



Regionalni centar  
kompetentnosti  
**Mlinarska**

Zagreb, Mlinarska cesta 34  
ESF projekt UP.03.3.1.04.0020

Elvira Tahiri, Škola za medicinske sestre Mlinarska

## TEČAJ PALIJATIVNE SKRBI ZA UČENIKE

*Priručnik za program obrazovanja učenika*

Zagreb, travanj 2022.





## Sadržaj

Sadržaj .....	2
1. Terminologija u palijativnoj skrbi .....	6
1.1. Osnovni pojmovi u palijativnoj skrbi .....	6
1.2. Osnovni principi rada u palijativnoj skrbi .....	8
2. Povijesni razvoj palijativne skrbi .....	12
2.1. Povijesni razvoj palijativne skrbi u svijetu .....	12
2.2. Povijesni razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj .....	15
2.3. Povijest hospicija .....	16
3. Psihosocijalni aspekti palijativne skrbi .....	20
3.1. Psihološka dimenzija suočavanja s neizlječivom bolešću .....	20
3.2. Percepcija gubitka i obrambeni mehanizmi .....	22
3.3. Podrška ožalošćenim članovima obitelji .....	29
4. Etički aspekti palijativne skrbi .....	32
4.1. Etička načela u palijativnoj skrbi .....	32
4.2. Etička promišljanja u palijativnoj skrbi .....	40
5. Komunikacijske vještine u palijativnoj skrbi .....	44
5.1. Važnost i oblici komunikacije u palijativnoj skrbi .....	44
5.2. Komunikacija s pacijentom i članovima obitelji .....	45
6. Zdravstvena njega u palijativnoj skrbi .....	49
6. Komunikacijske vještine u palijativnoj skrbi .....	50
6.1. Ciljevi palijativne zdravstvene njege .....	50
6.2. Načela palijativne zdravstvene njege .....	51
6.3. Proces zdravstvene njege u pacijenta s potrebama za palijativnom skrbi .....	51
7. Zaključak .....	54
8. Literatura .....	56
9. Prilozi .....	59



## UVOD

Palijativna skrb sastavni dio je brige o pacijentima te se smatra da pacijentima u bilo kojoj fazi bolesti treba pružiti kvalitetnu zdravstvenu skrb. Kvalitetnu palijativnu skrb pruža stručni tim specijalista koji međusobno surađuju, a to su: specijalist obiteljske medicine, internist, onkolog, neurolog, psihijatar, psiholog, duhovnik, medicinska sestra koji posjeduju znanja o palijativnoj skrbi. Sve se više u palijativnu skrb uključuje i psihološka pomoć pacijentima, a s ciljem boljeg suočavanja s bolešću te podizanjem kvalitete života pacijenata i njihovih obitelji. Temelj palijativne skrbi je holistički pristup pacijentu.

Ovaj priručnik je nastao u sklopu programa obrazovanja učenika Tečaj palijativne skrbi za učenike i namijenjen je učenicima.

Priručnik je sastavljen od šest poglavlja koja započinju navedenim ishodima učenja, a na kraju poglavlja se nalaze pitanja za ponavljanje.



Regionalni centar  
kompetentnosti  
**Mlinarska**

Zagreb, Mlinarska cesta 34  
ESF projekt UP.03.3.1.04.0020





# 1. TERMINOLOGIJA U PALIJATIVNOJ SKRBI

## ISHODI UČENJA

Po završetku tečaja učenici će moći:

- Objasniti pojmove neizlječiva bolest, bol, patnja, palijativna skrb, hospicij.
- Navesti principe rada u palijativnoj skrbi.
- Navesti načela rada u palijativnoj skrbi.
- 



## 1. Terminologija u palijativnoj skrbi

Palijativna skrb nastala je zbog sve veće potražnje za novim oblikom skrbi koja obuhvaća kontinuirano zbrinjavanje bolesnika koji samostalno nemaju snagu kako bi obavljali svoje fiziološke potrebe. Palijativna medicina kao novi pojam u povijesti prihvaćen je po prvi puta u Velikoj Britaniji ne tako davne 1987. godine kao zasebna medicinska specijalizacija. U tom trenutku krenulo je s proučavanjem i liječenjem bolesnika s aktivnom progresivnom, uznapređovalom bolešću i ograničene prognoze.

### 1.1. Osnovni pojmovi u palijativnoj skrbi

Palijativna skrb proizašla je iz hospicijske skrbi, a same hospicijske ustanove i skrb kao takva postojala je još u srednjem vijeku. Hospicij je moderna zdravstvena ustanova s nizom sustava pružanja pomoći bolesnicima u terminalnoj fazi bolesti. Palijativna skrb i njezin program u prvim godinama bio je namijenjen za osobe koje boluju od karcinoma, a u novije vrijeme programi palijativne skrbi obuhvaćaju osobe gerijatrijske i pedijatrijske skupine, osobe s AIDS-om, neurološke bolesnike itd.

Palijativna skrb je prema EAPC-a (engl. European Association for Palliative Care) „*Palijativna skrb je aktivna, ukupna skrb o bolesniku čija bolest ne reagira na postupke liječenja. Najvažnije je suzbijanje boli, ili drugih simptoma te socijalnih, psiholoških i duhovnih problema. Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu, te svojim djelokrugom obuhvaća bolesnika, obitelj i zajednicu. Palijativna skrb afirmira život, a smrt smatra normalnim procesom; ona smrt ne ubrzava niti je odgađa. Ona nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života sve do smrti*“.

Palijativnu skrb možemo podijeliti na **opću** i **specijalističku**. **Opća palijativna skrb** obuhvaća zbrinjavanje od strane stručnjaka koji su češće uključeni u skrb o terminalno oboljelim bolesnicima, no ono nije primarna domena njihovog rada.



Primjenjuje se u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti. **Specijalistička skrb** pripada tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti i podrazumijeva multidisciplinarni pristup za terminalno oboljele bolesnike.

Zdravstveni tim koji zbrinjava terminalno oboljele sastoji se od liječnika educiranog iz područja palijativne medicine, kao i medicinsku sestru, fizioterapeuta, psihologa, farmaceuta, socijalnog radnika, duhovnika, educiranih volontera i drugih stručnjaka. Vrlo je važno da je dobra unutarnja organizacija po razinama zdravstvene zaštite i komunikacija sa oboljelim i obitelji kako bi se izbjegle komplikacije i time narušila kvaliteta života.

Brojne pojmove vežemo uz palijativnu skrb kao što su: potporna skrb je pojam koji je usko vezan uz palijativnu jer je on za jedan dio tijela, a palijativna skrb je za cijelu osobu. Pojam koji je stariji i koji se koristi i dan danas je **terminalna skrb** i ona se koristi u palijativnoj skrbi i to je skrb za pacijenta gdje je bolest uznapredovala te je s tim činom znatno ograničen vijek života. Na samom kraju života u palijativnoj skrbi pacijenti dobivaju skrb koja je najvažnija za pacijenta jer kad je u agoniji osjeti strah, a kada je osoba pokraj njega možda je taj strah malo manji pa se skrb na kraju života može razumjeti u užem smislu kao sveobuhvatna skrb o umirućim bolesnicima u posljednjim satima ili danima njihova života.

Razine zdravstvene zaštite dijelimo na **primarnu, sekundarnu i tercijarnu**. **Primarna zdravstvena zaštita** podrazumijeva ambulantu liječnika opće medicine, stomatologa, ginekologa...itd. Uputnicom koju liječnik odredi upućuje nas u **sekundarnu zdravstvenu zaštitu**, najčešće zbog pregleda u poliklinici. Ono može biti u bolničkim ustanovama, ali i u privatnim praksama. Specifičnosti kliničke slike, potrebe za pretragama i pripreme za pretrage mogu uvjetovati da se bolesnik u ustanovi zadrži sat vremena, ali je ponekad potrebna dnevna bolnica ili hospitalizacija kako bi se provele sve pretrage koje su potrebne. Bolničko liječenje karakteristika je za **tercijarnu zdravstvenu zaštitu**. Na jedinice palijativne skrbi se primaju pacijenti koji zahtijevaju specijalističku multidisciplinarnu palijativnu skrb.





**Hospicij** je ustanova u kojoj je zbrinjavaju bolesnici kojima se bliži kraj života, a kojima bolničko liječenje nije potrebno te, nije moguća skrb kod kuće ili u domovima za starije i nemoćne, a ideja hospicija je održavanje najbolje kvalitete života i ublažavanje simptoma. Postoji i dnevni hospicij koje je organiziran prostor u bolnicama, hospicijima ili u drugim ustanovama unutar zajednice i nudi savjetovanje bolesnicima koji su kod kuće i u stanju su posjetiti po potrebi ambulantu. Stacionarna jedinica za specijalističku palijativnu skrb je temeljni element službi specijalističke palijativne skrbi. Multidisciplinarni tim u palijativnoj skrbi sastoji se od medicinske sestre ili tehničara, liječnika koji je prošao posebnu obuku, psihologa ili psihijatra, socijalnog radnika, duhovnika i fizioterapeuta. U tim ulaze i volonteri koji imaju veliki doprinos u hospicijima. Palijativna skrb ne odnosi se samo na posljednje dane života, nego je nerijetko potrebna skrb mjesecima, pa i možemo reći godinama.

## *1.2. Osnovni principi rada u palijativnoj skrbi*

U palijativi postoje principi koji se moraju poštivati.

Prvi princip rada je **holistički pristup** te se s njime smatra da je bolesnik osoba sa tjelesnim, psihološkim, duhovnim, društvenim i kulturnim nasljeđem i potrebama i kao takvim mu moramo prilaziti i postupati individualizirano prema bolesnikovim potrebama i mogućnostima. Svaka od ovih odrednica treba se uzeti u obzir.

Drugi princip je **timski rad i partnerska suradnja**.

Treći princip je da smo **orijentirani samo na pacijenta** na način da su želje pacijenta u središnju pažnju na način da mu se ispune želje. Jedan od najvažnijih načela u radu je kontinuitet skrbi koji uključuje resurse i servisa koje pružaju cjelovite i sveobuhvatne podrške za obitelj skrbnika, a na prvom mjestu je pacijent.

Posljednji princip u palijativnoj skrbi je odgovarajuća **etička načela**, a ona su: blagonaklonost (slika 1.) što znači da činimo sve što je dobro za pacijenta.







Slika 1. Blagonaklonost

Drugi načelo je nezloćudnost što objašnjavamo da ne činimo nikakvu štetu. Treće načelo je autonomija i to je da prava pacijenta damo njemu na odlučivanje i na kraju je pravda i nju moramo poštivati. Osnovni zahtjevi za pružanje palijativne skrbi je napredno planiranje skrbi, kontinuitet skrbi, dostupnost skrbi i željeno mjesto skrbi. Željeno mjesto skrbi je pušteno da pacijenti biraju gdje žele biti jer većina ih želi biti u svome domu i u svome domu da i preminu.

Palijativna skrb djelatnost je primarne zdravstvene zaštite po ustavnoj odluci Hrvatskog sabora iz 2003. godine. Obuhvaća zbrinjavanje bolesnika u bolničkim ustanovama i kod bolesnika u kući.. Ministarstvo zdravstva je uputilo preporuke za korištenje postojećih priznatih svjetskih i europskih smjernica o prepoznavanju palijativnog bolesnika GSF-PIG (Gold Standards Framework - Prognostic Indicator Guidance) kao temeljnog alata za podršku ranijem prepoznavanju pacijenata koji se približavaju kraju života i SPICT, CriSTAL i QUICK GUIDE, kao pomoćnih alata u procjeni potrebe za palijativnom skrbi.



Pravo svakoga ljudskoga bića da se bez boli i uz što manju duševnu patnju suočava s uznapređovalom ili bolesti u terminalnom stadiju jedan je od temeljnih načela i principa rada u palijativnoj skrbi u procesu tretmana boli. Čovjek u bolesti doživljava najemotivnije trenutke svog života, najbolnije, najranjivije. Ponekad ishod bolesti završi smrću i ukoliko dođe do potrebe, obavezno je imati medicinsku i sestrinsku dokumentaciju koja u tom slučaju služi kao pravni dokaz, stoga mora biti vjerodostojna.

## PITANJA ZA PONAVLJANJE:

1. Što je palijativna skrb?
2. Što je hospicij?
3. Što je neizlječiva bolest?
4. Što je bol, a što patnja?
5. Navedite principe rada u palijativnoj skrbi.
6. Navedite načela rada u palijativnoj skrbi.





## 2.

# POVIJESNI RAZVOJ PALIJATIVNE SKRBI

### ISHODI UČENJA

Po završetku tečaja učenici će moći:

- Objasniti povijesni razvoj palijativne skrbi u svijetu.
- Objasniti povijesni razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj.
- Navesti tko je osnovao bolnicu i tko je bio ujedno začetnik palijativne skrbi u svijetu.
- Navesti tko je začetnik palijativne skrbi u Hrvatskoj.
- Navesti koji je prvi hospicij u Republici Hrvatskoj.





## 2. Povijesni razvoj palijativne skrbi

U medicinskom kontekstu glagol „paliati“ znači ublažiti, olakšati, smanjiti jačinu (boli ili bolesti), ili dati privremeno olakšanje. Palijativna skrb je interdisciplinarni pristup medicinskoj skrbi čiji je cilj optimizacija kvalitete života i ublažavanje patnje među osobama s teškim, složenim bolestima. U prošlosti je palijativna skrb bila pristup specifičan za bolest, ali danas se zauzima širi pristup, da bi se načela palijativne skrbi trebala primijeniti što je prije moguće na svaku kroničnu i u konačnici smrtonosnu bolest.

### *2.1. Povijesni razvoj palijativne skrbi u svijetu*

Vitezovi monasi (hospitari) (slika 3.) reda Sv. 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. Hospitari su od pape Pasqualea II. 1113. god. prepoznati kao vojni red, te su dobili podršku za prijevoz putnika u Svetu Zemlju i na povratku /iz nje.



Slika 3. Hospitari



U kasnom osamnaestom stoljeću je postojao sve veći trend da liječnici budu u vrijeme smrti sa članovima obitelji više i srednje klase. Ovaj trend je nastavio rasti kako je devetnaesto stoljeće trajalo i otkrivale su se nove medicinske inovacije.

Jedna od začetnica palijativne skrbi je Mary Aikenhead koja je otvorila bolnicu St. Vincent's za brigu o bolesnima i umirućima u Dublinu (Irska). 1842. Jeanne Garnier osnovala je udrugu pod nazivom L'Association des Dames du Calvaire. Ova udruga je godinu kasnije osnovala dom za umiruće. Godine 1885. prvi dom za umiruće u Velikoj Britaniji pod nazivom Friedenheim osnovao je France Davidson. Dom je zadovoljavao potrebe tuberkuloznih bolesnika. U mnogim europskim državama hospicij je bio dom za siromašne umiruće, umjesto modernoga zdravstvenog centra.

Razvoj palijativne medicine 60-ih godina u Velikoj Britaniji te 70-ih u SAD-u i Kanadi počeo je upravo kao reakcija na promjene u medicinskoj kulturi, a potaknulo ga je nekoliko izvanrednih vizionara i povijesnih ličnosti u medicini, a neki od ličnosti su: Cicely Saunders te je ona bila začetnik hospicijskog pokreta i imala je glavnu riječ u promicanju palijativnog pokreta. Najveći iskorak bio je utemeljenjem Hospicija St. Christopher Hospice (slika 2.) u Londonu 1967. godine.



Slika 2. Hospicij St. Christopher-  
utemeljen 1967., u Londonu

**Cicely Saunders** (slika 4.) je začetnica hospicijskog pokreta koji je započeo u Velikoj Britaniji osnivanjem modernog hospicija sv. Kristofora 1967. godine u Londonu.



Slika 4. Cicely Saunders

Ovaj hospicij je bio posebno orijentiran prema osobama koji su u njima boravili te se držao naglasak na kvaliteti života, biopsihosocijalnoj medicini te na ljudsku egzistencijalnu i duhovnu patnju. Još se razlikovao od rijetkih drugih ustanova za umiruće po svojem terapeutskome programu, po službama za skrb kod kuće, za one koji se mogu opskrbljivati kod kuće, po opsežnoj dokumentaciji i odgoju profesionalaca različitih disciplina koje sudjeluju u holističkoj brizi.

**Elisabeth Kübler-Ross** objavila je svoju knjigu O smrti i umiranju 1969. godine. U ovoj knjizi definirala je pet faza tuge kroz koje napreduju umirući: poricanje, ljutnja, cjenkanje, depresija i prihvaćanje. Iako sada vjerujemo da umirući pacijenti ne prolaze nužno kroz te faze i da se te faze ne odvijaju nužno određenim redoslijedom, Kübler-Ross-ina knjiga i predavanja podigli su svijest javnosti o skrbi za pacijente na kraju života.



Sve većim razvojem hospicijske medicine uvidjela se potreba i za hospitalnom palijativnom medicinom te se 1974. godine otvara prva svjetska palijativna služba u bolnici Royal Victoria McGill (Kanada). Nakon naglog razvoja palijativne skrbi nastala je knjiga „**Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi**“ koja objašnjava preporuke Udruženja o zajedničkoj terminologiji i zajedničkim normama kvalitete. Svjetska zdravstvena organizacija prepoznala je 1990.godine palijativnu skrb kao posebnu specijalnost posvećenu ublažavanju patnje i poboljšanju kvalitete života pacijenata s bolešću koja ograničava život.

Uz ogromnu potporu više zaklada, uloženi su višestruki naponi za promicanje palijativne skrbi. Godine 2006. Američki odbor medicinskih specijalnosti (ABMS) i Vijeće za akreditaciju diplomskog i medicinskog obrazovanja priznali su subspecijalitet palijativnu medicinu. Odražavajući korijene palijativne medicine u mnogim specijaliziranim područjima, odbori 10 specijalnosti susponzoriraju ABMS certifikacijski ispit, koji se prvi put daje 2008. godine, a postoji više od 3000 članova Američke akademije za hospicijsku i palijativnu medicinu.

## ***2.2. Povijesni razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj***

U Hrvatskoj je potreba za palijativnom skrbi uočena još 90-ih godina prošlog stoljeća. 1994. godine je organiziran hospicijski pokret koji je edukativno započeo Prvim hrvatskim simpozijem o hospiciju i palijativnoj skrbi, te osnivanjem Hrvatskog društva za hospicij i palijativnu medicinu unutar Hrvatskog liječničkog zbora pod vodstvom predsjednice **prof. dr. sc. Anice Jušić** (slika 5.).





Slika 5. prof. dr. sc.  
Anica Jušić

Zakonski okviri za organizaciju palijativne skrbi u RH stvoreni su u srpnju 2003.g. stupanjem na snagu novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti, čime je palijativna skrb navedena kao jedna od mjera zdravstvene zaštite, a kao djelatnost uvrštena je na primarnu razinu zdravstvene zaštite.

**Prvi kongres palijativne skrbi u Hrvatskoj** s međunarodnim sudjelovanjem organiziran je 2006.godine povodom Svjetskoga dana hospicija i palijativne skrbi. U travnju 2010. Hrvatsko društvo za palijativnu medicinu HLZ-a pokrenulo je humanitarnu, javnu, široko prihvaćenu akciju „Ostani uz mene”, čiji su glavni ciljevi edukacija stručnjaka, izrada Nacionalne strategije o palijativnoj skrbi, osnivanje znanstveno-edukativnoga centra za razvoj sustava edukacije iz područja palijativne skrbi te osnivanje ustanova za palijativnu skrb.

### ***2.3. Povijest hospicija***

U Hrvatskoj imamo palijativnu skrb već 22 godine jer su 1. prosinca 1999. godine dr. **Anica Jušić i Stana Lovrić**, viša medicinska sestra obavile prvu hospicijsku kućnu posjetu u Hrvatskoj i u Zagrebu. U Hrvatskoj imamo Regionalni hospicijski centar u Zagrebu koji je otvoren 2002. godine, te imamo hospicij u Splitu koji je u prostorima Katoličke udruge Lovret na Mejašima i







Ustanovu za palijativnu skrb u Rijeci „Marija Krucifiksa Kozulić“. U Hrvatskoj imamo ustrojstvene jedinice palijativne skrbi i krevete za palijativnu skrb stacionara u okviru domova zdravlja kao što su u: Otočcu, Našicama, Makarskoj, Labinu itd. U Hrvatskoj postoje i ustanove i kreveti za palijativnu skrb u okvirima Općih županijskih bolnica kao što su u Zaboku, Sisku, Virovitici, Čakovcu, Puli, Dubrovniku itd.

**Hospicij »Marija Krucifiksa Kozulić«** (slika 6.) prvi je hospicij u Republici Hrvatskoj u Rijeci, otvoren 28. siječnja 2013. godine te je jedinstvena ustanova ovog tipa u RH. 9. srpnja 2014. godine u Varaždinskoj županiji je osnovana udruga za palijativnu pomoć “Srce”. U listopadu 2016. godine započinje s radom djelatnost za palijativnu skrb koju čine koordinator palijativne skrbi i mobilni palijativni tim. Na dan 31. ožujka 2019. godine s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje ugovoreno je 30 koordinatora za palijativnu skrb i 22 mobilna palijativna tima.



Slika 6. Hospicij „Marija Krucifiksa Kozulić“



## PITANJA ZA PONAVLJANJE:

1. Objasnite u 3-5 rečenica povijesni razvoj palijativne skrbi u svijetu.
2. Tko je bio začetnik palijativne skrbi u svijetu?
3. Objasnite u 3-5 rečenica povijesni razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj.
4. Tko je bio začetnik palijativne skrbi u Hrvatskoj?
5. Gdje i kada je otvoren prvi hospicij u Republici Hrvatskoj?





# 3. PSIHOSOCIJALNI ASPEKTI PALIJATIVNE SKRBI

## ISHODI UČENJA

Po završetku tečaja učenici će moći:

- Definirati reakcije koje se javljaju kod pacijenata.
- Rastumačiti psihosocijalne aspekte suočavanja s neizlječivom bolesti.



### 3. Psihosocijalni aspekti palijativne skrbi

Do 19. st. medicinska se skrb uglavnom svodila na ublažavanje simptoma, dok je prirodni tijek bolesti vodio prema izlječenju ili smrti. Oko 1900. godine liječnici i bolesnici počeli su podjednako tražiti uzroke bolesti i konačno izlječenje. U drugoj polovici ovog stoljeća pokreće se hospicij. Danas je u svijetu palijativna skrb sastavni dio brige o pacijentima te se smatra da pacijentima u bilo kojoj fazi bolesti treba pružiti kvalitetnu zdravstvenu i drugu skrb. Kvalitetnu palijativnu skrb pruža stručni tim specijalista koji međusobno surađuju, a to su: specijalist obiteljske medicine, internist, onkolog, neurolog, psihijatar, psiholog, duhovnik, sestra koji posjeduju znanja o palijativnoj skrbi. Sve se više u palijativnu skrb uključuje i psihološka pomoć pacijentima, a s ciljem boljeg suočavanja s bolešću te podizanjem kvalitete života pacijenata i njihovih obitelji. Temelj palijativne skrbi je holistički pristup pacijentu. Osobe oboljele od neizlječivih bolesti često se suočavaju s brojnim psihičkim tegobama. Stoga je važno ovom području pridati posebnu pažnju.

#### *3.1. Psihološka dimenzija suočavanja s neizlječivom bolešću*

Svaka osoba različito reagira kada zaprimi vijest da ima tešku, neizlječivu bolest. Aristotel je smatrao da su sve naše emocije izazvane navikom i racionalnim promišljanjem. Ali što kada racionalnog i objašnjivog razloga nema? Umirući pacijenti vrlo često potiskuju sav sadržaj koji im je priopćen. Ne mogu se pomiriti sa činjenicom koja im je saopćena. Zbog toga su takve osobe sklone depresivnim mislima i neprestano iščekuju smrt.

Zadaća je medicinskog osoblja da potiče iskazivanje tih emocija i ekspresiju pozitivnih. Pozitivne emocije potiču pacijenta i njegovu okolinu da se adaptiraju na novonastalu situaciju. Na taj način osoba je spremna i sposobna realno sagledati cijelu situaciju u kojoj se nalazi i postupati pravilno. Osoba koja odbija ekspresirati pozitivne emocije vrlo teško se adaptira, pada



u depresiju i samim time potiče ubrzano pogoršanje bolesti.

Psihološke reakcije na neizlječivu bolest nisu jednostavne i vrlo često se okolina umirućeg teško nosi sa tim emocijama. Javljanje tih emocija normalan je i neizostavan proces skrbi, no njihovo zbrinjavanje je vrlo zahtjevno i individualno.

Prva i najizraženija reakcija koja se javlja kod pacijenta je **strah i velika zabrinutost**. Kod umirućih pacijenata javlja se strah od smrti, tanatofobija. Ona se može razviti u nepodnošljivu napetost. Strah umirućih pacijenata javlja se u nekoliko oblika: strah od nemoći, strah od napuštanja i samoće, strah od boli i patnje, strah od nepoznatog, strah od nepostojanja, strah od gubitka, strah od odvajanja od najbližih te strah od toga što će biti s obitelji kada osoba umre.



Slika 7. Agonija

Suočavanje sa neizlječivom bolešću i rješavanje straha od iste dugotrajan je proces (slika 7). Psihološki odgovori različitog spektra sastavni su dio tog procesa.

Uz strah i zabrinutost javljaju se i **osjećaj gubitka i poraza, poricanje, ljutnja i agresija, tuga**, ali i **nada** u završnom procesu prihvatanja dijagnoze. Pojava nabrojanih emocija ovisi o psihičkoj snazi, kulturnim vrijednostima pacijenta, o njegovim obiteljskim i socijalnim odnosima



u kojima se nalazi, o količini podrške koju dobiva, ali i o količini informacija koje su mu dostupne.

Zadaća medicinskog osoblja je što bolje objasniti tijek bolesti i pripremiti osobu na sve postupke koji će se ili bi se mogli provoditi. Na taj način se skraćuje proces adaptacije i pacijent aktivno sudjeluje u skrbi. Vrlo često manifestira se i tjeskoba. Manifestira se na fiziološkim, kognitivnim i emocionalnim područjima. Fiziološke disfunkcije su ubrzan puls, ubrzano disanje, povišen krvni tlak, aritmije, suha usta i nesаница. Kod kognitivne disfunkcije javlja se smanjena razina koncentracije, zaboravljivost, blok misli, konfuzija. Emocionalni simptomi su nervoza, osjećaj gubitka kontrole nad situacijom, negativizam, razdražljivost, okrivljavanje drugih.

### *3.2. Percepcija gubitka i obrambeni mehanizmi*

Kada osoba nije u stanju kontrolirati svoju tjeskobu, a u situaciji kada imamo umirućeg pacijenta on najčešće nije, javljaju se **obrambeni mehanizmi**. Emocionalna bol javlja se kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti, a često je posljedica svjesnih strahova i osjećaja bespomoćnosti. Simptomi emocionalne boli mogu biti bijes, nesаница, depresija, pretjerana razdražljivost i nekontrolirana tjeskoba.

Nakon primitka negativnih vijesti javljaju se različiti fizički, emocionalni i kognitivni fenomeni. Od fizičkih se najčešće javljaju pritisak u srcu, crijevne manifestacije, dispneja i gubitak apetita. Emocionalni i kognitivni fenomeni vrlo su izraženi u tom trenutku i vrlo često su te reakcije pokretači fizičkih fenomena i disfunkcija. Javljaju se emocionalni izljevi, histeričan plač, bijes i agresija, pretjerana aktivnost personalizacije pa čak i egoizam.

Kao mehanizmi obrane na gore sve navedeno javljaju se regresija, poricanje, racionalizacija, intelektualizacija, potiskivanje, projekcija, premještanje, potiskivanje, povlačenje i osamljenost.





**Regresija** jest kada se pacijent vrati u neki raniji razvojni stadij ili postane sličan djetetu. Ljudi kada su bolesni napuštaju svoje uobičajene obveze te se prepuštaju drugima na brigu, kada je regresija pretjerana ona onemogućava prilagodbu bolesnika na bolest te dovodi do prevelike ovisnosti o drugima, zahtjevnog, nezrelog i na sebe usmjerenog ponašanja.

**Poricanje** je najprimitivniji odgovor tijela, ali također i najopasniji. Pacijent odbija realno sagledati situaciji, živi u derealizaciji što može završiti pogubno za samog pacijenta.

**Racionalizacija** je vrlo čest obrambeni mehanizam kojim bolesnik pokušava pribaviti alternativno objašnjenje simptoma ili osjećaja, recimo povremeno povraćanje počinje povezivati sa nekim svakodnevnim uzrokom, a ne progresijom zloćudne bolesti.

**Intelektualizacija** kao obrambeni mehanizam udaljava stvarnost stavljajući je u neki nerealni ili teorijski koncept. Ona štiti od emocionalne boli te bolesniku daje prostora za istraživanje teških problema uz pomoć čega se usprkos traumatskim okolnostima povećava znanje bolesnika te omogućuje njegovo djelovanje.

**Potiskivanjem** pacijent potiskuje sve svoje negativne emocije iz svjesnog dijela ličnosti u nesvjesni dio. Potiskivanjem se isključuju sve negativne i bolne misli vezane uz novonastalu situaciju.

**Projekcija** kao mehanizam obrane funkcionira na način da se problemi prebacuju na nekog drugog. Primjerice osoba oboljela od raka pluća kriviti će državu za svoj rak pluća jer država nije zabranila pušenje. Pretjerana projekcija onemogućava prilagodbu bolesnika na stvarnost te ga otuđuje od onih koji bi mu trebali biti podrška.



**Premještanjem** emocionalne energije na druge misli i aktivnosti pacijent se brani od realnosti. Primjerice bolesnik koji bi se trebao suočiti sa emocionalnom boli saznanja o recidivu raka bavi se potpuno drugim stvarima poput prikupljanja novaca za neku nekretninu ili slično.

**Introjekcija** omogućava bolesniku da u sebi potraži rješenje za sve svoje poteškoće. Ukoliko je introjekcija umjerena može dovesti promjenu i samopomoć, no ukoliko se pretjera dovodi do samookrivljanja, izolacije te depresije.

**Povlačenje** predstavlja problem i pacijentu i zdravstvenim djelatnicima. Osoba se povlači u sebe, odustaje od svog života i odbija skrb. Osamljenost je subjektivan osjećaj svakog oboljelog pojedinca. Praćena je neugodnim osjećajem prepuštenosti samom sebi i zaboravom. Osamljenost pogoduje nastanku socijalne izolacije.

Važno je napomenuti da obrambeni mehanizmi nisu uvijek patološka stanja nego normalno ponašanje obzirom na stanje pacijenta. Njihova prisutnost može pridonijeti rješavanju tjeskobe. Faza prihvaćanja nastupa postepeno. U tom periodu pacijent i obitelj postaju svjesni da je bolest neizlječiva i da se smrt ne može nikako odgoditi. Emocije svih su u ovoj fazi vrlo nejasne i osobe su sklone promjenama raspoloženja na dnevnoj bazi.

Faza prihvaćanja sastoji se od **5 faza: poricanje/negiranje, ljutnja/gnjev odnosno projekcija, pregovaranje/cjenkanje, depresija te prihvaćanje.** **Poricanje** prate sljedeći simptomi: odbijanje informacija i realnog sagledavanja situacije, strah i nevjerica se međusobno isprepliću, javljaju se tjeskoba i napetost. **Ljutnja/ gnjev** odvijaju se sljedećim reakcijama: ogorčenost zbog poremećenih planova, preispitivanje vlastitog života, agresivno i destruktivno ponašanje, verbalni napadi, odbijanje komunikacije te učestali prigovori i pritužbe na medicinsko osoblje. Reakcije tijekom faze **pregovaranja/cjenkanja** su: traženje logičkog objašnjenja za nastalu situaciju, ustrajanje u ozdravljenju, istraživanje svih načina liječenja, razgovori sa stručnjacima, pregovaranje s medicinskim osobljem, alternativne metode liječenja i povezivanje s Bogom. Tijekom faze **depresije** osoba postaje svjesna da je bolest odnosno smrt neodgodiva, javlja se





snažan osjećaj gubitka, smanjena je razina energije i osoba je psihomotorički usporena, javljaju se smetnje spavanja, osoba je zabrinuta i plače te je sklona suicidalnim mislima. Tijekom zadnje faze **prihvatanja** kod pacijenta su emocije isprepletene, relativno su smireni, osjećaju ravnodušnost, emocionalno su prazni i nekomunikativni, razmišljaju o budućnosti i osjećaju veliku potrebu za kontaktom sa bliskim osobama.

Psihijatrijski poremećaji vrlo su čest komorbiditet u palijativnih bolesnika. Mogu varirati od uobičajenih, očekivanih prilagodbenih reakcija na tešku bolest kod kojih je dovoljan razgovor pun razumijevanja do situacija kad se u nekih pacijenata razviju prvi psihijatrijski poremećaji koji zahtijevaju intervenciju psihijatra. Nerijetko se događa da ljudi imaju dosta simptoma psihičkih poremećaja, a nemaju dijagnosticirane nikakve psihičke poremećaje.

Kada se govori o palijativnim pacijentima koji se suočavaju sa velikim psihičkim i fizičkim preprekama vrlo je važno pratiti njihovo psihičko stanje te uočiti pojavu simptoma nekih psihičkih poremećaja iz razloga što bi neliječenje istih moglo ostaviti na pacijentima velike posljedice. Psihijatrijski morbiditet vrlo je uobičajen u palijativnih pacijenata te 30%-50% palijativnih pacijenata razvije neki od psihičkih poremećaja.

Psihijatrijske intervencije uključuju farmakoterapiju i psihoterapiju koja u palijativnih pacijenata ima drugačije ciljeve nego u ostalih pacijenata. Psihijatrijske poremećaje u palijativnoj skrbi nužno je liječiti, jer oni pogoršavaju simptome osnovne bolesti te uzrokuju visoku patnju oboljelog i obitelji. O ovome poremećaju može se govoriti kao o normalnoj prilagodbenoj reakciji na neizlječivu bolest. Strah, tuga, žalovanje, osjećaj beznađa, egzistencijalna ili duhovna kriza emocionalni su odgovor koji u oboljele osobe smanjuju sposobnost doživljavanja zadovoljstva, osjećaja smisla ili zadržavanje odnosa sa drugima te na taj način bitno smanjuju kvalitetu života oboljelog. Potreban je širi psihosocijalni pristup koji uključuje prihvatanje situacije, artikuliranje i postizanje zacrtanih ciljeva do kraja života.

Osim rada sa bolesnikom (slika 8.) vrlo je bitan i rad sa obitelji oboljeloga kako bi im omogućili pravilno i dovoljno dugo žalovanje. Simptomi koji se pojavljuju jesu sniženo raspoloženje, plačljivost, beznadnost, tjeskoba, pojačana napetost, povlačenje u sebe, smanjenje teka i spavanja, gubitak energije te brojni drugi. Liječenje ovisi o tome koliko simptoma bolesnik ima te u kojoj mjeri oni utječu na njegov život i funkcioniranje.

**Depresija** jest najčešći psihički poremećaj kojega susrećemo kod palijativnih bolesnika. Kod palijativne skrbi problem predstavlja raširenost pojma depresivno jer može zamagliti pravu

razinu problema te na taj način za posljedicu može imati nedijagnosticiran poremećaj te izostanak terapije ili dovesti do psihijatrizacije točnije proglašavanja depresijom neke sasvim normalne ljudske reakcije obzirom na date okolnosti. Postoje tri tipična simptoma depresije, a to su smanjeno raspoloženje, gubitak interesa te smanjena energija, a mogu biti pomračeni i sa smanjenim samopoštovanjem, osjećajem umora, poremećajem sna, problemima sa koncentracijom itd. Liječenje također ovisi o stupnju bolesti te koliko ona ometa bolesnikovo funkcioniranje.



Slika 8. Razgovor s bolesnikom



Vrlo je važno postaviti dobru dijagnozu te pravovremeno reagirati kako bi bolesniku što prije osigurali adekvatnu pomoć.

**Anksioznost** možemo svrstati u normalne ljudske poremećaje dokle god ona ne ograničava funkcioniranje te ne ometa pacijentom život. Ona je prilagodbeni mehanizam bez kojeg normalno funkcioniranje ne bi bilo moguće. Kada se radi o palijativnim bolesnicima i porastu anksioznosti većinom je povezana sa jednim od dva čimbenika. Prvi čimbenik jest povezan sa saznanjem i svjesnošću o ograničenim mogućnostima terapijskog liječenja, a drugi čimbenik posljedično o blizini kraja njihova života. Simptomi mogu biti kognitivni odnosno stalna zabrinutost, dekoncentracija ili manjak pažnje, ali mogu biti i somatski odnosno lupanje srca, tahikardija, tremor, znojenje, nedostatak zraka, probavne smetnje i crvenilo lica.

Anksioznost u palijativnih pacijenata može biti uzrokovana osnovnom bolešću recimo intenzivnim nekontroliranim bolom, plućnom embolijom, tumorima koji luče razne hormone, ali može se pojaviti i kao jedna od nuspojava terapije. Kod pacijenata sa anksioznim poremećajem može biti riječ o reaktivnom stanju sa pretežno anksioznim simptomima, može biti sekundarna kao posljedica egzacerbacije osnovne bolesti ili nuspojava terapije, a može se pojaviti i kao simptom nekog drugog psihijatrijskog poremećaja poput delirija ili depresije. U pacijenata sa blagim do srednje izraženim simptomima primjenjuje se suportivna psihoterapija, a kod progresivnih stanja bolesti liječenje se fokusira na nošenje sa anksioznošću i strahom od smrti, a ne na uzrok problema.

**Delirij** jest akutno stanje poremećaja svijesti, pažnje i kognicije. Može se razviti u kratkom razdoblju u trajanju od nekoliko sati do nekoliko dana. Karakteristično za delirij su promjene ritma sna i budnosti, nesuvisao govor, poremećaji pamćenja i pažnje, deluzije i halucinacije te agitiranost ili hipoaktivnost. U palijativnoj skrbi se često susrećemo sa delirijem te će ga doživjeti gotovo 80% pacijenata na samome kraju života. Delirantna stanja imaju veliki morbiditet, uzrokuju veliku nelagodu i patnju oboljeloga, ali i cijele njegove obitelji te stručnog osoblja. Rizični čimbenici za nastanak delirija podijeljeni su na predisponirajuće i okolišne



čimbenike. Vrlo je bitno otkriti uzrok delirija i fokusirati se na otklanjanje istoga ukoliko je moguće. Bitna je farmakološka, ali i nefarmakološka terapija.

Priopćavanje loših vijesti jest ključna komunikacijska vještina koja zahtijeva brižnost, empatiju i strpljenje. SPIKES jest predložak od šest stupnjeva pomoću kojega se pacijentima priopćuju loše vijesti. S se odnosi na pripremu za razgovor, P se odnosi na procjenu bolesnikove informiranosti, I se odnosi na dobivanje bolesnikova pristanka na informaciju, K se odnosi na pružanje informacija bolesniku, E se odnosi na bolesnikove emocije i odgovor empatijom na njih te S koje se odnosi na uspostavu terapijskog plana. Kod priopćavanja loših vijesti vrlo je bitno da bude prisutan jedan član stručnog tima koji će tamo biti isključivo za emocionalnu potporu i pomoć bolesniku jer se na taj način gradi povjerenje i umanjuje osjećaj napuštenosti i straha koji se brzo mogu pretvoriti u anksioznost ili depresiju.

Nakon priopćenja loših vijesti treba pružiti dodatnu emocionalnu potporu i razumijevanje bolesniku, potrebno je dati bolesniku do znanja kako nije sam te mu pomoći na putu prihvaćanja i nošenja sa dijagnozom.

Palijativni bolesnici su osjetljiva skupina te za rad sa njima treba proći dodatnu edukaciju o pružanju psihološke pomoći te o metodama olakšavanja pacijentovih tegoba psihološki gledano. Kada pacijenti dobiju dijagnozu životno ugrožavajuće bolesti njihov život na kratko staje. Dijagnoza ne utječe samo na pacijenta nego i na cijelu njegovu okolinu i obitelj. Prisutan je financijski pritisak ukoliko je osoba primorana prekinuti radni odnos, a članovi obitelji su često primorani ili dati otkaz ili smanjiti radno vrijeme kako bi mogli brinuti o bolesniku. Vrlo je bitno da medicinsko osoblje dobro educira obitelj i bolesnika te ih uputi u sva prava i objasni im koje sve beneficije ili potporu mogu dobiti. Treba se ustanoviti postoje li nekakve želje i planovi koje bolesnik želi ostvariti prije svoje smrti te ukoliko je moguće treba se pomoći ostvariti iste. Potrebno je ustanoviti sa nadležnim osobama postoji li oporuka te savjetovati bolesnika o stvaranju iste ukoliko ne postoji te postoji li osoba koja može djelovati umjesto bolesnika na



financijskom i zdravstvenom polju te donositi važne odluke kada bolesnik više ne bude bio sposoban.

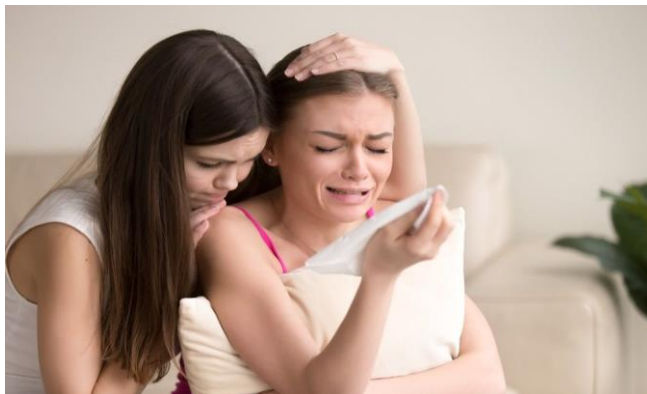
Svaka obitelj ima svoju kulturu i način suočavanja sa problemima te profesionalci trebaju biti svjesni istih i moraju dopustiti drugima izražavanje svojih strahova i želja bez straha od nesporazuma ili predrasuda.

Palijativna skrb odvija se na multidisciplinarnom i interdisciplinarnom području u čije provođenje mora aktivno biti uključena cijela zajednica i ustanove različitih djelatnosti. Očekuje se pozitivan stav i potpora društvene zajednice umirućim bolesnicima. Socijalna odgovornost naglašava da pojedinci kao i cijela zajednica ljudi imaju potrebu, mogućnost, ali i dužnost djelovati na način koji doprinosi dobrobiti cijele zajednice uključujući i osobe koje boluju od neizlječivih bolesti. Umirući pacijenti će vrlo često odbijati doprinositi zajednici na bilo koji način jer im je briga za njihovo stanje bitnija od funkcionalne zajednice.

### ***3.3. Podrška ožalošćenim članovima obitelji***

Unatoč tome, uloga nas zdravih pojedinaca je educirati i senzibilizirati zajednicu za umirućeg pacijenta. Uz svoju prvotnu ulogu informiranja, mediji sve više preuzimaju ulogu obrazovanja, neprestane edukacije, utjecaja na stavove i vrijednosti te utječu na formiranje javnog mišljenja. Bolesni te njihove obitelji ovisni su o mogućnostima koje im osigurava društvo s ciljem olakšavanja tegoba i iskorištavanja njihovih potencijala. Svjedočenje osobnih iskustava u medijima predstavlja najvjerodostojniji oblik predstavljanja doživljaja, problema i promišljanja te je ujedno i najbolji način povećanja empatije za svoje stanje, ali i jako dobar vodič iz prve ruke kroz što to sve prolaze osobe koje su suočene sa neizlječivom bolesti. Pronalaženje skrivenih izvora snage u obitelji olakšat će bol tugovanja, a onima koji ostaju pomoći pronaći novi način življenja (slika 9.). Nije toliko bitno vrijeme koje još preostaje, nego kako se ono planira i iskorištava.





Slika 9. Podrška obitelji

### PITANJA ZA PONAVLJANJE:

1. Navedite reakcije koje se javljaju kod pacijenata.
2. Rastumačite psihosocijalne aspekte suočavanja s neizlječivom bolesti.



## 4. ETIČKI ASPEKTI PALIJATIVNE SKRBI

### ISHODI UČENJA

Po završetku tečaja učenici će moći:

- Rastumačiti etička načela u palijativnoj skrbi
- Definirati DNR.





## 4. Etički aspekti palijativne skrbi

Palijativna njega je skrb za cijelu osobu, u smislu očuvanja njenog digniteta i cjelovitosti. Usmjeren na ublažavanje patnje, te očuvanje najbolje moguće kvalitete života sve do smrti. Palijativna njega je izrazito važna u svakoj bazi znanja medicinske sestre. Znanje o njegovanju umirućeg pacijenta svakako daje medicinskoj sestri aspekt cjelokupnog života pacijenata. Edukacija medicinske sestre u palijativnoj skrbi se bazira na njezi, bilo do izlječenja, osamostaljenja, pa tako je potrebno njegovati i umiruće, dajući im dostojanstvenu i mirnu smrt bez boli.

### 4.1. Etička načela u palijativnoj skrbi

**Načelo istinitosti i povjerenja:** ovo se načelo odnosi na situaciju unutar koje se bolesnik prilikom nastanka bolesti, pacijent očekuje potporu medicinskog osoblja, po mogućnosti izlječenje. Pri uvidu na nemogućnost situacije, važno je od strane medicinskog osoblja da bude tu za pacijenta, pružajući mu psihološku podršku u prihvaćanju bolesti i suočavanja sa situacijom. Ovo načelo također podrazumijeva čuvanje profesionalne tajne.

**Načelo jednakosti i autonomije,** koje nam govori da pacijent ima potpuno pravo na sve informacije vezane uz njihovu dijagnozu, pa tako i na odbijanje dane informacije, dijagnostičkih postupaka te tako i liječenja dijagnosticirane bolesti.

**Načelo prava i obveze svih ljudi:** izrazito je važno u skrbi za pacijenta uvesti i cjelokupno društvo kako bi pacijentu osigurali sigurnu okolinu koja pozitivno utječe na pacijenta. Ne bi trebalo doći do difuzije odgovornosti u društvu, već bi kolektiv jednako trebalo srbiti za pacijenta, svaki pojedinac na svoj način doprinosi lakšim prihvaćanjem pacijentove situacije.





**Načelo suradnje i dobrih odnosa** među zdravstvenim radnicima, koji se odnosi na kvalitetan timski rad u timu i **načelo stalnog učenja i stručnog usavršavanja**: sestrińska je dužnost

aktualizirati se u evoluciji medicinskog rada, biti ažuran u vlastitoj struci s obzirom da se medicina konstantno mijenja i ažurira.

**Načelo istinitosti** koje podrazumijeva da je sestra iskrena s pacijentom, ne tajiti mu bilo kakve informacije, također ne prekoračujući njene kompetencije. U provođenju skrbi za umirućega, sestra mora stvoriti okolinu koja se osniva na povjerenju i istinitosti kako bi pacijentu bilo ugodno.

**Načelo dvostrukog učinka** jest ono za koje vrijedi kada se pacijentu daju medikamenti jakog djelovanja (slika 10.). Može se dogoditi da uz određeni analgetik postoje štetne nuspojave za pacijenta, no nama je u cilju trenutna pacijentova bol koju rješavamo prvu.

Zadnje važno načelo je **načelo nenapuštanja**. Ukoliko dođe do situacije u kojoj pacijent odbije kakvu terapiju ili dijagnostički postupak, zdravstveno osoblje ima zadaću, ukoliko ono smatra da su postupci neophodni za ublažavanje pacijentovih tegoba, ostati uz pacijenta, stvoriti nenapadnu okolinu i razviti empatičnu komunikaciju koja možda pacijenta navede na promišljanje i preokret želje za skrbi.



Slika 10. Primanje terapije



Dakako, ovo načelo ne znači da smijemo bilo u kojem slučaju napadno pacijenta tjerati na kakvu vrstu terapije s obzirom da je to na kraju pacijentov izbor, već samo biti tu uz njega i osvijestiti mu da smo tu uz i za njega bez obzira na bilo koji odabir on uzme.

Potrebno je uvažavati pacijentove potrebe bez obzira na njegovu originalnu dijagnozu. Dvije su mogućnosti bolesnika koji želi da se njegove želje poštuju u trenutku buduće nesposobnosti u donošenju odluka. Jedna mogućnost je angažiranje zastupnika koji će govoriti u bolesnikovo ime, a druga je mogućnost da bolesnik svoje želje dokumentira u obliku uputnica (smjernica, propisa). Zastupanje bolesnikovih želja, tj. „govorenje u ime bolesnika“ može se odvijati na dva načina. Jedan način je da zastupnik prezentira bolesnikove prvotne želje te da ih se čvrsto pridržava, ekstrapolirajući ih, ako to situacija zahtijeva. Drugi je način da zastupnik govori u ime bolesnika prema svojoj vlastitoj prosudbi. U ovom, drugom slučaju, zastupnik ostaje neovisan u odnosu na prvotne želje bolesnika i nastoji zamisliti kakve bi bile njegove želje u određenim okolnostima, imajući na umu najbolji interes bolesnika. Problem koji se može pojaviti pri postojanju zastupnika je taj, da zastupnici često neadekvatno interpretiraju želje bolesnika, što često dovodi do primjene medicinskih intervencija koje je bolesnik prvotno odbio.

Između bolesnika i njegovih bližnjih često se izbjegava razgovor o medicinskim aspektima umiranja. Uloga liječnika je da u takvim situacijama savjetuje bolesnike da razgovaraju sa svojim bližnjima o njihovim željama kada budu nesposobni za donošenje odluka. U biranju zastupnika, bolesnici moraju imati na umu da prijatelji i članovi obitelji imaju svoje vlastite želje i mišljenja, što se može kositi sa željama bolesnika, tako da njihov izbor kao zastupnika nije uvijek opravdan. Naime, opraštanje od voljene osobe, veliki emocionalni teret donošenja odluke o pitanju života i smrti, premalo vremena za razmišljanje o pravilnoj odluci, limitira obitelj bolesnika u ulozi zastupnika. Jedna od najstarijih i najpoznatijih pisanih uputa koja odražava želje bolesnika u trenutku njegove nesposobnosti odlučivanja, svakako je ona za neoživljavanje ( engl. „Do Not Resuscitate“, DNR), (slika 11.)-



Slika 11. „DNR“

Uskoro se razvila potreba za drugim odredbama koje uključuju medicinske intervencije vezane za održavanje života. U instruktivne upute ranije je spadala i oporuka. Njezina najveća uloga odnosila se na želju bolesnika da bilo kakve mjere pokušaja oživljavanja budu izbjegnute, ako je prognoza bolesnika beznadna. Potreba za razumljivim uputama dovela je do razvoja tzv. uputa za specifično liječenje. Naime, svoje upute i želje za liječenje bolesnici mogu izraziti pismenim dokumentiranjem u različitim obrascima. Bitno je naglasiti da pisanje izjave i dokumenti potpisani od strane bolesnika imaju pravnu važnost te na taj način zakonski štite ne samo bolesnika, već i liječnika koji se pridržava uputa u skladu s bolesnikovim željama. Svrha ovog poglavlja je da naglasi važnost mogućnosti svakog bolesnika da odluči o načinu liječenja i postupcima u trenutku kada bude nesposoban za donošenje bilo kakve odluke. Međutim, želje bolesnika u trenutku kad je sposoban donijeti odluku (tzv. prethodne odluke), mogu se razlikovati od želja bolesnika u trenutku njegove nesposobnosti (tzv. stvarne odluke). Interes za preživljavanje kao pravni pojam, odnosi se na pravo svakog pojedinca da donese odluke o pitanjima koja su od najvažnijeg interesa. Najčešći primjer je oporuka. Bitno je naglasiti da se dogovori vezani uz interes za preživljavanje odnose na prethodne želje bolesnika, a ne na trenutne. U stanju u kojem bolesnik nije sposoban donositi odluke, ispunjeni su kriteriji kada

dolazi do aktivacije naprednih uputa. No, mogu postojati bolesnici koji nisu bez želja, ali nisu u mogućnosti donijeti odluku, kao što je slučaj u uznapredovalom stadijima karcinoma. U tim okolnostima može postojati takva promjena bolesnikove osobnosti, da takvi bolesnici ne nalikuju onima koji su donijeli upute. Što se tiče bolesnikovih prvotnih želja, one moraju biti sadržane u



određenom dokumentu koji nosi pristanak informirane osobe. Uloga liječnika je da provjeri shvaćaju li bolesnici narav svojih odluka, moguće alternative i rizike. Bolesnici moraju biti punoljetni, imati sposobnost odlučivanja u bitnim područjima te moraju imati dokaz da su do sada donijeli stvarnu, aktivnu odluku. Pristanak informirane osobe s naprednim uputama može se sažeti u dva dijela. Prvo, bolesnici moraju pristati na izradbu naprednih uputa te je bitno da shvaćaju način na koji se donose određene odluke. Drugo, rasprava o naprednim uputama treba osigurati odgovarajuće informacije te bi odluke trebale biti donesene za svako specifično liječenje.

Također, vrlo je važno uključiti pacijenta u sudjelovanje. Uloga pacijenta bi trebala biti što aktivnija, kako pacijent ne bi bio zakinut te kako se ne bi pacijenta odvajalo od njegove bolesti. U cijelom procesu izuzetno je naglašena važnost komunikacije. Naime, komunikacija je jedna od važnijih terapijskih metoda u arsenalu sestre te bi sestra stalno trebala nadopunjavati i uvježbavati svoje znanje i sposobnosti iz komunikacijskih vještina i komunikologije. Od iznimne je važnosti uzeti i pacijentovo kulturološku pozadinu. Za provedbu bolesnikovih želja, treba imati na umu i kulturalne razlike. Najveći problem koji se može pojaviti odnosi se na nemogućnost raspravljanja o smrti, tj. razgovor o smrti u određenim kulturama predstavlja tabu, te se ta tema izbjegava. Liječnik koji pristupa bolesniku s uvažavanjem njegovih kulturnih posebnosti, ne bi trebao imati problema u približavanju naprednog planiranja bolesniku. Ustanovljenje aktivnog slučaja, korištenje metode zrcaljenja i empatičnog govora djeluje poticajno na pacijenta. Nekvalitetna komunikacija dovodi do upravo suprotne situacije unutar koje pacijent, ali i njegova obitelj mogu ostati neinformirani, u većoj patnji no što je već proživljavaju. No isto tako je važno istaknuti određene izazove koji se mogu javiti prilikom komunikacije. Tijekom komunikacije s pacijentom moramo imati na umu da je on živo biće, a ne samo dijagnoza te da svaka osoba na različite vijesti reagira drugačije. Nekada možemo očekivati bijes, tugu, a i različite obrambene mehanizme koje pacijenti mogu koristiti prilikom izražavanja o lošoj vijesti. Pacijenti često koriste negaciju u smislu da odbijaju vjerovati u vlastitu dijagnozu (“Došlo je do pogreške”, “To se ne može dogoditi meni”, “Htio bih da

ponovite testiranje”). U određenim slučajevima dolazi do regresije pacijentova ponašanja, na taj se način njihov ego štiti i stavlja u oklop djetinjastog ponašanja koji pruža trenutno zadovoljstvo idu. Također je česta disocijacija, odnosno depersonalizacija, slična negaciji, pacijent se u ovom slučaju potpuno odvaja od svoga karaktera, pa tako i situacije u kojoj se nalazi. Neki od pozitivnih obrambenih mehanizama koje pacijenti znaju koristiti su altruizam, humor i sublimacija. Sublimacija je vrsta pozitivnog obrambenog mehanizma unutar koje pacijent fokus skida sa svoje dijagnoze, pretvarajući je u kreativnu energiju (terapija slikanjem, terapija glazbom, razvitak hobija...).

Od onkologa se očekuje da razumije etičku i pravnu regulativu, te da u skladu s njom i postupava. Postoji više razloga zbog kojih se liječnici sustežu od provedbe postupka za održavanje života.

Jedan od razloga, a ujedno i najvažniji je taj da liječnici nastoje postupati prema bolesnikovim željama. Drugi razlog odnosi se na činjenicu da primjena takve terapije ne može pomoći ukupnom terapijskom cilju, iako katkad može imati kratak psihološki učinak. Treći razlog je taj da se takva terapija pokazala neučinkovitom i produljivala proces umiranja. Svakako se očekuje da se kod palijativne skrbi javljaju i dileme, od kojih su najzastupljenije situacije kada pacijent nije više u mogućnosti donositi odluke sam za sebe. Prilikom takve pojave, glavnu riječ vodi obitelj pacijenta te nije na nama da se u njihove odluke miješamo, već da ih pravilno informiramo, poštujući načelo nenapuštanja. Također česta etička dilema jest eutanazija pacijenta (slika 12.).



Slika 12. Eutanazija pacijenta



Prilikom izražavanja želje za eutanazijom pacijenta, moramo razmotriti njegovo stanje, pozadinu motiva radi koje se pacijent odlučio za eutanaziju. Često se pacijenti osjećaju kao teret ili se odlučuju na eutanaziju zbog gubitka autonomije i sudjelovanja u aktivnostima koje ih usrećuju. Potrebno je informirati pacijenta o ozbiljnosti eutanazije i pojasniti mu da se ne radi samo o ublažavanju bolova i patnje, već o prekidanju života. U antitezi eutanazije nailazimo na distanzaciju, pojam koji se odnosi na pretjerano produljenje života, pa tako i njegove patnje i boli. Taj se čin smatra uzaludnim s obzirom da, iako nekada obitelji može dati još par trenutaka s

voljenom osobom, predstavlja izazovnu agoniju za pacijenta, smanjujući mu autonomiju, funkcionalnost i dovodi do česte abulije u pacijenata. U takvim je situacijama potrebno objasniti pacijentovu situaciju obitelji i način komunikacije koju bi trebali izvoditi s pacijentom. Temeljno pitanje liječenja bolesnika koji boluju od uznapredovale zloćudne bolesti nije kada učiniti prelazak s kurativnog liječenja na palijativno. Pravilna palijacija simptoma trebala bi uvijek biti cilj od trenutka postavljanja dijagnoze zloćudne bolesti do njegovog terminalnog stadija. Treba postaviti i pitanje ima li kontinuirana agresivna terapija svrhu ili je prikladnije koncentrirati se na olakšanje tegoba bolesnika, puštajući da bolest ide svojim prirodnim tijekom. Svaka odrasla

osoba, koja ima sposobnost odlučivanja, ima pravo odlučiti na koje medicinske postupke pristaje, a na koje ne, uključujući i pravo na odbijanje liječenja (čak i u slučaju ako odbijanje liječenja može dovesti do smrti). Iako nema moralne ili zakonske razlike između sustezanja od početka primjene postupka za održavanje života ili prekida već započetoga, gledano iz kliničke i emocionalne perspektive, gotovo je uvijek lakše ne započeti liječenje, nego ga prekinuti. Bolesnici koji se odluče na primjenu postupaka, a održavanje života mogu odlučiti na koje od njih žele pristati, a na koje ne. Paleta postupaka uključuje, osim oživljavanja i: intubaciju, mehaničku ventilaciju, dijalizu, transfuziju krvi, umjetnu prehranu i hidraciju te uporabu ostalih dijagnostičkih testova i postupaka.

Liječnici bi trebali doznati što bolesnik ili njegova obitelj znaju o trenutnoj medicinskoj situaciji. Česte su zablude i pogrešna shvaćanja, a bolesnici uvijek pokušavaju okriviti nešto u njihovom



prošlosti ili načinu liječenja za njihove trenutne teškoće. Ključ rasprave je odrediti glavne terapijske ciljeve za bolesnika. Bolesnici često mogu zahtijevati od liječnika da “učini sve”, no to “sve” često pogrešno interpretiraju i shvaćaju. To pretpostavlja da liječnici imaju prevlast nad bolešću, što također nije točno. Potrebno je razgovarati o mogućim načinima liječenja. Konačno, potrebno je uspostaviti plan liječenja. Moguće je uključiti i druge osobe iz bolesnikove blizine (svećenik, socijalni radnik...) u procesu odlučivanja kako sav teret odluke ne bi pao samo na bolesnika. Kod bolesnika i liječnika često se pojavljuje osjećaj da moraju birati između borbe s bolešću i pripremanja za smrt. Nada u izlječenje i priprema za eventualnu smrt ne smiju se isključiti (“nadati se najboljem, a pripremiti se za najgore”).

Odluka o neoživljavanju može biti doživljena u više “pozitivnom” smislu, kao “dopuštanje prirodne smrti”. Mnogi bolesnici odbijaju neoživljavanje pod svaku cijenu, iako to nije u njihovom najboljem interesu. Bolesnici koji ustraju na oživljavanje, smatraju taj postupak iznimno uspješnim, iako postotak stvarnog preživljavanja iznosi 10-15%. S obzirom na to da se proces umiranja ne odvija za sve bolesnike jednakom brzinom, bolesnik ili članovi obitelji mogu doživjeti oživljavanje kao posljednju nadu za nastavak života. Također, postoje dvije mogućnosti za prekid mehaničke ventilacije: trenutna ekstubacija i terminalno odbijanje od respiratora. Pri trenutnoj ekstubaciji, obavlja se sukcija, a endotrahealni tubus se uklanja. Ta se metoda primjenjuje u slučajevima kad je bolesnik pri svijesti, sekrecija je minimalna i kad se očekuje da dišni put neće biti kompromitiran nakon ekstubacije. Pri terminalnom odbijanju od respiratora, endotrahealni tubus ne bude uklonjen, ali su ventilatorski parametri progresivno sniženi. Ta metoda korisna je u bolesnika koji zahtijevaju visoku razinu ventilacijske potpore, te u onih koji imaju teškoće čišćenja ili zaštite dišnih puteva, da bi se izbjeglo gušenje ili druge tegobe disanja. Prije nego što bolesnik bude “skinut s respiratora”, liječnik mora razmotriti moguće posljedice tog postupka s bolesnikom i njegovom obitelji. Većina će bolesnika umrijeti za nekoliko sati ili dana ovisno o njihovom temeljnom stanju. Za bolesnike koji se skidaju s respiratora, potrebno je osigurati i dobru sedaciju. Obitelji je bitno omogućiti da za vrijeme postupka budu uz bolesnika, a dužnost medicinskog osoblja je da osigura sve što je potrebno za što “mirniju smrt”. Nakon smrti bolesnika potrebno je omogućiti obitelji da provede određeno vrijeme uz bolesničku



postelju. Iako neki liječnici, a i bolesnici smatraju prekid umjetne prehrane i hidracije neetičkim, postoji čvrsta zakonska i etička potpora za provedbu tog postupka. Istraživanja su pokazala da ne postoji poboljšanje kakvoće života u umirućih bolesnika koji su bili na enteralnoj prehrani. Čak, naprotiv, nazogastrična sonda može imati negativne efekte na kakvoću života, zahtijevajući npr. vezanje bolesnika, mogućnost infekcije, bol, gubitak dostojanstva, gubitak užitka normalnog hranjenja. Također treba razmotriti prednosti i nedostatke umjetne prehrane i hidracije u odnosu na bolesnikovo stanje i ciljeve liječenja. Osiguravanje hrane i vode bolesniku, predstavlja za obitelj veliku emocionalnu i socijalnu potporu te ona također smatra da će prekid unosa hrane i vode za bolesnika biti velika patnja. Prednosti su ketonemija, koja se pojavljuje u bolesnika zbog gladovanja, izaziva euforično stanje te na taj način olakšava bol i suzbija glad, dok pomanjkanje vode može dovesti do delirija koji olakšava mnoge simptome bolesti.

Iako postoje različiti stavovi vezani uz postupke za održavanje života, smatra se da bi sustezanje od njih trebalo nastupiti kada teret liječenja premaši njegovu korist.

#### ***4.2. Etička promišljanja u palijativnoj skrbi***

Etički aspekti palijativne skrbi su bitni za razumijevanje i suosjećanje pacijenta kako bi medicinska sestra mogla savjesno i kvalitetno obaviti, ne samo svoj nužan posao unutar same njege pacijenta, već i omogućiti pacijentu uviđanje da smo tu za njega, odnosno stvoriti sigurnu okolinu unutar koje pacijent ima osjećaj povjerenja prema nama (slika 13.).

Izraz „palijativni pacijent“ predstavlja potencijalni problem. Naime, pacijenti nisu „palijativni“, već oni imaju potrebu za palijativnom skrbi. Označavanje pacijenata kao palijativnih nosi jasne opasnosti- u smislu kako će na njih gledati obitelj i osoblje (tj. kao one koji će brzo umrijeti), te koji će se interventni palijativni postupci uzimati u obzir.







Slika 13. Podrška pacijentu

Stoga, preporuča se da se ne govori o „palijativnom pacijentu“ ili „terminalnom pacijentu“, već o „pacijentu s potrebama o palijativnoj skrbi“, odnosno o „pacijentu s potrebama za skrbi na kraju života“.

Etički aspekti palijativne skrbi podrazumijevaju donošenje pravilnih odluka, pružanja, ali i planiranja zdravstvene njege. Važno je pružati pacijentu potporu i naglasiti da pacijenti koji su u naprednoj fazi neizlječive bolesti imaju jednaka prava kao i svaki drugi pacijent, pa tako i pravo da odbiju liječenje, dijagnostičke postupke a i informacije vezane uz njihovu bolest. Stručne postavke palijativne skrbi nalažu da se ona primjenjuje paralelno s kurativnom skrbi od časa postavljanja dijagnoze potencijalno smrtonosne bolesti. Kako samo 10% ljudi umre naglom smrću, to znači da bi palijativnu skrb trebalo osigurati za ostalih 90% ljudi. Kod velike većine pacijenata radi se o posljednjih 12 mjeseci života.

U provođenju palijativne skrbi etika ima važnu odluku u kontekstu donošenja odluka, planiranja i pružanja skrbi. Etika je filozofska disciplina koja se bavi međuljudskim odnosima, odnosom prema samome sebi i odnosom prema snazi iznad nas. Palijativna skrb je područje obilja etičkih tema. Bolesnici koji su u uznapredovalim fazama neizlječive bolesti imaju ista prava kao i svi ostali bolesnici. Kao i u svakoj grani medicinski, etički aspekti skrbi se ne mijenjaju. Oni su; „Život je najveća vrijednost i dobro“, „Činiti dobro, ne štetiti“ (Primum non nocere).



### PITANJA ZA PONAVLJANJE:

1. Navedite sva etička načela u palijativnoj skrbi.
2. Što je DNR?
3. Koja je važnost etičkih aspekata u palijativnoj skrbi?





# 5. KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE U PALIJATIVNOJ SKRBI

## ISHODI UČENJA

Po završetku tečaja učenici će moći:

- Opisati protokol SPIKES
- Opisati modele komunikacije.





## 5. Komunikacijske vještine u palijativnoj skrbi

Komunikacija je neizbježan, kompleksan, dinamičan proces koji uključuje izmjenu informacija na višim razinama. U komunikacijskom procesu važni su čimbenici glas, način govora (intonacija, jačina, ritam govora), neverbalni znakovi, slušanje, otvoreni pristup, iskrenost, razumijevanje, prihvaćanje, empatija.

### 5.1. Važnost i oblici komunikacije u palijativnoj skrbi

U praksi postoji nekoliko modela komunikacije. Najčešći je "**racionalni model**", u kojem se prvenstveno šalju poruke izvedene iz medicinskih informacija, osigurava informirani pristanak na određenu medicinsku intervenciju i pružaju općenite informacije o zdravlju. Ovaj model samo djelomično zadovoljava očekivanja pacijenta i članova njegov obitelji.



Slika 14. Komunikacija s pacijentom



Drugi značajan model je model "**zajedničkog odlučivanja**", koji u obzir uzima pojedinca i njegova očekivanja, perspektivu gledanja na situaciju te medicinsku odluku s obzirom na različita dostupna rješenja i posljedice donesenih odluka (slika 14.).

Palijativna skrb je pristup kojim se bolesnicima suočenim sa smrtonosnom bolešću i njihovim obiteljima poboljšava kvaliteta života. Ona 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 štićenicima i njihovim njegovateljima te etičke probleme vezane uz kraj života. 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. Holistički pristup prema pacijentu omogućava da mu pristupimo kao cjelovitom biću. Važno je da sestra posjeduje izvrsne komunikacijske vještine.

## ***5.2. Komunikacija s pacijentom i članovima obitelji***

Kako bismo olakšali boravak u bolnici i stekli bolesnikovo povjerenje potrebno je da se komunikacija održava, odnosno da komunikacija bude dvosmjerna. Zašto je komunikacija sa palijativnim pacijentom različita od komunikacije sa drugim pacijentima? Različita je zbog toga što sestra treba biti psihički stabilna jer ipak je i ona ljudsko biće sa osjećajima i mišljenjem. Treba imati više razumijevanja i suosjećanja, ali ne previše da se ne bi zanemarilo ono zbog čega je ona doista tu.

Istraživanja pokazuju da dobra komunikacija dovodi do opuštenog i ugodnog ozračja, smanjuje osjećaj tjeskobe koji često doživljavaju osobe s terminalnom bolešću. Studije potvrđuju da usmjerenost na pacijenta i njegove potrebe doprinosi zajedničkom donošenju odluka i većem zadovoljstvu pacijenta. Potrebno je planirati tijekom razgovora, biti iskren prema ograničenjima u znanjima i mogućnostima liječenja, ohrabrivati pacijenta da iznese vlastite želje, objasniti





alternativne mogućnosti, uvažavati pacijentovo neslaganje s nastalim stanjem i procesom liječenja, provjeriti je li pacijent primio i razumio poruku u cijelosti, prepoznati emocionalne reakcije koje mogu utjecati na donošenje odluka i sliku o sebi. U suočavanju s lošom vijesti svaka osoba pokazuje različite emocionalne reakcije. Reakcija na lošu vijest će u velikoj mjeri ovisiti i o načinu priopćavanja loše vijesti. Način na koji se loša vijest priopćava može utjecati na brojne odluke koje će donijeti, uključujući odluke o liječenju, surađivanju s medicinskim osobljem, uključivanju obitelji u skrb, ranije definiranim životnim planovima i dr. Takvim bolesnicima nećemo pomoći sa uveseljavanjem nego ima dati do znanja da se suosjećamo s njima i njihovom bolesti. Sadržaj razgovora uvijek mora uključivati pacijentovo zapažanje o svim segmentima skrbi, zdravstvenom stanju, mogućnostima koje mu se otvaraju i koje trenutno postoje. Za kraj razgovor može biti upotpunjen razgovorom s obiteljima ili onima koji pružaju skrb.

Da bi nam bolesnik dao kompletnu informaciju trebamo pokazati naš interes i pokazati da nam je stalo do ishoda komunikacije. Moramo biti svjesni, prisutni i reagirati iz iskrenih osjećaja, što automatski znači i poštovanje. Razgovarajmo o njegovom pogledu na problem. Ne samo da ćemo na ovaj način dobiti potpuniju informaciju već ćemo dobiti cjelovitu sliku o samom bolesniku i njegovu stanju. Kao vrsta komunikacije može se javiti i šutnja kod bolesnika. Ona može biti znak umora, nezadovoljstva, razmišljanja.

Jedan od najčešće korištenih protokola u priopćavanju loše vijesti je **protokol SPIKES**. SPIKES protokol uključuje šest koraka: pripremu za razgovor, procjenjivanje informiranosti, prezentiranje informacija, dobivanje pristanka na informaciju, emocije i odgovor empatijom te **postavljanje strateškog i terapijskoga plana**. S se odnosi na pripremu za razgovor, P se odnosi na procjenu bolesnikove informiranosti, I se odnosi na dobivanje bolesnikova pristanka na informaciju, K se odnosi na pružanje informacija bolesniku, E se odnosi na bolesnikove emocije i odgovor empatijom na njih te S koje se odnosi na uspostavu terapijskog plana. Kod priopćavanja loših vijesti vrlo je bitno da bude prisutan jedan član stručnog tima koji će tamo biti



isključivo za emocionalnu potporu i pomoć bolesniku jer se na taj način gradi povjerenje i umanjuje osjećaj napuštenosti i straha koji se brzo mogu pretvoriti u anksioznost ili depresiju.

Nakon priopćenja loših vijesti treba pružiti dodatnu emocionalnu potporu i razumijevanje bolesniku, potrebno je dati bolesniku do znanja kako nije sam te mu pomoći na putu prihvaćanja i nošenja sa dijagnozom. Na kraju treba dopustiti da pacijent verbalizira svoje osjećaje i da se sabere, a zatim mu dati povratnu informaciju da su njegovi osjećaji shvaćeni. Po priopćavanju loše vijesti potrebno je razmotriti što dalje.

Prije započinjanja ove teme poželjnije procijeniti razumije li pacijent dobro svoju situaciju i ono što mu je rečeno, pacijentu treba jasno objasniti terapijske mogućnosti i opcije, ali i prednosti i mane svake od njih, kako bi mogao donijeti ispravnu odluku. Zadaća medicinskog osoblja je pravovremeno i cjelovito informirati obitelj o zdravstvenom stanju umirućeg te je poučiti o vještinama pružanja njege. Područje rada multiprofesionalnog tima je pružanje instrumentalne pomoći te savjetodavne i psihosocijalne podrške obitelji u promjeni organizacije života, povećanju specifičnih životnih vještina, učenju učinkovitijih načina suočavanja sa stresom i osjećajima, olakšavanju obiteljske komunikacije, zajedničkom donošenju odluka, prevladavanju osjećaja izolacije i napuštenosti, procesu tugovanja i sl. Organiziranje obiteljskih skupova daje pacijentu usmjerenu, obiteljski orijentiranu njegu koja zbližava pacijenta, članove obitelji i davatelje zdravstvenih usluga. Komunikacija s ožalošćenima osobama može biti zahtjevna i neugodna jer ljudi najčešće ne znaju što bi uopće rekli ili pitali ožalošćenu osobu. Ako se ožalošćena osoba rasplače na spomen pokojnika, ne znači da smo je mi spominjanjem umrlog rastužili, nego smo joj dali priliku da tugu koju nosi u sebi iskaže i podijeli s nama. Zdravstvenim djelatnicima je također važno prihvatiti da je gubitak i rad s ožalošćenima jedan od aspekata zdravstvene djelatnosti koji ne možemo negirati ili izbjeći. Usvajanjem vještina može se olakšati komunikaciju s ožalošćenima, ali i vlastito proživljavanje gubitka. Zdravstveni djelatnici pomažu ožalošćenima primjenom komunikacijskih vještina: empatije, poticanjem izražavanja, reflektiranjem emocija te upoznavanjem ožalošćene osobe s tijekom procesa tugovanja (slika 15.).





Slika 15. Empatija

#### PITANJA ZA PONAVLJANJE:

1. Opišite modele komunikacije.
2. Opišite protokol SPIKES.





## 6. ZDRAVSTVENA NJEGA U PALIJATIVNOJ SRKBI

### ISHODI UČENJA

Po završetku tečaja učenici će moći:

- Definirati ciljeve palijativne zdravstvene njege
- Navedite načela palijativne zdravstvene njege.



## 6. Komunikacijske vještine u palijativnoj skrbi

Definicija V. Henderson glasi: „Uloga medicinske sestre je pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju ili oporavku ( ili mirnoj smrti ), a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje.“ Pomoć treba pružiti na način koji će doprinijeti što bržem postizanju njegove samostalnosti. Palijativnu skrb sprovodimo kod bolesnika čija bolest više ne odgovara liječenju, a svrha palijativne skrbi je najbolja moguća kvaliteta života tih bolesnika i njihove obitelji. Korisnici palijativne skrbi su osobe različite životne dobi s različitim bolestima i poremećajima. Na primarnoj razini u palijativnu skrb su uključeni: obiteljski liječnici, patronažna služba, služba njege u kući, ljekarnici, volonteri i dakako, služba palijativne skrbi kao specijalističko-konzilijarna pomoć.

### 6.1. Ciljevi palijativne zdravstvene njege

Cilj palijativne skrbi jest postizanje, podrška, očuvanje i poboljšavanje najbolje moguće kvalitete života. Izlaganjem javnosti pokušava se sve više dočarati realnost tj. smrt kako bi se mlađe generacije lakše suočile sa tugom, žalovanjem i samom smrti koja sve nas čeka. Palijativna skrb mora biti multidisciplinarna (slika 16.), iako palijativni pristup može raditi samo jedna osoba iz neke struke ili discipline, složenost specijalizirane palijativne skrbi može se postići samo kontinuiranom komunikacijom i suradnjom između različitih struka i disciplina.



Slika 16. Multidisciplinarni tim



Trebalo bi više uključiti kućne njege i patronažne sestre u rad s terminalno oboljelim bolesnicima koji leže u kući.

## ***6.2. Načela palijativne zdravstvene njege***

Osnovna načela palijativne skrbi su: autonomija, dostojanstvo, odnos između bolesnika i zdravstvenih radnika, kvaliteta života, stav prema životu i smrti, komunikacija, obrazovanje javnosti, multidisciplinarni pristup i tuga te žalovanje.

**Načelo autonomije** obuhvaća pravo na iskrenost, povjerljivost, davanje suglasnosti, na drugo mišljenje...

**Načelo dostojanstvenosti** bi trebali provoditi zdravstveni djelatnici (paravani, zatvaranje vrata, poštovanje).

Kako bi im osigurali što lakšu, mirniju i bezbolniju smrt ključna je komunikacija i veza između nas i samih pacijenata. Za nas je bitno da se ti bolesnici imaju kome olakšati, da osjete sigurnost i povjerenje, da mogu pričati sa zdravstvenom djelatnicima o tome što ih muči, kako su, kako se nose sa svime.

## ***6.3. Proces zdravstvene njege u pacijenta s potrebama za palijativnom skrbi***

Razvojem teorija zdravstvene njege, modela skrbi naglašava se i važnost „mirne smrti“, očuvanja dostojanstva bolesnika u procesu umiranja. Najčešći i vodeći simptomi terminalnih stanja neizlječivih bolesnika očuvane svijesti psihičke su naravi: strah od smrti, beznade i osjećaj nemoći i napuštenosti, a u agonalnom stanju, najčešći fizički simptomi su; bol, dispneja i malaksalost.

Skrb je usmjerena prema uklanjanju simptoma, naročito boli, omogućujući bolesniku dostojanstven život i smrt, a bolesnikovoj obitelji potporu u vrijeme njegova umiranja i žalosti





nakon smrti. Ključnu ulogu u provođenju zdravstvene njege u palijativnoj skrbi su zdravstveni djelatnici.

Vještina komunikacije zahtijeva kompetencije udružene s entuzijazmom, empatijom, odgovornošću, sposobnošću kontrole vlastitih negativnih percepcija i osobnosti kako bi se omogućio društveno-profesionalni odnos s pacijentom i njegovom obitelji.

Medicinska sestra/ tehničar redovito mora održavati njegovu osobnu higijenu (slika 17.), njegu kože i dostupnih sluznica, provoditi mjere sprječavanja dekubitusa, hraniti ga i davati mu tekućinu, pomagati pri eliminaciji, mjeriti mu vitalne funkcije, primjenjivati ordiniranu terapiju i zahvate i pažljivo ga promatrati.

Mora biti dovoljno educirana da definira sestrinske dijagnoze i planove zdravstvene njege u korelaciji s bolesnikovim stanjem i potrebama, uključujući i obitelji uz stalnu koordinaciju s drugim članovima tima. Zdravstveni djelatnici bi trebali razgovarati s obitelji i objasniti im u bilo kojem trenutku kakvo je stanje njihovog člana te veliku ulogu imamo i što se tiče potpore obitelji stoga bolesnike u terminalnom stanju neizlječive bolesti nastojimo već pri primanju u bolnicu, smjestiti u mirne i male sobe, po mogućnosti jednokrevetne.

Uz pacijentov krevet može se staviti nekoliko stolica za obitelj. Ako obitelj zahtijeva biti nasamo s umirućim bolesnikom, osoblje ih poštuje i izlazi iz sobe, a u trenutku umirenja ostaje uz umirućeg i obitelj kako bi im pomogla ako zatreba.



Slika 17. Provođenje zdravstvene njege



### PITANJA ZA PONAVLJANJE:

1. Navedite ciljeve palijativne zdravstvene njege.
2. Nabrojite osnovna načela palijativne njege.

## 7. Zaključak

Palijativna medicina kao važno težište skrbi polaže važnost na kvalitetu života do smrti i naglašava život, a umiranje gleda kao normalan proces. Kod nas još nije dovoljno osviješteno razmišljanje o problemima bolesnika u terminalnoj fazi života i psiho-socijalnim problemima u njihovoj obitelji. Stoga bi neka izvorna promjena svijesti o umiranju poslužila za poboljšanje same kvalitete života za vrijeme i nakon smrti. Treba upoznati javnost sa palijativom, da to nije samo umiranje i smrt već da je to ljudskost i dostojanstvo života. Treba poticati trajno usavršavanje i edukacije o palijativnom pristupu svih segmenata zajednice.

Palijativna medicina/skrb se razvila iz holističkog pristupa i hospicija koji su postojali davno prije razvoja moderne medicine. Svaka se kultura kroz povijest brinula za umiruće na poseban način, ali s naglaskom na ublažavanje boli. Danas umirućeg pacijenta gledamo kroz puno aspekata i za njega se brinemo na različite načine. Umirućem pacijentu treba posvećivati više pažnje nego običnome kako bi barem zadnje trenutke njegova života učinili ljepšima. Danas se sve više naglasak stavlja na stav koji zdravstveni i drugi djelatnici u palijativnoj skrbi imaju prema bolesnicima i njihovim obiteljima. U tom kontekstu naglašava se potreba za podrškom, empatijom, razumijevanjem i razvijanjem pozitivne komunikacije utemeljene na dobrom poznavanju fizičkog i psihičkog stanja pacijenta. Brojna istraživanja su pokazala da je psihološka pomoć pacijentima u palijativnoj skrbi iznimno važna te da ona može doprinijeti boljim rezultatima liječenja. Naime, psihološko stanje pacijenta može pomoći ili odmoći samom tijeku liječenja. Poradi toga danas je dio palijativnog tima i psihijatar, psiholog, duhovnik i sl. Na taj se način nastoji maksimalno olakšati bolesniku njegovo stanje, pomoći mu se da se nosi sa bolešću i situacijom u kojoj se nalazi te se nastoji pomoći njegovoj obitelji kako bi se ona što bolje nosila s bolešću svojeg člana. Svako je važno za pacijenta biti prisutan, imati vremena za njega i njegove želje u zadnjim danima njegova života. Komunikacija je temelj na kojem izgrađujemo pozitivnu okolinu s pacijentom, ona je jedna od najvažnijih sredstava pomoći u palijativnoj skrbi pokazujući mu da nam je stalo do njega.



Virginia Henderson je sama rekla da je zdravstvena njega pomoć pojedincu, omogućavajući mu mirnu smrt. Zadaća sestre je pacijentu omogućiti što bezbolniju i što mirniju smrt u pozitivnoj okolini.



## 8. Literatura

### KNJIGE:

1. Brkljačić, M: Medicinska etika u palijativnoj skrbi, Zagreb, 2018.
2. Devčić, S. et al.: Komunikacija s osobama oboljelim od Alzheimerove bolesti i drugih demencija: priručnik za patronažne sestre. Zagreb: Nastavni zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar", 2019.
3. Đorđević, V.; Braš, M.; Brajković, L.: Palijativna skrb- brinimo zajedno. Zagreb: Medicinska naklada, Zagreb, 2014.
4. Đorđević V, Braš M, Brajković L, Osnove palijativne medicine Ars medicaa prema kulturi zdravlja i čovječnosti, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.
5. Jušić A., Richter B., Mlinarić I., Šamija M: Palijativna skrb u Hrvatskoj i svijetu, Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb, 2006.
6. Kubler-Ross E. Razgovori s umirućima. Biblioteka oko tri ujutro, Zagreb, 2007.
7. Lončar Z, Katić M, Jureša V, Palijativna skrb u zajednici, Medicinska naklada, Zagreb 2018.
8. Ljubičić, M.: Palijativna zdravstvena njega. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2020.
9. Maretić, M.; Filipušić, I.; Vidoša, A.: Zdravstvena njega – opća. Udžbenik za treći razred medicinske škole za zanimanje medicinska sestra / medicinski tehničar opće njege, Medicinska naklada, Zagreb, 2021.
10. Mrzljak, V: Zdravstvena njega u kući, Udžbenik za peti razred medicinske škole za zanimanje medicinska sestra / medicinski tehničar opće njege, Medicinska naklada, Zagreb, 2020.
11. Ministarstvo zdravstva; Nacionalni program palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj, Zagreb, 2017.
12. Prlić, N. Zdravstvena njega- opća, Školska knjiga, 2014.
13. Saunders C, Sykes N,: Palijativna skrb u završnom stadiju maligne bolesti, Školska knjiga, Zagreb, 1996.





---

14. Šamija M., Nemet D. i suradnici: Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika, Medicinska naklada, Zagreb 2010.

#### IZVORI S INTERNETA:

„Bijela knjiga“ o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi; dostupno na: [http://www.kbcrijeka.hr/docs/Bijela\\_knjiga\\_o\\_standardima\\_i\\_normativima\\_za\\_hospicijsku\\_i\\_palijativnu\\_skrb\\_u\\_Europi.pdf](http://www.kbcrijeka.hr/docs/Bijela_knjiga_o_standardima_i_normativima_za_hospicijsku_i_palijativnu_skrb_u_Europi.pdf) (pristupljeno 28.1.2022.)

Braš M. et. al. Osnovni pojmovi o palijativnoj medicini i palijativnoj skrbi. (2016.) Dostupno na: <http://www.kardio.hr/wp-content/uploads/2016/12/69-76.pdf> (pristupljeno 28.1. 2022. godine)

Braš M. et. al. Principi palijativne medicine. (2011.) Dostupno na: <http://neurologiacroatia.com/hr/pdf/03-04-1.pdf> (pristupljeno 28.1.2022. godine)

Braš M. Palijativna medicina i palijativna skrb. Dostupno na; <http://www.kardio.hr/wp-content/uploads/2016/12/69-76.pdf> (pristupljeno 20.2.2022.godine)

DZZ centar. Palijativa. Dostupno na; <https://dzz-centar.hr/primarna-zdravstvena-zastita/palijativa/> (pristupljeno 20.2.2022.godine)

Hrvatska udruga prijatelja hospicija. Dostupno na: <https://www.hospicij-hrvatska.hr/> (pristupljeno 20.2.2022. godine)

Kovačićek, I., završni rad: „Etički aspekti skrbi u palijativnoj zdravstvenoj njezi“; dostupno na: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/unin:2043> (pristupljeno 28.2.2022.godine)





Kranjec K. Zdravstvena njega palijativnog bolesnika. Dostupno na:  
<https://zir.nsk.hr/islandora/object/unin:892/preview> (pristupljeno 28.2.2022. godine.)

Olakšavanje boli izazvane rakom i palijativna skrb kod djece Palijativna medicina – palijativna skrb, Anica Jušić, Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb, Dostupno na:  
<file:///C:/Users/Franko%20Mahnet/Downloads/15Jusic.pdf>, (pristupljeno 28.2.2022. godine)

Rakošec Ž., Juranić B., Mikšić Š., Jakab J., Mikšić B. „Otvorena komunikacija- Temelj palijativnog pristupa“ dostupno na poveznici: <https://hrcak.srce.hr/file/180989> (pristupljeno 28.2.2022. godine)

Rastić, Kristina; Specifičnost komunikacije u palijativnoj skrbi; Završni rad; 2017. Godina; Dostupno na poveznici : <https://zir.nsk.hr/en/islandora/object/unin%3A1518/datastream/PDF/view> (pristupljeno 1.3.2022. godine)

Željko Rakošec; Otvorena komunikacija–temelj palijativnog pristupa; Stručni rad; 2014. Godina; Dostupno na poveznici: [https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id\\_clanak\\_jezik=180989](https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=180989) (pristupljeno 1.3.2022. godine)



## 9. Prilozi

1. Slika 1. – Dostupno na: <https://www.dalmacijanews.hr/clanak/mgz4-palijativna-skrb-u-splitu-objekt-sa-16-kreveta-vec-sest-godina-stoji-prazan> (pristupljeno: 19.1.2022.)
2. Slika 2. – Dostupno na: <https://twitter.com/stchrishospice/status/1014130631498981376> (pristupljeno: 19.1.2022.)
3. Slika 3. – Dostupno na: [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/e/ea/Papa\\_Pasquale\\_II.png](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/e/ea/Papa_Pasquale_II.png) (pristupljeno: 19.1.2022.)
4. Slika 4. – Dostupno na: <https://eapcnet.files.wordpress.com/2018/05/dame-cicely-saunders-om-founder-and-president-of-st-christophers-hospice-credit-carolyn-djanogly.jpg> (pristupljeno: 19.1.2022.)
5. Slika 5. – Dostupno na: [https://en.wikipedia.org/wiki/Royal\\_Victoria\\_Hospital,\\_Montreal](https://en.wikipedia.org/wiki/Royal_Victoria_Hospital,_Montreal) (pristupljeno: 19.1.2022.)
6. Slika 6. – Dostupno na: <https://www.rijeka.hr/gradska-uprava/gradski-projekti/realizirani-projekti/ostala-velika-ulaganja/hospicij/> (pristupljeno: 19.1.2022.)
7. Slika 7. – Dostupno na: <https://sr.m.wikipedia.org/sr-el/%D0%90%D0%B3%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%98%D0%B0> (pristupljeno 19.1.2022.)
8. Slika 8. – Dostupno na: [https://www.cybermed.hr/centri\\_a\\_z/napadi\\_panike\\_i\\_panicni\\_poremecaj/komorbiditet](https://www.cybermed.hr/centri_a_z/napadi_panike_i_panicni_poremecaj/komorbiditet) (pristupljeno: 19.1.2022.)
9. Slika 9. – Dostupno na: <https://hr.themanwhodesign.com/17-amazing-benefits-crying> (pristupljeno: 19.1.2022.)
10. Slika 10. – Dostupno na: <https://www.rtl.hr/vijesti-hr/novosti/hrvatska/3278825/uskrata-lijecenja-moze-lose-zavrstiti-zasto-neki-roditelji-odbijaju-terapije-u-ime-bolesne-djece/> (pristupljeno 19.1.2022.)
11. Slika 11. – Dostupno na: <https://www.everplans.com/articles/how-to-create-a-do-not-resuscitate-order-dnr> (pristupljeno: 19.1.2022.)





12. Slika 12. – Dostupno na: <https://narod.hr/eu/u-nizozemskoj-dozvoljena-eutanazija-bolesnika-s-demencijom-hoce-li-lijecnici-odlucivati-ko-treba-umrijeti> (pristupljeno: 19.1.2022.)
13. Slika 13. – Dostupno na: <https://pristineblue.ru/bs/nalivnye-poly/ot-lezhachego-bolnogo-ident-negativ-chto-delat-uhod-za-lezhachimi-bolnymi-v.html> (pristupljeno 19.1.2022.)
14. Slika 14. – Dostupno na: <http://skarabatic.blogspot.com/2019/02/priopcavanje-losih-vijesti-3-vodic-za.html> (pristupljeno: 19.1.2022.)
15. Slika 15. – Dostupno na: <https://krenizdravo.dnevnik.hr/zdravlje/psihologija/empatija-razumijete-li-doista-njezino-znacenje> (pristupljeno: 19.1.2022.)
16. Slika 16. – Dostupno na: <https://blog.saludsa.com/necesidad-segunda-opinion-medica> (pristupljeno: 19.1.2022.)
17. Slika 17. - Dostupno na: <https://parents-way.ru/maz-vid-prolezhniv-dlya-lezhachih-hvorih-nazvi-efektivnist-zastosuvannya-czini/> (pristupljeno: 19.1.2022.)