



**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 859/2017/SS

**Sveobuhvatna sestrinska skrb bolesnika u
terminalnoj fazi maligne bolesti**

Maja Benković, 3981/601

Varaždin, travanj, 2017.godine



**Sveučilište
Sjever**

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br.859/2017/SS

**Sveobuhvatna sestrinska skrb bolesnika u
terminalnoj fazi maligne bolesti**

Student:

Maja Benković, 3981/601

Mentor:

Marijana Neuberg, mag.

Varaždin, travanj, 2017. godine

Predgovor

Zahvaljujem svojoj mentorici Marijani Neuberg na pomoći i savjetovanju tijekom izrade ovog završnog rada.

Zahvaljujem svim svojim prijateljima koji su bili uz mene u najboljim i najgorim trenucima i pružali mi bezuvjetnu potporu.

I na samom kraju duboko zahvaljujem svojim roditeljima i svom zaručniku bez kojih ne bih ostvarila svoj uspjeh i snove te koji su me podržavali i usmjeravali na pravi put.

Veliko Vam hvala!

Sažetak

Palijativna medicina jedna je od novijih grana moderne medicine. Glavno središte palijativne medicine je skrb za terminalno oboljele bolesnike koji su u završnom stadiju svoje bolesti. Organizacija palijativne medicine potrebna je na svim razinama zdravstvene zaštite. U palijativnoj skrbi pokušavamo poboljšati kvalitetu bolesnikova života i njegove obitelji te olakšati patnju, bol i druge simptome bolesti. Palijativni pristup potpuni je holistički pristup prema drugoj osobi, od kojih je jedan zdravstveni djelatnik, a drugi bolesnik. Palijativna skrb počinje kada su iscrpljene klasične metode liječenja. Dostupnost palijativne skrbi mora se osnivati na potrebama i ne treba je ograničavati na tip bolesti, geografsku lokaciju ili socioekonomski status onoga koji takvu skrb treba. Svi koji se skrbe za umiruće bolesnike trebali bi sudjelovati u radionicama, usmjerenim na psihološke oblike skrbi. Palijativna skrb zapravo podrazumijeva cjelokupnu skrb za bolesnika u terminalnoj fazi bolesti i njegovu obitelj. Terminalna bolest je medicinski izraz koji se koristi za opisivanje bolesti koja se ne može izliječiti ili adekvatno tretirati te od koje se očekuje da će rezultirati smrću pacijenta u kratkom vremenskom periodu. Smrt je dio života. Vrlo je važno što bolje i kvalitetnije poboljšati bolesnikove kvalitete života, a ujedno i pružati veliku podršku njegovoj obitelji, čak i nakon smrti, pa sve do završetka procesa žalovanja. Medicinska sestra koja prati stanje bolesnika u terminalnoj fazi bolesti zna kada treba uključiti i ostale članove zdravstvenog tima. Ovisno o prilikama, uključivani su i drugi članovi tima - fizikalni terapeut, psiholozi te nezdravstveni volonteri kao zamjena za zaposlene ukućane. Po potrebi se uključuju i konzultanti - dobrovoljci: kirurg, dermatolog, fizijatar, pravnik i duhovnik. Iz definicije palijativne skrbi Svjetske zdravstvene organizacije razaznaje se palijativni pristup: "Palijativna je skrb pristup koji kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji suočavajući se s problemima povezanim uz bolest koja prijeti životu. Medicinske sestre trebaju tijekom trajanja bolesti educirati obitelj, kako i na koji način će postupiti po dolasku smrti. Završno vrijeme čovjekova života nosi mnogo dublju dimenziju života. Znatno je važnije biti prisutan uz umiruću osobu. No za prisutnost je potrebno učenje, prihvaćanje boli, patnje, žalosti i umiranja kao sastavnog dijela života. Dobra komunikacija je zapravo dobar preduvjet za pravu skrb za bolesnike i njihove obitelji. Komunikacija je jedna od najčešćih vještina kojom se zdravstveni djelatnici koriste u svakodnevnom poslu. Vrlo je važno dobro baratanje komunikacijskim vještinama. To je sastavni

dio svakog odnosa s bolesnikom i njegovom obitelji, a na kraju i ključ uspjeha medicinske sestre odnosno zdravstvenog tima.

Ključne riječi: palijativna skrb, maligna bolest, komunikacija, bolesnik, smrt, žalovanje.

Summary

Palliative medicine is the one of the newer branches of medicine. Its focus is care for terminally ill patients in the final stage of their illness. The organisation of palliative medicine is necessary on all the levels of health care. Palliative care tries to improve the quality of life for both the patient and the family as well as to make suffering, pain and other symptoms of illness easier. A palliative approach is the complete holistic approach towards the other person, a healthcare professional and a patient. Palliative care starts when all the standard methods of cure have been exhausted. The accessibility of palliative care must be based on needs and should not be limited to the type of illness, geographical location or socioeconomic status of the person who needs such care. All those who care for dying patients should participate in workshops, aimed at the psychological forms of care. Palliative care implies the complete care for a patient in the terminal phase of illness as well as for the family. Terminal illness is a medical term used for describing an illness that cannot be cured or treated adequately and that is supposed to end with death of a patient in a short period. Death is a part of life. It is very important to improve patient's quality of life as much as possible and to give the family a big support, even after patient's death, all the way to the end of grieving. A nurse who observes the condition of a patient in the terminal phase of illness knows when the other members of the healthcare team should be included. Depending on the circumstances, the other team members are included – physical therapist, psychologists and volunteers who are not healthcare professionals as a replacement for the busy family members. If necessary, the consultants are included – volunteers; surgeon, dermatologist, physiatrist, lawyer and priest. The palliative approach can be recognized from the definition of palliative care according to World Health Organisation: “Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing problems associated with life-threatening illness,” During illness nurses should educate a family as to what will they do when death comes. The final period of life has much deeper dimension of life. It is of great importance to be with a dying person. This includes education, acceptance of pain, mourning and dying as a part of everyone's life. A good communication is an important precondition for an appropriate care for patients and their families. Communication is one of the most common skills healthcare professionals use in their everyday work. It is of great importance to communicate well. That is the essential part of the relationship with a patient and his family as well as the key to the success of a nurse and a healthcare team.

Keywords: palliative care, malignancy, communication, patient, death, mourning.

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Proces i faza umiranja	3
3.	Osnovna obilježja palijativne skrbi i hospicija	5
3.1.	Hospicij	5
3.2.	Palijativna skrb.....	9
3.2.1.	Povijest u palijativnoj skrbi.....	9
3.2.2.	Bolesnici i njihove potrebe	9
3.2.3.	Definicije palijativne skrbi.....	10
3.2.4.	Vodeći uzroci smrti.....	13
4.	Komunikacija u palijativnj skrbi.....	14
4.1.	Komunikacija, suradnja i pomoć bolesniku i njegovoj obitelji.....	14
5.	Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi	18
6.	Problemi i simptomi u palijativnoj skrbi.....	21
6.1.	Bol.....	21
6.2.	Fiziološke potrebe	22
6.3.	Gastrointestinalni simptomi	24
6.3.1.	Mučnina i povraćanje.....	24
6.3.2.	Opstipacija	24
6.3.3.	Proljev	25
6.4.	Respiratorni simptomi.....	25
6.4.1.	Dispneja	25
6.4.2.	Kašalj	26
6.4.3.	Hemoptiza	26
6.5.	Metabolički simptomi	27
6.5.1.	Anoreksija i kaheksija.....	27
6.5.2.	Sindrom neuobičajenog umora (fatigue).....	27
7.	Stres i sindrom sagorijevanja medicinskih sestara na odjelu palijativne skrbi	28
8.	Žalovanje.....	31
9.	Sestrinske dijagnoze.....	33
9.1.	Kronična bol.....	33

9.2.	Mučnina	34
9.3.	Povraćanje.....	35
9.4.	Visok rizik za pad	36
9.5.	Visok rizik za oštećenje sluznice usne šupljine	37
9.6.	Umor	37
9.7.	Strah	38
9.8.	Žalovanje.....	39
10.	Zaključak.....	40
11.	Literatura.....	41

1. Uvod

U ostalim područjima medicinske prakse, palijativna skrb zahtijeva koordinaciju i kooperaciju između zdravstvenih djelatnika, bolesnika i obitelji. Palijativna skrb bazirana je na planiranju, ublažavanju simptoma i uklanjanju kriznih perioda, a također može biti bazirana i na skrbi kod kuće te mora uključivati edukaciju samog bolesnika i njegove obitelji. Svaki bolesnik mora imati individualni plan zdravstvene njege odnosno tretman koji bi bio razumljiv zdravstvenim djelatnicima, bolesniku i obitelji. Palijativa je obuhvaćena osnovnim obilježjima suvremenim definiranjem kroz organizacijske oblike, bioetičke i zakonodavne okvire palijativne medicine. Palijativna medicina ne može izliječiti osobu, ali može o njoj skrbiti, ublažiti joj bol i patnju, čuvajući dostojanstvo osobe kao jedinstvenog ljudskog bića. “Otpribliže polovina bolesnika u palijativnoj medicini ima neku od onkoloških bolesti, značajan je broj bolesnika s demencijom, moždanim udarom te krajnjim stadijima bolesti jetre ili srca.”[1] “Brojni aspekti palijativne medicine primjenjivi su i ranije tijekom bolesti, tako da se smatra da palijativno liječenje treba obuhvatiti razdoblje od dijagnoze neizlječive bolesti do razdoblja žalovanja nakon smrti bolesnika”[1] Zbog toga multidisciplinarni palijativni tim bez stroge hijerarhije okuplja razne stručnjake koji međusobno i zajednički razvijaju programe i ciljeve liječenja. Palijativna skrb osnovno je ljudsko pravo na zdravstvenu zaštitu koja uključuje zdravstvene aktivnosti kao što je preventivno, kurativno i palijativno liječenje. Organizacija palijativne medicine potrebna je na svim razinama zdravstvene zaštite. “Palijativni pristup predstavlja primjenu palijativnih principa u kliničkoj praksi, potreban je već od početka bolesti koja je povezana s mogućom prijetnjom životu, a nužna kad je smrtni ishod bolesti predvidljiv. Poznavanje i primjena palijativnog pristupa očekuju se od svih pružatelja palijativne skrbi, bilo profesionalaca ili volontera koji povremeno skrbe o palijativnim bolesnicima.”[1] Palijativni pristup potpuni je holistički pristup prema drugoj osobi, od kojih je jedan zdravstveni djelatnik, a drugi bolesnik. Intervencije palijativne skrbi usmjerene su primarno na smanjenje boli te psihičke, socijalne i duhovne patnje što poboljšava kvalitetu života, a ujedno objašnjavajući da je kvaliteta života ispred same kvantitete. “Trenutak za primjenu palijativne skrbi počinje kada su iscrpljene klasične metode liječenja ili kada su znaci širenja maligne bolesti dostigli stupanj koji bolesnik teško podnosi.”[1] Obitelj, bolesnik i njegovo okruženje, obrazovanje i iskustvo čine ključne elemente bez kojih uspješno pružanje palijativne skrbi nije moguće, a također je važno i

uključenje interdisciplinarnog tima koji je sačinjen od medicinskih sestara, socijalnih radnika, psihologa, rehabilitatora, nutricionista, farmakologa, volontera i svećenika. Fizičke i psihičke intervencije usmjerene na neizbježnu smrt moraju poštovati kulturu, duhovnost, vjeru, načine tugovanja i gubitka umirućeg bolesnika. Za bolesnike koji usprkos napretku u liječenju dožive fazu terminalne bolesti, palijativna medicina postaje najvažniji oblik liječenja. Važnost komunikacije u medicini prepoznata je još kod predpovjesnih iscjeljitelja. Ona je važna, nezaobilazna i kritična točka na putu do uspješne dijagnoze i liječenja te uspostave odnosa s bolesnikom na kognitivnoj i emocionalnoj razini. U palijativnoj medicini to je vrlo težak i zahtjevan proces, odnosno, bez dobre komunikacije, nema dobre palijativne skrbi. Ona je neophodna u svim fazama liječenja bolesnika s onkološkom bolešću, tijekom liječenja i kasnijih terapija relapse i konačno u terminalnoj fazi bolesti.

“U palijativnoj medicini susrećemo se s obiljem etičkih tema, od donošenja odluka do zaštite prava bolesnika s uznapredovalom bolešću, koji imaju ista prava kao i drugi bolesnici ili građani, na primjereno liječenje, dostojanstvo te najbolje moguće oslobađanje od boli i patnje. Etički aspekti palijativne medicine uključuju dobročinstvo i neškodljivost, autonomnost – pravo bolesnika na donošenje odluka, pravednost, istinoljubivost i povjerenje, načelo istinitosti, terapijske razmjernosti, dvostrukog učinka, prevencije, ne napuštanje i tretman boli.”[1]

Cilj ovog rada je predstaviti palijativnu skrb započevši od same definicije pa do mogućnosti njenog usavršavanja i razvoja, zatim objasniti glavne probleme sustava u kojem se nalazi palijativna skrb, opisati probleme samih palijativnih bolesnika, faze suočavanja sa smrću, sestrinsku strategiju za pomoć bolesniku i obitelji, komunikaciju s bolesnikom i obitelji s posebnim osvrtom na ulogu medicinske sestre u palijativnoj skrbi te psihičko stanje medicinske sestre.

2. Proces i faza umiranja

Smrt se često naziva jedinom sigurnom činjenicom ljudskog života. Umiranje i smrt su jedno od sastavnih dijelova čovjekova života sa svim segmentima. Dolazi kao posljednji događaj života kojeg smo svi svjesni, ali rijetko se priča o tome. Smrt je kraj života; neizbježna činjenica, a vjerovatno i stanje. Malo zdravih ljudi stvarno želi umrijeti i malo je ozbiljnih bolesnika koji požuruju vlastitu smrt. Svi smo mi programirani da se grčevito držimo života što je dulje moguće. Kada nam netko kaže da bolujemo od neizlječive bolesti, tu činjenicu vrlo teško prihvaćamo. “Svatko suočen s prijetnjom smrti mora prijeći put od razmišljanja o sebi kao savršeno zdravoj osobi (što svi više-manje i stalno činimo) do razmišljanja o sebi kao osobi koja bi mogla umrijeti i konačno kao osobi koja će umrijeti. Taj prijelaz ide od „to se meni neće dogoditi (iako znam da bi se jednog dana i moglo)“, preko „to bi mi se moglo dogoditi“, do „to mi se događa.“[1] Prirodna smrt nastupa nakon otkazivanja vitalnih organa najčešće uslijed bolesti koja može biti akutna, kronična ili prouzrokovana istrošenošću vitalnih organa uslijed starosti. Terminalna bolest je medicinski izraz koji se koristi za opisivanje bolesti koja se ne može izliječiti ili adekvatno tretirati te od koje se očekuje da će rezultirati smrću pacijenta u kratkom vremenskom periodu. U većini slučajeva bolesnik se smatra terminalno bolestan kada mu je očekivani životni vijek šest mjeseci ili manje.

Proces umiranja može biti strašniji od same spoznaje da će život završiti, a bolesnici prolaze kroz niz različitih faza prihvaćanja kada je takva bolest dijagnosticirana.

Postoji nekoliko faza:

- Poricanje se očituje kao nevjerica, osamljivanje, odbacivanje činjenica i poricanje realnosti
- Gnjev je bijes radi poremećenih planova, osjećaj odbačenosti, zavist i mržnja prema onima koji mogu uživati u životu koji je često usmjeren prema medicinskom osoblju
- Cjenkanjem pokušavamo odgoditi smrt, npr. “progovori s Bogom”, zavjetovanje i obećanje u promjene i preobrazbe
- Depresija je svjesnost sebe u novoj ulozi, gubitak sebe, žaljenje za propuštenim tijekom života, osjećaj stida nesposobnosti i krivnje

- Prihvaćanje je neminovna sudbina i realnost, nastojanje iskorištenosti preostalog vremena, prihvaćanje preostale sposobnosti i traženje mira te tiha prisutnost obitelji oko njih

“Valja poći od pretpostavke da se svi bolesnici osjećaju osamljeno i da im treba posvetiti vrijeme, saslušati ih i omogućiti im da izraze svoje osjećaje. Svi to neće prihvatiti. Nekima je dovoljno pet ili deset minuta, drugima treba više.”[2] “Ciljevi zbrinjavanja u posljednjim trenucima života:

- Omogućiti udobnost bolesniku – fizičku, emotivnu i duhovnu
- Omogućiti mir i dostojanstvo u posljednjim satima
- Zbrinjavanjem i podrškom koja se pruža umirućem bolesniku i njegovim bližnjima učiniti sve da sjećanje obitelji na posljednje trenutke bude što pozitivnije.

Umirućem bolesniku treba prekinuti sve nepotrebne intervencije, treba prekinuti unos hrane i tekućine putem sonde. Pretjerana hidracija pojačava sekreciju u respiratornom traktu što uznemirava pacijenta. Sa pacijentom i njegovom obitelji treba razgovarati o prognozi (pacijent umire), ciljevima zbrinjavanja i o tome gdje pacijent želi umrijeti.”[2]

“Svi koji se skrbe za umiruće bolesnike trebali bi sudjelovati u radionicama, usmjerenim na psihološke oblike skrbi. Čak iako se ne bave intenzivnim individualnim radom, specifična izobrazba pomaže većem razumijevanju, povjerenju i sposobnosti za borbu na bezbroj načina s mnogim snažnim emocijama s kojima se suočava bolesnik, njegova obitelj, ostali njegovatelji i profesionalci.”[2] “Zdravstveni djelatnici se, u pravilu, nalaze u pratnji bolesnika na tom posljednjem putu za koji i oni sami trebaju biti odgovarajuće pripremljeni.”[1]

3. Osnovna obilježja palijativne skrbi i hospicija

3.1. Hospicij

Život je najveća vrijednost koju čovjek ima. Nažalost, zdravi ljudi o tome uopće ne razmišljaju sve dok se ne razbole. Hospicij je namijenjen bolesnicima u terminalnoj fazi bolesti kojima su ostala najviše tri mjeseca života, a ponekad je riječ o osobama u srednjoj ili mlađoj životnoj dobi. Kad se ljudi razbole od neizlječive bolesti, pate i trpe bolove, a pojava straha od neizvjesnosti i smrti je nepodnošljiva. Možemo se složiti da takve bolesti i patnja postaju granica i kušnja za ljudski um, posebice kad se ostane napušten i sam. Neizlječiv bolesnik ne traži izbjavljenje od smrti već od tegoba i bolova, a ponekad i samo malo produljenje života koji zdrave osobe ne smatraju vrijednim.

Hospicij proizlazi od latinske riječi - dobrodošlica, gostoprimstvo pruženo strancu, osjećaj topline između domaćina i gosta. Pod pojmom hospicij ne podrazumijevamo zgradu već razradu jedne filozofije u kojoj isljučivi naglasak nije na smrti kao događaju koji se prihvaća i događa kada zato dođe vrijeme, nego je filozofija hospicija orijentacija na život. Važnost se pridaje kvaliteti života bolesnika i njima bliskih osoba koje će ih nadživjeti. "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." [3] "Najosnovniji je možda stav koji članovi osoblja hospicija moraju imati da se ljudi koji boluju od neizlječive bolesti ne smatraju promašajima, a skrb o njima kao ograničena i neplodna praksa onih kojima nedostaje sposobnosti za rad s aktivnim terapijama. Upravo obratno - uspjesi su možda drugačiji, ali osnovna načela skrbi o krajnje bolesnima u mnogim su gledištima jednaka načelima skrbi o oboljelima od bilo koje bolesti." [3]

"Hospiciji su nastali s pojavom reformacije, ali samu riječ oživjela je Jeanne Garnier u Francuskoj 1842. godine kako bi njome označila ustanovu za skrb o umirućima. Neovisno o njoj, irski su redovnici osnovali hospicije za umiruće u Dublinu 1879. godine i u Londonu 1905. godine." [3]

“Drugi važan doprinos hospicijskom pokretu bolnice St. Luke, a time i cijelom spektru palijativne medicine, bio je režim redovitog peroralnog davanja morfija, radi suzbijanja konstantne boli kod uznapredovalog raka.”[2]

U Hrvatskoj je u nekoliko navrata pokrenuta inicijativa za otvaranjem hospicija. Godine 1974. u Zagrebu je u Središnjem institutu za tumore i slične bolesti pokrenuta akcija za osnivanje “umirališta”, ali zbog određenih okolnosti ta inicijativa nije nikad pokrenuta. “U službi za neurologiju i psihijatriju Požeške bolnice 1991. godine pridružen je novi odjel, organiziran i dijelom inspiriran St. Christopher’s hospice pokretom. Svrha mu je bila pružanje stručne medicinske i psihološke pomoći radi poboljšanja života bolesnika u krajnjem stadiju malignih i drugih bolesti kojima je potrebna palijativna skrb, a da bude otvoren svim stanovnicima, bez obzira na dob, spol, vjeru i mogućnost plaćanja. Osim pomoći bolesniku namjera mu je bila i pomoć obitelji s obzirom da su oboljeli bili u završnom stadiju bolesti. Obzirom na cjelokupnu situaciju u zemlji, rat koji je bjesnio, neadekvatan broj zaposlenih, zaprimanje pokretnih bolesnika, nakon godinu dana odjel je zatvoren.”[3]

“Organizirani hospicijski pokret u Hrvatskoj definitivno je započeo s Prvim simpozijem o hospiciju i palijativnoj skrbi, vođenim od Anice Jušić (profesorica neurologije u mirovini). Slogan je bio «Smrt je dio života» održan je 6. i 7. svibnja 1994. godine u Zagrebu, u dvorani Hrvatskog liječničkog zbora, otvoren od delegata Cicely Saunders – Nigela Sykesa. Povijest pojedinačnih inicijativa u palijativnoj skrbi, glavne psihosocijalne teme i razna poglavlja palijativnog liječenja, naročito liječenja maligne boli, bili su predstavljeni uz koorganizacijsko vodstvo Akademije medicinskih znanosti Hrvatske, Hrvatske lige protiv raka i nekih drugih organizacija. Obradeni materijali sa simpozija izdani su kasnije u knjizi zajedno s prijevodom članka Mary Baines. To je bila prva knjiga na temu hospicija u Hrvatskoj.”[7] I danas postoje velika nastojanja da se otvori hospicij, Hrvatskog društva za hospicij i palijativnu skrb. U sklopu kućne njege pokušava se sporadičnim pokušajima pokrenuti inicijativa, no osim financijskih razloga postoje mnogi problemi u edukacijskom, organizacijskom i kadrovskom pogledu. “Anica Jušić osnovala je i Hrvatsku udrugu prijatelja hospicija kao logističku potporu zbornom društvu. Započeli su tečajevi za hospicijske dobrovoljce. Godine 1999. u prosincu, bila je prva interdisciplinarna hospicijska posjeta. U jesen 2002. godine otvoren je *Regionalni hospicijski centar*, uz deklarativnu podršku Ministarstva zdravstva, kao centar za hospicijske kućne posjete te supervizijske i didaktičke sastanke i tečajeve. Centar za palijativnu medicinu, medicinsku

etiku i komunikacijske vještine (CEPAMET) otvoren je 21.9.2010. godine, a 28.1.2013. godine, otvoren je i prvi hospicij u Rijeci.”[7]

U Hrvatskoj postoje tri oblika hospicija koji surađuju i djeluju povezano. To su tim kućne skrbi, dnevna bolnica i bolnički stacionar. Funkcija kućne skrbi je skrb o bolesnicima u terminalnom stadiju bolesti kod kuće. Ona kontrolira ili savjetuje kako kontrolirati simptome te rješava emocionalne i socijalne probleme. Dnevna bolnica prima bolesnike koji ne mogu kontrolirati simptome kod kuće, a ne zahtijevaju punu hospitalizaciju. Dnevna bolnica olakšava bolesnikovoj obitelji i stvara uvjete socijalnog kontakta. Bolnički odjel-hospicij osigurava stručnu medicinsku skrb i njegu kontrolirajući simptome koji nisu mogli biti odstranjeni u kući ili u dnevnoj bolnici.

“U SAD-u je velik utjecaj imala psihijatrica Elisabeth Kubler-Ross, čije su knjige uzrokovale i „pravu revoluciju“ među stručnjacima i javnošću o komunikaciji s terminalnim bolesnikom i njegovim potrebama te odnosu liječnik-bolesnik-obitelj. Uz hospicijsku palijativnu medicinu vrlo se brzo počela razvijati i hospitalna palijativna medicina. Tako 1974. godine urološki kirurg Balfour Mount osniva prvu svjetsku palijativnu službu pri bolnici u Montrealu (Kanada), kao dio medicinskog fakulteta, a sve više se naglašava vrijednost palijativne službe pri bolnicama (palijativni odsjeci), osobito u cilju kontrole boli. B. Mount prvi upotrebljava izraz palijativna skrb.”[1]

Moderna hospicijska skrb je briga o teškom bolesniku, a pojavljuje se kao novi pristup životu, umiranju i smrti. To nisu mjesta za umiranje kako se zbog neznanja često smatra. To bi trebala biti mjesta gdje će se vršiti psihička i fizička stabilizacija bolesnika, kontakti s liječnicima, medicinskim sestrama, njegovateljicama, volonterima, socijalnim radnicima, svećenicima i članovima obitelji uz podršku u kućnoj njezi, ali i uz podršku zajednice. Hospicij je novi pristup podizanja dostojanstva teško bolesnih i umirućih osoba uz drugačiji pristup suzbijanju i trajnoj kontroli boli, uz poticanje bolesnika, promjenu plana dosadašnjeg liječenja, hospicijsku skrb i samopomoć jer su život i smrt dva kraja istoga lanca. Hospicij ne treba shvaćati kao domove za njegu već kao vraćanje umirućeg bolesnika u njegov dom, u njegovu obitelj koja je obučena za poboljšanje ostatka života i ispunjavanje njegovih posljednjih želja, uz naglasak na timski rad. Cilj hospicija je spriječiti patnje i bol i to redovito do kraja, po mogućnosti u domu bolesnika, voditi računa o uzimanju lijekova u pravoj dozi, najbolje preko

usta i u pravo vrijeme te se približiti bolesniku koji umire. Teškom bolesniku palijativna skrb pristupa holistički, tj. u središtu pozornosti nije samo bolest, odnosno bolesni organ, nego cijela osoba sa svim svojim psihološkim, društvenim i duhovnim problemima. Hospicijski kućni posjeti organizirani su na sljedeći način: prvi bi se kućni posjet sastojao od dva do tri člana tima, od liječnika i medicinske sestre ili socijalnog radnika, sa zadatkom procjene potreba bolesnika i obitelji. Kasnije kućne posjete svode se na zdravstvenu njegu, a tu medicinska sestra koja odlazi u kućnu posjetu te prati stanje i bilježi promjene kod bolesnika i samim time obavještava liječnika i obitelj o stanju bolesnika. Medicinska sestra koja prati stanje bolesnika u terminalnoj fazi bolesti zna kada treba uključiti i ostale članove zdravstvenog tima. Ovisno o prilikama, uključivani su i drugi članovi tima - fizikalni terapeut, psiholozi te nezdravstveni volonteri kao zamjena za zaposlene ukućane. Po potrebi se uključuju i konzultanti - dobrovoljci: kirurg, dermatolog, fizijatar, pravnik i duhovnik. Bolesniku bi trebala bit osigurana pomagala za njegu, a medicinska sestra koja obilazi u kućnu posjetu obitelj educira kako ih koristiti. Hospicij se sastoji od medicinskog i socijalnog kriterija. Medicinski kriterij je da se radi o osobi u terminalnoj fazi bolesti za koju je liječnik prosudio da joj daljnje liječenje neće pomoći, a preostalo joj je od tri do šest mjeseci života. Socijalni kriterij je da obitelj nije u stanju financijski ili na drugi način brinuti se o pacijentu i zbog toga se pacijent smješta u ustanove palijativne skrbi- hospicije koji imaju dovoljno educirano medicinsko osoblje da se mogu brinuti o pacijentima u terminalnoj fazi bolesti. Dob pacijenta nije uvjet, kao ni to odakle dolazi. Zdravstveno osoblje u takvim ustanovama mora imati redovite edukacije koje su multidisciplinarno usmjerene prema oboljelima u palijativnoj skrbi i na sve etičke probleme s kojima se nose prije svega svi zdravstveni radnici te obitelj, prijatelji i sam bolesnik. Zato su multiprofesionalnost i odnos s kojom će se različite zdravstvene struke međusobno povezivati u hijerarhiju s etičkim načelima u palijativnoj skrbi izrazito važne kod pristupa bolesniku i obitelji u terminalnoj fazi bolesti.

Europska deklaracija o pravima čovjeka određuje da pacijenti imaju pravo na medicinsku zaštitu do smrti i dostojanstvenu smrt. Svako se pravedno i dostojanstveno ljudsko društvo određuje prema svome stavu i pogledu na one koji pate te kako se prema njima odnosi.

3.2. Palijativna skrb

3.2.1. Povijest u palijativnoj skrbi

“Tvorac naziva “palijativna skrb” je Kanadčanin, onkolog dr. Balfour Mount. Naziv potječe od latinske riječi pallium – plašt, vanjski pokrivač za ljude ili predmete. Taj se naziv proširio najprije u SAD-u i u Kanadi, a kasnije i u Europi u prvom redu kao zamjena za višeznačnu riječ hospicij, koja redovito uključuje i pojam skore smrti.”[5]

“U zadnje dvije godine Ministarstvo zdravlja pokrenulo je program palijativne skrbi, tako je u rujnu 2012. godine otvoren Odjel za palijativnu skrb u OB Varaždin – Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb u Novom Marofu, a OB "Hrvatski ponos" u Kninu Odjel za palijativnu skrb dobio je odobrenje za obavljanje ove djelatnosti isto kao i Specijalna bolnica za produženo liječenje Duga Resa. Registraciju za djelatnost palijativne skrbi ima i Psihijatrijska bolnica “Sveti Rafael”, Strmac Šumetlica, pored Nove Gradiške. U Rijeci je 28. siječnja 2013. godine otvoren prvi hospicij "Marija Krucifiksa Kozulić". Nastavlja se sa smanjenjem akutnih kreveta u općim bolnicama, koji se zamjenjuju krevetima za potrebe palijativne skrbi. U 33 hrvatska mjesta dostupna je palijativna skrb, a u Istri se ona već pruža na europskoj razini.”[7]

3.2.2. Bolesnici i njihove potrebe

Bolesnici na umoru sučeljavaju se s različitim oblicima gubitka - tjelesnog zdravlja, neovisnosti, karijere i statusa, normalnog obiteljskog života, planova za budućnost, motivacije i smisla života uopće. Gube samopouzdanje i vjeru u vlastite sposobnosti upravljanja svojim životom. Umiranje je prirodni životni proces koji završava smrću. Završno vrijeme čovjekova života nosi mnogo dublju dimenziju života. Znatno je važnije biti prisutan uz umiruću osobu. No za prisutnost je potrebno učenje, prihvaćanje boli, patnje, žalosti i umiranja kao sastavnog dijela života. Također, brzo rastuće područje dječje palijativne skrbi pokazalo je veliku potrebu pomaganja teško oboljeloj djeci od malignih bolesti. Bolesnikovo je pravo da se s njim postupa do smrti kao s živim čovjekom koji ima svoje dostojanstvo i pravo da mu se umanji bol i patnja. Bolesniku treba omogućiti da samostalno donosi odluke, a ne da se o njemu odlučuje. Posljedni dani bolesnika često su najvažniji dio života, vrijeme kada se izgrađuje konačna slika sjećanja, slika o preminulom, a ona može biti odlučna za nastavak života obitelji tijekom žalovanja. Bolesnici zbog nemogućnosti da i dalje normalno žive i zbog samog približavanja smrti imaju

veliki raspon potreba koje treba zadovoljiti i koje će im olakšati patnju uzrokovanu vlastitim stanjem. Svaki bolesnik izražava patnju na svoj način, tako da je prema tome palijativna skrb idealan primjer skrbi usmjerene na osobu.

3.2.3. Definicije palijativne skrbi

Palijativna medicina nova je grana medicine koja proučava postupak s bolesnicima oboljelih od aktivne, progresivne i uznapredovale bolesti s nepovoljom prognozom.

Palijativni nam principi omogućavaju sagledavanje okolnosti i teškoća koje uzrokuju patnju i utječu na kvalitetu života bolesnika. Palijativni je pristup potreban već od početka bolesti koja je povezana s mogućom prijetnjom životu, a nužna kad je smrtni ishod bolesti predvidljiv.

Iz definicije palijativne skrbi Svjetske zdravstvene organizacije razaznaje se palijativni pristup: “Palijativna je skrb pristup koji kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji suočavajući se s problemima povezanim uz bolest koja prijeti životu. Poboljšanje kvalitete života odnosi se na sprječavanje i olakšanje patnje putem rane identifikacije, besprijeorne prosudbe i liječenja boli i drugih fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih teškoća. Obuhvaća i skrb tijekom žalovanja obitelji.”[1] Palijativni pristup je potpuni holistički pristup prema drugoj osobi odnosno bolesniku, od koje je jedan od njih zdravstveni djelatnik, a druga osoba bolesnik. “Holistički je pristup nesumljivo poželjan u medicinskoj praksi bez obzira na vrstu ili stadij bolesti no u palijativnoj je skrbi esencijalan i bez njega nije moguća kvalitetna palijativna skrb.”[1] Od zdravstvenih djelatnika se očekuje poznavanje problematike i postupaka kao i samu procjenu situacije kada su potrebni. “Palijativni pristup izgrađuje se kontinuiranim radom s bolesnicima, obiteljima i kolegama, osobnom izgradnjom te stalnim profesionalnim usavršavanjem.”[1]

“Palijativna je skrb specijalizirana medicinska skrb usmjerena na osobe koje boluju od teških bolesti. Njezina je svrha pružiti bolesnicima olakšanje od simptoma, boli i stresa ozbiljne bolesti bez obzira na dijagnozu. Ta vrsta skrbi usredotočena je na pružanje olakšanja bolesniku od simptoma, boli i stresa uzrokovanih ozbiljnom bolešću. Svrha je poboljšati kvalitetu života, kako za bolesnike tako i za njihove obitelji. Palijativnu skrb pruža tim liječnika, medicinskih sestara i drugih specijalista koji surađuju s bolesnikovim liječnikom kako bi mu pružili dodatnu razinu podrške. Palijativna je skrb prikladna u svakoj dobi te u svakom stadiju ozbiljne bolesti

može se pružati usporedno s kurativnim liječenjem bolesti.”[4] U nastojanju da se još više produlji život te poboljša kvaliteta i kakvoća života bolesnika u terminalnoj fazi bolesti potrebno je podignuti razinu znanja svih članova zdravstvenog tima koji zbrinjavaju bolesnike u terminalnoj fazi bolesti. Za početak je potrebno uvesti palijativnu skrb u srednje škole, zatim kao kolegije na fakultetima i višim školama, a nakon edukacije stručnog kadra potrebno je educirati i populaciju, a to su neki od preduvjeta za odvijanje palijativne skrbi na višem nivou.

“Treba naglasiti da palijativna skrb u najširem obliku predstavlja osnovno građansko pravo i mora postati bitan sastavni dio zdravstvenog sustava. Težište skrbi je na kvaliteti života do smrti. Multiprofesionalnost i odnos prema oboljelima u palijativnoj skrbi nije kompetitivni odnos u kojem će se struke odmjeravati u važnosti stvaranja međusobne hijerarhije, već je to proces u kojem ćemo svojim znanjem pomoći da odnos prema onima koji boluju od neizlječivih bolesti odgovori etičkim načelima i standardima stoljeća u kojemu živimo. Parlament Vijeća Europe 2008. godine predložio je da palijativna skrb postane model za reforme zdravstvene i socijalne politike uopće.”[5] Od svih bolesnika koji godišnje umiru i trebaju zdravstvenu njegu samo manji broj bolesnika treba i palijativnu skrb zadnjih 12 mjeseci prije smrti. Palijativna je skrb područje zdravstvene zaštite koje se bavi sprječavanjem i ublažavanjem patnje bolesnika. Za razliku od hospicijske skrbi, palijativna medicina prikladna je za bolesnike u bilo kojoj fazi bolesti, uključujući oboljele od izlječive bolesti te kroničnih bolesti, kao i bolesnike koji se bliže kraju života. Palijativna medicina koristi multidisciplinarni pristup skrbi za bolesnika, oslanjajući se na liječnike, medicinske sestre, socijalne radnike, psihologe, volontere, dušebrižnike i druge srodne zdravstvene stručnjake tijekom izrade plana o ublažavanju patnje u svim segmentima života bolesnika. To je potrebno u bilo koje doba i tijekom bilo koje faze terminalne bolesti i mora osigurati zajedno s tretmanom liječenja. Ovakva multidisciplinarnost omogućuje timski pristup palijativnoj skrbi tijekom rješavanja fizičkih, emocionalnih, duševnih te socijalnih briga koje se javljaju s napredovanjem bolesti. Čak i kad bolesnik ima progresivnu neizlječivu bolest koja ograničava život, palijativna se skrb uvodi tek kad su sve ostale mogućnosti aktivnog liječenja bolesti iscrpljene. Palijativna skrb uključuje obitelj i prijatelje u svoj djelokrug zato što neformalno pružanje skrbi može postati vrlo težak teret. Njezin je cilj poboljšati kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji. Palijativna skrb sveobuhvatna je skrb pružanja potrebne njege bolesnicima u terminalnoj fazi bolesti koja značajno skraćuje život. Nastoji se ublažiti bol i

podići kvaliteta života bolesnika. Palijativnom medicinom nastoji se pomoći bolesniku na psihičkom, fizičkom i duhovnom planu.

“Pojam palijativne skrbi ušao je u Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske još 2003. godine. prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti iz 2003. godine (NN 121/03) u članku 8. palijativna skrb navodi se kao jedna od mjera zdravstvene zaštite.”[7]

Cilj same palijativne skrbi jest odgovoriti na te njihove potrebe koje su izvor patnje njihove bolesti i stanja i ograničavaju im život, a također smanjiti bol i neugodne simptome bolesti kako bi bolesnik koji je u posljednjim stadijima maligne bolesti što kvalitetnije proveo zadnje dane svoga života.

“Ostale značajke palijativne skrbi prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije jesu:

- Pruža oslobađanje od boli i drugih simptoma koji izazivaju nevolje
- Naglašava život i gleda na umiranje kao na normalan process
- Nastoji da ne ubrzava niti usporava smrt
- Integrira psihološke i duhovne načine skrbi za bolesnika
- Pruža sustav potpore bolesniku, omogućujući mu da živi što je moguće aktivnije do smrti
- Pruža sustav potpore kako bi pomogli obitelji za vrijeme bolesnikove bolesti i u žalovanju
- Timski pristupa u pokrivanju potreba i bolesnika i njihovih obitelji uključujući, ako je potrebno, i savjetovanje u žalovanju
- Želi povećati kakvoću života, a može i pozitivno utjecati na tijek bolesti
- Može se primijeniti rano u tijeku bolesti, i u vezi s drugim liječenjem kojem je svrha produljiti život kao kemoterapija ili radioterapija
- Uključuje i istraživanja potrebna kako bi se bolje razumjelo i liječilo neugodne kliničke komplikacije

Iz definicije se vidi da palijativna skrb uključuje i potpornu skrb, ali ujedno pokriva puno šire područje aktivnosti, uključujući i potporu primjerenu kraju života koji neposredno predstoji.”[5]

Intervencije palijativne skrbi moraju biti usmjerene na primarno smanjenje patnje i boli jer to poboljšava kvalitetu života bolesnika.

3.2.4. Vodeći uzroci smrti

“Rak je vodeći uzrok smrti, ako se gleda globalno. Svjetska zdravstvena organizacija ustanovila je da je 7,6 milijuna ljudi umrlo od raka u 2005.-oj godini i da će 84 milijuna umrijeti u idućih deset godina ako se nešto ne poduzme. Više od 70% svih smrti od karcinoma zbiva se u zemljama s niskim ili osrednjim prihodima, gdje su sredstva za prevenciju, dijagnozu i liječenje raka ograničena ili uopće ne postoje.”[5]

Postoje četiri osnovne sastavnice kontrole karcinoma, a to su sprječavanje, rano otkrivanje, liječenje i palijativna skrb. Prema tome, trebalo bi se izbjeći i liječiti karcinom te primijeniti sve palijativne postupke u patnji bolesnika. Pristup koji je usmjeren na osobu, a usredotočen na četiri zdravstvena izazova s kojim se susretne svaka osoba kojoj je dijagnosticirana bilo koja neizlječiva bolest, a to je da mora nastaviti s terapijom za kontrolu bolesti dokle god im to dopuštaju mogućnosti, olakšavanje psihičkih i fizičkih simptoma, pomoć pri donošenju raznih odluka kod planiranja skrbi i pripremanja za smrt te podrška obitelji uključujući vrijeme prije i poslije smrti pacijenta.

Hijerarhija pružanja palijativne skrbi sastoji se od specijalističke palijativne skrbi, tima primarne zdravstvene skrbi te obitelji i prijatelja koji su neformalni davatelji skrbi. Palijativna skrb koja je usmjerena na bolesnika mora mu biti dostupna bilo gdje se pacijent nalazi.

4. Komunikacija u palijativnj skrbi

4.1. Komunikacija, suradnja i pomoć bolesniku i njegovoj obitelji

Govoriti možemo služeći se jezičnim i nejezičnim znakovima. Komuniciramo svojom cjelokupnom pojavom, držanjem i ponašanjem, a čak i kad šutimo, šaljemo poruku. Komunikacija je jedan složen proces razmjene misli, emocija, verbalnih i neverbalnih poruka koji se nužno odvija kad god postoji interakcija. Komunicirajući s drugim ljudima, čovjek izražava svoje osjećaje, potrebe, strahove i mišljenje. Komunikacija je prenošenje i razumijevanje značenja poruka, a komuniciramo da bismo prikupili, prenijeli ili razmijenili informacije. Prema načinu komuniciranja, komunikacija može biti usmena, pismena, verbalna i neverbalna. Zbog ovih načina jednostavno je nemoguće ne komunicirati. Komunikacija na području medicine obuhvaća odnos između zdravstvenih djelatnika, bolesnika i njegove obitelji, ali i komunikacija mora postojati između medicinskog osoblja s ostalim zdravstvenim djelatnicima, volonterima, raznim organizacijama, institucijama te javnosti u cjelini. Svrha komunikacije može biti različita u primanju i davanju obavijesti, zatim rješavanju problema te u donošenju važnih odluka. Dobra komunikacija je zapravo dobar preduvjet za pravu skrb za bolesnike i njihove obitelji. Komunikacija je jedna od najčešćih vještina kojom se zdravstveni djelatnici koriste u svakodnevnom poslu. To je sastavni dio svakog odnosa s bolesnikom i njegovom obitelji, a na kraju i ključ uspjeha medicinske sestre odnosno zdravstvenog tima. Vrlo je jasno da je komunikacija između liječnika, medicinske sestre i bolesnika uvelike važna kad se radi o njegovoj skrbi zbog toga jer imaju brojne utjecaje na ishode liječenja, kao i na samo zadovoljstvo s liječenjem, terapijom daljnje kvalitete života, sigurnost bolesnika timski rad i na samom kraju smanjen broj pritužbi na medicinsko liječnički rad i svih ostalih članova zdravstvenog tima. Jedan od preduvjeta za odvijanje palijativne medicine na kvalitetnom nivou je i poznavanje komunikacijskih vještina sa specifičnostima karakterističnim za palijativnu skrb. Komunikacija zahtijeva znanje, kompetenciju i tehničke vještine pružene s entuzijazmom i odgovornošću, ali uz svjesnost zdravstvenih profesionalaca da i oni nose svoju anksioznost, strahove, depresiju, bespomoćnost i niz drugih ograničenja.

“Jedno od osjetljivijih područja medicine u smislu važnosti kvalitete komunikacije jest pristup oboljelima od neizlječive bolesti i članovima njihove obitelji. Bolesnici s neizlječivom

bolešću nužno trebaju kontinuiranu podršku i dobro educiran tim, a upravo je komunikacija okosnica te podrške. Komunikacija u palijativnoj medicini izrazito je težak i zahtjevan proces, a bez dobre komunikacije nema ni dobre palijativne medicine.”[4]

Vrlo je važno poznavati dinamiku, procese, odnose i uloge te odgovornost svakog člana zdravstvenog tima. Nepravilna i nedovoljna edukacija o komunikacijskim vještinama vrlo je vjerojatno jedan od važnih razloga zašto zdravstveni djelatnici izbjegavaju otvorenu komunikaciju s bolesnicima i njihovim obiteljima, opravdavajući se danas time, kako su prezaposleni, da nemaju vremena za duži razgovor, preumorni su i preplašeni zbog neke osobne nesigurnosti u komunikaciji i često to obavljaju u žurbi na bolničkom hodniku.

“Tijekom osamdesetih godina, ljudi sve više postaju svjesni činjenice da su umirući izolirani, a da se njihova pitanja i brige izbjegavaju, stoga su često i stručnjaci zabrinuti za vlastito emocionalno preživljavanje, ako se bolna pitanja pokrenu. Među stručnjacima zdravstvene skrbi naglo je poraslo zanimanje za vještinu savjetovanja. Maguire je u člancima s Faulknerom i video zapisima s Buckmanom razvio putove istraživanja osjećaja i utvrđivanja ključnih problema otvorenim pitanjima koja umirućem ili njegovom bližnjem dopuštaju da se osjeti partnerom u dijalogu, a liječnicima i sestrama da otvoreno razgovaraju o stvarima koje ne znaju. Moorey i Greer opisuju kognitivnu uporabu u bolesnika od raka, koja im svojim tehnikama pomaže kontrolirati osjećaje tjeskobe i straha.”[2] Komunikacija u svojoj kompleksnosti jest vještina koja se svladava učenjem i praksom. Kod komunikacije s bolesnicima, a posebno palijativnim bolesnicima nužno je mirno okruženje, empatičan stav, treba pripaziti na govor tijela te navesti cilj razgovora. Potrebno je koristiti se jednostavnim riječima i dopustiti emocionalno reagiranje. Bolesna osoba ima pravo na autonomiju, ljudsko dostojanstvo, pravo na informaciju, pravo da sudjeluje u donošenju odluka i pravo da živi u najboljom mogućom kvalitetom života do smrti. Povjerenje je uspostavljeno kad bolesnik shvati da poštujemo njegove odluke, njegove prioritete i da smo mu spremni pomoći ne samo medicinski i njegovom, već i razgovorom, dodirom ili sama prisutnošću s njim. Opće je poznata činjenica da se s bolesnim ljudima tijekom njihovog liječenja ne komunicira niti dovoljno ni učinkovito. S bolesnikom treba razgovarati kada on to želi, ali prije toga treba uspostaviti odnos povjerenja između bolesnika i liječnika, medicinske sestre, kako bi im se bolesnik bez straha mogao povjeriti. Tijekom razgovora treba pacijentu dati do znanja da nam je razumljiva njegova potreba za pažnjom i pripadanjem. Pacijent treba kroz našu komunikaciju osjetiti suosjećanje. Zato za

komunikaciju zadovoljenje navedenih potreba treba naći vremena i saslušati bolesnika jer i samo slušanje može biti emocionalno olakšanje. To se odnosi posebice na bolesnike u terminalnoj fazi bolesti. Kako se može unaprijediti komunikacija s teško oboljelim bolesnicima i članovima njihovih obitelji i time humanizirati odnos prema njima i samim tim unaprijediti posljednje dane njihova života? Odgovor na to: Treba raditi na obrazovanju zdravstvenih djelatnika i u organizaciji zdravstvene skrbi radi unaprjeđenja komunikacije s teškim bolesnicima i njihovim obiteljima. Zbog nedostatka obrazovnih programa zdravstvenih škola i fakulteta u kojima su humanistički sadržaji uglavnom zanemareni, mnogi zdravstveni radnici ne shvaćaju važnost komunikacije u pružanju što kvalitetnijeg života teškom bolesniku. Pri zamršenim problemima, kao što su umiranje i smrt potreban je interdisciplinarni pristup u kojem će svaki zdravstveni djelatnik razgovarati o onom što najbolje poznaje. Liječnik će više objašnjavati medicinske aspekte bolesnikova stanja, a medicinska sestra koja je češće s bolesnikom više će pružati suosjećanju i emocionalnu podršku. Nadalje, osjećaj vlastite nesposobnosti i bespomoćnosti pred problemom umiranja stvara neugodu pa se i s tog razloga komunikacija izbjegava. Svaki put kada teško bolesna osoba zaželi razgovor trebalo bi joj se posvetiti. No bolesnici ne izražavaju želju za razgovorom, a zdravstveni djelatnici ne prepoznaju potrebu bolesnika za razgovorom. Nikako ne treba razgovarati “pod svaku cijenu”, već treba pričekati da bolesnik sam pokaže neki interes, ali treba prepoznati i neverbalne znakove.

Medicinske sestre često puta imaju ulogu tješitelja. U tom slučaju, osim znanja i vještina, sestra mora biti sposobna iskazati i empatiju. Zbog dobrog odnosa, sestra – bolesnik, važno je posjedovati dobre komunikacijske vještine. Holistički i individualni pristup prema pacijentu, stvara čvrst odnos povjerenja. Uz verbalnu komunikaciju dolazi i neverbalna koja pomaže u shvaćanju upućene poruke. Često puta je umirućemu potreban kontakt očima, geste koje prate riječi ili samo dodir kao znak pažnje. Teško je pronaći temu o kojoj bi razgovarali s umirućem. Stoga se susrećemo sa sestrama koje izbjegavaju takve pacijente. Najčešće se događaju neugodne tišine kada sestre obavljaju zdravstvenu njegu bolesnika ili uređuju krevete. U takvim trenutcima se, najčešće, razgovara o rutinskim postupcima.

Najbolje bi bilo započeti komunikaciju u vidu općih stvari. Primjerice, pozdraviti ulaskom u sobu i započeti neobavezan razgovor i na taj način pokušati saznati kako se bolesnik osjeća i koje su njegove potrebe i želje. Također je važno, kada se komunikacija uspostavi, bolesnika saslušati, sjesti pored njega, gledati ga u oči i uspostavi dodirni kontakt. Komunicirati

treba onda kada bolesnik to izrazi ili ako sestra prepozna da bolesnik ima potrebu razgovarati, ali nije siguran na koji način započeti. Razgovor ne treba forsirati, a treba se odvijati u ugodnoj prostoriji u kojoj su šumovi svedeni na minimum. Zbog toga je vrlo važno da se bolesnik osjeća ugodno, prihvaćeno, dobrodošlo.

U medicini komunikacija je ključ liječenja u svrhu postizanja cilja odnosno što boljeg terapijskog učinka. Medicinski djelatnici izloženi su najrazličitijim vrstama komunikacije u kratkom vremenskom razdoblju. Stoga je vrlo važno dobro baratanje komunikacijskim vještinama. U današnje vrijeme svjedoci smo manjka djelatnika u odnosu na broj bolesnika i gomilu administrativnih podataka. Zbog takvih nedostataka, medicinske sestre imaju deficit vremena za boravak i razgovor s bolesnikom.

5. Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi

Unatoč opsežnom razvoju medicinskih znanosti, još uvijek nije moguće izliječiti sve bolesti. Uloga medicinske sestre u hospicijskom programu je višestruka, a kreće se od uloge koordinatora, rukovodioca te osobe koja neposredno provodi zdravstvenu njegu. Odgovorna je i za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege uz kontinuiranu procjenu, evaluaciju, edukaciju bolesnika i obitelji te suradnju s ostalim članovima interdisciplinarnog tima. “Velik broj oboljelih svakodnevno umire od posljedica terminalnih bolesti, poput malignih bolesti, kroničnih nezaraznih i zaraznih bolesti. S pružanjem zdravstvene njege umirućem bolesniku susreće se gotovo svaka medicinska sestra neovisno o okruženju u kojemu radi, u bolnici, u domu umirovljenika ili u bolesnikovu domu.”[6]

“Iako je smrt dio života, najveći broj ljudi boji se umiranja i smrti. Stavovi o smrti svakog pojedinca ovise o mnogobrojnim čimbenicima, a osobito o kulturalnom okruženju i vjerskim uvjerenjima. Jedan od vodećih strahova vezan uz umiranje odnosi se na bol jer se i oboljeli i članovi njihovih obitelji boje teških nesavladivih bolova. Bolesnici se također boje i ovisnosti o drugima, napuštenosti, gubitka kontrole nad životom. Skrbeći o umirućem bolesniku, medicinska sestra suočava se s dvostrukom ulogom, zbrinjavanjem oboljelog, ali i pružanjem potpore njegovoj obitelji i prijateljima.”[4] Medicinske sestre trebaju tijekom trajanja bolesti educirati obitelj, kako i na koji način će postupiti po dolasku smrti. Treba zaključiti da je glavna aktivnost medicinske sestre pružanje podrške obitelji, poticanje na komunikaciju sa pojedincima i unutar zajednice te poticanje na razgovor o emocijama koje obitelj osjeća. Aktivnost joj je također edukacija bolesnika, obitelji i ostale populacije o umiranju i smrti.

Efikasno funkcioniranje u palijativnom programu zahtijeva kliničko znanje, kliničku prosudbu, komunikacijske vještine, koordinaciju i menadžerske vještine. Mora se rukovoditi sofisticiranim principima procjene stanja bolesnika i kontrole simptoma i biti dovoljno fleksibilna da modificira sestričke dijagnoze i planove zdravstvene njege u skladu s bolesnikovim stanjem i potrebama.

“Ključne kompetencije u palijativnoj skrbi u kojima se bolesnici i njihove obitelji nalaze:

- Omogućiti pacijentu da se tijekom cijele bolesti osjeća što udobnije.
- Udovoljiti pacijentovim psihološkim potrebama
- Udovoljiti pacijentovim socijalnim potrebama
- Udovoljiti pacijentovim duhovnim potrebama
- Odgovoriti na potrebe obiteljskih njegovatelja u odnosu na kratkoročne, srednjoročne i dugoročne ciljeve skrbi za pacijenta
- Odgovoriti na izazove povezane s kliničkim i etičkim odlučivanjem u palijativnoj skrbi
- Provoditi koordinaciju sveobuhvatne skrbi i interdisciplinarni timski rad u svim okruženjima u kojima se pruža palijativna skrb
- Razvijati interpersonalne i komunikacijske vještine primjerene palijativnoj skrbi
- Razvijati samosvijest i kontinuirano se profesionalno usavršavati.”[4]

“Za uspješnu integraciju načela palijativne skrbi ključna je prilagodba, koja se odnosi na djelatnike u palijativnoj skrbi, a ne na pacijente i obitelji koji bi u tom slučaju morali značajno promijeniti životne okolnosti.”[4] “U palijativnoj se medicini više nego igdje drugdje susrećemo s osobama koje boluju od neizlječivih bolesti kao i s njihovim obiteljima, a od nas se očekuje visokostručan, human, civilizaciji 21. stoljeća primjeren pristup u rješavanju njihovih tjelesnih, psiholoških, socijalnih i duhovnih problema.”[1] Medicinska sestra u provođenju svoje djelatnosti dužna je primjenjivati svoje najbolje stručno znanje i sposobnosti, tako da poštuje načela i prava bolesnika, etička i stručna načela koja su u funkciji zaštite zdravlja stanovništva i svakog bolesnika osobno. Medicinske sestre palijativne skrbi dio su multidisciplinarnog tima, odgovorne su za procjenu i planiranje izravnih potreba skrbi, pružaju tjelesnu i emocionalnu utjehu uz poštivanje holističkog pristupa. Povezuju članove tima, liječnika, psihologa, socijalni radnika s obitelji i bolesnikom, uz uvažavanje potreba obitelji za empatičnom komunikacijom i pružanjem podrške. Temelj funkcioniranja tima zasniva se na stalnom konsenzusu u donošenju odluka baziranoj na bolesnikovim potrebama, bolesniku kao subjektu i obitelji kao važnom čimbeniku. Uz potrebe bolesnika ne zanemaruju se niti potrebe obitelji oboljelog. One su u palijativnoj skrbi višestruki aktivni sudionik koji neposredno provodi zdravstvenu njegu, koordinira i rukovodi cjelokupnim procesom skrbi. Odgovorna je za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege uz kontinuiranu procjenu, evaluaciju, edukaciju bolesnika i obitelji te suradnju s ostalim članovima interdisciplinarnog tima. “Osoblje u palijativnoj skrbi treba

održavati suradnički odnos s bolesnicima i obitelji. Bolesnici i obitelj važni su partneri u planiranju njihove skrbi i postupaka u vezi njihove bolesti.”[10] Medicinska sestra u timu palijativne skrbi promiče kvalitetu života i nastoji što profesionalnije odgovoriti na potrebe umirućeg i njegove obitelji. Procjena u podršci bolesniku mora biti neprekidna, evaluacija se radi nakon svake procjene jer se slika o terminalnom bolesniku mijenja iz dana u dan.

“Djelatnici u palijativnoj skrbi trebali bi moći:

- Razumjeti značenje bolesti koja skraćuje životni vijek i bolesti opasne po život
- Primijeniti načela palijativne skrbi koja afirmiraju život i nude bolesnicima sustav potpore koji im pomaže da žive što aktivnije do smrti, stavljajući pritom naglasak na kvalitetu života i pomoć obiteljima tijekom bolesti
- Razumjeti važnost fizičkih, psiholoških, socijalnih i duhovnih pitanja koja utječu na osobe s bolestima koje skraćuju život i njihove obitelji
- Uvažiti vrijednosti, vjerovanja i kulturu pacijenta i njihovih obitelji
- Pokazati sposobnost primjenjivanja palijativnog pristupa čim je to primjereno
- Uvidjeti potrebe pacijenta i obitelji za prikladnom sveobuhvatnom skrbi u terminalnom stadiju te pružiti takvu skrb.”[4]

Medicinska sestra često sudjeluje u rješavanju mnogih etičkih pitanja, donošenju odluka vezanih uz zahtjeve bolesnika i obitelji, mora imati znanja i vještine da se može nositi s svim etičkim problemima i doprinijeti razvoju politike vezanu uz etička pitanja.

I na kraju prava definicija uloge medicinske sestre kojom trebamo biti vođeni je prema Virginiji Henderson, a to je: “Uloga medicinske sestre je pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju i znanje.”[13]

6. Problemi i simptomi u palijativnoj skrbi

Cilj palijativne skrbi kroz ulogu medicinske sestre koja je višestruka, potrebno je smanjiti bol i neugodne simptome bolesti kako bi bolesnik koji je u posljednjim stadijima neizlječivih bolesti što kvalitetnije živio.

6.1. Bol

Bol se javlja u otprilike 70 posto bolesnika s uznapredovalom malignom bolešću. U velikoj većini može se ublažiti. Kod svih simptoma koji se javljaju bol se možda može najlakše liječiti. Čak i u najrazvijenijim zemljama, više od polovice takvih bolesnika ne dobiva odgovarajuću količinu analgezije. Ta tragična i vrlo neprihvatljiva situacija nastala je iz brojnih razloga. Jedna od definicija boli, glasila bi: “Bol je neugodno senzorno i emocionalno iskustvo vezano uz stvarno ili potencijalno oštećenje tkiva ili opisano u okviru takvog oštećenja. Bol je uvijek subjektivna. Svaki pojedinac uči primjenu riječi na temelju iskustva vezanog uz povredu u ranoj životnoj dobi. Nema dvojbe, to je osjet u jednom ili više dijelova tijela. Također, bol je uvijek neugodno pa prema tome i emocionalno iskustvo.”[2]

Bol podrazumijeva velik broj čimbenika, od tjelesnih, emocionalnih preko socijalnih i duhovnih, a svaki od njih pridonosi na svoj način iskustvo te boli. Potrebna je zamjetna domišljatost i otvorenost u traženju novih pristupa liječenja boli.

Postoje dvije vrste boli, a to su akutna i kronična bol. “Akutna je bol odgovor na ozljedu ili oštećenje tkiva i pretpostavlja se da će s izlječenjem popustiti. Ona može biti čak i korisna jer prisiljava bolesnika da oštećeni dio odmara, i na taj način pospješuje proces ozdravljenja. Nasuprot tome, kronična se bol javlja u stanjima u kojima je daljnje ozdravljenje malo vjerojatno. Kako je rak dinamična bolest, kronična bol vezana uz rak nema svrhe. Ona više nije simptom ozljede ili oštećenja tkiva već zaseban sindrom.”[2]

“Zajedno s mnogim drugim centrima za palijativnu skrb i hospicij St. Christopher je razvio i modificirao vlastitu tablicu boli. Tablica uzima u obzir činjenicu da bolesnici često osjećaju bol na nekoliko mjesta. Jačina svake od tih boli mjeri se verbalnom ocjenskom skalom, pa se pokušava prosuditi utjecaj boli na život bolesnika parametrima kao što su mobilnost i poremećaj sna. Nadalje, bilježi se i prethodna uporaba i djelotvornost lijekova te ostalih postupaka za suzbijanje boli.”[2]

Kako bi osjećaj boli uspjeli donekle konkretizirati i izraziti u mjerivim vrijednostima, služimo se skalama za procjenu boli. Najčešće korištena je vizualnoanalogna skala (VAS) boli. Od bolesnika se traži da na 10 centimetara dugoj crti označi mjesto koje odgovara jačini njegove boli, nakon čega se s druge strane milimetarske ljestvice očita VAS zbroj. Pritom 0 označava da nema boli, a 10 najjaču bol. Ako je VAS zbroj 0 - 3, jačina boli ne zahtijeva analgetsku terapiju. Za suzbijanje boli koristimo analgetike prema točno određenim algoritmima. Analgetici se primjenjuju peroralno kad god je to moguće i u točno određeno vrijeme, a ne prema potrebi. Potom je važno da budu odgovarajuće doze, individualan pristup i terapijska shema za svakog bolesnika pojedinačno, a cilj je da bol bude manja ili jednaka 3, na VAS skali. Što se tiče strategije u liječenju boli, poznavajući prirodu i složenost boli uzrokovane karcinomom, vrlo malo je vjerojatno da postoji samo jedan način i pojedinačni pristup koji je djelotvoran. Vrlo često potrebno je imati kombinirani pristup koji se primjenjuje uz lijekove i ostale postupke liječenja. “Pravilan pristup liječenja zloćudne boli zasniva se na osnovnim načelima palijativne medicine, a one su:

- brzo i učinkovito uklanjanje boli
- liječenje totalne boli
- plansko liječenje boli.”[5]

“Pravilan pristup liječenju zloćudne boli zasniva se na: Shvaćanju simptoma kao psihosomatskog fenomena čiju ozbiljnost ne određuje samo stupanj fizičkog oštećenja već i psihičko stanje osobe u to vrijeme. Postavljaju točne dijagnoze i uzroka simptoma kako bi se moglo provesti primjereno liječenje.”[5]

6.2.Fiziološke potrebe

Fiziološke potrebe prema A. Maslowu su disanje, hrana, voda, ekskrecija, spavanje, seks i homeostaza, a V. Henderson ih navodi kao četrnaest osnovnih ljudskih potreba: disanje, unos hrane i tekućine, eliminacija otpadnih tvari, kretanje i zauzimanje odgovarajućih položaja tijela, odmor i spavanje, odijevanje, održavanje normalne temperature tijela, održavanje osobne higijene, izbjegavanje štetnih utjecaja okoline, komunikacija s drugim ljudima, vjerske potrebe, obavljanje svrsishodnog rada, rekreacija, učenje- istraživanje i zadovoljavanje znatiželje.

Kod umirućih pacijenata javlja se smanjena mogućnost brige o sebi koja uključuje oblačenje, eliminaciju, osobnu higijenu i hranjenje. Zbog smanjene pokretljivosti nailazimo i na

komplikacije dugotrajnog ležanja, kao što su dekubitusi i kontrakture. Smanjena je prohodnost dišnih putova i otežano je gutanje. Osjetilne funkcije u terminalnoj fazi bolesti također slabe.

Kompetencije medicinske sestre jesu:

- primjena ordinirane terapije koja olakšava disanje, nadziranje pacijenta tijekom primjene terapije i disanje, priprema i održavanje pribora, aspiracija gornjih dišnih putova, dokumentacija postupaka, mjerenje frekvencije disanja, osiguravanje odgovarajućeg položaja
- priprema pacijenta za obrok, osiguravanje obroka, nadziranje tijekom hranjenja i pijenja, poticanje na konzumaciju, hranjenje, vođenje evidencije o unosu hrane i tekućine, pripremanje i kontroliranje enteralnog načina unosa, educiranje pacijenta i obitelji o načinu ishrane, uređivanje pacijenta nakon hranjenja i pijenja
- pripremanje za odstranjivanje tjelesnih otpadnih tvari, primjena klizme i supozitorija, dokumentiranje postupaka, kateterizacija, mjerenje diureze, nadziranje pacijenta, pomoć kod uporaba posuda za mokrenje i defekaciju, kontrola stoma, kontrola drenažnih cijevi,
- procjenjivanje potrebe za snom, osiguravanje mirne okoline, osiguravanje prostora za odmor
- procjenjivanje mogućnosti pokretljivosti, osiguravanje pomagala za kretanje i sprečavanje komplikacija dugotrajnog ležanja, pomaganje kod ustajanja i kretanja, mijenjanje položaja u postelji, brine o sigurnosti, educira pacijenta i obitelj o pravilnom korištenju pomagala
- osiguravanje odjeće i obuće, nadziranje i pomaganje pri oblačenju i svlačenju
- procjenjivanje mogućnosti za obavljanje osobne higijene, nadziranje, pomaganje i/ili provođenje osobne higijene, pomoć pri namještanju proteze, raznih pomagala, educiranje obitelji i pacijenta o važnosti osobne higijene, uređivanje tijela umrloga, dokumentiranje postupaka
- prepoznavanje sposobnosti za rekreaciju, omogućavanje rekreacije i razonode, motiviranje, nadziranje bolesnika za vrijeme razonode, uključivanje obitelji u aktivnosti bolesnika.

6.3. Gastrointestinalni simptomi

Bolesnici oboljeli od malignih bolesti u terminalnoj fazi susreću se s raznim simptomima gastrointestinalnog sustava. Takvi simptomi im otežavaju njihovo ionako narušeno stanje i onemogućuju pravovaljanu kvalitetu života. Medicinski djelatnici moraju imati dobar holistički pristup i empatiju prema teško oboljelim ili umirućim bolesnicima. Ističe se nekoliko simptoma koji su najčešći, a to su: mučnina, povraćanje, proljev i opstipacija.

6.3.1. Mučnina i povraćanje

Mučnina je subjektivna, koja može, ali i ne mora dovesti do povraćanja. Često je praćena u obliku preznojavanja hladnim znojem, bljedoćom i tahikardijom, neugodnim okusima, mirisima, strahom ili anksioznošću. Povraćanje je naglo i snažno izbacivanje želučanog sadržaja na usta. Ponekad bolesnici imaju samo pokušaj povraćanja ili samo nagon na povraćanje, bez izbacivanja želučanog sadržaja. Povraćanje je objektivno za razliku od mučnine koja je subjektivna. “Mučnina i povraćanje jednom riječju se mogu označiti kao emeza. Čini se da mučninu bolesnici podnose teže nego li samo povraćanje, a njenu težinu, budući da je ona subjektivan osjećaj, veoma teško objektivno procijeniti, za razliku od samog povraćanja.”[5] “Mučnina i povraćanje, osim što su izrazito neugodni za bolesnika koji se liječi kemoterapijom ili radioterapijom, mogu biti toliko teški i tegobni da neposredno dovode do prekida protutumorskog liječenja kojim se može izliječiti bolesnika ili mogu pak bitno produljiti život. Smatra se da 70 do 80 posto bolesnika liječenih kemoterapijom pati od emeze.”[5]

“Ključni cilj primjene antiemetičkih lijekova jest sprječavanje mučnine i povraćanja uzrokovanih kemoterapijom, budući da je teže uspješno liječiti i kontrolirati ove simptome kad se oni jednom pojave.”[5]

6.3.2. Opstipacija

“Opstipacija je odsutnost spontane stolice, a pod konstipacijom podrazumijevamo rijetke, tvrde i suhe stolice malog volumena, uz otežano pražnjenje crijeva i osjećaj nepotpuna pražnjenja. Konstipacija je češća u terminalno bolesnih osoba sa zloćudnom bolešću nego u onih koji umiru zbog nezloćudnih bolesti.”[5] Što se tiče liječenja, rješavanja opstipacije i konstipacije potrebna je tjelesna aktivnost, unos značajne količine tekućine, unos pravilne prehrane i uvođenje laksativa uz individualno doziranje. “Detaljna anamneza je nužna za

postavljanje točne dijagnoze. Uzimanje laksativa mora biti kontinuirano uz individualno doziranje.”[5]

6.3.3. Proljev

“Proljev ili dijareja je uz opstipaciju jedan od najčešćih i značajnih kliničkih problema u bolesnika s uznapredovalim tumorom. Obilježen je povećanom likvidnošću stolice uz porast dnevne mase stolice na više od 200 grama (više od 500 grama u ljudi koji konzumiraju veće količine hrane bogate vlaknima), povećanjem broja stolice (na više od tri na dan), te perianalnom nelagodnom, osjećajem urgentnosti pražnjenja i povremeno inkontinencijom.”[5]

Vrlo je važno obratiti pozornost na učestalost i izgled stolice. S obzirom da proljev uzrokuje dehidraciju organizma elektrolitnu neravnotežu, najvažnije je pravodobna i dostatna nadoknada tekućine i elektrolita kako bi se spriječile opasne komplikacije. “Najčešći uzrok proljeva u palijativnoj medicini jest loše regulirana terapija laksativima.”[5]

6.4. Respiratorni simptomi

“Među najčešće simptome dišnih bolesti spadaju kašalj, nestašica daha ili zaduha (dispneja), bol u prsištu, zviždanje pri disanju, hripanje pri disanju, iskašljavanje krvi, plavkasto obojenje kože i sluznica (cijanoza), batičasti prsti i zatajenje disanja. Neki od tih simptoma ne ukazuju uvijek na dišni problem.”[11] Respiratorni simptomi kod onkoloških bolesnika najčešći su dispneja, kašalj i hemoptiza.

6.4.1. Dispneja

Zaduha je teško i mučno disanje. “Zaduha (dispneja) subjektivni je osjećaj nestašice zraka.”[5] “Nastaje tek kada nesvjesni regulacijski mehanizam disanja dopire u svijest.”[5] Uzroci su bol, anemija, plućna opstrukcija, infekcije, metabolički poremećaji, a često i anksioznost. “Zaduha se u onkoloških bolesnika može pojaviti iznenada ili se razvija postupno.”[5] “Za prepoznavanje uzroka zaduhe značajno je njezino povezivanje s drugim simptomima i načinom disanja.”[5] “Za određivanja uzroka zaduhe potrebno je uzeti dobru anamnezu te potreban fizikalni pregled.”[5]

“Liječenje ovisi o uzroku zaduhe. Ako zaduha postoji usprkos optimalnom liječenju osnovne bolesti, liječenje treba usmjeriti prema smanjenju simptoma, odnosno olakšavanju

subjektivnog osjećaja zaduhe.”[5] Mogu pomoći razne mjere poput promjene položaja, namještanje jastuka i stavljanje bolesnika u povišeni položaj, svježi zrak i vježbe disanja.

6.4.2. Kašalj

“Kašalj je refleksna ili voljna, brza ili jaka ekspiracija kojoj prethodi dubok inspirij i zatvaranje glotisa te kontrakcija ekspiracijskih mišića.”[5] Kašalj je jedan od vrlo čestih simptoma uznapređovalog karcinoma. “Prema nastupu i trajanju može biti akutan (trajanje kraće od tri tjedna), kroničan (trajanje dulje od tri tjedna) ili recidivirajući; po snazi slab, osrednji ili jak; a sadržajem produktivan ili suh.”[5] “Akutni kašalj u onkoloških bolesnika može se pojaviti kao posljedica prehlade, sinusitisa, pneumonije, plućne embolije ili popuštanja srca.”[5] Kronični tip kašlja izmori bolesnika, ometa spavanje, uzrokuje aksioznost, a može izazvati i bol. Uzroci su suhi zrak, pušenje, dehidracija, respiratorna infekcija i zračenje.

Kod ublažavanja i liječenja kašlja može pomoći stavljanje bolesnika u Fowlerov položaj, vlaženje zraka, torakalna drenaža, vježbe disanja s fizioterapeutom, a što se tiče farmakološkog dijela liječenja upotrebljavaju se bronhodilatatori, kortikosteroidi, opiodi i lokalni anestetici.

6.4.3. Hemoptiza

“Pojava krvi u iskašljaju ozbiljan je simptom te zahtijeva brižnu obradu.”[5] “Razlikujemo hemoptizu, primjesu krvi u iskašljanom sadržaju, od hemoptoe naglog iskašljavanja veće količine krvi.”[5] “Najčešći uzrok iskašljavanja krvi u onkoloških bolesnika jest karcinom pluća.”[5] “Također, u onkoloških bolesnika hemoptizu mogu uzrokovati i pneumonije te plućna embolija.”[5] “U onkološkog bolesnika s hemoptizama potrebno je utvrditi uzrok hemoptize, ako je to moguće. Za to se primjenjuju radiološke i endoskopske metode.”[5] “Hemoptoa je rijetko, no za život opasno stanje u onkoloških bolesnika. U masivnom krvarenju dolazi do slijevanja znatne količine krvi u dišne puteve i alveole, što može dovesti do poremećaja ventilacije i izmjene plinova, te posljedično do respiracijske insuficijencije i smrti.”[5] To je jedno od vrlo hitnih stanja u onkoloških bolesnika, koje zahtijeva brzu obradu, evaluaciju i liječenje.

6.5. Metabolički simptomi

6.5.1. Anoreksija i kaheksija

“Anoreksija (gubitak apetita) i kaheksija (potpuna tjelesna oronulost) uobičajeni su simptomi raka.”[2] Za oba simptoma je karakteristično da se pojavljuju i prije nego što se maligna bolest otkrije. Ozbiljnost ovih simptoma nije povezana s veličinom ili lokacijom samog karcinoma. Mnogi bolesnici vrlo teško podnose anoreksiju. “Kaheksija sama ili u kombinaciji s anoreksijom je paraneoplastični sindrom. Klinička karakteristika kaheksije je nenamjerni gubitak tjelesne težine, a osobito proteina skeletne muskulature. Kaheksija je loš prognostički parametar i znatan je uzrok morbiditeta i mortaliteta u onkoloških bolesnika. Osnovni cilj terapijskih intervencija u tumorskoj kaheksiji je zaustavljanje gubitka tjelesne težine i mišićnog tkiva.”[5]

6.5.2. Sindrom neuobičajenog umora (fatigue)

“Fatigue – je subjektivan osjećaj umora, slabosti i nedostatka energije; nastaje u bolesnika s zloćudnom bolešću u svim fazama.”[5] Najčešće se javlja kod bolesnika koji prolaze kroz aktivno liječenje kemoterapijom, zračenjem ili biološkom terapijom. Takav simptom znatno smanjuje kvalitetu života. “Kao i bol, fatigue je subjektivan doživljaj te ovisi o pojedincu. Bolesnici ga uglavnom opisuju kao osjećaj umora, slabosti, iscrpljenosti, težine, sporosti i manjka energije. Zdravstveni djelatnici fatigue opisuju kao asteniju, klonulost, pobolijevanje, prostraciju, nepodnošenje napora, manjak energije i slabost.”[5]

“Fatigue ima negativan utjecaj na sve sfere funkcioniranja, uključujući raspoloženje, fizičke funkcije, radnu sposobnost, socijalnu integraciju, brigu o obitelji, kognitivne sposobnosti aktivnosti u društvu kao i na percepciju o samom sebi.”[5]

Fatigue je potrebno na vrijeme prepoznati i krenuti s liječenjem, potrebna je briga cijelog multidisciplinarnog tima, njegove obitelji, te primjena medikamentozne terapije, pravilna, njemu odgovarajuća prehrana i edukacija samog bolesnika i njegove obitelji.

7. Stres i sindrom sagorijevanja medicinskih sestara na odjelu palijativne skrbi

Stres predstavlja način na koji mentalno, fizički i emocionalno reagiramo na različita stanja, promjene i zahtjeve u našem životu. Stres možemo definirati kao stanje ili osjećaj u kojem se nalazi osoba, te kada ona smatra da zahtjevi u njenom životu premašuju osobna i društvena sredstva koja ta osoba ima na raspolaganju. "Sindrom izgaranja na poslu i posredne traumatizacije, poremećaji su koji mogu nastati u svih ljudi koji se bave pomagačkim zanimanjima; pojavljuje se progresivni gubitak idealizma, energije i smislenosti vlastita rada koji doživljavaju ljudi u pomagačkim profesijama kao rezultat frustracije i stresa na poslu." [5] Najčešći su stresori: hitna stanja, dežurstva, donošenje odluka nakon noćnog rada, rutinski medicinski rad, mala mogućnost napredovanja, emocionalna iscrpljenost, fizička iscrpljenost i bol u donjem djelu leđa, niska razina odlučivanja i visoki zahtjevi. "Profesionalni se sindrom izgaranja tipično i osobito često pojavljuje u uslužnim djelatnostima koje uključuju rad s ljudima (socijalni radnici, medicinske sestre, liječnici, nastavnici, odvjetnici, policajci)." [5] "Razlog zbog kojega je sindrom izgaranja toliko čest u takvim zanimanjima djelomično leži u radnoj sredini s visokom razinom stresa, emotivne uključenosti i ishodom neovisnim o naporu i trudu koji je pojedinac uložio u svoj rad." [5] Budući da isti stresor različiti ljudi mogu doživjeti na različit način, različitim intenzitetom te različitim predznakom važan je odnos pojedinca prema svakom od njih. S druge strane zadovoljstvo na poslu i dobri međuljudski odnosi mogu imati protektivno djelovanje na utjecaje stresa. "Studije pokazuju više razine stresa i manje obrambenih mehanizama u zdravstvenih djelatnika mlađe dobi, stoga nije iznenađujuće da kako novo osoblje dolazi na radna mjesta, razina stresa ostaje jednaka ili čak i raste.

Među najvećim stresorima u zdravstvenih djelatnika u bolnicima prepoznati su stresori iz skupine financijskih i organizacijskih čimbenika koji imaju najveći utjecaj na radnu sposobnost u svim dobnim skupinama.

Mjere se mogu podijeliti u dvije skupine:

- organizacijska razina
- razina pojedinca

Medicinskim sestrama palijativne skrbi najzahtjevnije su aktivnosti u kojima one komuniciraju s obitelji pacijenta i pružaju psihičku potporu i potporu te postupci koji od njih iziskuju uporabu znatne fizičke aktivnosti. Fizičko i psihičko opterećenje medicinskih sestara u provođenju zdravstvene njege za bolesnike s teškim poremećajem svijesti veliko je te može uzrokovati sindrom izgaranja na poslu. Sve veći broj bolesnika s zloćudnom bolešću, nove metode liječenja, tretiranje raka kao kronične bolesti, prekovremeni rad, suočavanje s pitanjima života i smrti i kontinuirani kontakt s osobama koje se nalaze u kritičnom i ranjivom razdoblju života glavni su izvori stresa u pružatelju zdravstvene skrbi. Također, odnos s kolegama može biti jedan od glavnih izvora podrške, ali i veliki stresor u našim životima i sa svim navedenim stvarima mladom se čovjeku nije jednostavno suočiti.”[5] Svakodnevno suočavanje s progresivnim smanjenjem stupnja funkcionalnosti bolesnika, smanjenje stupnja kvalitete života, česte promjene raspoloženja, sociološka problematika i metode suočavanja sa smrtnim ishodom znatno utječu na emocionalnu i fizičku iscrpljenost medicinskih sestara palijativne skrbi.

Reakcije na stres mogu biti psihološke, emocionalne i fiziološke.

- Psihološke reakcije na stres mogu biti porast tjeskobe, problemi koncentracije, negativne emocije, gubitak pažnje, depresija, umor, sindrom izgaranja (eng. Burnout syndrome) ili porast samoubojstava.
- Emocionalne reakcije na stres su najčešće povlačenje i izolacija na poslu ili kod kuće, porast nesreća, veća konzumacija cigareta, alkohola ili kave, razdražljivost, agresivnost, seksualne disfunkcije, niska motivaciju za rad i međuljudske odnose te porast nasilja na poslu i/ili kod kuće.
- Fiziološke reakcije na stres uključuju porast razine kortizola, veće vrijednosti kolesterola, povišenje krvnog tlaka, palpitacije, bolove u prsima, nesanicu, pojavu nekih vrsta karcinoma, probavne smetnje, glavobolju, koštano-mišićne tegobe te pad funkcije imunološkog sustava.

Stres na radnom mjestu se odražava se na radni učinak, kvalitetu obavljenog posla, tijekom procesa, broj pogrešaka te povećanje broja ozljeda, a posljedice koje za sobom nosi su povećana fluktuacija zaposlenika, odsutnost s posla te povećana stopa bolovanja. Za prevenciju stresa važna je zdrava radna sredina koju čine otvorena komunikacija, smislen posao i mogućnost učenja i napredovanja, pravedno nagrađivanje i vrednovanje, uključenost zaposlenika u odlučivanje i odgovornost za zajedničku stvar, dobra plaća za obavljen posao, zdrava tehnologija i zaštita okoliša te vidljivost rezultata vlastitog posla. “Svaka aktivnost koja

pridonosi opuštanju i pomaže pojedincu da se othrvu stresu može postati nečija tehnika upravljanja životnim stilom i time pomoći u prevenciji i liječenju sindroma izgaranja.”[5]

“Sindrom izgaranja liječi se uvođenjem metoda obuzdavanja stresa, tehnika upravljanja stilom životom kao i uz stručnu specijalističku pomoć, katkad potpomognutu i medikamentno. Najbolji je oblik suzbijanja sindroma izgaranja prevencija i smanjenje utjecaja stresa na najmanju moguću mjeru, na organizacijskoj i na individualnoj razini.”[5]

8. Žalovanje

Žalost je proces koji počinje prije smrti bolesnika, jer osoba predosjeća gubitak i žalost koja se nastavlja i nakon gubitka bolesnika. Žalost nije nešto što se može točno vremenski odrediti, to je jednostavno proces koji se javlja kao reakcija na gubitak drage osobe.

“Žalovanje je skup tjelesnih i duševnih odgovora na smrt osjećajno nam bliske osobe.”[3] “Žalovanje je prirodan, često dugotrajan, proces koji započinje nakon gubitka nekog što je osobi bilo emocionalno važno, a manifestira na svim razinama bića – tjelesnoj, emocionalnoj, mentalnoj i duhovnoj. Postoje različite definicije žalovanja, koje manje-više sve naglašavaju da je žalovanje normalan i potreban proces kroz koji osobe prolaze nakon gubitka nekog ili nečeg uz koga su bili emocionalno vezani, tko je zauzimao važno mjesto u njihovom životu.”[1]

“Gubitak voljene osobe stalna je moguća opasnost, a time i prijetnja čovjekovu osjećaju utemeljenja i sigurnosti. Taj gubitak ne mora izazvati poremećaj koji će uzrokovati smanjenje čovjekove sposobnosti da voli i radi, a to su da prema navodima Freuda, oznake čovjekova ne samo duševna već i tjelesna zdravlja. Kada izgubimo voljenu osobu, može nam se činiti da je naša ljubav bila beskorisna i besmislena, da smo dio velikoga lanca bića i lanca života, tada smijemo kazati da smo od procesa žalovanja puno naučili. Budući da se gubitak voljene osobe ne može izbjeći i svaki mu je čovjek izložen u tijeku svojega života, usudio bih se kazati da bismo čovjeka mogli antologijski odrediti kao biće rođeno da gubi, tada na kraju izgubi i sebe sama.”[3]

Tuga, gubitak i žalovanje utječu na bolesnika i njegovu obitelj, svaka osoba žaluje na svoj način, a medicinske sestre sudjeluju u procesu žalovanja, kao i cijeli interdisciplinarni tim. Proces žalovanja je prirodni fenomen koji se javlja nakon gubitka drage osobe i varira od osobe do osobe manifestirajući se kroz različite životne aspekte. Žalovanje nije linearni proces s jasnim granicama, već sklop različitih faza koje se preklapaju.

Uloga medicinske sestre u procesu žalovanja je da njezina uloga mora biti suportivna, mora stvarati kontakt, stvoriti dobar interaktivni odnos s bolesnikom da se bolesnik osjeća sigurno u njezinoj blizini. Mora imati dobru komunikaciju sa strpljenjem i s velikim razumijevanjem prema bolesniku i njegovoj obitelji. Vrlo je bitna humanost i uloga nesebičnog davanja i djeljenja. Stup i temelj palijativne skrbi u žalovanju je medicinska sestra koja je najbliža bolesniku i njegovoj obitelji, ona ih najbolje razumije i najlakše im može pomoći.

Postoji nekoliko faza, odnosno stadija koji opisuju žalovanje.

“Prvi stadij je šok – karakteriziraju ga nevjerica, poricanje, tupost, osjećaj paraliziranosti.

Drugi stadij je akutno tugovanje – razdoblje koje karakterizira akutna somatska i emocionalna neugoda, izmjena ljutnje, tuge, straha, socijalno povlačenje.

Treći stadij je prihvaćanje s kojim dolazi do integracije gubitka u osobnu povijest, energija se ponovo usmjerava prema sadašnjosti i budućnosti.”[1]

Gubitak, tuga i žalovanje ne utječu samo na bolesnika i njegovu obitelj, već i na medicinsku sestru. Cijeli interdisciplinarni tim ima neku vrstu uloge za brigu o ožalošćenima. Briga za ožalošćene ima širok raspon raznih intervencija. Od suosjećajne empatije i komunikacije do dubinskog psihijatrijskog rada s ožalošćenima, savjetovanjem pokušavamo uspostaviti odnos s ožalošćenom osobom ili obitelji, istražiti gubitak, razmotriti izgubljeno vrijeme, istražiti ostale životne okolnosti ožalošćenih i najvažnije od svega je pružanje velike podrške.

9. Sestrinske dijagnoze

U zbrinjavanju terminalno bolesnih osoba najčešće sestrinske dijagnoze koje možemo prepoznati su:

9.1.Kronična bol

“Neugodan nagli ili usporeni osjetilni i čuvstveni doživljaj koji proizlazi iz stvarnih ili mogućih oštećenja tkiva bez očekivanog ili predvidljivog završetka u trajanju dužem od 6 mjeseci.

Mogući ciljevi:

- Pacijent će na skali boli iskazati nižu razinu boli od početne

Intervencije:

- Prepoznati znakove boli
- Izmjeriti vitalne funkcije
- Ublažavati bol na način kako je pacijent naučio
- Ukloniti čimbenike koji mogu pojačati bol
- Primijeniti nefarmakološke postupke ublažavanja bolova
- Ohrabriti pacijenta
- Objasniti pacijentu da zauzme ugodan položaj te da ga mijenja
- Postaviti nepokretnog pacijenta u odgovarajući položaj
- Izbjegavati pritisak i napetost bolnog područja
- Obavijestiti liječnika o pacijentovoj boli
- Primijeniti farmakološku terapiju prema pisanoj odredbi liječnika
- Razgovarati s pacijentom o njegovim strahovima
- Ublažiti strah prisustvom i razgovorom
- Poticati pacijenta na verbalizaciju osjećaja boli
- Odvrćati pažnju od boli
- Masirati bolno područje tijela ukoliko je moguće
- Ponovno procjenjivati bol
- Dokumentirati pacijentove procjene boli na skali boli.”[12]

9.2. Mučnina

“Osjećaj nelagode u gornjim dijelovima probavnog sustava koji može dovesti do povraćanja.

Mogući ciljevi:

- Pacijent će verbalizirati smanjenu razinu mučnine
- Pacijent će prepoznati činitelje koji mogu dovesti do mučnine
- Pacijent neće imati mučninu

Intervencije:

- Informirati pacijenta o uzrocima mučnine
- Osigurati mirnu okolinu
- Omogućiti pacijentu udoban položaj
- Osigurati ugodne mikroklimatske uvjete
- Savjetovati pacijentu da tijekom mučnine duboko diše te da olabavi odjeću
- Savjetovati pacijentu da ne uzima niti priprema hranu kada ima mučninu
- Prozračiti prostoriju
- Osigurati pacijentu bubrežastu zdjelicu i papirnati ručnik nadohvat ruke
- Osigurati privatnost
- Pružati pacijentu podršku
- Uzimati češće manje obroke i dobro prožvakati zalogaj
- Izbjegavati nagle pokrete ili premještanja
- Primijeniti propisane antiemetike
- Dokumentirati učinjeno.”[12]

9.3. Povraćanje

“Stanje snažnog refleksnog izbacivanja sadržaja želuca kroz usnu šupljinu i ponekad kroz nos.

Mogući ciljevi:

- Pacijent neće povraćati
- Pacijent će prepoznati i na vrijeme izvijestiti o simptomima povraćanja

Intervencije:

- Svjesnog pacijenta smjestiti u sjedeći s glavom nagnutom naprijed
- Postaviti bubrežastu zdjelicu i staničevinu na dohvat ruke
- Primijeniti hladnu i vlažnu oblogu na čelo i vrat pacijenta
- Osigurati njegu usne šupljine nakon svake epizode povraćanja
- Oprati zube i očistiti usnu šupljinu
- Osigurati optimalne mikroklimatske uvjete u prostoriji
- Uočiti primjese u povraćenom sadržaju i o njima izvijestiti
- Ukloniti povraćeni sadržaj
- Prozračiti prostoriju
- Objasniti pacijentu uzrok povraćanja
- Osigurati pacijentu odmor prije obroka
- Ukloniti miris pripremanja hrane ako je moguće
- Ukloniti neugodne mirise i prizore iz okoline
- Primijeniti propisanu dijetu
- Objasniti pacijentu da dobro prožvače hranu i jede polako
- Poslati uzorak povraćenog sadržaja na analizu ako je ordinirano
- Primijeniti ordinirani antiemetik
- Dokumentirati učestalost povraćanja
- Dokumentirati trajanje povraćanja
- Dokumentirati količinu i izgled povraćenog sadržaja
- Educirati pacijenta na kemoterapiji o načinu prehrane i hidracije.”[12]

9.4. Visok rizik za pad

“Stanje u kojem je povećan rizik za pad uslijed međudjelovanja osobitosti pacijenta i okoline.

Mogući ciljevi:

- Pacijent tijekom boravka u bolnici neće pasti

Intervencije:

- Uputiti pacijenta u postojanje rizika za pad
- Upoznati pacijenta sa nepoznatom i novom okolinom
- Objasniti pacijentu korištenje sustava pozivanja pomoći
- Staviti zvono na dohvat ruke
- Postaviti pacijentu sve potrebne stvari na dohvat ruke
- Ukloniti prepreke iz pacijentove okoline
- Postaviti krevet na razinu dogovorenu s pacijentom
- Smjestiti pacijenta u blizinu toaleta
- Pomoći pacijentu pri kretanju do toaleta
- Upaliti orijentacijsko svjetlo po noći
- Nadzirati pacijenta pri prvom ustajanju nakon medicinsko – dijagnostičkih intervencija
- Podučiti pacijenta da prije ustajanja iz kreveta nekoliko minuta sjedi, a potom ustane pridržavajući se
- Podučiti pacijenta korištenju ortopedskih pomagala
- Dogovoriti s pacijentom korištenje naočala , slušnog aparata ..
- Dogovoriti s pacijentom kretanje na siguran način
- Koristiti zaštitne ogradice na krevetu
- Podučiti pacijenta o korištenju pomagala i rukohvata
- Dokumentirati i prijaviti spriječeni incident
- Planirati fizioterapeuta u skrb za bolesnika
- Provjeriti je li pacijent shvatio upute
- Provjeriti pridržava li se pacijent uputa
- Ponavljati upute.”[12]

9.5. Visok rizik za oštećenje sluznice usne šupljine

“Stanje mogućnosti nastanka oštećenja sluznice usne šupljine.

Mogući ciljevi:

- Pacijentova sluznica usne šupljine bit će očuvana

Intervencije:

- Uputiti pacijenta u važnost svakodnevne higijene usne šupljine
- Podučiti pacijenta u ispravno provođenje higijene usne šupljine
- Izvaditi i očistiti protezu iza svakog obroka
- Primijeniti lubrikant na usne svaka dva sata ili po potrebi
- Podučiti pacijenta pravilnom ispiranju usta
- Osigurati dovoljan unos tekućine
- Podučiti pacijenta čimbenicima koji doprinose oštećenjima sluznice usne šupljine”[12]

9.6. Umor

“Osjećaj iscrpljenosti i smanjene sposobnosti za fizički i mentalni rad.

Mogući ciljevi:

- Pacijent će prepoznati uzroke umora
- Pacijent neće osjećati umor

Intervencije:

- Izraditi s pacijentom plan dnevnih aktivnosti
- Mijenjati dnevni plan aktivnosti i odmora sukladno pojavi umora
- Osigurati neometani odmor i spavanje
- Osigurati potreban odmor prije i poslije aktivnosti
- Omogućiti pacijentu da izrazi svoje sumnje i dvojbe vezane uz plan aktivnosti
- Izbjegavati dugotrajno sjedenje ili stajanje
- Smanjiti razinu napetosti i stresa kod pacijenta
- Ukloniti činitelje koji imaju utjecaj na pojavu umora
- Izraditi plan prehrane
- Osigurati držače za ruke uz krevet pacijenta.”[12]

9.7.Strah

“Negativan osjećaj koji nastaje usred stvarne ili zamišljene opasnosti.

Mogući ciljevi:

- Pacijent će opisati smanjenu razinu straha
- Pacijenta neće biti strah

Intervencije:

- Stvoriti profesionalan empatijski odnos
- Identificirati s pacijentom činitelje koji dovode do pojave osjećaja straha
- Poticati pacijenta da verbalizira strah
- Stvoriti osjećaj sigurnosti
- Redovito informirati pacijenta o planiranim postupcima
- Dogovoriti s pacijentom koje informacije i kome se smiju reći
- Koristiti razumljiv jezik pri podučavanju pacijenta
- Govoriti polako i umirujuće
- Osigurati mirnu i tihu okolinu
- Omogućiti pacijentu sudjelovanje u donošenju odluka
- Prihvatiti i poštivati pacijentove kulturološke razlike pri zadovoljavanju njegovih potreba
- Poticati pacijenta da izrazi svoje osjećaje
- Osigurati dovoljno vremena za razgovor
- Usmjeravati pacijenta prema pozitivnom razmišljanju
- Podučiti pacijenta metodama distrakcije.”[12]

9.8. Žalovanje

“Emocionalno stanje koje se pojavljuje kod pojedinca, kao odgovor na mogući ili stvarni gubitak.

Mogući ciljevi:

- Pacijent će izraziti svoje osjećaje

Intervencije:

- Stvoriti profesionalan empatijski odnos s pacijentom
- Poticati pacijenta na suočavanje s gubitkom
- Potaknuti pacijenta da verbalizira svoje osjećaje
- Osigurati privatnost
- Pružiti podršku pacijentu
- Omogućiti česte posjete pacijentu
- Potaknuti bližnje da sudjeluju u skrbi za pacijenta.”[12]

10. Zaključak

Osnovni je čovjekov doživljaj da mu život teče nazaustavljivo i da teče bez kraja. Čovjek je toliko zaljubljen u život da nerado ili uopće ne pomišlja na njegovu krhkost, privremenost i prolaznost. Međutim, stvarnost je da nas svaki sat nosi bliže završnom stadiju, odnosno dometu. Ljudski život nezaustavljivo juri prema svome svršetku ili smrti, kroz bolest, patnju, bol, a ponekad i agoniju. Pod određenim vidikom čitav je zemaljski život usmjeren prema svojem završetku koji se zbiva u smrti, kroz tijek umiranja. Stoga je pitanje o značenju, smislu i načinu usvajanja te življenja toga posljednjeg stadija života neizbježno i presudno teško.

Velika je uloga medicinske sestre u zbrinjavanju bolesnika s malignom bolesti te edukacija i pomoć njegovoj obitelji. Medicinska sestra treba imati puno suosjećanja, znanja, umijeća i razumijevanja u održavanju pozitivnog zdravstvenog ponašanja.

Svrha palijativne skrbi je ublažavanje i rješavanje simptoma kako bi se osigurala što bolja kvaliteta bolesnikova završnog dijela života, da se potiče samozbrinjavanje do stadija kad se to može te da se očuva dostojanstvo do same smrti. Medicinska sestra je važna podrška cijeloj obitelji za vrijeme bolesti, ali isto tako i nakon smrti bolesnika.

Dostojanstvo u umiranju bi pretpostavljalo ublažavanje boli, koliko god je to moguće. Bolesnik se ne bi ni u kojem momentu trebao osjetiti napuštenim, nepoželjnim i nevrijednim. Svaka stavka između iskustva tijekom života i stava prema smrti isprepletено je povezana.

Literatura

- [1] V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković: Osnove palijativne medicine, Medicinska naklada Zagreb 2013.
- [2] C. Saunders, N. Sykes: Palijativna skrb u završnom stadiju maligne bolesti, Školska knjiga, Zagreb, 1996.
- [3] Prof. dr. A. Jušić i suradnici: Hospicij i palijativna skrb, Školska knjiga, Hrvatska liga protiv raka, Zagreb, 1995.
- [4] V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković: Palijativna skrb - brinimo zajedno, Medicinska naklada, Zagreb 2014.
- [5] M. Šamija, D. Nemet i suradnici: Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika, Medicinska naklada, Hrvatsko društvo za hematologiju i transfuzijsku medicine, Hrvatsko onkološko društvo, Zaklada onkologija, Zagreb, 2010.
- [6] Z. Mojsović: Sestrinstvo u zajednici, priručnik za studij sestrinstva, Zdravstveno veleučilište, Zagreb 2007.
- [7] M. Brkljačić: Aktualno stanje palijativne skrbi u Hrvatskoj, Stručni znanstveni rad 2013.
- [8] R. Buckman, R. Gallop, J. Martin: Ne znam što reći, kako pomoći i podržati umiruće, Zagreb 1996.
- [9] J. Downing, N. Miličević, E. Haraldsdotir: Smjernice za kliničku praksu u palijativnom zbrinjavanju, Projekt Ministarstva zdravlja i Europske unije „ Razvoj palijativnog zbrinjavanja u Srbiji“, 2000.
- [10] Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi, 1. dio, European Journal of palliative care 2009.
- [11] Dr. med. Ž. Ivančević: MSD medicinski priručnik za pacijente, Placebo d.o.o. 2008.
- [12] SESTRINSKE DIJAGNOZE II, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2013.
- [13] G. Fučkar: Proces zdravstvene njege, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1992.

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Maja Benković	MATIČNI BROJ	3981/601
DATUM	13.02.2017.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega umirućeg bolesnika
NASLOV RADA	Sveobuhvatna sestrinska skrb bolesnika u terminalnoj fazi maligne bolesti		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Comprehensive nursing care of patients in the terminal stage malignancies		
MENTOR	Marijana Neuberg, mag.med.techn.	ZVANJE	viši predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc. dr. sc. Karlo Houra, predsjednik		
	2. Marijana Neuberg, mag. med. techn., mentor		
	3. Ivana Živoder, dipl. med. techn., član		
	4. Melita Sajko, dipl. med. techn., zamjenski član		
	5.		

Zadatak završnog rada

BROJ	859/2017/SS
OPIS	<p>Smrt je jedan od stadija našeg života kojeg svi mi moramo biti svjesni, a pomoću palijativne medicine pokušavamo pomoći pacijentima putem sestrinske skrbi i njihovim obiteljima u njihovom žalovanju. Komunikacija između medicinskih sestara, pacijenata i njihovih obitelji je jedan od interaktivnih procesa u sveobuhvatnoj sestrinskoj skrbi.</p> <p>Medicinska sestra je osoba koja planira, provodi, koordinira i evaluira zdravstvenu njegu, uz kontinuiranu vlastitu edukaciju, edukaciju pacijenata, obitelji te suradnju s ostalim članovima interdisciplinarnog tima. Ona često rješava mnoga etička pitanja, donosi važne odluke vezane za zahtjeve pacijenata i obitelji, te zbog toga mora imati dovoljno znanja i vještina da bi se i ona sama mogla nositi i etičnim problemima u našem društvu i zajednici.</p> <p>Rješavanje problema zdravstvene njege terminalne faze malignih pacijenata uključuje provođenje zdravstvene njege uz individualni pristup i timski rad.</p> <p>U radu ćemo definirati:</p> <ul style="list-style-type: none">- palijativna skrb pacijenata malignih bolesti- faze umiranja- komunikacija između pacijenata i medicinskih sestara- psihičko stanje medicinskih sestara

ZADATAK URUČEN

05.04.2017.



POTPIS MENTORA

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, MAJA BENKović (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom SVEOBUHvatNA SESTRINSKA SKRB BOL. U TERMINALNOJ FAZI MALIGNE BOLESTI (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Maja Benković
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, MAJA BENKović (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom SVEOBUHvatNA SESTRINSKA SKRB BOL. U TERMINALNOJ FAZI MALIGNE BOLESTI (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Maja Benković
(vlastoručni potpis)