

Uloga medicinske sestre/tehničara u provođenju palijativne skrbi

Dokoza, Antonia

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

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:176:532042>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-19**

Repository / Repozitorij:



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

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



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU
Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
Preddiplomski sveučilišni studij sestrinstva

Završni rad

ULOGA MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA U
PROVOĐENJU PALIJATIVNE SKRBI

Antonia Dokoza

Split, 2017.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
Preddiplomski sveučilišni studij sestrinstva

Završni rad / Bachelor's Thesis

ULOGA MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA U
PROVOĐENJU PALIJATIVNE SKRBI
ROLE OF NURSE IN CONDUCTING PALLIATIVE CARE

Student: **Antonia Dokoza**

Mentor: prof. dr. sc. Rosanda Mulić

Split, 2017.

Zahvala

Veliko hvala cijenjenoj mentorici, prof.dr.sc. Rosandi Mulić na nesebičnom strpljenju, pomoći i suradnji pri izradi završnog rada, te svim predavačima i profesorima Odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu na prenesenom znanju i iskustvima.

Veliko hvala mojim prijateljima i obitelji na strpljenju i podršci tijekom mog obrazovanja.

A najveću zahvalu upućujem svojim divnim roditeljima koji su me usmjerili na pravi put i vjerovali u moj uspjeh, vi ste moja snaga i najveći učitelji.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Hospicij i palijativna skrb - definicija i problem terminologije.....	2
1.2. Povijest suvremenog hospicijskog pokreta.....	4
1.3. Razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj	5
1.4. Interdisciplinarni tim palijativne skrbi.....	7
1.5. Komunikacija i psihosocijalna potpora u palijativnoj skrbi	9
2. CILJ RADA.....	12
3. RASPRAVA.....	13
3.1. Zdravstvena njega palijativnog bolesnika.....	14
3.1.1. Tjelesne poteškoće	15
3.1.1.1. Bol	15
3.1.1.2. Gastrointestinalni problemi, unos hrane i vode	18
3.1.1.3. Respiratorni problemi	23
3.1.2. Psihičke poteškoće	24
3.1.2.1. Psihološka njega u sestriinstvu	27
3.1.3. Socijalne poteškoće	29
3.1.4. Duhovne poteškoće	30
3.2. Povelja prava umiruće osobe	31
4. ZAKLJUČAK.....	32
5. SAŽETAK.....	33
6. SUMMARY	34
7. LITERATURA	35
8. ŽIVOTOPIS	38

1. UVOD

Sa stajališta javnog zdravstva, stanovništvo bilo koje suvremene industrijalizirane države, pa tako i Hrvatske, može se podijeliti u 3 skupine. Prvu i najveću skupinu čine zdrave osobe kojima su potrebne tek preventivne metode kao što su cijepljenje, testiranje, promjena načina života, te imaju pristup zdravstvenim uslugama u slučaju akutnih stanja. U drugu skupinu spadaju osobe s kroničnim bolestima (dijabetes, astma itd.) koji normalno žive ako svoju bolest drže pod kontrolom. Treću skupinu obuhvaća 1-5% stanovništva koje ima progresivne neizlječive bolesti sa smrtnim ishodom: neizlječivi karcinom, IV. stadij srčanog zastoja, teški oblik KOPB-a, ovisnost o dijalizi, teški oblik demencije ili uznapredovali AIDS... Ti bolesnici imaju velik raspon drugih potreba koje će im olakšati patnju zbog nemogućnosti normalnog nastavka života i približavanja smrti. Oni žele odlučno liječenje boli i simptoma, olakšanje od brige i depresije, komunikaciju, koordiniranu skrb, podršku članova obitelji i osjećaj sigurnosti unutar sustava zdravstvene skrbi. Bez obzira ima li bolesnik izrazitu podršku obitelji i zajednice ili je usamljen, socijalno ugrožen i otuđen od zajednice, on na sebi jedinstven način emocionalno reagira na bolest koja je uvijek značajan izvor patnje. Zbog toga bolesnik zaslužuje human, visokostručan i primjeren pristup u rješavanju njegovih tjelesnih, psiholoških, socijalnih i duhovnih problema. U palijativnoj skrbi nema i ne smije biti rečenice "ništa se više ne može učiniti". Znanstveni radovi procjenjuju uspješnost novih terapija i postupaka na temelju broja preživjelih ("uspjeh") i broja umrlih ("neuspjeh"), a društvo izbjegava razgovor o umiranju i smrti zbog čega se umiruće osobe često izbjegavaju, no umiranje je prirodni životni proces koji završava smrću. Bolesnikovo je pravo da se s njim postupa do smrti kao sa živim čovjekom, a smrt nije neuspjeh već dovršen život bolesnika uz kojeg smo bili do kraja. (1)

"I samoća često ubija.

*Učiniti život što je moguće ljepšim, ispunjenijim,
živjeti ga dostojanstveno do njegova zadnjeg trenutka
-to je filozofija hospicija." C. Saunders*

1.1. Hospicij i palijativna skrb - definicija i problem terminologije

Hospicij je razrada jedne filozofije, a ne zgrada u koju bi mogli biti smješteni bolesnici, iako postoji širom svijeta potreba za takvim ustanovama. Udruženje hospicija južne Australije saželo je tu filozofiju ovim riječima: "*Hospicijska skrb prihvaća smrt kao normalan proces i shvaća je kao posljednju fazu života za osobu koja umire, kao posebno vrijeme za integraciju i pomirenje. Nadalje, prihvaća potrebu umirućih da žive potpuno, ponosno i udobno sve dok ne umru i niti požuruje niti odgađa smrt. Konačno, ona osigurava podršku ožalošćenoj obitelji i prijateljima.*" Dakle, hospicij se ponajprije bavi životom, a umiranje prihvaća kao normalni životni proces uz nemogućnost odgode smrti. Ne čini ga fizičko okruženje i organizacijski modeli hospicijske skrbi, već uspjeh ove filozofije ovisi o vještinama i stavovima osoblja, te njihovoj izvornoj motivaciji u realizaciji ciljeva. (2)

Rad suvremenog hospicija temelji se na 3 načela:

1. Naglasak na kvaliteti života: "Vi ste važni jer ste vi vi, i važni ste sve do posljednjeg trenutka svog života. Učinit ćemo sve što možemo, ne samo kako bismo vam pomogli da mirno umrete, nego i da živite na miru sve dok ne umrete."
2. Prihvatanje koncepta 'totalne boli': iskustvo boli nije samo fizička pojava, nego i pojava sa psihološkim, socijalnim i duhovnim elementima.
3. Klinička istraživanja i edukacija: činjenica je da se za razvoj ovakvog vida skrbi treba posvetiti kliničkim istraživanjima i edukaciji. Prve studije su bile komparativno istraživanje morfija protiv bolova uzrokovanih rakom.

Načela ističu kako bolesnik uz maksimalno poštivanje njegovog ljudskog dostojanstva ima središnje mjesto u procesu zbrinjavanja i zaštite, te mu je potrebno pružiti emocionalnu i društvenu potporu, kao i njegovoj obitelji i njegovateljima. Temeljni ciljevi hospicija su: smanjiti bolesnikovu bol i patnju, omogućiti mirnu i dostojanstvenu smrt, pružiti olakšanje obitelji bolesnika, pružiti emocionalnu i duhovnu potporu, te smanjiti troškove zdravstvene zaštite. (3)

Postavlja se pitanje može li hospicij (s prvotnim ciljem kontrole simptoma, a ne liječenjem osnovne bolesti tijekom posljednjih 6 mjeseci života) pokriti sve zahtjeve palijativnog bolesnika. Palijativna skrb je okvir hospicijske skrbi. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO, 2003.) definicija palijativne skrbi je: "*Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim sa smrtonosnom bolešću, kroz prevenciju i olakšanje patnje putem ranog prepoznavanja, te besprijeorne procjene i suzbijanja boli i drugih problema, fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih.*" SZO naglašava potrebu korištenja palijativne skrbi u ranom tijeku bolesti zajedno s terapijskim modalitetima koji produljuju život. Iz toga proizlazi kako hospicijska skrb nikako ne može služiti kao zamjena za palijativnu. S druge strane, Europsko udruženje palijativne skrbi (EAPC, 2010.) definira palijativnu skrb kao aktivnu, ukupnu skrb za bolesnika čija bolest ne reagira na postupke liječenja. Interdisciplinarna je u svom pristupu, te ne obuhvaća samo bolesnika, već i obitelj i zajednicu, a cilj joj je da promovira kvalitetu života kroz različite stadije bolesti, oslobađajući od boli i patnje. Uspoređujući ove dvije definicije uočavaju se bitne razlike u pristupu palijativnoj skrbi: određivanje bolesti koja kvalificira palijativnog bolesnika (SZO ističe da je to smrtonosna bolest, dok EAPC opisuje takvu bolest kroz nemogućnost kurativne opcije), područje djelovanja palijativne medicine (SZO ne odbacuje mogućnost kurativnog rješenja navedene bolesti čime se radikalno šire opcije i područje djelovanja palijativne medicine), početak djelovanja palijativne skrbi (dok SZO zagovara što raniji početak, EAPC smatra kako većina bolesnika zahtijeva palijativnu skrb tek u uznapredovaloj bolesti). (4)

Još od 1967.g., odnosno od osnutka suvremenog hospicijskog pokreta u Londonu traje borba za zajednički jezik u hospicijskoj i palijativnoj skrbi u svijetu, što značajno ometa razvoj međunarodnih standarda i normativa. Europsko udruženje za palijativnu skrb (EAPC) objavilo je 2010.g rezultate svojih istraživanja o stanju palijativne skrbi diljem Europskih zemalja. Osim razlika u strukturi razvoja službi i pružanja skrbi, otkrivene su razlike i u razumijevanju temeljnih termina palijativne medicine. Osim pojma palijativna skrb, često se kao istoznačnice koriste termini kao što su hospicijska skrb, kućna njega, aktivno umiranje, skrb na kraju života, terminalna skrb itd. Razvoj zajedničke terminologije utvrđen je kao preduvjet smislenog uspoređivanja. (5)

1.2. Povijest suvremenog hospicijskog pokreta

Skrb za osobe koje pate i umiru dio je ljudske povijesti, pa elementi palijativnog pristupa postoje otkad postoji i liječenje. Međutim, tek pedesetih godina 20. stoljeća dolazi do prave revolucije u skrbi za terminalno bolesne, prije svega zbog promjena u medicini nastalih kao rezultat istraživanja, novih terapija i velikih uloženi sredstava. Briga za umiruće prestaje biti izričito izraz kršćanskog milosrđa i suosjećanja, te postupno postaje obaveza zdravstvenog osoblja. Javlja se termin "dobra smrt" koji stavlja naglasak na smrt u željenoj, najčešće obiteljskoj okolini, daleko od aparata intenzivnih njega. (6)

Povijest hospicija kao ustanova koje su se brinule za hodočasnike, bolesne i nemoćne povezuje se uz križare u 11.stoljeću. Prije toga, prisustvo neizlječivih pacijenata smatralo se štetnim u procesu ozdravljenja drugih, zbog čega nisu bili primani u lječilišta. Moderni hospicij i palijativna skrb svoj razvitak uvelike duguju karizmatičnoj Cicely Saunders. Medicinska sestra, liječnica i socijalna radnica, 10 godina je radila u St. Joseph's hospiciju proučavajući kontrolu boli kod uznapredovalog raka, te je 1967.g. otvorila hospicij St. Christopher's Hospice. Bila je to prva moderna nastavna i istraživačka hospicijska jedinica. Cicely Saunders posvetila je svoj privatni i profesionalni život skrbi i istraživanju terminalno bolesnih inspirirana razgovorom s jednim pacijentom koji je, osim ublažavanja boli, istaknuo kako želi "prisutnost nekoga tko bi ga tretirao kao osobu". Prepoznala je i odgovorila na neprimjećivanje potreba umirućih bolesnika i njihovih obitelji, zbog čega je, mijenjajući ovaj dio zdravstvene skrbi, poljuljala mnoge dotad uvriježene stavove i predrasude. (7)

U SAD-u velik utjecaj imala je psihijatrica Elisabeth Kubler-Ross. Kao asistentica na jednom medicinskom fakultetu u Chicagu započela je program o smrti smatrajući kako na tom fakultetu uvelike nedostaje sadržaja vezanog uz smrt i umiranje. Njezin rad i knjige promijenile su dotadašnji način na koji se medicinska struka odnosila prema terminalnim bolesnicima, posebno na području komunikacije s terminalnim bolesnikom i odnosu liječnik-bolesnik-obitelj. (8)

Palijativna skrb danas je prihvaćena u više od 120 zemalja diljem svijeta.

1.3. Razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj

Republika Hrvatska zemlja je u kojoj je edukativni, stručni i praktični razvoj palijativne medicine na niskom stupnju razvoja. Iako ne postoji opravdanje za spori razvoj palijativne skrbi, u obzir treba uzeti izloženost ratnim stradanjima od 1990. do 1995. zbog čega je postojeći zdravstveni sustav teško mogao brinuti o razvoju palijativne skrbi.

Nedostatak financijskih i materijalnih resursa bila je najznačajnija prepreka za razvoj palijativne skrbi, često isprepletena s organizacijskim i administrativnim poteškoćama: naime zakoni nisu bili povoljni za ulaganje u Hrvatsku. 1996.g. njemački vjerski red Allexianer želio je investirati u hospicij u Zagrebu, a 2000.g. isto je željela i Kanada. Zbog problema s birokracijom i nepovoljnim hrvatskim zakonima, i jedni i drugi odustaju. Velik problem je i nestabilnost vodstva, svakih nekoliko godina se mijenja ministar zdravstva i svaki od njih radi osobne i programske promjene. Ostale prepreke za razvoj palijativne skrbi su: problem s dostupnosti opioidnih analgetika, nedostatak javne svijesti i nepriznavanje palijativne skrbi kao stručnog područja, te nedostatak programa stručnog i praktičnog usavršavanja. (9)

No unatoč tome, Hrvatska uočava prepoznavanje i shvaćanje problematike organiziranja palijativne skrbi, a dokaz tome je organizirani hospicijski pokret 1994.g. koji je edukativno započeo Prvim hrvatskim simpozijem o hospiciju i palijativnoj skrbi, te osnivanjem Hrvatskog društva za hospicij i palijativnu medicinu unutar Hrvatskog liječničkog zbora pod vodstvom predsjednice prof. dr. sc. Anice Jušić. Nedugo zatim kreće organizacija brojnih simpozija, konferencija, tečajeva i predavanja različitih profila uz pomoć domaćih sudionika, te gostiju predavača iz cijeloga svijeta. Članovi društva odlaze na edukacijske tečajeve, seminare i kongrese u Englesku, Poljsku, SAD, Kanadu, Mađarsku, Njemačku, Nizozemsku i Italiju. Glavni cilj bio je širenje otvorene komunikacije, solidarnosti i holističkog pristupa bolesniku i njegovoj obitelji u najkritičnijem razdoblju čovjekova života - na njegovu kraju, te dobiti podršku postojećih zdravstvenih ustanova koje su spremne razvijati jedinice palijativne skrbi. Godine 1999. počele su praktične aktivnosti. Anica Jušić osnovala je Hrvatsku udrugu prijatelja hospicija, a u njenom privatnom stanu su se održavali tečajevi za hospicijske

dobrovoljce, tjedni supervizijski sastanci, pohranjivali su se pomagala za njegu i lijekovi. Tek 2002. Gradski ured za zdravstvo im iznajmljuje prostor u kojem je otvoren Regionalni hospicijski centar, uz podršku Ministarstva zdravstva. Tu se razvila i služba žalovanja, ambulanta za bol i palijativnu skrb. (10)

Zakonski okviri za organizaciju palijativne skrbi u RH stvoreni su u srpnju 2003.g. stupanjem na snagu novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti, čime je palijativna skrb navedena kao jedna od mjera zdravstvene zaštite, a kao djelatnost uvrštena je na primarnu razinu zdravstvene zaštite. Inicijativa za organizacijom sustava palijativne skrbi temelji se i na demografskim podacima koji govore o sve većem udjelu osoba starije životne dobi u općoj populaciji stanovništva RH ("stari narod"), te o porastu oboljelih i umrlih od malignih i kroničnih bolesti. (11)

Vlada RH je 27.12.2013. usvojila Strateški plan razvoja palijativne skrbi za razdoblje 2014-2016. izrađen prema Bijeloj knjizi o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi. Već u prvoj godini njegove provedbe osnovana su 134 punkta u kojima najteži bolesnici i njihove obitelji mogu dobiti neki oblik palijativne skrbi: 10 mobilnih timova za palijativnu skrb u kući, 14 bolničkih timova, 31 ambulanta za bol, 43 besplatne posudionice pomagala, 16 organizacija volontera, 5 županijskih timova, 4 županijska koordinacijska centra. Stacionarna palijativna skrb uspostavljena je u još 9 ustanova s ukupno 191 krevetom. 2016. godine na razini države planirano je povećanje kapaciteta na 418 namjenskih kreveta, te uvođenje 46 županijskih koordinatora za palijativnu skrb. (12)

Mnogo je izvrsnih primjera dobre prakse, no unatoč svim naporima, palijativna skrb se još uvijek neravnomjerno razvija u svim krajevima naše zemlje, dok se zdravstveni djelatnici nedovoljno podučavaju. Ministarstvo zdravlja je uvrstilo palijativnu skrb kao zdravstveni prioritet u Nacionalnu strategiju razvoja zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2012-2020.g.

1.4. Interdisciplinarni tim palijativne skrbi

Interdisciplinarni tim je definiran kao tim visokokvalificiranih, dobro obrazovanih stručnjaka i volontera koji rade zajedno u cilju rješavanja fizioloških, psiholoških, socijalnih i duhovnih potreba bolesnika i obitelji u smislu suočavanja s bolešću i gubitkom. Osnovne značajke timskog rada jesu zajednički cilj, razumijevanje uloge svakog pojedinca i njegove odgovornosti u timskom radu te otvorena i adekvatna komunikacija između članova tima. Pomoć ljudima s uznapredovalom bolesti traži zalaganje i stručnost koju ni jedan pojedinac ne može sam pružiti, kako opću tako i specijaliziranu skrb. Stoga je za provođenje palijativne skrbi nužno uključivanje različitih stručnjaka, liječnika, medicinskih sestara, socijalnih radnika, fizioterapeuta svećenika, dijetetičara, psihologa i volontera koji svaki sa svoje perspektive procjenjuju stanje bolesnika, ali skupa planiraju ciljeve skrbi, intervencije, međusobno koordiniraju u izradi plana skrbi i njenoj provedbi. Interdisciplinarni tim razlikuje se od tradicionalnog multidisciplinarnog tima poznatog u medicini. Dok je u tradicionalnom timu vođa najviše pozicionirani član, u interdisciplinarnom timu identitet tima je iznad identiteta pojedinog člana. Članovi dijele informacije i rade zajedno, međuovisno, na razvoju cilja, a vođenje tima dijeli se među članovima ovisno o aktualnim zadacima. Sastav interdisciplinarnog tima palijativne skrbi ovisi o sveukupnom ustroju palijativne skrbi u zajednici, pa većinom uključuje: liječnika, medicinsku sestru, socijalnog radnika, duhovnika i volontera. Tim se uvijek formira i proširuje ovisno o potrebama bolesnika i obitelji. (13)

Glavne odgovornosti interdisciplinarnog tima su: ukloniti ili ublažiti bol i simptome kod bolesnika, pomoći pacijentu s emocionalnim, psihosocijalnim i duhovnim aspektima umiranja, osigurati potrebne lijekove i sanitetski materijal, educirati obitelj kako se brinuti o bolesniku, omogućiti fizikalnu i govornu terapiju kada je potrebno, pružiti obitelji i bližnjima bolesnika psihosocijalnu utjehu i savjetovanje. Liječnik opće prakse zadužen je za medicinsku skrb, primitak bolesnika u proces palijativne skrbi, nadziranje provođenja palijativne skrbi, određivanje stanja bolesnika, izravno surađivanje s članovima tima, određivanje dijagnoze i prognoze kod bolesnika, kontrole nalaza, provođenje dijete, terapije, medicinskog tretmana, rješavanje etičkih

pitanja i ublažavanja simptoma. Medicinska sestra u palijativnoj skrbi višestruki je aktivni sudionik, odgovorna za procjenu, planiranje i provođenje izravnih potreba skrbi. Mora biti dovoljno fleksibilna da modificira sestrinske dijagnoze i planove zdravstvene njege, u korelaciji s bolesnikovim stanjem i potrebama, uključujući obitelj uz stalnu koordinaciju s drugim članovima tima. Mora biti potpora postojećim zdravstvenim, socijalnim i duhovnim službama s ciljem što potpunije i kvalitetnije skrbi. (3)

Socijalni rad fokusiran je na osobne i socijalne promjene koje su nastale kao rezultat bolesti, a utječu na pacijenta, njegovu obitelj, socijalnu mrežu i zajednicu. Uloga socijalnog radnika je prepoznati nuždu i potrebe bolesnika i obitelji, te ih povezati sa svim oblicima pomoći: centar za socijalnu skrb, dom za starije i nemoćne, obiteljski liječnici, patronažna služba, razne udruge.

Duhovnik, svećenik, provodi duhovnu skrb ne uključujući pripadnost ni jednoj sekti, već pružajući podršku bolesniku i obitelji u duhovnom segmentu i prakticiranju religije. Duhovnost se temelji na neosuđivanju, duhovnom ozdravljenju, opraštanju, te prihvaćanju ljudi i života.

Usprkos nezamjenjivoj ulozi zdravstvenih djelatnika, moderni hospicijski pokret ne može se ni zamisliti bez sudjelovanja nezdravstvenih dobrovoljaca. Volonteri moraju biti dobro educirani kako bi mogli preuzeti različite uloge u palijativnoj skrbi. Njihova uloga je prvenstveno resocijalizacija bolesnika (pomoć u kupovini i pripremi hrane i lijekova, prijevoz bolesnika, druženje, pružanje podrške...). Volonteri imaju značajnu ulogu u pružanju podrške obitelji u procesu žalovanja.

Partnerstvo između bolesnika, obitelji i interdisciplinarnog tima palijativne skrbi preduvjet je uspjeha. Prioritet mora biti obostrano poštovanje, ljubazno ponašanje, otvorena i poštena komunikacija, slušanje, objašnjavanje, usuglašavanje prioriteta i ciljeva, zdrava rasprava o opcijama liječenja, te prihvaćanje odbijanja liječenja. Svaki član tima provodi intervencije za koje je zadužen, ali neprestano surađuje s ostalim članovima tima kako bi se uspješno ublažili ili riješili postojeći problemi.

1.5. Komunikacija i psihosocijalna potpora u palijativnoj skrbi

Komunikacija je proces razmjene misli, osjećaja i poruka koji se nužno odvija kad god postoji interakcija (međudnos). Svaki čin čovjekova ponašanja je komunikacija (kao reakcija na nekoga ili nešto) bez obzira na to ima li osoba ili nema namjeru ostvarivanja kontakta i razmjene poruka, jer svaka gesta nosi neku (neverbalnu) poruku; i šutnja je čin komunikacije. Komunikacija ima različite svrhe ili uloge: primanje ili davanje obavijesti, rješavanje problema, donošenje odluka, te zadovoljavanje potreba (za pripadanjem, užitkom, bijegom od drugih aktivnosti, odmorom ili kontrolom nad drugim ljudima). S obzirom na način komuniciranja razlikujemo verbalnu i neverbalnu komunikaciju. Verbalna se odvija pomoću govornog i pisanog jezika, a pod utjecajem je razine smisla jezika, sadržaja, situacije, osobina sudionika i kulture u kojoj se odvija. Neverbalna komunikacija se odnosi na geste, držanje tijela, izraz lica, pogled, vanjski izgled, vlastiti prostor, dodir, dok se paraverbalna odnosi na neverbalne znakove koji prate verbalnu poruku (intonacija i visina glasa, glasnoća, napetost, stanke, usklici, smijeh, šutnja). Komunikacija je osnova hospicijskih aktivnosti i važna je u svim segmentima palijativne skrbi. Osim komunikacije s bolesnikom i njegovom obitelji, obuhvaća i komunikaciju unutar tima palijative skrbi i komunikaciju s javnošću. (14)

Od postavljene dijagnoze pa do smrti, kod bolesnika se naizmjenice javljaju različiti osjećaji (šok i nevjerovanje, poricanje, strah, tjeskoba, nada, očaj, depresija, krivnja), te prolazi kroz nekoliko karakterističnih faza. Poznavanje tih faza važno je svima uključenima u skrb oko bolesnika jer svaka faza zahtijeva različite načine komuniciranja prilagođene emocionalnom stanju bolesnika u pojedinoj fazi. Prema Elisabeth Kubler-Ross, postoji 5 karakterističnih "stadija umiranja": 1. *Faza nepriznavanja i osamljivanja* u kojoj bolesnik ne vjeruje ili ne želi priznati da stvarno ima neizlječivu bolest, te stvara alternativna objašnjenja (zamijenjeni nalazi, traži druga mišljenja i sl.). 2. *Faza gnjeva*, bolesnik je bijesan, ogorčen, zavidan, pita se "Zašto ja?". Ova faza teška je i samoj obitelji te zdravstvenom osoblju jer bolesnik, bez vidljivog razloga, iskaljuje svoj gnjev na sve oko sebe. Stoga je potrebno ne shvaćati ovakvo ponašanje osobno i ne izbjegavati bolesnika. 3. *Faza cjenkanja* traje relativno kratko,

no za bolesnika je od velike pomoći. Većina bolesnika "pregovaranjem", najčešće s Bogom, pokušava "odgoditi" neizbježno, i to iz osjećaja krivnje (cijeli život nije išao u crkvu i sl.). 4. S pojavom sve više novih simptoma, te opadanjem fizičkih sposobnosti, bolesnik postaje svjestan približavanja trenutka smrti i pojavljuje se *faza depresije*. Javlja se osjećaj strahovita gubitka, od vlastitog tijela, položaja u obitelji i društvu, do velikih financijskih opterećenja. 5. *Faza prihvaćanja* javlja se samo u onih bolesnika koji požive dovoljno dugo i koji su potpuno prihvatili neizbježnost kraja života. To nije sretno stanje, više prazno, bez ikakvih osjećaja i gnjeva. Krug bolesnikova interesa sve je manji, uglavnom spava, najznačajnija komunikacija je većinom prisutnost i sjedenje u tišini. U ovoj fazi pomoć, podrška i razumijevanje potrebni su bližnjima nego samom bolesniku. (15, 16)

Razgovor je najbolji način komuniciranja koji imamo, razgovor o patnji pomaže njezinom ublažavanju. U komunikaciji s bolesnikom naročito je važno osjećajno slušanje kako bi se što bolje razumjeli njegovi osjećaji, a za to je potrebno više od same dobre namjere: treba uložiti svjestan napor i koncentraciju. Dobro slušanje, prije svega, uključuje stvaranje pravog ozračja te želju bolesnika za razgovorom. Svi članovi interdisciplinarnog tima trebaju razgovarati s bolesnikom, svaki iz svojeg područja stručnosti, ovisno o bolesnikovim željama i potrebama. Dalje, potrebno je pokazati bolesniku da ga se sluša, te ga poticati da govori (postavljanjem potpitanja, facilitacijom, pojašnjavanjem, reflektiranjem, parafraziranjem, sažimanjem). Mnogi bolesnici žele razgovarati o uspomnama što im omogućuje dopiranje do vlastitih izvora snage, a čestim ponavljanjem istih priča ili pitanja mogu izazvati ljutnju i umor kod slušaoca. Bolesnik se boji za svoj život, stoga ga je potrebno razumjeti.

Osim samom umirućem bolesniku, tim palijativne skrbi učinkovitom stručnom i praktičnom podrškom pomaže i članovima obitelji da prihvate realnost smrti, te da poboljšaju kvalitetu življenja osobe na kraju životnog puta. Nekad je potrebna i dodatna podrška tijekom žalovanja. Ožalošćenju osobi često najviše možemo pomoći tako da jednostavno budemo uz nju, čak i u šutnji, i tako dati do znanja da smo osobi na raspolaganju. Zdravstveni djelatnici pomažu primjenom komunikacijskih vještina (iskazivanje empatije, poticanje izražavanja, upoznavanje s tijekom procesa tugovanja)

čijim se usvajanjem olakšava komunikacija s ožalošćenima, ali i vlastito proživljavanje gubitka. (14)

Koliko god je smrt prirodna, u današnjem društvu još uvijek je tema koja se izbjegava ili o kojoj se nerado govori. Upravo zbog toga glavna misija palijativne medicine jest psihosocijalna podrška bolesnika, odnosno holistički pristup i stvaranje osjećaja sigurnosti i povjerenja u tim koji skrbi o terminalnom bolesniku. To se postiže osiguravanjem bolesniku: dostupnosti, kontinuiteta u pružanju skrbi, stalnom prisutnošću i psihosocijalnom utjehom. (7)

2. CILJ RADA

Cilj ovog završnog rada je predstaviti palijativnu skrb i njegu palijativnog bolesnika, ukazati na brojne mogućnosti njihovog usavršavanja, te ukazati na:

- važnost razvoja palijativne skrbi u RH
- potrebe umirućih i njihovih bližnjih
- važnost uloge medicinske sestre u njezi i pružanju psihološke podrške
- važnost sveobuhvatne skrbi u sklopu interdisciplinarnog tima čiji je medicinska sestra integralni dio.

3. RASPRAVA

Unatoč opsežnom razvoju medicinskih znanosti koje omogućuju relativno dugo liječenje, još uvijek nije moguće izliječiti sve bolesti. Velik broj oboljelih svakodnevno umire od posljedica terminalnih, poput malignih bolesti, kroničnih zaraznih i nezaraznih bolesti. Dobra strana tog napretka očituje se u produljenju života, ublažavanju boli i tegoba izazvanih slabljenjem vegetativnih funkcija, dok se negativna očituje čestim boravkom obitelji i bolesnika van domaće sredine okruženih ljudima koji svoje verbalno komuniciranje svode samo na najneophodnije.

Gotovo svaka medicinska sestra, bez obzira u kojem okruženju radi, u bolnici, domu umirovljenika ili u bolesnikovu domu, susreće se s pružanjem zdravstvene njege umirućem bolesniku kojemu je smrt izvjesna i za kojeg se cjelokupna skrb mijenja od kurativne prema palijativnoj. Gotovo svaki čovjek boji se umiranja i smrti što ovisi o mnogobrojnim čimbenicima, naročito o kulturalnom okruženju i vjerskim uvjerenjima. Vodeći strah kod umirućih i njihovih obitelji je strah od teških i nesavladivih bolova. Također se boje ovisnosti o drugima, napuštenosti, gubitka kontrole nad životom. Medicinska sestra suočava se s dvostrukom ulogom: skrbi o umirućem bolesniku, te pruža potporu njegovim bližnjima.

Zdravstvena njega teških i umirućih bolesnika jedan je od najtežih poslova u sestrinskom zanimanju. Cilj sestrinske skrbi za umirućeg bolesnika je osigurati najveću moguću kvalitetu življenja i očuvati osobni dignitet sve do smrti. To se ne odnosi samo na medicinsku njegu, već i na brigu o pravima bolesnika i ljudskom dostojanstvu. Stoga je pravo na palijativnu skrb jedno od osnovnih ljudskih prava na zdravstvenu zaštitu.

(17)

3.1. Zdravstvena njega palijativnog bolesnika

Prema definiciji sestrinstva Virginije Henderson iz 1966.g., uloga medicinske sestre je pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje pridonose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebno znanje, snagu ili volju; pomoć treba pružiti na način koji će pridonijeti što bržem postizanju njegove samostalnosti. U palijativnih bolesnika često su prisutni mnogi problemi i potrebe, fizičke, psihičke, socijalne i duhovne čiji broj se povećava s pogoršanjem stanja bolesnika. Važno je da medicinska sestra utvrdi prioritete i odredi redoslijed njihova rješavanja, te za svaki problem izradi sestrički plan skrbi. Zdravstvena njega bolesnika usmjerena je na zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba i prevenciju simptoma, rano uočavanje komplikacija i simptoma, te njihovo ublažavanje.

Najčešći i vodeći simptomi terminalnih stanja neizlječivih bolesnika očuvane svijesti su psihičke naravi. Javlja se strah od smrti i boli, beznade, te osjećaj nemoći i napuštenosti, a popratni simptomi su ubrzanje pulsa, duboko i ubrzano disanje, drhtanje, suha usta, pojačano znojenje, mučnina, gubitak nadzora nad mokrenjem i defekacijom. Najčešći fizički simptomi su bol, slabost i gubitak energije, dispneja i kašalj, kaheksija, oštećenja integriteta kože... Većina umirućih, naročito introvertirani, dožive neki stupanj socijalne izolacije i pojavu usamljenosti. Duhovne potrebe uključuju potrebe za smislom i ciljem, ljubavlju i povezanošću, te potrebu za opraštanjem.

Umirući bolesnik potpuno ovisi o pomoći medicinske sestre koja: kod nepokretnog bolesnika provodi kompletnu njegu i osobnu higijenu, sprječava komplikacije dugotrajnog ležanja, zbrinjava kronične rane, pasivno razgibava, uzima materijale za laboratorijske pretrage, primjenjuje ordiniranu terapiju i zahvate, hrani bolesnika, njeguje kožu i sluznice, mjeri vitalne funkcije, aspirira i pomaže pri iskašljavanju, štiti od pada i ozljeda, komunicira i pruža podršku, ohrabruje, educira...

Medicinska sestra u palijativnoj skrbi je odgovorna za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege, uz kontinuiranu procjenu, edukaciju bolesnika i obitelji, te suradnju s ostalim članovima interdisciplinarnog tima. (18)

3.1.1. Tjelesne poteškoće

3.1.1.1. Bol

"Bol je što god osoba koja je doživljava kaže da jest i postoji kad ona kaže da postoji." (McCaffery & Beebe, 1994)

Najčešći simptom palijativnih bolesnika i jedan od vodećih strahova vezanih za umiranje je bol. Bol je način na koji periferni živčani sustav upozorava središnji živčani sustav na potencijalnu ili stvarnu ozljedu, te može biti etiološki čimbenik za brojne sestrinske dijagnoze. Isto tako, može biti zasebna sestrinska dijagnoza ili problem koji se rješava timski.

Dva su polazišta za procjenu, planiranje i izvođenje intervencija, te kasniju procjenu boli. Prvo je izbjegavanje zaključka da bol ne postoji ako ne postoji fizički uzrok. Najbolnije senzacije rezultat su fizičkog i mentalnog podražaja, te sestrinske intervencije uključuju smanjenje ili uklanjanje obaju uzroka. Drugo, neki bolesnici ne mogu ili ne žele verbalizirati bol. Medicinska sestra treba uočiti neverbalne znakove koji upućuju na bolne senzacije i sve ono što bolesnik osjeća vezano uz bol.

Sestrinska procjena bolesnika koji osjeća bol uključuje:

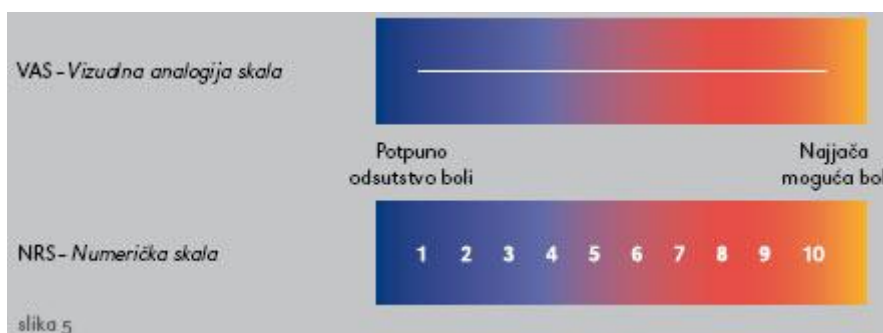
a) *Procjena akutne i kronične boli.* Akutna se pojavljuje iznenada, traje relativno kratko, lokalizirana je, oštra i probadajuća; kronična bol je kontinuirana, stalno prisutna i otporna na terapiju, tupa bez oštre lokalizacije, traje 6 mjeseci i dulje.

b) *Identifikacija faze boli.* Svaka bol ima 3 faze i svaka zahtjeva sestrinsku intervenciju: predviđanje boli, događanje boli i razdoblje nakon prestanka boli.

c) *Bolesnikovo ponašanje kao odraz boli.* Uključuje fiziološke manifestacije: proširene zjenice, mišićna tenzija, znojenje, ubrzano bilo i disanje, porast tlaka, vikanje, zauzimanje odgovarajućeg položaja i sl. Medicinska sestra: prepoznaje fazu boli, procjenjuje intenzitet boli, definira lokaciju, trajanje, ritmičnost i kvaliteta boli, definira bolesnikovu toleranciju na osobito bolne senzacije, procjenjuje utjecaj boli na svakodnevne aktivnosti, utvrđuje što bolesnik misli da bi mu pomoglo ukloniti bol.

d) *Identifikacija čimbenika koji utječu na pojavu boli.* Svaka dugotrajna bol s vremenom dovodi do ponašanja tipičnog za nesposobnost i nemoć, te bolesnik više ne može izvršavati svakodnevne aktivnosti. Akutna bol najčešće ometa san, smanjuje tek i unos tekućine, uzrokuje mučnine i povraćanje.

S obzirom na to da je bol subjektivna, procjenjuje se na osnovi procjene bolesnikova ponašanja, fizioloških pokazatelja i bolesnikovih izjava. Najčešća je upotreba prosudbenih tablica koje imaju početne i završne vrijednosti jakosti boli na kojima bolesnik sam označuje mjesto koje najbolje opisuje što osjeća. Mogu biti numeričke, facijalne ekspresije i u boji.



Slika 1. VAS i numerička skala za određivanje jačine boli

(<http://www.rauche.net/izdanja/broj-7/utjecaj-komunikacije-zdravstvenih-djelatnika-na-razvitak-boli-agitacije-i-delirija-kod-bolesnika-u-jil/>)



Skala za određivanje jačine bola

Slika 2. Skala facijalne ekspresije za određivanje jačine boli

(<http://zdravlje.eu/2011/07/04/metode-ispitivanja-analgezije/>)

Suvremen pristup liječenju boli dijeli se u 3 segmenta: liječenje totalne boli, racionalna primjena analgetika, te pravilan izbor doze, vremena i puta unosa lijeka u organizam. Totalna bol podrazumijeva fizičku (tupa, upalna, grčevita, neuralgijska), emocionalnu (anksioznost, depresija), socijalnu (gubitak identiteta, tjelesnosti, prijatelja, samokontrole) i egzistencijalnu bol (briga, strah od smrti). Racionalna primjena analgetika provodi se prema načelima trostupanjske analgetičke ljestvice razmjerno jačini boli, koju je razvila SZO. Prvi stupanj namijenjen je liječenju blage boli neopioidnim analgeticima (NSAR), u drugom stupnju primjenjuju se blagi opioidni analgetici (tramadol i sl.) s neopioidnim ili bez njih za liječenje umjerene boli, a liječenje teške boli u trećem stupnju obuhvaća uporabu jakih opioidnih lijekova (morfin, fentanil, buprenorfin, oksikodon) s neopioidnim ili bez njih. Analgetik treba rabiti: na usta kad god je to moguće, na sat, po ljestvici, titriranje doze, stalno, pomoćni analgetici (kortikosteroidi, anksiolitici-benzodiazepini, antikonvulzivi, antidepresivi), rotacija.

Treba imati na umu kako bolesnik, naročito u terminalnoj fazi, ima pravo na oslobađanje od boli. Pri davanju prve doze analgetika iznimno je važno praćenje bolesnika, kao i pri promjeni doze i učestalosti davanja analgetika: primjenjivati ljestvice za mjerenje razine boli, uočavati najučinkovitije metode uklanjanja boli, pratiti moguće nuspojave i vitalne znakove, te aktivnost bolesnika. Stoga je važno da medicinska sestra, kao zdravstveni djelatnik koji gotovo najviše vremena provede s bolesnikom, na vrijeme prepozna moguće nuspojave i komplikacije. (19,20)

Generički naziv	Najčešće neželjene posljedice
paracetamol	oštećenje jetre i bubrega
acetilsalicilna kiselina	dispepsija, GI krvarenje, blokiranje agregacije trombocita
ibuprofen	osip, svrbež, eritem
tramadol	mučnina, vrtoglavica, glavobolja, pospanost, konstipacija, suha usta, znojenje, iscrpljenost
morfin	mučnina, povraćanje, opstipacija, suha usta, respiratorna depresija, pospanost, smetenost, mioklonus, tolerancija
buprenorfin	mučnina, crvenilo i svrbež kože, omaglica, pomanjkanje daha
fentanil	depresija disanja, pospanost, nesаница, mioklonus, povraćanje
oksikodon	mučnina, povraćanje, opstipacija, sedacija, glavobolja, svrbež

(1)

Osim farmakoloških intervencija, medicinska sestra može podučiti bolesnika, ako on ima dovoljno snage i energije, neinvazivnim metodama suzbijanja ili smanjenja osjećaja boli. Primjena kutane stimulacije, nekad i u konzultaciji s liječnikom, podrazumijeva: primjenu pritiska, vibracije, topline, hladnoće, pranje, uporabu losiona i mentolnih krema. Odvraćanje pažnje može umanjiti osjećaj boli, no najčešće povećava toleranciju na bol: savjetovati bolesniku slušanje glazbe, računanje, rješavanje kvizova, gledanje omiljenih emisija i sl. Relaksacijske metode služe za smanjenje umora i povećanje muskulo-skeletne relaksacije: medicinska sestra savjetuje bolesniku abdominalno disanje u polaganom ritmu, uz brojanje na glas ili u sebi, te metode joge ili transcendentalne meditacije, ako ih bolesnik poznaje. Moguće je utjecati na smanjenje mogućnosti prodora bolnih impulsa do moždane kore upotrebom steznika ili pritiska rukom na bolno mjesto, pri kašljanju ili dubokom disanju. (19)

3.1.1.2. Gastrointestinalni problemi, unos hrane i vode

Vodeći gastrointestinalni problemi su mučnina i povraćanje, konstipacija, proljev, opstrukcija crijeva, nadutost, disfagija, dispepsija. Umirući bolesnici među najčešće simptome navode mučninu, povraćanje i gadljivost prema hrani, što često može dovesti do anoreksije i kaheksije, ili ih pogoršati. Često se žale i na proljev i/ili konstipaciju.

Mučnina je subjektivna neugodna senzacija koja može, ali i ne mora dovesti do povraćanja. Često je praćena preznojavanjem hladnim znojem, tahikardijom, pojačanom salivacijom i bljedoćom. Povraćanje je naglo, snažno izbacivanje želučanog sadržaja na usta, a dovodi do distresa i zaduhe, naročito u oslabljenih bolesnika. Najčešći uzroci mučnine i povraćanja kod palijativnih bolesnika su: lijekovi, uremija, hiperkalcemija, gastritis, crijevna opstrukcija, opstipacija, kašalj, vestibularne smetnje, povećanje intrakranijskog tlaka, krvarenje... (21). Sestrinske intervencije su: osigurati laganu hranu (pire krumpir, krekeri, dvopek), izbjegavati toplu i vruću hranu čiji miris pojačava osjećaj mučnine, te masnu, slatku i začinjenu hranu, smanjiti podražaje koji uzrokuju mučninu i povraćanje (parfemi, neugodni mirisi), raspodijeliti hranu u manje i češće

obroke te redovito hidrirati bolesnika, ne prisiljavati ga na jelo, postaviti bolesnika u odgovarajući položaj, provoditi njegu usne šupljine, pregledati povraćeni sadržaj (boja, količina, miris, primjese), primjenjivati antiemetike.

Konstipacija (zatvor) je otežano ili nedovoljno učestalo pražnjenje stolice (manje od 3 puta tjedno) i najčešći je simptom kod palijativnih bolesnika s učestalošću od 45-60%. Glavni razlozi su nedovoljna tjelesna aktivnost, smanjen unos tekućine i vlakana, upotreba lijekova (najčešće opioida), izravna povezanost sa samim karcinomom, te usporena peristaltika. Medicinska sestra uzima detaljnu anamnezu o sadašnjem stanju i o prethodnim navikama vezanim za defekaciju, te nakon fizičkog pregleda, ovisno o uzroku i mogućnostima bolesnika, educira bolesnika o adekvatnoj prehrani, hidraciji, vježbama, relaksaciji i sl, te primjenjuje ordiniranu terapiju. Rjeđe se može pojaviti proljev, pri čemu je zadaća medicinske sestre da evidentira i prati količinu, boju, učestalost i miris, te prati unos i iznos tekućine, turgor kože, stanje svijesti i vitalne znakove kako bi se uočila i prevenirala dehidracija. Uz to, intervencije medicinske sestre uključuju higijenu analnog i perianalnog područja s ciljem zaštite integriteta kože, uzimanje stolice za analizu po nalogu liječnika, te potporu pacijentu. (7)

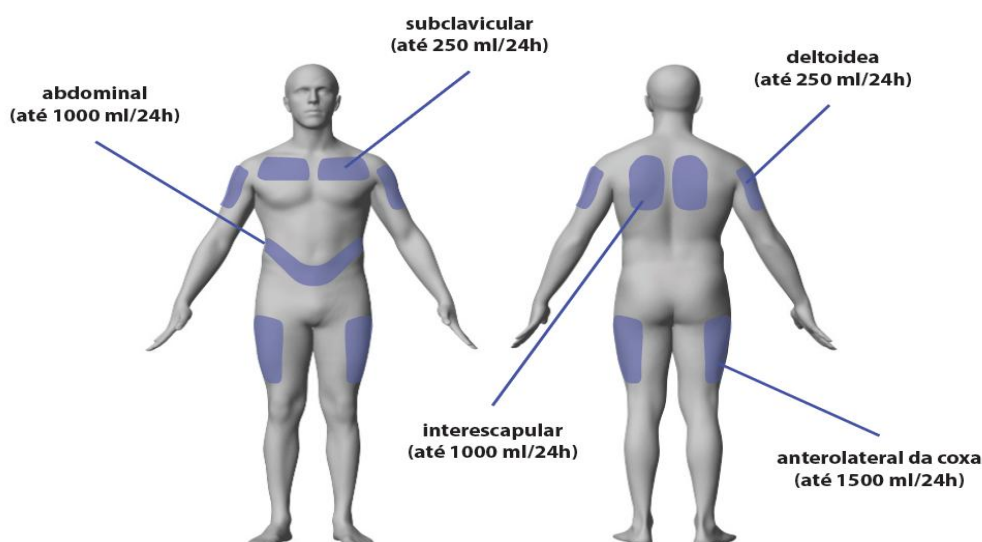
Sindrom kaheksija-anoreksija kompleksni je metabolički poremećaj koji se često pojavljuje kod palijativnih bolesnika, naročito onih s malignim oboljenjima. Kaheksiju karakterizira gubitak mišićne mase (osobito proteina skeletne muskulature, no ne nužno i masnog tkiva) koji se ne može u potpunosti ispraviti nutritivnom potporom, a dovodi do progresivnih funkcionalnih oštećenja. Anoreksija se zamjećuje kod više od 50% palijativnih bolesnika, a označava gubitak apetita ili osjećaj brzog zasićenja hranom. Sindrom kaheksija-anoreksija dodatno kompliciraju i druga stanja koja pridonose gubitku tjelesne težine: mučnina, povraćanje, proljev, smanjenje fizičke aktivnosti s posljedicom atrofije poprečno-prugaste muskulature, smanjenje sekrecije anaboličkih hormona, psihičko stanje bolesnika, infekcije itd. (22)

Kod palijativnih bolesnika, naročito onih s GI poteškoćama, pravilna i odgovarajuća prehrana od velikog je značaja. Procjena stanja uhranjenosti uključuje anamnezu, fizikalni pregled, nutritivni status i laboratorijske testove, te timski rad medicinske sestre, liječnika i dijetetičara. Nakon procjene medicinska sestra izrađuje plan zdravstvene njege prilagođen potrebama bolesnika, te provodi intervencije koje


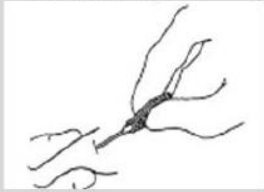
uključuju i edukaciju samog bolesnika i njegove obitelji o adekvatnoj prehrani uz maksimalno uvažavanje i prilagođavanje individualnim potrebama i željama bolesnika. (23) U svih svjesnih bolesnika s očuvanim refleksom gutanja, a bez kontraindikacija za peroralno hranjenje, treba inzistirati na peroralnom hranjenju, pri čemu se primjenjuje hrana različite konzistencije prilagođena bolesti i stanju bolesnika. Enteralnom prehranom se hrana i/ili komercijalne nutritivne otopine unose u želudac ili početni dio tankog crijeva putem sonde čime se poboljšava nutritivski status, ali uz minimalan učinak na kaheksiju. Komplikacije koje se mogu pojaviti su: krvarenje, perforacija, loš položaj sonde, ulazak u traheju, ozljeda i infekcija stome, začepljenje sonde, aspiracija sadržaja u pluća, proljev. Parenteralna prehrana je način opskrbe organizma hranjivim tvarima krvožilnim putem i rezervirana je samo za one bolesnike za koje ne postoji drugi način hranjenja. Naime, već nakon 2-3 dana bez stimulacije enterocita hranom dolazi do narušavanja cjelovitosti intestinalne barijere, atrofije sluznice i gubitka stanične mase, odnosno do narušavanja funkcije imunskog sustava. Također se povećava broj patogenih bakterija koje lakše prolaze iz crijeva što dovodi do septičkih komplikacija. (21)

Nadoknada tekućine u krajnjem stadiju bolesti predmet je proturječnih rasprava. Većina bolesnika u posljednjem stadiju bolesti gubi tek i osjećaj žeđi (naročito ako im je sluznica usta vlažna i čista) i svjesno odlučuju prekinuti oralni unos hrane i tekućine. Rezultat toga je odgovarajuće smanjenje količine tjelesnih izlučevina: smanjeno lučenje sline i respiratornog sekreta što rezultira smanjenjem kašlja i plućnog edema, smanjenje GI lučenja umanjuje mučnine i povraćanje, smanjeno stvaranje urina. Ne postoje dokazi da smanjeni dovod tekućine skraćuje život ili povećava patnju iako obitelj često teško prihvaća takvu odluku. S druge strane, u terminalnoj fazi rehidracija bi mogla izazvati pogoršanje simptoma u vidu edema i zadržavanja vode u plućima. Pad tlaka i usporen puls smatraju se normalnim simptomima u procesu umiranja, a ne znacima dehidracije i ne zahtijevaju liječenje, a i parenteralna nadoknada tekućine kod bolesnika koji ne mogu piti otežava njegu kod kuće jer zahtijeva stalan nadzor visokoobrazovanih zdravstvenih djelatnika. Hipodermokliza (subkutana infuzija) ima potencijal postati primarni izbor kod potrebe za rehidracijom i za primjenu mnogih lijekova u palijativnoj skrbi, naročito u domu bolesnika, pri čemu se može u potpunosti izbjeći upotreba vaskularnog pristupa. Indicirana je kod sprječavanja ili tretiranja blage i umjerene

dehidracije kod: bolesnika koji ne mogu uzimati tekućinu oralnim putem, gubitka tekućine zbog povraćanja ili dijareje, otežanog postavljanja perifernog intravenskog katetera, hidracije zbog lakšeg postavljanja vaskularnog katetera, febrilnih stanja, hipernatrijemije. Zatim, kod problema s gutanjem, besvjesnog stanja i nemogućnosti primjene simptomatske terapije rektalnim putem. Subkutana infuzija primjenjuje se u donji sloj kože koji se sastoji od veziva, limfnih žila, elastičnih vlakana i masti, a važan je za homeostazu i recirkulaciju intersticijske i ekstracelularne tekućine. S obzirom na to da se kateter može postaviti na gotovo svim mjestima na kojima bolesnik ima dovoljno potkožnog tkiva, mjesto bi trebalo imati dobru limfnu drenažu i ne bi trebalo onemogućavati normalno funkcioniranje bolesnika. (24)



Slika 3. Mjesta pogodna za postavljanje subkutanog katetera i subkutanu infuziju (<http://educative.com.br/enfermeiros-auxiliares-e-tecnicos-de-enfermagem-quando-treinados-capacitados-e-observados-os-limites-de-atuacao-segundo-a-lei-7-49886-sao-autorizados-a-puncao-e-administracao-de-fluidos-prescrito/>)

Provjera i priprema pacijenta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Provjeriti propisanu terapiju od strane liječnika. 2. Provjeriti identitet pacijenta. 3. Objasniti proceduru pacijentu, dati mu pisani informativni materijal o postupku i dobiti dopuštenje za postavljanje katetera.
Prije postavljanja katetera	<ol style="list-style-type: none"> 4. U suradnji s pacijentom odabrati mjesto za postavljanja katetera. 5. Pomoći pacijentu pri zauzimanju udobnog položaja.
Postupak postavljanja katetera	<ol style="list-style-type: none"> 6. Obaviti higijenu ruku. 7. Pripremiti pribor. 8. Staviti rukavice. 9. Oprati odabrani dio tijela antiseptičkim sapunom i vodom ako je potrebno. 10. Ukloniti dlake s odabranog područja ako je potrebno. 11. Dezinficirati mjesto postavljanja katetera kružnim pokretima od sredine prema van – pričekati 30 sekundi da se antiseptik osuši i prodjeluje. 12. Otvoriti zaštitni omotač katetera te provjeriti je li kateter ispravan. 13. Skinuti štitnik igle katetera. 14. Nabrati kožu na mjestu postavljanja katetera kako bi nam potkožno tkivo postalo dostupno. <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">  </div> <ol style="list-style-type: none"> 15. Uvesti kateter pod kožu, pod kutem od 45°. <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">  </div> <ol style="list-style-type: none"> 16. Kada je kateter u subkutanom tkivu, držeći kateter, izvući teleskopsku iglu. 17. Lagano aspirirati štrcaljkom kako bi se isključila pojava krvi. U slučaju pojave krvi, kateter je u veni i potrebno ga je izvaditi i staviti novi. 18. Odložiti iglu u spremnik za oštri otpad. 19. Kateter učvrstiti sterilnim prijevodom. 20. Obaviti higijenu ruku i dokumentirati postupak

Slika 4. Postupci medicinske sestre pri postavljanju subkutanog katetera (24)

Rano i često procjenjivanje nutricionalnog statusa, uz edukaciju bolesnika i obitelji o (ne)medikamentnom liječenju GI poteškoća, te uz pravodobno uključivanje enteralne i parenteralne prehrane, može se značajno unaprijediti kvaliteta života umirućeg bolesnika.

3.1.1.3. Respiratorni problemi

Respiratorne komplikacije, osim kod bolesnika s karcinomom bronha ili plućnim metastazama, česte su kod bolesnika koji su vezani za bolesnički krevet ili su minimalno pokretni što za posljedicu ima smanjenje ventilacije pluća ili zastoj sekreta i infekcije. Glavni respiratorni simptomi su dispneja, kašalj, hemoptiza, opstrukcija dišnih puteva, sekret i otežano iskašljavanje.

Dispneja ili zaduha je subjektivan neugodan osjećaj nedostatka zraka, a najčešće je simptom organskih bolesti i funkcionalnih poremećaja respiracijskog, cirkulacijskog, krvnog, endokrinog i živčanog sustava, te metaboličkih i psihičkih poremećaja. Akutna dispneja često upućuje na plućnu emboliju, infarkt miokarda, srčane aritmije, pneumotoraks i sl, dok dispneja koja se pogoršava s tjednima ukazuje na rast intrabronhalnog tumora, anemiju, KOPB, sindrom gornje šuplje vene. Za određivanje uzroka potrebno je uzeti dobru anamnezu i obaviti fizikalni pregled, analizu plinova arterijske krvi, laboratorijske pretrage, te rtg snimku toraksa.

Kašalj može biti refleksna ili voljna radnja koja služi čišćenju dišnih puteva od nakupljenog sadržaja ili zbog promjene kvalitete udahnutog zraka. Dugotrajan kašalj iscrpljuje bolesnika uzrokujući mišićnu bol i prekidajući san, te otežava uzimanje hrane i tekućine. Može dovesti do mučnine, povraćanja, umora, glavobolja ili prijeloma rebra.

Hemoptiza označava primjesu krvi u iskašljanom sadržaju. Javlja se kao posljedica bolesti plućnog tkiva, dišnih puteva ili plućnih krvnih žila, a najčešće kod bolesnika s karcinomom pluća, pneumonijom, kroničnim bronhitisom ili tuberkulozom. Kod manjeg iskašljavanja krvi potrebno je lijekovima smanjiti refleks kašlja što dovodi do smanjivanja i potpunog prestanka iskašljavanja krvi, dok je hemoptoa (masivno iskašljavanje krvi) po život opasno stanje jer dolazi do slijevanja znatne količine krvi u dišne puteve i zbog visoke smrtnosti zahtijeva hitno liječenje.

Opstrukcija dišnih puteva česta je komplikacija kod bolesnika s terminalnim karcinomom bronha, naročito u posljednja 2 mjeseca života. Uzrok mogu biti i strana tijela, nakupljanje izrazito žilavog sekreta, te ozljede prsnog koša. Klinička slika

predstavlja kašalj, dispneju, inspiracijski stridor, hemoptizu, bol, te febrilnost i tresavica kao posljedice postopstruktivne pneumonije. Intervencija se izvodi u općoj anesteziji kombinacijom rigidne (kruti bronhoskop) i fiberbronhoskopije (savitljivi bronhoskop). (7,22)

Disanje je osnovna i primarna ljudska potreba čije je zadovoljavanje hitno i mora nastupiti odmah bez odgode. Medicinska sestra:

- mora poznavati činitelje koji uvjetuju respiratorne komplikacije, te planirati i provoditi mjere sprječavanja (pravilan položaj i promjena položaja, vježbe disanja, iskašljavanje, održavanje osobne higijene, prestanak pušenja...)
- mora znati fiziologiju disanja, te prepoznati patološke oblike i poremećaje disanja (hiperpneja, hipopneja, ortopneja, astmatičko disanje, Kussmaulovo disanje, Cheyne-Stokesovo disanje, Biotovo disanje)
- promatra bolesnika, mjeri vitalne znakove, procjenjuje disanje, kontrolira plinove u krvi, uzima uzorak sputuma
- potiče bolesnika na iskašljavanje, radi manualnu drenažu nježnim lupkanjem prsišta, oslobađa dišne puteve (aspiracija, primjena kisika prema odredbi liječnika)
- provodi mjere za sprječavanje kapljičnih infekcija i osigurava optimalne mikroklimatske uvjete
- educira bolesnika o tehnikama disanja i relaksacije, te važnosti odmora i hidracije (18)

3.1.2. Psihičke poteškoće

Spoznaja o skoroj smrti može probuditi osjećaje žaljenja za onim što se propušta. Javlja se anksioznost, bolesnik se boji umiranja, gubitka sposobnosti, brine ga što će biti s članovima njegove obitelji. Kod nekih umirućih javlja se depresija, naročito kod bolesnika u bolovima. U terminalnoj fazi moguća je pojava demencije ili delirija,

dolazi do poremećaja prosuđivanja, mišljenja i kratkotrajnog pamćenja. Česti su i osjećaj bespomoćnosti, bezvrijednosti i nedostatan samopoštovanje.

Depresija je teško psihofizičko stanje koje spada u skupinu poremećaja raspoloženja, a može biti "normalna reakcija" na bolest, psihijatrijski poremećaj ili tjelesna posljedica zloćudne bolesti. S obzirom na to da su somatski simptomi poput gubitka energije, umora, nesanice i smanjenog apetita često prisutni kod dijagnoze neizlječive bolesti i terminalne faze, dijagnoza depresije zasniva se na psihološkim i kognitivnim znakovima. Depresivno raspoloženje još karakterizira povlačenje bolesnika u sebe, beznadnost i bespomoćnost, krivnja, bezvrijednost dosadašnjeg života, usporen misaoni tijek, poremećen san, opsjednutost crnim mislima i ideje samoubojstva, te gubitak interesa za omiljene aktivnosti, a za postavljanje dijagnoze depresije simptomi moraju biti prisutni gotovo svakog dana kroz 2 ili više tjedana. Reakcija depresijom na bolest i smrt očekivana je i opravdana, što ne znači da palijativni bolesnik ne zahtijeva psihološku koliko i medicinsku skrb. Depresija je najveći rizični faktor za suicid i želju za ubrzanom smrću. Psihoterapijski pristup očituje se u uključivanju članova obitelji i prijatelja, smislenom dijalogu bez žurbe i "odrađivanja posla", iskrenom diskutiranju o budućnosti, razumijevanju duhovnih potreba i ohrabrivanju. Kada je tjeskoba prevelika koristi se medikamentozna terapija, npr. kod nesanice, ružnih snova, emocionalne labilnosti, očajja i rastresenosti. No, antidepresivi mogu dovesti do nepotrebne sedacije, suhih usta, pogoršanja konstipacije i moguće urinarne retencije. (7)

Anksioznost vrlo često prati terminalnu fazu bolesti, a simptomi su napetost, nemir, zabrinutost, nesanica, rastresenost, znakovi hiperaktivnosti autonomnog živčanog sustava (iscrpljenost, drhtavica, znojenje, mišićna napetost, valovi vrućine, teškoće sa spavanjem i disanjem, ubrzan rad srca i sl.). Može biti različita podrijetla: anksioznost zbog nemogućnosti prilagodbe nastaloj situaciji (postavljanje dijagnoze, relaps bolesti, kontinuirani strah od ponovne pojave bolesti...), anksioznost povezana s bolešću (loša kontrola boli, hipoksija, sepsa, hipoglikemija...), anksioznost povezana s liječenjem (bolni procesi liječenja, nuspojave lijekova), te pogoršanje otprije postojećih anksioznih poremećaja kao što su fobije, panični napadaji i sl.. Liječi se ovisno o tome koliko utječe na svakodnevni život, a najčešće liječenjem samog uzroka.

Određeni stupanj gubitka kognitivne funkcije javlja se kod većine bolesnika do 1-2 tjedna prije smrti, a u terminalnoj fazi delirij je uobičajen kao rezultat bolesti i liječenja. Bolesnik doživljava konfuzno mentalno stanje i promjene u ponašanju, te ima problema s pozornošću, razmišljanjem, svjesnošću, emocijama, pamćenjem, kontrolom mišića, spavanjem i budnošću. Česti uzroci delirija su lijekovi (antikolinergici, sedativi-hipnotici, opioidni analgetici), metabolički poremećaji, infekcije, patologija CNS-a. Nastupa naglo i simptomi mogu oscilirati tijekom dana, dok je u zadnjih 24-48h života stalan zbog problema kao što su otkazivanje organa. Rani simptomi delirija su slični anksioznosti, ljutnji, depresiji i demenciji što može dovesti do njihove krive interpretacije. Učinci delirija mogu biti uznemirujući za bolesnika, obitelj i njegovatelje, a i dovesti do nepredvidivog i nasilnog ponašanja bolesnika. Blaži simptomi delirija mogu se umanjiti smanjenjem ili povećanjem senzorne stimulacije u prostoriji, uz poznatu okolinu, obitelj i bliske osobe, te čestim podsjećanjem bolesnika na vrijeme/mjesto ili postavljanjem sata ili kalendara na vidljivo mjesto. (22)

Odnos medicinske sestre prema bolesniku sa psihičkim poteškoćama definira sedam načela zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika:

- 1. *holistički pristup* – poimanje bolesnika kao cjelovitog bića u kontekstu njegovog socijalnog i kulturnog okruženja
- 2. *poštivanje jedinstvenosti ljudskog bića* – poimanje bolesnika kao jedinstvene ljudske jedinice, prihvaćanje sa svim njegovim vrijednostima, različitostima i osobitostima, primjenjivanje individualiziranog pristupa
- 3. *privatnost i dostojanstvo* – uvažavanje slobode izbora, podržavanje samopoštovanja, čuvanje tajne
- 4. *terapijska komunikacija* – razvijanje partnerskog odnosa i odnosa povjerenja što zahtijeva dobre komunikacijske vještine medicinske sestre koje će osigurati bolesniku prihvaćenost, podršku, savjet, uvjete za promjenu stavova i ponašanja, itd.
- 5. *bezuovjetno prihvaćanje* – pružanje pomoći bez osude
- 6. *uključivanje klijenta* – naglašavanje i oslanjanje na potencijale, mogućnosti i jake strane bolesnika, te uključivanje u sve razine skrbi

- 7. *pomoć pri učinkovitoj prilagodbi* – pomoć pri usvajanju novih prilagođenih ponašanja, stvaranje terapijskog okruženja. Medicinska sestra prihvaća načela kao sastavni dio vlastite prakse, osigurava uvjete za dosljednu provedbu načela, brani načela u interesu bolesnika, prepoznaje kršenje načela, procjenjuje opravdanost kršenja načela usmjerenu zaštiti drugih ljudi i zajednice, te prepoznaje kada prestaju razlozi za kršenje načela. (25)

Psihološki/psihijatrijski simptomi u palijativnoj skrbi nisu ništa manje prisutni od tjelesnih simptoma bolesnika i članova njegove obitelji. Stoga zdravstveni djelatnici ne smiju razmišljati kako su depresija, anksiozni poremećaji ili delirij "normalne reakcije na stanje bolesnika" na koja ne treba ili se ne može intervenirati, a upravo je dijagnosticiranje i liječenje brojnih psihijatrijskih poremećaja često izrazito važno za poboljšanje sveukupnog zdravstvenog stanja palijativnog bolesnika. Dobra psihološka skrb omogućuje bolesniku: slobodno izražavanje vlastitih misli, osjećaja i nedoumica koje se odnose na bolest, procjenu individualnih potreba i resursa za suočavanje s bolešću, te dostupnost psihološke pomoći. S obzirom na to da se članovi interdisciplinarnog tima u palijativnoj skrbi svakodnevno susreću sa situacijama koje troše njihove psihološke kapacitete i snage, iznimno je važno i timu osigurati mogućnost ventiliranja kroz konzultacije i supervizije.

3.1.2.1. Psihološka njega u sestrinstvu

Psihološka njega, u najjednostavnijim terminima, može se definirati kao dio holističke (grč. *holos* – sav, cio) njege koji odgovara na psihološke potrebe ljudi. To su ljudske potrebe povezane s emocionalnim, bihevioralnim i kognitivnim funkcioniranjem, odnosno, odnose se na osjećanje, ponašanje i mišljenje. U kontekstu bolesti/zdravstvene njege/sestrinstva, psihološko funkcioniranje obuhvaća socijalne potrebe i potrebu za kontrolom, informacijama, socijalnom interakcijom, privatnošću i dostojanstvom, a te potrebe očituju se nizom izraza ponašanja koji su jedinstveni svakom pojedincu. Briga za psihološke potrebe nije presudna samo za same bolesnike, već i za članove obitelji i zdravstvene djelatnike koji pružaju njegu. Nažalost, unatoč

znanju o važnosti dobre psihološke njege, većina zdravstvenih djelatnika nije dobra u zadovoljavanju psihološki utemeljenih potreba, odnosno zaboravljaju se emocionalni i psihološki aspekti njege bolesnika. Istraživanja ukazuju na lošu komunikaciju i razmjenu informacija između zdravstvenih djelatnika i bolesnika, te zdravstvenih djelatnika međusobno, kao i na prirodu i količinu informacija koje se nude bolesnicima i njihovim bližnjima. Dalje, istraživanja su pokazala kako u praksi medicinske sestre nisu mogle odrediti specifične brige svojih bolesnika, odnosno javilo se neslaganje između načina na koji bolesnici i medicinske sestre vide njihove individualne potrebe. Ako i prepoznaju psihološke potrebe, većina se osjeća nesposobnima da ih adekvatno zadovolji. No, svakodnevne psihološke poteškoće imaju razorne učinke i potrebno ih je pravovremeno identificirati i zbrinuti. Kad su psihološke potrebe bolesnika zadovoljene, poboljšano je njegovo zadovoljstvo i smanjeno je korištenje medicinskih usluga, a to je važno i za same provoditelje skrbi: učinkovitu i pravovremeno pruženu psihološku negu medicinske sestre doživljavaju kao ugodan trenutak u kojem se osjeća povezanost s iskustvom pacijenta i koji donosi osobnu nagradu.

Prema istraživanju Helene Priest (2001), psihološka nega je namjerni čin, a uvjeti za njeno pružanje su:

zadovoljenje preduvjeta	pružanje vremena i uvjeta; određivanje prioriteta; podržavajuća emocionalna kultura; korištenje uzora; mali postupci; podrška djelatnika
osobne kvalitete medicinske sestre	samosvjesnost; intuicija; refleksija; izgradnja odnosa; empatija
interpersonalne vještine	komunikacija i procjena; emocionalna nega; vještine savjetovanja; pružanje informacija
znanje	socijalna percepcija (stereotipi, vrijednosti, stavovi); stres i suočavanje; učenje i pamćenje; privrženost; prepoznavanje transfera i kontratransfera; sposobnost izrade planova psihološke njege

Pružanje psihološke njege dovodi do toga da se bolesnik osjeća shvaćeno, cijenjeno, sigurno, osnaženo i manje anksiozno, a medicinska sestra doživljava nagradu, zadovoljstvo, vlastitu vrijednost, prisnost i povezanost. Nasuprot tome, kod ne pružanja psihološke njege, bolesnik je nesiguran, oslabljen i anksiozan, a medicinska sestra osjeća krivnju, frustraciju, nelagodu ili opravdava ne pružanje. Stoga je neophodno da medicinska sestra posjeduje određena znanja neophodna za prepoznavanje bolesnikovih reakcija na bolest i vještine kako bi odabrala prikladne intervencije, te da u svakom trenutku može prepoznati svoja ograničenja, odnosno granice svojih kompetencija. (26)

3.1.3. Socijalne poteškoće

Svaka bolest dovodi do promjena u načinu života, ponašanju i socijalnom okruženju onih koji su kronično oboljeli ili su životno ugroženi. Gubitak zdravlja sa sobom nosi mnoge promjene: načina života, posla i zanimanja, socijalnog statusa. Većina umirućih, posebno oni koji tijekom života nisu imali bogat društveni život, doživi neki stupanj socijalne izolacije. Jedan od razloga je i neadekvatna komunikacija koja kod zdravih ljudi izaziva nelagodu i uplašenost jer su nesigurni što reći i kako se ponašati s bolesnikom. Vrlo izražena je kod introvertiranih ljudi. Velik rizik se javlja i za pojavu usamljenosti, promijenjene obiteljske odnose, oštećenu socijalnu interakciju, te žalovanje.

Socijalna izolacija je stanje u kojem pojedinac ima subjektivan osjećaj usamljenosti, te izražava želju i potrebu za većom povezanosti s drugima, ali nije sposoban ni u mogućnosti uspostaviti kontakt. Osim izražavanja osjećaja usamljenosti, neka od vodećih obilježja su nesigurnost u socijalnim situacijama, osjećaj tuge i dosade, nekomunikativnost, povlačenje u sebe i zaokupljenost svojim mislima, izražavanje osjećaja odbačenosti ili različitosti od drugih, neprihvatljivo društveno ponašanje... Uloga medicinske sestre je razviti suradljiv odnos s bolesnikom, upoznati ga sa suportivnim grupama, uključiti obitelj i bližnje u sustav podrške, te osigurati pomoć ostalih članova interdisciplinarnog tima.

Suočena s neizlječivom ili kroničnom bolesti, obitelj kao i bolesnik prolazi kroz različite stadije prilagođavanja. Na osobnoj razini javlja se zabrinutost zbog nemogućnosti daljnjeg funkcioniranja kao otac ili majka, suprug/a ili član zajednice. Zabrinutost zbog financija često je glavni problem, naročito ako je oboljeli bio glavni donosilac prihoda. Često se oboljeli ili obitelj sustežu od izražavanja vlastitih osjećaja kako ne bi "naškodili" ili dodatno uznemirili jedni druge. Očekivana pomoć od rodbine ili prijatelja često izostane. Svi ti faktori dovode do promijenjenih obiteljskih odnosa, usamljenosti i razdraženosti. Medicinska sestra ima veliku ulogu u pružanju podrške obitelji i bolesniku, potiče ih na verbalizaciju osjećaja, postavljanje pitanja i otvoreni razgovor, educira ih o načinima pružanja zdravstvene njege i potiče na sudjelovanje oko brige za bolesnika, pomaže im da pronađu snagu i smisao, povezuje obitelj s drugim službama za palijativnu skrb i surađuje s njima. Kada su obitelj i bolesnik pripremljeni i upoznati s fizičkim procesima umiranja, lakše i mirnije prihvaćaju smrt. (27)

3.1.4. Duhovne poteškoće

Duhovnost i vjera imaju velik utjecaj na psihofizičko zdravlje, a zadovoljavanje duhovnih potreba ne postizemo svi na isti način: neki to čine kroz molitvu, neki meditacijom, jogom, glazbom... Vjera i molitva su najbolja prevencija od bespomoćnog predavanja koja dodatno ugrožavaju ljudski život. Uloga medicinske sestre je:

- procijeniti duhovne potrebe bolesnika i priznati njihovu važnost, te biti tolerantna prema različitosti vjerskih uvjerenja
- osigurati ozračje sigurnosti, poštovanja, vrijednosti i povjerenja
- osigurati optimalne uvjete (privatnost, tišinu) za vrijeme molitve, te na zahtjev bolesnika pozvati svećenika ili duhovnog vođu
- obavijestiti bolesnika o rasporedu svetih misa, te na njegov zahtjev organizirati ispovijed i bolesničko pomazanje
- osigurati odgovarajuću prehranu u skladu s religijskim uvjerenjima. (28)

3.2. Povelja prava umiruće osobe

- * Imam pravo da se sa mnom postupa kao sa živim čovjekom dok ne umrem.
- * Imam pravo zadržati nadu, kako se god mijenjalo njezino žarište.
- * Imam pravo na njegu onih koji mogu održati ovu nadu.
- * Imam pravo izraziti svoje osjećaje i uzbuđenja u vezi sa smrću koja se približava, na moj vlastiti način.
- * Imam pravo sudjelovati u odlukama o svojoj skrbi.
- * Imam pravo očekivati stalnu medicinsku i njegovateljsku pažnju, premda su se ciljevi izlječenja promijenili u ciljeve udobnosti.
- * Imam pravo prije svega na oslobađanje od boli.
- * Imam pravo na iskren odgovor na moja pitanja.
- * Imam pravo na brižnu, osjetljivu, obrazovanu osobu, koja će nastojati razumjeti moje potrebe i kojoj će činiti zadovoljstvo pomagati mi da se suočim sa smrću.
- * Imam pravo na istinu.
- * Imam pravo na pomoć i za moju obitelj u prihvaćanju smrti.
- * Imam pravo raspravljati i proširivati moja vjerska i/ili duhovna iskustva, što god to značilo za druge.
- * Imam pravo zadržati svoju osobnost i ne biti osuđivan zbor svojih odluka, koje mogu biti suprotne stavovima drugih.
- * Imam pravo umrijeti u miru i dostojanstvu.
- * Imam pravo da ne umrem sam.
- * Imam pravo očekivati da će se poslije smrti poštivati svetost moga ljudskog tijela.

(29)

4. ZAKLJUČAK

U gotovo svim kulturama dolazak djeteta na svijet, odnosno rođenje, iskustvo je koje se slavi i dostojanstveno dočekuje, a društvo i sustav zdravstvene zaštite osiguravaju brojne mogućnosti za novorođenče, majku i obitelj. No, većina ljudi živi praveći se da smrt ne postoji, kao da nije sastavni dio života jednako kao i rođenje. Smrt je tabu tema, a društvo često "pokopa" palijativnog bolesnika puno prije nego što smrt zaista i nastupi. Zbog straha od gubitka, blizine smrti, nepoznatog. Taj stav moramo mijenjati kao pojedinci i kao društvo, jer smrt je iskustvo koje ne možemo izbjeći.

Uloga medicinske sestre u procesu palijativne skrbi višestruka je i nezamjenjiva. Od svih članova interdisciplinarnog tima, medicinska sestra najviše vremena provodi s bolesnikom i obitelji. S obzirom na to da ni jedan bolesnik ni tijekom bolesti nisu isti, sveobuhvatan individualan pristup je neizbježan, zbog čega medicinska sestra mora posjedovati znanja i kompetencije kako bi razvila kvalitetan i stručan odnos s bolesnikom i obitelji, te članovima interdisciplinarnog tima. Uspješnost u primjeni procesa palijativne skrbi rezultat je formalnog i neformalnog obrazovanja, naročito na području psihološke njege gdje je uloga medicinske sestre još uvijek zanemarena. Trajno usavršavanje i edukacija na području palijativne skrbi (kako zdravstvenog osoblja, tako i društva!) mora biti prioritet, imajući na umu i samu demografsku sliku stanovništva.

Palijativna skrb nije samo umiranje i smrt, već humanost i dostojanstvo života, te smo dužni štititi život do same smrti!

5. SAŽETAK

Palijativna skrb je ukupna skrb za bolesnika čija bolest ne reagira na postupke liječenja, a za cilj ima poboljšanje kvalitete života uz oslobađanje od boli i patnje. Zdravstvena njega palijativnog bolesnika obuhvaća tjelesne, psihičke, socijalne i duhovne poteškoće, a osim samog bolesnika obuhvaća obitelj i zajednicu. Interdisciplinarni tim palijativne skrbi većinom uključuje liječnika, medicinsku sestru, socijalnog radnika, duhovnika i volontera, ovisno o sveukupnom ustroju palijativne skrbi u zajednici.

Medicinska sestra ima važnu ulogu u zbrinjavanju palijativnih bolesnika, a osim zdravstvene njege koja je usmjerena na zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba, te prevenciju i rano uočavanje simptoma, brine i o pravima bolesnika i ljudskom dostojanstvu. Odgovorna je za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege, uz kontinuiranu procjenu, edukaciju bolesnika i obitelji, te suradnju sa svim članovima interdisciplinarnog tima. Razvijene komunikacijske vještine preduvjet su dobre psihološke njege, ali i olakšavaju vlastito proživljavanje gubitka. Isto tako, važno je i članovima interdisciplinarnog tima osigurati mogućnost konzultacija i supervizija, s obzirom na to da se svakodnevno suočavaju sa situacijama koje troše njihove psihološke kapacitete i snagu.

Ako je dobro organizirana, palijativna skrb je najhumaniji oblik pomoći oboljelom da dostojno završi svoj život. Zbog toga treba biti dostupna svakoj osobi kojoj je potrebna, u skladu s izborom bolesnika, u svim oblicima i na svim razinama zdravstvene djelatnosti.

6. SUMMARY

Palliative care is a total care for the patients whose disease is not responsive to curative treatment, with the aim of improving the quality of life by relieving pain and suffering. The palliative patient health care includes physical, mental, social and spiritual difficulties and apart from the patient itself, it includes the family and the community. The interdisciplinary team of palliative care mainly involves a doctor, a nurse, a social worker, a cleric and a volunteer, depending on the overall organization of palliative care in the community.

The nurse has an important role in the care of palliative patients, and besides health care aimed at satisfying basic human needs and prevention and early detection of symptoms, (s)he also cares about the patient rights and human dignity. (S)he is responsible for planning, conducting and evaluating health care with continuous assessment, patient and family education, and cooperation with all members of the interdisciplinary team. Adequate communication is a prerequisite for good psychological care, but it also makes it easier for the nurses themselves to experience loss. Also, it is important to provide the possibility of consultation and supervision for members of the interdisciplinary team as they face everyday situations that exhaust their psychological capacity and strength.

If organized well, palliative care is the most human way to help the sufferer to end his life with decency. Therefore, it should be available to every person in need, according to the choice of patient, in all forms and at all levels of healthcare.

7. LITERATURA

1. Braš M, Đorđević V. Suvremene spoznaje iz palijativne medicine. Medicinska naklada, Zagreb 2012.
2. Jušić A. i sur. Hospicij i palijativna skrb. Školska knjiga: Hrvatska liga protiv raka, Zagreb 1995.
3. Ozimec-Vulinec Š. Palijativna skrb. Zdravstveno veleučilište, Zagreb 2014.
4. Braš M, Milunović V, Brajković L, Đorđević V. Principi palijativne medicine. Neurologia Croatica 2011;60(3-4):101-106.
5. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi. Preporuke Europskog udruženja za palijativnu skrb. European Journal of Palliative Care 2009;16(6):279.
6. Jušić A. Hospicijski pokret u Hrvatskoj. Liječničke novine 2006;48:65-69.
7. Brkljačić M, Šamija M, Belev B, Strnad M, Čengić T. Palijativna medicina. Medicinski fakultet Sveučilišta, Rijeka 2013.
8. Elisabeth Kubler-Ross Foundation. Dostupno na: <http://www.ekrfoundation.org/>. Pristupljeno: 13.03.2017.
9. Lynch T. i sur. Barriers to the Development of Palliative Care in the Countries of Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States. Journal of Pain and Symptom Management 2009;37(3):305-315.
10. Jušić A, Persoli-Gudelj M. Croatia: Development of a Hospice Movement and Palliative Care. Journal of Pain and Symptom Management 2002;24(2):180-182.
11. Brkljačić M. Aktualno stanje palijativne skrbi u Hrvatskoj. Služba Božja: liturgijsko-pastoralna revija 2013;54(3-4):367-376.
12. U 2016. novi sustav palijativne skrbi. Dostupno na: <https://zdravlje.hina.hr/content/9106482>. Pristupljeno: 17.03.2017.

13. Ozimec-Vulinec Š. Interdisciplinarni tim u palijativnoj skrbi. *Plavi fokus*, HKMS 2010;1:32-36.
14. Lučanin D, Despot-Lučanin J. Komunikacijske vještine u zdravstvu. Zdravstveno veleučilište, Zagreb 2010.
15. Kubler-Ross E. Razgovori s umirućima. Provincija franjevac trećoredaca, Zagreb 2007.
16. Buckman R. Ne znam što reći: Kako pomoći i podržati umiruće. Školska knjiga, Zagreb 1996.
17. Čačko M. Zdravstvena njega umirućeg bolesnika. *Moj glas*, KBSD 2012;2:12-19.
18. Prlić N. Zdravstvena njega. Školska knjiga, Zagreb 2009.
19. Franković S. Zdravstvena njega odraslih. Medicinska naklada: Hrvatska udruga medicinskih sestara, Zagreb 2010.
20. Jukić M, Majerić-Kogler V, Fingler M. Bol – uzroci i liječenje. Medicinska naklada, Zagreb 2011.
21. Čerkez-Habek J. Liječenje gastrointestinalnih simptoma u palijativnoj skrbi. *Acta medica Croatica* 2013;67(3):241-249.
22. Šamija M, Nemet D. Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika. Medicinska naklada, Zagreb 2010.
23. Tokić L. Prehrana onkološkog bolesnika. *Plavi fokus*, HKMS 2010;1:46-51.
24. Prološćić I. Subkutana infuzija. *Shock*, Glasilo HDMSARIST 2014;1:4-19.
25. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zdravstveno veleučilište, Zagreb 2006.
26. Priest H. Uvod u psihološku njegu u sestrinstvu i drugim zdravstvenim strukama. Slap, Jastrebarsko 2014.

27. Sestrinske dijagnoze 2. Dostupno na:
http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf.

Pristupljeno: 18.04.2017.

28. Piškorjanac S. Uloga duhovnosti u liječenju maligne boli. Plavi fokus, HKMS, Zagreb 2010;1:41-45.

29. Povelja prava umiruće osobe. Dostupno na: <http://www.zaklada-sandra-stojic.hr/PoveljaPrava>. Pristupljeno: 18.04.2017.

8. ŽIVOTOPIS

Antonia Dokoza rođena je 22.07. 1990. godine u Zadru. Osnovnu školu završila je 2005. godine u Radovinu, nakon čega upisuje Klasičnu gimnaziju Ivana Pavla II u Zadru. Maturirala je 2009. godine sa odličnim uspjehom. U Splitu 2013. godine upisuje preddiplomski sveučilišni studij, smjer sestrinstvo.