

Uloga medicinske sestre u multidisciplinarnom timu palijativne skrbi

Lipovac, Iva

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:092470>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-06**



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište u Zadru
Odjel za zdravstvene studije
Studij sestrinstva



Iva Lipovac

**Uloga medicinske sestre u multidisciplinarnom
timu palijativne skrbi**

Završni rad

Zadar, 2023.

Sveučilište u Zadru
Odjel za zdravstvene studije
Studij sestrinstva

Uloga medicinske sestre u multidisciplinarnom timu palijativne skrbi

Završni rad

Iva Lipovac
Student/ica:

Doc.dr. sc. Samir Čanović
Mentor/ica:

Doc.dr. sc. Marija Ljubičić
Komentor/ica:

Zadar, 2023.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Iva Lipovac**, ovime izjavljujem da je moj **završni** rad pod naslovom **Uloga medicinske sestre u multidisciplinarnom timu palijativne skrbi** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 2023.

Sadržaj

Sažetak	1
1. Uvod.....	3
2. Povijesni pregled razvoja palijativne skrbi	4
3. Pregled razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj	6
4. Ustroj palijativne skrbi.....	7
4.1. Organizacija i razine palijativne skrbi	7
5. Multidisciplinarni tim palijativne skrbi	9
6. Uloga medicinske sestre u multidisciplinarnom timu palijativne skrbi.....	11
7. Palijativna zdravstvena njega.....	14
7.1. Tjelesne poteškoće	15
7.2. Bol.....	18
7.3. Psihološke poteškoće	20
7.4. Socijalne poteškoće.....	21
7.5. Duhovne poteškoće.....	22
8. Značaj komunikacije u palijativnoj zdravstvenoj njezi	22
9. Sestrinska dokumentacija u procesu palijativne zdravstvene njege	25
10. Zaključak	27
11. Literatura.....	28

Sažetak

Svjetska zdravstvena organizacija definirala je palijativnu skrb kao oblik zdravstvene skrbi koji ima za cilj poboljšanje kvalitete života oboljelih od neizlječive bolesti onda kada bolest više ne reagira na liječenje. Ovisno o potrebama pacijenta, palijativna skrb organizirana je na svim razinama zdravstvene zaštite i to ne samo u ustanovama koje su specijalizirane za njezino provođenje, nego i šire. U ustanovama kojima palijativna skrb nije usko područje rada primjenjuje se palijativni pristup osiguravajući tako njezinu primjenjivost u svim okruženjima zdravstvene skrbi, ali i izvan nje. Budući da su potrebe pacijenta kompleksne, iziskuju širok spektar stručnjaka koji zajedno djeluju za dobrobit pacijenta.

Svrha palijativne skrbi je ublažavanje boli i patnje, stvaranje ugone, poštovanje života, dostojanstva te autonomije pacijenta i članova njegove obitelji. Temelj uspješne palijativne skrbi, koja ispunjava svoj cilj kroz holistički pristup prema pacijentu te njegovim najbližima su zajedničke aktivnosti multidisciplinarnog tima čiji su članovi liječnici, medicinske sestre, psiholozi, fizioterapeuti, socijalni radnici i drugi. Uloga medicinske sestre kao člana multidisciplinarnog tima ostvaruje se kroz holistički pristup, empatiju, ublažavanje patnje i simptoma, komunikaciju, psihološku potporu pacijentu i obitelji te osiguravanja dostojanstvenog umiranja. U provođenju palijativne zdravstvene njege, medicinska sestra se usmjerava na zadovoljavanje pacijentovih osnovnih ljudskih potreba, razvoj povjerenja i poštovanja, postizanje najveće moguće razine samostalnosti, pozitivno utjecanje na kvalitetu života uz kontinuiranu suradnju s ostalim članovima tima.

Ključne riječi: palijativna skrb, multidisciplinarni tim, uloga medicinske sestre, palijativna zdravstvena njega, komunikacija

Summary

The role of a nurse in the multidisciplinary team of palliative care

The World Health Organization defined palliative care as a form of health care that aims to improve the quality of life of patients with an incurable disease when the disease no longer responds to treatment. Depending on the patient's needs, palliative care is organized at all levels of health care, not only in institutions that specialize in its implementation, but also more widely. In institutions where palliative care is not a narrow field of work, a palliative approach is applied, thus ensuring its applicability in all health care environments, as well as outside it. Because the patient's needs are complex, they require a wide range of specialists who work together for the benefit of the patient.

The aim of palliative care is to relieve pain and suffering, create comfort, respect the life, dignity and autonomy of the patient and his family members. The foundation of successful palliative care, which fulfills its goal through a holistic approach to the patient and his loved ones, is the joint activities of a multidisciplinary team whose members are doctors, nurses, psychologists, physiotherapists, social workers and others. The role of a nurse as a member of a multidisciplinary team is accomplished through a holistic approach, empathy, alleviation of suffering and symptoms, communication, psychological support for the patient and family, and ensuring dignified dying. In the implementation of palliative health care, the nurse focuses on satisfying the patient's basic human needs, developing trust and respect, achieving the highest possible level of independence, positively influencing the quality of life with continuous cooperation with other team members.

Keywords: palliative care, multidisciplinary team, the role of a nurse, palliative nursing care, communication

1. Uvod

Osnovna podjela suvremene medicine je na preventivnu, kurativnu i palijativnu (1). Preventivna medicina bavi se očuvanjem zdravlja i sprječavanjem bolesti, a kurativna je usmjerena liječenju bolesti (2). Ipak, medicina ne može uvijek izliječiti pacijenta i odgađati smrt. U situacijama kada aktivno liječenje bolesti više ne može dovesti do izlječenja, kurativna medicina svoje djelovanje prepušta palijativnoj medicini (1). Palijativna medicina bavi se osiguravanjem optimalne kvalitete života pacijenta s aktivnom progresivnom bolešću kod kojeg izlječenje nije moguće, a temelji se na smirivanju simptoma, psihosocijalnoj potpori pacijentu i njegovoj obitelji i etičkoj problematici povezanoj s umiranjem. Kada aktivnosti nadilaze mogućnost izlječenja u skrbi za pacijenta s neizlječivom bolešću i onih na kraju života, primjenjuje se palijativna skrb (2).

Palijativna skrb je aktivna sveobuhvatna skrb o pacijentima s neizlječivim bolestima koja obuhvaća kontrolu simptoma, prvenstveno boli te psiholoških, socijalnih i duhovnih problema. Cilj palijativne skrbi je očuvanje optimalne razine kvalitete života osobe i njezine obitelji do kraja njegova života (2). Palijativna skrb zahtjeva holistički pristup, koji stavlja u središte skrbi osobu sa svim svojim fizičkim, psihičkim, socijalnim i duhovnim osobinama. Da bi se to postiglo, potreban je timski multidisciplinarni rad stručnjaka različitih profesija, koji svojim kompetencijama pridonose djelovanju tima, ali i međusobno surađuju pri ostvarenju zajedničkog cilja. Sastav takvog multidisciplinarnog tima zavisi o potrebama pacijenta i njegove obitelji, a uključuje liječnika, medicinske sestre, psihologa, socijalnog radnika, fizioterapeuta, duhovnika, volontera te sve druge stručnjake koji bi svojim radom pridonijeli zadovoljavanju potreba pacijenta (3).

Definirajući palijativnu skrb i njen cilj, potrebno ju je bilo osigurati dostupnom za pacijenta, od trenutka kada mu je ona potrebna, gdje god se on nalazio (4). Šira javnost se nastojala upoznati s važnosti palijativne skrbi kroz brojne deklaracije, strateške planove i zakonske akte. Primjerice, Barcelonskom deklaracijom 1995. godine navelo se da palijativna skrb mora biti uključena u društvenu zdravstvenu politiku, a 2003. godine Povjerenstvo ministara Vijeće Europe izdalo je Preporuku o organizaciji palijativne skrbi kojom se nalagalo članicama Europske unije da usvoje zakone i potrebne mjere za utemeljenje nacionalne politike za palijativnu skrb. Godine 2013. Svjetsko udruženje palijativne skrbi, Europsko društvo palijativne skrbi, Međunarodno udruženje hospicijske i palijativne skrbi i Organizacija za promicanje ljudskih prava donosi Prašku povelju kojom palijativnu skrb uvažava kao temeljno ljudsko pravo, te da kao takvo mora biti u svim dijelovima zdravstvenog sustava (2).

Sustav palijativne skrbi ne uspostavlja se kao novi sustav, već se integrira u postojeće sustave, a može se pružati na nekoliko razina: palijativni pristup, opća palijativna skrb, specijalizirana palijativna skrb i centri izvrsnosti (5). Pritom je osnovni zahtjev palijativne skrbi kontinuitet skrbi, odnosno da se skrb kontinuirano pruža kroz sve faze bolesti, na svim mjestima na kojima se palijativna skrb pruža, što se postiže suradnjom multidisciplinarnih timova specijalističke palijativne skrbi s timovima primarne zdravstvene zaštite te povezanošću svih stručnjaka i mreže volontera (2).

Medicinska sestra je neizostavni član multidisciplinarnog tima palijativne skrbi. Zadužena je za planiranje, provođenje i evaluaciju palijativne zdravstvene njege. Pri sudjelovanju u palijativnoj skrbi, medicinska sestra mora posjedovati, osim kompetencija iz područja opće zdravstvene njege, znanja, vještine i stavove specifične za provođenje palijativne zdravstvene njege. Proces palijativne zdravstvene njege je aktivna sveobuhvatna skrb o pacijentu s potrebama za palijativnom skrbi kroz koji medicinska sestra nastoji osigurati optimalnu kvalitetu života pacijenta, uz održavanje najveće moguće samostalnosti u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba. Djelokrug njenog rada obuhvaća pritom pacijenta sa svim njegovim fizičkim, psihičkim, socijalnim i duhovnim potrebama, te njegovu obitelj (2).

2. Povijesni pregled razvoja palijativne skrbi

Iako se palijativna skrb kao pojam prvi put spominje 70-tih godina prošlog stoljeća, skrb o nemoćnim osobama i osobama na kraju života može se zamjetiti u različitim civilizacijama (6). U širem razmatranju povijesnih odrednica vidljivo je da je palijativna skrb izrasla je iz hospicijske skrbi (7). Pojam „hospicij“ kroz povijest je različito definiran, u srednjem vijeku se hospiciji pojavljuju kao ustanove u kojima se pruža pomoć hodočasniciima i putnicima, a po prvi put ga Madame Jeanne Garnier, u Francuskoj 1842. godine, opisuje kao mjesto za osobe koje boluju od neizlječivih bolesti. Utjecajem njenog rada, te rada irskih redovnica Sestara Milosrdnica koje je osnovala Mary Aikenhead, otvaraju se ustanove za skrb o pacijentima pred kraj života diljem svijeta. Tako se, primjerice, otvara Gospin hospicij u Dublinu, nekoliko ustanova u Parizu, Marseilleu, Brüsselu, New Yorku, diljem Engleske, od kojih je od posebnog značaja Hospicij sv. Josipa, hospicij koji je inspirirao daljnji rad Cicely Saunders (2).

Utemeljiteljica modernog hospicijskog pokreta, Cicely Saunders, inspirirana vlastitim i profesionalnim iskustvima, otvara Hospicij sveti Kristof, koji se u nizu otvorenih hospicija u povijesti ističe kao prva medicinsko akademska moderna zdravstvena ustanova (6). Iako je oduvijek željela biti medicinska sestra, u početku je pod utjecajem roditelja skrenuta s tog puta,

te započinje studij politike, filozofije i ekonomije, kojeg naposljetku napušta. Odlazi na školovanje u London gdje završava obrazovanje za medicinsku sestru. Spriječena da nastavi s radom kao medicinska sestra radi ozljede leđa, završava edukaciju iz socijalni radu. U 38. godini postaje liječnica te time postaje „multidisciplinarni tim u jednoj osobi“ (2). Kroz radno iskustvo uviđa da je dotadašnja skrb o pacijentima na kraju života nedostatna. Razvija koncept „totalne boli“ te naglašava značaj istovremenog uvažavanja tjelesnih, psihičkih, emocionalnih te duhovnih potreba pacijenta. Preciznije, jasnog je stava da zbrinjavanje samo jedne skupine potreba nije učinkovito u postizanju optimalne kvalitete života (8). Nadalje, osim ublažavanja boli naglašava, i komunikaciju, ugodnu okolinu i atmosferu, kontakt s bliskim osobama te mogućnost zadovoljavanja religioznih potreba osiguravanjem kapelice i teologa. S tom vodiljom i ciljevima, hospicij sveti Kristofor otvoren je 1967. godine, a dvije godine nakon multidisciplinarni timovi počinju provoditi i kućnu hospicijsku skrb (2).

Paralelno sa razvojem hospicijskog pokreta pod utjecajem Cicely Saunders te inspirirani njezinim radom, u Sjedinjenim Američkim Državama djeluje nekoliko stručnjaka. Psihijatrica Elizabeth Kubler-Ross, osviještena o osjećajima i doživljajima pacijenata pred kraj života kroz rad i intervjue, godine 1969. objavljuje knjige „O smrti i umiranju“. Godine 1977. osniva centar za pacijente pred kraj života i njihove obitelji, tzv. kuću mira. Također, medicinska sestra Florence Wald nakon susreta s Cicely Saunders, osniva prvi hospicij u Sjedinjenim Američkim Državama te potiče otvaranje nekolicine hospicija diljem zemlje (2).

Kao pojam „palijativna skrb“ se prvi put pojavljuje u Kanadi, a uvodi ga kirurg i urolog Balfour Mount. Osniva prvu svjetsku palijativnu službu pri bolnici Royal Victoria Mc Gill Sveučilišta u Montrealu (6). Time Balfour Mount pokreće cjelovitu uslugu palijativne skrbi, koja uključuje bolničku skrb, usluge ambulante, kućnu njegu te usluge žalovanja (2).

Od osamdesetih godina 20. stoljeća pa do danas razvoj palijativne skrbi snažno se napredovao te je doneseno više od trideset deklaracija i dokumenta koji su relevantni za područje palijativne skrbi. Primjerice, godine 1983. donesena je Venecijanska deklaracija o osobama oboljelih od neizlječivih bolesti, koja je revidirana 2006. godine, a koja se zalaže za uvođenje palijativne skrbi u sustave obrazovanja, te palijativne medicine kao zasebne specijalizacije. Barcelonska deklaracija donesena je 1995. godine i navodi potrebu uključivanja palijativne skrbi u državnu zdravstvenu politiku. Godine 2009. Europsko društvo palijativne skrbi objavljuje Bijelu knjigu o standardima i normama za palijativnu skrb, a 2013. godine Praška povelja „Palijativna skrb-ljudsko pravo“, jasno ističe da je palijativna skrb temeljno ljudsko pravo i da je zadatak vlada svih zemalja da se kao takvo i osigura (2).

3. Pregled razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj

U Republici Hrvatskoj palijativna skrb također ima dugu povijest, jer njeni začetci sežu do 559. godine kada je osnovana prva ustanova za skrb o siromašnima i nemoćnima u Zadru (2). Najveći utjecaj na razvoj palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj prepisuje se dugogodišnjim inicijativama pojedinaca, a velike zasluge pridaju se neurologinji prof. dr. sc. Anici Jušić (5). Završetkom Medicinskog fakulteta 1952. godine te stjecanjem specijalizacije iz područja neurologije 1960. godine, Anica Jušić, kroz rad izložena problemima i patnji pacijenata oboljelih od amiotrofične lateralne skleroze te razvija interes za skrb na kraju života. Uspostavlja kontakt s Cicely Saunders te nakon dugogodišnje suradnje i pokušaja senzibilizacije javnosti za potrebe palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj, 1994. godine osniva Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb (2), koje je između ostalog ukazivalo na snažnu potrebu za razvojem palijativne skrbi u našoj domovini.

Godine 1991. s namjenom poboljšanja života pacijenata u završnom stadiju malignih i drugih bolesti, Službi za neurologiju Opće bolnice Požega pridružen je novi odjel. Iako je odjel zatvoren nakon jednogodišnjeg djelovanja radi financijskih problema te osipanja medicinskog osoblja u vrijeme Domovinskog rata, u razdoblju njegova djelovanja pružena palijativna skrb znatnom broju pacijenata (9). Godine 2002. Anica Jušić imenovana je predsjednicom osnovanog Povjerenstva za palijativnu skrb pri Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske, među čijim članovima su bile i medicinske sestre, a čijom aktivnošću palijativna skrb ulazi u Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Tada se po prvi put zakonski definira mogućnost osnivanja ustanove za palijativnu skrb i naglašava aktivnost multidisciplinarnog tima palijativne skrbi. Međutim, daljnji pokušaji razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj nisu pokazali značajnije rezultate, unatoč nastojanjima Povjerenstva (2).

Ipak, 2012. godine u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva od 2012.-2020. godine, kao sastavni dio i jedan od prioriteta Republike Hrvatske ističe se uspostava sustava palijativne skrbi. U postizanju razvoja sustava palijativne skrbi, kao prioritetne mjere navode se jačanje suradnje među stručnjacima različitih profesija, povećanje kapaciteta bolnica za palijativnu skrb, specijalističkih službi palijativne skrbi te uključivanje civilnog društva, osobito volontera, uz odgovarajuću zakonsku regulaciju. Strateški plan razvoja palijativne skrbi u razdoblju 2014.-2016. godine izrađen je prema „Bijeloj knjizi o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi“ i donesen od strane Vlade Republike Hrvatske 27. prosinca 2013. godine. Vlada Republike Hrvatske 18. listopada 2017. godine usvaja Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.-2020. godine, s ciljem daljnjeg razvoja

palijativne skrbi prema utvrđenim potrebama, daljnjeg uspostavljanja organizacijskih oblika te daljnje edukacije stručnjaka iz područja palijativne skrbi (5).

Danas u svakoj županiji u Republici Hrvatskoj postoji barem neki oblik palijativne skrbi (5). Trenutno se ističe više županijskih projektnih timova, nekoliko koordinacijskih centara za palijativnu skrb, više bolničkih timova za palijativnu skrb, ambulanti za bol, a u nekoliko domova zdravlja su se postelje u stacionarima prenamijenile su se za palijativnu skrb. Djelovanje volontera poprima sve širu dimenziju djelovanja javnosti u ovom osjetljivom i važnom području. Nadalje, u posljednjih nekoliko godina uređen je Odjel za produženo liječenje s palijativnom skrbi Opće i veteranske bolnice „Hrvatski ponos“ Knin, Odjel za palijativnu skrb Specijalne bolnice za kronične bolesti Novi Marof (10). Ovi hvale vrijedni pomaci, još uvijek zahtijevaju dodatna pojačanja u svrhu razvoja sveobuhvatne i široke dimenzije palijativne skrbi.

4. Ustroj palijativne skrbi

Iako se kroz povijest palijativna skrb smatrala uglavnom skrbi na kraju života te se provodila tek kada se sve druge metode aktivnog liječenja obustave, danas se palijativna skrb provodi paralelno s aktivnim liječenjem te se naglašava da palijativna skrb treba biti dostupna bolesnicima bilo gdje i koliko god im je potrebno, čak i u ranim stadijima njihove bolesti. Shodno tome, palijativna skrb treba biti dostupna od trenutka postavljanja dijagnoze ukoliko se utvrde potrebe za njom (6). Cilj palijativne skrbi je osiguranje najbolje moguće kvalitete života pacijenta i njegove obitelji, ublažavanjem patnje, boli i ostalih fizičkih, psihičkih, socijalnih i duhovnih problema, gdje god da se za pacijenta skrbi (5).

Da bi kvaliteta skrbi bila optimalna, odnosno da bi palijativna skrb ispunjavala svoj cilj prema svakom pacijentu o kojem se skrbi, od velikog je značaja odgovarajuća strukturna kvaliteta. U Bijeloj knjizi o strategijama i normama stoga, naglašava se težnja kontinuiteta skrbi u raznim okruženjima, s naglaskom partnerske suradnje između programa palijativne skrbi i hospicija sa širokim spektrom ostalih zdravstvenih ustanova (4).

4.1. Organizacija i razine palijativne skrbi

Palijativna skrb mora uključivati sve razine zdravstvene zaštite, u onoj količini u kojoj su od potrebe pacijentu i članovima njene obitelji. Može se pružati na nekoliko razina:

1. *Palijativni pristup* – način integriranja metoda i postupaka palijativne skrbi u okruženjima koji za nju nisu specijalizirani. Palijativan pristup treba biti dostupan specijalistu obiteljske medicine, zdravstvenom osoblju u bolnicama te domovima za starije i nemoćne, uz podršku i savjete specijaliziranih službi palijativne skrbi (2).
2. *Opća palijativna skrb* – pružaju je stručnjaci kojima palijativna skrb nije primarna djelatnost, ali su zbog svoje prirode posla češće uključeni u nju, primjerice specijalisti onkolozi, pedijatri i gerijatri. Dodatnom edukacijom postižu osnovna znanje i vještine iz područja palijativne skrbi, (2).
3. *Specijalizirana palijativna skrb* – pružaju je službe kojima je glavna djelatnost palijativna skrb, odnosno službe čiji se timovi bave isključivo palijativnom skrbi i koji posjeduju edukaciju iz specijalističke palijativne skrbi. Primjeri specijaliziranih službi palijativne skrbi su stacionarne jedinice palijativne skrbi, stacionarni hospicij, hospicijski dnevni boravci, „bolnice u kući“, ambulantne službe palijativne skrbi, bolnički timovi za podršku palijativnoj skrbi, volonterski hospicijski timovi, mobilni timovi za palijativnu skrb. S obzirom da zahtijevaju višu razinu obrazovanja, osoblja te ostalih resursa, zahtijevaju timski pristup. Shodno tome, temelj specijalističke palijativne skrbi je tim stručnjaka koji multidisciplinarnim načinom rada zbrinjava sve potrebe pacijenta s potrebom za palijativnom skrbi, pružajući podršku ne samo pacijentu, već i njegovoj obitelji (2,6).
4. *Centri izvrsnosti* – osiguravaju specijalističku palijativnu skrb u raznim okruženjima – tu spadaju ambulantna i stacionarna skrb, kućna skrb i konzilijarne službe. Osim toga, trebaju utjecati na obrazovanje i istraživanja te razvijati standarde i smjernice (2).

Sustav palijativne skrbi ne uspostavlja se kao novi sustav, već se integrira u postojeće sustave prenamjenom postojećih resursa, osposobljavanjem profesionalaca i volontera, postavljanjem novih standarda rada te formiranjem specijalističkih službi palijativne skrbi (5). Naglašava se „kontinuum specijalizacije“, odnosno da palijativna skrb treba uključivati sve razine zdravstvene zaštite, od primarne zdravstvene zaštite sve do specijaliziranih palijativnih službi. Ključna je suradnja i povezanost specijalističkih palijativnih službi, kao i njihova povezanost sa službama primarne zdravstvene zaštite. Kada su sve službe u koordinaciji, odnosno kada su organizirane u mrežu palijativne skrbi koja povezuje sve stručnjake i volontere, povećava se kvaliteta, kontinuitet i pristupačnost palijativne skrbi (6).

5. Multidisciplinarni tim palijativne skrbi

Palijativna skrb pristupa pacijentu oboljelom od neizlječive bolesti uvažavajući njegove tjelesne, psihičke, emocionalne i socijalne potrebe, odnosno naglašavajući holistički pristup pacijentu i obitelji. Takav pristup ne bi bio mogući bez timskog rada stručnjaka različitih profesija (3). Sastavljen od stručnjaka različitih profesija, zdravstvenih i nezdravstvenih, multidisciplinarni tim palijativne skrbi smatra se središnjom komponentnom i temeljem uspješne palijativne skrbi (6). Ovisno o potrebama pacijenta te mnogim drugim faktorima, poput područja u kojem se provodi skrb, članovi multidisciplinarnog tima ne moraju biti uvijek isti, te mogu biti liječnik, medicinske sestre, psiholog, socijalni radnik, fizioterapeuti, ljekarnik, duhovnik, volonteri te svi ostali stručnjaci koji shodno potrebama pacijenta preuzimaju svoju neizostavnu ulogu u palijativnom timu (3).

Palijativna skrb teži k tome da se pacijentu osigura dostupnost i kontinuitet skrbi te psihosocijalna utjeha, a neovisno o sastavu tima, svaki član multidisciplinarnog palijativnog tima mora težiti postizanju tog cilja, kao i poštivati uloge ostalih članova tima. Osim potrebnog znanja i iskustva iz područja palijativne skrbi, za uspješnost tima palijativne skrbi, izuzetno je važna uspješna komunikacija unutar tima te sa pacijentom i članovima obitelji (11). Otvorena komunikacija, temeljena na empatiji i vjerodostojnosti, održava etičnost odnosa člana tima i pacijenta te dovodi do izgradnje odnosa povjerenja u kojem se pruža podrška pacijentu i obitelji, omogućuje izlazak iz usamljenosti i podjela negativnih osjećaja. Nasuprot tome, prepreke u komunikaciji dovode do profesionalnog sagorijevanja i smanjenog zadovoljstva članova tima. Upravo radi toga, u palijativnim timovima potrebno je razvijati komunikacijske vještine, a nakon usvajanja istih efikasnost u pružanju palijativne skrbi raste (12).

U multidisciplinarnom timu palijativne skrbi najčešće je liječnik opće prakse ili onkolog, ali i specijalisti drugih područja. Liječnik u multidisciplinarnom timu palijativne skrbi primjenom holističkog pristupa i surađuje sa svim članovima tima, te doprinosi rješavanju fizičkih, psiholoških, socijalnih i duhovnih potreba pacijenta (13). Liječnik organizira i koordinira palijativnu skrb, liječi i kontrolira bol i ostale simptome, koordinira resurse i surađuje s ostalim zdravstvenim djelatnicima (14).

Fizioterapeut u timu multidisciplinarnog palijativne skrbi ima za ulogu osigurati najveći mogući stupanj neovisnosti i razinu kvalitete života pacijenta kojemu su utvrđene poteškoće u tjelesnim i funkcionalnim sposobnostima. Fizioterapeutske intervencije u procesu palijativne skrbi su kontrola nelagode i simptoma bolesti kao što su bol, kašalj, slabost i nedostatak zraka,

te održavanje pokretljivosti, snage, fleksibilnosti, izdržljivosti, koordinacije i ravnoteže pacijenta (15).

Uloga nutricionista kao člana multidisciplinarnog tima je procjena i praćenje pacijentovog nutritivnog statusa, prepreka pri uzimanju hrane i pića te određivanje pacijentovih nutritivnih potreba i plana prehrane. Bol, patnja i drugi simptomi bolesti, kao i brojni neželjeni učinci liječenja, utječu na pacijentovu sposobnost uzimanja hrane i pića, dovode do gubitka apetita i negativno utječu na pacijentov nutritivni status, što pacijenta dovodi do opasnosti od pothranjenosti i pogoršanja općeg statusa. Kroz savjetovanje pacijenta i njegove obitelji te suradnju s ostalim članovima tima, nutricionist održava optimalan nutritivni status pacijenta, ublažava simptome bolesti i neželjene učinke liječenja, te utječe na održavanje optimalne razine kvalitete pacijentova života (16).

Također, u izazovima svakodnevnog života značajnu ulogu može imati i radni terapeut. Suradnjom s ostalim članovima tima, radni terapeut potiče aktivno uključivanje, osnaživanje i osposobljavanje osobe u izvođenju aktivnosti samozbrinjavanja, produktivnosti i slobodnog vremena, s naglaskom na poticanje samostalnosti u izvedbi aktivnosti, čime se poboljšava kvaliteta života pacijenta (17).

Socijalni radnik kao član tima palijativne skrbi, kroz ostvarivanje odnosa povjerenja i poštovanja s pacijentom i njegovom obitelji, preuzima ulogu kliničara, nastavnika, odvjetnika, voditelja u zajednici te utječe na poboljšanje kvalitete života pacijenata, promiče prava i mogućnosti pacijenta i članova obitelji te im pomaže pri ostvarivanju pristupa službama podrške (18).

Uloga psihologa u timu palijativne skrbi, prema preporukama Europskog udruženja palijativne skrbi uključuje psiho-dijagnostički rad s pacijentom, procjenu kvalitete njegova života, savjetovanje pacijenta, psihoterapiju, zatim rad s obitelji pacijenta tijekom bolesti pacijenta i nakon njegove smrti, psihološku pomoć i podršku ostalim članovima multidisciplinarnog tima te provođenje istraživanja u području palijativne skrbi (19).

Uloga duhovnika u multidisciplinarnom timu palijativne skrbi je pružanje duhovne pomoći pacijentu, njegovoj obitelji te ostalim članovima tima. Duhovnik pomaže u zadovoljavanju vjerskih i egzistencijalnih potreba koje pacijent, članovi njegove obitelji ili ostali članovi multidisciplinarnog tima iskažu (20).

Uloga volontera u multidisciplinarnom timu palijativne skrbi je od neprocjenjivog značenja kako za pacijenta i obitelj tako i kao jedan od načina senzibilizacije javnosti. Uključuje čitav niz volonterskih poslova, uključujući provođenje vremena s pacijentom, razgovor s pacijentom, pomoć pacijentu u svakodnevnim aktivnostima te pružanje podrške obitelji (21).

Preporuka je Europskog udruženja palijativne skrbi i Vijeća Europe da se volonteri i volonterske službe uključuju u proces palijativne skrbi, ne kao zamjena jednog od članova tima, već kao dodatak multidisciplinarnom palijativnom timu u pružanju kvalitetne palijativne skrbi (4).

6. Uloga medicinske sestre u multidisciplinarnom timu palijativne skrbi

Preuzimajući ulogu aktivnog sudionika multidisciplinarnog tima, medicinska sestra zadužena je za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege pacijenta s potrebama za palijativnu skrb, uz održavanje kvalitetne i kontinuirane suradnje s ostalim članovima multidisciplinarnog tima. Djelovanje medicinske sestre obuhvaća i pacijentovu obitelj, te je ona odgovorna za edukaciju pacijenta i njegove obitelji, te stvaranje osjećaja povjerenja i otvorene komunikacije za sva pitanja vezana za dijagnozu, prognozu, liječenje, medicinske postupke i procedure te naposljetku smrti, umiranju, tuzi i žalovanju (2). Medicinska sestra koja provodi palijativnu zdravstvenu njegu mora posjedovati, osim kompetencija iz područja opće zdravstvene njege, znanja, vještine i stavove koji su specifični za pacijente s potrebama palijativne skrbi (22).

Europsko društvo za palijativnu skrb predlaže deset kompetencija medicinskih sestara u specijalističkoj palijativnoj skrbi koje su ključne za obavljanje visokokvalitetne palijativne skrbi. Navedene kompetencije prema Hrvatskoj komori medicinskih sestara nadopuna su kompetencijama medicinskih sestara opće zdravstvene njege. Zadovoljavajući svih deset ključnih kompetencija, medicinska sestra bi kao član multidisciplinarnog tima palijativne skrbi u svome radu bila samostalna te pridonosila boljem ishodu palijativne skrbi za pacijente i obitelj (22).

U kompetencijama se posebice naglašava mogućnost medicinske sestre da primjeni sastavnice palijativne skrbi u okružju pacijenta i njegovu obitelj. Medicinska sestra trebala bi razumjeti značenje neizlječive bolesti, primjenjivati načela palijativne skrbi i biti sposobna primijeniti palijativni pristup, uz razumijevanje o načinu na koji fizičke, psihološke, socijalne i duhovne komponente utječu na pacijente, uvažavajući njegove vrijednosti i vjerovanja. Palijativna skrb trebala bi se odvijati na mjestu koje odabere pacijent ili njegova obitelj, i to u onome obliku skrbi koji zahtijevaju potrebe (22).

Nadalje, ističe se da medicinska sestra mora omogućiti pacijentu da se osjeća što ugodnije tijekom cijele bolesti, da nema bolove ni druge simptome bolesti. Pri tom, potrebno je kontinuirano procjenjivati potrebe i poteškoće pacijenta, zbrinjavati ih i evaluirati. Pri

planiranju skrbi moraju se predvidjeti i potencijalne komplikacije koje bi mogle narušiti kvalitetu života pacijenta (22).

Posebne kompetencije odnose se na psihološke potrebe pacijenta te se naglašava važnost medicinske sestre da ih prepozna te doprinese uspješnom suočavanju s bolešću i trenucima pogoršanja i progresije bolesti. U slučaju psiholoških poteškoća, medicinska sestra treba definirati problem, planirati rješavanje nastalog problema te prepoznati kada je u skrb potrebno uključiti psihologa ili psihijatra. Nadovezujući se na psihološke potrebe, jednako je važno udovoljiti pacijentovim socijalnim potrebama (22).

Narušeni međuljudski odnosi pacijenta i njegove obitelji, novčani problemi uslijed povećane potrebe resursa, problemi na poslu u pacijenta s potrebom za palijativnom skrbi mogu uzrokovati tjeskobu i zabrinutost te tako narušavati kvalitetu njegovoga života. Medicinska sestra pri pružanju palijativne skrbi treba procijeniti kako je novonastala situacija utjecala na društvene odnose pacijenta i njegove obitelji, informirati ga o raspoloživim potporama i pravima iz područja socijalne i zdravstvene skrbi, a po potrebi uključiti u plan skrbi druge stručnjake. Novonastala situacija i suočavanje s neizlječivom bolesti, u pacijenta mogu probuditi brojna duhovna i egzistencijalna pitanja. Medicinska sestra mora omogućiti pacijentu da razgovara o duhovnim temama te ukoliko on iskaže vjerske potrebe, uključiti ih u plan skrbi i po potrebi pacijenta i obitelj uputiti duhovniku (22,23).

Osim za pacijenta, medicinska sestra skrbi i za članove njegove obitelji. Shodno tome, iduća se kompetencija odnosi na sposobnost medicinske sestre da pruža podršku i uočava teškoće obiteljskih njegovatelja, bilo da se radi o teškoćama pri pružanju skrbi ili pojavi patnje i preopterećenju. Pri svakoj utvrđenoj teškoći, medicinska sestra im mora omogućiti psihološku podršku te ih, po potrebi, uputiti drugim stručnjacima. Također, naglašava se važnost poznavanja tijeka procesa žalovanja i prepoznavanja poteškoća s gubitkom i procesom žalovanja. Važno je da medicinska sestra pruža kontinuiranu podršku članovima obitelji kroz cjelokupan proces žalovanja. Medicinska sestra kompetentna je djelovati u skladu sa zakonima, etičkim načelima, poštovati autonomiju pacijenta i njegove želje i sustav vrijednosti. Nadalje, kompetencije medicinske sestre uključuju i sposobnost koordinacije skrbi, poznavanje prednosti multidisciplinarnog timskog rada i uloge svakog člana tima pri skrbi za pacijenta kako bi se osigurao kontinuitet skrbi između različitih službi i mjesta skrbi. Interpersonalne i komunikacijske vještine koje mora posjedovati medicinska sestra koja pruža palijativnu skrb trebaju doći do izražaja u odnosu s pacijentom i članovima obitelji, ali i unutar tima i u suradnji sa stručnjacima i kolegama u ostalim zdravstvenim službama. Svaki pacijent je osoba za sebe, a ovisno o njegovoj dobi, intelektualnim i kognitivnim sposobnostima, medicinska sestra dužna

je poznavati različite oblike komunikacije, prilagođavati način izražavanja i poštivati količinu informacija koju je pacijent spreman primiti i podijeliti sa članovima obitelji. Ostvarivanje kvalitetne komunikacije pogotovo je važno pri priopćavanju loših vijesti. Veliku ulogu medicinska sestra ima i pri senzibilizaciji i edukaciji javnosti o provođenju palijativne skrbi i zagovaranju prava pacijenata s potrebama za palijativnom skrbi. Naposljetku, naglašava se važnost samosvijesti, trajne edukacije i kontinuiranog profesionalnog usavršavanja kroz studije, tečajeve, radionice te znanstvene i istraživačke radove (22,23).

7. Palijativna zdravstvena njega

Iako pacijentovu bolest ne možemo izliječiti, to ne znači da pacijentu ne možemo pomoći ni na koji način. Pružanjem palijativne zdravstvene njege, smrt nije moguće uvijek odgoditi, ali možemo pacijentu osigurati da aktivno živi dok ona neizbježno ne nastupi. Naglasak na važnost svake osobe u svakom trenutku njegova života od primarnog je značenja u palijativnoj zdravstvenoj njezi (2). U naglašavanju takve percepcije Cicely Saunders je isticala „*Vrijediš jer si ti ti, i vrijediš do kraja svoga života. Mi ćemo učiniti sve što možemo, ne samo da spokojno umreš, već da živiš dok ne umreš.*“ (24.)

Začetci organizirane palijativne zdravstvene njege primjećuju se još tijekom Krimskog rata, kada je svojim radom Florence Nightingale ukazivala na potrebu zadovoljavanja tjelesnih, psihičkih, socijalnih i duhovnih potreba pacijenata pred kraj života. Nadalje, Virginia Henderson u svojoj definiciji zdravstvene njege prvi puta u povijesti uključuje pacijente pred kraj života u djelokrug rada medicinske sestre, navodeći da je „*uloga medicinske sestre je pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju onih aktivnosti koje pridonose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi obavljao samostalno kada bi za to imao potrebnu snagu, volju ili znanje.*“ (25). Također, primjenom procesa zdravstvene njege medicinska sestra pomaže pacijentu i njegovoj obitelji zadovoljiti osnovne ljudske potrebe te doprinijeti očuvanju kvalitete života do posljednjeg trenutka života. Proces palijativne zdravstvene njege je aktivna sveobuhvatna skrb o pacijentu s potrebama za palijativnom skrbi. Sve intervencije medicinske sestre su, pritom, u procesu palijativne zdravstvene njege usmjerene osiguravanju najveće moguće razine kvalitete života pacijenta uz zadržavanje najvećeg mogućeg stupnja samostalnosti u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba (2). Proces palijativne zdravstvene njege sastoji se od 4 faze: utvrđivanje potreba, planiranje zdravstvene njege, provođenje zdravstvene njege i naposljetku njene evaluacije (26). Stanje pacijenata s potrebama palijativne skrbi podložno je promjenama, stoga je bitna kontinuirana procjena stanja (2).

Intervencije medicinskih sestara u provođenju zdravstvene njege ne proizlaze izravno iz medicinske dijagnoze, već se utvrđuju u prvom koraku procesa zdravstvene njege. Poblize, svaka intervencija medicinske sestre usmjerena je rješavanju pacijentovog problema – stanja koje odstupa od normalnog ili poželjnog, a kojeg je medicinska sestra ovlaštena tretirati (2). Shodno tome, i kada je izlječenje bolesti nemoguće te je smrt jedini realni ishod, uloga medicinske sestre u provođenju palijativne zdravstvene njege ostaje ista. Kao aktivni član multidisciplinarnog tima palijativne skrbi medicinska sestra kako bi tjelesne, psihološke, socijalne i duhovne potrebe bile zadovoljene, planira, provodi i evaluira zdravstvenu njegu

pacijenta s potrebama za palijativnom skrbi s ciljem održavanja najbolje moguće kvalitete njegova života do trenutka smrti. Ključne komponentne palijativne zdravstvene njege su i pružanje podrške članovima obitelji pacijenta s potrebom za palijativnom skrbi tijekom trajanja bolesti, umiranja i u procesu žalovanja. Svaki pacijent jedinstven je po svojoj osobnosti, životnim iskustvima te odnosu s okolinom. U razdoblju pružanja palijativne skrbi, jedinstvene će biti i njegove tjelesne, psihičke, socijalne i duhovne potrebe, pa i samo poimanje smrti i umiranja. Shodno tome, medicinska sestra u pružanju i provođenju palijativne zdravstvene njege mora uvažavati pojedinca, njegovu individualnost, dostojanstvo i stvoriti odnos povjerenja i poštovanja, odnosno procesu zdravstvene njege pristupiti primjenjujući holistički pristup (2).

Pacijenti s potrebama za palijativnom skrbi susreću se s različitim tjelesnim, psihičkim, socijalnim i duhovnim poteškoćama, koji su kroz progresiju bolesti podložni promjenama. Da bi se tretirale, svaki član multidisciplinarnog tima treba ih prepoznati i u okviru svojih kompetencija aktivno djelovati na njihovu zbrinjavanje (2).

7.1. Tjelesne poteškoće

U pacijenata s potrebom za palijativnom skrbi javljaju se različiti tjelesni simptomi, koji su za pacijenta neugodni, narušavaju njegovo opće stanje, te znatno utječu na kvalitetu njegova života (1). Mogu biti posljedica osnovne bolesti, progresije bolesti ili komorbiditeta ili se javiti uslijed određenih dijagnostičko-terapijskih postupaka (2).

Od respiratornih poteškoća česta je **dispneja**. Dispneja je subjektivni osjećaj nedostatka zraka i jedan od najčešćih simptoma karcinoma pluća (1). Razne je etiologije, može biti ventilacijska (uslijed smanjene prohodnosti dišnih puteva), kardijalna, hematogena (zbog teških anemija), metabolička (uzrokovana acidozom), neurogena te psihogena. Ovisno o tome da li se javlja pri udahu ili pri izdahu, razlikujemo inspiratornu i ekspiratornu dispneju. Uloga medicinske sestre je primarno promatranje i aktivno procjenjivanje disanja pacijenta, te prepoznavanje patoloških oblika disanja (hiperpneja, ortopneja, Kussmaulovo disanje, Biotovo disanje, Cheyne-Stokesovo disanje) (2). Potrebno je redovito kontrolirati vitalne funkcije, procjenjivati disanje u mirovanju i naporu, plinove u krvi, provoditi položajnu drenažu, poticati na uzimanje tekućine te educirati i poticati na vježbe disanja i tehnike relaksacije (27). Osim toga, korisno je osigurati mikroklimatske uvjete (2). Farmakološko liječenje uključuje opioide, anksiolitike, bronhodilatatore i kortikosteroide (28). Terapija kisikom može biti korisna ako je

pacijent hipoksičan ili se javlja dispneja u mirovanju, ali treba postupati s oprezom jer kod pacijenata s kroničnom opstruktivnom plućnom bolesti može izazvati suprotan učinak (1). Ako postoji nedoumica, prema odredbi liječnika potrebno je primijeniti kisik pomoću nosne kanile i procijeniti korisnost primjene kisika na osnovu jačine simptoma i vrste oboljenja (28).

Idući česti respiratorni simptom je **kašalj**. Javlja se kao voljna ili refleksna pojava i služi eliminaciji sekreta ili stranog tijela ili uslijed promjene kvalitete zraka. Čest je simptom mnogih respiratornih bolesti. Može biti akutan ili kroničan te suh ili produktivan (1). Dugotrajan kašalj pacijenta iscrpljuje, uzrokuje mišićnu bol, budi noću, radi čega je umoran, ne spava. Može uzrokovati i smetnje pri uzimanju hrane i tekućine (2). Najbolji supresivi kašlja su opioidi, osobito u pacijenata s karcinomom pluća. Najčešće se primjenjuje kodein, koji osim antitusivnog učinka, ima i analgetsko i blago sedativno djelovanje. Također djeluje i kao antidijaroik pa treba obratiti pozornost da ne dođe do opstipacije (1). Medicinska sestra pacijenta može podučiti tehnikama kašljanja i iskašljavanja, poticati na prestanak pušenja, hidraciju i odmor (27).

Od gastrointestinalnih simptoma, česti su mučnina i povraćanje. **Mučnina** je subjektivna pojava osjećaja gađenja u želudcu i stražnjem dijelu ždrijela. U palijativnoj skrbi, mučnina je treća najčešća nuspojava kemoterapije. Mučnina može i ne mora rezultirati povraćanjem. **Povraćanje** je izbacivanje želučanog sadržaja zbog nevoljne kontrakcije trbušnih mišića. Ukoliko se radi o kroničnom povraćanju, posljedice mogu biti pothranjenost, dehidracija, gubitak tjelesne težine i razni metabolički poremećaji. Za uspješno liječenje ovih smetnji potrebno je utvrditi uzrok jer o njemu ovisi izbor intervencija. Medicinska sestra pacijentu pomaže uklanjanjem neugodnih mirisa i poticanjem na smanjenje aktivnosti. Osim toga, potrebno je prozračiti prostoriju i koristiti tehnike relaksacije (27). Ako pacijent povraća, potrebno je provesti pravilnu njegu usne šupljine (2). Farmakološki izbori liječenja kod mučnine i povraćanja uključuju antiemetike koji blokiraju refleks povraćanja, zatim kortikosteroidi i prokinetička sredstva (28).

Gubitak apetita negativno utječe na proces i učinkovitost liječenja te dovodi smanjene tjelesne izdrživosti, smanjene otpornosti na infekcije te naposljetku produžuje liječenje. Za poticanje apetita, potrebno je utvrditi preferiranu hranu pacijenta, kao i ublažiti bol i mučninu ukoliko oni uzrokuju gubitak apetita (2).

Štucavica se javlja nekoliko puta u minuti uslijed kontrakcije dijafragme (2). U onkoloških pacijenata kod kojih su zahvaćeni frenički živci, vagusni živci ili moždano deblo javlja se višednevna štucavica (28). Može se javiti i uslijed distenzije želuca, uremije ili infekcije. Kratkotrajna štucavica zaustavlja se tehnikama poput zadržavanja daha desetak

sekundi, brzog ispijanja čaše hladne vode, disanja u papirnatu vrećicu, gutanjem suhog kruha ili povlačenjem za jezik. Dugotrajna štucavica je za pacijenta iscrpljujuća. U liječenju se može davati metoklopramid, midazolam, razni antikonvulzivi, zatim antacidi i inhibitori protonske pumpe (2).

Kserostomija je naziv za subjektivan osjećaj suhoće usta. Uzroci mogu biti dehidracija, anksioznost, strah, određeni lijekovi, zračenje tumora u području glave i vrata i sustavni poremećaji. Kada traje, kod pacijenta izaziva nelagodu, poteškoće u gutanju, govoru i žvakanju hrane, a dugoročno može dovesti do pothranjenosti. Žvakanje žvakaće gume, kiselo voće ili češće konzumiranje malih gutljaja vode mogu biti koristi: Međutim, određenog načina liječenja, osim simptomatskog i lijekovima koji potiču stvaranje sline, poput pilokarpina i cevimelina, za sada nema (2).

Sijaloreja je naziv za pojačanu produkciju sline i česta je u pacijenata s Parkinsonovom bolesti, amiotrofičnom lateralnom sklerozom, demencijom i slične (2). Može dovesti do problema s gutanjem, dehidracije, a pacijent se zbog osjećaja srama može izolirati iz društva. Za kontroliranje produkcije sline, osim farmakološkog liječenja, mogu se izvoditi vježbe jačanja oralne muskulature, postavljanje glave u pravilan položaj, žvakanje žvakaće gume, uz pravilnu njegu usne šupljine i poticanje pravilne hidracije (29).

Nadalje, osim smetnji vezanih za respiratorni i gastrointestinalni sustav, česte su smetnje vezane uz urinarni sustav poput inkontinencije i retencije urina. **Inkontinencija urina**, odnosno nevoljno otjecanje urina dovodi do niza psihosocijalnih poteškoća kod pacijenta. Budi osjećaje srama, neugode, a često i boli te narušava dostojanstvo pacijenta. Predstavlja dodatne poteškoće i za osobe koje skrbe o pacijentu, pa se kod pojave inkontinencije, obitelj pacijenta žali na povećan opseg poslova (30). Liječenje inkontinencije ovisi o njenom uzroku, vrsti inkontinencije i životnim navikama (2). Medicinska sestra može savjetovati pacijenta da nosi odjeću koja se lako skida, redovito mijenja donje rublje i održava higijenu spolovila te pružiti podršku obitelji u skrbi za pacijenta (27).

Najčešća posljedica djelovanja kemoterapije je **alopecija**. Pacijentima, a posebno ženama, alopecija može jako urušiti samopouzdanje i samopoštovanje iako su svjesni da je gubitak kose privremen. Medicinska sestra treba ukazati pacijentima na mogućnost nošenja vlasulja te im pružati kontinuiranu psihološku podršku (2).

7.2. Bol

Bol je najčešći simptom pacijenata s potrebom za palijativnom skrbi. Prema Margo McCaffery bol se definira kao subjektivan osjećaj koji uključuje sve ono što osoba kaže da jest, i postoji kad god osoba kaže da postoji. Kategorizira se na više načina: prema brzini pojavnosti, uzroku, intenzitetu i trajanju (2).

Prema brzini pojavnosti, razlikuje se brza i spora bol. Brza bol se javlja 0,1 sekundu nakon bolnog podražaja te se opisuje kao oštra, probadajuća, bockajuća i sl. Spora bol se osjetit jednu sekundu ili više nakon podražaja, a potom se kroz više sekundi ili minuta postupno pojačava. Sporu bol pacijenti opisuju kao žareću, muklu, pulsirajuću i sl. (2).

Kada je uzrok boli poznat, odnosno kada se bol javlja uslijed poznate upale, tumora, ozljeda ili infekcija, tada ju nazivamo specifičnom boli. U suprotnom, kada za bol ne znamo specifičan uzrok ili ona traje duže nego što je predviđeno, bol nazivamo nespecifičnom. Takva bol je najčešće povezana s psihološko-psihijatrijskim čimbenicima, može se javiti uslijed anksioznosti, depresije, straha i tuge uslijed blizine smrti, poremećenih socijalnih odnosa i sl., a pri prepoznavanju i kontroli ovakve boli potrebno je poznavati koncept totalne boli. (2).

S obzirom na to kada je bol počela i koliko traje, bol može biti akutna ili kronična. Akutna bol je oštra, počinje iznenadno i traje nekoliko sati ili dana. Osoba može jasno lokalizirati bol i teško je podnosi, ali zbog relativno kratkog trajanja i dobrog reagiranja na analgetike, psihološki simptomi kod pacijenata s akutnom boli su minimalni. S druge strane, kronična bol se razvija postupno i može trajati od nekoliko dana do nekoliko godina. Najčešće je pacijenti opisuju kao tupu bol te je teže lokaliziraju. Liječenje kronične boli je teže i traje duže, radi čega ova bol utječe na kvalitetu života osobe. Kronična bolest je česta kod malignih bolesti pa se često naziva i maligna bol, koja može biti pozadinska, stalno prisutna, ili probadajuća koja se pojavljuje povremeno, uslijed određenih aktivnosti ili neovisno o aktivnostima. Kronična bol se može podijeliti i prema lokalizaciji oštećenja, pa se ona kronična bol kod koje je uzrok oštećenja živaca naziva neuropatska bol, a ona do koje došlo uslijed ozljede unutarnjih organa se naziva visceralna bol (2).

Cicely Saunders razvija koncept totalne boli, koja uključuje fizičke, psihičke, socijalne i duhovne aspekte boli. Istovremeno, naglašava da je pojava boli za pacijenta cjelokupno iskustvo, te da ga se ne smije rastavljati na dijelove pri tretiranju (31). Shodno tome, u kontroli i olakšavanju boli u palijativnoj skrbi, potreban je sveobuhvatan pristup, koji uključuje farmakoterapiju, psihološku podršku i edukaciju. To je moguće jedino provođenjem aktivnosti multidisciplinarnog tima palijativne skrbi, u kojem svaki član dobro poznaje svoje područje

rada, ulogu svih ostalih članova te koncept totalne boli i ublažavanja drugih neugodnih simptoma. Svojim međudjelovanjem članovi tima utječu na poboljšanje funkcionalnih sposobnosti pacijenta, smanjenje učestalosti i jačine boli te na bolju kvalitetu života pacijenta (32).

Ublažavanje boli u palijativnoj skrbi je jedan od najvažnijih zadataka palijativne skrbi. Da bi se započelo njezino ublažavanje, bol se najprije procjenjuje. Pri prepoznavanju i procjeni boli, s obzirom na to da je ona subjektivan doživljaj, zlatni standard je izjava pacijenta (33). Važno je da pacijent opiše bol, trajanje boli, njene karakteristike, eventualno širenje, intenzitet boli, što ublažava ili pojačava bol, te koji su popratni simptomi i znakovi. Pritom, članovi tima mogu promatranjem pacijenta ponekad i sami uočiti određene fiziološke pokazatelje boli poput tahikardije, tahipneje, znojenja, ili promjene ponašanja uslijed boli (plač, dodirivanje bolnog mjesta, gubitak apetita, poremećaj spavanja i sl.) (2).

Pri procjeni boli u pacijenta s potrebama za palijativnom skrbi, važno je bol procijeniti i kroz psihosocijalne i duhovne dimenzije, odnosno postojanost psihosocijalnih i duhovnih faktora koji utječu na bol (32). Za lakšu procjenu boli koristimo se upitnicima i skalama. Pri tome možemo koristiti jednodimenzionalne skale poput vizualno-analogne skale, numeričke skale i verbalne skale boli. Takve skale služe za procjenu jačine boli, davanjem jačini boli pripadajuću numeričku varijablu na način da odabere broj od 1 do 10, zatim jedan od slikovnih prikaza koji prikazuju lica čijim izrazima su dodijeljene brojčane ocjene i sl. Multidimenzionalne skale daju boli više dimenzija. U multidimenzionalne skale ubrajamo Comfort skalu i McGillov upitnik. Kvalitetu boli može opisati isključivo osoba koja ju osjeća, a prema riječima kojima ju pacijent opisuje kvalitetu boli, razlikujemo osjetne, evaluativne i afektivne aspekte boli (2).

Procjena boli je otežana kada se radi o pacijentu s nemogućnošću govora ili intelektualnim poteškoćama. Tada je zadatak medicinske sestre da vještinom promatranja primijeti pojavu boli u pacijenta te procjeni njene karakteristike. Pri tome može koristiti skale dizajnirane za procjenu boli u pacijenata kod kojih se ne može dobiti verbalni opis boli. Primjer takve skale je FLACC skala, predviđena za djecu u dobi od 2 mjeseca do 7 godina, koja se sastoji od pet parametra (izraz lica, položaj nogu, aktivnost, plač i utješljivost) kojima se dodjeljuje brojčana ocjena (34). Abbey ljestvica za bol je idući primjer ljestvice koja je namijenjena za procjenu boli u pacijenta koji ne mogu verbalizirati bol. Promatrajući pacijenta, bodujemo šest parametra: glasanje (npr. plače, cvili), izraz lica (npr. napet, namršten, grimase), promjene u govoru tijela (npr. ljulja se, štiti dio tijela), promjene u ponašanju (npr. zbunjen,

odbija hranu), fiziološke promjene (npr. povišen tlak ili temperatura, znojenje), Tjelesne promjene (npr. dekubitus, artritis, prijašnje ozljede) (35).

Sveobuhvatan pristup u liječenju boli u pacijenta s potrebama za palijativnom skrbi uključuje farmakoterapiju, psihološku podršku i kontinuirano praćenje boli. Cilj liječenja boli je poboljšanje funkcionalnih sposobnosti pacijenta, kontrola i ublaživanje boli te bolja kvaliteta života pacijenta (32). Shodno tome, medicinska sestra će ukloniti čimbenike koji bol mogu pojačati, primijeniti farmakološku terapiju prema odredbi liječnika, pružati pacijentu psihološku podršku, poticati ga da verbalizira bol, poticati ga da priča o svojim strahovima i kroz razgovor ih umanjiti (36).

7.3. Psihološke poteškoće

Suočavanje s neizlječivom bolešću i svim načinima na kojima ona mijenja tok pacijentovog života, a naposljetku suočavanje i s potencijalnom smrću, za sve pacijente predstavlja veliki izazov. Način na koji pacijent reagira na dijagnozu, prilagođava se novonastaloj situaciji i suočava se s neizlječivom bolešću jedinstven je za svakog pacijenta, a ovisi o mnogim faktorima kao što su vjerovanja i vrijednosti pacijenta, životna iskustva, prijašnja susretanja s bolestima, obiteljska dinamika i podrška okoline. Kod pacijenata dolazi do pojave različitih emocija, a osim kao odgovor na dijagnozu bolesti, mogu se javljati različite psihološke poteškoće kao posljedice same bolesti, dijagnostičko-terapijskih postupaka, komplikacije bolesti ili kao nuspojave određenih lijekova (33). Najčešće se kod pacijenata javljaju tuga, anksioznost, osjećaj krivnje, frustracija, ljutnja, emocionalna bol i strah (2).

Anksioznost je osjećaj neugode i straha kojeg prati napetost, panika i tjeskoba (27). Može imati organski uzrok poput hipoksije, sepse i dehidracije. Često se javlja kao simptom depresije ili drugog psihijatrijskog stanja (37). Iako se često javlja u svezi procesa umiranja i smrti, u pacijenata s potrebom za palijativnom skrbi može se javiti uslijed zabrinutosti o kvaliteti života, financijskim poteškoćama, promjenama u obiteljskim ili drugim bliskim odnosima, ovisnosti o drugim osobama ili duhovnim pitanjima. Važna je i pozitivna anamneza u vidu prijašnjih dokumentiranih anksioznih poremećaja kod pacijenta (33). Pri prepoznavanju simptoma anksioznosti, bitno je znati da se ona može manifestirati fiziološkim, emocionalnim i kognitivnim simptomima. Pritom, fiziološki simptomi mogu biti tahikardija, tahipneja, hipertenzija, palpitacije, poremećaj spavanja i sl. Emocionalni simptomi mogu biti nervoza, razdražljivost, negativizam, osjećaj bespomoćnosti i gubitak kontrole. Od kognitivnih simptoma, mogu se prepoznati smanjena razina koncentracije, pacijent može biti zaboravljiv i

zbunjen (2). Liječenje anksioznosti uključuje kognitivno-bihevioralnu terapiju te anksiolitike poput benzodiazepina (38). Uloga je medicinske sestre stvoriti odnos povjerenja s pacijentom, potaknuti ga da verbalizira svoje osjećaje i opažati neverbalne izraze anksioznosti (27).

Depresija spada u poremećaje raspoloženja (1). Osim što je povezana s tumorskim oboljenjima, depresija se može javiti i uslijed loše kontrole boli, smanjenje samostalnosti pacijenta zbog bolesti, promjena u obiteljskim i drugim društvenim odnosima, financijske poteškoće koje se javljaju zbog liječenja, promjena u fizičkom izgledu, socijalne izolacije i sl. (33). U pacijenta se primjećuju smetnje spavanja, zabrinut je, razdražljiv, povlači se u sebe, izražava osjećaje bespomoćnosti i beznađa, plače, gubi interes za okolinu, a moguće je da se jave i suicidalne ideje (2). Liječenje antidepresivima u pacijenata s potrebom za palijativnom skrbi može dovesti do nepotrebne sedacije, opstipacije i retencije urina te pojave suhih ustiju. Nefarmakološko liječenje zasniva se na psihosocijalnoj pomoći multidisciplinarnog tima palijativne skrbi i članova obitelji (1). Uloga medicinske sestre je ostvarivanje uspješne komunikacije s pacijentom, aktivno slušanje i razumijevanje pacijenta te prepoznavanje kada je potrebno u skrb pacijenta uključiti odgovarajuće stručnjake (33).

7.4. Socijalne poteškoće

Neizlječiva bolest mijenja pacijentov život u potpunosti, obuhvaćajući pritom i njihovo socijalno okruženje. Često narušava socijalne odnose i dovodi do gubitka socijalne podrške (2). Sprječavanje socijalne izolacije i usamljenosti je jedna od glavnih aktivnosti u procesu palijativne skrbi, jer većina pacijenata s potrebom za palijativnom skrbi doživi neki oblik socijalne izolacije. Povećan je rizik od socijalne izolacije i usamljenosti u pacijenata sa smanjenom pokretljivošću i psihičkim poteškoćama, a kritični čimbenici su i intelektualne poteškoće, socioekonomski čimbenici, hospitalizacija (39).

Smanjena socijalna interakcija odnosi se na stanje nedovoljnog ili nezadovoljavajućeg odnosa s okolinom (40). **Socijalna izolacija** je stanje u kojem se pacijent izražava subjektivni osjećaj usamljenosti te želju i potrebu za većom povezanosti s drugima, koju nije sposoban ili ne može ostvariti (39). U pacijenta se može prepoznati anksioznost, manjak motivacije i samopouzdanja, nelagoda u društvenoj okolini, osjećaj odbačenosti, tuga i sl. Uloga medicinske sestre je uspostavljanje odnosa povjerenja, pružanje podrške, razvijanje strategije suočavanja sa stresom, poticanje na razgovor o svojim osjećajima. Od neprocjenjivog je značenja uključiti obitelj u skrb, upoznati pacijenta i obitelj s grupama podrške, poticati na pozitivno promišljanje, društvene interakcije te uključiti ostale članove multidisciplinarnog tima u skrb (40).

7.5. Duhovne poteškoće

Svaki pacijent u situaciji suočavanja s neizlječivom bolešću i procesom umiranja proživljava duhovnu bol te traži značenje, nadu, smisao. Naglašava se važnost duhovnih potreba pacijenata s potrebama za palijativnom skrbi, za koje se često misli da se javljaju isključivo u odnosu s vjerskim potrebama, iako se one javljaju i u pacijenata koji ne pripadaju niti jednoj religijskoj skupini. Pacijent i obitelj u situaciji neizlječive bolesti često odgovore pronalaze u vjeri, što utječe na njihovo prihvaćanje bolesti, suočavanje s procesom umiranja pa i na odluku o načinu liječenja. Duhovne potrebe pacijenta uključuju potrebu pacijenta da pronade smisao života, potrebu traženja odgovora na važna egzistencijalna pitanja, potrebu za zajedništvom, potrebu da ga se promatra kao osobu, uvaži njegov način života te da iskoristi svoje duhovne potencijale. Medicinska sestra u suradnji s ostalim članovima multidisciplinarnog tima u palijativnoj skrbi, pacijentu treba osigurati okruženje u kojem se osjeća slobodnim verbalizirati sve svoje strahove, osjećaje, egzistencijalna pitanja te prakticirati svoje vjerske potrebe. Medicinska sestra najviše vremena provodi uz pacijenta i mora biti spremna održavati razgovor s pacijentom o njegovim duhovnim potrebama, čak i kada je duhovnik član multidisciplinarnog palijativnog tima. Pritom, u razgovoru treba pokazivati suosjećanje i empatiju, a nikako ne smije nametati vlastita uvjerenja ili osuđivati pacijenta (41).

8. Značaj komunikacije u palijativnoj zdravstvenoj njezi

Preduvjet pružanja kvalitetne palijativne skrbi je upravo kvalitetna komunikacija kojom se uspostavlja povjerljivi međusobni odnos, razmjenjuju informacije i donose odluke vezane za liječenje i proces zdravstvene njege (2). U palijativnoj skrbi, ona se odnosi na komunikaciju s pacijentom, njegovom obitelji, komunikaciju među članovima multidisciplinarnog tima te komunikaciju tima s ostalim zdravstvenim ustanovama i službama.

Komunikacija s pacijentom ključna je za zadovoljavanje ciljeva zdravstvene njege i pacijentovih osnovnih ljudskih potreba (2). Individualnim pristupom procjenjuje se spremnost osobe na prihvaćanje, razumijevanje i shvaćanje pruženih informacija (12). Pritom se u komunikaciji s pacijentom naglašava važnost verbalnih i neverbalnih oblika komunikacije. Također, ističe se važnost pogleda i kontakta očima, izraza lica, dodira te otvorenog pristupa uz pokazivanje razumijevanja, prihvaćanja i empatije. U razgovoru s pacijentom potrebno je prilagoditi jezik kako bi pacijentu bio razumljiv (2). Kada je pacijent informiran, on se može

uključiti u planiranje skrbi. Pacijentu se pruža mogućnost da iskaže svoje osjećaje i želje o mjestu i načinu skrbi pa i mjestu smrti. U tim okolnostima, dobro informirani pacijent ima mogućnost razmotriti sve okolnosti i dati suglasnost za provođenje planiranih dijagnostičko-terapeutskih postupaka. Važan dio komunikacije između pacijenta i medicinske sestre je pružanje psihosocijalne podrške. Stvaranjem odnosa povjerenja i podrške, pacijentu se omogućava da verbalizira svoje osjećaje, smanjuje mu se tjeskoba i osjećaj usamljenosti te ispravljaju neznanja, pogrešna vjerovanja i eventualne predrasude (12).

Jedna od temeljnih odrednica palijativne skrbi je poštivanje autonomije pacijenta, odnosno njegovo pravo da donosi vlastite odluke. Da bi pacijent mogao donositi odluke o liječenju i procesu zdravstvene njege u palijativnoj skrbi, mora biti u potpunosti informiran o mogućnostima liječenja, planiranom procesu liječenja i zdravstvene njege. Potrebno je diskretno provjeriti je li pacijent razumio sve što mu je rečeno, kao i to da li su njegove odluke bile pod emocionalnim dojmom i reakcijom. Ovaj proces je za zdravstvene radnike često vrlo zahtjevan i iziskuje puno vremena, pogotovo kada se radi o priopćavanju loših vijesti (2).

Lošom vijesti smatramo svaku vijest koja na pacijentovu svakodnevnicu, buduće planove i prioritete utječe negativno. U trenutku saznanja loše vijesti, pacijent može iskazati niz snažnih emocionalnih reakcija, koje osim što ovise o dobi, osobnosti i životnim iskustvima pacijenta, uvelike ovise i o načinu na koji im je loša vijest prenesena. Pri planiranju priopćavanja loših vijesti, preporučeno je koristiti protokole. Jedan od najčešće korištenih protokola je protok SPIKES koji uključuje šest koraka. Prvi korak odnosi se na pripremu za razgovor. Naglašava potrebu psihološke pripreme osobe kako bi mogla smireno i učinkovito pacijentu priopćiti lošu vijest. Osim osigurane privatnosti, uz eventualnu prisutnost članova obitelji ako pacijent iskaže želju, važno je da se razgovor odvija u ugodnoj atmosferi, da se održava kontakt očima, pruža podrška i da zdravstveni djelatnik ima odgovore na potencijalna pitanja pacijenta. Prije nego što se priopći loša vijest, potrebno je procijeniti koliko znanja pacijent već ima o svojoj bolesti te koji je njegov pogled na novonastalu situaciju, postavljanjem otvorenih pitanja. Kada saznamo koje informacije su pacijentu već poznate, u daljnjem razgovoru ih kombiniramo s nepoznatim informacijama. Međutim, prije nego što pacijentu pružimo sve informacije o njegovoj bolesti, moramo utvrditi da li on to želi i poštivati njegovu odluku. Ako pacijent pristane na informaciju, kratkim uvodom potrebno je nagovijestiti da se radi o lošoj informaciji, koju postupno prenesemo koristeći se medicinskim činjenicama. Pri tome informacije moraju biti prilagođene pacijentu kako bi nas u potpunosti razumio. Po primitku loše informacije, pacijent može imati različite emocionalne reakcije koje su normalne i na koje je potrebno reagirati razumijevanjem i empatijom. U ovoj fazi priopćavanja loše vijesti, posebno je

naglašena neverbalna komunikacija, posebice dodir. Nakon što se uvjerimo da je pacijent u potpunosti razumio ono što mu je rečeno, potrebno mu je objasniti daljnje opcije liječenja, prednosti i nedostatke te naglasiti da će se kroz daljnju skrb poštivati i uvažavati njegove želje (2).

Neizlječiva bolest pacijenta uzrokuje promjenu života svih ostalih članova obitelji, pogotovo u situaciji kada oni postaju primarni skrbnici oboljelog. Dolazi do promjene obiteljskih uloga i odnosa, rutina i navika dotadašnjeg svakodnevnog života, što kod članova obitelji može dovesti do raznih emocionalnih reakcija. Često se koristi termin „skriveni pacijent“ kojim se opisuje kako iskustvo neizlječive bolesti člana obitelji snažno utječe na ostale članove obitelji. Uobičajeno se u članova obitelji javlja strah, a može se javiti i šok, zbunjenost i ljutnja. Reakcije na dijagnozu te daljnje prilagođavanje na novi način života ovise, između ostalog, i o povezanosti članova obitelji, bliskosti i načinu komunikacije te o njihovim vrijednostima i uvjerenjima. Medicinska sestra mora kontinuirano komunicirati s obitelji, pružati im podršku i savjetovati ih. Naglašava se bitnost kvalitetne komunikacije i odnosa podrške i povjerenja između obitelji i medicinske sestre onda kada je obitelj primarni skrbnik za pacijenta te mu je potrebno pružanje informacija, savjeta i praktične pomoći (12). Smrću pacijenta, komunikaciju i odnos podrške i povjerenja s obitelji je potrebno nastaviti i osigurati da proces žalovanja privedu kraju (2).

Žalovanje je proces niza tjelesnih i duševnih reakcija u osobe koja je doživjela gubitak. Gubitak osobe ili objekta s kojima je postojala osjećajna povezanost preduvjet je žalovanja. Osim toga, reakcije u procesu žalovanja mogu ovisiti o percepciji ožalošćenog o životu nakon gubitka, bez preminule osobe, kao i o društvenom i kulturnom kontekstu. Prema Bowlbyjevoj teoriji žalovanja, ono se odvija u četiri faze (2).

U *prvoj fazi* ožalošćena osoba doživljava šok, stanje nevjerice i zaprepaštenja (42). Razumije da je bliska osoba preminula, ali to emocionalno ne prihvaća. Sve aktivnosti obavlja mehanički, ispunjena osjećajem napetosti i strepnje. Javljaju se snažne emocije kao što su panika, ljutnja sve do iznenadnog veselja, a to stanje traje nekoliko sati do tjedan dana (2).

Druga faza je faza bolne čežnje za osobom. Ožalošćena osoba intenzivno misli na preminulu osobu, a mogu se javiti i tjeskoba, plač, socijalna izolacija, osjećaj krivnje i čežnje. Ljutnja je najviše izražena u prvim danima i javlja se kao reakcija na nemogućnost, a kroz par tjedana jenjava, dok se bolna čežnja zadržava duže (2).

U *trećoj fazi* ožalošćena osoba polako percipira da je osoba preminula i da se neće vratiti. Svjesnost da život treba reorganizirati bez preminule osobe može dovesti do ulaženja u faze anksioznosti i bezvoljnosti (2).

Četvrta faza je faza u kojoj se ožalošćena osoba postupno reintegrira u svakodnevni život uz prilagodbu vlastitog života i različitih sustava vrijednosti i vjerovanja. Ožalošćena osoba se okreće budućnosti (2).

Ožalošćena osoba treba proći kroz sve faze žalovanja, a koliko će se u nekoj od faza zadržati, ovisi o njezinoj osobnosti, ali i drugim čimbenicima koji na navedeno mogu utjecati. Svaka se osoba na svoj način nosi sa gubitkom. Medicinske sestre u palijativnoj skrbi moraju biti educirane o procesu žalovanja te kroz aktivno slušanje, empatiju i kvalitetnu komunikaciju, pružiti podršku ožalošćenim osobama te pritom prepoznati pokazatelje poremećenog žalovanja kod osobe (napadi straha ili tjeskobe, apatija, depresija, suicidalne misli, i sl.). Ožalošćenoj osobi treba pomoći da shvati da je gubitak stvaran, poticati ga da prepozna i doživi svoje osjećaje, da nauči živjeti bez preminule osobe, potaknuti na emocionalno premještane preminule osobe i osigurati mu dovoljno vremena za žalovanje. Ako prepozna pokazatelje poremećenog žalovanja, medicinska sestra mora uputiti ožalošćenu osobu odgovarajućem stručnjaku (42).

9. Sestrinska dokumentacija u procesu palijativne zdravstvene njege

Sestrinska dokumentacija je skup podataka koji služe za kontrolu planirane i provedene zdravstvene njege. U pacijenata s potrebama za palijativnom skrbi, sestrinska dokumentacija omogućava da se skrb za pacijenta prati kronološki, čime se osigurava kontinuitet skrbi. U multidisciplinarnom timu palijativne skrbi, pravilna i pravovremena sestrinska dokumentacija olakšava komunikaciju s ostalim članovima tima. Istraživanja su pokazala da se sestrinska dokumentacija u palijativnoj skrbi uglavnom odnosila na fizičke potrebe pacijenta. Osim fizičkih potreba pacijenta, sestrinska dokumentacija mora sadržavati i podatke o pacijentovim psihološkim i socijalnim potrebama, kao i njegova kulturološka i religijska uvjerenja. Osim toga, dokumentira se i proces skrbi za pacijenta na kraju života te njegove želje o načinu, vremenu i mjestu liječenja i nadolazećoj smrti ako ih je iskazao (43).

Kada se radi o pacijentu s potrebama za palijativnom skrbi koji se otpušta iz bolničkog liječenja kući ili u ustanovu specijaliziranu za palijativnu skrb, važno je planirati otpust kako bi se nakon bolničkog liječenja osigurao nastavak pružanja kvalitetne skrbi. Pri tome je ključna kvalitetna komunikacija s pacijentom, njegovom obitelji i drugim djelatnicima koji će po otpustu nastaviti skrb za pacijenta. Za nastavak skrbi važno je i liječničko i sestrinsko otpusno

pismo jer sadrže sve ključne podatke za nastavak skrbi (44). Liječničko otpusno pismo sadržavat će podatke potrebi za nastavkom pružanja palijativne skrbi, uključujući kroničnu terapiju i terapiju boli te preporuke za materijale i dijetalne režime prehrane te postale specifičnosti koje se tiču dijagnoze bolesti i reagiranja na liječenje. Sestrinsko otpusno pismo sadržavat će jasan popis svih problema iz područja zdravstvene njege tijekom hospitalizacije, prikaz provedenih intervencija za rješavanje problema, uz preporuke za nastavak njege ako problem nije u potpunosti riješen ili postoji rizik njegova povratka, kao i eventualnu prisutnost kroničnih rana te administrativne podatke o mjestu/ustanovi u koju se pacijent otpušta te kontakt osobe koja nastavlja skrb o pacijentu (45).

10. Zaključak

Unatoč svim aktivnostima preventivne i kurativne medicine, pacijente s neizlječivom bolešću nije moguće uvijek izliječiti. Kada izlječenje više nije moguće, nastoji se pacijentu osigurati optimalnu kvalitetu života do trenutka njegove smrti. To predstavlja temelj djelovanja palijativne skrbi. Palijativna skrb provodi se djelovanjem širokog spektra stručnjaka. Svi stručnjaci uključeni u skrb su članovi multidisciplinarnog tima, koji je ključan u ostvarenju ciljeva palijativne skrbi. Članovi multidisciplinarnog tima međusobno surađuju te u okviru svojih specifičnih kompetencija doprinose postizanju optimalne kvalitete života pacijenta do njegove smrti. Aktivnosti tima usmjerene su tretiranju boli i ostalih neugodnih simptoma, održavanje pacijentove samostalnosti u izvođenju aktivnosti svakodnevnog života, psihosocijalnoj podršci pacijentu s potrebama za palijativnom skrbi i njegovoj obitelji te zbrinjavanju njihovih duhovnih potreba.

Medicinska sestra neizostavni je član multidisciplinarnog tima. Kako bi se zadovoljile sve tjelesne, psihičke, socijalne i duhovne potrebe pacijenta, medicinska sestra treba posjedovati znanja i vještine iz područja opće zdravstvene njege, ali i područja koja su specifična za pacijente s potrebama za palijativnom skrbi. Planiranjem, provođenjem i evaluacijom zdravstvene njege pacijenta s potrebama za palijativnom skrbi doprinosi zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba od trenutka postavljanja dijagnoze, tijekom tretmana i progresije bolesti pa sve do trenutka završetka života. U skrb aktivno uključuje i pacijentovu obitelj, čija skrb se nastavlja i nakon smrti pacijenta. Svojim djelovanjem doprinosi stvaranju odnosa povjerenja, poštovanja i otvorene komunikacije između pacijenata, obitelji i svih članova tima. Uvažavanjem pacijentove individualnosti, očuvanja autonomije i dostojanstva te djelujući u okviru svojih kompetencijama na svim razinama zdravstvene zaštite medicinska sestra doprinosi kvaliteti života pacijenata s potrebama za palijativnom skrbi. Zbog svega navedenog uloga medicinske sestre u multidisciplinarnom timu palijativne skrbi nikad ne može biti preneglašena.

11. Literatura

1. Brkljačić, M., Šamija, M., Belev, B., Strnad, M., Čengić, T. Palijativna medicina. 2013.
2. Ljubičić, M. Palijativna zdravstvena njega. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2020.
3. Brajković, L., Pavić, J., Ozimec Vulinec, Š., Grahovac, I., Grgić, O., Kraljević, N., Nikić, M. Multidisciplinarni tim u palijativnoj skrbi. *Medix*, 2022; 119/120.
4. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi. Preporuke Europskog udruženja za palijativnu skrb. *European Journal of Palliative Care* 2009; 16(6): 279.
5. Ministarstvo zdravstva, Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.-2020. Zagreb, 2017.
6. Braš, M., Đorđević, V., Kandić-Splavski, B., Vučevac, V. Osnovni pojmovi o palijativnoj medicini i palijativnoj skrbi. *Medix*, 2016; 119/120: 69-76.
7. Jušić, A. Palijativna medicina – palijativna skrb. *Medicus*, 2001; 10(2): 247-252.
8. Stevens, E., Jackson, S., Milligan, S. *Palliative Nursing: Across the spectrum of care*. 2009.
9. Cesarik, M., Glavić, Ž. Povijest prvog hospicija-odjela u Hrvatskoj. *Medicinski Vjesnik*, 1994.; 26(1-4): 145-147.
10. Ministarstvo zdravstva. Investicije u razvoju palijativne skrbi. Dostupno na: [Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske - Investicije u razvoj palijativne skrbi \(gov.hr\)](http://www.mz.hr/ministarstvo-zdravstva-republike-hrvatske-investicije-u-razvoj-palijativne-skrbi)
11. Brkljačić Žagrović, M. Palijativna medicina u Hrvatskoj – nužnost implementacije u zdravstveni sustav. *Medicina*, 2010; 46(1): 37-42.
12. Rakošec, Ž., Juranić, B., Mikšić, Š., Jakab, J., Mikšić, B. Otvorena komunikacija – temelj palijativnog pristupa. *Media, culture and public relations*, 2014; 5(1): 98-103.
13. Katić, M., Bergman-Marković, B., Vinter Repalust, N. Palijativna skrb u obiteljskoj medicini. *Medix*, 2022; 119/120.
14. Šarić, D. Uloga obiteljskog liječnika u sustavu palijativne skrbi. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2019.
15. Kumar, S., Jim, A. Physical Therapy in Palliative Care: From Symptom Control to Quality of Life: A Critical Review. *Indian Journal of Palliative Care*, 2010; 16(3): 138-146.
16. Holdoway, A. Nutrition in palliative care: issues, perceptions and opportunities to improve care for patients. *British Journal of Nursing*, 2022; 31 (21). Dostupno na: <https://www.britishjournalofnursing.com/content/palliative-care/nutrition-in-palliative-care-issues-perceptions-and-opportunities-to-improve-care-for-patients>

17. Samaržija M. Radna terapija u palijativnoj skrbi. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2019.
18. Štambuk, A., Obrvan, T. Uloga, standardi i kompetencije socijalnih radnika u palijativnoj skrbi. Ljetopis socijalnog rada, 2017; 24(1): 119-146.
19. Hrvatska psihološka komora. Dopuna elaborata za stjecanje posebne dopusnice za rad psihologa u palijativnoj skrbi. Dostupno na: https://www.psiholoska-komora.hr/static/documents/Dopuna_elaborat-osebne_dopusnice_za_rad_psihologa_u_palijativnoj_skrbi.pdf
20. Bešlić, V. Duhovnost i duhovnik u palijativnoj skrbi. Nova prisutnost, 2017; 15(1): 89-100.
21. Udruga za palijativnu pomoć „Srce“ Novi Marof. Volontiranje u našoj udruzi. Dostupno na: [Volontiranje u našoj udruzi - Udruga za palijativnu pomoć "Srce" Novi Marof \(udrugasrce.hr\)](http://udrugasrce.hr)
22. Marđetko, R., Dumbović, N., Živković, A., Kovačević, B., Marković, L., Lovrić, S. Kompetencije medicinske sestre u specijalističkoj palijativnoj skrbi. Hrvatska komora medicinskih sestara. Zagreb, 2018.
23. Ključne kompetencije u palijativnoj skrbi: Bijela knjiga Europskog udruženja za palijativnu skrb o obrazovanju u području palijativne skrbi – 1.dio. European Journal of Palliative Care. 2013: 20(2).
24. Twycross, R. A tribute to Cicely Saunders. Memorial Service. (2006) Dostupno na: <https://www.stchristophers.org.uk/page.cfm/link=536>
25. Moody, L., Lunney, J., Grady, P. A Nursing Perspective on End-of-life Care: Research and Policy Issues. Journal Of Health Care Law & Policy, 1999; 2: 243-257.
26. Fučkar, G. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1995.
27. Hrvatska Komora Medicinskih Sestara. Sestrinske dijagnoze. Zagreb, 2011. Dostupno na: https://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf
28. Hrvatski Zavod za Hitnu Medicinu. Nacionalne smjernice za rad izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe s pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb. Naklada: Zagreb, 2015.
29. Paine, C., Snider III, J. When Saliva becomes a problem: the challenges and palliative care for patients with sialorrhea. Annals of Palliative Medicine. 2020; 9(3): 1333-1339.

30. Russell, D., Stoddard, M., Morgan, N., McDonald, M., Dignam, R., Bowles, K., Prigerson, H., Chughtai, B. Nurse perspectives on the psychosocial care of patients with urinary incontinence in home hospice: A qualitative study. *Palliative medicine*, 2022; 36(1): 135-141.
31. Wood, J. Cicely Saunders, 'total pain' and emotional evidenca at the end of life. *Medical Humanities*, 2022; 48(4): 411-420.
32. Braš, M., Juretić, A., Kandić-Splavski, B., Devčić, M., Persoli-Gudelj, M. Liječenje boli u palijativnoj medicini. *Medix*, 2022; 119/120
33. Watson, M., Campbell, R., Vallath, N., Ward, S., Wells, J. *Oxford Handbook of Palliative Care*. Oxford University Press, 2019.
34. Butković, D. Liječenje boli u djece. *Medicus*, 2014; 23(2): 127-137.
35. Hrvatski zavod za hitnu medicinu. *Trijaža u objedinjenom hitnom bolničkom prijemu*. Zagreb, 2018.
36. Hrvatska komora medicinskih sestara. *Sestrinske dijagnoze 2*. Dostupno na: <http://www.hkms.hr/wp-content/uploads/2019/05/Sestrinske-dijagnoze-2.pdf>
37. Palijativna skrb. Psihijatrijski poremećaji u palijativnoj skrbi. Dostupno na: [Psihijatrijski_poremecaji_u_palijativnoj_skrbi.pptx \(live.com\)](http://www.psihijatrijski-poremecaji-u-palijativnoj-skrbi.pptx)
38. Crnković, D. Anksioznost i kako ju liječiti. *Medicus*, 2017; 25(2): 185-191.
39. Dokoza, A. Uloga medicinske sestre/tehničara u provođenju palijativne skrbi. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu, 2017.
40. Hrvatska komora medicinskih sestara. *Sestrinske dijagnoze 3*. Zagreb, 2015. Dostupno na: https://bib.irb.hr/datoteka/783638.Sestrinske_dijagnoze_3.pdf
41. Matzo, M., Sherman, D. *Palliative Care Nursing*. Fifth edition. New York: Springer Publishing Company, 2019.
42. Jakšić, M. Gubitak, tugovanje i pružanje potpore. *Služba Božja*, 2014; 54 (3/4): 353-371.
43. Perić, D. Standardi kvalitete – sestrinska dokumentacija. Dostupno na: <https://www.fdmz.hr/images/tecajevi-simpoziji/osnove-palijativne-skrbi/web-5---poslijediplomski-tecaj-stalnog-medicinskog-usavsavanja-i--kategorije-osnove-palijativne-skrbi.pdf#page22>
44. Valent, R., Ljubas, A., Knežć, K. Planiranje otpusta pacijenta iz bolnice. *Sestrinski Glasnik*, 2022; 27: 103-108.
45. Klinička bolnica Merkur. Vodič za kliničku palijativnu skrb. Dostupno na: [Letak_Vodic_za_klinicku_palijativnu_skrb_KB_Merkur_Izd1_5_4_23.pdf \(kb-merkur.hr\)](http://www.kb-merkur.hr/Letak_Vodic_za_klinicku_palijativnu_skrb_KB_Merkur_Izd1_5_4_23.pdf)