

Osobitosti palijativne skrbi bolesnika oboljelog od karcinoma pluća

Kovačević, Jurica

Master's thesis / Diplomski 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:122:062902>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-21**

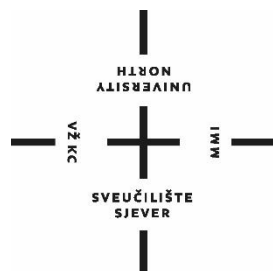


Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN**



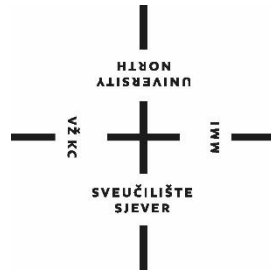
DIPLOMSKI RAD br. 013/SSD/2020

**OSOBITOSTI PALIJATIVNE SKRBI
BOLESNIKA OBOLJELOG OD
KARCINOMA PLUĆA**

Jurica Kovačević

Varaždin, listopad 2020.

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN
Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo -
menadžment u sestrinstvu



DIPLOMSKI RAD br. 013/SSD/2020

OSOBITOSTI PALIJATIVNE SKRBI
BOLESNIKA OBOLJELOG OD
KARCINOMA PLUĆA

Student:
Jurica Kovačević, 1020/336D

Mentor:
doc. dr. sc. Marijana Neuberg

Varaždin, listopad 2020.

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu

PRISTUPNIK Jurica Kovačević

MATIČNI BROJ 1020/336D

DATUM 13.6.2020.

KOLEGIJ Mjerenje i procjena boli

NASLOV RADA Osobitosti palijativne skrbi bolesnika oboljelog od karcinoma pluća

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Peculiarities of palliative care of a patient with lung cancer

MENTOR dr.sc. Marijana Neuberg

ZVANJE docent

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. doc.dr.sc. Ivan Milas, predsjednik
2. doc.dr.sc. Marijana Neuberg, mentor
3. doc.dr.sc. Marin Šubarić, član
4. doc.dr.sc. Rosana Ribić, zamjenski član
- 5.

VŽKC

MMI

Zadatak diplomskog rada

BROJ 013/SSD/2020

OPIS

Karcinom pluća je maligni tumor pluća i jedna je od najčešćih vrsta karcinoma. Vodeći je uzrok smrti i u muškaraca i u žena. Važno je pravodobno utvrditi dijagnozu, no nažalost najveći broj bolesti otkrije se u uznapredovalom stadiju bolesti. Razlog tome je da početni stadij te bolesti ne uzrokuje simptome koji bi potaknuli bolesnika da zatraži liječničku pomoć i podvrgne se pretragama. Palijativna skrb takvog bolesnika zahtijeva kompetentnost i empatiju medicinske sestre. Cilj ovog istraživanja je prikazati razinu skrbi i specifičnih znanja medicinskih sestara/tehničara kod bolesnika oboljelih od karcinoma te pokazati da bez obzira što je palijativna medicina i palijativna skrb vrlo mlado područje u medicini ima svoju svrhu i vrlo je bitna u životu bolesnika koji se nose s teškom bolešću.

U radu će se:

- definirati karcinom pluća,
- istražiti stavove i postoje li razlike u znanju ispitanika s obzirom na dob, stručnu spremu i godine rada,
- prikazati važnost emocionalne inteligencije u svakodnevnom radu medicinske sestre/tehničara.

ZADATAK URUČEN

18.06.2020.



Neuberg

Popis korištenih kratica

NSCLC- Karcinom ne-malih stanica

SCLC - Karcinom malih stanica

SZO - Svjetska zdravstvena organizacija

SVCS - Sindrom gornje šuplje vene

VAS - Vizualno analogna skala

Predgovor

Zahvaljujem svojoj dragoj mentorici, doc. dr. sc. Marijani Neuberg, na pomoći oko izrade diplomskog rada, na strpljenju i svim savjetima.

Veliko hvala i dragoj kolegici Tini Cikač na savjetima oko izrade ovog rada, također mojim roditeljima na podršci koju su mi pružali tijekom ove dvije godine studija. Poticali su me, pokazivali razumijevanje i vjerovali u mene.

Hvala i svim mojim prijateljima i prijateljicama, kolegama i kolegicama s kojima sam uz smijeh, te međusobnu pomoć i suradnju prolazio sve lijepe trenutke na ovome studiju.

Sažetak

Uvod: Palijativna skrb predstavlja specijaliziranu interdisciplinarnu skrb za osobe koje boluju od neizlječivih bolesti. Ova vrsta skrbi usmjerena je na pružanje oslobađanja od simptoma bolesti i stresa. Cilj je poboljšati kvalitetu života, kako za pacijenta tako i za obitelj. Dijagnosticiranje karcinoma često uzrokuje tjeskobu, strah od smrti te druge negativne emocije zbog ozbiljne prognoze kod pacijenta. Opći je cilj kod pacijenta sa karcinomom pluća, izliječiti ili produžiti život bez simptoma bolesti, smanjiti nuspojave, poboljšati kvalitetu života i dobrobit bolesnika i njegove obitelji.

Metode rada: U ovom istraživanju je korišten kvantitativni istraživački pristup, napravljeno je presječno istraživanje. Kao tehnika prikupljanja podataka korištena je anketa.

Rezultati: Rezultati su pokazali da mlađi i stariji sudionici pružaju jednako kvalitetnu skrb palijativnim pacijentima. Stariji sudionici imaju više znanja o pružanju palijativne skrbi od mlađih sudionika. U konačnici, muški sudionici imaju više specifičnog znanja od ženskih sudionika o palijativnoj skrbi.

Rasprava: Sudionici u ovom istraživanju pružaju prosječnu skrb palijativnim bolesnicima. S obzirom na rezultate možemo zaključiti da je potrebno više educirati medicinske sestre i tehničare o palijativnoj skrbi i pružanju iste kako bi se unaprijedila kvaliteta zdravstvene skrbi za palijativne pacijente. Kvaliteta života pacijenta s palijativnom skrbi, mora biti veća nego u pacijenta liječenih standardnom onkološkom skrbi. To se može postići samo kvalitetnim obrazovanjem medicinskih sestara i tehničara.

Ključne riječi: palijativna skrb, karcinom pluća, medicinske sestre/tehničari, edukacija o palijativnoj skrbi

Summary

Introduction: Palliative care is a specialized interdisciplinary care for people suffering from incurable diseases. This type of care is aimed at providing relief from the symptoms of illness and stress. The goal is to improve the quality of life, both for the patient and the family. Diagnosing cancer often causes anxiety, fear of death, and other negative emotions due to a serious prognosis in patients. The general goal in patients with lung cancer is to cure or prolong life without symptoms of the disease, reduce side effects, improve the quality of life and well-being of the patient and his family.

Methods: In this research, a quantitative research approach was used, a cross-sectional research was made. A survey was used as a data collection technique.

Results: The results showed that younger and older participants provide equally quality care to palliative patients. Older participants have more knowledge about providing palliative care than younger participants. Ultimately, male participants have more specific knowledge than female participants about palliative care.

Discussion: Participants in this study provide average care to palliative patients. Given the results, we can conclude that it is necessary to educate nurses and technicians more about palliative care and its provision in order to improve the quality of health care for palliative patients. The quality of life of patients with plagiarized care must be higher than in patients treated with standard oncological care. This can only be achieved through quality education of nurses and technicians.

Keywords: palliative care, lung cancer, nurses / technicians, palliative care education

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Važnost i značaj palijativne skrbi u suvremenom sustavu zdravstva	4
2.1. Organizacijski oblici palijativne skrbi	6
2.2. Namjena palijativne skrbi	9
2.3. Uloga i važnost interdisciplinarnog tima palijativne skrbi	10
2.4. Razvoj i perspektive palijativne skrbi u Hrvatskoj	11
3. Karcinom pluća	16
3.1. Etiologija	17
3.2. Patofiziologija i patologija karcinoma pluća.....	18
3.3. Klinička slika	19
4. Komplementarni pristup palijativne skrbi u bolesnika s karcinomom pluća	21
4.1. Palijativna skrb bolesnika oboljelog od karcinoma pluća	23
4.2. Upravljanje simptomima i psihosocijalna podrška u naprednom karcinomu pluća	26
4.2.1. Dispneja.....	26
4.2.2. Bol	28
4.2.3. Kašalj.....	30
4.2.4. Hemoptiza	31
4.2.5. Sindrom gornje šuplje vene	31
4.2.6. Sindrom u bolesnika s karcinomom	32
4.2.7. Psihosocijalna podrška bolesnika oboljelog od karcinoma pluća	32
5. Istraživački dio rada	34
5.1. Metode i tehnike prikupljanja podataka.....	34
5.2. Opis instrumenata.....	34

5.3.	Opis prikupljanja podataka.....	34
5.4.	Etički vidik istraživanja	34
5.5.	Ciljevi i hipoteze istraživanja	35
5.6.	Rezultati istraživanja.....	36
5.7.	Rasprava	48
6.	Zaključak.....	52
7.	Literatura.....	54
8.	Prilozi	59

1. Uvod

Palijativna skrb je specijalizirana medicinska skrb za ljude koji žive s uznapređovalom ili neizlječivom bolešću. Ova vrsta skrbi usmjerena je na pružanje oslobađanja od simptoma i stresa bolesti. Cilj je poboljšati kvalitetu života, kako za pacijenta tako i za obitelj. Dijagnosticiranje karcinoma često uzrokuje tjeskobu, strah od smrti te druge negativne emocije zbog ozbiljne prognoze kod pacijenta. Posljednjih nekoliko godina, šanse za preživljavanje bolesnika sa zloćudnim novotvorinama značajno su se povećale, te se karcinom ne povezuje samo sa smrću, odnosno svega se više promatra kao kroničnu bolest [1]. Incidencija karcinoma pluća bila je vrlo niska početkom 20. stoljeća, međutim ishod modernih vremena jest da taj morbiditet brzo raste. Svjetska zdravstvena organizacija izvijestila je kako je karcinom pluća 2015. godine uzrokovao 1,59 milijuna smrti širom svijeta [2]. U oko 50% slučajeva karcinom pluća dijagnosticira se u naprednoj fazi, što znači da u vrijeme dijagnoze nije podoban radikalnom liječenju već je potrebno bolesnika orijentirati prema palijativnom liječenju i skrbi. Opći je cilj kod bolesnika sa karcinomom pluća, izliječiti ili produžiti život bez simptoma bolesti, smanjiti nuspojave, poboljšati kvalitetu života i dobrobit preživjelih, dok je partikularan cilj naglasiti važnost dobrih komunikacijskih vještina uz istovremeno zadovoljavanje potreba pacijenta i njegove obitelji od trenutka dijagnosticiranja bolesti, preko cjelokupnog procesa liječenja [3,4].

Standard kućne ili rezidencijalne palijativne skrbi namijenjen je pacijentima koji imaju simptome upornog snažnog disanja u mirovanju, jake boli, kroničnog kašlja, izrazito smanjene fizičke i intelektualne aktivnosti, sindroma kaheksije i umora, anksioznosti i depresije. Važno je da pacijent bude svjestan predstojeće smrti, da se oprost od voljenih, izvrši sve svoje poslove i zadovolji svoje duhovne potrebe [5]. Jedna od prepreka za šire prihvaćanje rane palijativne skrbi je pretpostavka da će apstinencija od agresivnog liječenja u korist ovog postupka skratiti život pacijenta. Pacijenti su često pogrešno suočeni s teškim izborom između poboljšanja kvalitete života i troškova života [6].

Palijativna skrb često je povezana s lošom prognozom i bliskom smrću. Preporuke Vijeća Europe koje se odnose na palijativnu skrb upućuju na potrebu ranog preusmjeravanja pacijenta u centre za palijativnu njegu, čak i kad se bolesniku s kroničnom, progresivnom bolešću ograničava život [7]. Hospicij je najčešće mjesto na kojem se pruža takva skrb. U prošlosti ljudi su na razne načine pokušavali doskočiti svojim bližnjima u vrijeme njihove patnje, boli i umiranja. Tako je na raznim mjestima, i u raznim kulturama, izrasla ustanova nazvana hospicij. „Pojam hospicij upotrebljava se danas za određeno shvaćanje medicinske, njegovateljske i duhovne skrbi, određeni stav prema smrti te skrbi za umirućeg“ [8].

Studije pokazuju da uvođenje rane palijativne skrbi, uključujući standardnu onkološku njegu, može produljiti preživljavanje, osobito u bolesnika s uznapredovalim karcinomom pluća [9]. Drugi su autori procijenili utjecaj palijativne skrbi na bolesnike s karcinomom pluća od trenutka dijagnoze i nakon dvanaest tjedana liječenja. Sudionicima studije ponuđena je samo standardna onkološka njega ili uvođenje palijativne skrbi sa standardnom onkološkom skrbi. Kvaliteta života u skupini palijativne skrbi veća je nego u bolesnika liječenih standardnom onkološkom skrbi. Pacijenti u režimu palijativne skrbi na kraju života trebaju manje agresivno liječenje i njihovo preživljavanje je duže [10]. Drugi su istraživači također sugerirali da se palijativna skrb u bolesnika s karcinomom pluća mora provoditi zajedno sa standardnom onkološkom skrbi čim se postavi dijagnoza. Rana primjena palijativne skrbi poboljšava kvalitetu života, preživljavanje, raspoloženje i ublažava simptome koji postoje. Uvođenje palijativne skrbi rezultira upućivanjem pacijenta na hospitalizaciju i smanjuje upotrebu uzaludne intenzivne njege [11]. Rano uključivanje bolesnika oboljelog od neizlječivog karcinoma pluća u palijativnu skrb važno je za cjelokupno medicinsko osoblje, ponajprije liječnike, a onda i medicinske sestre. Da bi se to olakšalo potrebno je dodatno obrazovanje o ulozi i prednostima rane palijativne skrbi [12].

Cilj ovog istraživanja bio je prikazati razinu skrbi i specifičnih znanja medicinskih sestara/tehničara kod bolesnika oboljelih od karcinoma, te pokazati da bez obzira što su palijativna medicina i palijativna skrb vrlo mlado područje u medicini ima svoju svrhu i vrlo je bitna u životu bolesnika koji se nose s teškom bolešću.

U izradi rada korišten je pregled teorije u različitim stručnim i znanstvenim publikacijama. Prilikom definicije i opisa teorijskog dijela, korištena je deskriptivna metoda. Osim metode opisa, korištena je i deduktivna metoda, te metoda usporedbe. Na temelju teorijskog dijela, provedeno je primarno istraživanje putem ankete, te su pomoću deskriptivne metode i metoda analize podataka donijeti određeni zaključci, prijedlozi za poboljšanje te odgovori na postavljenu hipotezu, pretpostavke i ograničenja.

2. Važnost i značaj palijativne skrbi u suvremenom sustavu zdravstva

Prva upotreba riječi "palijativni" na ovom području primijenjena je početkom 1975. godine kada je osnovana prva služba za palijativnu skrb bolnice Royal Victoria u Montrealu. Pokret za hospicij pokrenut je i brzo se širio krajem 1960-ih. Cicely Saunders iz Londona i Florence Wald iz New Havena uspostavio je temelje modernog hospicija i pokreta za palijativnu skrb i naglasio potrebe zbrinjavanja na kraju života pacijenata s uznapređovalom malignom bolešću. Pogodnost hospicija osmišljena je da ograniči pristup pacijentima koji su umirali od terminalne bolesti, što je dovelo do kasnih uputnica za hospicij i smanjenog pristupa hospicijskoj njezi za pacijente s uznapređovalim kroničnim bolestima [13].

Palijativna skrb počela se definirati kao model skrbi za neizlječive bolesnike 1970-ih, a postala je sinonim za fizičku, socijalnu, psihološku i duhovnu potporu bolesnika s bolestima koje ograničavaju život, a pružio ih je multidisciplinarni tim. Prijelazno razdoblje s kurativne na palijativnu skrb može biti jedna od najtežih faza zbrinjavanja bolesnika s kroničnim bolestima. Ciljevi liječenja mijenjaju se iz liječenja koje produžuje život u kontrolu simptoma i kvalitetu života. Palijativna skrb prvotno se odnosila na njegu bolesnika s terminalnim bolestima, ali sada se odnosi na skrb o bolesnicima s uznapređovalim kroničnim bolestima [14].

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) revidirala je i opisala palijativnu skrb u široj definiciji. Palijativna skrb pristup je koji poboljšava kvalitetu života pacijenata i njihovih obitelji suočenih s problemima opasnim po život, prevencijom i olakšanje patnje pomoću rane identifikacije i besprijeorne procjene i liječenja boli i drugih problema, fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih.

Palijativna skrb [15]:

- osigurava ublažavanje boli i drugih uznemirujućih simptoma;
- potvrđuje život i umiranje smatra normalnim procesom;
- ne namjerava ubrzati niti odgoditi smrt;

- integrira psihosocijalni i duhovni aspekt njege pacijenta;
- nudi sustav podrške koji pomaže obitelji da se snađe tijekom pacijentove bolesti i vlastite tuge;
- koristi timski pristup za rješavanje potreba pacijenata i njihovih obitelji, uključujući savjetovanje u slučaju nevolje, ako je naznačeno;
- poboljšava kvalitetu života i također može pozitivno utjecati na tijek bolesti.

Palijativna terapija predstavlja aktivnu skrb za pacijente čija bolest ima takvu prirodu koja ne reagira na kurativni tretman. Liječenje boli važan je sastavni dio palijativne skrbi. Kontrola boli, uz ostale tretmane poput ublažavanja psiholoških, socioloških i duhovnih problema, ima prioritet. Pravilnim upravljanjem boli može se postići bolja kvaliteta života pacijenata i njihovih obitelji. Drugim riječima, svrha je smanjiti ili ukloniti simptome bolesti bez ikakvih daljnjih ispitivanja kada izlječenje bolesti više nije moguće. Doista, ono što je SZO očekivala od tima za palijativnu skrb jest poštovanje pacijenata i njihove obitelji te uvažavanje njihovih želja. Ovo očekivanje treba protumačiti kao pružanje zdravstvene zaštite pacijentu i njegovoj / njezinoj obitelji koja će im osigurati dobrobit bez obzira na dob, ekonomski ili socijalni status i karakteristike bolesti [16].

Iako bi se palijativna skrb trebala integrirati za pacijente u svim fazama bolesti, većina objavljenih ispitivanja usredotočena je na bolesnike s karcinomom koji imaju metastatsku bolest. Prethodne studije često nisu precizirale elemente intervencije, što je dovelo do pitanja o tome što se nalazi u "crnoj kutiji" palijativne skrbi [17].

Deklaracija o eutanaziji, iz 1980. godine, preuzima taj stav kao valjan, a potvrđuje ga i enciklika *Evandjelje života* iz 1995. godine. Dakako, ublaživanje boli uz rizik i cijenu gubitka svijesti, skraćivanja života, ubrzavanja tijeka umiranja, jedan je od težih i posljednjih koraka u terapiji. Sustavna i olaka primjena terapije koje oduzimaju svijest, da se ukloni bol, nije nikako prihvatljiva [18].

Kako u prošlosti tako i u budućnosti, ustanova palijativne skrbi, ima nenadomjestivu vjersku dimenziju. Hospicij je niknuo, razvijao se i ostao u vjerskom ozračju. To ne znači da svaki hospicij mora biti obilježen određenom vjerskom pripadnošću, premda ima i takovih. Hospicij je načelno ustanova otvorena svima bez obzira na dob, spol, rasu, vjeru. Međutim, jedno od trajno prisutnih obilježja svakog hospicija prisutnost je vjerskog službenika, bilo da je trajno prisutan, bilo da dolazi po pozivu. Vrijeme bolesti i umiranja donosi sa sobom i vrijeme razmišljanja i vrednovanja prošlog života, i suočavanja s onim što mu još preostaje. Ritam života u hospiciju – bez žurbe, s posebnom pažnjom prema svakom pojedincu – pogoduje osobnom razmišljanju, sređivanju odnosa s obitelji, prijateljima i suradnicima; također, pogoduje sređivanju odnosa s Bogom. Za one koji su vjerski živjeli to je samo nastavak duhovnog života. Za druge to može biti prigoda otkrivanja novog horizonta, pogleda na život [18].

Prije ili kasnije pitanje o životu i smrti, patnji i boli, o budućnosti nakon ovozemaljskog hodočašća, postaje neizbježno. Biti suputnik, ne rijetko i supatnik, na tom putu traženja sasvim je naročiti čin ljudske i vjerničke solidarnosti [19, 20].

2.1. Organizacijski oblici palijativne skrbi

Cilj palijativne skrbi je očuvanje najbolje moguće kvalitete života pacijenta čija bolest ne reagira na liječenje. Liječenje u palijativnoj skrbi obično se usredotočuje na kontrolu boli i simptoma, upotrebu standardiziranih alata za procjenu boli te skrb u posljednjim danima života. No, do danas se poboljšanju specifičnih organizacijskih aspekata palijativne skrbi posvećivalo manje pozornosti [21].

Intervencije za poboljšanje organizacije palijativne skrbi susreću se s izazovima izvan uobičajenih problema provođenja promjena u zdravstvenoj zaštiti. Pacijenti kojima je potrebna palijativna skrb često se premještaju između usluga, imaju promjenjive (i često rastuće) potrebe za liječenjem i podrškom, imaju višestruke probleme i simptome. To zahtijeva optimalnu

suradnju između pacijenata, medicinskih sestara/tehničara, niza stručnjaka i zdravstvenih organizacija. Nedavna istraživanja pružila su uvide u moguće prepreke koji se odnose na promjenu organizacije u zdravstvu, na primjer, u primopredaji službe, vođenju slučajeva i uvođenju smjernica za njegu. Međutim, studije o poboljšanju organizacije palijativne skrbi još uvijek nedostaju [21, 22].

Četiri su glavne opcije odnosno organizacijska oblika dostupna osobama koje traže palijativnu skrb [21]:

- Palijativna skrb u bolnicama;
- Stambena palijativna njega u domu ili hospiciju;
- Dnevni boravak u hospiciju;
- Palijativna kućna njega.

Uz sve ove oblike skrbi, kod pojedinca će se tretirati bol i simptomi te davati emocionalna podrška. Timovi za palijativnu skrb u bolnicama nadgledati će planove otpusta i organizirati premještanje pojedinaca na palijativnu skrb u hospicije, domove za njegu ili u vlastiti dom. Za one koji već žive u domu za njegu ostanak ondje radi pružanja njege ugodnija je opcija od preseljenja na bolnički odjel, te se navedno smatra mirnijim okruženjem u kojem se dobiva potrebna medicinska njega [22]. Palijativna kućna njega omogućuje pojedincima da ostanu u svojim domovima i dobivaju skrb na kraju života. Palijativni medicinski djelatnik također može posjećivati pacijente kod kuće u dogovoreno doba dana, pa čak i preko noći. Palijativna skrb koju provodi interdisciplinarni tim može omogućiti pacijentu da ostane kod kuće, u njemu poznatom okruženju, gdje koristi neovisnost i udobnost koji nisu dostupni u bolničkom okruženju. U kuću se dostavlja odgovarajuća oprema koja omogućava njegu i rehabilitaciju, a također i oprema potrebna za provođenje terapije, npr. infuzijsku pumpu. Posjeti medicinskog osoblja omogućuju dobru komunikaciju s pacijentima i njihovim obiteljima, smanjenje ili uklanjanje rizika od prolijeva, praćenje terapije i informiranje o postupcima u slučaju iznenadnih opasnosti po zdravlje. Boravak na odjelu za bolničku skrb namijenjen je pacijentima koji se ne mogu liječiti kod kuće, jer ublažavanje simptoma nije zadovoljavajuće [23, 24].

Organizacijski okvir skrbi imao bi važnu ulogu u olakšavanju opisa i usporedbe različitih integriranih modela usluga koji su korisni za razvoj politike, kao i provedbi i ocjeni modela integriranih usluga. U literaturi je prepoznato da je integracija usluga omogućena kroz niz procesa koji se mogu usredotočiti na sustave, timski rad ili profesionalno ponašanje. Tipovi integracije imaju međusobno povezane uloge na sustavu (makro), organizacijskoj (mezo) i kliničkoj (mikro) razini [25]. Tako sustavna integracija podrazumijeva koordinaciju i usklađivanje politike, pravila i regulatornih okvira koji promiču horizontalnu i vertikalnu integraciju (makrorazina). Organizacijski tip podrazumijeva međuorganizacijske odnose, koordinacijske strukture i mehanizme upravljanja za pružanje sveobuhvatnih usluga određenoj populaciji (mezo razina). Upravni dio predstavlja ključne funkcije podrške koje uključuju financijske, upravljačke i informacijske sustave strukturirane oko pružanja usluga (mikro, mezo i makro razine). Klinički dio podrazumijeva koordinaciju skrbi o pacijentu kroz vrijeme, mjesto i disciplinu. To može uključivati smjernice, profesionalno obrazovanje i multidisciplinarni timski rad. Normativni dio je zapravo razvijanje zajedničkih vrijednosti, kulture i vizije u organizacijama, profesionalnim skupinama i pojedincima [26].

Opseg integracije usluga može varirati u intenzitetu, od pune integracije, uključujući udruživanje resursa, preko koordinacije usluga u kojima pružanje usluga pružaju postojeće usluge koje dijele kliničke informacije i upravljaju prelazom pacijenta. Sada je opće prihvaćeno da „jedna veličina integrirane skrbi ne odgovara svima“ [27].

U literaturi su utvrđeni brojni čimbenici koji olakšavaju ili potkopavaju napore ka integriranoj skrbi. Ti čimbenici uključuju veličinu i složenost napora na promjenama, prisutnost vodstva višeg menadžmenta, prisutnost podržavajuće organizacijske kulture, dostupnost informacijske tehnologije koja podržava razmjenu podataka, komunikaciju između zdravstvenih i socijalnih timova i resurse poput proračuna, odgovarajuće osoblje i razuman vremenski raspored provedbe [28].

2.2. Namjena palijativne skrbi

Palijativna skrb vidi osobu izvan bolesti. To je temeljni pomak u pružanju zdravstvene zaštite. Radeći u partnerstvu s primarnim liječnikom, tim za palijativnu skrb pruža intenzivna savjetovanja i edukacije obitelji i pacijenata, upravljanje fizičkim i emocionalnim simptomima te koordinaciju i komunikaciju skrbi među pružateljima usluga [29, 30].

Brojne studije pokazuju da palijativna skrb značajno poboljšava kvalitetu života pacijenta i smanjuje teret simptoma. Ova poboljšana kvaliteta života znači i da je susret sa zdravstvenim sustavom manje stresan i traumatičan za obitelji, te može sadržavati sljedeće ciljeve [31]:

- kliničkim metodama smanjiti bol na minimum;
- liječiti simptome;
- pomoći u mobilnosti i sigurnosti;
- omogućiti smislene interakcije između pacijenata i njihovih prijatelja, obitelji i zajednice;
- poboljšati duhovnu i emocionalnu dobrobit kroz savjetovanje, programe umjetnosti i terapije kućnim ljubimcima i još mnogo toga;
- omogućiti i pacijentima i njegovateljima da razumiju i izraze svoje osjećaje u ovo najteže vrijeme;
- osigurati da pacijenti i njegovatelji razumiju što se događa i donose informirane, dobro promišljene odluke;
- pomoći smanjiti težak teret za njegovatelje kroz trening, predah ili svakodnevnu praktičnu pomoć.

Iako je umiranje normalan dio života, smrt se često tretira kao bolest. Kao posljedica toga, mnogi ljudi umiru u bolnicama, sami i od bolova. Palijativna skrb usredotočena je prvenstveno na predviđanje, prevenciju, dijagnosticiranje i liječenje simptoma kod pacijenata s ozbiljnom ili po život opasnom bolešću i pomaganje pacijentima i njihovim obiteljima. Iako palijativna skrb, za razliku od hospicijske njege, ne ovisi o prognozi, kako se bliži kraj života, uloga palijativne

skrbi intenzivira se i usredotočuje na agresivno upravljanje simptomima i psihosocijalnu podršku [32].

Pomoći pacijentima i njihovim obiteljima da shvate prirodu bolesti i prognoze je presudan aspekt palijativne skrbi pred kraj života. Uz to, stručnjaci za palijativnu skrb pomažu pacijentima i njihovim obiteljima u određivanju odgovarajuće medicinske skrbi i usklađivanju ciljeva njege pacijenta s ciljevima zdravstvenog tima. Konačno, utvrđivanje potrebe za medicinskim opunomoćenikom, prethodnim smjernicama i statusom reanimacije sastavni je dio palijativne skrbi na kraju života [32].

2.3. Uloga i važnost interdisciplinarnog tima palijativne skrbi

Rad u timovima postao je jedno od rješenja neuspjeha u lancu njege, suradnje i cjelovitog pogleda na pacijenta. Timovi se smatraju načinom pojednostavljenja i prevladavanja utvrđene neučinkovitosti. Dobro funkcionirajući tim može organizaciju učiniti učinkovitijom. U organizaciji tima naglašava se neprestična suradnja i napuštaju hijerarhijski odnosi. Stručnjaci se okupljaju u timu oko pacijenta s problemima koji zahtijevaju različite kompetencije [33].

Dinamika tima može se opisati na različite načine. Jedan od načina opisivanja timova je razdvajanjem na jednodisciplinarne, multidisciplinarne, interdisciplinarne i transdisciplinarne timove. Jednodisciplinarni tim čine osobe koje imaju istu profesiju, na primjer socijalni radnici. Svaki izvodi istu aktivnost i interakcija može biti minimalna. Multidisciplinarni tim čine pojedinci različitih profesija. Svatko je odgovoran za svoje područje i radi neovisno od ostalih članova tima. Većina zdravstvenih timova radi na ovaj način. Interdisciplinarni tim također čine ljudi različitih disciplina, ali ovdje hijerarhija nije toliko važna. Uloga svih članova tima je bitna i svaki pridonosi slici cijelog pacijenta. Još uvijek postoje granice između članova, ali dolazi do određenog zamućivanja granica. U transdisciplinarnom timu nema hijerarhije. Redovi koji razdvajaju svaku disciplinu su naglašeni. Svaki član tima potreban je da bi tim funkcionirao [34].

Pristup timskom radu promatra se kao način za smanjenje stresa i iscrpljenosti za palijativne skrbnike. Učinkovit interdisciplinarni tim u potpunosti koristi stručnost svih članova tima. Razina morala je visoka, komunikacija učinkovita, povjerenje i poštovanje među članovima visoko, a upravljanje sukobima učinkovito. Ključ učinkovitosti tima je kako se pojedinci u timu međusobno povezuju, dopunjuju, podržavaju i održavaju moral tima. Ukratko; kako međusobno komuniciraju. Odnos lidera i sljedbenika u timu važan je u životu tima ako se žele postići ciljevi. Vodstvo je društveni proces kroz koji jedna osoba, na primjer vođa tima, koristi znanje, vještine i motivaciju ostalih članova tima kako bi postigli dogovoreni zadatak. Zdravstveno osoblje i drugi koji rade s palijativnim bolesnicima moraju imati na umu neka važna pitanja. Nužno je uvijek se sjetiti da umiruća osoba odlučuje o njezi i postavlja dnevni red. Ideje osoblja ne mogu se nametati pacijentu[34].

2.4. Razvoj i perspektiva palijativne skrbi u Hrvatskoj

Zakonski okviri u RH, a u vezi palijativne skrbi, doneseni su već davne 2003. stupanjem na snagu novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Tim je zakonom palijativna skrb navedena kao jedna od mjera zdravstvene zaštite (članak 8.), a kao djelatnost uvrštena je na primarnu razinu zdravstvene zaštite (članak 25.). Također, ova je djelatnost među ostalima uvrštena i u djelatnosti Domova zdravlja (članak 69.) [8], „te je utvrđeno da Dom zdravlja na svom području, ako to nije drukčije organizirano, mora osigurati i palijativnu skrb. Nadalje, Zakonom je definirana i Ustanova za palijativnu skrb (članak 81.) koja u svom sastavu ima ambulantu za bol i palijativnu skrb te dnevni boravak, kao i sastav palijativnoga interdisciplinarnog tima kućnih posjeta kojeg čine: liječnik, medicinska sestra, ljekarnik, fizikalni terapeut, socijalni radnik s posebnom naobrazbom za pristup umirućem te duhovnik [36]. U prosincu 2004. godine stupio je na snagu i Zakon o zaštiti prava pacijenata. U navedenom se Zakonu teško može pronaći naznaka o pravu pacijenta na palijativnu skrb. Definirajući pojam pacijenta (članak 1.), navodi se da je pacijent svaka osoba, bolesna ili zdrava, koja zatraži ili kojoj se pruža

određena mjera ili usluga u cilju očuvanja i unapređenja zdravlja, sprječavanja bolesti, liječenja ili zdravstvene njege i rehabilitacije. Nadalje, svakom se pacijentu jamči opće i jednako pravo na kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu primjerenu njegovu zdravstvenom stanju, sukladno opće prihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima, u najboljem interesu pacijenta uz poštovanje njegovih osobnih stavova (članak 2.).

U kontekstu palijativne skrbi najznačajniji se čini članak 4. Zakona o zaštiti prava pacijenata, u kojem se navodi da se načelo humanosti zaštite prava pacijenata, između ostalog, ostvaruje i osiguranjem prava na fizički i mentalni integritet pacijenta“ [25]. Ishod je takav da je više od desetljeća od stupanja na snagu Zakona o zdravstvenoj zaštiti, palijativna skrb bila tek „mrtvo slovo na papiru“, odnosno nije bila uključena u sustav obveznoga zdravstvenog osiguranja, te nisu bili utvrđeni standardi i normativi za ovu djelatnost, međutim 2016. godine dolazi do pozitivne promjene“ [25].“ Sustav palijativne skrbi primarno se ne uspostavlja kao novi/dodatni sustav već se ustrojava temeljem prenamjene postojećih resursa, osnaživanjem i osposobljavanjem profesionalaca te postavljenjem novih procedura i standarda rada. Sukladno Europskom udruženju za palijativnu skrb i Nacionalnom programu razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017-2020., definirane su tri razine palijativne skrbi:

1. palijativni pristup: svi profesionalci trebali bi biti informirani o postojanju palijativne skrbi, što nudi, koje su dobrobiti, gdje se nalazi,
2. opća palijativna skrb: zdravstveni profesionalci, psiholozi, socijalni radnici i duhovnici te volonteri i udruge kojima palijativna skrb nije primarni posao nego u svom radu češće sudjeluju u skrbi za palijativne bolesnike, sukladno opisu u točki 9.4. pružatelji opće palijativne skrbi imaju osnovna znanja iz palijativne skrbi te znaju prepoznati i riješiti nekomplikirane simptome,
3. specijalistička palijativna skrb: dobro 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 [25, 33].

Isto tako, na prostoru Republike Hrvatske palijativna skrb na primarnoj razini zdravstvene zaštite provodi se kroz djelatnost opće/obiteljske medicine, patronažnu službu i zdravstvenu njegu u kući, a specijalistička palijativna skrb provodi se od strane koordinatora za palijativnu skrb i mobilnog palijativnog tima. Stacionarna zdravstvena skrb za korisnike palijativne skrbi provodi se u općim, specijalnim i psihijatrijskim bolnicama te ustanovi za palijativnu skrb, a planirana je i u stacionarima domova zdravlja. Pravilnikom o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti definirani su minimalni uvjeti koje ustanova treba zadovoljiti da bi Ministarstvo zdravstva izdalo rješenje o obavljanju djelatnosti i sadrže za palijativnu skrb minimalne uvjete za koordinatora za palijativnu skrb te za mobilni palijativni tim, za pružanje palijativne skrbi u stacionaru doma zdravlja, za pružanje palijativne skrbi u ustanovi za palijativnu skrb i minimalne uvjete za odjel djelatnosti palijativne skrbi ili integrirane postelje na drugim odjelima u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi. Mrežom javne zdravstvene službe predviđeno je 52 koordinatora za palijativnu skrb [34].

U skladu s preporukama Vijeća Europe iz 2003., svaka bi zemlja trebala razviti vlastiti pojedinačni model palijativne skrbi. Trebao bi uzeti u obzir zdravstveni sustav, socijalnu skrb, socijalno-ekonomske uvjete i kulturna i vjerska pitanja. Bijela knjiga koju je objavilo Europsko udruženje za palijativnu skrb (EAPC) pruža smjernice o normama i standardima za hospicij i palijativnu skrb u Europi. Vidljivo je u vezi s navedenim da je u skladu s preporukama Bijele knjige i u RH došlo do oživotvorenja standarda palijativne skrbi u okviru nacionalne strategije tek unazad par godina, iako nominalna zakonska regulativa usmjerava ovo područje već gotovo dva desetljeća“ [35, 36].

„Odlukom o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja utvrđuje se način provođenja zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, cijene zdravstvene zaštite u ukupnom iznosu za punu vrijednost prava na zdravstvenu zaštitu iz

obveznog zdravstvenog osiguranja kao i uvjeti i način pod kojima Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje sklapa ugovore za provođenje zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima u skladu sa Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju, Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, drugim propisima i općim aktima Zavoda. Vlada Republike Hrvatske usvojila je dana 18. listopada 2017. godine Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. - 2020. koji predstavlja nastavak provedbe uspostave sustava palijativne skrbi i nadovezuje se na Strateški plan razvoja palijativne skrbi za razdoblje 2014. - 2016. Izrađeni su prema Bijeloj knjizi o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi - Preporuke Europskog udruženja za palijativnu skrb, te preporuke autora Rec (2003) Povjerenstva ministara Vijeća Europe državama članicama o organiziranju palijativne skrbi. Usvajanjem Strateškog plana razvoja palijativne skrbi Republike Hrvatske 2014. - 2016. od strane Vlade Republike Hrvatske 27. prosinca 2013. godine, započela je uspostava sustava palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj. Danas u svakoj županiji postoji bar neki od oblika palijativne skrbi s ciljem uspostave sustava palijativne skrbi na cijelom području Republike Hrvatske“ [25].

Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. - 2020. obuhvaća aktivnosti za daljnji razvoj sustava palijativne skrbi prema utvrđenim potrebama za palijativnom skrbi, sukladno Bijeloj knjizi o standardima i normativima za palijativnu skrb u Europi, s daljnjom uspostavom organizacijskih oblika i međusobnim povezivanjem dionika palijativne skrbi, nastavkom edukacije iz palijativne skrbi, usvajanjem nacionalnih smjernica i preporuka za pružanje i razvoj palijativne skrbi i prijedlozima unaprjeđenja zbrinjavanja palijativnih bolesnika i njihovih obitelji. U novom Nacionalnom programu posebno je izdvojena i palijativna skrb za vulnerabilne skupine – djecu, branitelje i osobe s dementnim poremećajima s posebnim naglaskom na Alzheimerovu bolest, osobe na respiratoru, palijativno-gerijatrijske osobe i osobe s invaliditetom“ [37].

„U mjesecu listopadu 2016. godine započelo je ugovaranje djelatnosti palijativne skrbi na primarnoj razini zdravstvene zaštite i ugovorena je djelatnost palijativne skrbi u deset županija, a sukladno Nacionalnom programu razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.-2020. krajnji rok za ugovaranje svih organizacijskih oblika je 31. prosinca 2020. godine. U bolničkim zdravstvenim ustanovama nastavlja se provođenje djelatnosti palijativne skrbi na odjelima palijativne skrbi odnosno na palijativnim posteljama. Mrežom su predviđene palijativne postelje i u stacionarima domova zdravlja, a ugovorene su u ustanovi za palijativnu skrb. Od posebne važnosti je provođenje stručnog usavršavanja iz palijativne skrbi. Palijativna skrb je djelatnost u kojem suštinu rada čini dobro educiran multiprofesionalni tim, čiji sastav ovisi o nizu čimbenika, ali u kojem sudjeluju liječnici raznih specijalnosti, medicinske sestre, psiholozi, socijalni radnici, fizioterapeuti, radni terapeuti, duhovnici, ljekarnici, volonteri i dr. Sukladno Nacionalnom programu razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.-2020., kao i prethodnom Strateškom planu razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016., u aktivnosti Izgradnja i unapređenje kapaciteta za palijativnu skrb, za izvršitelje edukacije su predviđeni sveučilišta i veleučilišta te se edukacije koje se provode na sveučilištima i veleučilištima smatraju dostatnim za kriterij ugovaranja palijativne skrbi“ [38, 39].

3. Karcinom pluća

Karcinom pluća je maligni tumor epitela koji raste sporo i podmuklo, često asimptomatski, brzo se širi na druge organe, a rezultati liječenja nisu ohrabrujući. Upravo ta pesimistična definicija karcinoma pluća potiče svaki dan liječnike različitih specijalnosti za poboljšanje dijagnostike i poboljšanje liječenja ove začarane bolesti. Danas je dobro poznato da je u osnovnoj onkologiji učinjen veliki napredak, posebno u molekularnoj dijagnostici i imunologiji. Zahvaljujući imunohistokemijskim i citokemijskim metodama, klinički patolozi i citolozi mogu dati kliničaru više informacija o biologiji tumora, što pomaže planu liječenja. U dijagnostici je napravljen važan korak naprijed prema primarnim tumorima i metastazama. Koriste se u tu svrhu različite metode: radiološka, endoskopska, izotopska, spirometrijske, razne laboratorijske analize, uključujući određivanje markera. Liječenje karcinoma pluća postupno se poboljšava u sva tri podjednako važna segmenta. Osim klasičnih metoda resekcije, kirurškog liječenja, koriste se također i rekonstruktivni postupci. Korištenjem novih uređaja za zračenje postižu se bolji rezultati liječenja s manje komplikacija, a s primjenom novih citostatika, liječenje karcinoma pluća poboljšava se iz dana u dan [40].

Trenutno se u svijetu svake godine karcinom dijagnosticira kod 11 milijuna ljudi, zbog toga smrtnost iznosi oko 7 milijuna. Učestalost karcinoma povećava se s godinama, kao u slučaju pojave kroničnih neuroloških poremećaja i kardiovaskularnih bolesti. Procjenjuje se da će se do 2030.godine broj novih slučajeva karcinoma povećati na 26 milijuna, dok će broj umrlih dostići 17 milijuna godišnje. Globalni porast učestalosti karcinoma povezan je sa starenjem društva i čimbenicima rizika poput pušenja i nedostatka fizičke aktivnosti. Karcinom pluća je najčešća neoplazma uzrokovana pušenjem od 1985. godine. Više od polovice novih slučajeva javlja se u ljudi starije životne dobi (65 godina) [40]. Karcinom pluća čini 12% svih karcinoma i ima najvišu godišnju stopu smrtnosti i kod muškaraca i kod žena. Oko 29% smrtnih slučajeva uzrokovano je karcinomom pluća u Sjedinjenim Američkim Državama. Karcinom pluća dijagnosticira se u podmakloj fazi u

oko 50% slučajeva. Opći je cilj izliječiti ili produžiti život bez dokaza o bolesti. Spol treba smatrati važnim prognostičkim čimbenikom. Žene imaju višu stopu preživljavanja u usporedbi s muškarcima [38, 40].

3.1. Etiologija

Etiologija bolesti karcinoma pluća nije u konačnici razjašnjena, međutim, evidentni su čimbenici rizika. Čimbenici rizika su pušenje cigareta, izloženost azbestu, arsenu, kromu, niklu, beriliju, ugljikovodicima, zagađenje atmosfere, radijacija, ožiljci, nepravilna prehrana, nedostatak vitamina, kao što su, vitamini A, C, E, genetska predispozicija. Ako se kombinira nekoliko čimbenika rizika, učestalost bolesti se povećava. Pušenje se navodi kao ključni rizik. Porast incidencije i smrtnosti od karcinoma pluća izravno je povezana s količinom popušanih cigareta i trajanjem pušenja. Osobe koji puše više od 40 cigareta dnevno, za njih rizik od razvoja bolesti raste eksponencijalno. Pušači imaju 15 puta veću vjerojatnost da će razviti karcinom pluća od nepušača. Povezanost pušenja i karcinoma pluća uočena je u 1930-ima, a veće epidemiološke studije potvrdile su tu vezu 1950-ih. Od kasnih pedesetih godina prošlog stoljeća u Sjedinjenim Državama postojala je snažna kampanja protiv pušenja, ali broj pušača smanjio se za samo 15% [41, 42].

Karcinom pluća podijeljen je u dvije kategorije prema svojim biološkim svojstvima i različitim načinima liječenja. Karcinom ne-malih stanica (NSCLC) predstavlja u 80–85% slučajeva, dok karcinom pluća malih stanica (SCLC) predstavlja samo 15–20%. Karcinom pluća ne daje dobru prognozu. To se najčešće događa zbog prekasne dijagnoze, starije dobi, postojećih bolesti, a samim tim i ograničene terapije [43].

3.2. Patofiziologija i patologija karcinoma pluća

Karcinom pluća je čvrst epitelni tumor koji se može razviti iz epitela traheobronhijalnog sustava ili epitela alveola. U 95% slučajeva razvija se u bronhima, a samo u 3-5% slučajevi u alveolama. Prema položaju u bronhima dijeli se na središnje, intermedijarne, te periferne tumore. Od ukupnog broja 55% tumora je centralno locirano, 11% u srednjoj zoni i 34% u periferiji. Karcinom pluća ima izrazito infiltrativni rast, te ne poštuje granice režnja ili organa. Svjetska zdravstvena organizacija 1981. godine je klasificirala maligne bolesti pluća prema histološkoj slici u četiri skupine, a svaka grupa ima više podtipova ili njihovih kombinacija [44]. U nastavku se navode samo glavne skupine [10]:

- karcinom pločastih stanica (ca planocellulare),
- karcinom malih stanica (ca microcellulare),
- karcinom žljezdanih stanica (adenocarcinoma),
- karcinom velikih stanica (ca macrocellulare).

Karcinom pločastih stanica najčešća je histološka vrsta karcinoma pluća, prisutna je u 35-60%, nalazi se uglavnom centralno, redovno je povezana s pušenjem. Dobro diferencirani oblici imaju bolje prognoze od drugih vrsta karcinoma pluća [45]. Karcinom malih stanica spada u skupinu neuroendokrinih tumora. Najviše zastupljenih je između 15-25%, te se nalaze centralno, metastaziraju u kosti, jetru, mozak, nadbubrežne žlijezde itd., pa se stoga smatraju vrlo zloćudnim tumorom s lošom prognozom. Adenokarcinom je pretežno periferno lokaliziran, javlja se u 15-25% slučajeva, uzrokovan egzogenim čimbenicima, ali ne toliko pušenjem, koliko izlaganjem drugim tvarima, raste infiltrativno i često metastazira na mozak. Podtip adenokarcinoma je bronhoalveolarni karcinom, dobiven iz pneumocita tipa II [10, 45]. On se širi kanalski, kasno metastazira i ima bolju prognozu od ranije spomenutih tumora. Makrocelularni karcinom je rjeđi i prisutan samo u 5-10% slučajeva. Tumor je različito lokaliziran, pretežno u gornjim režnjevima, sklon je uništavanju i krvarenju, a prognoza nije dobra [46]. U nekim slučajevima nije

moguće odlučiti, koja je od spomenutih vrsta karcinoma u pitanju, pa se koriste dodatne imunohistokemijske metode [47].

Kirurško liječenje ostaje jedini način liječenja bolesnika s karcinomom pluća nemalih stanica (NSCLC) koji pruža mogućnost oporavka. U karcinom pluća nemalih stanica spadaju karcinom pločastih stanica, adenokarcinom i karcinom velikih stanica. Za početak predloženog liječenja potreban je informirani pristanak pacijenta i njegova/njezina volja za suradnjom. Prije operacije pacijent se treba pripremiti na odgovarajući način, mora prestati pušiti, podvrgnuti se fizičkoj rehabilitaciji i farmakoterapiji. Karcinom pluća nemalih stanica liječi se kirurški u ranoj fazi progresije. U trećem stadiju liječenje je kombinirano, dok je u četvrtoj fazi operacija ograničena. Karcinom malih stanica karakterizira visoka dinamika rasta i sklonost ranom širenju. Osjetljiv je na ionizirajuće zračenje i citostatske lijekove. Liječenje karcinoma malih stanica je primjena kemoterapije i radioterapije. Vrijeme preživljavanja povezano je s napredovanjem karcinoma. Petogodišnje preživljavanje je 7–19% u 3. stadiju i 2% u 4. stadiju napredovanja karcinoma [48, 31].

3.3. Klinička slika

Kliničke manifestacije karcinoma pluća ovise o lokaciji i veličini primarnog tumora, njegovom širenju na okolne strukture u grudnom košu, pojavi regionalnih i udaljenih metastaza, vrstama tumora, imunološkom statusu organizma, prošlim i sadašnjim bolestima, profesionalnoj izloženosti etiološkim čimbenicima, životnim navikama (pušenju), spolu, dobi i komplikacijama samog tumora [10, 49]. Ne postoji patognomonični simptom karcinoma pluća, a respiratorni simptomi poput kašlja, hemoptize, dispneje i torakalne boli su uobičajeni, ali nisu specifični jer se isti nalaze i kod drugih bronhopulmonalnih bolesti. „U prosjeku prođu tri mjeseca od pojave prvih simptoma do postavljanja točne dijagnoze i liječenja, što je dugo razdoblje“ [49]. Simptomi se mogu podijeliti u četiri skupine:

1. opći simptomi karakteristični su za sve maligne bolesti i javljaju se u naprednoj fazi: opća slabost, gubitak apetita, gubitak težine, gubitak

mišićne mase, mučnina, povraćanje, neodređena bol, povećana temperatura, apatija itd.

2. torakopulmonalni simptomi su uzrokovani rastom tumora u traheobronhopulmonalnom sustavu i njegovom širenju na pojedine strukture u toraksu (infiltracija, kompresija, atelektaza),
3. simptomi udaljenih metastaza, npr. središnji živčani sustav, jetra, kosti, nadbubrežne žlijezde, srce itd.
4. simptomi paraneoplastičnog sindroma [49].

Sve ove činjenice rezultat su višegodišnjeg znanstvenog istraživanja i njihove kliničke primjene s ciljem sprječavanja, boljeg liječenja i na kraju izlječenja od karcinoma pluća. „Nažalost, danas je stvarnost sasvim drugačija. Prosječno petogodišnje preživljavanje karcinoma bez obzira na histologiju i liječenje 50% za stadij I, 30% za stadij II, 15% za stadij III A, 5% za fazu III B, a manje od 1% za IV. fazu. Spomenute brojke pokazuju da su rezultati liječenja karcinoma pluća skromni, što se objašnjava kasnim otkrivanjem bolesti“ [50].

4. Komplementarni pristup palijativne skrbi u bolesnika s karcinomom pluća

Gotovo 60% pacijenata u trenutku postavljanja dijagnoze ne ispunjava uvjete za radikalno liječenje. Stoga je umirujući i suportivni tretman jedini izbor. Bolesnici s karcinomom pluća koji imaju simptome dispneje, kroničnog kašlja, jake boli, iscrpljenosti i kaheksijskog sindroma, straha i depresije i značajno smanjene tjelesne i intelektualne aktivnosti kvalificirani su za bolničku ili palijativnu skrb u kući [51]. Poznavanje različitih metoda koje se koriste u palijativnom liječenju omogućava ublažavanje simptoma koji se javljaju u poodmakloj fazi bolesti s očekivanim kratkim razdobljem preživljavanja. Metode onkološkog liječenja koje se često koriste u bolesnika s uznapredovalim karcinomom pluća uključuju radioterapiju i kemoterapiju. Skretanje pozornosti na raniju provedbu palijativne skrbi cilj je posljednjih godina. Napredak u kirurškom i konzervativnom liječenju ovih bolesnika pridonio je boljim ishodima i duljem vremenu preživljavanja [52, 43].

Palijativni kirurški zahvati provode se radi ublažavanja boli ili obnavljanja funkcija organa kako bi se osigurao optimalna kvaliteta života bolesnika sve do smrti. Sljedeća svrha ovog postupka je poboljšati odgovor na druge tretmane poput kemoterapije i radioterapije, povećavajući njihovu učinkovitost i produljujući preživljavanje bez napredovanja karcinoma. Povijesno, palijativna operacija nije bila nuđena pacijentima s uznapredovalim karcinomom. Tvrdilo se da ovaj pristup produžava boravak u bolnici, povećava medicinske troškove, uzrokuje češće komplikacije i veću smrtnost [52]. Najbolji klinički rezultati palijativne kirurgije postižu se kod pacijenata čije je očekivano preživljavanje najmanje tri mjeseca, a stanje izvedbe prema Karnofskyju prelazi 50%.

Palijativno kirurško liječenje u bolesnika s uznapredovalim karcinomom uključuje tumorske bypass postupke, endoskopske postupke, djelomičnu resekciju tumora i uklanjanje metastaza. Kirurška intervencija može biti korisna u bolesnika s karcinomom pluća, ako postoji opstrukcija dišnih putova,

hemoptiza, pleuralni ili perikardni eksudat ili metastaze u mozak ili kosti. Simptomi poput jake dispeje, stridora ili hemoptize trebaju brzu provedbu bronhoskopije. Promjene unutar lumena dišnih putova ili tlaka dišnih puteva izvana mogu biti uzroci opstrukcije dišnih putova. Bronhoskopija bi u tim slučajevima mogla biti vrlo učinkovita [52, 53].

Opstrukcija središnjeg dišnog puta razvija se kod oko 30% bolesnika s karcinomom pluća. Stentovi se ubacuju u dišne putove koji se suženi tumorom uraslim u njihov lumen. Ova se metoda može kombinirati s, na primjer, širenjem dišnih putova balonom ili uništavanjem tumora laserom. Tlak u dišnim putevima izvana je kontraindikacija za unošenje stenta. To može rezultirati velikim krvarenjem i dovesti do smrti. Probijanje vena je rijetka komplikacija. Najgore od njih je migracija stenta. To se može izbjeći osiguravanjem odgovarajućeg promjera stenta, dovoljno velikog da pokrije cijelu stenozu. Komplikacije infekcije su rijetke i mogu se izbjeći primjenom načela sterilnosti [53].

U retrospektivnoj studiji koja je obuhvatila 65 bolesnika s karcinomom pluća značajno je olakšanje nakon stentiranja primijećeno u 98% bolesnika [54, 43]. Brutsche i suradnici su proučavali 144 bolesnika s uznapredovalim NSCLC koji su primali palijativnu kemoterapiju. Procijenili su je li opstrukcija središnjeg dišnog puta negativan prognostički faktor. Srednje razdoblje preživljavanja bilo je 8,4 mjeseca za bolesnike bez opstrukcije dišnih puteva i 8,2 mjeseca za bolesnike s opstrukcijom središnjeg dišnog puta. Nisu primijećene značajne razlike u tom aspektu. Čini se da začepljenje središnjih dišnih putova nije loš prognostički čimbenik, ali u svrhu poboljšanja kvalitete života opravdano je uvođenje stenta [54].

Kemoterapija i / ili radioterapija su temelj za liječenje uznapredovalog karcinoma pluća. Cisplatin ili karboplatin u kombinaciji s vinorelbinom, gemcitabinom i etopozidom najčešće su korištena kemoterapijska sredstva. Liječenje je povezano s toksičnošću bez obzira na vrstu citostatskog sredstva. Nuspojave se mogu pojaviti odmah nakon primjene, tijekom hospitalizacije ili kasnije. Najozbiljnija komplikacija je smanjena proizvodnja neutrofila.

Neutropenija može dovesti do virusnih, bakterijskih i gljivičnih infekcija koje mogu uzrokovati smrt pacijenta. Važno je ispitati morfologiju periferne krvi nakon kemoterapije. To omogućava uvođenje adjuvantnog liječenja [54]. Palijativna kemoterapija može ublažiti bol, kašalj i druge tegobe, kao i produžiti vrijeme preživljavanja [54].

Radioterapija se koristi kao radikalni, palijativni ili komplementarni tretman u više od 60% bolesnika. Tehnika i doze zračenja ovise o opsegu tumora i općem zdravstvenom stanju. Endobronhijalni tretmani kao što je brahiterapija indicirani su u slučaju poremećaja ventilacije tokom suženja dišnih putova. Palijativna terapija zračenjem može ublažiti simptome u 41–95% slučajeva [55]. Palijativna radioterapija učinkovita je u bolesnika s boli i hemoptizom, dok je u slučaju dispneje i kašlja u manjem opsegu. Simptomatske metastaze u središnji živčani sustav ili kosti su druge indikacije za njegovu upotrebu. Intrabronhijalna brahiterapija može se koristiti kao palijativno liječenje u slučaju postojećih simptoma opstrukcije dišnih putova. Tijekom analize 1250 bolesnika s NSCLC liječenih palijativnom radioterapijom postignuti su zadovoljavajući rezultati. Čak 92% njih toleriralo je ovu metodu liječenja. Olakšanje simptoma primijećeno je kod 54% bolesnika zbog kašlja, 68% zbog hemoptize, 51% zbog bolova u prsima, 38% zbog dispneje, 12% za promuklost i 8% za disfagiju. Rano liječenje toksičnosti provedeno je u 4,6% bolesnika, a sastojalo se od upale pluća u 2,3%, intenzivne mučnine i povraćanja u 0,6% i teške upale jednjaka u 0,5% bolesnika [55].

4.1. Palijativna skrb bolesnika oboljelog od karcinoma pluća

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO), „Palijativna skrb je način rješavanja problema koji poboljšava kvalitetu života pacijenata i njihovih obitelji suočenih s problemima opasnim po život, prevencijom i ublažavanjem patnje, ranom identifikacijom problema i najbolja procjena i liječenje boli i drugih tjelesnih, psihosocijalnih i duhovnih problema“ [55, 46]. Broj ljudi kojima je potrebna palijativna skrb povećat će se zbog starenja stanovništva i očekivanog povećanja morbiditeta i smrtnosti od karcinoma. Stoga pružanje

kvalitetne skrbi u skladu sa standardima SZO postaje sve važnije [58]. Važno je da se pacijent, kad je svjestan predstojeće smrti, oprosti od voljenih ljudi, i zadovolji svoje duhovne potrebe. [58].

Poznavanje različitih metoda palijativnih postupaka omogućava ublažavanje simptoma bolesnika u poodmakloj fazi bolesti s očekivanim kratkim vremenom preživljavanja. Tijekom razgovora liječnik treba procijeniti simptome i osigurati mogućnosti liječenja za pacijenta i njegovu obitelj. Pogoršanje kvalitete života povezano je s sviješću o karcinomu pluća. Smanjenje kvalitete života izazivaju problemi uzrokovani primarnim tumorom, metastazama, para-neoplastičnim sindromima i liječenjem [59]. Palijativnu skrb trebao bi planirati multidisciplinarni tim, uzimajući u obzir stanje kondicije (ljestvica SZO) i sklonosti pacijenta. Posljednjih godina provedene su brojne studije čiji je cilj skrenuti pozornost na primjenu ranijeg pokretanja skrbi koji pruža tim za palijativnu njegu i specijalističku njegu bolesnika s karcinomom [59].

Iako se upotreba hospicija i drugih usluga palijativne skrbi povećava na kraju života, mnogi su pacijenti primljeni u hospicij u manje vremena nego posljednja tri tjedna prije smrti, što ograničava koristi. Smith i suradnici (2011). tvrde da bi se palijativna skrb trebala provoditi zajedno sa standardnom onkološkom skrbi odmah nakon dijagnoze kod pacijenata s NSCLC. Rana primjena palijativne skrbi poboljšava kvalitetu života i ublažava simptome [59].

U integriranom modelu koji je razvijen za poboljšanje palijativne skrbi za pacijente s uznapredovalim karcinomom pluća, započinjanju liječenja trebala bi prethoditi procjena kvalitete života pacijenata i njihovih obitelji. Multidisciplinarni tim imenuje se nakon primanja informacija o tjelesnoj i mentalnoj kondiciji, socijalnim uvjetima i emocionalnom stanju. Članovi tima trebaju uključivati pacijentovog liječnika, medicinske sestre, specijaliste pomoćnog liječenja, uključujući socijalne radnike, psihologe, terapeute, nutricioniste i stručnjake za upravljanje boli. Tim raspravlja o rezultatima analize kvalitete života i zatim poduzima odgovarajuće mjere u svakom području. Medicinske sestre provode svoje aktivnosti, uključujući, primjerice, edukaciju pacijenta i njegovatelja [60]. U Sjedinjenim Američkim Državama je

široko prihvaćena praksa da se pacijenta obavijesti o lošijoj prognozi ili o završnoj fazi bolesti. Temelji se na etičkim načelima autonomije i informiranog pristanka. Liječničko skrivanje istine može spriječiti pacijenta i članove njegove obitelji da izvrše emocionalne i financijske pripreme za nepovoljan ishod ili smrt. Nedostatak informacija o lošoj prognozi također može biti povezan s gubitkom povjerenja u liječnika. Promjena plana liječenja iz napora za izlječenje na palijativnu skrb je teška odluka. Odluka se često donosi kada izlječenje karcinoma nije moguće, a kirurško ili konzervativno liječenje nije učinkovito zbog napredovanja bolesti [60].

Većina pacijenata izgubi sposobnost donošenja odluka na kraju svog života. U ovom razdoblju mora se osigurati poštivanje želja pacijenta, u obliku dokumenata poput oporuke, punomoći ili usmenih uputa s obitelji ili prijateljima. Međutim, često postoje poteškoće koje proizlaze iz nejasnih formulacija ili nesuglasica između članova obitelji. Oblik punomoći u posljednjem razdoblju života omogućuje izbjegavanje nekih ograničenja volje napisane doživotno. Ako liječnik smatra da odluke sadržane u punomoći nisu dobre za pacijenta, trebao bi pokušati objasniti razlike, kao i primjerice konzultirati Odbor za bioetiku [60].

Smanjenje kvalitete života možemo podijeliti u četiri kategorije kliničkih problema: one uzrokovane primarnim tumorom, one uzrokovane metastazama, one uzrokovane liječenjem i konačno one uzrokovane paraneoplastičnim sindromima. Uz probleme koji se mogu pripisati dijagnozi karcinoma pluća, pacijenti često nose i teret značajne komorbidne bolesti. Budući da je prosječna dob prezentacije karcinoma pluća 71 godina, znatan postotak pacijenata s karcinomom pluća imati će već postojeću bolest, povezanu i nevezanu za duhanske proizvode [61].

Takve bolesti povezane s duhanom uključuju cerebrovaskularne bolesti, koronarne vaskularne bolesti, periferne vaskularne bolesti, zatajenje srca, aneurizmu aorte i kroničnu opstruktivnu bolest pluća. Unatoč prisutnosti ovih višestrukih komorbidnih bolesti, velika većina bolesnika s karcinomom pluća umire od karcinoma pluća, a ne od komorbidnih bolesti, čak i kada se

karcinom pluća javlja u ranoj fazi. Upravljanje simptomima započinje razgovorom između osoblja i pacijenta, uzimajući vremena za procjenu simptoma pacijenta i educiranje pacijenta i obitelji o mogućim mogućnostima liječenja. Kliničari bi trebali procijeniti potencijalno ispravljive uzroke nelagode i nastaviti s neintervencijskim upravljanjem simptomima ako se ne može utvrditi uzrok. Svijest o višestrukim modalitetima liječenja koji su dostupni za ublažavanje simptoma povezanih s karcinomom pluća može pomoći kliničaru u pravovremenom olakšanju za pacijenta kojem može ostati vrlo malo vremena. Liječenje, međutim, može biti složeno, a dugoročno preživljavanje s najsuvremenijim tehnologijama i dalje je nedostižno. Nakon početnog liječenja, karcinom pluća zahtijeva kontinuirani nadzor i praćenje zbog dugoročnih nuspojava i mogućeg ponovnog pojave [62].

4.2. Upravljanje simptomima i psihosocijalna podrška u naprednom karcinomu pluća

Upravljanje simptomima i psihosocijalna podrška u naprednom karcinomu pluća razlikuje se ovisno o tome da li je riječ o dispneji, boli ili kašlju, no cilj je unificiran u smislu težnje povećanja kvalitete života kod bolesnika, neovisno o tome koji simptom bio primaran [59].

4.2.1. Dispneja

Dispneja se u bolesnika s karcinomom javlja u mirovanju ili tijekom laganog napora, često praćen osjećajem anksioznosti. Može biti akutna ili kronična po svom karakteru. Učestalost dispneje se povećava kako bolest napreduje i javlja se kod 48–69% bolesnika u uznapređovalom stadiju bolesti. U 70% bolesnika javlja se u posljednjih 6 tjedana života. Uzimajući u obzir sve neoplastične bolesti, dispneja se najčešće pojavljuje u karcinomu pluća u posljednjem stadiju bolesti i psihološki je teret za medicinske sestre [49, 50]. Uzroci dispneje u bolesnika s uznapređovalim karcinomom pluća različiti su a onavljani pleuralni izljevi jedan od najčešćih. Začepljenje pleuralnih limfnih žila

stanicama karcinoma, bronhijalna opstrukcija uzrokovana tkivima karcinoma te naknadna upala i atelektaza, infiltracija medijastinalnih limfnih čvorova i komplikacije nakon radioterapije ili kemoterapije najčešći su uzroci nakupljanja tekućine u slučaju neoplastične bolesti. Za dijagnozu pleuralne tekućine koristi se, između ostalog, videotorakoskopija. Ona omogućuje pregledavanje pleuralne šupljine i uzimanje uzoraka za histopatološki pregled. Jednom kada se utvrdi dijagnoza maligne prirode pleuralnog izljeva, pleurodeza se preporučuje kao palijativno liječenje. Ovaj tretman sastoji se u primjeni tvari koja uzrokuje trajno spajanje zida i visceralne pleure zajedno. Tekućina se nema gdje nakupljati, što pacijentu donosi olakšanje. Pleurodezi treba prethoditi drenaža pleuralne šupljine. Preporučuje se ne evakuirati više od jedne litre tekućine, a zatim 500 ml svakih nekoliko sati zbog rizika od ozbiljnih komplikacija [59].

Talc se koristi u dozi od 5 g u obliku sterilnog praška ili suspenzije u spreju. Komplikacije su rijetke u slučaju većih doza talka, iznad 10 g. Ostala sredstva koja se koriste tijekom pleurodeze su citostatski lijekovi poput nitrogranulogena ili bleomicina. Često izazivaju nuspojave poput mučnine i povraćanja na dan liječenja. [58, 59].

Radioterapija i kemoterapija mogu biti uzroci dispneje. Iradijacija tumora smještena u prsima također je povezana s prekrivanjem dijelova zdravog pluća. Simptomi pneumonije nakon ozračivanja javljaju se u otprilike 10–15% bolesnika i uključuju dispneju, suhi kašalj, vrućicu i bol u prsima [50].

Terapija lijekovima uključuje bronhodilatatore, glukokortikosteroide i kisika. Primjena benzodiazepina smatra se drugim ili trećim izborom u situacijama kada morfij i nefarmakološke metode nisu dovoljne za kontrolu dispneje. Tijekom uznapredovalog karcinoma pluća i drugih karcinoma preporučuje se upotreba opioida za simptomatsko liječenje dispneje. Morfij je najčešće korišten lijek, dok se primjena kodeina ili dihidrokodina može razmatrati kod dispneje s manjim intenzitetom. Njegovu primjenu treba moderirati u slučaju zatajenja bubrega ili se mora koristiti drugi opioid s boljim renalnim profilom. Poremećaji koagulacije (hiperkoagulabilnost) može biti uzrok teške dispneje - najčešće u bolesnika s trombozom gornje šupljine vene.

Plućna embolija može uzrokovati tešku dispneju. Lijek izbora za liječenje tromboze je heparin, no i njega, smirivanje pacijenta i osiguravanje ugodnog položaja mogu donijeti određeno olakšanje pacijentima u terminalnoj fazi bolesti [48].

Beckova trijada (nizak krvni tlak, prigušivanje srčanih zvukova, dilatacija jugularne vene) karakterističan je skup simptoma koji se javljaju u tamponadi. Rengen potvrđuje dijagnozu izljeva u perikardnom dijelu, a ultrazvuk utvrdi količinu akumulirane tekućine. Antraciklini spadaju među najčešće kardiotsične lijekove protiv karcinoma i često dovode do kardiomiopatije. Metastaze u plućima su 40 puta češće od primarnih tumora i najčešći su uzročnici malignog eksudata u perikardnoj vrećici [50, 51].

Terapija kisikom koristi se za ublažavanje dispneje. Smanjenje zasićenja kisikom ispod 90%, mjereno pulsni oksimetrom, potvrđuje hipoksemije. Centralna cijanoza je simptom hipoksije. Terapija kisikom se koristi i kod kuće u malim dozama kisika, 1–3 l / min. Preporučuje se upotreba nazalnog katetera uz primjenu kreme za sluznicu nosa kako bi se spriječila iritacija sluznice oko katetera. Upotreba maske ne preporučuje se jer uzrokuje suhoću sluznice usta i poteškoće u unosu tekućine i komunikaciji s voljenim osobama [59].

4.2.2. Bol

Bol se javlja u 25-50% bolesnika s karcinomom pluća kao rezultat infiltracije tumora u parijetalnoj pleuri, stijenci prsnog koša ili kad postoji plućna embolija ili upala pluća. Bol koja se javlja kod bolesnika s uznapredovalim karcinomom obično je kronična i trajna. Oštra, probadajuća bol javlja se periodično i povezana je s bolnim postupcima [42]. Neuropatska bol nastaje kao posljedica oštećenja živaca na putu boli. Općenito je pravilo da je takvu bol teže liječiti, a identificirana je kod 30–40% bolesnika. Pancoast tumor oblik je karcinoma bronha koji se nalazi u području vrha pluća. Bol koja se javlja u dijelu ramena jedan je od prvih simptoma. Bol nastaje zbog infiltracije brahijalnog plexusa, parietalne pleure i prvog i trećeg rebra [58]. Antikonvulzivni lijekovi poput fenitoina, karbamazepina i klonazepama također

se koriste za kontrolu neuropatske boli. Triciklički antidepresivi su od pomoći u liječenju boli. Povećavaju učinke opioida i imaju analgetska svojstva [53].

Bol utječe na sve dimenzije kvalitete života i utječe na sposobnost pacijenta da preživi liječenje, oporavak ili postigne mirnu smrt [58]. Analgetska terapija uključuje ne-opojne analgetike, opioide i komplementarne lijekove ako je potrebno. Opioidi su presudni za pružanje učinkovite analgezije kod bolova od karcinoma. Morfij je opioid koji se najčešće koristi za umjerenu do jaku bol. Može se koristiti transdermalno ili rektalno u bolesnika koji ga ne mogu uzimati oralno. Potrebno je spriječiti opstipaciju i nadzirati učestalost defekacije tijekom liječenja opioidima. Nuspojave se mogu umanjiti prelaskom na drugi opioid [58].

U posljednjih 30 godina upravljanje boli kod karcinoma postalo je prioritet onkologije [44]. Malo je podataka o procjeni upotrebe analgetika u bolesnika s karcinomom pluća. U istraživanjima ublažavanja boli kod palijativnog zbrinjavanja pacijenata s karcinomom pluća, 92% njih prijavilo je bol, od čega je 52% to pripisalo svojoj bolesti, a 38% je reklo da je bol povezana s liječenjem karcinoma. Primjena analgetika bila je veća u bolesnika koji su primali radio- i kemoterapiju u usporedbi s bolesnicima koji su liječeni kirurškim putem. Među pacijentima koji su prijavili bol, 33% ih nije koristilo lijekove protiv bolova. To je bilo povezano sa strahom od ovisnosti ili nedostatkom financijskih sredstava za kupovinu lijekova [55].

Nowick i suradnici (2012). procjenjivali su bol u palijativnoj skrbi kod pacijenata s karcinomom pluća. Studija je obuhvatila 50 pacijenata koji su bili pod kućnom njegom i u bolnici. Za procjenu boli korištena je vizualno-analogni ljestvica (VAS). Prije palijativne skrbi bol koju su osjetili pacijenti s kućnom njegom ocijenjena je na 6,2 boda na VAS skali i 5,4 boda kod pacijenata koji su pod bolničkom skrbi. Jaki opioidi su najčešće korišteni analgetici. Polovina pacijenata imala je nuspojave, najčešće zatvor. Nakon tretmana intenzitet boli smanjio se na 2,6 bodova kod bolesnika pod kućnom skrbi i na 1,6 bodova za bolesnike liječene u bolničkom centru palijativne skrbi [42].

4.2.3. Kašalj

U 47–86% bolesnika kašalj je jedan od simptoma karcinoma pluća. Kašalj je obično povezan s prekomjernim stvaranjem sluzi, upalnim izlučevinama ili prisutnošću krvi u dišnim putovima. Trenutna praksa u liječenju kašlja u bolesnika s karcinomom pluća empirijskog je karaktera, prvenstveno usredotočena na opioide koji se daju oralno. Trenutne smjernice o liječenju kašlja široke su i nespecifične, a usredotočene su na liječenje kašlja kod neoplastičnih respiratornih bolesti. Društva koja su dala smjernice uključuju Europsko respiratorno društvo (ERS) i Britansko torakalno društvo (BTS) [58].

Procjenu primjerenosti, korisnosti i jasnoće smjernica provela je međunarodna skupina stručnjaka, među kojima je bilo devet savjetnika za palijativnu skrb, četiri onkologa i dvije medicinske sestre specijalizirane za palijativnu skrb. Razvijena je piramida za liječenje kašlja u bolesnika s karcinomom pluća. Detaljna anamneza je bitna za utvrđivanje uzroka kašlja. Procjena bi trebala uključivati vrstu kašlja, čimbenike pokretanja i njegov utjecaj na kvalitetu života. Osim liječenja koje je usmjereno na uzrok kašlja, farmakoterapija se sastoji u primjeni antitusika i opioida. Oralni kortikosteroidi koji se uzimaju 14 dana mogu ublažiti kašalj uzrokovan izravnom infiltracijom bronha tumorom. Uz kašalj, može se javiti gastrointestinalni refluks; stoga će primjena metoklopramida ili domperidona biti potrebna u određenih bolesnika [25, 50].

U slučaju jakog kašlja s bolovima u prsima, preporučuje se morfij ili drugi jaki opioidi poput metadona. Istodobna primjena više od jednog opioida nije opravdana [56]. U bolesnika s karcinomom pluća rijetko se koriste ekspektoransi. Razlog je njihov neugodan okus, uobičajene nuspojave i niska terapijska učinkovitost. Mukolitička sredstva koja se mogu dati inhalacijom ili oralno također imaju ograničenu upotrebu.

Najčešće se koriste acetilcistein i bromheksin. Primjena inhalacijskih antikolinergičkih lijekova smanjuje kretanje cilija i začepljenje sluzi u bronhijima, što može pridonijeti ozbiljnosti kašlja [52].

4.2.4. Hemoptiza

Hemoptiza je prisutnost krvi u bronhijalnim sekretima i javlja se kod oko 20% pacijenata s karcinomom pluća. Pulmonalno krvarenje, koje često dovodi do smrti, susreće se kod 3% bolesnika. Uzroci hemoptize uključuju plućnu emboliju, antikoagulacijsku terapiju, traume nakon bronhoskopije, fistule, bronhiektazije i druge. Kašalj s više od 150 ml krvi tijekom 24 sata definira se kao masivna hemoptiza. Najčešće je povezana s oštećenjem arterijskih žila. U ovom slučaju provodi se bronhoskopija za lokalno liječenje. Tamponada, injekcije adrenalina, hladna fiziološka otopina, hemostatička sredstva i uklanjanje krvnih ugrušaka tretmani su koji se koriste za zaustavljanje krvarenja. U nekim slučajevima neuspjeha gore spomenutih postupaka dolazi u obzir embolizacija bronhijalne arterije. U dodatnoj terapiji i u terminalnoj fazi bolesti koriste se lijekovi koji inhibiraju fibrinolizu poput traneksamske kiseline, te vitamina K i antitusici. U terminalnoj fazi bolesti primjenjuju se postupci kao što je prikladan položaj i lijekovi protiv tjeskobe (diazepam, midazolam). Važno je prisustvo voljenih osoba, medicinskih sestara i liječnika. Palijativna radioterapija donosi dobre rezultate u slučaju trajne hemoptize. [52].

4.2.5. Sindrom gornje šuplje vene

Kao rezultat neoplastičnih promjena lokaliziranih u medijastinumu koji mogu komprimirati gornju šuplju venu, može se pojaviti skup simptoma koji se naziva sindrom gornje šuplje vene (SVCS). To dovodi do poteškoća s odljevom venske krvi iz glave i gornjih udova. Česta je komplikacija zloćudnih novotvorina, posebno karcinoma pluća i limfoma. Procjenjuje se da 2–4% bolesnika s karcinomom pluća razviju SVCS. Najčešći simptomi uključuju gušenje i edem lica, gornjeg dijela prsa i ramena, promuklost, kratkoću daha, glavobolju, vrtoglavicu i proširene vene u vratu i prsnoj stijenci [47]. Sindrom gornje šuplje vene najčešće prelazi u kronični tijek; opstrukcija gornje šuplje vene nastaje sporo, stvarajući kolateralnu cirkulaciju. Naglo sužavanje unutar gornje šuplje vene može se pojaviti kao rezultat akutne tromboze. Kortikosteroidi se koriste kao palijativno liječenje, a dexametazon se primjenjuje najčešće. Primjena heparina u SVCS-u zbog rizika od tromboze u

gornjoj šupljoj veni je razumna. Prognoza za SVCS ovisi o uzroku venske opstrukcije. U ovom su slučaju svi tretmani palijativni, a cilj im je poboljšanje kvalitete života [55-60].

4.2.6. Sindrom umora bolesnika s karcinomom pluća

Sindrom umora kod karcinoma je trajni osjećaj umora i iscrpljenosti kod liječenja karcinoma, čiji intenzitet nije proporcionalan trenutnoj aktivnosti i koji utječe na funkcioniranje svakodnevnog života. Povezana je s primarnom bolešću i njezinim liječenjem, subjektivnim fizičkim, mentalnim, emocionalnim i kognitivnim osjećajima, iscrpljenosti ili umorom koji ometaju pravilno funkcioniranje. Poteškoće u obavljanju aktivnosti, smanjena sposobnost održavanja (umor) i mentalni umor (poteškoće u koncentraciji, problemi s pamćenjem) uočene su kod takvih bolesnika. Ovaj se simptom uočava periodično kod 70% bolesnika s karcinomom pluća, dok se u 30% njih stalno opaža. Liječenje sindroma umora treba se temeljiti na liječenju potencijalno reverzibilnih uzroka kao što su poremećaji elektrolita u vodi ili depresiji, te na simptomatskom liječenju [60].

4.2.7. Psihosocijalna podrška bolesnika oboljelog od karcinoma pluća

Karcinom pluća uzrokuje psihološke posljedice. Hill i autori proučavali su zabrinutost pacijenata s karcinomom pluća nakon dijagnoze i upitali su da li su o svemu s njima razgovarali timovi koji su uključeni u skrb o pacijentima. Najčešća briga bila je bolest sama po sebi te zabrinutost za obitelj i za budućnost povezanu s tom bolešću. Intervjui su provedeni u bolnici, kod kuće i u ambulanti. Autori su otkrili da je samo 43% pacijenata razgovaralo o zabrinjavajućim problemima sa svojim liječnicima [58].

Depresivno raspoloženje, mlađa dob i negativan pristup prirodi bolesti bili su povezani s pogoršanjem kvalitete života. Depresiju je iskusilo 35% žena, dok je nevolje zbog dijagnoze i pogođene obitelji doživjelo više od 75% [55]. Gilbert i njegovi suradnici primijetili su da su se kod simptoma iz respiratornog sustava pojavili i anksioznost, depresija, socijalna izolacija i strah. Takvi učinci

smanjuju kvalitetu života u ovih bolesnika. Mnogi pacijenti dožive iskustvo straha, tjeskobe i panike. Nedostatak sna i loša kvaliteta spavanja također utječu na nižu kvalitetu života [56]. Potporna skrb dio je onkološkog liječenja. Jedna od glavnih svrha ove mjere je borba protiv i sprečavanje štetnih posljedica liječenja poput mučnine, povraćanja, proljeva, slabosti, infekcije, leukopenije i anemije. Važan element ovog postupka je provođenje parenteralne prehrane [29, 59].

5. Istraživački dio rada

5.1. Metode i tehnike prikupljanja podataka

U istraživanju je korišten kvantitativni istraživački pristup, napravljeno je presječno istraživanje. Kao tehnika prikupljanja podataka korištena je anketa.

5.2. Opis instrumenata

Za potrebe istraživanja napravljen je upitnik na temelju pregleda relevantne stručne i znanstvene literature (Brkljačić Žagrović, 2010; WHO, 2002; Kvale, 2007) Upitnik se sastojao od 6 pitanja zatvorenog tipa, a odnosila su se na iskustva i pogled medicinskog osoblja na samu težinu bolesti i način provođenja adekvatne palijativne skrbi, te psihološke potpore bolesniku oboljelom od karcinoma pluća.

5.3. Opis prikupljanja podataka

Anketa za potrebe ovog istraživanja bila je provedena na odjelima za liječenje plućnih bolesti i tuberkuloze. U istraživanju je sudjelovao 41 sudionik anonimnim odgovaranjem na pitanja postavljena u anketnom upitniku. Anketni upitnik se provodio u vremenskom razdoblju od početka travnja do sredine svibnja 2020 godine.

5.4. Etički vidik istraživanja

Svi sudionici su dobrovoljno sudjelovali u istraživanju, uz prethodno potpisanu suglasnost, anonimnim odgovaranjem na postavljena pitanja. Prije ispunjavanja upitnika, sudionici su bili upoznati sa svrhom i ciljevima istraživanja.

5.5. Ciljevi i hipoteze istraživanja

Ciljevi istraživanja su:

- ukazati na svrhu palijativne skrbi i njezinu važnost,
- prikazati učestalost zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba te utvrditi razlike u zadovoljavanju istih s obzirom na završeni stupanj obrazovanja i godine radnog iskustva u zdravstvu
- utvrditi razlike u u mišljenje sudionika o sestrinskoj skrbi bolesnika s dispnejom i sestrinskoj skrbi u tretiranju boli s obzirom na završeni stupanj obrazovanja i godine radnog iskustva u zdravstvu

Hipoteze istraživanja su:

H1: „Postoji statistički značajna razlika u učestalosti zadovoljavanja pojedinih osnovnih ljudskih potreba s obzirom na završeno obrazovanje sudionika“.

H2: „Postoji statistički značajna razlika u učestalosti zadovoljavanja pojedinih osnovnih ljudskih potreba s obzirom na godine radnog iskustva sudionika“.

H3: „Postoji statistički značajna razlika u mišljenju sudionika o sestrinskoj skrbi bolesnika s dispnejom oboljelih od karcinoma pluća s obzirom na završeno obrazovanje sudionika“

H4: „Postoji statistički značajna razlika u mišljenju sudionika o sestrinskoj skrbi u tretiranju boli bolesnika oboljelih od karcinoma pluća s obzirom na završeno obrazovanje sudionika“

H5: „Postoji statistički značajna razlika u mišljenju sudionika o sestrinskoj skrbi bolesnika s dispnejom oboljelih od karcinoma pluća s obzirom na godine radnog iskustva“.

H6: „Postoji statistički značajna razlika u mišljenju sudionika o sestrinskoj skrbi u tretiranju boli bolesnika oboljelih od karcinoma pluća s obzirom na godine radnog iskustva“

5.6. Rezultati istraživanja

U tablici 5. 6.1. može se uočiti kako je 22,0% sudionika muškog spola, dok je 78,0% sudionika ženskog spola.

		N	%
Spol	Muški	9	22,0%
	Ženski	32	78,0%
	Ukupno	41	100,0%

Tablica 5.6.1. Prikaz sudionika u istraživanju po spolu

Kod promatranih *dobnih kategorija* 56,1% sudionika ima 21 - 50 godina, dok 43,9% sudionika ima 51 i više godina, kod *godina radnog iskustva u zdravstvu* 33,3% sudionika navodi 0 - 10 godina, 21,4% navodi 11 - 30 godina, dok 45,2% sudionika ima 31 i više godina iskustva. Prosječna dob sudionika je 42,27 godina, dok prosječne godine radnog iskustva sudionika iznose 22,15 godina. (Tablica 5.6.2)

		N	%	\bar{x}
Dob	21 - 50 godina	23	56,1%	42,27
	51 i više godina	18	43,9%	
	Ukupno	41	100,0%	
Godine radnog iskustva u zdravstvu	0 - 10 godina	14	33,3%	22,15
	11 - 30 godina	9	21,4%	
	31 i više godina	19	45,2%	
	Ukupno	42	100,0%	

Tablica 5.6.2. Prikaz sudionika istraživanja po dobi i godinama radnog staža

Kod *završenog obrazovanja* 70,7% sudionika navodi medicinska sestra/tehničar, 26,8% navodi prvostupnica/prvostupnik sestrinstva, dok 2,4% navodi magistra/diplomirana sestra/tehničar. (Tablica 5.6.3).

		N	%
Završeno obrazovanje	Medicinska sestra/tehničar	29	70,7%
	Prvostupnica/prvostupnik sestrinstva	11	26,8%
	Magistra/diplomirana sestra/tehničar	1	2,4%
	Ukupno	41	100,0%

Tablica 5.6.3. Završeno obrazovanje

Prilikom analize rezultata dobivenih korištenjem Hi – kvadrat testa te putem Fisherovog egzaktnog testa možemo zaključiti da postoji statistički značajna razlika u učestalosti zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba kod palijativnih bolesnika oboljelih od karcinoma pluća s obzirom na razinu obrazovanja samo kod jedne osnovne ljudske potrebe „*komunikacije s drugim ljudima*“ gdje se može uočiti kako vrijednost Fisherovog egzaktnog testa iznosi $p=0,020$ ($p<0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika u „komunikaciji s drugim ljudima“ s obzirom na završeno obrazovanje, pri tome najviše medicinskih sestara/tehničara (29,6%) navodi uvijek ($n>5$). Time se potvrđuje hipoteza „Postoji statistički značajna razlika u učestalosti zadovoljavanja pojedinih osnovnih ljudskih potreba s obzirom na završeno obrazovanje sudionika“ (Tablica 5.6.4).

		Završeno obrazovanje						p*
		Medicinska sestra/tehničar		Prvostupnica / prvostupnik sestrištva		Magistra/ diplomirana sestra/tehničar		
		N	%	N	%	N	%	
Disanje	nikad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1,000
	rijetko	2	7,4%	0	0,0%	0	0,0%	
	često	4	14,8%	1	9,1%	0	0,0%	
	uvijek	21	77,8%	10	90,9%	1	100,0%	
	Ukupno	27	100,0%	11	100,0%	1	100,0%	
Unos hrane i tekućine	nikad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1,000
	rijetko	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	često	6	20,7%	2	18,2%	0	0,0%	
	uvijek	23	79,3%	9	81,8%	1	100,0%	
	Ukupno	29	100,0%	11	100,0%	1	100,0%	
Eliminacija otpadnih tvari	nikad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,420
	rijetko	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	često	9	31,0%	1	9,1%	0	0,0%	
	uvijek	20	69,0%	10	90,9%	1	100,0%	
	Ukupno	29	100,0%	11	100,0%	1	100,0%	
Kretanje i zauzimanje odgovarajućeg položaja tijela	nikad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,489
	rijetko	3	10,3%	0	0,0%	0	0,0%	
	često	16	55,2%	8	72,7%	0	0,0%	
	uvijek	10	34,5%	3	27,3%	1	100,0%	
	Ukupno	29	100,0%	11	100,0%	1	100,0%	
Spavanje i odmor	nikad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,681
	rijetko	1	3,4%	0	0,0%	0	0,0%	
	često	18	62,1%	7	63,6%	0	0,0%	

	uvijek	10	34,5%	4	36,4%	1	100,0%	
	Ukupno	29	100,0%	11	100,0%	1	100,0%	
Odijevanje i dotjerivanje	nikad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,161
	rijetko	3	10,3%	4	36,4%	0	0,0%	
	često	17	58,6%	3	27,3%	1	100,0%	
	uvijek	9	31,0%	4	36,4%	0	0,0%	
	Ukupno	29	100,0%	11	100,0%	1	100,0%	
Održavanje normalne temperature tijela	nikad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,122
	rijetko	2	6,9%	0	0,0%	0	0,0%	
	često	9	31,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	uvijek	18	62,1%	11	100,0%	1	100,0%	
	Ukupno	29	100,0%	11	100,0%	1	100,0%	
Održavanje osobne higijene	nikad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,834
	rijetko	1	3,4%	1	9,1%	0	0,0%	
	često	4	13,8%	1	9,1%	0	0,0%	
	uvijek	24	82,8%	9	81,8%	1	100,0%	
	Ukupno	29	100,0%	11	100,0%	1	100,0%	
Izbjegavanje štetnih utjecaja okoline	nikad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,163
	rijetko	2	6,9%	3	30,0%	0	0,0%	
	često	17	58,6%	5	50,0%	0	0,0%	
	uvijek	10	34,5%	2	20,0%	1	100,0%	
	Ukupno	29	100,0%	10	100,0%	1	100,0%	
Komunikacija s drugim ljudima	nikad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,020
	rijetko	7	25,9%	1	9,1%	0	0,0%	
	često	12	44,4%	10	90,9%	0	0,0%	
	uvijek	8	29,6%	0	0,0%	1	100,0%	
	Ukupno	27	100,0%	11	100,0%	1	100,0%	
Vjerske potrebe	nikad	5	17,2%	0	0,0%	0	0,0%	0,075

	rijetko	9	31,0%	8	72,7%	0	0,0%	
	često	14	48,3%	2	18,2%	1	100,0%	
	uvijek	1	3,4%	1	9,1%	0	0,0%	
	Ukupno	29	100,0%	11	100,0%	1	100,0%	
Obavljanje svrsishodnog rada	nikad	2	7,4%	2	18,2%	0	0,0%	0,712
	rijetko	13	48,1%	5	45,5%	0	0,0%	
	često	7	25,9%	3	27,3%	1	100,0%	
	uvijek	5	18,5%	1	9,1%	0	0,0%	
	Ukupno	27	100,0%	11	100,0%	1	100,0%	
Rekreacija	nikad	8	27,6%	3	27,3%	0	0,0%	0,698
	rijetko	12	41,4%	6	54,5%	0	0,0%	
	često	9	31,0%	2	18,2%	1	100,0%	
	uvijek	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Ukupno	29	100,0%	11	100,0%	1	100,0%	
Učenje, istraživanje, zadovoljavanje znatiželje	nikad	1	3,6%	3	27,3%	0	0,0%	0,281
	rijetko	12	42,9%	4	36,4%	0	0,0%	
	često	11	39,3%	3	27,3%	1	100,0%	
	uvijek	4	14,3%	1	9,1%	0	0,0%	
	Ukupno	28	100,0%	11	100,0%	1	100,0%	
Kognitivno-perceptivne funkcije (koncentracija, sluh, vid, bol i dr.)	nikad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,496
	rijetko	6	20,7%	1	9,1%	0	0,0%	
	često	15	51,7%	8	72,7%	0	0,0%	
	uvijek	8	27,6%	2	18,2%	1	100,0%	
	Ukupno	29	100,0%	11	100,0%	1	100,0%	

Tablica 5.6.4. Usporedba učestalosti zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba putem Fisherovog egzaktnog testa s obzirom na obrazovanje ispitanika.

Prilikom analize rezultata dobivenih korištenjem Hi – kvadrat testa te putem Fisherovog egzaktnog testa možemo zaključiti te da ne postoji statistički značajna razlika u učestalosti zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba kod palijativnih bolesnika oboljelih od karcinoma pluća s obzirom na godine radnog iskustva. Time se odbacuje hipoteza „Postoji statistički značajna razlika u učestalosti zadovoljavanja pojedinih osnovnih ljudskih potreba s obzirom na godine radnog iskustva sudionika“. Svi sudionici u prosjeku često zadovoljavaju osnovne ljudske potrebe kod bolesnika što možemo zaključiti većinskim odgovaranjem na tvrdnje sa „često“ (Tablica 5.6.5).

		Godine radnog iskustva u zdravstvu						p*
		0 - 10 godina		11 - 30 godina		31 i više godina		
		N	%	N	%	N	%	
Disanje	nikad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,680
	rijetko	1	7,1%	1	11,1%	0	0,0%	
	često	1	7,1%	1	11,1%	3	17,6%	
	uvijek	12	85,7%	7	77,8%	14	82,4%	
	Ukupno	14	100,0%	9	100,0%	17	100,0%	
Unos hrane i tekućine	nikad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,460
	rijetko	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	često	4	28,6%	2	22,2%	2	10,5%	
	uvijek	10	71,4%	7	77,8%	17	89,5%	
	Ukupno	14	100,0%	9	100,0%	19	100,0%	
Eliminacija otpadnih tvari	nikad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1,000
	rijetko	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	često	3	21,4%	2	22,2%	5	26,3%	
	uvijek	11	78,6%	7	77,8%	14	73,7%	
	Ukupno	14	100,0%	9	100,0%	19	100,0%	

Kretanje i zauzimanje odgovarajućeg položaja tijela	nikad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,945
	rijetko	1	7,1%	0	0,0%	2	10,5%	
	često	9	64,3%	6	66,7%	10	52,6%	
	uvijek	4	28,6%	3	33,3%	7	36,8%	
	Ukupno	14	100,0%	9	100,0%	19	100,0%	
Spavanje i odmor	nikad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,671
	rijetko	1	7,1%	0	0,0%	0	0,0%	
	često	7	50,0%	6	66,7%	13	68,4%	
	uvijek	6	42,9%	3	33,3%	6	31,6%	
	Ukupno	14	100,0%	9	100,0%	19	100,0%	
Odijevanje i dotjerivanje	nikad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,966
	rijetko	2	14,3%	1	11,1%	4	21,1%	
	često	7	50,0%	5	55,6%	10	52,6%	
	uvijek	5	35,7%	3	33,3%	5	26,3%	
	Ukupno	14	100,0%	9	100,0%	19	100,0%	
Održavanje normalne temperature tijela	nikad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,964
	rijetko	1	7,1%	0	0,0%	1	5,3%	
	često	2	14,3%	2	22,2%	5	26,3%	
	uvijek	11	78,6%	7	77,8%	13	68,4%	
	Ukupno	14	100,0%	9	100,0%	19	100,0%	
Održavanje osobne higijene	nikad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,774
	rijetko	0	0,0%	1	11,1%	1	5,3%	
	često	1	7,1%	1	11,1%	3	15,8%	
	uvijek	13	92,9%	7	77,8%	15	78,9%	
	Ukupno	14	100,0%	9	100,0%	19	100,0%	
Izbjegavanje štetnih utjecaja okoline	nikad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,212
	rijetko	2	14,3%	1	12,5%	2	10,5%	
	često	9	64,3%	6	75,0%	7	36,8%	

	uvijek	3	21,4%	1	12,5%	10	52,6%	
	Ukupno	14	100,0%	8	100,0%	19	100,0%	
Komunikacija s drugim ljudima	nikad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,177
	rijetko	5	35,7%	2	22,2%	1	5,9%	
	često	8	57,1%	5	55,6%	10	58,8%	
	uvijek	1	7,1%	2	22,2%	6	35,3%	
	Ukupno	14	100,0%	9	100,0%	17	100,0%	
Vjerske potrebe	nikad	3	21,4%	1	11,1%	1	5,3%	0,592
	rijetko	6	42,9%	5	55,6%	6	31,6%	
	često	4	28,6%	3	33,3%	10	52,6%	
	uvijek	1	7,1%	0	0,0%	2	10,5%	
	Ukupno	14	100,0%	9	100,0%	19	100,0%	
Obavljanje svrsishodnog rada	nikad	1	7,7%	2	22,2%	1	5,6%	0,540
	rijetko	7	53,8%	4	44,4%	7	38,9%	
	često	2	15,4%	3	33,3%	6	33,3%	
	uvijek	3	23,1%	0	0,0%	4	22,2%	
	Ukupno	13	100,0%	9	100,0%	18	100,0%	
Rekreacija	nikad	4	28,6%	4	44,4%	3	15,8%	0,186
	rijetko	5	35,7%	5	55,6%	9	47,4%	
	često	5	35,7%	0	0,0%	7	36,8%	
	uvijek	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Ukupno	14	100,0%	9	100,0%	19	100,0%	
Učenje, istraživanje, zadovoljavanje znatiželje	nikad	3	21,4%	1	12,5%	0	0,0%	0,121
	rijetko	6	42,9%	3	37,5%	7	36,8%	
	često	3	21,4%	2	25,0%	11	57,9%	
	uvijek	2	14,3%	2	25,0%	1	5,3%	
	Ukupno	14	100,0%	8	100,0%	19	100,0%	
	nikad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,767

Kognitivno-perceptivne funkcije (koncentracija, sluh, vid, bol i dr.)	rijetko	3	21,4%	2	22,2%	2	10,5%
	često	7	50,0%	6	66,7%	11	57,9%
	uvijek	4	28,6%	1	11,1%	6	31,6%
	Ukupno	14	100,0%	9	100,0%	19	100,0%

*Fisherov egzaktni test

Tablica 5.6.5. Usporedba učestalosti zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba putem Fisherovog egzaktnog testa s obzirom na radno iskustvo u zdravstvu.

U nastavku je prikazano nekoliko tvrdnji o provođenju sestrinske skrbi bolesnika oboljelih od karcinoma pluća.

Sudionicima su bile postavljene dvije tvrdnje kojima se ispituje mišljenje o sestrinskoj skrbi bolesnika s dispnejom, te dvije tvrdnje kojima se ispituje mišljenje o sestrinskoj skrbi u tretiranju boli bolesnika oboljelih od karcinoma pluća.

Prilikom analize rezultata dobivenih korištenjem H_i – kvadrat testa te putem Fisherovog egzaktnog testa možemo zaključiti te da ne postoji statistički značajna razlika u mišljenju o sestrinskoj skrbi bolesnika s dispnejom te da ne postoji statistički značajna razlika u mišljenju o sestrinskoj skrbi u tretiranju boli bolesnika oboljelih od karcinoma pluća s obzirom na završeno obrazovanje.

Time se odbacuju obje hipoteze „Postoji statistički značajna razlika u mišljenju sudionika o sestrinskoj skrbi bolesnika s dispnejom oboljelih od karcinoma pluća s obzirom na završeno obrazovanje sudionika“; te „Postoji statistički značajna razlika u mišljenju sudionika o sestrinskoj skrbi u tretiranju boli bolesnika oboljelih od karcinoma pluća s obzirom na završeno obrazovanje sudionika“ (Tablica 5.6.6).

		Završeno obrazovanje						p*
		Medicinska sestra/ tehničar		Prvostupnica / prvostupnik sestrinstva		Magistra/ diplomirana sestra/ tehničar		
		N	%	N	%	N	%	
Strah od smrti je nedovoljno istraženi fenomen s kojim se često susreću bolesnici s karcinomom pluća	uopće se ne slažem	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,292
	ne slažem se	0	0,0%	1	9,1%	0	0,0%	
	slažem se	16	55,2%	6	54,5%	0	0,0%	
	u potpunosti se slažem	13	44,8%	4	36,4%	1	100,0%	
	Ukupno	29	100,0%	11	100,0%	1	100,0%	
Najveća pomoć pri rješavanju problema s dispnejom kod bolesnika s karcinomom pluća je respiratorna potpora i fizioterapeutske intervencije	uopće se ne slažem	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1,000
	ne slažem se	6	20,7%	2	18,2%	0	0,0%	
	slažem se	15	51,7%	6	54,5%	1	100,0%	
	u potpunosti se slažem	8	27,6%	3	27,3%	0	0,0%	
	Ukupno	29	100,0%	11	100,0%	1	100,0%	
Bolesnici oboljeli od karcinoma pluća kao vodeći simptom navode dispneju	uopće se ne slažem	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,792
	ne slažem se	4	13,8%	2	20,0%	0	0,0%	
	slažem se	14	48,3%	6	60,0%	1	100,0%	
	u potpunosti se slažem	11	37,9%	2	20,0%	0	0,0%	

	Ukupno	29	100,0%	10	100,0%	1	100,0%	
Kod bolesnika oboljelih od karcinoma pluća bol se otežano procjenjuje s obzirom na bolesnikovu otežanu komunikaciju	uopće se ne slažem	2	6,9%	0	0,0%	0	0,0%	0,487
	ne slažem se	10	34,5%	2	18,2%	0	0,0%	
	slažem se	11	37,9%	8	72,7%	1	100,0%	
	u potpunosti se slažem	6	20,7%	1	9,1%	0	0,0%	
	Ukupno	29	100,0%	11	100,0%	1	100,0%	

*Fisherov egzaktni test

Tablica 5.6.6. Usporedba mišljenja sudionika o sestrinskoj skrbi bolesnika s dispnejom i tretiranju boli s obzirom na završeno obrazovanje putem Fisherovog egzaktnog testa.

Prilikom analize rezultata dobivenih korištenjem Hi – kvadrat testa te putem Fisherovog egzaktnog testa možemo zaključiti da postoji statistički značajna razlika u kod tvrdnje „*najveća pomoć pri rješavanju problema s dispnejom kod bolesnika s karcinomom pluća je respiratorna potpora i fizioterapeutske intervencije*“ s obzirom na godine radnog iskustva u zdravstvu gdje se može se uočiti kako vrijednost Fisherovog egzaktnog testa iznosi $p=0,019$ ($p<0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika s obzirom na godine radnog iskustva u zdravstvu, pri čemu je stupanj slaganja značajno niži kod ispitanika sa najmanje radnog iskustva u zdravstvu (0 - 10 godina) (Tablica 5.6.7.). Time se djelomično potvrđuje hipoteza „Postoji statistički značajna razlika u mišljenju sudionika o sestrinskoj skrbi bolesnika s dispnejom oboljelih od karcinoma pluća s obzirom na godine radnog iskustva“. Prilikom analize rezultata dobivenih korištenjem Hi – kvadrat testa te putem Fisherovog egzaktnog testa možemo zaključiti te da ne postoji statistički značajna razlika u mišljenju o sestrinskoj skrbi u tretiranju boli bolesnika oboljelih od karcinoma pluća s obzirom na završeno obrazovanje.

Time se odbacuje hipoteza „Postoji statistički značajna razlika u mišljenju sudionika o sestrinskoj skrbi u tretiranju boli bolesnika oboljelih od karcinoma pluća s obzirom na godine radnog iskustva“.

		Godine radnog iskustva u zdravstvu						p*
		0 - 10 godina		11 - 30 godina		31 i više godina		
		N	%	N	%	N	%	
Strah od smrti je nedovoljno istraženi fenomen s kojim se često susreću bolesnici s karcinomom pluća	uopće se ne slažem	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,516
	ne slažem se	0	0,0%	1	11,1%	0	0,0%	
	slažem se	8	57,1%	5	55,6%	9	47,4%	
	u potpunosti se slažem	6	42,9%	3	33,3%	10	52,6%	
	Ukupno	14	100,0%	9	100,0%	19	100,0%	
Najveća pomoć pri rješavanju problema s dispnejom kod bolesnika s karcinomom pluća je respiratorna potpora i fizioterapeutske intervencije	uopće se ne slažem	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,019
	ne slažem se	7	50,0%	1	11,1%	1	5,3%	
	slažem se	6	42,9%	4	44,4%	12	63,2%	
	u potpunosti se slažem	1	7,1%	4	44,4%	6	31,6%	
	Ukupno	14	100,0%	9	100,0%	19	100,0%	
Bolesnici oboljeli od karcinoma pluća kao vodeći simptom navode dispneju	uopće se ne slažem	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,911
	ne slažem se	3	23,1%	1	11,1%	2	10,5%	
	slažem se	6	46,2%	5	55,6%	11	57,9%	
	u potpunosti se slažem	4	30,8%	3	33,3%	6	31,6%	
	Ukupno	13	100,0%	9	100,0%	19	100,0%	
Kod bolesnika oboljelih od	uopće se ne slažem	0	0,0%	1	11,1%	1	5,3%	0,926

karcinoma pluća bol se otežano procjenjuje s obzirom na bolesnikovu otežanu komunikaciju	ne slažem se	5	35,7%	2	22,2%	5	26,3%	
	slažem se	7	50,0%	5	55,6%	9	47,4%	
	u potpunosti se slažem	2	14,3%	1	11,1%	4	21,1%	
	Ukupno	14	100,0%	9	100,0%	19	100,0%	

*Fisherov egzaktni test

Tablica 5.6.7. Usporedba mišljenja sudionika o sestrinskoj skrbi bolesnika s dispnejom i tretiranju boli s obzirom na godine radnog iskustva u zdravstvu putem Fisherovog egzaktnog testa.

5.7. Rasprava

Ciljevi istraživanja su ukazati na svrhu palijativne skrbi i njezinu važnost, prikazati učestalost zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba te utvrditi razlike u zadovoljavanju istih s obzirom na završeni stupanju obrazovanja i godine radnog iskustva u zdravstvu te utvrditi razlike u mišljenje sudionika o sestrinskoj skrbi bolesnika s dispnejom i sestrinskoj skrbi u tretiranju boli s obzirom na završeni stupanju obrazovanja i godine radnog iskustva u zdravstvu. Temeljem ciljeva ovog istraživanja postavljeno je šest hipoteza. Prva hipoteza „Postoji statistički značajna razlika u učestalosti zadovoljavanja pojedinih osnovnih ljudskih potreba s obzirom na završeno obrazovanje sudionika“ je potvrđena. Kod osnovne ljudske potrebe „komunikacija s drugim ljudima“ vrijednost Fisherovog egzaktnog testa iznosi $p=0,020$ ($p<0,05$) što ukazuje na statistički značajnu razliku. Prema rezultatima različitih recentnih studija utvrđuje se važnost usvajanja i učenja dobrih komunikacijskih vještina uporabom različitih vrsta edukacija kroz obrazovanje, godine radnog staža i kliničko iskustvo medicinskih sestara. Cilj dobrih komunikacijskih vještina je uspostavljanje stabilnih, uvažavajućih i profesionalnih odnosa među zdravstvenim osobljem i provođenju zdravstvene njege bolesnika [58]. Promjene u obrazovanju i radu medicinskih sestara, kao i društvenom statusu su dobar preduvjet za poboljšanje odnosa, uvažavanja mišljenja i razine

obrazovanja medicinskih sestara što posljedično dovodi do povećanja kvalitete zdravstvene skrbi [59]. Rezultati istraživanja pokazuju da bolesnici najčešće napuštaju zdravstvene ustanove ne znajući mnogo o tijeku liječenja, a odgovore nisu mogli dobiti od članova zdravstvenog tima [60]. Medicinska sestra ima zadaću brinuti se za bolesnika i njegov zdravstveni odgoj. Da bi bila uspješna u svojoj zadaći, potrebno je da se koristi znanja i iskustva iz područja komunikologije i komunikacijskih vještina te iz znanstvenih disciplina kao što su psihologija, sociologija, antropologija i slično [60]. Druga hipoteza glasila je „Postoji statistički značajna razlika u učestalosti zadovoljavanja pojedinih osnovnih ljudskih potreba s obzirom na godine radnog iskustva sudionika“. Ni kod jedne od osnovnih ljudskih potreba nije pronađena statistički značajna razlika, stoga se ova hipoteza odbacuje [61]. Treća i četvrta hipoteza glasila su „Postoji statistički značajna razlika u mišljenju sudionika o sestrinskoj skrbi bolesnika s dispnejom oboljelih od karcinoma pluća s obzirom na završeno obrazovanje sudionika“ te „Postoji statistički značajna razlika u mišljenju sudionika o sestrinskoj skrbi u tretiranju boli bolesnika oboljelih od karcinoma pluća s obzirom na završeno obrazovanje sudionika“. Fisherovim egzaktnim testom nije dobivena statistički značajna razlika u mišljenju o sestrinskoj skrbi bolesnika s dispnejom. Također, nije dobivena statistički značajna razlika u mišljenju o sestrinskoj skrbi u tretiranju boli bolesnika oboljelih od karcinoma pluća s obzirom na završeno obrazovanje. Time se odbacuju obje hipoteze. Peta hipoteza glasila je: „Postoji statistički značajna razlika u mišljenju sudionika o sestrinskoj skrbi bolesnika s dispnejom oboljelih od karcinoma pluća s obzirom na godine radnog iskustva“. Vrijednost Fisherovog egzaktnog testa kod tvrdnje „najveća pomoć pri rješavanju problema s dispnejom kod bolesnika s karcinomom pluća je respiratorna potpora i fizioterapeutske intervencije“ iznosi $p=0,019$ ($p<0,05$) čime možemo zaključiti da postoji statistički značajna razlika kod navedene tvrdnje. Time se djelomično potvrđuje navedena hipoteza. Šesta hipoteza glasila je: „Postoji statistički značajna razlika u mišljenju sudionika o sestrinskoj skrbi u tretiranju boli bolesnika oboljelih od karcinoma pluća s obzirom na godine radnog iskustva“.

Fisherov egzaktni test pokazao je kako ne postoji statistički značajna razlika u mišljenju o sestrinskoj skrbi u tretiranju boli bolesnika oboljelih od karcinoma pluća s obzirom na završeno obrazovanje čime je navedena hipoteza odbačena.

Dispneja je uobičajeni i uznemirujući simptom kod karcinoma pluća, uvelike narušava kvalitetu života. Prema navodima oboljelih od karcinoma pluća, umor, bol i dispneja su najteže poteškoće s kojima se nose. Zaduha ili dispneja je neugodan osjećaj nedostatka zraka koji izaziva tjeskobu i nemir u pacijenta, a opisuju ga kao „glad za zrakom“ te „kratkoća daha“. Prevalencija zaduhe ovisi o sijelu primarnog tumora, stadiju bolesti i drugim čimbenicima, međutim u zadnjim danima života oboljelih se pojavljuje u 85 % slučajeva. Nefarmakološkim mjerama se nastoji poboljšati subjektivno stanje bolesnika zauzimanjem odgovarajućeg položaja, kao što je uspravno sjedenje u krevetu ili stolici s rukama naslonjenima na jastuk ispred bolesnika [23]. Intervencije koje provodi medicinska sestra, a koje se provode u više od 50% pacijenata su podizanje uzglavlja (86%), primjena kisika (57%), te emocionalna podrška u 50 % slučajeva akutnog napada dispneje. U nešto manjim postotcima pacijenti su poticani na disanje napućenim usnama te repoziciju njihova položaja u krevetu. Autor Đorđević i suradnici (2015). radili su istraživanje na temu korištenja opioda u tretiranju dispneje. Oralni morfij sa produženim djelovanjem nije dostupan u području srednje Europe te se kao zamjena koristi hidromorfon, koji se oslobađa tijekom 24 sata. Podaci istraživanja odjela dokazuju povoljni učinak na relaksaciju dispneje, ali i smanjenje boli. Kombinacija fizičkih i psiholoških intervencija te medicinskih koje se odnose na uzimanje terapije i primjenu kisika, dovode do ublažavanja simptoma otežanog disanja te pacijenti koji su primjenjivali naučena znanja iz sva tri područja navode da primjećuju puno bolje podnošenje dispneje [34, 23].

U posljednjih 30 godina upravljanje bolom protiv karcinoma postalo je prioritet u onkologiji [44]. Malo je podataka o procjeni upotrebe analgetika u bolesnika s karcinomom pluća. U istraživanjima ublažavanja boli kod palijativnog zbrinjavanja pacijenata s karcinomom pluća, 92% njih prijavilo je bol, od čega je 52% to pripisalo svojoj bolesti, a 38% je reklo da je bol

povezana s liječenjem karcinoma. Primjena analgetika bila je veća u bolesnika koji su primali radio- i kemoterapiju u usporedbi s bolesnicima koji su liječeni kirurškim putem. Među pacijentima koji su prijavili bol, 33% ih nije koristilo lijekove protiv bolova. To je bilo povezano sa strahom od ovisnosti ili nedostatkom financijskih sredstava za kupovinu droga [55].

Nowicki i suradnici (2012). procjenjivali su bol u palijativnoj skrbi kod pacijenata s karcinomom pluća. Studija je obuhvatila 50 pacijenata koji su bili pod kućnom njegom i u bolnici. Za procjenu boli korištena je vizualno-analogni ljestvica (VAS). Prije palijativne skrbi bol koju su osjetili pacijenti s kućnom njegom ocijenjena je na 6,2 boda na VAS skali i 5,4 boda kod pacijenata, koji su primili bolničku skrb. Jaki opioidi su najčešće korišteni analgetici. Polovica pacijenata imala je nuspojave, najčešće zatvor. Nakon tretmana intenzitet boli smanjio se na 2,6 bodova kod bolesnika pod kućnom njegom i na 1,6 bodova za bolesnike liječene u bolničkom centru palijativne skrbi [42].

Autorica Taber (2019). navodi kako je potrebno provesti kvalitetniju edukaciju medicinskih djelatnika o palijativnoj skrbi, ali i stanovništva također [60]. Istraživanja na temu edukacije o palijativnoj skrbi opisuju nisko znanje djelatnika o palijativnoj skrbi pokazuju kako je potrebno više proučavati palijativnu skrb, educirati učenike, studente i zdravstvene djelatnike u radnom odnosu o palijativnoj skrbi, omogućiti kvalitetne resurse, vrijeme, opremu i dovoljan broj osoblja kako bi se implementirala takva skrb u rad sa palijativnim bolesnicima. Također je potrebno educirati i ljude izvan zdravstvenih djelatnosti kako bi razumijeli i znali što je palijativna skrb [61]. Prema istraživanju autorice Taber (2019). manji broj osoba razumije što spada u palijativnu skrb, koja je razlika između hospicija i palijativne skrbi te koji je zapravo cilj palijativne skrbi. Potreba za edukacijom i implementacijom palijativne skrbi u skrb bolesnika sa malignom bolešću je velika. Samo kvalitetnim znanjem, odnosom, pristupom i pružanjem kvalitetne skrbi možemo poboljšati zdravstvenu skrb umirućim bolesnicima [61,62].

6. Zaključak

Karcinom pluća je maligni tumor epitela koji raste sporo i često asimptomatski, brzo se širi na druge organe, a rezultati liječenja su skromni. Respiratorni simptomi poput kašlja, hemoptize, dispneje i torakalne boli su uobičajeni, ali nisu specifični jer se isti nalaze i kod drugih bronhopulmonalnih bolesti. Karcinom pluća dijagnosticira se u poodmakloj fazi u oko 50% slučajeva. Opći je cilj kod bolesnika sa karcinomom pluća, izliječiti ili produžiti život bez simptoma bolesti, smanjiti nuspojave, poboljšati kvalitetu života i dobrobit preživjelih, dok je sekundarni cilj naglasiti važnost dobrih komunikacijskih vještina uz istovremeno zadovoljavanje potreba pacijenta i njegove obitelji od trenutka dijagnoze, preko cjelokupnog procesa liječenja. U terminalnoj fazi maligne bolesti pacijentima se pruža palijativna skrb. U palijativnoj skrbi je od iznimne važnosti kvalitetno znanje medicinskih sestara i tehničara kako bi se unaprijedila kvaliteta preostalog života oboljele osobe.

U ovom radu možemo zaključiti kako postoji statistički značajna razlika u učestalosti zadovoljavanja pojedinih osnovnih ljudskih potreba s obzirom na završeno obrazovanje sudionika i to na razini "komunikacijskih potreba bolesnika s drugim ljudima". Druga hipoteza nije potvrđena jer ne pokazuje statistički značajne razlike kod sudionika. Sudionici s manje i više godina radnog staža pružaju jednako kvalitetnu skrb zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba. Treća i četvrta hipoteza ovog rada koje se odnose na sestrinsku skrb bolesnika s dispnejom, te tretiranju boli bolesnika oboljelih od karcinoma pluća s obzirom na završeno obrazovanje sudionika analizom rezultata nije dobivena statistički značajna razlika te su obje hipoteze odbačene. Statistički značajna razlika uočena je kod pete hipoteze, odnosno tvrdnje, „najveća pomoć pri rješavanju problema s dispnejom kod bolesnika s karcinomom pluća je respiratorna potpora i fizioterapeutske intervencije“ sa kojom se slaže većina ispitanika sa više godina radnog staža. Šesta hipoteza ovog rada je odbačena jer ne postoji statistički značajna razlika u mišljenju sudionika o sestrinskoj skrbi u tretiranju boli bolesnika oboljelih od karcinoma pluća s obzirom na završeno obrazovanje.

S obzirom na rezultate istraživanja možemo zaključiti kako su ispitanici svijesni važnosti provođenja palijativne skrbi te da pružena skrb bude u nekim prosječnim vrijednostima. Prema mnogim istraživanjima i ovom radu potrebno je više usmjeriti pažnje djelatnicima koji pružaju palijativnu skrb, u smislu edukacija, obrazovanja i tečajeva, kako bi se pružena skrb podigla na veću razinu što će dovesti do povećanja kvalitete zdravstvenih usluga palijativnim bolesnicima.

U Varaždinu, 11. studenog 2020.

Potpis: *Kovačović Jurica*

7. Literatura

- [1]. Dubey AK, Gupta U, Jain: Epidemiology of lung cancer and approaches for its prediction: a systematic review and analysis. *Chin J Cancer*, 2016
- [2]. Ford DW, Koch KA, Ray DE, Selecky PA: Palliative and end-of-life care in lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines, 2013.
- [3]. Dahlin CM, Kelley JM, Jackson VA, Temel JS: Early palliative care for lung cancer: improving quality of life and increasing survival. *Int J Palliat Nurs* 16: 420-3, 2010.
- [4]. Yoong J, Park ER, Greer JA, Jackson VA, Gallagher ER, et al.: Early palliative care in advanced lung cancer: a qualitative study. *JAMA Intern Med* 173: 283-290., 2013
- [5]. Prozaić, V.: Palijativna skrb i ljudsko dostojanstvo bolesnika, Glasnik pulske bolnice, 2009.
- [6]. Butković, D.: Analgezija i palijativna skrb – integracija u kliničku praksu, Paediatrica Croatica, 2009.
- [7]. Ferrell, B: et al.; Interdisciplinary Palliative Care for Patients With Lung Cancer, *Journal of Pain and Symptom Management*, 2002.
- [8]. Brkljačić Žagrović: Palijativna medicina u Hrvatskoj – nužnost implementacije u zdravstveni sustav, 2010
- [9]. Brkljačić M.: Bioetički, zakonodavni i organizacijski preduvjeti primjene suvremenih trendova u hospicijskom pokretu u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, 2009.
- [10]. Grbac, I.: Bašić Grbac, M.; Rak pluća, *MEDICUS* 2001. Vol. 10, No. 2, 179 – 190. 2013.
- [11]. Foster JA, Salinas GD, Mansell D.: How does older age influence oncologists cancer management? *The Oncologist*, 2010.

- [12]. Ramalingam SS, Owonikoko TK, Khuri FR. Lung Cancer: New biological insights and recent therapeutic advances. *Cancer J Clin.*, 2011.
- [13]. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. *Cancer Statistics: a cancer journal for clinicians*, 2010.
- [14]. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *The New England journal of medicine*, 2010.
- [15]. Boggs T, et al. Guidelines by Great Ormon Street: Analgesia: Use of patient/proxy patient controlled analgesia in palliative care, Approved by Guideline Approval Group, first introduced 01.09.2011, Approved 06 July 2017
- [16]. Le Voša V. Knjiga Iz Interne - PDF Free Download [Internet]. qdoc.tips. 2020 [cited 21 September 2020]. Dostupno na: <https://qdoc.tips/knjiga-iz-interne-pdf-free.html>
- [17]. Thun MJ, DeLancey JO, Center MM. The global burden of cancer: priorities for prevention. *Carcinogenesis*, 2010.
- [18]. Laprus I, Adamek M, Kozielski J. The need of lung cancer screening – new evidence, new expectations. *Pneumonol Alergol Pol.*, 2011.
- [19]. Farbicka, P., Nowicki, A.: Palliative care in patients with lung cancer, *Contemp Oncol (Pozn)*, 2013; 17(3): 238–245.
- [20]. Warren P, Burke C.: Endovascular management of chronic upper extremity deep vein thrombosis and superior vena cava syndrome. *Semin Intervent Radiol*, 2011., 28:32–8.
- [21]. Kuebler KK, Davis MP, Moore CD.: Palliative practices: an interdisciplinary approach. Edinburgh: Elsevier Mosby, 2005.
- [22]. Chajed PN, Baty F, Pless M, et al. Outcome of treated advanced non-small cell lung cancer with and without airway obstruction, 2003.
- [23]. Brkljačić, M. Aktualno stanje palijativne skrbi u Hrvatskoj. *Stručni znanstveni rad.*, 2013. [cited 21 September 2020]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/112245>
- [24]. Reinfuss M, Mucha-Matecka A, Walasek T, Blecharz P, Jakubowicz J, Skotnicki P, Kowalska T.: Lung Cancer, 2011. 71:344–9.

- [25]. Zdravlje. [cited 21 September 2020]. Dostupno na:
<https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/2018%20Dokumenti%20razni/Uspostava%20sustava%20paliativne%20skrbi%20u%20Republici%20Hrvatskoj%2023%2003%202018.docx>
- [26]. Palliative Care: The World Health Organizations Global Perspective. *J Pain Symptom Management*, 2002;24:91–6.
- [27]. Jassem E, Batura-Gabryel H, Cofta S, et al.: Recommendation of Polish Respiratory Society for palliative care in chronic lung diseases. *Pneumonol Alergol Pol*, 2012.;80:41–64
- [28]. Kvale PA, Selecky P, Prakash UB.: Palliative care in lung cancer. ACCP evidence-based clinical practice guidelines, 2007, (2nd edition)
- [29]. Howard M, Ramsenthaler, : Behind the wheel safety in palliative care: a literature review *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2019.
- [30]. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al.: Early palliative care for patients with metastatic non-small cell lung cancer, 2010., 363:733–42
- [31]. Goebel, Joy & Guo, William & Wood, Keegan: Teamwork and Perceptions of Palliative Care Quality. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 2016.
- [32]. Rosen MA, DiazGranados D, Dietz AS, et al.: Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *Am Psychol*, 2018.
- [33]. Roger, K.: A literature review of palliative care, end of life, and dementia. *Palliative & supportive care*, 2006.
- [34]. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, et al.: American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol*, 2012.
- [35]. Pitz CC, de la Rivière AB, van Swieten HA, Duurkens VA, Lammers JW, van den Bosch JM. Surgical treatment of Pancoast tumours. *Eur J Cardiothorac Surg*, 2004. ;26:202–208
- [36]. Ferrel B, Levy MH, Paice J. Managing pain from advanced cancer in the palliative care setting. *Clin J Oncol Nurs*, 2008. ;12:575–581.
- [37]. Ferrell, B., Koczywas, M., Grannis, F., Palliative Care in Lung Cancer, *Surg Clin North Am.*, 2011 Apr; 91(2): 403–ix.

- [38]. Sarna L, Cooley ME, Brown JK, Chernecky C, Elashoff D, Kotlerman J. Symptom Severity 1 to 4 Months After Thoracotomy for Lung Cancer. *Am J Crit Care.*, 2008.
- [39]. Wilkie D, Berry D, Cain K, et al. Effects of Coaching Patients With Lung Cancer to Report Cancer Pain. *West J Nurs Res.*, 2010.
- [40]. Faller H, Bulzebruck H. Coping and survival in lung cancer: a 10-year follow-up. *The American journal of psychiatry*, 2002.
- [41]. Maliski SL, Sarna L, Evangelista L, Padilla G. The aftermath of lung cancer: balancing the good and bad. *Cancer Nurs*, 2003.
- [42]. Walker MS, Zona DM, Fisher EB. Depressive symptoms after lung cancer surgery: Their relation to coping style and social support. *Psychooncology.*, 2006.
- [43]. Hill KM, Amir Z, Muers MF, Connolly CK, Round CE. : Do newly diagnosed lung cancer patients feel their concerns are being met? *European journal of cancer care*, 2003. str. 35–45.
- [44]. Downe-Wamboldt B, Butler L, Coulter L.: The relationship between meaning of illness, social support, coping strategies, and quality of life for lung cancer patients and their family members. *Cancer Nurs.*, 2006., str. 111–119.
- [45]. Meraviglia MG.: The effects of spirituality on well-being of people with lung cancer. *Oncology nursing forum.*, 2004. str. 89–94
- [46]. Sarna L, Brown JK, Cooley ME, et al.: Quality of life and meaning of illness of women with lung cancer. *Oncology nursing forum.*, 2005., str 9-19
- [47]. Cepeda MS, Africano JM, Polo R, Alcalá R, Carr DB.: What decline in pain intensity is meaningful to patients with acute pain? *Pain.*, 2003.
- [48]. Dudgoen D.: Dyspnea, death rattle, and cough. In: Ferrell B, Coyle N, editors. *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. 3. New York: Oxford University Press, 2010. str. 303–320.
- [49]. Blum, T., Schönfeld, N., The lung cancer patient, the pneumologist and palliative care: a developing alliance, *European Respiratory Journal* 2015., str. 211-226

- [50]. Henoch I, Bergman B, Gustafsson M, et al.: The impact of symptoms, coping capacity, and social support on quality of life experience over time in patients with lung cancer. *J Pain Symptom Manage*, 2007., str. 370–379.
- [51]. Levav I.: The treatment gap of depression in persons with cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2010., str. 117–119
- [52]. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi [Internet]. Palijativna-skrb.hr., 2009. Available from: http://palijativna-skrb.hr/files/Toolkit/Bijela_knjiga_o_standardima_i_normativima_za_hospicijsku_i_palijativnu_skrb_u_Europi.pdf
- [53]. Palliative Care [Internet]. Who.int., 2020. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- [54]. Greer S, Joseph M. Palliative Care: A Holistic Discipline. *Integr Cancer Ther.*, 2016.
- [55]. Tetrault, A. "The Palliative Care Team : Competences Necessary for its Success and Factors that Influence the Team Functionality.", 2012.
- [56]. Jünger, S & Pestinger, M & Elsner, Frank & Krumm, Norbert & Radbruch, Lukas.: Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliative medicine*, 2007.
- [57]. Hubert, Jocham & Theo, Dassen & Widdershoven, Guy & Halfens, Ruud.: Evaluating Palliative Care - A Review of the Literature. *Palliative Care : Research and Treatment.*, 2009.
- [58]. Stober, Missy MSN, RN, NEA-BC: Palliative Care in Home Health, Home Healthcare Now, 2017.
- [59]. Breitbart W.: Spirituality and meaning in palliative care, 2003., str. 33-44.
- [60]. Team approaches in palliative care: a review of the literature GVMC Fernando and Sean Hughes. *International Journal of Palliative Nursing*, 2019., str. 444-451
- [61]. Joranson DE, Rajagopal MR, Gilson AM.: Improving Access to Opioid Analgesics for Palliative Care in India, 2002. str. 152–159
- [62]. Viganò A, Bruera E, Jhangri GS, et al.: Clinical survival predictors in patients with advanced cancer. *Arch Intern Med*, 2000.

Prilozi

Upitnik.

Izjava o autorstvu.

Poštovane kolegice i kolege,

Ovaj anketni upitnik izrađen je za potrebe istraživanja u svrhu izrade diplomskog rada na diplomskom studiju sestrinstva – Management u sestrinstvu, na Sveučilištu Sjever. Upitnik je u potpunosti anoniman i Vaše sudjelovanje je dobrovoljnog karaktera, stoga Vas molim da budete u potpunosti iskreni. Mentor na izradi ovog stručno-istraživačkog rada je doc. dr. sc. Marijana Neuberg.

Unaprijed zahvaljujem, Jurica Kovačević, bacc.med.techn., student diplomskog studija Menadžment u sestrinstvu, Sveučilište Sjever

1. Spol:

- a) Muški
- b) Ženski

1. Dob: (dopisati)

2. Završeno obrazovanje:

- a) Medicinska sestra/tehničar
- b) Prvostupnica/prvostupnik sestrinstva
- c) Magistra/diplomirana sestra/tehničar

4. Godine radnog iskustva u zdravstvu: (dopisati)

5. Na skali Likertovog tipa označite koliko često zadovoljavate navedene osnovne ljudske potrebe kod pacijenata oboljelih od karcinoma pluća:

1 =nikad; 2= rijetko; 3=često; 4= uvijek

	1	2	3	4
Disanje				
Unos hrane i tekućine				
Eliminacija otpadnih tvari				
Kretanje i zauzimanje odgovarajućeg položaja tijela				
Spavanje i odmor				
Odijevanje i dotjerivanje				
Održavanje normalne temperature tijela				
Održavanje osobne higijene				
Izbjegavanje štetnih utjecaja okoline				
Komunikacija s drugim ljudima				
Vjerske potrebe				
Obavljanje svrsishodnog rada				
Rekreacija				
Učenje, istraživanje, zadovoljavanje znatiželje				
Kognitivno-perceptivne funkcije (koncentracija, sluh, vid, bol i dr.)				

6. Na skali Likertovog tipa označite stupanj svog slaganja odnosno neslaganja s navedenim tvrdnjama.

1= uopće se ne slažem; 2= ne slažem se; 3= slažem se; 4= u potpunosti se slažem

	1	2	3	4
Vidim potrebu za poboljšanjem i unaprjeđenjem palijativne skrbi bolesnika s karcinomom pluća u svojoj ustanovi.				
Strah od smrti je nedovoljno istražen fenomen s kojim se često susreću bolesnici s karcinomom pluća.				
Najveća pomoć pri rješavanju problema s dispnejom kod bolesnika s karcinomom pluća je respiratorna potpora i fizioterapeutske intervencije.				
Medicinske sestre na mom odjelu su kompetentne i educirane za rad s bolesnicima oboljelih od karcinoma pluća.				
Bolesnici oboljeli od karcinoma pluća kao vodeći simptom navode dispneju.				
Kod bolesnika oboljelih od karcinoma pluća bol se otežano procjenjuje s obzirom na bolesnikovu otežanu komunikaciju.				
Smatram da imam dovoljno specifičnih znanja za zdravstvenu njegu bolesnika s karcinomom pluća u palijativnoj skrbi				
Potrebna mi je dodatna edukacija o palijativnoj skrbi kod bolesnika s karcinomom pluća.				



Sveučilište
Sjever



IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

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, Jurica Kovačević (*ime i prezime*) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica diplomskog rada pod naslovom Osobitosti palijativne skrbi bolesnika obojelog od karcinoma pluća te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
Jurica Kovačević

Kovačević Jurica
(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, Jurica Kovačević (*ime i prezime*) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom diplomskog rada pod naslovom Osobitosti palijativne skrbi bolesnika obojelog od karcinoma pluća čiji sam autor/ica.

Student/ica:
Jurica Kovačević

Kovačević Jurica
(vlastoručni potpis)