

Palijativna skrb kod terminalnog srčanog zatajenja

Žure, Kristina

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:341837>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-15**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



zir.nsk.hr



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJ

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
SVEUČILIŠNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ
SESTRINSTVO

Kristina Žure

**PALIJATIVNA SKRB KOD TERMINALNOG SRČANOG
ZATAJENJA**

Završni rad

Split, 2024. godina

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
SVEUČILIŠNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ
SESTRINSTVO

Kristina Žure

**PALIJATIVNA SKRB KOD TERMINALNOG SRČANOG
ZATAJENJA**

PALLIATIVE CARE IN TERMINAL HEART FAILURE

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentor:

Gabrijela Tenžera, mag. med. techn.

Split, 2024. godina

ZAHVALA

Ovim putem želim izraziti svoju iskrenu zahvalnost svima koji su pridonijeli uspješnom završetku ovog rada.

Prije svega, zahvaljujem svojoj mentorici, Gabrijela Tenžera, mag. med. techn. na stručnoj podršci, savjetima i vođenju tijekom cijelog procesa.

Također, zahvaljujem svojoj obitelji i prijateljima na neizmjernej podršci, razumijevanju i ohrabrenju.

Hvala i svim profesorima, kolegama te svima ostalima koji su svojim doprinosom obogatili ovaj rad.

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

ZAVRŠNI RAD

Sveučilište u Splitu
Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstvo

Znanstveno područje: biomedicina i zdravstvo
Znanstveno polje: kliničke medicinske znanosti

Mentor: **Gabrijela Tenžera, mag. med. techn.**

PALIJATIVNA SKRB KOD TERMINALNOG SRČANOG ZATAJENJA Kristina Žure, 41538

Sažetak:

Terminalno srčano zatajenje označava konačnu fazu kroničnog srčanog zatajenja, stanje u kojem srce nije više sposobno učinkovito pumpati dovoljno krvi kako bi zadovoljilo potrebe tijela. Ova patofiziološka situacija nastaje zbog gubitka sposobnosti srca da održava adekvatan minutni volumen krvi, što rezultira smanjenom perfuzijom vitalnih organa te povećanim zagušenjem u plućima i perifernim tkivima.

Liječenje terminalnog srčanog zatajenja usmjereno je na ublažavanje simptoma i poboljšanje kvalitete života pacijenta. Farmakološke strategije obuhvaćaju upotrebu diuretika radi smanjenja viška tekućine, ACE inhibitora ili blokatora angiotenzinskih receptora (ARB) za smanjenje opterećenja srca te beta-blokatora radi poboljšanja funkcije srca. Nefarmakološke mjere podrazumijevaju prilagođavanje načina života pacijenta, uključujući dijetu s kontroliranim unosom soli i tekućine te redovito praćenje tjelesne težine.

U palijativnoj skrbi za pacijente s terminalnim srčanim zatajenjem, naglasak se stavlja na osiguravanje udobnosti, emocionalne podrške i komunikacije s obitelji. Otvorena komunikacija o prognozi, ciljevima skrbi i željama pacijenata ključna je za pružanje individualizirane njege. Planiranje skrbi temelji se na detaljnoj procjeni stanja pacijenta i uključuje postavljanje specifičnih ciljeva, odabir optimalnih intervencija te redovitu evaluaciju ishoda kako bi se prilagodila terapija prema potrebama pacijenta u terminalnoj fazi bolesti. Važan aspekt palijativne skrbi je pružanje podrške obiteljima pacijenata, uključujući savjetovanje i edukaciju o njihovim ulogama i mogućnostima sudjelovanja u skrbi. Ova multidisciplinarna pristup uključuje stručnjake različitih područja kao što su medicinske sestre, fizioterapeuti, socijalni radnici i duhovni savjetnici kako bi se osiguralo sveobuhvatno i holističko skrbničko okruženje.

U zaključku, palijativna skrb za pacijente s terminalnim srčanim zatajenjem nije samo usmjerena na medicinske aspekte bolesti, već i na njihovu kvalitetu života i dobrobit njihovih obitelji. Ova vrsta skrbi ističe važnost dostojanstva, komfora i individualiziranog pristupa kako bi se osiguralo što bolje iskustvo pacijenta u terminalnoj fazi srčanog zatajenja.

Ključne riječi: terminalno srčano zatajenje; palijativna skrb; zdravstvena njega; komunikacija

Rad sadrži: 34 stranice, 3 slike, 24 literaturnih referenci

Jezik izvornika: hrvatski

BASIC DOCUMENTATION CARD

BACHELOR'S THESIS

University of Split
University Department for Health Studies
University undergraduate study of nursing

Scientific area: biomedicine and health care

Scientific field: clinical medical sciences

Supervisor: **Gabrijela Tenžera, mag. med. techn.**

PALLIATIVE CARE IN TERMINAL HEART FAILURE

Kristina Žure, 41538

Summary:

Terminal heart failure denotes the final stage of chronic heart failure, where the heart is no longer able to efficiently pump enough blood to meet the body's needs. This pathophysiological condition arises due to the heart's loss of ability to maintain adequate cardiac output, resulting in reduced perfusion of vital organs and increased congestion in the lungs and peripheral tissues. The treatment of terminal heart failure aims at symptom alleviation and improvement of the patient's quality of life. Pharmacological strategies include the use of diuretics to reduce fluid overload, ACE inhibitors or angiotensin receptor blockers (ARBs) to decrease cardiac workload, and beta-blockers to enhance cardiac function. Non-pharmacological measures involve adjusting the patient's lifestyle, including a diet with controlled salt and fluid intake, and regular monitoring of body weight.

In palliative care for patients with terminal heart failure, the focus is on ensuring comfort, providing emotional support, and communicating effectively with families. Open communication about prognosis, care goals, and patient preferences is crucial for delivering personalized care. Care planning is based on a detailed assessment of the patient's condition, setting specific care goals, selecting optimal interventions, and regularly evaluating outcomes to tailor therapy to the patient's needs in the terminal phase of the illness. An important aspect of palliative care is supporting patients' families, including counseling and education on their roles and involvement in care. This multidisciplinary approach involves professionals from various fields such as nurses, physiotherapists, social workers, and spiritual counselors to ensure comprehensive and holistic caregiving.

In conclusion, palliative care for patients with terminal heart failure is not only focused on the medical aspects of the disease but also on their quality of life and the well-being of their families. This type of care emphasizes the importance of dignity, comfort, and an individualized approach to provide the best possible experience for patients in the terminal phase of heart failure.

Keywords: terminal heart failure; palliative care; health care; communication

Thesis contains: 34 pages; 3 figures; 24 references

Original in: Croatia

SADRŽAJ

SAŽETAK.....	I
SUMMARY.....	II
1. UVOD	1
1.1. ANATOMIJA SRCA	1
1.1.1. Struktura srca	2
1.1.2. Srčane komore.....	2
1.1.3. Srčani zalisci	3
1.1.4. Krvne žile	4
1.1.5. Električni sustav srca.....	4
1.1.6. Funkcija srca	5
1.2. SRČANO ZATAJENJE.....	7
1.2.1. Epidemiologija srčanog zatajenja.....	7
1.2.2. Etiologija i patofiziologija	8
1.2.3. Podjela srčanog zatajenja	9
1.2.4. Simptomi i dijagnoze	10
1.2.5. Liječenje i palijativna skrb	11
2. CILJ RADA	13
3. RASPRAVA	14
3.1. SESTRINSKA SKRB.....	14
3.1.1. Razumijevanje terminalnog srčanog zatajenja	15
3.1.2. Važnost multidisciplinarnog tima u palijativnoj skrbi.....	15
3.1.3. Upravljanje simptomima i liječenje	16
3.1.4. Podrška za pacijente i obitelj	17
3.1.5. Komunikacija i edukacija	17

3.2. PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE	19
3.2.1. Procjena pacijenata	20
3.2.2. Planiranje njege	21
3.2.3. Provedba njege	22
3.2.4. Specifične intervencije	22
3.3. SESTRINSKE DIJAGNOZE	24
3.3.1. Bol.....	24
3.3.2. Smanjena mogućnost brige o sebi	25
3.3.3. Smanjeno podnošenje napora.....	27
3.3.4. Oštećenje integriteta kože	28
3.3.5. Poremećaj spavanja	29
4. ZAKLJUČAK.....	31
5. LITERATURA	32
6. ŽIVOTOPIS.....	34

1. UVOD

Terminalno srčano zatajenje je kronično, progresivno stanje koje pogađa milijune ljudi diljem svijeta, značajno utječući na njihovu kvalitetu života. Zatajenje srca kompleksni je klinički sindrom, a može se razviti kao posljedica bilo kojeg strukturalnog ili funkcionalnog poremećaja koji utječe na punjenje klijetki i ispumpavanje krvi. Unatoč napretku u medicinskom liječenju, mnogi pacijenti i dalje doživljavaju ozbiljne simptome i komplikacije koje mogu biti iscrpljujuće te tada palijativna skrb postaje ključna komponenta u njihovom zbrinjavanju. Palijativna skrb usmjerena je na ublažavanje simptoma, pružanje emocionalne podrške te pomaganje pacijentima i njihovim obiteljima u donošenju informiranih odluka o liječenju. Cilj ove skrbi nije samo ublažavanje simptoma, već i poboljšanje kvalitete života, omogućujući pacijentima da žive što udobnije i dostojanstvenije unatoč ozbiljnoj bolesti (1).

Palijativna skrb kod terminalnog srčanog zatajenja odnosi se na multidisciplinarni pristup liječenju bolesnika sa terminalnim srčanim zatajenjem, s ciljem poboljšanja kvalitete života pacijenata i njihovih obitelji. Ova skrb obuhvaća kontrolu simptoma, psihološku podršku, edukaciju i pomoć u donošenju odluka, s naglaskom na individualne potrebe i želje kako pacijenata, tako i njegove obitelji (1).

1.1. ANATOMIJA SRCA

Srce je ključni organ kardiovaskularnog sustava, odgovoran za pumpanje krvi kroz tijelo. Smješteno u sredini grudnog koša između pluća, srce je mišićni organ mase 200-450 g koji je podijeljen u četiri komore: dvije pretklijetke (atrija) i dvije klijetke (ventrikula). Ove komore omogućuju dvostruku cirkulaciju krvi, odvajajući plućni i sistemski krvotok. Srčani zalisci su strukture u srcu koje omogućuju jednosmjerni protok krvi između srčanih komora i krvnih žila, sprječavajući povratak krvi i održavajući učinkovit rad srca (2).

1.1.1. Struktura srca

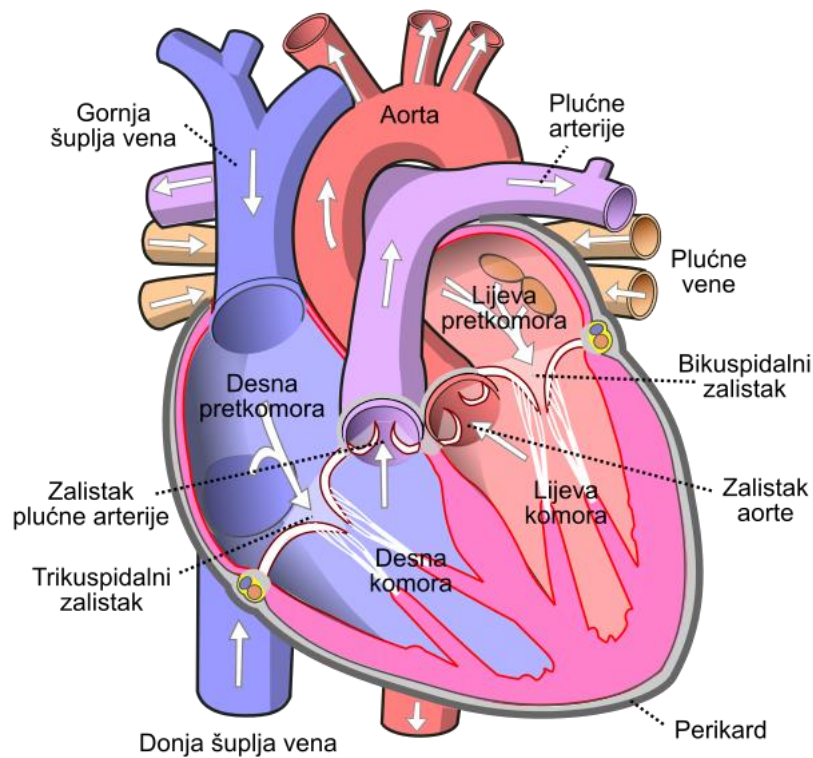
Srce se sastoji od tri glavna sloja:

1. endokard – unutarnji sloj koji oblaže srčane komore i zaliske, sastavljen od endotela i tankog sloja vezivnog tkiva
2. miokard – srednji i najdeblji sloj, izgrađen od srčanog mišićnog tkiva koje omogućuje kontrakciju srca, debljina miokarda varira između različitih komora, s najdebljim dijelom u lijevoj klijetki koja pumpa krv kroz cijelo tijelo
3. epikard – vanjski sloj koji prekriva srce, dio je srčane vrećice ili perikarda koja se sastoji od dva sloja, to jest visceralnog (epikard) i parijetalnog perikarda, a između njih nalazi se perikardijalna šupljina ispunjena tekućinom koja smanjuje trenje tijekom srčanih pokreta (2).

1.1.2. Srčane komore

Srce je podijeljeno na četiri komore:

1. desna pretklijetka prima deoksigeniranu krv iz tijela putem gornje i donje šuplje vene
2. desna klijetka prima krv iz desne pretklijetke kroz trikuspidalni zalistak i pumpa je u pluća kroz plućni zalistak i plućnu arteriju gdje se krv oksigenira
3. lijeva pretklijetka prima oksigeniranu krv iz pluća putem četiri plućne vene
4. lijeva klijetka prima krv iz lijeve pretklijetke kroz mitralni zalistak i pumpa je kroz aortalni zalistak u aortu, distribuirajući krv kroz tijelo (3).



Slika 1. Prikaz srčanih komora

Izvor:

[https://bs.wikipedia.org/wiki/Sr%C4%8Dana_komora#/media/Datoteka:Diagram_of_the_human_heart_\(cropped\)_bs.svg](https://bs.wikipedia.org/wiki/Sr%C4%8Dana_komora#/media/Datoteka:Diagram_of_the_human_heart_(cropped)_bs.svg)

1.1.3. Srčani zalisci

Srčani zalisci omogućuju jednosmjerni protok krvi kroz srce, sprječavajući povratni tok. Postoje četiri glavna zaliska:

1. trikuspidalni zalistak između desne pretklijetke i desne klijetke
2. pulmonalni zalistak između desne klijetke i plućne arterije
3. mitralni zalistak između lijeve pretklijetke i lijeve klijetke
4. aortalni zalistak između lijeve klijetke i aorte (3).

1.1.4. Krvne žile

Srce, kao vitalni organ, ima vlastiti sustav krvnih žila poznat kao koronarna cirkulacija, koji je ključan za opskrbu srčanog mišića (miokarda) kisikom i hranjivim tvarima. Dvije glavne koronarne arterije, lijeva i desna koronarna arterija, izlaze iz korijena aorte, odmah iznad aortnog zaliska. Lijeva koronarna arterija dijeli se na dvije glavne grane: lijeva prednja silazna arterija (LAD) opskrbljuje prednji dio lijeve klijetke i interventrikularni septum, dok se cirkumfleksna arterija savija oko lijeve strane srca, opskrbljujući bočni i stražnji dio lijeve klijetke i dio lijevog atrija. Desna koronarna arterija putuje niz desnu stranu srca, opskrbljujući desnu klijetku, dio interventrikularnog septuma i desni atrij, te stražnji dio srčanog mišića kroz stražnju silaznu arteriju (PDA) (3, 4).

Koronarne arterije su od vitalne važnosti za srčanu funkciju. Blokade ili suženja u ovim arterijama mogu uzrokovati ishemiju (nedostatak kisika) i, ako se ne liječe, rezultirati srčanim udarom (infarktom miokarda) (4).

1.1.5. Električni sustav srca

Električni sustav srca omogućuje koordinirane kontrakcije srčanog mišića potrebne za učinkovito pumpanje krvi. Glavne komponente ovog sustava su sinoatrijski (SA) čvor, atrioventrikularni (AV) čvor, Hisov snop i Purkinjeova vlakna (3, 5).

Sinoatrijski (SA) čvor, primarni pacemaker srca, smješten u gornjem desnom zidu desne pretklijetke, generira električne impulse automatski i ritmično obično brzinom od 60 do 100 impulsa u minuti. Ti impulsi izazivaju kontrakciju pretklijetki omogućujući izbacivanje krvi u klijetke (5).

Atrioventrikularni (AV) čvor, smješten na granici između pretklijetki i klijetki, prima impulse iz SA čvora i prenosi ih na ventrikule, uz kratko odgađanje prijenosa (oko 0,1 sekunde) koje omogućuje potpuno pražnjenje pretklijetki u klijetke prije kontrakcije.

Nakon prolaska kroz AV čvor, impulsi putuju kroz Hisov snop, koji se dijeli na desnu i lijevu granu, te se prenose prema vrhu srca (5).

Purkinjeova vlakna, koja se granaju kroz miokard klijetki, omogućuju brzu distribuciju impulsa, osiguravajući koordiniranu i snažnu kontrakciju klijetki. Ova koordinirana kontrakcija omogućuje učinkovito izbacivanje krvi iz klijetki u plućnu arteriju i aortu (5).

Zajednički rad SA čvora, AV čvora, Hisovog snopa i Purkinjeovih vlakana osigurava sinkronizirane kontrakcije srčanih komora, što je ključno za učinkovito pumpanje krvi kroz tijelo. Poremećaji u ovom sustavu mogu dovesti do srčanih aritmija, što može ozbiljno utjecati na cirkulaciju i zdravlje. Redovito praćenje srčanog ritma i funkcije važno je za prevenciju i liječenje srčanih problema (3, 5).

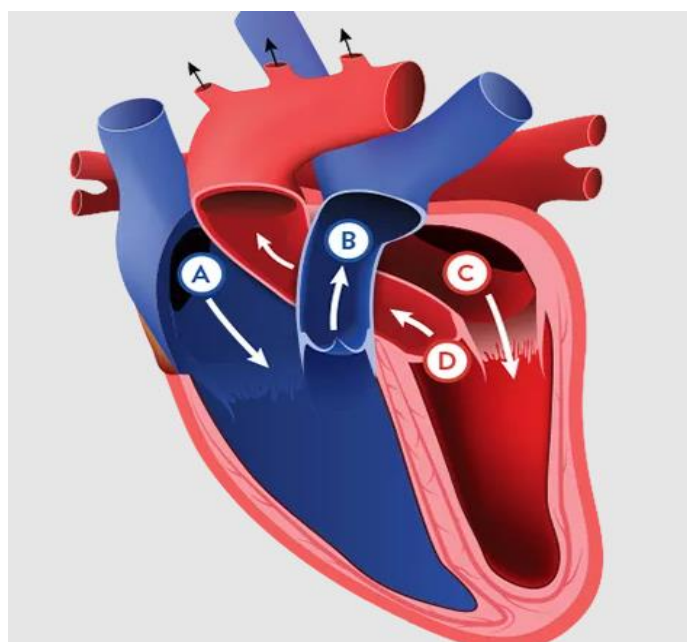
1.1.6. Funkcija srca

Srce djeluje kao pumpa koja osigurava kontinuirani protok krvi kroz tijelo. Desna strana srca pumpa deoksigeniranu krv u pluća, gdje se kisikom obogaćuje, dok lijeva strana pumpa oksigeniranu krv u sistemsku cirkulaciju opskrbljujući sve tjelesne organe i tkiva. Ovaj proces je ključan za održavanje homeostaze i podržavanje metabolizma svih stanica u tijelu (6).

Srce funkcionira kroz ciklus kontrakcije i relaksacije, poznat kao srčani ciklus. Srčani ciklus može se podijeliti u dvije glavne faze sistolu i dijastolu. Sistola je faza srčanog ciklusa tijekom koje se srčani mišić kontrahira. Sistola se dalje dijeli na sistolu atrijske i sistolu ventrikularne. Sistola atrijske nastaje kada SA čvor generira električni impuls, pretklijetke (atrije) se kontrahiraju, potiskujući krv kroz atrioventrikularne zaliske (mitralni i trikuspidni zalistak) u ventrikule. Sistola ventrikularne nastaje kada se impuls, nakon kratkog odgađanja u AV čvoru, prenosi kroz Hisov snop i Purkinjeova vlakna, uzrokujući kontrakciju ventrikularne. Tijekom ventrikularne sistole krv se izbacuje iz ventrikularne kroz polumjesečaste zaliske (aortalni i pulmonalni zalistak) u aortu i plućnu arteriju (6).

Dijastola je faza srčanog ciklusa tijekom koje se srčani mišić opušta, omogućujući punjenje komora krvlju. Dijastola atrija događa se kada se atriji opuštaju i pune krvlju koja dolazi iz vena (gornje i donje šuplje vene u desni atrij, plućne vene u lijevi atrij). Dok dijastola ventrikula nastaje kada se ventrikuli opuste, atrioventrikularni zalisci se otvaraju, omogućujući krv iz atrija da slobodno teče u ventrikule. To punjenje ventrikula traje do sljedeće sistole atrija, kada ciklus započinje ispočetka (6).

Koordinacija kontrakcija i relaksacija u srčanom ciklusu omogućuje efikasno pumpanje krvi. Synchronizacija između pretklijetki i ventrikula osigurava da se krv ispravno kreće kroz srce i dalje kroz tijelo. Pravilno funkcioniranje srčanog ciklusa omogućuje učinkovit transport kisika i hranjivih tvari do tkiva, kao i uklanjanje otpadnih tvari iz tijela, što je ključno za održavanje života i zdravlja (6).



Slika 2. Prikaz funkcionalnog krvotoka srca

Izvor:

https://www.docta.novartis.com/sites/docta_novartis_com/files/styles/threeup_layout_desktop_700/public/2022-06/2%20Kako-je-Srce-Gra%C4%91eno1.webp

1.2. SRČANO ZATAJENJE

Srčano zatajenje je stanje u kojem srce ne može učinkovito pumpati krv, što dovodi do smanjenog protoka krvi prema organima i tkivima te nakupljanja tekućine u tijelu. Terminalno srčano zatajenje je posljednja faza kroničnog srčanog zatajenja gdje srce više ne može pumpati dovoljnu količinu krvi da zadovolji potrebe tijela. U ovoj fazi standardne metode liječenja više ne djeluju, a simptomi ostaju teški i stalni unatoč maksimalnoj terapiji. Pacijenti u ovoj fazi često trebaju palijativnu skrb kako bi se poboljšala kvaliteta života i ublažili simptomi (7).

1.2.1. Epidemiologija srčanog zatajenja

Globalna incidencija srčanog zatajenja varira od 100 do 900 slučajeva na 100 000 osoba godišnje, ovisno o dijagnostičkim kriterijima i proučavanoj populaciji. Studija "Rizik od ateroskleroze u zajednicama" procijenila je 915 000 novih slučajeva srčanog udara u SAD-u u 2012. godini. Trenutno se procjenjuje da 37,7 milijuna ljudi širom svijeta živi s HF-om. Prevalencija srčanog zatajenja u razvijenim zemljama obično iznosi 1-2% odrasle populacije. Iako se dobno prilagođena incidencija i prevalencija smanjuju, apsolutni broj pacijenata sa srčanim zatajenjem značajno je porastao zbog promjena u globalnoj dobnoj distribuciji i ukupnom rastu populacije (8, 9).

Opterećenje srčanog zatajenja nerazmjerno pogađa starije osobe, pri čemu je više od polovice pacijenata hospitaliziranih zbog srčanog zatajenja starija od 75 godina. Prevalencija se udvostručuje svakim desetljećem života, manje od 1% za osobe mlađe od 40 godina te više od 10% za one starije od 80 godina. Rizik od razvoja srčanog zatajenja tijekom života iznosi oko 20% između 40. i 80. godine za oba spola. Kod srčanog zatajenja nepoznate etiologije, smrt se često pripisuje koronarnoj arterijskoj bolesti (8).

Prema Globalnoj studiji o teretu bolesti, smrtnost od svih kardiovaskularnih bolesti smanjena je za 22% između 1990. (375,5 smrtnih slučajeva na 100 000 osoba-godina) i 2013. (293,2 smrtna slučaja na 100 000 osoba-godina). Ovo smanjenje ukupne

kardiovaskularne smrtnosti može također ukazivati na smanjenje globalne dobno prilagođene smrtnosti od srčanog zatajenja (9).

1.2.2. Etiologija i patofiziologija

Široki spektar srčanih stanja, genetskih defekata i sistemskih bolesti može dovesti do srčane insuficijencije. Pacijenti sa srčanom insuficijencijom često imaju kombinirane etiologije koje se mogu preklapati, a uzroci se značajno razlikuju između zemalja s visokim i niskim prihodima. Prema procjenama, postoji 17 primarnih uzroka srčane insuficijencije, kako je utvrđeno u studiji Globalnog opterećenja bolestima. Više od dvije trećine svih slučajeva srčane insuficijencije može se pripisati četiri glavna stanja: ishemijskoj bolesti srca, kroničnoj opstruktivnoj bolesti pluća, hipertenzivnoj bolesti srca i reumatskoj bolesti srca (9).

Terminalno srčano zatajenje može biti uzrokovano raznim srčanim bolestima, uključujući:

1. ishemijska bolest srca – uključuje infarkt miokarda i kroničnu ishemiju
2. kardiomiopatije – uključuju dilatativne, hipertrofične i restriktivne kardiomiopatije
3. hipertenzija – dugotrajno nekontrolirana hipertenzija može dovesti do hipertrofije lijeve klijetke i kasnijeg zatajenja
4. valvularne bolesti – uključujući stenoze i insuficijencije srčanih zalistaka
5. kongenitalne srčane mane – nepravilnosti u srčanoj strukturi prisutne od rođenja (9).

Patofiziološki, karakterizirano je nemogućnošću srca da održava adekvatan minutni volumen krvi, što rezultira smanjenom perfuzijom vitalnih organa i povećanom zagušenjem u plućima i perifernim tkivima (9).

1.2.3. Podjela srčanog zatajenja

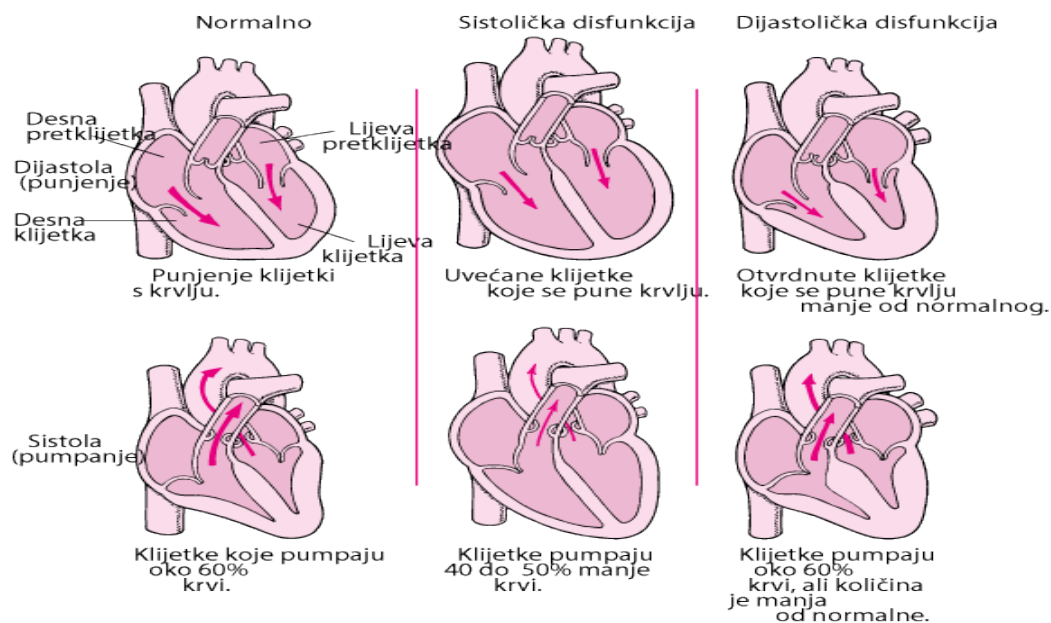
Srčano zatajenje može se podijeliti prema nekoliko kriterija:

- *Prema brzini razvoja:*
 - akutno srčano zatajenje – naglo pogoršanje simptoma, često uzrokovano akutnim koronarnim sindromom ili hipertenzivnom krizom
 - kronično srčano zatajenje – dugotrajno stanje koje se polako razvija tijekom vremena.

- *Prema funkcionalnoj klasifikaciji (NYHA klasifikacija):*
 - Klasa I – bez simptoma pri normalnim fizičkim aktivnostima
 - Klasa II – blagi simptomi pri normalnim fizičkim aktivnostima
 - Klasa III – značajna ograničenja pri manje intenzivnim aktivnostima
 - Klasa IV – simptomi prisutni čak i u mirovanju.

- *Prema dijelu srca koji je zahvaćen:*
 - zatajenje lijeve klijetke – najčešći oblik, uključuje zagušenje pluća i smanjenu sistemske perfuzije
 - zatajenje desne klijetke – često uzrokovano plućnim bolestima ili zatajenjem lijeve klijetke, rezultira perifernim edemima i ascitesom
 - zatajenje oba dijela srca – kombinacija simptoma zatajenja lijeve i desne klijetke.

- *Prema frakciji izbacivanja (EF):*
 - srčano zatajenje s očuvanom frakcijom izbacivanja (HFpEF) – $EF \geq 50\%$, problemi s punjenjem srca
 - srčano zatajenje sa smanjenom frakcijom izbacivanja (HFrEF) – $EF < 40\%$, problemi s pumpanjem krvi (10).



Slika 3. Prikaz srčane disfunkcije

Izvor: https://hemed.hr/Uploads/1/15309/16763/CVS_heart_failure_hr.gif

1.2.4. Simptomi i dijagnoze

Simptomi terminalnog srčanog zatajenja značajno utječu na kvalitetu života oboljelog i često uključuju:

- dispneju – otežano disanje pri naporu ili u mirovanju
- bol – bol u predjelu prsišta
- edeme – oticanje nogu, gležnjeva i stopala
- umor – osjećaj iscrpljenosti i nedostatka energije
- kašalj – kronični kašalj koji se pogoršava ležanjem
- noćna dispneja – buđenje noću zbog osjećaja gušenja
- kognitivne promjene – poteškoće s koncentracijom i memorijom (11).

Dijagnoza se postavlja na temelju kliničkih simptoma, fizikalnog pregleda i dijagnostičkih testova, uključujući:

- ehokardiografiju - procjena funkcije i strukture srca
- EKG - detekcija aritmija i znakova ishemije
- laboratorijske pretrage - uključuju natriuretske peptide (BNP, NT-proBNP) koji su povišeni u zatajenju srca
- radiografiju prsnog koša - procjena plućnog zagušenja i srčanih sjena (11).

1.2.5. Liječenje i palijativna skrb

Liječenje terminalnog srčanog zatajenja uključuje farmakološke i nefarmakološke mjere koje su usmjerene na ublažavanje simptoma i poboljšanje kvalitete života. Glavni ciljevi su smanjenje zadržavanja tekućine, poboljšanje srčane funkcije (promjena načina života, pravilna prehrana, redovita tjelovježba, ograničenje unosa alkohola ili konzumiranja cigareta) i ublažavanje simptoma (dispneja, bol u prsima, edemi, kašalj, smanjen apetit...). Kod srčanog zatajenja, tekućina se zadržava zbog povećanog tlaka u venama, što uzrokuje oticanje nogu, gležnjeva i stopala. Također, smanjena funkcija lijeve klijetke dovodi do nakupljanja tekućine u plućima (plućni edem), dok zatajenje desne klijetke uzrokuje zadržavanje tekućine u trbušnoj šupljini (ascites). Zbog smanjenog protoka krvi kroz bubrege dolazi do zadržavanja soli i vode, što dodatno opterećuje srce (6).

Farmakološko liječenje uključuje:

- diuretike – s ciljem smanjenja zadržavanja tekućine
- ACE inhibitore i ARB – smanjenje opterećenja srca
- beta-blokatore – usporavanje srčane frekvencije i smanjenje potrošnje kisika
- aldosteronske antagoniste – dodatna diuretska i kardioprotektivna uloga.

Nefarmakološke mjere uključuju:

- prehrambene smjernice – smanjenje unosa soli i tekućine
- fizička aktivnost – prilagođena sposobnostima pacijenta
- psihološka podrška – važna za suočavanje s kroničnom bolešću (11).

Palijativna skrb je specijalistička skrb koju pružaju visoko educirani profesionalci koja može biti primjenjiva u kući bolesnika ili u ustanovama palijativne skrbi s ciljem pružanja skrbi pacijentima i zadovoljavanjem njihovih potreba do samoga kraja. Stoga je ključna, fokusirajući se na ublažavanje simptoma, psihosocijalnu podršku i planiranje sestrinske skrbi (6).

2. CILJ RADA

Cilj ovog završnog rada je definirati, opisati i detaljno analizirati palijativnu skrb kod bolesnika s terminalnim srčanim zatajenjem.

3. RASPRAVA

3.1. SESTRINSKA SKRB

Terminalno srčano zatajenje predstavlja posljednju fazu kroničnog srčanog zatajenja, karakteriziranu teškim simptomima i ograničenim učinkom konvencionalne terapije. U ovoj fazi, fokus skrbi premješta se s aktivnog liječenja bolesti na ublažavanje simptoma i pružanje sveobuhvatne podrške pacijentima i njihovim obiteljima. Palijativna skrb postaje ključna u osiguravanju kvalitetnog života pacijentima u posljednjim fazama bolesti, pružajući fizičku, emocionalnu, psihosocijalnu i duhovnu podršku (12).

Palijativna skrb kod terminalnog srčanog zatajenja uključuje nekoliko ključnih elemenata:

- ublažavanje simptoma – fokus je na kontroliranju simptoma kao što su dispneja, bol, umor i edemi, primjenjuju se različiti farmakološki i nefarmakološki pristupi kako bi se smanjila patnja pacijenta
- psihosocijalna podrška – osiguravanje emocionalne podrške pacijentima i njihovim obiteljima kroz savjetovanje i terapiju, ovo uključuje pomoć u suočavanju s anksioznošću, depresijom i strahom povezanim s terminalnom bolešću
- komunikacija – otvorena i jasna komunikacija između zdravstvenih djelatnika, pacijenata i obitelji je od vitalnog značaja, potrebno je detaljno razgovarati o prognozi, ciljevima skrbi i željama pacijenata kako bi se osigurala skrb koja je u skladu s pacijentovim vrijednostima i preferencijama
- planiranje njege – izrada individualiziranog plana njege koji uključuje procjenu stanja pacijenta, definiranje ciljeva skrbi, odabir odgovarajućih intervencija i evaluaciju ishoda te plan treba biti fleksibilan i prilagođavati se promjenama u stanju pacijenta
- podrška obitelji – edukacija i podrška članovima obitelji kako bi se osigurala njihova uključenost u skrb i kako bi se olakšalo njihovo suočavanje s gubitkom i tugom

- etika i pravo – uvažavanje etičkih i pravnih aspekata u pružanju palijativne skrbi, uključujući pitanja kao što su prava pacijenata, autonomija, informirani pristanak i odluke o završetku života (12).

3.1.1. Razumijevanje terminalnog srčanog zatajenja

Terminalno srčano zatajenje karakterizira nemogućnost srca da održi adekvatnu cirkulaciju krvi, što dovodi do kronične dispneje, edema, umora i drugih simptoma. U ovoj fazi, standardni tretmani kao što su diuretici, ACE inhibitori i beta-blokatori često više nisu učinkoviti, a pacijenti zahtijevaju palijativnu skrb usmjerenu na poboljšanje kvalitete života. Srčano zatajenje nastaje zbog smanjene sposobnosti srčanog mišića da učinkovito pumpa krv, često uzrokovane oštećenjem zbog bolesti. Hipertenzija i povećan volumen krvi dodatno opterećuju srce, dok zadržavanje soli i vode pogoršava simptome. Neurohormonalna aktivacija pokušava kompenzirati smanjen srčani izlaz, ali dugoročno pogoršava stanje te zastoje krvi u venama dovodi do stvaranja edema (13).

3.1.2. Važnost multidisciplinarnog tima u palijativnoj skrbi

Ključno je uspostaviti multidisciplinarni tim koji će pružiti sveobuhvatnu palijativnu skrb pacijentima. Ovaj tim uključuje stručnjake raznih područja kao što su liječnici, medicinske sestre, fizioterapeuti, psiholozi, socijalni radnici koji će multidisciplinarnim pristupom i timskim radom doprinijeti ublažavanju simptoma, podršci pacijentima i obiteljima te planiranju krajnje životne skrbi (14).

Fizioterapeuti uz liječnike i medicinske sestre su najčešći članovi tima ključni za upravljanje srčanim zatajenjem jer planiraju individualizirane programe aktivnosti koje poboljšavaju kardiovaskularnu funkciju i smanjuju simptome dok su socijalni radnici i psiholozi u zdravstvenom sustavu još uvijek malo zastupljeni u skrbi za takve pacijente. Njihova podrška također uključuje edukaciju pacijenata, kontrolu simptoma i prevenciju komplikacija, što ukupno poboljšava kvalitetu života pacijenata. Suradnja unutar tima

olakšava optimalno korištenje resursa, planiranje terapije prema individualnim potrebama te pruža emocionalnu podršku među članovima.

3.1.3. Upravljanje simptomima i liječenje

Glavni cilj palijativne skrbi je ublažavanje simptoma kako bi se poboljšala kvaliteta života pacijenata. Stanje pacijenta u toj fazi razvoja bolesti podložno je promjenama te stalna procjena stanja i pravovremeno utvrđivanje pacijentovih potreba i prisutnih simptoma omogućava pravovremeno reagiranje. Simptomi srčanog zatajenja obuhvaćaju bol, poteškoće s disanjem, umor, oticanje ekstremiteta i trbuha, ubrzan rad srca, vrtoglavicu ili nesvjestice te probleme s koncentracijom i pamćenjem. To uključuje učinkovito upravljanje boli, dispneje, umora, anksioznosti i depresije (15).

Palijativna skrb kod pacijenata s terminalnim srčanim zatajenjem uključuje kombinaciju farmakoloških i nefarmakoloških intervencija kako bi se postigao optimalan terapijski učinak (15).

Farmakološke intervencije često uključuju: upravljanje bolom kroz primjenu analgetika (uključujući opioide i ne-opioidne lijekove), diuretike, bronhodilatatore, antidepressive i anksiolitike te inotropne lijekove koji pomažu u poboljšanju srčane funkcije kod određenih pacijenata.

Nefarmakološke intervencije uključuju: oksigenoterapiju, fizičku terapiju, psihološku te nutricionističku podršku kao i pružanje duhovne podrške u skladu s pacijentovim vjerovanjima i vrijednostima.

Primjena ovih pristupa može značajno poboljšati kvalitetu života pacijenata s terminalnim srčanim zatajenjem, smanjujući njihovu patnju i pružajući podršku koja je prilagođena njihovim individualnim potrebama. (15).

3.1.4. Podrška za pacijente i obitelj

Pacijenti s terminalnim srčanim zatajenjem trebaju emocionalnu, psihološku i duhovnu podršku kako bi se nosili s teškim simptomima i samom dijagnozom. Palijativna skrb pruža kontinuiranu podršku pacijentima i njihovim obiteljima tijekom cijelog tijeka bolesti, uključujući i fazu tugovanja nakon gubitka. Uključivanje obitelji, odnosno identificiranje primarnog njegovatelja, olakšava koordinaciju skrbi kod kuće te na taj način može utjecati na kvalitetu života bolesnika do samoga kraja jer većina pacijenata želi u završnoj fazi svoje bolesti biti u udobnosti vlastitog doma u okruženju njemu bliskih osoba. Medicinska sestra tada treba pokazati empatiju prema pacijentu i njegovoj obitelji, a plana skrbi treba biti usmjeren kontroli simptoma uz psihološku, socijalnu i duhovnu podršku usklađen s pacijentom i obitelji uz očuvanje dostojanstva.

3.1.5. Komunikacija i edukacija

Komunikacija s pacijentima i obiteljima ključna je u palijativnoj skrbi. Važno je otvoreno razgovarati o prognozi, ciljevima skrbi i željama pacijenata u vezi s napretkom bolesti i krajnjim ishodom. Edukacija o bolesti, simptomima i opcijama liječenja omogućuje pacijentima da donose informirane odluke o svom liječenju (16).

U kontekstu palijativne skrbi za bolesnike s terminalnim srčanim zatajenjem, komunikacija ima iznimnu važnost. Profesionalna komunikacija u ovom kontekstu podrazumijeva spremnost za komunikacijom, izražavanjem empatije, otvorenost ka pacijentovim željama i razumijevanje. Evo nekoliko ključnih razloga zašto je komunikacija važna u ovoj temi:

1. razumijevanje pacijentovih želja i vrijednosti – komunikacija omogućuje pacijentima da izraze svoje želje i vrijednosti u vezi s liječenjem i krajnjom životnom skrbi pritom omogućujući zdravstvenim djelatnicima da prilagode skrb pacijentovim preferencijama i osiguraju da terapije odgovaraju pacijentovim željama

2. informirane odluke – komunikacija pruža pacijentima i njihovim obiteljima potrebne informacije o prognozi, opcijama liječenja i očekivanim ishodima omogućujući im da donesu informirane odluke o svom liječenju i krajnjoj životnoj skrbi u skladu s njihovim vrijednostima i preferencijama
3. smanjenje tjeskobe i straha – otvorena i iskrena komunikacija dovodi do ugodnog i opuštenog ozračja te na taj način može smanjiti tjeskobu i strah koje često osjećaju pacijenti s neizlječivom bolesti i njihove obitelji, a sami razgovor o teškim temama poput smrti i umiranja može pomoći pacijentima da se osjećaju manje usamljeno i izolirano te im omogućiti da se nose s emocionalnim izazovima koje nosi terminalna dijagnoza
4. podrška emocionalnom zdravlju – komunikacija pruža emocionalnu podršku pacijentima i njihovim obiteljima u ovim teškim vremenima, osjećaj da su slušani i da je usmjerenost na njih može imati pozitivan utjecaj na njihovo emocionalno zdravlje doprinoseći zadovoljstvu pacijenta te je u tim trenucima važno pravovremeno prepoznavanje emocionalnih reakcija koje bi mogle utjecati na sliku o sebi i donošenje odluka
5. kontinuirana skrb i praćenje – redovita komunikacija omogućuje kontinuiranu skrb i praćenje pacijenata tijekom cijelog tijeka bolesti omogućujući zdravstvenim djelatnicima da prilagode terapiju i podršku prema potrebama pacijenata kako bolest napreduje. Potrebno je da se tijekom razgovora isplanira pritom poštujući pacijentove želje i uvažavajući moguće pacijentovo neslaganje s nastalim stanjem i planom skrbi (17).

Edukacija o bolesti, simptomima i opcijama liječenja omogućuje pacijentima da donose informirane odluke o svom liječenju. To uključuje detaljno objašnjavanje prirode terminalnog srčanog zatajenja, što pacijentima pomaže da bolje razumiju svoje stanje i očekivani tijek bolesti. Informiranje o simptomima kao što su dispneja (otežano disanje), umor, edemi (otoci) te metodama za njihovo ublažavanje ključno je za pacijentovu svakodnevnu samostalnost i kvalitetu života.

Uz to, edukacija o mogućnostima liječenja uključuje raspravu o farmakološkim terapijama poput diuretika za kontrolu viška tekućine i lijekova koji podržavaju funkciju srca kao što su ACE inhibitori i beta-blokatori. Važno je istaknuti i nefarmakološke strategije kao što su prehrambene prilagodbe s ciljem smanjenja unosa soli i tekućine te fizičke aktivnosti prilagođene stanju pacijenta.

Otvorena komunikacija o prognozi bolesti, ciljevima skrbi i željama pacijenata ključna je u palijativnoj skrbi. Razgovori o očekivanom tijeku bolesti pomažu pacijentima i njihovim obiteljima da se pripreme za nadolazeće izazove. Definiranje ciljeva skrbi zajedno s pacijentom omogućuje personalizirani pristup u terapiji i podršci. Uključivanje obitelji u komunikaciju i proces odlučivanja također je važan dio palijativne skrbi. Obiteljima treba pružiti emocionalnu podršku i edukaciju o ulozi u brizi za pacijenta, kako bi se osiguralo da se njihove potrebe i pitanja također adekvatno adresiraju (17).

Sve navedene mjere omogućuju integriran pristup u palijativnoj skrbi za pacijente s terminalnim srčanim zatajenjem, osiguravajući da svaki aspekt njihovog liječenja bude temeljen na informiranosti, poštovanju želja pacijenata i podršci njihovih obitelji. Ukratko, komunikacija je ključni element palijativne skrbi za bolesnike s terminalnim srčanim zatajenjem jer omogućuje pacijentima da izraze svoje želje, donose informirane odluke, smanje tjeskobu, dobiju emocionalnu podršku te osigura kontinuiranu skrb uz stalno praćenje (17).

3.2. PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE

Srčano zatajenje, poznato i kao srčana insuficijencija, ozbiljno je stanje koje zahtijeva temeljitu medicinsku njegu i nadzor. S obzirom na složenost ovog stanja, uloga medicinskih sestara je od ključne važnosti za osiguravanje kvalitete života pacijenata. Planiranje njege je sustavni proces koji medicinskim sestrama omogućava pružanje učinkovite i ciljane skrbi (18).

3.2.1. Procjena pacijenata

Prvi korak u sestrijskoj njezi je sveobuhvatna procjena pacijentovog stanja, koja je temelj za razvoj učinkovitog plana skrbi. Procjena uključuje prikupljanje podataka o medicinskoj povijesti, trenutnim simptomima, vitalnim znakovima, laboratorijskim nalazima, rezultatima dijagnostičkih testova te životnim navikama pacijenta. Posebno su važni simptomi poput boli, otežanog disanja, umora, oticanja i palpitacija (19).

Prikupljanje medicinske povijesti obuhvaća informacije o prethodnim dijagnozama, kirurškim zahvatima, alergijama, obiteljskoj povijesti bolesti, trenutnim lijekovima i bilo kakvim ranijim epizodama srčanog zatajenja ili drugih kardiovaskularnih bolesti. Medicinska povijest pomaže u razumijevanju uzroka i tijeka bolesti, kao i u identificiranju potencijalnih komplikacija (19).

Procjena trenutnih simptoma uključuje bilježenje intenziteta i trajanja simptoma kao što su bol u prsima, dispneja (otežano disanje), umor, oticanje nogu, gležnjeva i trbuha, te palpitacije (nepravilni otkucaji srca). Vitalni znakovi, kao što su krvni tlak, puls, temperatura i respiratorna frekvencija, pružaju važne informacije o trenutnom fizičkom stanju pacijenta i pomažu u praćenju učinkovitosti terapije (19).

Laboratorijski nalazi, poput razine natriuretskog peptida (BNP), elektrolita, kreatinina i funkcije jetre, daju uvid u ozbiljnost srčanog zatajenja i funkciju drugih organa. Dijagnostički testovi, kao što su elektrokardiogram (EKG), ehokardiografija, stres testovi i koronarografija, pomažu u procjeni srčane funkcije, identifikaciji uzroka srčanog zatajenja te planiranju daljnje terapije (19).

Osim fizičkih simptoma, bitno je procijeniti i emocionalno i psihološko stanje pacijenta. Srčano zatajenje može značajno utjecati na mentalno zdravlje, izazivajući anksioznost i depresiju. Stoga je procjena psihosocijalnih aspekata ključna za cjelovitu njegu. Razgovor s pacijentom o njihovim osjećajima, strahovima i brigama može pomoći u prepoznavanju potreba za psihološkom podrškom ili terapijom. Također je važno procijeniti podršku koju pacijent dobiva od obitelji i prijatelja, jer jaka socijalna podrška može značajno poboljšati ishode liječenja (19).

Sveobuhvatna procjena pacijentovog stanja omogućuje medicinskim sestrama da razviju i implementiraju učinkovite planove skrbi koji poboljšavaju ishode liječenja i kvalitetu života pacijenata sa srčanim zatajenjem. Ova procjena je temelj za pružanje personalizirane, cjelovite njege koja zadovoljava sve potrebe pacijenata.

3.2.2. Planiranje njege

Planiranje njege temelji se na procjeni stanja pacijenta i uključuje definiranje ciljeva skrbi, odabir odgovarajućih intervencija te evaluaciju ishoda.

Glavni ciljevi skrbi kod pacijenata sa srčanim zatajenjem su:

1. poboljšanje srčane funkcije – intervencije usmjerene na poboljšanje srčane funkcije uključuju primjenu lijekova, praćenje vitalnih znakova i poticanje zdravih životnih navika
2. upravljanje simptomima – smanjenje i ublažavanje simptoma kao što su bol, otežano disanje, oticanje i umor primjenom diuretika, edukacijom o smanjenju unosa soli i tekućine te planiranje odmora i aktivnosti
3. prevencija komplikacija – sprječavanje komplikacija poput tromboze, plućne embolije, aritmija i infekcija praćenjem pacijenta, edukacijom o lijekovima i preporukama za cijepljenje protiv gripe i pneumonije
4. poboljšanje kvalitete života – pružanje emocionalne podrške, uključivanje obitelji, edukacija o bolesti i mogućim komplikacijama te poticanje određenog stupnja samostalnosti (20).

3.2.3. Provedba njege

Provedba njege uključuje niz intervencija koje su usmjerene na postizanje postavljenih ciljeva. Intervencije potrebne za provođenje njege su:

1. farmakološka terapija – medicinske sestre osiguravaju uz pomoć 5P protokola pravilnu primjenu lijekova kao što su ACE inhibitori, beta-blokatori, diuretici i digitalis uz praćenje nuspojava i edukaciju pacijenata o važnosti pridržavanja terapije
2. edukacija pacijenta i obitelji – edukacija o srčanom zatajenju, uključujući informacije o bolesti, lijekovima, prehrani, tjelesnoj aktivnosti i simptomima koji zahtijevaju hitnu medicinsku intervenciju
3. edukacija o prehrani – medicinske sestre pomažu u izradi individualiziranih planova prehrane bogate vlaknima, voćem i povrćem, provode edukaciju pacijenta o važnosti smanjenja unosa soli i tekućine te sudjeluju u praćenju nutritivnog statusa pacijenata
4. praćenje i evaluacija – redovito praćenje vitalnih znakova, simptoma i laboratorijskih nalaza, evaluacija napretka prema postavljenim ciljevima i prilagodba plana njege prema potrebama pacijenta
5. podrška mentalnom zdravlju – pružanje emocionalne podrške, savjetovanje i upućivanje na psihološku pomoć ako je potrebno, važno je osigurati da pacijenti imaju pristup grupama za podršku i resursima koji im mogu pomoći u suočavanju s bolešću (20, 21).

3.2.4. Specifične intervencije

Kod pacijenata sa srčanim zatajenjem, specifične intervencije obuhvaćaju nekoliko ključnih područja skrbi, koje su neophodne za učinkovito upravljanje stanjem i

poboljšanje kvalitete života pacijenata. Ove intervencije uključuju kontrolu tekućine, održavanje fizičke aktivnosti, primjenu preventivnih mjera te edukaciju pacijenata i njihovih obitelji.

Kontrola tekućine je od iznimne važnosti u upravljanju srčanim zatajenjem. Ova mjera uključuje praćenje unosa i izlučivanja tekućine, dnevno vaganje te edukaciju pacijenata o održavanju ravnoteže tekućine. Često je potrebno ograničiti unos tekućine kako bi se spriječilo zadržavanje tekućine i razvoj edema. Pacijenti i njihove obitelji trebaju biti svjesni simptoma zadržavanja tekućine, kao što su povećano oticanje nogu, trbuha ili otežano disanje, kako bi mogli brzo reagirati. Dnevno vaganje pomaže u praćenju eventualnog zadržavanja tekućine, jer naglo povećanje tjelesne mase može ukazivati na nakupljanje tekućine (19, 22).

Preventivne mjere su kritične za smanjenje rizika od komplikacija kod pacijenata sa srčanim zatajenjem. Primjena kompresivnih čarapa može pomoći u sprječavanju duboke venske tromboze, dok redovito praćenje uzimanja ordinirane terapije osigurava da pacijent prima odgovarajuće lijekove. Praćenje vitalnih znakova, kao što su krvni tlak i puls te redovite kontrole kod kardiologa omogućuju rano prepoznavanje rizičnih faktora i promjena u simptomima, što je ključno za izbjegavanje aritmija i drugih komplikacija. Edukacija pacijenata o važnosti pravilnog uzimanja lijekova, kao što su diuretici, ACE inhibitori i beta-blokatori, također je od velike važnosti (22).

Edukacija pacijenata i njihovih obitelji ključna je komponenta u skrbi za srčano zatajenje. Pacijenti trebaju biti informirani o svojoj bolesti, simptomima koje trebaju pratiti te o važnosti pridržavanja preporučenih terapijskih mjera. Medicinsko osoblje, uključujući liječnike, medicinske sestre i edukatore, igra ključnu ulogu u pružanju ovih informacija i podrške. Osim tradicionalnih izvora informacija, pacijenti se često informiraju kroz internet i forume, stoga je važno da medicinsko osoblje pruži točne i provjerene informacije te uputi pacijente na pouzdane izvore (22).

Nepravilno kontrolirano srčano zatajenje može dovesti do pogoršanja simptoma te povećati rizik od ozbiljnih srčanih komplikacija, kao što su aritmije, srčani udar ili plućni edem. To može rezultirati čestim hospitalizacijama, smanjenjem kvalitete života i skraćenjem životnog vijeka. Stoga je pravovremeno djelovanje pravilno isplaniranim

planom skrbi od vitalne važnosti. Ovaj plan treba biti sveobuhvatan i uključivati sve gore navedene aspekte te biti prilagođen specifičnim potrebama i stanju svakog pojedinog pacijenta (22).

Učinkovito upravljanje srčanim zatajenjem zahtijeva multidisciplinarni pristup koji obuhvaća kontrolu tekućine, fizičku aktivnost, preventivne mjere te kontinuiranu edukaciju i podršku. Pravilno provedene intervencije mogu značajno poboljšati kvalitetu života pacijenata i smanjiti rizik od komplikacija, osiguravajući im dugotrajniji i kvalitetniji život.

3.3. SESTRINSKE DIJAGNOZE

Sestrinske dijagnoze kod terminalnog srčanog zatajenja (kongestivno srčano zatajenje u završnoj fazi) često obuhvaćaju različite aspekte fizičkog, emocionalnog i psihosocijalnog stanja pacijenta:

- **bol** u/s primarne bolesti, bolesnik se žali na bolnost u predjelu prsišta
- **smanjena mogućnost brige o sebi (SMBS)** u/s primarne bolesti, bolesnik nije u mogućnosti samostalno zadovoljavati osnovne ljudske potrebe (kupanje, odijevanje, hranjenje, presvlačenje)
- **smanjeno podnošenje napora (SPN)** u/s umora i otežanog disanja uzrokovanih smanjenom funkcionalnom sposobnošću srca
- **oštećen integritet kože** u/s edema, loše cirkulacije i smanjene pokretljivosti
- **poremećaj spavanja** u/s otežanog disanja, kašlja i nelagode uzrokovane zadržavanjem tekućine (23, 24).

3.3.1. Bol

Cilj prikupljanja podataka o pacijentovoj boli je dobiti točan uvid u intenzitet, trajanje i prirodu boli, kako bi se mogla pružiti adekvatna skrb i smanjenje boli. Upotreba

skala procjene boli, poput VAS (vizualno analogna skala), NRS (numerička ljestvica) i verbalne ljestvice procjene boli, omogućava kvantificiranje subjektivnog osjećaja boli na objektivnan način. Na temelju dobivenih podataka može se odrediti razina boli te u što kraćem vremenskom roku, prema ordiniranju liječnika, smanjiti razinu boli (24).

Intervencije medicinske sestre:

1. analgetici: primjena ordinirane terapije od strane liječnika
2. relaksacijske tehnike: duboko disanje i progresivna mišićna relaksacija
3. primjena topline i hladnoće: topli i hladni oblozi za opuštanje mišića i smanjenje upale
4. distrakcija: angažiranje pacijenta u aktivnostima poput čitanja ili slušanja glazbe
5. pozicijska terapija: pronalaženje udobnih položaja i korištenje potpore
6. vizualizacija i meditacija: vođena meditacija za smanjenje percepcije boli
7. akupresura: primjena pritiska na određene točke tijela (23).

Evaluacija učinkovitosti intervencija provodi se procjenom pacijentove razine boli nakon sat vremena. Pacijent ponovno ocjenjuje svoju bol na odabranoj skali procjene boli (VAS, NRS ili verbalna ljestvica), kako bi se utvrdilo je li došlo do smanjenja boli i u kojoj mjeri. Ako bol nije adekvatno smanjena, potrebno je preispitati intervencije i prilagoditi plan skrbi u suradnji s liječnikom (23).

Redovito praćenje i dokumentiranje razine boli te učinkovitosti primijenjenih intervencija ključno je za osiguranje kvalitetne skrbi. Ova dokumentacija pomaže u prepoznavanju obrazaca boli i učinkovitosti različitih intervencija, što može voditi prema optimizaciji plana skrbi za svakog pojedinog pacijenta.

3.3.2. Smanjena mogućnost brige o sebi

Cilj pružanja sestrinske njege pacijentima sa srčanim zatajenjem je potaknuti i poboljšati njihovu sposobnost za zadovoljavanjem osnovnih ljudskih potreba, kao što su umivanje, oblačenje, hranjenje i eliminacija. Ove aktivnosti su ključne za održavanje

dostojanstva, samostalnosti i kvalitete života pacijenata, te mogu značajno utjecati na njihovo fizičko i emocionalno zdravlje (24).

Intervencije medicinske sestre:

1. procijeniti trenutnu sposobnost pacijenta za brigu o sebi: redovito procjenjivati pacijentovu sposobnost obavljanja osnovnih dnevnih aktivnosti koristeći standardizirane alate za procjenu (skale procjene; Morseova ljestvica, Karnofsky ljestvica, skale za procjenu smetenosti)
2. osigurati pomoć pri osnovnim aktivnostima: pružiti pomoć ili nadzor pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti kao što su kupanje, odijevanje, hranjenje i kretanje kada je to potrebno
3. educirati pacijenta i obitelj: promicati edukaciju o korištenju ortopedskih pomagala (npr. štake, hodalice, steznici) i osigurati ih
4. prilagoditi okolinu: ukloniti prepreke i osigurati sigurnost u kućnom okruženju (npr. instaliranje ručki u kupaonici, osigurati da su potrebni predmeti lako dostupni)
5. podržati emocionalne i psihosocijalne potrebe: pružiti emocionalnu podršku i savjetovanje kako bi se pacijent i obitelj lakše nosili sa stresom i tjeskobom povezanim sa smanjenom sposobnošću za brigu o sebi (23, 24).

Evaluacija učinkovitosti intervencija provodi se promatranjem pacijentovih sposobnosti za obavljanje osnovnih ljudskih potreba. To uključuje procjenu njihove samostalnosti pri hranjenju, umivanju, oblačenju i eliminaciji. Napredak se bilježi kroz redovite procjene, gdje se dokumentira razina pomoći koja je potrebna pacijentu i bilo kakve promjene u njihovoj sposobnosti za obavljanje ovih aktivnosti (24).

Dodatne intervencije:

1. motivacija i psihološka podrška: pružanje emocionalne podrške i ohrabrenje pacijentima da sudjeluju u vlastitoj njezi, pozitivna povratna informacija i priznavanje njihovih napora može značajno povećati motivaciju i osjećaj postignuća

2. korištenje terapijskih aktivnosti: uvođenje terapijskih aktivnosti kao što su okupacijska terapija i fizikalna terapija može poboljšati pacijentove fizičke sposobnosti i samopouzdanje
3. individualizirani plan njege: izrada individualiziranog plana njege koji uzima u obzir specifične potrebe, želje i ciljeve pacijenta, a ovaj plan treba biti fleksibilan i prilagodljiv, omogućujući promjene prema napretku pacijenta i njihovim trenutnim potrebama (23, 24).

Redovita evaluacija i prilagodba plana njege, temeljena na napretku pacijenta i povratnim informacijama, ključna je za postizanje optimalnih ishoda. Kontinuirana podrška, edukacija i motivacija pacijenta mogu značajno poboljšati njihovu sposobnost za zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba i poboljšanje kvalitete života.

3.3.3. Smanjeno podnošenje napora

Cilj je povećati sposobnost pacijenta za podnošenje fizičkog napora i racionalno trošenje energije kako bi mogao obavljati svakodnevne aktivnosti uz manje umora i nelagode. Ova intervencija ima za cilj poboljšanje općeg fizičkog stanja pacijenta, povećanje njihove izdržljivosti i smanjenje osjećaja umora, što će značajno doprinijeti boljoj kvaliteti života (24).

Intervencije medicinske sestre:

1. procijeniti razinu podnošenja napora: redovito procjenjivati pacijentovu sposobnost podnošenja fizičkog napora korištenjem standardiziranih alata za procjenu aktivnosti (Morseova ljestvica za procjenu rizika za pad, skala za procjenu stupnja samostalnosti (SMBS), skala procjene SPN)
2. izraditi prilagođeni plan aktivnosti: razviti individualizirani program aktivnosti s postupnim povećanjem intenziteta i trajanja aktivnosti, prilagođeno pacijentovim mogućnostima

3. podučiti tehnike očuvanja energije: edukacija pacijenta o tehnikama koje pomažu očuvanju energije, poput raspoređivanja aktivnosti tijekom dana i pravilnog disanja
4. pružiti emocionalnu podršku: pružiti podršku i savjetovanje kako bi se smanjila anksioznost i povećalo samopouzdanje pacijenta u vezi s fizičkom aktivnošću
5. monitorirati fiziološke parametre: redovito pratiti vitalne znakove (npr. puls, krvni tlak, zasićenost kisikom) prije, tijekom i nakon aktivnosti kako bi se osigurala sigurnost pacijenta (23, 24).

Evaluacija: pacijent pokazuje veću sposobnost za podnošenje fizičkog napora, što se očituje u mogućnosti obavljanja kratkih, svakodnevnih aktivnosti (24).

3.3.4. Oštećenje integriteta kože

Cilj je potaknuti zacjeljivanje kože i spriječiti daljnja oštećenja kroz odgovarajuću njegu, prevenciju infekcija i edukaciju pacijenta. Pravovremena i pravilna skrb o oštećenoj koži može značajno ubrzati proces zacjeljivanja, smanjiti rizik od komplikacija i poboljšati kvalitetu života pacijenta (24).

Intervencije medicinske sestre:

1. procijeniti stanje kože: redovito pregledavati kožu kako bi se utvrdili opseg i težina oštećenja te identificirale moguće komplikacije (Knoll i Norton skale za procjenu rizika stvaranja dekubitusa)
2. održavati higijenu kože: nježno čišćenje i hidratacija kože kako bi se spriječila suhoća i iritacija
3. promicati promjenu položaja: educirati pacijenta o važnosti redovitog mijenjanja položaja kako bi se smanjio pritisak na osjetljiva područja kože za nastanak dekubitusa

4. koristiti zaštitne obloge: primjena odgovarajućih zaštitnih obloga ili zavoja na oštećena područja kako bi se potaknulo zacjeljivanje i spriječila infekcija
5. osigurati odgovarajuću prehranu: pružiti savjete o prehrani bogatoj proteinima, vitaminima i mineralima koji potiču zacjeljivanje kože
6. educirati pacijenta i obitelj: pružiti edukaciju o pravilnoj njezi kože, prepoznavanju znakova infekcije, važnosti promjene položaja tijela i redovite njege (23, 24).

Evaluacija: poboljšanje stanja oštećene kože (smanjenje crvenila, upale i bolova) (24).

3.3.5. Poremećaj spavanja

Cilj je poboljšati pacijentovu kvalitetu spavanja i potaknuti zdrav san korištenjem tehnika koje potiču opuštanje, promjenu navika i prilagodbu okoline. Kvalitetan san je ključan za fizičko i psihičko zdravlje, posebno kod pacijenata s kroničnim bolestima, jer doprinosi oporavku, smanjenju stresa i poboljšanju ukupne kvalitete života (24).

Intervencije medicinske sestre:

1. procjena uzroka poremećaja spavanja: identificirati faktore koji mogu utjecati na poremećaj spavanja, kao što su stres, anksioznost, prehrambene navike i uporaba lijekova.
2. edukacija o higijeni spavanja: podučiti pacijenta o zdravim navikama spavanja, poput održavanja redovitog rasporeda spavanja, stvaranja ugodnog spavaćeg okruženja i izbjegavanja stimulansa prije spavanja
3. tehnike opuštanja: naučiti pacijenta tehnike opuštanja, kao što su duboko disanje, progresivna mišićna relaksacija ili meditacija, kako bi se smanjila tjeskoba i olakšalo usnivanje

4. promjena životnih navika: poticati pacijenta na tjelesnu aktivnost tijekom dana u skladu s njegovim mogućnostima, izbjegavanje teške hrane i alkohola prije spavanja te usvajanje smirujućih rutina prije odlaska na počinak
5. prilagodba okoline za spavanje: osigurati da je spavaća soba tiha, tamna i udobna te promicati korištenje bijele buke ili drugih tehnika za poboljšanje kvalitete sna (23, 24).

Evaluacija: kvalitetnije spavanje i smanjenje vremena potrebnog za usnivanje nakon usvojenih tehnika (24).

4. ZAKLJUČAK

Palijativna skrb za pacijente u terminalnoj fazi srčanog zatajenja presudna je za unaprjeđenje njihove kvalitete života. Fokus je na učinkovitoj kontroli simptoma kao što su dispneja, bol, umor i edem, koristeći kombinaciju farmakoloških i nefarmakoloških metoda. Rano uključivanje palijativne skrbi može smanjiti hospitalizacije i ublažiti simptome, pružajući pacijentima bolju kvalitetu života.

Komunikacija i edukacija pacijenata i njihovih obitelji ključne su komponente skrbi. Jasna i suosjećajna komunikacija omogućuje donošenje informiranih odluka i poštivanje pacijentovih želja. Psihološka i socijalna podrška pomažu pacijentima i njihovim obiteljima da se nose s emocionalnim i praktičnim izazovima. Etička razmatranja osiguravaju poštivanje pacijentove autonomije, minimiziraju patnju i očuvaju dostojanstvo do kraja života.

Financijski aspekti skrbi također su važni jer terminalno bolesni pacijenti i njihove obitelji često prolaze kroz fizičko, psihičko i financijsko iscrpljivanje. Pružanje informacija o dostupnim resursima i pravima iz socijalne skrbi može značajno olakšati financijska opterećenja pacijenta i njegove obitelji, čime se smanjuje dodatni stres povezan s financijskim izazovima.

Sveobuhvatan, multidisciplinarni pristup koji uključuje medicinsku, psihološku i socijalnu podršku može značajno poboljšati kvalitetu života pacijenata s terminalnim srčanim zatajenjem. Ovaj pristup omogućava dostojanstvenu i ispunjenu skrb u posljednjim fazama života, osiguravajući da pacijenti i njihove obitelji dobiju potrebnu podršku i njegu. Kroz integraciju različitih aspekata skrbi, moguće je pružiti holistički pristup koji se usredotočuje na sveukupno dobrobit pacijenta, čineći njihov put kroz terminalnu fazu bolesti što je moguće lakšim i dostojanstvenijim.

5. LITERATURA

1. Beard WL, Long RC, Geraci SA. Palliative care for the terminal heart failure patient. *J Miss State Med Assoc.* 2014 Jan;55(1):4-10. PMID: 24640063.
2. Marušić A, Krmpotić-Nemanić J. *Anatomija čovjeka.* Zagreb: Medicinska naklada. 2007.
3. Jurilj R, Božić I. *Ehokardiografija.* Zagreb: Medicinska naklada. 2013.
4. National Center for Biotechnology Information (US). *Genes and Disease* [Internet]. Bethesda (MD): National Center for Biotechnology Information (US); 1998-. The Heart and Blood Vessels.
5. Bhattacharyya S, Munshi NV. Development of the Cardiac Conduction System. *Cold Spring Harb Perspect Biol.* 2020;12(12):a037408.
6. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine.* 17th ed. New York: McGraw-Hill; 2008.
7. Kida K, Doi S, Suzuki N. Palliative Care in Patients with Advanced Heart Failure. *Heart Fail Clin.* 2020 Apr;16(2):243-254.
8. Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart.* 2007;93(9):1137-1146.
9. Ziaeian B, Fonarow GC. Epidemiology and aetiology of heart failure. *Nat Rev Cardiol.* 2016;13(6):368-378.
10. Bozkurt B, Coats AJS, Tsutsui H, et al. Universal definition and classification of heart failure: a report of the Heart Failure Society of America, Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, Japanese Heart Failure Society and Writing Committee of the Universal Definition of Heart Failure: Endorsed by the Canadian Heart Failure Society, Heart Failure Association of India, Cardiac Society of Australia and New Zealand, and Chinese Heart Failure Association. *Eur J Heart Fail.* 2021;23(3):352-380.
11. Park JJ. Epidemiology, Pathophysiology, Diagnosis and Treatment of Heart Failure in Diabetes. *Diabetes Metab J.* 2021;45(2):146-157.

12. Formiga F, Fariñas Balaguer O. Insuficiencia cardiaca terminal: es básico el continuo asistencial desde el inicio [Terminal heart failure: Continuous care is essential from the onset]. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2019 Jan-Feb;54(1):2-4.
13. Formiga F, Manito N, Pujol R. Insuficiencia cardíaca terminal [Terminal heart failure]. *Med Clin (Barc).* 2007 Feb 24;128(7):263-7.
14. Bajwah S, Oluyase AO, Yi D, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of hospital-based specialist palliative care for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;9(9):CD012780.
15. Rome RB, Luminais HH, Bourgeois DA, Blais CM. The role of palliative care at the end of life. *Ochsner J.* 2011;11(4):348-352.
16. Rogers C, Bush N. Heart Failure: Pathophysiology, Diagnosis, Medical Treatment Guidelines, and Nursing Management. *Nurs Clin North Am.* 2015 Dec;50(4):787-99. doi: 10.1016/j.cnur.2015.07.012. PMID: 26596665.
17. Lučanin D, Lučanin Despot J. Komunikacijske vještine u zdravstvu. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; Jastrebarsko: Naklada slap. 2010.
18. Tomasoni D, Adamo M, Lombardi CM, Metra M. Highlights in heart failure. *ESC Heart Fail.* 2019 Dec;6(6):1105-1127.
19. Snipelisky D, Chaudhry SP, Stewart GC. The Many Faces of Heart Failure. *Card Electrophysiol Clin.* 2019;11(1):11-20.
20. Đorđević V, Braš M, Brajković L. Osnove palijativne medicine. Zagreb: Medicinska naklada. 2013.
21. Ljubičić M. Palijativna zdravstvena njega. Jasterbarsko: Naklada slap. 2020.
22. Ordóñez-Piedra J, Ponce-Blandón JA, Robles-Romero JM, Gómez-Salgado J, Jiménez-Picón N, Romero-Martín M. Effectiveness of the Advanced Practice Nursing interventions in the patient with heart failure: A systematic review. *Nurs Open.* 2021;8(4):1879-1891.
23. NANDA International. (2018). *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2018-2020.* Thieme.
24. Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2019). *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care.* Elsevier Health Sciences.

6. ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Kristina Žure

Datum i mjesto rođenja: 06.08.1986., Split, Republika Hrvatska

Državljanstvo: Hrvatsko

Bračni status: Neudana

Elektronička pošta: kristinazure@gmail.com

Obrazovanje:

1993. – 2001 – OŠ

2001. – 2005. – Zdravstvena škola Split

2006. – Obavljala pripravničkog staža u KBC Split

2007. – 2008. – Zaposlena u domu za starije i nemoćne osobe “Zlatne godine”

2009. – 2024. – Zaposlena u KBC Split na Zavodu za kardiokirurgiju (od toga 6 mjeseci rada u COVID JIL – u, te 6 mjeseci rada u Kardio JIL – u)

Strani jezik: Engleski

Ostale aktivnosti: Članica HKMS – a