

ZADAĆE MEDICINSKE SESTRE U HOSPICIJU

Orešković, Hijacinta

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:838104>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-11**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

Hijacinta Orešković
ZADAĆE MEDICINSKE SESTRE U
HOSPICIJU

Završni rad

Rijeka, 2021.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
UNDERGRADUATE STUDY OF NURSING

Hijacinta Orešković

TASKS OF A NURSE IN HOSPICE

Final thesis

Rijeka, 2021.

Mentorica rada: Daniela Depolo, prof. rehab., bacc., med. sestr., predavač

Rad ima 36 listova

Vrsta rada: pregledni rad

Pregledni rad obranjen je dana 15.ožujka.2021 u/na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci,
pred povjerenstvom u sastavu:

1. Daniela Depolo, prof. rehab., bacc., med. sestr.,
2. Vesna Čačić prof. rehab., bacc., med. sestr
3. Sanja Juretić, mag. med. techn

FZSI

UNIPI

Izvješće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	
Studij	SESTRINSTVO
Vrsta studentskog rada	ZAVRŠNI RAD
Ime i prezime student	HIJACINTA OREŠKOVIĆ
JMBAG	

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	
Ime i prezime mentora	DANIELA DEPOLO
Datum zadavanja rada	
Datum predaje rada	24/01/21
Identifikacijski br. podneska	ID: 1493901715
Datum provjere rada	25/01/21
Ime datoteke	1.1.1 ZADAĆE MEDICINSKE SESTRE U HOSPICIJU
Veličina datoteke	69.67K
Broj znakova	54175
Broj riječi	8537
Broj stranica	42

Podudarnost studentskog rada:

PODUDARNOST	
Ukupno	14.00%
Izvori s interneta	3 %
Publikacije	4 %
Studentski radovi	3 %

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	25/01/21
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/>
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

25/01/21

Potpis mentora

Daniela Depolo
Daniela Depolo, prof.reh.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. OPĆENITO O HOSPICIJU I PALIJATIVNOJ SKRBI.....	3
2.1. Hospicijski pokret u Hrvatskoj.....	7
2.2. Hospicij Marija Krucifiksa Kozulić u Rijeci.....	6
3. PRINCIPI PALIJATIVNE SKRBI.....	10
4. ZADAĆE MEDICINSKE SESTRE U HOSPICIJU.....	12
4.1. Ključne kompetencije medicinske sestre.....	13
4.2. Specifične zadaće medicinske sestre u hospiciju.....	14
4.2.1. <i>Tretiranje boli i ostalih najvažnijih fizičkih tegoba hospicijskih bolesnika...</i>	
4.2.2. <i>Uspostavljanje komunikacije i pružanje emocionalne i duhovne podrške hospicijskim bolesnicima.....</i>	15
4.2.3. <i>Pružanje psihološke podrške članovima obitelji hospicijskog bolesnika.....</i>	17
4.2.4. <i>Koordinacija rada stručnog hospicijskog tima.....</i>	19
4.2.5. <i>Razvitak osobnih i profesionalnih vještina medicinske sestre u hospiciju.....</i>	19
4.3. <i>Sestrinske dijagnoze kod palijativnog bolesnika</i>	20
	22
5. ZAKLJUČAK.....	30
6. SAŽETAK.....	31
7. SUMMARY.....	32
8. LITERATURA.....	33
9. ŽIVOTOPIS.....	35

1. UVOD

U modernoj medicini odnos između medicinske sestre i pacijenta smatra se vrlo važnim za uspješno pružanje usluge njege pacijenta i brige za zdravlje pacijenta. Medicinska sestra uspostavlja prvi kontakt s pacijentom i često je povjerenje koje uspije uspostaviti s pacijentom važno za uspješan tijek liječenja te pozitivan ishod istoga. Međutim, svim živim bićima jedno je zajedničko i potpuno neizbježno, a to je činjenica da se životni vijek svakog čovjeka, bez obzira na dosege moderne medicine i mogućnosti produžavanja toga vijeka, privodi svome kraju i svaki čovjek se suočava sa svojom smrtnosti. Većina medicinskih sestara se tijekom rada s pacijentima suoči s pacijentima čije izlječenje nije moguće i čija smrt se ubrzo očekuje. Zbog toga je važno da medicinske sestre razumiju problematiku palijativne skrbi i da posjeduju vještine pružanja zdravstvene njege bolesniku koji umire. Medicinska sestra o umirućem bolesniku može brinuti u različitim okruženjima, kao što su kućno ili bolničko okruženje, domovi za starije i nemoćne osobe ili hospiciji.

U ovom preglednom radu naglasak će biti na zadaće koje medicinska sestra obavlja u hospicijskom okruženju. Prikazati će se pregled osnovnih dužnosti i zadaća koje su povezane s fizičkom njegom umirućih bolesnika u hospiciju, a također će se važnost pridati odnosu između umirućeg bolesnika i medicinske sestre jer se palijativna skrb promatra kroz multidisciplinarnan pristup umirućem bolesniku. Pri tome medicinska sestra treba posjedovati različite vještine pristupa bolesniku u terminalnoj fazi života i njegovoj obitelji. Pružanje fizičke njege bolesniku odnosi se na ublažavanje fizičkih problema i tegoba koji nastaju kao posljedica bolesti. Time se umirućem pacijentu osigurava dostojanstvena smrt. Osim fizičke njege i davanja propisane terapije te primjene postupaka liječenja, medicinske sestre u hospiciju prepoznaju kod umirućih pacijenata različite probleme koji su povezani s njihovim psihičkim stanjima, a na koje trebaju odgovarajuće reagirati. Medicinske sestre koje rade u hospiciju interveniraju na različitim razinama pristupa umirućem pacijentu te članovima njegove obitelji, a ovaj rad dati će naglasak na cjelokupnost vještina koje medicinske sestre u hospiciju trebaju posjedovati kako bi njihova skrb za umirućeg bolesnika bila učinkovita.

U novije vrijeme palijativna skrb dobiva na svojoj važnosti te se kroz ustanove hospicija nastoji osigurati cjelokupna njega umirućih bolesnika kako bi im se na kraju života pružilo olakšanje

tegoba. Međutim, zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj ali i na globalnoj razini suočen je sa problematikom starenja stanovništva i produžavanja životnoga vijeka, što dovodi do potrebe osnivanja većeg broja ustanova za palijativnu skrb i do potrebe za osposobljavanjem većeg broja medicinskih sestara za rad u hospicijima i u sustavu palijativne skrbi.

Kontinuirani rad na osposobljavanju medicinskoga osoblja za rad s palijativnim bolesnicima faktor je od presudne važnosti za pružanje kvalitetne skrbi u tom najsenzibilnijem, terminalnom razdoblju života pacijenta. Jedan od temelja za uspostavljanje osnovnog i trajnog kurikuluma je precizno utvrđivanje funkcije, uloge i zadaća medicinske sestre u palijativnoj skrbi. U ovom radu, osvrnuti ću se na nešto uže područje djelovanja medicinskih sestara, preciznije na rad u hospicijskim ustanovama.

1. OPĆENITO O HOSPICIJU I PALIJATIVNOJ SKRBI

Riječ *hospicij* potječe od latinske riječi *svratište*, a podrazumijeva ustanovu za palijativnu skrb u kojoj se umirućim bolesnicima osigurava najbolja moguća kvaliteta života i dostojanstvena smrt. U srednjem vijeku je taj pojam označavao prostor koji se nalazi u samostanu i služi kao svratište za goste hodočasnike. Kasnije se taj pojam počeo primjenjivati za mjesto u kojemu se provodi skrb za umiruće bolesnike.

Kroz povijest su različita društva diljem svijeta razvijala posebne načine zbrinjavanja umirućih. Primjerice u staroj Kini "kuće smrti" nudile su mjesto na kojem su umirući mogli dočekati kraj. Na Novom Zelandu maorski običaji pak pružaju praktičnu potporu obitelji u trenutku smrti i potiču zajednicu da sudjeluje u ritualima žalovanja, dok u nekim drugim kulturama postoje dobro razvijeni pristupi koji pružaju kako praktičnu tako i duhovnu potporu umirućima i ožalošćenima. U zapadnoj Europi i Sjevernoj Americi do 19. stoljeća, briga o umirućima doživljavala se prvenstveno kao posao obitelji i Crkve. U današnjem vremenu u Sjedinjenim Državama gotovo 3000 lokalnih programa hospicija i palijativne skrbi nudi specijaliziranu skrb za ljude koji pate od terminalnih bolesti, poput raka. Postavljeni su dobri temelji koji služe zajednicama i ljudima koji tamo žive i umiru.

Svjetska zdravstvena organizacijati tokom devedesetih postavlja standarde za palijativnu skrb i kontrolu boli, nazivajući to "prioritetom" međutim studije pokazuju da velik broj pacijenata još uvijek prima malo ili nimalo učinkovite palijativne skrbi, a bol je često vrlo slabo kontrolirana, prvenstveno zbog još uvijek nedovoljno medicinskog znanja, zbog neutemeljenog straha od ovisnosti i (u manje razvijenim zemljama) nedostatka opioida.

U Kanadi, Australiji i većem dijelu Azije i zapadne Europe postoji dobro uspostavljena hospicijska i palijativna skrb. Hospicij i palijativna skrb sada su dostupni u većini zemalja širom svijeta, uključujući mnoge manje razvijene države.

U 21. stoljeću u razvijenim društvima načela palijativne skrbi su većinom shvaćena i prihvaćena, a pacijentima s uznapredovalom bolešću i njihovim obiteljima osigurana je kompetentna i suosjećajna skrb u njihovim domovima, staračkim domovima i bolnicama.

Danas se smrt i umiranje promatra kao medicinski događaj, češće nego li kao duhovni. Moguće je da je tomu tako iz razloga što se većina smrti događa prvenstveno u ustanovama, kako bolnicama tako i domovima. Hospicij kao jedna od takvih, rekli bi smo, krovna ustanova, u svojem temeljnom konceptu djelovanja uspješno združuje obje komponente, duhovnu i medicinsku, zahvaljujući specifičnom, individualnom pristupu čovjeku.

Hrvatsko društvo za palijativnu medicinu Hrvatskog liječničkog zbora definira palijativnu skrb kao skup usluga, njege i terapije koji ima sljedeće ciljeve: pružiti olakšanje od boli i od drugih simptoma koji su povezani sa strahom od umiranja; afirmirati život i pristup smrti kao normalnom procesu; integrirati psihološke i duhovne aspekte brige o umirućem pacijentu; omogućiti podršku aktivnom življenju dok je isto moguće; pomoći obitelji kako bi se lakše nosila s bolešću člana, tj. pacijenata; upotrijebiti timski pristup prilikom skrbi za potrebe pacijenata i obitelji; poboljšati generalno kvalitetu života i pozitivno utjecati na tijek bolesti; primjenjivati palijativni pristup rano u tijeku bolesti, kombinirajući ga s dostupnim terapijama koje su namijenjene produljenju životnog vijeka, poput kemoterapije ili terapije zračenjem, te provesti isve potrebne radnje za bolje razumijevanje i upravljanje uznemirujućim kliničkim komplikacijama. (1)

Pravo na medicinsku zaštitu od početka života do smrti imaju svi pacijenti, što je definirano različitim zakonima i konvencijama u Republici Hrvatskoj, na razini Europske unije i na svjetskoj razini. Istim dokumentima se osigurava pravo svakome čovjeku na dostojanstvenu smrt. Suvremeno i uređeno društvo, odnosno svaka uređena društvena zajednica nastoji osigurati najveću kvalitetu medicinske zaštite svakom pojedincu, a u slučaju teških i neizlječivih bolesti nastoji se pružiti prikladna njega koja će učinkovito ublažiti bolove i posljedice neizlječive bolesti koja sigurno dovodi do smrti. Hospicij podrazumijeva ukupnost pristupa pri očuvanju dostojanstva terminalno bolesnih osoba uz posebno prilagođen tretman suzbijanja i trajne kontrole boli, te motivaciju bolesnika, prilagodbu plana dosadašnjeg liječenja, i samopomoć. (2)

Hospicij je poseban koncept njege osmišljen kako bi pružio udobnost i podršku pacijentima i njihovim obiteljima kada bolest više ne reagira na liječenje. Njega u hospiciju niti produžava život niti ubrzava smrt. Osoblje hospicija i educirani volonteri nude specijalizirano znanje o medicinskoj skrbi, uključujući upravljanje bolovima. Cilj je hospicijske njege poboljšati kvalitetu posljednjih dana pacijenta nudeći mu udobnost i dostojanstvo. Njegu u hospiciju pruža timski orijentirana skupina posebno obučениh stručnjaka, volontera i članova obitelji. Hospicij se bavi svim

simptomima bolesti, s posebnim naglaskom na kontroliranje pacijentove boli i nelagode kao i emocionalnim, socijalnim i duhovnim aspektima utjecaja bolesti na pacijenta, njegovu obitelj i prijatelje, te nudi potporu i savjetovanje za obitelj prije i nakon pacijentove smrti.

Smatra se da je Dame Cicely Saunders utemeljiteljica suvremenog hospicijskog pokreta. Dame Cicely Saunders vjerovala je da bi se svi tijekom života trebali pripremiti na napuštanje ovoga svijeta. Radila je kao medicinska sestra i socijalna radnica, a u kontaktu s umirućim bolesnicima shvatila je da oni zahtijevaju drugačiju zdravstvenu zaštitu, odnosno posebnu vrstu brige i da svaki umirući pacijent ima specifične potrebe. Kako bi ustrojila takvu posebnu stacionarnu zdravstvenu negu umirućih bolesnika, ona je 1967. godine u Londonu osnovala hospicij St. Christopher i time otvorila put razvitku modernih hospicija u kojima se liječi bol i razvija individualiziran pristup ispunjavanju medicinskih i psiholoških potreba smrtno bolesnih pacijenata. Svoje djelovanje posvetila je istraživanju palijativne skrbi i obrazovanju medicinskih djelatnika za pružanje takve skrbi. (3)

Važnost figure Cicely Saunders utemeljena je u njezinom nastojanju da palijativnoj skrbi pristupi kroz ujedinjeno promatranje života pojedinca, duhovnosti i etičnosti medicinskog pristupa. Do danas se takav integrirani pristup zadržao te ga profesionalci u palijativnoj medicini nastoje primjenjivati. Njezin rad označio je prekretnicu u palijativnoj medicini zahvaljujući pristupu koji se sastojao od;

- tretmana boli
- priznavanja koncepta “totalne boli” umirućega
- pridavanja važnosti emocionalnoj i duhovnoj strani prirode umirućega

Bol je neugodan emocionalni i osjetni doživljaj povezan sa stvarnim ili potencijalnim oštećenjem tkiva. Opće prihvaćen je Saundersin koncept “totalna bol” iskustvo boli je fizička, psihološka, socijalna i duhovna pojava. Bol u palijativnih bolesnika je jedan od češćih simptoma, koji zna biti izrazito neugodan i zastrašujući. Jedan od glavnih zadataka palijativne medicine je ublažavanje simptoma, prvenstveno boli, da bi se omogućila bolja kvaliteta života, život dostojan čovjeka. Što zapravo znači u svakodnevnom životu iskusiti totalnu bol? Za palijativnog pacijenta to je realnost njegove svakodnevice. Potrebno je pri pristupu takvom pacijentu osvijestiti da se on nalazi u ne samo fizičkoj boli, već i u potpuno promijenjenim kako životnim okolnostima tako i

stanjima svijesti i duha. Čovjek se suočava sa smrtnošću, strahom, nedoumicama, iščekivanjem nepoznatoga te na koncu konačnim napuštanjem ovozemaljskoga života. Ukupnost svih navedenih stanja i pojava rezultira izuzetno kompleksnim psihofizičkim situacijama za pojedinca, obitelj te profesionalno osoblje. Iz toga proizlazi da je od presudne važnosti pri pristupu takvim bolesnicima uvijek imati na umu složenost situacije u kojoj se nalaze.

Kada pak govorimo o pridavanju važnosti emocionalnoj i duhovnoj strani prirode umirućega, potrebno je pojasniti što to znači u praktičnome radu. Dobra palijativna skrb se ne sastoji samo i isključivo od tretmana fizičke boli. Briga za čovjekov duh je od presudne važnosti tijekom obavljanja skrbi. Pacijentu je potrebno ponuditi mogućnost za razgovor, osim sa stručno osposobljenim osobljem, psihologom, duhovnikom, psihijatrom, također i tijekom osnovne, svakodnevne komunikacije sa medicinskom sestrom. Presudno je uvažiti karakter, okolnosti i individualnost osobe, te poštivati ukupnost okolnosti u kojima se ista trenutačno nalazi.

Nakon Velike Britanije, tijekom 1970-tih godina, palijativna skrb i hospiciji se počinju organizirati u Kanadi i u Sjedinjenim Američkim Državama, a također se sustav palijativnih službi širi i u ostatku svijeta. Palijativne usluge umirućim bolesnicima mogu pružati specijalizirane i nespecijalizirane ustanove ili službe. Stacionari za palijativnu skrb, hospiciji, bolnice, mobilni palijativni timovi ili ambulante su specijalizirane službe, a nespecijalizirane službe odnose se na obiteljske liječnike, patronažne službe te domovi za starije i nemoćne. U ovome radu bit će поближе prikazan rad hospicija kao specijalizirane ustanove koja pruža cjelovitu palijativnu skrb svojim korisnicima.

Svjetska zdravstvena organizacija objavljuje definiciju palijativne skrbi. Palijativna skrb predstavlja aktivnu, ukupnu skrb za pacijenta čija bolest više ne reagira na kurativne postupke. Najvažnijim se smatra suzbiti bol i popratne simptome, te socijalne, psihološke i duhovne probleme koji prate palijativnog pacijenta. Interdisciplinarna u svome pristupu, takva vrsta skrbi, u svojem djelovanju obuhvaća pacijenta, njegovu obitelj ali i zajednicu. Palijativa nudi najosnovniji koncept zaštite, skrbi za namirenje pacijentovih potreba gdje god da se on nalazi, bilo kod kuće ili u ustanovi. Palijativna skrb podržava život, a smrt promatra kao prirodan nastavak životnog procesa; ona na smrt ne utječe, niti ubrzanjem niti odgodom. Osnovno nastojanje palijativne skrbi je očuvanje kvalitete života sve dok ne nastupi smrt. (4)

1.1. Hospicijski pokret u Hrvatskoj

Tijekom povijesti u Hrvatskoj su bili poznati hospiciji u samostanu sv. Grgura u Vrani te u Gospiću, no i oni su služili hodočasnici. Prvi hospicij koji je pružao zdravstvenu skrb bolesnima nalazio se u Puli u 12. stoljeću, a djelovao je do sredine 19. stoljeća. (5)

Prvi suvremeni hospicij u Hrvatskoj pod nazivom “Marija Krucifiksa Kozulić” osnovala je Riječka nadbiskupija u Rijeci. Marija Krucifiksa Kozulić je bila redovnica, među narodom poznata kao *Madre Fiumana*. Bila je poznata i cijenjena zbog svoje požrtvornosti i pomaganja bolesnicima i nemoćnima, kao i zbog svog općeg karitativnog djelovanja. Riječki Hospicij s ponosom nosi njeno ime.

Moderni hospicijski pokret u Hrvatskoj utemeljila je 1994. godine sveučilišna profesorica Anica Jušić. Tada je organiziran prvi simpozij o hospiciju i palijativnoj skrbi te je utemeljeno Društvo za hospicij i palijativnu skrb Hrvatskog liječničkog zbora (1). Navedeno društvo djeluje i u današnje vrijeme i omogućava razvitak sustava palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj. Zahvaljujući djelovanju navedenog Društva, palijativna skrb je u današnje vrijeme dostupna u skoro svim krajevima Republike Hrvatske, omogućujući time učinkovitu brigu za umiruće pacijente. Ipak, potrebno je daljnje ulaganje značajnih napora i financijskih sredstava da se sustav palijativne skrbi nesmetano razvija u skladu sa europskim i svjetskim standardima.

U članku 4. u dijelu Glava I. Društvena skrb za zdravlje, Zakon o zdravstvenoj zaštiti u Republici Hrvatskoj definira da „Zdravstvena zaštita u smislu ovog Zakona obuhvaća sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje, unaprjeđenje zdravlja, sprječavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu, rehabilitaciju i palijativnu skrb“ (6). Sukladno navedenom Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, palijativna skrb se organizira na svim razinama zdravstvene zaštite i svaki pojedinac ima pravo na istu. Kako bi se i u praksi provela ova odrednica Zakona, tijekom proteklih godina usvojeni su strateški planovi, pravilnici, vodiči za organizaciju palijativne skrbi te Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u RH 2017.-2020., čime se omogućuje napredak i djelovanje prema ostvarenju dugoročnih ciljeva palijativne skrbi u okviru hospicijskih ustanova i ostalih modela pružanja palijativne njege.

Iako je Republika Hrvatska tijekom posljednjih godina postigla napredak u pogledu pružanja palijativne skrbi, još uvijek se u svakodnevnoj praksi i na terenu ocrta nedostatak stručnog kadra i praktičnog usavršavanja.

1.2. Hospicij Marija Krucifiksa Kozulić u Rijeci

Prvi suvremeni hospicij u Hrvatskoj pod nazivom “Marija Krucifiksa Kozulić” osnovala je Riječka nadbiskupija u Rijeci. Marija Krucifiksa Kozulić je bila redovnica, među narodom poznata kao *Madre Fiumana*. Živjela je i djelovala na prijelazu 19. u 20. stoljeće i ostavila značajan trag u povijesti Rijeke i okolice. Utemeljila je redovničku zajednicu Družba sestara Presvetog Srca Isusova koja i danas djeluje.

Hospicij u Rijeci nazvan je njenim imenom u znak sjećanja i zahvalnosti prema liku i djelovanju Marije Krucifikse Kozulić. Prostire se na površini od 1200 četvornih metara, a sastoji se od stacionara za palijativnu skrb s 14 postelja i popratnim sadržajima.

U Tizianovoj 15, na hospicijskoj adresi, nalaze se i županijski mobilni timovi palijativne skrbi. Tako je usklađen rad timova s hospicijskom stacionarnom skrbi. Kapacitet u hospiciju je:

- 9 soba (5 dvokrevetnih i 4 jednokrevetne)
- kapelica, tiha soba
- predavaonice, gostinske sobe, zajednička blagovaonica, prostor za volontere, prostor za stručne vanjske suradnike, prostor za infektivni otpad, arhiva, sanitarni čvorovi, garderoba, praonica
- park za šetnju sa bolesnicima

Pravne poslove vodi odvjetnik. Zatim je tu glasnogovornica hospicija tj. osoba za odnose s javnošću, informatičar i knjigovođa. To su vanjski suradnici koji su angažirani većinom u okviru volonterskih ugovora.

Onkološki bolesnici čine 95% korisnika hospicija i svi oni nalaze se u terminalnoj fazi bolesti, a ostali korisnici su kronični bolesnici u završnom periodu bolesti.

Usluga koju pruža Hospicij u Rijeci je besplatna, pacijent dolazi u Hospiciji s uputnicom te postavljenom dijagnozom Z515 i liječničkom potvrdom o prestanku daljnjeg liječenja. U Hospiciju mogu prespavati i članovi bolesnikove obitelji. Bolesniku u Hospiciju pristupa se holistički, tj. bolesnika se promatra kao cjelinu uma, tijela i duha. Prosjek životne dobi pacijenata u Hospiciju je srednja dob. Najmlađi hospitalizirani bolesnik imao je 16 godina a najstariji 102 godine. Duljina boravka bolesnika je od jednog dana do 3 mjeseca. (7)

Osoblje Hospicija obučeno je da pri pristupu i u radu s palijativnim bolesnicima uzima u obzir ukupnost njihovih teškoća od tjelesnih do onih duhovnih i emocionalnih. Taj interdisciplinarni pristup bolesniku uključuje veći broj stručnjaka različitih profila. U timu surađuju liječnik, medicinska sestra, fizioterapeut, njegovatelji, socijalni radnik, psiholog, liječnici specijalisti, duhovnik i volonteri. Svaki od članova posjeduje određene kompetencije, znanja i vještine koje pridonose boljem radu tima i lakšem postizanju rezultata, a odabir članova tima ovisi specifičnosti bolesnikovih potreba. Članovi pojedinačno procjenjuju bolesnika, a zajednički donose plan skrbi, intervencije, međusobno koordinirajući u izradi toga plana skrbi i njegovoj primjeni. Konačni uspjeh interdisciplinarnog pristupa ovisi o kvaliteti komunikacije, međusobnom povjerenju, sposobnostima članova tima, jednakopravnoj ulozi i zajedničkim nastojanjima na realizaciji ciljeva.

Predanim zajedničkim radom u hospiciju ispunjava se misija Hospicija “Marija Krucifiksa Kozulić” u Rijeci, a to je pružanje fizičke, psihološke, duhovne i socijalne potpore bolesnicima u terminalnoj fazi bolesti te pružanje podrške njihovim obiteljima za vrijeme bolesti a potom i nakon smrti, u periodu žalovanja. (7)

2. PRINCIPI PALIJATIVNE SKRBI

Krajnji cilj palijativne skrbi odražava se u uspješnosti poboljšanja kvalitete života terminalnog bolesnika, ublažavanju patnje, uklanjanju boli te adekvatnoj psihološkoj i duševnoj skrbi kao i podršci pojedincu i obitelji. Zajedničke vrijednosti i načela na kojima trebaju počivati službe palijativne skrbi su- holistički pristup, sveobuhvatnost, dostupnost pacijentu te orijentirana i kontinuirana skrb. Potrebno je u pristupu uvažiti individualnost i dostojanstvo osobe te planiranju i donošenju odluka pristupiti u skladu s time.

Osnovni principi djelovanja u palijativnoj skrbi obuhvaćaju sljedeće;

- osloboditi od boli i popratnih simptoma boli
- omogućiti dostojanstven i aktivan život dok je to moguće, smrt promatrati kao prirodan tijek
- ne odgađati niti ne ubrzavati smrt, ne podržava se eutanazija
- integrira psihološke i duhovne elemente skrbi za bolesnika
- pružati potporu u aktivnom življenju sve do smrti, odnosno dok je to moguće
- podupirati obitelj tijekom bolesnikove bolesti i u periodu žalovanja
- ulogu interdisciplinarnog tima u podizanju kvalitete života i pozitivnog utjecaja na bolesnika
- primjenjiva je u ranom tijeku bolesti. (8)

Autori Seow i Bainbridge (9) objavljuju šest bitnih elemenata kvalitetne palijativne njege koji se odnose na: integrirani timski rad; liječenje boli i fizičkih simptoma; cjelovitu skrb; dostupnost brižnih, suosjećajnih i vještih pružatelja usluga; pravovremenu i brzu skrb; te spremnost pacijenta i obitelji na suočavanje sa smrću.

Principi palijativne skrbi proizašli su iz holističkog pristupa njezi umirućih bolesnika te su rezultati niza međunarodnih istraživanja o najboljim praksama u palijativnoj medicini koje se

koriste u razvijenim zemljama. Holistički pristup ima presudnu ulogu u osiguravanju pozitivnog iskustva za pacijente na kraju života.

Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u RH 2017.-2020. (10) omogućava pravni okvir i daje smjernice za razvitak palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj uvažavajući specifičnosti pojedinih područja palijativne skrbi i rada u hospiciju. Tim dokumentom naglašava se važnost rada medicinskih djelatnika u palijativnom sustavu, ali i važnost uključivanja ostalih djelatnika u organizaciju fizičke njege, socijalne skrbi i duhovne skrbi koji su potrebni umirućim bolesnicima. Stoga je važno obrazovanje medicinskih sestara u okviru formalnog studija na tercijarnoj razini, te stjecanje praktičnih iskustava u radu s terminalno bolesnim pacijentima. Nadalje, bitno je i neprekidno podizati svijest o važnosti osiguravanja funkcionalnog sustava zdravstvene brige za umiruće bolesnike.

3. ZADAĆE MEDICINSKE SESTRE U HOSPICIJU

U Vodiču za koordinate za palijativnu skrb u županiji, autori Marđetko i Dumbović (11) detaljno prikazuju sustav organizacije palijativne skrbi te minimalne standarde koji moraju biti zadovoljeni u sustavu palijativne skrbi na županijskoj razini u Republici Hrvatskoj. U Vodiču se naglašava važnost koordiniranog rada svih pružatelja palijativne skrbi kako bi se uspostavila mreža cjelovite skrbi za umiruće bolesnike i za njihove obitelji. U takvom sustavu, medicinske sestre moraju biti osposobljene za koordiniranje sustavom palijativne skrbi. Vodičem je definirano da koordinator palijativne skrbi mora biti diplomirana medicinska sestra odnosno magistra sestrinstva, u slučaju nedostatka takvog kadra koordinaciju može preuzeti prvostupnica sestrinstva dodatno obučena na području palijativne skrbi. Vođenje sustava palijativne skrbi iziskuje od koordinatora palijativne skrbi specifična znanja i kompetencije o fizičkom, ali i psihološkom, socijalnom i duhovnom aspektu skrbi za bolesnika i njegovu obitelj, ali i znanja o individualnom i skupnom radu s profesionalcima, službama, volonterima i građanima. Palijativna skrb iziskuje i poznavanje multidisciplinarnog te interdisciplinarnog načina rada i sposobnost pravilne prosudbe te prihvatljiva stajališta i vrijednosti povezane s kvalitetom života, empatijom, krajem života i smrću.“ (11)

Slijedom citiranog teksta, zaključuje se da tijekom formalnog obrazovanja medicinske sestre stječu stupanj izobrazbe te praktična znanja i vještine koje su potrebne za pružanje adekvatne palijativne skrbi, no kako bi se sveukupna kvaliteta takve skrbi kontinuirano unaprjeđivala, medicinske sestre se moraju neprekidno usavršavati i nadograđivati svoja znanja i vještine koje nisu samo u domeni zdravstva, nego i u domeni osobnih kompetencija, emocionalne inteligencije i empatije.

3.1. Ključne kompetencije medicinske sestre

Prepoznavajući značaj uloge medicinske sestre u sustavu palijativne skrbi, Europsko društvo za palijativnu skrb (EAPC) definiralo je ključne kompetencije koje bi svaka medicinska sestra morala posjedovati i kontinuirano razvijati kako bi bila u mogućnosti stručno pružati njegu umirućim bolesnicima te biti potrebna potpora članovima njihovih obitelji. Hrvatska komora medicinskih sestara usvojila je navedene definicije ključnih kompetencija i objavila ih u publikaciji *Kompetencije medicinske sestre u specijalističkoj palijativnoj skrbi* (12). Slijedom navedenoga, definira se deset ključnih kompetencija medicinske sestre u specijalističkoj palijativnoj skrbi. Medicinska sestra koja pruža skrb umirućem bolesniku treba znati primjenjivati sve elemente palijativne skrbi u okružju u kojem se bolesnici i njihove obitelji nalaze. Takvo okružje može biti kuća, odnosno dom umirućeg bolesnika, ustanova za starije i nemoćne osobe, ambulanta za palijativnu medicinu, bolnica i hospicij. Za potrebe obrade teme ovoga rada, dalje u radu prikazat će se zadaće medicinske sestre u hospiciju. Nadalje, ključne kompetencije medicinske sestre odnose se na sposobnost da ona bolesniku tijekom pružanja medicinske njege omogući što bezbolnije i što ugodnije uvjete, da bolesniku medicinskim tehnikama i postupcima olakša bolove, a ujedno da pruži podršku članovima bolesnikove obitelji. Osim zadovoljavanja fizičkih potreba bolesnika, medicinska sestra treba znati udovoljiti bolesnikovim psihološkim, duhovnim i socijalnim potrebama, a u isto vrijeme odgovoriti na potrebe članova obitelji u odnosu na kratkoročne, srednjoročne i dugoročne ciljeve skrbi o bolesniku te u odnosu na njihove osobne poteškoće i potrebe u skrbi i žalovanju. Kompetencije medicinske sestre koja radi u palijativnoj skrbi odnose se i na sposobnost suočavanja sa izazovima koji su povezani s kliničkim i etičkim dvojabama u palijativnoj skrbi. Medicinska sestra treba posjedovati i vještine koordiniranja svim aspektima palijativne skrbi u okviru interdisciplinarnog timskog rada, a također mora neprekidno razvijati svoje interpersonalne i komunikacijske vještine te samosvijest. Zaključno, kako je već i navedeno u prethodnom poglavlju, medicinske sestre koje rade u hospiciju moraju se kontinuirano obrazovati i usavršavati. (12)

3.2. Specifične zadaće medicinske sestre u hospiciju

Morana Brkljačić navodi da „hospicijska skrb ne pravda niti sudjeluje bilo u kojem postupku kojemu je cilj ubrzati ili produljiti pacijentovu smrt. Naprotiv, svi aspekti skrbi usmjereni su na stvaranje ugone, poštovanje života i optimizaciju pacijentove kontrole i autonomije.“ (13). U skladu s ovakvom definicijom hospicijske skrbi, primarna odgovornost medicinskih sestara je pružanje neposredne njege umirućem pacijentu s krajnjim ciljem olakšavanja bolova i nelagoda te pripremanja pacijenata na suočavanje sa smrću. Hospicijska skrb koju pruža medicinska sestra obuhvaća niz različitih postupaka i poslova, kao i niz različitih vještina koje medicinska sestra u svakodnevnom radu u hospiciju objedinjuje u cjelinu. Međutim, iako palijativna skrb za umiruće bolesnike sve više dobiva na važnosti u današnje vrijeme, medicinske sestre tijekom svojega formalnog obrazovanja ne dobiju dovoljno znanja i kompetencija koje su im potrebne za rad u hospiciju i općenito u sustavu palijativne skrbi. Prema sadašnjem sustavu obrazovanja na preddiplomskoj razini, preddiplomski studiji sestrinstva u Republici Hrvatskoj omogućuju stjecanje općeg znanja za provedbu zdravstvene njege pacijenata, a samo jedan obvezni kolegij odnosi se na palijativnu zdravstvenu njegu i u okviru toga kolegija naglašavaju se specifičnosti palijativne skrbi i opće kompetencije za pružanje palijativne njege. Takve opće kompetencije odnose se na znanje o načelima, ustrojstvu i funkcioniranju sustava palijativne skrbi u različitim ustanovama za palijativnu njegu, te na opće kompetencije koje medicinska sestra mora imati da bi mogla procijeniti potrebe umirućih bolesnika, simptome bolesti i tegoba te postupke kojima će ublažiti patnju bolesnicima, ali i istovremeno moći pružiti odgovarajuću duhovnu podršku samim bolesnicima i članovima njihove obitelji. Stoga se od medicinskih sestara koje svoj profesionalni angažman i djelovanje usmjere u područje palijativne medicine zahtjeva dodatno educiranje, usavršavanje i cjeloživotno učenje u okviru različitih tečajeva, stručnih predavanja i prezentacija te seminara. U skladu sa svojim specifičnim znanjima stečenim tijekom godina rada u sustavu palijativne skrbi, medicinska sestra ima ulogu koordinatora te povezuje sve sudionike u tome sustavu, s ciljem pružanja kvalitetnije i sveobuhvatne njege umirućih bolesnika.

U ovom dijelu će se prikazati sljedeći osnovni specifični postupci i poslovi koji se ubrajaju u područje sestrinske skrbi za umirućeg bolesnika:

- Tretiranje boli i ostalih najvažnijih fizičkih tegoba hospicijskih bolesnika
- Uspostavljanje komunikacije i pružanje emocionalne i duhovne podrške hospicijskim bolesnicima
- Pružanje psihološke podrške članovima obitelji hospicijskog bolesnika
- Koordinacija rada stručnog hospicijskog tima
- Razvitak osobnih i profesionalnih vještina medicinske sestre u hospiciju

3.2.1. Tretiranje boli i ostalih najvažnijih fizičkih tegoba hospicijskih bolesnika

Medicinska sestra u hospiciju pruža skrb bolesnicima kojima je postavljena dijagnoza neizlječive bolesti i čije medicinsko stanje ne obećava izlječenje. Pacijenti kojima je potrebna hospicijska skrb najčešće pate od malignih i neuroloških bolesti, te od kardioloških ili hematoloških oboljenja. Kod takvih pacijenata bol je primarna tegoba koja se u hospiciju nastoji smanjiti ili čak i eliminirati, ukoliko je to moguće. S obzirom da pojavnost boli značajno smanjuje kvalitetu života i razinu ugone za pacijenta, medicinska sestra treba znati procijeniti razinu boli koju pacijent osjeća te primijeniti određene metode tretiranja boli i prevencije boli.

Medicinska sestra treba znati procijeniti stanje pacijenata i obilježje boli koju osjećaju, čak i kada sami pacijenti nisu sposobni verbalno opisati bol. Procjena boli odnosi se na intenzitet bolova, na područje tijela gdje se bol pojavljuje, te da li je specifična bol lokalna ili se širi, koliko dugo traje, vrijeme kada se pojavljuje i slično. Medicinska sestra također prati i opisuje neverbalne reakcije pacijenta na bol koju on osjeća te bilježi ostale simptome bolova, ako se pojavljuju. Važno je pravilno odrediti uzrok boli, kako bi se ona mogla pravilno tretirati i ublažiti.

Liječnik propisuje terapiju koja se većinom sastoji od primjene analgetika te opioida, a medicinska sestra provodi propisani postupak. Medicinska sestra mora poznavati djelovanje lijekova na pacijenta, a također treba poznavati druge metode ublažavanja kronične boli poput tehnika relaksacije, disanja, i slično te pacijenta podučiti takvim metodama.

Ostale najvažnije fizičke tegobe koje imaju hospicijski bolesnici jesu inkontinencija, spazmovi mišića, teškoće s disanjem, demencija, dekubitus.

Inkontinencija je stanje nemogućnosti ili otežanog kontroliranog obavljanja nužde, tj. eliminacije mokraće i stolice. U hospiciju će medicinska sestra inkontinentnim bolesnicima pomagati oko eliminacije tako što će im osigurati dovoljno vremena i privatnost za obavljanje nužde, ukoliko su pacijenti pokretni i koriste toalet. Ukoliko su nepokretni, medicinska sestra će pripremiti higijenske pelene, uloške i guske za eliminaciju u krevetu, te pacijente držati čistima i urednima.

Mišićni spazmovi su vrlo česti kod bolesnika koji su u terminalnoj fazi bolesti i čije kretanje je većinom ograničeno ili nemoguće. Javlja se jaka i probadajuća bol u mišićima u cijelom tijelu bolesnika. Medicinska sestra će pružiti pomoć bolesnicima sa spazmovima u obliku masaža bolnih mišića, laganog istezanja, stavljanja toplih ili hladnih obloga, ili pokazivanja određenih vježbi pokretnim bolesnicima.

Pacijenti u hospiciju često imaju teškoće s disanjem uzrokovane progresijom osnovne bolesti. Medicinska sestra kod hospicijskih bolesnika treba znati prepoznati kratak dah kod bolesnika, nemogućnost udaha, te simptome gušenja i boli u prsima te prilagoditi položaj ležećih bolesnika, ili primijeniti plućnu rehabilitaciju.

Demencija je stanje u kojemu bolesnik gubi svoje kognitivne sposobnosti i često nije svjestan svoje okoline. Medicinska sestra u hospiciju treba voditi brigu o sigurnosti dementnih bolesnika, smanjiti podražaje iz okoline, smanjiti razine stresa za bolesnika, ukloniti sve predmete iz okoline kojima se pacijent može ozlijediti.

Dekubitus je stanje pojave unutarnjih i vanjskih oštećenja tkiva kod ležećih bolesnika. Medicinske sestre se brinu da koža pacijenta ostane zdrava, odnosno neoštećena tako što prate stanje kože i pojavu edema, crvenila i rana, te održavaju higijenu kože pacijenta, provode masaže i vježbe, potiču pacijenta na kretanje, a kod nepokretnih bolesnika mijenjaju položaj pacijenta u krevetu i služe se određenim pomagalima, poput anti-dekubitalnih jastuka.

Medicinske sestre u hospiciju pružaju stalnu njegu i higijenu te evidentiraju vitalne znakove pacijenata i njihova stanja, a sve s krajnjim ciljem uklanjanja simptoma bolesti i olakšavanja fizičkih tegoba.

3.2.2. Uspostavljanje komunikacije i pružanje emocionalne i duhovne podrške hospicijskim bolesnicima

Komunikacija je osnovni proces razumijevanja poruka između pacijenta, liječnika i medicinske sestre, a vještine uspješnog komuniciranja su u hospicijskom okruženju posebno naglašene jer se radi o umirućim pacijentima kojima je često potrebna samo „lijepa riječ“. Medicinske sestre koje rade u hospiciju predstavljaju važnu osobu koja umirućim bolesnicima pruža emocionalnu i duhovnu podršku. Medicinska sestra mora znati utješiti pacijenta, razgovarati s pacijentom na empatičan način i steći povjerenje pacijenta. Zbog toga je vrlo važno da se medicinska sestra koja radi u hospiciju upozna sa svakim pacijentom i da uspostavi prijateljski odnos s pacijentom. Upoznavanje pacijenta i uspostavljanje prijateljskog odnosa pridonosi stvaranju snažne emocionalne veze i povjerenja. Tijekom vremena koje umirući pacijenti provode u hospiciju, važno je da medicinska sestra bude pouzdani oslonac i da prema svakom pacijentu pokaže suosjećanje i razumijevanje za njegove potrebe i želje. Uspostavljajući prisni odnos s medicinskom sestrom u hospiciju, umirući pacijenti se lakše suočavaju sa svojom neizlječivom bolešću i sa činjenicom da im se približava kraj života te umiranje. Kvalitetna komunikacija s umirućim bolesnikom se uspostavlja i izgrađuje tijekom dužeg vremena, a za uspješnost iste, medicinska sestra mora znati prepoznati potrebe pacijenta. Često pacijenti ne žele razgovarati s medicinskom sestrom, povlače se u sebe, odbijaju svaki oblik komunikacije, a medicinska sestra treba to poštivati, no ipak ne smije zanemariti emocionalne, duhovne i socijalne potrebe svakog pacijenta. Medicinske sestre koje rade u hospiciju trebaju posjedovati suosjećajni duh, pokazati vedrinu, raspoloženost i ljubav prema pacijentima kako bi im pružile osjećaj pripadnosti, udobnosti i ublažile osjećaj straha od smrti.

Autori Brkljačić et al. (14) definiraju četiri načela psihosocijalne podrške terminalnim bolesnicima, a to su: dostupnost, stalnost / kontinuitet, prisutnost, i utjeha. Umirući bolesnici

moraju imati osjećaj da im je pomoć dostupna i da su im liječnici, članovi hospicijskog tima, a posebno medicinske sestre stalno na raspolaganju. Terminalno bolesni pacijenti se suočavaju s velikim strahom, a osjećaj da im je stručna pomoć stalno dostupna na njih djeluje umirujuće. Plan skrbi za umiruće bolesnike mora osiguravati kontinuitet i mora biti kvalitetan i sveobuhvatan. Osim stručne medicinske skrbi, važno je uključiti i članove obitelji u skrb, a prvi kontakt u komunikaciji s članovima obitelji je medicinska sestra. Medicinska sestra je u svakom trenutku uz pacijenta, a posebno je bitno da se pacijent osjeća sigurno i zaštićeno te da može shvatiti da tijekom čina umiranja nije napušten. Bolesnici teško mogu prihvatiti činjenicu da im se približava kraj života te često reaguju ljutnjom ili depresijom, te izražavaju strahove. Članovi interdisciplinarnog hospicijskog tima pružaju podršku pacijentu, no ne smiju bolesnicima pružati lažnu nadu u poboljšanje njihovog zdravstvenog stanja ili u izlječenje.

Tijekom rada u palijativnoj skrbi, medicinske sestre se često susreću s bolesnicima koji ne mogu prihvatiti svoju bolest, odnosno svoje neizlječivo zdravstveno stanje te takvim bolesnicima pomoći pri suočavanju s različitim fazama žalovanja. Poznavanje modela „Kübler-Ross“ koji se odnosi na pet faza žalovanja može pomoći medicinskim sestrama u pristupu bolesnicima koji se ne mogu suočiti sa svojim stanjem. Model je smislila je Elisabeth Kübler-Ross na temelju svoga iskustva u radu s umirućim bolesnicima, a definira različite obrasce ponašanja i razmišljanja kod pacijenata (15):

- Negiranje – *„Ovo se sigurno ne događa, ne meni“*
- Ljutnja – *„Zašto ja? Nije pošteno! Kako se to meni moglo dogoditi? Tko je kriv?“*
- Pogodba / pregovaranje – *„Učinit ću bilo što za još malo vremena“*
- Depresija – *„Toliko sam tužan, zašto bi se uopće trudio? Nema smisla ionako ću brzo umrijeti“*
- Prihvatanje – *„Sve će biti u redu; kad se ne mogu boriti protiv toga mogu se bar pripremiti“* (15).

Medicinske sestre trebaju biti vješte u prepoznavanju ovih faza žalovanja i obrazaca ponašanja kod pacijenata te prilagoditi svoj pristup svakome od njih kako bi im na učinkovit način pružile psihosocijalnu podršku.

3.2.3. Pružanje psihološke podrške članovima obitelji hospicijskog bolesnika

Suočavanje obitelji i bližih prijatelja s dijagnozom neizlječive bolesti i sigurne smrti svoga bližnjega predstavlja značajan problem u hospicijskoj skrbi. Članovi obitelji i bliski prijatelji umirućeg pacijenta proživljavaju različite osjećaje kao što su stres, ljutnja, poricanje neizbježne smrti, tuga i depresija, i slično. Medicinske sestre u hospiciju svakodnevno komuniciraju sa članovima obitelji umirućih bolesnika i čine svojevrsni most između pacijenta i njegove obitelji. Medicinske sestre u hospiciju moraju posjedovati znanja i vještine pružanja psihološke pomoći članovima obitelji umirućeg pacijenta. Neizlječiva bolest i strah od smrti često povezuje i zbližava obitelj pacijenta, no nekada ona uzrokuje i obiteljske probleme, nesuglasice. Medicinske sestre u hospiciju pružaju informacije o stanju bolesnika članovima obitelji i nastoje članove obitelji uključiti skrb o bolesniku. Holistički pristup umirućem bolesniku u hospiciju omogućava članovima obitelji da budu uključeni u proces njege bolesnika i da se emocionalno uspješno suočavaju s činjenicom smrtnog ishoda. Medicinska sestra u hospiciju pruža članovima obitelji ohrabrenje, podršku i utjehu, pri čemu mora biti izrazito senzibilna prema individualnim potrebama svakog člana obitelji, što zahtjeva iznimne komunikacijske vještine i sposobnost psihološke procjene svakog člana obitelji.

3.2.4. Koordinacija rada stručnog hospicijskog tima

Svojim radom u hospiciju, medicinske sestre doprinose poboljšanju kvalitete skrbi o umirućim pacijentima, no da bi se razina kvalitete takve specifične skrbi održala, medicinske sestre zadužene su i za različite poslove koji obuhvaćaju svakodnevnu administraciju i koordinaciju aktivnosti u hospiciju. Medicinska sestra koja radi u hospiciju mora posjedovati znanja o postavljanju sestrinskih dijagnoza, mora biti fleksibilna i prilagodljiva potrebama pacijenata, no istovremeno mora posjedovati organizacijske sposobnosti planiranja zdravstvene njege pojedinačnih pacijenata. Prilikom provođenja plana njege za pacijenta, medicinska sestra mora dokumentirati sve promjene koje se javljaju kod pacijenta i bilježiti preporuke koje su usmjerene na olakšavanje tegoba pacijenta. Medicinska sestra u hospiciju prezentira informacije o stanju pacijenata na sastancima interdisciplinarnog hospicijskog tima te koordinira radom tima. Koordinacija rada

hospicijskog tima je važna kako bi se osigurala kvaliteta njege umirućih bolesnika te udobnost pacijenata, te kako bi se izravno komunicirale i poštovale želje umirućih pacijenata. Integrirani timski rad u hospiciju važan je za pružanje cjelovite medicinske skrbi umirućim pacijentima, a u tom procesu medicinska sestra opet ima nezamjenjivu ulogu.

3.2.5. Razvitak osobnih i profesionalnih vještina medicinske sestre u hospiciju

U ovome radu naglašena je specifičnost rada medicinskih sestara u hospiciju. Pri tome je naglasak takvog posla stavljen na multidisciplinarnost u pružanju palijativne skrbi te na važnost posjedovanja kompetencija za medicinski rad u palijativnog skrbi. Medicinske sestre su neizostavni članovi tima za hospicijsku njegu, a zahvaljujući njihovoj izravnoj interakciji s pacijentima, članovima obitelji i njegovateljima, medicinske sestre su „najjača karika“ u omogućavanju napretka sustava palijativne skrbi i osiguravanju visoke kvalitete hospicijske usluge. Zbog specifičnosti zadaća koje u svakodnevnom poslu u hospiciju obavljaju, medicinske sestre trebaju posjedovati različite profesionalne i osobne vještine i diverzificirana znanja koja moraju neprekidno usavršavati.

Rad u hospiciju je fizički, psihički, emocionalno i duhovno izrazito zahtjevan i tijekom dužeg vremenskog razdoblja iscrpljuje medicinsku sestru. Suosjećanje i empatija koju medicinske sestre svakodnevno pokazuju umirućim pacijentima i njihovim obiteljima pružaju njima olakšanje i utjehu, ali istovremeno utječu na formiranje osobnih osjećaja i promišljanja o pitanjima smisla života i smrti, o sposobnosti poimanja nesebičnog davanja, o osobnom angažiranju osjećaja u proces palijativne skrbi i o stvaranju veze s pacijentima na osobnoj razini. Kontinuirano izlaganje fizičkim i mentalnim naporima koji su specifični za hospicijsku njegu mogu dovesti do sindroma izgaranja.

Medeiros de Oliviera, et al. (16) ističu sestrinstvo kao jedno od najtežih zanimanja zbog različitih okolnosti obavljanja rada koje uzrokuju tjelesnu i emocionalnu iscrpljenost. Od medicinske sestre se očekuje da će pružati skrb pacijentima s potpunim strpljenjem i empatijom, no pod utjecajem stresa i pretjeranog radnog opterećenja, medicinska sestara često ne može pronaći ravnotežu između radnih zahtjeva i osobnih životnih okolnosti. U tom kontekstu važno je

naglasiti i potrebu osiguravanja učinkovitog sustava podrške medicinskim sestrama koje pružaju specifičnu palijativnu skrb kroz različite radionice, tečajeve, seminare i ostale oblike cjeloživotnog učenja te osobnog i profesionalnog usavršavanja. Zbog specifičnosti rada u hospicijima, mnoge medicinske sestre svoj posao ne smatraju zanimanjem nego životnim pozivom i davanjem sebe ljudima koji se opraštaju sa životom.

4.3 Sestrinske dijagnoze kod palijativnog bolesnika

Promatranje i pregled bolesnika je posao medicinske sestre, temeljem toga postavljaju se sestrinske dijagnoze. Medicinska sestra uočava specifične i nespecifične simptome i znakove te na temelju njih postavlja dijagnoze. Procjenjuje se, lokalizacija, ponašanje, etiologija i stanje bolesnika. Njega bolesnika u hospiciju obavlja se 24h dnevno u svrhu unapređenja kvalitete života, zdravstvenog stanja i sprječavanja nastajanja komplikacija dugotrajnog ležanja (dekubitus, kontraktura, duboka venska tromboza....) Palijativnim pacijentima se uz samu dijagnozu te napredovanje maligne bolesti ili kroničnih bolesti vežu i problemi kao što su :

- Bol
- SMBS – higijena, hranjenje, odijevanje, eliminacija
- Mučnina
- Povraćanje
- Dehidracija
- Oštećenje sluznice usne šupljine
- Smanjeno podnošenje napora, prohodnost dišnih puteva
- Poremećaji eliminacije: zatvor, proljev,
- Inkontinencija; stolice i mokrenja
- Visok rizik kod komplikacija dugotrajnog ležanja: dekubitus, tromboza, kontraktura
- Neupućenost
- Poremećaji kognitivnih funkcija
- Nesanica
- Beznađe
- Visok rizik za pad, infekciju...
- Neučinkovito sučeljavanje
- Strah
- Anksioznost
- Socijalna izolacija
- Poremećen seksualni obrazac
- Poremećaj funkcioniranja obitelji
- Neučinkovito obiteljsko sučeljavanje s bolešću

- „Žalovanje.“ (2011)

4.3.1. Bol

Bol je uvijek subjektivan osjećaj koji bolesnik osjeća ,prema WHO bol je neugodno senzorno i emocionalno iskustvo vezano uz stvarno ili potencijalno oštećenje tkiva .

Čimbenici boli mogu biti ;

- emocionalni
- tjelesni
- socijalni
- duhovni

svaki od ovih čimbenika pridonosi na svoj način bol

Postoje dvije vrste boli;

- akutna - odgovor na ozljedu ili oštećenje tkiva i pretpostavlja se da će s izlječenjem popustiti
- kronična - javlja u stanjima u kojima je daljnje ozdravljenje malo vjerojatno

Procjena boli se mjeri verbalnom ocjenskom skalom te se pokušava procijeniti utjecaj boli na život te na mobilnost i poremećaja sna. U hospiciju uzimamo vizualno analognu skalu (VAS) za procjenu boli kod palijativnih pacijenta. Na skali 0 označava da nema boli, a 10 je oznaka za najjaču bol. Ako je na VAS zbroj 0-3, jačina boli tada ne zahtijeva analgetsku terapiju. Analgetici se primjenjuju peroralno, intravenozno, subcutano, intramuskularno, sublingvalno, prema terapijskoj listi koju je napisao liječnik u određeno vrijeme, a i prema potrebi. Pristup svakom pacijentu je individualan , lijek se daje u odgovarajućoj dozi, te prema terapijskoj shemi, cilj nam je da pacijnta ne boli ili da bol bude manja ili jednaka 3, na VAS skali.

Sestrinska dijagnoza;		
Kronična bol u/s terminalne maligne faze bolesti, što se očituje izjavom pacijenta ;"sestro boli me unatoč lijekovima protiv bolova " i ocjenom 9 na VAS skali (0-10)		
CILJ	INTERVENCIJA	EVALUACIJA
Pacijent neće osjećati bol Pacijent će na skali boli iskazati nižu razinu boli od početne	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Izmjeriti vitalne funkcije ➤ Ukloniti čimbenike koji mogu pojačati bol; 	Pacijenta ne boli ili je bol manja ili jednaka 3 na VAS
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pacijent će ublažiti bol kako je naučio 	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ohrabriti pacijenta; ➤ Nepokretnog pacijenta postaviti u odgovarajući položaj ; 	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ U bolnom području pritisak i napetost izbjegavati ➤ Objasniti pacijentu da zauzme ugodan položaj te da ga mijenja; 	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Razgovarati s pacijentom o njegovim strahovima; ➤ Primijeniti analgetike prema terapijskoj listi liječnika; 	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Odvrćati pažnju od boli; 	

	➤ Masirati bolno područje tijela ukoliko je moguće;	
	➤ zabilježiti pacijentove procjene boli na skali boli“	

4.3.2. Strah

Strah pripada primarnoj skupini emocija, on nastaje kao reakcija na stvarnu, potencijalnu ili zamišljenu opasnost, jedan je od najmoćnijih osjećaja i vrlo je dobro istražen. Dugotrajno izlaganje osjećaju straha oštećuje imunološki sustav i preopterećuje tijelo. Strah od umiranja i smrti je snažan univerzalni strah koji se javlja u svakome čovjeku.

Sestrinska dijagnoza; Strah u/s ishodom liječenja		
CILJ	INTERVENCIJA	EVALUACIJA
Pacijent će znati umanjiti strah	➤ Stvoriti empatijski odnos	Pacijent će znati primijeniti metode umanjivanja straha
	➤ Ustvrditi činitelje koji dovode do pojave osjećaja straha;	
	➤ Poticati pacijenta da verbalizira strah; ➤ Stvoriti osjećaj sigurnosti	
	➤ Pacijenta ćemo poticati ka pozitivnom razmišljanju	

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kod pacijenta ćemo spriječiti osjećaj izoliranosti i povučenosti 	
	<p>Opažati znakove straha</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Govoriti polako i umirujuće 	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Poticati obitelj da se uključi u aktivnosti u promicaju osjećanja sigurnosti 	

4.3.3 SMBS

Stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost izvođenja kompletnog odijevanja i brige o svom izgledu(17)

Sestrinska dijagnoza; SMBS eliminacija u/s nepokretnošću što se očituje nemogućnošću pacijentice da ode do toaleta		
CILJ	INTERVENCIJA	EVALUACIJA
Pacijent će vršiti nuždu kada god osjeti potrebu	➤ osigurati pacijentu privatnost	Pacijent obavljao nuždu u noćnu posudu kad god je imao potrebu
	➤ osigurati mu dovoljno vremena (ne požurivati)	
	➤ dogovoriti s pacijentom riječi kojima će priopćavati da mora mokriti ili imati stolicu	
	➤ rabiti pomagala i pribor koji doprinosi manjem umaranju (donesti mu noćnu posudu i sl.)	
	➤ provesti razne postupke usmjerene ka sprečavanju pada	
	➤ poticati bolesnika na obavljanje nužde ➤ postaviti zvonce nadohvat ruke pacijenta	

4.3.4. Visok rizik za nastanak dekubitusa

„Dekubitus je ograničeno oštećenje kože i potkožnog tkiva koje nastaje zbog dugotrajnog pritiska gdje dolazi do slabljenja cirkulacije i slabijeg dotoka kisika i hranjivih tvari, pa tkivo postupno odumire i na tom mjestu nastaje nekroza” (Prlić). Za dekubitus ključno je sprečavanje i preveniranje. Dekubitalnu bol je teško kontrolirati analgeticima, međutim vrlo je važno bez obzira na duljinu trajanja ostatka životnog vijeka, nastojati ih ublažiti.

Sestrinska dijagnoza; Visok rizik za dekubitus u/s dugotrajnim ležanjem		
CILJ	INTERVENCIJA	EVALUACIJA
Bolesnik neće dobiti dekubitus tijekom hospitalizacije	➤ Održavati osobnu higijenu	Pacijentov integritet kože je očuvan, pacijent nije dobio dekubitus
	➤ Promatrati predispozicijska mjesta za nastajanje dekubitusa (trtica, peta, lopatica, kuk)	
	➤ Mijenjati položaj pacijenta u krevetu svaka 2 h	
	➤ Poticati pacijenta da samostalno zauzima i mijenja položaje u krevetu	
	➤ Procjenjivati stupanj ugroženosti na Norton skali	
	➤ Rizična područja mazati i masirati hranjivim kremama	

	<ul style="list-style-type: none">➤ Poticati aktivne i pasivne vježbe i vježbe cirkulacije➤ Voditi evidenciju unosa tekućine i proteina	
	<ul style="list-style-type: none">➤ Primjenjivati antidekubitalna pomagala➤ Voditi evidenciju u slučaju oštećenje kože i tkiva	

4. ZAKLJUČAK

Palijativna ili hospicijska skrb je dio zdravstvenog sustava čija je zadaća holistička, odnosno sveobuhvatna skrb o umirućim pacijentima. Osnovni cilj pružanja takve skrbi nije produžetak života, već poboljšanje kvalitete života bolesnika u terminalnoj fazi bolesti. U sustavu palijativne skrbi rad medicinskih sestara čini temelj kvalitetne hospicijske njege. Osim izravne brige o umirućim bolesnicima, medicinske sestre obavljaju i ostale specifične poslove te koordiniraju cjelokupnim palijativnim timovima kako bi osigurali holistički pristup umirućem bolesniku.

U ovom preglednom radu prikazuju se osnovne zadaće koje obavljaju medicinske sestre u palijativnoj skrbi, odnosno u hospiciju. Prilikom prikaza njihovih osnovnih zadaća, naglasak je stavljen na poslove vezane za izravnu njegu pacijenta, na zadaće timskog planiranja njege pojedinačnog pacijenta, na važnost vještine koordiniranja multidisciplinarnim hospicijskim timovima, ali i na kompetencije medicinske sestre koje se odnose na pružanje emocionalne i duhovne podrške pacijentima i članovima njihovih obitelji. Zbog različitosti zadaća koje medicinske sestre obavljaju u hospiciju, one se smatraju posrednicima između umirućeg pacijenta, njegove obitelji i hospicijskog tima, a svojim vještinama i kompetencijama ispunjavaju potrebe umirućih pacijenata, olakšavaju terminalnu fazu njihove bolesti i suočavanje s neminovnošću smrti. Iako je Europsko udruženje za palijativnu skrb (EACP) definiralo deset temeljnih kompetencija koje medicinske sestre trebaju razvijati za učinkovito pružanje palijativne skrbi, u praktičnom svakodnevnom radu se medicinske sestre često susreću s izazovima koje zahtijevaju specifične napore i osobnu emocionalnu angažiranost za svakog pacijenta i članove njihove obitelji. Sustav palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj je ustrojen i reguliran Zakonom i Nacionalnim programom razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj od 2017.-2020. godine te različitim pravilnicima, vodičima ili internim smjernicama. Međutim, u svakodnevnoj praksi medicinske sestre suočavaju se s različitim problemima vezanima za nedostatak resursa i kadrova te neorganiziranim sustavom podrške cjeloživotnom učenju i usavršavanju.

Ovim radom nastoji se istaknuti važnost uloge medicinske sestre u provođenju specifične medicinske njege teško bolesnih pacijenata kako bi se potaklo podizanje svijesti o važnosti razvitka kompetencija medicinskih sestara za pružanje hospicijskih usluga u zdravstvenom sustavu.

5. SAŽETAK

Ovaj pregledni završni rad bavi se problematikom pružanja sestrinske skrbi umirućim, odnosno palijativnim bolesnicima te daje pregled osnovnih kompetencija koje medicinske sestre trebaju kontinuirano razvijati kako bi učinkovito brinule o bolesnicima u terminalnoj fazi njihove bolesti. U uvodnom dijelu definiraju se osnovni pojmovi palijativne skrbi i hospicija, povijesni razvoj hospicijskog pokreta u svijetu i u Republici Hrvatskoj, kao i zakonodavni okvir kojim se palijativna skrb regulira u Republici Hrvatskoj. Nadalje, u radu se opisuju osnovne i specifične zadaće koje medicinska sestra obavlja prilikom pružanja izravne njege umirućemu bolesniku, kao što su tretiranje boli i ublažavanje fizičkih tegoba hospicijskih bolesnika te uspostavljanje komunikacije i pružanje emocionalne i duhovne podrške. Osim izravne brige za umiruće pacijente, medicinske sestre u hospiciju trebaju biti osposobljene za pružanje psihološke podrške članovima obitelji hospicijskog bolesnika, a također trebaju imati organizacijske vještine koje zahtjeva koordinacija rada stručnog hospicijskog tima. Zadaće koje obavlja medicinska sestra u hospiciju su multidisciplinarnе prirode jer obuhvaćaju medicinska, stručna i tehnička znanja, ali i emocionalnu inteligenciju, empatiju i osobnu angažiranost medicinske sestre pri svakom postupku palijativne njege. Zbog starenja stanovništva i produžavanja životnoga vijeka, u budućnosti će hospicijska skrb biti važan dio opće zdravstvene skrbi, a medicinske sestre koje su osposobljene za rad sa umirućim bolesnicima biti će u deficitu. Zbog toga ovaj rad naglašava specifičnost struke i važnost uloge medicinske sestre u njezi umirućih pacijenata u cilju podizanja svijesti o potrebi razvitka kvalitetne palijativne usluge u zdravstvenom sustavu.

Ključne riječi: hospicij; kompetencije; medicinska sestra; palijativna skrb; vještine

6. SUMMARY

The presented final thesis deals with the issue of providing nursing care to palliative patients at the end of their life. It also provides an overview of the basic competencies that nurses need to possess and continuously develop in order to be able to provide professional care for patients in the lethal phase of their disease. In the introductory part of this thesis, there is a definition of the basic concepts of palliative care and hospice, as well as the overview of the development of the hospice movement in the world and in the Republic of Croatia. The thesis follows with the presentation of the legislative framework that regulates palliative care in the Republic of Croatia. Furthermore, the thesis presents basic and specific tasks that medical nurses perform while providing direct care to a dying patient. Such tasks refer to treating of pain and alleviating some physical ailments of hospice patients, as well as to the skills that are directed towards establishing of communication and providing emotional and spiritual support to dying patients. In addition to direct care for dying patients, hospice nurses are also providing psychological support to family members of the dying patient. They also need to have organizational skills required to coordinate the work of a professional hospice team. In their nature, all tasks performed by a hospice nurse are multidisciplinary, since they include medical, professional and technical knowledge, but also the emotional intelligence, empathy and personal involvement of the nurse in palliative care. Since there is evident aging of population and prolonged life expectancy, hospice care in the future will be an important part of general health care. Therefore, there will be a deficit of nurses trained to work with dying patients. This paper emphasizes the particularities of hospice care and nursing profession and stresses out the importance nursing care of dying patients, all with the aim to raise awareness of the need to develop quality palliative care in the overall health care system.

Keywords: hospice; competencies; nurse; palliative care; skills

7. LITERATURA

1. Hrvatsko društvo za palijativnu medicinu Hrvatskog liječničkog zbora [Internet]. Zagreb: Hrvatsko društvo za palijativnu medicinu; c2020 [pristupljeno 14. kolovoza 2020]. Dostupno na URL: <https://palijativa.com/>.
2. Wikipedija. Slobodna enciklopedija. Pojam Hospicij [Internet]. [pristupljeno 25. kolovoza 2020]. Dostupno na URL: <https://hr.wikipedia.org/wiki/Hospicij>.
3. Evans N. Who was Dame Cicely Saunders? Google celebrates British pioneer of modern hospice movement. Mirror Online [Internet]. 2018 Jun [pristupljeno 22. kolovoza 2020]. Dostupno na URL: <https://www.mirror.co.uk/news/uk-news/who-dame-cicely-saunders-google-12764348>
4. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi. Preporuke Europskog udruženja za palijativnu skrb [Internet]. European Journal of palliative care; 2009; 16(6). [pristupljeno 14. kolovoza 2020]. Dostupno na URL: <http://palijativa.com/wp-content/uploads/2019/01/StandardsNormsCroatian.pdf>
5. Opća bolnica Pula [Internet]. Pula: Povijest opće bolnice Pula; c2020 [pristupljeno 14. kolovoza 2020]. Dostupno na URL: <https://www.obpula.hr/o-nama/povijest/>
6. Narodne novine [Internet]. Zagreb: Zakon o zdravstvenoj zaštiti; c2019 [pristupljeno 20. kolovoza 2020]. Dostupno na URL: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018_11_100_1929.html
7. Hospicij Marija K. Kozulić, Rijeka [Internet]. Rijeka: c2015 [pristupljeno 20. rujna 2020]. Dostupno na URL: <http://hospicij-marijakozulic.hr/>
8. Brkljačić M, Šamija M, Belev M, Strnad M, Čengić T. Palijativna medicina - temeljna načela i organizacija, klinički pristup terminalnom bolesniku. Medicinska etika. Rijeka: Medicinski fakultet; 2013.
9. Seow H, Bainbridge D. [A Review of the Essential Components of Quality Palliative Care in the Home](#). J Palliat Med. 2017; 20(Suppl 1): S-37–S-44.
10. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske [Internet]. Zagreb: Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u RH 2017.-2020.; c2020 [pristupljeno 20. kolovoza 2020]. Dostupno na URL:

<https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZVOJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020-%20usvojen%2018.10.2017..pdf>

11. Marđetko R, Dumbović N. Centar za koordinaciju palijativne skrbi / Vodič za koordinate za palijativnu skrb u županiji [Internet]. Zagreb; Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske; c2020 [pristupljeno 25. kolovoza 2020]. Dostupno na URL: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/2018%20Dokumenti%20razni/VODI%C4%8C%20ZA%20KOORDINATORE%20ZA%20PALIJATIVNU%20SKRB.pdf>
12. Marđetko R, Dumbović N, Živković A, Kovačević B, Marković L, Lovrić S. Kompetencije medicinske sestre u specijalističkoj palijativnoj skrbi. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2018.
13. Brkljačić M. [Aktualno stanje palijativne skrbi u Hrvatskoj](#). Služba Božja 10/2013;3/4:367.
14. Brkljačić M, Fumić Dunkić L, Lončar Z, Havelka Meštrović A. Palijativna medicina. Temeljna načela i organizacija. Klinički pristup terminalnom bolesniku. Medicinska etika. Poglavlje: Razvoj palijativne medicine u Hrvatskoj, Rijeka: Markulin d.o.o.; 2013.
15. Wikipedija. Slobodna enciklopedija. Model „Kubler Ross“ [Internet]. [pristupljeno 20. rujna 2020]. Dostupno na URL: https://hr.wikipedia.org/wiki/Model_%22K%C3%BCbler-Ross%22
16. Medeiros de Oliveira S, Vinicius de Alcantara Sousa L, do Socorro Vieira Gadelha M, Barbosa do Nascimento V. [Prevention Actions of Burnout Syndrome in Nurses: An Integrating Literature Review](#). Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2019;15:64–73.

1. Reference

- Prlić, N. (2008). Zdravstvena njega. U N. Prlić, *Zdravstvena njega* (XI. izd., str. 127-127). Zagreb: školska knjiga.
- Slava Šepec, d. m., & Biljana Kurtović, b. (2011). *Sestrinske dijagnoze*. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara.

1. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci

Ime i prezime: Hijacinta Orešković

Adresa: Braće Radić 64 , 31410 Strizivojna

Telefon:099/595-8731

e-mail: hijacinta.oreškovic@hotmail.com

Obrazovanje:

01/09/2000–30/06/2008 ZAVRŠENA OSNOVNA ŠKOLA OSNOVNA ŠKOLA IVANA BRLIĆ MAŽURANIĆ, STRIZIVOJNA (Hrvatska)

01/09/2008–15/06/2012 ZAVRŠENA SREDNJA MEDICINSKA ŠKOLA ZDRAVSTVENA I VETERINARSKA ŠKOLA DR.ANDRIJE ŠTAMPARA, VINKOVCI (Hrvatska)

15/05/2013–16/06/2014 POLOŽEN STRUČNI ISPIT ZA MEDICINSKE SESTRE KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR OSIJEK, OSIJEK (Hrvatska)

Radno iskustvo:

KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR OSIJEK, OSIJEK (Hrvatska) Stručno osposobljavanje za samostalan rad (pripravnički staž)

KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR RIJEKA, RIJEKA (Hrvatska) -Radni odnos na određeno pri Klinici za kirurgiju, Zavodu opće, plastične i rekonstrukcijske kirurgije te na Zavodu za vaskularnu kirurgiju, 18 mjeseci.

HOSPICIJ MARIJA K.KOZULIĆ, RIJEKA (Hrvatska)- rad u palijativi 3,5 godine posljednjih 6 mjeseci godine bila sam zamjenica glavnog tehničara.

2019.god započinjem raditi u KLINIČKOJ BOLNICI MERKUR, radim u operacijskoj sali kao instrumentarka i član sam tima za transplataciju solidnih organa.

Strani jezici: Engleski jezik

