

PALIJATIVNA SKRB I LIJEČENJE NA STACIONIRANIM ODJELIMA

Branežac, Sunčica

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

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:184:941891>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-24**

Repository / Repozitorij:

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



**SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ
SESTRINSTVO IZVANREDNI**

Sunčica Branežac

**PALIJATIVNA SKRB I LIJEČENJE U STACIONARU – PALIJATIVNI
STACIONAR UMAG**

Završni rad

Rijeka, 2021.

**UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTHSTUDIES
GRADUATE UNIVERSITY STUDY
NURSING EXTRAORDINARY**

Sunčica Branežac

**PALLIATIVE CARE AND INPATIENT TREATMENT – PALLIATIVE
HOSPITAL UMAG**

Final work

Rijeka, 2021.

Mentor rada:

Završni rad obranjen je dana _____ u/na _____

_____, **pred povjerenstvom u sastavu:**

1. _____

2. _____

3. _____

Izveštće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	SVEUČILIŠTE U RIJECI FZSRI
Studij	STUDIJ SESTRINSTVA
Vrsta studentskog rada	ZAVRŠNI RAD
Ime i prezime studenta	SUNČICA BRANEŽAC
JMBAG	

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	PALIJATIVNA SKRB I LIJEČENJE U STACIONARU – PALIJATIVNI STACIONAR UMAG
Ime i prezime mentora	ANGELA LOVRIĆ
Datum predaje rada	28.06.2021.
Identifikacijski br. podneska	1615883216
Datum provjere rada	05.07.2021.
Ime datoteke	
Veličina datoteke	91,67 K
Broj znakova	53665
Broj riječi	9475
Broj stranica	45

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	5 %
-----------------	-----

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	06.07.2021.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/> DA
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

06.07.2021.

Potpis mentora

Angela Lovrić, prof.

ZAHVALA

Posebno zahvaljujem mojim roditeljima što su me podržali da postanem medicinska sestra i omogućili mi da se nastavim školovati, što su vjerovali u mene i omogućili mi moj uspjeh.

Zahvaljujem mojim kolegama sa posla što su me podržali i bili uz mene tijekom mog cijelog školovanja, te svima ostalima koji su na bilo koji način sudjelovali u mom obrazovanju.

Ovaj rad posvećujem svom bratu kojeg sam davno izgubila.

SAŽETAK

Svaki život priča svoju priču, kao i njezin sam završetak. Smrt je dio našeg života koji ima početak i kraj. Svi sanjamo o idealno smrti, bez patnje i boli, ali teške bolesti za koje niti danas nema lijeka prema potpunom izlječenju, već samo ublažavanje simptoma su tragedija našeg života s kojim se medicinske sestre u radu s palijativnim pacijentima svakodnevno susreću. Skrb za oboljele od zloćudnih bolesti naziva se palijativna skrb, te ona podiže kvalitetu čovjekovog života i omogućava bez bolniju smrt. Pacijenti kojima ostaje svega nekoliko dana života ovisni su o terminalnoj skrbi, ali najveće umanjeње njihove patnje i boli čini njihova obitelj, kojima je omogućeno da budu uz svoga voljenog sve do samog kraja. Medicinske sestre imaju važnu ulogu u pacijentovom oporavku, ali i da doživi mirnu smrt, te je od velike važnosti njihovo daljnje obrazovanje i edukacija.

U radu je istraživanje provedeno retrospektivno na temelju podataka Istarskih domova zdravlja Umag na odjelu stacionarne palijativne skrbi. Istraživanje je načinjeno kako bi se prikazala važnost palijativne skrbi i dodatne edukacije i obrazovanje medicinskih sestara koje provode zdravstvenu njegu i skrbe za palijativne pacijente, ali najveću važnost u njihovoj skrbi ima obitelj i podrška koja pacijentu smanjuje bol i njegovu patnju.

Ključne riječi: palijativna skrb, medicinska sestra, stacionarni odjel, umiranje, bol

ABSTRACT

Every life tells its own story, as does its very ending. Death is the part of our life that has a beginning and an end. We all dream of an ideal death, without suffering and pain, but severe illnesses for which even today there is no cure for complete cure, but only alleviation of symptoms are the tragedy of our lives that nurses encounter every day in working with palliative patients. Care for people suffering from malignant diseases is called palliative care, and with it the quality of a person's life is raised and it enables the most painful death possible. Patients who are left with only a few days of life are dependent on terminal care, but the greatest reduction in their suffering and pain is their family, who are allowed to be with their loved one until the very end. Nurses have an important role in the patient's recovery, but also to experience a peaceful death, and their further education and training is of great importance.

The study was conducted retrospectively based on data from the Istrian Health Centers Umag in the department of inpatient palliative care. The research was done to show the importance of palliative care and additional education and training of nurses who provide health care and care for palliative patients, but the greatest importance in their care is family and support that reduces the patient's pain and suffering.

Key words: palliative care, nurse, inpatient ward, dying, pain

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.2.Palijativna skrb.....	2
1.3.Što je palijativni pacijent?.....	3
1.3.1.Duševna odrednica čovjeka.....	5
1.4.Povijest palijativnog liječenja.....	7
1.4.1.Povijest hospicija u Hrvatskoj.....	8
1.5.Palijativna zdravstvena njega.....	9
1.6. Sestrinske dijagnoze kod palijativnog pacijenta.....	10
1.6.1. Bol.....	11
1.6.2. SMBS (hranjenja, odijevanja, održavanja osobne higijene, eliminacija).....	12
1.6.3. Dekubitus.....	12
1.6.4. Depresija, strah.....	12
1.7. Komunikacija s palijativnim pacijentom.....	14
1.7.1. Princip medicinske etike.....	16
1.8. Pacijent ovisan o terminalnoj skrbi.....	18
1.8.1. Faze suočavanja sa smrću.....	20
1.9. Suočavanje obitelji sa smrću bliske osobe.....	22
1.10. Eutanazija.....	23
1.11. Žalovanje.....	25
2. Cilj istraživanja.....	26
3. Materijal i metode.....	27
4. Rezultati istraživanja.....	29
5. Rasprava.....	33
6. Zaključak.....	36

7. Literatura.....	37
8. Prilozi.....	38

1. UVOD

Palijativna skrb usmjerena je na podizanje kvalitete života, smanjenje boli i drugih simptoma koji se pojavljuju kod dijagnosticiranja neizlječive bolesti. Rad s palijativnim pacijentima zahtijeva dobru edukaciju i komunikacijske vještine svake medicinske sestre. Pacijenti u samom saznanju da boluju od neizlječive bolesti, povlače se i osamljuju od obitelji i društva. Palijativni pacijent označuje se šifrom Z 51.5., te pod tom šifrom dobiva odgovarajuću palijativnu skrb. Rad s palijativnima pacijentima vrlo je zamoran i iscrpljujući za obitelj i zdravstveno osoblje. Pristup pacijentu je iskren, oni znaju da će umrijeti, nada i želja za životom im se ne može oduzeti, ali niti im ulijevati lažnu nadu za ozdravljenjem. Skrb palijativnog pacijenta vrlo je skupa, kao i terapija koja je potrebna kako bi usporila ili izliječila maligne bolesti, mnoge obitelji financijski teško mogu skrbiti za pacijenta, koji osjeća kako je svojoj obitelji samo teret. Mnogi pacijenti nakon saznanja da boluju od neizlječive bolesti umru vrlo brzo, te ne uspiju dočekati odgovarajuće liječenje i skrb. Smrt člana za svaku obitelj znači poraz nad bolesti, ali isto tako težak gubitak za koji ne postoje riječi koje mogu utješiti. Svaka osoba prolazi kroz razdoblje nadolazeće smrti na svoj način te se ne može usporediti ili pretpostaviti koliko obitelji treba da prihvati nadolazeću situaciju, te koliko vremena provede u žalovanju. Medicinskim sestrama teško je gledati pacijenta u patnji i teškoj boli, obitelji je još teže jer ne znaju kako će nastaviti živjeti nakon gubitka voljene osobe. Eutanazija je humana smrt u kojoj se pacijentu omogućuje da umre u što manjoj patnji. U Hrvatskoj je zabranjena i svako oduzimanje prava na život je ubojstvo koje je zakonski kažnjivo. Svaki palijativni pacijent ima pravo na život do posljednjeg trenutka kada bitku nad životom izgubi prirodno. Pacijenti pred kraj života nemaju snage govoriti, ne mogu otvoriti oči, kao niti jesti. Leže nepomično u krevetu, tijelo im postaje sve hladnije, a glas njihove obitelji jedino što im olakšava patnju i bol, a dodir nezamjenjiv u završetku njihova života. Palijativne pacijente treba slušati, govoriti im i dostojanstveno se oprostiti.

1.2. Palijativna skrb

PALIJATIVNA SKRB – (lat. Pallium – maska ili plaš) je pristup kojim se bolesnicima suočenim sa smrtonosnom bolešću i njihovim obiteljima unaprjeđuje kvaliteta života. To se čini sprječavanjem i olakšavanjem simptoma sredstvima ranog otkrivanja, procjene i liječenja boli, te olakšavanjem ostalih psihičkih, psihosocijalnih i duhovnih problema. (SZO, 2002.)

Palijativna skrb je skrb koja je usmjerena da poboljša kvalitetu života bolesnika, ali i njihove obitelji kada su suočeni sa bolesti koja je neizlječiva. Neizlječive bolesti imaju zajednički simptom, bol. Osim simptoma boli imaju i druge fizičke, ali tako i psihičke simptome.

Palijativnom skrbi se provodi liječenje simptomatsko, posebno bol. Osim ublažavanja simptoma koju bolesnik ima, pružamo mu podršku, ali i njegovoj obitelji. Umirujućim pacijentima obitelj mnogo znači, ali se često dogodi anksioznost kod takvih pacijenata te zbog toga počnu odbacivati svoju obitelj, zato podrška medicinske sestre im je od velike važnosti. Medicinska sestra je palijativnim bolesnicima nezamjenjiva podrška u njihovom liječenju.

Palijativna skrb je označena šifrom Z 51.5, a tu šifru dobivaju pacijenti kojima su dijagnosticirane neizlječive bolesti, ali i ostale grupe bolesti. Kod nas su najčešći onkološki bolesnici, ali u palijativnu skrb spadaju i neurološki bolesnici, kardiovaskularni bolesnici, bolesnici sa renalnom insuficijencijom, te gerijatrijska palijativna skrb i pedijatrijska palijativna skrb.

Kod palijativnog pristupa se smatra da je umiranje dio života, te pacijenti znaju da će umrijeti i govori im se o smrti. Sa pacijentom se vodi otvorena komunikacija kao i sa njihovim obiteljima. Obitelj je uključena u liječenje kao i pacijent, te znaju koji će na kraju biti ishod. U liječenju se koriste narkotici i sedativi. Kod liječenja u palijativi je usmjerenost na cijelu osobu (psihički, socijalni, duhovno, emocionalno, fizički) te je važno poboljšati kvalitetu života, smanjiti pacijentovu patnju i zadovoljiti njihove ljudske potrebe i osobne ciljeve.

1.3. Što je palijativni pacijent?

Niti jedan pacijent nije palijativan, već mu je potrebna palijativna skrb, paralelno liječenje s kurativnom skrbi od onoga trenutka kada mu je postavljena dijagnoza smrtonosne bolesti. Od trenutka liječenja neizlječive bolesti, mali broj pacijenata umre naglom smrću, a svim ostalim pacijentima potrebna je palijativna skrb koja može trajati i godinama. Skrb za palijativnog pacijenta vrlo je skupa, ona je besplatna za sve ljude, ali nedovoljno za svakog pacijenta, pa obitelj kupuje većinu lijekova i hranu, te pokrivaju ostale troškove u hospiciju i stacionaru ujedno i smještaj.

Pacijenti koji boluju od neizlječivih bolesti dodjeljuje im se šifra palijativne skrbi Z 51.5., te pod tom šifrom je svaki pacijent prepoznatljiv i dobiva odgovarajuću skrb za tijek svoje bolesti. Svakom palijativnom pacijentu je liječenje vrlo naporno, iziskuje mnogo vremena provedenog u bolnici dok prima terapiju, te višestruke hospitalizacije, koje pacijenti kojima ostaje vrlo malo života jako teško prihvaćaju i osjećaju sve veću bol, ali isto tako i za odustajanjem od daljnjeg provođenja liječenja zbog velikog iscrpljenja.

Palijativni pacijent u samom kraju svoje bolesti gubi svu potrebnu snagu, a time i svoj položaj koji je imao. Gubitak snage i nemogućnosti obavljanja poslova koje je prije bolesti radio posebno teško pada muškarcima jer se smatraju „glavom obitelji“. Isto tako i svakoj ženi koja je majka teško može napustiti svoju djecu.

Svaki pacijent osjeća da mu se bliži kraj i prolazi kroz fazu „skora smrt“. U takvoj fazi svaki pacijent zahtjeva različite intervencije u zdravstvenoj skrbi, ali isto njegova obitelj prolazi kroz tešku fazu gubitka. Pacijenti na samom rubu života nemaju snagu, teško i iscrpljujuće im je govoriti, a ležanje u krevetu i nemogućnost kretanja najteže stanje koje doživljavaju. Kretanje je potreba svakog čovjeka koju provodi svakodnevno, te mu omogućava zadovoljavanje njegovih svih potreba. Gubitkom snage i napredovanjem bolesti, pacijenti provode sve više vremena u krevetu, a u zadnjoj fazi bolesti više niti ne ustaju iz kreveta, što dovodi do veće potrebe za zdravstvenom njegom koju ne mogu obavljati sami i time gube svoju osobnost.

Pacijentu pred sam kraj života potrebna je terminalna skrb koja je dio palijativne skrbi. Njezin naziv počinje se često upotrebljavati krajem 20. stoljeća, a ona označava zadnjih nekoliko dana pacijentovog života.

Tablica 1. Usporedba konvencionalnog i palijativnog pristupa umirućem bolesniku

Konvencionalni pristup	Palijativni pristup
negiranje umiranja	umiranje kao dio životnog ciklusa
pozornost usmjerena na visoku tehnologiju	pozornost usmjerena na ljudsko iskustvo, doživljavanje i sudjelovanje
pozornost usmjerena na bolest	pozornost usmjerena na cijelu osobu
pozornost usmjerena na količinu života	pozornost usmjerena na kvalitetu života
održavanje fizioloških sustava	smanjenje patnje i zadovoljavanje osobnih ciljeva
medicinski poraz	ljudski razvoj i mogućnosti
tišina, paternalističko zadržavanje činjenica	otvorena komunikacija prema izboru; podučavanje
bijeg od umiranja	okupljanje oko umiranja
izbjegavanje narkotika i sedativa	pažljivo prilagođavanje narkotika i sedativa da se ublaži patnja i omogući optimalno funkcioniranje

Pacijenti ovisni o terminalnoj skrbi većinom umiru u bolnicama, hospiciju, ali i na stacionarima koji provode palijativno liječenje. Umiranje daleko od kuće nije njihov izbor, već razlog, jer im je potrebna intenzivna palijativna skrb. Umiranje u zdravstvenoj ustanovi ima negativan utjecaj na njihovo psihičko zdravlje, što dovodi do gubljenja kognitivnih funkcija prije smrti.

Približavajući se trenutku smrti pacijenta, obitelj ima sve veći strah, snažnu želju da pomogne, želju za životom njihova najmilijeg, što stvara dodatni teret u skrbi pacijenta za medicinske sestre. Skora smrt i gubitak za obitelj ujedno znači kraj, ali u njima se budi bijes, jer ne mogu pomoći. Ne postoje riječi koje mogu utješiti obitelj, postoji samo podrška i dobra psihološka priprema obitelji na skorou smrt.

Pacijent pred samom smrti ne može govoriti, ali čuje i osjeća. Prisutnost obitelji olakšava patnju pacijenta pred samom smrti. Medicinske sestre uvijek savjetuju obitelj, da

budu uz pacijenta, drže ga za ruku i govore mu, jer riječi pacijent čuje, pomažu mu u patnji i boli koju osjeća pred sam kraj života. Obitelji mnogo znači ostanak uz pacijenta do samog kraja, njihova prisutnost smanjuje bol, ali jača strah od smrti koju osjete, kada drže pacijenta za ruku. U posljednjem trenutku života pacijent diše teško, a tijelo se hladi, ruke i noge postaju sve hladnije i cijanotične, što budi strah u obitelji. Pogled na pacijenta je tmuran i siv, pacijent nema snage otvoriti oči koje postaju staklene, njegovo lice se mijenja, koža je hladna, usne postaju cijanotične, nos sve više špičasti, a tijelo mirno, bez najmanjeg pomicanja.

1.3.1. Duševna odrednica čovjeka

Sve osobe imaju strah od smrti, a najveći strah je suočenje sa smrću, što u nama budi dodatnu bol. Osobe koje su svjesne da umiru i da se bliži kraj njihova života zbog bolesti počinju više razmišljati i zapažati stvari koje do sada nisu. Kada osoba zna da će umrijeti sama u sebi započinje utrku sa vremenom, te želi svaku sekundu svoga života iskoristiti i učiniti nešto što do sada nije, počinju se mijenjati odnosi unutar obitelji, kao i na poslu.

Prije početka mijenjanja sebe i svoga odnosa sa obitelji i na poslu, bolesni prolaze kroz druge osjećaje od kojih je prvi negacija i osamljivanje. Počinju se povlačiti u sebe, postaju nezainteresirani za ljude i okolinu, budi se u njima gnjev, a svoju borbu za životom počinju cjenkanjem, te padaju polako u depresiju, a kraj rezultira prihvaćanjem stanja koji je nastao, prihvaćaju bolest i prihvaćaju pomoć.

Kada osobe saznaju za bolest, započinju sa pitanjima i sa preispitivanjem samoga sebe. Počinju preispitivati svoje životne odluke i postupke koje su činili tijekom života. Zapčinje u njima želja da se pomire sa ljudima s kojima nisu u kontaktu, da promjene odnose u svojim obiteljima, te da vrate ljude u svoj život koje su izgubili. Osim što imaju potrebu da se pomire sa ljudima, imaju potrebu za pomirenje s Bogom.

Svaka osoba je duhovna, a s time nema nikakva religija. Ljudi su duhovna bića, te počinju sami sebe pitati za kraj svoga života. Počinju razmišljati što će biti sa njima kada umru i kako će biti njihovim obiteljima kada njih više neće biti. Počinju pitanja: „Kakva je smrt?, „Gdje odlazim kada umrem?“, „Da li smrt boli?“. Svjesni su da umiru, postavljaju si bezbroj pitanja, a na neka niti sami ne nađu odgovore.

Svi bolesnici koju su svjesni da umiru, pa čak i oni koji nisu zapravo ne žele umrijeti i uvijek traže još malo vremena za sebe i za trenutke koje još žele provesti. Niti jedna osoba nije spremna umrijeti.



Slika 1. Pacijentica prihvaća nadolazeću smrt (preuzeto:

https://www.google.com/search?q=palijativni+pacijent&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwiIv2EhrvxAhUFg_0HHeqhDYkQ_AUoAXoECAEQAw&biw=1366&bih=657)

1.4. Povijest palijativnog liječenja

Palijativna medicina prvi put se spominje u Velikoj Britaniji i od tada započinje se koristiti. Palijativna skrb je holistički pristup u kojem se postiže kvaliteta života koja je usmjerena prema boli, ali i prema drugim simptomima, psihičkim, fizičkim i duhovnim. Palijativno liječenje omogućava dostojan završetak ljudskog života, kada njihova bolest ne odgovara na postupke liječenja. Palijativno liječenje se provodi u timskom radu i svaki član tima ima svoju ulogu u provođenju liječenja i njihova prisutnost je bitna. Palijativno liječenje započinje od dijagnosticiranja neizlječive bolesti i traje sve do kraja žalovanja nakon smrti pacijenta. Palijativna skrb nije samo postavljanje dijagnoze i postupanje s pacijentom prema stadiju bolesti, već je definirana prema potrebama pacijenata i njegove obitelji. Palijativno liječenje obuhvaća populaciju sve životne dobi i pacijente oboljele od svih neizlječivih bolesti, a ne samo onkološke bolesnike. Palijativno liječenje može trajati mjesecima pa čak i godinama, a ono se ne odnosi samo na zadnje dane života pacijenta. Palijativna skrb se provodi do samog kraja života, pacijent ne smije umirati u patnji i sam. Ona zadovoljava tjelesna, psihološka, duhovna i socijalna očekivanja i potrebe pacijenta, te se ne mijenja s obzirom na pacijentovu kulturu, religijske vrijednosti i vjerovanja.

Unazad 40 godina dogodila se revolucija u skrbi za terminalne pacijente i promijenio se pogled na smrt. U drugoj polovini 20. – tog stoljeća češće se događa smrt kroničnih, a ne akutnih bolesti, te su češće onkološke bolesti. Počinje se mijenjati uloga pacijenta, te pacijent ima mogućnost izbora gdje se želi liječiti i može bilo kada promijeniti svoga liječnika.

Prije Krista medicinu su prakticirali iscjelitelji blizu hramova ili u kućama bolesnika. Hipokrat uvodi da ne postoji razlika između znanosti i filozofije, započinje liječenje cijele osobe, a ne samo bolesti. Sve do razdoblja renesanse postojala je snažna veza između religije i medicine. Vjerske zajednice vodile su brigu i skrb za bolesnike, a posebno za bolesnike koji su putovali. Časne sestre su njegovale ljude koji su bolovali od teških bolesti, a u prošlosti liječenje se provodilo na način koji su znali s obzirom na uvjete života i znanje. Počinju se graditi u srednjem vijeku bolnice, te su smatranim mjestom za učenje, a ne liječenjem i skrbi za bolesnika. Bolnice su primale bolesnike koji se mogu izliječiti, a ne bolesnike koji umiru i trebaju umrijeti. U 17. stoljeću otvara se kuća za liječenje siromašnih, bolesnih i umirujućih.

1842. godine upotrjebljena je prvi put riječ hospicij. Hospicij je mjesto u kojem se provodi briga i skrb te liječenje za umirujuće bolesnike u terminalnoj fazi koja počinje sa krajem 19. st. i ulaskom u 20. st., te se otvara sve više hospicija diljem svijeta.

Kod palijativnih bolesnika teži se ublažavanju totalne boli. Palijativna skrb se ne provodi samo u hospiciju već i u bolnicama, provode se aktivnosti kojima se pomože bolesniku, ali i njegovoj obitelji. Ona nije ubrzavanje smrti, ali neće smrt niti usporiti. Glavni ciljevi su usmjereni na ublažavanje boli, te kontrolu ostalih simptoma koji se pojavljuju uz bolest. Osim što bolesnik ima fizičku bol, liječenje je jednako usmjereno i prema psihološkoj i duhovnoj boli.

Kod liječenja bolesnika palijativna skrb je besplatna, te se ona provodi jednako prema svim pacijentima bez obzira na financijske mogućnosti obitelji. Cilj u liječenju svih bolesnika oboljelih od neizlječive bolesti osim kvalitete života i promicanje zdravlja, dostojanstvo i život bez boli.

U liječenju bolesnika izbjegava se njegova izolacija zbog koje se javlja patnja i psihička bol. Palijativna medicina se mora temeljiti na načelima dostupnosti i jednakosti, omogućena svim bolesnicima jednako neovisno na njihovu vjeru, rasu, spol, socijalni status i financijske mogućnosti.

Palijativnu skrb je bitno razvijati i unaprijediti ne samo kako bi se poboljšala kvaliteta života umirujućih bolesnika već i drugi aspekti, a koji bi smanjili troškove u zdravstvu.

1.4.1. Povijest hospicija u Hrvatskoj

Skrb u hospiciju obuhvaća sve potrebe pacijenta na kraju života, a posebno psihičke, emocionalne i socijalne. Palijativna skrb se pojavljuje krajem 20. stoljeća. Počinju se osnivati Hrvatska društva za palijativnu skrbi kao i osnivanje Udruga. Provode se konferencije za palijativnu skrb, te se počinje provoditi kućna posjeta oboljelih. U Hrvatskoj je nedovoljno razrađena strategija u provođenju palijativne skrbi te su naši standardi mali u odnosu na razvijene zemlje. Prvi hospicij u Hrvatskoj otvoren je u Rijeci 2003. – hospicij „ Marija K. Kozulić“. U Hrvatskoj hospicij još nije dovoljno usavršen u odnosu na zemlje u svijetu te se još razvija, ali je skrb za umirujuće bolesnike neophodna te se ona provodi kod nas najbolje moguće, jer bolesnik ima pravo na dostojanstven život tijekom bolesti i dostojanstvenu smrt.

1.5. Palijativna zdravstvena njega

Zdravstvena njega je dio sestrinske skrbi koja je usmjerena u poboljšanju kvalitete života bolesnih, koja obuhvaća cjeloviti pristup, a zajedno sa svojim znanjem, vještinama i kompetencijama medicinske sestre pospješuju brže ozdravljenje bolesnih, po definiciji zdravstvene njege V. Henderson koja je:

„Uloga medicinske sestre je pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. Pomoć treba pružiti na način koji će pridonijeti što bržem postizanju samostalnosti pojedinca.“

Medicinska sestra u palijativnoj skrbi kontrolira i ublažava simptome njegove bolesti, a posebno bol. Tijekom pomoći pacijentu ona čuva njegovo dostojanstvo sve do njegove smrti i dostojanstvo njegove obitelji. Osim u ublažavanju boli pomaže i u svim ostalim oblicima koje čine čovjeka potpunim u njegovoj fizičkoj, psihičkoj, socijalnoj i duhovnoj razini. Njezina uloga je zadovoljavanje osnovnih ljudski potreba prema V. Henderson koje je teoretičarka utemeljila prema piramidi A. Maslowa.

Zdravstvena njega umirujućih bolesnika ima cilj u smanjenju patnje i boli, a ne odgađanje ili ubrzavanje smrti, a postiže što veću kvalitetu života sa očuvanjem pacijentove osobnosti i dostojanstva sve do same smrti. Osim što je zdravstvena njega usmjerena najviše prema pacijentu, ona očuva i dostojanstvo obitelji te pruža podršku za vrijeme liječenja palijativnog pacijenta i nakon njegove smrti. Palijativnim pacijentima je njihova obitelj najvažnija i bitno je da obitelj bude uz njih posebno za vrijeme terminalne skrbi, ali kada je pacijent u bolnici ili hospiciju, medicinska sestra je prva kojoj se pacijent obraća i koja mu pomaže. Mnogim pacijentima u terminalnoj skrbi ili u trenutku otkrivanja neizlječive bolesti, potreban im je razgovor, edukacija i empatija od medicinske sestre. Pacijenti u medicinskoj sestri vide sigurnost i osobu koja razumije njihovu situaciju, a ujedno provedu najviše vremena sa pacijentom, znaju njihove potrebe, osjećaje i želje.

Svakoj medicinskoj sestri rad s palijativnim pacijentima može biti vrlo stresan, pa stoga sestre trebaju biti dobro educirane kako bi mogle neovisno raditi svoj posao i u kritičnim situacijama. Sestrinska skrb se temelji na procesu zdravstvene njege koja se sastoji od utvrđivanja potreba, planiranjem, provođenjem i evaluacijom. Kako bi se postigao cilj

zdravstvene njege bitno je pravilno utvrditi potrebe pacijenta za zdravstvenom njegom, a u dogovoru s pacijentom zajedno ih provoditi. Svaki pacijentov problem se rješava postavljanjem sestrinske dijagnoze koju postavlja medicinska sestra na temelju koje provodi intervencije.

Sestrinska dijagnoza je aktualni ili potencijalni zdravstveni problem koji su medicinske sestre s obzirom na njihovu edukaciju i iskustvo sposobne i ovlaštene tretirati.

M. Gordon, 1982.

Osim provođenja postupaka bitne su komunikacijske vještine koje medicinska sestra ne koristi samo sa pacijentima već i sa ostalim članovima tima, njegovateljima, volonterima i društvenim zajednicama. Provođenje zdravstvene njege je postupak osim postizanja kvalitete života, poštovanje pacijentove vrijednosti i autonomije te njegovu odluku u daljnjem liječenju. Potrebno je pružiti podršku obitelji kao i podršku u procesu žalovanja, koja se postiže dobrim uspostavljanjem odnosa i komunikacijskim vještinama.

1.6. Sestrinske dijagnoze kod palijativnog pacijenta

Svaki karcinom kod pacijenta stvara dodatne dijagnoze, a gubljenjem bitke nad životom, povećava sestrinske dijagnoze. Svaka nemogućnost pacijenta stvara problem koji rješavaju medicinske sestre. Svaka dijagnoza koja se uspostavi, olakšava komunikaciju, ali i zahtjeva sudjelovanje pacijenta kako bi provedba njege bila zadovoljavajuća i kvalitetnija. Sestrinska dijagnoza razlikuje se od medicinske i ona ne predstavlja problem, već potrebe svako pacijenta, koje se dijele na aktualne sestrinske dijagnoze koje opisuju trenutni problem koji je prepoznatljiv i vidljiv, te na visokorizični odnosno potencijalni problem, koji još nije prisutan, ali se može pojaviti, ako se ne poduzmu potrebne mjere.

Svaka dijagnoza se postavlja na cilju, a prvi cilj svakog palijativnog pacijenta je očuvanje dostojanstva, smanjivanje boli i njegove patnje, kako bi mu se osigurao kvalitetniji život. Sestrinske dijagnoze su vezane uz samo napredovanje bolesti od koje pacijent umire, infekcija koje nastaju kao posljedica iste bolesti, tjeskobe i depresije. Uspostavljanjem točne sestrinske dijagnoze stvaraju se intervencije koje provodi medicinska sestra kako bi pomogla pacijentu da to isto napravi sam ili mu pomaže zadovoljavati njegove ljudske potrebe kada pacijent više nema snagu.

Potrebe pacijenta se zadovoljavaju zdravstvenom njegom na osnovi ljudskih potreba po V. Henderson na koji način pomoći bolesniku:

- pri disanju
- pri konzumiranju hrane i pića
- pri eliminaciji
- pri održavanju poželjnog položaja tijela
- pri odmoru i spavanju
- u izboru odgovarajuće odjeće, odijevanju i svlačenju
- pri održavanju normalne tjelesne temperature
- pri održavanju osobne higijene i dotjerivanju
- pri izbjegavanju opasnosti
- u komunikaciji
- u prakticiranju vlastite religije
- u radu ili produktivnim aktivnostima
- pri rekreativnim aktivnostima
- pri učenju

Svi imaju iste potrebe koje se razlikuju ovisno o dobi pacijenta, psihološkom i socijalnom razvoju te kulturi, što utječe na provođenje zdravstvene njege. Njega palijativnog pacijenta za medicinske sestre time je dodatno zahtjevnija.

1.6.1. Bol

Kao sestrinska dijagnoza, bol je definirana: „*Bol je stanje u kojemu osoba doživljava i izvještava o prisutnosti jake nelagode.*“

L. Carpentino

Sestrinske intervencije kod simptoma bol, započinju uspostavom povjerenja i procjene pacijentovog stanja. Bol je subjektivan osjećaj kojeg osjeća samo pacijent, te medicinska sestra ne može znati koliko ga jako boli, već vrijednosti boli izmjeriti na skali za bol. Ublažavanje boli započinje psihološki, odnosno razgovorom. Kod svakog pacijenta razgovor i prisutnost medicinske sestre i njegove obitelji olakšava bol kroz koju prolazi. Osim

podrške pacijentu, liječenje boli provodi se analgeticima koje prepisuje liječnik. Bol je simptom koji se pojačava kako pacijentu se bliži skora smrt, analgetici koje dobiva više nisu od pomoći, već samo psihološka i duhovna pomoć ima malog učinka u olakšavanju patnje i boli.

1.6.2. SMBS (hranjenja, odijevanja, održavanja osobne higijene, eliminacija)

Smanjenu mogućnost brige o sebi svakom pacijentu ostavlja veliki trag u njegovoj osobnosti. Sve što pacijent ne može napraviti sam, već treba netko drugi za njega, stvara pacijentu veću patnju i anksioznost. Pacijentima je teško tražiti i ovisiti o tuđoj pomoći, smatraju se teretom i sami se osjećaju nesposobnima. Često se dogodi da pacijent ima želju ustati iz kreveta, ali ne može sam, ovisnost o tuđoj pomoći i njegovoj nemoći dodatno ga izolira iz društva i pacijent odbija pomoć, jer ne želi nikome smetati i biti teret. Poticati pacijenta i davati mu podršku od velike je važnosti za njegovo očuvanje psihičkog zdravlja i olakšavanje patnje kroz koju prolazi. U posljednjoj fazi bolesti pacijent je najviše ovisan o tuđoj pomoći, posebno u održavanju higijene i hranjenju. Kako napreduje bolest, pacijent gubi sve više snage, snage da ustane iz kreveta. Nemogućnost hodanja na pacijente ostavlja tešku psihičku patnju, jer kretanjem svaki čovjek može omogućiti zadovoljavanje svoji osnovnih potreba.

1.6.3. Dekubitus

Stvaranje dekubitusa nastaje smanjenom pokretljivošću, a zahvaća kožu i potkožno tkivo. Smanjenom pokretljivošću pacijenta i nedovoljnim unosom hrane i tekućine izaziva nastajanje rane, koja se postupno širi. Glavni činitelj nastanka dekubitusa je pritisak, slaba opskrba tkiva kisikom i višak metaboličkih produkata. U smanjenju nastajanja samog dekubitusa ili stvaranje većeg stupnja oštećenja kod već nastale rane, postiže se intervencijama medicinske sestre, koje omogućavaju pacijentu dovoljan unos tekućine i visokokalorične hrane, te smanjuje mogućnost pritiska na rizične dijelove tijela. Nepokretan pacijent koji se ne može sam okrenuti u krevetu, pomaže mu medicinska sestra, mijenjanjem položaja svaka 2 sata. U prevenciju dekubitusa koriste se hranjive kreme za kožu, a kod već nastalog dekubitusa odgovarajuće obloge za ranu.

1.6.4. Depresija, strah

Pacijenti prolaze kroz patnju i bol koju trebaju podijeliti, posebno sa njima dragim osobama. Samim napredovanjem bolesti i nemogućnosti da vode brigu za sebe bez tuđe

pomoći, javlja se osamljivanje, nemir i strah od skore smrti. Za svakog pacijenta blizina drugih ljudi je najvažnija, potrebno im je posvetiti dovoljno vremena, biti uz njih i saslušati. Medicinska sestra pacijenta navodi da verbalizira svoje osjećaje, strah i patnju kroz koju prolazi, uspostavljanjem odnosa povjerenja i poštivanja njegovih odluka. Komunikacija je najvažniji oblik pomoći palijativnog pacijenta, ali se u smanjenju njegovog nemira i depresije koristi medikamentna terapija. Uključivanje obitelji u faze kroz koje prolazi pacijent smanjuje osjećaj napuštenosti, ali i pomaže obitelji da se polako navikne na skori gubitak.

Svaki palijativni pacijent je osoba za sebe, a iz svake bolesti proizlaze mnoge sestrinske dijagnoze. Mnogi pacijenti vrlo kasno otkriju neizlječivu bolest, a njihova smrt vrlo brzo nastupi, pa mnoge sestrinske dijagnoze kod njih nisu niti primijenjene. Oboljeli od tumora na mozgu i karcinoma pluća kod muškaraca, a rak dojke kod žena česti su pacijenti na stacionaru srednje životne dobi. Iz svake medicinske dijagnoze proizašle su različite sestrinske, iako su dijagnoze iste, skrb koja je potrebna pacijentu različita je kod svakog. Svakim danom broj raste u Hrvatskoj, jer danas je sve više oboljelih od malignih bolesti, među kojima nažalost se nalaze mlađi i srednjih godina. Potrebe za palijativnom skrbi sve su veće, potrebna je veća edukacija zdravstvenog osoblja kao i otvaranje dodatnih Ustanova u kojima bi se primijenila skrb, a sustav je taj zbog kojeg mnogi ne dočekaju odgovarajuće liječenje i skrb.

1.7. Komunikacija s palijativnim pacijentom

Komunikacija je složen proces u kojem se primaju i daju obavijesti. Komunikacija između ljudi je verbalna, ali ona je zapravo mali dio komunikacije. Najvažnija je neverbalna komunikacija i nju često koristimo u razgovoru, a zapravo toga nismo niti svjesni. U radu sa teško oboljelim pacijentom kojem je zbog bolesti teško govoriti ili uopće ne može govoriti pratiti ćemo njegovu neverbalnu komunikaciju koja osim što nam može reći koliko ga jako nešto boli, također pacijent tako izražava svoje osjećaje tijekom svoje bolesti.

Komunikacijom uspostavljamo poseban odnos sa našim pacijentom koja dovodi do poboljšanja njegovog zdravlja i bržem izlječenju. Palijativni pacijenti su svjesni da im se bliži kraj, pa svoje zadnje trenutke svojih osjećaje često žele podijeliti u razgovoru sa medicinskom sestrom nego sa svojom obitelji.

Medicinske sestre imaju drugačiji odnosno, topliju komunikaciju sa svojim pacijentima nego liječnici. Često se događa da pacijent svojoj obitelji govori da je medicinska sestra ta koja ga liječi, a to se događa jer sestra stekne povjerenje s pacijentom koje njima mnogo znači. Povjerenje i iskrenost je bitna u komunikaciji s palijativni pacijentom ne samo zbog kvalitetnijeg liječenja, već zato što će pacijent svake svoje promjene u liječenju reći svojoj medicinskoj sestri koja će moći na taj način kvalitetnije pomoći pacijentu zajedno sa liječnikom.

Komunikacija s palijativnim pacijentom je vrlo bitna, dok komunikacija sa obitelji pacijenta je drugačija. Često se dogodi da obitelj ne može prihvatiti novonastalu situaciju u odnosu na pacijenta. Obitelj pacijenta teško se privikava na to da će doći dan kada će svoga bližnjeg izgubiti. Mnogo puta se dogodi da obitelj čini sve kako bi se postiglo potpuno izlječenje, dok pacijent prihvaća da je posljednji ishod smrt. Obitelji je teško prihvatiti smrt voljene osobe, pa se ponekad dogode neugodne situacije u razgovoru s liječnikom i medicinskom sestrom, jer smatraju da se liječenje ne provodi dovoljno dobro.

Osim što obitelj ne zna prihvatiti skori gubitak voljene osobe, ponekad se dogodi da obitelj odluči prekid liječenja. Mnoge obitelji zbog teških bolesti su ojačale svoje obiteljske veze, ali i tako udaljile od drugih. Svakom pacijentu prisutnost obitelji je najvažnija u kvalitetnom liječenju. Dok pacijenti susret sa neizlječivom bolesti dobro prihvate i krenu u

bitku za liječenjem, ali isto tako nekim pacijentima, liječnik u razgovoru sa obitelji odluči ne reći da boluje zbog pacijentovog psihičkog zdravlja.

Svakom pacijentu je težak ostanak u bolnicu, kada ostaju potpuno sami, a zbog povoda liječenja se dogodi da pacijent mora biti izoliran, a zapravo ta izolacija pogoršava stanje pacijenta. Komunikacijom s pacijentom i davanjem podrške pacijentu olakšavamo ostanak u bolnici i pomažemo da se prilagodi. Podizanje kvalitete života kod palijativnog pacijenta postizemo neverbalnom komunikacijom. Tijekom komuniciranja s pacijentom bitno je uspostaviti kontakt sa očima i gledati pacijenta u oči tijekom razgovora, a također bi trebali biti na istoj razini sa pacijentom odnosno sjediti pored njega. Podršku pacijentu posebno medicinska sestra pokazuje dodirima. Držeći pacijenta za ruku tijekom razgovora pokazujemo suosjećanje.

U komunikaciji sa pacijentom bitno je strpljenje, jer pacijent često nije spreman za razgovor i zapravo kada bi trebao razgovarati, on to ne prihvaća. Svakom pacijentu treba dati vremena i pustiti ga da on sam odabere vrijeme kada želi razgovarati, a ujedno on sam odabire na spontani način medicinsku sestru s kojom želi podijeliti svoje osjećaje i brigu u daljnjem liječenju.

Tijekom razgovora s pacijentom daje se podrška i nada za što bržim ozdravljenjem, a isto tako tu nadu mu ne smijemo oduzeti kada liječenje neće pomoći. Svaki čovjek ima pravo na nadu i očekivanje da će sve ubrzo proći, iako i sam pacijent podsvjesno zna da se to možda neće dogoditi. Nada je svakom čovjeku zadnja i svi živimo jer se nadamo, onda kada izgubimo nadu, izgubili smo samoga sebe.

Komunikacija s palijativnim pacijentom često može biti vrlo iscrpljujuća, a zbog manjka medicinskog kadra i prevelikog opsega posla, medicinske sestre nemaju dovoljno vremena posvetiti svakom pacijentu koliko mu je potrebno, a nedovoljno iskustvo kod sestara može dovesti do neugodnih situacija tijekom razgovora o neizlječivoj bolesti i skoroj smrti.

Sve većim porastom oboljelih od malignih bolesti bitno je odlaziti na edukacije i povećati svijest stanovništva. Svaka medicinska sestra tijekom školovanja uči o komunikaciji i pristupu pacijentu koji boluju od određenih bolesti. Komunikacija se prilagođava pacijentu ne samo zbog njegove bolesti, već životne dobi i njegovih kognitivnih funkcija. Svaka sestra ima dobre komunikacijske vještine, ali niti jedna sestra nema dovoljno dobre komunikacijske sposobnosti kada joj pacijent postavi pitanje na koje ona zna odgovor, ali joj ga je teško reći,

jer nikome ne možemo oduzeti njegovu nadu. Kada nas pacijent pogleda u oči i postavlja pitanje: „Da li ću stvarno umrijeti?“, medicinskoj sestri teško je odgovoriti, ali je bitno ne izbjegavati odgovor na pitanje, već iskreno odgovoriti na pitanje bez uzimanja nade, ali opet ne povrijediti pacijenta, jer svi umremo onda kada smo zaboravljeni. Postoje teški trenutci za svaku medicinsku sestru kod umiranja pacijenta, ne postoje riječi koje mogu zamijeniti gubitak, kao niti riječi koje će umanjiti patnju, već samo podrška zagrljajem i dodirom.

Tijekom rada s palijativnim pacijentima medicinskim sestrama osim što je potrebna dobra komunikacija prema pacijentima, bitna je komunikacija između kolega. Rad na onkološkim odjelima zahtjeva veliku odgovornost od medicinske sestre, a međusobno kolege daju najveću podršku jedan drugome. Svakoj medicinskoj sestri smrt pacijenta ostavlja trag u životu preko kojeg treba proći i ne smije pokazati slabosti pred drugim pacijentima, što tijekom vremena postaje iscrpljujuće. Dobra kolegijalnost i dobri međuljudski odnosi svim zdravstveni radnicima pomažu da svoj posao odrade najbolje i sa što manje stresa. Svakoj medicinskoj sestri podršku će dati njezina kolegica razgovorom, a posebno zagrljajem.

1.7.1. Princip medicinske etike

Medicinska je etika usmjerena prema liječnicima i drugim profesionalnostima zdravstvenog osoblja. Princip medicinske etike je usmjeren prema svim vrstama medicinske njege, a posebno je usmjerena na bolesnike koji umiru. Postoje 4 principa medicinske etike.

- Dobročinstvo

Uvijek treba činiti dobro i raditi najbolje što je za bolesnika. Sa bolesnikom treba ostvariti iskren odnos i povećati dobrobit bolesnika na svim njegovim razinama. Kod postupaka koje radimo bolesniku odradit ćemo na najbolji način, a polazimo od sebe, a to je da nećemo učiniti drugome ono što ne želimo sami sebi.

- Savjesnost

Sve što radimo prema bolesniku treba biti odnos prema njemu kao subjektu, a ne objektu. Bitna je iskrenost u odnosu s bolesnikom i sve što činimo za njega ne smije ga povrijediti fizički ili psihički.

- Autonomnost

Svaki pacijent ima jednaka prava, a u radu sa pacijentom trebamo poštivati njegovu odluku. Pristup svakom pacijentu mora biti bez predrasuda. Pacijent ima pravo izbora gdje se želi liječiti te sam može odučiti kada više ne želi da se provodi liječenje. U provođenju liječenja ima pravo na informiranost i pravo na svoju odluku.

- Pravednost

Pravednost se odnosi da svaki pacijent ima jednaka prava u liječenju i provođenju zdravstvene njege. Zbog nedostatka dovoljno financija i postignutih funkcija narušena je pravednost, kako kod nas tako u cijelom svijetu. A to se posebno može vidjeti kod imućnih ljudi koji svojom moći i novcem sebi mogu priuštiti bolje i kvalitetnije liječenje u odnosu na ljude koji žive siromašnije.

Pravednost je narušena u cijelom svijetu. Nažalost protiv nje ne možemo, ne godinama već stoljećima, a ona je vidljiva ne samo u zdravstvu već i u drugdje.

1.8. Pacijent ovisan o terminalnoj skrbi

Naziv za terminalnu skrbi proizlazi iz same palijativne skrbi, koja označava skrb za pacijenta oboljelog od neizlječive bolesti, zadnjih nekoliko dana svoga života. Pacijentu se pristupa dostojanstveno, te mu se omogućava osjećaj ugodnosti ostanka na odjelu do posljednjeg trenutka. Na stacionarnom odjelu se ne skraćuje faza umiranja, a obitelji je omogućen ostanak uz pacijenta do posljednjeg trenutka. Obitelj se uz pacijenta polako, ali vrlo teško priprema za skorbu smrt pacijenta, te u posljednjim satima života njihova člana obitelji se daje podrška.

Pacijent pred samom smrću pokazuje simptome i znakove koje prvo primjećuju medicinske sestre, ali obitelj to osjeća. Pacijentova smrt osim odbijanjem hrane i nemogućnosti da jede, započinje hroptanjem odnosno otežanim disanjem, smanjen je iznos diureze, a bol postaje sve veća, na koju niti lijekovi ne reagiraju. Pacijentov osjet na bol u posljednjim danima života sve je snažniji, svaki dodir boli ga sve više. Zdravstvena njega kod pacijenta u zadnjim trenucima života je previše teška za pacijenta, ali i za osoblje. Medicinske sestre moraju obavljati zdravstvenu njegu kod pacijenta, dok ih svaki pokret boli, te obitelj misli da namjerno mu se nanosi bol, to je faza koja je jako teška jednako za obitelj i pacijenta. Dužnost i uloga medicinske sestre je da pomogne, posebno u brizi i njezi, naravno nikako ne nanošenje boli, pa je i za sestre rad kod terminalnog pacijenta težak, iscrpljujući i naporan.

Približavajući se trenutku smrti pacijenta, obitelj ima sve veći strah, snažnu želju da pomogne, želju za životom njihova najmilijeg, što stvara dodatni teret u skrbi pacijenta za medicinske sestre. Skora smrt i gubitak za obitelj ujedno znači kraj, ali u njima se budi bijes, jer ne mogu pomoći. Ne postoje riječi koje mogu utješiti obitelj, postoji samo podrška i dobra psihološka priprema obitelji na skorbu smrt.

Pacijent pred samom smrću ne može govoriti, ali čuje i osjeća. Prisutnost obitelji olakšava patnju pacijenta pred samom smrću. Medicinske sestre uvijek savjetuju obitelj, da budu uz pacijenta, drže ga za ruku i govore mu, jer riječi pacijent čuje, pomažu mu u patnji i boli koju osjeća pred sam kraj svog života. Obitelji mnogo znači ostanak uz pacijenta do samog kraja, njihova prisutnost smanjuje bol, ali jača strah od smrti koju osjete, kada drže pacijenta za ruku. U posljednjem trenutku života pacijent diše teško, a tijelo se hladi, ruke i noge postaju sve hladnije i cijanotične, pogled na pacijenta je tmuran i siv, nema snage

otvoriti oči koje postaju staklene, njegovo lice se mijenja, koža je sve hladnija, usne postaju cijanotične, nos sve više špičasti, a tijelo mirno, bez najmanjeg pomicanja.

Približavanjem smrti pacijenta, lijekove koje je do sada pacijent pio na usta, zaustavlja se njihova primjena, kada više ih ne može piti. Svi lijekovi koji mu nisu potrebni se ne daju, a lijekovi za ublažavanje boli se daju u drugačijem obliku, posebno parenteralnom, te se primjenjuju flasteri protiv bolova na kožu.

Tijekom posljednje faze smrti pacijenta, najvažnije je objasniti obitelji potrebe pacijenta u samom dolasku smrti. Važno je objasniti obitelji kako pacijent pred smrt nije gladan niti žedan, jer se njegovo tijelo samo priprema za kraj života, pa dodatna hidracija pacijenta nije potrebna, a enteralna prehrana se prestaje davati, kad pacijent više ne može gutati. Prestankom davanja parenteralne tekućine sprječavaju se dodatne komplikacije kod pacijenta, posebno kašalj i pojava edema, a prestankom uzimanja tekućine, usna šupljina postaje suha, što zahtijeva pojačanu njegu.

Blizina obitelji za svakog pacijenta u posljednjem trenutku života je najbitnija, ali često je za neke obitelji to previše, suočavanje sa smrću teško, što dovodi do udaljavanja obitelji od pacijenta. Mnogi pacijenti se osjećaju napušteno, te misle da su teret svojim obiteljima, pa se povlače daleko od svih i polako umiru sami. Osjećaj napuštenosti kod pacijenta ubrzava proces umiranja, a njihova patnja i bol izgleda kao da niti jedna tableta ne može pomoći. Liječenje palijativnog pacijenta vrlo je skupo, obitelji si to ne mogu priuštiti, pa borba za njihovo liječenje postaje sve veće opterećenje. Na stacionarnom odjelu mnogo je pacijenata teškog imovinskog statusa, brigu za njih preuzima država koja daje minimalno financija za njihovu skrb. Nažalost mnogi pacijenti su na stacionarnim odjelima umrli vrlo brzo, sami i napušteni. Medicinska sestra jedina je osoba koja je bila uz njih do posljednjeg trenutka, nezamjenjiva podrška obitelji postala je samo posljednja želja svakog pacijenta, želja da vidi svoju obitelj svakog napuštenog pacijenta bila je još jedna od njih mnogo s kojima je umirao.

1.8.1. Faze suočavanja sa smrću

Prva faza- neznanje, neprihvatanje

Niti jedna osoba nije spremna odmah prihvatiti da boluje od neizlječive bolesti, susreću se sa neprihvatanje da se to događa baš njima. Svi pacijenti pomisle da se radi o pogrešci i da se to ne događa, iako u sebi znaju da je to istina, pa se tako s vremenom počnu povlačiti u sebe i osamljuju se od svoje obitelji, društva.

Druga faza- gnjev

Pacijent koji se susreće sa smrću, uvjeren je da mu je netko nanio zlo, da su krivi liječnici, traži krivca za svoje novonastalo stanje u svima. Često se dogodi da pacijent zbog svog bijesa i ljutnje postaje agresivan, koja je posebno usmjerena prema zdravstvenim djelatnicima, te su oni jedini krivci za njegovu bolest.

Treća faza- cjenkanje

Pacijent kada počne prihvaćati da boluje, započinje se nadati, nadu pacijentu ne možemo oduzeti. Svaki pacijent traži nadu u liječenju, pa sami promijene svoje liječnike i traže drugo mišljenje. Traže od medicinske sestre mišljenje o drugom liječenju, bitno ga je podržati, ali mu se ne smije davati lažna nada. Zbog gubljenja povjerenja u medicinsko liječenje, pacijenti razmišljaju o promjeni vjere ili se uključuju u razne pokrete u kojima je alternativno i čudesno ozdravljenje, pa odustaju od medicinskog liječenja.

Četvrta faza- depresija

Napredovanjem bolesti pacijenti počinju gubiti sebe, postaju sve slabiji i gube psihičku snagu koja se izražava fizički. Napredovanje bolesti sami počinju gubiti svaku nadu, postaju anksiozni i zatvoreni u sebe, počinju osjećati da gube svoj položaj i svoje „ja“ koje su imali u obitelji i društvu. Osim kemoterapije i citostatika zbog promjena koje nastaju neizlječivom bolešću, a promjene su vidljive na tijelu, pacijenti u liječenju imaju sedative. Takvom pacijentu potrebno je pružiti utjehu, pokazati da nije ostavljen i da ima „nas“ medicinske sestre koje mu daju podršku i pružaju oslonac.

Peta faza- prihvaćanje

Pacijent prihvaća da umire, ali nije izgubio nadu niti bitku pred samom smrću, samo prestaju imati strah, ljutnju i srdžbu koju su imali tijekom otkrivanja svoje bolesti. Pacijent prihvaća situaciju u kojoj se našao, a isto tako novonastala situacija i suočavanje sa smrću ih je nečemu naučila, te je svoja uvjerenja i navike koje je imao prije bolesti, promijenio.

Pacijent u samo terminalnoj fazi nemaju snage za razgovarati, komunikacija se posebno svodi na neverbalnu. Njihovo zdravstveno stanje postaje sve lošije i znatno se razlikuje od ostalih faza, postaju vrlo umorni, iscrpljeni od bolesti i svih faza liječenja koje su prolazili, posebno operacije i kemoterapije. Svaka riječ za pacijenta postaje previše teška, njihov razgovor postaje samo kontakt očima. Blizina njegove obitelji samo je mali dio podrške u njihovoj tihoj patnji koju prolaze. U posljednjim danima svoga života, pacijentima je previše teško, ne mogu raditi nikakve pokrete niti jesti, većinom samo spavaju i polako tonu u san.

Pacijenti tijekom svoje bolesti ne moraju prolaziti kroz svaku fazu umiranja niti moraju u svom tijeku bolesti te faze imati. Svaka faza je teška za sebe i u svakoj fazi pacijent se susreće sa teškoćama koje zahtijevaju promjenu njegova života, promjenu u njegovoj svakodnevici. Bolest od svakog pacijenta traži da se odviknu svojih užitaka, zahtijeva promjenu. Stvari koje su radili i hrana u kojoj su uživali prije bolesti, postaje samo prošlost.

1.9. Suočavanje obitelji sa smrću bliske osobe

Obitelj je zajednica koju svaki pojedinac stječe zajedničkim životom sa partnerom, te postupno dolaze djeca. Svaka obitelj se temelji na svojoj prošlosti i budućnosti, koja ima odraz u trenutnoj sadašnjosti. Svaka obitelj se temelji na svom društvu i svojoj kulturi. U liječenju bolesnika bitno je poznavati obitelj, kako bi se znalo u kakvoj kulturološkoj zajednici živi. Tijekom liječenja bolesnika, često bude narušena komunikacija sa obitelji, zbog njihove vjere ili uloge, ali čak i teške komunikacije u obitelji narušenih odnosa. Obitelj kod suočavanja sa bolešću u samom početku teško prihvaća bolest, pa se često dogodi da obitelj pobjegne, te se oboljeli član obitelji osjeća napušteno. Svaki član obitelji živi svoj život, briga za teško bolesnog člana obitelji u njima stvara umor i iscrpljenost, a kako vrijeme prolazi dolazi do društvene izolacije. Oni su svjesni da se njihovoj voljenoj osobi bliži smrt, što dovodi do nesigurnosti, koja vodi do ljutnje, jer svi problemi ostaju obitelji na teret, a to je posebno vidljivo kada oboli muškarac, „glava obitelji“.

Obitelj je često izgubljena kod otkrivanja neizlječive bolesti svoje voljene osobe i na samom početku, a često i kasnije ne znaju pokazati osjećaje. Bolesnik kod samog otkrića svoje neizlječive bolesti traži od obitelji suosjećanje, nježnost i empatiju, koju ne dobiva jer ju oni ne znaju pokazati i nisu niti svjesni toga, što dovodi do udaljavanja obitelji od bolesnog člana.

Medicinska sestra osim što mora dobro poznavati pacijentovu bolest, bitno je poznavati njegov život i njegovu obitelj, kako bi mogla podržati obitelj, davati im psihološku pomoć i kod narušenih odnosa u obitelji pomoći komunikacijom.

Medicinska sestra pristupa pacijentu kroz njegove potrebe koje je imao prije samog saznanja o svojoj bolesti, kako bi mogla mu što bolje pomoći u liječenju, ali i njegovoj obitelji olakšati trenutnu situaciju.

Svaka obitelj se na svoj način suočava sa gubitkom, svaka obitelj svog najmilijeg voli na svoj način, ali kod suočavanja sa teškom bolesti, narušavanje odnosa u obitelji započinje financijama. Briga i skrb za teško bolesnog člana obitelji je dosta skupa i često financije su najveći problem za obitelj i daljnje liječenje pacijenta.

Pružanje pomoći obitelji i pacijentu zahtjevna je i iscrpljujuća zadaća medicinske sestre, ali i najdragocjenija pomoć koju može dati.

1.10. Eutanazija

Eutanazija je postupak kojim se pacijentu skraćuje život, odnosno izaziva prije vremena smrt. Eutanazija postavlja sama po sebi razna pitanja, pitanja čovječnosti i prava na život. Pravo na život je pravo kojeg svaki čovjek ima jednako, a „Dali ima netko pravo uskratiti život?“, je pitanje na koje će se teško naći odgovor. Poštivanje svačijeg života je poštivanje prava i dostojanstva. Eutanaziju može provesti liječnik ili druga osoba koja bi teško oboljelom omogućila „dobru“ smrt. Rad sa palijativnim pacijentima vrlo je zamoran i iscrpljujući, zdravstveno osoblje gleda svakodnevno pacijentovu agoniju, patnju i bol. Svaka medicinska sestra suosjeća sa svojim pacijentom i proživljava njegovu patnju, znajući da je krajnji ishod smrt, ali ta smrt kod oboljelih od neizlječive bolesti je teška, puna patnje i čini se kao beskrajno duga. A sva ta bol i patnja kod svih pacijenata završava smrću.

Svaki pacijent zaslužuje dostojanstvenu smrt, bez patnje i boli. Zdravstveno osoblje predano radi svoj posao i pomaže svakom pacijentu koliko je moguće ublažavajući njegovu bol i ostale simptome. Svaka smrt teška je po sebi, koliko obitelji toliko pacijentu. Svaki čovjek ima jednaka prava za život i isto tako nitko nema pravo da mu uskrati život.

Hrvatska broji svaki dan sve više ljudi oboljelih od neizlječive bolesti, skrb za takve pacijente je skupa i teška, a smrt najbolje što se može dogoditi, ali svojim prirodnim tijekom. Kod nas bilo kakav oblik eutanazije nije dopušten i nitko nema pravo uskratiti nekome pravo na život. Obitelj je svjesna da pacijent pati i da je najbolje da umre kako bi prestala njegova bol, često postavljaju pitanja medicinskim sestrama: „Koliko dugo će još živjeti?“. To je pitanje na koje nitko nema odgovor, već samo po simptomima i znakovima koje ima pacijent pred sam kraj života, može se pretpostaviti da će skoro umrijeti.

Liječnici i medicinske sestre koji su se susreli sa teškim smrtima svojih pacijenta, smatraju eutanaziju dobrom i da ju treba provoditi. Danas je to pitanje koje se svakodnevno postavlja, te se o eutanaziji pričaju pozitivne i negativne strane, a tko ima hrabrosti drugom čovjeku oduzeti pravo na život je pitanje bez odgovora.

Kroz povijest događale su se mnoge eutanazije, ne samo teško izlječivih već i osoba sa invaliditetom, a jedna od najvećih eutanazija u povijesti dogodila se u Drugom svjetskom ratu.

Eutanazija je problem iz različitih aspekata gledanja, medicina je mnogo uznapredovala, ali nedovoljno da čovjek postane besmrtn. Današnjim liječenjem pacijentima se omogućuje duži život, a osobama neizlječive bolesti kvalitetniji.

Svaki pacijent zaslužuje dostojanstvenu smrt, bez jakih bolova i velike patnje, uz samopoštovanje i poštovanje svih osoba koje ga okružuju, bez uzimanja nade za život, te da umre u miru i prihvaćanju svoje smrti.

Pacijenti emocionalno ne prihvaćaju smrt, imaju strah od osamljenosti, te im nedostaje bliskost i dobrota njihove obitelji. Pacijent prihvaća svoju smrt kognitivno, a emocionalno nikada. Medicinske sestre u radu sa palijativnim pacijentima smatraju da pacijent lakše može podnijeti svoju smrt u prisutnosti obitelji i prijatelja.

„Da li treba provoditi eutanaziju ili ne?“, pitanje s kojim se mnogi susreću, a jasno je da je pacijentu potrebna prisutnost i potpora osoba koje ga okružuju, bile to medicinske sestre kojima je to posao ili bližnjih iz ljubavi. Pacijenta treba saslušati, govoriti i na kraju dostojanstveno oprostiti se.

Pravo na eutanaziju nema, oduzimanje prava na život je zločin kojim se oduzima dostojanstvo čovjeka. Svakom pacijentu se pomaže da svoju smrt doživi dostojanstveno, čuvajući njegovo poštovanje.

1.11. Žalovanje

Tugovanje za svojim ocem, suprugom, majkom ili gubitak vlastitog djeteta prirodan proces kroz koji svaka osoba prolazi nakon gubitka osobe s kojom je bila emocionalno povezana, a period se razlikuje po načinu kako netko doživljava gubitak voljenog. Često može biti dugotrajan proces u kojem je bitno imati socijalnu i psihološku podršku. U trenutku saznanja gubitka voljene osobe, reakcija je negirajuća i bez prihvatanja istine. Smrti koje su nastupile vrlo brzo nakon saznanja o neizlječivoj bolesti, vrlo su bolan gubitak, a obitelj žaluje mjesecima tražeći krivce za smrt voljenog. Razumijevanje obitelji je individualno u saznanju da će doći dan kada te osobe više neće biti, pripreme za nadolazeću smrt dugotrajne, a spremnost na stvarni gubitak težak poraz. U samom početku teško je prihvatiti smrt, prihvatiti da te osobe više nema, a posebno jer je svakoj obitelji trebao još samo jedan trenutak da nešto kaže, da se oprost. Mnogi pacijenti su umrli, a obitelji i prijatelji imali su još riječi za voljenu osobu, riječi isprike, riječi koje nisu rečene kada su trebale biti. Dugo vremena treba za prihvatiti stvarnost, prihvatiti gubitak. U žalovanju bitna je podrška obitelji, dobra priprema prije nego će doći smrt voljenoga, kako bi lakše prihvatili gubitak.

I onda kada te osobe nema, ona i dalje živi u nama, našim sjećanjima, u srcu. Svi umru onda kada su zaboravljeni.

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj rada bio je prikaz broj umirujućih od neizlječivih bolesti na stacionaru, koji žive na području Umaga i okolica. Istraživanje je provedeno na temelju podataka zadnjih 5 godina, pacijenata koji su zaprimljeni na paliјativni stacionar prema životnoj dobi, najčešćoj medicinskoj dijagnozi, te spolu.

Cilj istraživanja bio je prikaz važnosti medicinske sestre tijekom skrbi za pacijenta oboljelog od neizlječive bolesti, te skrbi za pacijenta u posljednjih nekoliko dana njegova života.

3. MATERIJAL I METODE

U istraživanju podataka palijativnih pacijenata korištena je knjiga umrlih, medicinska dokumentacija pacijenata, povijest bolesti koju sastavlja odjelni liječnik te knjiga zaprimljenih i opuštenih pacijenta.

Istraživanje rada je provedeno od 2015. – 2020., te je u tom razdoblju preminulo 261 pacijent oba spola, koji imaju medicinsku dijagnozu neizlječive bolesti. Istraživanje je provedeno na području Umag i okolica, koja ima 87 km², i broji više od 13 400 stanovnika.



Slika 2: Na karti Istre označeno je područje grada Umag i okolica (preuzeto: [27](https://www.google.com/search?q=grad+umag+na+karti&tbm=isch&ved=2ahUKEwiw4fTRh87xAhUBtaQKHfESCBcQ2-cCegQIABAA&oq=grad+umag+na+karti&gs_lcp=CgNpbWcQAzoECAAQHjoGCAAQCB AeOgQIABAYUOBWVN5nYKtraABwAHgAgAGGAogBqwmSAQUwLjguMZgBAKAB AaoBC2d3cy13aXotaW1nwAEB&sclient=img&ei=uRjkYPCgAYHqkgXxpaC4AQ&bih=657&biw=1366#imgrc=i_tSIyu-rtldvM)</p></div><div data-bbox=)

Palijativni stacionar nalazi se u sklopu Istarskih domova zdravlja, na kojem se provodi palijativna i terminalna skrb za teško oboljele punoljetne pacijente. Stacionar se razlikuje od rada bolnica, jer se na njemu provodi samo simptomatsko liječenje pacijenta, koji dolaze pred sam kraj svoga života.

Na stacionaru se nalazi 26 kreveta, te još jedan pomoć, odnosno 27 kreveta. Palijativni stacionarni odjel ima 12 soba, trokrevetnih i dvokrevetnih u kojima se zaprimaju palijativni pacijenti kojima je potrebna intenzivna skrb, ali nisu još u fazi pred samu smrt. Pacijenti kojima je ostalo nekoliko dana života, te ovisе o terminalnoj skrbi smješteni su u jednokrevetnu sobu, kojih ima 3 na stacionaru.

Pacijentima je omogućena osnovna laboratorijska pretraga, RTG, UTZ, pregled interniste, neurologa te kirurga koji rade u sklopu Doma zdravlja. Na stacionaru radi odjelni liječnik, radnim danom (07 – 15 h), glavna sestra koja radi svakim danom osim nedjelje (07 – 14 h), medicinske sestre koje rade u turnusu po 12 sati dnevne (07-19 h) i 12 sati noćne smjene (19-07 h), te njegovateljice koje rade samo dnevne smjene (07-19 h).

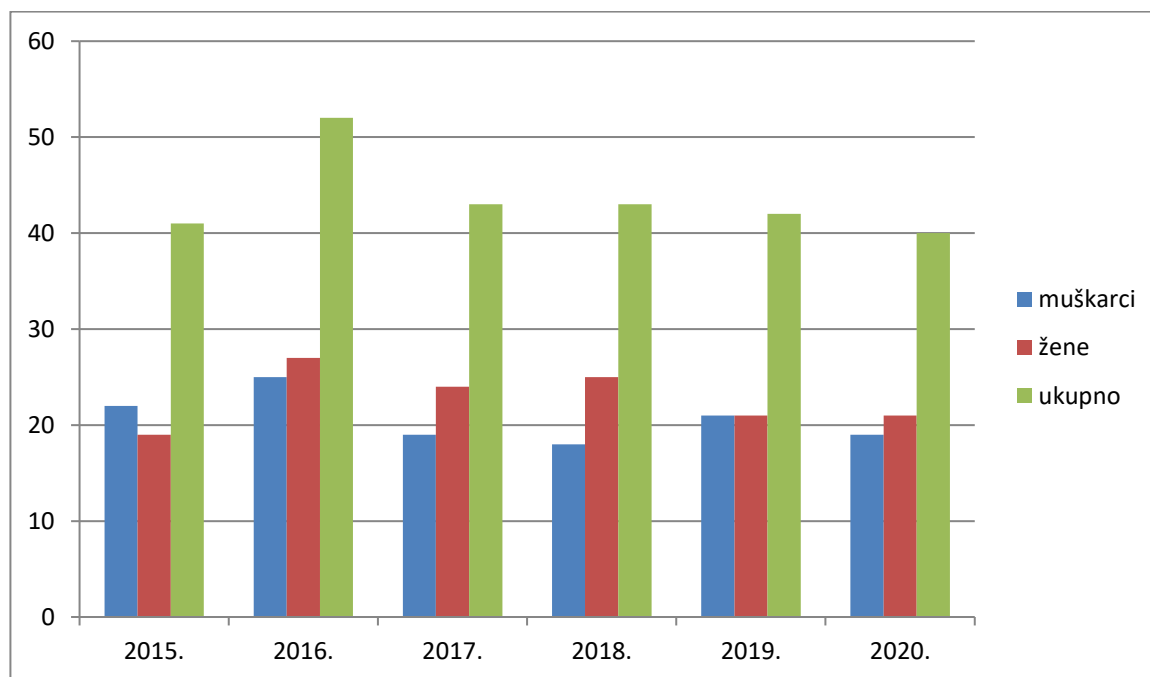
Stacionarni odjel ima ugovorenih 15 kreveta od HZZO, dok su ostalih 12 od strane tržišta. Način prijema na stacionar je redovan za oboljele kojima je potrebna pojačana zdravstvena njega, a hitan prijem za pacijente ovisne o terminalnoj skrbi. Zaprimljeni pacijenti su otpušteni sa bolničkih odjela iz OB Pula i KBC Rijeka, a u maloj većini pacijenti dođu od kuće na stacionar.

4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Tablica 2: Prikaz broj umrlih oba spola u razdoblju od 2015.-2020.

GODINA	MUŠKARCI	ŽENE	UKUPNO
2015.	22	19	41
2016.	25	27	52
2017.	19	24	43
2018.	18	25	43
2019.	21	21	42
2020.	19	21	40

Grafikon 1: Prikaz broj umrlih prema spolu u razdoblju 2015. – 2020.

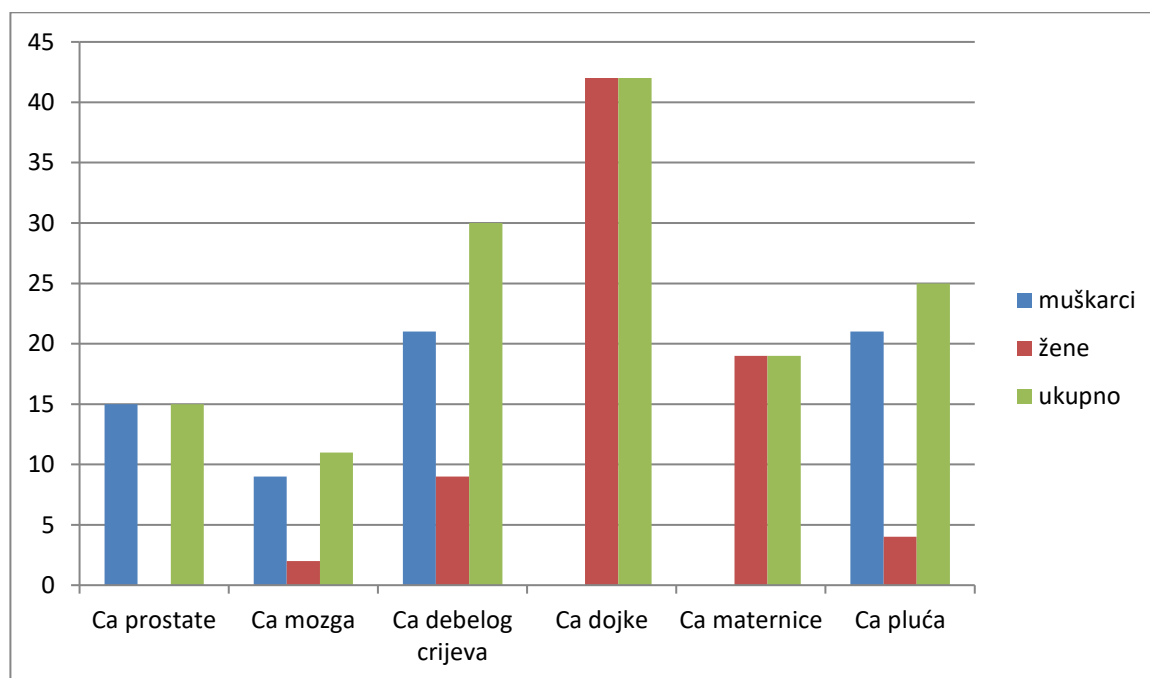


Iz grafikona je vidljivo da je svake godine umrlo približno sličan broj pacijenata, ali je broj preminulih ženskih pacijenata u blagom porastu.

Tablica 3: Medicinske dijagnoze s kojima je najviše umrlo pacijenata oba spola

DIJAGNOZE	RAK PROSTATE	TUMOR NA MOZGU	RAK DEBELOG CRIJEVA	RAK DOJKE	RAK VRATA MATERNICE	KARCINOM PLUĆA
MUŠKARCI	15	9	21	0	0	21
ŽENE	0	2	9	42	19	4
UKUPNO	15	11	30	42	19	25

Grafikon 2: Prikaz broja umrlih s najčešćom dijagnozom



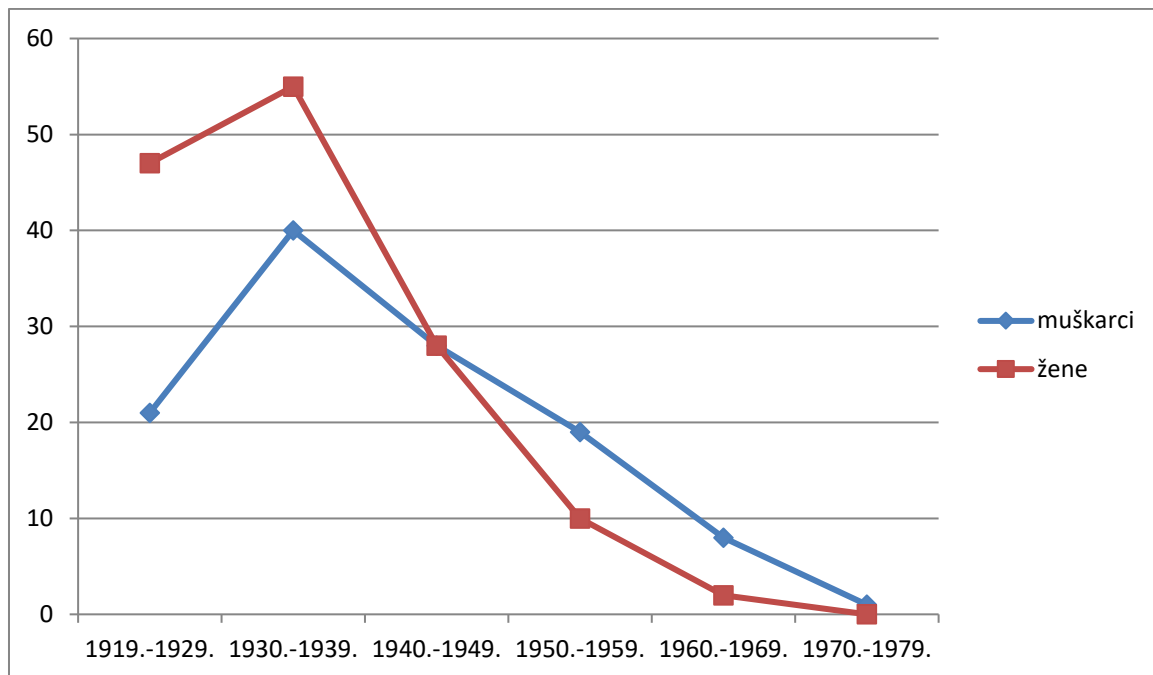
Iz tablice i grafikona je vidljivo da muškarci umiru podjednako sa dijagnozom Ca debelog crijeva i Ca pluća, dok Ca dojke uzrokuje veliku smrtnost kod žena.

Tablica 4: Prikaz smrtnosti pacijenata prema rasponu godišta rođenja

GODIŠTE PACIJENTA	1919.- 1929.	1930.- 1939.	1940.- 1949.	1950.- 1959.	1960.- 1969.	1970.- 1979.	1980.- 1989.
MUŠKARCI	21	40	28	19	8	1	1
ŽENE	47	55	28	10	2	1	0
UKUPNO	68	95	56	29	10	2	1

Tablica nam prikazuje da ženska populacija umire u visokoj životnoj dobi, dok muškarcu umiru mlađi. Umrlo je više muškaraca srednjih životnih godina, rođeni u razdoblju od 1950.-1969.

Grafikon 3: Prikaz umrlih oba spola prema godištu



Iz tablice i linijskog grafikona vidljivo je da u prosjeku žene žive duže od muškaraca, dožive stariju životnu dob, a njihova godišta rođenja kreću se od 1919. – 1939. Muškarci u odnosu na žene žive kraće, a rođeni u razdoblju 1940.-1949., umro je isti broj muškaraca i žena. Iz grafikona je vidljivo da su učestalije smrti pacijenata srednje životne dobi za muškarce i visoke životne dobi za žene, dok je samo jedna muška osoba umrla mlađih godina, rođena u razdoblju od 1980.-1989.

5. RASPRAVA

Istraživanje je provedeno u razdoblju od 2015. – 2020., te je preminulo 261 pacijent na stacionaru Umag, gdje im je pružena palijativna skrb i terminalna skrb u posljednjih nekoliko dana njihova života, uz prisutnost njihove obitelji. Rezultati istraživanja pokazuju da godišnje umre između 40 – 50 pacijenata na stacionaru palijativne skrbi.

U prosjeku žene žive duže, te je na stacionaru Umag umro najveći broj žena koje su rođene u razdoblju 1919. – 1939. godine., odnosno žene umiru u visokoj životnoj dobi, dok muškarci u srednjim godinama. Iz grafikona je vidljivo da rođeni u razdoblju od 1940.-1949., umro je isti broj muškaraca i žena. Rođeni u razdoblju 1930. – 1949. godine, umro je veći broj muškaraca, koji su doživjeli veću starosnu dob, dok rođeni u razdoblju 1950. – 1959. umro je gotovo duplo veći broj muškaraca, nego žena rođene u tom istom razdoblju. Također je u tom razdoblju umro i najveći broj muškaraca u odnosu na muškarce rođene u razdoblju 1960. – 1989. godine. Muškarci rođeni u razdoblju 1960. – 1969., umro je 4 puta više nego žena rođene iz tog istog razdoblja. Prema tim podatcima može se zaključiti kako je visoka stopa smrtnost muškaraca srednjih godina, te da muškarci oboljevaju mlađi, ali broj žena umrlih je mnogo veće od broja muškaraca koji su doživjeli visoku starosnu dob.

Od karcinoma pluća i karcinoma debelog crijeva muškarci umiru u istom broju u odnosu na ostale dijagnoze, ali i karcinom prostate također uzrokuje veću smrtnost u odnosu na ostale neizlječive bolesti, te se iz grafikona može vidjeti da su te bolesti kod muškaraca česte i uzrokuju najveću smrtnost među njima, dok rak dojke i karcinom vrata maternice uzrokuje veliku smrtnost kod žena. Iz grafikona je vidljivo kako je smrtnost uzrokovana od karcinoma dojke u velikom porastu na područje grada Umaga i okolice. Smrtnost je visoka ne samo u srednjim godinama žena, nego i u visokoj životnoj dobi.

Iz linijskog grafikona vidljivo je da je smrtnost ženske populacije u velikom porastu, te da ta linija opada u mlađoj životnoj dobi žene. Prema tom grafikonu smrtnost muškaraca je dosta visoka u višoj životnoj dobi, ali ima vrlo blagi pad u srednjim životnim godinama. U linijskom grafikonu vidljivo je da je smrtnost muškaraca povišena u srednjim i mlađim godinama, nego kod žena rođene u tom istom razdoblju. Prema tom grafikonu može se zaključiti da žene umiru u većem broju u visokim životnim godinama, nego muškarci rođeni u tom istom razdoblju, dok je smrtnost mnogo veća za muškarce u srednjim i mlađim životnim godinama. Te je zaključak sljedeći da muškarci u malom broju dožive stariju životnu dob, te je njihov prosjek života manji u odnosu na žene.

Grad Umaga i okolica ima relativno dosta broja stanovnika s obzirom na geografsko područje, te prema podacima iz tablica i grafikona vidljivo je kretanje smrtnosti prema životnoj dobi pacijenta. Najveća smrtnost populacije je u srednjoj i visokoj životnoj dobi, točnije visokoj životnoj dobi za žene, a srednje godine za muškarce. Na stacionaru palijativne skrbi umrlo je 261 pacijent od toga 143 žene i 118 muškaraca, odnosno umrlo je 25 pacijenata ženskog spola više u razdoblju od 2015.- 2020. godine.

Mali broj je umrlih u mlađoj životnoj dobi, svega 3 pacijenta, rođeni u razdoblju od 1979.-1989. godine. Iz grafikona i tablice može se zaključiti da je mlađa populacija zdravija, te da se neizlječive bolesti javljaju početkom srednjih životnih godina.

Broj oboljelih svakim danom raste, a prema podacima iz grafikona vidljivo je kretanje smrtnosti prema spolu i dijagnozama. Svaki pacijent s obzirom na bolest od koje umire i životne godine, zahtjeva poseban način rada od medicinske sestre. Pristup svakom pacijentu je individualan, važna je podrška i komunikacija koju medicinske sestre primjenjuju obzirom na kognitivne funkcije pacijenta i njegovu životnu dob.

Mnogi pacijenti boluju od iste neizlječive bolesti, ali pristup svakom pacijentu je drugačiji, ne samo zbog njegovih životnih godina, nego iz zbog faza koje prolazi kod suočavanja sa neizlječivom bolesti. Dijagnoze Ca debelog crijeva i Ca pluća uzrokuju visoku smrtnost kod muškaraca srednjih godina u palijativnom stacionaru Umag. Osim te 2 dijagnoze, Ca prostate uzrokuje povećanu smrtnost u odnosu na ostale neizlječive bolesti. Skrb koja se pruža ženama u stacionaru je najčešća kod oboljenja od Ca dojke, te je umro veliki broj žena srednjih, ali i visokih životnih godina u stacionaru.

Skrb koju pružaju medicinske sestre je liječenje koje se provodi 24 sata, pomažući u zadovoljavanju njihovih ljudskih potreba, smanjenje boli, ali podrška i podrška njihovim obitelji. Medicinske sestre obavljaju svoj posao ne samo po svojoj dužnost, nego i sa puno suosjećanja, ostaju uz pacijenta koliko im je potrebno, a razgovor i podrškom smanjuju njegovu bol i patnju.

Najvažniji dio posla medicinskih sestara je skrb, zadovoljavanje ljudskih potreba i intervencije koje provodi u rješavanju problema koje se javljaju kod oboljelih pacijenata postavljanjem sestrinske dijagnoze. Sestrinska dijagnoza je važna u rješavanju pacijentovih problema koji su proizašli iz bolesti od koje umiru. Bolest djeluje drugačije na svakog

pacijenta, pa sestrinske dijagnoze se postavljaju za svakog pacijenta ovisno o njegovim potrebama, a ne bolesti od koje boluju, jer mnogi pacijent boluju od iste bolesti, a svaki ima drugačije potrebe. Sestre potrebe zadovoljavaju prema potrebama koje je postavila teoretičarka V. Henderson, onda kada pacijent nema potrebnu snagu niti volju, a u palijativnom stacionaru pomažu pacijentu da doživi mirnu smrt, primjenjujući intervencije koje su proizašle iz sestrinske dijagnoze kod palijativnog pacijenta.

Mnogobrojne su sestrinske dijagnoze, aktualne i potencijalne, ali nema svaki pacijent potrebe za istim dijagnozama. Svaki čovjek je različit kao i njegove potrebe, a kada umiru od neizlječive bolesti svi pacijenti imaju istu sestrinsku dijagnozu – bol.

Palijativnim pacijentima zajedničke su sestrinske dijagnoze od kojih je prva bol, a zatim SMBS hranjenja, higijena, eliminacija, te strah, anksioznost i dekubitus. Te su dijagnoze najviše zastupljene kod palijativnih pacijenata u stacionaru Umag.

6. ZAKLJUČAK

Palijativni pacijent postaje onog trenutka od saznanja da boluje od neizlječive bolesti, te mu se pripisuje medicinska dijagnoza. Palijativni pacijent treba svaku podršku i prisutnost svoje obitelji i društva, a palijativnu skrb onda kada više nema nade za izlječenjem, samo nada za životom. Rad sa palijativnim pacijentima je zamoran i iscrpljujući, kako za obitelj tako i za medicinske sestre. Palijativna skrb je zdravstvena njega 24 sata koja se provodi ne samo zadovoljavanjem ljudskih potreba, nego psihološkom podrškom, komunikacijom, slušanjem pacijenta i ostankom uz pacijenta koliko je potrebno, riječi koje mogu liječiti psihički, smanjenjem boli, a dodir koji je nezamjenjiv lijek u bori za život. Pacijentima se ne oduzima nada za životom, prihvaća se njihova odluka u daljnjem simptomatskom liječenju bolesti i priprema se za nadolazeću smrt, a obitelj na gubitak voljene osobe. Svaki pacijent spreman je na bilo kakvo liječenje, pa se često dogodi da se okreću duhovnom izlječenju, a onoga trenutka kada bolest uznapreduje, te se više ne mogu ustati iz kreveta, počnu gubiti svaki dio sebe kao osobe, jer ovise o tuđoj pomoći. Stacionarni odjel vodi skrb za pacijente kada više ne mogu ustati iz kreveta, a svaki komadić hrane koji gutaju oduzima im posljednju snagu. Prije same smrti javljaju se znakovi koje medicinske sestre prepoznaju, a obitelj osjeti držeći hladnu ruku osobe koju voli. Gledanje patnje i boli vrlo je teško, a svako uskraćivanje života eutanazijom je zločin, zakonom kažnjiv. Umiranje palijativnog pacijenta je vrlo bolno, prolaze kroz veliku agoniju, ali imaju svako pravo na život i da smrt dočekaju prirodno. Proces žalovanja je težak svakoj osobi onako kako ga doživljava, a sami gubitak subjektivan. Gubitak voljene osobe nije kraj, jer ona živi sve dok se njena obitelj sjeća svakog trenutka, riječi, dodira.

Svakog dana netko sazna da boluje i da mu se uskoro bliži kraj života, naš način života i gubljenje vremena na stvari koje nisu bitne ubrzava proces umiranja. Danas je potreba za palijativnom skrbi sve veća, te se skrb za umirujuće ne provodi samo u bolnicama, već i u drugim zdravstvenim ustanovama. Skrb za umirujuće nema vremensko razdoblje, može trajati vrlo dugo ili neočekivano kratko, jer nitko ne zna kada će palijativni pacijent umrijeti.

Bitno je podizanje razine obrazovanja medicinskih sestara, jer su one nezamjenjiv kadar u skrbi, a briga za palijativne pacijente ne može se odvijati bez njih. Potrebno je podizanje svijesti građana, upućivanje na pravodobno liječenje kako bi što prije započeli liječenje, a time im se produžio život. Kod već uznapredovale bolesti nije bitno osigurati pacijentu da živi duže, već da živi kvalitetniji život.

7. LITERATURA

- Budak A. i suradnici: Obiteljska medicina, Gandalf d.o.o., Zagreb, 2000.
- Fučkar G.: Proces zdravstvene njege, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1995.
- Prlić N.: Zdravstvena njega, Školska knjiga, Zagreb, 2008.
- Živković R.: Interna medicina, 12. izdanje, Medicinska naklada, Zagreb, 1997.
- Brkljačić M.: Potrebe grada Rijeke za hospicijem i palijativnom skrbi, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, 2007.
- Ambrašić L. Gubitak, tugovanje, podrška. Jastrebarsko: Naklada Slap 2008.
- Palijativna skrb – KBC Rijeka. Dostupno na: http://kbc-rijeka.hr/wp-content/uploads/2016/02/Palijativna-skrb_Osnovne-informacije_Bro%C5%A1ura.pdf (pristupila 24.6.2021.)
- Palijativna skrb. Dostupno na: https://hr.wikipedia.org/wiki/Palijativna_skrb (pristupila 27.6.2021.)

8. PRILOZI

Prilog A: Popis ilustracija

Slike

Slika 1. Pacijentica prihvaća nadolazeću smrt.....6

Slika 2. Na karti Istre označeno je područje grada Umag i okolica.....27

Tablice

Tablica 1. Usporedba konvencionalnog i palijativnog pristupa umirućem bolesnik.....4

Tablica 2. Prikaz broja umrlih oba spola u razdoblju od 2015.-2020.....29

Tablica 3. Medicinske dijagnoze s kojima je najviše umrlo pacijenata oba spola.....30

Tablica 4. Prikaz smrtnosti pacijenata prema rasponu godišta rođenja.....31

Grafikoni

Grafikon 1. Prikaz broj umrlih prema spolu u razdoblju od 2015.-2020.....29

Grafikon 2. Prikaz broja umrlih s najčešćim dijagnozama.....30

Grafikon 3. Prikaz umrlih oba spola prema godištu.....32

ŽIVOTOPIS

Zovem se Sunčica Branežac, rođena u Virovitici 05.07.1995. godine. Odrasla sam u Pakracu gdje sam završila osnovnu i srednju školu. Nakon završetka srednje medicinske škole otišla sam u Istru. Tamo sam počela raditi u domu za starije i nemoćne, bio je to moj prvi posao. Zbog okruženja i načina života, svidjelo mi se mjesto, pa sada živim u Umagu. Svojim roditeljima se više nikad nisam vratila, samo ih posjećujem. Danas radim u Domu zdravlja, na palijativnom stacionaru.