

Holistički pristup bolesniku sa kroničnim zatajenjem bubrega: rad s istraživanjem

Matahlija Borić, Josipa

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

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:184:461335>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-22**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ
SESTRINSTVO

Josipa Matahlija Borić

**HOLISTIČKI PRISTUP BOLESNIKU SA KRONIČNIM
ZATAJENJEM BUBREGA: rad s istraživanjem**

Završni rad

Rijeka, 2022.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
UNDERGRADUATE PROFESSIONAL STUDY
OF NURSING

Josipa Matahlija Borić

**HOLISTIC APPROACH TO A PATIENT WITH CHRONIC
KIDNEY FAILURE: research**

Bachelor thesis

Rijeka, 2022.

Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	
Studij	SESTRINSTVO
Vrsta studentskog rada	ZAVRŠNI RAD
Ime i prezime student	JOSIPA MATAHLIJA BORIĆ
JMBAG	0351008931

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	
Ime i prezime mentora	DANIFI A DEPOLO
Datum zadavanja rada	
Datum predaje rada	29/06/2022
Identifikacijski br. podneska	ID: ID1864499264
Datum provjere rada	29/06/2022
Ime datoteke	1.1.1 HOLISTIČKI PRISTUP BOLESNIKU SA KRONIČNIM ZATAJENJEM BUBREGA: rad s istraživanjem
Veličina datoteke	104.75K
Broj znakova	44116
Broj riječi	7211
Broj stranica	34

Podudarnost studentskog rada:

PODUDARNOST	
Ukupno	10.00%
Izvori s interneta	
Publikacije	
Studentski radovi	

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	29/06/2022
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/>
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum: 29/06/2022

Potpis mentora :

Daniela Depolo, prof.reh.

Rijeka, 26. 5. 2022.

Odobrenje nacрта završnog rada

Povjerenstvo za završne i diplomske radove Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci
odobrava nacrt završnog rada:

**HOLISTIČKI PRISTUP BOLESNIKU SA KRONIČNIM ZATAJENJEM
BUBREGA: rad s istraživanjem**
HOLISTIC APPROACH TO A PATIENT WITH CHRONIC KIDNEY FAILURE: research

Student: Josipa Matahlija Borić

Mentor: Daniela Depolo, prof. rehab., bacc. med.techn.

Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija

Preddiplomski stručni Sestrinstvo – izvanredni

Povjerenstvo za završne i diplomske radove

Predsjednik Povjerenstva



Pred. Helena Štrucelj, dipl. psiholog – prof.

Zahvala

Ovim putem želim se zahvaliti svome sinu koji mi je bio apsolutna potpora u mom studiranju, koji je nesebično prihvatio moje izbivanje vezano uz posao i školovanje te se odrekao zajedničkih trenutaka i druženja kako bi se ja posvetila svojim obavezama. Tu moram spomenuti i svoje roditelje koji su me nebrojeno puta zamijenili i bili roditelj kad sam bila spriječena svojim poslovnim obavezama. Posebno zahvaljujem svojoj mentorici Danieli Depolo prof., rehab., bacc. med. sestr. na strpljenju, savjetima i uputama prilikom izrade mog završnog rada. Nadalje zahvaljujem kolegicama i kolegama što su me nebrojno puta zamijenili na poslu, uskočili kad sam imala obaveze na fakultetu, te mojim nadređenima što su za sve to pokazali strpljenje, razumijevanje i pomoć.

SADRŽAJ

POPIS KRATICA.....	VII
SAŽETAK.....	VIII
ABSTRACT.....	VIII
1. UVOD.....	1
1.2 KRONIČNA BOLEST BUBREGA.....	2
1.2.1 Definicija kroničnog zatajenja bubrega (KZB).....	2
1.2.2 Komplikacije KZB-a.....	2
1.2.3 Liječenje KZB.....	3
1.2.4 Planiranje bubrežne nadomjesne terapije.....	3
1.2.5 Konzervativno liječenje.....	4
1.3 HOLISTIČKI PRISTUP.....	6
1.3.1 Načela holističke medicine.....	6
1.3.2 Holistička medicina.....	7
1.3.3 Holističko sestrinstvo.....	7
1.3.4 Holistički pristup pacijentu sa kroničnim zatajenjem bubrega.....	9
2. CILJEVI I HIPOTEZE.....	18
3. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE.....	19
4. REZULTATI.....	21
5. RASPRAVA.....	29
6. ZAKLJUČAK.....	32
PRILOZI.....	35
Prilog A: Popis ilustracija.....	35
Popis slika:.....	35
Popis tablica:.....	35

ŽIVOTOPIS.....	36
----------------	----

POPIS KRATICA

KZB	Kronično zatajenje bubrega
MS/MT	medicinske sestre-tehničari
eGFR	eng. estimated glomerular filtration rate
AV	arteriovenski
ANA	eng. American Nurses Association
AHNA	eng. American Holistic Nurses Association
RH	Republika Hrvatska
KBC	Klinički bolnički centar
M	medijan
sd	standardna devijacija

SAŽETAK

Bolest bubrega utječe na mnoge aspekte života pacijenta, uključujući osobne odnose, posao i društveni život, a ne samo na njegovo fizičko zdravlje. Stoga je u skrb za pacijente s kroničnim zatajenjem bubrega (KZB) bitno uključiti holistički pristup, jer on uzima u obzir njihovu fizičku, emocionalnu, socijalnu i duhovnu dobrobit. Svrha ovog istraživačkog rada je dobiti jasnu sliku u kojoj su mjeri medicinske sestre-tehničari (MS/MT) upoznati s holističkim pristupom, s obzirom na razinu obrazovanja i godine radnog staža, te ustanove u kojoj rade. U istraživanju je sudjelovalo 158 MS/MT iz cijele Hrvatske, a koji rade s pacijentima s KZB. Rezultati su pokazali relativno nisku razinu znanja o holističkom pristupu, neovisno o stupnju obrazovanja, te pozitivniji stav prema holističkom pristupu među MS/MT koji rade na primarnoj razini zdravstvene zaštite. Iz dobivenih rezultata možemo zaključiti da je potrebno dodatno raditi na edukaciji MS/MT o holističkom pristupu na svim razinama obrazovanja.

Ključne riječi: *kronično zatajenje bubrega, holistički pristup, medicinske sestre-tehničari*

ABSTRACT

Kidney disease affects many aspects of a patient's life, including personal relationships, work, and social life, not just his or her physical health. Therefore, it is important to include a holistic approach in the care of patients with chronic kidney disease (CKD), as it takes into account their physical, emotional, social and spiritual well-being. The purpose of this research work is to get a clear picture of the extent to which nurses-technicians are familiar with a holistic approach, given the level of education and years of service, and the institution in which they work. The study involved 158 nurses-technicians from all over Croatia, working with patients with CKD. The results showed a relatively low level of knowledge about the holistic approach, regardless of the level of education, and a more positive attitude towards the holistic approach among nurses-technicians working at the primary level of health care. From the obtained results we can conclude that it is necessary to work further on the education of nurses-technicians on a holistic approach at all levels of education.

Key words: *chronic renal failure, holistic approach, nurses-technicians*

1. UVOD

Kronično zatajenje bubrega (KZB) je stanje koje uključuje smanjenje sposobnosti bubrega da filtrira otpadne tvari i tekućinu iz krvi. Kronično je, što znači da se stanje razvija tijekom dugog vremenskog razdoblja i nije reverzibilno (1). KZB je obično uzrokovano nekim drugim medicinskim stanjima koja s vremenom opterećuju bubrege, uključujući dijabetes, visoki krvni tlak i dugotrajnu upalu bubrega. Starenje je jedan od vodećih uzroka, osobito u zapadnim zemljama. Rani simptomi smanjene funkcije bubrega uključuju češće mokrenje, visoki krvni tlak i oticanje nogu. KZB zahtijeva pažljivo, cjeloživotno liječenje i može napredovati do završnog stadija zatajenja bubrega koje zahtijeva dijalizu ili transplantaciju.

Dijaliza i transplantacija mogu znatno produžiti životni vijek pacijenta, ali imaju negativan utjecaj na kvalitetu života. Podaci iz 2019. otkrili su da prosječni bubrežni bolesnik uzima do 19 lijekova dnevno (2), posjećuje više stručnjaka i svake godine provede do 11 dana u bolnici (3). Stoga je liječenje bolesnika s KZB vrlo složeno i zahtijeva integriranu strategiju. U tom kontekstu rješenje bi trebalo biti holistički pristup bolesniku s KZB, a ne samoj bolesti. Ključni razlog za ovaj trend je taj što integrirana skrb ne samo da stvara priliku za bolje zdravlje pacijenata, već također pomaže u smanjenju ukupnih troškova skrbi – pomažući onima s KZB da budu zdraviji i izvan bolnice. Bolest bubrega utječe na različite ljude na različite načine, fizički i emocionalno. Može utjecati na mnoge aspekte života, uključujući osobne odnose, posao i društveni život (4).

Holistički pristup u kontekstu sestrinske skrbi možemo definirati kao pružanje podrške pacijentima i/ili njihovim obiteljima, uzimajući u obzir njihovu fizičku, emocionalnu, socijalnu i duhovnu dobrobit, a ne samo njihovu bolest ili stanje. Svaka osoba ima drugačije iskustvo bolesti na koji utječe njezina dob, spol, kultura, naslijeđe, jezik, vjera, spolni i rodni identitet, status veze, životno iskustvo i uvjerenja. Važno je ne pretpostaviti da će način na koji mi tumačimo situaciju biti isti kao i osoba za koju skrbimo. Slušanje, komunikacija i povratna informacija, ključne su vještine za pružanje holističke skrbi (5). Zbog toga sestrinske intervencije u holističkom pristupu skrbi za pacijente s KZB neće biti fokusirane samo na dijagnoze povezane sa bolesti i liječenjem KZB, nego će se baviti i drugim aspektima pacijentovog života, poput socijalne izolacije, neupućenosti u svezi s promjenom načina života i slično (6).

Holistički pristup relativno je noviji pojam u obrazovanju i radu medicinskih sestara, a puno veća pozornost edukaciji pridaje se medicinskim sestrama-tehničarima (MS/MT) na preddiplomskom i diplomskom studiju, nego što je to slučaj na srednjoškolskoj razini.

Također, starije generacije MS/MT o holističkom pristupu u vrijeme svog školovanja uglavnom nisu imali prilike niti slušati, s obzirom da je cilj edukacije više bio usmjeren kliničkoj praksi i zdravstvenoj njezi općenito. Zbog toga i postoji veliki nerazmjer između stavova o holističkom pristupu među MS/MT.

1.2 KRONIČNA BOLEST BUBREGA

1.2.1 Definicija kroničnog zatajenja bubrega (KZB)

KZB se definira kao prisutnost oštećenja bubrega (obično se otkriva kao izlučivanje albumina mokraćom od 30 mg/dan ili više) ili smanjena funkcija bubrega (definirana kao procijenjena brzina glomerularne filtracije - eGFR <60 mL/min/1,73 m²) tijekom tri ili više mjeseci, bez obzira na uzrok. Postojanost oštećenja ili smanjene funkcije najmanje tri mjeseca neophodna je za razlikovanje KZB od akutne bubrežne bolesti. Početna ozljeda bubrega može rezultirati raznim kliničkim manifestacijama, u rasponu od asimptomatske hematurije do zatajenja bubrega koje zahtijeva dijalizu. Mnogi se pojedinci potpuno oporave i nakon toga pate od malo ili nimalo posljedica. Na primjer, poststreptokokni glomerulonefritis u djece najčešće ima dugoročnu benignu prognozu. Za usporedbu, neki pacijenti, poput onih s lupusnim nefritisom, doživljavaju ponavljane i kronične ozljede bubrega, što rezultira trajnim oštećenjem. Nadalje, drugi kod kojih je početna bolest ili neaktivna ili izliječena mogu i dalje razviti progresivnu bubrežnu bolest zbog hemodinamskih i drugih mehanizama. Bubrež se može prilagoditi oštećenju povećanjem brzine filtracije u preostalim normalnim nefronima, proces koji se naziva adaptivna hiperfiltracija. Adaptivna hiperfiltracija, iako je u početku korisna, rezultira dugotrajnim oštećenjem glomerula preostalih nefrona, što se očituje proteinurijom i progresivnim zatajenjem bubrega. Čini se da je ovaj proces odgovoran za razvoj zatajenja bubrega kod onih kod kojih je izvorna bolest ili neaktivna ili izliječena (7). Postupni pad funkcije u bolesnika s KZB u početku je asimptomatski. Stopa progresije KZB-a od jedne faze do druge varira ovisno o osnovnoj bolesti, prisutnosti ili odsutnosti komorbidnih stanja, tretmanima, socioekonomskom statusu, individualnoj genetici, etničkoj pripadnosti i drugim čimbenicima.

1.2.2 Komplikacije KZB-a

KZB je povezana s većim rizikom od kardiovaskularnih bolesti, terminalne bolesti bubrega, infekcija, malignih bolesti i smrtnosti. Komplikacije gubitka funkcije bubrega uključuju

poremećaje ravnoteže tekućine i elektrolita, kao što su preopterećenje volumenom, hiperkalemija, metabolička acidoza i hiperfosfatemija, kao i abnormalnosti povezane s hormonskom ili sustavnom disfunkcijom, kao što su anoreksija, mučnina, povraćanje, umor, hipertenzija, anemija, pothranjenost, hiperlipidemija i bolest kostiju (8).

1.2.3 Liječenje KZB

Liječenje KZB uključuje liječenje reverzibilnih uzroka bubrežne disfunkcije i sprječavanje ili usporavanje progresije bubrežne bolesti. Za komplikacije KZB potrebno je medicinsko liječenje. Bolesnike s KZB treba uputiti nefrologu kada je eGFR <30 mL/min/1,73 m² kako bi se razgovaralo i potencijalno planiralo nadomjesno liječenje bubrega. Zajedničko vođenje bolesnika s liječnikom primarne zdravstvene zaštite i specijaliste na sekundarnoj razini uobičajena je strategija u ranim fazama KZB-a. Optimalnu medicinsku skrb za bolesnike u kasnijim stadijima KZB-a može najbolje će pružiti tim zdravstvenih djelatnika na odjelu za nefrologiju i dijalizu (9).

1.2.4 Planiranje bubrežne nadomjesne terapije

Važno je identificirati pacijente koji bi eventualno mogli zahtijevati nadomjesnu terapiju bubrega budući da adekvatna priprema može smanjiti morbiditet, a možda i smrtnost. Takve bolesnike treba savjetovati da uzmu u obzir prednosti i nedostatke hemodijalize (u centru ili kod kuće), peritonealne dijalize (kontinuirani ili povremeni modaliteti) i transplantacije bubrega (10). O mogućnosti konzervativnog liječenja također treba razgovarati među pacijentima koji ne žele ili ne mogu biti podvrgnuti nadomjesnoj terapiji bubrega. Za pacijente koji biraju hemodijalizu potrebno je rano upućivanje kirurgu radi procjene i uspostavljanja arteriovenskog (AV) pristupa (11).

- **Indikacije za dijalizu:**

- Perikarditis ili pleuritis (hitna indikacija)
- Klinički značajna dijateza krvarenja koja se može pripisati uremiji (hitna indikacija)
- Preopterećenje tekućinom otporno na diuretike
- Hipertenzija slabo reagira na antihipertenzivne lijekove
- Trajni metabolički poremećaji koji su otporni na medicinsku terapiju
- Trajna mučnina i povraćanje

- Pothranjenost
- Smanjena pozornost i kognitivna funkcija (relativna indikacija)
- Depresija, uporni svrbež ili sindrom nemirnih nogu (relativne indikacije) (12)

1.2.5 Konzervativno liječenje

Nekim pacijentima dijaliza ne nudi prednost ni u preživljavanju ni u kvaliteti života. Takvim pacijentima treba ponuditi konzervativno (nedijalitičko) liječenje bubrega kao alternativu dijalizi. To je opcija liječenja za pacijente s terminalnim bubrežnim zatajenjem koja, kroz zajedničko donošenje odluka i holističku skrb usmjerenu na pacijenta, naglašava kvalitetu života bez potrebe za dijalizom ili transplantacijom (13). Vodeće načelo konzervativnog liječenja je uskladiti skrb s preferencijama pacijenta kako bi se postigli njegovi ili njezini osobni ciljevi, koji se obično usredotočuju na poboljšanje kvalitete života i poboljšanje simptoma. Intervencije za odgodu progresije bubrežne bolesti i upravljanje komplikacijama mogu i dalje igrati važnu ulogu sve dok su usmjerene na pomoć u specifičnim ciljevima pacijenta. Konzervativna skrb se najbolje provodi kroz kolaborativni, interdisciplinarni tim, koji općenito uključuje nefrologa, kliničara primarne zdravstvene zaštite, medicinsku sestru, dijetetičara, socijalnog radnika i, kada je prikladno, tim za palijativnu skrb. Preživljavanje pacijenata liječenih konzervativno je varijabilno, ovisno o njihovim komorbiditetima. Pacijenti koji se odluče za konzervativno liječenje obično su stariji s većim opterećenjem komorbiditeta i lošijim funkcionalnim statusom. U studijama koje su provodile analize podskupina nije bilo razlike u preživljenju pacijenata s uznapredovalim komorbiditetom koji su odabrali dijalizu u usporedbi s onima koji su odabrali konzervativnu skrb. Pacijenti na dijalizi imaju simptome slične onima s karcinomom, takvi simptomi su često nedovoljno prepoznati i nedovoljno liječeni. Stariji bolesnici s više komorbiditeta koji započnu dijalizu zahtijevaju više medicinskih intervencija i češće su hospitalizirani u usporedbi s onima koji se liječe konzervativno (14). Malo je vjerojatno da će se njihovo opterećenje simptomima značajno poboljšati dijalizom. Osim toga, sama dijaliza može uzrokovati ili pogoršati neke simptome, kao što su grčevi u mišićima i umor. S druge strane, među pacijentima koji odaberu konzervativno liječenje, simptomi njihovih komorbiditeta ili zatajenja bubrega obično ostaju stabilni do posljednja dva mjeseca života, kada se mogu naglo povećati, što zahtijeva pažljivu ponovnu procjenu i liječenje (15). Mnogi od ovih simptoma mogu se učinkovito liječiti konzervativnim metodama. Razgovor o konzervativnom liječenju bi trebao uključivati pacijenta, obitelj ili njegovatelja i bitne članove tima za njegu, uključujući

nefrologa, medicinsku sestru i, kada je prikladno, socijalnog radnika i stručnjaka za palijativnu skrb. Odluka o izboru metode konzervativnog liječenja treba uključiti pacijentove vrijednosti i prioritete kao i kliničku prognozu (16). Plan liječenja je individualiziran za svakog pacijenta. Specifične intervencije odabiru se na temelju ukupne prognoze te na temelju ciljeva i želja pacijenata. Tijek bolesti i preživljavanje pacijenata vrlo su varijabilni. Pacijentova prognoza i kvaliteta života mogu se promijeniti tijekom vremena, što zahtijeva izmjene plana liječenja. Razvijen je konceptualni model koji pomaže prilagoditi konzervativno liječenje kvaliteti života pojedinog pacijenta, predviđenom tijeku bolesti i očekivanom životnom vijeku:

- **Bolesnici s povoljnom prognozom i prihvatljivom kvalitetom života**

- Takvi bolesnici imaju tendenciju da budu zdraviji s manje komorbiditeta. Plan liječenja općenito uključuje lijekove koji usporavaju napredovanje bubrežne bolesti i/ili lijekove koji liječe sekundarne komplikacije bubrežne bolesti, uz one koji se bave simptomima.

- **Bolesnici s nepoznatom prognozom i nejasnom kvalitetom života**

- Takvi pacijenti mogu imati koristi od medicinskog liječenja bubrežne bolesti i/ili ublažavanja simptoma ovisno o životnim ciljevima pacijenta. Liječenje koje se usredotočuje na dugovječnost i simptome treba odabrati za pacijente čiji se ciljevi usredotočuju na što duži život. Liječenje simptoma bez tretmana koji se usredotočuju na dugovječnost može se odabrati za one pacijente čiji su ciljevi usredotočeni na kvalitetu života. Ovi pacijenti zahtijevaju detaljnu ponovnu procjenu prognoze i ciljeva skrbi, uz modifikaciju plana liječenja prema potrebi.

- **Bolesnici s lošom prognozom i kvalitetom života**

- Takvi pacijenti imaju predvidljivo lošu prognozu i/ili lošu kvalitetu života. Plan liječenja koji je usredotočen na medicinsko liječenje bolesti bubrega vjerojatno neće donijeti značajnu korist. Umjesto toga, plan liječenja trebao bi se usredotočiti na kontrolu simptoma, udobnost i pripremu za kraj života, te izostaviti medicinske terapije koje ne rješavaju simptome (17).

Komponente konzervativnog liječenja uključuju:

- Medicinsko liječenje bolesti bubrega
- Liječenje simptoma uključujući skrb za kvalitetu života
- Planiranje skrbi i planiranje upravljanja krizama
- Stručnjake za palijativnu skrb
- Njega na kraju života (18)

1.3 HOLISTIČKI PRISTUP

Holistički pristup postoji još od 4. stoljeća prije Krista, podučavao ga je Hipokrat koji je poticao ljude da na sebe gledaju kao na cjelovitu osobu, a ne da se samo usredotočuju na određeni dio tijela ili bolest. Svaka će osoba imati drugačije iskustvo bolesti i put do oporavka na koji utječu njezina dob, spol, kultura, naslijeđe, jezik, vjera, spolni i rodni identitet, status veze, životno iskustvo i uvjerenja. Važno je ne pretpostaviti da će način na koji mi tumačimo situaciju biti isti kao i osoba za koju skrbimo. Slušati, pitati i provjeravati ključne su vještine za pružanje holističke skrbi. Holistički pristup fokusira se na dobrobit osobe, a ne samo na njezinu bolest ili stanje.

Holistička medicina je oblik iscjeljivanja koji razmatra cijelu osobu - tijelo, um, duh i emocije - u potrazi za optimalnim zdravljem i dobrom. Prema filozofiji holističke medicine, moguće je postići optimalno zdravlje -- primarni cilj prakse holističke medicine -- postizanjem odgovarajuće ravnoteže u životu. Praktičari holističke medicine vjeruju da se cijela osoba sastoji od međusobno ovisnih dijelova i ako jedan dio ne radi ispravno, svi ostali dijelovi će biti pogođeni. Na taj način, ako ljudi imaju neravnotežu (tjelesnu, emocionalnu ili duhovnu) u svom životu, to može negativno utjecati na njihovo cjelokupno zdravlje. U holističkom pristupu mogu se koristiti svi oblici zdravstvene skrbi, od konvencionalnih lijekova do alternativnih terapija, za liječenje pacijenta.

1.3.1 Načela holističke medicine

Holistička medicina se temelji na uvjerenju da je bezuvjetna ljubav i podrška najmoćniji iscjelitelj i da je osoba u konačnici odgovorna za svoje zdravlje i dobrobit. Druga načela holističke medicine uključuju sljedeće:

- Svi ljudi imaju urođene iscjeliteljske moći.
- Pacijent je osoba, a ne bolest.

- Liječenje ima timski pristup, te se bavi svim aspektima života osobe koristeći različite zdravstvene metode.
- Liječenje uključuje otklanjanje uzroka stanja, a ne samo ublažavanje simptoma.

1.3.2 Holistička medicina

Ovisno o razini znanja tima za holističku medicinu i željama i potrebama pacijenta, holistički pristup može sadržavati, između ostalog:

- Edukaciju pacijenata o promjenama u načinu života i brizi o sebi radi promicanja dobrog zdravlja. To može uključivati dijetu, tjelovježbu, psihoterapiju, odnose i duhovno savjetovanje i još mnogo toga
- Komplementarne i alternativne terapije kao što su akupunktura, kiropraktika, homeopatija, terapija masaže, hipnoza i druge
- Primjenu tradicionalnih lijekova i tretmana (npr. kirurški zahvati)

1.3.3 Holističko sestrinstvo

Holističko sestrinstvo temelji se na načelu da su biološki, socijalni, psihološki i duhovni aspekti pacijenta međusobno povezani. Ovi aspekti se uklapaju u jedinstvenu osobu. Stoga se holistička MS/MT usredotočuje na individualiziranu skrb razumijevanjem različitih potreba svakog pacijenta. Holističko sestrinstvo i tradicionalna zapadna medicina provode različite filozofije, dijagnostičke postupke i mogućnosti liječenja. Dok je perspektiva holističkog sestrinstva pripisati bolesnikovu bolest ili ozljedu njegovom iskustvu i okruženju, tradicionalna se medicina usredotočuje na genetiku, bakterije i viruse. Florence Nightingale zaslužna je za uvođenje holističkog aspekta u sestrinstvo. Vjerovala je da pacijentovo okruženje ima utjecaj na zdravlje pacijenta. Koncept holističkog sestrinstva sve se više uključuje u nastavne planove i programe za preddiplomski i diplomski studij sestrinstva budući da to postaje široko prihvaćena praksa u modernoj medicini (19).

Američko udruženje medicinskih sestara (ANA¹) osnovalo je holističko sestrinstvo kao priznatu specijalnost 2007. godine. Prema Američkom udruženju holističkih medicinskih sestara (AHNA²), holističko sestrinstvo je praksa liječenja cijele osobe. To znači da MS/MT trebaju uzeti u obzir pacijentovo tijelo, um, duh, kulturu, socioekonomsku pozadinu i okruženje prilikom pružanja njege. AHNA podržava holistički pristup u svim sestrimskim

1 The American Nurses Association

2 American Holistic Nurses Association

praksama i na svim razinama skrbi. Osim uobičajenih zadataka MS/MT, holističke MS/MT često koriste alternativne metode za liječenje i olakšavanje simptoma. Ponekad kombiniraju holističke tehnike iscjeljivanja s tradicionalnom medicinom (20). Vrste holističkih tretmana mogu uključivati sljedeće:

- Akupunktura
- Aromaterapija
- istočnjačka medicina
- Hidroterapija i balneoterapija (npr. mineralne kupke, sumporne kupke...)
- Hipnoza
- Masaža

Holističke MS/MT slušaju preferencije pacijenata i prijedloge o tome kako nastaviti s opcijama liječenja. Ako se pacijentu dijagnosticira određena bolest, MS/MT bi se možda radije usredotočile na izlječenje, a ne na samo stanje. Preporuke za liječenje mogu uključivati:

- Bioenergetsko liječenje
- Promjene u prehrani
- Vježbanje
- Vođene slike (korištenje riječi i glazbe za izazivanje pozitivnih zamišljenih scenarija u pacijentu s ciljem postizanja blagotvornog učinka)
- Homeopatija
- Meditacija
- Refleksologija (masaža koji se koristi za ublažavanje napetosti i liječenje bolesti, zasnovana na teoriji da postoje refleksne točke na stopalima, rukama i glavi povezane sa svakim dijelom tijela) (20)

Kombinacija holističke njege i suvremene zapadne medicine proširuje sposobnost MS/MT da ponudi najbolje mogućnosti liječenja za svakog pacijenta. Za uspješno liječenje pacijenata, MS/MT moraju imati potrebno znanje o bolestima i razumijevanje fizičkih i emocionalnih utjecaja koje bolest može imati na osobu. Područje kombinira sestrinsko znanje, teoriju, intuiciju i iskustvo kao vodič za izgradnju odnosa s pacijentom radi povećanja ozdravljenja i promicanja zdravlja. Holistička MS/MT potiče personaliziranu njegu, koristi medicinsko znanje plus komplementarne, alternativne i integrativne metode za brigu o pacijentu kao

cjelini. U Hrvatskoj trenutno ne postoji uža specijalizacija u području sestринства za stjecanje posebnih kompetencija iz holističke skrbi, kao ni dodatne edukacije iz komplementarnih metoda poput akupunktуре, hipnoze, reflekso ili aromaterapije. Kako holističko sestринство postaje sve češće u zdravstvenim ustanovama, MS/MT trebale bi imati priliku kombinirati alternativne metode s tradicionalnim pristupima kako bi poboljšale skrb za pacijente (21).

1.3.4 Holistički pristup pacijentu sa kroničnim zatajenjem bubrega

Holistički pristup pacijentu sa KZB započinje već s prvim kontaktom s pacijentom. Od trenutka postavljanja dijagnoze, pa do same terminalne faze bolesti, MS/MT bi trebali primjenjivati holistički pristup pacijentu s KZB. Kako je već spomenuto, holistički pristup ne gleda samo na bolest, već na cjelokupnu osobu, njegove fizičke, psihičke, socijalne i duhovne potrebe, a KBZ utječe na sve te komponente. Kako bi usporili napredak bolesti i povećali kvalitetu života pacijenta s KZB, važno je prije svega uspostaviti povjerljiv odnos s njim, kako bi ga bolje upoznali, saznali koje su njegove navike, što voli i što ne voli, kakav sustav podrške i vjerovanja ima. Tek kad uspostavimo odnos u kojem se pacijent osjeća ugodno, možemo mu pomoći u olakšavanju simptoma bolesti. Hemodijaliza, koja je jedan od tretmana zatajenja bubrega u završnoj fazi, je tretman koji spašava živote bolesnika. Međutim, unatoč razvoju ovog modela liječenja događaju se važne promjene u životima pacijenata koji se liječe hemodijalizom. Pacijenti se susreću s mnogim fizičkim, duhovnim i društvenim problemima. Simptomi kao što su umor, grčevi, bol, poremećaj spavanja, dispneja, piruritis, depresija, mučnina, povraćanje i zatvor negativno utječu na sva područja svakodnevnog života i kvalitetu života pojedinaca. Ograničenja u društvenom životu i poteškoće s tjelesnom aktivnošću javljaju se zajedno s ovim simptomima koje često imaju bolesnici na hemodijalizi. Utvrđeno je da posebno umor negativno utječe na rad, provođenje slobodnog vremena, prehrambene navike, seksualne aktivnosti, uživanje u životu, obiteljske odnose i prijateljstva. Neke psiho-socijalne poteškoće poput pogoršanja radne sposobnosti, smanjenja tjelesne aktivnosti, obiteljskih problema i seksualnih problema kod dijaliznih bolesnika otežavaju održavanje liječenja i negativno utječu na proces bolesti i liječenje. Budući da se pacijenti koji se redovito liječe hemodijalizom moraju nositi sa simptomima bolesti, nastaviti dijete, prilagoditi se promjenama u svom tijelu i još jednom preispitati svoje osobne, društvene i profesionalne svrhe, hemodijaliza ukratko zahvaća sva područja života, uključujući socijalni, ekonomski i psihološki aspekti. Pacijenti mogu biti pod utjecajem mnogih psihičkih i fizičkih čimbenika te razviti fizičke i psihičke probleme dok se privikavaju na promjene u svom životu i uče živjeti s njima. Sve to može negativno utjecati na životne kvalitete pojedinaca.

Uloga MS/MT u holističkom pristupu pacijentima s KZB upravo je pravovremeno prepoznati i umanjiti utjecaj tih negativnih simptoma na pacijente s KZB. MS/MT skrbe za osobe s različitim stadijima KZB u različitim stacionarnim i ambulantnim uvjetima. Bez obzira na stadij KZB-a, tri glavna cilja sestrinske skrbi su:

I. Spriječiti ili usporiti napredovanje bolesti

- Identificiranje i upravljanje čimbenicima rizika najbolji je način za sprječavanje ili usporavanje napredovanja KZB-a. Suradnja s pacijentima kako bi utjecali na promjenjive čimbenike rizika, posebno na liječenje dijabetesa i hipertenzije jedan je od načina prevencije. Kombinacija tehnika samokontrole i terapija lijekovima pomaže u liječenju ovih kroničnih komorbiditeta.

II. Promicati fizičku i psihosocijalnu dobrobit

- Omogućiti edukaciju za pacijenta kako bi im pomogli da preuzmu kontrolu nad svojim stanjem i promoviraju dobrobit. Usmjeriti edukaciju na široki pregled KZB-a, liječenja i tehnika samokontrole. Specifične obrazovne potrebe ovisit će o pacijentovom osnovnom znanju, stadiju KZB-a i trenutnim i/ili budućim planovima liječenja. Završiti svu edukaciju evaluacijom kako bi procijenili pacijentovo razumijevanje. Biti posebno osjetljivi na psihičke potrebe pacijenata.
- Edukacija bi trebala obuhvatiti sve važne informacije normalnoj funkciji bubrega, uobičajenim uzrocima i čimbenicima rizika, dijagnostičkim pretragama, stadijima, simptomima i komplikacijama. Kako bi identificirali određena područja obrazovnih potreba, možemo započeti s pitanjima poput: „Što znate o svojoj bolesti?“ „Što biste željeli znati o svojoj bolesti?“ i „Što biste željeli znati o liječenju svoje bolesti?“.
- Edukacija o liječenju trebala bi se odvijati redovito. U ranoj fazi KZB-a, usredotočiti se na uključivanje pacijenata u samokontrolu i planove skrbi. Kako KZB napreduje, pacijentima će biti potrebna edukacija o hemodijalizi, peritonealnoj dijalizi ili transplantaciji bubrega. Unutar svake terapije postoji mnogo izbora. Na primjer, hemodijaliza se može provoditi kod kuće ili u dijaliznom centru, noću ili danju. Peritonealna dijaliza može biti kontinuirana ili povremena. Transplantacije mogu biti od živog ili umrlog darivatelja. Nekoliko razmatranja ulazi u odlučivanje koji je model najbolji za pacijenta, uključujući preferenciju pacijenta, koja najbolje odgovara pacijentovom svakodnevnom životu, mogućnosti dostupne na području pacijenta,

kliničke kontraindikacije, sustave socijalne podrške, te vještinu ili sposobnost ispunjavanja zahtjeva za terapiju. Pružanje informacija pacijentima o tim temama jako je bitno, pitanja, nedoumice i komentari od strane pacijenta i obitelji su dobrodošli kako bi lakše usmjerili daljnje planove za edukacijom.

- Održavanje zdrave tjelesne težine ključno je za samozbrinjavanje KZB-a. Edukacija pacijenta o zdravoj prehrani, navikama i aktivnostima, pomoći će mu u procesu samozbrinjavanja. Neki pacijenti mogu zahtijevati posebne promjene u prehrani zbog promjena u funkciji bubrega. Na primjer, ovisno o individualnim zahtjevima pacijenta, možda će biti potrebno ograničiti neke elektrolite (kao što su kalij, natrij i fosfor). MS/MT mora s pacijentom pregledati sva ograničenja koja je propisao liječnik i provjerite njihovo razumijevanje, uključujući hranu koju treba jesti i izbjegavati. Općenito, potaknuti pacijenta da jede raznovrsnu hranu koja je svježija, nemasna, s niskim udjelom masti, šećera i kolesterola.
- Objasniti pacijentu da će izbjegavanje alkohola pomoći u usporavanju napredovanja KZB.
- Ako pacijent puši, pomoći mu razviti individualizirani plan prestanka pušenja.
- Educirati pacijenta o tome kako se zaštititi od ozljeda i infekcija. Na primjer, objasniti mu da bi trebao često prati ruke, izbjegavati bolesnu obitelj i prijatelje i ukloniti sigurnosne opasnosti iz kuće. Naučiti pacijenta kako prepoznati znakove i simptome infekcije i prijaviti ih zdravstvenim djelatnicima.
- Pacijenti koji primaju nadomjesnu terapiju bubrega, bilo da se radi o hemodijalizi, peritonealnoj dijalizi ili transplantaciji bubrega, trebat će edukaciju i podršku za upravljanje mjestima pristupa, nuspojavama i psihosocijalnim problemima.
- Pacijentu je potrebno objasniti mogućnosti liječenja i što svaka uključuje (uključujući prednosti, nuspojave i kako upravljati komplikacijama); razgovarati o tome kako liječenje može utjecati na njihov svakodnevni život; i pružiti informacije o mjestima liječenja u tom području, prijevozu i drugim uslugama podrške.
- Razgovarati s pacijentom o važnosti pridržavanja lijekova i drugih propisanih tretmana te ih potaknuti da postavljaju pitanja i izražavaju zabrinutost.
- Procijeniti sposobnosti samozbrinjavanja prije i nakon edukacije.

- Postaviti pitanja, poput: „Kako je vaše fizičko i/ili emocionalno zdravlje?“ „Što vas brine ili što vas najviše brine?“ „Što vam je važno postići?“ „Koji su vaši prioriteti?“ „Što bi poboljšalo kvalitetu vašeg života?“ i „Kako se vi i vaši najmiliji nosite sa bolešću?“. Na temelju odgovora osigurati dodatnu edukaciju i resurse koji će pomoći pacijentima poboljšati svoje vještine samozbrinjavanja.
- Pacijenti s KZB-om izloženi su riziku od mnogih psihosocijalnih problema, kao što su anksioznost, depresija i stres.
- Složena i cjeloživotna priroda dijagnoze KZB predstavlja mnoge izazove i brige. Na primjer, mnogi pacijenti uzimaju nekoliko lijekova, pridržavaju se prehranbenih i drugih ograničenja, putuju na preglede i tretmane, osjećaju posljedice bolesti na zapošljavanje i društvenu ulogu, mogu se osjećati kao teret za svoje voljene i plaćaju skupe lijekove i terapije. Osim toga, njihova slika o sebi može biti promijenjena kao rezultat njihove bolesti i liječenja. Stoga je bitno da MS/MT procjeni psihosocijalni status pacijenta i mehanizme suočavanja i pomogne mu da identificira strategije, resurse i intervencije za podršku.

III. Pratiti bolest i komplikacije liječenja

- KZB može dovesti do nekoliko komplikacija (kao što su preopterećenje tekućinom, neravnoteža elektrolita i anemija) koje će zahtijevati liječenje. U suradnji s pacijentima, MS/MT pomažu u pružanju liječenja procjenom, planiranjem, provedbom i evaluacijom planova skrbi.
- Točni i temeljiti podaci o sestrinskoj procjeni pomoći će u reviziji planova liječenja kako bi se osiguralo da pacijenti ispune ciljeve. Ovi podaci trebaju uključivati vitalne znakove, uključujući razinu boli i pulsne oksimetrije, unos i izlaz tekućine, težinu, mentalni status, razinu energije, boju i integritet kože, psihološki status i potrebe, te sposobnost pacijenta da obavlja aktivnosti svakodnevnog života.
- Za pacijente s kasnim stadijem KZB-a koji primaju hemodijalizu ili peritonealnu dijalizu, MS/MT mora redovito provjeravati venski pristup za sve probleme (na primjer, znakove i simptome okluzije i/ili infekcije), održavati venski pristup čistim i suhim kako biste spriječili infekciju i odmah prijaviti liječniku ukoliko postoje ikakvi znakovi infekcije ili druge komplikacije.

- MS/MT mora odmah prijaviti liječniku znakove i simptome nuspojava i infekcije koje mogu nastati kao posljedica hemodijalize. Znakovi i simptomi lokalne infekcije na mjestu pristupa uključuju crvenilo, toplinu, osjetljivost, gnojni iscjedak, rane i otekline. Znakovi i simptomi sistemske infekcije uključuju groznicu, zimicu, promjene krvnog tlaka, mučninu i povraćanje.
- Ako pacijent ima hemodijalizni arteriovenski transplantat ili fistulu, procijeniti prohodnost.
- Kod transplantiranih pacijenata MS/MT mora znati prepoznati znakove akutnog odbacivanja organa (primjerice, simptomi nalik gripi, bol na mjestu transplantacije, naglo povećanje tjelesne težine ili oteklina, općenito loš osjećaj)
- Pacijenti uvijek imaju pravo odbiti liječenje ili odabrati palijativnu skrb. Zadaća MS/MT u tom slučaju je pomoći pacijentima da naprave najbolji izbor za sebe i pri tome poštuju njihove želje.

U nastavku ćemo izdvojiti nekoliko najčešćih sestrinskih dijagnoza kod pacijenata s KZB i holistički pristup rješavanju istih.

- **SD: Neupućenost u/s nedostatkom znanja o stanju, prognozi, liječenju i samozbrinjavanju**
 - *CILJ: Verbaliziranje razumijevanje stanja, procesa bolesti i mogućih komplikacija*
 - INTERVENCIJE:
 - Educirati pacijenta o prirodnom napredovanju bolesti, različitim modalitetima dijalize, transplantaciji bubrega i mogućnostima alternativnog liječenja
 - Upoznati se s pacijentovim metodama suočavanja s problemima
 - Ponuditi suosjećajno slušanje i iskrene odgovore na pitanja
 - Pomoći mu u pronalaženju sustava podrške (obitelj, prijatelji, udruga, psiholog...)
 - Educirati pacijenta o modifikacijama i ograničenjima u prehrani i načinu života

- Poticati adekvatan unos kalorija, posebno iz ugljikohidrata kod nedijabetičara
 - Educirati pacijenta o terapiji lijekovima i korištenju suplemenata
 - Educirati pacijenta o važnosti kontrole krvnog tlaka i šećera, te redovitim liječničkim kontrolama
 - Educirati pacijenta o štetnosti pušenja i konzumiranja alkohola
 - Educirati pacijenta o važnosti tjelesne aktivnosti unutar njegovih želja i mogućnosti
 - Potaknuti pacijenta da verbalizira svoju zabrinutost, postavlja pitanja i potraži pomoć
 - Razgovarati o problemima kvalitete života, kao što su prednosti i nedostaci svake opcije liječenja, odbijanje ili prekidanje dijalize, upute za liječničku skrb kod terminalne faze bolesti – palijativna skrb
 - Identificirati znakove i simptome koji zahtijevaju hitnu medicinsku procjenu, kao što su hipotermija, edemi, trnci u ekstremitetima, glavobolje, zamućeni vid...
 - Pružiti informativne resurse za pacijenta i obitelj, kao što su knjige, članci i informativne web stranice
- **SD: Smanjena mogućnost brige o sebi**
 - *CILJ: Pacijent će sudjelovati u procesu samozbrinjavanja unutar razine vlastite sposobnosti i ograničenja bolesti*
 - INTERVENCIJE:
 - Odrediti sposobnost pacijenta da sudjeluje u aktivnostima brige o sebi
 - Po potrebi pružiti pomoć u aktivnostima
 - Poticati korištenje tehnika za uštedu energije: sjedenje, a ne stajanje, korištenje stolice za tuširanje i obavljanje zadataka s manjim pauzama
 - Preporučiti planiranje aktivnosti kako bi pacijentu omogućili dovoljno vremena za izvršavanje zadataka u najvećoj mjeri
 - Uključiti bliske osobe u pomoć oko obavljanja svakodnevnih aktivnosti, ali pri tome voditi računa da se pacijentu pomaže samo u onim aktivnostima koje nije u mogućnosti izvoditi samostalno kako bi očuvali dostojanstvo pacijenta
- **SD: VR za opstipaciju**

- *CILJ: Održati uobičajenu ili poboljšati funkciju crijeva*
- INTERVENCIJE:
 - Utvrditi uobičajeni način prehrane i izbor hrane
 - Predložiti dodavanje svježeg voća, povrća i vlakana u prehranu unutar ograničenja, kada je to indicirano.
 - Potaknuti pacijenta na kretanje i optimalan unos hrane i tekućine
 - Pratiti dosljednosti učestalost defekacije
 - Po potrebi primijeniti laksativna sredstva
- **SD: Anksioznost/Strah u/s ishodom liječenja**
 - *CILJ: Pacijent će verbalizirati svijest o osjećajima i smanjiti tjeskobu ili strah na razinu kojom se može nositi, djelovati će opušteno i sposobno da se odmori i naspava na odgovarajući način*
 - INTERVENCIJE:
 - Procijeniti razinu straha i anksioznosti
 - Obratiti pozornost na znakove poricanja, depresije ili pomanjkanja pažnje
 - Omogućiti pacijentu da postavlja pitanja i verbalizira zabrinutost
 - Osigurati materijale koji će mu pružiti potrebne informacije o njegovom stanju i metodama kako si pomoći
 - Potaknuti bliske članove obitelji i prijatelje da sudjeluju u skrbi
 - Istaknuti pozitivne pokazatelje liječenja—poboljšanje laboratorijskih vrijednosti, stabilan tlak i smanjenje umora
 - Razgovarati s pacijentom o izvorima straha i tjeskobe (posao, financije, obitelj...) i uputiti ga odgovarajućim izvorima podrške (udruge, socijalna pomoć...)
- **SD: Poremećena slika tijela/nisko samopoštovanje**
 - *CILJ: Pacijent će identificirati osjećaje i metode za suočavanje s negativnom percepcijom sebe, te će pokazati prilagodbu na promjene i događaje koji su se dogodili, što se dokazuje postavljanjem realnih ciljeva i aktivnim sudjelovanjem u skrbi i životu općenito*
 - INTERVENCIJE:

- Procijeniti razinu znanja pacijenta o stanju i liječenju te anksioznosti u vezi s trenutnom situacijom
 - Razgovarati s pacijentom o značenju gubitka samopoštovanja
 - Obratiti pažnju na povučeno ponašanje, neučinkovitu upotrebu poricanja ili ponašanja koja ukazuju na pretjeranu brigu o tijelu i njegovim funkcijama
 - Procijeniti upotrebu sredstava ovisnosti, prvenstveno alkohola, droge, te sklonost samodestruktivnom ili samoubilačkom ponašanju
 - Obratiti pažnju na znakove teške ili dugotrajne depresije
 - Objasniti pacijentu da je normalno da se tako osjeća
 - Potaknuti verbalizaciju i aktivno slušati pacijenta
 - Odrediti pacijentovu ulogu u obiteljskoj sredini i percepciju pacijenta o očekivanjima sebe i drugih
 - Podučiti obitelj i bliske članove da se prema pacijentu ponašaju normalno, a ne kao prema osobi ovisnoj o drugima
 - Pomoći pacijentu da uključi liječenje bolesti u način života
 - Identificirati prednosti, prošle uspjehe i prethodne metode koje je pacijent koristio da se nosi sa životnim stresorima
 - Pomoći pacijentu da identificira područja nad kojima ima određenu mjeru kontrole.
 - Omogućiti sudjelovanje u procesu donošenja odluka
 - Pomoći pacijentu da se uključi u udruge, potraži pomoć psihologa ili službe koja se bavi mentalnim zdravljem
- **SD: VR za infekciju u/s vaskularnim pristupom za dijalizu (centralni kateter, AV fistula...)**
 - *CILJ: Pacijent će znati identificirati intervencije za sprječavanje ili smanjenje rizika od infekcije. Pacijent neće imati znakova ili simptoma infekcije.*
 - INTERVENCIJE:
 - Pridržavati se precizne aseptičke tehnike i nošenja maske tijekom umetanja vaskularnog pristupa, promjene prevoja i kad god se sustav otvara
 - Promatrati i uočavati promjene na mjestu vaskularnog pristupa

- Educirati pacijenta i članove obitelji o pravilnoj njezi vaskularnog pristupa i znakovima i simptomima infekcije (povećanje ili smanjenje krvnog tlaka, mučnina i povraćanje, bol u prsima i/ili leđima, grčenje, groznica sa ili bez zimice)
 - Educirati pacijenta i članove obitelji o važnosti higijene ruku
 - Educirati pacijenta i članove obitelji o važnosti kontrole vitalnih znakova, posebice tjelesne temperature, kako bi se na vrijeme interveniralo u slučaju nastanka infekcije
 - Educirati pacijenta da izbjegava naporne aktivnosti, uključujući nošenje teških predmeta, koji bi mogli dovesti do oštećenja vaskularnog pristupa
 - Educirati pacijenta i obitelj kako provjeriti prohodnost vaskularnog pristupa i odgovarajuće mjere opreza, kao što je izbjegavanje punkcije vene i mjerenja krvnog tlaka na ruci s vaskularnim pristupom.
- **SD: Smanjeno podnošenje napora u/s osnovnom bolesti °KZB**
 - *CILJ: Pacijent će postići povećanu toleranciju na aktivnosti*
 - INTERVENCIJE:
 - Procijeniti opseg slabosti, umora, sposobnosti sudjelovanja u aktivnim i pasivnim aktivnostima
 - Poticati čitanje, gledanje televizije u vrijeme umora kako bi se pacijent opustio. Ovakva aktivnost pruža stimulaciju i zahtijeva minimalan utrošak energije.
 - Planirati njegu i osigurati vrijeme odmora nakon aktivnosti
 - dopustiti pacijentu da postavi vlastite granice u toleriranoj količini napora
 - Promicati autonomiju i kontrolu situacije
 - Objasniti pacijentu svrhu ograničenja; kada se odmoriti, a kada prekinuti aktivnost
 - Educirati obitelj i pacijenta da je potpuno sudjelovanje u aktivnostima bitno i da ga treba održavati što je dulje moguće (unutar mogućnosti i ograničenja bolesti).

2. CILJEVI I HIPOTEZE

Glavni cilj ovog istraživačkog rada bio je ispitati medicinske sestre/tehničare zaposlene na različitim radilištima o njihovom iskustvu primjene holističkog pristupa u radu s pacijentima s KZB.

Specifični ciljevi:

- Na temelju podataka ispitanika o razini obrazovanja utvrditi koja skupina ispitanika ima bolje poznavanje pojma holističkog pristupa prema pacijentu sa KZB.
- Na temelju podataka ispitanika o duljini radnog staža utvrditi koja skupina ispitanika ima bolje poznavanje pojma holističkog pristupa prema pacijentu sa KZB.
- Na temelju podataka ispitanika o ustanovi u kojoj rade utvrditi na kojoj razini zdravstvene zaštite zdravstveni djelatnici imaju pozitivniji stav prema holističkom pristupu u radu s pacijentima s KZB

S obzirom na specifične ciljeve postavljene su sljedeće hipoteze:

- **H1:** Medicinske sestre/tehničari s višim stupnjem obrazovanja upoznati su s pojmom holističkog pristupa prema pacijentu s KZB.
- **H2:** Medicinske sestre/tehničari s duljim radnim stažem upoznati su s pojmom holističkog pristupa prema pacijentu s KZB.
- **H3:** Djelatnici na primarnoj razini zdravstvene zaštite imaju pozitivniji stav prema holističkom pristupu u radu s pacijentima s KZB nego djelatnici na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite.

3. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE

Istraživanje je provedeno na prigodnom uzorku među medicinskim sestrama/tehničarima zaposlenim na svim razinama zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj (RH) na kojima se provodi skrb za pacijente s KZB, u razdoblju od svibnja do lipnja 2022. godine. U istraživanje su uključeni pripadnici oba spola i svih dobnih skupina koji ispunjavaju navedene uvjete, a to su rad s pacijentima s kroničnim zatajenjem bubrega i pravilno ispunjena online anketa. U istraživanju je sudjelovalo 158 ispitanika iz 16 županija. Online anketa dostavljena je ciljanoj skupini putem Google obrasca koji je objavljen na društvenim mrežama unutar grupa koje se bave sestriinstvom (poput Facebook grupe „Medicinske sestre - medicinski tehničari“). U opisu ankete stoji kako je tema specifična, te se stoga ispitanike moli da anketu ispune samo medicinske sestre/tehničari koji imaju iskustvo rada s pacijentima s kroničnim zatajenjem bubrega, neovisno o razini zdravstvene zaštite i/ili tipa ustanove u kojoj rade, kao i mjesta rada (anketa je namijenjena svima zaposlenima na području RH).

Kriteriji za sudjelovanje u istraživanju bili su:

1. Obavezno iskustvo rada s pacijentima s KZB
2. Pravilno ispunjena sva polja u anketnom upitniku

Kriteriji koji nisu zadovoljavali uvjete za sudjelovanje u istraživanju:

1. Ispitanici koji nemaju iskustvo rada s pacijentima s KZB
2. Ispitanici koji nisu pravilno ispunili sva polja u anketnom upitniku

Ovaj istraživački rad je kvantitativno istraživanje s obzirom da se istražuju stavovi ispitanika pomoću zatvorenog tipa pitanja i tvrdnji mjenjenih na Likertovoj skali. Ustroj studije zamišljen je kao presječna studija. Mjerni instrument korišten za istraživanje bio je samostalno kreiran anketni upitnik putem GoogleDocs obrasca (elektronička anketa), koji služi isključivo za potrebe ovog istraživačkog rada. Podaci su prikupljeni upitnikom koji je u prvom dijelu sadržavao opća pitanja o dobi, spolu, radnom stažu, stručnoj spremi i radilištu. Drugi dio ankete sadržavao je specifična pitanja o holističkom pristupu, kako bi se utvrdila razina znanja ispitanika o samom konceptu holističke skrbi. Treći dio ankete sadržavao je pitanja/tvrdnje mjenjene na Likertovoj skali. Likertova skala slaganja/neslaganja stupnjevana je kroz tri točke: 1 = Ne slažem se 2 = Niti se slažem, niti se ne slažem 3 = Slažem se. U ovom djelu ankete istraživali smo stavove ispitanika o poznavanju i primjeni holističkog pristupa kod pacijenata s KZB. Dobiveni podaci su prikazani tablično i grafički. Razina statističke značajnosti postavljena je na $p < 0,05$. Podatci dobiveni istraživanjem obrađeni su u

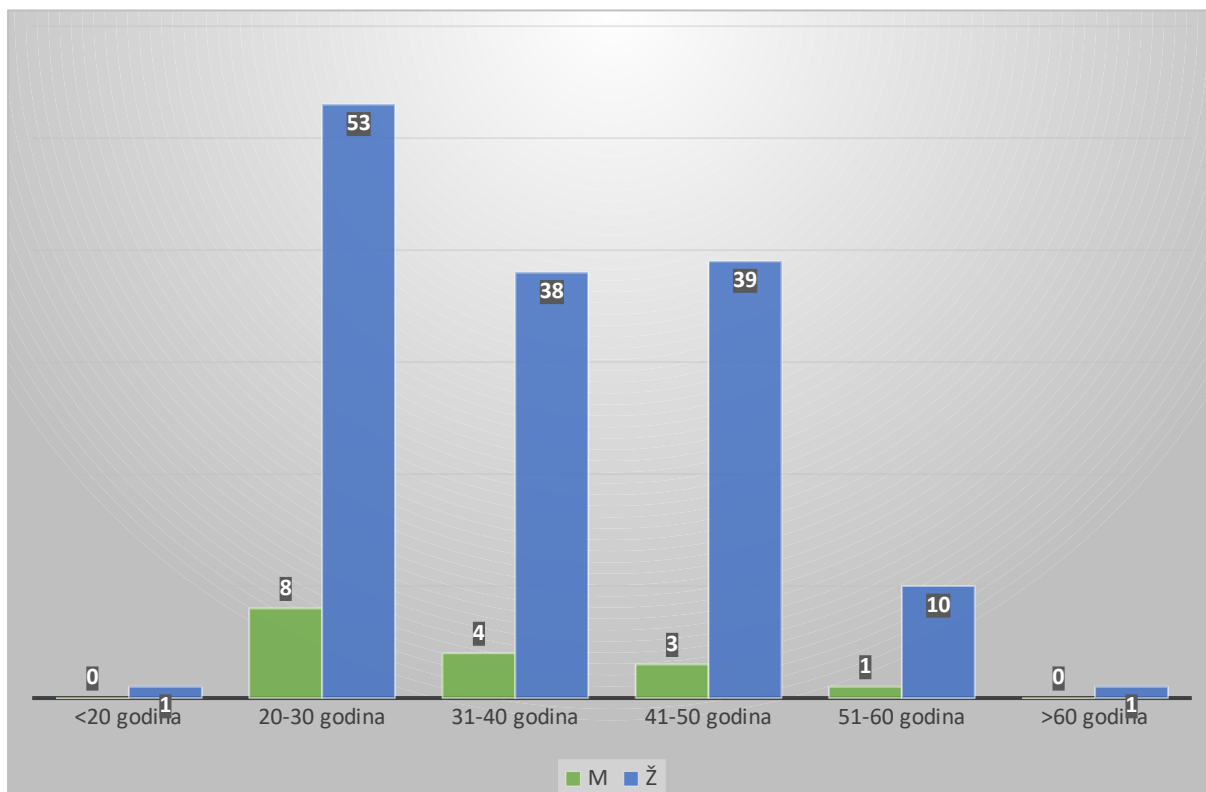
programu za statističku obradu podataka IBM SPSS 24 (Statistical Package for Social Sciences, 24.0, SPSS Inc, Chicago IL.)

Rezultati istraživanja korišteni su jedino i isključivo u svrhu izrade ovog završnog rada. Ispitanici su u uvodnom djelu ankete obavješteni o svrsi samog istraživanja, da je anketa anonimna i dobrovoljna, te da ispunjavanjem ankete i slanjem odgovora daju svoj pristanak za sudjelovanje u samom istraživanju. Anonimnost i povjerljivost podataka je zajamčena na način da online anketni upitnik ne sadrži ime i prezime ispitanika ili bilo koji podatak koji bi ga mogao identificirati kao osobu. Također je onemogućeno prikupljanje e-mail adresa sudionika. Prikupljenoj dokumentaciji pristup ima autor ovog završnog rada i mentor. Istraživanje je provedeno u skladu s etičkim načelima i ljudskim pravima u istraživanjima.

-

4. REZULTATI

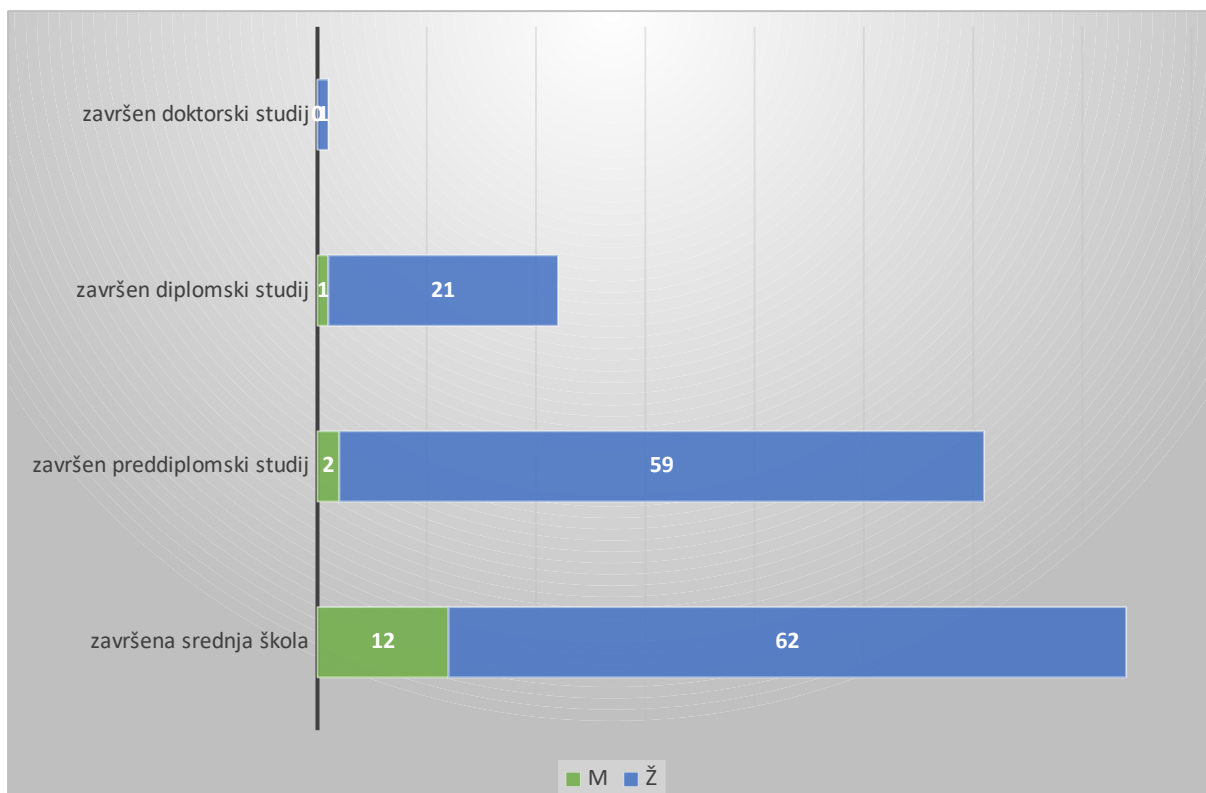
U istraživanju je sudjelovalo 158 ispitanika, od čega 142 žene (90%). Najviše ispitanika je u dobnoj skupini od 20-30 godina (Slika 1).



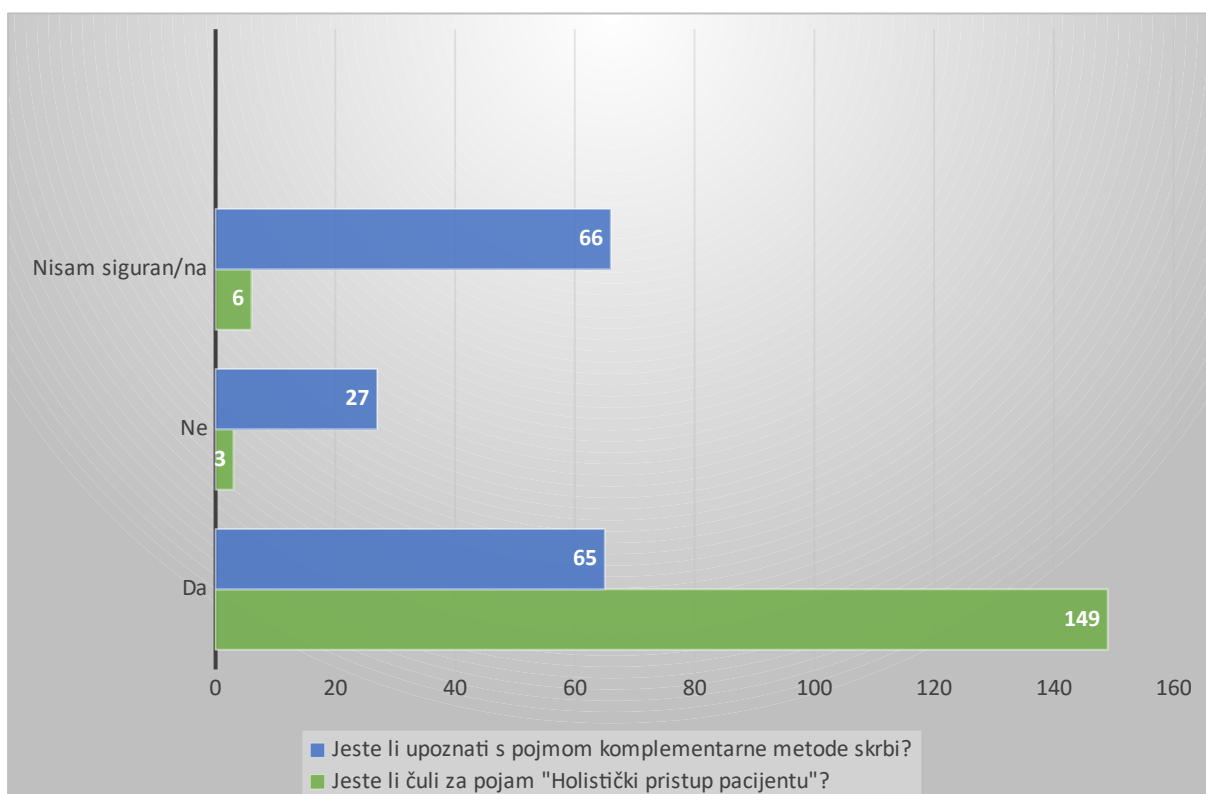
Slika 1 Struktura ispitanika po spolu i dobi

Među ispitanicima najviše je onih sa završenom srednjom školom (46,84%), potom slijede ispitanici sa preddiplomskim studijem (28,61%), završeni diplomski studij ima 22 ispitanika (13,92%), a samo 1 ispitanica ima završen doktorski studij (0,63%). (Slika 2).

Većina ispitanika je zaposlena na neodređeno (89%). U istraživanju su sudjelovali ispitanici iz 16 županija, od čega je najveći broj ispitanika iz Primorsko-goranske županije (56,6%). Od 158 ispitanika, njih 30 (19%) radi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (domovi zdravlja, kućna njega, patronaža...), dok je većina ispitanika (76%) zaposlena na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite (KBC, opće i specijalne bolnice...). 8 ispitanika nije se izjasnilo na kojoj razini zdravstvene zaštite rade ili su podaci nepotpuni. Nadalje, najviše ispitanika, njih 44 (27,85 %) ima od 11-20 godina radnog staža u struci. Najmanje je ispitanika s više od 30 godina radnog staža u struci, njih 13 (8,23 %). Većina ispitanika, 149 (94,30 %), čulo je za pojam "Holistički pristup pacijentu", dok je sa pojmom „komplementarne skrbi“ upoznato njih nešto manje od polovine (Slika 3).



Slika 2 Struktura ispitanika po stupnju obrazovanja



Slika 3 Upoznatost s pojmovima vezanim uz holistički pristup

Opis ispitanika prikazan je u Tablici 1.

Tablica 1 Opis uzorka

		N	%
Spol	Muškarac	16	10,13
	Žena	142	89,87
Dob	<20 godina	1	0,63
	20-30 godina	61	38,61
	31-40 godina	42	26,58
	41-50 godina	42	26,58
	51-60 godina	11	6,96
	>60 godina	1	0,63
Trenutna razina obrazovanja	Srednja škola	74	46,84
	Preddiplomski studij	61	28,61
	Diplomski studij	22	13,92
	Doktorski studij	1	0,63
Status zaposlenja	Na neodređeno	140	88,61
	Na određeno	13	8,23
	Nezaposlen	5	3,16
Ustanova rada	Primarna	30	18,99
	Sekundarna	120	75,95
	Nema podataka	8	5,06
Godine radnog staža u struci	< 5 godina	29	18,35
	5-10 godina	38	24,05
	11-20 godina	44	27,85
	21-30 godina	34	21,52
	> 30 godina	13	8,23
Jeste li čuli za pojam "Holistički pristup pacijentu"?	Da	149	94,30
	Ne	3	1,90
	Nisam siguran	6	3,80
Jeste li upoznati s pojmom komplementarne metode skrbi?	Da	65	44,14
	Ne	27	17,09
	Nisam siguran/na	66	41,77

Prosječna razina slaganja/ne slaganja s ponuđenim tvrdnjama iznosi $M=2,34$, pri $sd=0,55$.

U Tablici 2 nalazi se usporedba kontinuiranih varijabli:

Tablica 2 Usporedba kontinuiranih varijabli

	M	sd
Imam dovoljno znanja za skrb o pacijentima sa KZB.	2,17	0,66
Za skrb o pacijentima sa KZB važnije mi je poznavanje internističkih postupaka od holističkog pristupa.	2,12	0,63
U skrbi za pacijenta sa KZB medicinske sestre/tehničari primarno su fokusirani na zadovoljavanje tjelesnih dimenzija pacijenta.	2,22	0,67
Kvaliteta života pacijenata sa KZB može se poboljšati primjenom holističkog pristupa.	2,77	0,42
Pacijenti sa KZB imaju potrebu za duhovnom dimenzijom skrbi.	2,67	0,47
Pacijenti sa KZB imaju potrebu za psihičkom dimenzijom skrbi.	2,82	0,39
Pacijenti sa KZB imaju potrebu za socijalnom dimenzijom skrbi.	2,73	0,44
Ustanova u kojoj radim potiče holistički pristup pacijentima sa KZB.	1,85	0,68
Ustanova u kojoj radim potiče edukaciju iz područja holističke skrbi.	1,55	0,66
Ustanova u kojoj radim bila bi spremna uvesti komplementarne metode skrbi, te educirati osoblje za provođenje istih.	1,75	0,66
Bez obzira na politiku ustanove, pacijentu sa KZB uvijek pristupam cjelovito.	2,65	0,53
Provođenje holističke sestrinske skrbi doprinosi boljim ishodima za pacijenta sa KZB.	2,75	0,45
Provođenje holisti.ke sestrinske skrbi doprinosi većem zadovoljstvu pacijenata sa KZB.	2,78	0,43
Razina obrazovanja nema utjecaj na provođenje holisti.ke sestrinske skrbi.	2,11	0,71
Vodeći razlog neprovođenja holisti.ke sestrinske skrbi za pacijenta sa KZB je nedostatna edukacija.	2,41	0,66
Komplementarne metode skrbi ne mogu se primijeniti u pristupu skrbi pacijenata sa KZB.	1,72	0,62
Medicinska sestra/tehničar u holističkom pristupu skrbi za pacijenta sa KZB mora posjedovati kvalitete poput empatije, duhovnosti i komunikacijskih vještina.	2,85	0,36

Ispitanici se najmanje slažu s tvrdnjama: „Ustanova u kojoj radim potiče edukaciju iz područja holističke skrbi.“, „Komplementarne metode skrbi ne mogu se primijeniti u pristupu skrbi pacijenata sa KZB.“ i „Ustanova u kojoj radim bila bi spremna uvesti komplementarne metode skrbi, te educirati osoblje za provođenje istih.“, a najviše s tvrdnjama: „Medicinska sestra/tehničar u holističkom pristupu skrbi za pacijenta sa KZB mora posjedovati kvalitete poput empatije, duhovnosti i komunikacijskih vještina.“, „Pacijenti sa KZB imaju potrebu za psihičkom dimenzijom skrbi.“ i „Provođenje holističke sestrinske skrbi doprinosi većem zadovoljstvu pacijenata sa KZB.“ (Tablica 3).

Tablica 3 Najmanja i najveća razina slaganja ispitanika s pojedinim tvrdnjama

Tvrdnja	M	sd
Ustanova u kojoj radim potiče edukaciju iz područja holističke skrbi.	1,5	5
Komplementarne metode skrbi ne mogu se primijeniti u pristupu skrbi pacijenata sa KZB.	1,7	2
Ustanova u kojoj radim bila bi spremna uvesti komplementarne metode skrbi, te educirati osoblje za provođenje istih.	1,7	5
Provođenje holističke sestrinske skrbi doprinosi većem zadovoljstvu pacijenata sa KZB.	2,7	8
Pacijenti sa KZB imaju potrebu za psihičkom dimenzijom skrbi.	2,8	2
Medicinska sestra/tehničar u holističkom pristupu skrbi za pacijenta sa KZB mora posjedovati kvalitete poput empatije, duhovnosti i komunikacijskih vještina.	2,8	5

Inferencijalna statistika:

H1: Medicinske sestre/tehničari s višim stupnjem obrazovanja upoznati su s pojmom holističkog pristupa prema pacijentu s KZB.

Razlike u upoznatosti s holističkim pristupom prema pacijentu testirane su između ispitanika sa srednjoškolskim obrazovanjem, preddiplomskom i diplomskom razinom obrazovanja. Jedan ispitanik, sa završenim doktorskim studijem, isključen je iz analiza obzirom da ne pripada niti jednoj od tri skupine.

Analiza varijance pokazala je da **ne postoji** statistički značajna razlika u upoznatosti s pojmom holističkog pristupa prema pacijentu s KZB obzirom na obrazovanje medicinskih

sestara/tehničara. Stoga se H1 odbacuje. Upoznatost ispitanika o holističkom pristupu mjerena je kroz 3 cjeline (opće poznavanje pojma holističkog pristupa, poznavanje ljudskih dimenzija zastupljenih u holističkom pristupu i poznavanje metoda komplementarne skrbi). Rezultati su prikazani u Tablici 4.

Tablica 4 Upoznatost ispitanika o holističkom pristupu

		M	sd	F	p
Holistički pristup pacijentu	Srednja škola	4,97	1,17	1,09	>0,05
	Preddiplomski studij	5,26	1,11		
	Diplomski studij	5,05	1,17		
Zastupljenost ljudskih dimenzija	Srednja škola	3,24	1,44	1,48	>0,05
	Preddiplomski studij	3,52	1,46		
	Diplomski studij	3,82	1,62		
Metode komplementarne skrbi	Srednja škola	2,93	0,96	0,04	>0,05
	Preddiplomski studij	2,92	0,95		
	Diplomski studij	2,86	0,89		

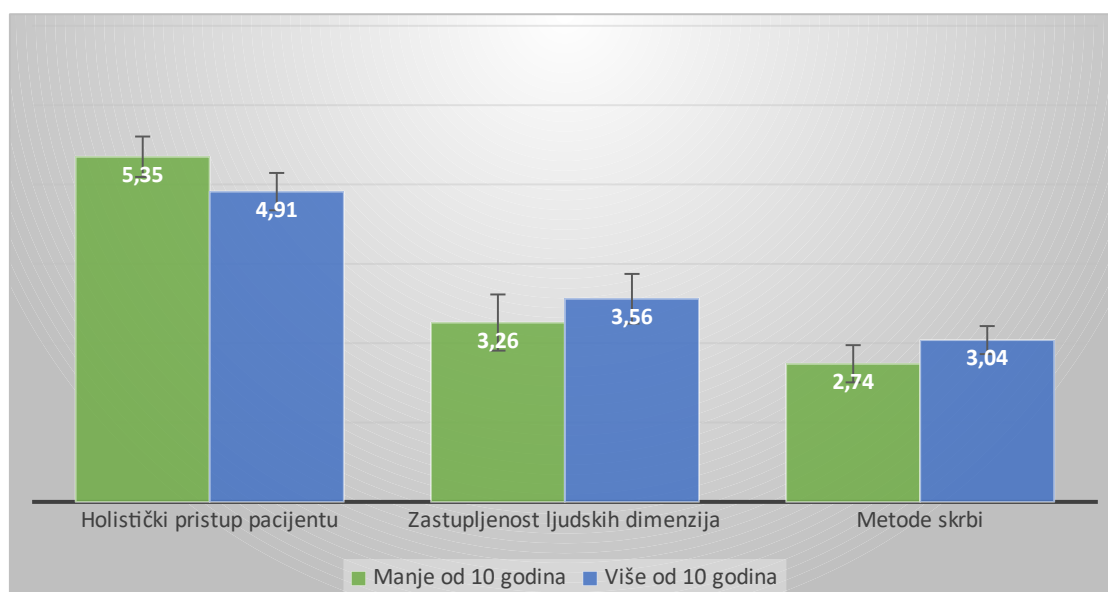
H2: Medicinske sestre/tehničari s duljim radnim stažem upoznati su s pojmom holističkog pristupa prema pacijentu s KZB.

Duljina radnog staža operacionalizirana je na pet stupnjeva, što dovodi do toga da se u svakoj grupi nalazi relativno mali broj ispitanika (u nekim grupama ispod 30 ispitanika). Iz tog razloga od varijable staž kreirana je nova, dihotomna varijabla, na način da su spojene susjedne grupe kako bismo dobili dvije podjednako velike grupe, a samim tim i valjanije rezultate. T-testovi su pokazali da postoji efekt staža, i to na cjelinu koja se odnosi na holistički pristup pacijentu ($t = 2,43$; $df = 148,02$; $p < 0,05$) i na metode komplementarne skrbi ($t = 1,98$; $df = 134,77$; $p < 0,05$), dok statistički značajna razlika nije opažena za poznavanje zastupljenosti ljudskih dimenzija u holističkom pristupu ($t = 1,28$; $df = 142,50$; $p > 0,20$).

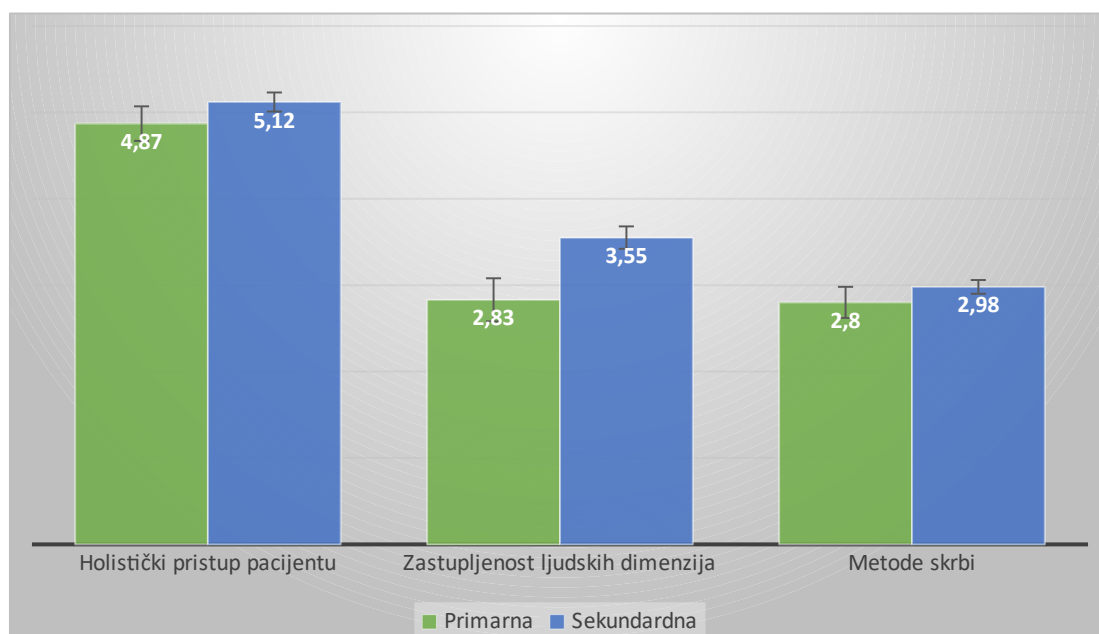
Ispitanici s kraćim radnim stažem su upoznati s holističkim pristupom pacijentu ($M = 5,35$; $sd = 1,06$) od ispitanika s duljim radnim stažem ($M = 4,91$; $sd = 1,18$). S druge strane, obrnut obrazac je uočeno u poznavanju metoda komplementarne skrbi, gdje su ispitanici koji su duže zaposleni upoznati s metodama skrbi ($M = 3,04$; $sd = ,91$) od ispitanika s kraćim radnim stažem ($M = 2,74$; $sd = ,97$). Rezultati su grafički prikazani na Slici 4.

H3: Djelatnici na primarnoj razini zdravstvene zaštite imaju pozitivniji stav prema holističkom pristupu u radu s pacijentima s KZB nego djelatnici na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite.

Testirali smo razlike u znanju o holističkom pristupu pacijentu, znanju o zastupljenosti ljudskih dimenzija u holističkom pristupu i znanju o metodama komplementarne skrbi. Jedina statistički značajna razlika uočena je kod znanja o zastupljenosti ljudskih dimenzija u holističkom pristupu ($t = 2,45$; $df = 148$; $p < 0,05$). Djelatnici u primarnoj zaštiti dali su manje točnih odgovora ($M = 2,83$; $sd = 1,39$) od djelatnika u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti ($M = 3,55$; $sd = 1,44$). Rezultati su grafički prikazani na Slici 5. Znanje o holističkom pristupu pacijentu, kao i znanje o metodama komplementarne skrbi podjednako je kod obje skupine ispitanika ($t\text{-ovi} < 1,08$; $p > 0,28$).



Slika 4 Znanje o holističkom pristupu pacijentima s KZB obzirom na duljinu radnog staža



Slika 5 Znanje o holističkom pristupu pacijentima s KZB na primarnoj i sekundarnoj razini

Usporedili smo i stavove prema holističkom pristupu pacijentu. Obzirom na nejednakost varijanci u uzorcima, Welchvim t-testom ispitane su razlike između djelatnika u primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti. Od ukupno 17 indikatora stava, značajne razlike opažene su kod tri: „Kvaliteta života pacijenata sa KZB može se poboljšati primjenom holističkog pristupa.“, „Pacijenti sa KZB imaju potrebu za duhovnom dimenzijom skrbi.“ i „Pacijenti sa KZB imaju potrebu za socijalnom dimenzijom skrbi.“. Isto tako, iako nisu statistički značajne razlike, prema unaprijed postavljenom kriteriju od 5%, na granici značajnosti su razlike u slaganju na tvrdnje: „Medicinska sestra/tehničar u holističkom pristupu skrbi za pacijenta sa KZB mora posjedovati kvalitete poput empatije, duhovnosti i komunikacijskih vještina.“ ($p < 0,07$) i „Pacijenti sa KZB imaju potrebu za psihičkom dimenzijom skrbi.“ ($p < 0,09$). Kod svih tvrdnji, smjer razlike je jednak, djelatnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti iskazivali su značajno veće slaganje od djelatnika zaposlenih u ustanovama sekundarne zaštite.

5. RASPRAVA

Kao što je u uvodu spomenuto, svrha ovog istraživačkog rada bila je utvrditi u kojoj mjeri je holistički pristup skrbi pacijentima s KZB zastupljen među MS/MT koji skrbe o tim pacijentima, te koja je razina njihovog znanja o samom holističkom pristupu s obzirom na stupanj obrazovanja, godine radnog staža i ustanovu u kojoj rade. Postavljene su tri hipoteze vođene pretpostavkom da MS/MT s višom razinom obrazovanja i duljim radnim stažem imaju više znanja o holističkom pristupu pacijentu s KZB, kao i da djelatnici na primarnoj razini zdravstvene zaštite, zbog prisnijeg kontakta s pacijentima s KZB, imaju pozitivniji stav prema holističkom pristupu pacijentu s KZB.

Kao što je vidljivo iz rezultata, prva hipoteza se odbacuje, s obzirom da je statističkom analizom dokazano da ne postoji statistički značajna razlika u znanju o holističkom pristupu pacijentu u odnosu na razinu obrazovanja. Jedan od razloga za ovakav rezultat može biti i činjenica da se o samom holističkom pristupu sve više govori, kako u obrazovnim ustanovama, tako i u široj javnosti. Za razliku od pojma holističke skrbi, pojam komplementarne metode manje je poznat. U uvodnom djelu rada spomenuli smo neke od komplementarnih metoda. Poznato je da se te metode redovito povezuju s pojmom alternativne medicine, koja u hrvatskoj još uvijek nije šire priznata i prepoznata. Osim toga, obrazovne ustanove povezane sa zdravstvom i sestrinštvom, već neko vrijeme imaju programe, uglavnom u vidu izbornih predmeta i tema završnih/diplomskih radova, koji se dotiču holističke skrbi. Međutim, ti programi više se bave samom teorijom holističkog pristupa, a manje metodama koje se u tom pristupu koriste. U Hrvatskoj, kao što je već u uvodu spomenuto, ne postoji ni uža specijalizacija za holističko sestrinštvo, a samim time ni mogućnost da se MS/MT dodatno educiraju u području komplementarnih metoda skrbi. Jedno od anketnih pitanja u ovom istraživanju odnosilo se i na želju ispitanika za dodatnom edukacijom iz područja komplementarnih metoda skrbi. Oko 45% ispitanika izrazilo je želju za dodatnom edukacijom iz područja aromaterapije i homeopatije, 40% iz područja terapije dresiranim životinjama, 35% iz područja masaže i refleksologije, 27% iz područja hipnoze i kognitivno-bihevioralne terapije, te akupunktura. Samo 16% ispitanika izjavilo je kako ih ne zanima mogućnost dodatnog usavršavanja u području komplementarnih metoda skrbi. Iz ovih rezultata jasno je vidljivo da postoji veliki interes među MS/MT za holističkim pristupom skrbi prema pacijentu.

Nadalje, druga hipoteza se djelomično prihvaća, s obzirom da je statistička analiza pokazala kako duljina radnog staža ima utjecaj na razinu znanja ispitanika o holističkom pristupu

pacijentu, ali se ta razina znanja razlikuje ovisno o pojmu. Ispitanici s kraćim radnim stažem imaju bolje znanje općenito o pojmu holističkog pristupa, dok ispitanici s duljim radnim stažem imaju bolje znanje o metodama komplementarne skrbi. Duljina radnog staža često je u korelaciji sa godinama života, a samim time mlađe generacije dolaze s određenim predznanjem o holističkom pristupu koje su stekli tijekom školovanja u novije vrijeme. S druge strane, već smo spomenuli kako metode komplementarne skrbi nisu toliko spominjane u našem obrazovnom sustavu. Postavlja se pitanje zbog čega ispitanici s dužim radnim stažem imaju bolji rezultat u poznavanju metoda komplementarne skrbi? Ako se vodimo pretpostavkom da su godine staža i godine života u korelacije, možda možemo zaključiti da su ispitanici starije životne dobi, to jest s dužim radnim stažem, možda i sami korisnici nekih od ovih metoda ili im s godinama raste interes za alternativne načine liječenja kako bi riješili vlastite kronične probleme sa zdravljem. Znanje o ljudskim dimenzijama zastupljenim u holističkom pristupu nema statističke značajnosti za ove dvije skupine ispitanika, iako većina ispitanika na prvo mjesto stavlja psihološku dimenziju, potom duhovnu, pa tjelesnu, a nešto manje od polovine ispitanika prepoznaje i socijalnu dimenziju. 4,4% ispitanika smatra kako niti jedna od ovih ljudskih dimenzija nije zastupljena u holističkom pristupu skrbi.

Treća hipoteza odnosila se na stavove o holističkom pristupu pacijentima s KZB. Hipotetska pretpostavka bila je da MS/MT koji rade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti imaju pozitivniji stav prema holističkom pristupu skrbi prema pacijentima s KZB. Ono što je statistička analiza pokazala je da, iako je razina znanja o holističkom pristupu MS/MT na primarnoj razini zdravstvene zaštite niža od onih na sekundarnoj razini, oni imaju pozitivniji stav o holističkom pristupu. Stoga možemo zaključiti da je treća hipoteza potvrđena. Ono što se pokazalo kao zabrinjavajući podatak u ovom istraživanju je negativan stav većine ispitanika na tvrdnje „Ustanova u kojoj radim potiče holistički pristup pacijentima sa KZB“ i „Ustanova u kojoj radim potiče edukaciju iz područja holističke skrbi“. Naime, samo 16,4% ispitanika smatra kako ustanova u kojoj rade potiče holistički pristup pacijentima s KZB, a njih 9,4% smatra kako ustanova u kojoj rade potiče edukaciju iz područja holističke skrbi. Sestrinska skrb u bolničkim ustanovama često je usmjerena na proceduralne aktivnosti, a ne na rješavanje psihosocijalnih i emocionalnih potreba pacijenta. Kako bi se osiguralo zadovoljenje psihosocijalnih i emocionalnih potreba pacijenata s KZB, MS/MT u bolničkim ustanovama treba osigurati dovoljno kadra, kontinuiranu edukaciju i motivaciju za provođenje holističkog pristupa skrbi. Za razliku od njih, MS/MT na primarnoj razini, iako imaju isti problem nedostatka kadra i edukacije, imaju puno empatičniji odnos sa pacijentima. To posebno dolazi

do izražaja u kućnoj njezi, patronaži i ambulantama opće/obiteljske medicine. MS/MT na ovim radilištima često prate i po nekoliko generacija iz iste obitelji. Poznaju njihove socioekonomske prilike, upoznati su s njihovom povjesti bolesti, odnosima u obitelji i slično. Iz tog razloga imaju bolju mogućnost pružiti svojim pacijentima holističku skrb. Većina MS/MT na primarnoj razini, ali i na sekundarnoj, pruža svojim pacijentima neki od oblika holističke skrbi, bez da to čine svjesno. Sama sestrinska profesija počiva na načelu holističkog pristupa.

6. ZAKLJUČAK

Kronično zatajenje bubrega povezano je s štetnim ishodima. Ovi čimbenici zauzvrat negativno utječu na kvalitetu života i povećavaju opterećenje zdravstvenih resursa. U tom kontekstu, holistički pristup liječenju, ima potencijal poboljšati skrb i smanjiti rizik od štetnih ishoda. Međutim, pružanje holističkog pristupa skrbi zahtijeva dodatno educiranje i osoblje, te je stoga od vitalnog značaja da zagovornici holističkog pristupa dokažu korist i vrijednost ovakvog pristupa skrbi kako bi opravdali potrebu za dodatnom edukacijom i resursima. To je osobito važno jer KZB troši nerazmjeran udio u financiranju zdravstvene skrbi na globalnoj razini zbog potrebe za dugotrajnom skrbi, visoke stope medicinskih komplikacija i visoke cijene bubrežne nadomjesne terapije. U odnosu na to, ulaganje u edukaciju MS/MT u provođenju holističkog pristupa, te uvođenje alternativnih metoda liječenja od strane MS/MT, značajno bi smanjili te troškove, a dugoročno bi pomogli i pacijentima i zdravstvenom sustavu općenito. Holistički pristup pacijentu u samoj je srži sestrinske profesije. Dodir, razgovor, molitva, nježna masaža, puštanje glazbe, sve to MS/MT čine svakodnevno na svojim radilištima, provodeći tako jedan dio holističke skrbi za pacijenta, većina ni ne znajući da je to jedan od oblika holističkog pristupa pacijentu. No, holističko sestrinstvo još je puno više od toga. Holističko sestrinstvo doprinosi tome i da se MS/MT osjećaju zadovoljnije nakon radnog dana. Prednosti holističkog sestrinstva su ogromne, a potrebno je uložiti samo malo truda i volje da se cijeli zdravstveni sustav okrene prema takvom modelu skrbi koji bi bio od koristi svima.

REFERENCE

1. CDC. Chronic Kidney Disease Basics | Chronic Kidney Disease Initiative | CDC. Centers for Disease Control and Prevention. 2020.
2. St. Peter WL. Management of Polypharmacy in Dialysis Patients. *Semin Dial.* 2015.;28(4):427–32.
3. Saran R, Robinson B, Abbott KC, Bragg-Gresham J, Chen X, Gipson D, i ostali. US Renal Data System 2019 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. Sv. 75, *American Journal of Kidney Diseases.* 2020. str. A6–7.
4. Ada's Medical Knowledge Team. Chronic Renal Failure «Conditions» [Internet]. Ada. 2022 [citirano 11. svibanj 2022.]. Dostupno na: <https://ada.com/conditions/chronic-renal-failure/>
5. NSW Government. What is a holistic approach? - Principles for effective support [Internet]. NSW Health. 2020 [citirano 09. veljača 2022.]. Dostupno na: <https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/psychosocial/principles/Pages/holistic.aspx>
6. Kadović M. *Sestrinske dijagnoze II.* Zagreb: HKMS; 2013.
7. Abboud H, Henrich WL. Stage IV Chronic Kidney Disease. *N Engl J Med.* 2010.;362(1):56–65.
8. Eriksen BO, Ingebretsen OC. The progression of chronic kidney disease: A 10-year population-based study of the effects of gender and age. *Kidney Int.* 2006.;69(2):375–82.
9. Cheung AK, Chang TI, Cushman WC, Furth SL, Hou FF, Ix JH, i ostali. KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2021.;99(3):S1–87.
10. Rocco M, Daugirdas JT, Depner TA, Inrig J, Mehrotra R, Rocco M V., i ostali. KDOQI Clinical Practice Guideline for Hemodialysis Adequacy: 2015 Update. *Am J Kidney Dis.* 2015.;66(5):884–930.
11. Lorenzo V, Martín M, Rufino M, Hernández D, Torres A, Ayus JC. Predialysis nephrologic care and a functioning arteriovenous fistula at entry are associated with better survival in incident hemodialysis patients: An observational cohort study. *Am J Kidney Dis.* 2004.;43(6):999–1007.
12. Usherwood T, Lee V. Advances in chronic kidney disease pathophysiology and management. *Aust J Gen Pract.* 2021.;50(4):188–92.
13. Murtagh FEM, Burns A, Moranne O, Morton RL, Naicker S. Supportive care: Comprehensive conservative care in end-stage kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2016.;11(10):1909–14.
14. Verberne WR, Tom Geers ABM, Jellema WT, Vincent HH, van Delden JJM, Bos WJW. Comparative survival among older adults with advanced kidney disease managed conservatively versus with dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2016.;11(4):633–40.
15. Murtagh FEM, Sheerin NS, Addington-Hall J, Higginson IJ. Trajectories of illness in

- stage 5 chronic kidney disease: A longitudinal study of patient symptoms and concerns in the last year of life. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2011.;6(7):1580–90.
16. *Kidney International Supplements*. Official Journal of the international Society of nephrology KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *IFAC Proc Vol*. 2013.;3(1):30–130.
 17. Kalantar-Zadeh K, Wightman A, Liao S. Ensuring Choice for People with Kidney Failure — Dialysis, Supportive Care, and Hope. *N Engl J Med*. 2020.;383(2):99–101.
 18. Arnold RM, Davison SN. Kidney palliative care: Conservative kidney management [Internet]. *UpToDate*. 2021 [citirano 21. lipanj 2022.]. str. 1–11. Dostupno na: <https://www.uptodate.com/contents/kidney-palliative-care-conservative-kidney-management>
 19. Klebanoff NA, Hess D. Holistic nursing: Focusing on the whole person. *Am Nurse Today*. 2013.;8(10).
 20. The Importance of Holistic Nursing Care: How to Completely Care for your Patients [Internet]. *PracticalNursing.org*. 2020 [citirano 21. lipanj 2022.]. Dostupno na: <https://www.practicalnursing.org/importance-holistic-nursing-care-how-completely-care-patients>
 21. Petiprin A. Holistic Nursing - Nursing Theory. *Nursing-Theory.org*. 2016.

PRILOZI

Prilog A: Popis ilustracija

Popis slika:

Slika 1 Struktura ispitanika po spolu i dobi.....	21
Slika 2 Struktura ispitanika po stupnju obrazovanja.....	22
Slika 3 Upoznatost s pojmovima vezanim uz holistički pristup.....	22
Slika 4 Znanje o holističkom pristupu pacijentima s KZB obzirom na duljinu radnog staža. .	27
Slika 5 Znanje o holističkom pristupu pacijentima s KZB na primarnoj i sekundarnoj razini.	27

Popis tablica:

Tablica 1 Opis uzorka.....	23
Tablica 2 Usporedba kontinuiranih varijabli.....	24
Tablica 3 Najmanja i najveća razina slaganja ispitanika s pojedinim tvrdnjama.....	25
Tablica 4 Upoznatost ispitanika o holističkom pristupu.....	26

ŽIVOTOPIS

- Josipa Matahlija Borić rođena 29.kolovoza 1990. godine u Rijeci.
- 2005.godine upisuje Medicinsku školu u Rijeci, smjer medicinska sestra-tehničar. Srednju školu završava 2009. godine.
- U razdoblju od 2009.-2010. godine obavlja pripravnički staž u KBC Rijeka i DZ PGŽ Rijeka, te polaže stručni ispit 23. rujna 2010. godine
- U veljači 2011. godine zapošljava se u Psihijatrijskoj bolnici Rab na odjelu neurokognitivna rehabilitacija, gdje radi punih šest godina.
- 2014. godine završava program trajnog medicinskog usavršavanja pod nazivom Kognitivni poremećaji i rehabilitacija.
- U veljači 2017. godine prelazi raditi u Dom zdravlja PGŽ ispostava Rab, te u razdoblju od 2017.- 30.03.2018. godine provodi edukaciju skrbi za bubrežne bolesnike pri Zavodu za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju bubrega KBC Rijeka, nakon čega ostaje raditi na odjelu hemodijalize u DZ PGŽ ispostava Rab gdje i dan danas radi.