Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi

Haramustek, Željka

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:063811

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

Sveučilište Sjever

Završni rad br. 947/SS/2017

Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi

Željka Haramustek, 4085/601

Varaždin, veljača 2018.godine

Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 947/SS/2017

Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi

Student

Željka Haramustek,4085/601

Mentor

dr. sc. Marijana Neuberg,

Varaždin, veljača 2018.godine

Sažetak

Palijativna skrb je najbolji primjer umijeća sestrinstva koje sagledava okolnosti i teškoće koje uzrokuju patnju i utječu na kvalitetu života bolesnika. Palijativna skrb je sveobuhvatna (psihološka, socijalna, duhovna i zdravstvena) skrb s ciljem pružanja potrebne zdravstvene njege bolesnicima s neizlječivom bolesti. Palijativni pristup je potpuno holistički pristup drugoj osobi, od koje je jedna profesionalac a druga bolesnik. Intervencije palijativne skrbi usmjerene su primarno na smanjenje patnje i boli što poboljšava kvalitetu života bolesnika.

Važnu ulogu u zbrinjavanju palijativnih bolesnika imaju medicinske sestre koje u palijativnoj skrbi skrbe za održavanje kvalitete života, poštuju ljudsko dostojanstvo i potiču na mogućnost samozbrinjavanja. Medicinska sestra u palijativnoj skrbi višestruki je aktivni sudionik koji neprestano provodi zdravstvenu njegu, koordinira i rukovodi cjelokupnim procesom skrbi. Odgovorna je za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege uz kontinuiranu procjenu, evaluaciju, edukaciju bolesnika i obitelji, te suradnju s ostalim članovima interdisciplinarnog tima. Sestrinska skrb za palijativnog pacijenta nužna je i potrebna u svim fazama bolesti, od akutne faze do terminalne faze. Medicinske sestre moraju odlikovati visoka stručnost, moralne kvalitete i visok stupanj emaptije za pacijenta i njegovu obitelj.

Ključne riječi: palijativna skrb, medicinska sestra, pacijent/bolesnik

Abstract

Palliative care is the best example of the art of nursing that considers the circumstances and difficulties that cause suffering and affect the quality of life of a patient. Palliative care is a comprehensive (psychological, social, spiritual and health) care with the aim of providing the necessary health care to patients with incurable disease. A palliative approach is a holistic approach to another person, of whom one is a professional and another is a patient. The palliative care interventions are primarily aimed at reducing suffering and pain, thus improving the patient's quality of life.

Nurses play an important role in palliative care where they take care to maintain the quality of life, respect human dignity and encourage their self-care. The nurse in palliative care is a multiple active participant who constantly performs healthcare, coordinates and manages the entire care process. She is responsible for planning, conducting and evaluating health care with continuous evaluation, evaluation, education of the patient and his/her family, and co-operation with other members of the interdisciplinary team. Nursing care for a palliative patient is essential and necessary at all stages of the disease, from the acute phase to the terminal phase. Nurses must possess high level of expertise, moral qualities and high degree of empathy for the patient and his/her family.

Key words: palliative care, nurse, patient/sick person

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR–42000 Varaždin

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za biomedicinske znanosti

PRISTUPNIK: Željka Haramustek | MATIČNI BROJ: 4085/601

DATUM: 29.11.2017. | KOLEGIJ: Palijativna zdravstvena njega

NASLOV RADA: "Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi"

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU: "The role of nurses in palliative care"

MENTOR: dr. sc. Marijana Neuberg | ZVANJE: viši predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA:

1. Ivana Živoder, dipl.med.techn., predsjednik
2. dr. sc. Marijana Neuberg, mentor
3. Damir Poljak, dipl.med.techn., član
4. Irena Canjuga, mag.med.techn. zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ: 947/SS/2017

OPIS:

U svijetu u kojem je povećana incidencija malignih bolesti, a napretkom medicine produžuje se životni vijek bolesnika i terminalni stadij bolesti. Palijativna skrb je sveobuhvatna skrb s ciljem pružanja potrebne skrbi bolesnicima s neizlječivom bolešću. Palijativna skrb nastoji postići i zadržati najbolju moguću kvalitetu života oboljelog pojedinca. Podrška koju pruža palijativna skrb mora biti usmjerena na bolesnika i njegovu obitelj. Svaki je čovjek individua za sebe, kao i njegov način i pogled na život, pa je tako i poimanje smrti individualno. Medicinske sestre imaju glavnu ulogu u palijativnoj skrbi, jer najviše vremena provode s pacijentima, te su odgovorne za stalnu procjenu i planiranje potrebne skrbi. Pružanjem sestrinske skrbi nastoji se pomoći pacijentu da živi što kvalitetnije i sa što manje boli do njegove prirodne smrti.

U radu je potrebno:
- definirati palijativnu skrb
- navesti povijest palijativne skrb
- navesti o palijativnoj skrbi u Hrvatskoj
- navesti koji sve oblici palijativne skrbi postoje
- pristup umirućem bolesniku, stadij i faze žalovanja
- uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi
- definirati sestrinske dijagnoze i intervecnije u palijativnoj skrbi
- navesti važnost komunikacije s obitelji i palijativnim bolesnikom.

REPUBLIKA HRVATSKA 5 KOPRIVNICA SVEUČILIŠTE SJEVER

ZADATAK URUČEN: 17.01.2018. | POTPIS MENTORA

UNIVERSITY
NORTH

Sveučilište
Sjever

SVEUČILIŠTE
SJEVER

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, Željka Haramustek *(ime i prezime)* pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Uloga medicinske sestre 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)
Haramustek
_____
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost 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, Željka Haramustek *(ime i prezime)* neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi *(upisati naslov)* čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Haramustek
_____
(vlastoručni potpis)

Sadržaj

1. Uvod 1
2. Palijativna skrb 3
2.1. Organizacijski oblici palijativne skrbi 4
2.2. Bolesnici kojima je namijenjena palijativna skrb 5
2.3. Interdisciplinarni tim 5
3. Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi 7
3.1. Intervencije medicinske sestre u palijativnoj skrbi 8
3.1.1. Roy adaptacijski model 9
3.2. Sestrinske dijagnoze 10
3.2.1. Kronična bol u/s terminalnom fazom osnovne bolesti 2° karcinom, što se očituje izjavom pacijenta: "unatoč lijekovima protiv bolova mene i dalje sve jako boli" i ocjenom 10 na skali za bol (0-10). 11
3.2.2. Strah u/s ishodom liječenja 11
3.2.3. Smanjeno podnošenje napora u/s dugotrajnim mirovanjem, što se očituje osjećajem umora i iscrpljenosti. 12
3.2.4. Visok rizik za dekubitus u/s dugotrajnim ležanjem 13
4. Komunikacija u palijativnoj skrbi 14
4.1. Komunikacija s palijativnim pacijentom 14
4.2. Komunikacija s obitelji palijativnog pacijenta 16
4.3. Temeljna načela i postupci savjetovanja u pružanju podrške tugujućima 17
5. Organizacijski aspekti palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 19
5.1. Modeli organizacije palijativne skrbi 20
5.1.1. Hospicij 20
5.1.2. Specijalističke medicinske sestre 20
5.1.3. Suportivni timovi 20
5.1.4. Specijalizirane jedinice i centri palijativne medicine 20

5.1.5. Ambulantno liječenje 21
5.1.6. Dnevne bolnice.....21
5.2. Strategija razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 21
5.2.1. Županijski centri za koordinaciju palijativne skrbi.....21
5.2.2. Stacionarna skrb u županijama.....22
5.2.3. Edukacija, praćenje, vrednovanje i unapređenje kvalitete 23
6. Zaključak 24
7. Literatura 25

1. Uvod

Do sredine prošlog stoljeća medicinska je znanost bila relativno ograničena u učinkovitom suzbijanju boli i kontroli simptoma. Napredak u ljekovitoj terapiji pedesetih godina dvadesetog stoljeća, u kombinaciji s većim razumijevanjem psihosocijalnih i duhovnih potreba umirućeg bolesnika, otvorio je put razvitku palijativne skrbi [1].

Cilj palijativne skrbi jest postići najbolju moguću kvalitetu života kroz olakšanje patnje, kontrolu simptoma i povrat životnih funkcija uz poštovanje osobnih, kulturnih, religijskih i etičkih vrijednosti [1].

Oblici palijativne skrbi postali su poznati u zdravstvenim krugovima Amerike i Europe s tendencijom širenja i u laičke krugove društva, da bi se u drugoj polovici dvadesetog stoljeća počeli i sustavno organizirati kao palijativna skrb, kako na terenu tako i u sklopu modernih zdravstvenih ustanova (hospicija) [1].

U palijativnoj skrbi i hospicijskom pokretu važno je pojasniti osnovne ciljeve skrbi koja se provodi u hospicijima - palijativne skrbi.Obuhvaća tri područja: smirivanje simptoma, psihosocijalnu podršku bolesnicima i medicinskom osoblju te etičke probleme vezane uz kraj života [1].

Hospicij je moderna zdravstvena ustanova s nizom sustava pružanja pomoći ljudima na kraju života, a njihovim obiteljima, čak i nakon smrti, u žalovanju. Hospicij je također i sinonim za gostoljubivost. Naziv se odnosio na konačišta uz hodočasničke putove, namijenjena putnicima, gdje su bolesni, siromašni i umorni od putovanja pronalazili smještaj i primali skrb [1].

Općenito se smatra kako su prve hospicije osnovali križari u 11.stoljeću. Do tog vremena neizlječivi bolesnici nisu primani u lječilišta jer se njihovo prisustvo smatralo štetnim procesu ozdravljenja drugih. Prvi hospiciji bili su mjesta gdje se skrbilo za putnike na polasku i dolasku iz Svete Zemlje te mjesta gdje su se mogli osvježiti. Putnici su, kao i bolesnici i umirući, također bili njegovani. Vitezovi monasi (hospitari) reda Svetog Ivana od Jeruzalema utemeljili su malu postaju u Jeruzalemu za bolesne i umorne hodočasnike, no križari su ih prisilili da krenu dalje u Tir, a zatim u Akru te naposljetku na otok Cipar [2].

Hospitari su od pape Pasqualea II. 1113. godine prepoznati kao vojni red, te su dobili podršku za prijevoz putnika u Svetu Zemlju i na povratku iz nje. Moderni hospicijski pokret i palijativna skrb svoj razvitak uvelike duguju viziji, hrabrosti i zalaganjuCicely Saunders.Medicinska sestra, socijalna radnica i liječnica, smatrana je i prihvaćena kao pionirka modernog hospicijskog pokreta.Niz godina radila je u Hospiciju sv.Josipa (Hackney, London), otvorila je St. Christiphers Hospice izvan Londona u Sydenhamu, 1967.godine.Bila je to prva moderna nastavna i istraživačka hospicijska jedinica.Cicely je posvetila svoj profesionalni i privatni život skrbi i istraživanju bolesnika koji trpe od uznapredovale i progresivne bolesti. Prepoznala je i odgovorila na neprimjećivanje potreba umirućih bolesnika i njihovih obitelji, te se uvijek koncentrirala na specifične i jedinstvene potrebe svakog pojedinog bolesnika i obitelji. Saunders je učila o potpunoj skrbi za bolesnika, skrbi za obitelj, skrbi u žalovanju te potrebi za istinskim interdisicplinarnim radom u timu. U uočljivo kratkom vremenu ona je promijenila ovaj dio zdravstvene skrbi i poljuljala mnoge od uhodanih stavova i predrasuda. Ukratko, ona je revolucionirala način na koji prihvaćamo različite potrebe umirućih bolesnika i njihovih obitelji [3].

Svaki čovjek mora imati slobodu u identifikaciji vlastitih potreba, kao i odluci kako će te potrebe zadovoljiti. U slučaju disbalansa u organizmu, razvoja bolesti, nemogućnosti zadovoljavanja potreba stvara se potreba za liječenjem i zdravstvenom njegom. Različiti stručnjaci na području sestrinstva (Henderson, Roper, Orem..) razvijali su zdravstvenu njegu kroz različite modele, definirajući zdravstvenu njegu, bolesnikove potrebe i ulogu medicinske sestre [4].

U radu će se definirati palijativna skrb kroz različite teorije, prikazati važnost postojećih oblika palijativne skrbi u Hrvatskoj, pristup umirućem bolesniku i njegovoj obitelji. Cilj rada najviše je usmjeren na sestrinsku ulogu kroz specifične sestrinske postupke koji su orijentirani na prepoznavanje sestrinskih problema iz područja palijativne skrbi iz kojih proizlaze sestrinske dijagnoze, planiranje ciljeva, provedba sestrinskih intervencija te evaluacija učinjenog. Osim svega navedenog, također specifična komunikacija ima veliku važnost u radu s umirućim bolesnikom i njegovom obitelji.

2. Palijativna skrb

Godine 1990. zbog sve veće javne i profesionalne zabrinutosti uslijed učestalog manjka kvalitetne kontrole bola, posebno za terminalne bolesnike koji boluju od karcinoma, uključila se Svejtska zdravstvena organizacija koja je objavila izvješće pod naslovom Cancer Pain Relief and Palliative Care (olakšanje boli uzrokovane rakom i palijativna skrb). Izvješće predlaže sljedeće definicije palijativne skrbi: palijativna skrb je pristup kojim se bolesnicima suočenim sa smrtonosnom bolešću i njihovim obiteljima poboljšava kvaliteta života. Započinje kada su iscrpljene klasične metode liječenja ili kada su znaci širenja maligne bolesti dosegli takav stupanj da ih bolesnik teško podnosi. Obuhvaća tri područja: smirivanje simptoma, psihosocijalnu podršku bolesnika i medicinskog osoblja te etičke probleme vezane uz kraj života. Palijativna medicina predstavlja jednu od novijih subspecijalističkih grana moderne medicine (prvenstveno onkologije, nefrologije, neurologije i anesteziologije), a rezultat je razvoja ne samo medicinskih znanosti već uopće napretka humanističke i civilizacijske misli modernog društva. Glavno središte interesa palijativne skrbi je za terminalne bolesnike, dakle bolesnike u završnom stadiju bolesti, gdje klasična, kurativna medicina svojim dijagnostički-terapeutskim kao i znanstveno-tehnološkim pristupom više ne može vratiti bolesnika u stanje zdravlja, odnosno odsustva bolesti [1].

Preporuku Vijeća Europe o organizaciji palijativne skrbi podupiru ovi principi:

- Palijativna skrb je vitalan, integralan dio zdravstvenih službi. Odredbe za njezin razvoj i funkcionalnu integraciju treba uključiti u nacionalne zdravstvene strategije.
- Svaka osoba koja treba palijativnu skrb mora do nje doći bez nepotrebnog odgađanja, na prikladnom mjestu, u skladu s osobnim potrebama i sklonostima.
- Palijativna skrb ima zadatak postići i održati najbolju moguću kvalitetu života bolesnika.
- Palijativna skrb usmjerena je na fizičke, psihološke i duhovne sadržaje vezane uz uznapredovalu bolest, stoga traži koordiniran doprinos vrlo vještog i primjereno opskrbljenog interdisciplinarnog i multiprofesionalnog tima.
- Ako to bolesnik želi, akutno nastali problemi mogu se uzeti u postupak, ali ako ne želi mogu ostati izvan postupka uz nastavak adekvatne palijativne skrbi.
- Pristup palijativnoj skrbi treba se zasnivati na potrebama i ne treba biti pod utjecajem tipa bolesti, zemljopisnog smještaja, društevno-gospodarskog statusa ili sličnih čimbenika.
- Obrazovni programi o palijativnoj skrbi trebaju se uključiti u školovanje svih zdravstvenih profesionalaca kojih se to tiče.

- Treba poduzeti istraživanja koja bi poboljšala kvalitetu skrbi. Sve zahvate palijativne skrbi treba što je više moguće potkrijepiti odgovarajućim podacima istraživanja.
- Palijativna skrb treba dobiti primjeren i pravedan stupanj financiranja.
- Kao i u svim područjima medicinske skrbi zdravstveni djelatnici uključeni u palijativnu skrb moraju u potpunosti poštovati prava bolesnika, biti u skladu s profesionalnim obvezama i strandardima i u tom kontekstu raditi u interesu bolesnika.
- Fokus palijativne skrbi u završnoj (terminalnoj) fazi bolesti nije izlječenje nego ublažavanje nelagode i boli te održavanje kvalitete života do njegovog kraja kroz kontrolu simptoma, psihološku, duhovnu i socijalnu podršku bolesnika.
- Dostupnost palijativne skrbi mora se osnivati na potrebama i ne treba je ograničavati na tip bolesti, geografsku lokaciju ili socioekonomski status onoga koji takvu skrb treba [5].

Koliko je danas neupitna i neizbježna potreba za palijativnom skrbi najbolje možemo pratiti kroz neke od preporuka formuliranih u aktu donesenom u studenom 2003. kao "Preporuke Povjerenstva ministra država članica Vijeća Europe o organizaciji palijativne skrbi": Palijativna skrb je integralni dio zdravstvenog sistema i neotuđivi element građanskog prava na zdravstvenu skrb i zato je odgovornost vlade garantirati i učiniti palijativnu skrb pristupačnom svakome tko je treba [5].

2.1. Organizacijski oblici palijativne skrbi

Organizacijski oblici palijativne skrbi razvili su se sukladno potrebama terminalno oboljelih bolesnika. Način na koji se pruža skrb upravo u onom obliku kakav bolesnik zahtijeva razvio je sljedeće organizacijske oblike skrbi [6].

Kućna hospicijska skrb je najpreferiraniji oblik koji realizira interdisciplinarni hospicijski tim u suradnji s timovima primarne zdravstvene zaštite. No, ona puno puta nije moguća ili zato jer bolesnik nema u kući osobu koja bi ga mogla njegovati, ili je pak simptomatologija preteška. U tom se slučaju bolesnik mora smjestiti u hospicij, gdje ostaje ili prolazno do oporavka ili, ako je u terminalnoj fazi, do smrti[6].

Dnevni hospicijski boravci služe resocijalizaciji kronično bolesnih i izoliranih uz mogućnost medicinskih kontrola, dobivanja usluga različitog tipa ili realizacije voljenih aktivnosti, uz istodobno oslobađanje njegovatelja od obveza spram bolesnika za jedan dan. U većim bolnicama postoje manji palijativni odsjeci, posebno uz onkološke jedinice [6].

Ambulante/savjetovališta za palijativnu skrb, posebno bol, primaju ambulantne bolesnike i usko surađuju s dnevnim boravkom i specijalističkim bolnicama [6].

Službe žalovanja su ambulantne jedinice koje surađuju s prethodno spomenutim, dajući psihosocijalnu podršku obiteljima još za života bolesnika, a posebno nakon njegove smrti, prema potrebi i dulje vrijeme [6].

2.2. Bolesnici kojima je namijenjena palijativna skrb

Pretpostavlja se kako izraz "za život opasna ili degenerativna bolest" obuhvaća široku populaciju bolesnika različite životne dobi te različitih dijagnoza koje štetno utječu na bolesnikove svakodnevne funkcije ili pak smanjuju njegov očekivani životni vijek. Na osnovu ove definicije, u odnosnu populaciju ubrajaju se:djeca i punoljetne osobe koje pate od prirođenih bolesti ili stanja koja dovode do ovisnosti o terapijama koje ih održavaju na životu i/ili dugoročne skrbi njihovih skrbnika s ciljem pružanja skrbi za obavljanje svakodnevnih aktivnosti; osobe bilo koje dobi koje pate od akutnih, ozbiljnih i po život opasnih bolesti (poput teških ozljeda, leukemije ili moždanog udara) kada je izlječenje, ako do njega dođe, vrlo dugotrajan i zahtjevan put ispunjen značajnim teškoćama; osobe koje pate od progresivnih kroničnih stanja (maligniteta, kroničnih zatajenja bubrega, bolesti jetre, moždanog udara koji je uzrokovao značajno funkcionalno oštećenje, uznapredovale srčane ili plućne bolesti, krhkosti, neurodegenerativne bolesti i demencije); osobe koje pate od kroničnih i za život ograničavajućih povreda uslijed nesreća ili drugih oblika teških ozljeda; ozbiljno i terminalno oboljeli bolesnici (poput osoba koje pate od demencije u posljednjoj fazi terminalnog stadija karcinoma ili teškog invaliditeta uslijed zadobivene moždane kapi) koji se vjerojatno neće oporaviti niti stabilizirati te za koje je intenzivna palijativna skrb vodeći fokus i cilj skrbi za vrijeme koje im preostaje [1].

2.3. Interdisciplinarni tim

Palijativnu skrb provode educirani interdisciplinarni timovi sastavljeni od liječnika, medicinske sestre, socijalnog radnika, psihologa, fizijatra, duhovnika, nutricionista te drugih stručnjaka, ovisno o potrebama bolesnika [7]. Interdisciplinarni tim mora biti visokokvalificiran, obrazovani stručnjaci i volonteri koji zajedno rade u cilju rješavanja fizioloških, psiholoških, socijalnih i duhovnih potreba bolesnika i obitelji. Osnovne značajke tima su zajednički cilj, razumijevanje uloge svakog pojedinca i njegove odgovornosti u timskom radu te otvorena i

adekvatna komunikacija između članova tima. Svaki stručnjak sa svoje perspektive procjenjuje stanje bolesnika ali skupa planiraju ciljeve skrbi, intervencije, međusobno koordiniraju u izradi plana skrbi i i implantaciji istog. Članovi tima u pristupu i provođenju palijativne skrbi moraju razumjeti promjene koje se javljaju kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti i njihovih obitelji kako bi skrb bila sveobuhvatna. Bolesnik, kao biopsihosocijalno biće, zahtjeva uključivanje različitih profesija u provođenju skrbi. Rad tima funkcionira po sljedećim principima:

- liječnik - uključuje bolesnika i obitelj u proces palijativne skrbi, zadužen je za medicinsku skrb, nadziranje provođenja palijativne skrbi, određivanje stanja bolesnika, izravno surađuje sa ostatkom tima, određuje dijagnoze i prognoze kod bolesnika, kontrolira nalaze, provođenje dijete, terapije, medicinskog tretmana, rješavanje etičkih pitanja i ublažavnje simptoma;

- medicinska sestra/tehničar - višestruki aktivni sudionik koji neposredno provodi zdravstvenu njegu, rukovodi i koordinira cjelokupnim procesom skrbi, odgovorna je za planiranje, provođenje i evaluaciju sestrinske zdravstvene njege uz kontinuiranu procjenu, evaluaciju, edukaciju bolesnika i obitelji, mora biti dovoljno fleksibilna da modificira sestrinske dijagnoze i planove zdravstvene njege u koleraciji s bolesnikovim stanjemuključujući i obitelj, često sudjeluje u rješavanju etičkih pitanja, donošenju odluka vezano uz zahtjev bolesnika i obitelj;

- psiholozi, savjetnici, socijalni radnici i medicinske sestre-provode psihosocijalnu skrb. Provođenje psihosocijalnih intervencija u terminalnih bolesnika, kao i u procesu žalovanja koristeći interdisciplinarni tim, pomažu bolesniku i obitelji da se suoče sa postojećim problemima u terminalnom stadiju bolestite da se adaptiraju na postojeću situaciju kroz savjetovanje;

- volonteri - zauzimaju integralnu ulogu i cjelokupna filozofija hospicija bila bi nezamisliva bez njih jer ako su dobro educirani mogu provoditi različite poslove i preuzimati različite uloge (dostava lijekova), a najvažnije mogu biti samo prisutni i slušati, s time obitelji mogu uvelike pomoći u procesu žalovanja [8].

3. Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi

Palijativna skrb nastoji osigurati kvalitetu života palijativnih bolesnika, posljednjoj životnoj fazi u kojoj svaki čovjek teži integraciji i pomirenju. Čovjek je više od fizičkog entiteta, manifestacija simptoma u terminalnom stadiju bolesti osim fizičkih uključuje socijalne, emocionalne i duhovne poteškoće. Temeljna vještina u palijativnoj skrbi je kontrola i ublažavanje simptoma, posebno boli, objedinjavanje fizičkih, socijalnih, psiholoških i duhovnih oblika pomoći u očuvanju dostojanstva bolesnika i njegovog integriteta, ali i integriteta obitelji. Jedna grupa stručnjaka nije u mogućnosti pružiti maksimalnu skrb, zato je neophodno uključivanje cijelog tima, stručnjaka različitih profila. Interdisciplinarni tim u procesu zbrinjavanja bolesnika kombinira principe palijativne skrbi s procjenom stanja bolesnika kao vodičem za planiranje, provođenje optimalne skrbi u interdisciplinarnom okruženju. Interdisciplinarni pristup, sudjelovanje različitih članova tima, koordinacija i suradnja mogu usporiti i ublažiti funkcionalno propadanje, umanjiti prisutnost simptoma i znakova, posebno boli, psihološke i socijalne probleme, bilo da je bolesnik kod kuće ili u stacionarnoj ustanovi. U svijetu u kojem je povećana incidencija malignih bolesti, kroničnih bolesti, sofisticiranim metodama liječenja, tehnološkim progresom produžuje se životni vijek bolesnika i terminalni stadij bolesti. Ublažavanje simptoma, boli, patnje, očuvanje kvalitete života i integriteta bolesnika temeljne su značajke hospicijske i palijativne skrbi, potrebne, ali ne i uvijek dostupne skrbi. Palijativna skrb je okvir hospicijske skrbi. Tradicionalno, palijativna skrb se primjenjivala u trenutku kad je smrt neposredno predstojala, no danas se može primjenjivati mnogo ranije već nakon postavljanja loše prognoze. Naglašava život, umiranje je normalni proces i smrt se ne može odgoditi,ali se mogu ublažiti simptomi [4].

Definicija zdravstvene njege prema V. Henderson naglašava razumijevanje teorije zdravstvene njege, modela skrbi koji upućuje na važnost "mirne smrti", očuvanja dostojanstva bolesnika u procesu umiranja. Jedan od principa zdravstvene njege i palijativne skrbi je da su bolest, oblik skrbi, umiranje i žalovanje jedinstvena vlastita iskustva. Samo poštivanjem osobnosti svakog bolesnika, pristupom usmjerenim ka pojedincu, te individualiziranim planom skrbi postiže se humani kontekst skrbi. Drugi princip temelji se na specifičnim životvnim iskustvima u zadnjoj životnoj fazi i njihovoj refleksiji na međuljudske odnose i "multidimenzionalnost" svake osobe. Iskustvo umiranja utječe na sve čovjekove dimenzije, fizičku, funkcionalnu, socijalnu, duhovnu dimenziju i osobni boljitak. Fizička dimenzija uključuje manifestaciju simptoma i stalnu progresiju bolesti [4].

Funkcionalna dimenzija manifestira se u provođenju aktivnosti svakodnevnog življenja, prisutna je smnjena mogućnost hranjenja, kupanja, odijevanja, premještanja, onemogućeno je funkcioniranje unutar socijalnog konteksta (briga za obitelj).Socijalna dimenzija manifestira se u smanjenom stupnju investiranja u međuljudske odnose, promjenama u relacijama, kvaliteti i evoluciji odnosa vezano uz progresiju bolesti. Osobni boljitak, osjećaj zadovoljstva, mogućnost samoprocjene, introspekcije koja rezultira ili ne rezultira subjektivnim osjećajem dobrobiti, prisutnosti ili odsutnosti zadovoljstva i emocionalnoj ekspresiji. Duhovna dimenzija obuhvaća doživljaj duhovnih i religijskih vrijednosti, percepciju života, patnje, smrti, života poslije smrti. Posljednja faza života omogućava pozitivni osobni rast i razvoj u suočavanju s patnjom [4].

3.1. Intervencije medicinske sestre u palijativnoj skrbi

Medicinska sestra jeodgovorna za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege uz kontinuiranu procjenu, evaluaciju, edukaciju bolesnika i obitelji, te suradnju s ostalim članovima interdisciplinarnog tima. Mora biti dovoljno fleksibilna da modificira sestrinske dijagnoze i planove zdravstvene njege u koleraciji s bolesnikovim stanjem i potrebama, uključujući i obitelj uz stalnu koordinaciju s drugim članovima tima.Često sudjeluje u rješavanju mnogih etičkih pitanja, donošenju odluka vezano uz zahtjeve bolesnika i obitelji. Svaki član tima provodi intervencije za koje je zadužen, ali neprestano surađuje s ostalim članovima tima kako bi uspješno ublažili ili riješili postojeće probleme [4].

Članovi tima u pristupu i provođenju palijativne skrbi moraju razumjeti promjene koje se javljaju kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti i njihovih obitelji kako bi skrb bila sveobuhvatna.Bolesnik kao biopsihosocijalno biće zahtijeva uključivanje različitih profesija u provođenje skrbi.Procjena stanja bolesnika inicijalna je faza procesa skrbi i točan je uvid u stanje bolesnika u trenutnoj situaciji.Medicinske sestre s ostalim članovima tima trebaju procjenjivati stanje bolesnika, utvrđivati potrebe bolesnika u cilju provođenja što kvalitetnije skrbi.Medicinska sestra mora prikupiti informacije o trenutnom stanju bolesnika, njegovim vjerovanjima, očekivanjima, razumijevanju, suočavanju i prihvaćanju situacije.Prioriteti procjene su glavni simptomi, tegobe, uzroci zabrinutosti, slušati što pacijent govori i vjerovati mu sve što je rekao [4].

Najčešće primjenjivani model zdravstvene njege terminalnih bolesnika je adaptacijski model Caliste Roy. Rješavanje problema zdravstvene njege uključuje provođenje zdravstvene njege uz individualiziran pristup i timski rad [4].

3.1.1. Roy adaptacijski model

- orijentiran je na sposobnost osobe da se prilagodi ili prihvati promjene u svom životu
- promatranje svakog pojedinca koji se prilagođava na poseban način
- usmjeren na ljudske potrebe koje možemo svrstati u 4 skupine:

1. fiziološke potrebe - disanje, eliminacija, mobilizacija, sigunost, hrana i tekućina, osobna higijena, spavanje

2. svijest (samoprihvaćanje) - fizička (tjelesni izgled), osobna (strahovi od ishoda bolesti - od gušenja, krvarenja)

3. uloge (funkcioniranje) - roditeljska, društvene, član neke udruge, aktivni član društva

4. podrška - obitelj, prijatelji, profesionalna sredina, primarna zdravstvena zaštita, crkva [4].

Pacijenti trebaju pomoć i podršku u očuvanju neovisnosti što je duže moguće.Fizička ograničenost može biti ublažena adekvatnim tretmanom i pomagalima prilikom kretanja. Specifični tretmani bolesti (radio terapija) su od velike pomoći iako je bolest neizlječiva. Takav oblik zbrinjavanja treba biti u kombinaciji sa simptomatskom terapijom. Plan njege, uspješan tretman zahtijeva pravovremenu i stalnu evaluaciju pacijenta, uspješnost primjene lijekova i ostalih terapijskih postupaka [4].

Lijekovi su glavno polazište u rješavanju mnogih simptoma.Management boli, adekvatno titriranje analgetika temeljni je princip u liječenju palijativnih bolesnika. Glavne karakteristike terapije lijekovima su primjena na usta, kad je taj oblik izvediv. "Točno na vrijeme" bolesnici moraju primati u točno određenim intervalima da bi se osiguralo kontinuirano ublažavanje simptoma.Doza lijeka, vrijeme primjene treba biti u skladu s farmakološkim djelovanjem lijeka i metaboličkim stanjem (funkcionalno stanje jetre, bubrega) pacijenta. Doze lijekova trebale bi biti dozirane tako da se postigne maksimalna dobrobit za pacijenta uz minimalne nuspojave. Tretman treba osigurati pravilnu primjenu lijeka.Prije propisivanja novih lijekova treba postojati uvid u prijašnju terapiju da bi se izbjegle moguće interreakcije između lijekova.Potrebno je stalno promatrati bolesnika i njegovo stanje [4].

Cilj zdravstvene njege palijativnog bolesnika je umanjiti ili odgoditi patnju i bol, pomoći i osigurati bolesniku kvalitetan život, omogućiti održanje dostojanstva u procesu umiranja.

Provođenjem skrbi za pacijenta, pružamo suport i obitelji koja sudjeluje ili ne sudjeluje u zbrinjavanju bolesnika[4].

U percepciji ljudi hranjenje je simbol života, hranjenje je i bazična vještina zdravstvene njege.Medicinske sestre teško prihvaćaju činjenicu da je u toku posljednjih sati prirodno da bolesnik uzima sve manje tekućine i hrane.Smanjeno uzimanje tekućine i hrane je normalni fiziološki proces kojim se organizam priprema za smrt. Glad i žeđ su rijetki u posljednjim satima i mogu biti kontroliralni jednostavnim postupcima (vlaženje usana i usne šupljine). Enteralna prehrana treba biti prekinuta kada pacijent ne može više gutati. Idealno je da pacijent ne prima parenteralno tekućinu jer se na taj način prevenira niz daljnjih komplikacija u posljednjim satima (kongestija pluća, kašalj, povraćanje, pojava edema). Subkutana infuzija (hipodermokliza) često se primjenjuje kod bolesnika u terminalnom stadiju bolesti u zadnjem stadiju bolesti.Primjena hipodermoklize ima nekoliko prednosti kao što su intermitentna primjena infuzijskih otopina, omogućava mobilnost bolesnika, može se primjenjivati u kući i jednostavna je za primjenu.Sama tehnika primjene infuzijskih otopina subkutano jednostavna je za bolesnika i za zdravstvne djelatnike. Leptirastu iglu "vensku intranilu", izgledom podsjeća na "baby sistem" s mandrenom treba postaviti pod kožu na prednju trbušnu stijenku, ruke i noge, ako nema edema. Leptirasta igla može stajati i nekoliko dana, sve dok se ne pojavi crvenilo i bolna osjetljivost. Najčešće se primjenjuje fiziološka otopina (0,9% NaCl). Brzina primjene može biti 200ml/h, no mnogim bolesnicima je dovoljno samo 50ml/h i manje.Ne preporuča se primjena otopina glukoze zbog smanjene apsorpcije.Ubodno mjesto treba svakodnevno pregledavati kako bi se pravovremeno uočilo crvenilo ili bolna osjetljivost [4].

3.2. Sestrinske dijagnoze

Sestrinske dijagnoze koje se javljaju kod palijativnih bolesnika vezane su uz napredovanje maligne bolesti, ali se javljaju kao posljedica medikacije, sekundarnih infekcija, tjeskobe i depresije. Uz odgovarajuće terapijske mjere, medikaciju, provođenje zdravstvene njege usmjereno je ka rješavanju prisutnih sestrinskih dijagnoza kroz sveobuhvatnu procjenu (fizičke, psihičke, socijalne i duhovne faktore), intervencije, te trajnu evaluaciju [4].

3.2.1. Kronična bol u/s terminalnom fazom osnovne bolesti 2° karcinom, što se očituje izjavom pacijenta: "unatoč lijekovima protiv bolova mene i dalje sve jako boli" i ocjenom 10 na skali za bol (0-10).

Kritični čimbenici:

- maligna oboljenja

- bolesti organskih sustava

- pritisak na dijelove tijela

Vodeća obilježja:

- pacijentova izjava o postojanju, intenzitetu, lokalizaciji i trajanju boli dužem od šest mjeseci

- razdražljivost, nemir, depresija, umor, nesanica, ljutnja

Cilj: Pacijent će na skali boli iskazati nižu razinu boli od početne.

Intervencije:

- izmjeriti vitalne funkcije
- istražiti zajedno s pacijentom različite metode kontrole boli
- ukloniti čimbenike koji mogu pojačati bol
- ohrabriti pacijenta
- obavijestiti liječnika o pacijentovoj boli, primijeniti farmakološku terapiju prema pisanoj odredbi liječnika
- ponovno procjenjivati bol
- dokumentirati pacijentove procjene boli na skali boli [9].

Evaluacija: Pacijent na skali boli iskazuje nižu razinu boli od početne [9].

3.2.2. Strah u/s ishodom liječenja

Kritični čimbenici:

- bolničko liječenje
- bolest, bol
- promjena okoline i promjena stila života

Vodeća obilježja: napetost, tjeskoba, izjava pacijenta o strahu

Cilj: Pacijentće znati primijeniti metode suočavanja sa strahom.

Intervencije:

- stvoriti profesionalni emaptijski odnos
- poticati pacijenta da verbalizira strah, stvoriti osjećaj sigurnosti
- primjereno reagirati na pacijentove izjave i ponašanje
- govoriti polako i umirujuće
- osigurati mirnu i tihu okolinu
- osigurati dovoljno vremena za razgovor
- spriječiti osjećaj izoliranosti i povučenosti pacijenta
- poticati obitelj da se uključi u aktivnosti koje promiču pacijentov osjećaj sigurnosti i zadovoljstva [9]

Evaluacija: Pacijent zna primijeniti metode suočavanja sa strahom [9].

3.2.3. Smanjeno podnošenje napora u/s dugotrajnim mirovanjem, što se očituje osjećajem umora i iscrpljenosti.

Kritični čimbenici:

- medicinske dijagnoze
- starija životna dob
- postojanje boli
- dugotrajno mirovanje

Vodeća obilježja: smanjenje fizioloških sposobnosti za izvođenje potrebnih ili željenih aktivnosti, kardiovaskularne reakcije na napor (slabost, vrtoglavica, palpitacije, tahikardija), respiratorne reakcije na napor (dispneja, tahipneja)

Cilj: Pacijent će razumjeti svoje stanje, očuvati samopoštovanje i prihvatiti pomoć drugih.

Intervencije:

- prepoznati znakove umora kod pacijenta
- primijeniti terapiju kisikom prema pisanoj odredbi liječnika
- izbjegavati nepotreban napor
- osigurati pomagala za lakšu mobilizaciju bolesnika (trapez, štake, hodalica)
- prekinuti tjelesnu aktivnost u slučaju pojave boli u prsima,stenokardije, dispneje, pada ili porasta krvnog tlaka ili smetenosti

- pružiti emocionalnu podršku
- osigurati dovoljno vremena za izvođenje planiranih aktivnosti
- osigurati neometani odmor i spavanje
- pomoći pacijentu u prepoznavanju čimbenika koji loše utječu na podnošenje napora
- ohrabriti bolesnika i obitelj da potiču pacijenta na primjerenu aktivnost i sudjelovanje u aktivnostima [10].

Evaluacija: Pacijentrazumije svoje stanje, samopoštovanje je očuvano i prihvaća pomoći drugih [10].

3.2.4. Visok rizik za dekubitus u/s dugotrajnim ležanjem

Kritični čimbenici:

- medicinska stanja/bolesti (kronične bolesti, metaboličke bolesti)
- iritacija tkiva djelovanje čimbenika iz okoline
- bol, umor, kognitivni, senzorni i motorički deficit

Cilj: Pacijentova koža će ostati intaktna; integritet kože će biti očuvan.

Intervencije:

- procjenjivati postojanje čimbenika rizika za dekubitus - Braden skala dva puta tjedno
- dokumentirati ranije oštećenja kože i sadašnje stanje
- osigurati optimalnu hidraciju pacijenta
- nadzirati pojavu edema
- održavati higijenu kože prema standardu
- održavati higijenu kreveta i posteljnog rublja
- mijenjati položaj pacijenta u krevetu svakih 1-2 sata
- koristiti antidekubitalne madrace i jastuke
- provoditi aktivne i pasivne vježbe, te vježbe cirkulacije
- educirati obitelj o čimbenicima koji uzrokuju oštećenje kože i nastanak dekubitusa, te o mjerama prevencije oštećenja kože [10].

Evaluacija: Pacijentova koža je intaktna; integritet kože je očuvan[10].

4. Komunikacija u palijativnoj skrbi

Jedno od najosjetljivijih područja sestrinske skrbi u smislu važnosti kvalitetne komunikacije jest pristup oboljelima od neizlječive bolesti i članovima njihovih obitelji. Bolesnici s neizlječivom bolešću nužno trebaju kontinuiranu podršku i dobro educiran tim, a upravo je komunikacija okosnica te podrške. Komunikacija u palijativnoj skrbi izrazito je težak i zahtjevan proces, a bez dobre komunikacije nema ni dobre palijativne skrbi [11].

Zbog multidisciplinarnosti palijativnoga tima, dvosmjerna komunikacija medicinska sestra-bolesnik u palijativnoj skrbi ustupa mjesto mreži raznovrsnih komunikacija.Potrebno je poznavati dinamiku, procese, odnose, uloge i odgovornosti svakog člana tima.U bolesnika s neizlječivom bolešću nastojimo postići što aktivnije suočavanje u svrhu uspješnije prilagodbe situaciji. U tom su kontekstu svi članovi tima koji rade s tim bolesnicima suočeni s potrebom pomoći svim bolesnicima u toj prilagodbi. Nema bolesnika u palijativnoj skrbi kome ne treba podrška i dobro educiran tim u smislu komunikacije [11].

Nedovoljna edukacija o komunikacijskim vještinama u palijativnoj skrbi vjerojatno je jedan od važnih razloga zašto zdravstveni profesionalci često izbjegavaju otvorene razgovore s oboljelima i njihovim obiteljima, opravdavajući se da su prezaposleni, nemaju vremena za dulji razgovor, komuniciraju u žurbi na bolničkom hodniku, preumorni su ili uplašeni. Ne zaboravimo da nisu samo bolesnici i članovi obitelji oni koji će patiti na razne načine ako je komunikacija u palijativnoj skrbi loša. Često će liječnici koji se sami osjećaju nedovoljno kompetentnima u komunikaciji pokazivati simptome sagorijevanja na poslu i imati manje zadovoljstvo poslom koji rade. Jedna od najvažnijih poruka koju bolesniku treba prenijeti jest činjenica da smo spremni i voljni dijeliti neke od njegovih briga i nemira. Rad s umirućim bolesnikom zahtijeva izvjesnu zrelost, koja dolazi s iskustvom.Intervju koji otvara vrata u palijativnoj skrbi jest susret dvoje ljudi koji mogu komunicirati bez straha i tjeskobe [11].

4.1. Komunikacija s palijativnim pacijentom

Komunikacija u palijativnoj skrbi je izrazito težak i zahtjevan proces.Bolesniku s neizlječivom bolešću nužno treba podrška a najbolji način podrške je komunikacija.Da bi započela palijativna skrb, potrebna je dijagnoza neizlječive bolesti.Najvažnija je neverbalna komunikacija s zdravstveni i nezdravstveni djelatnici zaboravljaju da ona čini čak dvije trećine interakcije između dvoje sugovornika. Za uspješnu neverbalnu komunikaciju najbolja je smirena

sredina, pozorno slušanje i koncetriranje na bolesnika, miran pogled i dodir. Medicinska sestra bi trebala posjedovati komunikacijske vještine, empatičnost, kako bi što bolje razumijela bolesnika, treba ispitati bolesnikovo razumijevanje ili sumnje, treba biti iskrena, suosjećajna, sačuvati optimizam i nadu te treba paziti na ravnotežu i tanku liniju između realne prognoze i lažnih očekivanja o dugotrajnom preživljavanju [12].

Informiranost pacijenta zahtijeva odlučivanje do samog kraja života, uključenost u planiranje skrbi i podršku bližnjih koji će biti izvršitelji njegove volje u vrijeme kad sam sebe više neće moći zastupati. Očituje se volja, namjera, misli i postupci u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji, omogućava pravo na izbor kako živjeti ili umrijeti prema vlastitim vrijednostima, stilu i načinu života. Pacijenti odabiru mjesto i način skrbi, vrijeme i način smrti, primjenu medicinskih zahvata, postupaka, intervencija i želje koje bi voljeli da se poštuju.Naglašavaju da ne bi voljeli patiti, trpjeti veliku bol u trenutku smrti. Jedno od najvažnijih potrebitih vještina u komunikaciji u palijativnoj skrbi je znati čuti i slušati. To je vrsta slušanja u kojem se pacijentu pokazuje da se doista sluša ono što on govori i osjeća. Svjesni su da moraju napustiti svoje postojanje i osjećaje koje ne mogu prenijeti, a osjećaji izazivaju strah od onoga što predstoji u trenutku smrtne tjeskobe. Otvoreno razgovaraju o pripremama za smrt i želji za prisutnost članova obitelji i drugih osoba za vrijeme umiranja [13].

Individualni pristup pacijentu omogućava procjenu koliko je osoba sposobna primiti informacije, prihvatiti ih, razumjeti i sabrano ih čuti.U komunikaciji umirućeg s članovima multidisciplinarnog tima zadržava se identitet osoba koje umiru, definira se što je za njih dobra smrt i u svom načinu življenja određuju okolnosti umiranja.Emocije treba uvažavati, prepoznavati uzroke i poticati na izjašnjavanje. Odgovori na njih karakteristični su za njihovu osobnost. Prognoza pacijentova stanja je procjena razvoja bolesti, mogućih ishoda liječenja, rizika primjene postupaka i intervencija i koliko dugo bolesnik može živjeti.Takav razgovor je naporan i težak, zahtjeva jasnoću i razumljivost. Iziskuje dovoljno vremena za objašnjenja, kojima bolesniku pomažemo u prihvaćanju činjenica i prilagodbu na postojeće stanje, predstavlja najteži dio komunikacije s pacijentom u palijativnoj skrbi. Istraživanja su pokazala, kada se u poučavanju koristila metoda igranja uloga, što je za medicinske sestre bilo stresno, podiglo je njihovo samopouzdanje u teškim situacijama [14].

Uz informiranje o bolesti i liječenju kao najznačajnijem obliku komunikacije zdravstvenih djelatnika s bolesnicima, davanje emocionalne podrške također je važan oblik komunikacije.Tako se bolesniku omogućava izražavanje vlastitih osjećaja, povećava se njegov doživljaj osobne vrijednosti, smanjuje se osjećaj otuđenosti i tjeskobe, ispravljaju se pogrešna

vjerovanja, predrasude i neznanje, smanjuje se stanje izoliranosti, bespomoćnosti i zanemarenosti.Nesporazumi u komunikaciji ovise o pacijentovom prihvaćanju [15].

4.2. Komunikacija s obitelji palijativnog pacijenta

Nužno je zaključiti da su dobre komunikacijske vještine bitan preduvjet za kvalitetnu palijativnu skrb. Međutim, komunikacija se ne odnosi samo na interakciju između pacijenata i zdravstvenih radnika, nego i na međudjelovanje između pacijenata i njihovih obitelji, kao i na interakcije između različitih zdravstvenih radnika i službi koje su uključene u skrb [13].

Nitko ne želi biti sam, svima je potreban mali krug intimnih ljudi, a taj krug se naziva obitelj, a ona je potrebna tokom cijelog život a najpotrebnija je u osjetljivom razvoju ljudskog postojanja-smrt i umiranje. Stoga terminalni bolesnici bi trebali umirati u svojem domu ili hospicijskoj ustanovi uz članove svoje obitelji koja ima snažan utjecaj na sreću pojedinca i olakšavanjeboli, patnje i ostalih simptoma neizlječive bolesti. Obitelj se nikada ne treba isključivati iz skrbi za oboljelog, niti ih se treba predstavljati kao manje važne u procesu skrbi kada je oboljeli smješten u ustanovi. Veliki značaj u odnosu obitelji i oboljelog ima verbalna i neverbalna komunikacija te osjećaj povezanosti jer izražavanje ljubavi i privrženosti umanjuje napetost, strah, nemir, olakšava sučenje bolesnika sa fizičkim simptomima bolesti te za bolesnika predstavlja unutarnju snagu. Ako je obitelj odsutna tokom procesa smrti, za oboljelog to znači mnogo psihičkog opterećenja i javlja se osjećaj krivnje, srama, straha, osjećaj napuštenosti [12].

Neizlječiva bolest člana obitelji mijenja način života, zbog duboke pogođenosti izazovima bolesti.Obitelj postaje primarni skrbnik, koji se mora prilagoditi zahtjevima razvoja tijeka bolesti pacijenta i dijeliti teške trenutke. Ona promatra i dijeli brigu koju pacijenti primaju, osigurava skrb za pacijenta i prima podršku zdravstvenih djelatnika u obliku informacija, savjetovanja ili praktične pomoći. Pacijenti imaju zahtjeve za fizikalnom skrbi i povećanim obiteljskim troškovima. Povećane potrebe za palijativnom skrbi i povećanim rizikom su obitelji u kojima se nalazi umiruće dijete, gdje malodobno dijete gubi majku ili kada iza smrti ostaju djeca bez oba roditelja. Novonastala situacija uzrokuje promjenu dotadašnjih uloga i odnosa, navika i rituala, kako bi se pomoglo oboljelom članu.Način prilagodbe ovisi o osnovnim vidicima funkcioniranja unutar obitelji koji podrazumijevaju čvršću povezanost, prilagodljivost, komunikaciju i organizaciju.Obitelji u kojima članovi žive u skladu s jasnim ljudskim vrijednostima, uspješno komuniciraju i ravnopravni su prilikom donošenja odluka. Svaka obitelj

reagira sa strahom kod neizlječivih bolesti što pojačava međuovisnost članova [16]. Reakcija obitelji može biti zbunjenost, šok, nedostatak znanja i informacija o bolesti, a ponekad i stigmatizacija obitelji od osoba iz okruženja. Pod stresom članovi obitelji reagiraju, izbjegavanjem odgovornosti, suzdržanošću, napadom ili bijegom, a u trenutku povećanja tjeskobe, reakcije nadjačavaju racionalne odgovore. U situacijama kada su narušeni odnosi i uloge pokazuju neorganiziranost. Članovi pokazuju visok stupanj kronične tjeskobe, koja često potiče sukobe između njih i njihova okruženja, učestalo izražavaju negativne emocije i stvaraju konfliktnu obiteljsku atmosferu ili se zatvaraju u sebe, postaju bezobzirni, skrivaju svoje osjećaje, stvarajući oko sebe bezosjećajno ozračje [13].

Obitelji svjedoči i sudjeluje u njezi pacijenta, ali i sudi o njezi koju pacijent prima. U ulozi pacijentovog zastupnika za njegu mogu sakriti žaljenje i krivnju, ako vjeruju da pacijent nije dobio najbolju moguću njegu. Takvo iskustvo bolesti duboko utječe na psihičko i fizičko zdravlje članova obitelji za koje se koristi termin "skriveni pacijenti". Organiziranje obiteljskih skupova nudi pacijentu usmjerenu, obiteljski orijentiranu njegu koja zbližava pacijenta, članove obitelji i davatelja zdravstvenih usluga.Očituje se bolja učinkovitost skrbi i poboljšanje komunikacije s pacijentima, članovima obitelji i članovima tima.Sastanke obiteljskih skupova treba bilježiti radi praćenja kontinuiteta pružanja palijativne skrbi svakog člana tima [13].

4.3. Temeljna načela i postupci savjetovanja u pružanju podrške tugujućima

Tuga, nevjerica su osjećaji koji se isprepleću kada osoba umre. Tugujući će se osjećati sigurnije ako su oko njih dragi ljudi. U današnje vrijeme kada svatko vodi svoj život od velike je važnosti podrška i pomoć bliskih osoba. Jakšić (2014) u svom znanstvenom radu potporu dijeli na tri kategorije:

- ljudi iz prirodne okoline tugujućih
- stručnjaci
- grupe potpore [17].

Kako bi se mogli pružati potporu tugujućima potrebno je neprestano se educirati i imati saznanja kako o smrti i umiranju, tako i o gubitcima i tugovanju.Na edukacijama se stječu komunikacijske vještine. Primjerice aktivno slušanje, usklađivanje verbalne i neverbalne komunikacije, kako postaviti i odgovoriti na pitanje. U istom znanstvenom radu, nailazimo na načela i postupke savjetovanja autora J.W.Wordena:

- Pomoći ožalošćenome koji je u šoku i nevjerici prihvatiti stvarnost gubitka.
- Pomoći ožalošćenom da prepozna i doživi osjećaje. Zbog boli i neugode koju osjeća, tugujući može ne prepoznavati svoje osjećaje ili ih ne doživljavati u onom stupnju koji je potreban da bi doveo do učinkovitog razrješenja.
- Pomoći ožalošćenom da živi bez pokojnika. Poticati ga da živi i odlučuje bez umrle osobe, odnosno naučiti ga vještinama učinkovitog suočavanja i donošenja odluka tako da može preuzeti ulogu koju je ranije imao preminuli.
- Potaknuti emocionalno premještanje pokojnika.Osigurati vrijeme za tugovanje.
- Tumačiti "normalno"ponašanje tugovanja.
- Uzeti u obzir individualne razlike.
- Ispitati načine obrana i stilove suočavanja.
- Prepoznati patologiju i uputiti ožalošćenoga drugom stručnjaku [17].

5. Organizacijski aspekti palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj

Svjetska zdravstvena organizacija definira palijativnu skrb kao pristup kojim se pacijentima suočenim sa smrtonosnom bolešću i njihovim obiteljima unapređuje kvaliteta života kroz prevenciju i olakšavanje simptoma sredstvima ranog otkrivanja procjene i liječenja boli, te kroz olakšavanje ostalih psihičkih, psihosocijalnih i duhovnih problema. U Republici Hrvatskoj, zakonski okviri za oragnizaciju palijativne skrbi stvoreni su u srpnju 2003. godine stupanjem na snagu novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Tim je Zakonom palijativna skrb navedena kao jedna od mjera zdravstvene zaštite (članak 8.), a kao djelatnost uvrštena je na primarnu razinu zdravstvene zaštite (članak 25.). Također, ova je djelatnost među ostalim uvrštena i u djelatnost domova zdravlja (članak 69.), te je utvrđeno da dom zdravlja na svom području, ako to nije drukčije organizirano, mora osigurati i palijativnu skrb [18].

Nadalje, Zakonom je definirana i ustanova za palijativnu skrb (članak 81.) koja u svom sastavu ima ambulantu za bol i palijativnu skrb te dnevni boravak, kao i sastav palijativnog interdisciplinarnog tima kućnih posjeta kojeg čine liječnik, medicinska sestra, fizioterapeut, socijalni radnik s posebnom naobrazbom za pristup umirućem [18].

Medicinski fakulteti i zdravstvena učilišta nisu unatrag desetak godina imali jasno definirane kolegije o palijativnoj medicini, iako je materija o palijativnoj i suportivnoj medicini ugrađena u nekoliko obaveznih i nekoliko izbornih kolegija. Izravna je posljedica da znatan broj hrvatskih studenata medicine i drugih studija zdravstvenih usmjerenja nema jasan pojam o palijativnoj medicini i palijativnoj skrbi, ili je pak smatraju rubnom i nekonkretnom [19].

I dok je u Velikoj Britaniji palijativna medicina već davne 1987.godine prepoznata kao posebna specijalizacija, u Hrvatskoj nažalost još uvijek nemamo palijativnu medicinu implementiranu u hrvatski zdravstveni sustav, već samo otočiće dobre prakse. Unatoč tome, naši zdravstveni profesionalci čine sve kako bi pomogli teškom bolesniku i sigurno u svom radu koriste puno elemenata iz suvremene palijativne medicine. Međutim, bez organizacijskih i formalnih pomaka, sve ostaje na razini entuzijazma pojedinaca, a upravo je nedostatak oragnizirane skrbi u području palijativne medicine izvor brojnih frustracija i patnje bolesnika, obitelji pa i medicinskih djelatnika [4].

5.1. Modeli organizacije palijativne skrbi

Palijativna skrb je osnovno ljudsko pravo na zdravstvenu zaštitu, a imperativ je nacionalnih vlada financiranje i razvoj plana zdravstvenih aktivnosti koje uključuju preventivno, kurativno i palijativno liječenje. Organizacija palijativne medicine je potrebna na svim razinama zdravstvene zaštite (kućne posjete palijativnog tima, bolnički palijativni timovi, ustanove za palijativnu medicinu, klinike, odjeli i drugo), a više od sto zemalja u svijetu ima različite modele organizacije palijativne medicine [4].

5.1.1. Hospicij

Hospiciji su neovisne ustanove za skrb bolesnika i obitelji, često u posebnim zgradama, financiraneod raznih zaklada, privatne ili državne, korisne su osobito u zemljama gdje je javnozdravstveni aspekt loš, a političko vodstvo ne razumije potrebe. Danas često riječ hospicij zapravo znači specijalizirane službe palijativne skrbi [4].

5.1.2. Specijalističke medicinske sestre

Specijalističke sestre ili njegovateljice su kućne ili bolničke specijalističke sestre (Macmillan nurses najpoznatije), dobro rade u razvijenim zdravstvenim mrežama ili ruralnim područjima zemalja u razvoju [4].

5.1.3. Suportivni timovi

Suportivni timovi su konzultativni multidisciplinirani timovi (liječnik, medicinska sestra, socijalni radnik, psiholog, fizioterapeut, duhovnik), koji pružaju aktivnosti od savjetovanja do direktnog liječenja, imaju različite uloge, ovisno o zdravstvnom sustavu, uz timove koji idu u kućne posjete je duga tradicija bolničkih suportivnih timova [4].

5.1.4. Specijalizirane jedinice i centri palijativne medicine

Specijalizirane jedinice i centri palijativne medicine podrazumijevaju neovisne bolničke krevete za palijativnu medicinu. U početku su bili u hospicijima, no brzo su uklopljeni u akutne bolnice, kliničke bolničke centre i domove za starije i nemoćne; različita veličina i u raznim dijelovima zdravstvene zaštite (od malih neovisnih hospicija do velikih onkoloških centara). Mogu biti specifični za bolest (rak, AIDS, demencija) ili miješani. Palijativne specijalnizirane jedinice moraju imati minimalno 10-12 kreveta, a maksimalno 25-30 kreveta. Najčešće su jedna do dvije medicinske sestre po pacijentu, ovisno o kompleksnosti. Specijalizirane jedinice mogu biti akutne unutar bolnica, gdje često leže mlađi pacijenti. Boravak bolesnika u tim jedinicama kraći je od 10 dana, a smrtnost je oko 50%. Na kroničnim odjelima u zdravstvenim centrima za

produženo liječenje leže stariji pacijenti duže o 25 dana, a mortalitet je i do 80%. Troškovi na kroničnim odjelima su 25-50% manji u odnosu na akutne [4].

5.1.5. Ambulantno liječenje

Ambulantna liječenja uključuju rane, fleksibilne intervencije kao kućni ili bolnički suportivni timovi ili kombinacija s bolničkim jedinicama; od savjetovanja do urgentnog liječenja i skrbi [4].

5.1.6. Dnevne bolnice

Kombinacija medicinskih aktivnosti s radnom terapijom, suportivnim grupama, rehabilitacijom i rekreacijom, ponekad intenzivne interdisciplinarne intervencije ili tehničke procedure (intravenski opijati, torakalna ili adbominalna drenaža, postavljanje katetera [4].

5.2. Strategija razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj

Strateški plan predviđa uspostavu sustava palijativne skrbi koji uključuje nekoliko različitih organizacijskih oblika, od kojih su ključni županijski centri za koordinaciju palijativne skrbi, te stacionarna skrb u županijama [19].

5.2.1. Županijski centri za koordinaciju palijativne skrbi

Sustav organizacije primarne i sekundarne zdravstvene zaštite u svom je najvećem dijelu pod upravljačkom kontrolom jedinica područne (regionalne) samouprave (županije). Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti županije su dužne koordinirati zdravstvenu zaštitu svih subjekata kojima su osnivači ili kojima su dodijeljene koncesije za obavljanje javno zdravstvene službe.Obzirom da palijativna skrb predstavlja složeni mozaik usluga koje pružaju brojni subjekti među kojima dominiraju dionici zdravstvenog sustava, a sukladno članku 4.Zakona o zdravstvenoj zaštiti, predlaže se osnivanje centara za koordinaciju palijativne skrbi. Takvi centri bili bi smješteni isključivo u zdravstvenim ustanovama čiji su osnivači država, jedinice lokalne ili područne (regionalne) samouprave. U takvom centru, sukladno predviđenom standardu, bili bi zaposleni koordinatori i to zdravstveni ili socijalni radnici, najmanje sa stupnjem obrazovanja prvostupnika, najmanje pet godina radnog iskustva, te s dodatnom edukacijom iz palijativne skrbi. U županijama s više koordinatora palijativne skrbi poželjno je da se zemljopisno područje djelovanja koordinatora poklapa s organizacijskim jedinicama zdravstvenih ustanova na primarnoj razini zdravstvene zaštite. Predviđeno je da centar za koordinaciju palijativne skrbi obavlja sljedeće funkcije:

- koordinira i osnažuje postojeći sustav zdravstvene zaštite u pružanju usluge palijativne skrbi po modelu organizacije 24/7 (24 sata dnevno svih 7 dana u tjednu)
- koordinira i osnažuje postojeći sustav socijalne skrbi za pružanje palijativne skrbi
- koordinira i povezuje djelovanje svih razina sustava zdravstvene zaštite, socijalne skrbi i drugih sudionika palijativne skrbi kroz formiranje timova koji djeluju na određenom području
- vodi registar korisnika palijativne skrbi
- koordinira rad volonterskih timova
- koordinira ili organizira posudionice pomagala
- koordinira osnovnu edukaciju iz područja palijativne skrbi
- informira građane i promiče palijativnu skrb [19].

5.2.2. Stacionarna skrb u županijama

Za potrebe stanovništva potreban je stacionarni kapacitet za palijativnu skrb. Pri tom će se iskoristiti kapaciteti već uspostavljenih ili planiranih regionalnih centara za palijativnu skrb, te po potrebi osigurati posteljne kapacitete u drugim stacionarnim ustanovama. S obzirom na zdravstvene potrebe i skraćen očekivani životni vijek palijativnih pacijenata, u zdravstvenim ustanovama treba provoditi kliničke putove za obradu takvih pacijenata po skraćenom postupku ("brze linije"). Bolnički tim za podršku palijativnoj skrbi treba pružati usluge podrške palijativnoj skrbi unutar svoje ustanove, a u dogovoru sa županijskim centrom za koordinaciju palijativne skrbi i podršku palijativi izvan svoje ustanove. Izvanbolnički oblici palijativne skrbi, njihova suradnja i povezivanje sa Ambulantama palijativne skrbi (u kojima rade posebno educirani zdravstveni radnici) mogu pružati specijalnu skrb prema potrebi i u svim zdravstvenim ustanovama. Ovisno o specifičnim potrebama korisnika, te području na kojem se ambulanta nalazi ili kao nadopuna drugim oblicima palijativne skrbi. Potporu osiguravanju izvanbolničke palijativne skrbi pružaju bolnička i izvanbolnička specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita kroz sustav kućnih posjeta za specijalističku palijativnu skrb izvan domene rada obiteljskog liječnika, te konzilijarno. To su interdisciplinarni specijalistički timovi koji podržavaju primarnu zdravstvenu zaštitu konzilijarno, te obavljanjem zdravstvenih postupaka i zahvata koji nisu uobičajeni na razini primarne zdravstvene zaštite. Svi članovi tima moraju steći posebnu edukaciju za rad u palijativnoj skrbi. Takav tim nije primarno zadana forma u smislu punog radnog odnosa, već je to skup stručnjaka koji u radu tima sudjeluju u različitim udjelima i ulogama, bilo stalno ili povremeno [19].

5.2.3. Edukacija, praćenje, vrednovanje i unapređenje kvalitete

Edukacija u sustavu palijativne skrbi uspostavlja se kao kontinuitet na svim razinama – od članova obitelji i volontera, do poslijediplomskih studija. Sadržaji o palijativnoj skrbi moraju biti dio redovitog obrazovanja svih zdravstvenih djelatnika. Posebnu ulogu u edukaciji imat će centri izvrsnosti, određeni za pojedine oblike palijativne skrbi. Stupanj edukacije, te stečena znanja i vještine trebaju biti prilagođeni ovlastima zdravstvenih radnika i suradnika koji pružaju palijativnu skrb, uz mogućnost da se te ovlasti edukacijom prošire i službeno odobre. Sustav evaluacije, samo-evaluacije i unapređenja kvalitete ugrađuje se u sve segmente pružanja palijativne skrbi, od samog početka razvoja sustava. U okviru toga, nužno je uspostaviti jedinstveni informatički sustav za prikupljanje, praćenje i obradu podatka o palijativnoj skrbi, što uključuje i osnivanje registra palijativnih pacijenata. Odabirom prikladnih pokazatelja kvalitete skrbi omogućit će se vrednovanje i nadzor. Ti pokazatelji moraju postati dijelom redovitih postupaka za praćenje kvalitete na svim razinama palijativne skrbi. U osiguravanju kvalitete bit će važno poticati povezivanje i suradnju sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom, Vijećem Europe, Međunarodnim udruženjem za hospicijsku i palijativnu skrb, Europskim udruženjem za hospicijsku i palijativnu skrb, te Radnom skupinom za palijativnu skrb Centralne i Istočne Europe. Palijativna skrb u javnosti se treba promicati kao oblik cjelovitog stručnog, javnog i humanitarnog djelovanja [19].

6. Zaključak

Unatoč tome što Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske predviđa postojanje Ustanova za palijativnu skrb, u Hrvatskoj ih je daleko premalo i nedostatne su za najranjiviji i najpotrebniji dio populacije, a to su teško oboljeli i umirući.U nedostatku hospicija upravo su staračke domovi najčešće mjesto za provođenje palijativne medicine bez dodatno educiranog osoblja iz palijativne medicine.Jasno je da terminalnim bolesnicima nije dovoljno da ih se samo redovito hrani, daje lijekove i da budu u čistom, jer su njihove potrebe daleko veće.

Neophodno je odrediti i standardizirati usluge, bolesti i stanja koja ulaze u program palijativne skrbi.Od velike bi koristi bilo otvoriti ustanove za produženo liječenje (poput bolnice u Novom Marofu), bolnice za kronične bolesti, gerijatrijske odjele te oformiti ustanovu kućnih posjeta za palijativne bolesnike. Vrlo jednostavno, možda čak i lako provedivo samo je potrebno malo htijenja i znanja, a najviše novaca.Koliko god mi današnji život nazivali suvremenim i modernim, koliko god mi tvrdili da smo otvoreni prema komunikaciji, novitetima i izazovima, još uvijek nemamo snage govoriti o smrti i umiranju. Bez obzira na napredak medicine u našem društvu još uvijek nema mjesta niti prostora za umiruće. Kada se otvori tema razgovora o smrti, umiranju i posljednjim trenucima života umirućih nastaje tišina, javlja se strah.Tišina je postala nepisano pravilo vezano uz razgovor o smrti i umiranju.Taj stav je potrebno promijeniti.

Palijativna skrb je sastavnica holističkog pristupa bolesniku i obitelji.Medicinska sestra je izuzetno važna karika u zbrinjavanju palijativnog bolesnika, ona mora razumjeti pacijentove probleme i potrebe. Svaki pacijent je individua za sebe, kao i njegov način i pogled na život, pa je tako i samo poimanje smrti individualno. Kao zdravstveni radnici upravo su medicinske sestre, dio interdisciplinarnog tima palijativne skrbi, u najbližem kontaktu s umirućim bolesnikom te kao takve moraju biti educirane iz područja palijativne skrbi, čija je potreba u zdravstvu u svakodnevnom porastu.

7. Literatura

[1] Brkljačić Žagrović M.: Palijativna medicina u Hrvatskoj - nužnost implementacije u zdravstveni sustav, Medicina 2010., Vol.46, No.1, 37-42.

[2] Connor SR: So What is Hospice Anyway? In: Connor SR (ed.) Practice Pitfa Us and Promise. Washington, DC: Taylor and Francis; 1997; 4-7.

[3] Brkljačić M.: Bioetika i palijativna medicina: Potreba gradaRijeke za hospicijem i palijativnom skrbi. Magistarski rad. Medicinski fakultet.Sveučilišta u Rijeci.Rijeka, 2006.

[4] Đorđević V., Braš M., Brajković L.: Osnove palijativne medicine Ars medica prema kulturi zdravlja i čovječnosti, Medicinska naklada, Zagreb 2013.; 104-109.

[5] Council of Europe: Available at www.coe.int/cm. Dostupno: 02.12.2017.

[6] Bozeman M., Bereavement. In: Kinzbrunner BM., Weinreb NJ., Policzer JS. (eds.): Common Problems In End of Life Care. United States of America: The McGraw-Hll Companies, Ins: 2002.283-92.

[7] Brkljačić M.: Bioetički, zakonodavni i organizacijski preduvjeti primjene suvremenih trendova u hospicijskom pokretu zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj. Doktorska disertacija.Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka 2009.

[8] Brkljačić Žagrović M.: Palijativna medicina spoj humanosti i etičnosti. Plavi fokus, No.1, 2010.; 26-31.

[9] Kadović M., Abou Aldan D. (etc.): Sestrinske dijagnoze II, HKMS, Zagreb, 2013.

[10] Šepec S., Kurtović M. (etc.): Sestrinske dijagnoze, HKMS, Zagreb, 2011.

[11] Braš M., Đorđević V. (etc.): Komunikacija i komunikacijske vještine u palijativnoj medicini. Palijativna medicina i palijativna skrb.Medix.travanj 2016., XXII, No. 119/120.; 152-159.

[12] Saunders C., Sykes N.: Palijativna skrb u završnom stadiju maligne bolesti, Školska knjiga, Zagreb, 1996.

[13] Rakošec Ž., Juranić B., Mikšić Š., Jakab J., Mikšić B.: Otvorena komunikacija - temelj palijativnog pristupa. Media culture and public relations. No. 5, 2014., Vol 1., 98-103.

[14] Wilkinson S., Roberts A., Aldridge J.: Nurse - patient comminication in palliative care: an evaluation of a comminication skills programme. Paliative Medicine. 1998. No.12, Vol.1, 13-22.

[15] Havelka M., Despot Lučanin J.: Komunikacija s teško bolesnim osobama i njihovim obiteljima. U: Komunikacijske vještine u zdravstvu, Jastrebarsko, 2010.

[16] Đorđević V., Braš M., Brajković L. (etc.): Palijativna skrb: mostovi nade i čovječnosti, Zagreb. 2012.

[17] Jakšić M.: Gubitak, tugovanje i pružanje potpore. S posebnim osvrtom na nesretno okončanu trudnoću. Pregledni znanstveni rad. Služba Božja: liturgijsko - pastoralna revija, Vol. 54 No.3-4 12/2014.

[18] Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine broj: 121/03.

[19] Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016. http://www.kzz.hr/sadrzaj/kategorije/palijativna-skrb/Palijativna_skrb_strateski_plan.pdf

UNIVERSITY
NORTH

Sveučilište
Sjever

SVEUČILIŠTE
SJEVER

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, Željka Haramustek *(ime i prezime)* pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Uloga medicinske sestre 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)
Haramustek
_____
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost 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, Željka Haramustek *(ime i prezime)* neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi *(upisati naslov)* čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Haramustek
_____
(vlastoručni potpis)