

2026.

ПРИРУЧНИК СТАНДАРДНИХ
ОПЕРАТИВНИХ ПРОЦЕДУРА
У СЕСТРИНСТВУ ИЗ ОБЛАСТИ
**ПАЛИЈАТИВНЕ
ЊЕГЕ**

ПРИРУЧНИК СТАНДАРДНИХ
ОПЕРАТИВНИХ ПРОЦЕДУРА
У СЕСТРИНСТВУ ИЗ ОБЛАСТИ

ПАЛИЈАТИВНЕ ЊЕГЕ

Аутори

Драгана Галић, магистар здравствене његе
Дражана Срдић, дипл. менаџер у здравству
Елведин Дервишевић, магистар здравствене његе и терапије
Доц. др сц. Ивона Љевак, дипл. медицинска сестра
Мирјана Јанковић, дипл. лекар здравствене његе
Слађана Врањеш, мастер здравствене његе

Издравач

Фондација фами, Сарајево



Вишеградска 24

www.fondacijafami.org

За издавача

Ена Бучан

Лекторица

Александра Савић

Овај приручник је предвиђен за дистрибуцију у дигиталној форми (у е-Pub и pdf формату)
и доступан је на: <https://www.fondacijafami.org/publikacije.html>

ISBN 978-9926-9005-5-7

CIP zapis dostupan u COBISS sistemu Nacionalne i univerzitetske biblioteke BiH pod

ID brojem **70553094**



Министарство здравља и
социјалне заштите
Републике Српске

САДРЖАЈ

ПРЕДГОВОР	5
УВОД	6
I ЕВИДЕНЦИЈА И ДОКУМЕНТАЦИЈА	
1. ЕТИЧКА ПИТАЊА И ДИЛЕМЕ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ	10
2. БЕЗБЈЕДНОСТ БОЛЕСНИКА И КОНТРОЛА ИНФЕКЦИЈЕ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ	12
3. КОМУНИКАЦИЈА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА С БОЛЕСНИКОМ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ	16
4. КОМУНИКАЦИЈА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА С ЧЛАНОВИМА ПОРОДИЦЕ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ	20
5. ПОСТУПАЊЕ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА ПРИ ПРИЈЕМУ БОЛЕСНИКА У ХОСПИЦИЈ	22
6. ПРОЦЈЕНА, ПЛАНИРАЊЕ, ИНТЕРВЕНЦИЈА И ЕВАЛУИРАЊЕ ПАЛИЈАТИВНЕ ЊЕГЕ	24
7. ВОЂЕЊЕ МЕДИЦИНСКЕ ДОКУМЕНТАЦИЈЕ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ	30
II ПОСТУПЦИ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ	
8. БОЛ И ПРОЦЈЕНА БОЛА КОД БОЛЕСНИКА КОЈЕМ ЈЕ ПОТРЕБНА ПАЛИЈАТИВНА ЊЕГА	34
9. ПОСТУПЦИ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА У ПРЕВЕНЦИЈИ НУСПОЈАВА ХЕМОТЕРАПИЈЕ КОД БОЛЕСНИКА	37
10. ЗДРАВСТВЕНА ЊЕГА БОЛЕСНИКА У КУЋИ КОД НУСПОЈАВА РАДИОТЕРАПИЈЕ	40
11. РЕХАБИЛИТАЦИЈА БОЛЕСНИКА ТОКОМ И НАКОН ОНКОЛОШКОГ ЛИЈЕЧЕЊА	43
12. КУПАЊЕ БОЛЕСНИКА У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ	48
13. ПОСТУПАК ПРЕСВЛАЧЕЊА БОЛЕСНИКА СА ОГРАНИЧЕНОМ ПОКРЕТЉИВОШЋУ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ	53
14. ОДРЖАВАЊЕ ХИГИЈЕНЕ УСНЕ ДУПЉЕ КОД БОЛЕСНИКА У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ	55
15. ПОСТУПЦИ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА КОД ПОРЕМЕЋАЈА ТЈЕЛЕСНЕ ТЕМПЕРАТУРЕ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ	58
16. ФИЗИЧКА АКТИВНОСТ И КОНДИЦИЈА БОЛЕСНИКА КОЈЕМ ЈЕ ПОТРЕБНА ПАЛИЈАТИВНА ЊЕГА	61
17. НУТРИТИВНА ЊЕГА БОЛЕСНИКА У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ	64
18. ЕНТЕРАЛНА ИСХРАНА БОЛЕСНИКА КОЈЕМ ЈЕ ПОТРЕБНА ПАЛИЈАТИВНА ЊЕГА	67
19. ПАРЕНТЕРАЛНА ИСХРАНА БОЛЕСНИКА У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ	70
20. ХИДРАТАЦИЈА БОЛЕСНИКА КОЈЕМ ЈЕ ПОТРЕБНА ПАЛИЈАТИВНА ЊЕГА	72

III СПЕЦИФИЧНИ ПОСТУПЦИ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ

21.	ПРИМЈЕНА СУПКУТАНЕ ИНФУЗИЈЕ (ХИПОДЕРМОКЛИЗА) У КУЋИ БОЛЕСНИКА КОЈЕМ ЈЕ ПОТРЕБНА ПАЛИЈАТИВНА ЊЕГА	76
22.	ЕДУКАЦИЈА ПОРОДИЦЕ О СИГУРНОЈ И ПРАВИЛНОЈ ПРИМЈЕНИ ЛИЈЕКОВА У КУЋНИМ УСЛОВИМА У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ	79
23.	ПОСТУПЦИ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА У ЗБРИЊАВАЊУ ФИЗИЧКИХ СИМПТОМА У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ	81
24.	СПЕЦИФИЧНИ ПОСТУПЦИ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ	85
25.	АСПИРАЦИЈА СЕКРЕТА ИЗ ДИСАЈНИХ ПУТЕВА	94
26.	ПРИМЈЕНА ОКСИГЕНОТЕРАПИЈЕ У КУЋИ БОЛЕСНИКА КОЈЕМ ЈЕ ПОТРЕБНА ПАЛИЈАТИВНА ЊЕГА	96
27.	ЗБРИЊАВАЊЕ ХРОНИЧНЕ РАНЕ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ	100
28.	ПОСТАВЉАЊЕ УРИНАРНОГ КОНДОМА	103
29.	ПРЕВЕНЦИЈА КОМПЛИКАЦИЈА ДУГОТРАЈНОГ ЛЕЖАЊА КОД БОЛЕСНИКА У ТЕРМИНАЛНОЈ ФАЗИ БОЛЕСТИ	106

IV СОЦИЈАЛНО-ПСИХОЛОШКА ПОДРШКА У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ

30.	ДОСТОЈАНСТВЕНО ЗБРИЊАВАЊЕ УМРЛОГ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ	114
31.	ПСИХОЛОШКА ПОДРШКА КОРИСНИКУ ПАЛИЈАТИВНЕ ЊЕГЕ	116
32.	СОЦИЈАЛНА ПОДРШКА ПОРОДИЦИ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ	119
33.	ДУХОВНА ПОДРШКА БОЛЕСНИКУ	121
34.	ПОДРШКА ПОРОДИЦИ У ТОКУ ТУГОВАЊА НАКОН СМРТИ БЛИСКЕ ОСОБЕ	123
35.	КОНТИНУИРАНА ЕДУКАЦИЈА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТРА – ТЕХНИЧАРА И СУПЕРВИЗИЈА У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ	126
36.	ПСИХОЛОШКА ПОДРШКА МЕДИЦИНСКОЈ СЕСТРИ – ТЕХНИЧАРУ КОД САГОРИЈЕВАЊА НА РАДНОМ МЈЕСТУ	128

ПРЕДГОВОР

Поштовани/е,

Пред Вама је „Приручник специфичних стандардних оперативних процедура у сестринству из области палијативне његе“, који представља значајан стручни и етички оквир за рад медицинских сестара и техничара са пацијентима којима је потребна свеобухватна, континуирана и достојанствена подршка у најосјетљивијим фазама живота.

Палијативна њега данас заузима све важније мјесто у здравственом систему. Савремена медицина омогућава дужи животни вијек и лијечење бројних хроничних и малигних обољења, али истовремено намеће потребу за организованом, стандардизованом и хуманом бригом о пацијентима код којих излечење више није примарни циљ, већ очување квалитета живота, ублажавање бола, као и психосоцијална и духовна подршка.

У том процесу улога медицинских сестара и техничара је кључна. Они су најчешће први и најдуже уз пацијента и његову породицу, препознају потребе, процјењују стање, координишу његу и пружају стручну подршку. Рад у палијативној њези захтијева посебна знања и вјештине – од контроле бола и симптома до комуникације са пацијентом и породицом. Непредвидиве клиничке ситуације и комплексне емоционалне околности захтијевају високо обучен и оснажен тим, као и континуиран професионални развој.

Медицинска сестра и техничар у области палијативне његе морају посједовати не само стручно знање, већ и изражену емпатију, стрпљење и способност да очувају достојанство пацијента у сваком тренутку. Палијативна њега се у великој мјери одвија у дому пацијента и у заједници, гдје сестринска улога добија додатну тежину и значај.

Приручник је израђен у оквиру Пројекта јачања сестринства у БиХ, у сарадњи са Министарством здравља и социјалне заштите Републике Српске, које дуги низ година активно ради на стандардизацији и унапређењу сестринске праксе, у складу са савременим и међународним стандардима. Пројекат подржава Влада Швајцарске, а спроводи Фондација Фами.

Увјерен сам да ће овај приручник допринијети развоју доступне, уједначене и квалитетне палијативне његе у Републици Српској, те да ће медицинским сестрама и техничарима бити поуздан ослонац у њиховом одговорном и племенитом раду – на добробит пацијената и њихових породица.

Ален Шеранић, др мед.
министар здравља и социјалне заштите у Влади Републике Српске

УВОД

Палијативна нега представља свеобухватан приступ бризи о болесницима који болују од неизљечивих и прогресивних болести, с циљем ублажавања симптома, очувања достојанства и побољшања квалитета живота болесника и њихових породица. Њена сврха није излечење болести већ ублажавање симптома, очување достојанства те унапређење квалитета живота болесника и њихових породица. У средишту палијативне неге је холистички приступ, који обухвата физичку, психолошку, социјалну и духовну димензију човјека, уз поштовање индивидуалних потреба, вриједности и животних избора.

Медицинске сестре и техничари имају кључну улогу у спровођењу палијативне неге, будући да су у сталном и непосредном контакту с болесником и његовом породицом. Њихова професионална одговорност обухвата континуирану процјену потреба болесника, планирање и спровођење сестринских интервенција, контролу бола и других симптома, негу коже и слузница, очување основних животних функција, као и пружање емоционалне и психосоцијалне подршке. Стручност, емпатија и етичност у раду медицинских сестара значајно доприносе хуманизацији неге и стварању осјећаја сигурности и повјерења код болесника и породице.

Овај приручник израђен је с циљем да послужи као практичан и стручно утемељен водич за медицинске сестре и друге здравствене раднике укључене у палијативну негу. Приручник садржи стандардизоване оперативне процедуре (СОП) које омогућавају сигурну, квалитетну и досљедну примјену палијативне неге у различитим окружењима, укључујући здравствене установе и кућне услове. Посебан нагласак стављен је на осигуравање континуитета неге, јачање професионалних компетенција и унапређење квалитета сестринске праксе.

Приручник је израђен уз подршку Пројекта јачања сестринства у Босни и Херцеговини (ПроСеС), који финансира Швајцарска агенција за развој и сарадњу (СДЦ), а имплементира конзорцијум Фондације фами и Женевске универзитетске болнице, у сарадњи с Федералним министарством здравства и Министарством здравља и социјалне заштите

Републике Српске. Приликом израде кориштени су релевантна домаћа и међународна стручна литература, савремене смјернице, као и знање, вјештине и искуства добре клиничке праксе.

Процедуре представљене у приручнику заснивају се на важећим стручним, етичким и правним стандардима, те укључују начела једнакости и недискриминације у пружању здравствене заштите, укључујући и родно осјетљиве стандарде, у складу с правним оквиром Босне и Херцеговине. Посебна пажња посвећена је етичким питањима у палијативној њези, с обзиром на сложеност одлука које се односе на аутономију болесника, право на информисаност, очување достојанства и доношење одлука на крају живота. Специфични поступци у палијативној њези описани у приручнику обухватају планску и циљану усмјереност на контролу симптома, ублажавање тјелесне, психичке, социјалне али и духовне патње. Посебан значај придаје се активном укључивању породице као незамјењивог партнера у процесу његе, кроз едукацију, савјетовање и пружање емоционалне и практичне подршке.

Приручник такође наглашава значај психолошке подршке болесницима, усмјерене на ублажавање емоционалне патње, јачање осјећаја сигурности, контроле и достојанства, као и очување квалитета живота у свим његовим димензијама. Континуирана едукација и супервизија медицинских сестара препознате су као кључни елементи за одржавање и унапређење квалитета палијативне његе, док се правилној и сигурној примјени лијекова посвећује посебна пажња, нарочито у ситуацијама када породица преузима значајну улогу у спровођењу терапије у кућним условима.

Овај приручник представља вриједан алат за унапређење палијативне његе у Босни и Херцеговини, с циљем осигуравања хумане, квалитетне и одговорне његе усмјерене на болесника и његову породицу, у складу с највишим професионалним и етичким стандардима.

I. ДИО

ЕВИДЕНЦИЈА И ДОКУМЕНТАЦИЈА

- 1 Етичка питања и дилеме у палијативној њези
- 2 Безбједност болесника и контрола инфекције у палијативној њези
- 3 Комуникација медицинске сестре – техничара с болесником у палијативној њези
- 4 Комуникација медицинске сестре – техничара с члановима породице у палијативној њези
- 5 Поступање медицинске сестре – техничара при пријему болесника у хоспициј
- 6 Процјена, планирање, интервенција и евалуирање палијативне његе
- 7 Вођење медицинске документације у палијативној њези

1 ЕТИЧКА ПИТАЊА И ДИЛЕМЕ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ

1. УВОД

Етичка питања заузимају посебно и важно мјесто, јер се здравствени радници често суочавају са сложеним одлукама које се односе на поштовање достојанства болесника, његове аутономије, права на информисаност, као и доношење одлука на крају живота. Етичке дилеме у палијативној њези настају услед сукоба вриједности, жеља болесника и њихових породица, професионалних обавеза здравственог особља, као и важећих правних и друштвених оквира. Због тога је разумијевање етичких принципа и њихова досљедна примјена у пракси од кључног значаја за пружање хумане, квалитетне и одговорне палијативне његе.

Циљ процедуре је да пружи јасне смјернице за препознавање и рјешавање етичких дилема, уз поштовање достојанства, аутономије, права болесника, као и уважавање ставова породице.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у болничким организационим јединицама, домовима здравља, хоспицију, као и у кућној палијативној њези.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниције

Етичка питања: ситуације у здравственој пракси у којима долази до сукоба моралних вриједности, професионалних обавеза или интереса, а које захтијевају промишљено доношење одлука у складу са етичким принципима.

Етичке дилеме: сложене ситуације у којима постоји више могућих поступака, при чему ниједан не представља потпуно исправно решење без етичких посљедица.

Етички принципи: основна морална правила и вриједности којима се здравствени радници руководе у свом професионалном раду, а која служе као смјернице за доношење одлука и поступање у ситуацијама које укључују етичка питања.

Достојанство болесника: признавање и поштовање вриједности, интегритета и личности болесника у свим фазама болести и процеса палијативне његе.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: препознаје етичке проблеме у свакодневној пракси, доприноси сагледавању етичких питања из различитих професионалних перспектива (психолошке, социјалне, духовне), учествује у доношењу одлука у најбољем интересу болесника, поштујући његово достојанство и личне вриједности.

Доктор медицине: одговоран је за доношење медицинских одлука у складу са етичким принципима, важећим законима и најбољом медицинском праксом те учествује у рјешавању етичких дилема и, по потреби, иницира консултације са етичким одбором уколико постоји.

Етички одбор (уколико постоји): Пружа стручну подршку у рјешавању сложених етичких дилема и даје препоруке у складу са етичким, правним и професионалним стандардима

4. ПОСТУПАК

Начин поступања здравствених радника у здравственој установи у ситуацијама које укључују етичка питања у палијативној њези треба да осигура хуману, професионалну и етички исправну здравствену заштиту болесника. У палијативној њези етички принципи обухватају поштовање аутономије болесника, чињење добра, нешкодљивост, праведност и очување достојанства болесника.

4.1. Препознавање етичких питања

Препознавање ситуације у палијативној њези које могу представљати етичку дилему, као што су доношење одлука на крају живота, поштовање воље болесника, одбијање терапије или неслагање са члановима породице.

4.2. Прикупљање релевантних података

Прикупљају се медицински и други релевантни подаци о болеснику, уз строго поштовање повјерљивости и важећих прописа здравствене установе.

4.3. Укључивање болесника и породице у процес доношења одлука

Болесник се, у складу са својим здравственим стањем и способношћу одлучивања, укључује у процес доношења одлука. Породица се укључује уз сагласност болесника и у складу са правилима установе.

4.4. Мултидисциплинарна сарадња

Етичка питања се разматрају у оквиру мултидисциплинарног тима здравствене установе, ради доношења одлука у најбољем интересу болесника.

4.5. Примјена етичких и професионалних принципа

Све одлуке и поступци морају бити у складу са основним етичким принципима, професионалним стандардима и важећим законским прописима.

4.6. Консултовање етичког одбора

У сложеним случајевима, здравствени тим може затражити мишљење етичког одбора или надлежног тијела здравствене установе.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Осигурати да су сви разговори с болесником и породицом с уважавањем приватности и достојанства болесника.

Разговарати отворено и искрено, али с осјетљивошћу према емоционалном стању породице, поштујући различите културне, религијске и вриједносне перспективе породице. Одржавати професионалне границе како би се спријечило емотивно исцрпљивање медицинског особља.

Осигурати да медицинске сестре – техничари редовно учествују у едукацијама о етици и сигурности у палијативној њези.

Осигурати тимску подршку и супервизију јер обезбјеђују да етичке дилеме буду правилно адресиране.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Сprovedени поступци и одлуке евидентирају се у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Процедура се ревидира сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8th ed.). Oxford University Press. Доступно на: https://www.researchgate.net/publication/376064854_Principles_of_Biomedical_Ethics
2. European Association for Palliative Care (EAPC). *EAPC White Paper on the Ethical Aspects of Palliative Care*. [place unknown]: EAPC; 2013. Доступно на: <https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2019/06/EAPC-Atlas-of-Palliative-Care-in-Europe-2013-webudgave.pdf>
3. Ibrahim, A. M. et al., *Ethical issues in palliative care: nursing and quality of life*, BMC Nursing 2024. Доступно на: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11587657/pdf/12912_2024_Article_2530.pdf
4. Salihbegović E., *Medicinska praksa i etičko pitanje*, Sarajevo 2008. Доступно на: <https://mz.ks.gov.ba/sites/mz.ks.gov.ba/files/2023-08/MZ-Etika-WEB.pdf>
5. Stanojević Č., Stanojević V., Vukosavljević I. *Etički aspekti palijativne sedacije*. Доступно на: https://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/0370-8179/2023/0370-81792301106P.pdf?utm_source

2 БЕЗБЈЕДНОСТ БОЛЕСНИКА И КОНТРОЛА ИНФЕКЦИЈЕ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ

1. УВОД

Безбједност болесника и контрола инфекција представљају основне принципе квалитетне и сигурне палијативне његе, гдје су болесници због свог здравственог стања, ослабљеног имунолошког система и присутности инвазивних медицинских помагала (катетери, сонде, интравенске линије) изразито подложни инфекцијама и ситуацијама које потенцијално утичу на њихову безбједност.

Циљ процедуре је примјена досљедних мјера превенције, надзора, контроле падова, повреда и инфекција како би се смањио ризик од инцидентних ситуација.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у свим стационарним јединицама и установама које пружају палијативну његу, као и у кућним условима.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1 Дефиниције

Безбједност болесника: скуп активности и мјера којима се смањује ризик повреда или инфекција током пружања здравствене његе, уз осигурање достојанства и квалитета живота болесника.

Контрола инфекције: систематски приступ идентификацији, праћењу, спречавању и сузбијању инфекција у здравственој установи или кућном окружењу болесника.

Интрахоспиталном инфекцијом сматра се инфекција настала у сљедећим случајевима: ако је постала евидентна 48 часова после пријема пацијента у здравствену установу или касније, свака постоперативна инфекција ране, настала до 30 дана након хируршке интервенције, односно до годину дана уколико се у оквиру здравствене интервенције уградио имплантат, ако се испоји после отпуста пацијента, а епидемиолошки подаци показују да је настала у здравственој установи, ако је настала код новорођенчади као резултат пролаза кроз порођајни канал мајке, ако је настала код лица запослених или других особа у здравственим установама.

Стандардне мјере заштите: основни скуп поступака који се примјењују у свакодневном раду с болесницима, без обзира на њихов дијагностички статус, укључујући хигијену руку, кориштење личне заштитне опреме, деконтаминацију инструмената и површина те правилно одлагање отпада.

Изолатијске мјере: представљају скуп стандардизованих поступака и заштитних активности које се спроводе у циљу **спречавања преноса узрочника инфекција** с једног болесника на другог, на здравствене раднике или посјетиоце, поготово у случајевима потврђених **интрахоспиталних инфекција** или сумње на интрахоспиталну инфекцију.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: примјењује стандардне мјере заштите, препознаје и пријављује знакове инфекције, процјењује ризике за безбједност болесника, учествује у едукацији болесника и породице о важности личне и хигијене околине, води тачну и потпуну евиденцију о спроведеним активностима.

Доктор медицине: процјењује ризик од инфекција, прописује одговарајуће мјере превенције и лијечења у случају појаве ИХИ, пријављује сумњу или потврђене инфекције у складу са прописима. Процјењује медицинске факторе ризика, доноси одлуке о корекцији терапије ако лијекови утичу на равнотежу, свијест или покретљивост и прописује помагала и терапијске вјежбе према функционалним способностима болесника.

Тим за спречавање и сузбијање инфекција: спроводи инспекцију и надзор спровођења процедуре, ажурира смјернице у вези са превенцијом и поступањем код појаве ИХИ, документује неправилности, те предлаже и имплементира корективне мјере.

Болесник и чланови породице: учествују у одржавању личне хигијене и хигијене простора према савјетима здравственог особља, придржавају се мјера ограничења посјета када је потребно и одмах обавјештавају о промјенама здравственог стања болесника, уколико се болесник налази у кућним условима. Сарађује са здравственим тимом у спровођењу препоручених мјера заштите од падова и повреда.

4. ПОСТУПАК

Медицинска сестра – техничар, познавањем и директном примјеном мјера хигијене руку, правилним руковањем медицинском опремом и материјалом, употребом личне заштитне опреме и одлагањем медицинског отпада, обезбјеђује сигурно окружење за болесника, особље и посјетиоце, те јој је циљ очување достојанства и квалитета живота болесника у палијативној њези.

4.1. Хигијена руку

Обавезно прање руку сапуном и водом те након тога дезинфекција алкохолним средством прије и после сваког контакта са болесником; Користити папирнати убрис за брисање руку.

4.2. Употреба личне заштитне опреме (ЛЗО)

Обавезно користити у складу са врстом поступка и процјеном ризика:

- **Рукавице:** при сваком контакту с крвљу, секретима или потенцијално контаминираним материјалом;
- **Заштитне наочале / визир:** приликом постојања ризика од прскања тјелесних течности;
- **Маске:** увијек, због могућности преношења инфекција капљичним путем;
- **Радна заштитна одјећа:** увијек, због могућности контаминације одјеће.

4.3. Одржавање хигијене простора и опреме и деконтаминација инструмената и материјала

- Површине и предмети у контакту с болесником редовно се чисте и дезинфикују прописаним средствима;

- Медицинска опрема (термометри, стетоскопи, инхалатори) мора бити деконтаминирана након сваке употребе;
- Чишћење, дезинфекција и стерилизација врше се према стандардним протоколима.

4.4. Руковање и одлагање отпада

- Отпад се разврстава и одлаже према врсти (комунални, инфективни, оштар и фармацеутски), у складу са важећим прописима о медицинском отпаду.

4.5. Поступање у случају сумње на инфекцију

- Пријавити сумњу на инфекцију надлежном лекару, деконтаминирати простор и опрему и у случају потребе изоловати болесника;
- У случају потребе за изолацијским мјерама, у собу за изолацију улази само нужно потребно особље уз обавезно ношење заштитне одјеће (капа, маска, рукавице, једнократни мантил, каљаче);
- Спроводити појачане мјере хигијене болесника и простора и евидентирати спроведене активности.

4.6. Превенција падова и повреда

- Урадити **процјену ризика од пада** користећи стандардизовани упитник или скалу (нпр. Morse Fall Scale);
- Обезбиједити слободан пролаз око кревета, стабилан намјештај и адекватно освјетљење;
- Поставити заштитне ограде на кревету код болесника са повећаним ризиком од пада;
- Осигурати да су кревети подешени на одговарајућу висину, кочнице на креветима и колицима увијек активирани;
- Помагати болеснику приликом устајања из кревета, сједења, транспорта, уз кориштење правилних техника подизања;
- Редовно надзирати болеснике са високим ризиком, нарочито ноћу и након примјене седатива или аналгетика.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Осигурати да све интервенције буду у складу с клиничким смјерницама и стандардима њега.

Редовно провјеравати исправност помагала (ходалице, столице).

Континуирано спроводити едукацију и евалуирати компетенције медицинских сестара – техничара о поступку превенције падова и ИХИ те поступања са болесником код развијених знакова интрахоспиталне инфекције.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар све спроведене поступке евидентира у сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Ревизија процедуре се ради сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment, and Intervention, Доступно на: <https://www.cdc.gov/steady/media/pdfs/STEADI-Algorithm-508.pdf>

2. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2020). *Patient Safety Primer: Reporting and Analysis of Patient Safety Events*. Доступно на: <https://psnet.ahrq.gov/primer/reporting-and-analysis-patient-safety-events>
3. Centers for Disease Control and Prevention. **2007** *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings* Atlanta: CDC; 2007 [updated 2019;]. Доступно на: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>
4. Hintze J. L. *Patient Safety in Palliative and End-of-Life Care*, 2021. Доступно на: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33267627/>
5. Ministarstvo zdravlja Kantona Sarajevo. *Vodič za spriječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija*, Sarajevo; 2010. Доступно на: https://mz.ks.gov.ba/sites/mz.ks.gov.ba/files/2023-08/34_vodic_za_sprjecavanje_i_suzbijanje_bolnickih_infekcija.pdf
6. *Smjernice za higijenu ruku u zdravstvenim ustanovama*, Hrvatski zavod za javno zdravstvo 2011. Zagreb. (Citirano 2025-14-2). Доступно на: <https://www.hzzzs.hr/wp-content/uploads/2016/11/SMJERNICE-higijena-ruku.pdf>
7. World Health Organization. *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*. Geneva: WHO; 2016. Доступно на: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d811a2ad-3c7f-48a2-b88b-4935da71a87b/content>
8. Врањеш, С. и сар. Стандардне оперативне процедуре у области здравствене његе на примарном нивоу здравствене заштите. Сарајево, Фондација фаами; 2022.
9. *Сестринске процедуре*, IV издање, Маргарет С. Амброуз, Дата Статус, Београд
10. „Правилник о мјерама за спречавање и сузбијање инфекција повезаних са пружањем услуга здравствене заштите („Службени гласник Републике Српске“, бр. 118/08, 11/09, 74/10, 86/10, 24/12, 121/12, 15/16, 57/16 и 31/18).“

3 КОМУНИКАЦИЈА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА С БОЛЕСНИКОМ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ

1. УВОД

Најзначајнији облици комуникације медицинске сестре – техничара са болесником у палијативној њези су **пружање информација** о болести и здравственој њези у сврху смањења осјећаја беспомоћности, те **пружање емоционалне подршке** у сврху смањења тјескобе, осјећаја изолованости и занемарености.

Циљ процедуре је дати смјернице медицинским сестрама – техничарима о начину комуникације с корисником палијативне његе.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у свим организационим јединицама у којима се спроводи палијативна њега.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниције

Вербална комуникација: пренос порука изговореним ријечима ради пружања информација, објашњења и подршке болеснику и његовој породици.

Невербална комуникација: изражавање порука без ријечи (контакт очима, изрази лица, гесте, тон гласа, држање тијела, додир), које појачавају или мијењају значење вербалне комуникације.

Информацијска комуникација: размјена информација везаних уз болест, поступке лијечења и план његе с циљем смањења неизвјесности и осјећаја беспомоћности код болесника и породице.

Терапијска комуникација: облик комуникације усмјерен на пружање емоционалне подршке, смањење тјескобе, осјећаја изолованости и стигматизације код болесника и чланова породице.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: одговорна је за јасну, емпатичну и правовремену комуникацију с болесником и његовом породицом, уз поштовање приватности и достојанства. Препознаје потребе породице, пружа емоционалну подршку те координише информације и поступке с другим члановима здравственог тима.

Болесник: активно учествује у планирању и спровођењу његе, исказује своје потребе, жеље и ставове, те отвореном комуникацијом олакшава пружање здравствене његе.

4. ПОСТУПАК

Комуникацију дијелимо на **вербалну** и **невербалну**, а, с обзиром на сврху, дијели се и на **информацијску** и **терапијску**. На комуникацију утичу различити фактори: демографски фактори, старост, пол, урбани или рурални стил живота, етичка припадност, социоекономски фактори, породична структура, културне вриједности и ставови према смрти и умирању. Ток комуникације одређују различити фактори: садржај поруке (шта слушамо), како слушамо, карактеристике ситуације у којој се комуникација одвија

(мјесто, сврха разговора), личне карактеристике саговорника, перцепција карактеристика и ситуација од стране учесника и њихова интерпретација и техника разговора.

4.1. Вербална комуникација

Вербална комуникација је пренос порука, идеја, мисли или информација изговореним ријечима. То је један од најчешћих облика комуникације и неопходан је за свакодневне интеракције, личне и професионалне.

4.1.1. Потешкоће у вербалној комуникацији

Палијативна њега често укључује расправу о терминалној фази болести, смртности, болу и квалитету живота. Ове теме могу створити препреке у отвореној и искреној комуникацији.

- **Емоционалне потешкоће** – болесници у палијативној њези често пролазе кроз емоционално тежак период, што може отежати јасну комуникацију с медицинским особљем. Емоционална преплављеност болесника може довести до смањење способности изражавања својих жеља и потреба;
- **Недостатак комуникацијских вјештина** – може отежати разумијевање и емпатичан однос с болесницима;
- **Језичке баријере** – у случају да болесник не говори исти језик као медицинско особље, језичке баријере могу озбиљно ометати комуникацију и разумијевање потреба и жеља болесника;
- **Недостатак времена** – може смањити могућности за дубље разумијевање и емпатичну подршку;
- **Недостатак подршке или учешћа породице** – може створити додатне препреке за успјешну комуникацију и планирање њега.

4.2. Невербална комуникација

Побољшање невербалне комуникације у здравству кључно је за изградњу повјерења, преношење емпатије и подстицање позитивних интеракција болесника и здравствених радника.

Стратегија за побољшање невербалних комуникацијских вјештина:

- **Контакт очима** – успостављање и одржавање контакта очима с болесницима показује пажњу, емпатију и поштовање. Важно је водити рачуна о културолошким разликама и индивидуалним склоностима у вези с контактом очима;
- **Одржавање отвореног и опуштеног става** – избјегавање прекрштених руку подстиче болесника на отворену комуникацију. При томе потребно је да је здравствени радник благо нагнут према болеснику;
- **Израз лица** – одговарајући израз лица преноси емпатију, забринутост или сигурност. Осмијех, када је то прикладно, може помоћи болесницима да се опусте и створе позитивну атмосферу током разговора;
- **Гестикулација** – користити је разумно и прикладно како би се нагласили кључни моменти или пренијела топлина и емпатија;
- **Пресликавање и подударање** – суптилно пресликавање говора тијела болесника и емоционалних знакова користе се ради успостављања доброг односа и повјерења. Пресликавање и подударање болесниковог држања, гести или израза лица може помоћи у стварању осјећаја повезаности и разумијевања;
- **Додир** – додир се користи разборито и осјетљиво како би се осигурала удобност, сигурност или подршка. Њежан додир рамена или руке може пренијети емпатију

и повезаност, али увијек затражити пристанак и поштовати културолошке или личне преференције у вези с додиром. Додиривање тијела приликом прегледа мора бити најављено и образложено, када се ради о интимним дијеловима;

- **Тон и гласноћа гласа** – укључује елементе као што су висина, волумен, интонација и нагласак, а може утицати на значење и тумачење вербалне комуникације. Здравствени радници треба да користе миран и охрабрујући тон и да прилагоде гласноћу како би осигурали да болесници могу јасно чути без осјећаја преоптерећености;
- **Простор и близина** – улазак у болесников интимни простор треба бити најављен, у супротном може створити неугодан осјећај код болесника.

4.2.1. Препреке у комуницирању, начини унапређења комуникације

Најчешће комуникацијске препреке и стратегије за њихово избегавање или превладавање представљени су у табели 1.

Табела 1. Најчешће препреке у комуникацији и смјернице за њихово превладавање

Препрека	Опис	Смјернице за превладавање
Физичке	Бука, удаљеност, околне препреке	Одговарајући простор, минимализовање буке, избегавање уласка других у простор
Психолошке	Пристрасности, предрасуде, емоционална стања	Емпатија, активно слушање, свјесност сопствених пристрасности, предрасуда, емоција
Културолошке	Културолошке норме, вриједности и стилови комуникације	Упознавање болесникове културе, обичаја, традиције, религије. Избегавања стереотипа и генерализације
Перцептивне	Индивидуална искуства, увјерења или когнитивне пристрасности	Замолити за појашњење и повратне информације од болесника, спремност за алтернативне перспективе, избегавање претпоставки о намјерама и мотивима болесника
Семантичке	Разлике у значењу ријечи, симбола и гестикулације	Појашњење, избегавање погрешног разумијевања, добра невербална комуникација

4.2.2. Препоруке за комуникацију с болесницима ослабљеног слуха

- Одредити на које уво боље чује, и усмјерити говор на ту страну;
- Помоћи особи да се научи служити слушним апаратом;
- Говорити јасно, гласно и нормалном брзином;
- Ако болесник не разумије, поновити поруку другим ријечима;
- Говорити окренутим лицем болеснику, како би помогли изразом лица и покретима усана да разумије поруку;
- Вербалну поруку допунити невербалном комуникацијом – гестом, изразом лица;
- Не стављати руку пред уста док се комуницира и не жвакати храну или жвакаћу гуму;
- Смањити буку у позадини док се комуницира, нпр. угасити радио или телевизор;
- Тражити повратну информацију од болесника, да се сазна колико је разумио.

4.2.3. Препоруке за комуникацију с болесницима ослабљеног вида

- Савјетовати болесника о кориштењу и држању наочала при руци;
- Представити се именом при уласку у собу и прије почетка разговора;
- Вербално објаснити сваку писану поруку – ако особа наизглед чита, не значи да је и видјела шта пише, зато питањима треба провјерити разумијевање поруке;

- Примјерено освјетљење помаже бољем виђењу;
- Уклонити све опасности, нпр. препреке на путу или бљештање;
- Ријечима описати пут којим се води болесник и гдје се води.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Избјежавати често постављање питања затвореног типа (одговори су само са „да“ или „не“), јер болесник може изгубити повјерење и вољу да настави разговор.

Не користити сугестивна питања у разговору с болесником („Бол се шири према врату, је ли да?“) и вишеструка (сложена) питања („Је ли имате прољев, повраћање, температуру?“).

Избјежавати испразне изјаве као што је „Биће добро“ (болеснику други дан може бити још горе, а добио је „лажну наду“, пољуљано је повјерење).

Избјежавати родитељско понашање према болеснику, обрамбени став приликом разговора, претјеране похвале или погрде болеснику, те одговарање на властита питања.

Водити рачуна да удаљеност од болесника при комуникацији буде примјерена (40–120 цм).

Континуирано спроводити едукацију комуникацијских вјештина медицинске сестре – техничара с болесником у палијативној њези.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар спроведени поступак евидентира у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Процедура се ревидира сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Dumbović N., Neuberg M. *Obitelj u palijativnoj skrbi*. Varaždin: Sveučilište Sjever; 2025.
2. Mujagić N., Rizvan I., Čerkez G., Peršić Z. *Komunikacija u zdravstvu*. Sarajevo: Fondacija Fami; Federalno ministarstvo zdravstva; Fakultet političkih nauka; 2023.
3. Ozimec Vulinec Š. *Palijativna skrb*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2014.
4. *Priručnik za dodatnu edukaciju iz zdravstvene njege u zajednici*. Fondacija fami; 2024.
5. Tomić Z., Krišto B. *Komunikacija u Medicini*, Mostar: Sveučilište u Mostaru; 2022.

4 КОМУНИКАЦИЈА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА С ЧЛАНОВИМА ПОРОДИЦЕ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ

1. УВОД

Комуникација представља битан елемент у пружању палијативне здравствене њега болесницима, посебно када је ријеч о интеракцији с члановима породице. Породица је примарни старатељ болеснику и важан је извор социјалне подршке, те пролази тежак период с чланом породице кроз болест. Комуникацијски проблеми често постају израженији када болесник прелази из куративне фазе лијечења у палијативну фазу. У овом прелазном периоду медицинска сестра – техничар има кључну улогу у комуникацији која помаже у стварању повјерења и разумијевања међу свим учесницима палијативне њега, укључујући и породицу болесника.

Циљ процедуре је дати смјернице медицинским сестрама – техничарима о начину комуникације с члановима породице у палијативној њези.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у свим организационим јединицама у којима се спроводи палијативна њега.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниција

Комуникација: процес размјене информација, емоција и ставова између медицинске сестре – техничара, болесника и чланова породице с циљем разумијевања, подршке и доношења одлука у палијативној њези.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: одговорна је за јасну, емпатичну и правовремену комуникацију с члановима породице, уз поштовање приватности и достојанства. Такође има улогу препознати потребе породице, пружити емоционалну подршку те координирати информације и поступке с другим члановима здравственог тима.

Чланови породице: активно учествују у планирању и спровођењу њега, исказују своје потребе, жеље и ставове, те отвореном комуникацијом олакшавају пружање здравствене њега.

4. ПОСТУПАК

Уз сагласност болесника, чланови породице се укључују у процес палијативне њега од првог контакта, почевши од интервјуа (хетероanamнеза). Палијативни болесник често зближава породице, а у неким случајевима неспоразуми и тешкоће одраније се могу продубити.

Медицинска сестра – техничар својим комуникацијским вјештинама, а у сврху превладавања неспоразума и стресних ситуација, пружа помоћ код:

- Суочавања са стресом;
- Одлучивања;
- Њега за члана породице;
- Планирања и организације палијативне њега.

4.1. Комуникација с члановима породице

Медицинска сестра – техничар, у складу с компетенцијама, кроз комуникацију с члановима породице треба:

- Осигурати мирно окружење и приватност током разговора;
- Одговорити на постављена питања јасно и отворено;
- Обавијестити у најранијој фази лијечења о могућим исходима и планираним медицинским поступцима и мјерама;
- Утврдити потребе чланова породице, изворе њихових страхова (од смрти, губитка вољене особе, до тога како ће изгледати њихова будућност);
- Слушати, охрабривати, наглашавати јаке стране породице, те тјешити чланове породице;
- Послушати жеље породице и сазнати што више о карактеру болесника и његовим жељама;
- Припремити породицу да стање болесника може трајати дуго и не давати прогнозе;
- Подржати жеље породице/болесника о збрињавању на крају живота;
- Уколико је потребно, организовати интердисциплинарни састанак;
- Организовати консултације с етичким тијелом уколико је потребно.

4.2. Савјетовање чланова породице

Медицинска сестра – техничар кроз комуникацију с породицом савјетује чланове да:

- Не показују бескрајну или сталну забринутост или претјерани песимизам, исто тако да не настоје стално сакривати своју бригу и саосјећање то јест да не изгледају индиферентни према болеснику;
- Према обољелом члану буду толерантни и стрпљиви, да изграде атмосферу повјерења и присности, како би он могао изразити своје бојазни и страхове, слободно причати о свему што га мучи, а без страха да ће бити критикован и несхваћен;
- Комуницирају с болесником без обзира на стање свијести и подстицати их да говоре све оно што би болеснику рекли да је при свијести (нпр. добијање или давање опроштаја, поправљање односа, давање признања...), довољна је и сама тишина;
- Нормално функционишу у свакодневном животу, те рационално троше енергију (на послу, у друштву, спавају довољно...).

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

На једноставан, прикладан и разумљив начин комуницирати с породицом, не користећи стручне ријечи, како би се избјегли неспоразуми у комуникацији.

Континуирано спроводити едукацију комуникацијских вјештина медицинске сестре – техничара с члановима породице у палијативној њези.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар спроведени поступак евидентира у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Процедура се ревидира сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА:

1. Dumbović N., Neuberg M. *Obitelj u palijativnoj skrbi*. Varaždin: Sveučilište Sjever; 2025.
2. Đorđević V., Braš M., Brajković L. *Palijativna skrb – brinemo zajedno*. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.

3. Mujagić N., Rizvan I., Čerkez G., Peršić Z. *Komunikacija u zdravstvu*. Sarajevo: Fondacija Fami; Federalno ministarstvo zdravstva; Fakultet političkih nauka; 2023.
4. Ozimec Vulinec Š. *Paliјativna skrb*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2014.
5. Tomić Z., Krišto B. *Komunikacija u medicini*, Mostar: Sveučilište u Mostaru; 2022.

5 ПОСТУПАЊЕ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА ПРИ ПРИЈЕМУ БОЛЕСНИКА У ХОСПИЦИЈ

1. УВОД

Пријем болесника у хоспициј представља кључни тренутак у процесу пружања палијативне његе, јер се у том периоду успоставља први контакт између болесника, породице и здравственог тима. Улога медицинске сестре – техничара у овом процесу је од изузетног значаја, будући да својим професионалним приступом, емпатијом и комуникацијским вјештинама поставља темеље повјерења, сигурности и осјећаја подршке код болесника и чланова породице.

Осим професионалне процјене здравственог и емоционалног стања, пријем је и тренутак у којем је потребно показати разумијевање и поштовање према емоционалним реакцијама болесника и породице, које могу укључивати страх, тугу, анксиозност или осјећај губитка контроле.

Циљ процедуре је дати смјернице медицинским сестрама – техничарима о правилном, етичном и професионалном поступању медицинске сестре при пријему болесника у хоспициј, како би се осигурао континуитет његе, подршка породици и поштовање основних принципа палијативне медицине — саосјећање, достојанство и холистички приступ.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у оквиру хоспицијске и палијативне здравствене заштите.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1 Дефиниције

Хоспициј: здравствена установа или одјељење специјализовано за пружање палијативне његе болесницима у терминалној фази болести, с циљем ублажавања симптома, очувања достојанства и подршке болеснику и породици.

Пријем болесника: организован процес запримања болесника у хоспициј, који укључује административне, медицинске и психосоцијалне активности с циљем процјене потреба болесника и пружања информација о току и начину његе.

Холистички приступ: начин пружања здравствене његе који подразумева цјеловит поглед на болесника, укључујући његове физичке, емоционалне, социјалне и духовне потребе.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: обавља почетну процјену здравственог и функционалног стања болесника (витални знакови, присутни симптоми, ниво бола, покретљивост, прехрана и хигијена), прикупља и евидентира основне административне и медицинске податке о болеснику. Информише болесника и породицу о правима, правилима и могућностима у оквиру хоспицијске његе, препознаје емоционалне реакције и

потребе болесника и породице, те пружа психолошку подршку и осигурава приватност и повјерљивост информација током цијелог пријемног процеса.

Доктор медицине: врши детаљну медицинску процјену болесника по пријему, доноси одлуку о плану лијечења и терапијским мјерама у складу са принципима палијативне његе.

Социјални радник: Процјењује социјалне и емоционалне потребе болесника и породице и пружа савјетодавну и емоционалну подршку, те учествује у планирању индивидуалног приступа болеснику и његовим ближњима.

4. ПОСТУПАК

Поступање медицинске сестре – техничара при пријему обухвата све активности усмјерене на процјену здравственог и емоционалног стања болесника, прикупљање релевантних података, упознавање са потребама и очекивањима породице, те пружање основних информација о организацији рада и доступним облицима подршке у хоспицију.

4.1. Медицинска сестра – техничар:

- Провјерава најаву пријема болесника и прикупља доступну медицинску документацију (упутницу, налазе, анамнезу, терапију)
- Представља се именом и функцијом, објашњава своју улогу и улогу хоспицијског тима.
- Евидентира основне податке о болеснику: личне податке, контакт особу, дијагнозу, алергије, лијекове и посебне потребе;
- Мјери виталне знакове (крвни притисак, пулс, респирације, температуру, сатурацију) и биљежи налазе;
- Обавља иницијалну процјену здравственог и функционалног стања болесника (стање свијести, покретљивост, прехрана, бол, кожа, елиминација);
- Попуњава пријемни образац и документује све релевантне податке у медицинску документацију;
- Током пријема, медицинска сестра – техничар активно слуша болесника и породицу, поштује њихове емоције и страхове;
- Пружа, на јасан и разумљив начин, основне информације о организацији рада, правилима понашања и услугама које хоспициј нуди;
- Припрема собу и потребну опрему према здравственом стању болесника (кревет, ортопедска помагала, средства за хигијену и сл.);
- Показује болеснику собу, санитарни чвор и заједничке просторије, објашњава начин наручивања obroка и распоред дневних активности и представља остале медицинске сестре – техничаре који ће учествовати у процесу палијативне његе;
- Охрабрује болесника и породицу да изразе своје потребе, жеље и забринутости;
- Све активности, налазе и запажања уносе у медицинску документацију одмах по завршетку пријема.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Осигурати да све интервенције буду у складу с клиничким смјерницама и стандардима његе. Континуирано спроводити едукацију и евалуирати компетенције медицинских сестара – техничара о поступку пријема болесника у хоспициј.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар евидентира у сестринску документацију спроведени поступак.

7. РЕВИЗИЈА

Процедура се ревидира сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. *Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb*, Доступно на: https://zdravlje.gov.hr/userdocsimages/arhiva/files/120231/Bijela%20knjiga%20o%20standardima%20i%20normativima.pdf?utm_source=chatgpt.com
2. *Palijativna zdravstvena njega*, Доступно на: https://www.scribd.com/document/644235840/palijativna-zdravstvena-njega-2?utm_source=chatgpt.com
3. Врањеш, С. и сар. Стандардне оперативне процедуре у области здравствене његе на примарном нивоу здравствене заштите. Сарајево, Фондација фамии; 2022.
4. *Сестринске процедуре*, IV издање, Маргарет С. Амброуз, Дата Статус, Београд.

6 ПРОЦЈЕНА, ПЛАНИРАЊЕ, ИНТЕРВЕНЦИЈА И ЕВАЛУИРАЊЕ ПАЛИЈАТИВНЕ ЊЕГЕ

1. УВОД

Палијативна њега подразумијева свеобухватни приступ болесницима с неизљечивим болестима, с циљем ублажавања патње и побољшања квалитета живота болесника и његове породице.

Циљ процедуре је осигурати стандардизован начин процјене, планирања, спровођења и евалуације палијативне његе, заснован на холистичком приступу и тимском раду.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује на свим нивоима здравствене заштите.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниције

Палијативна њега: активна, свеобухватна брига о болесницима с прогресивним, неизљечивим болестима, с циљем ублажавања бола и других симптома те пружања психосоцијалне и духовне подршке.

Процјена: систематско прикупљање информација о физичким, емоционалним, социјалним и духовним потребама болесника и породице.

Планирање: израда индивидуализованог плана његе заснованог на процјени потреба болесника.

Интервенција: спровођење планираних активности ради ублажавања симптома и побољшања квалитета живота.

Евалуација: континуирано праћење и процјена дјелотворности интервенција те прилагођавање плана његе према потребама болесника.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: спроводи процјену стања болесника, учествује у изради и реализацији плана његе, прати реакције болесника, евалуира резултате те документује све интервенције и промјене о његовом стању

Љекар: поставља дијагнозу, прописује терапију и дефинише медицинске циљеве палијативне његе, координише тимски приступ и доноси клиничке одлуке.

Мултидисциплинарни тим: пружа психолошку, социјалну и духовну подршку болеснику и породици.

4. ПОСТУПАК

4.1. Процјена

Процјена стања болесника представља први и кључни корак у процесу пружања палијативне његе, с циљем да се добије цјеловита слика о физичким, емоционалним, социјалним и духовним потребама болесника, како би се план његе усмјерио на ублажавање патње и побољшање квалитета живота.

Током процјене прикупљају се подаци о:

- **Физичком стању болесника** укључујући присутност бола, интензитет и трајање симптома (нпр. мучнина, диспнеја, умор), покретљивост, апетит, квалитет сна и друге релевантне показатеље физичке функционалности.
- **Емоционалном стању**, с фокусом на присутност анксиозности, депресије, страха, несигурности и других емоционалних реакција на болест. Посебна пажња посвећује се подршци у суочавању с терминалном фазом болести.
- **Социјалним околностима**, које укључују процјену породичне и друштвене подршке, стамбених и економских услова, доступности његоватеља и комуникације унутар породице.
- **Духовним потребама**, при чему се уважавају болесникова вјеровања, осјећај смисла, прихватање болести и потребе за разговором или духовном подршком.

За процјену интензитета симптома најчешће се користи Едмонтонска скала процјене симптома – ECAC, у складу с препорукама Свјетске здравствене организације (прилог 1).

4.2. Планирање

Индивидуални план његе израђује се на основу процјене потреба болесника и усклађује се са његовим жељама, могућностима породице и циљевима палијативне његе.

Индивидуални план његе укључује:

Циљеве његе који најчешће обухватају:

- **олакшање симптома** – ублажавање бола, диспнеје, мучнине, анксиозности и других тегоба;
- **очување достојанства и квалитета живота** – поштовање жеља болесника, подршка у доношењу одлука;
- **подршка породици** – едукација о њези, емоционална и духовна подршка;
- **психосоцијална стабилност** – смањење страха, усамљености, осјећаја беспомоћности.

Одговорне особе

За сваку интервенцију потребно је навести ко је одговоран за њено спровођење (медицинска сестра, љекар, члан породице, социјални радник, психолог).

Рокови и евалуација

План његе није статичан – он се **стално процјењује и прилагођава**. Евалуација укључује:

- праћење постигнутих циљева (да ли су симптоми ублажени);
- процјену задовољства болесника и породице;
- евиденцију промјена у здравственом стању;
- ревизију плана у складу с новим потребама.

Рок за евалуацију се обично одређује **у зависности од стања болесника** – код нестабилних болесника свакодневно, код стабилнијих једном седмично.

4.3. Интервенција

Након спроведене процјене и планирања, у фази **интервенција** спроводе се конкретне мјере усмјерене на ублажавање симптома, очување достојанства и побољшање квалитета живота палијативног болесника.

Све интервенције треба да буду индивидуално прилагођене потребама болесника и договорене унутар мултидисциплинарног тима, уз учешће породице, а обухватају:

Контрола бола (фармаколошке и нефармаколошке методе)

- примијенити ординирану **фармаколошку терапију** – користећи принципе СЗО аналгетске љествице (од неопиоидних до јаких опиоида према степену бола);
- ускладити вријеме примјене аналгетика како би се спријечило јављање бола, а не реаговало тек по његовом настанку;
- користити **нефармаколошке методе** као допуну: правилно позиционирање, масажа, топли/хладни облози, технике дисања и релаксације, ароматерапија, музичка терапија;
- процијенити ефикасност терапије и пријавити љекару сваку промјену (погоршање бола, нуспојаве) ради корекције терапије.

Њега тијела и одржавање комфора

- одржавати личну хигијену и уредност болесника у складу с његовим могућностима (тоалет у кревету, купање, њега коже и усне шупљине);
- **мијењати положај тијела** свака 2 до 3 сата ради превенције декубитуса, користећи јастуке и антидекубитална помагала;
- пратити стање коже, евидентирати промјене и правовремено реаговати;
- осигурати адекватну исхрану и хидратацију у складу са могућностима гутања и општим стањем болесника;
- прилагодити собну температуру, освјетљење, вентилацију и ниво буке како би се обезбиједило пријатно окружење;
- обезбиједити удобан положај, чисту постељину и мирну атмосферу за одмор.

Психолошка подршка и разговор

- у комуникацији с болесником примјењивати емпатијски приступ и активно слушање;
- омогућити болеснику да изрази своје емоције, страхове и бриге без прекидања и осуђивања;
- охрабривати болесника да учествује у доношењу одлука о властитој њези и лијечењу;
- препознати знакове депресије, анксиозности или духовне кризе и укључити психолога по потреби;
- пружити континуирану емоционалну подршку породици и припремати их за ток болести и евентуални исход.

Укључивање породице у бригу о болеснику

- едуковати чланове породице о основним поступцима њега: правилно позиционирање, одржавање хигијене, храњење, давање ординираних оралних лијекова, препознавање симптома погоршања;

- пружити упутства о мјерама превенције компликација и поступцима који олакшавају дисање, спавање и опуштање болесника;
- охрабривати чланове породице да разговарају с болесником, изражавају емоције и подршку;
- укључити породицу у планирање његе и доношење одлука у складу с жељама болесника;
- нудити емоционалну и психолошку подршку породици, посебно у фази терминалне болести и процеса туговања.

Координација с љекаром у случају промјене стања

- редовно мјерити и евидентирати виталне знакове, стање свијести, дисање, апетит, покретљивост и интензитет бола;
- сваку значајну промјену (ново крварење, диспнеја, агитација, смањен одговор на стимулацију) одмах пријавити љекару;
- учествовати у евалуацији и ревизији терапије у сарадњи с љекаром;
- по потреби укључити друге чланове палијативног тима (физиотерапеута, социјалног радника, психолога).

4.4. Евалуација

Евалуација представља **завршну, али и континуирану фазу** процеса палијативне његе. Спроводи се **редовно и систематски**, одмах након примјене интервенција, те у унапријед договореним временским интервалима или по потреби (у случају промјене стања болесника).

Током евалуације, медицинска сестра – техничар и чланови мултидисциплинарног тима процјењују да ли су **циљеви његе остварени** и у којој мјери су интервенције биле дјелотворне. Евалуација треба да буде **објективна, документована и оријентисана на исход**.

Елементи који се процјењују су:

Дјелотворност примијењених интервенција

- анализирати да ли су спроведене интервенције (фармаколошке и нефармаколошке) довеле до жељених резултата (смањења бола, ублажавања мучнине, побољшања комфора, сна или дисања);
- утврдити постојање евентуалних нуспојава или нежељених реакција на терапију;
- ако циљеви нису постигнути, план и интервенције се одмах **ревидирају и прилагођавају**.

Задовољство болесника и породице

- процијенити субјективни доживљај болесника у вези с олакшањем симптома, осјећајем сигурности и подршке;
- разговарати с члановима породице о њиховом доживљају пружене његе, о евентуалним тешкоћама и потребама за додатном подршком;
- биљежити сугестије и приједлоге болесника и породице за унапређење његе.

Промјене у симптомима и потребама

- редовно пратити и документовати промјене у симптомима болести: бол, дисање, апетит, свијест, покретљивост, емоционално стање;
- препознати нове симптоме или потребе које захтијевају укључивање додатних интервенција (нутритивна подршка, промјена аналгетика, психолошка помоћ);

- на основу промјена у стању болесника, тим врши **процјену приоритета** и прилагођава план њега.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Осигурати да све интервенције буду у складу с клиничким смјерницама и стандардима њега.

Поштовати етичка начела палијативне њега (достојанство, аутономија, поштовање болесника).

Осигурати сигурну примјену лијекова (посебно опиоида).

Водити рачуна о превенцији декубитуса и инфекција.

Осигурати повјерљивост информација и заштиту приватности болесника.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар спроведени поступак евидентира у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Ревизија процедуре се врши сваке три године а по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Ferrell B. R., Twaddle M. L., Melnick A., Meier D. E. *National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care Guidelines*, 4th Edition. J. Palliat Med. 2018 Dec;21(12):1684-1689. doi: 10.1089/jpm.2018.0431. Epub 2018 Sep 4. PMID: 30179523.
2. Galić D. i dr. *Standardne operativne procedure zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, II dio, Polivalentna patronaža/sestrinstvo u zajednici*. Sarajevo Fondacija fami 2019.
3. Edmontonska skala procjene simptoma, Доступно на: https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRnzkcB-a4OD5IsrHeEVWgMwD9JBBfGb6pF3j9TGXjL5z3S_1JuU1PVONg&s
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Care of dying adults in the last days of life (NG31)* [интернет]. London: NICE; 2015 Dec 16. Guideline (PDF). Доступно на: [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *End of life care for adults: service delivery (NG142)* [интернет]. London: NICE; 2019 Oct 16. Guideline web page. Доступно на: [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
6. Payne S., Harding A., Williams T., Ling J., Ostgathe C. *Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study*. Palliat Med. 2022 Apr;36(4):680-697.
7. World Health Organization. *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide...* (full text PDF). Geneva: WHO; 2018. Доступно на: <https://www.svmpaliativa.org/wp-content/uploads/Integrating-palliative-care-into-primary-health-care.pdf>
8. World Health Organization. *Palliative care: fact sheet*. Geneva: WHO; 2020 Aug 5. Available from: WHO Newsroom Fact Sheets. Доступно на: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
9. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; World Health Organization. *Global Atlas of Palliative Care (2nd ed.)* Geneva/London: WHPCA & WHO; 2020/2021. Доступно на: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-%28ihs%29/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf

Прилог 1. Едмонтонска скала процјене симптома

Едмонтонска скала процјене симптома / Edmonton Symptom Assessment Scale

Заокружите број који најбоље описује Ваше тренутно стање:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без бола							Најгори могући бол			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Није уморан							Најгори могући умор			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Нема мучнине							Најгора могућа мучнина			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Није депресиван							Најгора могућа депресија			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Није анксиозан							Најгора могућа анксиозност			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Није поспан							Најгора могућа поспаност			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Најбољи апетит							Најгори могући апетит			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Најбољи осјећај благостања							Најгори осјећај благостања			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без кратког даха							Најгори могући осјећај кратког даха			

Други проблем (навести): _____

Име болесника: _____

Датум: _____

Вријеме: _____

Ропунио/ла (означити):

- ☐ Bolesnik
- ☐ Njegovatelj
- ☐ Uz pomoć njegovatelja

7 ВОЂЕЊЕ МЕДИЦИНСКЕ ДОКУМЕНТАЦИЈЕ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ

1. УВОД

Медицинска документација у палијативној њези представља основу за квалитетну и континуирану здравствену заштиту. Њено правилно вођење омогућава праћење стања болесника, планирање и евалуацију сестринских интервенција те координацију са другим члановима мултидисциплинарног тима.

Сестринско документовање мора бити тачно, правовремено, јасно и свеобухватно, у складу са законским прописима и етичким стандардима.

Циљ процедуре је дати смјернице медицинским сестрама – техничарима о поступању, на начин који ће осигурати: тачно, јасно и досљедно вођење документације, континуитет здравствене његе кроз правовремено биљежење свих сестринских интервенција и промјена у стању болесника, олакшану комуникацију међу члановима мултидисциплинарног тима, сигурност и повјерљивост података а тиме и правну и етичку заштиту болесника и здравствених радника.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у свим организационим јединицама у којима се спроводи палијативна њега.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниције

Медицинска документација: скуп писаних или електронских података о здравственом стању болесника, дијагностичким и терапијским поступцима, те сестринској њези.

Сестринска документација: евиденција података које прикупља медицинска сестра – техничар, биљежи и користи за планирање и евалуацију здравствене његе.

Палијативна њега: активна, свеобухватна брига о болесницима са неизљечивим болестима, усмјерена на ублажавање симптома, очување достојанства и пружање подршке породици.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: прикупља релевантне податке о болеснику, води сестринску документацију редовно и уредно у складу са стандардима здравствене његе. Биљежи све промјене у здравственом стању, интервенције и реакције болесника, евидентира примјену лијекова, поступке и мјере његе, преноси важне информације кроз документацију осталим члановима тима и придржава се принципа повјерљивости података.

Главна сестра – техничар: контролише исправност вођења документације, организује едукације особља о правилном документовању те осигурава доступност и архивирање документације.

Мултидисциплинарни тим (љекари, психолози, социјални радници): користе документацију за координацију здравствене његе и уписују своје интервенције и налазе према правилима установе.

4. ПОСТУПАК

Медицинска сестра – техничар мора познавати правилно вођење медицинске документације како би се осигурао континуитет и квалитет палијативне здравствене његе и обезбиједила етичка и правна заштита болесника и здравственог особља.

4.1 Кораци и задаци у процесу вођења медицинске документације

4.1.1 Пријем болесника

- **Медицинска сестра – техничар попуњава** пријемни образац (основни подаци: лични подаци, дијагноза, **контакт особу из породице или блиског окружења**);
- биљежи у сестринску анамнезу тренутне болесникове симптоме, ниво бола, функционални статус и психосоцијалне потребе.

4.1.2 Планирање здравствене његе

- Саставља се индивидуални план његе са задацима и приоритетима на основу процјене о потребама и проблемима болесника.

4.1.3 Дневне евиденције

- Биљежи дневне записе о виталним параметрима, болу и осталим симптомима, психолошком стању и емоционалним реакцијама;
- Уписује спроведене интервенције (примјена лијекова, њега коже, превенција декубитуса, нутритивна подршка);
- Приликом апликације лијека обавезно документује назив, дозу, пут примјене лијека, вријеме апликације и евентуалне реакције од стране болесника;
- Биљежи све препоруке љекара и осталих чланова мултидисциплинарног тима;
- Евидентира савјете дате породици и уписује реакције породице;
- Редовно процјењује постизање циљева његе и по потреби ревидира и евалуира план његе.

4.1.4 Отпуст болесника или смртни исход

- У случају отпуста: биљежи стање болесника, даље препоруке, упутства породици и контакт особе;
- У случају смрти: сестра евидентира датум, вријеме, околности и обавјештава љекара и породицу, у складу са протоколима установе.

5. МЈЕРЕ ОПРЕЗА

Сви унесени подаци морају бити датирани, потписани и јасно написани (или унесени у електронски систем са шифром корисника).

Забрањено је брисање или преправљање података, грешке се исправљају једним потезом линије уз иницијале и датум.

Документацију чувати на сигурном мјесту, недоступну неовлашћеним особама.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар спроведени поступак евидентира у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Ревизија процедуре врши се сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА:

1. Jean Acevedo, LHRM, CPC, CHC, CENTC, AAPC Fellow, Hospice Fundamentals, LLC Documentation & Coding Handbook: Palliative Care, 2019; Доступно на: <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2019/05/DocumentationCodingHandbookPalliativeCare.pdf>
2. Max Watson, Rachel Chambel, *OXFORD HANDBOOK OF PALLIATIVE CARE*. 2017; Доступно на: <https://dickyricky.com/books/medical/Oxford%20Handbook%20of%20Palliative%20Care%20-%20Max%20Watson.pdf>
3. Nathan I. Cherny, Marie T. Fallon, Stein Kassa, Russell K. Portenoy, David C. Currow, *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Sixth ed. 2021; Доступно на: <https://pdfcoffee.com/nathan-i-cherny-marie-t-fallon-stein-kaasa-russell-k-portenoy-david-c-currow-oxford-textbook-of-palliative-medicine-oxford-university-press-2021-pdf-free.html>

4. Pravilnik o obimu i sadržaju osnovne medicinske dokumentacije; Federalno ministarstvo zdravstva FBiH, Službene novine 61/18 Доступно на: <https://www.zzjzfbih.ba/wp-content/uploads/2018/10/FMZ-Pravilnici-medicinska-dokumentacija-sl-N-61-18-ilovepdf-compressed.pdf>
5. Univerzitet u Istočnom Sarajevu, Medicinski fakultet (časopis Biomedicinska istraživanja) Amajla Topuz; Ivana Miljković, Značaj primjene dokumentacije u sestrinskoj praksi, 2020; Доступно на: <https://biomedicinskaistrazivanja.mef.ues.rs.ba/article/74/pdf>
6. „Zakon o sestrinstvu i primaljstvu Federacije Bosne i Hercegovine, „Službene novine Federacije BiH“, br. 43/13.
7. Zakon o zdravstvenoj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva Republike Srpske, „Službeni glasnik Republike Srpske“, br. 123/20.
8. Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srpske, „Službeni glasnik Republike Srpske“, br. 57/22, 62/25.

II. ДИО

ПОСТУПЦИ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ

- 8 Бол и процјена бола код болесника којем је потребна палијативна њега
- 9 Поступци медицинске сестре – техничара у превенцији нуспојава хемотерапије код болесника
- 10 Здравствена њега болесника у кући код нуспојава радиотерапије
- 11 Рехабилитација болесника током и након онколошког лијечења
- 12 Купање болесника у палијативној њези
- 13 Поступак пресвлачења болесника са ограниченом покретљивошћу у палијативној њези
- 14 Одржавање хигијене усне дупље код болесника у палијативној њези
- 15 Поступци медицинске сестре – техничара код поремећаја тјелесне температуре у палијативној њези
- 16 Физичка активност и кондиција болесника којем је потребна палијативна њега
- 17 Нутритивна њега болесника у палијативној њези
- 18 Ентерална исхрана болесника којем је потребна палијативна њега
- 19 Парентерална исхрана болесника у палијативној њези
- 20 Хидратација болесника којем је потребна палијативна њега

8 БОЛ И ПРОЦЈЕНА БОЛА КОД БОЛЕСНИКА КОЈЕМ ЈЕ ПОТРЕБНА ПАЛИЈАТИВНА ЊЕГА

1. УВОД

Бол је субјективно, неугодно чулно и емоционално искуство повезано са стварним или потенцијалним оштећењем ткива, које болесник изражава вербално или невербално, а које захтијева правовремену процјену и адекватну сестринску интервенцију.

Циљ процедуре је дати смјернице медицинским сестрама – техничарима о правилном и сигурном начину процјене бола код болесника којем је потребна палијативна њега.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у свим организационим јединицама у којима се спроводи палијативна њега.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниције

Процјена бола: системско прикупљање и анализа информација о присутности, интензитету, карактеристикама и учинку бола на болесника, с циљем планирања и спровођења одговарајуће терапије.

Палијативна њега: холистички приступ њези усмјерен на побољшање квалитета живота болесника суочених с неизљечивим болестима, ублажавањем бола и других симптома, уз емоционалну, духовну и психосоцијалну подршку.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: врши иницијалну и континуирану процјену бола помоћу валидираних скала, даје терапију према налогу и прати болесникове реакције на терапију. Едукује болесника и породице о управљању болом.

Доктор медицине: поставља дијагнозу узрока бола, одређује план и терапију лијечења бола, прати и евидентира ефекат терапије.

4. ПОСТУПАК

Бол је најчесталији симптом код болесника којем је потребна палијативна њега, а медицинска сестра – техничар у свом раду треба да познаје физиологију бола, ризичне факторе те вјешто влада интервенцијама које смањују и сузбијају пораст интензитета бола. Процјена бола мора бити једноставна за спровођење, јер се од медицинске сестре – техничара очекује да ће евалуацију изводити често, нарочито након сваког спроведеног поступка који може повећати или смањити ниво бола.

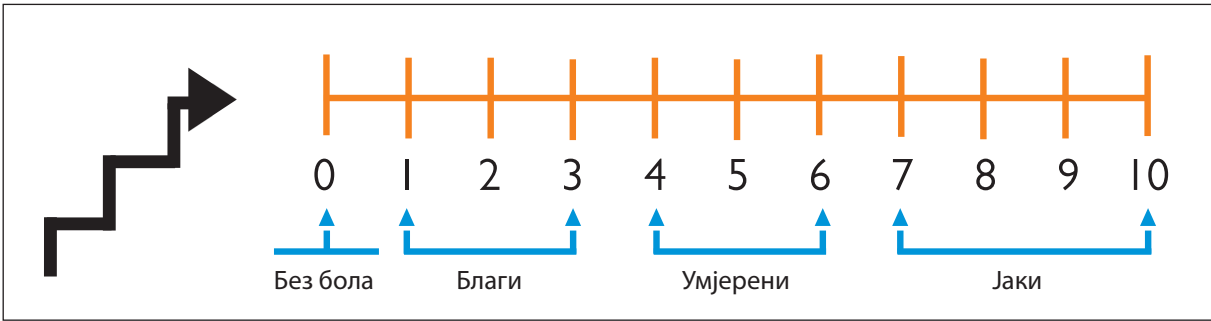
4.1. Врсте бола

Болови могу бити подијељени према трајању, патофизиолошким механизмима и по интензитету бола.

Бол на основу трајања дијели се на:

- акутни (трајање мање од три мјесеца);
- пробијајући (акутни на хронични);
- хронични (трајање дуже од три мјесеца, може бити канцерски и неканцерски).

НУМЕРИЧКА СКАЛА ЗА ПРОЦЈЕНУ БОЛА



Слика 1. Нумеричка скала за процјену бола

Wong-Baker FACES скала за процјену бола



Слика 2. Визуелно аналогна скала – Wong-Baker FACES Scale

Бол према патофизиолошким механизмима настанка може бити:

- ноцицептивна бол (резултат оштећења ткива);
- неуропатска бол (резултат оштећења живаца);
- психогена бол (психолошки феномен који појачава осјећај бола).

По интензитету, бол може бити:

- благ (по визуелно-аналогној скали ВАС испод 3);
- умјерен (по ВАС скали 3–6);
- јак (по ВАС скали више од 6).

4.2. Скале за процјену бола Скале за процјену бола припадају једној од три категорије:

- нумеричке скале оцењивања (користи бројеве за оцењивање бола);
- визуелне аналогне скале (користи се избор слике која најбоље одговара нивоу бола);
- категоријске скале (првенствено користи ријечи, могуће заједно са бројевима, бојама или локацијама на тијелу).

Нумеричка скала процјене бола једна је од најчешће коришћених скала бола у здравственој њези (слика 1). Користи се тако да болесник каже број који најбоље одговара нивоу бола који осјећа. Нула значи да нема болове, док десет представља најјачу могућу бол.

Wong-Baker FACES Scale је визуелно аналогна скала бола илустрована с цртежима лица који мимиком одају утисак емоционалног стања повезаног с одсутношћу или присутношћу одређеног нивоа бола (слика 2). Чешће се користи на педијатријским одјелима или у раду са слабије контактибилним болесницима.

4.3. Извођење поступка

Да би медицинска сестра – техничар правилно процијенила бол, потребно је да узме у обзир болесников опис и своје опажање његових физикалних реакција. Процјену почиње постављањем серије сљедећих питања:

- Гдје је бол локализован?
- Колико дуго траје?
- Колико често се појављује?
- Можете ли описати бол?
- Шта изазива бол?
- Шта олакшава бол или шта га погоршава?

Након добијених одговора, медицинска сестра – техничар замоли болесника да на попуњеној скали за процјену бола рангира свој бол, јер је болесников извјештај о болу основни извор за процјену јачине бола и дјелотворности лијечења.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

При процјени бола важно је узети у обзир културолошко и социјално окружење, вјеру, соматизацију болних сензација, те когнитивни статус болесника.

Осигурати да све интервенције буду у складу с клиничким смјерницама и стандардима њега.

Прије примјене аналгетика процијенити ниво свијести, дисање, виталне знакове.

Користити скале бола прилагођене когнитивном статусу болесника.

Континуирано спроводити едукацију и евалуацију компетенције особља о поступку процјене бола код болесника којем је потребна палијативна њега.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар спроведени поступак евидентира у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Ревизија процедуре се врши у складу са законским прописима који дефинишу ову област.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization. WHO revision of pain management guidelines. Geneva: World Health Organization; 2019. Доступно на: <https://www.who.int/who-revision-of-pain-management-guidelines> (World Health Organization).
2. Indeed Editorial Team. What Is Pain Management Nursing? Доступно на: <https://www.indeed.com/career-advice/finding-a-job/pain-management-nursing> (Indeed)
3. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. NCCN Practice Guidelines in Oncology. Vol. 17, No. 8: 977. Доступно на: <https://nccn.org/view/journals/nccn/17/8/article-p977.xml>
4. Đurković P, editor. *Sestrinske procedure*. Beograd: Data status; 2010.
5. Jacques E. Pain Scales: Types of Scales and Using Them to Explain Pain. Verywell Health; 2023 Aug 30 Доступно на: <https://www.verywellhealth.com/pain-scales-assessment-tools-4020329> (Verywell Health).

9 ПОСТУПЦИ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА У ПРЕВЕНЦИЈИ НУСПОЈАВА ХЕМОТЕРАПИЈЕ КОД БОЛЕСНИКА

1. УВОД

Хемотерапија је основна метода лијечења разних врста карцинома, која користи цитотоксичне агенсе за елиминацију малигних ћелија. Иако је дјелотворна, хемотерапија може узроковати значајне нуспојаве, што захтијева пажљиво управљање и праћење током цијелог процеса лијечења.

Циљ процедуре је дати смјернице медицинским сестрама – техничарима о сигурном и дјелотворном поступању у превенцији нуспојава хемотерапије код палијативног болесника.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује на свим нивоима здравствене заштите.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниције

Хемотерапија је облик лијечења малигних болести (рака) примјеном цитостатских лијекова који уништавају или спречавају раст и диобу малигних (канцерогених) ћелија. Може утицати и на здраве ћелије, узрокујући нуспојаве.

Превенција је скуп мјера и поступака којима се спречава појава или ублажава интензитет нежељених реакција које могу настати као посљедица примјене терапије, медицинских поступака или лијекова.

Нуспојаве хемотерапије: Представљају нежељене и непланиране реакције организма које настају као посљедица дјеловања цитостатика на здраве ћелије, посебно оне које се брзо дијеле (коштана срж, слузница пробавног система, фоликули длаке). Оне нису циљ терапије, али се јављају паралелно с њеним антитуморским дејством и могу бити благе, умјерене или тешке, привремене или трајне.

Палијативни болесник је особа с тешком неизљечивом болешћу којој је потребна свеобухватна палијативна њега, чији је главни циљ побољшање квалитета живота.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинске сестра – техничар: едукује болесника о могућим нуспојавама и начинима њихове превенције, прати опште стање и рано препознаје нежељене реакције, спроводи прописане превентивне мјере, савјетује о хигијени, прехрани и заштити од инфекција те обавјештава љекара о свакој промјени здравственог стања.

Онколог: поставља дијагнозу, планира хемотерапију, одређује врсту и дозу цитостатика, прописује лијекове за превенцију нуспојава, прати стање болесника, прилагођава терапију према реакцијама организма.

Болесник: активно сарађује, поштује упутства здравствених радника, прати своје стање и пријављује тегобе.

4. ПОСТУПАК

Хемотерапија, као системска терапија против рака, уништава брзодијелеће ћелије, али може захватити и здраве ћелије, што доводи до нуспојава.

4.1. Задатак медицинске сестре – техничара у превенцији нуспојава хемотерапије

Медицинска сестра – техничар има кључну улогу у превенцији, раном препознавању и збрињавању нуспојава хемотерапије. Њени задаци укључују:

- **Едукацију** болесника и породице о превентивним мјерама и могућим нуспојавама.
- **Праћење** клиничких симптома и редовно мјерење виталних знакова.
- **Комуникација** с љекаром о свим раним знаковима нуспојава.
- **Документовање** свих уочених промјена и интервенција.
- **Договарање** контролних прегледа.

4.2. Најчешће нуспојаве хемотерапије

Хематолошке нуспојаве: анемија, леукопенија, тромбоцитопенија и повећан ризик од инфекција, крварења и умора.

Гастроинтестиналне нуспојаве: мучнина, повраћање, дијареја, стоматитис (упала слuzнице уста), губитак апетита.

Дерматолошке нуспојаве: губитак косе (алопеција), сува или осјетљива кожа, промјене ноктију.

Опште нуспојаве: умор, слабост, губитак тјелесне масе.

Репродуктивне нуспојаве: поремећај менструације, смањена плодност.

Неуролошке нуспојаве: неуропатије (трнци, слабост, осјетљивост на хладноћу код неких лијекова).

Кардиотоксичност, нефротоксичност и хепатотоксичност код одређених цитостатика (рјеђе али теже).

4.3. Превенција нуспојава хемотерапије

4.3.1. Хематолошке нуспојаве (леукопенија, анемија, тромбоцитопенија)

- Редовна контрола крвне слике (по налогу љекара).

4.3.1.1. Спречавање инфекције:

- Често прање руку, дезинфекција површина;
- Избјегавање контакта са особама које имају инфекције;
- Ношење маске у затвореним просторима.

4.3.1.2. Превенција крварења код тромбоцитопеније:

- Користити мекану четкицу за зубе;
- Пазити на повреде, користити мекане пешкире.

4.3.1.3. Превенција умора код анемије:

- Подстицати одмор, распоредити активности у току дана;
- Нутритивно богата прехрана (жељезо, фолна киселина, протеини).

4.3.2. Гастроинтестиналне нуспојаве (мучнина, повраћање, пролив, констипација, стоматитис)

- Примјена антиеметика прије и после хемотерапије према налогу љекара;
- Мањи, чешћи оброци, избјегавати јаку, зачињену и масну храну;
- Хидратација – 2–3 л течности дневно (ако није контраиндиковано).

4.3.2.1. Њега усне шупљине:

- Четкати зубе меканом четкицом након сваког obroка;
- Испирати уста благом физиолошком отопином или содом бикарбоном;

- Избјегавање алкохола и иритирајућих текућина.

4.3.2.2. Превенција пролива/констипације:

- Лагана, влакнаста исхрана (по потреби);
- Праћење столице, примјена лаксатива или антидијароика по упутству љекара.

4.3.3. Дерматолошке промјене (алопеција, сува кожа, промјене ноктију)

- Припремити болесника на могућност губитка косе (психолошка припрема, савјетовање);
- Њежно чешљање и прање косе благим шампонима.

4.3.3.1. Њега коже:

- Редовно мазање неутралним хидратантним кремама;
- Ношење памучне одјеће, избјежавати трење и иритацију;
- Заштита од сунца (креме са високим SPF фактором, одјећа дугих рукава).

4.3.3.2. Заштита ноктију:

- Избјежавати јаке хемикалије и детерџенте, носити рукавице;
- Избјежавати лак за нокте.

4.3.4 Опште нуспојаве (умор, слабост, губитак тјелесне масе)

- Планирати дневне активности, према могућностима болесника;
- Лака физичка активност (шетње, лагано истезање), ако је стање дозвољава;
- Уравнотежена прехрана и довољан унос течности;
- Психолошка подршка и мотивација.

4.3.5. Неуролошке нуспојаве (периферна неуропатија)

- Едуковати болесника да пријави трнце, утрнуlost, бол у рукама/ногама;
- Користити удобну обућу и избјежавати повреде стопала;
- Редовно прегледати кожу стопала и руку;
- Подстицати благе вјежбе и покрете прстију како би се одржала циркулација.

4.3.6. Кардиотоксичност, нефротоксичност, хепатотоксичност

- Редовне контроле срца, бубрега и јетрених ензима;
- Довољан унос течности (ако није контраиндикован);
- Избјегавање алкохола и хепатотоксичних лијекова;
- Правовремено пријављивање бола у грудима, отежаног дисања, отицања или промјена мокрећа.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Осигурати да све интервенције буду у складу с клиничким смјерницама и стандардима њега.

Придржавати се мјера за контролу инфекција јер хемотерапија може компромитовати имунолошки систем болесника.

Пажљиво пратити компликације, попут неутропеније, тромбоцитопеније или тешких гастроинтестиналних утицаја и брзо дјеловати како би их ублажили.

Праћење тјелесне температуре свакодневно.

Одмах обавијестити љекара о температури $> 38^{\circ}\text{C}$ или о наглом погоршању стања.

Редовно процјењивати исходе лијечења и задовољство болесника.

Континуирана едукација медицинске сестре – техничара о превенцији нуспојава хемотерапије.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар спроведени поступак евидентира у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Ревизија процедуре се ради сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. European Society for Medical Oncology (ESMO). ESMO Clinical Practice Guidelines: Supportive and Palliative Care. *Ann Oncol.* 2020;31(11):1371-85. Доступно на: <https://www.esmo.org/guidelines/esmo-clinical-practice-guidelines-supportive-and-palliative-care>
2. Nursing Education. *Managing Cancer Treatment Side Effects: A Nurse's Advice for Cancer Patients* [интернет]. Доступно на: https://nursingeducation.org/resources/managing-cancer-treatment-side-effects/?utm_source=chatgpt.com
3. World Health Organization. Palliative care: Key facts. WHO; 2020. Доступно на: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
4. World Health Organization. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Geneva: WHO; 2018. Доступно на: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/809a021b-e75c-4f9c-b002-6fb13bf1a0f5/content>

10 ЗДРАВСТВЕНА ЊЕГА БОЛЕСНИКА У КУЋИ КОД НУСПОЈАВА РАДИОТЕРАПИЈЕ

1. УВОД

Радиотерапија је важан облик онколошког лијечења који, осим терапијског дејства, може довести до појаве различитих локалних и системских нуспојава. Њихов интензитет и трајање зависе од дозе зрачења, регије која се третира, дужине терапије те општер здравственог стања болесника. Будући да се велики дио опоравка и праћења стања одвија у кућним условима, медицинска сестра – техничар има кључну улогу у надзору, ублажавању тегоба и превенцији нуспојава.

Циљ процедуре је осигурати правовремено препознавање, правилно збрињавање и ублажавање нуспојава радиотерапије код болесника на кућном лијечењу.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у кућним условима и у здравственим установама које пружају палијативну његу.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниције

Онкологија је подручје медицине које се бави превенцијом, дијагностиком и терапијом карцинома и тумора.

Радиотерапија је дио медицинске гране радиологије. Примјењује се као самостални модалитет лијечење или је удружена с осталим методама као што су хируршка и хемотерапијска, у коју су интегрисане хормонска, цитостатска и антибиотска или с имунотерапијом.

Здравствена њега болесника на радиотерапији: обухвата планиране, системске и индивидуализоване поступке њега, које медицинска сестра – техничар спроводи у сврху очувања здравља, ублажавања нуспојава те пружања физичке и психолошке подршке болесницима који се лијече радиотерапијом.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: има кључну улогу у збрињавању болесника код примјене радиотерапије те спровођењу здравствене његе код њих. Њихов задатак је осигурати најбољи могући квалитет здравствене његе како би се избјегле компликације узроковане болешћу.

Радиоонколог: одређује план и дозу зрачења и прати ток лијечења.

Болесник: активно сарађује, поштује упутства тима, брине о хигијени и њези коже, прати своје стање и пријављује тегобе.

4. ПОСТУПАК

Здравствена њега болесника код примјене радиотерапије има кључну улогу у припреми болесника, ублажавању нуспојава, пружању подршке и очувању квалитета живота током лијечења.

4.1. Припрема болесника за радиотерапију

Медицинска сестра – техничар има важну улогу у:

- **Едукацији болесника о поступку радиотерапије** – како се спроводи, колико траје, шта може очекивати, које су могуће нуспојаве.
- **Психолошкој припреми** – многи болесници осјећају страх, тјескобу или несигурност, поготово први пут. Сестра пружа емоционалну подршку, разговара с болесником када он осјећа потребу за тим, подстиче га да вербализује своје осјећаје.
- **Процјени болесника** – физичко и психичко стање, прехранбене навике, присутност коморбидитета (нпр. дијабетес, болести коже, кардиоваскуларне болести).
- **Информисању о важности сарадње** – важност редовног доласка на терапије, праћења препорука и хигијенско-дијететских мјера.

4.2. Праћење и ублажавање нуспојава зрачења

- **Мучнина, повраћање, губитак апетита** узроковани РТ обично се јављају већ у првих неколико сати након РТ. Обично се јављају у склопу РТ регије желуца и горњег абдомена, РТ мозга. Медицинска сестра – техничар треба да објасни болеснику узрок мучнине и повраћања. Болеснику омогућити удобан положај и угодне микроклиматске услове, осигурати бубрежасту здјелицу и папирнати убрус надхват руке ако дође до повраћања. Савјетовати мање а чешће оброке уз избјегавање масне и зачињене хране. По потреби узимати лијекове против мучнине по препоруци доктора.
- **Губитак апетита** – болеснику савјетовати оброке богате протеинима. Оброци треба да буду чешћи а количински мањи, које треба добро сажвакати. По потреби користити нутритивне додатке.
Савјетовати болеснику узимање чешћих а количински мањих obroка које треба добро сажвакати. Храна мора бити одговарајуће температуре. Уколико је потребно, по упутству доктора укључити антиеметик.
- **Промјене на кожи**, које се убрајају у акутне нуспојаве радиотерапије, појављују се у облику хиперпигментације коже и еритема (црвенила) на дијелу коже који се зрачи. Задатак медицинске сестре – техничара је упутити болесника на кориштење благог сапуна и воде за хигијену дијела тијела који је изложен радиотерапији. Пешкири који се користе треба да буду мекани а кожу посушити тап-кањем а не брисањем. Болеснику рећи да на кожу не стављају ни вруће ни хладне

облоге те креме или лосионе, осим неутралних (Bepanthen крема, Wolf Basis крема или Белобазе). Одјећа треба да буде од природних влакана. Избјежавати директно сунце.

- **Мукозитис** – оштећења слuzнице усне шупљине и гастроинтестиналног тракта – препоручити мекшу храну (кашаста храна, лако пробављива, умјерено топла), добру оралну хигијену, употребу медицинских раствора за испирање уста.
- **Езофагитис** – упална реакција слuzнице једњака, која може напредовати и до секундарне инфекције. Рећи болеснику да не узима храну која надражује слuzницу те да избјегава конзумирање алкохола и никотина, а храна коју конзумира треба да буде богата бјеланчевинама.
- **Дијареја (пролив)** – болеснику је нужно дати упутства о прехрани (потребно је из прехране избацити сву храну која подстиче перисталтику), па тако болеснику савјетујемо да не једе сирово воће и поврће, млијечне производе с високим удјелом масноћа те намирнице које надимају. Одржавати хидратацију.
- **Умор** – (најчешћа нуспојава) – планирати одмор током дана, прилагодити активности, подржавати редован сан и лагану физичку активност.
- **Бол у зраченом подручју** – хладни или топли облози према препоруци љекара, праћење и евиденција бола.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Интервенције треба да буду у складу с клиничким смјерницама и стандардима њега.

Болесник се упозорава да не уклања маркере с коже, да избјегава огреботине, трљање или масирање зраченог подручја.

Користити само лијекове и суплементе препоручене од љекара.

Едукација о правилном понашању током и након терапије (нпр. хигијена коже, избјегавање сунца и иритације).

Континуирана едукација медицинске сестре – техничара о здравственој њези болесника на радиотерапији.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар спроведени поступак евидентира у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Ревизија процедуре се врши сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Čustović E., Mehić-Basara N. *Priručnik za zdravstvenu njegu u onkologiji*. Tuzla: Univerzitetska klinika za onkologiju; 2018.
2. Hrvatska komora medicinskih sestara. *Smjernice za zdravstvenu njegu pacijenata na radioterapiji*. Zagreb: HKMS; 2021.
3. Jovanović G. *Radioterapija – principi i praksa za medicinske sestre*. Beograd: Zavod za udžbenike; 2017.
4. Marjanović I., Buhovac T. *Onkologija jučer, danas, sutra*. Zdravstveni glasnik. 2017;3(1): 94–98. Доступно на: <https://hrcak.srce.hr/file/373854>.
5. Morović S., Mišir-Krpan A. Radiological technology in the diagnosis and treatment of melanoma. *Radiological Journal*. 2021; 1. Доступно на: <https://hrcak.srce.hr/file/384133>.
6. Redžović A., Zahirović D., Šamija M. Applications, efficacy and side effects of radiotherapy in treatment malignant diseases. *Medicina fluminensis*. 2015;51(3): 353–359. Доступно на: <https://hrcak.srce.hr/file/212463>.

11 РЕХАБИЛИТАЦИЈА БОЛЕСНИКА ТОКОМ И НАКОН ОНКОЛОШКОГ ЛИЈЕЧЕЊА

1. УВОД

Онколошке болести значајно утичу на тјелесно, психичко и социјално стање болесника те захтијевају свеобухватан рехабилитацијски приступ током лијечења и након његовог завршетка. Рехабилитација онколошких болесника усмјерена је на очување и побољшање функционалних способности, смањење нуспојава лијечења, превенцију компликација и унапређење квалитета живота.

Циљ процедуре је осигурати јединствен, сигуран и квалитетан приступ рехабилитацији онколошких болесника током и након лијечења, у сврху очувања и унапређења функционалних способности, смањења нуспојава лијечења, превенције компликација те побољшања квалитета живота болесника.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у болничким, амбулантним или кућним условима.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниције

Онколошки болесник: особа којој је дијагностификована малигна болест, без обзира на врсту и фазу болести.

Рехабилитација онколошких болесника: скуп планираних поступака усмјерених на очување и побољшање функционалних способности, смањење нуспојава лијечења, превенцију компликација и унапређење квалитета живота током лијечења и након његовог завршетка.

Квалитет живота: означава субјективну процјену болесника о властитом физичком, психичком, социјалном и духовном благостању у контексту болести и пружене здравствене његе.

Функционална способност: степен у којем је болесник способан самостално обављати свакодневне активности.

Нуспојаве лијечења: нежељене физичке и психичке промјене које настају као последица онколошке терапије (нпр. бол, умор, мучнина, неуропатија).

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: процјењује рехабилитацијске потребе болесника, спроводи и прати сестринске и рехабилитацијске интервенције, едукује болесника и породицу, пружа психосоцијалну подршку, води документацију те сарађује с мултидисциплинарним тимом.

Љекар (онколог, физијатар, породични љекар): процјењује здравствено стање болесника, одређује план лијечења и рехабилитације, прати ток лијечења, доноси медицинске одлуке и координише рад мултидисциплинарног тима.

Физиотерапеут: процјењује функционални статус болесника, планира и спроводи физиотерапијске поступке, едукује болесника о правилном извођењу вјежби и прати напредак рехабилитације.

Психолог: процјењује психичко стање болесника, пружа психолошку подршку и савјетовање те помаже болеснику у суочавању с болешћу и лијечењем.

Нутрициониста или дијететичар: процјењује нутритивни статус болесника, израђује индивидуални план прехране те савјетује болесника и породицу о правилној исхрани.

Социјални радник: процјењује социјалне потребе болесника, информише о правима и доступним облицима помоћи те пружа подршку болеснику и породици у процесу социјалне реинтеграције.

4. ПОСТУПАК

Поступци рехабилитације онколошких болесника спроводе се систематски и континуирано током и након лијечења, у складу с процијењеним потребама и здравственим стањем болесника. Спровођење поступака базира се на индивидуалном приступу, интердисциплинарној сарадњи и важећим стручним смјерницама, с циљем очувања функционалних способности, превенције компликација и унапређења квалитета живота болесника.

4.1. Процјена и праћење болесника

Процјена болесника представља темељ рехабилитацијског процеса те се спроводи приликом пријема болесника, током лијечења, након завршеног онколошког лијечења, као и током спровођења кућног лијечења, у складу с промјенама здравственог стања и окружења у којем болесник борави.

Медицинска сестра – техничар прикупља релевантне анамнестичке податке који укључују:

- Податке о дијагнози, врсти и фази онколошке болести, примијењеној или планираној терапији;
- Присутним коморбидитетима;
- Претходном функционалном статусу болесника;
- Могућностима и ограничењима кућног окружења;
- Доступности помоћи породице и других особа укључених у његу.

У оквиру процјене, медицинска сестра – техничар процјењује:

- Степен бола користећи одговарајуће скале;
- Присутност умора и исцрпљености;
- Утицај присутних симптома на свакодневно функционисање болесника у кућним условима;
- Покретљивост, равнотежу и степен самосталности у обављању основних животних активности;
- Ризик од падова и потребу за помагалима;
- Нутритивни статус болесника, укључујући тјелесну тежину, апетит, унос хране и текућине;
- Присутност потешкоћа с храњењем или гутањем;
- Психичко стање болесника с нагласком на емоционалне реакције, анксиозност, депресивне симптоме и прилагођавање на болест у кућном окружењу;
- Присутност едема, лимфедема, рана, оштећења коже, стомија, катетера или других компликација повезаних с онколошким лијечењем;
- Услове хигијене и сигурности у дому болесника.

Уочене промјене и ризици правовремено се пријављују љекару и осталим члановима мултидисциплинарног тима.

4.2. Рехабилитација током онколошког лијечења

Рехабилитација током онколошког лијечења започиње одмах по постављању дијагнозе и спроводи се континуирано током свих фаза лијечења, у складу са здравственим стањем, врстом терапије и индивидуалним могућностима болесника. Циљ је очувати функционалне способности, смањити негативне посљедице лијечења и спријечити настанак компликација.

Медицинска сестра – техничар:

- Подстиче његу ране и сигурну мобилизацију болесника у складу с његовим општим стањем, терапијским протоколом и препорукама љекара;
- Мобилизација се спроводи постепено, уз надзор, с циљем одржавања мишићне снаге, покретљивости и циркулације, те смањења ризика од дуготрајног лежања.

У оквиру рехабилитације током онколошког лијечења медицинска сестра – техничар спроводи:

- Мјере превенције компликација, укључујући превенцију декубитуса редовним промјенама положаја, одржавањем хигијене коже и кориштењем антидекубиталних помагала;
- Мјере превенције тромбозе подстицањем кретања, вјежбама за циркулацију и праћењем знакова тромбоемболијских компликација;
- Превенцију контрактура кроз правилно позиционирање, пасивне и активне вјежбе;
- Превенцију инфекције примјеном мјера хигијене и контроле инфекција.

Медицинска сестра – техничар континуирано прати нуспојаве онколошког лијечења, као што су мучнина, бол, умор, неуропатија и друге сметње, те спроводи мјере за њихово ублажавање у складу с ординираним терапијом и сестринским интервенцијама. Уочене промјене правовремено пријављује љекару ради прилагођавања терапије.

У сарадњи с физиотерапеутом, медицинска сестра – техничар учествује у спровођењу индивидуално прилагођених рехабилитационих вјежби, прати толеранцију болесника на напор и подстиче редовно извођење препоручених вјежби.

Едукација болесника представља саставни дио рехабилитације те укључује савјетовање о техникама очувања енергије, правилном положају тијела у мировању и током активности, као и техникама дисања и релаксације с циљем смањења напетости, анксиозности и умора.

4.3. Рехабилитација након завршеног лијечења

Рехабилитација након завршеног онколошког лијечења представља важну фазу у процесу опоравка и реинтеграције болесника у свакодневни живот, те се спроводи у здравственим установама и у кућним условима, у складу с индивидуалним потребама и могућностима болесника.

Медицинска сестра – техничар подстиче постепени повратак болесника свакодневним активностима, уз уважавање његових физичких и психичких способности. Посебну пажњу посвећује праћењу функционалног опоравка, способности самосталног обављања основних животних активности, као и толеранције на физички напор.

Током рехабилитације медицинска сестра – техничар прати:

- Присутност хроничног умора;

- Бола;
- Психичких сметњи, укључујући анксиозност, депресију и страх од повратка болести;
- Спроводи одговарајуће сестринске интервенције и по потреби обавјештава љекара или друге чланове мултидисциплинарног тима.

У оквиру рехабилитације, медицинска сестра – техничар активно учествује у едукацији болесника и чланова породице:

- О усвајању здравих животних навика;
- Редовној и прилагођеној тјелесној активности
- Правилној и уравнотеженој прехрани;
- О важности самопраћења симптома и правовременог јављања здравственим радницима у случају појаве нових или погоршања постојећих тегоба.

Рехабилитација у кућним условима усмјерена је на:

- Оснаживање болесника за самостално функционисање;
- Прилагођавање животног простора и сигурно извођење свакодневних активности.

Медицинска сестра – техничар процјењује:

- Услове у дому болесника;
- Потребу за помагалима и подршком породице;
- Пружа савјете за превенцију падова и других ризика у кућном окружењу.

Психосоцијална подршка представља саставни дио рехабилитације, при чему медицинска сестра – техничар пружа емоционалну подршку болеснику, подстиче његово самопоуздање, самосталност и активно учешће у процесу опоравка, те по потреби упућује болесника на додатне облике стручне помоћи.

4.3. Едукација болесника и породице

Едукација болесника и породице представља саставни и континуирани дио рехабилитације онколошких болесника те се спроводи током лијечења и након његовог завршетка, како у здравственим установама тако и у кућним условима. Циљ едукације је оснаживање болесника и чланова породице за активно учешће у процесу рехабилитације, превенцију компликација и очување квалитета живота.

Медицинска сестра – техничар едукује болесника и породицу о:

- Важности рехабилитације и њеном утицају на функционални опоравак;
- Смањењу нуспојава лијечења и очување самосталности;
- Правилном и сигурном извођењу препоручених вјежби у кућним условима, уз нагласак на прилагођавање вјежби могућностима болесника, правилну технику извођења и препознавање знакова преоптерећења (по потреби се демонстрирају вјежбе и провјерава разумијевање болесника и чланова породице).
- Мјерама превенције компликација, укључујући превенцију декубитуса, падова, инфекција, тромбозе и погоршања постојећих тегоба;
- Правилној њези коже, одржавању хигијене и сигурности у кућном окружењу.

Посебан дио едукације односи се на препознавање алармантних симптома, као што су:

- Изненадна бол;
- Отежано дисање;
- Повишена тјелесна температура;
- Отоци, промјене на кожи;

- Погоршање општег стања или психичке сметње;
- Важност правовременог јављања здравственим радницима.

Медицинска сестра – техничар информисае болесника и породицу о доступним облицима подршке и рехабилитацијским програмима, укључујући кућну здравствену његу, савјетовалишта, групе подршке, удружења пацијената и друге ресурсе у заједници.

Садржај и обим едукације прилагођавају се индивидуалним потребама болесника и породице.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Осигурати да све интервенције буду у складу с клиничким смјерницама и стандардима његе.

Поштовати етичка начела палијативне његе (достојанство, аутономија, поштовање болесника).

Осигурати повјерљивост информација и заштиту приватности болесника.

Мјере превенције инфекција обавезно се примјењују током свих рехабилитационих поступака, укључујући правилну хигијену руку, кориштење личне заштитне опреме, правилно збрињавање медицинског отпада и одржавање хигијене простора и опреме.

Едукација болесника и породице о спровођењу хигијене у кућним условима, њези рана и превенцији инфекција.

6. ЕВИДЕНЦИЈЕ

Медицинска сестра – техничар све спроведене поступке евидентира у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Ревизија процедуре се врши сваке три године а по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Ambrose M. S. *Sestrinske procedure*. IV izdanje. Beograd: Data Status; 2010.
2. European Society for Medical Oncology. *ESMO Clinical Practice Guidelines: Supportive and palliative care* [интернет]. 2020 [cited 2026 Jan 5]. Доступно на: <https://www.esmo.org/guidelines>
3. Galić D. i dr. *Standardne operativne procedure zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, II dio, Polivalentna patronaža/sestrinstvo u zajednici*. Sarajevo Fondacija fami 2019.
4. Ljevak I. i sur. *Osnove zdravstvene njege*. Mostar: Sveučilište u Mostaru; 2024.
5. McCorkle R., Ercolano E., Lazenby M., Schulman-Green D., Schilling L. S., Lorig K., et al. Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA Cancer J Clin* [интернет]. 2011;61(1):50–62 [cited 2026 Jan 4]. Доступно на: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com>
6. Silver J. K., Baima J., Mayer R. S. Impairment-driven cancer rehabilitation: an essential component of quality care and survivorship. *CA Cancer J Clin* [интернет]. 2013;63(5):295–317 [cited 2026 Jan 4]. Доступно на: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com>
7. Врањеш С. и сар. *Стандардне оперативне процедуре у области здравствене његе на примарном нивоу здравствене заштите*. Бања Лука: Фондација фами; 2022.

12 КУПАЊЕ БОЛЕСНИКА У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ

1. УВОД

Купање болесника у палијативној њези представља значајан сегмент сестринске здравствене његе усмјерен на очување личне хигијене, достојанства и квалитета живота болесника обољелих од неизљечивих болести. Спровођење поступка купања захтијева индивидуални професионалан приступ, прилагођен здравственом стању, функционалним способностима и израженим потребама болесника, уз посебну пажњу на знакове бола, умора и нелагодности. Циљ процедуре је стандардизација поступка купања болесника у палијативној њези у сврху осигурања максималне сигурности болесника, постизања уједначеног нивоа квалитета здравствене његе те осигурања стручног, професионалног и етичког одговорног поступања медицинских сестара – техничара у палијативној њези.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у болничким, хоспицијским и кућним условима.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниције

Палијативна њега је активна, свеобухватна и континуирана брига о особама с прогресивним, неизљечивим болестима.

Купање болесника је сестрински поступак одржавања личне хигијене уз поштовање сигурности, приватности и достојанства болесника.

Купање у кревету је поступак одржавања личне хигијене непокретног болесника који се спроводи у лежећем положају.

Индивидуални приступ: подразумева прилагођавање поступка купања здравственом стању и потребама болесника.

Сигурност болесника: подразумева примјену мјера ради спречавања повреда и компликација током здравствене његе.

Достојанство болесника: подразумева поштовање приватности, аутономије и личних вриједности болесника.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – медицински техничар: одговоран за планирање и спровођење поступка купања уз континуирану процјену стања болесника, осигурање сигурности, приватности и достојанства.

Главна медицинска сестра – техничар: одговорна за осигурање потребне опреме и услова за спровођење поступка купања, надзор над квалитетом сестринске његе, организацију едукације и стручног усавршавања особља.

Љекар: у палијативној њези учествује у процјени здравственог стања болесника, даје стручне смјернице у случају медицинских индикација или контраиндикација за поступак купања те сарађује са медицинским сестрама – техничарима ради осигурања цјелокупне палијативне његе.

4. ПОСТУПАК

Купање болесника у палијативној њези обухвата дјелимично или потпуно прање тијела болесника у кревету или купатилу, прилагођено његовом здравственом стању, покретљивости, симптомима и израженим жељама.

4.1. Дјелимично/потпуно прање тијела болесника у кревету

Дјелимично или потпуно прање тијела болесника у кревету односи се на сестрински поступак одржавања личне хигијене болесника који због свог здравственог стања, смањене покретљивости или опште слабости није у могућности користити купатило. Дјелимично прање подразумева хигијену појединих дијелова тијела према потребама и толеранцији болесника, док потпуно прање обухвата хигијену цијелог тијела у лежећем положају, уз примјену мјера сигурности, очувања достојанства и индивидуални приступ у складу с принципима палијативне његе.

Прије спровођења поступка, медицинска сестра – техничар спроводи све неопходне припремне активности које обухватају припрему опреме, припрему болесника, професионалну припрему здравственог радника, те, када се поступак спроводи у кућним условима, одговарајућу припрему породице болесника.

4.1.1. Припрема опреме

- Рукавице за једнократну употребу;
- Лична заштитна опрема;
- Посуду с топлем водом (36–37°C);
- Благо средство за прање коже или средство без испирања;
- Чисте пешкире, заштитну подлогу, чисту одјећу и постељину;
- Средства за његу коже (хидратантна или заштитна крема);
- Пелене или улошке, ако су потребни;
- Посуду или врећу за прљав веш.

4.1.2. Припрема болесника

- Процијенити опште стање болесника (свијест, бол, умор, дисање, покретљивост);
- Објаснити болеснику поступак, начин извођења и трајање те добити његову сагласност уколико је то могуће;
- Уважити жеље болесника у погледу начина, редослиједа и учесталости прања;
- Осигурати приватност и достојанство болесника (затворити врата, користити параван);
- Осигурати угодну температуру просторије и заштитити болесника од потхлађивања;
- Поставити болесника у удобан и сигуран положај, уз правилно позиционирање кревета.

4.1.3. Припрема медицинске сестре – техничара

- Упознати се са стањем болесника и планом његе;
- Заузети правилан положај тијела како би се спријечиле повреде медицинске сестре – техничара током извођења поступка;
- Приступити болеснику смирено, професионално и с емпатијом.

4.1.4. Припрема породице у кући болесника

- Прије спровођења поступка, према потреби, информисати породицу о планираној њези и сврси купања болесника;
- Уважавати емоционално стање породице те показати емпатију, стрпљење и разумијевање;
- Поштовати културне, вјерске и личне вриједности породице везане за личну хигијену болесника;

- Уколико породица изрази жељу за учествовањем у њези, процијенити њихове могућности те јасно објаснити начин и границе учешћа;
- Током поступка осигурати приватност и достојанство болесника;
- Након купања обавијестити породицу о општем стању болесника, уоченим промјенама на кожи и реакцији на поступак;
- Подстакнути породицу на постављање питања те пружити јасне, тачне и разумљиве информације.

4.1.5. Извођење поступка купања болесника у кревету

- Опрати руке и обући рукавице и евентуално личну заштитну опрему, како би се осигурала сигурност болесника и медицинске сестре – техничара;
- Ослободити болесника од одјеће;
- Прекрити болесника чистим пешкиром или плахтом, при чему се открива искључиво онај дио тијела који се у том тренутку пере, с циљем очувања приватности, достојанства и спречавања потхлађивања;
- Прање започети од најчистијих према мање чистим дијеловима тијела, чиме се смањује ризик од ширења микроорганизама, и то сљедећим редослиједом:
 - лице (по могућности без употребе сапуна, уз благо чишћење)
 - врат и горњи дио тијела
 - руке и пазух
 - прса и трбух
 - ноге и стопала
 - леђа
 - интимно подручје (уз кориштење посебног пешкира и поштовање мјера приватности);
- Кожу прати њежним покретима, без трљања, уз посебну пажњу на болна, осјетљива или оштећена подручја, како би се спријечила иритација или додатна оштећења коже;
- Након прања сваког дијела тијела кожу пажљиво и њежно осушити, тапкајућим покретима, како би се спријечила мацерација и очувала природна заштитна баријера коже;
- Према потреби нанијети заштитну или хидратантну крему, нарочито на сува, осјетљива или ризична подручја, у циљу превенције оштећења коже и декубитуса;
- Пресвући постељину;
- Болеснику обући чисту и суву одјећу, те осигурати удобан и сигуран положај након завршетка поступка;
- Збринути кориштену опрему и прљав веш.
- Скинути евентуално заштитну опрему, рукавице и опрати руке.

4.2. Купање болесника у палијативној њези у купатилу

Поступак купања болесника у палијативној њези у купатилу спроводи се уз обавезну претходну процјену здравственог стања и функционалних способности болесника, примјену мјера сигурности те индивидуални приступ усмјерен на очување достојанства и комфора болесника.

Прије спровођења поступка, медицинска сестра – техничар спроводи све неопходне припремне активности које обухватају припрему опреме и простора, припрему

болесника, професионалну припрему медицинске сестре – техничара, те, када се поступак спроводи у кућним условима, одговарајућу припрему породице болесника.

4.2.1. Припрема опреме и простора (купатила)

- Осигурати угодну температуру простора и топлу воду;
- Поставити неклизајућу подлогу на под купатила;
- Припремити стабилну столицу или туш-столицу;
- Осигурати доступност звона или другог позивног средства, уколико је примјењиво;
- Припремити сву потребну опрему прије довођења болесника у купатило:
 - чисте пешкире
 - благо средство за прање
 - чисту одјећу
 - пелене или улошке (по потреби)
 - заштитну или хидратантну крему
 - једнократне рукавице
 - личну заштитну опрему по потреби.

4.2.2. Припрема болесника

- Процијенити способност болесника за кретање, стајање и одржавање равнотеже;
- Објаснити болеснику поступак купања, његов ток и трајање те добити сагласност;
- Уважити жеље и тренутне потребе болесника;
- Осигурати приватност и достојанство болесника током припреме и поступка.

4.2.3. Припрема медицинске сестре – техничара

- Опрати и посушити руке, навући рукавице;
- Користити заштитну опрему према процјени ризика;
- Упознати се с планом његе и специфичностима здравственог стања болесника;
- Осигурати правилан и сигуран положај властитог тијела ради спречавања повреда;
- Примијенити смирен, професионалан и емпатичан приступ према болеснику.

4.2.4. Извођење поступка купања болесника у палијативној њези у купатилу

- Помоћи болеснику при уласку у купатило и скидању одјеће, уз стални надзор и поштовање приватности;
- Купање започети прањем најчистијих дијелова тијела, користећи топлу воду и блага средства за прање;
- Прилагодити темпо и трајање поступка толеранцији болесника;
- Континуирано пратити стање болесника и обратити пажњу на знакове умора, слабости, бола или нелагодности;
- Посебну пажњу посветити сигурности болесника, осигуравајући стабилан положај и избјегавајући нагле покрете;
- Интимну хигијену спровести на крају поступка, уз максимално поштовање приватности и кориштење посебног пешкира;
- Након купања пажљиво осушити кожу, нарочито у прегибима, те према потреби нанијети заштитну или хидратантну крему;
- Помоћи болеснику при облачењу и повратку у собу или кревет те осигурати удобан и сигуран положај;
- Омогућити болеснику одмор након завршеног поступка;

- Процијенити стање болесника након купања и по потреби обавијестити љекара;
- Распремити кориштену опрему и прљав веш;
- Скинути рукавице и опрати руке.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Све интервенције морају бити у складу с клиничким смјерницама и стандардима њега.

Обезбиједити адекватно освјетљење и слободан приступ болеснику без препрека.

Приликом помјерања и позиционирања болесника користити правилну технику рада како би се избјегле повреде код болесника и особља.

Континуирано спроводити едукацију и евалуацију компетенције особља о поступку купања болесника у палијативној њези.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар спроведени поступак евидентира у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Ревизија процедуре се врши сваке три године а по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Galić D., Ljevak I., Dervišević E., Grabovica M., Slijepčević S. *Standardne operativne procedure zdravstvene njege za sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite*. Sarajevo: Fondacija FAMI; 2022.
2. Goldenhart A. L., et al. *Assisting Patients With Personal Hygiene*. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Доступно на: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563155/>
3. Janković S., Đurić M. *Palijativna njega: principi i prakse*. Beograd: Medicinski fakultet; 2021.
4. **Ljevak I., i sur. Osnove zdravstvene njege. Mostar: Sveučilište u Mostaru, 2024.**
5. MedlinePlus. *Bathing a patient in bed*. U.S. National Library of Medicine; Доступно на: <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000427.htm>
6. Nurseslabs. *Bed Bath and Hygiene Care*. Доступно на: <https://nurseslabs.com/bed-bath-and-hygiene-care/>
7. *Smjernice za postupke u zdravstvenoj njezi bolesnika u kući*. Hrvatska komora medicinskih sestara; Доступно на: <https://znjuk.hr/wp-content/uploads/2018/11/Smjernice-za-postupke.pdf>
8. *Standardni operativni postupci u zdravstvenoj njezi*. Hrvatska komora medicinskih sestara; 2010. Доступно на: <https://www.hkms.hr/wp-content/uploads/2023/01/Standardni-operativni-postupci-u-zdravstvenoj-njezi-1.pdf>
9. Врањеш С. и сар. *Стандардне оперативне процедуре у области здравствене њега на примарном нивоу здравствене заштите*. Бања Лука: Фондација фами; 2022.

13 ПОСТУПАК ПРЕСВЛАЧЕЊА БОЛЕСНИКА СА ОГРАНИЧЕНОМ ПОКРЕТЉИВОШЋУ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ

1. УВОД

Пресвлачење болесника са ограниченом покретљивошћу представља важан дио сестринске његе којим се осигуравају лична хигијена, очување достојанства и превенција компликација насталих због дуготрајног лежања уз поштовање индивидуалних потреба болесника, с циљем очувања удобности, сигурности и интегритета коже.

Циљ процедуре је дати јасне смјернице медицинским сестрама – техничарима о сигурном пресвлачењу болесника са ограниченом покретљивошћу у палијативној њези.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у свим организационим јединицама у којима се спроводи палијативна њега, као и у кућним условима.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниција

Пресвлачење болесника: планирана и стандардизована сестринска интервенција која подразумијева безбједну, достојанствену и што мање болну замјену одјеће код болесника који није у стању да се самостално креће или учествује у поступку, уз очување комфора, приватности и интегритета коже.

Ограничена покретљивост: представља смањену или потпуну немогућност самосталног кретања, окретања или промјене положаја тијела због болести, слабости, бола, неуролошког дефицита или терминалне фазе болести.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: одговорна за спровођење поступка пресвлачења болесника с ограниченом покретљивошћу у палијативној њези, осигуравајући сигурност поступка, очување достојанства и приватности болесника.

4. ПОСТУПАК

Пресвлачење болесника са ограниченом покретљивошћу у палијативној нези, који се спроводи на безбједан, систематичан и достојанствен начин, уз уважавање индивидуалних потреба и стања болесника има фазу припреме, фазу самог спровођења поступка и завршну фазу смјештања болесника у удобан и функционалан положај.

4.1. Припрема болесника

- Процијенити опште стање болесника, ниво покретљивости, присуство бола, умора, рана;
- Објаснити болеснику поступак и обезбиједити његов пристанак, као и сарадњу у складу са могућностима;
- Обезбиједити приватност (параван, затворена врата) и одговарајућу температуру просторије;
- Припремити сав потребан прибор (чиста одећа, подметачи, заштитне рукавице, средства за његу коже, кеса за прљав веш);

- Спровести хигијену руку и примијенити личну заштитну опрему у складу са стандардима контроле инфекције.

4.2. Спровођење поступка

- Поставити болесника у безбједан и удобан положај, водећи рачуна о сопственој безбједности;
- По потреби обезбиједити помоћ друге особе ради спречавања повреда;
- Користити одговарајућу технику дизања и премјештања како би се спријечиле повреде болесника и медицинског особља;
- Пажљиво уклонити прљаву одећу, започињући са здравијом/јачом страном тијела, уз минимално помјерање болесника и избјегавање наглих покрета;
- Током поступка посматрати стање коже, нарочито на мјестима притиска, и по потреби спровести његу коже;
- Обући чисту одјећу, започињући са слабијом/ограничено покретном страном тијела, прилагођавајући покрете могућностима болесника и нивоу бола;
- Намјестити болесника у удобан и функционалан положај, уз правилно постављање јастука и подржавајућих помагала ради превенције декубитуса;
- Провјерити да одјећа није згужвана и да не ствара додатни притисак на кожу;

Уклонити коришћени материјал, збринути прљав веш према протоколу и спровести хигијену руку.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Континуирано спроводити едукацију и евалуацију компетенција о поступцима медицинске сестре – техничара о пресвлачењу болесника са ограниченом покретљивошћу у палијативној њези.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар спроведени поступак евидентира у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Процедура се ревидира сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Galić, D., Omanović, S., Krtalić, P., Mahmutbegović H., Ljevak I., Krako I., i sar. *Standardne operative procedure zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti: (polivalentna patronaža/sestrinstvo u zajednici)*, II dio, Sarajevo, Fondacija fami; 2019.
2. Paravić Denise, *Priručnik za njegovatelja/icu starijih i nepokretnih osoba*. Доступно на: https://obv.hr/upload/publish/657/skripta-njegovateljice-compress-39-93_60ae3843f2e0d.pdf?utm_source=chatgpt.com
3. Preventing pressure injuries in individuals with impaired mobility: best practices and future directions; 2020 Adv Skin Wound Care. Доступно на: <https://woundsinternational.com/wp-content/uploads/2023/02/3030301f766e16fe15684829ac4f20e4.pdf>
4. Savić, D. *Palijativna medicina i sestrinska praksa*. Beograd: Data Status, 2020. https://www.hkms.hr/wp-content/uploads/2023/01/Standardni-operativni-postupci-u-zdravstvenoj-njezi-1.pdf?utm_source=chatgpt.com
5. *Standardni operativni postupci u zdravstvenoj njezi*; Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2022. Доступно на: <https://www.hkms.hr/wp-content/uploads/2023/01/Standardni-operativni-postupci-u-zdravstvenoj-njezi-1.pdf>

14 ОДРЖАВАЊЕ ХИГИЈЕНЕ УСНЕ ДУПЉЕ КОД БОЛЕСНИКА У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ

1. УВОД

Одржавање хигијене усне дупље код болесника у палијативној њези који не узимају храну пер ос представља саставни дио сестринске здравствене његе усмјерен на очување комфора, превенцију оралних инфекција и ублажавање симптома, укључујући сувоћу усне дупље, неугодан задах и бол. Редовно и правилно спровођење оралне његе доприноси унапређењу квалитета живота болесника те очувању његовог достојанства у завршним фазама болести.

Циљ процедуре је дати јасне смјернице медицинским сестрама – техничарима за сигурно спровођење оралне хигијене код болесника у палијативној њези који не узимају храну пер ос.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у болничким, хоспицијским и кућним условима.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниције

Палијативна њега: је **активна, свеобухватна и континуирана брига** о особама с прогресивним, неизљечивим болестима.

Орална њега: скуп сестринских поступака усмјерених на одржавање чистоће, влажности и здравља усне дупље.

Пер ос: медицински израз који значи „на уста” и означава уношење хране, течности или лијекова оралним путем, то јест гутањем.

НПО (nil per os): медицински израз која значи „ништа на уста” и означава да болесник не смије узимати храну, течност ни лијекове оралним путем.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: одговорни за спровођење поступка оралне хигијене, процјену стања усне дупље, осигурање комфора и достојанства болесника.

Љекар: даје медицинске смјернице у случају компликација или посебних индикација.

4. ПОСТУПАК

С обзиром на повећан ризик од сувоће усне дупље, инфекција и оштећења оралне слузнице код болесника у палијативној њези, спровођење поступка одржавања усне дупље захтијева систематичан, индивидуализован и стручно утемељен приступ.

Прије спровођења поступка, медицинска сестра – техничар спроводи све неопходне припремне активности које обухватају припрему опреме и материјала, припрему болесника и сопствену припрему.

4.1. Припрема опреме и материјала

- Рукавице за једнократну употребу;
- Четкица за зубе с меканим влакнима или орални штапићи / спужвице;
- Стерилна вода или физиолошки раствор;
- Антисептички раствор за усну дупљу (према налогу);

- Лубрикант за усне или неутрална маст;
- Газа;
- Посуда за отпад;
- Апарат за аспирацију (ако је индикуван).

4.2. Припрема болесника

- Процијенити ниво свијести и способност сарадње болесника;
- Објаснити поступак болеснику, уколико је могуће;
- Поставити болесника у полусједећи или бочни положај;
- Осигурати приватност и удобност болесника.

4.3. Припрема медицинске сестре – техничара

- Опрати и посушити руке;
- Навући рукавице;
- Осигурати добру видљивост и адекватно освјетљење.

4.4. Извођење поступка

Прије почетка поступка потребно је осигурати адекватан положај болесника, по могућности полусједећи или бочни положај, како би се смањио ризик од аспирације и омогућила боља прегледност усне дупље.

- Визуелно процијенити стање усне дупље, укључујући слузницу, језик, десни и зубе, те обратити пажњу на присуство наслага, раница, крварења, знакова инфекције, гљивичних промјена или других лезија које могу узроковати нелагодност или бол;
- Навлажити газу стерилном водом или физиолошким раствором, водећи рачуна да газа не буде превише натопљена како би се спријечила аспирација течности;
- Четкицом, оралним штапићем / спужвицом њежно очистити зубе, десни, језик и унутрашњост образа, благим и контролисаним покретима, без примјене силе, с циљем уклањања наслага, уз опрез због осјетљивости оралне слузнице;
- Уклонити секрет и насlage које се накупљају у усној дупљи, а по потреби користити апарат за аспирацију, уколико је медицински индикуван, уз стално праћење стања болесника;
- Примијенити антисептички раствор за усну дупљу према налогу љекара, водећи рачуна о правилној концентрацији и начину примјене, како би се смањио ризик од инфекција;
- Навлажити усну дупљу примјеном одговарајућих средстава за влажење слузнице, те нанијети неутрални лубрикант или маст на усне ради спречавања исушивања, пуцања и нелагодности;
- Распремити кориштени материјал;
- Скинути рукавице и опрати руке.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Све интервенције морају бити у складу с клиничким смјерницама и стандардима њега. Обезбиједити адекватно освјетљење и слободан приступ болеснику без препрека.

Оралну његу спроводити најмање 2–4 пута дневно, или чешће према процјени потреба болесника.

Обавезно додатно спровести његу након повраћања, изражене сувоће уста, болесника на кисеонику или код повишене тјелесне температуре.

Не користити агресивне растворе или средства с алкохолом.

Континуирано пратити стање болесника, обрађајући пажњу на знакове бола, нелагодности, кашља, гушења или погоршања општег стања, те по потреби прилагодити или прекинути поступак.

Континуирано спроводити едукацију и евалуацију компетенције особља о одржавању усне дупље код болесника у палијативној њези који не узимају храну пер ос.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар спроведени поступак евидентира у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Ревизија процедуре се врши сваке три године а по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Galić D., Ljevak I., Dervišević E., Grabovica M., Slijepčević S. *Standardne operativne procedure zdravstvene njege za sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite*. Sarajevo: Fondacija FAMI; 2022.
2. Güçlüel Ö., Bırbudak C. Healthcare staff' views on oral health in palliative care. *JERN*. 2024;21(4):273–280. Доступно на: https://pdf.journalagent.com/jern/pdfs/JERN_21_4_273_280.pdf
3. Kvalheim S. F., et al. A narrative of oral care in palliative patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(10):6306. Доступно на: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9141643/>
4. Marie Curie. *Mouth care at the end of life – guidance for professionals*. Доступно на: <https://www.mariecurie.org.uk/professionals/palliative-care-knowledge-zone/mouth-care>
5. NHS Scotland. *Mouth care – symptom management in palliative care*. Доступно на: <https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-guidelines/symptom-management/mouth-care/>
6. Serra R., Roque S., Arco H., et al. Oral hygiene care and the management of oral symptoms in patients with cancer in palliative care: a mixed methods systematic review protocol. *JB I Evid Synth*. 2025;22(9):1936. Доступно на: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37791797/>
7. Врањеш С. и сар. *Стандардне оперативне процедуре у области здравствене његе на примарном нивоу здравствене заштите*. Бања Лука: Фондација фами; 2022.

15 ПОСТУПЦИ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА КОД ПОРЕМЕЋАЈА ТЈЕЛЕСНЕ ТЕМПЕРАТУРЕ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ

1. УВОД

Поремећаји тјелесне температуре, укључујући хипертермију и хипотермију, чести су код палијативних болесника и могу бити посљедица основне болести, инфекција, терапијских поступака, метаболичких поремећаја или терминалне фазе болести.

Неправовремено препознавање и неадекватно збрињавање поремећаја терморегулације може довести до погоршања општег стања болесника, повећања нелагодности, бола и додатних компликација.

Циљ процедуре је да дефинише улогу, одговорности и поступке медицинске сестре – техничара у превенцији, препознавању и збрињавању хипертермије и хипотермије код болесника у палијативној њези.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у свим организационим јединицама у којима се спроводи палијативна њега као и у кућним условима.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниција

Терморегулација: физиолошки процес одржавања стабилне тјелесне температуре између стварања и губитка топлоте, регулисан централним и периферним механизмима организма.

Хипертермија: стање повишене тјелесне температуре изнад нормалних вредности (најчешће $> 37,5^{\circ}\text{C}$ – 38°C), које настаје услед поремећаја терморегулације, инфекције, запаљенских процеса, малигних обољења, терапијских поступака или других патолошких стања.

Хипотермија: стање снижене тјелесне температуре испод 35°C , које може настати услед смањеног стварања топлоте, повећаног губитка топлоте, метаболичких поремећаја, исцрпљености организма или терминалне фазе болести.

Мониторинг тјелесне температуре: систематско и континуирано мјерење и праћење тјелесне температуре болесника, уз документовање налаза и процјену ефекта спроведених интервенција.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: одговорна за редовно мјерење тјелесне температуре, правовремено препознавање и обавјештавање љекара о поремећају тјелесне температуре. Спроводи прописане фармаколошке терапијске мјере и примјењује нефармаколошке интервенције (расхлађивање, утопљавање, прилагођавање амбијенталних услова, адекватна хидратација, промјена постељине и одјеће).

Доктор медицине: прописује терапију у складу са здравственим стањем болесника и ревидира је у случају потребе.

4. ПОСТУПАК

Поступак збрињавања поремећаја тјелесне температуре код болесника у палијативној њези обухвата сљедеће кораке:

4.1. Процјена стања болесника

Медицинска сестра – техничар у оквиру фазе процјене стања болесника:

- Врши мјерење тјелесне температуре одговарајућом методом (аксиларно, орално, или ректално, у складу са стањем болесника и протоколом установе);
- Процјењује опште стање болесника (свијест, присуство дрхтавице, знојења, малаксалости, конфузије);
- Посматра боју, температуру и влажност коже;
- Процјењује периферне дјелове тијела (хладне шаке и стопала код хипотермије);
- Контролише друге виталне параметре (крвни притисак, пулс, респирације, сатурацију O₂);
- Процјењује унос и губитак течности.

4.2. Поступак код хипертермије

У случају повишене тјелесне температуре медицинска сестра – техничар спроводи:

4.2.1. Нефармаколошке мјере

- Обезбеђује пријатну температуру просторије (провјетравање, расхлађивање простора);
- Скида вишак одеће и покривача;
- Мијења влажну постељину и одећу;
- Примјењује млаке облоге (чело, пазушне јаме, препоне);
- Подстиче адекватан унос течности, уколико стање болесника дозвољава;
- Обезбеђује мировање и комфор.

4.2.2. Фармаколошке мјере

- Примјењује антипиретик или другу терапију искључиво по налогу љекара;
- Прати ефекат терапије (поновно мерење температуре у временском интервалу према процјени стања);
- Обавјештава љекара уколико температура перзистира или расте упркос примјењеним мјерама.

4.3. Поступак код хипотермије

У случају снижене тјелесне температуре медицинска сестра – техничар спроводи:

4.3.1. Нефармаколошке мјере

- Обезбеђује топлу и пријатну температуру просторије;
- Утопљава болесника (ћебад, додатна одјећа, покривачи);
- Користи загријане покриваче или друге дозвољене методе пасивног загријавања;
- Избјегава нагло загријавање;
- Прати стање свијести и знакове погоршања;
- Обезбеђује адекватан унос топлих напитака, ако је болесник свјестан и може безбједно да гута.

4.3.2. Фармаколошке мјере

- Примјењује терапију по налогу љекара;
- Хитно обавјештава љекара у случају температуре < 35°C или погоршања општег стања.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Континуирано спроводити едукацију и евалуацију компетенција о поступцима медицинске сестре – техничара код поремећаја терморегулације у палијативној њези.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар спроведени поступак евидентира у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Процедура се ревидира сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Centre for Palliative Care. *B.C. Inter-professional Palliative Symptom Management Guidelines* [интернет]. New Westminster (BC): BC Centre for Palliative Care; 2017. (Opće smjernice za upravljanje simptomima u palijativnoj skrbi). Доступно на: https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/ColourFullPrintOct16_2019.pdf?utm_source=chatgpt.com
2. Egi M. Management of fever in critically ill patients with infection. *J Intensive Care*. 2018;6:59. (Strategije upravljanja temperaturom i febrilitetom kod kritično bolesnih) Доступно на: <https://jeccm.amegroups.org/article/view/4073/html>
3. European Association for Palliative Care (EAPC). *Guidelines for Family Support in Palliative Care*. Доступно на: <https://www.nrvp.se/wp-content/uploads/2012/10/FamilyCarersWhitePaper-EAPC-dec09.pdf>
4. Hrvatski zavod za hitnu medicinu. *Nacionalne smjernice za rad izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe s pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb*. Zagreb: HZHM; Доступно на: <https://www.hzhm.hr/source/smjernice/Nacionalne-smjernice-za-rad-izvanbolnicke-i-bolnicke.pdf>
5. Врањеш С. и сар., *Стандардне оперативне процедуре у области здравствене његе на примарном нивоу здравствене заштите*, Фондација фами, Сарајево; 2022.
6. World Health Organization. *Palliative Care: Symptom Management and End-of-Life Care*. Geneva: WHO; 2004. (WHO priručnik o palijativnoj skrbi, uključujući upravljanje simptomima poput temperature) Доступно на: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7f512948-bbcd-486f-a6dc-af3a6ab43f2b/content>

16 ФИЗИЧКА АКТИВНОСТ И КОНДИЦИЈА БОЛЕСНИКА КОЈЕМ ЈЕ ПОТРЕБНА ПАЛИЈАТИВНА ЊЕГА

1. УВОД

Физичка активност или вјежбање болесника којем је потребна палијативна њега може побољшати тјелесне функције и квалитет живота. Мировање болесника може резултирати смањењем и/или губитком функције, снаге и опсега покрета локомоторног система. Због наведеног, болесници се подстичу на активности у оквиру својих могућности.

Циљ процедуре је дати смјернице медицинској сестри – техничару о правилном и сигурном поступању код побољшања/одржавања тјелесне активности болесника.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује на мјестима у којима се спроводи палијативна њега.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниције

Физичка активност: свака форма тјелесног покрета која користи енергију, укључујући вјежбање, ходање, истезање и свакодневне активности.

Палијативна њега: специјализована медицинска њега усмјерена на олакшавање симптома и стрес узрокован тешким болестима.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: одговорна за планирање и спровођење физичких активности, праћење ефекта и адаптацију активности према потребама болесника.

Доктор: процјењује физичко стање болесника и доноси одлуке о прикладности физичке активности на основу општег здравственог стања болесника и прописује одговарајуће активности.

4. ПОСТУПАК

4.1. Едукација болесника и породице

Медицинска сестра – техничар едукује болесника и породицу о важности и користи одржавања физичке кондиције и програма тренинга. Добро информисана и едукована породица може пружати квалитетну његу у кући болесника. Важности физичке активности за одржавање квалитета живота јесу:

- Спречавање атрофије мишића узроковане инактивношћу;
- Боља равнотежа, мањи ризик од падова, повреда и прелома кости;
- Мањи ризик кардиоваскуларних болести;
- Боља циркулација у ногама и мањи ризик настанка тромба;
- Мања овисност о другима за обављање свакодневних активности;
- Мања учесталост анксиозности и депресије;
- Већа способност одржавања социјалних контаката;
- Лакше одржавање идеалне/препоручене тјелесне тежине;
- Побољшан квалитет живота.

4.2. Планирање физичке активности

Медицинска сестра – техничар с мултидисциплинарним тимом и болесником планира програм вјежбања базиран на активностима које су сигурне, дјелотворне и угодне болеснику.

Програм вјежбања започети:

- лаганом физичком активношћу (чак и неколико минута на дан је довољно за почетак);
- при појави замора и слабости у мишићима, успорити или стати;
- краћа вјежбања с учесталим паузама за одмор;
- истезањем (задржати положај истезања од 15 до 30 секунди) на крају тренинга.

4.2.1. Физичка активност код исцрпљености/умора

Већина болесника примјећује мањи или већи губитак енергије током болести. Болесници који примају онколошку терапију могу осјећати јаку исцрпљеност.

Препоруке за смањење умора:

- редовно вјежбање лаганим до умјереним интензитетом;
- високо протеинска прехрана, ако није прописано другачије;
- предмете који се често користе учинити лако доступним, да би се уштедио непотребан губитак енергије;
- уравнотежени тренинг с одговарајућим одмором након вјежбе;
- приступ свјежем ваздуху.

4.2.2. Физичка активност код отежане покретљивости

Тешко покретан болесник може осјећати општу слабост, проблеме при кретању и помјерању тијела из једног положаја у други. Покретљивост могу отежати и болови као и неке нуспојаве лијечења (хемотерапија и радиотерапија). Важно је колико је год могуће спроводити вјежбе како би се спријечио даљи напредак непокретности и других компликација везаних уз мировање.

Медицинска сестра – техничар треба да мотивише болесника да:

- Спроводи пасивне (изометријске) контракције мишића;
- Редовно узима прописану терапију са што више текућине (осим ако је доктор другачије одредио);
- Мијења положај свака 2 сата током лежања;
- При стајању и ходању не носи папуче (лако могу спасти);
- Користи се штапом, ходалицом или другим помагалима при ходању;
- Практикује кратке шетње (до купатила/прозора...);
- Сједи за вријеме храњења.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Не започињати физичку активност када то стање болесника не дозвољава (неуролошки испади, отечени зглобови, диспнеја у мировању или мањем напору, јаки болови, вртоглавица или замућен вид...) и обавијестити надлежног доктора.

Прекид тренинга код мучнине, повраћања или било којег озбиљнијег симптома.

Болесници са катетером или стомом треба да избегавају водене спортове због могуће инфекције, те избегавају вјежбе које укључују контракцију мишића у подручју стоме или катетера.

Редовно пратити стање болесника након физичких активности, укључујући ниво умора и бол.

Забилежити све промјене у стању болесника и прилагодити план активности према потреби.

Спроводити редовне ревизије праксе и исхода физичке активности у палијативној њези.

Медицинске сестре – техничари треба да учествују у континуираној едукацији о физичкој активности и рехабилитацији у контексту палијативне његе.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар спроведени поступак евидентира у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Ревизија процедуре се врши сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Mirko Šamija, Damir Nemet i suradnici. *Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika*. Zagreb: 2010.
2. Mrzljak V., Plužarić J., Žarković G., Ban D., Švarc S. *Smjernice za postupke u zdravstvenoj njezi bolesnika u kući*. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; (2017.)
3. Zavod za javno zdravstvo FBiH, Доступно на: <https://www.zzjzfbih.ba/>.
4. World Health Organization (WHO). Physical activity and health. 2020. Доступно на: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

17 НУТРИТИВНА ЊЕГА БОЛЕСНИКА У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ

1. УВОД

Циљ нутритивне њега у палијативној фази болести јесте очување квалитета живота, ублажавање симптома повезаних с исхраном (губитак апетита, дисфагија, мучнина, опстипација итд.) те подршку емоционалним и социјалним аспектима храњења. У фокусу није продужење живота по сваку цијену већ **индивидуализован, етички и комфоран приступ храни и прехранбеним интервенцијама** у складу с вољом болесника и његових ближњих.

Циљ процедуре је успоставити стандардизован, сигуран и хуман приступ нутритивном скринингу, процјени, планирању и спровођењу нутритивне терапије код палијативних болесника, у складу с међународним смјерницама и етичким принципима палијативне њега.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Примјењује се у свим организационим јединицама здравствене установе у којима се пружа **палијативна њега**: стационари, дневне болнице, кућна њега, домови здравља, хоспицији и установе за дуготрајну његу.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниције

Малнутриција (потхрањеност и/или неухрањености): стање неуравнотеженог уноса енергије и нутријената које води до функционалног пада и смањеног квалитета живота.

Палијативни болесник: особа с неизљечивом болешћу у напредовалој фази, којој је примарни циљ лијечења олакшање симптома и побољшање квалитета живота.

Процјена нутритивног статуса: детаљна процјена (антропометрија, прехранбени унос, симптоми, функционални статус, лабораторија) која слиједи позитиван скрининг.

Универзални алат за скрининг неухрањености или Malnutrition Universal Screening Tool (MUST): алат за скрининг који помаже здравственим радницима да идентификују одрасле особе које су неухрањене, у ризику од неухрањености или гојазне.

Нутритивна њега у палијацији: приступ прехрани базиран на вриједностима, жељама и функционалним могућностима болесника.

3.2 Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: иницијално **процењује ухрањеност** болесника, спроводи скрининг (MUST), прати симптоме, води дневник уноса, пружа подршку болеснику и породици, спроводи нефармаколошке мјере (прилагођава оброк, текстуру, распоред), едукује породицу о сигурности хране и хидратацији.

Доктор медицине: према индикацијама одређује **нутритивну терапију** (дијеталне препоруке, ентерална/парентерална прехрана), прописује фармаколошке мјере за симптоме (антиеметици, аналгетици, прокинетици, средства за мукозитис). Координише мултидисциплинарни тим (онколог, дијететичар/нутрициониста, физиотерапеут, психолог).

Дијететичар/нутрициониста: савјетује о индивидуалним прехранбеним потребама и интервенцијама у палијативној њези. Препоруке су флексибилне и усмјерене на комфор и преференције болесника.

4. ПОСТУПАК

4.1. Припрема болесника

- Идентификовати болесника;
- Извршити антропометријска мјерења болесника неопходна за процјену нутритивног статуса;
- Информисати болесника о поступку и важности сарадње за добијање тачних резултата;
- Провјерити постојање потписаног информисаног пристанка на извођење поступка.

4.2. Извођење поступка

При сваком пријему и контролној посјети спровести Универзални алат за скрининг неухрањености или Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) (прилог 1). Састоји се из **три главна корака**, а затим се сабирају бодови и даје се укупна процјена ризика.

О резултатима извршене процјене обавијестити доктора медицине.

Спроводити интервенције и процедуре самостално и по налогу доктора. Интервенције могу бити:

- дијеталне мјере / савјетовање;
- збрињавање симптома као што су: **мучнина/повраћање** (хладни суви оброци, антиеметици према налогу), **мукозитис/стоматитис** (мекана/кашаста текстура, избјегавати кисело/зачињено; испирања), **опстипација/дијареја** (прилагодити влакна/текућину; антидиароици/лаксативи према налогу);
- ентерална прехрана (назогастрична сонда или перкутана ендоскопска гастростома – ПЕГ);
- парентерална прехрана.

Пратити стање ухрањености болесника у складу са његовим стањем (дневно, седмично или код погоршања симптома).

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Осигурати да све интервенције буду у складу с клиничким смјерницама и стандардима здравствене његе.

Едуковати болесника/његоватеља/породицу о плану исхране (јеловник, текстура, распоред), о сигурности хране, хидратацији и управљању симптомима.

Водити рачуна о сигурности хране (избјегавање контаминираних намирница, посебно код имунокомпромитованих болесника).

Континуирано спроводити едукацију и евалуирати компетенције особља о поступку нутритивне његе палијативног болесника.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар спроведени поступак евидентира у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Процедура се ревидира сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Acreman S. Nutrition in palliative care. *Br J Community Nurs.* 2009;14(10):427-431.
2. Bachmann P., Marti-Massoud C., Blanc-Vincent M. P., et al. Standards, options et recommandations: nutrition en situation palliative ou terminale de l'adulte porteur de cancer évolutif [Standards, options and recommendations: nutritional support in palliative or terminal care of adult patients with progressive cancer]. *Bull Cancer.* 2001;88(10):985-1006.
3. Cotogni P., Stragliotto S., Ossola M., Collo A., Riso S., On Behalf Of The Intersociety Italian Working Group For Nutritional Support In Cancer. The Role of Nutritional Support for Cancer Patients in Palliative Care. *Nutrients.* 2021;13(2):306. Published 2021 Jan 22.
4. Del Olmo García M^aD, Moreno Villares J. M., Álvarez Hernández J., et al. Nutrición en cuidados paliativos: resumen de recomendaciones del Grupo de Trabajo de Ética de la SENPE [Nutrition in palliative care: guidelines from the Working Group on Bioethics, Spanish Society of Clinical Nutrition and Metabolism (SENPE)]. *Nutr Hosp.* 2022;39(4):936-944.
5. Elia M., Russell C., et al. *The 'MUST' Report: nutritional screening of adults: a multidisciplinary responsibility.* Letchworth Garden City: BAPEN; 2003.
6. Kondrup J., Allison S. P., Elia M., Vellas B., Plauth M.; Educational and Clinical Practice Committee, European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr.* 2003;22(4):415-421.
7. Muscaritoli M., et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in cancer. *Clin Nutr.* 2021;40(5):2898-2913. Dostupno kao PDF.
8. Stratton R. J., Hackston A., Longmore D., et al. Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the 'malnutrition universal screening tool' ('MUST') for adults. *Br J Nutr.* 2004;92(5):799-808.

18 ЕНТЕРАЛНА ИСХРАНА БОЛЕСНИКА КОЈЕМ ЈЕ ПОТРЕБНА ПАЛИЈАТИВНА ЊЕГА

1. УВОД

Ентерална исхрана је метода исхране која се користи када болесник не може уносити храну орално, али има функционалан гастроинтестинални систем. Одлука о примјени ентералне исхране код палијативних болесника требало би да се доноси узимајући у обзир свеукупно здравствено стање болесника, његове жеље и циљеве лијечења.

Циљ процедуре је дати смјернице медицинским сестрама – техничарима за сигурно и стандардизовано спровођење ентералне исхране, уз очување интегритета гастроинтестиналног система и превенције компликација код палијативног болесника.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Примјењује се у свим организационим јединицама палијативне његе у којима се изводи ентерална исхрана болесника.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниције

Ентерална исхрана: унос нутритивне смјесе у дигестивни тракт путем сонде (назоентералне, назогастричне, гастростоме или јејуностоме).

Палијативни болесник: болесник с узнатредовалом болешћу код којег је примарни циљ побољшање квалитета живота, ублажавање симптома и обезбјеђивање комфора.

Сонда за ентералну исхрану: медицински уређај којим се обезбјеђује приступ дигестивном тракту ради уноса хране или лијекова.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: припрема и провјерава материјал и опрему, спроводи ентералну исхрану, прати стање болесника током и после исхране, спречава компликације и едукује болесника и породицу о основама његе и храњења ентералним путем.

Доктор медицине: процјењује индикације за ентералну исхрану, прописује врсту и количину хране, као и брзину уноса.

Болесник: учествује у поступку у складу са могућностима, уз подршку и едукацију од стране медицинског особља.

4. ПОСТУПАК

Поступак изводи медицинска сестра – техничар по налогу доктора медицине, с циљем обезбјеђивања нутритивне подршке у складу с болесниковим клиничким стањем и могућностима дигестивног тракта.

4.1. Припрема болесника

- Идентификовати болесника;
- Објаснити поступак и обезбиједити пристанак.

4.2. Припрема медицинске сестре – техничара

- Опрати руке и дезинфиковати руке;
- Ставити заштитну опрему (маску, рукавице, кецељу);
- Провјерити љекарски налог о врсти, количини и брзини уноса исхране;

- Припремити материјал и опрему на колицима.

4.3. Припрема материјала

- Нестерилне рукавице;
- Сапун и дезинфекционо средство;
- Заштитна маска;
- Заштитна кецеља;
- Колица или послужавник;
- Компреса за заштиту болесника или целштоф;
- Стетоскоп и бризгалица од 20 мл за провјеру позиције назогастричне сонде;
- Бризгалице за храњење и испирање;
- Ентерални препарат (прописана храна – индустријска или припремљена)
- Чаша воде;
- Бубрежаста посуда;
- Посуде за збрињавање медицинског отпада.

4.4. Извођење поступка

- Поставити болесника у одговарајући положај;
- Проверити положај сонде (аспирација садржаја, аускултација ваздуха у желуцу);
- Припремити храну према налогу и навући у бризгалицу (загријати на собну температуру, добро промијешати).
- Отворити чеп, спојити бризгалицу са сондом и полако аплицирати храну;
- Затворити сонду чепом при поновном пуњењу бризгалице храном;
- Полако убризгати прописану количину хране у времену које одреди љекар (обично 15–30 минута);
- Након храњења, испрати унутрашњи лумен сонде водом ради одржавања проходности;
- Оставити болесника у полусједећем положају најмање 30–60 минута након храњења;
- Распремити и адекватно одложити материјал;
- Скинути рукавице, опрати и дезинфиковати руке.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Осигурати да све интервенције буду у складу с клиничким смјерницама и стандардима здравствене његе.

Никада не примјењивати силу при уносу хране, контролисати температуру, конзистенцију и количину хране.

Пратити појаву евентуалних знакова болесникове нетолеранције: мучнина, повраћање, надимање, дијареја, кашаљ, цијаноза.

Обављати редовну хигијену усне дупље и коже око гастростоме/јеуностоме.

Континуирано спроводити едукацију и евалуирати компетенције особља о поступку ентералне исхране и његе палијативног болесника.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар уноси у сестринску документацију: врсту и количину примљене исхране, начин примјене (сонда/гастростома), реакције болесника, евентуалне компликације и интервенције.

7. РЕВИЗИЈА

Процедура се ревидира сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Ambrose M. S. *Sestrinske procedure*. IV izdanje. Beograd: Data Status; 2010.
2. Cederholm T., Barazzoni R., Austin P., et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr*. 2017;36(1):49-64.
3. Dy SM. Enteral and parenteral nutrition in terminally ill cancer patients: a review of the literature. *Am J Hosp Palliat Care*. 2006;23(5):369–377.
4. European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN). *Guidelines on enteral nutrition in palliative care*. Clin Nutr. 2020.
5. Galić D. i sur. *Standardne operativne procedure zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti I dio*. Sarajevo: Fondacija fami; 2017.
6. Ljevak I. i sur. *Osnove zdravstvene njege*. Mostar: Sveučilište u Mostaru; 2024.
7. Mirjana J i sar. *Specifične standardne operativne procedure zdravstvene njege*. Sarajevo: Fondacija fami; 2024.
8. Šepes S. i sur. *Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi*. HKMS, Zagreb; 2010.
9. Врањеш С. и сар. *Стандардне оперативне процедуре у области здравствене његе на примарном нивоу здравствене заштите*. Бања Лука: Фондација фами; 2022.

19 ПАРЕНТЕРАЛНА ИСХРАНА БОЛЕСНИКА У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ

1. УВОД

Парентерална исхрана је начин нутритивне подршке при којем се сви потребни нутријенти (течности, електролити, глукоза, аминокиселине, масти, витамини и минерали) уносе директно у крвоток путем интравенског пута, заобилазећи пробавни систем. У палијативној њези примјењује се селективно, уз етичко разматрање, с циљем очувања хидратације, ублажавања симптома неухрањености и очувања квалитета живота болесника.

Циљ ове процедуре је дати смјернице медицинским сестрама – техничарима за сигурно, стандардизовано спровођење парентералне исхране, у складу с међународним смјерницама, принципима палијативне медицине и жељама болесника.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Примјењује се у свим организационим јединицама палијативне његе у којима се изводи парентерална исхрана болесника.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниције

Парентерална исхрана (ПИ): унос нутритивних раствора путем периферног или централног венског пута.

Тотална парентерална исхрана (ТПИ): облик нутритивне подршке код којег се све дневне нутритивне потребе болесника (течност, енергија, протеини, масти, електролити, витамини и елементи у траговима) уносе искључиво интравенски, без употребе пробавног система. Користи се када пробавни тракт није функционалан или његова примјена није сигурна.

Дјелимична парентерална исхрана (ДПИ): облик нутритивне подршке код којег се интравенски уноси само дио потребних нутријената, док се преостале потребе надокнађују ентерално (на уста или сондом) или другим доступним путем. Примјењује се када је пробавни тракт дјелимично функционалан или се очекује краткотрајна нутритивна подршка.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: припрема опрему и услове, спроводи поступак уз поштовање асептичних мјера, надгледа болесника током и након инфузије, води документацију, прати компликације.

Доктор медицине: процјењује индикације за парентералну исхрану, одређује тип раствора, брзину и трајање, прати терапијски одговор и одлучује о наставку/прекиду.

4. ПОСТУПАК

Поступак изводи медицинска сестра – техничар по налогу доктора медицине, с циљем обезбјеђивања нутритивне подршке у складу с болесниковим клиничким стањем и могућностима дигестивног тракта.

4.1. Припрема болесника

- Идентификовати болесника;

- Објаснити поступак и обезбиједити пристанак.

4.2. Припрема медицинске сестре – техничара

- Провјерити љекарски налог о врсти, количини и брзини уноса исхране;
- Опрати и дезинфиковати руке;
- Ставити маску и навући нестерилне рукавице.

4.3. Припрема материјала

- Нестерилне рукавице;
- Сапун и дезинфекционо средство;
- Заштитна маска;
- Колица или послужавник;
- Стерилни одговарајући инфузиони системи за апликацију препарата;
- Парентерални препарат према налогу;
- Бубрежаста посуда;
- Посуде за збрињавање медицинског отпада.

4.4. Извођење поступка

- Поставити болесника у одговарајући положај;
- Провјерити венски приступ;
- Припремити инфузиони раствор према налогу;
- Прикључити раствор поштујући мјере асепсе и антисепсе;
- Поставити проток према налогу;
- Током апликације надзирати стање болесника;
- По завршетку апликације распремити и адекватно одложити материјал.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Осигурати да све интервенције буду у складу с клиничким смјерницама и стандардима здравствене његе.

Посматрати болесника током апликације и пријавити било какве нежељене реакције: бол, оток, црвенило, грозницу, хладноћу екстремитета. У случају инфилтрације, прекинути инфузију и обавијестити доктора медицине.

Континуирано спроводити едукацију и евалуирати компетенције особља о поступку парентералне исхране његе палијативног болесника.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар спроведени поступак евидентира у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Процедура се ревидира сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Ambrose M. S. *Sestrinske procedure*. IV izdanje. Beograd: Data Status; 2010.
2. Bozzetti F. Parenteral nutrition. *Nutrition*. 2019;66:101–7.
3. Dy SM. Enteral and parenteral nutrition in terminally ill cancer patients: a review of the literature. *Am J Hosp Palliat Care*. 2006;23(5):369–377.
4. European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN). *Guidelines on parenteral nutrition in palliative care*. Clin Nutr. 2020.
5. Løhre ET, Solheim TS, Jakobsen G, et al. Parenteral Nutrition in Palliative Cancer Care: Detrimental, Futile, or Beneficial?. *Curr Oncol*. 2024;31(5):2748-2757.

6. Ljevak I. i sur. *Osnove zdravstvene njege*. Mostar: Sveučilište u Mostaru; 2024.
7. Šepec S. i sur. *Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi*. HKMS, Zagreb; 2010.
8. Врањеш С. и сар. *Стандардне оперативне процедуре у области здравствене његе на примарном нивоу здравствене заштите*. Бања Лука: Фондација фами; 2022.

20 ХИДРАТАЦИЈА БОЛЕСНИКА КОЈЕМ ЈЕ ПОТРЕБНА ПАЛИЈАТИВНА ЊЕГА

1. УВОД

Хидратација палијативног болесника представља важан дио подржавајуће терапије с циљем очувања комфора, ублажавања симптома дехидратације и побољшања квалитета живота. У палијативној њези хидратација се не спроводи рутински већ индивидуално, у складу с клиничким стањем болесника, прогнозом болести, жељама болесника и породице те процјеном користи и могућих ризика.

Циљ процедуре је да медицинским сестрама – техничарима пружи јасне смјернице за сигурно, етички и стручно спровођење хидратације код палијативних болесника.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у свим организационим јединицама у којима се збрињавају палијативни болесници.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниције

Хидратација: надокнада течности у организму оралним, супкутаним или интравенским путем.

Палијативни болесник: болесник с узрапредовалом, неизљечивом болешћу код којег је основни циљ лијечења побољшање квалитета живота и ублажавање симптома.

Хиподерموклиза: метода примјене течности и одређених лијекова поткожним путем, споро и континуирано, ради надокнаде течности или терапије, посебно када орални или интравенски пут нису погодни.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: процјењује стање хидратације болесника, припрема и спроводи поступак хидратације, прати реакције и могуће компликације, евидентира поступак те информише болесника и породицу.

Доктор медицине: доноси одлуку о потреби хидратације, одређује врсту, количину и начин примјене течности, процјењује контраиндикације.

Болесник и породица: учествују у доношењу одлука у складу с могућностима уз претходно добијене информације о циљевима и ограничењима терапије.

4. ПОСТУПАК

Поступак изводи медицинска сестра – техничар по налогу доктора медицине, с циљем ублажавања симптома дехидратације и побољшања квалитета живота болесника.

Током и након хидратације болесника медицинска сестра – техничар прати: стање свијести болесника, сувоћу уста и језика, еластичност коже, количину и боју урина, присуство едема, дисање и знакове преоптерећења течношћу те опште стање и комфор болесника.

4.1. Припрема болесника

- Идентификовати болесника;
- Објаснити поступак и сврху хидратације;
- Обезбиједити сагласност болесника или породице.

4.2. Припрема медицинске сестре – техничара

- Провјерити љекарски налог о врсти, количини и начину хидратације;
- Опрати и дезинфиковати руке;
- Ставити маску и навући нестерилне рукавице;
- Припремити материјал и опрему на количима.

4.3. Припрема материјала

- Нестерилне рукавице;
- Сапун и дезинфекционо средство;
- Инфузиони раствор (0,9 % NaCl, Рингер лактат – по налогу);
- Инфузиони систем или сет за хиподермоклизу;
- Сталак за инфузију;
- Орални рехидратациони раствори;
- Вода/течност по налогу;
- Чаша;
- Кашика/сламка;
- Стерилне газе;
- Фластер;
- Бубрежњак;
- Посуде за одлагање медицинског отпада.

4.4. Начини хидратације

4.4.1. Орална хидратација

Орална хидратација је начин надокнаде течности и електролита путем уста, најчешће у облику оралних раствора за рехидратацију. Користи се као прва мјера прије него што би била потребна интравенозна хидратација.

Медицинска сестра – техничар припрема орални рехидратациони раствор/течност и даје болеснику да пије кашичицом или сламком у мањим гутљајима, често и полако (да се избјегне повраћање).

4.4.2. Супкутана хидратација (хиподермоклиза)

Најчешћи и најпогоднији облик у палијативној њези. Описана у процедури **Примјена супкутане инфузије (хиподермоклиза) у кући палијативног болесника.**

4.4.3. Интравенска хидратација

Интравенска хидратација се примјењује када болесник не може уносити течност орално и када је потребно брзо дјеловање у обнови течности електролита. Начин спровођења интравенске хидратације је описан у процедури Интравенска примјена лијека.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Осигурати да све интервенције буду у складу с клиничким смјерницама и стандардима здравствене његе.

Приликом хидратације болесника не форсирати унос течности, да не би дошло до хиперхидратације.

Спровођење поступка хидратације спроводити поштујући достојанство и жеље болесника.

Континуирано спроводити едукацију и евалуирати компетенције особља о поступку хидратације палијативног болесника.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар спроведени поступак евидентира у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Процедура се ревидира сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Ljevak I. i sur. *Osnove zdravstvene njege*. Mostar: Sveučilište u Mostaru. 2024.
2. National Clinical Guideline Centre (UK). *Care of dying adults in the last days of life*. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2015 Dec 16. (NICE Guideline No. 31). Chapter 8, *Maintaining hydration*. Доступно на: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK356009/>
3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Care of dying adults in the last days of life*. London: NICE; 2015. Доступно на: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31/chapter/Recommendations#maintaining-hydration>
4. West Midlands Palliative Care Physicians. *Guideline for the use of subcutaneous hydration in palliative care*. West Midlands Palliative Care. Доступно на: <https://www.westmidspallcare.co.uk/wp-content/uploads/Subcutaneous-hydration-in-palliative-care-v2.4-Final-2.pdf>
5. Врањеш С. и сар. *Стандардне оперативне процедуре у области здравствене његе на примарном нивоу здравствене заштите*. Бања Лука: Фондација фами. 2022.

III. ДИО

СПЕЦИФИЧНИ ПОСТУПЦИ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ

- 21** Примјена супкутане инфузије (хиподермоклиза) у кући болесника којем је потребна палијативна њега
- 22** Едукација породице о сигурној и правилној примјени лијекова у кућним условима у палијативној њези
- 23** Поступци медицинске сестре – техничара у збрињавању физичких симптома у палијативној њези
- 24** Специфични поступци у палијативној њези
- 25** Аспирација секрета из дисајних путева
- 26** Примјена оксигенотерапије у кући болесника којем је потребна палијативна њега
- 27** Збрињавање хроничне ране у палијативној њези
- 28** Постављање уринарног кондома
- 29** Превенција компликација дуготрајног лежања код болесника у терминалној фази болести

ПРИМЈЕНА СУПКУТАНЕ ИНФУЗИЈЕ (ХИПОДЕРМОКЛИЗА) У КУЋИ БОЛЕСНИКА КОЈЕМ ЈЕ ПОТРЕБНА ПАЛИЈАТИВНА ЊЕГА

1. УВОД

Хиподермоклиза или примјена отопине супкутаним путем је поступак континуиране хидратације болесника гдје је надокнада текућине отежана/онемогућена оралним или интравенозним путем. Ова метода примјене текућине сматра се сигурном јер минимализује могућност појаве компликација, једноставна је и сигурна метода, мање инвазивна од интравенске инфузије. Стога је посебно погодна за примјену у кући палијативног болесника.

Циљ процедуре је дати смјернице медицинској сестри – техничару о правилном и сигурном начину припреме болесника, материјала и о извођењу поступка.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у кући палијативног болесника.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниције

Хиподермоклиза: метода примјене течности и одређених лијекова поткожним путем, споро и континуирано, ради надокнаде течности или терапије, посебно када орални или интравенски пут нису погодни.

Палијативна њега је свеобухватан приступ њези који се фокусира на олакшавање симптома, смањење бола, психолошку, социјалну и духовну подршку болеснику и његовој породици, без обзира на стадијум болести. Циљ није изљечење болести него побољшање квалитета живота.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар:

- Поставља и одржава поткожни катетер и инфузију;
- Прати мјесто апликације (црвенило, оток, бол, цурење);
- Контролише брзину и количину уноса течности;
- Евидентира врсту и количину примљене течности;
- Едукује болесника/породицу о поступку и знаковима компликација;
- Правовремено прекида терапију и обавјештава љекара ако се јаве компликације.

Доктор: прописује терапију на основу потреба болесника и прилагођава лијечење према потреби.

Болесник: слиједи упутства о начину примјене лијека, информисе здравствене раднике о свим нуспојавама или проблемима у вези примјене лијека.

4. ПОСТУПАК

4.1. Припрема болесника

- Идентификовати болесника;
- Информисати болесника и/или његоватеља/старатеља о важности и циљу интервенције;

- Одредити мјесто за апликацију (предњи дио абдомена, бедра, надлактице, прсни кош);
- Болесника поставити у одговарајући положај.

4.2. Припрема материјала

- Прописана отопина за примјену;
- Лијек (ако је прописан);
- Инфузијски сет;
- Канилу / baby систем (21 г – 25 г);
- Рукавице за једнократну употребу;
- Заштитна маска;
- Тупфери газе/вате и дезинфекционо средство;
- Сталак за инфузију;
- Леукопласт;
- Посуде за одлагање медицинског отпада.

4.3. Припрема медицинске сестре – техничара

- Опрати, посушити руке и навући рукавице;
- Ставити заштитну маску.

4.4. Поступак извођења супкутане инфузије

- Скинути штитник с чепа боце (дезинфиковати чеп);
- Отворити паковање сета, извадити инфузијски систем и затворити регулатор протока;
- Спојити инфузијски систем са боцом и закачити боцу на инфузијски сталак;
- Отворити регулатор протока, пропустити текућину кроз систем и затворити регулатор протока;
- Спојити канилу / baby систем на инфузијски систем;
- Дезинфиковати убодно мјесто;
- Палцем и кажипрстом набрати кожу;
- Убости иглу под углом од 45°, фиксирати леукопластом;
- Отворити регулатор протока и намјестити брзину отицања течности (1 мл у минути);
- По истицању инфузије затворити регулатор протока;
- Одвојити инфузијски систем од каниле / baby система и затворити чепом;
- Кориштени материјал адекватно одложити;
- Опрати и посушити руке.

4.5. Могуће компликације хиподермоклизе

- **Оток и црвенило** на мјесту апликације (успорити или привремено прекинути инфузију).
- **Бол** или нелагодност (успорити или привремено прекинути инфузију).
- **Цурење течности** из мјеста апликације (промијенити мјесто апликације).
- **Инфекција** поткожног ткива (јавља се ријетко, а у случају појаве обавијестити доктора). **Алергијска реакција** на течност или лијек (одмах прекинути инфузију и обавијестити доктора).

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Осигурати да све интервенције буду у складу с клиничким смјерницама и стандардима њега.

Провјерити љекарски налог и врсту/количину течности.

Правилно увести катетер (угао 30–45°).

Контролисати брзину инфузије (30–80 мл/ч).

Пратити мјесто апликације и опште стање болесника.

Мијењати мјесто апликације по потреби или сваких 24–72 ч.

Не аплицирати инфузију на мјестима радиотерапије.

Евидентирати све податке и реакције.

Правовремено реаговати на компликације и обавијестити љекара.

Континуирана едукација медицинских сестара – техничара како би били информисани о најновијим протоколима у палијативној њези, те најновијим смјерницама и праксама за хиподермоклизу.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар спроведени поступак евидентира у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Ревизија процедуре врши се сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА:

1. Galić D., Omanović S., Krtalić P., Mahmutbegović H., Ljevak I., Krako I., Lujčić Z. *Standardne operativne procedure zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti: (polivalentna patronaža/sestrinstvo u zajednici)*. Dio 2. Sarajevo: Fondacija Fami; 2019.
2. Smoković E. Primjena supkutane infuzije u zdravstvenoj njezi u kući. U: *Zdravstvena njega u kući, ista djelatnost – različiti pristupi*. [Rijeka]; 2014. p. 78–82.
3. Queensland Health, Centre for Palliative Care Research and Education. *Guidelines for subcutaneous infusion device management in palliative care and other settings*. 3rd ed.; 2021.
4. World Health Organization (WHO). (2018). *Palliative Care: A Global Perspective*.

22 ЕДУКАЦИЈА ПОРОДИЦЕ О СИГУРНОЈ И ПРАВИЛНОЈ ПРИМЈЕНИ ЛИЈЕКОВА У КУЋНИМ УСЛОВИМА У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ

1. УВОД

Правилна и сигурна примјена лијекова представља један од кључних елемената успјешне палијативне његе, нарочито када значајан дио одговорности за спровођење терапије преузима породица болесника.

Због сложености терапијских протокола, присутности више лијекова и могућих нежељених ефеката, неопходно је да чланови породице буду адекватно едуковани и оспособљени за правилну примјену прописане терапије у кућним условима. Едукација породице доприноси смањењу ризика од грешака у примјени лијекова, побољшава контролу симптома, повећава сигурност болесника и јача сарадњу између здравственог тима и породице.

Циљ процедуре је да дефинише начин, садржај и одговорности у спровођењу едукације породице о сигурној и правилној примјени лијекова у кућним условима у оквиру палијативне његе, с циљем осигуравања континуитета, квалитета и сигурности здравствене заштите болесника.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у палијативној њези у кућним условима.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1 Дефиниција

Едукација породице: структурисани процес информисања, подучавања и оспособљавања чланова породице или старатеља болесника за правилну, сигурну и одговорну примјену лијекова у кућним условима, у складу са важећим терапијским планом.

Примјена лијекова у кућним условима: давање, дозирање, чување и праћење дјеловања прописаних лијекова од стране чланова породице или старатеља болесника, ван здравствене установе, према упутствима здравственог тима.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: **спроводи** едукацију породице о правилној и сигурној примјени лијекова, демонстрира начин припреме и апликације терапије и провјерава разумијевање и способност породице за самосталну примјену лијекова.

Доктор медицине: прописује терапију у складу са здравственим стањем болесника и ревидира је у случају потребе.

Чланови породице: активно учествују у едукацији и постављају питања у вези са терапијом, примјењују лијекове тачно према добијеним упутствима. Прате стање болесника и могуће нежељене реакције и правовремено обавјештавају здравствени тим о промјенама у здравственом стању болесника.

4. ПОСТУПАК

Едукација породице о сигурној и правилној примјени лијекова у кућним условима спроводи се плански, структурисано и у складу са индивидуалним потребама болесника а основни елементи едукације су:

4.1. Процјена потребе за едукацијом

Здравствени тим процјењује знање, способности и спремност чланова породице/старења за примјену терапије, узимајући у обзир здравствено стање болесника, сложеност терапије и кућне услове.

4.2. Планирање едукације

На основу процјене, медицинска сестра – техничар у сарадњи с љекаром планира садржај едукације, укључујући врсте лијекова, начин примјене, дозирање, вријеме давања, могуће нежељене ефекте и поступке у случају компликација.

4.3. Спровођење едукације

Едукација се спроводи усменим објашњењем и практичном демонстрацијом правилне примјене лијекова. Члановима породице се пружају јасне и разумљиве информације, прилагођене њиховом нивоу знања, уз могућност постављања питања.

4.4. Провјера разумијевања и давање писаних упутстава

Медицинска сестра – техничар провјерава да ли члан породице разумије добијена упутства, тражећи да понови кључне информације или демонстрира примјену лијека под надзором. Породици се уручују писана упутства о терапији, укључујући распоред давања лијекова, начин чувања и мјере опреза.

4.5. Праћење и подршка

Медицинска сестра – техничар прати примјену терапије током кућне палијативне његе, пружа додатну подршку и по потреби понавља едукацију.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Едукацију понављати по потреби, посебно у случају промјене терапије или погоршања стања болесника.

Провјерити разумијевање породице тражећи да понове кључне информације или демонстрирају поступак.

Осигурати доступност здравственог тима за додатна питања или хитне ситуације.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар спроведене поступке евидентирати у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Процедура се ревидира сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. European Association for Palliative Care (EAPC). *Guidelines for Family Support in Palliative Care*. Доступно на: <https://www.nrpv.se/wp-content/uploads/2012/10/FamilyCarersWhitePaper-EAPC-dec09.pdf>
2. FHN Hospice, *Patient & Family Guide to Hospice Care at Home*, Доступно на: https://www.fhn.org/docs/HospiceGuide/Hospice-Guide-Full.pdf?utm_source=chatgpt.com
3. Gulfside Hospice. *Patient & Family Training & Support Guide*, 2019; Доступно на: <https://www.gulfside.org/hubfs/2023%20GHH%20Patient%20Training%20Guide.pdf>
4. <https://www.routledge.com/Safety-in-Medication-Use/Tully-DeanFranklin/p/book/9781482227000>
5. *Nursing Instructions to Educate Caregivers in Palliative Care* Lima (PE): PATH; 2017 Доступно на: https://media.path.org/documents/Nursing_Instructions_to_Educate_Caregivers_in_Palliative_Care.pdf?utm_source=chatgpt.com
6. Pastrana T., De Lima L., et al. *Manual on the Use of Essential Palliative Care Medicines for Adults*. IAHPC, 2025; Доступно на: <https://iahpc.org/uploads/2025/8/Manual-on-the-use-of-Essential-Palliative-Care-Medicines-for-Adults.pdf>
7. Sanja Predavec, S. Balija, Grba-Bujević M., *Primjena Nacionalnih smjernica za rad izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe s bolesnicima kojima je potrebna palijativna skrb*, 2022; Доступно на: <https://hrcak.srce.hr/en/file/424553>

23 ПОСТУПЦИ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА У ЗБРИЊАВАЊУ ФИЗИЧКИХ СИМПТОМА У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ

1. УВОД

Физички симптоми код болесника у терминалној фази болести и њихово збрињавање у палијативној њези зависе од врсте и тока болести као и од самог болесника, а најчешћи су: бол, умор, исцрпљеност, губитак тјелесне тежине, мучнина, повраћање, констипација или дијареја, несаница и отежано дисање. Збрињавање физичких симптома у палијативној њези представља основну компоненту холистичког приступа болесницима суоченим с неизљечивим болестима.

Циљ процедуре је осигурати систематичан, досљедан и стручан приступ у препознавању, процјени, праћењу и ублажавању физичких симптома који нарушавају квалитет живота болесника.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у свим здравственим установама које пружају палијативну његу као и у кућним условима.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниције

Физички симптоми: тјелесне тегобе које се јављају као посљедица основне болести, њеног лијечења или напредовања, а које утичу на физичко и емоционално стање болесника (нпр. бол, умор, мучнина, повраћање, диспнеја, констипација, губитак апетита).

Збрињавање симптома: процес процјене, планирања и спровођења интервенција усмјерених на смањење интензитета или потпуну елиминацију симптома, уз праћење ефеката и прилагођавање поступака индивидуалним потребама болесника.

Процјена симптома: континуирани процес прикупљања информација о присутности, интензитету, трајању и утицају симптома на свакодневно функционисање болесника, уз кориштење валидираних скала и алата.

Мултидисциплинарни приступ: сарадња различитих здравствених стручњака (љекара, медицинских сестара, психолога, социјалних радника, духовника и других) у планирању и спровођењу палијативне његе.

Кахексија: синдром тешког губитка тјелесне тежине, мишићне масе и масног ткива, праћен смањеним апетитом, слабошћу и исцрпљеношћу, који се не може у потпуности кориговати исхраном. Најчешће се јавља код узнапредовалих малигних и хроничних болести у терминалној фази.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: учествује у процјени физичких симптома путем систематичног прикупљања података, примјењује прописане медицинске и сестринске интервенције за ублажавање симптома. Прати и документује реакције болесника на примијењене мјере те обавјештава љекара о промјенама у интензитету или врсти симптома. Едукује болесника и породицу о мјерама самопомоћи, правилном узимању терапије и поступцима који олакшавају физичке тегобе.

Доктор медицине: поставља дијагнозу и одређује терапијске мјере за контролу физичких симптома.

Психолог: пружају подршку болеснику и породици у суочавању с физичким симптомима и емоционалним посљедицама болести.

Болесник/породица/његоватељ: учествује у процесу његе, сарађује с медицинским особљем и примјењује препоручене мјере код куће.

4. ПОСТУПАК

Збрињавање специфичних физичких симптома у палијативној њези захтијева знање и стручност те медицинска сестра – техничар, као члан интердисциплинарног палијативног тима, има кључну улогу у процјени присутних симптома, спровођењу интервенција и евалуацији њихових ефеката. Посебна пажња усмјерава се на контролу бола, диспнеје, мучнине, повраћања, умора, констипације и других тегоба које могу значајно утицати на физичко и емоционално стање болесника.

Циљ сестринске његе је осигурати највећи могући квалитет живота и очувати лични дигнитет болесника све до смрти.

4.1. Збрињавање бола

Медицинска сестра – техничар код збрињавања бола треба:

- Уочити невербалне знакове који указују на болну сензацију;
- Урадити процјену бола у смислу акутног или хроничног бола;
- Уочити манифестације бола, препознати локализацију и интензитет бола;
- Обезбиједити **удобан положај** болесника (коришћење јастука, подупирача, антидекубиталних помагала), тихо и опуштајуће окружење;
- Примиијенити топле или хладне облоге према потреби, масажу, технике дисања и релаксацију;
- Примиијенити фармакотерапију за ублажавање бола према писменом налогу љекара.

4.2. Збрињавање гастроинтестиналних симптома (мучнине, повраћања, дијареје или опстипације)

Медицинска сестра – техничар код збрињавања гастроинтестиналних симптома треба да:

- Процијени учесталост, интензитет симптома и фактора који погоршавају симптоме;
- Спроводи нефармаколошке методе помоћи за сузбијање мучнине и повраћања које укључују оптималну температуру хране, мање обилне оброке без зачина и јаких мириса;
- Примиијени фармаколошку терапију према налогу љекара;
- Процијени учесталост и конзистентност столице (минимално једна дефекација у 72 часа код опстипације);
- Едукује породицу о потреби за повећаним уносом течности, хране богате влакнима код опстипације;
- Помаже у одржавању физичке покретљивости у складу са болесниковим могућностима;
- Примиијени лаксативе по налогу љекара у случајевима опстипације;

- Подстиче унос текућине и електролита (орална рехидратацијска солуција, бистре супе) уколико болесник толерише орални унос;

Храни/препоручује чешће оброке са мањим количинским уносом избегавајући намирнице које погоршавају гастроинтестиналне сметње.

4.3. Збрињавање исцрпљености и губитка тјелесне тежине

Медицинска сестра – техничар код збрињавања исцрпљености и губитка тјелесне тежине треба:

- Измјерити тјелесну тежину, одредити БМИ, те процијенити изглед коже и мишићне масе;
- **Прилагодити све интервенције и поступке индивидуалним потребама болесника како би се осигурао адекватан унос храњивих твари;**
- Препоручити лако сварљиву, мекану и висококалоричну храну према жељама и толеранцији болесника и осигурати адекватан унос течности;
- Редовно чистити усну шупљину (свака 2–4 сата), нарочито прије и после оброка користећи благе растворе;
- **Осигурати адекватан положај при храњењу, хранити болесника чешће а да су оброци количински мањи;**
- Обезбиједити довољно одмора и избегавати напоре непосредно након оброка;
- **Примијенити ентералну и/или парентералну исхрану према налогу љекара.**

4.4 Збрињавање отежаног дисања

Медицинска сестра – техничар код збрињавања отежаног дисања треба:

- Поставити болесника у одговарајући положај (најчешће високи **полусједећи положај**);
- Омогућити ослонац за руке ради релаксације грудних мишића;
- **Осигурати доток свјежег ваздуха отварањем прозора или усмјерити благи проток ваздуха вентилатором;**
- Одржавати адекватну **оралну хигијену и хидратацију**, а у случају накупљања секрета аспирирати дисајне путеве;
- Пратити сатурацију и реакције болесника те га савјетовати да мирно и споро дише (кроз нос удах а издисај кроз благо отворена уста);
- **Примијенити оксигенотерапију и фармакотерапију према налогу љекара.**

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Осигурати да све интервенције буду у складу с клиничким смјерницама и стандардима њега.

Обезбиједити **редовно праћење виталних функција** код болесника на опиоидној аналгетској терапији.

Провјерити интегритет коже у случају примјене топлоте или хладноће и трансдермалних фластера.

Мириси и зачини веома често изазивају симптоме мучнине те избегавати зачињену храну.

Континуирано спроводити едукацију и евалуирати компетенције медицинских сестара – техничара о

збрињавању физичких симптома у палијативној њези.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар евидентира у сестринску документацију спроведени поступак.

7. РЕВИЗИЈА

Процедура се ревидира сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Bilić, M., Petrović, Z. *Palijativna njega i medicina: Priručnik za medicinske sestre*. Beograd: Medicinski fakultet, 2019; Доступно на: <https://www.scribd.com/document/792584086/PCS-Knjiga1-Palijativna-Medicina-Prirucnik-Za-Studente-Medicine>
2. Emrah A., Department of Emergency Medicine, Mamak Public Hospital, Ankara, Turkiye, *Dyspnea management in paliatice care;current approaches and treatment strategies*, 2025; Доступно на: https://www.researchgate.net/publication/390283779_Dyspnea_management_in_palliative_care_current_approaches_and_treatment_strategies
3. *European Association for Palliative Care (EAPC). Recommendations for the Management of Pain, Dyspnoea and Other Symptoms in Palliative Care. 2022.* Dostupno: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/02692163221074547>
4. Nacionalne smjernice za rad izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe s bolesnikima kojima je potrebna palijativna, Zagreb, 2025; Доступно на: <https://www.hzhm.hr/wp-content/uploads/2025/03/Nacionalne-smjernice-za-rad-izvanbolnicke-i-bolnicke-hitne-medicinske-sluzbe-s-bolesnikima-kojima-je-potrebna-palijativna-skrb.pdf>
5. Priručnik za palijativnu njegu. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Beograd, 2021; Доступно на: <http://hepmp.med.bg.ac.rs/wp-content/uploads/2019/04/Prirucnik-Palijativna-medicina.pdf>
6. Twycross R., Wilcock A. *Symptom Management in Advanced Cancer*. Oxford: Oxford University Press, 2022; Доступно на: https://books.google.ba/books/about/Symptom_Management_in_Advanced_Cancer.html?id=DhQcAx2Nc3MC&redir_esc=y
7. „Pravilnik o mjerama za sprečavanje i suzbijanje infekcija povezanih sa pružanjem usluga zdravstvene zaštite („Službeni glasnik Republike Srpske“, br. 118/08, 11/09, 74/10, 86/10, 24/12, 121/12, 15/16, 57/16 i 31/18).

24 СПЕЦИФИЧНИ ПОСТУПЦИ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ

1. УВОД

Специфични поступци у палијативној њези обухватају циљане, плански спровођене мјере усмјерене на ефикасну контролу симптома, ублажавање тјелесне, психичке, социјалне и духовне патње те очување што већег нивоа комфора и достојанства болесника. Ови поступци усмјеравају се на побољшање квалитета преосталог живота, уз поштовање индивидуалних потреба, вриједности и жеља болесника те активно укључивање породице и интердисциплинарног здравственог тима у процес њега.

Циљ процедуре је осигурати стандардизован, сигуран и хуман приступ у спровођењу специфичних поступака палијативне њега ради ублажавања симптома, очувања достојанства и побољшања квалитета живота болесника у терминалном стадијуму болести.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у болничким, амбулантним или кућним условима.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниције

Палијативна њега: активна, свеобухватна брига о болесницима с прогресивним, неизљечивим болестима, с циљем ублажавања бола и других симптома те пружања психосоцијалне и духовне подршке.

Специфични поступци у палијативној њези: циљане, стручно утемељене и плански спровођене мјере усмјерене на ефикасну контролу симптома, олакшање патње и очување комфора и достојанства болесника.

Квалитет живота: означава субјективну процјену болесника о властитом физичком, психичком, социјалном и духовном благостању у контексту болести и пружене здравствене њега.

Контрола симптома: систематско препознавање, процјена, праћење и ублажавање симптома болести и нуспојава терапије, укључујући бол, диспнеју, мучнину, анксиозност, умор и друге симптоме.

Комфор болесника: стање физичке удобности, емоционалне сигурности и психичког мира, постигнуто прилагођавањем њега индивидуалним потребама и могућностима болесника.

Достојанство болесника: право сваке особе на поштовање, аутономију, приватност и уважавање личних вриједности, увјерења и жеља током пружања здравствене њега.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: одговорна за континуирану процјену стања болесника, спровођење специфичних сестринских поступака у палијативној њези, примјену и праћење ефеката прописане терапије, праћење и документовање симптома и промјена стања, осигуравање комфора, хигијене и сигурности болесника, пружање емоционалне подршке болеснику и породици, едукацију породице о основама њега те вођење потпуне и тачне сестринске документације.

Љекар: спроводи медицинску процјену болесника, поставља дијагнозу и план палијативне терапије, прописује фармаколошку терапију за контролу симптома, процјењује

индикације за специфичне медицинске поступке, учествује у доношењу одлука о циљевима њега, комуницира с болесником и породицом о току болести и плану њега.

Остали чланови интердисциплинарног тима: (психолог, социјални радник, физиотерапеут, духовни савјетник и др.) пружају специфичне облике подршке у складу са својим професионалним компетенцијама, учествују у процјени потреба болесника и породице, доприносе планирању и спровођењу индивидуализоване палијативне њега те осигуравају психосоцијалну и духовну подршку.

Породица/старатељи: активно учествују у њези болесника у складу са својим могућностима, поштују упутства здравствених радника, правовремено обавјештавају здравствени тим о промјенама у стању болесника те пружају континуирану емоционалну подршку болеснику.

Здравствена установа: осигурава организационе, кадровске и материјалне услове за спровођење палијативне њега, омогућава континуирану едукацију здравствених радника, осигурава доступност лијекова, медицинских средстава и опреме те спровођење мјера за унапређење квалитета здравствене заштите.

4. ПОСТУПАК

Специфични поступци у палијативној њези обухватају циљане, планске и индивидуализоване интервенције усмјерене на ублажавање симптома, смањење патње и очување квалитета живота болесника.

Најчешће се дијеле на следеће групе:

4.1. Процјена и праћење болесника

Процјена и праћење болесника у палијативној њези значи континуиран, систематски и свеобухватан процес прикупљања, анализирања и документовања података о здравственом стању болесника с циљем правовременог препознавања потреба, промјена и симптома те прилагођавања плана њега како би се осигурала максимална удобност, сигурност и квалитет живота болесника.

Процјена и праћење болесника обухвата:

- **Холистичку процјену (физичко, психичко, социјално и духовно стање)**
Холистичка процјена подразумијева свеобухватно сагледавање болесника као цјелине, а не само његове дијагнозе. Обухвата процјену физичких симптома, психичког стања (емоције, страхови, анксиозност), социјалних околности (породична подршка, услови живота) те духовних потреба и увјерења. Овакав приступ омогућава индивидуализовану и свеобухватнију палијативну његу.
- **Процјена бола и других симптома**
Процјена бола и других симптома спроводи се систематски и редовно, користећи одговарајуће скале и клиничку процјену. Циљ је утврдити интензитет, трајање и карактер симптома попут бола, диспнеје, мучнине, умора или немира. Правовремена процјена омогућава адекватну терапију и спречава непотребну патњу болесника.
- **Праћење промјена здравственог стања**
Праћење промјена здравственог стања подразумијева континуирано опажање и евиденцију свих промјена у физичком и психичком стању болесника. То укључује погоршање или побољшање симптома, реакције на терапију и појаву нових проблема. Редовно праћење омогућава правовремено прилагођавање плана њега и терапијских поступака.

- **Процјена функционалне способности болесника**

Процјена функционалне способности односи се на утврђивање степена самосталности болесника у обављању свакодневних активности. Обухвата способност кретања, храњења, личне хигијене и комуникације. Ова процјена је кључна за планирање адекватне његе, кориштење помагала и укључивање породице или старатеља у бригу о болеснику.

4.2. Контрола бола

Контрола бола у палијативној њези подразумијева плански, континуиран и индивидуализован приступ процјени, лијечењу и праћењу бола с циљем његовог максималног ублажавања и побољшања квалитета живота болесника. Обухвата редовну процјену интензитета и карактера бола, примјену одговарајуће фармаколошке терапије у складу с јачином бола, праћење ефеката и нуспојава терапије, као и примјену нефармаколошких метода попут правилног позиционирања, релаксације и психолошке подршке. Контрола бола спроводи се уз сталну сарадњу здравственог тима, болесника и породице, уз поштовање индивидуалних потреба и жеља болесника.

Контрола бола обухвата

- **Примјену аналгетика према степену бола**

Примјена аналгетика заснива се на процјени јачине бола и спроводи се према степену бола, уз индивидуално прилагођавање терапије сваком болеснику. Терапија се постепено прилагођава у зависности од интензитета бола и одговора болесника, с циљем постизања оптималног олакшања уз минималне нуспојаве. Редовна евалуација омогућава правовремену корекцију терапије.

- **Праћење ефеката и нуспојава терапије**

Праћење ефеката терапије подразумијева процјену смањења интензитета бола и побољшања функционалности и комфора болесника. Истовремено се прати појава могућих нуспојава као што су мучнина, поспаност, опстипација или респираторна депресија. Правовремено препознавање нуспојава омогућава њихово адекватно збрињавање и наставак сигурне терапије.

- **Нефармаколошке мјере (положај, релаксација, масажа)**

Нефармаколошке мјере представљају допуну фармаколошкој терапији и усмјерене су на смањење бола и напетости без примјене лијекова. Правилно позиционирање тијела може смањити притисак и нелагодност, док технике релаксације и масаже доприносе смањењу напетости, анксиозности и субјективног доживљаја бола. Ове мјере се примјењују у складу с могућностима и жељама болесника.

- **Превенција и лијечење нуспојава терапије**

Превенција и лијечење нуспојава терапије укључују спровођење мјера за спречавање и ублажавање нежељених ефеката аналгетика. То подразумијева адекватну хидратацију, регулацију столице, примјену заштитних лијекова и прилагођавање дозе терапије. Циљ је одржавање оптималне равнотеже између ефикасне контроле бола и очувања квалитета живота болесника.

4.3. Ублажавање осталих симптома

Ублажавање осталих симптома подразумијева систематски, континуиран и индивидуализован приступ препознавању, процјени, праћењу и збрињавању симптома који, поред бола, значајно утичу на квалитет живота болесника. Овај поступак усмјерен је на смањење тјелесне и психичке патње, повећање комфора и очување достојанства болесника.

- **Збрињавање диспнеје**

Збрињавање диспнеје подразумијева мјере усмјерене на олакшавање осјећаја отежаног дисања и смањење нелагодности код болесника. Обухвата правилно позиционирање болесника, осигуравање мирног окружења и, према потреби, примјену фармаколошке терапије. Континуирано праћење дисања омогућава правовремено прилагођавање интервенција ради постизања максималног комфора.

- **Контрола мучнине и повраћања**

Контрола мучнине и повраћања укључује процјену учесталости, интензитета и узрока симптома, као и примјену одговарајуће терапије и мјера његе. Посебан нагласак ставља се на прилагођавање исхране, хидратацију и стварање угодног окружења за болесника. Циљ је спријечити дехидратацију, исцрпљеност и додатну патњу.

- **Збрињавање анксиозности, немира и делиријума**

Збрињавање анксиозности, немира и делиријума подразумијева правовремено препознавање промјена у понашању и психичком стању болесника. Интервенције укључују смирену комуникацију, осигуравање сигурног и познатог окружења, емоционалну подршку те, по потреби, фармаколошке мјере. Циљ је смањење психичке патње и осјећаја страха код болесника.

- **Контрола умора и несанице**

Контрола умора и несанице усмјерена је на побољшање одмора и квалитета сна болесника. Подразумијева прилагођавање дневних активности, осигуравање периода одмора, смањење вањских подражаја и стварање рутине спавања. Ове мјере доприносе очувању енергије и општег благостања болесника.

- **Збрињавање секрета дисајних путева**

Збрињавање секрета дисајних путева обухвата мјере за олакшавање дисања и смањење нелагодности узроковане накопљањем секрета. То укључује правилно позиционирање болесника, његу дисајних путева и одржавање влажности слузница. Циљ је осигурати што лакше и мирније дисање.

- **Њега усне шупљине и слузница**

Њега усне шупљине и слузница подразумијева редовно одржавање оралне хигијене ради спречавања сувоће, инфекција и нелагодности. Обухвата влажење слузница, уклањање наслага и процјену стања усне шупљине. Ова интервенција значајно доприноси комфору болесника и квалитету живота.

4.4. Прехрана и хидратација

Прехрана и хидратација имају кључан значај јер су усмјерене на очување комфора, снаге и општег благостања болесника, а не искључиво на задовољење нутритивних потреба или продужење живота. Њихов циљ је прилагодити унос хране и течности стварним потребама, жељама и могућностима болесника, уз поштовање фазе болести и општег здравственог стања.

- **Процјена нутритивног статуса**

Процјена нутритивног статуса подразумијева утврђивање тјелесне масе, апетита, способности узимања хране и течности те присуства симптома који отежавају исхрану, као што су мучнина, дисфагија или бол. Процјењују се и навике у исхрани, толеранција хране и опште стање болесника. Ова процјена омогућава

планирање одговарајућих мјера прехране у складу с потребама и могућностима болесника.

- Помоћ при храћењу

Помоћ при храћењу укључује асистенцију болеснику током узимања хране и течности у складу с његовим функционалним способностима. То може обухвата-ти прилагођавање положаја, текстуре хране, темпа храћења и окружења. Циљ је омогућити што угодније и сигурније храћење, уз очување достојанства и само-сталности болесника.

- Процјена користи и оптерећења хидратације

Процјена користи и оптерећења хидратације подразумијева континуирану процјену да ли унос течности доприноси комфору болесника или узрокује додатне тегобе, попут едема, диспнеје или нелагодности. Одлуке о хидратацији доносе се индивидуално, узимајући у обзир фазу болести, жеље болесника и клиничко стање. Циљ је осигурати оптималан баланс између користи и могућих негативних ефеката.

- Њега уста код смањеног уноса хране и течности

Њега уста код смањеног уноса хране и течности усмјерена је на спречавање сувоће слuzница, инфекција и нелагодности. Обухвата редовно влажење усне шупљине, чишћење зуба и слuzница те процјену стања уста. Ова интервенција је од посебног значаја за очување комфора болесника, нарочито у узрапредовалој фази болести.

4.5. Њега коже и превенција компликација

Њега коже и превенција компликација подразумијевају плански, континуиран и индивидуализован скуп мјера усмјерених на очување интегритета коже, спречавање настанка оштећења и ублажавање постојећих кожных промјена, с циљем очувања комфора, сигурности и достојанства болесника.

Ове мјере обухватају редовну процјену стања коже, рано препознавање ризика за настанак компликација (посебно декубитуса), спровођење превентивних и терапијских интервенција, као и прилагођавање њега општем стању и функционалним способностима болесника. Посебан нагласак ставља се на спречавање бола, инфекција и нелагодности узроковане оштећењем коже, те на едукацију породице и старатеља о правилној његи коже.

Циљ њега коже и превенције компликација није само спречавање медицинских посљедица већ и очување квалитета живота и свакодневног комфора болесника у палијативној његи.

- Превенција и лијечење декубитуса

Превенција декубитуса подразумијева редовну процјену ризика за настанак декубиталне рана, праћење стања коже и спровођење превентивних мјера. То укључује растерећење притиска, одржавање чистоће и сувоће коже те право-времено збрињавање постојећих декубитуса. Циљ је спријечити бол, инфекције и додатне компликације које значајно нарушавају квалитет живота болесника.

- Њега рана и оштећене коже

Њега рана и оштећене коже обухвата правилно чишћење, заштиту и праћење рана или оштећења коже у складу с њиховим стањем. Посебна пажња посвећује се спречавању инфекција и смањењу бола приликом њега. Правилна њега доприноси очувању интегритета коже и комфора болесника.

- **Правилно позиционирање болесника**

Правилно позиционирање болесника подразумева редовно мијењање положаја тијела ради смањења притиска на осјетљиве дијелове коже. Ова интервенција доприноси превенцији декубитуса, олакшава дисање и повећава укупни комфор болесника. Положаји се прилагођавају здравственом стању и толеранцији болесника.

- **Њега код инконтиненције**

Њега код инконтиненције укључује одржавање хигијене, заштиту коже и примјену одговарајућих помагала ради спречавања иритација и оштећења коже. Редовно праћење и правовремена њега смањују нелагодност, ризик од инфекција и чувају достојанство болесника. Ова интервенција има значајну улогу у укупном комфору болесника у палијативној њези.

4.6. Елиминација и излучевине

Елиминација и излучевине представљају скуп мјера усмјерених на праћење и збрињавање излучивања урина и столице с циљем очувања комфора, хигијене, достојанства и сигурности болесника. Циљ ових поступака је спречавање нелагодности, бола, инфекција и компликација повезаних с поремећајем елиминације, уз стално прилагођавање њега здравственом стању и потребама болесника.

- **Збрињавање уринарне и фекалне инконтиненције**

Збрињавање уринарне и фекалне инконтиненције подразумева спровођење мјера које осигуравају чистоћу, сувоћу и заштиту коже болесника. Обухвата употребу одговарајућих помагала, редовну хигијену и превенцију иритација коже. Циљ је смањење нелагодности, спречавање инфекција и очување достојанства болесника.

- **Превенција и лијечење опстипације**

Превенција и лијечење опстипације укључују редовну процјену столице, праћење учесталости пражњења и примјену мјера за олакшавање пражњења цријева. Ове мјере доприносе смањењу бола, нелагодности и компликација повезаних с дуготрајном опстипацијом. Правовремена интервенција значајно побољшава квалитет живота болесника.

- **Праћење диурезе и столице**

Праћење диурезе и столице подразумева систематско биљежење количине, учесталости и карактеристика излучевина. Ова процјена омогућава рано препознавање поремећаја елиминације и правовремено прилагођавање њега и терапије. Континуирано праћење доприноси сигурности и стабилности здравственог стања болесника.

- **Катетеризација мокраћне бешике**

Катетеризација се спроводи само када је медицински индикована и уз поштовање принципа сигурности и асептичности. Циљ ове интервенције је олакшавање пражњења мокраћне бешике, смањење нелагодности и спречавање компликација. Редовна процјена потребе за катетеризацијом доприноси смањењу ризика од инфекција и очувању комфора болесника.

4.7. Психосоцијална и духовна подршка

Психосоцијална и духовна подршка представља скуп мјера усмјерених на очување емоционалног, психичког, социјалног и духовног благостања болесника и његове породице.

Циљ ове подршке је ублажавање психичке патње, јачање осјећаја сигурности и смисла, те помоћ болеснику и породици у суочавању с болешћу, патњом и процесом умирања.

- Емоционална подршка болеснику

Емоционална подршка болеснику подразумејева присутност, активно слушање и емпатичну комуникацију с болесником. Циљ је омогућити болеснику да изрази страхове, бриге и осјећаје без осуђивања. Ова подршка доприноси смањењу осјећаја усамљености, страха и емоционалне патње.

- Подршка породици и старатељима

Подршка породици и старатељима обухвата пружање информација, савјетовања и емоционалне помоћи особама које брину о болеснику. Она помаже породици да разумије стање болесника, лакше се носи с емоционалним оптерећењем и да активно учествује у њези. Ова интервенција доприноси бољој сарадњи и континуитету њега.

- Препознавање страха, депресије и анксиозности

Препознавање страха, депресије и анксиозности подразумејева пажљиво праћење емоционалног стања болесника и правовремено уочавање знакова психичке патње. Рано препознавање омогућава укључивање одговарајућих стручњака и спровођење мјера подршке. Циљ је спречавање погоршања психичког стања и очување квалитета живота.

- Омогућавање духовне њега према жељама болесника

Омогућавање духовне њега подразумејева поштовање вјерских, духовних и личних увјерења болесника. Ова интервенција укључује омогућавање разговора с духовним савјетником или другим особама од повјерења. Духовна подршка помаже болеснику да пронађе мир, смисао и утјеху у складу са властитим увјерењима.

4.8. Комуникација и доношење одлука

Комуникација и доношење одлука представљају континуиран и структуриран процес размјене информација између здравственог тима, болесника и породице, с циљем заједничког планирања њега у складу с медицинским индикацијама, вриједностима, жељама и правима болесника. Овај процес осигурава транспарентност, повјерење и етички утемељено одлучивање током цијелог тока палијативне њега.

- Разговори о циљевима њега

Разговори о циљевима њега подразумејевају отворену и искрену комуникацију с болесником и породицом о очекивањима, могућностима и ограничењима палијативне њега. Током ових разговора утврђују се приоритети њега, као што су контрола симптома, комфор и квалитет живота. Циљ је усклађивање плана њега с потребама и жељама болесника.

- Поштовање аутономије и жеља болесника

Поштовање аутономије и жеља болесника значи уважавање права болесника да доноси одлуке о властитој њези у складу са својим вриједностима и увјерењима. Здравствени тим осигурава да болесник буде укључен у доношење одлука у мјери у којој то његово стање допушта. Ова интервенција доприноси очувању достојанства и осјећаја контроле болесника.

- Информисани пристанак

Информисани пристанак подразумејева да болесник добије јасне, разумљиве и потпуне информације о планираним поступцима, могућим користима и ризицима. Пристанак се

даје добровољно и без притиска, уз поштовање способности болесника за доношење одлука. Овај поступак је темељ етичке и правне сигурности у палијативној његи.

- Документовање одлука и жеља болесника

Документовање одлука и жеља болесника укључује уредно биљежење свих важних одлука, сагласности и изражених жеља у медицинској и сестринској документацији. Ова документација осигурава континуитет његе и јасноћу поступања свих чланова здравственог тима. Правилно документовање смањује ризик од неспоразума и неусклађеног поступања.

4.9. Њега болесника у терминалној фази болести

Њега у терминалној фази представља скуп планских и хуманих поступака који се спроводе у завршном периоду живота болесника, када је смрт неизбежна и фокус његе је искључиво на ублажавању патње, очувању комфора, мира и достојанства болесника, те пружању подршке породици током процеса умирања и након смрти.

- Препознавање знакова приближавања смрти

Препознавање знакова приближавања смрти подразумијева пажљиво праћење промјена у општем стању болесника, као што су смањен ниво свијести, промјене дисања, смањен унос хране и течности те општа слабост. Правовремено препознавање ових знакова омогућава прилагођавање његе и припрему болесника и породице. Циљ је спријечити непотребне интервенције и осигурати миран завршетак живота.

- Ублажавање терминалних симптома

Ублажавање терминалних симптома усмјерено је на смањење симптома који се јављају у завршној фази живота, као што су бол, диспнеја, немир и анксиозност. Интервенције се спроводе с циљем максималног олакшања и комфора болесника. Терапија се прилагођава тренутном стању и потребама болесника.

- Осигуравање мира, приватности и достојанства

Осигуравање мира, приватности и достојанства подразумијева стварање смиреног окружења без непотребних ометања. Посебан нагласак ставља се на поштовање жеља болесника, очување његове приватности и достојанственог поступања у сваком тренутку. Ова интервенција омогућава болеснику да посљедње тренутке проведе у миру.

- Подршка породици у процесу умирања и након смрти

Подршка породици у процесу умирања и након смрти укључује емоционалну присутност, пружање информација и помоћ породици у суочавању с губитком. Здравствени тим помаже породици да разумије промјене које се дешавају и пружа подршку у тренуцима туге. Ова интервенција доприноси хуманом и достојанственом опроштају.

- Поступци након смрти болесника

Поступци након смрти болесника подразумијевају спровођење свих радњи у складу с професионалним, етичким и законским стандардима. То укључује потврду смрти, достојанствено збрињавање тијела и документовање смрти. Посебна пажња посвећује се поштовању културе, вјерских увјерења и жеља породице.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Осигурати да све интервенције буду у складу с клиничким смјерницама и стандардима његе.

Поштовати етичка начела палијативне његе (достојанство, аутономија, поштовање болесника).

Осигурати сигурну примјену лијекова (посебно опиоида).

Водити рачуна о превенцији декубитуса и инфекција.

Осигурати повјерљивост информација и заштиту приватности болесника.

6. ЕВИДЕНЦИЈЕ

Медицинска сестра – техничар спроведене поступке евидентира у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Ревизија процедуре се врши сваке три године а по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Ferrell B. R., Twaddle M. L., Melnick A., Meier D. E. National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care Guidelines, 4th Edition. *J Palliat Med.* 2018 Dec;21(12):1684-1689. doi: 10.1089/jpm.2018.0431. Epub 2018 Sep 4. PMID: 30179523.
2. Galić D i dr. *Standardne operativne procedure zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti*, II dio, Polivalentna patronaža/sestrinstvo u zajednici. Sarajevo Fondacija fami 2019.
3. Ljevak I. i sur. *Osnove zdravstvene njege*. Mostar: Sveučilište u Mostaru; 2024.
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Care of dying adults in the last days of life (NG31)*. London: NICE; 2015 Dec 16. Guideline (PDF). Доступно на: nice.org.uk
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *End of life care for adults: service delivery (NG142)*. London: NICE; 2019 Oct 16. Guideline web page. Доступно на: nice.org.uk
6. Payne S., Harding A., Williams T., Ling J., Ostgathe C. Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study. *Palliat Med.* 2022 Apr; 36(4):680-697. doi: 10.1177/02692163221074547. Epub 2022 Feb 3. PMID: 35114839; PMCID: PMC9006395.
7. Врањеш С. и сар. *Стандардне оперативне процедуре у области здравствене његе на примарном нивоу здравствене заштите*. Бања Лука: Фондација фами; 2022.

25 АСПИРАЦИЈА СЕКРЕТА ИЗ ДИСАЈНИХ ПУТЕВА

1. УВОД

Аспирација дисајних путева у палијативној њези спроводи се с циљем ублажавања симптома узрокованих накупљањем секрета, попут диспнеје, респираторног дистреса и неугодног „ропца“ у терминалној фази болести. Поступак се спроводи ради доприноса побољшању стања болесника, уз поштовање начела палијативне медицине, достојанства и индивидуалних потреба болесника.

Циљ ове процедуре је стандардизовати поступак аспирације дисајних путева код болесника ради осигуравања сигурног, стручног и етички утемељеног извођења захвата, уз приоритетно очување достојанства и квалитета живота болесника и смањење ризика од компликација.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у свим организационим јединицама у којима се спроводи палијативна њега.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1 Дефиниције

Аспирација дисајних путева: поступак уклањања секрета из горњих или доњих дисајних путева помоћу стерилног аспирацијског катетера и вакуумског система, с циљем олакшавања дисања и смањења респираторног дистреса.

Секрет у дисајним путевима: Слуз или други садржај (нпр. трахеобронхални секрет) који се накупља у дисајним путевима и може узроковати отежано дисање, кашаљ или звучне респираторне знакове.

Респираторни дистрес: стање отежаног дисања које може укључивати диспнеју, тахипнеју, кориштење помоћне респираторне мускулатуре и осјећај недостатка ваздуха.

Неинвазивна аспирација: аспирација секрета из усне шупљине и орофаринкса без уласка у доње дисајне путеве.

Инвазивна аспирација: аспирација секрета из трахеје путем ендотрахеалног тубуса или трахеостоме.

3.2 Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: изводи аспирацију дисајних путева у складу са стручним смјерницама, континуирано прати стање болесника прије, у току и након аспирације, осигурава поштовање асептичних услова поступка и сигурности болесника.

Доктор медицине: индикује аспирацију на бази клиничког стања болесника и интервенише у случају развоја компликација.

4. ПОСТУПАК

4.1. Припрема болесника

Непосредно прије извођења аспирације медицинска сестра – техничар треба:

- Процијенити опште стање болесника (свијест, дисање);
- Информисати болесника (ако је при свијести) и/или породицу о сврси и току поступка;
- Поставити болесника у полусједећи или бочни положај (зависно од стања болесника).

4.2. Припрема материјала

- Аспиратор;
- Стерилни аспирацијски катетер одговарајуће величине;
- Заштитна опрема (рукавице, маска, заштитне наочале према потреби);
- Компреса (за заштиту болесника);
- Посуда за медицински отпад.

4.3. Извођење поступка (не)инвазивне аспирације

- Извршити хигијену руку и примијенити личну заштитну опрему и стерилну технику рада;
- Укључити аспиратор и провјерити јачину негативног притиска;
- Увести катетер њежно у усну шупљину без форсирања;
- Активирати аспирацију тек при извлачењу катетера (у случају инвазивне аспирације ротирајућим покретима);
- Аспирацију спроводити кратко (10–15 секунди у једном акту);
- По потреби поновити поступак након кратке паузе код аспирације горњих дисајних путева, уз праћење стања болесника;
- Аспирацију доњих дисајних путева извести три пута у трајању 10–15 секунди у адекватном положају;
- Пратити виталне знакове и толеранцију болесника током цијелог поступка;
- Процијенити ефекат захвата (олакшано дисање, смањење звучних феномена...);
- Збринути кориштени материјал у складу са правилима о медицинском отпаду;
- Евидентирати поступак са детаљима о количини и карактеру секрета, реакцији болесника те евентуалним компликацијама.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Провјерити исправност аспиратора и одговарајући ниво негативног притиска прије почетка.

Прекинути поступак ако се појаве знакови тешког респираторног дистреса, хипоксије или друге акутне компликације. Континуирано спроводити едукацију и евалуацију компетенција медицинске сестре – техничара о поступцима аспирације секрета из дисајних путева у палијативној њези.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар евидентира поступак у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Ревизија процедуре врши се сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). «Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities» January 2021]; Доступно на: <https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/guideline-disinfection-h.pdf>
2. Clinical Practice Guidelines for Respiratory Care, AARC, 2023; Доступно на: <https://www.aarc.org/resource/clinical-practice-guidelines/>
3. *Сестринске процедуре*, IV издање, Маргарет С. Амброуз, Дата Статус, Београд 2010.
4. Klinički centar Niš, *Sestrinske intervencije*, 2009; Доступно на: https://kcnis.rs/files/TEKST-SESTRINSKE-INTERVENCIJE.pdf?utm_source=chatgpt.com

26 ПРИМЈЕНА ОКСИГЕНОТЕРАПИЈЕ У КУЋИ БОЛЕСНИКА КОЈЕМ ЈЕ ПОТРЕБНА ПАЛИЈАТИВНА ЊЕГА

1. УВОД

Примјена кисеоника је медицинска интервенција којом се болеснику даје кисеоник ради побољшања оксигенације, смањења осјећаја гушења и олакшавања дисања, посебно код палијативних болесника са респираторним тегобама.

Циљ процедуре је дати смјернице медицинским сестрама – техничарима о примјени кисеоника на правилан и сигуран начин у кућним условима.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у кући палијативног болесника.

3. ДЕФИНИЦИЈА, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниција

Оксигенотерапија: примјена кисеоника у концентрацији већој од концентрације у ваздуху (21%), како би се постигли нормални или приближно нормални нивои сатурације кисеоником, а у сврху спречавања или смањивања хипоксије ткива.

Извори кисеоника: зидна јединица (у болничким условима), боца са кисеоником под притиском (у здравственим установама и кућним условима), концентратор кисеоника и резервоар течног кисеоника (у кућним условима).

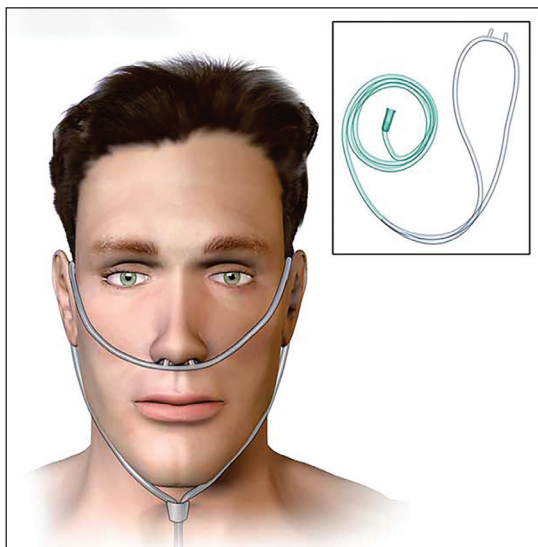
Апликатори кисеоника су медицински уређаји или помагала која омогућавају примјену и контролисано довођење кисеоника из извора до болесника путем различитих система (каниле, маске, катетери), у циљу постизања терапијског ефекта оксигенотерапије.

Пулсни оксиметар: уређај којим се утврђује засићеност хемоглобина кисеоником у артеријској крви и фреквенција пулса.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар:

- Процењује стање болесника: прати виталне знакове, степен засићености кисеоником (SpO_2), дисање и опште стање болесника;
- Примјењује терапију: правилно поставља и надзире примјену кисеоника (одабир и подешавање маске, назалне каниле, контрола протока);
- Едукује болесника и породицу: о правилном руковању опремом, хигијени и сигурносним мјерама (забрана пушења, удаљеност од отвореног пламена и електричних уређаја);
- Одржава опрему: помаже болеснику у чишћењу и правилном одржавању уређаја и прибора (концентратор, боце, овлаживач, цијеви);
- Превентивно спречава компликације: савјетује болесника о употреби овлаживача ради спречавања сувоће слузнице, прати појаву иритација или декубитуса на кожи гдје се наслања маска/канила;
- Подршка и мотивација: пружа психолошку подршку болеснику и породици, мотивише на досљедно спровођење терапије и придржавање препорука.



Слика 1. Назална канила



Слика 2. Вентуријева маска

Љекар:

- Поставља индикацију за оксигенотерапију на основу клиничког стања и дијагностичких налаза;
- Одређује врсту, начин примјене, проток и трајање терапије;
- Прати учинке терапије путем редовних контрола и по потреби прилагођава дозу кисеоника;
- Прописује потребну медицинску опрему за кућну примјену.

Болесник / члан породице / његоваатељ:

- Примјењује кисеоник према препоруци љекара, без самоиницијативног мијењања протока или трајања терапије;
- Одржава опрему (боце, концентратор, маске или назалне каниле) чистом и функционалном;
- Поштује мјере сигурности (непушење, избјегавање извора ватре или тоpline у близини уређаја);
- Прати здравствено стање, биљежи симптоме и обавјештава медицинску сестру –техничара о евентуалним погоршањима (нпр. диспнеја, главобоља, сувоћа слuzнице);
- Учествује у контроли болести придржавањем терапије и упутстава о начину живота (прехрана, физичка активност у складу с могућностима).

4. ПОСТУПАК

У кућним условима, користе се и различити извори и апликатори кисеоника који омогућавају дуготрајну оксигенотерапију.

Извори кисеоника у кућним условима:

- **Концентратор кисеоника:** најчешћи и најпрактичнији извор; узима кисеоник из ваздуха и испоручује га кроз назалну канилу или маску.
- **Боца са компримираним кисеоником:** преносна, користи се за краће вријеме или када болесник излази из куће.
- **Систем с течним кисеоником:** омогућава високу концентрацију и преносне контејнере за лакше кретање болесника.

Апликатори кисеоника у кућним условима:

- **Назални катетер / канила** (најчешће кориштен, удобна за дуготрајну примјену) – слика 1.
- **Једноставна маска** (покрива нос и уста и користи се кад је потребан већи проток него назалним канилама).
- **Вентуријева маска** (омогућава прецизну концентрацију кисеоника) – слика 2.
- **Трахеостомска канила с адаптером** (за болеснике с трахеостомом).

Налог за оксигенотерапију издаје љекар, који одређује начин (врсту опреме: маска или назални катетер), количину (л/мин) и трајање примјене кисеоника.

4.1. Припрема материјала

- Извор кисеоника (концентратор кисеоника, боца са компримираним кисеоником или течни кисеоник);
- Овлаживач с дестилираном/стерилном водом;
- Апликатор (назални катетер/ канила, једноставна или Вентуријева маска, према индикацији);
- Пулсни оксиметар (за праћење засићености кисеоником);
- Рукавице, папирни убруси;
- Мала посуда с физиолошком отопином (за влажење носне слузнице по потреби);
- Средство за дезинфекцију апликатора и опреме.

4.2. Припрема болесника

- Поставити назалну канилу у носнице (гумене или силиконске цјевчице обухвате ушке и фиксирају испод браде) или ставити маску преко носа и уста;
- Провјерити да ли апликатор правилно стоји и да болеснику не ствара нелагодност;
- Осигурати удобан положај болесника (најчешће полусједећи положај).

4.3. Припрема медицинске сестре – техничара

- Опрати и посушити руке.

4.4. Извођење поступка

- Објаснити болеснику и/или породици сврху и начин примјене кисеоника;
- Провјерити исправност уређаја и ниво воде у овлаживачу;
- Спојити апликатор (назална канила или маска) на извор кисеоника;
- Отворити извор кисеоника окретањем главног вентила на боци;
- Подесити проток кисеоника према налогу љекара;
- Провјерити струјање кисеоника кроз апликатор;
- Посматрати болесника: дисање, боју коже, евентуалне знакове нелагодности или хипоксије;
- Контролисати засићеност крви кисеоником (SpO_2);
- По завршетку терапије затворити доток кисеоника;
- Уклонити апликатор, опрати и осушити га (или замијенити);
- Очистити и напунити овлаживач стерилном/дестилованом водом;
- Опрати и посушити руке.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Строга забрана пушења, кориштење свијећа, шпорета на плин или било којег извора ватре у близини кисеоника.

Боце и концентратори морају стајати усправно, осигурани од пада и удаљени од извора тоpline.

Није дозвољено носити боце држећи их за вентил, масним рукама не руковати системом за кисеоник.

Увијек примјењивати проток према налогу љекара, јер превисок проток може изазвати оштећење плућа или токсичност кисеоника, а пренизак хипоксију.

Кисеоник треба овлажити дестилованом или стерилном водом како би се спријечила сувоћа и иритација дисајних путева.

Каниле и маске редовно прати, сушити и мијењати према упутствима (најмање једном седмично или по потреби).

Код примјене назалне каниле / катетера, провјерити стање слузнице носа, ако је оштећена, мијења се приступ примјене кисеоника.

Редовно посматрати дисање, боју коже, свијест и SpO_2 ; у случају нелагодности, главобоље, поспаности или погоршања дисања – одмах обавијестити љекара.

Контролисати мјеста додира каниле или маске, спријечити иритације, користити благе креме по потреби.

Провјерити исправност концентратора, ниво воде у овлаживачу и непропусност спојева.

Осигурати редовно провјетравање простора, али без пропуха.

Едукација болесника и породице о правилном начину употребе кисеоника и сигурносне мјере ради спречавања несрећа и компликација.

Континуирана едукација медицинске сестре – техничара о сигурном руковању и примјени оксигенотерапије код болесника.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар спроведени поступак евидентира у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Ревизија процедуре ради се сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Glavaš S., Mlinar S. *Sestra u praksi: Sigurnosne procedure za primjenu terapije kisikom*. Zagreb: Medicinska naklada; 2020.
2. Galić D., i sur. *Standardne operativne procedure zdravstvene njege za sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite*. Sarajevo: Fondacija Fami; 2022.
3. Institut za javno zdravstvo Federacije BiH. *Smjernice za primjenu terapije kisikom: Standardizirane procedure za zdravstvene radnike*. Sarajevo: Institut za javno zdravstvo FBiH; 2020.
4. Ljevak I., i sur. *Osnove zdravstvene njege*. Mostar: Sveučilište u Mostaru; 2024.
5. Krivdić B., Fadljević N., Nikšić E. *Priručnik za medicinske sestre: Primjena terapije kisikom*. Sarajevo: Medicinski fakultet Univerziteta u Sarajevu; 2021.
6. Petrović Z., Jovanović M. *Proceduralni priručnik za medicinske sestre: Terapija kisikom*. Beograd: Zavod za udžbenike; 2022.
7. Егељић-Михаиловић Н., Јанковић М., Врањеш С., Маринковић С., Антонић Д., Штрбац С., и сар. *Приручник стандардних оперативних поступака у сестринству за секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите*. Бања Лука: Фондација ФАМИ; 2020.

27 ЗБРИЊАВАЊЕ ХРОНИЧНЕ РАНЕ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ

1. УВОД

Хроничне ране представљају чест изазов у палијативној њези, значајно утичући на квалитет живота болесника. Правилно поступање са хроничним ранама у палијативној њези је од суштинског значаја за спречавање инфекције и правилног зацјељивања. Улога медицинске сестре – техничара је кључна у процјени, лијечењу и едукацији болесника и породице о њези рана.

Циљ процедуре је дати смјернице медицинској сестри – техничару о правилном и сигурном начину поступања са хроничном раном у палијативној њези.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у здравственим установама које пружају палијативну његу као и у кућним условима.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниције

Хроничне ране: ране које не зацјељују унутар очекиваног временског оквира и трају дуже од 3 мјесеца, често узроковане коморбидитетима попут дијабетеса, лоше циркулације или малигних болести.

Палијативна њега: специјализована медицинска њега усмјерена на пружање олакшања од симптома и стреса узрокованих тешким болестима.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: одговорна за процјену стања ране, примјену одговарајуће терапије, праћење и документовање процеса те едукацију болесника и породице.

Доктор: на основу клиничке слике и стања ране прописује терапију и надзире напредак у лијечењу.

4. ПОСТУПАК

Хроничне ране дијелимо у двије групе: типичне и атипичне ране.

Типичне хроничне ране

Типичне хроничне ране које се често појављују код болесника с потребама за палијативном његом укључују:

- декубитус (настаје због дуготрајног притиска на кожу);
- дијабетично стопало (хронична компликација шећерне болести);
- артеријски улкус (настаје због накупљања липида уз зид крвне жиле);
- венски улкус (повезан с венском инсуфицијенцијом).

Атипичне хроничне ране

Атипичне хроничне ране нарушавају квалитет живота болесника симптомима попут крварења, бола, цурења, заударања и секреције. Најчешће су то малигне ране настале као посљедица малигне болести.

Холистички приступ у њези хроничне ране

- лијечење симптома (ублажавање бола и нелагодности);

- физикална терапија и рехабилитација (очување функционалности и мобилности);
- емоционална и психолошка подршка (како се лакше носити са болешћу).

Сестринска процјена хроничне ране

Сестринска процјена хроничне ране у палијативној њези односи се на:

- **величину и дубину ране** (помаже у праћењу напретка ране);
- **стање околног ткива** (знаци инфекције, отеклине, црвенила);
- **излучивање секрета из ране** (количина и конзистенција);
- **бол** (процјена интензитета бола и одговора на терапију).

Задачи медицинске сестре – техничара у збрињавању хроничне ране

- Редовно чишћење и превијање ране (спречава инфекцију);
- Примјена одговарајући облога (хидрогел, алгинат, силиконски гел) у зависности од врсте ране и налога доктора;
- Пажљиво скидање облога или завоја који долазе у непосредни контакт с површином ране (користити неприањајуће облоге за рану);
- Примјена компресивних чарапа или завоја код венских улкуса;
- Контрола бола (примјена аналгетика по потреби и налогу доктора);
- Едукација болесника и породице, поступања са хроничном раном.

Задачи медицинске сестре – техничара у превенцији хроничне ране

- Препознавање ризичних чинилаца (пушење, неправилна прехрана, тјелесна неактивност);
- Брига о кожи (редовно одржавање хигијене коже и њена хидратација);
- Превенција притиска на кожу (користити помагала);
- Заштита околне коже у сврху спречавања мацерације здравог околног ткива (масти, креме, пасте);
- Контрола хроничне болести (редовна контрола стања болести);
- Физичка активност болесника (редовна вјежба);
- Едукација болесника и породице о превенцији настанка нових рана.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Осигурати да све интервенције буду у складу с клиничким смјерницама и стандардима његе.

Рану превијати полагањем, уз максималну редукцију бола.

Газом којом се чисти рана не чистити околину ране.

Ако је кожа око ране промијењена (црвенило, отеклина, оштећење), консултовати доктора и поступити по налогу.

Пратити опште стање болесника и евентуалне промјене пријавити доктору.

Медицинске сестре – техничари треба да учествују у континуираној едукацији о новим методама и материјалима за његу рана.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар спроведени поступак евидентира у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Ревизија процедуре се врши сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Galić D., Omanović S., Krtalić P., Mahmutbegović H., Ovčina D., Blaž S., Viteškić S., Franjić I. *Standardne operativne procedure zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti*. Dio 1. Sarajevo: Fondacija Fami; 2017.
2. Kronične rane. [Digitalnih akademskih arhiva i repozitorija Dabar]; [2021]. Доступно на: <https://sveznalica.zvu.hr/islandora/object/zvu:5105>.
3. Medikal Lux. Edukacija; Доступно на: <https://medikal-lux.hr/njega-rana/>.
4. Šamija M., Nemet D., sur. *Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika*. Zagreb: 2010.
5. McGowan L., Kearney N., Crotty M., et al. A framework for palliative care: chronic wounds in patients with advanced disease. *BMC Palliative Care*. 2019;18(1):17

28 ПОСТАВЉАЊЕ УРИНАРНОГ КОНДОМА

1. УВОД

Уринарни кондом је једнократно помагало намијењено за континуирано прикупљање урина током одређеног временског периода уз помоћ којег се мушкарцу преко пениса, путем кондома, дренира урин и сабира у врећицу за урин. Препоручује се код инконтиненције урина, реконструкције уретре и мокраћног мјехура, те уградње сфинктера или мрежице.

Циљ процедуре је дати смјернице медицинској сестри – техничару о правилном и сигурном начину постављања уринарног кондома.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у свим организационим јединицама у којима се спроводи здравствена њега.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниције

Уринарни кондом: Неинвазивни систем за дренажу урина код мушкараца. Кондом се навлачи преко пениса, а урин се одводи у стерилну врећицу.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: припрема болесника, потребну опрему/материјал и поставља уринарни кондом. Едукује болесника и његоватеља о поступка постављања и замјене уринарног кондома, хигијенским мјерама и знаковима компликација.

Љекар: процјењује индикацију и контраиндикације за примјену уринарног кондома, даје налог за његово кориштење те интервенише у случају компликација.

Његоватељ/породица: у кућној њези одржава хигијену, контролише уринарни кондом и обавјештава здравствене раднике о уоченим промјенама или компликацијама.

4. ПОСТУПАК

Уринарни кондоми се разликују према дужини, промјеру, врсти материјала од којег су израђени и облику врха. Поступак постављања изводи медицинска сестра – техничар према налогу доктора.

4.1. Припрема материјала

- Уринарни кондом (одговарајућег промјера);
- Двострана љепљива трака или антиалергијско љепило (зависно од произвођача);
- Врећице за урин уз ногу или врећице за урин са испустом (0,7 л – 1,3 л);
- Влажне марамице, сапунаста крпа за прање или текући сапун;
- Пешкир;
- Дезинфекционо средство;
- Бокал с водом;
- Ноћна посуда;
- Бубрежаста посуда;
- Непропусно платно;
- Рукавице;
- Прибор за депилацију;

- Шкаре;
- Спремници за медицински отпад.

4.2. Припрема болесника

- Омогућити болеснику приватност;
- Смјестити болесника у лежећи положај;
- Скинути доњи дио одјеће;
- Провјерити да ли на кожи пениса има црвенила или посјекотина;
- Поставити непропусно платно испод болесника;
- Депилирати стидне длачице на дну пениса уколико је потребно;
- Обрисати пенис влажним марамицама, сапунастом крпом за прање или сапуном (уколико се пере сапуном, поставити ноћну посуду испод болесника, испрати водом и посушити пешкиром);
- Распремити кориштени материјал.

4.3. Поступак постављање уринарног кондома

- Ставити надхват руке потребан материјал;
- Опрати, дезинфиковати руке и навући рукавице;
- Уз помоћ шаблона одредити величину кондома и одложити га у бубрежасту посуду;
- Недоминантном руком држати пенис и навући кожицу према горе;
- Поставити двострану љепљиву тракицу или антиалергијско љепило (зависно од произвођача и упутстава) око 2,5 цм од скротума;
- На пенис поставити уринарни кондом с отвором за дренажу на отвор уретре, те навући уринарни кондом на пенис преко љепљиве траке, остављајући око 1,3 цм слободног простора до краја;
- Притиснути уринарни кондом њежно док се не залијепи;
- Спојити врећицу за урин с уринарним кондомом;
- Поставити врећицу уз ногу или уз кревет у сврху сигурне дренаже урина;
- Контролисати да кондом није уврнут и да цијев није савијена;
- Распремити кориштени материјал;
- Уринарни кондом мијењати свака 24 сата, према потреби и чешће.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Осигурати да све интервенције буду у складу с клиничким смјерницама и стандардима њега.

Кондом мора одговарати промјеру пениса (преузак може узроковати оштећење ткива, преширок цурење).

Цијев и кондом не смију бити уврнути, савијени или компримирани.

Врећица за урин се поставља испод нивоа мјехура како би се спријечио поврат урина и инфекција.

Континуирано спроводити едукацију и евалуирати компетенције особља о поступку пласирања уринарног кондома.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар спроведени поступак евидентира у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Процедура се ревидира сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. EAUN Guidelines Panel. Male external catheters in adults. Arnhem (NL): European Association of Urology Nurses. Доступно на:
https://nurses.uroweb.org/wp-content/uploads/EAUN16_Guideline_complete_LR.pdf
2. McLain O'Hara-Leslie A., Wade S. *Assisting with the use of a condom catheter. In: Foundations for Assisting in Home Care.* Доступно на: Full (2).pdf
3. *Сестринске процедуре*, IV издање, Маргарет С. Амброуз, Дата Статус, Београд 2010.

29 ПРЕВЕНЦИЈА КОМПЛИКАЦИЈА ДУГОТРАЈНОГ ЛЕЖАЊА КОД БОЛЕСНИКА У ТЕРМИНАЛНОЈ ФАЗИ БОЛЕСТИ

1. УВОД

Болесници у терминалној фази болести имају висок ризик за развој компликација дуготрајног лежања као што су: декубитус, тромбоза, несвјестица, респираторне компликације, контрактуре. Превенција компликација утиче на побољшање квалитета живота болесника и његове породице.

Циљ процедуре је дати смјернице медицинским сестрама – техничарима за **правовремено препознавање, превенцију и ублажавање компликација**, чиме се унапређује **квалитет живота болесника** и смањује физичко и емоционално оптерећење породице.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у болничким, хоспицијским и кућним условима.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниције

Палијативна њега је **активна, свеобухватна и континуирана брига** о особама с прогресивним, неизљечивим болестима.

Декубитус: оштећење коже и/или поткожног ткива узроковано дуготрајним притиском, трењем или смицањем.

Тромбоза: стварање крвног угрушка у крвној жили, најчешће у венама доњих екстремитета.

Контрактура је губитак нормалне еластичности меких ткива (мишића, тетива, лигамената, коже), што доводи до ограничења пасивних и активних покрета у зглобу.

Респираторне компликације: представљају промјене у функцији дисајног система које се јављају код непокретних болесника услед дуготрајног лежања, слабог рефлекса кашља и смањене мобилности грудног коша, а доводе до накупљања секрета, отежаног дисања и инфекција.

Несвјестица: краткотрајни губитак свијести услед наглог устајања након дуготрајног лежања.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: спроводи процјену ризика за компликације дуготрајног лежања, израђује и спроводи индивидуални план здравствене његе, укључује болесника и породицу у процес његе, примјењује мјере превенције и евидентира све поступке, препознаје знакове компликација и правовремено обавјештава љекара те одржава комуникацију и пружа психолошку подршку болеснику и његовој породици.

Љекар: прописује терапијске и фармаколошке мјере (нпр. антикоагулантну терапију), надзира клиничко стање болесника и по потреби прилагођава терапију те учествује у планирању и евалуацији здравствене његе.

Физиотерапеут: спроводи активне и пасивне вјежбе ради превенције контрактура и тромбозе, те едукује медицинске сестре – техничаре и породицу о правилном позиционирању болесника.

Психолог/социјални радник – пружа психолошку подршку болеснику и породици те учествује у планирању мјера усмјерених на очување и унапређење квалитета живота.

4. ПОСТУПАК

Медицинска сестра – техничар, на основу утврђених фактора ризика, који погодују настанку компликација дуготрајног лежања, израђује индивидуални план њега те примјењује мјере за њихово спречавање. Компликације дуготрајног лежања су:

- декубитус;
- тромбоза;
- респираторне компликације;
- контрактуре;
- несвјестича.

4.1. Декубитус

Декубитус је оштећење коже и поткожног ткива, настало услед смањене циркулације и слабијег дотока кисеоника и хранљивих твари у ткиво, због притиска или трења на предилекциона мјеста.

Најчешћа предилекциона мјеста настанка декубитуса су:

- на леђима – у предјелу потиљачне регије, лопатица, лактова, тртичне кости, пете;
- на боку – у предјелу ува, рамена, вањске страна лакта, кука, вањске страна кољена и зглоба;
- потрбушке – у предјелу прсне кости, ребара, кољена, унутрашњег зглоба и горње стране стопала.

4.1.1. Мјере превенције декубитуса

Мјере превенције обухватају:

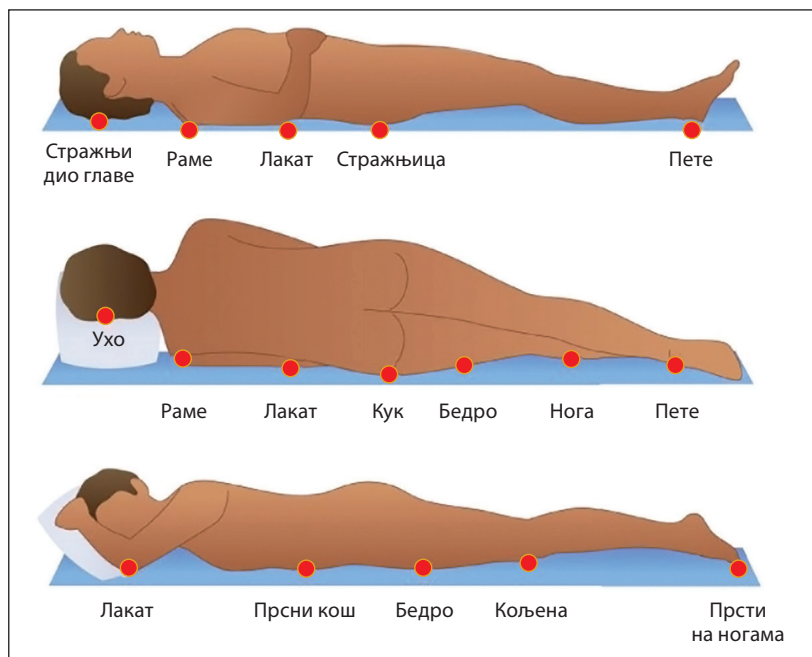
- Одржавање хигијене;
- Промјену положаја;
- Редукцију притиска;
- Адекватну прехрану и хидратацију;
- Масажу и вјежбе.

4.1.2. Одржавање хигијене

- Купање млаком водом и неутралним средствима;
- Употреба заштитних крема или емулзија за одржавање влажности и еластичности коже уз благу масажу предилекционих мјеста;
- Појачана хигијена аногениталне регије;
- Редовна промјена личног и постељног веша, са препоруком да је лични веш од природног материјала, довољно комотно, а постељина увијек чиста, сува, без набора и од материјала који ублажава клизање и трење.

4.1.3. Промјена положаја

- Интервал промјене положаја одређује се на основу општег стања болесника и резултата инспекције коже индивидуално за сваког болесника;
- Уобичајено вријеме промјене положаја је 2 сата, али оно може бити краће или дуже а утврђује се планом здравствене њега;
- При промјени положаја треба процијенити могућност болесника да активно учествује и помаже с преосталим својим способностима.



Слика 1. Најчешћа предилациона мјеста

4.1.4. Редукација притиска

Смањење притиска постиже се примјеном различитих средстава као што су:

- антидекубитални душек;
- пјенасте гуме;
- ваздушни јастуци.

4.1.5. Адекватна прехрана и хидратација

- Код непокретних болесника потребан је адекватан унос минерала, витамина, протеина и других потребних суплемената;
- Адекватан унос течности (од 1,5 до 2 л дневно).

4.1.6. Масажа и вјежбе

Масажом се постиже боља циркулација, чиме се убрзава доток хранљивих твари и кисеоника

- у ткива;
- Дјелује опуштајуће на болесника;
- Масажу треба спроводити благим лосионима и кремама.

4.2. Тромбоза

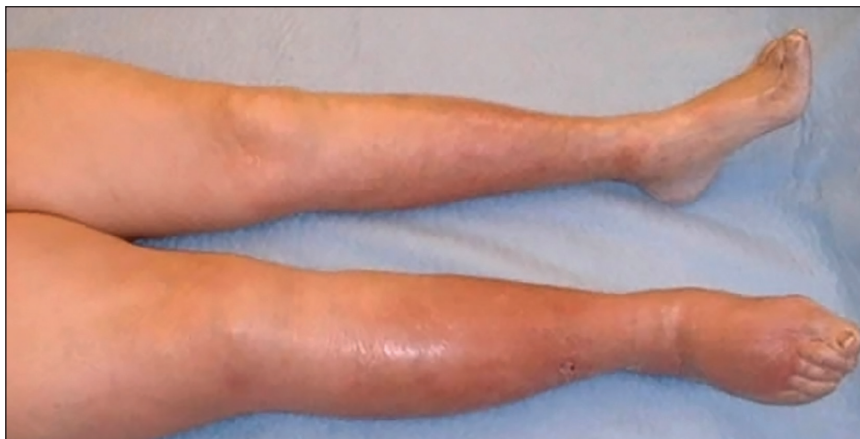
Дубока венска тромбоза настаје као посљедица накупљања тромбоцита, фибрина и еритроцита у крвним жилама а фактори ризика су:

- успорена циркулација услед дуготрајног лежања;
- малигне болести;
- оштећења венског ендотела – механичким или хемијским агенсима;
- повећана коагулабилност крви;
- раније пребољене тромбозе.

4.2.1. Мјере превенције дубоке венске тромбозе

Мјере за спречавање дубоке венске тромбозе усмјерене су ка подстицању и побољшању циркулације, а постижу се:

- вјежбама доњих екстремитета;



Слика 2. Разлика између ноге захваћене тромбозом и здраве ноге

- лежањем на леђима с благо повишеним ногама;
- постављање еластичног завоја или чарапа прије вертикализације;
- примјеном антикоагулантне терапије.

4.2.2. Вјежбе доњих екстремитета

Вјежбе доњих екстремитета састоје се од:

- флексије и екстензије доњих екстремитета;
- абдукције и адукције доњих екстремитета;
- унутрашње и вањске ротације стопала.

4.2.3. Лежање на леђима с благо повишеним ногама

- болесник лежи на леђима с ногама постављенима на јастук више од главе за 15–30 степени;
- такав положај побољшава циркулацију и спречава накупљање крви у венама доњих екстремитета.

4.2.4. Постављање чарапе или еластичног завоја прије вертикализације

Сврха ношења еластичних завоја или чарапа је да спољашњом компресијом на проширене вене спријечи накупљање крви у венама доњих екстремитета. Да би оствариле адекватан ефекат, еластичне чарапе морају бити:

- Одговарајуће величине и имати чврстину;
- Постављане у лежећем положају на ногу која је подигнута изнад нивоа грудног коша;

Еластични завој се ставља тако да се крене од прстију на стопалима, па све до препона.

4.2.5. Примјена антикоагулантне терапије

Примјена антикоагулантне терапије смањује могућност настанка крвних угрушака.

4.3. Респираторне компликације

Респираторне компликације настају као посљедица смањене вентилације плућа, накупљања и застоја секрета те инфекција, а фактори ризика су:

- дуготрајно лежање;
- лоша оксигенација;
- лоши микроклиматски услови у соби (влажност ваздуха, температура);
- хроничне респираторне болести.

4.3.1. Мјере превенције респираторних компликација

Мјере за превенцију респираторних компликација усмјерене су ка одржавању вентилације

плућа, а постижу се:

- Правилним положајем и честим мијењањем положаја;
- Вјежбама дисања;
- Искашљавањем;
- Осигуравањем оптималних микроклиматских услова у соби болесника;
- Спровођењем мјера за спречавање капљичних инфекција;
- Спровођењем личне хигијене.

4.3.2. Правилан положај болесника у кревету

Ради постизања што боље вентилације плућа, болесника треба поставити у Фовлеров положај више пута током дана, чиме се постиже:

- Боља измјена гасова у плућима;
- Олакшано дисање;
- Лакше искашљавање секрета.

4.3.3. Вјежбе дисања

Врло важан фактор у превенцији респираторних компликација јесу вјежбе дисања, које се могу спроводити пасивно, активно и активно потпомогнуто.

- Пасивно дисање спроводи се код болесника без свијести, на начин да приликом удаха и издаха болесника медицинска сестра – техничар подиже и спушта његове руке;
- Активно – дубоко дисање спроводи се код болесника при свијести на начин да се од болесника тражи да ваздух удахне дубоко, задржи дах 10-ак секунди, те да лагано издише (вјежба траје 10 до 15 дубоких удаха 4 до 6 пута дневно);
- Активно потпомогнуто дисање изводи се код болесника при свијести на начин да се од њега тражи да дубоко удахне, а потом издахне, при томе медицинска сестра – техничар положи руке на прсни кош, са стране, на ребра, рукама прати удах са ширењем прсног коша, а код издаха притиском руку на прсни кош потпомаже издисај, експирација.

4.3.4. Искашљавање

Накупљени секрет у дисајним путевима погодна је подлога за развој бактерија те стварање упале. Задатак медицинске сестре – техничара је:

- Свјесног болесника подстицати на кашљање како би се накупљени секрет одстранио;
- Болесника без свијести редовно аспирирати помоћу апарата за аспирацију.

4.3.5. Микроклиматски услови

Температура, влажност ваздуха, прозрачност болесничке собе имају важну улогу у спречавању респираторних компликација.

4.3.6. Мјере за превенцију капљичних инфекција

- Ношење заштитне маске при раду са болесником;
- Прање и дезинфекција руку прије и након сваког поступка.

4.4. Контрактуре

Контрактуре код болесника се јављају као посљедица дуготрајног лежања.

4.4.1. Превенција контрактура

Постиже се:

- Промјеном положаја болесника;
- Постављање болесника у правилан и удобан положај у кревету;
- Активне и пасивне вјежбе.

4.4.2. Мијењање положаја

Мијењањем положаја болесника у кревету смањује се могућност настанка контрактура, као и осталих компликација дуготрајног лежања.

4.4.3. Правилан положај

Правилан физиолошки положај у кревету болеснику осигурава удобност, опуштеност и растерећење зглобова и мишића.

4.4.4. Пасивне и активне вјежбе

Уколико стање болесника дозвољава, пасивне и активне вјежбе у кревету представљају важан фактор превенције контрактура зглобова болесника.

4.5. Несвјестица

Јавља се код болесника који се вертикализују након дуготрајног лежања у кревету.

Прије устајања болесника из кревета медицинска сестра – техничар упозорава болесника на могућност појаве несвјестице те му савјетује да уради, сам или уз помоћ, неколико вјежби екстремитета, вјежбу дубоког дисања. Након урађених вјежби медицинска сестра – техничар помаже болеснику да сједне на ивицу кревета. Када се болесник осјећа добро у сједећем положају, медицинска сестра – техничар помаже болеснику да полако устане и направи неколико корака уз кревет.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Све интервенције морају бити у складу с клиничким смјерницама и стандардима његе.

Осигурати стабилност и сигурност окружења – болеснички кревет прилагодити потребама болесника и особља.

Обезбиједити адекватно освјетљење и слободан приступ болеснику без препрека (каблови, столице, предмети).

Приликом помјерања и позиционирања болесника користити правилну технику рада како би се избјегле повреде код болесника и особља.

Користити помагала за позиционирање (јастуци, ваљци, антидекубитални мадраци, јастуци за подршку екстремитета) како би се смањио притисак на ризичне дијелове тијела.

Осигурати безбједно устајање и сједење болесника уз асистенцију особља или члана породице, како би се спријечила несвјестица, пад или повреда.

Строго поштовати стандардне мјере заштите: прање и дезинфекцију руку прије и након сваког контакта с болесником, употребу заштитних рукавица, маске и по потреби заштитне одјеће.

Сву контаминирану постељину и отпад одлагати у означене посуде према протоколу о медицинском отпаду.

Редовно дезинфиковати површине, медицинску опрему и помагала која долазе у контакт с болесником.

У случају инфекције, примијенити изолационе мјере у складу са епидемиолошким препорукама.

Терапију примјењивати искључиво према налогу љекара, уз тачно придржавање доза, времена и начина примјене.

О свакој сумњи у нежељену реакцију, погоршање стања или грешку у терапији одмах обавијестити љекара и документовати догађај.

Континуирано спроводити едукацију и евалуацију компетенције особља о поступку превенције компликација дуготрајног лежања код болесника у терминалној фази болести.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар спроведени поступак евидентира у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Ревизија процедуре се врши сваке три године а по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Galić D., Ljevak I., Dervišević E., Grabovica M., Slijepčević S. *Standardne operativne procedure zdravstvene njege za sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite*. Sarajevo: Fondacija FAMI; 2022.
2. Janković S., Đurić M. *Palijativna njega: principi i prakse*. Beograd: Medicinski fakultet; 2021.
3. Kottner J., Cuddigan J., Carville K., Balzer K., Berlowitz D., Law S., Litchford M., Mitchell P., Moore Z., Pittman J., Sigaudou-Roussel D., Yee C. Y., Haesler E. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: The protocol for the second update of the international Clinical Practice Guideline 2019. *J Tissue Viability*. 2019 May;28(2):51-58.
4. Ljevak I., i sur. *Osnove zdravstvene njege*. Mostar: Sveučilište u Mostaru, 2024.
5. World Health Organization. *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers*. Geneva: WHO; 2018

IV. ДИО

СОЦИЈАЛНО-ПСИХОЛОШКА ПОДРШКА У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ

- 30** Достојанствено збрињавање умрлог у палијативној њези
- 31** Психолошка подршка кориснику палијативне његе
- 32** Социјална подршка породици у палијативној њези
- 33** Духовна подршка болеснику
- 34** Подршка породици у току туговања након смрти блиске особе
- 35** Континуирана едукација медицинских сестра – техничара и супервизија у палијативној њези
- 36** Психолошка подршка медицинској сестри – техничару код сагоријевања на радном мјесту

30 ДОСТОЈАНСТВЕНО ЗБРИЊАВАЊЕ УМРЛОГ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ

1. УВОД

Достојанствено збрињавање преминуле особе важан је дио палијативне његе. Подразумијева провођење поступака након смрти уз поштовање достојанства преминуле особе, њених жеља и увјерења те уз пружање подршке породици у периоду жаловања, у складу с етичким и професионалним начелима.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у социјалним установама или кућним условима.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниције

Смрт: стање организма које настаје престанком свих животних функција: средишњег нервнoг система, кардиоваскуларног система и дисајног система.

Поштовање: третирање особе с дубоким поштовањем и саосјећањем, чак и након смрти.

Достојанство: поштовање тијела и идентитета преминуле особе, осигуравање пажљивог поступања те очување приватности и поштовање културолошких и религијских обичаја.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: одговорна је за правовремено препознавање знакова смрти, поступање и обавјештавање надлежних служби у складу с важећим прописима, спровођење достојанственог збрињавања тијела преминуле особе након службеног утврђивања смрти, пружање психосоцијалне подршке породице те правилно и свеукупно вођење прописане документације.

Чланови породице / његоватељи: учествују у достојанственом испраћају умрле особе, преузимају личне ствари и драгоцености, спроводе вјерске обичаје.

Духовна особа: према жељи породице спроводи вјерске и духовне обреде, пружа духовне утјехе породици и ближњима.

4. ПОСТУПАК

У случају сумње на смрт, медицинска сестра – техничар, зависно од мјеста смрти, контактира доктора / патолога да утврди смрт.

4.1. Поступци медицинске сестре – техничара након службеног утврђивања смрти

- Изразити саучешће и пружити психосоцијалну подршку породици;
- Омогућити породици вријеме и простор за опроштај.

4.1.1. Поступци медицинске сестре – техничара код збрињавања тијела

- Примијенити личну заштитну опрему у складу са важећим протоколима;
- Уклонити накит и личне предмете;
- Уклонити медицинска помагала (дренове, катетере, назогастричну сонду, инфузијски систем, и. в. канилу / браунилу, централни венски катетер и сл.), осим ако је другачије прописано (нпр. у случају обдукције или судско-медицинског поступка);

- Прекрити отворене ране и спровести хигијену тијела;
- Затворити анални и уретрални отвор газом или ватом;
- Поставити пелену према потреби те затворити очне капке (на капке ставити влажне смотуљке газе или вате ради лакшег затварања);
- Ако покојник има зубну протезу, поставити је у усну шупљину, осим ако је индикована обдукција;
- Затворити уста те фиксирати доњу чељуст повезивањем завоја око главе;
- Испружити руке уз тијело и изравнати ноге;
- Тијело прекрити чистом плахтом те га, према жељи породице, обући у прикладну одјећу;
- Након завршетка поступка спровести хигијену руку;

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Забрањено је неовлаштено фотографисање и изношење информација те било какво не-примјерено или неетичко поступање.

6. ЕВИДЕНЦИЈЕ

Медицинска сестра – техничар спроведени поступак евидентира у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Ревизија процедуре се врши сваке три године а по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Benceković Ž. i suradnici. *Standardni operativni postupci u zdravstvenoj njezi*. Urednik: Gazić M. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2022.
2. Ljevak I. i suradnici. *Osnove zdravstvene njege*. Mostar: Sveučilište u Mostaru; 2024.
3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Care of the deceased person*. London: NICE; 2024. Доступно на: <https://www.nice.org.uk/>

31 ПСИХОЛОШКА ПОДРШКА КОРИСНИКУ ПАЛИЈАТИВНЕ ЊЕГЕ

1. УВОД

Психолошка подршка кориснику палијативне његе обухвата скуп стручних, структурираних и индивидуализованих интервенција усмјерених на емоционалне, когнитивне и социјалне потребе. Психолошка подршка није изљечење него ублажавање емоционалне патње, подстицање осјећаја сигурности, достојанства и контроле, те очување квалитета живота у свим његовим димензијама.

Циљ процедуре је дати смјернице медицинским сестрама – техничарима о могућим начинима пружања психолошке помоћи корисницима палијативне његе.

2. ПОДРУЧЈА ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у установама које пружају палијативну његу и мјестима у којима бораве корисници палијативне његе.

3. ДЕФИНИЦИЈА, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниција

Психолошка помоћ је професионална подршка која помаже појединцима да се носе с емоционалним и психолошким аспектима болести, стреса и кризних ситуација кроз терапију, савјетовање и друге облике подршке.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: процјењује расположење, страх, тјескобу, психичку бол, прати емоционалне потребе и пружа емоционалну подршку, те успоставља однос повјерења. Медицинска сестра – техничар подстиче корисника на изражавање осјећаја и потреба и обавјештавање доктора о свим опажањима и реакцијама.

Доктор медицине: евалуира психичко стање болесника и препоручује психотерапију или преглед психијатра.

Психолог: обавља психолошку процјену болесника, проводи психолошке и психотерапијске интервенције усмјерене на смањење емоционалне патње и јачање способности суочавања с болешћу, учествује у изради индивидуалног палана подршке те едуцира тим о комуникацији са корисником палијативне његе.

4. ПОСТУПАК

Најчешће индикације за психолошку подршку јесу:

- Болесници у палијативном стадијуму болести.
- Болесници који показују знакове анксиозности, депресије, страха или душевне патње.
- Болесници који изражавају потребу за разговором, утјехом или подршком.
- Чланови породице који пролазе кроз емоционални стрес и процес антиципације туге.

Медицинска сестра – техничар треба да осигура емоционалну стабилност, осјећај сигурности и подршку болеснику палијативне његе те да унаприједи његово суочавање са болешћу, патњом и могућим страховима.

4.1. Припрема болесника

- Објаснити сврху разговора и понудити психолошку подршку;
- Осигурати пристанак корисника и одабрати тренутак када је болесник одморан;
- Омогућити приватност и осјећај сигурности.

4.2. Припрема простора и материјала

- Приватни, мирни простор за разговор;
- Столице или кревет, јастуци;
- Папирне марамике;
- Документација за биљешке (по потреби).

4.3. Припрема медицинске сестре – техничара

- Осигурати стручан, емпатичан и ненаметљив приступ;
- Познавати принципе комуникације у палијативној њези;
- Осигурати континуитет и доступност за разговор;
- По потреби припремити породицу за комуникацију с болесником.

4.4. Извођење поступка**4.4.1. Процијенити емоционално стање болесника**

- Посматрати вербалне и невербалне знакове (анксиозност, туга, раздражљивост);

Поставити отворена питања:

- „Како се данас осјећате?“, „Шта Вас највише брине?“

4.4.2. Активно слушање

- Гледати болесника у очи, потврђивати слушањем (климање, кратке вербалне потврде);
- Не прекидати, не журити, не минимизирати осјећаје.

4.4.3. Емоционална валидација и подршка

Рећи разумљиве, умирујуће реченице:

- „Разумијем да Вам је тешко.“, „Природно је осјећати страх.“
- Одржавати топао, смирен тон.

4.4.4. Пружање информација у складу с потребама болесника

- Одговарати јасно и искрено, без давања лажне наде;
- Уважавати жељу болесника да зна или не зна све детаље.

4.4.5. Помоћ у изражавању потреба и жеља

- Охрабрити болесника да говори о страховима, болу, жељама везаним за крај живота;
- Подржати израду плана његе у складу с преференцијама болесника.

4.4.6. Укључивање породице

- По потреби пружити подршку породици, објаснити промјене понашања болесника, начине како могу пружити подршку;
- Подстицати отворену, али благу комуникацију.

4.4.7. Технике смиривања

- Вођено дисање, успорено дубоко дисање;
- Општајућа музика, тишина, додир (ако је болеснику угодно).

4.4.8. Праћење реакција болесника

- Процијенити побољшање, потребу за додатном стручном подршком (психолог, духовник, социјални радник).

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Избјегавати наметање сопствених увјерења, посебно религијских и личних.

Не давати обећања која се не могу испунити („Све ће бити добро“).

Пазити на знакове озбиљне депресије или суицидалних мисли и одмах обавијестити љекара/психолога.

Спријечити емоционално преоптерећење болесника – разговор водити темпом који он диктира.

Осигурати да породица не постане извор додатног стреса болеснику.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар спроведени поступак евидентира у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Ревизија процедуре врши се сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Brkljačić M. *Bioetički, zakonodavni i organizacijski preduvjeti primjene suvremenih trendova u hospicijskom pokretu zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj*; Rijeka: Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci; 2009.
2. Brkljačić Žagrović M. *Palijativna medicina u Hrvatskoj – nužnost implementacije u zdravstveni sustav. Medicina Fluminensis*. 2010;46(1):37–42.
3. Gregurek R. *Psihološka medicina*. 1.izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
4. KBC Rijeka. *Što je palijativna skrb*, 2016. Доступно на: https://kbc-rijeka.hr/wp-content/uploads/2016/02/Palijativna-skrb_Osnovne-informacije_Bro%C5%A1ura.pdf
5. Kirby E., Broom A., Good P. The role and significance of nurses in managing transitions to palliative care: a qualitative study. *BMJ Open*. 2016;4(9):6–24.
6. Krikorian A., Limonero J. T. Emotional and psychological care in palliative care. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2012;6(3):275–279.
7. Sepúlveda C., Marlin A., Yoshida T., Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24(2):91–6.
8. Weaver M. S., Rosenberg AR. Palliative care and psychosocial support: still time to act. *PLOS One*. 2024;19(5):e0307188.

32 СОЦИЈАЛНА ПОДРШКА ПОРОДИЦИ У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ

1. УВОД

Социјална подршка породици укључује информисање, савјетовање, емоционалну и практичну помоћ, те повезивање с доступним ресурсима и мрежама подршке. Породица игра кључну улогу у палијативној њези и емоционалној стабилности болесника, а њена добробит директно утиче на процес палијативне његе.

Циљ процедуре је пружање досљедне и свеобухватне социјалне подршке породици у оквиру палијативне његе.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у болничким организационим јединицама, домовима здравља, као и у кућној палијативној њези.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниција

Социјална подршка породици: активности усмјерене на пружање информација, емоционалне помоћи, практичне помоћи и повезивање породице с ресурсима који олакшавају процес палијативне његе за болесника.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: препознаје потребе породице за социјалном подршком, координише са социјалним радником / тимом социјалне службе како би се осигурала свеобухватна њега. Укључује породицу у планирање палијативне његе и доношење одлука.

Доктор медицине: идентификује социјалне или емоционалне изазове породице који могу утицати на лијечење болесника те учествује у мултидисциплинарним састанцима ради планирања социјалне подршке.

Социјални радник: процјењује социјалне, емоционалне и финансијске потребе породице, израђује индивидуални план подршке према потребама породице. Пружа стручну савјетодавну подршку у рјешавању социјалних потреба и повезује породицу са доступним ресурсима (удружења, транспорт, финансијска и/или правна помоћ).

4. ПОСТУПАК

Свеобухватна и ефикасна социјална и емоционална подршка породици болесника у палијативној њези подразумева:

4.1. Идентификација социјалних потреба породице

- При пријему болесника у установу због палијативне његе, медицинска сестра – техничар процјењује почетни емоционални и социјални статус породице те записује уочене потребе у медицинску документацију;
- Након идентификације потреба породице које захтијевају социјалну подршку, обавјештава социјалног радника.

4.2. Процјена социјалних потреба болесника

Социјални радник кроз разговор са члановима породице процјењује:

- Финансијску ситуацију болесника;

- Емоционално стање болесника и расположиву мрежу подршке (породица, локална заједница);
- Приступ неопходним ресурсима за пружање палијативне његе;
- Потребне породице за додатним информацијама у вези болести и палијативне његе.

4.3. Планирање интервенција

Медицинска сестра – техничар и социјални радник развијају план подршке који укључује:

- Едукацију породице о палијативној њези, емоционалну и практичну помоћ;
- Повезивање с ресурсима: удружења, финансијска помоћ, транспорт, правна помоћ;
- Групну подршку ако је потребна, као и координацију са осталим члановима тима.

4.4. Имплементација подршке, праћење и евалуација

- Разговор и емоционална подршка породици, према потреби а у складу са планом подршке прилагођеним потребама породице;
- Организују практичну помоћ: упутства за његу болесника, помоћ при административним питањима или координација с ресурсима;
- Социјални радник пружа додатно савјетовање и повезује породицу с вањским ресурсима;
- Медицинске сестре – техничари и социјални радник прате ефекте интервенција и биљеже промјене у социјалном статусу и емоционалном стању породице.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Осигурати да медицинске сестре – техничари и чланови тима редовно пролазе едукације о сигурности и социјалној подршци у палијативној њези.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Сprovedени поступак се евидентира у прописану документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Процедура се ревидира сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. European Association for Palliative Care (EAPC). *Guidelines for Family Support in Palliative Care*. Доступно на: <https://www.nrpv.se/wp-content/uploads/2012/10/FamilyCarersWhitePaper-EAPC-dec09.pdf>
2. Razvoj palijativnog zbrinjavanja u Srbiji, EuropeAid/129769/C/SER/RS; Priručnik za studente iz predmeta palijativna medicina, 2012; Доступно на: <http://hepmp.med.bg.ac.rs/wp-content/uploads/2019/04/Prirucnik-Palijativna-medicina.pdf>
3. Zakon o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodice s djecom („Službene novine Federacije BiH“, br. 36/99, 54/04, 39/06, 14/09, 45/16, 40/18)
4. Zakon o socijalnoj zaštiti Republike Srpske („Službeni glasnik Republike Srpske“ 37/12, 90/16, 94/19 42//20, 36/22).

33 ДУХОВНА ПОДРШКА БОЛЕСНИКУ

1. УВОД

Духовна подршка је саставни дио холистичког приступа лијечењу и њези болесника. Она подразумева препознавање, поштовање и подржавање болесникових духовних и религијских увјерења, вриједности и потреба у циљу очувања достојанства, смањења патње и унапређења квалитета живота, посебно у контексту тешких болести и палијативне његе.

Циљ процедуре је осигурати стандардизован приступ пружању духовне подршке болесницима на свим нивоима здравствене заштите.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у свим организационим јединицама здравствене установе, са посебним нагласком на онколошке, палијативне и одјеле интензивне његе.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниције

Духовна подршка: подршка која укључује препознавање и уважавање болесникових духовних увјерења, потреба и вриједности, без обзира на религијску припадност.

Духовне потребе: питања смисла, наде, опроста, наде у исцјељење, односа према смрти, вјери и повезаности са другима.

Духовник: особа оспособљена за пружање духовне подршке, која може бити дио тима или вањски сарадник.

Холистичка њега: приступ болеснику који обухвата физичке, психичке, социјалне и духовне димензије здравља.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: Идентификује духовне потребе кроз разговор и опажање (невербални знакови, изражена питања, осјећај страха, туге, кривице). Поштује болесникове вриједности и увјерења, не намеће властите ставове и информисе болесника и породицу о могућностима духовне његе (психолог, савјетник, духовник). Координише с другим члановима тима (доктор медицине, социјални радник, психолог).

Доктор медицине: Препознаје повезаност духовног стања са соматским симптомима (анксиозност, бол, несаница). Упућује на одговарајућу духовну или психолошку подршку, те активно учествује у мултидисциплинарном тиму.

Духовник: Пружа духовну подршку болесницима и породицама на њихов захтјев. Сарађује са медицинским особљем.

Психолог / социјални радник: Укључује се у рад са болесником код изражених емоционалних и егзистенцијалних тешкоћа.

4. ПОСТУПАК

4.1. Идентификација духовних потреба

- Током пријема и периодичних процјена медицинска сестра – техничар поставља болеснику отворена питања:
 - „Шта вам даје снагу да се носите с болешћу?”
 - „Има ли нешто што вам посебно помаже у тешким тренуцима?”
 - „Желите ли да контактирамо духовника или свештеника (капелана)?”

- Користи се разговор, опажање и стандардизовани алати (нпр. FICA – Faith, Importance, Community, Address in care).

4.2. Интервенције

- Поштовати болесникову вјеру и омогућити му испуњавање вјерских обреда (молитва, пост, сахраменти, медитација);
- Осигурати приватност и мир за духовне активности;
- Омогућити контакт с духовником на захтјев болесника или породице;
- Обезбиједити мултидисциплинарни приступ – сарадња са психологом, социјалним радником и љекаром;
- Код умирућих болесника омогућити присуство породице и обављање вјерских ритуала у складу с могућностима установе.

4.3. Праћење и евалуација

- Редовно провјеравати да ли су болесникове духовне потребе задовољене;
- Пратити промјене у емоционалном и духовном стању болесника;
- Евалуацију документовати и размјењивати информације с тимом.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Поштовање етичких принципа, права болесника, достојанства и приватности.

Недискриминација по основу вјере, културе, пола, старости или националне припадности.

Едукација особља о важности духовне његе.

Редовна супервизија и мултидисциплинарни састанци здравственог особља о изазовима у пракси.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Сви поступци и интервенције у вези с духовном његом евидентирају се у сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Ревизија процедуре врши се сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Đurković P, ur. *Sestrinske procedure*. Beograd: Data status; 2010.
2. Koenig H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012;2012:278730. Published 2012 Dec 16.
3. National Consensus Project for Quality Palliative Care. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*, 4th edition. 2018.
4. Puchalski C. M. Spirituality and the care of patients at the end-of-life: an essential component of care. *Omega (Westport)*. 2007;56(1):33-46.
5. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care. WHO; 2018. Доступно на: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/921179fd-fb30-41b1-9859-606022dcfd05/content>

34 ПОДРШКА ПОРОДИЦИ У ТОКУ ТУГОВАЊА НАКОН СМРТИ БЛИСКЕ ОСОБЕ

1. УВОД

Туговање је природан, индивидуалан и психолошко-емоционални процес прилагођавања губитку блиске особе. Туговање обухвата емоционалне, психолошке, социјалне и духовне реакције чланова породице на губитак вољене особе.

Циљ процедуре је дати смјернице медицинским сестрама – техничарима о поступању и практичним корацима за препознавање, разумијевање и праћење реакција, при пружању подршке породици и /или блиским особама у процесу туговања.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује на свим нивоима здравствене заштите.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниција

Туговање је природан, индивидуалан и психолошко-емоционални процес прилагођавања губитку блиске особе, односима или улогама, који укључује емоционалне, когнитивне, тјелесне, социјалне и духовне реакције. Оно обухвата различите фазе и начине изражавања туге, с циљем прихватања стварности губитка и постепеног успостављања равнотеже у свакодневном животу.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: пружа подршку породици и/или блиским особама након саопштавања вијести о смрти блиске особе.

Доктор медицине: саопштава вијести о смрти и друге информације, те учествује у евалуацији емоционалне реакције породице и/или блиске особе.

Психолог / социјални радник: пружа емоционалну подршку, процјењује потребу за даљом помоћи и координише у случају потребе за додатним ресурсима (групе за подршку).

4. ПОСТУПАК

Медицинска сестра – техничар мора познавати фазе туговања, нормалне реакције туговања (табела 1) и манифестације (табела 2), како би могла пружити адекватну подршку у вези са реакцијом на губитак и процес туговања.

Туговање има пет фаза и то: фаза непризнавања и порицања, бијеса и љутње, компромиса, депресије и безнађа и прихватања и прилагођавања. Интензитет реакције и распон трајања туге зависи од привржености особа, карактерних предиспозиција ожаложених, степена животне оптерећености или паралелних губитака, приступачности социјалне подршке, а изнад свега од религијских увјерења, која могу знатно олакшавати или отежавати губитак.

Табела 1. Нормалне реакције туговања

НОРМАЛНЕ РЕАКЦИЈЕ ТУГОВАЊА	
Шок и невјерица	Иницијална реакција на вијест о смрти
„Емоционална анестезија” (умртвљење)	Одбрана од болних осјећаја
Чезња	Прошлост се прерађује до ситних детаља и јавља се осјећај кривице сто се нешто пропустило учинити или погријешило
Жалост, депресија, плач	Осјећај потиштености као нормална реакција
Љутња	Осјећај љутње што их је особа напустила или усмјерена љутња на нешто или некога из околине
Анксиозност	Осјећај немира, тјескобе и несигурности за будућност
Самооптуживање и кајање	Жаљење за пропуштеним приликама
Олакшање	Осјећај да драга особа више не трпи болове и не мучи се

Табела 2. Манифестације туговања

МАНИФЕСТАЦИЈЕ ТУГОВАЊА	
Психолошке манифестације	Осјећај невјерице, незнања, шока, празнине и беспомоћности, опсесивне мисли о преминулој особи
Емоционалне манифестације	Плач, страх, љутња на себе или друге, осјећај кривице или кајања
Социјалне манифестације	Повлачење из друштвеног живота, смањено учешће у породичним активностима, губитак интересовања за своје друштвене улоге (посао, обавезе, хоби)
Когнитивне манифестације	Тешкоће концентрације и доношење одлука, заборавност
Бихевиоралне манифестације	Поремећај спавања, промјене навика у исхрани, повећана употреба цигарета и алкохола или лијекова, учестало причање о губитку или избјегавање те теме

4.1 Кораци у процесу туговања након утврђивања смрти

- Разговор са породицом увијек започети тако да им се представите именом, презименом и професионалном улогом;
- Узети у обзир емоционално стање и социокултуролошки контекст;
- Прихватити порицање и не супротстављати се порицању;
- Пружити породици информације о обредима, административним процедурама и могућностима за психолошку помоћ;
- Прилагодити подршку процесу туговања у зависности од старости чланова породице;
- Учествовати у укључивању потребних служби у континуирану подршку члановима породице у туговању, ако је то потребно;
- Подржавати духовне и религијске жеље / потребе чланова породице;
- Омогућити достојанствен опроштај;

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Потреба прилагођавања медицинске сестре – техничара потребама сваке породице појединачно.

Организовати редовне састанке са члановима тима ради размјене искустава и превенције професионалног сагоријевања.

6. ЕВИДЕНЦИЈА

Медицинска сестра – техничар спроведени поступак евидентира у прописану сестринску документацију.

7. РЕВИЗИЈА

Ревизија процедуре врши се сваке три године, по потреби и раније.

8. ЛИТЕРАТУРА:

1. Hrvatski zavod za hitnu medicinu, *Nacionalne smjernice za rad izvanbolničke i bolničke medicinske službe za rad sa pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb*, II dopunjeno izdanje, Zagreb 2025; Доступно на: <https://www.hzhm.hr/wp-content/uploads/2025/06/Nacionalne-smjernice-za-rad-izvanbolnicke-i-bolnicke-hitne-medicinske-sluzbe-s-pacijentima-kojima-je-potrebna-palijativna-skrb.pdf>
2. KJU „Dom za socijalno zdravstveno zbrinjavanje osoba sa invaliditetom i drugih osoba“ Sarajevo; Osnovno o palijativnoj njezi, Sarajevo 2012; Доступно на: https://kjudom.ba/administracija/uploads/file/Brosura_Palijativna_njega.pdf
3. Preporuke Evropskog udruženja za palijativnu njegu, *Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu njegu u Evropi*, KBC Rijeka 2009; Доступно на: https://www.kbc-rijeka.hr/docs/Bijela_knjiga_o_standardima_i_normativima_za_hospicijsku_i_palijativnu_skrb_u_Europi.pdf
4. Brkljačić M., *Medicinska etika u palijativnoj skrbi*; Zagreb 2019; Доступно на: <https://hrcak.srce.hr/file/330805>
5. Razvoj palijativnog zbrinjavanja u Srbiji EuropeAid/129769/C/SER/RS, Priručnik za studente iz predmeta palijativna medicina, 2012; Доступно на: <http://hepmp.med.bg.ac.rs/wp-content/uploads/2019/04/Prirucnik-Palijativna-medicina.pdf>

35 КONTИНУИРАНА ЕДУКАЦИЈА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТРА – ТЕХНИЧАРА И СУПЕРВИЗИЈА У ПАЛИЈАТИВНОЈ ЊЕЗИ

1. УВОД

Континуирана едукација и супервизија представљају кључне елементе у очувању квалитета сестринске праксе у палијативној њези. Ова процедура дефинише стандарде и поступке за планирање, спровођење и евалуацију континуиране едукације и супервизије медицинских сестара у области палијативне његе.

Циљ процедуре је осигурати континуирано стручно усавршавање, унаприједити сигурност и квалитет палијативне његе, пружити подршку медицинским сестрама – техничарима у емоционално захтјевним ситуацијама, промовисати професионални развој, тимски рад и размјену искустава.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује у свим здравственим установама које пружају палијативну његу, као и у кућним условима.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниције

Континуирана едукација: процес сталног стручног усавршавања са циљем унапређења знања, вјештина и ставова.

Супервизија: процес стручне и емоционалне подршке коју пружа искуснији и компетант здравствени радник ради рјешавања професионалних изазова и превенције сагоријевања на послу.

Ментор: особа са искуством и додатним образовањем у палијативној њези која пружа подршку и води процес супервизије.

Рефлексивна пракса: процес анализирања властитог рада ради препознавања снага, слабости и могућности за побољшање.

3.2. Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: активно учествује у едукацијама, примјењује стечена знања, учествује у сесијама супервизије, пријављује потребе за додатним знањима и подршком.

Ментор/супервизор: планира и води едукативне активности и супервизију, евалуира напредак и пружа повратне информације.

Главна медицинска сестра – техничар/координатор палијативне његе: израђује годишњи план континуиране едукације, обезбјеђује потребне ресурсе (литературу, простор, вријеме), надгледа едукацију и супервизију и води евиденцију.

Здравствена установа: даје сагласност на План едукација, надзире и евалуира едукације.

4. ПОСТУПАК

Годишњи план едукације израђује главна медицинска сестра – техничар у сарадњи са менторима и тимом, на основу претходно идентификованих потреба особља (анализа

компетенција, евалуација квалитета његе). Едукација се може организовати као радионица, семинар, е-обука, приказ случаја и практична демонстрација.

4.1. Планирање едукације

Области укључују:

- Контролу бола и других симптома;
- Комуникацију са болесником и породицом;
- Етичке дилеме у палијативној њези;
- Превенцију сагоријевања на послу и менаџмент у кризним ситуацијама;
- Рад у интердисциплинарном тиму.

4.2. Спровођење едукације

- Медицинске сестре – техничари присуствују према плану, потписују евиденцију присуства;
- Материјали, презентације и алати за самопроцјену се достављају учесницима;
- Након сваке едукације спроводи се кратка евалуација и упитник задовољства.

4.3. Супервизија

Супервизија се обавља појединачно или групно а фокус супервизије је на:

- Емоционалној подршци, анализи изазовних ситуација у раду, јачању професионалне отпорности на сагоријевање на послу и јачање тимске комуникације;
- Супервизор води записник о састанку (уз очување повјерљивости);
- На крају сваке супервизијске сесије идентификују се приједлози за побољшање праксе.

4.5 Евалуација и извјештавање

- Сваке године главна медицинска сестра – техничар израђује **извјештај о реализацији плана едукације и супервизије**, са препорукама за наредни период;

Евалуација обухвата: број одржаних едукација, број учесника, оцјену задовољства особља и видљиве промјене у квалитету његе болесника.

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Поштовати принципе повјерљивости током супервизије.

Водити евиденцију едукација и супервизија у складу с интерним правилима.

Спречавати преоптерећење особља планирањем реалних термина едукација.

Обезбиједити емоционалну подршку сестрама изложеним стресним ситуацијама

6. РЕВИЗИЈА

Процедура се ревидира сваке три године, по потреби и раније.

7. ЛИТЕРАТУРА

1. Dyspnea management in palliative care: current approaches and
2. World Health Organization (WHO). *Integrating Palliative Care into Health Systems*. Geneva: WHO, 2020.
3. European Association for Palliative Care (EAPC). *Nursing Education Standards in Palliative Care*. 2019.
4. Ministarstvo zdravlja RS. *Pravilnik o standardima i normativima u palijativnoj njezi*, 2021.
5. Matković, T. *Palijativna njega – priručnik za medicinske sestre*. Zagreb: Medicinska naklada, 2022.
6. Savić, D. *Palijativna medicina i sestrinska praksa*. Beograd: Data Status, 2020.

36 ПСИХОЛОШКА ПОДРШКА МЕДИЦИНСКОЈ СЕСТРИ – ТЕХНИЧАРУ КОД САГОРИЈЕВАЊА НА РАДНОМ МЈЕСТУ

1. УВОД

Сагоријевање на радном мјесту је посебан облик и ефекат врло интензивног и дуготрајног стреса повезаног с послом. У најширем смислу, то је општи осјећај исцрпљености који се може развити кад особа истовремено доживљава превише притисака и премало извора задовољства. Најчешће се манифестује као: тјелесна, емоционална и ментална исцрпљеност, губитак самопоштовања и самопоуздања, осјећај беспомоћности и безнађа, раздражљивост, губитак занимања и неосјетљивост за друге, цинизам и песимизам, те ниска толеранција на фрустрацију.

Циљ процедуре је дати смјернице медицинским сестрама – техничарима о изворима, карактеристикама, посљедицама сагоријевања, те начинима превенције и суочавања са синдромом професионалног сагоријевања.

2. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

Процедура се примјењује на свим нивоима здравствене заштите.

3. ДЕФИНИЦИЈЕ, УЛОГЕ И ОДГОВОРНОСТИ

3.1. Дефиниције

Сагоријевање на радном мјесту (burnout) је стање емоционалног, менталног и физичког исцрпљења које настаје као посљедица дуготрајног излагања хроничном стресу на радном мјесту. Карактерише се осјећајем смањење мотивације, повећаном иритабилношћу, осјећајем беспомоћности и смањеном професионалном ефикасношћу.

Психолошка подршка је скуп активности и интервенција усмјерених на очување или унапређење менталног и емоционалног здравља особе. Циљ је пружити особи осјећај сигурности, разумијевања и прихватања, смањити стрес и анксиозност, те оснажити њене способности суочавања с проблемима и животним изазовима.

3.2 Улоге и одговорности

Медицинска сестра – техничар: препознаје знакове сагоријевања, примјењује мјере самопомоћи, пружа подршку колегама и учествује у превентивним активностима на радном мјесту.

Послодавци/надређени: рано уочавање проблема код радника и спречавање појаве сагоријевања редовним праћењем њиховог здравља, задовољства радника и осигурањем информација о мјесту гдје је помоћ доступна, те према потреби ангажовати стручне особе (психологе и стручњаке за заштиту на раду).

4. ПОСТУПАК

4.1. Извори сагоријевања медицинских сестара – техничара

Извори сагоријевања дијеле се у двије групе.

4.1.1. Унутрашњи извори, који су везани уз особине личности мед. сестре – техничара (старост, пол, карактер – емоционална стабилност, екстровертност, неуротицизам), те систем вриједности. Чести унутрашњи извори сагоријевања су: нереална очекивања од посла и од себе, потреба за сталном и потпуном контролом ситуације, претјерана

упорност, строгоћа, тврдоглавост у постизању циља, претјерана везаност за посао и осјећаји појединца да сноси сву одговорност.

4.1.2. Вањски чиниоци, који се даље могу сврстати на оне који су повезани с радним условима, оне који зависе од организације рада, те оне који произлазе из начина комуникације на радном мјесту, као што су временски притисак рокова, нејасно дефинисане улоге, нејасна подјела одговорности, постојање привилегија, мањак повратних информација, емоционално исцрпљивање, лоша психосоцијална клима, изостајање награде, неусклађеност вриједности.

4.2. Симптоми сагоријевања на послу

Симптоми синдрома сагоријевања на послу могу се разврстати у пет категорија: **афективни, соматски, когнитивни, бихевиорални и мотивациони** симптоми.

- **Афективни симптоми** – Односе се на осјећаје и расположења. Код особе која проживљава синдром сагоријевања на послу превладава тмурно и плачљиво расположење. Осјећа раздражљивост, преосјетљивост и фрустрацију, склона је агresiји, те почиње осјећати анксиозност.
- **Когнитивни симптоми.** Искупују се као осјећај немоћи, незнања и неуспјеха. Особа се осјећа заробљено, као да је изван контроле и страхује да ће полудјети. Смањена је способност памћења и одржавања пажње, јавља се песимизам и недостатак емпатије. На организационом нивоу особа постаје превише критична и неповјерљива према послу и надређенима. Јавља се осјећај кривице, пада самопоуздања, појављују се суицидалне мисли.
- **Соматски симптоми.** Један од најчешћих симптома је главобоља, коју прати и тјелесна слабост. Због високог нивоа стреса особа проживљава проблеме са сном (нпр. несаница), те врло често долази до проблема с прехраном, као што је губитак апетита. Такође, код неких особа долази до чешћих прехлада, те до повишеног нивоа холестерола, што повећава ризик од кардиоваскуларних болести.
- **Бихевиорални симптоми.** Углавном су узроковани повећаним нивоом узбуђења код појединца. Јавља се психичко повлачење и појачано кориштење различитих штетних супстанци, као што су лијекови, алкохол, дувански производи и дроге. Уз ово, јављају се преједање или гладовање, одгађање обавеза, те претјерано приговарање.
- **Мотивациони симптоми.** Посљедњу групу карактерише почетак мотивационе кризе. Интринзична мотивација нестаје, што је окарактерисано губитком ентузијазма, интереса и идеализовања. Превладавају осјећаји разочарања и досаде, те долази до деморализације и одвајања од других.

4.3. Фазе сагоријевања на послу

Фаза 1. Превисока очекивања и идеализација посла – потпуна посвећеност послу, ентузијазам, висок степен енергије, позитивни и конструктивни ставови.

Фаза 2. Почетно незадовољство послом и појава првих знакова сагоријевања – јављају се први знаци тјелесног, емоционалног и менталног умора, фрустрација и губитак идеала, смањен радни морал, тешкоће у комуникацији.

Фаза 3. Повлачење, изолација и интензивирање знакова сагоријевања – избјегавање контакта са сарадницима, веће комуникацијске тешкоће, непријатељство, негативизам, депресивност и друге емоционалне тешкоће.

Фаза 4. Апатија и губитак интереса уз озбиљно продубљивање симптома сагоријевања + – ниско лично и професионално самопоштовање, хронично негативни осјећаји о послу, потпуни цинизам, неспособност комуницирања с другим особама, анксиозност и депресија, напуштање посла.

4.4. Посљедице сагоријевања

Посљедице сагоријевања на послу код медицинских сестара – техничара могу се подијелити на оне које се односе на ментално и тјелесно здравље, те на радни резултат и организацијску јединицу.

4.4.1. Посљедице сагоријевања које се односе на ментално и тјелесно здравље медицинске сестре – техничара

Најчешће здравствене тегобе које се јављају као посљедица проживљавања синдрома сагоријевања на послу су кардиоваскуларне болести, главобоља, вртоглавица, тремор, поремећај пробаве, повишен крвни притисак, поремећаји спавања, депресивност и анксиозност, те, у најгорим случајевима, смрт.

4.4.2. Посљедице сагоријевања које се односе на радни резултат медицинске сестре – техничара

Посљедице сагоријевања на радни резултат медицинске сестре – техничара најчешће су незадовољство послом, смањење ангажованости и продуктивности, те сукоби на послу. Уз то, као посљедице на радни резултат јављају се изостајање с посла и напуштање посла.

4.4.3. Посљедице сагоријевања које се односе на организациону јединицу

Најчешће посљедице сагоријевања на послу за организацијску јединицу јесу изостајање с посла и напуштање посла, што онда доводи до нових проблема, као што су трошкови пред одлазак, трошкови запошљавања нових радника, трошкови селекције, трошкови тренинга, те пад продуктивности и организационих способности.

4.5. Превенција сагоријевања

Ризик од сагоријевања на послу је већи код особа с особинама личности као што су ниска социјабилност, израженија емоционалност, неуротицизам, незадовољство властим животом. Појава сагоријевања је нешто виша међу мушкарцима, млађим људима или новима у струци, невјенчанима и без дјеце.

Стратегије у превенцији и суочавању са сагоријевањем дијеле се на **индивидуалне** (оне које може предузети појединац) и **организационе** (оне које може предузети организацијска јединица у оквиру које појединац ради).

Главни задатак у превенцији сагоријевања је рано препознавање почетних знакова синдрома сагоријевања, док су проблеми мањи и особа отворена према промјени. У том смислу може користити редовно укључивање у едукације, стручне семинаре, тренинге, који, осим нових знања, а тиме и могућности бољег професионалног функционисања и напредовања, омогућавају појединцу одмак од свакодневне рутине и нове социјалне контакте.

Индивидуалне стратегије у превенцији сагоријевања

Индивидуалне стратегије односе се на активности и поступке које може предузети медицинска сестра – техничар на сопствену иницијативу. У оквиру индивидуалних стратегија могу се разликовати:

стратегије које се односе на саму особу (јачање самопоуздања и самопоштовања кроз едукације и стручна усавршавања, учење разних начина релаксације, осигуравањем позитивних поткрепљења у интеракцији с породицом, пријатељима и сл., промјена очекивања од себе, других, посла, боља организација и кориштење слободног времена и сл.) и,

- стратегије које се односе на радни процес (промјена обрасца рада, рационализовање активности, рационализовање очекивања од посла, прилагођавање циљева на послу, одмак од клијената или других особа које су извор неугодности).

Организационе стратегије у превенцији сагоријевања

Главни задатак организације у којој ради медицинска сестра – техничар је да идентификује и уклони изворе стреса, који су у основи сагоријевања на послу. То се постиже:

- образовањем медицинске сестре – техничара,
- савјетовањем сестара – техничара да похађају часове вјежби релаксације и вјештина управљања временом,
- ергономијом и обликовањем радне средине,
- побољшањем услова рада и омогућавањем одговарајуће опреме на радном мјесту,
- пословним развојем,
- помагањем у изградњи ставова о штетности стреса,
- приближавањем нових спознаја,
- помагањем у схватању способности и могућности рјешавања стреса на раду на најбољи начин,
- бољом организацијом на послу,
- развијањем пријатељског и подржавајућег окружења.

Послодавци могу рано уочити проблеме запосленика и спријечити појаву сагоријевања редовним праћењем задовољства радника и њиховог здравља, осигурањем информација о мјесту и особи гдје је помоћ доступна и, по потреби, запослити стручне особе (психологе и стручњаке за заштиту на раду).

5. МЈЕРЕ СИГУРНОСТИ

Разматрати личне карактеристике запосленика (старост, пол, особине личности, степен стручности, дужина радног искуства, породична ситуација и сл.).

Надзирати услове рада (вријеме и дужину радног времена, смјене, опрему, међуљудске односе, начин вођења и управљања, систем награђивања/санкција и сл.).

6. РЕВИЗИЈА

Ревизија процедуре врши се сваке три године, по потреби и раније.

7. ЛИТЕРАТУРА

1. Silajdžić L. Stres na radnom mjestu i profesionalno sagorijevanje. In: Trivun V, editor. *Zbornik radova/Sarajevo Business and Economics Review*. Sarajevo: Ekonomski fakultet u Sarajevu; 2010.
2. Schaufeli WB, Buunk BP. Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL, editors. *The handbook of work and health psychology*. Hoboken: Wiley; 2003. p. 383425.

Овај приручник је израђен у оквиру пројекта “Јачање сестринства у Босни и Херцеговини” који финансијски подржава Влада Швајцарске, а Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске у сарадњи са конзорцијем Фондације фами и Женевских универзитетских болница.

