

Život prije smrti - sestrinska skrb o umirućim bolesnicima

Samardžić, Sara

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:711729>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-31**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJ



**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1282/SS/2020

Život prije smrti – sestrinska skrb o umirućim bolesnicima

Sara Samardžić, 2500/336

Varaždin, rujan 2020. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1282/SS/2020

Život prije smrti – sestrinska skrb o umirućim bolesnicima

Student

Sara Samardžić, 2500/336

Mentor

Valentina Novak, mag. med. techn.

Varaždin, rujan 2020. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODIEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK Sara Samardžić

MATIČNI BROJ 0160140557

DATUM 2.7.2020.

KOLEGIJ Paliјativna zdravstvena njega

NASLOV RADA Život prije smrti - sestrska skrb o umirućim bolesnicima

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Life before death - nursing care of patients during the dying process

MENTOR Valentina Novak, mag. med. techn.

ZVANJE predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. doc.dr.sc. Mariјana Neuberg, predsjednik

2. Valentina Novak, mag. med. techn., mentor

3. dr.sc. Jurica Veronek, član

4. dr.sc. Ivana Živoder, zamjenski član

5.

Zadatak završnog rada

BROJ 1282/SS/2020

OPIS

Paliјativna skrb je fizička, psihološka, sociјalna i duhovna skrb kojoj je zadatak pružanje cjelokupne skrbi bolesnicima obolјelim od neizlječivih bolesti koje im znatno skraćuju životni vijek. U ovome završnome radu naglasak će biti na dragocjenosti ljudskog života te na važnosti paliјativne skrbi u današnje vrijeme kad postoje mogućnosti poput eutanazije. Eutanazija je čin milosrđa kojemu je cilj uzrokovati smrt, kako bi se otklonila sva bol. Bol se želi otkloniti namjernim prekidanjem života čovjeka različitim načinima pa tako dijelimo eutanaziju na aktivnu i pasivnu. Cilj završnog rada je objasniti prednosti i nedostatke eutanazije te prednosti i nedostatke paliјativne skrbi.

ZADATAK UPUĆEN

16.7.2020.

POTPIS MENTORA

Valentine Novak



Zahvala

Zahvaljujem mentorici, poštovanoj Valentini Novak, mag. med. techn. na brojnim korisnim savjetima, raspravama, idejama i stalnoj dostupnosti pri izradi završnog rada. Također zahvaljujem svojim kolegama na prenesenom iskustvu i znanju koji rade s bolesnicima na palijativnom liječenju. U konačnici, najveća hvala mojoj obitelji, posebno majci i ocu na razumijevanju i podršci tijekom tri godine studiranja.

Sažetak

Palijativna skrb označava apsolutnu, potpunu skrb o bolesniku koji boluje od kronične i neizlječive bolesti od postavljene dijagnoze neizlječive bolesti pa do njegove smrti. Palijativna medicina zajedno sa palijativnom skrbi dakako da ne liječi samu bolest od koje bolesnik boluje, nego se bavi i posljedicama koje ta bolest uzrokuje, znakovima i simptomima koji uvelike umanjuju kvalitetu života osobe koja je obolila i njegove obitelji. Cilj je povećati kvalitetu života koji je preostao, olakšavati simptome koji se javljaju zajedno sa znakovima te pomoć obitelji kada nastupi žalovanje. Palijativna medicina pruža pristup bolesniku koji nije specifičan na drugim odjelima, a riječ je o interdisciplinarnom i multidisciplinarnom pristupu. Naime, upravo takav pristup je u ovoj grani medicine neophodan. Bolesniku i njegovoj obitelji se pruža fizička, psihološka, socijalna i duhovna podrška. Medicinska sestra je ta koja ima važnu ulogu u pružanju same psihosocijalne pomoći bolesniku, a jednako tako, upravo medicinska sestra pruža i utjehu bolesniku te je odgovorna za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege koja se provodi. Rad u palijativnoj njezi zahtjeva medicinske djelatnike koji su dobro educirani za rad na palijativnom odjelu te se jednako tako znaju prilagoditi radu u situacijama koje su nerijetko stresne i kritične pa stoga iziskuju kliničko znanje, koordinaciju, dobre komunikacijske vještine, kliničku prosudbu i na kraju vještine rukovođenja.

Suprotnost palijativnoj zdravstvenoj skrbi i dostojanstvenom umiranju bolesnika jest eutanazija. Eutanazija je namjerno skraćivanje ljudskog života kako bi se bolesniku skratile patnje. Eutanazija nije poželjna alternativa palijativnoj skrbi, a u Hrvatskoj je ilegalna. Kvalitetna palijativna skrb ne skraćuje niti ne produžuje život i omogućava oboljelima i njihovim obiteljima vrijeme za dostojanstveni oproštaj i žalovanje.

Ključne riječi: palijativna zdravstvena skrb, život, eutanazija, dostojanstvo, smrt.

Summary

Palliative healthcare provides total, absolute care for a patient who has an incurable chronic illness and after the incurable illness final diagnosis has been stated. Palliative medicine and healthcare does not cure the illness itself but treats the consequences of the illness, signs and symptoms which lessen the life quality of the patient and his/ her family. The goal is to upgrade the quality of remaining life, alleviate the symptoms and help the family in grieving. Palliative medicine is made of interdisciplinary and multidisciplinary approach to the palliative patient, which is inevitable in this branch of medicine. The patient and his/ her family are given medicinal, psychological, social and spiritual support. The medical nurse has an irreplaceable role in providing psychosocial help and consolation to the patient. The nurse is also responsible for planning, providing and evaluating healthcare. Working in palliative care demands a well- educated nurse who is adaptable to work under stressful and critical situations which demand: clinical knowledge, clinical diagnosis, good communication skills, coordination and management skills.

Euthanasia is the opposite to palliative healthcare and dignified dying. It is an intentional shortening of human life in order to shorten the patient' s suffering. Euthanasia is not a solution because palliative medicine helps the terminally ill to live their last moments using the latest medical achievements. The most important feature of palliative healthcare is sincere empathy and love for the patient which provides human dignity until the death.

Key words: palliative healthcare, life, euthanasia, dignity, death.

Popis korištenih kratica

HIV	Virus humane imunodeficijencije
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome Sindrom stečene imunodeficijencije
SAD	Sjedinjene Američke Države
EU	Europska unija
PZZ	Primarna zdravstvena zaštita
NGS	Nazogastrična sonda
WHO	World Health Organization Svjetska zdravstvena organizacija
EAPC	European Association for Palliative Care Europska udruga palijativne skrbi
VASP	Visual analogue scale pain Vizualno analogna skala za procjenu boli
CVT	Centralni venski tlak
CVK	Centralni venski kateter
RH	Republika Hrvatska
ESMO	European Society for Medical Oncology Europsko društvo za medicinsku onkologiju

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Terminalna faza bolesti	2
2.1. Pet stadija žalovanja - Model "Kubler-Ross"	3
3. Palijativna skrb.....	6
3.1. Definicija palijativne skrbi.....	6
3.2. Razine palijativne skrbi.....	6
3.3. Povijest palijativne medicine i palijativne skrbi	8
3.4. Razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj.....	10
3.5. Modeli organizacije palijativne skrbi.....	11
4. Proces zdravstvene njege u palijativnoj skrbi	13
4.1. Uloga medicinske sestre kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti	13
4.2. Sestrinske dijagnoze kod bolesnika s terminalnom bolesti.....	15
4.2.1. Kronična bol.....	16
4.2.2. Smanjena mogućnost brige o sebi/osobna higijena.....	17
4.2.3. Visok rizik za pad.....	19
4.2.4. Visok rizik za oštećenje tkiva.....	20
4.2.5. Umor u/s tijekom bolesti	21
4.3. Skrb za bolesnika u terminalnoj fazi bolesti	22
5. Eutanazija i distanzija.....	24
5.1. Definicija i vrste eutanazije	24
5.1.1. Vrste eutanazije	25
5.2. Distanzija.....	26
5.3. Stavovi spram eutanazije	27
6. Zaključak.....	30
7. Literatura	31

1. Uvod

Dostojanstvo nekog društva može se mjeriti time kako to isto društvo postupa sa svojim najranjivijim članovima, a takvi su umirući bolesnici. Umirućem bolesniku pristupa se kao cjelovitoj osobi, a ne samo kao objektu medicinske intervencije. Ljudski život je samo jedan i neponovljiv. Neki ga smatraju darom od Boga ili neke druge više sile u koju pojedinac vjeruje te svako ljudsko biće na svijetu ima to pravo da kraj svoga života dočeka na najdostojansveniji mogući način. Kraj životnoga puta bolesnika popraćeno suosjećanjem i empatijom te pružanjem osjećaja zadovoljstva, glavni je i temeljni postulat palijativnih odjela, odnosno, palijativne medicine. Nastojanje da se pomogne teško bolesnom i umirućem čovjeku je u ljudskoj naravi, ali je suvremena koncepcija palijativne medicine tek zadnjih četrdesetak godina dobila status u potpunosti ravnopravne medicinske djelatnosti kao što su i druge, uz preventivnu i kurativnu medicinu. Palijativna medicina se razvila iz hospicijskog pokreta [1]. Najvažnija osoba u osnivanju palijativne zdravstvene njege je Engleskinja Cicely Saunders. Cicely Saunders željela je neizlječivim bolesnicima pružiti što bolju kvalitetu života u preostalom vremenu života. Kao medicinska sestra, osjetila je posebnu potrebu za pružanjem skrbi kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti. Začetnica palijative na području Hrvatske je profesorica Anica Jušić [2].

Definicija Virginie Henderson glasi: "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, ili znanje". Sve većim razvojem teorija o zdravstvenoj njezi, naglašava se i važnost mirne smrti, a s time i važnost očuvanja dostojanstva bolesnika koji se nalazi u terminalnoj fazi bolesti i pcesu umiranja. Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i bolesnikove obitelji koja se suočava s problemima kada nastupi neizlječiva, a zatim uznapređovala bolesti. Zadatak palijativne skrbi je pružanje potrebne njege bolesnicima koji boluju od neizlječive bolesti koja napreduje, nadalje, smanjenje patnje koju bolesnik osjeća, uklanjanje boli te drugih neugodnih simptoma, psihološka i duševna skrb, podrška pojedincu kako bi živio što aktivnije, te podrška i edukacija članova obitelji [3, 4].

2. Terminalna faza bolesti

Terminalna faza bolesti je vrijeme kada specifično liječenje više ne pridonosi dobrim rezultatima i kada ga treba prekinuti te je potrebno nastaviti sa simptomatskim liječenjem. Terminalna bolest označava izraz koji se u medicini pojavljuje u 20. stoljeću, a koristi se prilikom opisivanja bolesti koja se ne može izliječiti ili pak adekvatno tretirati te od koje se očekuje da će brzo rezultirati smrću bolesnika u kratkom vremenskom periodu. Ono što bolesnici teško prihvaćaju jest činjenica da ne postoji lijek koji bi pridonio ozdravljenju [5]. Grupe bolesti i stanja koje dovode do potrebe za palijativnim zbrinjavanjem:

- maligni tumori,
- bolesti srca i krvnih žila,
- dijabetes,
- opstruktivne bolesti pluća,
- virus humane imunodeficijencije (HIV)/Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS),
- prometne nesreće i traumatske ozljede [5].

U svim zemljama Europske unije, palijativna skrb uglavnom se pruža bolesnicima s daleko uznapredovanim rakom. Bolesnici s drugim bolestima, kao što su neurološke bolesti, bolesti koje uzrokuju zatajenje srca, HIV/AIDS, bolesti pluća ili bolesti bubrega, mogu imati jednake potrebe za palijativnom skrbi kao i oboljeli od raka, ali će mnogo teže naći pristup palijativnoj skrbi. Kvalitetno pružanje palijativne skrbi bolesnicima koji ne spadaju u onkološke, iziskuje dodatne resurse [6]. Prema preporukama koje je izdalo Europsko udruženje za palijativnu skrb, procjena potreba za određenim oblikom palijativne skrbi iznosi od 50 % i 89 % svih umirućih bolesnika, što bi značilo da u Hrvatskoj taj postotak iznosi od 26. 000 do 46. 000 pacijenata godišnje. Najmanje 20 % bolesnika koji boluju od tumora i 5% bolesnika koji boluju od neonkoloških bolesti, imaju potrebu za specijalističkom palijativnom skrbi u svojim posljednjim godinama života, što je i prikazano u ,, Tablica 2.1. [7].

Supine bolesti	Broj umrlih (2010.)	Procijenjeni brojbolesnika koji trebaju palijativnu skrb (50-89 % onkoloških i 20 % neonkoloških bolesnika)	Procijenjeni broj bolesnika koji trebaju specijalističku palijativnu skrb (20 % onkoloških i 5 % neonkoloških bolesnika)
----------------	---------------------	---	--

Onkološke bolesti	13.698	6.849 - 12.191	2.740
Neonkološke bolesti	38.398	19.199 - 34.174	1.920
Ukupno	52.096	26.048 - 46.365	4.660

Tablica 2.1. Procjena potreba za palijativnom skrbi na razini države

Izvor: Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.

Terminalna bolest je izraz koji se najčešće koristi kada je u pitanju progresivna bolest poput raka ili kada se radi o težim srčanim bolestima, dok se kod traumatskih ozljeda ne koristi isti izraz. U svakodnevnoj upotrebi, terminalna bolest predstavlja bolest koja će ubrzo dovesti do smrti bolesnika. Bolesnik koji oboli od takve vrste bolesti može biti označen kao terminalni bolesnik, nadalje, može biti označen i kao terminalno bolestan ili na kraju, može biti i terminalan. Gotovo u većini slučajeva bolesnik se smatra terminalnim kada je njegov očekivani životni vijek koji je preostao šest mjeseci ili pak manje, uzevši u obzir pretpostavku da će se napredovanje bolesti razvijati uobičajenim tempom, bez ubrzavanja. Procjena duljine preostalog života ne moraju uvijek biti točne, što znači da bolesnik ne mora umrijeti za 6 mjeseci, životni vijek može mu se skratiti ili čak produžiti. Bolesnici sa bolestima koje sporo napreduju, kao što je na primjer AIDS, ne moraju pripadati kategoriji terminalno bolesnih, upravo zato što prognoze o duljini preostalog života mogu biti duže od šest mjeseci. Ove procjene nisu sigurnost da bolesnik neće iznenadno umrijeti ranije nego što su pokazivale prognoze [2,3].

2.1. Pet stadija žalovanja - Model "Kubler-Ross"

Stajalište o smrti uvelike ovisi o razmišljanju pojedinca o životu. Svaka osoba, koja ima spoznaju da nekada bude došao kraj životnoga puta, suočava se drugačije. Neke osobe smrt prihvaćaju kao kaznu, neke ju doživljavaju kao prepreku koju ne mogu pobijediti, dok nekim osobama predstavlja čin hrabrosti. Pojedinci koji su loše prilagođeni, zatim osobe koje su emotivno labilne, one osobe koje su doživjele mnogobrojna razočaranja u svome životu teže se suočavaju sa blizinom smrti koju će prouzrokovati bolest. Osobe koje su duhovno snažnije, osjećati će manji strah od smrti [7,8].

Model suočavanja sa smrću "Kubler Ross" predstavila je Elizabeth Kubler Ross u svojoj knjizi pod nazivom "O smrti i umiranju", model je bolje poznat kao pet stadija žalovanja. Kubler Ross zapaža i opisuje da bolesnici od prve spoznaje o neizlječivoj bolesti do smrti prolaze kroz nekoliko faza. Prvi stadij je negiranje, zatim se javlja stadij ljutnje, nakon njega stadij pregovaranja, zatim stadij depresije i na kraju, stadij prihvatanja [9].

Negiranje je prvi stadij i javlja se neposredno nakon što se osobu upozna s prognozom i ishodom bolesti. Nakon što je bolesnik upoznat s bolešću i prognozom, pokušava negirati situaciju u kojoj se nalazi, najčešće sam sebe uvjerava kako mu je dobro, kako je prognoza kriva, kako to sve zajedno ne može biti istina. Za većinu bolesnika, negiranje je kratkotrajno i uglavnom se javlja kao mehanizam obrane. Od bolesnika do bolesnika ovisi koliko dugo će vremena provesti u ovome stadiju [10].

U stadiju ljutnje bolesnik je izrazito zahtjevan i obitelji i bolničkom osoblju. Njegova srdžba usmjerena je na liječnike, na medicinske sestre posebno te izražava nezadovoljstvo svim postupcima koji su mu učinjeni od strane medicinskih sestara. Zašto baš ja? Što sam skrivio da mi se ovo događa? Pitanja su koja ćemo čuti od bolesnika kada iz stadija negiranja prijeđu u stadij ljutnje. Pomoći možemo sa protupitanjem, a ono glasi "Zar bi Vam bilo drago da se Vaša bolest dogodila nekome drugome"? Strpljenje je obavezno prilikom rada sa palijativnim bolesnicima. Nekada će kriviti medicinsku sestru zato što je obolio, no moramo se naučiti suočavati sa situacijom na profesionalan način i shvatiti da je u ovome stadiju najmanje riječ o nama, a najviše o sastavnom dijelu prilagodbe bolesnika na bolest od koje boluje. Ne smijemo osobno shvaćati negodovanja niti zamjerati bolesniku njegovo ponašanje [10,11].

U stadiju pregovaranja, bolesnik se najčešće cjenka sam sa sobom ili je cjenkanje pak usmjereno na Boga, odnosno, neku višu silu u koju isti vjeruje. Treća faza započinje time da bolesnik misli kako može odgoditi smrt tako da „ponudi” neki oblik žrtve, a želja za produljenjem života postaje sve izražajnije. Susrećemo se sa time da bolesnik u zamjenu za produljenje života nudi promjenu svojih životnih navika iz korijena [11].

Zašto da se uopće trudim? Nema smisla da mijenjam svoj način života kada ću ubrzo umrijeti? Dva navedena pitanja označavaju da je bolesnik iz faze pregovora prešao u fazu depresije. Depresija je gotovo uvijek javi kod palijativnih bolesnika. Bolesnik se u fazi depresije pomiri sa činjenicom da umire te se javlja gubitak nade, povlačenje u sebe, ignoriranje članova obitelji, a žalovanje i plač postaju svakodnevnica. Kada se osoba nađe u ovoj fazi, nema potrebe da ju

bespotrebno razveseljavamo jer osoba mora proći kroz žalovanje i osjećaji se moraju odvijati u svome smjeru [11].

U fazi prihvaćanja bolesnik se pomiri sa situacijom u kojoj se nalazi. Bolesnik svoje prioritete usmjerava na ono što još za vrijeme svoga života mora napraviti, želi li možda što popraviti [11].

Kada se nađemo kao podrška bolesniku koji se nalazi u fazi prihvaćanja, nerijetko ćemo biti u prilici ispuniti želje koje su u našoj mogućnosti da ih ostvarimo. Uglavnom su to skromne želje, nekoga vidjeti zadnji puta, nekome se ispričati, prošetati i pogledati u nebo ili pričekati zalazak sunca. Bolesniku je potrebna podrška u svakom periodu njegova preostala dijela života [11].

3. Palijativna skrb

3.1. Definicija palijativne skrbi

Palijativna skrb označava pristup koji poboljšava bolesnikovu kvalitetu života, a jednako tako i kvalitetu obitelji bolesnika koji su suočeni s problemima neizlječivih, uznapredovanih bolesti.. Palijativna skrb je interdisciplinarna i kao takva u svome pristupu obuhvaća samog bolesnika, njegovu obitelj i zajednicu. Palijativna skrb zbrinjava i bolesnikove potrebe, bez obzira nalazi li se bolesnik kod kuće ili je pak smješten u ustanovu [5].

3.2. Razine palijativne skrbi

Palijativnu skrb možemo podijeliti na:

1. Palijativni pristup
2. Osnovnu palijativnu skrb
3. Specijalističku palijativnu skrb [7].

Svi medicinski djelatnici trebali bi biti informirani o postojanju palijativne skrbi, što ona nudi, koje su njezine dobrobiti te gdje se ona nalazi [7].

Osnovnu palijativnu skrb provode liječnici opće medicine i svspecijalisti koji brinu o bolesnicima koji boluju od neizlječive bolesti u što spadaju psiholozi, duhovnici, socijalni radnici te volonteri i udruge kojima je primarni posao skrb za palijativnog bolesnika, a ne sama palijativna skrb. Osobe koje pružaju opću palijativnu skrb imaju osnovna znanja iz palijativne skrbi te znaju prepoznati, a jednako tako i riješiti nekomplikirane simptome [5,7].

Specijalističku palijativnu skrb definiraju elementi misija, ciljevi, vrijednosti, vodstvo, tipovi pacijenata, dokumentacija, proces aktivnosti i intervencija, procjena, ishod, evaluacija i stalno poboljšanje kvalitete. U njoj sudjeluju educirani zdravstveni profesionalci i dobro educirani psiholozi i socijalni radnici koji se isključivo bave palijativnom skrbi te volonteri i organizacije civilnog društva za palijativnu skrb [5,7].

U Tablici 3.2.1. je prikaz službi palijativne skrbi prilagođen organizaciji zdravstvenog sustava Republike Hrvatske prema preporukama Europske udruge palijativne skrbi [7].

		RAZINE PALIJATIVNE SKRBI		
		Palijativni pristup	Opća palijativna skrb	Specijalistička palijativna skrb
Oblik / mjesto skrbi	Skrb u kući bolesnika	Primarna zdravstvena zaštita (PZZ): izabrani timovi u djelatnosti opće/obiteljske medicine i djelatnosti zdravstvene zaštite djece predškolske dobi, patronažna služba; zdravstvena njega u kući, centri za socijalnu skrb	PZZ, bolnice, domovi za starije osobe, volonteri – srodne organizacije civilnog društva,	koordinator za palijativnu skrb mobilni palijativni tim ustanova za palijativnu skrb bolnički tim za palijativnu skrb dnevna bolnica ambulanta za palijativnu medicinu
	Dugotrajno liječenje i dugotrajni smještaj	specijalne bolnice za produženo liječenje, stacionari domova zdravlja i stacionari ustanova za zdravstvenu njegu, domovi za starije osobe	duhovnici (službe čije područje djelovanja nisu samo palijativni bolesnici, ali ih češće imaju u skrbi)	palijativne postelje odjel palijativne skrbi
	Akutna skrb	Bolnice, hitne medicinske službe		volonteri i organizacije civilnog društva za palijativnu skrb koje se isključivo bave palijativnom skrbi

Tablica 3.2.1. Prikaz službi palijativne skrbi

Izvor: Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. – 2020.

U Republici Hrvatskoj u tijeku je proces uspostave sustava palijativne skrbi u sve elemente zdravstvenog sustava, prema Nacionalnom programu razvoja palijativne skrbi 2017.-2020. Uz pomoć sustava koji je dobro organiziran, a odnosi se na palijativnu skrb, bolesniku i njegovoj

obitelji može biti pružena zadovoljavajuća skrb te isto tako, zadovoljavajuća kvaliteta života. Još uvijek postoji velik broj zdravstvenih djelatnika koji nisu upoznati sa radom i organizacijom palijativne skrbi, a zbog toga su im nepoznate i sve mogućnosti koje palijativna skrb pruža. Iz tog razloga je vrlo važno da se po Nacionalnom programu razvoja palijativne skrbi provede i nastavak edukacije iz područja palijativne skrbi, koji bi trebao uključiti sve zdravstvene radnike [12].

3.3. Povijest palijativne medicine i palijativne skrbi

Elemente palijativnog pristupa nalazimo u ljudskoj povijesti otkad postoji liječenje. Posljednjih pedeset možemo svjedočiti naglom razvoju palijativne medicine kao zasebne specijalizacije diljem zemalja. Od druge polovine 20. stoljeća u medicinskoj hijerarhiji dominiraju specijalisti, a smrt nastupa češće nakon kroničnih, a ne nakon akutnih bolesti, uz znatnu promjenu uloge bolesnika [5].

Razvoj palijativne medicine započeo je u šezdesetim godinama sa početkom u Velikoj Britaniji, dok se sedamdesetih godina javlja u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD) i u Kanadi. Hospicijski pokret je imao glavni međunarodni utjecaj kada je u pitanju promicanje palijativne medicine, a zatim i palijativne skrbi. Cicely Saunders prikazana je na slici 3.3.1., a ostala je upamćena kao engleska medicinska sestra, socijalni radnik, liječnik i pisac. Isticala je važnost palijativne skrbi u modernoj medicini [5].



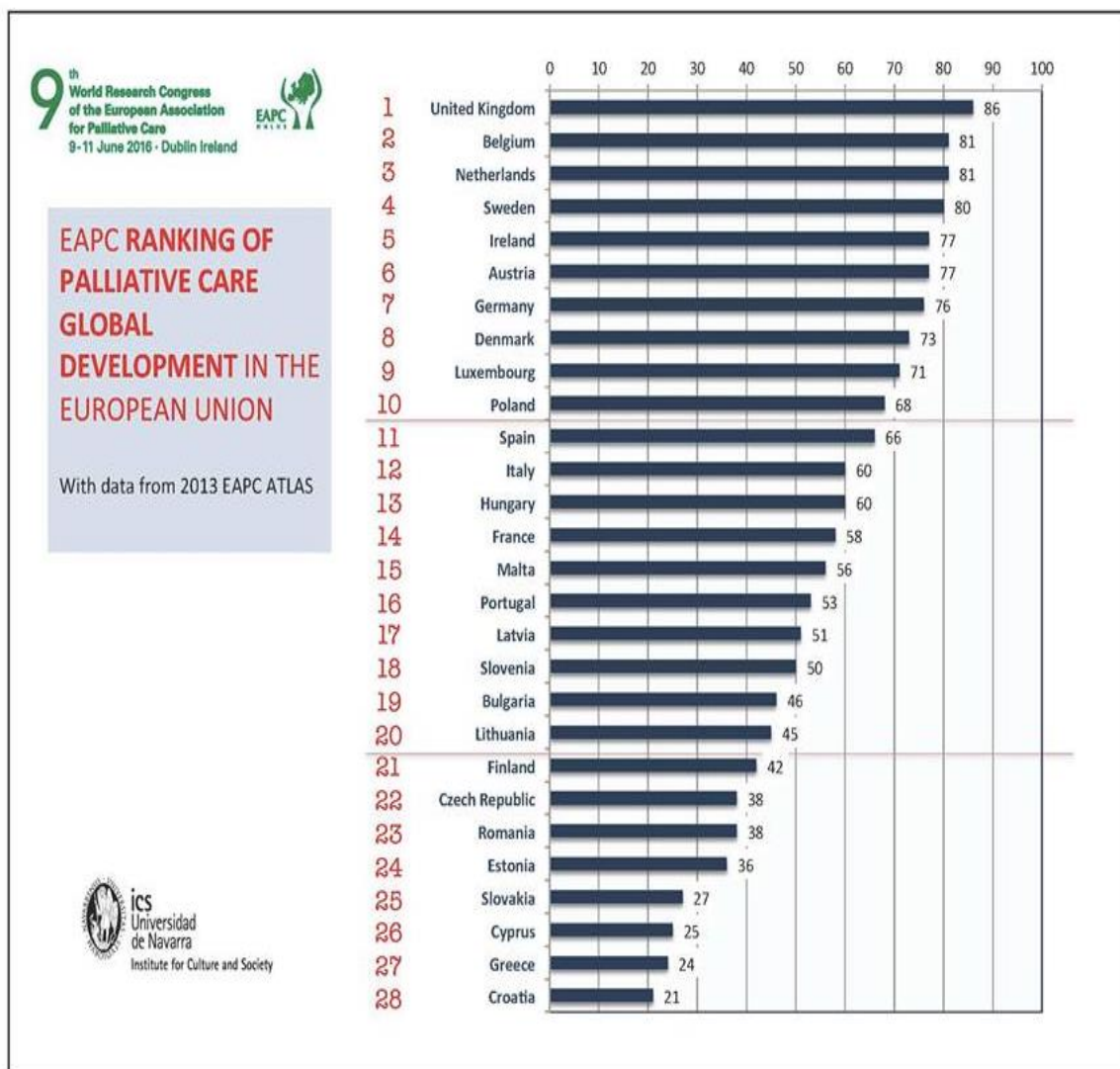
Slika 3.3.1. Cicely Saunders

Izvor: <https://palladiumcare.com/about-cecily-saunders-a-pioneer-in-hospice-and-palliative-care/>

Cicely Saunders, djelovala je od 1957. pa do 1967. godine u St Joseph's hospiciju gdje se bavila proučavanjem kontrole boli kod uznapredovanog karcinoma, dala je snažni poticaj za osnivanje St Christopher hospicija u Londonu 1967. godine, međutim, St Christopher nije bio prvi hospicij, ali je zato bio prva medicinska moderna akademska zdravstvena ustanova s naglaskom na edukaciji i istraživanju. Tijekom svog života Cicely Saunders je predavala na temu palijativne skrbi, napisala je i mnogo članaka i pridonijela velikom broju knjiga svojim znanjem i iskustvom [5].

Nadalje, u SAD-u je znatan utjecaj imala psihijatrica po imenu Elizabeth Kubler-Ross, čije su knjige potakle pravu revoluciju o tome kakva bi komunikacija s terminalnim bolesnikom trebala biti. Urološki kirurg, imena Balfour Mount, 1974. osnovao je prvu svjetsku palijativnu službu u bolnici Royal Victoria u Kanadi, kao dio medicinskoga fakulteta. Začetnici palijativne skrbi zajedno sa širenjem hospicijskog pokreta po svijetu, zaslužni su za znatan razvoj palijativne skrbi koja afirmira život, dok smrt smatra normalnim procesom. Palijativna skrb niti odgađa niti ubrzava smrt, ona nastoji održati najbolju moguću kvalitetu života sve do same smrti [5].

Na 9. istraživačkom kongresu Europskog udruženja palijativne skrbi koji je održan 2016. godine sa sjedištem u Dublinu predstavilo se istraživanje koje opisuje ljestvicu razvoja palijativne skrbi u Europi. Dobiveni rezultati pokazuju kako je Velika Britanija postigla daleko najviši stupanj razvoja što je iznosilo 86 % od maksimalnog mogućeg rezultata. Nakon Velike Britanije nalaze se Belgija zajedno sa Nizozemskom (81 %) i Švedska sa 80 %. Uzevši u obzir resurse, prednjače Luksemburg, Velika Britanija te Belgija. Vitalnost je u istraživanju najbolje rezultate polučila u Njemačkoj i Velikoj Britaniji. Što se tiče Malte, Portugala i Nizozemske, te tri zemlje postigle su najveći napredak usporedivši dobivene rezultate sa istraživanjem koje je provedeno 2007. godine. Pozicije zemalja Francuske, Grčke i Španjolske su pogoršane. Prema navedenom istraživanju, Hrvatska je na zadnjem, 28 mjestu, što iznosi 21 % prikupljenih bodova [7,13].



Slika 3.3.2. Ljestvica razvoja palijativne skrbi u Europi

Izvor: <https://eapcnet.wordpress.com/2016/08/31/ranking-of-palliative-care-development-across-europe/>

3.4. Razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj

Začetnica hospicijskog pokreta i sustavne organizacije palijativne skrbi u Hrvatskoj je profesorica Anica Jušić koja je 1994. godine osnovala Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb. Profesorica Anica Jušić zaslužna je za razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj. Pokrenute su brojne aktivnosti gdje zdravstveni djelatnici organiziraju niz edukativnih događanja kojima se nemedicinska i medicinska javnost mogla zainteresirati za važan oblik pružanja profesionalne

pomoći bolesnicima u zadnjoj fazi bolesti i njihovim obiteljima. Stekao se veliki niz edukacija: poslijediplomski studij za kroničnu bol, primarnu zdravstvenu zaštitu, edukaciju za medicinske sestre i za osoblje domova za stare i nemoćne te za dobrovoljce ili volontere. Ulaskom Hrvatske u Europsku uniju (EU), prišlo se stvaranju strategije razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj [14]. U Republici Hrvatskoj palijativna skrb još uvijek nije dovoljno razvijena za neizlječivo bolesne osobe. Zakonska osnova, međutim, postoji još od 2003. godine kad je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske predviđeno osnivanje prve ustanove za palijativnu skrb. U Velikoj Britaniji postoje specijalizacije i subspecijalizacije iz palijativne medicine te istraživanja pokazuju da u razvijenim zemljama samo 10 % ljudi želi umrijeti u domu za starije osobe ili bolnici a upravo ih 80 % umire u bolnici ili domu za starije i nemoćne [15].

3.5. Modeli organizacije palijativne skrbi

Organizacijski modeli palijativne skrbi pomažu bolesniku da sami donesu odluku o načinu svog liječenja. Dobro organizirana palijativna skrb neophodna je na svim razinama zdravstvene zaštite. Gotovo više od sto zemalja diljem svijeta ima sasvim drugačije modele organiziranosti palijativne skrbi. Kombinaciju liječenja zajedno s edukacijom i istraživanjem uključuje moderni program palijativne skrbi [5].

Neovisne ustanove koje su zadužene za skrb bolesnika u završnom stadiju njegova života i njegovu obitelji nazivaju se hospiciji. Jednako tako, hospiciji imaju svoju svrhu postojanja, a to je pružanje zdravstvene njege bolesniku, pružanje društvene, duhovne i psihološke pomoći. Hospiciji se nerijetko nalaze u zasebnim zgradama te zbog nerazumijevanja političkog vodstva, hospicije često financiraju razne zaklade [5].

Suportivni timovi - multidisciplinarni timovi koji se sastoje od liječnika, psihologa, duhovnika, medicinske sestre/medicinskog tehničara, socijalnih radnika, fizioterapeuta i drugih, timovi su koji pružaju aktivnosti od savjetovanja bolesnika pa sve do direktnog liječenja. Timovi zaduženi za palijativnu skrb koja se provodi kod kuće pružaju bolesnicima specijaliziranu palijativnu skrb u njihovim domovima [5].

Volonterski palijativni tim ima jednako tako isto značajnu ulogu prilikom pružanja podrške bolesnicima te članovima njihove obitelji, djeluje čak i u vrijeme žalovanja nakon smrti oboljelog člana obitelji [16].

Centri palijativne skrbi zajedno sa specijaliziranim jedinicama čine neovisni bolnički krevetikoje možemo pronaći u akutnim bolnicama, domovima za starije i nemoćne te kliničkim bolničkim centrima. Što se tiče specijaliziranih jedinica namjenjenih akutnom liječenju, karakterizira ih ležanje koje traje kraće od deset dana. Jedinice mogu specijalizirane posebno za rak, demenciju, ili AIDS [5].

U specijaliziranim jedinicama najčešće obitavaju mlađi bolesnici. Za produženo liječenje i ležanje duže od 25 dana zadužene su kronične jedinice u kojoj su bolesnici starije životne dobi, a troškovi iste su 25 % do 50 % manji ako usporedimo sa akutnim jedinicama [5].

Dnevne bolnice su organizirani prostori u bolnicama i hospicijima. U dnevnim bolnicama gdje se pruža palijativna skrb postoji kombinacija medicinskih aktivnosti sa radnom terapijom. Jednako tako, u dnevnim bolnicama postoji mogućnost izvođenja invazivnih intervencija u što spadaju postavljanje drenaže, postavljanje katetera ili NGS [5].

Ambulanta zadužena za palijativnu skrb važan je sastavni dio u organizaciji palijativne skrbi u zajednici, a nerijetko je ambulanta povezana sa specijalističkim stacionarom. Ambulanta pruža savjetovanje bolesnicima koji su kod kuće, a u stanju su posjetiti ambulantu [16].

4. Proces zdravstvene njege u palijativnoj skrbi

4.1. Uloga medicinske sestre kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti

Medicinska sestra/medicinski tehničar sudionik je u provođenju skrbi umirućih bolesnika. Za rad na palijativnome odjelu potrebna je dodatna obuka, jer se radi o bolesnicima kojima se zdravstveno stanje ne može poboljšati, no može im se pružiti sve potrebno kako bi svoje preostalo vrijeme proveli dostojanstveno i uz minimalnu bol. Medicinska sestra/medicinski tehničar zaduženi su zadržati koje uključuju prvenstveno planiranje zdravstvene njege, zatim provođenje iste te na kraju evaluaciju provedenoga, naravno, uz procjenu bolesnikova zdravstvenoga stanja. Kako bi se zdravstveno stanje bolesnika moglo procijeliti na najbolji mogući način, potrebno je uvidjeti kako simptom i znakovi bolesti utječu na bolesnikov život, kako se simptomi koje bolesnik ima zbog same bolesti odražavaju na fizičku aktivnost i kretanje, što bismo mogli učiniti kako bismo smanjili i ublažili simptome, postoji li poseban položaj koji bolesniku pomaže da se bol smanji. Medicinska sestra/medicinski tehničar mora uvidjeti kako se simptomi pogoršavaju i postoji li neki određeni period u dana kada bolesnik najviše osjeća bol i nelagodu. Kada utvrdi sve potrebe bolesnika, može kvalitetno pomoći bolesniku. Vrlo važnu ulogu medicinska sestra/medicinski tehničar ima i u komunikaciji s bolesnikovom obitelji i sa samim bolesnikom. Medicinska sestra/medicinski tehničar u palijativnoj zdravstvenoj skrbi ima suportivnu ulogu, treba ohrabrivati bolesnika, pomoći bolesniku da pronađe smisao te na kraju, pripomoći bolesniku prilikom samozbrinjavanja i kontroli simptoma. Što se tiče suportivne uloge medicinske sestre, treba biti podrška bolesniku u svakome trenutku. Esencijalna uloga koju obnaša medicinska sestra/medicinski tehničar označava ostvarenje kontakta sa bolesnikom. Dobar kontakt i razgovor između medicinske sestre/medicinskog tehničara i bolesnika označava bolji međusobni odnos i bolji ishod zdravstvene njege. Ohrabrivati bolesnika možemo na različite načine, zavisi o tome što je bolesniku prioritet u životu i čime bismo ga najviše mogli motivirati. Bolesnika moramo ohrabrivati kako bi prvobitnu snagu pronašao prvenstveno u samome sebi. Tražiti smisao zajedno sa bolesnikom možemo razgovorom te promišljanjem o samome bolesniku. Uz navedene uloge, fizička pomoć je neophodna u većini slučajeva kada se radi o terminalnom stadiju [17,18].

Kod bolesnika koji ima potrebu za palijativnom skrbi se javljaju brojni simptomi i znakovi. Oni mogu biti različiti, javiti se može dispneja, gubitak apetita, mučnine, povraćanje, a posljedica toga može biti odbijanje hrane. Ukoliko stanje potraje dolazi do anoreksije i kaheksije. Nadalje, od količine lijekova koju bolesnik konzumira te od morfija koji je podosta zastupljen u palijativnoj njezi, mogu se javiti povraćanje i mučnina. Može doći do promjene u probavnom sustavu pa se javlja dijareja ili opstipacija. Kao komplikacija smanjene mogućnosti kretanja moguća je pojava dekubitusa, kontraktura ili tromboze. Smetenost povezana sa životnom dobi bolesnika prisutna je gotovo uvijek ako se radi o bolesniku starije životne dobi, no naglasak mora biti na tome da palijativni bolesnici mogu biti bolesnici svih godina. Kada se javi, smetenost može trajati i kraći i dulji period, ovisno o bolesniku. Depresija, anksioznost, tjeskoba te i sami stres, kod bolesnika koji ima potrebu za primanjem palijativne skrbi, gotovo su svakodnevica [19].

Vrlo je bitno prepoznati simptome koji upućuju na pojavu depresije kao što su potištenost, povlačenje u sebe, smanjen interes za bilo kakve aktivnosti, nesanica ili pak pretjerano spavanje. Medicinska sestra/medicinski tehničar se nalazi u situaciji kada se bolesnik osjeća bezvrijedno ili pak osjeća veliku i neprimjerenu krivnju, a da prilikom toga ni sam nije siguran zašto se osjeća krivim. Kako se radi o palijativnim bolesnicima, pojava depresije može znatno pogoršati bolesnikovo stanje. Depresija nije znak slabosti već može biti riječ o duševnoj bolesti ili o fazi prihvaćanja. Potpuno je prirodno da čovjek na svome kraju života osjeća određenu emocionalnu, duševnu ili duhovnu bol koja ga uništava u njegovoj unutrašnjosti te se nerijetko vidi izražavanje bijesa, frustracija i ljutnje. U palijativnoj zdravstvenoj skrbi depresija je uglavnom uvijek rezultat bolesnikovih svjesnih ili nesvjesnih strahova, osjećaja beznada i nemoći. Zdravstveni djelatnici prepoznaju simptome koji upućuju na depresiju te pružiti bolesniku psihološku podršku, ponuditi razgovor sa duhovnikom ili razgovor sa psihijatrom [20,21].

4.2. Sestrinske dijagnoze kod bolesnika s terminalnom bolesti

Provođenje zdravstvene njege kod bolesnika s terminalnom bolesti je usmjereno na rješavanju sestrinskih dijagnoza koje nastaju kao posljedica pogoršanja općeg stanja bolesnika, pojave metastaza, bolova, primjene lijekova i ljekovitih sredstava, pojave sekundarnih infekcija, anksioznosti i depresije bolesnika. Nakon postavljenih sestrinskih dijagnoza sestrinska skrb za bolesnika je usmjerena njihovom rješavanju, procijeni, provođenju sestrinskih intervencija i trajnoj evaluaciji. U Tablici 4.2.1. prikazane su najčešće sestrinske dijagnoze kod bolesnika s terminalnom bolesti [22,23].

Sestrinske dijagnoze kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti		
Anksioznost	Visok rizik za dekubitus	Povraćanje
Dehidracija	Visok rizik za ozljede	Mučnina
Proljevo	Visok rizik za opstipaciju	Prekomjeren unos hrane
Opstipacija	Visok rizik za infekciju	Smanjen unos hrane
Neupućenost	Smanjena prohodnost dišnih putova	Retencija urina
Bol	SMBS – eliminacija	Stres inkontinencija
Strah	SMBS – hranjenje	Inkontinencija stolice
Umor	SMBS – kupanje	Socijalna izolacija
Visok rizik za aspiraciju	SMBS – odijevanje i dotjerivanje	Žalovanje
Smanjeno podnošenje napora	Oštećena sluznica usne šupljine	Otežano gutanje

Tablica 4.2.1. Sestrinske dijagnoze kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti

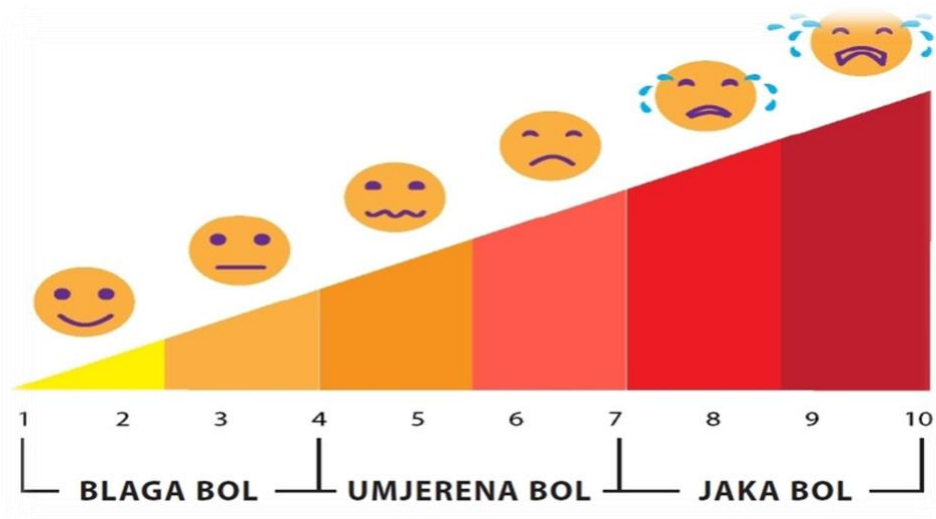
Izvor: S. Šepić: Sestrinske dijagnoze, Hrvatska komora medicinskih sestara, S. Šepić: Sestrinske dijagnoze II, Hrvatska komora medicinskih sestara

Većina bolesnika s terminalnom bolesti imaju smanjenu razinu mogućnosti obavljanja osobne higijene vrlo često zbog brzog napretka bolesti. Medicinska sestra/medicinski tehničar trebaju bolesniku omogućiti privatnost, osjećaj sigurnosti i dostojanstva [24].

4.2.1. Kronična bol

Kroničnu bol možemo opisati kao nagli ili pak usporeni neugodan osjetilni doživljaj koji se javlja kao rezultat stvarnog ili mogućeg oštećenja tkiva dok je očekivani period trajanja boli duži od šest mjeseci [23]. Podaci koji su neophodni za postavljanje dijagnoze sadrže jačinu boli koja je dobivena pomoću skale za procjenu boli, nadalje, potrebni su i ostali podaci u što spadaju lokalizacija boli, trajanje, širenje i kvaliteta boli [25].

Najčešće primjenjivana ljestvica za procjenu boli je vizualno-analogni ljestvica (engl. Visual analogue scale pain - VASP). Ljestvica se sastoji od slikovnog ili grafičkog prikaza intenziteta boli, od 0 ili 1 – bez boli do krajnje točke najjače moguće boli. U ljestvicama izraza lica Slika 4.2.1.1. upotrebljavaju se crteži koji ilustriraju izraz lica s različitim ekspresijama koje koreliraju sa stupnjem intenziteta boli [25].



Slika 4.2.1.1. Vizualno-analogni ljestvica

Izvor: <http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/13334/Bol-kod-hematoloskih-bolesnika.html>

Kritični čimbenici predstavljaju čimbenike koji mogu izazvati prisutnost kronične boli, a to su bolesti poput bolesti organskog sustava, zatim neaktivnost i dugotrajno mirovanje u krevetu.

Vodeća obilježja:

- izjava bolesnika o prisutnosti boli,
- promjene u tjelesnoj težini,
- smanjen apetit,
- anoreksija,
- razdražljivost, ljutnja, nemir,
- nesanica i umor.

Mogući ciljevi:

- Bolesnik će nabrojati uzroke boli,
- Na skali boli bolesnik će iskazati nižu razinu boli od početne,
- bolesnik neće osjećati bol,
- bolesnik će znati načine za ublažavanje boli.

Intervencije medicinske sestre/medicinskog tehničara:

- praćenje i bilježenje vitalnih funkcija,
- prema odredbi liječnika primjena analgetske terapije,
- otklanjanje uzroka koji pojačavaju intenzitet boli,
- bolesnika smjestiti u odgovarajući položaj,
- o prisutnosti boli obavijestiti liječnika,
- sve učinjene postupke evidentirati u sestrinsku dokumentaciju.

Evaluacija provedenih intervencija:

- bolesnik ne osjeća bol,
- bolesnik nabroja uzroke boli,
- na skali boli bolesnik iskazuje nižu razinu boli od početne,
- bolesnik zna koji su načini da se bol ublaži [23].

4.2.2. Smanjena mogućnost brige o sebi/osobna higijena

Smanjena mogućnost brige o sebi povezana s obavljanjem osobne higijene stanje je koje podrazumijeva smanjenu ili pak potpunu nemogućnost samostalnog obavljanja higijene.

Kritični čimbenici su: motorni, kognitivni i senzorni deficit, starosna dob bolesnika, traume i bolesti lokomotornog sustava, dijagnostičko terapijski postupci, bol, neurološke bolesti, poremećaj svijesti, ordinirano mirovanje i prisutnost psihičke bolesti.

Vodeća obilježja:

- nemogućnost bolesnika da se samostalno opere cijelo tijelo ili pojedinih dijelova,
- nemogućnost bolesnika da regulira protok vode i temperaturu vode,
- nemogućnost bolesnika da razumije koje su potrebe održavanja osobne higijene,
- nemogućnost bolesnika da samostalno osuši tijelo nakon kupanja.

Mogući ciljevi:

- Sukladno stupnju samostalnosti bolesnik će sudjelovati u provođenju osobne higijene,
- Bolesnik prihvaća pomoć medicinske sestre/medicinskog tehničara,
- Bolesnik razumije problem koji je vezan za održavanje osobne higijene,
- Bolesnik će biti zadovoljan postignutom razinom samostalnosti,
- Bolesnik će koristiti pomagala tijekom održavanja osobne higijene,
- Koža bolesnika će biti čista i očuvanog integriteta.

Intervencije medicinske sestre/medicinskog tehničara:

- bolesniku je potrebno procijeniti koji je stupanj samostalnosti,
- utvrditi kada je bolesniku potrebna pomoć ukoliko bolesnik ne može sam održavati osobnu higijenu,
- osigurati privatnost bolesnika,
- neposredna fizička pomoć (pripremiti sav potreban pribor za izvođenje osobne higijene, potreban pribor bolesniku staviti na dohvat ruke),
- mikroklimatski uvjeti moraju biti optimalni,
- bolesnika treba poticati na sudjelovanje i obavljanje osobne higijene u skladu s osobnim mogućnostima,
- tijekom kupanja bolesnika na koži treba uočavati promijene,
- okolinu bolesnika učiniti sigurnom,
- tijekom kupanja bolesnika koristiti sredstva koja su PH neutralna.

Evaluacija provedenih intervencija:

- primjereno stupnju samostalnosti bolesnik provodi osobnu higijenu,

- bolesnik pokazuje osjećaj zadovoljstva, razumije zašto mu se pruža pomoć,
- bolesnikova koža je čista i suha, integritet kože je očuvan,
- bolesnik nije zadovoljan tijekom provođenja osobne higijene,
- u obavljanju osobne higijene bolesnik ne želi sudjelovati [22].

4.2.3. Visok rizik za pad

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

Kritični čimbenici su: medicinsko stanje/bolest, oslabljen vid, poremećaj ravnoteže, oslabljen sluh, nepoznata okolina, primjena lijekova, dobna skupina, poremećaji spavanja, opća slabost bolesnika.

Mogući ciljevi zdravstvene njege:

- tijekom boravka u bolnici bolesnik neće pasti,
- bolesnik razumije i zna nabrojati čimbenike koji mogu utjecati na pad,
- za sprječavanje pada bolesnik se pridržava sigurnosnih mjera.

Intervencije medicinske sestre/medicinskog tehničara:

- upoznati bolesnika s okolinom u kojoj boravi,
- osigurati stalni nadzor nad bolesnikom,
- pružiti pomoć u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, staviti stvari nadohvat ruke,
- postaviti zaštitne ograde na krevet bolesnika i zakočiti kotače na krevetu,
- objasniti bolesniku da prije ustajanja iz kreveta prvo sjedi a nakon toga ustane uz pridržavanje za krevet,
- osigurati upotrebu noćnog svjetla,
- bolesnika poticati da tijekom noći traži pomoć osoblja,
- poticati kretanje bolesnika,
- bolesniku objasniti ako uzima lijekove kako oni mogu utjecati na njegovu budnost,
- u prostoru u kojemu boravi bolesnik potrebno je ukloniti nepotrebne stvari, rasporediti namještaj da mu ne smeta, vrata bolesničke sobe držati otvorena, bolesnika kontinuirano nadzirati.

Evaluacija provedenih intervencija:

- bolesnik će znati nabrojati koje su sve mjere sprečavanja pada,
- tijekom boravka u bolnici bolesnik nije pao,
- bolesnik sudjeluje u mjerama za sprečavanje pada [23].

4.2.4. Visok rizik za oštećenje tkiva

Prisutnost mnogostrukih vanjskih i unutarnjih čimbenika rizika za oštećenje tkiva.

Kritični čimbenici su: medicinska stanja/bolest, bol, iritacija tkiva, umor, senzorni, kognitivni i motorički deficit.

Mogući ciljevi zdravstvene njege:

- koža bolesnika ostat će intaktna, integritet očuvan,
- obitelj i bolesnik znaju nabrojiti i koje mjere se sprovode u cilju sprječavanja nastanka dekubitusa,
- bolesnik sudjeluje u provođenju mjera sprječavanja nastanka dekubitusa.

Intervencije medicinske sestre/medicinskog tehničara:

- procijeniti da li postoje čimbenici za nastanak dekubitusa,
- dokumentirati ranija oštećenja kože i sadašnje stanje,
- bolesniku osigurati optimalnu hidraciju,
- praćenje diureze, ravnoteže tekućine u organizmu mjereći centralni venski tlak (CVT), kontrola urina, promatranje kože i sluznica,
- prehrana bogata bjelančevinama i ugljikohidratima,
- bolesniku mjeriti tjelesnu težinu,
- pratiti izgled bolesnika, moguća je pojavnost edema,
- osobna higijena se provodi u krevetu, koristiti neutralna sredstva tijekom kupanja,
- bolesnika masirati i mijenjati položaj prema algoritmu,
- položaj mijenjati podizanjem bolesnika a ne povlačenjem,
- posteljno rublje treba biti čisto, suho i bez nabora,
- koristiti antidekubitalna pomagala,
- bolesnika poticati na aktivnost koliko mu zdravstveno stanje dozvoljava i ovisno o stupnju pokretljivosti,

- primjena propisanih lijekova protiv bolova,
- bolesnika i obitelj savjetovati i educirati o mjerama za prevenciju nastanka dekubitusa.

Evaluacija provedenih intervencija:

- koža bolesnika nema oštećena,
- bolesnik sudjeluje u nabranjanju i provođenju mjera sprečavanja nastanka dekubitusa,
- bolesnik zna nabrojati koji su simptomi i znakovi oštećenja kože,

bolesnik i obitelj nisu usvojili znanja o mjerama prevencije oštećenja kože [23].

4.2.5. Umor u/s tijekom bolesti

Umor je osjećaj iscrpljenosti i smanjene sposobnosti za fizički i mentalni rad.

Kritični čimbenici su: bolesti dišnog sustava, srčano žilnog sustava, metaboličke bolesti, bolesti živčano mišićnog sustava, koštanog sustava, visoka tjelesna temperatura, infektivne bolesti, kronične bolesti, kemoterapija, lijekovi, poremećaj spavanja, depresija, stres [23].

Vodeća obilježja:

- pospanost,
- iscrpljenost,
- smanjena koncentracija,
- povećana potreba za odmorom,
- tromost.

Mogući ciljevi zdravstvene njege:

- bolesnik prepoznaje koji su znakovi umora,
- bolesnik neće osjećati.

Intervencije medicinske sestre/medicinskog tehničara:

- kod bolesnika prepoznati da li postoje uzroci umora,
- bolesniku osigurati sigurnu okolinu, prilagodit prostor, prevenirati ozljede, osigurati pomagala ako su potrebna,
- kod bolesnika poticati pozitivno mišljenje, pružati mu emocionalnu podršku,
- bolesniku omogućiti spavanje i odmor,
- aktivnosti bolesnika prilagoditi njegovim mogućnostima,

- osigurati primjerenu prehranu i dovoljan unos tekućine u organizam,
- bolesnika poticati na dnevnu aktivnost koja je primjerena njegovim mogućnostima.

Evaluacija provedenih intervencija:

- bolesnik prepoznaje koji su uzroci umora,
- bolesnik ima plan dnevnih aktivnosti,
- bolesnik se ne osjeća umorno,
- bolesnik je umoran [23].

4.3. Skrb za bolesnika u terminalnoj fazi bolesti

Zbrinjavanje bolesnika ovisit će o stupnju bolesnikove nemogućnosti zadovoljavanja osnovnih potreba. Vrlo je bitno da bolesnik aktivno sudjeluje u planiranju i provedbi zdravstvene njege. U cijelom procesu skrbi medicinska sestra/medicinski tehničar procjenjuje potrebe za fizičkom pomoći, emocionalnom podrškom i edukacijom u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba te u skladu s dobivenim podacima planira zdravstvenu njegu prilagođenu svakom bolesniku posebno [26,27].

Adaptacijski model Caliste Roy je najčešći model koji se primjenjuje kod bolesnika s terminalnom bolesti. Provođenje zdravstvene njege i rješavanje problema je uz individualni pristup bolesniku i timski rad. Roy adaptacijski model je orijentiran na:

- sposobnost osobe da se prilagodi ili prihvati promjene u svom životu,
- održavanju ravnoteže,
- promatranje svakog pojedinca koji se prilagođava na poseban način,
- ljudske potrebe [28].

Važno je procijeniti bolesnikovo stanje i utvrditi njegove probleme. Bolesnika je potrebno poticati i podupirati da aktivno sudjeluje u procesu zdravstvene njege što je duže moguće. Skrb za bolesnika usmjerena je na prevenciju simptoma, rano uočavanje komplikacija i simptoma, ublažavanje simptoma farmakološkim i nefarmakološkim postupcima i zadovoljavanje svih osnovnih ljudskih potreba. Važno je prepoznati sve simptome i probleme te odrediti koji je najizraženiji [29]. Na Slici 4.3.1. je prikazana skala za procjenu općeg tjelesnog stanja bolesnika - Karnofsky skala.

STUPANJ	KARNOFSKY
100%	normalna aktivnost
90%	sposoban za normalnu aktivnost, manji simptomi i znakovi bolesti prisutni
80%	normalna aktivnost s naporom, prisutni neki simptomi i znakovi bolesti
70%	brine se za sebe, ne može obavljati normalne aktivnosti ili aktivno raditi
60%	povremeno je potrebna pomoć, ali može se sam brinuti za većinu svojih potreba
50%	zahtjeva značajnu pomoć i povremeno medicinsku skrb
40%	onesposobljen; zahtjeva posebnu medicinsku pomoć i skrb
30%	teško onesposobljen; potrebna je hospitalizacija, ali smrt ne prijati neposredno
20%	vrlo bolestan; nužna je hospitalizacija, potrebna je aktivna suportivna terapija
10%	moribundan (umirući) bolesnik
0%	mrtav

Tablica.4.3.1. Skala za procjenu općeg tjelesnog stanja bolesnika

Izvor: <https://slideplayer.com/slide/14789518/>

5. Eutanazija i distanzija

5.1. Definicija i vrste eutanazije

Eutanazija dolazi od grčke riječi eu-bлага, dobra, i tantos-smrt, što bi u prijevodu značilo blaga smrt. U medicini, pravu, teologiji i etici javljaju se velike dvojbe i suprotna mišljenja, jer je eutanazija u smislu provedbe ubojstva iz milosrđa, odnosno skraćivanje muka na zahtjev bolesnika. U Republici Hrvatskoj eutanazija nije legalizirana. Legalizaciju eutanazije je najšire provela Nizozemska. Prema zakonu o pravima smrti svaka duševno zdrava osoba ima pravo napisati zahtjev za prekid postupaka kojim se održava na životu. Takva se odluka mora poštivati kada je potpiše osoba koja je prije zahtjeva upoznata s dijagnozom neizlječive bolesti, a zahtjev može provesti samo liječnik koji skrbi za nju [30,31].

Kako postoji palijativna skrb kojoj je cilj čovjeku osigurati dostojanstvenu smrt i minimalizirati bol koju osjeća, tako postoje i razni oblici koji mogu uzrokovati smrt osobe sa ciljem da se skrate muke koje bolesniku uskraćuju kvalitetu života. Postupak kojim se namjerno prekida čovjekov život naziva se eutanazija. Prva zemlja u Europskoj Uniji koja je dozvolila eutanaziju, bez obzira na dob i zdravstveno stanje jest Belgija. U Luxemburgu je eutanazija prihvaćena 2009. godine, ali je zabranjena za maloljetne osobe. Što se tiče Švicarske, legalna je direktna eutanazija, što znači da liječnik smrtonosnu dozu može odrediti, dok je na bolesniku da ju sam uzme. Norveška djeluje na način da liječnik ima pravo prekinuti propisanu terapiju, ako je to bolesnikova želja na samrti ili o tome mogu odlučiti članovi njegove obitelji. kada bolesnik ne može komunicirati. U Njemačkoj prevladava tolerancija po pitanju pasivne eutanazije. Vrlo slična situaciju možemo pronaći i u Austriji, gdje je tolerancija jednako visoka po pitanju pasivne eutanazije. Velika Britanija malo je drugačija pa po pitanju eutanazije nema odobrenja te je na snazi zabrana, no, u situacijama kada je bolesnik na kraju svoga života, liječnik može odrediti dovoljno jaku dozu morfija, pod izlikom da se otkloni bol, iako je dobro poznato da se tim činom jednako tako može prouzrokovati smrt. Španjolska, kao vrlo katolički poznata zemlja, eutanaziju najstrože osuđuje, dok sam zakon nudi bolesniku pravo da odbije liječenje. Po pitanju Grčke i Rumunjske, eutanazija jest strogo zabranjena te liječnik koji napravi eutanaziju može biti kažnjen kaznom i do sedam godina zatvora. Situacija je ista i u Poljskoj i Irskoj, samo je razlika u tome, ako liječnik eutanaziju izvrši, dobiti će duplu kaznu zatvora, dakle 14 godina. Eutanazija je u Hrvatskoj zakonom zabranjena. Kazneni zakon RH

poznaje pojam „usmrćenje na zahtjev“: „Čl. 94. Tko drugoga usmrti na njegov izričit i ozbiljan zahtjev, kaznit će se kaznom zatvora od jedne do osam godina“ [31,32].

Eutanazija, s kojom se možemo susresti i pod nazivom „ubojstvo iz milosrđa“. Pod nazivom "ubojstvo iz milosrđa", upitno je koliko je milosrđa u eutanaziji i naši osobni stavovi mogu biti različiti. Ljudsko biće ujedno je i duhovno biće te na kraju života zaslužuje dostojanstvenu smrt. U religijama kao što su islam, budizam, kršćanstvo i židovstvo, eutanazija je neprihvatljiva. Navedene religije život smatraju nepovredivim, svetim i nedodirljivim Božjim darom [33].

5.1.1. Vrste eutanazije

Vrste eutanazije:

- dobrovoljna eutanazija,
- nedobrovoljna eutanazija,
- aktivna eutanazija,
- pasivna eutanazija,
- indirektna eutanazija.

Kao što i samo ime govori, dobrovoljna eutanazija provodi se na sam zahtjev bolesnika koji je u stanju pravilno prosuditi i donijeti kompetentnu odluku, dakle, potrebno je da bolesnik bude pri zdravoj svijesti kada odlučuje želi li nad sobom izvršenje postupka eutanazije.

Nedobrovoljna eutanazija – kada osoba nije u stanju donijeti sam odgovarajuću odluku, tada odluku mogu donijeti članovi obitelji ili pak skrbnik. No, je li moralno da se za osobu koja je bez svijesti ili je u pitanju novorođenče, donosi odluka bez pristanka osobe nad kojom će se postupak eutanazije izvršiti. Kao zdravstveni djelatnici, svakako si o tome možemo razmisliti [31].

Aktivna eutanazija označava skraćenje života konstantnom, odnosno, aktivnom pomoći u umiranju. Aktivna eutanazija je zahvat kojim se zadaje smrt bez boli, smrt prije vremena, sve u svrhu smanjenja patnje bolesnika kada isti boluje od neizlječive bolesti. Aktivna eutanazija ostvariti se može pomoću lijeka, točnije otrova ili može biti ostvarena uskraćivanjem zahvata nad bolesnikom [31].

Pasivna eutanazija podrazumijeva nepodužimanje mjera koje bi bolesniku produžile život. Ako se umirućem bolesniku uskrati primjena njegove terapije i ne daju mu se sredstva koja ga održavaju na životu, tada je riječ o pasivnoj eutanaziji. Kada usporedimo, pasivna eutanazija sušta je

suprotnost distanziji. U mnogim zemljama nije zabranjena pasivna eutanazija, ali je zato aktivna eutanazija s pravom zabranjena [34].

Aktivnom eutanazijom osobu se izravno usmrćuje, u pitanju je smrtonosna injekcija koju osoba dobiva s ciljem ubojstva. Kada je u pitanju pasivna eutanazija, bolesnika se samo pusti da umre, dakle, kada eutanazija bude provedena izostavljanjem liječenja, isključivanjem aparata ili ukidanjem, odnosno prekidom terapije, govorimo o pasivnoj eutanaziji [31].

Postupak liječenja kod kojega može biti nuspojava skraćivanje života je indirektna eutanazija. Tijekom ublažavanja boli kod bolesnika u terminalnoj fazi upotrebljavaju se etički argumenti temeljeni na razmišljanju o medicinskim postupcima koji imaju dvostruki učinak. Primjer je kirurški zahvat koji kod bolesnika može izazvati ili ubrzati smrt. Bolesnici u terminalnoj fazi bolesti ne govore o aktivnoj eutanaziji [34].

Ako bolesnik uzme lijekove koje mu je ordinirao liječnik u svrhu samoubojstva takvo stanje nazivamo potpomognuto samoubojstvo. Lijekovi kojima se može pospješiti samoubojstvo liječnik ne smije dati bolesniku. Oslobođanja od bolova se razlikuje od potpomognutog samoubojstva u tome što bolesnici koji su umirući trpe neizdržive bolove i mnogi od njih žele smanjenje boli a zapravo ne žele umrijeti. U nekim zemljama je potpomognuto samoubojstvo legalizirano: Belgiji, Luksemburgu, Estoniji, Švicarskoj, Nizozemskoj, Estoniji, Albaniji, u državama SAD-a: Washington, Oregon i Montani, kao i u Kambodži i Japanu [34].

5.2. Distanazija

Distanazija je pojam koji označava bolnu, polaganu smrt i na umjetan način odgađanje procesa umiranja beskorisnim liječenjem. Distanazija je suprotna eutanaziji i provodi se svakodnevno u zdravstvenim ustanovama. Brazilia Leo Passini , doktor, svećenik i moralni teolog je utemeljitelj problema i izraza distanzije [35].

Distanazija, drugim nazivom "terapijska tvrdoglavost" označava upotrebu svih raspoloživih sredstava, nebitno bili oni primjereni ili neprimjereni, samo zato kako bi se život produljio, pa makar to bilo i umjetnog tipa. Smrt se odgađa bez obzira na to što je i više nego jasno da je u pitanju neizlječiva bolest. Koriste se tehnologije kao što su umjetna ventilacija, uređaji koji su zaduženi za potporu srčanim klijetkama te vantjelesna membranska oksigenacija. Kod pojma

distanzije sasvim je prirodno zapitati se je li ovaj čin ikako može biti opravdan ili se radi o određenoj dozi sebičnosti članova obitelji [36].

Distanzija je uobičajena i češća u zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj ako je ustanova bolje tehničke opremljenosti. Obitelji. Liječnici se vrlo teško odupiru nasrtajima obitelji/medija da se učini nemoguće ili da se “pokuša sve” u svrhu umirivanja vlastite savjesti. Promišljeno i razumno stajalište vrlo je često okarakterizirano kao nehumano, kao vršenje eutanazije ili ne pružanja pomoći. U bolnicama razvijenih zemalja postoji jasna svijest u pogledu upotrebe visokosofisticirane medicinske tehnologije u terminalnoj fazi života. Na krevetima pacijenata koji su u terminalnoj fazi života stoji natpis “Ne provoditi postupak oživljavanja” [35].

U onkoloških pacijenata vrlo se često provodi distanzija. Prema podacima Europskog društva za medicinsku onkologiju (ESMO) u posljednja dva mjeseca života oko 48 %, a u posljednjem mjesecu oko 30 % pacijenata prima kemoterapiju, a taj broj je u stalnom porastu usprkos nesvrhovitosti i toksičnosti takve terapije. Iako je poznato da kemoterapija nema smisla u pacijenata s uznapredovanom metastatskom bolesti, čak 6–10 % takvih pacijenata prima kemoterapiju u posljednjim tjednima svog života. Takvo postupanje uzrokuje veliku bol i patnju bolesniku, opterećuje bolničke sustave i neučinkovito troši zdravstvene resurse [36].

Kod bolesnika kod kojega je smrt neizbježna a medicinsko liječenje i tretman beskoristan primarni cilj je ublažiti patnju i bol. U trenutku kada ne postoji nada za izlječenje život se može produžavati uz primjenu lijekova, terapijskom upornošću i primjenom medicinskih uređaja za održavanje života. Bolesniku takav tretman ne donosi nikakvu ili malu korist a ujedno povećava patnju i bol njega samoga i njegove bližnje obitelji. Odluka informiranog bolesnika kada odbija beskoristan tretman se mora poštovati. Pomoću palijativne skrbi u terminalnoj fazi bolesnika poboljšava se kvaliteta života i ublažava se bol i patnja. Uz pojam eutanazije i distanzije javlja se i pojam ortotanazije koji označava dostojanstvenu smrt, bez skraćivanja ali i bez nepotrebnog produžavanja života koje nameće dodatnu patnju. [35].

5.3. Stavovi spram eutanazije

Bilo bi jako teško utvrditi kada se pojavila ideja eutanazije, ali je zato poznato kako su primitivna i stara društva bila upoznata sa mnogim radnjama koje možemo prisličiti eutanaziji. U današnjem društvu, koje brine samo za svoje interese i užitke, smrt se rijetko kada spominje. Bez

obzira na suvremeno društvo, čim čovjek ostvari pravo na život, automatski je prihvatio i činjenicu kako je smrt neizbježna. Stavovi spram eutanazije su mnogobrojni. U kršćanstvu postoji teorija kako ljudski život bez obzira u kojem se stadiju sada nalazio, zadržava vlastito dostojanstvo. Ljudski život posjeduje toliku vrijednost da njime ne može raspolagati niti društvo ni pojedinac. Eutanazija se nalazi u potpunoj suprotnosti s temeljnim pravom koje ima čovjek, pravom na život. Čin eutanazije shvaćen je na način namjernog, naručenog i planiranog ubojstva. Svjesni nepodnošljive boli i patnje koju bolesnik proživljava, eutanaziju možemo nazvati jedinim spasom, ali ostaje činjenica da je osoba ubijena. Alternativa za eutanaziju je palijativna skrb. Palijativna medicini pomaže pri obnavljanju životnih sposobnosti koje su bolesniku ostane, što znači da palijativna skrb nikako ne služi kako bi se samo promatrali umiranje bolesnika. Glavni cilj palijative je podizanje kvalitete života bolesnika prije njegove smrti. Motiv zbog kojeg bolesnik iziskuje eutanaziju jest najčešće strah, strah koji se javi u s vezi nemogućnosti trpljenja boli i patnje prilikom procesa umiranja [30].

Mogućnosti koje pruža suvremena medicina u održavanju života, uspjele su dovesti u pitanje postoji li smislenost određenih radnji, kao što je eutanazija. Bilo kako bilo, nije moralno bolesniku uskratiti aparat ili lijek koji bi mu pomogao, upravo zato što je zadaća medicine očuvanje zdravlja pojedinca te otklanjanje postojeće boli. Iako postoje mnoga sporna pitanja u vezi eutanazije na koja treba odgovoriti, ona je zakonom regulirana. Stoji pitanje koje glasi „Mogu li se zatvoriti oči na činjenicu da je eutanazija ubojstvo?”. Jasno je kako eutanazija nije rješenje upravo zato što postoji palijativna medicina koja pomaže teško oboljelim bolesnicima da ostatak svog života prožive uz minimalnu bol te tako iskoriste preostali dio života na način na koji žele [32].

Situacija u zemljama i svijetu je različita. U Sjedinjenim Američkim Državama eutanazija prima javnu podršku, koja se, kako prolazi vrijeme, samo povećava. 1973. godine broj osoba koje zagovaraju eutanaziju porastao je na 53 %, dok je 1991. godine broj iznosio 63 % pobornika. Što se tiče Velike Britanije, ondje se stvorio hospicijski pokret, a broj liječnika koji su za prihvaćanje eutanazije, iznosi 47 %, dok se njih čak 46 % odlučilo da bi, ako se eutanazija legalizira, izvršili postupak iste [34].

U Njemačkoj raste broj pobornika eutanazije. Tako je ispitivanje iz 1974. godine pokazalo da aktivnu eutanaziju prihvaća 54 % ispitanih, dok se taj postotak dvadeset godina kasnije popeo na 80 %. Nizozemska medicinska udruga još je 1984. prihvatila eutanaziju uvjetno, što predstavlja ispunjenje niza uvjeta prije potpunog prihvaćanja. Dokumentacija prvenstveno obuhvaća povijest

bolesnikove bolesti, zahtjev za okončanje života, sastavljen zahtjev od strane samog bolesnika, a ako takav zahtjev nedostaje, liječnik je taj koji mora obrazložiti iz kojeg razloga taj zahtjev fali, nadalje, u dokumentaciju spada i konzultiranje liječnika s drugim liječnikom koji je neovisan te na kraju u dokumentaciji mora biti naveden popis sredstava koji će biti korišten u svrhu dovršenja života. Liječnik koji će provoditi postupak, dužan je poslati pisano izvješće lokalnom javnom tužiteljstvu kako bi ono utvrdilo da je postupak izveden u skladu sa propisima [34].

Broj zahtjeva za eutanaziju iznosi tri puta više u odnosu na provedenu, ostvarenu eutanaziju. Razlozi zbog kojih se predaju zahtjevi za eutanazijom su i osjećaj gubitka vlastitog dostojanstva, ovisnost o pomoći drugih ljudi, zamorenost životnom situacijom u kojoj se pojedinac nalazi. Bol u zahtjevu susreće se u postotku od 6 % slučajeva. Dešavalo se i to da je smrt, koja je bila rezultat eutanazije, prijavljivana kao potpuno prirodna, opravdavajući se strahom od eventualnih posljedica. Razna povjerenstva i konstatacije, rezultiraju sve većim nepovjerenstvom prema liječnicima. Bolesnici su u strahu od liječnikova postupka primjene eutanazije nad njima, iako to bolesnici ne bi ni zahtijevali [34].

6. Zaključak

Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i bolesnikove obitelji koja se suočava s problemima kada nastupi neizlječiva, a zatim uznapredovala bolesti. Cilj palijativne skrbi je povećanje kvalitete preostalog života, olakšavanje simptoma i žalovanja te osiguranje dostojanstvene smrti

Kako postoji palijativna skrb kojoj je cilj čovjeku osigurati dostojanstvenu smrt i minimalizirati bol koju osjeća, tako postoje i razni načini koji mogu uzrokovati smrt osobe sa ciljem da se skrate muke koje bolesniku uskraćuju kvalitetu života. Eutanazija nije dobro rješenje. Palijativna medicina pomaže teško oboljelima da u miru provedu posljednje trenutke svoga života, koristeći se prilikom toga najvišim medicinskim dostignućima, a što je najvažnije, bolesniku pristupa sa iskrenim ljudskim suosjećanjem i ljubavlju, pri čemu se ljudsko dostojanstvo ističe do smrti.

Medicinska sestra/medicinski tehničar osoba je koja daleko najviše vremena provede s bolesnikom, uz to planira i provodi zdravstvenu njegu, provodi intervencije koje su zadane te evaluira postignuto. Rad u palijativnoj skrbi zahtjeva dobro educiranu medicinsku sestru/medicinskog tehničara koji se prilagođavaju radu u situacijama koje su izrazito stresne, a iziskuju kliničko znanje.

“Ako stvarno volite tu osobu i želite joj pomoći, budite uz nju kada dođe kraj blizu. Sjednite pored, ne morate čak ni razgovarati. Ne morate učiniti ništa, samo budite tu pored”.

E. Kubler - Ross

7. Literatura

- [1] Udruga medicinskih sestara Zdravstvene njege u kući: VI Simpozij medicinskih sestara, Zbornik radova, Donja Stubica, 2013.
- [2] A. Jušić: Palliative Medicine-Palliative Care, 2011. dostupno na:
https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=30995 (11.07.2020)
- [3] M. Brkljačić: Aktualno stanje palijativne skrbi u Hrvatskoj, 2013., dostupno na:
https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=165598 (12.07.2020)
- [4] M. Čalić: Što je palijativna medicina i koje su perspektive palijativne skrbi u Hrvatskoj? 2015., dostupno na: <https://www.zdravobudi.hr/clanak/637/sto-je-palijativna-m.edicina-i-koje-su-perspektive-palijativne-skrbi-u-hrvatskoj> (12.08.2020)
- [5] V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković: Osnove palijativne medicine, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.
- [6] European journal of palliative care, 2009., 16(6) 279, dostupno na:
http://www.kbcrijeka.hr/docs/Bijela_knjiga_o_standardima_i_normativima_za_hospicijsku_i_palijativnu_skrb_u_Europi.pdf (9.09.2020.)
- [7] Ministarstvo zdravstva: Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. – 2020, Zagreb, 2017.
- [8] https://www.krenizdravo.rtl.hr/psihologija_p/kako-izgleda-umiranje-smrt-predsmrtno-stanje-tugovanje dostupno (17.08.2020.)
- [9] E. Kubler-Ross: O smrti i umiranju, Zagreb, MISL, 2008.
- [10] A. Jusić i suradnici: Hospicij i palijativna skrb, Zagreb, Školska knjiga, 1995.
- [11] D. Hercigonja-Kocijan: Psihološki aspekti umiranja i smrti, 1998., dostupno na:
https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=78056 (12.07.2020.)
- [12] L. Fumić-Dunkić, A. Kustura: Organizational model of palliative care in the Republic of Croatia - where are we today?, Libri Oncologici, 2018., dostupno na:
https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=317850 (11.09.2020.)
- [13] B. Prstec: Mogućnosti unapređenja sestrinske skrbi u Međimurskoj županiji, Diplomski rad, Medicinski fakultet, Zagreb, 2016., dostupno na:
<http://palijativna-skrb.hr/> (5.09.2010.)

- [14] V. Vučevac, M.J. Franinović, Ž. Krznarić, M. Braš, V. Đorđević: Uspostava sustava palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj, *Medix*, 2016. 119-120:78-81.
- [15] V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković: Palijativna skrb – brinemo zajedno, Medicinska naklada, Zagreb 2013.
- [16] M. Braš, V. Đorđević, B. Kandić-Splavski, V. Vučevac: Osnovni pojmovi o palijativnoj medicini i palijativnoj skrbi, *MEDIX*, 2016., 119/120, dostupno na: <https://medix.com.hr/medix-119-120> (15.09.2020.)
- [17] C. Campos-Calderón, R. Montoya-Juárez, C. Hueso-Montoro, E. Hernández-López, F. Ojeda-Virto, M. P. García-Caro: Interventions and decision-making at the end of life: the effect of establishing the terminal illness situation, 2018., dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5100335/> (18.08.2020)
- [18] Lj. Broz, M. Budisavljević, S. Franković: Zdravstvena njega 3, Školska knjiga, Zagreb, 2009.
- [19] S. Šare, A. Prka: Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj njezi umirućih bolesnika Nursing diagnosis in healthcare of dying patient, 2013., dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=313145 (20.08.2020)
- [20] J. Ivanušić: Bol i depresija – psihijatrijski osvrti (2019.) dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=327563 (20.08.2020)
- [21] V. Bešlić: Duhovnost i duhovnik u palijativnoj skrbi (2017.), dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=262176 (20.08.2020)
- [22] S. Šepec: Sestrinske dijagnoze, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2011.
- [23] S. Šepec: Sestrinske dijagnoze II, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2013.
- [24] S. Šare, A. M. Prka i S. Konjevoda: Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj njezi umirućih bolesnika, *Sestrinski glasnik*, 2018., 23 (3), 169-172, dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/214228> (15.09.2020).
- [25] S. Kalauz: Zdravstvena njega kirurškog bolesnika – opća, Zagreb, Medicinska naklada, 2020.
- [26] M. Rogić: Priručnik za osnovne medicinske postupke u sestriinstvu, Zagreb, 2000.
- [27] N. Prlić: Zdravstvena njega 3, Školska knjiga, Zagreb, 2009.
- [28] S. Čukljek: Proces zdravstvene njege, nastavni tekstovi, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2006.
- [29] Š. Ozimec – Vulinec: Zdravstvena njega umirućih bolesnika (nastavni tekstovi), Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2002.

- [30] S. Šepec i suradnici: Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2010.
- [31] I. Šegota: Etika sestrinstva, Medicinski fakultet Rijeka, Rijeka 1997.
- [32] A. Jusić: Hospicijska/palijativna medicina ili eutanazija, Zagreb, 2017., dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=208805 (14.06.2020.)
- [33] M. Aničić, V. Janković: Pravo na život u suvremenim etičkim promišljanjima i u socijalnom nauku Crkve, Osijek, 2011., dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=106919 ,(14.06.2020.)
- [34] A. Frković: Bioetički ogledi o kvaliteti života, Pitanje distanzije i eutanazije. Rijeka, 2007., dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=26599(11.09.2020.)
- [35] D. Duraković: Eutanazija u dječjoj dobi, 2014., Jahr, 5 (2), 387-405., dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/13479> (17.09.2020.)
- [36] R. Dobrila - Dintinjan, A. Redžović, M. Dintinjana, I. Belac – Lovasić: Distanzija – naša stvarnost, Rijeka, 2014., dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=212513(11.09.2020.)
- [37] S. Vuletić: Biomedicinski i moralno-etički aspekti distanzije. U agoniji umiranja pred medicinskom beskorisnošću, Zagreb, 2014., dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=181118 (14.06.2020.)

Popis slika i tablica

Tablica 2.1. Procjena potreba za palijativnom skrbi na razini države, izvor:

Ministarstvo zdravstva: Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. – 2020, Zagreb, 2017.

Tablica 3.2.1. Prikaz službi palijativne skrbi, izvor:

Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. – 2020.

Slika 3.3.1. Cicely Saunders, izvor:

<https://palladiumcare.com/about-cecily-saunders-a-pioneer-in-hospice-and-palliative-care/>

Slika 3.3.2. Ljestvica razvoja palijativne skrbi u Europi, izvor:

<https://eapcnet.wordpress.com/2016/08/31/ranking-of-palliative-care-development-across-europe/>

Tablica 4.2.1. Sestrinske dijagnoze kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti, izvor:

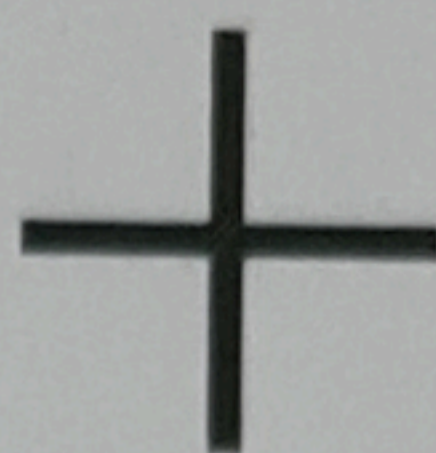
S. Šepec: Sestrinske dijagnoze, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2011. S. Šepec: Sestrinske dijagnoze II, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2013.

Slika 4.2.1.1. Vizualno-analoga ljestvica, izvor:

<http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/13334/Bol-kod-hematoloskih-bolesnika.html>

Slika 4.3.1. Skala za procjenu općeg tjelesnog stanja bolesnika izvor:

<https://slideplayer.com/slide/14789518/>

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, Sara Samardžić (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom _____ (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

S. Samardžić

(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, Sara Samardžić (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Život prije smrti - sestrinska (upisati naslov) čiji sam autor/ica. skrb o umirućim bolesnicima

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

S. Samardžić

(vlastoručni potpis)