

HOLISTIČKI PRISTUP UMIRUĆEM PACIJENTU

Kiršić Širol, Manuela

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:459523>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-08**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

Manuela Kiršić Širol
HOLISTIČKI PRISTUP UMIRUĆEM BOLESNIKU
Završni rad

Rijeka, 2020.

SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

Manuela Kiršić Širol
HOLISTIČKI PRISTUP UMIRUĆEM BOLESNIKU
Završni rad

Rijeka, 2020.

Mentor rada: Daniela Depolo, prof. rehab.

Završni rad obranjen je dana: _____ u/na _____, pred
povjerenstvom u sastavu:

1. _____

2. _____

3. _____

Rad ima stranice, slika, tablicu.

Zahvala

Želim zahvaliti svojoj mentorici Danieli Depolo, prof. rehab. na vodstvu i nesebičnoj podršci tijekom pisanja završnog rada i svojoj obitelji koja me nesebično bodrila, poticala i pružala mi podršku tijekom cijelog studiranja, posebice kćeri Paoli.

SADRŽAJ:

1. UVOD	1
1.1. Umiranje kao proces.....	3
2. OBILJEŽJA HOLISTIČKOG PRISTUPA U PALIJATIVI I HOSPICIJU	6
2.1. Hospicij	6
3. DOSTOJANSTVENA SMRT IZ PERSPEKTIVE BOLESNIKA I HOLISTIČKI PRISTUP	10
3.1. Dostojanstvo.....	11
3.2. Duhovnost	11
3.3. Psihološke potrebe umirućeg bolesnika	12
3.4. Bol	12
3.5. Komunikacija s umirućim bolesnikom	14
3.6. Mjesto kao odabir za dostojanstvenu smrt	15
4. HOLISTIČKI PRISTUP I ULOGA MEDICINSKE SESTRE U DOSTOJANSTVENOJ SMRTI.....	16
4.1. Izazovi medicinskih sestara u radu s umirućim bolesnicima	17
4.2. Komunikacija medicinske sestre s umirućom osobom	18
4.3. Etičke dileme u radu s umirućim bolesnikom	19
5. NAJČEŠĆE SESTRINSKE DIJAGNOZE KOD UMIRUĆEG BOLESNIKA	21
5.1. Bol	21
5.2. Smetnje pamćenja	22
5.3. Nesanica	22
5.4. Smanjena prohodnost dišnih puteva.....	22
5.5. Smanjena mogućnost brige o sebi	23
6. ZAKLJUČAK	24
7. LITERATURA	25
8. SADRŽAJ	26

9. SUMMARY	27
10. ŽIVOTOPIS	28
11. PRILOZI.....	30

1. UVOD

Kada god je to moguće, bolest treba spriječiti i onemogućiti njeno napredovanje. No ukoliko to nije moguće, medicinske sestre ulažu silne napore kako bi bolesnicima u zadnjim trenucima života pružile maksimalnu kontrolu života bez boli i ukoliko je to moguće, i drugih simptoma te psihološku, emocionalnu i duhovnu potporu koja je u takvim trenucima prijeko potrebna. Često se kroz praksu rada medicinske sestre susreću s komentarima „kako su nasmijane i unesu veselje u bolesničke sobe“ što samo govori koliko je bolesnicima u tim trenucima potrebno malo pažnje i veselja. Promjena fokusa iz kurative na prvenstveno pružanje skrbi i stvaranja ugodnosti umirućeg bolesnika podrazumijeva ublažavanje bolnih simptoma momentalno jer se na taj način povećava stanje ugone bolesniku. Kako okolina oko takvog bolesnika, tako i zdravstveni radnici pokušavaju pružiti maksimalnu potporu i udobnost svojim bolesnim i umirućim bolesnicima. Saznanje da se zdravlje neće oporaviti te da je smrt jedini mogući ishod uvijek okružuje veliku tugu i poštovanje obitelji, a period poslije smrti bolesnika opisan je strogom privrženošću uobičajenih protokola i rituala ovisno o kojoj je kulturološkoj sredini riječ. Međutim, kakvi god da su običaji pojedinih obitelji, bolesnika uvijek treba učiniti jedinicom skrbi u njegovom domu i postignuti sve što se može da se pronađu najbolja rješenja kako bi mu se omogućila dostojanstvena smrt, a kvaliteta života održala na što većem nivou.

Palijativno zbrinjavanje spada pod oblik pomoći onim bolesnicima kojima je potrebna, a obuhvaća aktivno, sveobuhvatno zbrinjavanje svih bolesnika koji imaju uznapredovali i progresivni oblik bolesti u vidu pružanja aktivne psihološke, socijalne i duhovne podrške (1). Palijativno zbrinjavanje također implicira pristup bolesnicima suočenim sa smrtonosnom bolešću i njihovim obiteljima poboljšava kvalitetu života i to tako da se rasterećuju simptomi bolesti sredstvima ranog otkrivanja, procjene i liječenja boli, a sve u svrhu kako bi se i bolesniku i obitelji čin umiranja i gubitka olakšao na svim aspektima - psihološkim, društvenim i vjerskim (1). Palijativna skrb je najadekvatniji pristup bolesniku u onom trenutku kada bolesnik prihvati svoju smrt kao normalan proces. Palijativni pristup ne znači da su zdravstveni radnici nemoćni u pomaganju bolesniku, dapače uz primjenu suosjećajne zdravstvene skrbi, mogu uvelike ublažiti i/ili olakšati tjelesnu, emocionalnu i duševnu bol bolesniku. Cilj plana skrbi mora biti osiguravanje kvalitete preostalog života i ublažavanje svih simptoma koji to onemogućuju. Također, u planu mora stajati stavka da se bolesnika i njegovu obitelj uključuje u donošenje odluka koje su vezane uz tretmane i skrb o bolesniku na način da

ih se educira, osigura dovoljan broj informacija o bolesti, postupcima skrbi i svim mogućnostima olakšavanja boli.

Holistički pristup u ovoj situaciji jedini je istiniti pristup u kojem je najvažniji element inkluzija bolesnika u donošenje odluka, a koji bi trebao provoditi interdisciplinarni tim u kojem su uključeni: liječnik, medicinska sestra, socijalni radnik, fizioterapeut, psiholog i duhovnik po izboru bolesnika (1). Palijativna skrb namijenjena je za široku populaciju i bolesnike različite životne dobi i drukčijih dijagnoza koje imaju štetan utjecaj na bolesnikove svakodnevne funkcije ili pak smanjuju bolesnikov očekivani životni vijek. U tu kategoriju ubrajaju se i djeca i odrasle osobe koje boluju od:

- ⇒ kroničnih stanja (maligniteta, kroničnih zatajenja bubrega, bolesti jetre, moždanog udara koji je uzrokovao značajno funkcionalno oštećenje, uznapredovale srčane ili plućne bolesti, neurodegenerativne bolesti i demencije);
- ⇒ prirodnih bolesti i stanja koja dovode do ovisnosti o terapijama;
- ⇒ oboljele od akutnih, ozbiljnih i po život opasnih bolesti (poput teških ozljeda, leukemije ili moždanog udara), kada je izlječenje, ako do njega dođe, vrlo dugotrajan i zahtjevan put, ispunjen značajnim teškoćama;
- ⇒ osobe koje pate od kroničnih i za život ograničavajućih povreda zbog nesreća ili drugih oblika teških ozljeda;
- ⇒ ozbiljno i terminalno oboljeli bolesnici (poput osoba koje pate od demencije u posljednjoj fazi terminalnog stadija karcinoma, ili teškog invaliditeta zbog moždane kapi) (1).

Cilj svake palijativne skrbi izravno je usklađen i povezan s udovoljavanjem potreba umirućeg bolesnika na način da se bolesniku stvara osjećaj ugone, poštuje njegov život i optimizira bolesnikova kontrola i autonomija u donošenju odluka. Spoznaja bolesnika i članova njegove obitelji da neće biti napušteni u najtežim životnim trenucima ekvivalentna je kao i stručna medicinska pomoć koju dobivaju. Već je odavno pokazano kroz razne literaturne navode da je većina bolesnika sklonija suradivanju sa zdravstvenim osobljem s kojim ima razvijen empatičan odnos i odnos od povjerenja. Kako će bolesnik postići unutarnji mir, individualno je za svakog od njih. Uobičajena reakcija bolesnika koji se suočava s tako teškom dijagnozom jest da odbija rješavati sve neobavljene poslove - osobne, društvene ili duhovne. Ukoliko je to njihova odluka koje se čvrsto drže, članovi palijativnog tima ne smiju se u nju miješati niti je tumačiti kao neuspjeh, a svakako i ne shvaćati je osobno jer je žalosna činjenica da ne umre svaki bolesnik u miru. Nasuprot takvih reakcija, postoje bolesnici koji će ,po

saznanju da ih čeka smrtni ishod, poduzeti sve da isprave „greške“ ili poprave odnose s bližnjima i okolinom. Potpora obitelji podrazumijeva pomoć tijekom procesa žalovanja i bolesti i ta dva oblika su usko povezana. Sve što obitelj pozitivno doživi s umirućom osobom olakšat će im proces žalovanja nakon gubitka. Sama priprema za gubitak voljene osobe najveći je izazov jer obitelj i bližnji imaju osjećaj gubitka prije, za vrijeme i nakon smrti voljene osobe. To je proces koji zahtijeva holistički pristup koji može potrajati i do nekoliko mjeseci. Svaka osoba na kraju svog životnog puta osjeća stanovitu emocionalnu, društvenu i duhovnu bol koja nagriza njegov unutarnji mir i izaziva emocije poput bijesa, frustracije ili depresije pa sve do fizičke boli.

Emocionalna/psihološka bol najčešće je uočena kod bolesnika s terminalnim bolestima jer njihove bolesti uvijek izazivaju nesvjesne strahove i osjećaj beznada i nemoći. Simptomi variraju od tjeskobe, bijesa, depresije, nesanice do razdražljivosti ili stalnih pritužbi na tjelesnu bol. Strah od smrti i nepoznavanja njenog izgleda najveći je ljudski strah iako znaju da ih ona ka koncu čeka. Uz te strahove isprepliću se i drugi kao što su strah od boli, strah od trajanja bolesti, mogućnost zadržavanja zdravog razuma, strah od „kazni“ u zagrobnom životu... Nerealno je očekivati od zdravstvenog tima da te strahove ukloni, no svakako mogu pomoći bolesniku da se nosi sa njima i verbalizira ih (1).

Društvenu bol osjećaju umirući bolesnici i ona ima temelj u praktičnim sadržajima, na primjer supružnici će biti zabrinuti za svoje partnere, za obitelj koja ostaje bez jednog djela prihoda i upravo je financijska zabrinutost jedna od glavnih problema. Bolesnici odmah rješavaju pravna pitanja poput oporuka, pitanja vlasništva, ugovora, dogovora o sprovodu i slično. Gubitak radnog mjesta, društvenog položaja i kontrole nad životom razorni su za bolesnika ponajviše na osobnoj razini jer postoji mnogo razina na kojim oboljeli više ne funkcionira kao otac ili majka, suprug/supruga te član zajednice. Umirućem bolesniku ne samo da je potrebna pomoć u prihvaćanju svoga stanja i njenog ishoda, već i osjećaj dostojanstva kroz taj proces koji je prijeko potreban svakom čovjeku (1).

1.1. Umiranje kao proces

Za smrt se često čuje da je to jedini siguran ishod čovjekovog života te je kao i umiranje zapravo jedina sigurna konstanta ljudskog života. Smrt je posljednji životni događaj kojeg su svi svjesni, ali u svima se javlja strah kad o tome treba razgovarati. Smrt označava kraj životnog razdoblja i neizbježna je jer ćemo na kraju svi umrijeti. Realno je stanje da ne postoje zdravi

Ljudi koji žele umrijeti ili požuruju vlastitu smrt, većina ljudi je programirana da živi i ima želju za životom što više ne mogu kad dobiju informaciju da boluju bez mogućnosti oporavka sa čime se teško i suoče. Osoba koja se suočava sa smrću i nakon dobivanja dijagnoze i suočavanja sa njom mora se prebaciti iz mišljenja o sebi „ja sam zdrav/a“ u „ja ću umrijeti i to relativno brzo“. Osoba koja je do tog trenutka mislila da je zdrava našla se u situaciji u kojoj se mora suočiti s teškom bolešću ,a naposljetku i smrću (1). Smrt prirodnim putem zbog prestanka rada vitalnih organa ,najčešće kao posljedica bolesti može biti akutna, kronična i/ili jednostavno starosna smrt. Pojam terminalna bolest označava termin koji se upotrebljava kada se želi kazati da se medicinsko stanje nažalost neće moći izliječiti i tretirati te da će bolesnik u relativno kratkom vremenu izgubiti bitku s bolešću. Kada se za nekoga kaže da je terminalno bolesna osoba, govori se za osobu za koju se očekuje da će u prosjeku od 6 mjeseci ili manje izgubiti bitku s bolešću i umrijeti. Umiranje je proces koji za bolesnika može biti gori od saznanja da će doći do umiranja i bolesnici prolaze kroz nekoliko različitih faza prihvaćanja nakon dijagnosticiranja takve bolesti:

- ⇒ Faza poricanja: bolesnik ne vjeruje, želi biti sam, odbacuje tu mogućnost i poriče da je bolestan
- ⇒ Ljuttnju, potom gnjev pa bijes bolesnik osjeća jer ima dojam da su mu planovi poremećeni i ima razmišljanje: zašto on mora umrijeti, a drugi živjeti - ovu fazu uglavnom osjeti medicinsko osoblje koje skrbi za bolesnika
- ⇒ Faza kompromisa u kojoj bolesnik pokušava prolongirati život, npr. “pregovara s Bogom”, daje zavjete i obećava da će biti „bolja osoba“
- ⇒ Faza depresije u kojoj bolesnik postaje svjestan da će umrijeti, ima osjećaj da gubi sebe, žali što nije drukčije živio, stidi se sebe, smatra se nesposobnim i muči ga osjećaj krivnje
- ⇒ Zadnja faza umiranja je faza u kojoj bolesnik prihvati svoje stanje kao nešto što će se uistinu dogoditi. Kad se ova faza dogodi, bolesnik je sposoban što kvalitetnije iskoristiti preostalo vrijeme u prisustvu svoje obitelji (1)

Ciljevi holističkog pristupa umirućem bolesniku:

- ⇒ omogućiti bolesniku sve aspekte udobnosti: tjelesnu, osjećajnu i vjersku
- ⇒ osigurati mirnu i dostojanstvenu smrt i posljednje sate života
- ⇒ pružiti podršku i poduzeti sve korake u zdravstvenoj skrbi da bolesniku i obitelji ti posljednji dani budu što lakši (1,2)

Bolesnik koji umire nema potrebu za raznim medicinsko - tehničkim intervencijama, također se preporuča da se prekine unos hrane i tekućine putem sonde jer pretjerana hidracija pojačava sekreciju u respiratornom traktu što dovodi do otežanog disanja, a to kod umirućeg bolesnika može izazvati osjećaj panike i uznemiriti ga. S bolesnikom i njegovom obitelji treba porazgovarati o ciljevima zbrinjavanja, željama koje bolesnik i njegova obitelj imaju, pozivanju duhovnika i kulturološkim obilježjima smrti koje žele da se ispoštuju. U trenucima smrti obitelj, bolesnik, njegovo okruženje i priprema za smrt čine ključne elemente koji su temelj holističkog pristupa u palijativnoj skrbi. Sve intervencije, bilo fizičke ili psihičke moraju biti usmjerene na pripremu bolesnika za neizbježnu smrt, ali moraju uključivati i bolesnikovu kulturu, duhovnost, vjeru, njegove načine tugovanja te bolesnikovu obitelj. Važnost komunikacije između bolesnika, njegove obitelji i zdravstvenog osoblja od krucijalne je važnosti kao nezaobilazna i kritična točka od uspostavljanja dijagnoze do povezivanja s bolesnikom na kognitivnoj i emotivnoj bazi. Za zdravstveno osoblje je to težak i zahtjevan proces jer će bolesnik prolaziti kroz faze prihvatanja i odbijanja svog stanja.

2. OBILJEŽJA HOLISTIČKOG PRISTUPA U PALIJATIVI I HOSPICIJU

2.1. Hospicij

Život je najveća vrijednost koju čovjek posjeduje i nažalost često u zdravlju ljudi ne obraćaju pozornost na njega dok god ne obole. Hospicij je kao ustanova određen za osobe u terminalnoj fazi života koji će nažalost prema predviđanjima proživjeti još maksimalno tri mjeseca života. Nažalost, ponekad se radi o osobama srednje ili mlađe životne dobi. Neizlječive bolesti sa sobom često donose i patnju i bolove, a neizvjesnost od smrti za bolesnike postaje nepodnošljiva. Bol može doseći takve granice da uz duševnu patnju postane granica izdrživosti za ljudski um, a s time se posebice teško suočavaju bolesnici koji su sami - bez potpore obitelji. Zanimljivo je što se iz perspektive zdrave osobe život uzima zdravo za gotovo, dok je iz perspektive neizlječive osobe koja trpi strašne bolove život dar kojeg pokušava produžiti unatoč ponekad neizdrživim bolovima i trpljenju.

Na latinskom hospicij znači „dobrodošlica, gostoprimstvo pruženo strancu te osjećaj topline između domaćina i gosta.“. Pod konceptom hospicij se ne implicira isključivo kao zgrada i sobe, to je razrada jedne filozofije koja nema isključivi naglasak na smrti kao događaju, već omogućava bolesnicima da smrt prihvate kada za to dođe vrijeme, a za to vrijeme se važnost pridodaje kvaliteti života bolesnika i njihovim obiteljima koje će taj proces preživjeti. “Hospicijska skrb prihvaća smrt kao normalan proces i zadnju stanicu svake umiruće osobe, vrijeme koje osoba može iskoristi da se osjeća bolje i razriješi ako ga nešto muči. Ova skrb razumije da umirući imaju potrebu da svoje posljednje dane provedu dostojanstveno i u miru, njena svrha nije požurivati ili odgoditi smrt, već zdravstvenom skrbi za bolesnika i obitelj učiniti te posljednje trenutke što lakšim.”(3) “Zdravstveni djelatnici u hospicijskoj skrbi ne moraju znati da skrb o takvim bolesnicima nije ograničena ili neplodna, jer iako ti bolesnici neće otići kući veseli i zdravi, briga o umirućem bolesniku jednaka je svim drugim načelima zdravstvene njege i u njoj treba dati svoj maksimum obzirom da je psihički svakako izazovnija.” (3).

Hospiciji su se pojavili za vrijeme reforme, a samu riječ je oživjela Jeanne Garnier u Francuskoj 1842. godine koristeći tu riječ kako bi opisala brigu o umirućem. Irski redovnici osnivaju prve hospicije 1879. godine u Dublinu i 1905. godine u Londonu. Osim samog otvaranja hospicija, druga važna stavka i doprinos hospicija bio je pokret bolnice St. Luke koja je uvela režim redovitog peroralnog davanja morfija kako bi suzbio konstantnu bol (4). Hrvatska je u nekoliko navrata pokrenula inicijativu za otvaranjem hospicija tako da je na prijemu 1974. godine u Zagrebu u Središnjem institutu za tumore i slične bolesti pokrenuta akcija za otvaranjem „umirališta“ ,ali zbog određenih okolnosti do otvorenja nikada nije došlo.

Tek se 1991. godine u službi za neurologiju i psihijatriju Požeške bolnice pridružuje novi odjel koji je organiziran i dijelom inspiriran „hospicijskim načinom rada“. Svrha tog odjela bila je pružanje stručne medicinske i psihološke pomoći bolesnicima koji su bili u zadnjem stadiju malignih i drugih bolesti te su imali potrebu za palijativnom skrbi. Ideja odjela je bila da bude dostupan kome god je potreban bez obzira na dob, spol, vjeru i/ili nepostojanje zdravstvenog osiguranja. Osim rada s bolesnicima i olakšavanja njihovih zadnjih trenutaka, namjera odjela bila je i pomoći obitelji da se nosi s gubitkom voljene osobe. No nažalost, vrijeme otvaranja te hvalevrijedne ideje nije bilo poticajno jer je zemljom bjesnio rat, nedostajalo je osoblja, bilo je sve više traumatoloških bolesnika pogođenih ratom te se nakon godinu dana odjel zatvorio (3).

Može se reći da je do hospicijskog pokreta došlo s Prvim simpozijem o hospiciju i palijativnoj skrbi, vođenim od neurologinje Anice Jušić. Moto simpozija je bio „Smrt je dio života“, a održan je 6. i 7. svibnja u Zagrebu gdje su se iznijele inicijative u palijativnoj skrbi, psihosocijalne teme i razna poglavlja palijativnog liječenja, s posebnim osvrtom na maligne bolesti (5). Tim početkom kretali su lagani pomaci: 1999. godine u prosincu otvorena je prva interdisciplinarna hospicijska posjeta, 2002. godine otvara se „Regionalni hospicijski centar, uz deklarativnu podršku Ministarstva zdravstva, kao centar za hospicijske kućne posjete te supervizijske i didaktičke sastanke i tečajeve“.

Republika Hrvatska ima tri oblika hospicija koji su međusobno povezani i surađuju, a sačinjavaju ih:

- ⇒ tim kućne skrbi: oni su aktivni kod bolesnika koji umiru kod kuće, kontroliraju njihovo stanje, bilježe promjene, savjetuju obitelj kako da pomogne umirućem te promatraju postoje li nekakvi socijalni ili emocionalni problemi gdje bi mogli savjetom pomoći
- ⇒ dnevna bolnica: prima bolesnika kojemu se adekvatna skrb ne može pružiti kod kuće, ima svoju prednost jer bolesnik ostvaruje nove socijalne kontakte, izlazi iz kuće te razgovara
- ⇒ bolnički stacionar: opskrbljuje kontinuiranu profesionalnu zdravstvenu njegu i kontrolira simptome bolesti koje bolesnici nisu uspjeli kod kuće ili u dnevnoj bolnici (5).

Procvat palijativne skrbi desio se u Americi zahvaljujući psihijatrici Elisabeth Kubler-Rosskoj koja je pokrenula pravu revoluciju među stručnjacima i javnošću upozoravajući i pišući knjige i članke o komunikaciji s umirućim bolesnikom i njegovim potrebama te potrebama obitelji. Moderna hospicijska skrb predstavlja brigu o teško bolesnom bolesniku, a uključuje novi pristup životu, umiranju i smrti. Hospiciji se često nazivaju i „mjestima za umiranje“ dapače ,to

su lokacije gdje se daje psihička i fizička stabilizacija bolesnika, prisniji dodiri sa zdravstvenim timom, volonterima, socijalnim radnicima, svećenicima i u sve to se uključuju i članovi obitelji i podrška zajednice. Hospiciji pružaju nove pristupe umirućim bolesnicima podižući im dostojanstvo gdje je osnovni princip liječenja suzbijanje i kontrola boli. Također, hospiciji nisu domovi za njegu umirućeg bolesnika do vraćanja u njegov dom, već mjesta koja imaju educirane radnike koji su obučeni da poboljšaju ostatak života umirućeg bolesnika, ispunjavajući njegove želje uz timski rad svih zaposlenih i članova obitelji. Cilj hospicija je prvenstveno sprječavanje patnje i boli bolesnika do neimenovanog kraja. Takvom se bolesniku pristupa kroz holistički pristup, odnosno u centru nije bolest ili bolesni organ, već bolesnik kao cijela osoba sa svim svojim psihološkim, društvenim i duhovnim individualnim problemima. U hospicijima se potiču posjeti bližnjih i oni su oblikovani na sljedeći način:

- ⇒ u prvi posjet dolazi uglavnom liječnik, medicinska sestra i socijalni radnik da naprave prvu procjenu stanja
- ⇒ poslije se posjete provode zbog zdravstvene njege u kojoj medicinska sestra prati stanje i bilježi promjene bolesnika (6).

Medicinska sestra pomno dokumentira zdravstveno stanje svog umirućeg bolesnika te po potrebi uključuje i ostale članove zdravstvenog tima - fizikalni terapeut, psiholozi, volonteri, a po potrebi traži i konzilijarne savjete i posjete: kirurga, dermatologa, fizijataru, pravnika i duhovnika. Bolesnik bi morao imati osiguranu svu njegu i pomagala, a medicinska sestra mora educirati bolesnika kako da ih koristi. Medicinski kriterij koji označava osobu u terminalnoj fazi naveden je u gornjem tekstu, a socijalni su kriteriji : financijska nestabilnost obitelji i nemogućnost da se brinu o bolesniku te se on smješta u hospicij, ustanovu palijativne skrbi. Dob bolesnika, njegovo etičko porijeklo i/ili obrazovanje nisu uvjeti za hospiciji, već postoje dva navedena kriterija: medicinski i socijalni. Zdravstveno osoblje u hospiciju vrši stalne edukacije koje su uvijek koncentrirane na bolesnike i možebitne moralne probleme s kojima će se oboljeli i njegova obitelj naći. Prema Europskoj deklaraciji o pravima čovjeka propisuje se da svi bolesnici imaju pravo na zdravstvenu zaštitu od smrti i dostojanstvenu smrt. Pravedno i dostojanstveno formirano društvo brine za najnemoćnije pripadnike i pomaže im u njihovim najtežim trenucima (3).



Slika 1 Hospicij u Rijeci

Izvor: <https://www.rijeka.hr/gradska-uprava/gradski-projekti/realizirani-projekti/hospicij/>

(Preuzeto: 10.04.2020)

3. DOSTOJANSTVENA SMRT IZ PERSPEKTIVE BOLESNIKA I HOLISTIČKI PRISTUP

Dostojanstvena smrt iz stajališta bolesnika zahvaća skrb o njegovim fiziološkim potrebama, liječenju, sprječavanju boli i drugih simptoma bolesti, ali mora uključivati i brigu o psihološkim potrebama bolesnika – potrebama koje ima za duhovnošću i njegove posljednje želje. Smrt je ljudski fenomen, zna se da je to neizbježan kraj no i dalje predstavlja određenu tabu temu koja se u društvu nerado pokreće, a još manje o njoj aktivno razmišlja. Tek polovicom prošlog stoljeća započinje pisanje o smrti kao posebnoj znanstvenoj temi i počinje se obraćati pažnja na njegu bolesnika koji umiru. Pravo na palijativnu skrb, odnosno pravo da bolesnici u smrti imaju osiguranu kvalitetu života kao i njegova obitelj, razvila se iz posebnog ljudskog prava koji se još naziva i koncept „dobre smrti“. Prema nekim autorima taj termin se još naziva i dostojanstvena smrt, mirna smrt ili kvaliteta umiranja. Kako je definirana dobra smrt, ovisi od autora do autora, no najprihvaćenija je definicija kako je „dobra smrt filozofija življenja i umiranja utemeljena na osobnim i socijalnim vrijednostima, sa ciljem umanjenja negativnih efekata umiranja i smrti“ (7). Prihvaćene su još i definicije kako je dobra smrt zreli dijalog između onih koji se brinu za bolesnika, sve u svrsi kontroliranja bolesnikove boli i stresa uz pružanje njemu dovoljnog kvalitativnog vremena da u miru prihvati svoje umiranje (7). Postoje tri najznačajnija aspekta kada se promatra koncept dobre smrti:

- ⇒ **holistički pristup** koji se brine i trudi da bolesnik u periodu smrti ostvari balans u svim dijelovima svoga bića koji uključuje tjelesne, socijalne i duhovne aspekte
- ⇒ **jedinstvenost kao aspekt** je potreba u pravo bolesnika da sam definira svoje dostojnosti i prilike umiranja, svaka osoba je individua za sebe ,stoga ne postoji jedinstven aspekt za svaku osobu
- ⇒ **socijalna dimenzija** razumije da smrt nije individualni događaj koji pogađa samo bolesnika ,već integrira bolesnikovu obitelj, njegovu zajednicu, bliske osobe i zdravstveno osoblje (7).

Stoga, jasno je da „dobra smrt“ uključuje sve navedeno i da je umirućem bolesniku uistinu potrebna podrška obitelji, bliskih osoba i stručnjaka. Zato, filozofija „dobrog umiranja“ počiva na skupu skupnih vrijednosti koje su priznate po cijelom svijetu, a uključuju dostojanstvo bolesnika što implicira da se palijativna skrb treba provoditi na ljubazan, pristupačan i delikatan način gdje je fokus na bolesnikovim osobnim, kulturnim i vjerskim vrijednostima, kao i zakonima zemlje (8).

3.1. Dostojanstvo

Dostojanstvo je veoma osobna i individualna stvar jer za svakog bolesnika uključuje različite prioritete i područja koja on percipira kao aspekte koje želi očuvati. Umiruća osoba ima veliku potrebu za dostojanstvenom smrću, odnosno onim što ona smatra pod pojmom dostojanstva. U holističkom pristupu smrti za dostojanstvo je nužno osigurati bolesniku samopoštovanje, individualnost i ljudskost. Prema literaturi dostojanstvo ima dvije sfere: onu unutarnju i vanjsku. Unutarnja dimenzija dostojanstva integrira vrijednosti ljudske osobe, a vanjska integrira gledališta kao što su fizička - udobnost, odsustvo boli, autonomija odlučivanja, pripremljenost na smrt, umiranje u vlastitom domu te otvorena i dobra komunikacija s obitelji (7).

3.2. Duhovnost

Ovo je posebna dimenzija svake osobe koje se uglavnom u fazi umiranja produbljuje i dobije jače značenje. Za neke bolesnike duhovnost može biti u istom rangu važnosti kao i medicinska skrb. Obitelj i bližnji najbolje prepoznaju duhovne potrebe bolesnika, a sama duhovnost u pripremi umirućeg bolesnika može mu pomoći da bolje prihvaća i pripremi se za smrt, evaluira svoj život i dovrši nedovršene životne priče. Prihvatiti spoznaju vlastite smrti i suočiti se sa njom kroz dimenziju duhovnosti pomoći će bolesniku da umanji patnju, olakša rastanak s bližnjima i općenitom osjećaju smirenosti.

Priprema za smrt uključuje sređivanje nerazriješenih odnosa, oproštaj od bližnjih, dovršavanje nerazriješene papirologije, izbor okolnosti i načina pokopa. Duhovnost može doprinijeti i dostojanstvenom umiranju jer pruža snagu i utjehu tijekom umiranja. Nije zanemariv ni njen terapijski smisao koji za bolesnika može imati euharistija, milost, ispovijed i sakramenti. Osoba može kroz vlastitu religioznost pronaći nadu i snagu za suočivanje s umiranjem, može dobiti određen položaj mira u sveopćem kaosu te osjećaj smisla u samoći i bespomoćnosti (5).

Postoje mnoga istraživanja koja pokazuju kako duhovnost bolesnika utječe na psihofizičko stanje, a dapače pokazano je da pozitivno djeluje na kroničnu bol, reducira nivo depresije, poboljšava mentalno i psihičko zdravlje. Duhovnost pomaže u poboljšavanju simptoma depresije i ovisnosti, srčanih bolesti, dijabetesa, suočavanja sa kroničnim bolestima i poremećajima imunološkog sustava (5). Na temelju svih tih istraživanja jasno je kako je duhovna skrb važan sastav holističkog pristupa i Svjetska zdravstvena organizacija prepoznaje pacijentove potrebe za duhovnošću i iskazuje kako bi duhovna briga morala biti u centru zdravstvenog sustava i dio multidisciplinarnog pristupa.

3.3. Psihološke potrebe umirujućeg bolesnika

Kod bolesnika s uznapređovalim bolestima kod kojih se očekuje smrt, pokraj tjelesne boli, javljaju se i simptomi kao depresija, tjeskoba, malnutricija, umor, gubitak energije te poremećaj spavanja. Dobra palijativna skrb koja proizlazi iz tri najznačajnija aspekta povoljno utječe na smanjenje navedenih simptoma i poboljšavanje kvalitete života. Postoji tzv. terapija za dostojanstvo koja kroz individualne oblike psihoterapije pomaže bolesniku da riješi svoje psihosocijalne i egzistencijalne patnje. Bolesnici koji provode ovakvu vrstu terapije navode da imaju koristi u vidu poboljšanja kvalitete života, dojma dostojanstva i izmjene u obliku na koji ih obitelj vidi (9).

Prema ispitivanju u Americi važan faktor obzirom na kvalitetu skrbi umirući bolesnici najznačajnijim su označili sljedeće faktore:

- ⇒ pripremu za smrt
- ⇒ stjecanje dojma svršetka
- ⇒ odlučivanje o odbiru liječenja
- ⇒ holistički pristup (9).

Istraživanje je pokazalo da je bolesnicima osobito važno da zdravstveni tim poštuje njihovu autonomiju po pitanju terapije i drugih oblika medicinske skrbi te također navode važnost komuniciranja sa zdravstvenim osobljem i da imaju dovoljno informacija o svome stanju. Osim navedenih stavki, također su kao važne komponente istaknuli da sačuvaju mentalnu savjesnost, sudjeluju u organizaciji pokopa, ne osjećaju se teretom, mogu na neki način pomoći drugima, pomiriti se s Bogom, donijeti odluku o liječenju za održavanje života, mjestu umiranja i razgovor o smislu smrti (9).

3.4. Bol

Otkloniti bol umirućem bolesniku primarni je cilj palijativne skrbi jer bol direktno utječe i na očuvanje kvalitete života. Literatura nudi mnoge definicije boli, no bol je u suštini isključivo subjektivno iskustvo i to je jedini ispravan način na kojoj joj se može prići, a pri tome je signifikantna sama procjena njene razine jer o tome zavisi propisivanje terapije.

Neki alati za procjenu boli su: „vizualno analogna skala, numerička i verbalna skala za bol, toplomjer za bol, skala bolnog lica, dnevnik o boli i upitnik o boli“. Svjetska zdravstvena organizacija je 1984. godine donijela naputke za liječenje boli, odnosno trostupanjsku anglosaksonsku tablicu prema kojoj se određuje intenzitet boli koji se potom određuje bročanom skalom. Umirući bolesnici većinom osjećaju bol, no kod njih je ona kombinirana i s drugim poteškoćama kao što su inkontinencija, povećana osjetljivost, teškoće disanja, teškoće

gutanja te povraćanje. Kad se sve to uzme u obzir, jasno je da skrb samo o tjelesnoj boli nije dovoljna ,već treba pristupiti cijelom nizu simptoma koje bolesnik osjeća kako bi se održala kvaliteta života. Ukoliko se bol zanemari, može dovesti do niza zdravstvenih komplikacija, uz to ,bol može uzrokovati nepotrebnu patnju i smanjenje bolesnikovog zadovoljstva, a pak teška fizička bol omest će ga od drugih obveza koje ima. Jedan od glavnih programa palijativne skrbi jest smanjivanje razine boli na podnošljivu razinu i povećanje zadovoljstva kod umirućih bolesnika. Postoji standardna analgezijska terapija koja u sklopu palijativne skrbi djelotvorno liječi više od 90% bolnih epizoda. Stoga, potrebno je da zdravstveno osoblje koje skrbi za umirućeg bolesnika ima pristup jakim opijatima. Bol se može liječiti na dva načina: u aspektu kurative i palijative (slika 2).

Kurativna medicina	Palijativna medicina
Cilj je izlječenje bolesti	Cilj je smanjenje boli
Objekt je bolest	Objekt je bolesnik
Simptomi su ključ za postavljanje dijagnoze	Simptomi se liječe pojedinačno
Težište je na mjerljivim laboratorijskim podacima	Težište je na subjektivnim podacima uz one mjerljive
Liječenje je medicinski opravdano ako se bolest usporava ili se može izliječiti	Liječenje je uvijek indicirano ako smanjuje bol i kontrolira simptome
Fokus je na fizičkom tijelu	Holistički pristup – ljudski je organizam jedinstve, čini ga fizičko, emocionalno i duhovno tijelo
Smrt je neuspjeh	Smrt bez boli i patnje je uspjeh

Slika 2 Razlika u kurativnom i palijativnom pristupu boli

Izvor: <https://repositorij.unin.hr/islandora/object/unin%3A1480/datastream/PDF/view>
(22.04.2020)

3.5. Komunikacija s umirućim bolesnikom

Nekako je kroz praksu pokazano da se s umirućim bolesnicima ne komunicira dovoljno. Po literaturi postoji par argumenata o tome zašto zdravstveni djelatnici ne komuniciraju dovoljno s umirućim bolesnicima i njihovim obiteljima. Jedan od njih je „akcijska usmjerenost“ zdravstvenih timova na bolesnike koje mogu izliječiti. Drugi razlog je veliko emocionalno opterećenje s kojim se zdravstveni djelatnici susreću jer takva komunikacija donosi određeni dio nelagode – upoznatost bolesnika sa svojom dijagnozom, spremnost razgovaranja o istome i pružanje adekvatnih odgovora od strane zdravstvenog osoblja (6). Također, bitan je i individualan pristup prema bolesniku što podrazumijeva da se u obzir moraju uzeti bolesnikove osobine: godište, obrazovanje, socijalno porijeklo, ranija iskustva i drugi čimbenici.

U komunikaciji se predlaže pridržavanje određenog zlatnog pravila: ne pružati neiskrene nade, ali istodobno motriti da se ne uništi svaka bolesnikova nada u poboljšanje zdravstvenog stanja i produživanje života. Ovisno o individualnosti bolesnika, bolest se može doživjeti na razne načine: kao neprijatelja, kaznu, slabost ili pak izazov. Zanimljivo je da postoje bolesnici koji svoju bolest dožive i kao rasterećenost i odmor od pretjeranih zahtjeva običnog života (6). Nakon priopćenja loše vijesti bolesniku se javljaju razni osjećaji koji variraju od šoka, nevjerovanja, poricanja, gnjeva, tjeskobe, depresije, odbijanja do bijesa i raznih drugih. Dobra komunikacija pomoći će bolesniku da ublaži iste simptome, no komunikacija je u ovom slučaju najdjelotvornija kroz filter pozornog slušanja. Medicinske sestre moraju biti educirane da uoče kada je bolesnicima potrebna i terapijska pomoć.

Terapijska pomoć obuhvaća istraživanje svojih osjećaja od strane umirućeg bolesnika te njegovo naučavanje metoda upravljanja ljutnje, anksioznosti, straha, poricanja i depresije. Ponovo je naglasak na saslušanju bolesnika i pokazivanju osjećaja empatije i suosjećanja. Da bi komunikacija bila uspješna, potrebno je izgraditi uvjete koji se prvenstveno odnose na vanjsku okolinu: privatnost, tiho mjesto, vrijeme te poticanje umirućeg na iskazivanje svojih osjećaja, a pri tome promatrati njegove neverbalne geste poput izbjegavanja kontakta očima, položaja tijela bolesnika, izraza lica i slično. U skladu s važećim zakonima, umirući bolesnik ima pravo odlučivati do samog kraja svog života o načinu liječenja, proživljavanju ostatka života te prihvatanju ili odbijanju medicinskog zahvata i intervencije.

Komunikacija s umirućim bolesnikom dovoljno je teška sama po sebi, no u nju svakako treba uključiti i obitelj i/ili bolesnikove najbliže. Oni također moraju biti upućeni u bolesnikovo stanje i otvoreno razgovarati o predstojećem događaju i boljoj pripremi za umirujuću smrt. Prognoza stanja umirućeg obuhvaća kompletnu prosudbu stanja bolesti, rezultata terapije te opasnosti aplikacije propisnih akata i zahvata. Taj dijalog je vrlo mučan i nezahvalan te

zahtijeva razumljivost i jasnoću termina koji se primjenjuju. Za te razgovore treba odvojiti dovoljno vremena da se bolesniku dozvoli procesiranje informacija i iskazivanje svojih emocija (10).

3.6. Mjesto kao odabir za dostojanstvenu smrt

Odabir mjesta je jako važan za dostojanstveno umiranje, iako je postalo uobičajeno da ljudi umiru u instituciji, najčešće bolnicama, a to je okruženje hladno i sterilno, a umirući bolesnik je okružen s nepoznatim ljudima. Stoga, ne čudi da većina ljudi želi umrijeti u okruženju vlastita doma, okruženi ljudima koje vole i obitelji. Taj ostanak u domu i bolesniku i njegovoj obitelji daje dojam bezbrižnosti, garancije i privrženosti. To je njegov idiličan ambijent jer tamo naslućuje potporu članova obitelji i slobodu kakvu nema u institucijama gdje se mora još i adaptirati na hladno okruženje. Sve to može dovesti do bolesnikovog dojma neizvjesnosti, neobičnosti te produbljivanja osjećaja boli i gubitka nade. Stoga, uvijek treba imati na umu da se bolesniku pruži mogućnost izbora smrti ukoliko je to moguće.

4. HOLISTIČKI PRISTUP I ULOGA MEDICINSKE SESTRE U DOSTOJANSTVENOJ SMRTI

Medicinska sestra u njezi prema umirućem bolesniku provodi palijativnu skrb, no osim toga, ima i specifičnu ulogu jer mora zadovoljiti i psihološke i duhovne potrebe umirućeg bolesnika. Rad s takvim bolesnicima izazov je na emotivnoj razini, no uz to, dolazi do niza etičkih dilema. Koliko je to težak i zahtjevan posao, prepoznato je na fakultetskoj razini medicinskih sestra gdje je od 2014. godine palijativna skrb uvedena kao obvezan kolegij u procesu usklađivanja s pravnom stečevinom Europske Unije.

Medicinske sestre u palijativnoj skrbi umirućih bolesnika izvršavaju zdravstvenu skrb samostalno te su nadležne za njeno planiranje, provođenje i evaluaciju, no ipak u suradnji s drugim članovima tima. Uloga medicinske sestre nije samo u provođenju zdravstvene njege, već ima i krucijalnu ulogu u ostvarivanju razgovora sa svim članovima tima, u komunikaciji s bolesnikom te njegovim članovima obitelji. Dobro educirana medicinska sestra od značajne je pomoći i liječniku primarne prakse jer uočava i sprečava simptome bolesti, postavlja ciljeve skrbi za bolesnike i postavlja ciljeve u suradnji s bolesnikom i njegovom obitelji. Osnovni cilj medicinske sestre u palijativnoj skrbi je kontinuirana zdravstvena njega te kontrola i obuzdavanje simptoma bolesti.

Medicinska sestra u palijativnoj skrbi ima specifične uloge, a neke od njih se odnose na udovoljavanje mentalnih i duševnih potreba umirućeg, a to su:

- ⇒ oslonac bolesniku, obitelji, skrbnicima
- ⇒ raspoznavanje tijeka tugovanja, te reagiranje na patološke procese tugovanja
- ⇒ osigurati socijalnu i duhovnu potporu
- ⇒ uključivanje ostalih profesionalaca iz palijativnog tima
- ⇒ uključivanje bolesnikove obitelji u proces zdravstvene njege i skrbi
- ⇒ zastupanje bolesnikovih stajališta (11).

Postoje razni modeli zdravstvene skrbi u palijativnoj skrbi ,no najčešće se primjenjuje adaptacijski model Calliste Roy koji svakog čovjeka promatra kao biološko, socijalno i kulturološko biće koje je u stalnoj interakciji sa svojom okolinom zbog čega se stalno mora prilagođavati promjenama; adaptivni model usmjeren je na ljudske potrebe koje su prikazane u slici 3 gdje se ispunjavaju i načela zdravstvene njege koja bolesnika uvažavaju kao subjekta na kojeg je skrb usmjerena i njegovu obitelj te ono najvažnije, prakticira se holistički pristup (12).

FIZIOLOŠKE POTREBE	SVIJEST (SAMOPRIHVAĆANJE)	ULOGE (FUNKCIONIRANJE)	PODRŠKA (OBITELJ, ZAJEDNICA)
Disanje	Fizička – tjelesni izgled	Roditeljska	Roditeljska
Eliminacija			
Mobilizacija			
Sigurnost	Osobna – strahovi od ishoda bolesti (gušenja, krvarenja, nedostataka hrabrosti)	Društvene	Društvena
Hrana i tekućine		Član neke udruge	Profesionalna
Osobna higijena			
Spavanje			

Slika 3 Adaptacijski proces Calliste Roy

Izvor: <https://repozitorij.unin.hr/islandora/object/unin%3A1480/datastream/PDF/view>
(25.04.2020)

4.1. Izazovi medicinskih sestara u radu s umirućim bolesnicima

Medicinske sestre koje rade s umirućim bolesnicima susreću se s velikim spektrom emocija i izazova u obavljanju svakodnevnih zadataka. Treba imati na umu da se jako teško emotivno distancirati od bolesnika i izbjeći dugotrajne negativne posljedice koje može ostaviti svakodnevni rad s umirućima na psihi. Medicinske sestre koje rade s umirućim bolesnicima osjećaju veliki nedostatak emotivne potpore u svome radu, tako su dva neovisna istraživanja u dva hospicija u Danskoj pokazala s kojim se sve emotivnim izazovima susreću medicinske sestre koje rade s umirućima. Nemogućnost distanciranja, emotivna pogođenost, identifikacija s bolesnicima, ispreplitanje osobne i profesionalne dimenzije samo su neki od izazova s kojima se susreću medicinske sestre (13).

O medicinskoj sestri ovisi koliko će biti emotivno dirnuta brigom o umirućem bolesniku, no takva njega sama po sebi je veoma izazovna. U pristupu rada takvim bolesnicima nema ozdravljenja, kraj je neimenovan, a ukoliko dođe do emotivne povezanosti medicinske sestre i bolesnika, onda je smrt i njen osobni gubitak kojeg mora procesirati. Potrebno je odgoditi puno vlastite emocije i tuge i onda ih u pravom vremenu otkriti ili obraditi. Također, sva viđena bol obitelji i bolesnika na osobnoj razini dira i uvijek treba biti na oprezu da emocije ne prevladavaju te da se ne identificira s bolesnikom i njegovom obitelji. Uz tako težak posao treba imati na umu da sve medicinske sestre uz to balansiraju i svoj osobni život i jasno je da je

skoro pa nemoguće razdvojiti te dvije komponente i razumljivo je da rad s umirućim bolesnicima utječe i na osobni i poslovni identitet. No, od medicinske sestre kao profesionalnog člana tima očekuje se da svoje emocije „zadrži za sebe“, ali to ne znači da treba zaboraviti da je ona ipak prije svega ljudsko biće i da će biti situacija s kojima se neće moći nositi ili neće znati reći pravu riječ. Prednost rada s umirućim bolesnicima može biti i lakše prihvaćanje smrti kao sastavnog dijela života i uvijek treba gledati da je velika čast i privilegija zapravo provesti uz osobu njezine posljednje životne trenutke koji su intenzivni, a oni su nam podsjetnik koliko je život zapravo krhak i veoma brzo promjenjiv.

Rad s umirućim bolesnicima u palijativnoj skrbi težak je teret jer svakom bolesniku treba pristupiti cjelovito, svaki bolesnik ima svoju priču, svoju obitelj te je svatko od njih gubitak za zajednicu. Biti medicinska sestra stresan je i zahtjevan poziv i u „normalnim okolnostima“. To je zanimanje gdje najčešće dolazi do sindroma sagorijevanja na poslu. Kada se tome doda i svakodnevno suočavanje s gubitkom i smrću onda je razumljivo da postoji velika mogućnost sagorijevanja, kontrole vlastitih emocija ili ponašanja pred pacijentima. Umor koji se javi s emocionalnom iscrpljenošću „stalne potpore i suzdržavanja svojih misli lako dovede do potpunog izgaranja zdravstvenog osoblja. Obično medicinske sestre same sebi postavljaju određena pravila i granice, koje su opet individualne i ovise o mehanizmima nošenja sa stresom svake medicinske sestre. Može se pretpostaviti koliko rad s umirućim bolesnicima zahtijeva od medicinskih sestara emotivnu jakost, inteligenciju i stabilnost.

4.2. Komunikacija medicinske sestre s umirućom osobom

Umiruća osoba i njezina obitelji od medicinske sestre očekuju otvorenu komunikaciju, no nažalost praksa svjedoči da se to rijetko dešava. Obično se od bolesnika pokušava sakriti njegovo realno stanje ili bolesnik od medicinskih sestara pokušava dobiti informacije koje nisu u skladu s njenim kompetencijama. Važno je da se zdravstveno osoblje dodatno educira, pogotovo u komunikaciji s bolesnicima jer nerijetko ova vrsta komunikacije sadrži prijenos teških izvještaja bolesniku i njegovoj obitelji, obavješćivanje o tijeku bolesti i predviđanju, a sam je dijalog s umirućim bolesnikom o njegovoj smrti veoma stresan. Prema istraživanju koje je istražilo važnost medicinske sestre kao osobe u komunikaciji pri saopćavanju teške vijesti, ustanovljeno je da bolesnici imaju neke pogodnosti i žele da bude prisutna jer:

- ⇒ lakše se suočavaju s lošim vijestima
- ⇒ medicinska sestra ih poznaje bolje od ostalih članova zdravstvenog tima
- ⇒ imaju više vjere
- ⇒ imaju realnija očekivanja

⇒ vjeruju u istinitost informacija (11).

Razgovor s umirućim bolesnikom traži iskrenost koja mora biti suosjećajna, a takav razgovor treba obaviti u adekvatnom prostoru koji ima intimnu i privatnu atmosferu. Bolesnik mora osjetiti bezuvjetnu potporu medicinske sestre koja će odvojiti dovoljno vremena da ostane koliko god je potrebna bolesniku i njegovoj obitelji u pružanju pomoći. Također, važno je da posjeduje dobre komunikacijske vještine te da je sposobna komunicirati s bolesnikom i njegovom obitelji. Bolesnici koji se suoče sa smrću često imaju puno obveza koje žele riješiti prije smrti pa medicinska sestra svojim komunikacijskim vještinama mora izvući ta otvorena pitanja kako bi svojim aktivnostima pomogla obitelji i bolesniku u njihovu rješavanju. Tu spadaju i vjerske aktivnosti po pitanju obreda sprovoda.

Specifičnost je umirućih bolesnika da se vraćaju u prošle dane, odnosno rade neki životni osvrt kako bi prepoznali i našli smisao te svrhu svog života. Medicinska sestra mora znati prepoznati te trenutke, pažljivo slušati, ne nametati svoje stavove i ne prekidati bolesnika u tim trenucima. Također, mora želje i osjećaje bolesnika prenijeti drugim članovima zdravstvenog tima i članovima obitelji. Osim komunikacije s bolesnikom, komunikacija s obitelji jednako je važna. Umirući bolesnici prolaze kroz faze prihvatanja svoje smrti koje članovi obitelji često ne razumiju i upravo je zadatak medicinske sestre da prepozna takva ponašanja i pobliže ih objasni članovima obitelji te omogući bolesniku da na najadekvatniji način iznese svoje osjećaje i time mu omogući dostojanstvenu smrt.

4.3. Etičke dileme u radu s umirućim bolesnikom

Skrb za umirućeg bolesnika donosi sa sobom razne moralne dileme s kojima se medicinske sestre susreću. Rješenje tih etičkih pitanja ovisi i o religiji oboljelog, sudjelovanju persona u brizi umirućeg, samom bolesniku, njegovoj obitelji i članovima zdravstvenog tima. Najčešća etička dilema s kojom se susreću zdravstveni radnici jest: „treba li reći bolesniku da umire“. Odgovor ovisi o mnogo faktora i zapravo nema točnog odgovora na to pitanje. Svakako bi bolesnika trebalo pripremiti za oproštaj od života kroz odnos od povjerenja, u kojem bolesnik nema straha te može izraziti sve svoje emocije.

Prehrana bolesnika i briga za nju jedna je od osnovnih zadaća medicinskih sestara i percepcija je laika da se osoba do samog kraja treba hraniti i hidrirati međutim, normalna je pojava da pred kraj umirući bolesnik uzima sve manje tekućine i hrane, a to je normalan fiziološki proces u kojem se organizam priprema za sam kraj. Često bolesnici neposredno pred smrt znaju imati pojačan osjećaj žeđi. Prehrana se pak može enteralno aplicirati i preko sonde u želudac ili preko nazogastrične sonde. Prehrana koja se daje intravenozno mora biti bogata

proteinima u obliku aminokiselina, masnoćom u obliku emulzije, a vitaminima i mineralima u obliku koktela (14). Treba inzistirati na oralnoj prehrani sve dok bolesniku ne postane naporno, a onda se može upotrijebiti nazogastrična sonda čije postavljanje jest neugodno, no jednom kad je postavljena bolesnik je više ne osjeća.

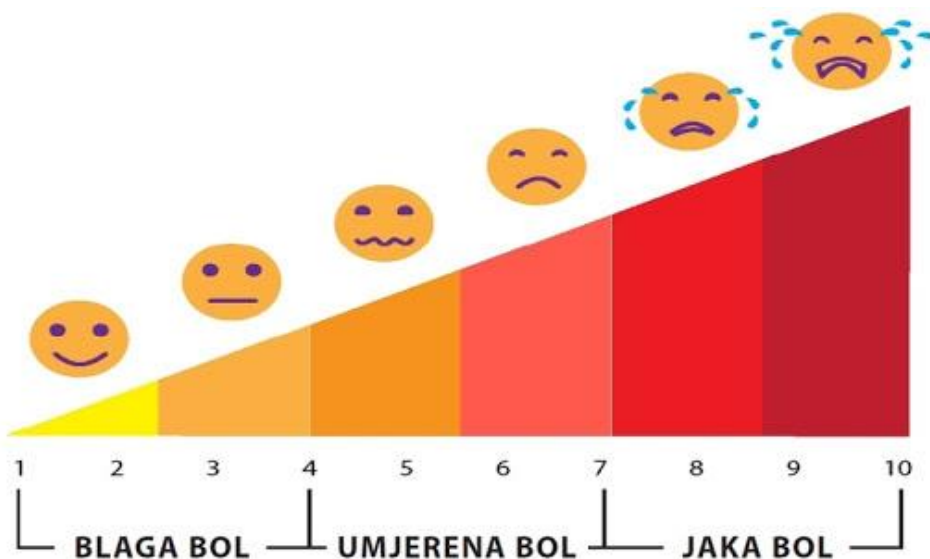
U Hrvatskoj je praksa da se bolesnika hrani i hidrira do zadnjeg trenutka za razliku od Velike Britanije koja smatra da ta odluka treba biti ostavljena bolesniku da odluči želi li hranjenje preko sonde ili ne (14). Cilj odabranog načina primjene hrane treba biti poboljšavanje kvalitete života i osiguravanje ugodnijeg života za bolesnika jer se u suprotnom samo produžuju muke u terminalnoj fazi smrti.

Eutanazija kao etička dilema je najčešća u palijativnoj skrbi i mnogi zdravstveni radnici dožive od svojih bolesnika koji trpe velike bolove zahtjev za aktivno izazvanu smrt jer ne mogu više podnijeti takav teret. U Hrvatskoj je eutanazija zabranjena i treba se oduprijeti takvim zamolbama, ali tome treba pristupiti suosjećajno i učiniti sve što je u mogućnosti da se proces umiranja učini što lakšim i bezbolnijim.

5. NAJČEŠĆE SESTRINSKE DIJAGNOZE KOD UMIRUĆEG BOELSNIKA

5.1. Bol

„Bol je neugodni osjetilni i emotivni doživljaj povezan sa stvarnim ili mogućim oštećenjem tkiva ili opisima u smislu takvog oštećenja. Bol je uvijek subjektivna.“ (15). Bolesnik kojega boli treba stalnu evaluaciju boli, a u obzir treba uzeti i faktore koji utječu na prag i toleranciju boli. Također, bol se mora opisati onakvom kakva jest - njen intenzitet i utjecaj na bolesnikovo ponašanje. Kad se procjenjuje bol, u obzir se uzima sama interpretacija boli, njeno pojavljivanje te moguće fizičke ili psihičke promjene na bolesniku. Postoje razni obrasci za bol, no najčešće se koristi vizuoanalogni skala (VAS) za bol. Bolesnik obično na skali dugoj deset centimetara mora označiti mjesto koje vizualno odgovara jačini njegove boli. Broj nula označava da nema boli, dok je deset najintenzivnija bol. Preporuka je da se do bolesnikova označivanja na skali s brojem tri ne primjenjuje analgetska terapija. No, bol svakako treba riješiti jer može biti podloga izazivanju osjećaja depresije, tjeskobe ili anksioznosti. U procjeni boli također razlikujemo i kroničnu i akutnu bol. Akutna je ona bol koja traje kratko, manje od šest mjeseci, obično je znak upozorenja da se u organizmu dešavaju neželjene promjene, a kronična bol traje duže od šest mjeseci i izaziva čitav niz psihofizičkih promjena. Bol se stalno mora evaluirati, procjenjivati – potrebno je prikupljati podatke o njoj kako bi se pravovremeno mogla spriječiti ili ublažiti.



Slika 4 Skala za bol

Izvor: <http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/13334/Bol-kod-hematoloskih-bolesnika.html>
(01.05.2020)

5.2. Smetnje pamćenja

Umirući bolesnici često imaju kognitivne smetnje, a jedna od najčešćih je gubitak pamćenja. Razlozi gubitka pamćenja su mnogostruki: od depresije, stresa, mentalne konfuzije, analgetika ili nedostatka sna. Postoji više vrsta pamćenja i ne moraju sve biti pogođene, no obično je motoričko pamćenje još i zadržano za razliku od namjernog pamćenja gdje dolazi do gubitka vlastitih doživljaja, općih podataka ili svoga vlastitog zdravstvenog stanja. Kada osoba ima gubitak pamćenja, pogođena je njena potreba za sigurnošću, ona ne zna gdje se nalazi, prijeti li joj opasnost, a i rutinski postupci postaju svojevrsan izazov. Intervencije medicinske sestre jesu :uključiti obitelj u pružanju podrške bolesniku i pokušati olakšati pamćenje putem slikovnih prikaza ili zvučnih signala (12).

5.3. Nesanica

Onog trena kada se sazna informacija da je smrt neizbježna i vjerojatno veoma skora bolesnici se suoče s nesanicom. Razlozi nesаницe su mnogobrojni: bolovi, potreba za mokrenjem, anksioznost, depresija, tuga, lijekovi i/ili promjene okoline. Sposobnost spavanja otpada sa starenjem, no potreba ostaje ista. Kronična nesanica je kompleksna i rezultat je udruživanja mnogih kombinacija i faktora. Medicinska sestra mora promatrati koliko se bolesnik odmara i dokumentirati promatrano te na temelju zapisa donijeti najbolju moguću odluku za bolesnika i poboljšati mu kvalitetu spavanja.

5.4. Smanjena prohodnost dišnih puteva

Smanjena prohodnost dišnih puteva je stanje u kojem je normalna ventilacija pluća smanjena ili otežana, a razlozi mogu biti od kroničnih opstruktivnih bolesti pluća, malignih promjena, posljedica dugotrajnog ležanja, edemi sluznice, hipersekrecija, otežano iskašljavanje, slabost dišnih mišića itd. Medicinska sestra mora procijeniti bolesnikovu samostalnost u provođenju toaleta dišnih puteva i spontanog iskašljavanja, a cilj svih intervencija mora biti olakšana prohodnost dišnih puteva. Umirućeg bolesnika treba postaviti u povišeni položaj i provesti edukaciju o vježbama disanja i iskašljavanja sa njim i njegovom obitelji. Također, treba osigurati posudu za iskašljavanje i ako je potrebno ,aspirirati bolesnika.

5.5. Smanjena mogućnost brige o sebi

Smanjena mogućnost brige o sebi realno je i očekivano stanje kod umirućeg bolesnika. Prvenstveno izgube svu volju za bilo kakvom brigom ili dotjerivanjem. Ovu brigu obično preuzme obitelj nakon edukacije medicinske sestre. Bez obzira što se radi o osobi koja umire, ovaj aspekt je važan za psihičko stanje umirućeg te odjeća ne bi smjela biti tmurna, depresivna, ali niti odskakati od individualnosti bolesnika. Odjeća je dio dostojanstva bolesnika. Medicinska sestra mora poticati bolesnika na samostalnost, pružiti mu dovoljno vremena te koristiti odjeću koja se lako oblači i nije komplicirana, primjerice lagana široka odjeća.

6. ZAKLJUČAK

Život je individualno iskustvo svake ljudske jedinice i uglavnom ima svoj prirodni kraj-smrt u dubokoj starosti. Ljudi u zdravlju rijetko razmišljaju o smrti ili krhkosti te prolaznosti zdravlja. Nažalost, svjedoci smo sve većem broju malignih oboljenja koja pogađaju i mlađu populaciju i u jednom trenutku čovjek koji je do jučer planirao godine i godine budućnosti nađe se pred zidom i spoznajom da za njega „sutra ne postoji“.

Medicinska sestra ima veliku ulogu u zbrinjavanju umirućih bolesnika i njihovih obitelji. Smrt člana obitelji uvijek pogađa cijelu obitelj, pa i zajednicu. Rad s ovakvim bolesnicima zahtijeva puno suosjećanja, znanja, umijeća i razumijevanja za sve promjene raspoloženja i faze prilagođavanja koje će bolesnik i obitelj proći. Može se reći da je medicinska sestra ključna osoba koja u tim najcrnijim trenucima vodi obitelj i bolesnika kako bi kraj njegovog života bio prožet dostojanstvenošću i kako se bolesnik ne bi osjećao napušteno, nepoželjno ili na teret svojoj obitelji.

7. LITERATURA

1. Đorđević V, Braš M, Brajković L. Osnove palijativne medicine. Zagreb: Medicinska naklada;
2. Đorđević V, Braš M, Brajković L. Palijativna skrb - brinimo zajedno. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
3. Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj [Internet]. [cited 2020 Apr 3]. Available from: www.zdravlje.hr
4. Fitch MI, Fliedner MC, O'Connor M. Nursing perspectives on palliative care 2015. *Ann Palliat Med* 2015. 2015;4(3):150–5.
5. Vuletić S, Juranić S, Mikšić Š. Palijativna skrb i medicinsko-duhovne potrebe terminalnih bolesnika,. *Bogosl smotra*. 2014;84(4):881–906.
6. Jušić A i suradnici. Hospicij i palijativna skrb. Zagreb: Školska knjiga, Hrvatska liga protiv raka; 2015.
7. Cicak M. Aspekti dobre smrti. *Ljetop Soc rada*. 2008;15(1):93–111.
8. Palijativna skrb u Hrvatskoj dostupna malom broju bolesnika [Internet]. [cited 2020 Apr 4]. Available from: <https://direktno.hr/domovina/palijativna-skrb-u-hrvatskoj-dostupna-malom-broju-bolesnika-16683/>
9. Braš M, Đorđević V. Suvremene spoznaje iz palijativne medicine: uloga ljekarnika u palijativnoj skrbi. Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
10. Hofmann SG, Gómez AF. Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *Psychiatr Clin North Am*. 2017;40(4):739–49.
11. Rakošec Ž, Juranić B, Mikšić Š, Jakab J, Mikšić B. Otvorena komunikacija – temelj palijativnog pristupa. *Media, Cult public relations*. 2014;5(1):98–103.
12. Fučkar G. Uvod u sestrinske dijagnoze,. Zagreb: Naklada Slap; 1995.
13. Ingebretsen LP, Sagbakken M. Hospice nurses' emotional challenges in their encounters with the dying. *PhD nt J Qual Stud Heal Well-being*. 2016;11(10):35–48.
14. Kirby E, Broom A, Good P. The role and significance of nurses in managing transitions to palliative care: a qualitative study. *BMJ Open*. 2016;4(9):6–24.
15. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403–9.

8. SADRŽAJ

Palijativna skrb jedna je od novijih grana medicine i u središtu stavlja bolesnike koji umiru i u završnom su stadiju svoje bolesti. Organizacija palijativne skrbi potrebna je na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite. Cilj ove skrbi je poboljšati kvalitetu bolesnikova života i njegove obitelji, olakšati bolesniku patnju, bol i druge simptome. Ovaj pristup bolesniku je isključivo holistički gdje se u središte stavlja umiruća osoba. Palijativna skrb počinje kada više nema mogućnosti klasičnog izlječenja i ona se mora osnivati na potrebama bolesnika te se nipošto ne smije ograničavati na tip bolesti, geografsku lokaciju ili socijalni status oboljelog. Palijativna skrb je cjelovita skrb za bolesnika i njegovu obitelj gdje osim olakšavanja bolesnikovih zadnjih dana života pruža obitelji edukaciju, informacije, potporu i omogućuje im da prođu kroz proces žalovanja i gubitka vođena od strane stručne osobe.

Ključne riječi: palijativna skrb, umirući bolesnik, medicinska sestra, holistički pristup

9. SUMMARY

Palliative care is one of the newer branches of medicine and puts at the center patients who are dying and are in the final stages of their disease. The organization of palliative care is needed at the primary, secondary and tertiary levels of health care. The goal of this care is to improve the quality of life of the patient and his family, to alleviate the patient's suffering, pain and other symptoms. This approach to the patient is purely holistic where the dying person is placed at the center. Palliative care begins when there is no longer a possibility of classical cure and it must be based on the needs of the patient and should never be limited to the type of disease, geographical location or social status of the patient. Palliative care is comprehensive care for the patient and his family where, in addition to relieving the patient's last days of life, it provides the family with education, information, support and enables them to go through the grieving and loss process led by a professional.

Key words: palliative care, dying patient, nurse, holistic approach

10. ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Manuela Kiršić Širol
Datum i mjesto rođenja: 10.kolovoza 1983., Pula
Adresa: Jurazini 12, 52 231 Nedešćina, Istra, Hrvatska
Telefon: 095/864-6506
E-mail: manciks@gmail.com
Vozačka dozvola: B-kategorije

OBRAZOVANJE

2017. - trenutno Fakultet zdravstvenih studija, Rijeka, Stručni izvanredni studij –
Sestrinstvo (trenutno 3.godina)
2003. Državni ispit za medicinske sestre
1997.-2002. Medicinska škola, Rijeka, stečeno zvanje: medicinska sestra –
tehničar

OSOBNNE VJEŠTINE I SPOSOBNOSTI

Poznavanje stranih jezika

- pasivno poznavanje njemačkog jezika u govoru i pismu
- pasivno poznavanje engleskog jezika u govoru i pismu
- pasivno poznavanje talijanskog jezika u govoru

Informatičke vještine

- poznavanje osnova rada na osobnom računalu (MS Office programi: Word, Excel, Internet, e-mail; Vegasoft, Mcs.)

Ostale vještine i sposobnosti

- prilagodljivost i spremnost na učenje
- dobre komunikacijske vještine i sklonost timskom radu
- dobre organizacijske sposobnosti
- urednost i točnost u radu
- pouzdanost i upornost

RADNO ISKUSTVO

- **medicinska sestra** u Istarskim domovima zdravlja, Labin - odjel stacionar-zamjena
- **medicinska sestra** u Domu za nezbrinutu djecu, Pula-zamjena za porodiljni
- **medicinska sestra** u Domu za psihički bolesne odrasle osobe, Motovun-zamjena za bolovanje
- **medicinska sestra** - kućna njega, Kature-na neodređeno
- **medicinska sestra** u Istarskim domovima zdravlja (ordinacije obiteljske medicine, dijaliza, stacionar, zubna ambulanta), Labin-na neodređeno
- **zdravstveni voditelj-dječji vrtić** “Pjerina Verbanac”Labin i “Mali medvjed”Pićan-zamjena
- **trenutno** -nezaposlena od 19.03.2020.

11. PRILOZI

Slika 1 Hospicij u Rijeci.....	9
Slika 2 Razlika u kurativnom i palijativnom pristupu boli	13
Slika 3 Adaptacijski proces Calliste Roy	17
Slika 4 Skala za bol	21