigurati prehranu kojom će se spriječiti opstipacija a ako do nje dođe potrebno se pomoću čepića, klizme ili mehaničkog čišćenje osigurati da bolesnik ima stolicu. Također potrebno je osigurati idealne uvjete da bolesnik ako je u bolničkom ili nekom drugom stacionarnom okruženju (što je često jedan od uzroka konstipacije) može slobodno otići na zahod i u miru obaviti defekaciju [6].

Smanjena prohodnost dišnih puteva: Dispneja je subjektivan osjećaj manjka zraka i javlja se kod bolesnika s očuvanom sviješću. Pojava dispneje nije uvijek usklađena sa stupnjem organskog oštećenja kao niti s objektivnim pokazateljem poremećaja disanja [8]. Pojava dispneje kod bolesnika može izazvati dodatan strah i anksioznost i samim time još više pogoršati situaciju. Bolesnika je potrebno umiriti, objasniti mu na koji način može disati da si olakša, osigurati mu položaj u kojem će moći lakše disati. Medicinska sestra/tehničar će osigurati optimalne mikroklimatske uvjete (otvaranje prozora, prozračivanje prostorije) a po potrebi i odredbi liječnika primijeniti terapiju kisikom. Razgovor može pomoći i razgovorom se bolesnika može umiriti i potaknuti da polako i pravilno diše što uvelike može olakšati njegovu trenutnu situaciju [6].

Mučnina i povraćanje: Kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti suzbijanje mučnine i povraćanja često predstavlja problem, koji se na sreću može liječiti konzervativnim sredstvima. Može se dogoditi da bolesnik čim dobije mesni obrok osjeti mučninu, a može doći i do povraćanja, tako da se proteinski obrok nadoknađuje putem drugih namirnica bogatih proteinima. Najjednostavniji način za suzbijanje mučnine je dati bolesniku čašu hladne vode, čaja od kamilice ili mu dati kockicu leda. Ako niti jedna metoda ne pomaže potrebno je po nalogu liječnika provesti terapiju antiemetikom. U slučaju da su mučnina ili povraćanje izazvani nekim lijekom, ako postoji mogućnost, lijek je potrebno obustaviti. Kada se uz mučninu i povraćanje pojavi i proljev, potrebno je paziti na nadoknadu tekućine kako ne bi došlo do dehidracije [8].

Disfagija u/s malignom bolešću: Kada se pojave poteškoće kod gutanja, ugrožava se prehrana i hidracija bolesnika te se povećava rizik za aspiracijsku pneumoniju. Zbog raznih tumora jednjaka, usne šupljine, ždrijela ili želuca može doći do smetnji gutanja. Medicinska sestra/tehničar će za bolesnika osigurati prilagođenu prehranu. Najbitnije je utvrditi konzistenciju hrane koja je za bolesnika najbolja. Nije nužno da hrana bude tekuća. Iako je kod oštećenja peristaltike najbolja tekuća prehrana, ako bolesnik ima oštećen refleks gutanja

veća je mogućnost da dođe do aspiracije nego da jede meku hranu. Također uz brigu o prehrani bitno je voditi brigu i o održavanju higijene usne šupljine [9].

Beznade: Kod palijativnih bolesnika beznade je često prisutno. Pojedinaac je emocionalno nestabilan zbog svog malignog oboljenja koje je popraćeno gubitkom nade i optimizma. Da bi se održao moral pacijenta mora se znati s njim komunicirati i u svakom razgovoru iskazati poštovanje. Prihvatiti umirućeg znači shvatiti njegova razmišljanja, potrebe, želje te upoznati njegove životne vrijednosti, strah i nadu. Kao neizbježna uloga medicinske sestre/tehničara je primjena empatije jer to pridonosi povjerenju i sigurnosti koju pacijent mora osjećati. Ljudskost i briga medicinskog osoblja moraju biti prave i iskrene kako bi kvaliteta pružene pomoći bila što bolja. Važno je osvjestiti bolesnika da nije došao kraj te ga ne treba iščekivati, već treba živjeti u trenutku i cijeniti sve što ima i sve što još sam može napraviti [11].

2.1.4. Evaluacija zdravstvene njege

Evaluacijom zdravstvene njege sustavno i planirano uspoređuju se trenutno stanje i ponašanje bolesnika s ciljevima koju su unaprijed određeni te sa ovim putem može doznati jesu isti postignuti ili nisu. Sestrinskom dokumentacijom i trajnim dokumentiranjem provedenih postupaka te dostupnošću svih podataka kronološkim putem daje se uvid u cjelokupnu skrb i njenu uspješnost, što olakšava kontinuitet potrebne skrbi [3]. Zdravstvenom negom palijativnog bolesnika odvija se niz procesa, koji će bolesniku olakšati težak put kojim prolazi, osigurati mirnu i dostojansvenu smrt i kojom će se pomoći njegovoj obitelji u tim najtežim trenucima [6].

3. Komunikacija s palijativnim bolesnikom

Svaki zdravstveni djelatnik koji radi s palijativnim bolesnikom prvenstveno mora razumjeti bolesnikovu psihološku potrebu i na istu biti spreman odgovoriti suportivnom intervencijom a sve na razini svojih kompetencija. Pod dobrom psihološkom skrbi podrazumijevaju se istančane vještine kojima će se obzirnim ispitivanjem procijeniti bolesnikovo psihološko stanje, te po potrebi uputiti drugom specijalisti (psihijatar, psiholog). Dobrim komunikacijskim vještinama koje zdravstveni djelatnik svakodnevno treba nadograđivati, posebnim smjernicama za rad s palijativni bolesnikom kao i posebnim protokolima za priopćavanje loših vijesti može se postići dobra i kvalitetna skrb te pružiti potrebna psihološka potpora koja je u liječenju ovih bolesnika jako potrebna [2].

Komunikacija kao fundamentalna klinička vještina kojom se u medicini osim uspostavljanja kontakta s bolesnikom, dolazi i do važnih podataka potrebnih za dijagnosticiranje bolesti. Također osim komunikacije s bolesnikom u medicini je potrebno naglasiti komunikaciju između članova tima bez koje rad ne bi bio moguć a uz pomoću koje se olakšava međusobna suradnja. Iskustvo kao i talent su jako bitan faktor kada se radi o dijagnosticiranju neke bolesti ali samo dobrom komunikacijom kako s bolesnikom tako i s ostalim članovima tima je moguće saznati sve podatke pomoću kojih će se na kraju i doći do dijagnoze. Može se reći da je komunikacija i najčešća od svih vještina koju zdravstveni djelatnici svakodnevno koriste. Istraživanja su pokazala da se komunikacijom kao i odnosom između bolesnika i liječnika, može puno utjecati na liječenje, kao i što se može poboljšati suradnja i ishod liječenja te kvaliteta života bolesnika. Medicinske sestre/tehničari kao i liječnici tijekom studija slušaju i uče komunikacijske vještine a kasnije tijekom rada ih usavršavaju u praksi. Kada se radi o komunikaciji, najosjetljiviji dio medicine upravo je komunikacija u palijativnoj skrbi. U palijativnoj skrbi dobra komunikacija je temelj na kojem se gradi povjerenje i preko koje se bolesniku pruža potrebna kontinuirana podrška [2]. Razumijevanje, empatija, fleksibilna i dvosmjerna komunikacija između bolesnika i zdravstvenog djelatnika nadopunjuju se međusobno u palijativnom pristupu. Jedna možda i najvažnija vještina koja je potrebna kada se radi o komunikaciji s palijativnim bolesnikom je da se bolesnika čuje i sluša, što bi značilo da mu se pokaže da sve što priča, osjeća ili upita uistinu dolazi do osobe kojoj se obraća. Bolesnikova informiranost o stanju u kojem se nalazi, vodi ka tome da on samostalno odlučuje o svim postupcima koji ga čekaju, kao i o načinu skrbi i drugim željama koje ima a vezane su za njegov kraj života. Uz dobru komunikaciju sve bolesnikove potrebe se mogu ispoštovati [10]. Ako je bolesnik nezadovoljan ili ima pritužbe na nešto, češće se samo radi o loše uspostavljenoj komunikaciji nego o stvarnom nezadovoljstvu na pružene usluge, a također vrijedi i obrnuto. Dobrom komunikacijom poboljšava se kompletna skrb i ona je u palijativnom liječenju mnogo više od samog razmjenjivanja informacija [5]. U palijativnoj skrbi posebnim ozračjem, stavom i odnosom prema bolesniku potiče se otvorenost i poboljšava se razmjena informacija koja se odvija između zdravstvenog tima, bolesnika i njegove obitelji. Kod priopćavanja loših vijesti svaki profesionalac treba pronaći kojim načinom će to obaviti, prvenstveno s puno empatije prema bolesnikovom stanju [11].

3.1. Priopćavanje loših vijesti

Za svakog bolesnika koji primi lošu vijest o neizlječivoj bolesti znači da je primio na znanje vijest koja će negativno utjecati na sve njegove životne planove. Loše vijesti utječu i na bolesnikovu obitelj i od trenutka kada primi vijest sve drugo postaje nevažno. Prioriteti se promijene i cijeli život se počne gledati drugim očima. Reakcija na lošu vijest je različita kod svakog bolesnika i uvelike ovisi o dosadašnjim obrascima ponašanja svakog bolesnika zasebno i njegove reakcije kod stresnih situacija. Dob, zrelost i iskustvo osobe koja prima lošu vijest također utječu na reakciju kao i sam način priopćavanja, kojim se osobu može dodatno traumatizirati, ali također može i pozitivno utjecati na psihosocijalan status bolesnika i daljnju suradnju. Informaciju koju bolesnik treba čuti potrebno je priopćiti na njemu razumljiv način. Svaki razgovor je poželjno započeti nekom ohrabrujućom vijesti, ali također nije preporučljivo zamaskirati vijest i prikazivati stanje boljim nego što je u stvarnosti. Postupnim razgovorom s bolesnikom objasniti sve detalje i prijeći na bitne stavke vezane za bolest. Uvijek je potrebno procijeniti koliko je bolesnik psihički stabilan i koliko je shvatio sve izrečeno. Bolesniku je potrebno dati dovoljno vremena kako bi čuo što mu se govori kao što je potrebno provjeriti je li razumio sve rečeno. Kod priopćavanja loših vijesti dolazi do visoke razine emocionalne napetosti pa se za samo priopćavanje mogu koristiti razni protokoli a jedan od njih je i SPIKES protokol koji je prikazan na slici 3.2.1. [3].

3.2. SPIKES protokol za priopćavanje loših vijesti

SPIKES protokol koji se primjenjuje prilikom priopćavanja loših vijesti služi kako bi se prikupile informacije, prenijela medicinska saznanja, pružila podrška bolesniku, pridobilo njegovo povjerenje za daljnju suradnju i na kraju izradila strategija za buduće intervencije. Pomoću šest smjernica ovaj protokol pomaže zdravstvenom djelatniku da bi svaki korak odradio upotrebljavajući specifične vještine potrebne kako bi saopćavanje prošlo što bolje [12].



Slika 3.2.1. SPIKES protokol [Autorska slika]

SPIKES protokol:

S – settings: Priprema i početak razgovora s bolesnikom.

Medicinska sestra/tehničar prije samoga razgovora s bolesnikom trebaju proći određenu pripremu. Pripremom će stvoriti plan kojim će se razgovor odvijati kao i moguća bolesnikova pitanja i reakcije. Ako bolesnik ima želju da s njim bude prisutan i netko iz njegove obitelji, želju je potrebno ispuniti. Medicinska sestra/tehničar će pronaći neko mirno

mjesto gdje će se razgovor moći obaviti u miru i time osigurati bolesnikovu privatnost. Neverbalna komunikacija je također bitna pa između bolesnika i medicinske sestre/tehničara ne bi trebala postojati fizička barijera kako se bolesnik ne bi osjećao manje bitnim. Također unaprijed je potrebno organizirati da tijekom razgovora nitko ne prekida ili na neki drugi način ometa razgovor [2].

P – perception: Procjena bolesnikove informiranosti.

Kada razgovor krene, prvo je potrebno saznati koliko bolesnik zna o svojoj dijagnozi i što misli o tome. Bolesnik ponekad jednostavno nije svjestan ozbiljnosti situacije. Mnogi ne znaju što znači sama dijagnoza ili ne razumiju neke stručne riječi i zbog toga će medicinska sestra/tehničar pitanjima i potpitanjima provjeriti je li bolesnik shvatio ozbiljnost dijagnoze. Bolesnika je potrebno pustiti da kaže što misli jer se na taj način može saznati točno što mu se još treba objasniti ali i kakva su njegova razmišljanja i jesu li realna ili nerealna [2].

I – invitation: Bolesnikov pristanak za informacije.

Iako često stoji pravilo da bi svatko o svojoj bolesti želio znati sve, ponekad to nije tako. Medicinska sestra/tehničar će saznati je li bolesnik želi čuti sve informacije ili ne i takvu želju poštivati. Možda ih samo trenutno ne želi čuti, a već sutra može biti drugog mišljenja pa mu tu odluku treba ostaviti na izbor. Bitno je saznati bolesnikov stav i dobiti bolesnikov pristanak za davanje informacija [2].

K – knowlegde: Prezentacija loše vijesti.

Cijela situacija i razgovor kojim se treba priopćiti loša vijest nije lak niti za osobu koja priopćava niti za osobu koja prima lošu vijest, pokazalo se da je najučinkovitija metoda početi uvodom u kojem će se bolesnika upozoriti da će uslijediti loša vijest. Druge dvije uspoređivane metode su odugovlačenje i potpuna izravnost pa je metoda uvodom najbolja jer se bolesnika ne drži neizvjesnog, vijest se ne prezentira prebrzo i on se stigne pripremiti da je vijest koju će dobiti loša. Fraze poput „Vijesti na žalost nisu dobre...“ ili „Jako mi je žao ali moram vam priopćiti lošu vijest...“ mogu bolesniku smanjiti šok koji uslijedi nakon izrečene vijesti. Prilikom razgovora medicinska sestra/tehničar će voditi brigu o riječima koje se upotrebljavaju, izbjegavati će stručne riječi i bolesniku vijest priopćiti tako da ju on potpuno razumije, bez isticanja loših strana bolesti i s konstantnom provjerom da li bolesnik shvaća sve što mu je rečeno [2].

E – emotions: Emotivna reakcija i odgovor empatijom.

U prvom koraku je rečeno koliko je priprema bitna jer se zdravstveni djelatnik koji priopćava lošu vijest može organizirati i biti spreman nakon izrečene vijesti reagirati na bolesnikovu reakciju. Upravo u ovom koraku ta reakcija dolazi do izražaja i bitno je na nju odgovoriti pravim načinom. Na broju jedan je empatija izrečenim riječima ili fizički dodiranjem bitno je bolesniku pokazati da u cijeloj priči nije sam. Psihološka potpora počinje samom objavom loše vijesti i medicinska sestra/tehničar će bolesnika stalno podsjećati da se može obratiti za pomoć kada za to osjeti potrebu. Svakako bolesnika treba pustiti da se isplače ako mu se plače, ili da šuti ako mu se šuti. Procjena stanja je bitna i po procjeni treba postupati [2].

S – strategy: Plan liječenja kao odgovor na lošu vijest.

Bolesniku je nakon primitka loše vijesti potrebno nešto što će ga malo osnažiti, a to je definitivno plan liječenja. Pokazalo se da su bolesnici koji znaju što ih čeka manje tjeskobni i manje nesigurni i njima je plan od velike važnosti. Također je nakon iznošenja plana liječenja potrebno objasniti sve prednosti i mane, moguće nuspojave i tek kada se vidi da je bolesnik sve shvatio tražiti od njega da odluči. Odluka bi trebala biti zajednička, iako se bolesniku uvijek može sugerirati što bi bilo bolje, ipak on na kraju je taj koji će odlučiti kakvo liječenje želi. Bitno je samo da se provjeri da je sve rečeno i shvatio [2].

4. Uloga medicinske sestre/tehničara u psihološkoj potpori za palijativnog bolesnika

Medicinska sestra/tehničar u palijativnoj skrbi svojim aktivnim sudjelovanjem kroz provođenje zdravstvene njege, koordinaciju i rukovođenje cjelokupnom zdravstvenom njegom ima višestruko značajnu ulogu. Po procesu zdravstvene njege zaduženi su izradu planova za zdravstvenu njegu, njihovo provođenje, kontinuirano procjenjivanje za dodatnom intervencijom i kontinuiranu evaluaciju. Također uloga je još specifičnija jer zahtjeva komunikaciju i suradnju s bolesnikom, njegovom obitelji ali i sa svim drugim članovima zdravstvenog tima. Ciljevi medicinske sestre/tehničara koji se postavljaju kod palijativne zdravstvene njege:

- osiguravanje kontinuirane palijativne skrbi bolesniku ali i njegovoj obitelji
- Praćenje svih simptoma bolesti kod palijativnog bolesnika, surađujući s ostatkom palijativnog tima
- Procjena bolesnikove potrebe za zdravstvenom njegom i provođenje iste
- Dobrom komunikacijom i koordinacijom po potrebi osigurati uključivanje svih članova tima [2]

Također postoje i neke specifičnije uloge koje medicinska sestra/tehničar u palijativnoj skrbi prema svojim kompetencijama obavljaju:

- Izrađivanje planova za zdravstvenu njegu i provedba istih
- Procjena i plan za provedbu aktivnosti kojima će se ublažiti bolesnikovi simptomi
- Procjena i plan za pružanje socijalnih potreba kao i duhovnih potreba umirućim bolesnicima
- Pružanje potpore bolesnikovoj obitelji u fazi žalovanja
- Koordinacija s ostalim članovima tima i njihovo upoznavanje s bolesnikovim problemima kao i rješavanje istih
- Kontinuirana suradnja s bolesnikom i njegovom obitelji tijekom svih faza procesa zdravstvene njege
- Edukacija obitelji vezana za aktivno sudjelovanje u pomoći bolesniku kako bi se spriječile komplikacije bolesti

- Medicinska sestra/tehničar bi trebali zastupati bolesnika kod ostalih članova tima i isticati njegovo stajalište [2]

Kada se govori o psihičkim reakcijama koje se događaju palijativnim bolesnicima na prvo mjesto se može staviti anksioznost. Pojavljuje se u četiri oblika: trenutno nakon dijagnosticiranja bolesti, za vrijeme bolesti kao rezultat loše kontrole boli, vezana uz samo liječenje ili može postojati od prije pa se samo pogorša. Ako se javlja zbog loše kontrole boli najčešće se smanji kada se krene s adekvatnom terapijom za bol. Mogu ju uzrokovati poremećaji metabolizma (stanje hipoksije, sepsa, stanje hipoglikemije, neka srčana aritmija, krvarenje) ili neki hormonalno ovisni tumori. Ako je bolesnik nekad u životu već imao neki anksiozni poremećaj postoji velika mogućnost da će se ponovo pojaviti. Anksioznost se treba prepoznati i liječiti u protivnom može pojačavati osjećaj boli, uzrokovati mučninu i općenito negativno utjecati na kompletnu sliku bolesti i time narušavati kvalitetu bolesnikova života [1]. U terminalnoj fazi bolesnikova života simptomi anksioznosti su vrlo česti, ali su također simptomi koji se mogu povoljno liječiti. Simptom tjeskobe može biti znak za prijeteći kardijalni ili respiratorni arrest, plućnu emboliju, poremećaj elektrolita ili dehidraciju pa kod promatranja bolesnika sve treba uzeti u obzir [13].

Uz anksioznost često se pojavljuje i depresija. Također je dokazana poveznica depresije s tumorskom oboljenjima a i Galen je davnih godina opisao da žene koje su sklonije melankoliji imaju i veće šanse da obole od tumorskog oboljenja. Depresiju se kod palijativnih bolesnika povezuje i kod kontrole boli koja je slabija, suradnje koja je lošija i želje za dugotrajnim liječenjem koja je jako mala [1]. Bolesnik je žalosnog raspoloženja. Pravi depresivni sindrom dijagnosticira se pojavom psiholoških i kognitivnih znakova zbog toga što su somatski simptomi već prisutni (bolesnik je umoran, bez energije, prisutna nesаница, manjak apetita i drugo) [13]. Ponekad zdravstveni djelatnici neka ponašanja smatraju normalnim i samim time se izbjegne dijagnosticiranje i liječenje depresije. Treba imati na umu da se depresija često pojavljuje pa čak i kada se palijativna skrb izvrsno provodi [6].

Agitirani delirij je psihijatrijski simptom koji se pojavljuje u terminalnoj fazi bolesti, kao posljedica maligne bolesti koja je zahvatila mozak ili zbog metaboličke encefalopatije (zbog zatajenja jetre, bubrega), kod poremećaja ravnoteže elektrolita ili sepse. Pojava agitiranog delirija događa se često prije kome i smrti [13].

4.1. Faze prihvaćanja neizlječive bolesti

Kada se planira palijativna skrb najbitnije su odluke koje će donijeti bolesnik. Potrebno ga je uključiti u sve odluke kao punopravnog člana tima[13]. Dobivanje dijagnoze neizlječive i teške bolesti svakom bolesniku izaziva veliki akutni stres. Što je prognoza za uspješnim liječenjem lošija, akutno stresno stanje se pojačava. Svaki bolesnik se suočava sa stvarnošću koja nije niti malo obećavajuća i svakom bolesniku kroz misli prolazi ono najgore a to je kraj života. Medicinska sestra/tehničar će razgovorom pokušati uvjeriti bolesnika da ne mora odmah misliti na najgore i da mora ostati pozitivan te da su i njegov stav prema bolesti i liječenju bitni. Prema klasifikaciji iz 1969. godine švicarsko-američke psihijatrice Kübler-Ross koja je opisala faze koje bolesnici prolaze u procesu umiranja definirala je pet faza:

1. Faza odbijanja ili poricanja
2. Faza gnjeva ili ljutnje
3. Faza pregovaranja ili cjenkanja
4. Faza potištenosti ili depresije
5. Faza prihvaćanja [6].

4.1.1. Faza odbijanja ili poricanja

Ovo je prva faza u kojoj bolesnik još uvijek ne vjeruje da je dijagnoza koju je dobio njegova i nada se da je došlo do neke pogreške, da su mu dali krivi nalaz ili da su u laboratoriju slučajno zamijenjeni uzorci. Ponekad bolesnici u ovoj fazi drže sve za sebe i ne žele nikome reći s čim se suočavaju jer ni sami ne vjeruju da je to istina. Prisutnost straha postoji ali ga dobro kontroliraju, međutim zna se događati da nekada stanje izmakne kontroli pa se bolesnik nađe u konfliktnoj situaciji a sve zbog svog trenutnog stanja tjeskobe, straha i neizvjesnosti. Ova faza se uglavnom pojavljuje kratkotrajno kao početni mehanizam kojim se bolesnik brani [3].

4.1.2. Faza gnjeva ili ljutnje

Faza gnjeva vraća bolesnika da živi u stvarnosti kakva je, i to mu stvara ljutnju. Postavlja si pitanja „Zašto ja? Zašto baš meni? Život nije pošten...“, Ponekad je bolesnik svoju ljutnju usmjeri na sebe zbog osjećaja krivnje da je sam odgovoran za bolest i da mu je to kazna koja ga je sada stigla, pa ga ti snažni osjećaji mogu duže zadržati u fazi gnjeva ili ljutnje.

Medicinska sestra/tehničar će u ovoj fazi biti spremni da ljutnja može biti usmjerena prema njima i ne uzimati ju osobno nego profesionalno obavljati svoje dužnosti prema bolesniku [3].

4.1.3. Faza pregovaranja ili cjenkanja

Nakon druge faze u kojoj su bolesniku svi bili krivi za njegovu bolest, sada postaje svjestan prave situacije i pregovorom s Bogom pokušava dobiti bar još malo vremena kako bi sa svojim najbližima doživio neke lijepe iščekivane situacije (rođenje unuka, završetak školovanja djeteta, vjenčanje djece...). Najveća želje je produžetak života, koliko god koštalo, bolesnik je spreman na suradnju [6].

4.1.4. Faza potištenosti ili depresije

Nakon prve tri faze bolesnik dolazi u stanje kada više nema poricanja i postaje svjestan da boluje od neizlječive bolesti. To saznanje izaziva duševnu bol, javlja se tuga, samosažaljenje i sve dovodi do pojave depresije. Simptomi poput psihomotorne usporenosti, teškoća kod razmišljanja, i izvođenja svakidašnjih aktivnosti, zabrinutosti, plačljivosti, smanjenja energije, gubitka interesa za sve oko sebe a ponekad i suicidalne misli ukazuju da je bolesniku potrebna stručna pomoć kao i podrška obitelji. Ako podrška obitelji izostane bolesnik se može duže vrijeme zadržati u ovoj fazi i samim time pogoršati kliničku sliku [3].

Bolesnika je uvijek je potrebno promatrati i svaku promjenu u ponašanju zabilježiti. Ova faza može biti jako teška za bolesnika, potrebno je osigurati uvjete za potrebnu podršku, pa je medicinska sestra/tehničar zadužen/a za komunikaciju i s obitelji i s ostatkom tima kako bi svi zajedno pružili pomoć koja je tijekom ove faze značajna zbog mogućih dijagnoza koje mogu pogoršati bolesnikovo stanje.

4.1.5. Faza prihvaćanja

Ovo je zadnja faza u kojoj bolesnik prihvaća smrtonosnu bolest i postaje svjestan da će jednom doći kraj. Zbog istrošenosti emocija koje su prevladavale u svim prijašnjim fazama, bolesnik počne prihvaćati stvarnost. Polako odustaje od svakodnevne borbe za život i jedino što mu je potrebno je odmor a najviše od svega mu je potrebna obitelj. Podrška obitelji bolesniku je jako važna a u ovoj fazi i podrška medicinske sestre/tehničara obitelji također je od velike važnosti [6].

Medicinska sestra/tehničar će slušati što bolesnik želi i kako mu se može olakšati. Ako će htjeti razgovarati ili želi samo odmarati, možda želi nekoga posebno vidjeti ili želi zadovoljiti

svoje vjerske potrebe i drugo. Također, medicinska sestra/tehničar će u ovoj zadnjoj fazi pomoći bolesnikovoj obitelji, kako fizički oko bolesnika tako i savjetom ili podrškom koja im je potrebna. Dobrom komunikacijom u svim fazama prihvatanja može se pružiti sva potrebna pomoć i olakšati bolesnikovo prihvaćanje smrti [6].

4.2. Psihološka potpora medicinske sestre/tehničara

Palijativnom bolesniku se pristupa tako da mu se osigura skrb koja će biti dostupna i kontinuirana te će mu omogućiti trajnu stručnu pomoć i psihosocijalnu utjehu. Bolesnik je često u strahu da će umrijeti sam. Biti prisutan uz bolesnika neizostavna je sastavnica svake medicinske sestre/tehničara u palijativnoj skrbi. Nedovoljna socijalizacija procesa umiranja još dodatno otežava suočavanje sa smrću što bolesniku uzrokuje strah. Medicinska sestra/tehničar će razgovorom pokušati uvjeriti bolesnika da neće biti napušten tijekom liječenja, na taj način umanjiti bolesnikov stres i pomoći mu tijekom procesa prihvaćanja smrti [14].

Kompetencije medicinske sestre/tehničara prema Hrvatskoj komori medicinskih sestara vezane za udovoljavanje bolesnikovih psiholoških potreba su:

- Obzirnost prema te podupiranje bolesnikovih osjećaja
- Osnaživanje bolesnikovih mehanizama za suočavanje s bolešću
- Prepoznavanje i razlikovanje psihičkih problema i poteškoća vezanih za psihijatrijske simptome, pazeći pritom da se uzme u obzir prognoza bolesti, bolesnikova osobnost i okolina u kojoj živi
- Osiguravanje stručne pomoći kod zbrinjavanja poteškoća vezanih za psihijatrijske simptome
- Prepoznavanje i uzimanje u obzir svih psiholoških aspekata svih domena bolesnikovog života [15].

Medicinska sestra/tehničar zajedno s bolesnikom i njegovom obitelji prolaze kroz sve faze koje su potrebne da bi bolesnik prihvatio svoju bolest i da bi se mogao pripremiti za dostojanstvenu smrt. Komunikacija s bolesnikom, kako verbalna tako i neverbalna u svim ovim fazama je od velike važnosti kako bi bolesnik primio potrebnu podršku i psihološku pomoć. Bolesnik se u svakoj fazi susreće s novim saznanjima, novim osjećajima i njemu je od velike važnosti kraj sebe imati nekoga dovoljno stručnog poput medicinske sestre/tehničara,

tko će ga uputiti u bolest i reći da je svaka reakcija normalna, a ako se pojave neki psihološki problemi prepoznati ih i u liječenje uključiti i ostatak palijativnog tima.

Pošto su medicinske sestre/tehničari prvi do bolesnika i zagovaraju njegove stavove, tako se svo vrijeme liječenja trebaju i ponašati. Kada bolesnik iskaže želju za razgovorom, medicinska sestra/tehničar će uvijek biti spremni da mu tu želju ispune jer je bolesnik time iskazao povjerenje. Ako se stečeno povjerenje naruši, teško će se opet steći a to automatski znači da bolesnik neće dobiti podršku koja mu je potrebna i na taj način se narušava njegovo i onako već narušeno psihičko stanje. Bolesniku je razgovorom potrebno dati do znanja da nadu za izlječenjem ne treba zanemariti, ali također nikada se ne bi smjele davati lažne nade.

Komunikacijom s bolesnikom ispunjavaju se bolesnikove prioritetne potrebe, od suosjećanja, pažnje i pripadanja do ublažavanja boli i očuvanja bolesnikovog samopoštovanja. Kod ublažavanja boli medicinska sestra/tehničar će pomoć bolesniku prvenstveno propisanom terapijom. Potrebe pažnje i pripadanja bolesnik iskazuje privlačenjem pozornosti na sebe i stalnoj želji da ne bude sam nego s nekim, dok fizički kontakt dodirom, tapšanjem i držanjem za ruke ispunjava potrebu za pripadanjem [6].

Povelja za prava osobe koja umire:

- Moje pravo je da mi na postavljeno pitanje iskreno odgovorite
- Moje pravo je da kraj sebe imam osobu koja je brižna, osjetljiva, obrazovana kojoj neće biti problem da razumije sve moje potrebe i koja će mi sa zadovoljstvom pomoći kod mog suočavanja sa smrću
- Moja pravo je da znam pravu istinu
- Moje pravo je da i mojoj obitelji netko pomogne kako bi prihvatila moju smrt
- Moje pravo je da raspravljam i proširujem duhovnost ili vjersko iskustvo, kako god drugi gledali na to
- Moje pravo je zadržavanje svoje osobnosti, i donošenje vlastitih odluka zbog kojih neće biti osuđivan/a
- Moje pravo je da umrem mirno i dostojanstveno
- Moje pravo je da ne umirem sam/a
- Moje pravo je da očekujem kako će se nakon moje smrti poštivati svetost za moje ljudsko tijelo [8].

Bolesnik je često u strahu da će umrijeti sam. Biti prisutan uz bolesnika neizostavna je sastavnica svake medicinske sestre/tehničara u palijativnoj skrbi. Nedovoljna socijalizacija procesa umiranja još dodatno otežava suočavanje sa smrću što bolesniku uzrokuje strah. Medicinska sestra/tehničar će razgovorom pokušati uvjeriti bolesnika da neće biti napušten tijekom liječenja, na taj način umanjiti bolesnikov stres i pomoći mu tijekom procesa prihvaćanja smrti [14]. Podršku obitelji bolesnik doživljava na dva načina, kao prisutnost i kao aktivno zajedništvo. Prvim načinom se bliska osoba stavlja bolesniku na raspolaganje i zajedno s njim „putuje“ prema smrti. Približavanjem smrti podrška putem prisutnosti još više dobiva na značaju jer se zbog bolesti verbalan način komunikacije smanjuje, ponekad i prestaje dok prisutnost bliske osobe ostaje i može se iskazati tjelesnim dodirom. Drugim načinom bolesnik dobiva priliku da razgovorom s bliskom osobom izrazi sve svoje misli i osjećaje i na taj način umanju prisutan osjećaj straha, nemira, napetosti [16]. Bolesniku koji je suočen sa smrću potrebno je pružiti kontinuiranu psihološku pomoć kojom se bolesnika ohrabruje da bi se suočio sa simptomima patnje i tjeskobe koji se pojavljuju, kao i sa mogućim smrtnim ishodom. Adekvatnom psihološkom pomoći bolesnik će dobiti potrebnu hrabrost kojom će pokušati skupiti snagu da ne bi postao depresivan i tjeskoban, da ne bi okrivljavao nekoga drugoga za uzrok svoje bolesti i da bi se hrabro suočio sa svim onim što mu slijedi [17].

Kao moguće razloge zbog kojih izbjegavaju otvoren pristup s palijativnim bolesnikom, zdravstveni djelatnici navode strah, manjak educiranosti i nesigurnost vezanu za kompetencije [18]. Medicinska sestra/tehničar nikada ne bi trebali očekivati da će uspjeti riješiti sve bolesnikove probleme. Prisustvom i podrškom koju pružaju kroz palijativnu skrb pomoći će bolesniku da ostane psihički zdrav i olakšati mu vrijeme provedeno u bolnici [19].

Filozofija palijativne skrbi kreće sa stajališta „Vi ste važni jer ste Vi“. Ovakav stav palijativne skrbi daje posebno ozračje u kojem se bolesnik osjeća priznato i voljeno, unatoč tome što se nalazi u fazi tjelesne i duševne slabosti [20].

5. Žalovanje

Palijativnom skrbi bolesniku se osigurava trajna stručna skrb, duhovna skrb, kontinuitet skrbi, psihosocijalna utjeha i pomoć kod žalovanja obitelji nakon bolesnikove smrti [21]. Žalovanje je prirodan, potreban i dugotrajan proces koji počinje gubitkom nekoga ili nečega što je osobi koja žaluje bilo od velikog emocionalnog značaja. Očituje se tjelesno, emocionalno, mentalno i duhovno. Od tjelesnih reakcija pojavljuju se simptomi umora, gubitka apetita, poremećaja sna, pojava glavobolje, pritiska u prsnoj koži, vrtoglavica i drugoga. Kod psiholoških reakcija dolazi do intenzivnih emocija straha, pojavljuje se tuga, ljutnja, krivnja, te osjećaj usamljenosti, beznada, tuposti, nezainteresiranosti, nemotiviranosti i slično. Kada se govori o socijalnim reakcijama pojavljuje se osamljivanje, društvena ovisnost, smanjenje tolerantnog ponašanja prema drugim osobama i dr.. Dok se kod duhovnih reakcija pojavljuju ljutnja prema Bogu i njegovom napuštanju osobe koja žaluje kao i bezbroj drugih pitanja koja se vežu za život i njegov smisao. Za žalovanje se koristi sličan model kao i kod faza procesa umiranja i prihvaćanja dijagnoze, pa se može reći da se žalovanje provodi u tri faze:

- Faza šoka – osjećaji nevjerice, poricanja, tuposti i drugo.
- Faza akutnog tugovanja – izmjenjuju se tuga, strah, dolazi do socijalnog povlačenja
- Faza prihvaćanja – integriranje i prihvaćanje, povrat energije i života u sadašnjost i budućnost [22].

Prva faza šoka, u kojoj se osoba koja žaluje ne može suočiti s gubitkom bliske osobe. Unatoč tome što se obitelj bolesnika priprema na njegov odlazak, vrlo vjerojatno će faza šoka biti prva prisutna. Distanciranje i osjećaj nemogućnosti podnošenja boli prisutni su tijekom ove faze. Faza akutnog tugovanja je možda najteža faza u cijelom procesu žalovanja. Izmjenjuju se razne emocije i mijenja se njihov intenzitet. Gubitkom drage osobe dolazi do pojave osjećaja napuštenosti. Za osobu koja žaluje bitno je dopustiti si tugu i bol kako bi uspješno zaključila ovu fazu žalovanja. Zadnja faza prihvaćanja ujedno je i pokazatelj uspješnosti procesa žalovanja. Osoba koja žaluje prilagodila se gubitku i novom stanju u svom životu. Razgovor o bliskoj osobi koja je umrla više nije tabu tema. Bitno je ne požurivati faze žalovanja jer svaka od njih s razlogom traje upravo onoliko koliko je osobi koja žaluje potrebno [23].

Medicinska sestra/tehničar u fazi žalovanja imaju značajnu ulogu. Kvalitetna komunikacija s obitelji kako tijekom bolesnikove bolesti tako i nakon njegove smrti treba biti kontinuirana.

Obitelji preminulog bolesnika je potrebna podrška da prihvate gubitak, izraze svoje osjećaje i emocionalno se oproste od preminule osobe. Uvijek je potrebno pustiti osobu koja žaluje da se isplače, da izrazi svoje trenutne osjećaje, potrebno je nekad više slušati nego pričati [19]. Podrška koju će obitelj dobiti od cijelog palijativnog tima je od velike važnosti za sve. Također osim što se obitelji osigurava psihološka podrška, potrebno im je dati pisane materijale vezane za fazu žalovanja, da se i sami mogu više educirati o fazama koje ih očekuju. Ipak je od svega najbitnija dobra komunikacija, jer razgovor pomaže mnogo više nego što se misli [22].

Žalovanje se smatra teškim i bolnim procesom, s ciljevima, vremenom trajanja i ishodom. Cilj je da se osoba koja žaluje suoči s gubitkom, osjećajno odvoji od umrle osobe, duhovno iscijeli i prilagodi na život bez bliske osobe. Trajanje žalovanja se ne ograničava vremenski, individualno je. Ishod žalovanja je da se osoba koja žaluje oporavi od gubitka, što uključuje prihvaćanja, integraciju uspomena, saznanje o promjeni i nastavak življenja. Ako su poteškoće vezane za žalovanje brojne i dugotrajne i faza žalovanje se ne odvija u vidu oporavka, dolazi do patološkog ili produženog žalovanja i osobu je potrebno uputiti na stručnu pomoć [24].

6. Zaključak

Palijativna skrb je specifična zdravstvena skrb zbog neizlječivih bolesti s kojima se bolesnici kojima se pruža skrb suočavaju. Za početak samo suočavanje sa smrtonosnom dijagnozom je težak proces, a medicinska sestra/tehničar često sudjeluju u istom. Komunikacija je od velike važnosti. Kontinuirana edukacija svih članova tima je od velike važnosti. Osim verbalne komunikacije bitna je i neverbalna. Priopćavanje loših vijesti težak je proces koji je potrebno unaprijed isplanirati. Način kojim će medicinska sestra/tehničar priopćiti lošu vijest može utjecati na bolesnika i na njegove reakcije. Faze prihvatanja koje će bolesnik proći su dugotrajne, ali su potrebne kako bi bolesnik prihvatio bolest i moguću smrt.

Psihološku pomoć ne pružaju samo psiholozi. Medicinske sestre/tehničari kao članovi palijativnog tima najčešće su jedni od onih koji najviše borave s bolesnikom. Bolesnik ih prihvaća, vjeruje im i povjerava im se. To sve vodi ka povjerenju i uzajamnoj komunikaciji pomoću koje će medicinska sestra/tehničar bolesniku moći ponuditi stručnu pomoć ali i individualnu, holističku skrb pomoću koje će i pružiti psihičku pomoć. Medicinska sestra/tehničar poštujući kompetencije za koje su školovani uvijek će napraviti sve što je u njihovoj moći da bolesniku olakšaju tegobe. Empatija i razumijevanje temelj su svake palijativne skrbi. Psihološke smetnje koje se javljaju palijativnim bolesnicima su česte. Bitno ih je na vrijeme prepoznati i sestričkim intervencijama zdravstvene njege olakšati bolesnikovo stanje.

Uloga koju medicinske sestre/tehničari imaju u pružanju psihološke potpore je značajna, no iako je taj segment zanemaren, razvojem palijativne skrbi i kontinuiranom edukacijom sve se više razvija svijest bolesnika, obitelji, zajednice, ali i svih članova tima o potrebi psihološke podrške od strane medicinske sestre/tehničara.

7. Literatura

- [1] M. Šamija, D. Nemet i suradnici: Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika, Zagreb, 2010.
- [2] V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković: Palijativna skrb-brinimo zajedno, Zagreb, 2014.
- [3] M. Ljubičić: Palijativna zdravstvena njega, Naklada Slap, 2020.
- [4] Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi, 2009. str. 18-20, dostupno na :
http://www.kbc-rijeka.hr/docs/Bijela_knjiga_o_standardima_i_normativima_za_hospicijsku_i_palijativnu_skrb_u_Europi.pdf , preuzeto dana 16.12.2021.
- [5] I. Marasović Šušnjara: Palijativna skrb, dostupno na
<https://www.seniori.hr/images/pdf/Palijativna-skrb-hr.pdf> , preuzeto dana 03.03.2022.
- [6] Z. Lončar, M. Katić, V. Jureša i suradnici: Palijativna skrb u zajednici, Zagreb,2018.
- [7] Ž.Puljić: Samoostvarene osobe u psihologiji A.H.Maslowa, Crkva u svijetu Vol. 15, No. 3, 1980, str 268-276, dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/133546> preuzeto dana 19.03.2022.
- [8] A.Jušić i suradnici: Hospicij i palijativna skrb, Zagreb, 1995
- [9] C. Saunders, N. Sykes: Palijativna skrb u završnom stadiju maligne bolesti, Zagreb, 1996.
- [10] Ž. Rakošec, B. Juranić, Š. Mikšić, J. Jakab, B. Mikšić: Otvorena komunikacija–temelj palijativnog pristupa, 2014, 1, str. 98-103, dostupno na <https://hrcak.srce.hr/file/180989> preuzeto dana 30.01.2022.
- [11] M. Štifanić: Kultura umiranja, smrti i žalovanja, Rijeka, 2009.
- [12] K. Lončarek: Nacionalne smjernice za rad izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe s pacijentima kojim je potrebna palijativna skrb, Zagreb, 2015. str. 39, dostupno na <https://www.hzhm.hr/source/smjernice/Nacionalne-smjernice-za-rad-izvanbolnicke-i-bolnicke.pdf> , preuzeto dana 31.01.2022.
- [13] A. Jušić: Palijativna medicina - palijativna skrb, MEDICUS 2001. Vol. 10, No. 2, 247 – 252, dostupno na <https://hrcak.srce.hr/file/30994> , preuzeto dana 08.03.2022.

- [14] M. Brkljačić: Medicinska etika u palijativnoj skrbi, *Obnovljeni Život*, 2019, 74(4), 513–527, dostupno na <https://hrcak.srce.hr/ojs/index.php/zivot/article/download/11022/5646> preuzeto dana 09.03.2022.
- [15] R. Marđetko, N. Dumbović, A. Živković, B. Kovačević, L. Marković, S. Lovrić: Kompetencije medicinske sestre u specijalističkoj palijativnoj skrbi, Zagreb, 2018. str. 11-12, dostupno na <http://www.hkms.hr/wp-content/uploads/2019/01/Kompetencije-medicinske-sestre-u-specijalisti%C4%8Dkoj-palijativnoj-skrbi.pdf> preuzeto dana 07.02.2022.
- [16] M. Cicak: Aspekti dobre smrti, *Ljetopis socijalnog rada* 2008., 15 (1), 93-111 str. dostupno na <https://hrcak.srce.hr/file/36400> preuzeto dana 09.03.2022.
- [17] S. Vuletić, Ž. Rakošec, Š. Mikšić, B. Juranić: Duhovna skrb umirućih i ožalošćenih u sklopu palijativne medicine, *Čovjek i smrt*, Zagreb 2017.
- [18] V. Novak, T. Cikač, A. Ovčina, M. Neuberger: Potrebe bolesnika u palijativnoj skrbi iz perspektive članova obitelji, *SG/NJ* 2021;26:14-18, dostupno na <https://hrcak.srce.hr/file/372356> preuzeto dana 09.03.2022.
- [19] M. Brkljačić, M. Šamija, B. Belev, M. Strnad, T. Čengić: *Palijativna medicina*, Rijeka, 2013.
- [20] V. Pozaić: Palijativna skrb i ljudsko dostojanstvo bolesnika, *Glas. pul. boln.* 2009., Vol. V/2, str. 121-123, dostupno na <https://hrcak.srce.hr/file/71330> preuzeto dana 09.03.2022.
- [21] M. Brkljačić: Aktualno stanje palijativne skrbi u Hrvatskoj, *Služba Božja* 53 (2013.), br. 3/4, str. 367 – 376, dostupno na <https://hrcak.srce.hr/file/165598> preuzeto dana 09.03.2022.
- [22] V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković: *Osnove palijativne medicine*, Zagreb, 2013.
- [23] I. Štengl: Gubitak i žalovanje, *Služba božja* 51 (2011.), br. 2, str. 171 – 184, dostupno na <https://hrcak.srce.hr/file/104442> preuzeto dana 09.03.2022.
- [24] M. Cicak: Obitelj u palijativnoj skrbi, *Ljetopis socijalnog rada* 2008., 15 (1), 113-130 str. dostupno na <https://hrcak.srce.hr/file/36404> preuzeto dana 11.03.2022.

8. Popis slika

| | |
|--|----|
| Slika 1.1.2. Prikaz razina palijativne skrbi [5]..... | 4 |
| Slika 2.1.2.1. Maslowljeva piramida potreba [Autorska slika] | 8 |
| Slika 3.2.1. SPIKES protokol [Autorska slika]..... | 14 |



**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, MATIJA ANTOLOVIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom PSIHOLOŠKA PODRSKA MED. SESTRE/TEHNIČARA 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)

Matija Antolović
(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, MATIJA ANTOLOVIĆ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom PSIHOLOŠKA PODRSKA MED. SESTRE/TEHNIČARA U PALIJATIVNOJ SKRBI (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Matija Antolović
(vlastoručni potpis)