

Zdravstvena njega u palijativnoj skrbi kao alternativa eutanaziji

Krapac, Magdalena

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:546015>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-10-06**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Bjelovar University of Applied Sciences - Institutional Repository](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
STRUČNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO

**ZDRAVSTVENA NJEGA U PALIJATIVNOJ SKRBI
KAO ALTERNATIVA EUTANAZIJI**

Završni rad br. 101/SES/2022

Magdalena Krapac

Bjelovar, listopad 2023.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Student: **Magdalena Krapac**

JMBAG: **0231028826**

Naslov rada (tema): **Zdravstvena njega u palijativnoj skrbi kao alternativa eutanaziji**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Đurđica Grabovac, dipl. med. tehn.**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Daliborka Vukmanić, mag. med. techn., predsjednik**
2. **Đurđica Grabovac, dipl. med. tehn., mentor**
3. **Goranka Rafaj, mag. med. tehn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 101/SES/2022

U sklopu završnog rada potrebno je:

1. Izraditi pregled potrebne i dostupne literature vezane uz temu zdravstvene njege u palijativnoj skrbi i pojma eutanazije
2. Opisati palijativnu skrb i pojam eutanazije
3. Navesti i opisati postupke zdravstvene njege u palijativnoj skrbi
4. Opisati ulogu medicinske sestre prvostupnice u palijativnoj zdravstvenoj njezi i njeno zalaganje za pacijenta koji se želi podvrgnuti postupku eutanazije
5. Navesti sestrinske dijagnoze u palijativnoj zdravstvenoj njezi
6. Planirati zdravstvenu njegu, kroz izradu planova zdravstvene njege za palijativne pacijente

Datum: 25.10.2022. godine

Mentor: **Đurđica Grabovac, dipl. med. tehn.**



Ovim putem želim se zahvaliti mojoj mentorici, Đurđici Grabovac, dipl.med techn. na iznimnoj podršci tijekom školovanja, tijekom pisanja ovog završnog rada i brojnim konzultacijama. Također se zahvaljujem svim profesoricama i profesorima, koji su mi omogućili da što bolje svladam sve prepreke. Zahvaljujem se dragom Bogu i nebeskoj Majci Mariji koji su uvijek bili uz mene i još uvijek su. Posebno mjesto u ovoj zahvali posvećujem svojim roditeljima, očuhu i svom zaručniku Robinu koji su mi bili neizmjerena podrška tijekom cijelog školovanja.

„Ono što nagrađuje naš rad nije to što smo dobili, nego ono što smo postali.“

Paulo Coelho

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. CILJ RADA.....	2
3. METODE.....	3
4. RASPRAVA.....	4
4.1. Etička pitanja u medicini	5
4.4.1. Etička pitanja u skrbi na kraju života	5
4.2. Eutanazija.....	6
4.2.1. Čimbenici koji utječu na zahtijevanje i provođenje eutanazije.....	9
4.3. Palijativna skrb	10
4.3.1. Postupci zdravstvene njege u palijativnoj skrbi	11
4.3.2. Uloga medicinske sestre.....	13
4.3.3. Izazovi uloge medicinske sestre u palijativnoj skrbi.....	17
4.3.4. Edukacija, obrazovanje i administrativna podrška.....	18
4.4. Proces zdravstvene njege	18
4.4.1. Bol	21
4.4.2. Dispneja.....	23
4.4.3. Kašalj.....	24
4.4.4. Anoreksija i kaheksija	25
4.4.5. Opstipacija, paralitički ileus i dijareja.....	25
4.4.6. Mučnina i povraćanje	27
4.4.7. Depresija, anksioznost i delirij	27
4.4.8. Umor i poremećaji spavanja.....	28
4.4.9. Oštećenje kože i dekubitus	29
4.5. Povijesni osvrt na eutanaziju kao pomoć medicinskoj sestri.....	29
5. ZAKLJUČAK.....	32
6. LITERATURA	33
7. OZNAKE I KRATICE	37
8. SAŽETAK	38
9. SUMMARY	39

1. UVOD

Svaki je čovjek jedinstveno živo biće kojemu su po rođenju zajamčena osnovna ljudska prava i kao takva trebaju se poštivati sve do smrti. Gledano kroz povijest, standardi i društvena uvjerenja o tome tko ima pravo na život se mijenjaju, što je posebno izraženo kada se govori o osobama s dijagnozom neizlječive bolesti ili zdravstvenog stanja koje značajno ograničava samostalnost. Svaki bolesnik ima autonomiju u donošenju odluka na temelju vlastitih uvjerenja i vrijednosti, no kada se govori o bolesnicima u terminalnoj fazi života, njihovo pravo na autonomiju često otvara pitanje eutanazije. Eutanazija je najčešće etičko pitanje s kojim se susreću članovi multidisciplinarnog palijativnog tima. Palijativni tim i svi koji su uključeni u skrb za bolesnika trebaju poznavati etička načela te ih svakodnevno primjenjivati u praksi. Samo postavljanje pitanja o eutanaziji posljedica je kako pravnih, tako i medicinskih, etičkih, religijskih, psiholoških pitanja koje želja bolesnika za okončanjem života otvara. Eutanazija se smatra ilegalnom praksom u gotovo svim zemljama svijeta, no otvaranje ovog pitanja postaje sve učestalije pod utjecajem dostupnih informacija i legalizacije u pojedinim zemljama. U zemljama u kojima je eutanazija legalna, ona je dostupna bolesniku neovisno o mjestu stanovanja. Zakonski je regulirana u Nizozemskoj, Belgiji, Švicarskoj, Kanadi, Kaliforniji, Oregonu i Washingtonu (1). Odluka o prihvaćanju zahtjeva bolesnika za eutanazijom donosi se na temelju konzultacija s liječnikom, a proces se provodi uz kontinuirani nadzor i odgovarajuću medicinsku skrb te podršku obitelji bolesnika. Bolesnici koji najčešće izražavaju želju za eutanazijom su oboljeli od malignih i psihičkih bolesti, koje značajno narušavaju kvalitetu života kako oboljelih, tako i njihovih obitelji. Želja za okončanjem života ne znači istovremenu želju za smrću, već često predstavlja pokušaj bolesnika da pronađe rješenje za patnju koju osjeća. Odvraćanje bolesnika od želje za eutanazijom jedan je od ciljeva palijativne skrbi, koji se postiže osiguravanjem najbolje moguće razine kvalitete života i pružanjem podrške bolesniku i njegovoj obitelji.

2. CILJ RADA

Cilj završnog rada je prikazati zdravstvenu njegu u palijativnoj skrbi kao alternativu eutanaziji, opisati pojam eutanazije i etičkih pitanja, pojam palijativne skrbi, svrhu i ciljeve procesa zdravstvene njege bolesnika s dijagnozom neizlječive bolesti. U radu će biti navedeni i opisani postupci njege u palijativnoj skrbi i uloga medicinske sestre u procesu zdravstvene njege te palijativne skrbi, te zalaganje za pacijenta koji se želi podvrgnuti postupku eutanazije. Kroz prikaz procesa zdravstvene njege u palijativnoj skrbi, bit će navedeni najčešći problemi s kojima se bolesnici suočavaju, te intervencije i postupci usmjereni na rješavanje istih.

3. METODE

U svrhu izrade ovoga rada korištena je i pretražena stručna literatura na zadanu temu. U pretraživanju literature korištene su elektroničke baze podataka Hrčak, Pubmed, Scopus, Google-znalac. U izradi rada također su korištene knjige na hrvatskom i engleskom jeziku. Literatura je pretražena prema postavljenim ključnim riječima: eutanazija, palijativna skrb, euthanasia, palliative care, skrb na kraju života.

4. RASPRAVA

Etika dolazi od grčke riječi *ethos*, što znači karakter (2). Etika se odnosi na moralna načela koja određuju kako će se osoba ili grupa ponašati. Fokus etike odnosi se na ispravne i neispravne radnje i obuhvaća proces donošenja odluka kojim se određuju konačne posljedice tih radnji. Svaka osoba ima svoj skup osobne etike i morala. Etika u Sestrinstvu je važna jer medicinske sestre moraju prepoznati zdravstvene dileme, dobro prosuđivati i donositi odluke na temelju vlastitih vrijednosti, a istovremeno se pridržavati zakona i načela sestrinske prakse. Da bi radile kompetentno i etično, medicinske sestre, kao i svi zdravstveni djelatnici, moraju imati propise i smjernice unutar profesije, koje se definiraju Etičkim kodeksom (3).

Svaki bolesnik ima pravo na autonomiju u donošenju odluka, koje je potrebno poštivati, neovisno o njihovom utjecaju na ishode liječenja i zdravstvene njege (4). Bolesnikova potreba za autonomijom može biti u sukobu sa smjernicama za pružanje zdravstvene njege ili preporučenim režimom liječenja ili planiranim postupcima zdravstvene njege za koje medicinske sestre vjeruju da su najbolji. Bolesnik ima pravo odbiti lijekove, liječenje, operaciju ili druge medicinske intervencije bez obzira na to kakve koristi, odnosno neželjeni ishodi mogu proizaći iz toga. Ako bolesnik odluči ne primiti liječenje koje bi potencijalno moglo donijeti dobrobit, medicinska sestra mora poštovati taj izbor, no ako je isti suprotan etičkim načelima medicinske struke, tada je bolesnika na primjeren način potrebno poticati na donošenje odluka koje se smatraju etički ispravnim. Zdravstveni djelatnici imaju dužnost suzdržavati se od zlostavljanja, minimizirati štetu i promicati dobrobit pacijenta, što pokazuju postizanjem ravnoteže koristi, u odnosu na prisutne rizike za pacijenta (5). U skrbi za bolesnike na kraju života zdravstveni djelatnici se često suočavaju s etičkim dilemama koje uključuju eutanaziju, odnosno namjerno prekidanje života pacijenta s ciljem okončanja patnje i boli (6, 7). Rasprave koje se odnose na eutanaziju obuhvaćaju rasprave o pravima bolesnika na kraju života, dostojanstvu i situacijama u kojima se eutanazija može smatrati opravdanom

4.1. Etička pitanja u medicini

Bioetika je jedno od područja primijenjene etike koje ima za cilj promišljanje, raspravljavanje i rješavanje moralnih dilema u medicini. Tradicionalno se razlikuju sljedeće prakse koje postavljaju pitanja o moralnoj i etičkoj pozadini donošenja odluka (8):

- pobačaj – inducirani prekid trudnoće
- eutanazija – praksa okončanja života osobe koja proživljava nepodnošljive patnje od neizlječive bolesti, a provodi se na zahtjev osobe
- alotransplantacija – presađivanje unutar jedinki iste vrste, ali različita genskoga sastava
- surogat majčinstvo – trudnoća i porođaj, uključujući prijevremeni porod, prema ugovoru između nositelja trudnoće i potencijalnih roditelja, čije su spolne stanice korištene za oplodnju

4.4.1. Etička pitanja u skrbi na kraju života

Način na koji čovjek živi i umire je važan, a skrb na kraju života ima značajan utjecaj ne samo na osobu koja umire, već i na članove njegove obitelji, prijatelje i zajednicu. Naglasak medicine i društva na intervencijama i liječenju ponekad je glavni prediktor loše i neadekvatne skrbi na kraju života, a neodgovarajuće liječenje u ovoj fazi života može biti štetno i iscrpljujuće, što se očituje kroz fizičke, emocionalne i financijske aspekte života bolesnika i njegove obitelji. Na kraju života veliki broj bolesnika dobiva neželjenu skrb, dok s druge strane pojedini bolesnici ne dobiju skrb koja im je potrebna. U ovim se slučajevima otvaraju brojna etička pitanja, od kojih eutanazija ima najznačajnije mjesto u raspravama diljem svijeta. Neka pitanja vezana uz kraj života izvan su dosega medicine i treba ih rješavati na druge načine; iako medicina trenutno ima značajnu sposobnost liječenja bolesti i olakšavanja procesa umiranja, prava zdravstvena skrb na pravom mjestu u pravo vrijeme najčešće nije postignuta (4, 7).

Stajališta o skrbi na kraju života značajno se razlikuju iz aspekta medicine i aspekta društva; iako se značajan napredak u poboljšanju skrbi vidi, prakse i načela palijativne i hospicijske medicine još uvijek nisu do kraja definirana niti realizirana. Hospicij i palijativna skrb mogu ublažiti strah od procesa umiranja. Kako bi se postigla kvaliteta u pružanju skrbi

na kraju života, važno je poticati poboljšanja u pristupu bolesniku te osigurati financiranje, edukaciju i obuku zdravstvenih djelatnika koji rade u području palijativne skrbi. Osim navedenog, važno je poboljšati bolničku palijativnu skrb i skrb koja se pruža u okvirima ustanova za skrb o starijim i nemoćnim osobama. Edukacije usmjerene prema obitelji značajne su u cjelokupnom procesu jer su članovi obitelji primarni njegovatelji bolesnika na kraju života i trebaju biti upoznati s očekivanjima vezanim za osnovnu bolest s kojom se suočavaju. Bolesnika i obitelj potrebno je poticati da prihvate planiranje skrbi unaprijed i otvorenu raspravu o umiranju i smrti, što potiče sigurnost i sprječava otvaranje etičkih i egzistencijalnih pitanja (4, 6).

Medicinska etika utvrđuje dužnosti liječnika prema bolesnicima i društvu, ponekad u većoj mjeri nego zakon. Liječnici imaju dužnosti prema bolesnicima na temelju etičkih načela koja uključuju: načelo dobročinstva (najbolji interes bolesnika), načelo neškodljivosti (izbjegavanje ili minimiziranje štete), načelo poštovanja autonomije bolesnika, načelo promicanja pravednosti liječenja, načelo poštivanja socijalne pravde (6).

Eutanazija je fundamentalno nespojiva s ulogom liječnika kao iscjelitelja, a legalizacijom eutanazije ovaj proces bilo bi teško ili nemoguće kontrolirati i predstavljala bi ozbiljne društvene rizike. U navedenom slučaju, eutanazija bi se lako mogla provoditi kod svake osobe koja se smatra pripadnikom ranjive skupine. Uključivanje liječnika u eutanaziju pojačava značaj njezine etičke zabrane, jer liječnik koji provodi eutanaziju preuzima jedinstvenu odgovornost za čin okončanja života pacijenta (9). Proturječja eutanazije zapravo su proturječja etike i morala.

4.2. Eutanazija

Eutanazija predstavlja proces kojim zdravstveni djelatnik, koji se brine o pacijentu, namjerno koristi lijekove kako bi prekinuo njegov život s ciljem okončanja boli i patnje s kojom se suočava uslijed teške i neizlječive bolesti. Eutanazija se može učiniti uz pristanak pacijenta (dobrovoljna eutanazija) ili neovisno od strane pružatelja zdravstvenih usluga (nedobrovoljna eutanazija). Praksa prisilne eutanazije nezakonita je u svim zemljama, a Nizozemska i Belgija trenutno su jedine dvije koje dopuštaju zdravstvenim djelatnicima sudjelovanje u dobrovoljnoj eutanaziji (6). U teoriji postoje dvije vrste eutanazije: pasivna i aktivna. Samoubojstvo uz pomoć liječnika često se naziva aktivnom eutanazijom uz

medicinsku pomoć, a odnosi se na davanje smrtonosnih lijekova bolesniku da samostalno izvrši čin ubojstva. Čimbenici koji imaju velik utjecaj na stavove ljudi prema eutanaziji uključuju kulturna i vjerska uvjerenja. U klimi globalizacije, zdravstveni djelatnici moraju razumjeti bioetiku različitih kultura jer sposobnost prihvaćanja kulturoloških različitosti u zdravstvenom okruženju može rezultirati poboljšanjem kvalitete života pacijenta, a samim tim pridonijeti očuvanju dostojanstva i kvalitete života, što može utjecati na smanjenje želje bolesnika za eutanazijom (8).

Donošenje odluke o eutanaziji predstavlja više od donošenja odluke o počinjenju samoubojstva i straha od umiranja. Eutanazija predstavlja zabrinutost oko načina života i načina na koji će netko umrijeti, osobito ako se radi o bolesnicima koji pate, suočavaju se s boli i gubitkom kontrole nad procesom umiranja, što potiče njihovu sklonost za donošenje odluke o eutanaziji. Uzimajući u obzir da na mišljenje i stavove o eutanaziji značajno utječe kultura i društvena sredina, širenjem globalizacije i pokreta multikulturalnosti, percepcije o eutanaziji i olakšanju boli i patnje značajno su promijenjeni. Bez obzira na pravni status eutanazije u većini zemalja, javne su rasprave opsežne i često su pokrenute jedinstvenim slučajevima koji se prezentiraju u medijima. Globalizacija je karakterizirana brzim razvojem komunikacijsko-informacijskih tehnologija, što informacije o ovim slučajevima čini dostupnim svima, a što posljedično povećava učestalost otvaranja ovog etičkog pitanja koje će, bez obzira na zakonske regulative, uvijek biti tema javnih rasprava i vječna etička dilema (10, 11).

Kao što je prethodno navedeno, Belgija je zemlja u kojoj je eutanazija zakonski regulirana i odobrena, no usvajanje zakona o ukidanju dobne granice za provođenje eutanazije rezultiralo je razvojem koncepta turizma smrti ili turizma eutanazije, koji se širi na globalnoj razini. Ovaj koncept omogućava bolesnicima i osobama koje se smatraju pripadnicima ranjivih skupina putovanje u zemlje u kojima je eutanazija odobrena, gdje mogu legalno ostvariti svoju želju za korištenjem usluge eutanazije. Švicarska je poznata po turizmu smrti, gdje se svake godine bilježi sve veći broj osoba koje okončavaju svoje živote, a najčešće su to stanovnici Velike Britanije, Njemačke i Francuske. U Nizozemskoj je u 2011. godini eutanazija činila 2 % svih smrti, dok je u Belgiji do 2017. godine provedeno više od 1400 postupaka eutanazije, a ovaj broj kontinuirano raste nakon ukidanja dobne granice za eutanaziju i uslijed razvijanja koncepta turizma smrti (12, 13).

Kada se govori o provođenju terapijskih postupaka na kraju života, medicinska etika i zakon snažno podržavaju pravo bolesnika da odbije liječenje, uključujući i liječenje za održavanje života. Namjera je izbjeći ili prekinuti liječenje za koje bolesnik smatra da nije u skladu s njegovim ciljevima i preferencijama. Smrt slijedi prirodno, nakon odbijanja liječenja i nastupa kao posljedica osnovne bolesti. Etički argumenti u ovom području usmjereni su na i povezuju se s konceptom samoubojstva uz pomoć liječnika, a ističu načelo poštivanja autonomije bolesnika i široko tumačenje dužnosti liječnika da ublaži patnju, neovisno o tome što bolesnik odbija liječenje. Zagovornici samoubojstva uz pomoć liječnika vide ovaj čin kao čin suosjećanja koji poštuje izbor bolesnika i ispunjava obvezu nenapuštanja (4). Protivnici tvrde da najdosljednije etičke tradicije u zdravstvu naglašavaju brigu i utjehu, da liječnici ne bi trebali sudjelovati u namjernom okončanju nečijeg života i da samoubojstvo uz pomoć liječnika zahtijeva od liječnika kršenje posebnih zabrana kao i općih načela dobročinstva i neškodljivosti. Takva se kršenja smatraju nedosljednima uložila liječnika. Obje strane se slažu da je autonomija bolesnika ključna i da se mora poštivati, ali također priznaju da nije apsolutna i da se mora uravnotežiti s drugim etičkim načelima. U suprotnom se ugrožava sposobnost liječnika u pružanju visokokvalitetne skrbi koja se provodi u najboljem interesu bolesnika (6, 7).

Samo primjenom etičkih načela liječnici i medicinske sestre mogu ispuniti svoje dužnosti, uključujući one u svakodnevnoj interakciji i komunikaciji s bolesnicima i njihovim obiteljima. Etička načela također uključuju odbijanje nezakonitog izdavanja recepata i kršenje prava bolesnika na povjerljivost podataka. Poštivanje autonomije bolesnika odražava etičke argumente o prirodi odnosa koji je inherentno neravnopravan zbog razlika u moći i ranjivosti bolesnika zbog bolesti, te dužnosti liječnika i medicinskih sestara u odnosu na pacijenta (6, 7). Iako je dobro dokazana kao učinkovita u postizanju kontrole simptoma kod bolesnika s terminalnom bolešću, tema pružanja palijativne sedacije i dalje izaziva brojne kontroverze. Glavna briga većine zdravstvenih djelatnika i društvenih organizacija zbog primjene palijativne sedacije kod bolesnika je to da bi ovaj postupak mogao nenamjerno ubrzati nečiju smrt. Zbog ovih dilema, praksa palijativne sedacije još uvijek se uspoređuje sa samoubojstvom uz pomoć liječnika i eutanazijom (4), koja je jedno od najvećih etičkih pitanja koja su u fokusu javnih rasprava.

4.2.1. Čimbenici koji utječu na zahtijevanje i provođenje eutanazije

Traženje eutanazije i provođenje ovog čina najčešće se temelji na uzroku patnje. Odluku o eutanaziji najčešće donose bolesnici koji se suočavaju s malignom bolesti, sindromom stečenog nedostatka imuniteta (engl. *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, AIDS) i drugim bolestima i stanjima kod kojih ne postoji mogućnost izlječenja (12, 14). Čimbenici koji su odgovorni za donošenje odluka dijele se na fizičke i psihičke čimbenike, no suicidalne ideje bolesnika i neadekvatna palijativna skrb također se smatraju važnim čimbenicima koji utječu na traženje eutanazije (12). Koncept želje da se ubrza smrt česta je tema istraživanja, a definira se kao odgovor ili reakcija na patnju, u kontekstu stanja koje ugrožava život, a iz kojega bolesnik ne vidi drugi izlaz osim ubrzavanja svoje smrti (15). Želja da se ubrza smrt složena je, kombinira misli, težnje i namjere, ali ne mora nužno označavati doslovnu želju pojedinca za smrću i skraćivanjem života (16). Najčešći fizički čimbenici uključuju: nepodnošljivu, dugotrajnu i potpunu bol, otežano gutanje, paralizu, inkontinenciju i dispneju. Najčešći psihički čimbenici uključuju: depresiju, strah od smrti, osjećaj preopterećenja, strah od gubitka kontrole i gubitka dostojanstva (12).

U zemljama u kojima je odobrena, praksa eutanazije strogo je ograničena. Odluku o provođenju postupka eutanazije donose isključivo liječnici koji se moraju pridržavati zakonskih kriterija u donošenju odluke. Ovi kriteriji navode da liječnici moraju biti uvjereni da je zahtjev bolesnika dobrovoljan i dobro razmotren te da je patnja bolesnika nepodnošljiva i da ne postoje izgledi da se stanje bolesnika može poboljšati. Liječnici moraju informirati bolesnika o njegovoj situaciji i prognozi i moraju zajedno s bolesnikom doći do zaključka da ne postoji razumna alternativa eutanaziji. U procesu odluke o izvršavanju eutanazije, liječnici moraju donijeti odluku o provođenju eutanazije nakon konzultacija u kojima sudjeluje minimalno dva neovisna liječnika, a potpomognuto ubojstvo moraju provesti uz odgovarajuću medicinsku skrb i kontinuirani nadzor (14).

Kada se provodi procjena čimbenika koji utječu na donošenje odluke o provođenju eutanazije, važno je utvrditi da u podlozi zahtjeva za eutanazijom postoji medicinska, odnosno zdravstvena dimenzija. Medicinska dimenzija može biti somatska ili psihijatrijska i mora zadovoljiti postavljene kriterije da bi se zahtjev prihvatio i odobrio. Zahtjev za eutanazijom najčešće se odobrava bolesnicima s malignim bolestima, psihičkim

poremećajima poput demencije i osobama kod kojih je dokazana kulminacija većeg broja zdravstvenih problema koji su povezani sa starošću, a koji su doveli do potpunog gubitka funkcionalnosti i samostalnosti pojedinca (14).

4.3. Palijativna skrb

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO) palijativna skrb je usmjerena na poboljšanje kvalitete života osoba oboljelih od neizlječivih bolesti (17). Palijativna skrb usmjerena je na ublažavanje fizičke, psihičke, duhovne i egzistencijalne patnje, a u procjeni potreba bolesnika obavezno u obzir uzima društvene i kulturološke čimbenike te druge čimbenike koji mogu negativno utjecati na dobrobit bolesnika. Palijativna se skrb provodi od strane multidisciplinarnog tima, a svi članovi tima kroz zajedničku suradnju procjenjuju potrebe bolesnika, utvrđuju ciljeve zdravstvene skrbi i provode specifične intervencije u svrhu postizanja pozitivnih ishoda skrbi (18).

Palijativna skrb je skrb usmjerena na bolesnika i obitelj tijekom cijelog kontinuuma bolesti koja optimizira kvalitetu života smanjenjem patnje uključujući osam domena: struktura i proces njege, fizički aspekti njege, psihološki i psihijatrijski aspekti, socijalni aspekti skrbi, duhovni, religijski i egzistencijalni aspekti skrbi, kulturološki aspekti skrbi, njega bolesnika na kraju života i etički i pravni aspekti skrbi (18, 19).

Palijativna skrb dijeli se na opću i specijalističku, a provodi se na svim razinama zdravstvene skrbi, u svim okruženjima i prema definiranim smjernicama i standardima skrbi (18,20). Svaki bolesnik koji boluje od neizlječive bolesti ima pravo na usluge palijativne skrbi, koja obuhvaća širok raspon bolesti, uključujući maligne, neurološke, kardiovaskularne bolesti i bolesti respiratornog sustava. Najveći broj bolesnika u sustavu palijativne skrbi boluje od bolesti navedenih skupina (17,21). Specijalistička se palijativna skrb u Republici Hrvatskoj provodi prema standardiziranim smjernicama i prema Nacionalnom programu razvoja palijativne skrbi. Ovaj se oblik palijativne skrbi provodi na županijskoj razini, a uključuje: mobilni palijativni tim, centar za koordinaciju palijativne skrbi, posudionicu pomagala i stacionarni smještaj (20-22).

4.3.1. Postupci zdravstvene njege u palijativnoj skrbi

Postupci zdravstvene njege u palijativnoj skrbi uključuju sve postupke koji su usmjereni na predviđanje, prevenciju, dijagnosticiranje i liječenje simptoma koje imaju bolesnici s postavljenom dijagnozom neizlječive bolesti, te na pružanje pomoći i potpore bolesniku i članovima njegove obitelji. Medicinske sestre u palijativnoj skrbi pomažu bolesniku i njegovoj obitelji u donošenju odluka, koje za njih predstavljaju odgovore na važna pitanja. Krajnji cilj palijativne skrbi je poboljšati kvalitetu života i bolesnika i njegove obitelji, neovisno o postavljenoj dijagnozi. Iako palijativna skrb, za razliku od hospicijske skrbi, ne ovisi o prognozi, kako se približava kraj života, uloga palijativne skrbi se pojačava i fokusira na intenzivno upravljanje simptomima i psihosocijalnu podršku (23,24).

Pomoć bolesniku i njegovoj obitelji u razumijevanju prirode bolesti i prognoze ključni je aspekt palijativne skrbi pred kraj života. Osim navedenog, svi članovi multidisciplinarnog tima pomažu bolesniku i njegovoj obitelji u donošenju odluka o odgovarajućoj medicinskoj skrbi i postavljanju realnih ciljeva procesa zdravstvene njege (23). U posljednjoj fazi života najčešće se otvaraju etička pitanja, uključujući eutanaziju. Ova pitanja proizlaze iz fizičke i psihičke patnje, koju je potrebno razumjeti, a bolesniku i obitelji je potrebno pružiti punu pomoć i podršku (12,23).

Ublažavanje patnje osnovni je cilj palijativne skrbi, no uspješnost postupaka ovisi o znanju i vještinama zdravstvenih djelatnika da prepoznaju patnju i uzroke koji do nje dovode. Potpuna bol kod palijativnog bolesnika predstavlja zbroj fizičke, psihičke, socijalne i duhovne boli, a ovaj koncept smatra se središnjom točkom u procjeni patnje i potreba bolesnika. Uzimajući u obzir da su nedostatak socijalne podrške, psihološki stres i fizička bol međusobno povezani, sveobuhvatna procjena potreba ključna je za uspješno liječenje potpune boli (23,24). Optimalno ublažavanje simptoma nije moguće postići, ako se u obzir ne uzmu svi aspekti života bolesnika. Kako bi liječenje patnje i potpune boli kod palijativnog bolesnika bilo uspješno, u rad multidisciplinarnog tima moraju biti uključeni profesionalci zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnosti, uključujući socijalne radnike i duhovnike. Uključenost stručnjaka različitih profesionalaca u pružanje palijativne skrbi ključno je u liječenju patnje povezane sa svim domenama potpune boli (23).

Prevenција i upravljanje simptomima uz optimizaciju kvalitete života tijekom procesa umiranja, također je jedan od ciljeva prema kojem su usmjerene intervencije palijativne

skrbi. Čimbenici koji se smatraju važnima u postizanju optimalne kvalitete života oboljelih od neizlječivih bolesti uključuju izbjegavanje produljenja procesa umiranja uz provođenje odgovarajuće kontrole boli i drugih simptoma koji se javljaju kod oboljelih od neizlječivih bolesti. Optimalna kvaliteta života uključuje postizanje osjećaja samokontrole koji se razvija uz pružanje podrške od strane zdravstvenih djelatnika uključenih u proces pružanja skrbi. Kao važni čimbenici također se navode pronalaženje smisla života, oslobađanje od tereta skrbi obitelji i voljenih te jačanje i dovršavanje odnosa s bliskim osobama i osobama u okolini bolesnika (23,25).

Približavanjem čina smrti, intenzitet i učestalost simptoma se povećava, a tolerancija bolesnika na fizički i emocionalni stres smanjuje, što može potaknuti želju bolesnika za eutanazijom. Ulaskom u posljednju fazu života, intervencije palijativne skrbi postaju primarnim intervencijama, a kao glavni simptomi koji označavaju ovu fazu života uključuju sljedeća četiri simptoma:

- fizička bol – jedan od najčešćih simptoma, liječi se primjenom različitih metoda, rezultira pogoršanjem drugih simptoma, adekvatno liječenje imperativ je skrbi,
- dispneja – subjektivni osjećaj nedostatka zraka, čest i uznemirujući simptom, zahtijeva kontinuiranu procjenu i liječenje primjenom farmakološke terapije,
- delirij na kraju života – najčešće se razvija uslijed primjene lijekova, karakteriziraju se tjeskobom, uznemirenošću i kognitivnim padom,
- „smrtni hropac“ – zvuk kretanja zraka preko nakupljenog sekreta, nije uzrok patnje, uznemirujući je za članove obitelji, promjena položaja glave smanjuje ovaj oblik disanja koji se može liječiti farmakološkom terapijom (23).

Osim rješavanja fizičkih simptoma i uznemirenosti, intervencije multidisciplinarnog tima uključuju procjenu i rješavanje psihosocijalnih i duhovnih problema koji su sastavni dio procesa umiranja. Sveobuhvatna psihosocijalna i duhovna procjena omogućuje članovima tima da postave temelje za zdravu prilagodbu bolesnika i obitelji, učenje učinkovitih tehnika suočavanja i prihvaćanje podrške. Vješta i stručna terapijska komunikacija kroz facilitirane razgovore korisna je za održavanje i unaprjeđenje odnosa, pronalaženje smisla u procesu umiranja i postizanje osjećaja kontrole tijekom suočavanja sa smrću i tijekom pripreme bolesnika i članova obitelji za nadolazeći događaj. Suosjećajna palijativna skrb zahtijeva profesionalnu spremnost educiranih zdravstvenih djelatnika u ovom području da omoguće bolesniku pronalaženje odgovora na egzistencijalna pitanja i

pitanja očuvanja integriteta. Navedeno bolesniku osigurava dostojanstveni kraj života i mirnu smrt (23).

Reflektivna otvorena pitanja ključna su za optimizaciju ove komunikacije i procjenu spremnosti bolesnika za sudjelovanje u razgovoru o navedenim pitanjima. Liječnici, psiholozi, medicinske sestre, socijalni radnici i duhovnici trebaju usvojiti i primijeniti vještine međuljudskih odnosa i povjerenje, koje je potrebno za postizanje psihosocijalne i duhovne dobrobiti bolesnika (23). Mnogi bolesnici u palijativnoj skrbi na smrt gledaju kao događaj koji dolazi iznenada, no također shvaćaju da je ona neizbježan čin koji označava kraj svega poznatoga, odnosno kraj života. Palijativni bolesnici na kraju života traže oproštaj, iskupljenje i zatvaranje obiteljskih, prijateljskih i profesionalnih odnosa, te verbaliziraju sve ono za čim žale, što su propustili i životne ciljeve koje su postigli (23).

4.3.2. Uloga medicinske sestre

Medicinska sestra u palijativnoj skrbi djeluje kao poveznica između različitih razina zdravstvene skrbi, između različitih profesija te između bolesnika i obitelji, što doprinosi osiguravanju kvalitete pružene skrbi. Kako bi mogle pružiti individualno prilagođenu palijativnu skrb bolesnicima s neizlječivim bolestima i njihovim bližnjima, medicinske sestre trebaju imati visoku razinu znanja iz svih područja prakse, te razvijene vještine komunikacije i provođenja specifičnih postupaka. Situacije s kojima se svakodnevno susreću predstavljaju izazov u praktičnim, psihološkim i moralnim dimenzijama skrbi i postavljaju visoke zahtjeve za njihovu ulogu na sveobuhvatan način (26). Medicinske sestre u svim okruženjima i na svim razinama zdravstvene skrbi imaju mogućnost koristiti svoje znanje, vještine i položaj u multidisciplinarnom timu kako bi osigurale pružanje visokokvalitetne skrbi za ove bolesnike i njihove obitelji (19). Profesionalne odgovornosti medicinskih sestara za pružanje palijativne skrbi temeljene su na suštini sestrinske prakse i podržane su etičkim kodeksom. I palijativna i sestrinska skrb naglašavaju sveobuhvatnost koja podržava i ispunjava holističke potrebe bolesnika i članova njegove obitelji, uključujući: procjenu i zbrinjavanje fizičkih potreba i simptoma, emocionalnih potreba i poteškoća te duhovnih potreba (19).

Medicinske sestre često prepoznaju promjene u zdravstvenom stanju bolesnika, što predstavlja ključni čimbenik uključivanja bolesnika u palijativnu skrb. Dok pružanje

palijativne skrbi obuhvaća nekoliko dodatnih kompetencija sestrične skrbi, sve su medicinske sestre, posebno u primarnoj razini zdravstvene zaštite, uključene u gotovo sve aspekte palijativne skrbi. Ovi aspekti uključuju upravljanje simptomima, komunikaciju i zagovaranje (19). Kako bi skrb bila pružena na adekvatan način, medicinske sestre trebaju imati razvijene vještine komunikacije, zapažanja, donošenja odluka i prilagođavanja specifičnim uvjetima i okruženjima pružanja skrbi (25).

Područje palijativne skrbi kreće se u smjeru ranije integracije usluga bolesnicima nakon postavljene dijagnoze neizlječive bolesti ili bolesti koje ograničavaju život. Ovaj način omogućuje medicinskim sestrama da upoznaju bolesnika i obitelj s resursima palijativne skrbi i prednostima uključivanja u proces u ranoj fazi bolesti (19). Jedna od glavnih prednosti palijativne skrbi je mogućnost poboljšanja fizičkih i emocionalnih simptoma koji utječu na sve aspekte života bolesnika i obitelji (27). S primarnim ciljem postizanja optimalne kvalitete života bolesnika, palijativna skrb naglašava upravljanje bolešću i liječenje povezanih simptoma. Slično navedenom, zdravstvena njega u palijativnoj skrbi usmjerena je na proaktivno upravljanje simptomima korištenjem sveobuhvatnih i kvalitetnih tretmana. Medicinske sestre su provođenjem istraživanja razvile brojne teorije i modele upravljanja simptomima i imaju ključnu ulogu u planiranju strategija upravljanja simptomima koje su temeljene na dokazima iz prakse (28, 29). Unutar palijativnog tima, medicinske sestre dijele iskustva i probleme bolesnika i obitelji s drugim članovima tima i zajednički rade na integraciji informacija u praksu utemeljenu na dokazima. Sestrinska komunikacija ključna je tijekom prijelaza u skrbi za bolesnika, budući da prekretnica s kurativnog liječenja na palijativnu skrb često može biti teška za bolesnika, njegovu obitelj i zdravstvene djelatnike koji sudjeluju u skrbi (19).

Razvijene vještine komunikacije i empatija ključni su za pružanje kvalitetne palijativne skrbi. Medicinske sestre educirane su u komunikacijskim vještinama koje im omogućuju vođenje razgovora s bolesnicima, članovima njihove obitelji i skrbnicima o prognozi bolesti, ciljevima skrbi, kliničkim mogućnostima planiranja skrbi i donošenju medicinskih odluka. Poznavanje bolesnika i njegove obitelji omogućuje poticanje bolesnika na razgovore o osjetljivim temama na empatičan i podržavajući način. Tijekom razgovora važno je ne osuđivati bolesnika, pokazati razumijevanje i poštivati vrijednosti, preferencije i odluke bolesnika o načinu skrbi i ciljevima liječenja (19). Medicinske sestre koje rade s bolesnicima u palijativnoj skrbi tijekom razgovora trebaju razmišljati po principu „iz kože bolesnika“, te razgovarati strpljivo, pažljivo i pokazati da slušaju bolesnika. Tijekom

razgovora svi radni zadatci i problemi medicinske sestre trebaju biti stavljeni sa strane, a pozornost treba biti usmjerena na mir koji je potreban bolesniku i koji on najčešće zahtijeva. Približavanjem kraja života, raspon potreba bolesnika najčešće se povećava, a zdravstveni djelatnici i obitelj imaju zadaću prepoznati iste. Potrebe bolesnika trebale bi biti ispunjene s ciljem smanjenja patnje i boli, koje svaki bolesnik izražava na drugačiji način. Priopćavanjem dijagnoze bolesniku, koja najčešće završava smrtnim ishodom, ne znači da se bolesniku zatvaraju sva vrata, što je važno naglasiti tijekom razgovora. Neželjenu vijest treba priopćiti na profesionalan način, kroz empatičnu komunikaciju te predočiti terapijske mogućnosti i održati pozitivan stav bolesnika prema vremenu koje mu je preostalo s ciljem održavanja kvalitete života do trenutka smrti (30).

Ulaskom u posljednju fazu života, komunikacija se mijenja i postaje sve više emocionalno zahtjevna za medicinske sestre i zdravstvene djelatnike u palijativnoj skrbi. Umiranje kao proces dovodi do pojave realnog straha i karakterizira se promjenama ponašanja bolesnika i može se opisati kroz pet faza:

- prva faza umiranja (nepriznavanje i osamljivanje) predstavlja shvaćanje pojedinca da se trenutak smrti približava, što izaziva osjećaj poricanja, tj. neprihvatanja činjenica što rezultira osamljivanjem i povlačenjem u sebe,
- druga faza umiranja (gnjev) faza je ljutnje u kojoj je bolesnik ljut na sve oko sebe, na obitelj, prijatelje, liječnike i općenito na sve ljude koji su zdravi,
- treća faza umiranja (cjenjkanje) odnosi se na pokušaje odgađanja smrti kroz cjenjkanje s liječnikom, Bogom... na način da će u slučaju ozdravljenja postati drugi, bolji čovjek te voditi računa o sebi, svom zdravlju te ljudima koji ga okružuju,
- četvrta faza umiranja (depresija) odnosi se na fazu shvaćanja da je smrt neizbježna i da cjenjkanje ne pomaže što rezultira depresijom,
- peta faza umiranja (prihvatanje) odnosi se na posljednje dane, kada pojedinac prihvata neizbježno, pomiri se sa sudbinom te mirno prihvata kraj te najčešće izražava želju kraj dočekati u vlastitom domu, okružen članovima obitelji i prijateljima (30).

Komunikacija zdravstvenih djelatnika s bolesnicima u svim fazama umiranja osnova je dobre i kvalitetne skrbi i sastavni dio odnosa koji se temelji na povjerenju između bolesnika i zdravstvenih djelatnika. Bolesnik ima pravo na autonomiju, dostojanstvo, tražene informacije, pravo da donosi odluke i sudjeluje u donošenju istih te da posljednje dane života provede prema svojim željama uz najveću moguću kvalitetu života s obzirom na bolesti i očekivane ishode. U palijativnoj skrbi komunikacija je izrazito teška i zahtijeva mirno

okruženje i empatičan pristup, a razgovarati treba na način na koji bolesnik želi i samo onda kada želi razgovarati. Medicinske sestre u palijativnoj skrbi trebaju razgovarati s bolesnikom bez straha i s razumijevanjem, bez obzira na težinu bolesti i teme o kojoj bolesnik želi razgovarati. Šutnja, prisutnost u domu pacijenta, pružanje utjehe stavom i ponašanjem ponekad je sasvim dovoljno da bi se pacijent osjećao ugodno i smireno (30).

Zagovaranje je jedno od područja palijativne skrbi koje osigurava da niti jedan bolesnik ne bude zakinut za zakonom zajamčena prava. Etimološki, pojam zagovaranja povezan je sa sudnicama i sudskim procesima, dok se zagovaranje zdravstvene politike definira kao proces aktivnosti pojedinaca ili grupa kojima se pokušava dovesti do društvenih i organizacijskih promjena u ime određenog zdravstvenog cilja, programa, interesa ili populacije. Zagovaranje palijativne skrbi najjače je kada uključuje glasove izravnih dionika, onih koji pružaju i primaju osnovne usluge, i mogu svjedočiti o nezadovoljenim potrebama za palijativnom skrbi (31). Iako se ističe poticanje na ranu integraciju palijativne skrbi kao standardne skrbi, postoje kulturološke i praktične prepreke u uvođenju palijativne skrbi za bolesnike, njihove obitelji i zdravstvene djelatnike koji pružaju skrb. Poznavanje bolesnika ključno je za kvalificiranu sestrinsku praksu i poboljšava sposobnost medicinskih sestara da razviju pozitivne odnose, uključe se u stručnu praksu i otvaraju mogućnost zastupanja, odnosno zagovaranja u ime bolesnika. Medicinske su sestre u dobroj poziciji da zagovaraju i promiču korištenje palijativne skrbi unutar različitih zdravstvenih ustanova. Medicinske su sestre educirani zagovaratelji koji kroz suradnju unutar multidisciplinarnog tima dijele perspektive i prioritete bolesnika, što je posebno važno za bolesnike koji boluju od neizlječivih bolesti. Mnogi bolesnici nisu svjesni dostupnosti mogućnosti liječenja, a medicinske su sestre pripremljene za razgovor o mogućnostima palijativne skrbi i povezuju sve usluge koje mogu odgovoriti na medicinske, psihosocijalne i logističke probleme i potrebe bolesnika i obitelji. Kao članovi palijativnog tima, medicinske sestre koriste komunikacijske vještine kako bi zastupale potrebe i prioritete bolesnika i obitelji u procesu donošenja odluka o skrbi (19).

Kada se govori o ulozi medicinske sestre u zalaganju za bolesnika koji se želi podvrgnuti postupku eutanazije, ona dolazi do izražaja u terminalnoj fazi života. Pitanje eutanazije najčešće se otvara kod bolesnika koji se suočavaju s kontinuiranom boli, patnjom, strahom i gubitkom kontrole nad vlastitim životom (31). Bez obzira što bolesnik ima pravo na autonomiju i donošenje odluka o procesu skrbi i vlastitom životu, medicinske sestre često se nalaze u situacijama koje međusobno isključuju poštivanje određenih ljudskih prava.

Kada se govori o eutanaziji i potpomognutom ubojstvu, oni s etičke strane predstavljaju zanemarivanje vrijednosti ljudskog života, no zagovaranje protiv eutanazije može se shvatiti kao zanemarivanje prava na autonomiju. Pružanje pomoći bolesniku u donošenju odluka zahtijeva pružanje razumnih opravdanja koja su u skladu s etičkim normama i koja bolesniku mogu pružiti olakšanje od patnje, a ne kraj života (32). Medicinske sestre pri procjeni bolesnika posebnu pozornost trebaju usmjeriti na aspekte gubitka kontrole i straha, koji su najčešći uzrok želje za eutanazijom. Navedeni aspekti procjenjuju se uspostavljanjem komunikacije o nadolazećoj smrti te poticanjem bolesnika na stjecanje autonomije u donošenju odluka o zdravstvenoj skrbi, što omogućuje razvijanje osjećaja kontrole i osigurava dostojanstvo na kraju života. Pokazivanje suosjećanja ublažava patnju, no važno je naglasiti da se patnja ne može izbjeći, već ju je potrebno kontrolirati kako bi se smanjio utjecaj na svakodnevno funkcioniranje bolesnika, što smanjuje vjerojatnost da će se kod bolesnika razviti želja za eutanazijom (31).

4.3.3. Izazovi uloge medicinske sestre u palijativnoj skrbi

Palijativna skrb kojom koordiniraju medicinske sestre pokazala je visoku učinkovitost i pozitivne učinke na kvalitetu života bolesnika i njegove obitelji. Sestrinske intervencije, koje se provode u okruženjima u kojima je pristup pružanju skrbi ograničen, provode se u kući bolesnika, a prvenstveno uključuju poticanje bolesnika i obitelji na aktivno sudjelovanje u postizanju postavljenih ciljeva. Izazovi s kojima se medicinske sestre suočavaju kada se govori o palijativnoj skrbi prvenstveno se odnose na emocionalno opterećenje koje proizlazi iz brojnih etičkih pitanja i razgovora o temama na kraju života. Osim navedenog, nedostatak medicinskih sestara i povećana stopa fluktuacije smanjuje vrijeme provedeno kod svakog bolesnika jer medicinske sestre trebaju pružiti usluge većem broju bolesnika u kraćem vremenskom razdoblju, što smanjuje kvalitetu pruženih usluga. Nedostatno obrazovanje i nedostatak administrativne podrške mogu predstavljati značajnu prepreku u provođenju adekvatne i kvalitetne skrbi. Medicinskim sestrama u svim područjima prakse tijekom cijelog radnog vijeka potrebna je dodatna i kontinuirana obuka i obrazovanje. Kako bi stekle povjerenje i motivaciju za provođenje palijativne skrbi, medicinske sestre trebaju poduku o ključnim elementima palijativne skrbi, kako bi u potpunosti razumjele važnost vlastite uloge te administrativnu podršku koja je nužna kako bi uspješno prihvatile i preuzele navedenu ulogu. Medicinske sestre mogu izbjegavati razgovore o ovim osjetljivim temama, osim ako

nisu posebno obučene u vještinama palijativne skrbi, te ako nisu educirane za vođenje i sudjelovanje u takvim razgovorima s bolesnikom i obiteljima, što rezultira propuštenim prilikama za pružanje potrebne, korisne skrbi pacijentima (19).

4.3.4. Edukacija, obrazovanje i administrativna podrška

Sve medicinske sestre, bez obzira na okruženje rada, trebale bi biti kompetentne za provođenje palijativne skrbi. Edukacija iz područja palijativne skrbi i razvijanje vještina komunikacije važni su za pravovremeno prepoznavanje simptoma i patnje, postavljanje ciljeva zdravstvene njege i planiranje postupaka u svrhu ostvarivanja istih. Programi edukacije u palijativnoj skrbi trebaju biti implementirani u program formalnog obrazovanja što uključuje integraciju kompetencija palijativne skrbi u preddiplomske i diplomske studije Sestrinstva. Osim formalnog obrazovanja, učenje o palijativnoj skrbi treba se nastaviti kroz neformalne edukacije u obliku tečajeva, kongresa, simpozija te predavanja koja mogu biti organizirana na razini ustanove. Dobrom organizacijom i kvalitetnim programima edukacije može se osigurati visoka kompetentnost medicinskih sestara koje mogu učinkovito odgovoriti na kompleksne potrebe bolesnika i obitelji u svim kliničkim okruženjima (19).

Administrativna podrška medicinskim sestrama, koje sudjeluju u pružanju palijativne skrbi, odnosi se na stvaranje zdravog radnog okruženja koje jača moralnu slobodu izbora. Radno okruženje mora podržavati profesionalnu praksu i omogućiti rad medicinskim sestrama uz postizanje punog potencijala. Radna kultura važan je aspekt koji osigurava pozitivne strategije suočavanja s emocionalnim stresom koji je kontinuirano prisutan tijekom pružanja palijativne skrbi. Medicinskim sestrama potrebno je pružiti kontinuiranu podršku i priliku za podjelu iskustava. Osnivanje grupa za podršku važno je jer pružanje palijativne skrbi zahtijeva značajnu količinu suosjećanja i može dovesti do izgaranja na radnom mjestu i visoke razine umora medicinskih sestara (19).

4.4. Proces zdravstvene njege

Proces zdravstvene njege znanstvena je metoda koja predstavlja pristup usmjeren na prepoznavanje i rješavanje problema bolesnika u stanjima kada nisu zadovoljene osnovne ljudske potrebe. Faze procesa međusobno su povezane, obuhvaćaju dinamične procese

razmišljanja, prosuđivanja i donošenja odluka, pri čemu se osigurava sustavno provođenje sestrinske djelatnosti. Faze procesa uključuju prikupljanje podataka i utvrđivanje potreba, izradu plana, provođenje postupaka i evaluaciju postignutih ishoda (33, 34). Kroz navedene faze ispunjava se svrha zdravstvene njege, osigurava se pomoć bolesniku i postizanje najviše moguće kvalitete života (34). Definiranje sestrinskih dijagnoza provodi se prema smjernicama Udruženja za sestrinske dijagnoze Sjeverne Amerike (engl. North American Nursing Diagnosis Association, NANDA), a kao temelj u procjeni koriste se smjernice koje definiraju osnovne ljudske potrebe (Teorija potreba, V. Henderson). Piramida potreba opisuje potrebe prema prioritetima i definira ih hijerarhijskim slijedom (Teorija motivacije, A. Maslow) (31, 34). Sestrinske dijagnoze definiraju se na specifičan način i mogu biti aktualne i potencijalne i predstavljaju osnovu planiranja postupaka usmjerenih na sprječavanje razvoja brojnih komplikacija (32, 34). Pri određivanju prioriteta, važno je prepoznati probleme koji ugrožavaju zdravlje i život bolesnika, pri čemu se u obzir uzimaju težina problema, utjecaj problema na funkcioniranje bolesnika i dostupne resurse. U odnosu na svaku postavljenu sestrinsku dijagnozu, potrebno je postaviti realne ciljeve u realnom vremenu, pri čemu je važno uključiti želje i mogućnosti bolesnika u postizanju istih. Ciljevi označavaju željene ishode koji se postižu provođenjem intervencija koje se odabiru u skladu s prikupljenim podacima i specifičnostima problema. Svaka dijagnoza mora imati pridružen minimalno jedan realan i dostižan cilj čijim se ispunjavanjem povećava motivacija, zadovoljstvo i samopouzdanje bolesnika, što je ključna komponenta u postizanju optimalne kvalitete života. Kada se upisuju u dokumentaciju, ciljevi moraju biti napisani jasno, kratko i razumljivo, što je nužno kako bi ih svi članovi multidisciplinarnog tima razumjeli. Intervencije se definiraju u odnosu na ciljeve i ključna su komponenta u procesu postizanja ishoda. Intervencije se usmjeravaju na rješavanje prisutnih ili potencijalnih problema te minimiziranje ili potpuno uklanjanje rizičnih čimbenika. Postizanje ishoda zahtijeva odabir adekvatnih intervencija, koje trebaju biti sukladne dobi, zdravstvenom statusu, mogućnostima, vrijednostima i željama bolesnika te moraju biti sigurne, ostvarive i odabrane na temelju znanja i iskustva medicinske sestre. U posljednjoj fazi procesa provodi se evaluacija provedenih postupaka i postignutih ishoda, što omogućuje procjenu svrhovitosti intervencija i praćenje uspješnosti cjelokupnog procesa (33, 35).

Proces zdravstvene njege u palijativnoj skrbi obuhvaća višestruke dimenzije koje uključuju fizičke, psihološke, socijalne i duhovne aspekte (38,39). Kada se govori o fizičkim aspektima, oni obuhvaćaju funkcionalnu sposobnost, snagu i umor, odmor i spavanje,

mučninu i povraćanje, apetit, eliminaciju (opstipacija, dijareja, inkontinencija urina i stolice) te bol. Psihološki aspekti obuhvaćeni procesom zdravstvene njege odnose se na depresiju, anksioznost, slobodno vrijeme, bol, tjeskobu, tugu, sreću, strah te spoznaju i pažnju. Društveni aspekti obuhvaćaju probleme s financijama (teret bolesti, cijena liječenja, gubitak radne sposobnosti, gubitak posla), uloge i odnose, promjene vanjskog izgleda, socijalnu izolaciju i poteškoće s kojima se suočavaju članovi obitelji bolesnika, odnosno primarni njegovatelji. Duhovni aspekti procesa zdravstvene njege obuhvaćaju područje religioznosti te nadu, osobna uvjerenja, transcendenciju i značenje boli (36, 37).

Multidisciplinarni tim, koji sudjeluje u pružanju palijativne skrbi, pomaže pri teškim medicinskim odlukama i pruža dodatnu podršku bolesniku, članovima obitelji i skrbnicima. Medicinske sestre imaju priliku održati nadu pružanjem fizičke, psihosocijalne i duhovne palijativne skrbi. Sestrinske intervencije započinju odmah nakon postavljene medicinske dijagnoze i nastavljaju se tijekom kontinuirane skrbi do kraja života. Kako se bolesnik približava kraju života, sestrinske intervencije uključuju određivanje ciljeva zdravstvene njege usmjerene na bolesnika, aktivno slušanje bolesnika i članova njegove obitelji, komunikaciju s članovima multidisciplinarnog tima, zagovaranje želja bolesnika, upravljanje i kontrolu simptoma na kraju života, poticanje prisjećanja i poticanje bolesnika na razgovor o egzistencijalnim pitanjima, olakšavanje sudjelovanja u vjerskim obredima i duhovnim praksama te osiguravanje duhovne potpore bolesniku (38).

Tijekom provođenja i pružanja palijativne skrbi, važno je ostati svjestan da se neke stvari ne mogu popraviti i promijeniti te da ne može doći do potpunog ozdravljenja bolesnika. Važno je biti svjestan da se neizbježnost smrti ne može promijeniti, isto kao i bol koju članovi obitelji osjećaju kada shvate da gube blisku osobu. U ovim situacijama medicinskim je sestrama teško pronaći prave riječi i odabrati prave intervencije, stoga je njihova prisutnost uz bolesnika i članove obitelji od vitalne važnosti. Mnogi bolesnici s neizlječivim bolestima, koje ograničavaju život, imaju specifične simptome koje medicinska sestra može procijeniti i spriječiti te na taj način uspješno optimizirati kvalitetu života bolesnika. Ovi simptomi uključuju bol, dispneju, kašalj, anoreksiju i kaheksiju, zatvor, proljev, mučninu i povraćanje, depresiju, anksioznost, kognitivne promjene, umor, oštećenja integriteta kože, epileptične napadaje i poremećaje spavanja. Dobro upravljanje simptomima poboljšava kvalitetu života i funkcioniranje u svim stanjima kronične bolesti. Medicinske sestre imaju ključnu ulogu u prepoznavanju ovih simptoma, a dobra se kontrola postiže kvalitetnom komunikacijom i suradnjom multidisciplinarnog tima. Plan zdravstvene njege

uvijek bi se trebao temeljiti na ciljevima koji su postavljeni u suradnji s bolesnikom i na temelju njihove osobne percepcije kvalitete života (35, 38).

4.4.1. Bol

Bol predstavlja svako neugodno iskustvo koje pojedinac doživljava, subjektivan je osjećaj i smatra se petim vitalnim znakom (38). Bol se može podijeliti na visceralnu (difuzna, tupa, slabo lokalizirana), duboku somatsku (tupa, slabo lokalizirana), površinsku (jasno i dobro lokalizirana i definirana) i neuropatsku (probadajuća i žareća) bol (39, 40).

Kod bolesnika koji osjeća bol potrebno je provesti detaljnu procjenu koja uključuje identificiranje uzroka, procjenu intenziteta, trajanja i karakteristika boli, te čimbenika koji mogu utjecati na percepciju boli od strane bolesnika. Bol je iskustvo koje se javlja pod utjecajem različitih bioloških, psiholoških i društvenih čimbenika te ovisi o iskustvu boli koje bolesnik stječe tijekom cijeloga života. U procjeni boli važno je poštivati ono što bolesnik kaže, a kod bolesnika koji ne mogu verbalizirati svoju bol važno je procijeniti neverbalne i bihevioralne pokazatelje boli. Prilikom procjene, bolesnika je potrebno pitati da ocijeni jačinu svoje boli na vizualno-analognj skali (VAS) od 0 (nula) do 10 (deset), pri čemu 0 znači da nema boli, a 10 označava najgoru moguću bol. Ovo je pitanje uobičajeno i postavlja se pri svakoj procjeni boli, može se koristiti za inicijalnu procjenu, no detaljna procjena boli ključna je u određivanju režima i metode liječenja. Cilj procesa zdravstvene njege je suzbiti bol na način koji u obzir uzima preferencije i mogućnosti liječenja, što može uključivati primjenu dostupnih farmakoloških i nefarmakoloških metoda liječenja boli. FACES (lica) ljestvica je vizualni alat za procjenu boli kod bolesnika koji ne mogu kvantificirati ozbiljnost svoje boli na ljestvici od 0 do 10. Kod korištenja ove ljestvice bolesniku je potrebno objasniti da svako lice predstavlja različiti intenzitet boli. Prvo lice predstavlja lice osobe bez boli (oznaka 0) dok šesto lice na slici predstavlja osobu koja osjeća najveću bol koja se može osjetiti (oznaka 10). Nakon objašnjenja ljestvice, bolesnika je potrebno zamoliti da odabere lice koje najbolje predstavlja bol koju osjeća. U procjeni boli palijativnih bolesnika, potrebno je postaviti pitanja koja su usmjerena na prikupljanje podataka o čimbenicima koji pogoršavaju i olakšavaju bol te karakteristikama, lokalizaciji i širenju boli. Važno je prikupiti informacije o tome kada se bol prvi puta pojavila, da li je bolesnik uzeo lijekove za ublažavanje boli i koje je aktivnosti bolesnik provodio u trenutku

pojave boli. Medicinska sestra treba prikupiti podatke o načinu pojave boli, širenju boli, da li je bol kontinuirana ili povremena te koliko dugo traje i koliki je utjecaj boli na provođenje svakodnevnih životnih aktivnosti. Medicinska sestra treba ostvariti povjerenje i kroz komunikaciju bolesniku objasniti da se cilj zadovoljavajućeg liječenja boli može postići uz pridržavanje preporuka i redovito uzimanje terapije (38).

Kod bolesnika koji su u palijativnoj skrbi najčešće se javlja kronična bol koja je karakteristična trajanjem dužim od šest mjeseci. Ova vrsta boli najčešće ne uzrokuje promjenu vitalnih parametara, a može biti difuzna i nije ograničena na određeno područje tijela. Kronična bol često utječe na psihološke, socijalne i bihevioralne reakcije bolesnika koje mogu negativno utjecati na svakodnevno funkcioniranje. Bolesnici koji pate od kronične boli često imaju fizičke posljedice koje se definiraju kao značajni stresori, a uključuju napetost mišića, ograničenu sposobnost kretanja, nedostatak energije i promjene apetita. Emocionalni učinci kronične boli uključuju depresiju, ljutnju, tjeskobu i strah od ponovne pojave boli. Ovi učinci mogu ograničiti sposobnost bolesnika da se vrati u svakodnevnu rutinu te dovode do poremećaja u svakodnevnom provođenju aktivnosti samozbrinjavanja (38).

Bolesnici koji su oboljeli od neizlječivih bolesti i bolesnici u terminalnoj fazi života smatraju se rizičnim skupinama za neadekvatno liječenje boli. Kod ovih bolesnika potrebno je kontinuirano pratiti neverbalne znakove boli, te koristiti odgovarajuće instrumente za procjenu. U proces liječenja boli medicinska sestra treba uključiti bolesnika i obitelj, što uključuje razmjenu informacija, komunikaciju i međusobnu suradnju. Navedeno predstavlja ključnu komponentu u postizanju realnih očekivanja i postavljenih ciljeva procesa zdravstvene njege. U liječenju boli važno je pratiti čimbenike koji mogu rezultirati neadekvatnim ili pretjeranim liječenjem, a oni uključuju percepciju boli i očekivanja bolesnika, poznavanje karakteristika boli te procjenu učinkovitosti primijenjene terapije. Uključivanje bolesnika u proces planiranja liječenja boli omogućuje medicinskim sestrama razumijevanje ciljeva procesa te planiranje intervencija na način koji povećava vjerojatnost pridržavanja preporuka liječenja. Bolesnika i obitelj je potrebno educirati o farmakološkoj terapiji kako bi se povećala sigurnost bolesnika i smanjio rizik od razvoja nuspojava, tolerancije na lijekove i depresije disanja (najteža nuspojava kod primjene analgetika). Osim o farmakološkim metodama liječenja, važno je poticati bolesnika na prihvaćanje i provođenje nefarmakoloških metoda liječenja. Medicinska sestra treba promicati nefarmakološke metode liječenja, tako što će se razgovarati o mogućnostima i

preferencijama bolesnika. Nefarmakološke metode uključuju, ali nisu ograničene na fizikalne terapije, relaksacijsku terapiju i kognitivno-bihevioralnu terapiju. Ponovna procjena boli treba se provoditi nakon primijenjene terapije s ciljem utvrđivanja učinkovitosti intervencija. U ponovnoj procjeni nije dovoljno koristiti isključivo skale i ljestvice za procjenu, već se također u obzir moraju uzeti neverbalni i bihevioralni znakovi koji ukazuju na prisutnost boli (38).

4.4.2. Dispneja

Dispneja je subjektivan doživljaj nelagode pri disanju i simptom je koji se najčešće javlja kod bolesnika s neizlječivom bolesti. Dispneja za bolesnika može biti izrazito zastrašujuća, posebno u terminalnoj fazi bolesti (38). Dispneja je rezultat složenog međudjelovanja više različitih čimbenika, a liječenje se temelji na pažljivoj procjeni i individualiziranom pristupu. Osjećaj dispneje proizlazi iz svijesti bolesnika o neusklađenosti potreba za zrakom u odnosu na udahnuti zrak. Navedena neusklađenost može proizaći iz povećane potrebe ili smanjenog kapaciteta ili kombinacije navedenog. Anamneza i fizički pregled započinju utvrđivanjem temeljnog uzroka dispneje. U procesu postavljanja dijagnoze relevantne dimenzije simptoma uključuju vrijeme pojave, uznemirenost bolesnika, intenzitet, učestalost i trajanje poteškoća s disanjem, te da li je osjećaj kontinuirano prisutan ili se javlja povremeno i u određenim situacijama (41). Procjena dispneje može kod bolesnika biti kompleksna jer brzina disanja i status oksigenacije nisu uvijek u korelaciji s nedostatkom zraka. U procjenu dispneje medicinska sestra mora uključiti subjektivnu procjenu razine nedostatka zraka na ljestvici od 0 do 10, procjenu sposobnosti bolesnika u izgovaranju rečenica, fraza ili riječi te procjenu anksioznosti bolesnika. Važno je procijeniti brzinu i napor pri disanju, vrijednost oksigenacije mjerenu pulsnom oksimetrijom, bol u prsima, plućne zvukove i čimbenike koji poboljšavaju ili pogoršavaju nedostatak zraka. Procjena također treba obuhvatiti procjenu utjecaja dispneje na funkcionalni status i kvalitetu života bolesnika. Ako postoji sumnja da je nedostatak zraka uzrokovan akutno, potrebno je obavijestiti liječnika, no dispneja kod palijativnih bolesnika najčešće je kronično stanje. Relativno male doze opioida mogu se koristiti za poboljšanje dispneje, no imaju nizak utjecaj na respiratorni status i očekivani životni vijek bolesnika. Dozu opioida potrebno je titrirati prema postavljenim ciljevima, pri čemu je važno paziti da ne dođe do prekomjerne sedacije. Nefarmakološke intervencije za dispneju uključuju disanje

stisnutih usana, tehnike štednje energije, neinvazivnu ventilaciju i oksigenaciju. Bolesnika je potrebno smjestiti u hladniji prostor u kojemu postoji dobra cirkulacija zraka (može se postići otvaranjem prozora), uzglavlje bolesničkog kreveta mora biti podignuto, a bolesnika je potrebno postaviti u povišeni ili sjedeći položaj. Kod bolesnika je potrebno poticati provođenje vježbi i tehnika opuštanja koje mogu uključivati stvaranje mirnog i ugodnog okruženja i puštanje glazbe. Kod dispneje je važna edukacija bolesnika kojom se postiže smanjenje tjeskobe i straha koji se javljaju uslijed nedostatka zraka (38).

4.4.3. Kašalj

Kašalj je normalan, ali složen fiziološki mehanizam koji štiti dišne puteve i pluća uklanjanjem sluzi i stranih tvari iz grkljana, dušnika i bronha, te je pod voljnom i nevoljnom kontrolom pojedinca. Patološki kašalj čest je kod malignih i nemalignih bolesti i posebno je izražen kada bolesnik uđe u posljednju fazu života. Kašalj se može klasificirati na različite načine, uzroci su različiti i mogu biti multifaktorski (42). Kašalj kod bolesnika u palijativnoj skrbi je kroničan i iscrpljujući je za bolesnika jer dovodi do pojave boli, umora, mučnine, povraćanja i poteškoća sa spavanjem. Kašalj je često prisutan u terminalnoj fazi bolesti, a najviše je izražen kod bolesnika koji boluju od kronične opstruktivne plućne bolesti (KOPB), zatajenja srca i malignih bolesti (38). Medicinska sestra treba poznavati učinke kroničnog kašlja na kvalitetu života i funkcioniranje bolesnika. Gubitak apetita, glavobolje, vrtoglavica, znojenje, nesаница i sveukupna iscrpljenost mogu biti neki od problema s kojima se suočavaju bolesnici s kroničnim kašljem. Psihosocijalni problemi bolesnika uključuju smanjenu toleranciju članova obitelji na buku ili repetitivnu prirodu kroničnog kašlja, poteškoće u ostvarivanju komunikacije, neugodu i društvenu izolaciju. Poznavanje komplikacija i problema povezanih s kroničnim kašljem pomaže u određivanju tretmana liječenja i odabiru adekvatnih postupaka zdravstvene njege. Medicinska sestra kod bolesnika primjenjuje lijekove prema odredbi liječnika te provodi nefarmakološke metode koje su usmjerene na simptom, a ne na temeljnu etiologiju kašlja. Nefarmakološkim metodama postiže se kontrola kašlja, no ne i potpuno uklanjanje, a ove metode uključuju: zauzimanje povišenog položaja i provođenje vježbi koje pomažu bolesniku pri iskašljavanju sekreta (24, 42).

4.4.4. Anoreksija i kaheksija

Anoreksija i kaheksija česti su problemi kod bolesnika oboljelih od neizlječivih bolesti. Gubitak težine prisutan je i kod anoreksije i kaheksije, a povezan je s niskom kvalitetom života i smanjenim vremenom preživljavanja bolesnika. Kod bolesnika u terminalnoj fazi života agresivno nutricionističko liječenje ne poboljšava preživljavanje ili kvalitetu života i najčešće stvara dodatnu nelagodu i patnju bolesnika. Procjena anoreksije i kaheksije usmjerena je na razumijevanje iskustva i zabrinutosti bolesnika te na utvrđivanje potencijalno reverzibilnih uzroka. Kod ovih bolesnika medicinska sestra u proces zdravstvene njege treba uključiti nutricionista, koji može pomoći u detaljnoj izradi plana prehrane u svrhu povećanja tjelesne težine i smanjenja komplikacija. Intervencije za anoreksiju i kaheksiju provode se individualizirano za svakog bolesnika s ciljem osiguravanja adekvatnog unosa prehrambenih namirnica. Bolesnike treba poticati da jedu svoju omiljenu hranu, kao i da biraju hranu koja je visokokalorična i laka za žvakanje. Važni su mali i česti obroci i ugodna prezentacija hrane. Članovi obitelji trebaju biti svjesni da mirisi povezani s kuhanjem mogu negativno utjecati na želju bolesnika za jelom, stoga je preporučeno pripremati hranu u odvojenoj prostoriji od one u kojoj boravi bolesnik, odnosno bolesnik ne bi trebao biti u kuhinji za vrijeme pripreme obroka. Lijekovi koji se mogu primijeniti kod bolesnika s anoreksijom i kaheksijom uključuju lijekove za smanjenje osjećaja mučnine, a u težim slučajevima donosi se odluka o uključivanju parenteralne prehrane. Kod anoreksije i kaheksije od velike je važnosti provesti edukaciju bolesnika i obitelji, te pokazati svjesnost o tome da mnogi članovi obitelji prehranu doživljavaju kao način ozdravljenja i pokazuju uznemirenost kada vide da njihovi voljeni odbijaju hranu. U ovim situacijama važno je članovima obitelji objasniti da se prehrana treba prilagoditi potrebama bolesnika, uključujući male obroke i zalogaje i pripremu kašaste i tekuće hrane koja ne izaziva dodatnu nelagodu i smanjuje rizik od aspiracije kod bolesnika (24, 38).

4.4.5. Opstipacija, paralitički ileus i dijareja

Opstipacija se definira kao smanjenje normalne učestalosti defekacije praćeno otežanom ili nepotpunom eliminacijom stolice, pretjerano tvrdom i suhom stolicom. Opstipacija se dijagnosticira ako bolesnik ima manje od tri stolice tjedno. Najčešći uzrok

opstipacije kod bolesnika u palijativnoj skrbi je smanjena tjelesna aktivnost, dehidracija, prehrana sa smanjenim udjelom vlakana, uzimanje određene terapije (npr. opiodi, kemoterapija), kirurški zahvat u području abdomena i depresija. Simptomi koje bolesnik može osjetiti, a povezani su s opstipacijom, uključuju pritisak u području rektuma, abdominalne grčeve, nadutost, distenziju i pretjerano naprezanje prilikom defekacije. Cilj procjene i liječenja bolesnika s opstipacijom je utvrditi optimalnu učestalost stolice (minimalno jedna defekacija u 72 sata) neovisno o količinskom unosu hrane. Liječenje opstipacije uključuje primjenu laksativa prema odredbi liječnika, koji se mogu primjenjivati oralno (u obliku tableta, kapsula, čajeva) ili u obliku rektalnih čepića. Osim laksativa, kod bolesnika se može primijeniti rektalna klizma. Bolesnika je potrebno educirati o važnosti povećanog unosa tekućine, prehrane bogate vlaknima i povećane tjelesne aktivnosti (u skladu s mogućnostima bolesnika) kako bi se spriječio razvoj opstipacije (24, 38).

Kod bolesnika u palijativnoj skrbi česta je pojava intestinalne opstrukcije, koja se definira kao djelomična ili potpuna opstrukcija crijeva. Opstrukcija može dovesti do razvoja paralitičkog ileusa, što je stanje u kojemu dolazi do poremećaja peristaltike crijeva i nemogućnosti obavljanja defekacije. Bolesnici koji su imali prethodne kirurške zahvate u području abdomena, rizična su skupina za razvoj paralitičkog ileusa. Osim operacijskog zahvata, rizični čimbenici također uključuju kroničnu upotrebu opioda, neravnotežu elektrolita, bakterijske ili virusne infekcije crijeva, smanjeni dotok krvi u crijeva ili bolest bubrega ili jetre, a može dovesti do razvoja gangrene tkiva. Navedeno zahtijeva kontinuiranu procjenu i rano prepoznavanje znakova i simptoma, koji uključuju nadutost, bol i grčeve u području abdomena, nemogućnost ispuštanja plinova, povraćanje, zatvor ili proljev. Zbog česte pojave paralitičkog ileusa u palijativnih bolesnika, medicinske sestre trebaju rutinski pratiti pojavu navedenih simptoma. Liječenje može uključivati postavljanje nazogastrične sonde i kirurški zahvat (38).

Dijareja se definira kao pojava više od tri neformirane stolice tijekom 24 sata, a predstavlja značajan problem kod bolesnika koji primaju kemoterapiju i terapiju zračenjem u području zdjelice. Dijareja može dovesti do razvoja dehidracije, oštećenja kože, neravnoteže elektrolita i posljedičnog smanjenja kvalitete života. Rano liječenje dijareje uključuje poticanje bolesnika na uzimanje veće količine tekućine (rehidracija) i unos otopina koje poboljšavaju status elektrolita. Intravenska primjena tekućine može biti potrebna, no primjena se provodi ovisno o stadiju bolesti, indikacijama i kontraindikacijama te ciljevima zdravstvene njege (38).

4.4.6. Mučnina i povraćanje

Mučnina je čest problem kod bolesnika u palijativnoj skrbi i najčešća je nuspojava primjene kemoterapije kod bolesnika oboljelih od malignih bolesti. Medicinska sestra treba provoditi kontinuiranu procjenu mučnine i povraćanja, pri čemu je potrebno u obzir uzeti uzroke, učestalost i intenzitet pojave te prethodnu primjenu lijekova u suzbijanju mučnine i povraćanja (24). Također, potrebno je utvrditi čimbenike koji dovode do pogoršanja i poboljšanja simptoma. U svrhu postizanja kontrole nad mučninom i povraćanjem, medicinska sestra može provoditi nefarmakološke metode pomoći, koje uključuju uzimanje hrane i tekućine optimalne temperature, savjetovanje bolesnika da izbjegava jake mirise, obilne obroke i začinjenu hranu. Bolesnika je potrebno poticati na korištenje tehnika opuštanja, slušanja umirujuće glazbe te mu osigurati ugodnu okolinu. Prema odredbi liječnika, medicinska sestra treba primijeniti lijekove koji utječu na smanjenje mučnine i povraćanja (38).

4.4.7. Depresija, anksioznost i delirij

Bolesnici oboljeli od neizlječivih bolesti često obolijevaju od poremećaja mentalnog zdravlja koji prvenstveno uključuju depresiju i anksioznost. Nakon postavljene dijagnoze neizlječive bolesti, kod bolesnika se najčešće javljaju tuga, žalost, strah i osjećaj gubitka, dok je sposobnost osjećanja i postizanja osobnog zadovoljstva značajno smanjena. Trajni osjećaji bespomoćnosti, beznađa, suicidalne ideje i javljanje želje za eutanazijom ne smatraju se normalnim dijelom procesa tugovanja i potrebno ih liječiti. Neadekvatno liječena depresija može uzrokovati smanjeni imunološki odgovor, smanjenu kvalitetu života i smanjeno vrijeme preživljavanja. Fizički simptomi anksioznosti uključuju znojenje, tahikardiju, nemir, uznemirenost, drhtanje, bol u prsima, hiperventilaciju, napetost i nesanicu. Kognitivni simptomi uključuju ponavljajuće i uporne misli i poteškoće s koncentracijom (24, 38). Evaluacija depresije i anksioznosti zahtijeva multidisciplinarnu procjenu i često je u skrb potrebno uključiti psihologa ili psihijatra. Kod bolesnika se mogu provoditi farmakološke i nefarmakološke metode liječenja. Farmakološke metode uključuju primjenu antidepresiva kod depresije i benzodiazepama kod anksioznosti.

Nefarmakološke metode uključuju poticanje bolesnika na održavanje što veće razine samostalnosti, omogućavanje bolesniku što veću razinu autonomije u donošenju odluka i poticanje sudjelovanja bolesnika i obitelji u procesu skrbi, čime se promiče osjećaj kontrole i smanjuje osjećaj bespomoćnosti. Potrebno je prepoznati strahove bolesnika kroz korištenje otvorenih pitanja i aktivno slušanje, poticati ga na prisjećanje životnih situacija i usredotočenost na postignuća te istovremeno pružiti podršku bolesniku i obitelji u procesu prihvaćanja bolesti i suočavanju. Medicinske sestre u procesu skrbi trebaju provoditi postupke usmjerene na postizanje kontrole nad pojavom simptoma, osiguravanje stručne podrške bolesniku i obitelji, pomaganje bolesniku da se osloni na prethodne izvore snage, kao što su vjera, vjerski rituali i duhovnost. Navedeno se postiže podučavanjem bolesnika i obitelji novim vještinama suočavanja kao što su opuštanje i tehnike vođene slike, provođenje kognitivno-bihevioralne terapije koja pomažu razvoju pozitivnih misli, pružanje kontinuirane emocionalne podrške. Bolesnika je potrebno poticati na održavanje društvenih odnosa kako bi se smanjio rizik od socijalne izolacije (38).

Delirij je čest kognitivni poremećaj kod bolesnika u palijativnoj skrbi, a predstavlja akutnu promjenu u spoznaji i zahtijeva hitno bolničko liječenje. Veliki broj bolesnika u terminalnoj fazi bolesti razvija delirij, posebno u posljednjim danima i satima života. Rano prepoznavanje prvih znakova i simptoma delirija važno je u sprječavanju komplikacija poremećaja, što je posebno važno kada je uzrok delirija reverzibilan. Simptomi delirija uključuju uznemirenost, zbunjenost, halucinacije ili neprikladno ponašanje. U procjeni je važno prikupiti informacije od članova obitelji kako bi se utvrdila osnovna vrijednost mentalnog statusa. Najčešći uzrok delirija na kraju života je primjena lijekova, a potom metabolička insuficijencija uslijed zatajenja organa. Također je važno napomenuti da delirij može biti povezan s prekomjernom primjenom opioda. U liječenju delirija provode se farmakološke metode (neuroepileptici ili benzodiazepimi), a od nefarmakoloških metoda mogu se provoditi masaža, distrakcija i tehnike opuštanja (24, 38).

4.4.8. Umor i poremećaji spavanja

Umor predstavlja stanje koje najviše pridonosi smanjenu sposobnosti bolesnika koji primaju različite tretmane u palijativnoj skrbi. Umor se definira kao uznemirujući i kontinuirani subjektivan osjećaj fizičke, emocionalne ili kognitivne iscrpljenosti koja nije

proporcionalna aktivnosti bolesnika i ometa uobičajeno funkcioniranje. Primarni uzrok umora su metaboličke promjene povezane s kroničnom bolesti, ali također može biti uzrokovan anemijom, infekcijom, lošom kvalitetom sna, kroničnom boli i nuspojavama lijekova. Nefarmakološke intervencije u suzbijanju umora uključuju provođenje tehnika očuvanja energije (24, 38).

Poremećaji spavanja utječu na kvalitetu života i mogu dovesti do razvoja značajne patnje bolesnika (38). Poremećaji spavanja mogu biti uzrokovani lošim upravljanjem boli i simptomima, kao i poremećajima povezanim s okolinom. Medicinske sestre mogu poticati bolesnika na razvijanje rutine u obrascu spavanja te im omogućiti tiho i mirno okruženje, što omogućuje optimalna razdoblja neprekidnog spavanja i odmora (24, 38).

4.4.9. Oštećenje kože i dekubitus

Oštećenje kože ili dekubitusi kod bolesnika u palijativnoj skrbi javljaju se kao posljedica dugotrajnog ležanja i kontinuiranog pritiska na predilekcijskim mjestima. Ovaj tip oštećenja kože predstavlja lokalizirano oštećenje kože ili mekog tkiva, koje se obično razvija preko koštane izbočine, kao rezultat intenzivnog i dugotrajnog pritiska u kombinaciji sa smicanjem. Ozljede od pritiska obično se javljaju na sakralnom području, petama, lopaticama i u području trtične kosti. Bolesnici u posljednjoj fazi života imaju visok rizik za brzi razvoj dekubitusa, a kod određenog broja bolesnika razvija se Kennedyev terminalni ulkus kao posljedica otkazivanja više organa. Obično počinje na križnoj kosti i ima oblik kruške, leptira ili potkove. Crvene je, žute, crne ili ljubičaste boje s nepravilnim rubovima i brzo napreduje. Prevencija dekubitusa je ključna intervencija u procesu zdravstvene njege i zahtijeva provođenje intervencija koje uključuju poticanje bolesnika na mobilnost (u skladu s mogućnostima), održavanje kože suhom i čistom, poticanje pravilne prehrane i unosa tekućine te korištenje pomagala koja sprječavaju razvoj oštećenja kože (antidekubitalni madraci i jastuci) (24, 38).

4.5. Povijesni osvrt na eutanaziju kao pomoć medicinskoj sestri

Za razumjeti eutanaziju danas, potrebno je vidjeti povijesnu pojavnost i razvoj ideje eutanazije, budući da je ona uzrokovana društvenim kretanjima i aktivnostima određenih grupa, a ne nekim prirodnim načelima. Povijest nas uči da je eutanazija bila široko

prihvaćena u antičkoj Grčkoj i Rimu, a liječnici koji su ju odbijali, uključili su taj svoj izbor i u Hipokratovu zakletvu (43). Dolaskom kršćanstva eutanazija je u potpunosti nestala i bila zabranjena, te je u svakom smislu bila neopravdana i značila je zlo. Eutanazija ponovno postaje aktualna kada kršćanstvo u Europi počinje slabjeti, od početka 16. stoljeća (43, 44), u doba renesanse i kasnijeg prosvjetiteljstva te još više u doba revolucija, kada u visokim krugovima počinje prevladavati antropocentrizam, materijalizam i antiklerikalizam. Krajem 19. stoljeća, u zapadnim sekulariziranim državama već postoje različite moderne ideologije: liberalizam, ateizam, socijalizam, socijalni darvinizam, koje su bitno utjecale na ukorjenjivanje eutanazije u društvu. U to doba, u Sjedinjenim Američkim Državama već postoji organizirani pokret za eutanaziju. Druge zapadne države ubrzo će slijediti taj primjer (43, 44, 45). Prvi moderni primjeri eutanazije postoje već oko 1800. godine (46). Socijalni darvinizam prihvatit će komunisti (temelj za dijalektički materijalizam - jaki preživljavaju, slabi nestaju) kao i nacisti (izabrana jaka rasa treba živjeti, druge rase trebaju nestati), ali i demokratska društva (u ime slobode pojedinca i u ime dobrobiti naroda, osoba ima pravo odlučiti o svojoj ili tuđoj izazvanoj smrti, brinuti se o izboru zdravih gena, iskorjenjivati deficijentne osobe na početku života itd.). Seksualna revolucija, feminizam i drugi pokreti sredinom prošlog stoljeća i kasnije, indirektno će utvrđivati eutanaziju u svijesti društava, jer je eutanazija usko vezana za prava pojedinca, za abortus, za shvaćanje postojanja života. Situacija danas, pogotovo u Zapadnim zemljama je sljedeća: religioznost, katolička i svaka druga kršćanska, u velikom je padu u svakom pogledu (osobna religioznost, primanje sakramenata, javna religioznost, religiozno obrazovanje i sazrijevanje i dr.), tako da su više bili religiozni stari Egipćani ili Maje, ili sadašnja afrička ili amazonska plemena jer vjeruju u zagrobni život, traže onostrano i ne vide svijet samo kao materiju. No zapadni čovjek uglavnom vjeruje da je sve materija, sve je postalo po teoriji praska i po Darwinovoj teoriji, da je čovjek kao i sav postojeći svijet samo materija, da je religija nešto smiješno i prevladano i nešto za što nema više bitnog mjesta u osobnom i javnom životu. Logičan nastavak takvog poimanja jest da sve patnje treba smanjiti ili čak iskorijeniti, učiniti ovaj život dugim, savršenim i bez patnje, iskoristiti sve mogućnosti ovog života, jer kada se umre, više ništa od čovjeka ne ostaje. Stoga čovjek zaslužuje dobru smrt i ima pravo odlučiti o vlastitoj smrti, kada i kako hoće umrijeti, da ne bi teško patio, te da bi drugome pomogao da ne pati kao izraz čovječnosti. U takvom modernom svjetonazoru, eutanazija je sve traženija, a duhovna rješenja kao i sakramentalna rješenja unutar kršćanstva sve se više napuštaju i smatraju besmislenima. Ilustrativan opis današnje situacije prikazan je nedavno u američkom filmu „Nefarious“ (47). Iako se film bavi temama egzorcizma, u njemu se

prilično jasno dotiču današnja shvaćanja čovjeka o eutanaziji, izazvanom pobačaju, modernom ateizmu i zabludama demokracije.

Znanja o povijesnoj i društvenoj pozadini današnje eutanazije svakako mogu pomoći medicinskoj sestri u suočavanju s problemima vezanim za palijativnu skrb starih, teško bolesnih i drugih nemoćnih osoba. Medicinska sestra treba imati i znanja koja je dobila tijekom studija iz općeobrazovnih predmeta društvene naravi. Sestrinstvo je dobrim dijelom i interdisciplinarne naravi: sestrinstvo i druga područja medicine sreću se s društvenim područjima, s poviješću, antropologijom, religijama, edukacijskim znanostima. Tako da medicinska sestra ima zadatak upoznati se s različitim aspektima problematike kojom se bavi unutar svoje specijalnosti.

5. ZAKLJUČAK

Palijativna skrb je područje u kojemu se najčešće otvaraju brojna etička pitanja, koja ovaj oblik skrbi čine još kompleksnijim. Uzimajući u obzir da svaki pojedinac ima pravo na autonomno donošenje odluka, medicinske sestre često nalaze u situacijama koje se istovremeno karakteriziraju zanemarivanjem i poštivanjem osnovnih ljudskih prava bolesnika. Jedno od najtežih etičkih pitanja koje se otvara kod bolesnika oboljelih od neizlječivih bolesti je pitanje eutanazije ili smrti na zahtjev bolesnika. Eutanazija se sve više smatra izborom za bolesnike oboljele od neizlječivih bolesti, a pobornici eutanazije predstavljaju ovaj koncept kao koncept dostojanstvenog umiranja. Nasuprot navedenom, palijativna skrb promiče vrijednost života i očuvanje dostojanstva bolesnika u terminalnoj fazi bolesti uz poštivanje vrijednosti, želja i mogućnosti bolesnika. Kao jedna od komponenti koja se ističe u raspravama koje potiču eutanaziju je prekidanje patnje, no koja se s druge strane može ublažiti provođenjem specifičnih intervencija palijativne skrbi koje su u skladu s individualnim potrebama bolesnika. Medicinske sestre kroz pružanje kvalitetne i adekvatne palijativne skrbi imaju mogućnosti pružiti bolesniku olakšanje od patnje i pratećih simptoma bolesti, što značajno utječe na poboljšanje kvalitete života i posljedično smanjuje vjerojatnost da će bolesnik razviti želju za eutanazijom.

6. LITERATURA

1. Pereira J. Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. *Current Oncology*. 2011;18(2):e38-45.
2. Munday D, Powys R. Reflections on the challenges and opportunities for palliative care in Nepal. *Christian Journal for Global Health*. 2017;4(3):12-20.
3. Safoura D, Azar A, Nooredin M. Nursing education in the path of globalization Promotion or challenge? *Journal of Education and Health Promotion*. 2020;9(1):269 (8 str.).
4. Payne R. Racially associated disparities in hospice and palliative care access: acknowledging the facts while addressing the opportunities to improve. *Journal of Palliative Medicine* 2016;19(2):131-3.
5. Morrell TJ, Konda S, Grant-Kels JM. Response to a letter to the editor regarding „The ethical issue of cherry picking patients“. *Journal of the American Medical Association*. 2019;80(3):e127.
6. Quill TE, Back AL, Block SD. Responding to patients requesting physician-assisted death: physician involvement at the very end of life. *JAMA*. 2016;315:245-6.
7. Sulmasy LS, Muller PS. Ethics and the Legalization of Physician-Assisted Suicide: An American College of Physicians Position Paper. *Annals of Internal Medicine*. 2017;167(8):576-8.
8. Berestova AV, Gorenkov RV, Orlov SA, Starostin VP. Ethics in medical decision making: an intercultural outlook. *Utopía y Praxis Latinoamericana*. 2019;24(5):144-51.
9. AMA Principles of Medical Ethics: I,IV. Euthanasia. Chicago: American Medical Association; 2001.
10. Yang YT, Curlin FA. Why physicians should oppose assisted suicide. *Journal of the American Medical Association* 2016;315:247-8.
11. Stolz E, Mayerl H, Gasser-Steiner P, Fredl W. Attitudes towards assisted suicide and euthanasia among care-dependent older adults (50+) in Austria: the role of socio-demographics, religiosity, physical illness, psychological distress, and social isolation. *BMC Medical Ethics* 2017;18(1):71. (13.str.).
12. Annadurai K, Danasekaran R, Mani G. Euthanasia: Right to Die with Dignity. *Journal of Family Medicine and Primary* 2014;3(4):477-8.

13. Rodriguez C. Legal Euthanasia for Children In Belgium: Will It Trigger Death Tourism? Forbes, New York [Online]. 2014. Dostupno na: <https://www.forbes.com/sites/ceciliarodriguez/2014/03/06/2378/sh?=715723373645> (Datum pristupa: 31.8.2023.)
14. Evenbij K, Pasman HRW, van der Heide A, Hoekstra T, onwuteaka-Philipsen BD. Factors associated with requesting and receiving euthanasia: a nationwide mortality follow-back study with a focus on patients with psychiatric disorders, dementia, or an accumulation of health problems related to old age. *BMC Medicine*. 2019;17(1):39. (12 str.).
15. Balaguer A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Alonso-Babarro A, Altisent R, Aradilla-Herrero A, Bellido-Pérez M, Breitbart W, Centeno C, Cuervo MA, Deliens L, Frerich G, Gastmans C, Lichtenfeld S, Limonero JT, Maier MA, Materstvedt LJ, Nabal M, Rodin G, Rosenfeld B, Schroepfer T, Tomás-Sábado J, Trelis J, Villavicencio-Chávez C, Voltz R. An international consensus definition of the wish to hasten death and its related factors. *PLoS ONE* 2016;11(1):e0146184 (14 str.).
16. Leboul D, Bousquet A, Chassagne A, Mathieu-Nicot F, Ridley A, Cretin E, Guirimand F, Aubry R. Understanding why patients request euthanasia when it is illegal: a qualitative study in palliative care units on the personal and practical impact of euthanasia requests. *Palliative Care and Social Practice*. 2022;16:26323524211066925 (11 str.).
17. Palliative care: Key facts. World Health Organization, Geneva [Online]. 2020. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (Datum pristupa: 11.6.2023.)
18. Teoli D, Schoo C, Kalish VB. Palliative Care. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing [Online]. 2023. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.gov/30725798/> (Datum pristupa: 31.8.2023.).
19. Hagan TL, Xu J, Lopez RP, Bressier T. Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *Nurse Education Today*. 2018;62:216-9.
20. Braš M, Đorđević V, Kandić-Splavski B, Vučević V. Osnovni pojmovi o palijativnoj medicini i palijativnoj skrbi. *Medix*. 2016; 119(120):69-76.
21. Marfan T. Pravni okvir zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj. *Financije i pravo*. 2015;3(1):69-81.
22. Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.-2020. Ministarstvo zdravstva, Zagreb [Online]. 2017. Dostupno na:

- <https://zdravlje.gov.hr/nacionalni-program-razvoja-palijativne-skrbi-u-republici-hrvatskoj-2017-2020/3094> (Datum pristupa: 31.8.2023.)
23. Rome RB, Luminais HH, Bourgeois DA. The Role of Palliative Care at the End of Life. *Ochsner Journal*. 2011;11(4):348-52.
 24. Ljubičić M. Palijativna zdravstvena njega. Zagreb: Naklada Slap; 2020.
 25. Tveit Sekse RJ, Hunskar I, Ellingsen S. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(1-2):e21-e38.
 26. Raffaelli W, Arnaudo E. Pain as a disease: an overview. *J Pain Res*. 2017;10:2003-8.
 27. Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, Dionne-Odom JN, Ernecoff NC, Hanmer J, Hoydich ZP, Ikejani DZ, Klein-Fedyshin M, Zimmermann C, Morton SC, Arnold RM, Heller L, Schenker Y. Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*. 2016;316(20):2104-14.
 28. Bender MS, Janson SL, Franck LS, Lee KA. Theory of Symptom Management. U: Smith MJ, Leibr P. (ur.) *Middle Range Theory for Nursing*, 4th Edition. New York: Springer Publishing Company; 2018.
 29. Linder L. Analysis of the UCSF Symptom Management Theory: Implications for Pediatric Oncology Nursing. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2010;27(6):316-24.
 30. Kubler-Ross E. *Razgovori s umirućima*, 2. izdanje. Biblioteka „Oko tri ujutro“. Zagreb. 1980.
 31. Erdek M. Pain medicine and palliative care as an alternative to euthanasia in end-of-life cancer care. *Linacre Quaterly*. 2015;82(2):128-34.
 32. Inbadas H, Carrasco JM, Clark D. Representations of palliative care, euthanasia and assisted dying within advocacy declarations. *Mortality (Abingdon)*. 2020;25(2):138-50.
 33. Čukljek S. *Proces zdravstvene njege*. Priručnik za studij sestrinstva. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2005.
 34. Fučkar G. *Proces zdravstvene njege*. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu; 1995.
 35. 37. Freitas FA, Leonard LJ. Maslow's hierarchy of needs and student academic success. *Teaching and Learning in Nursing*. 2011;6(1):9-13
 36. Gordon M. *Manual of nursing diagnosis*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2014.
 37. Brooker C, Waugh A. *Foundations of Nursing Practice E-Book: Fundamentals of Holistic Care*. Maryland Heights, MO: Mosby, 2007.

38. Lowey SE. *Nursing Care at the End of Life. What Every Clinician Should Know*. Geneseo, NY: Open SUNY Textbooks; 2015.
39. Pasero C. In Memoriam: Margo McCaffery. *American Journal of Nursing*. 2018;118(3):17.
40. Murnion BP. Neuropathic pain: current definition and review of drug treatment. *Australian Prescriber*. 2018;41(3):60-3.
41. Rogers JB, Modi P, Minter JF. *Dyspnea in Palliative Care*. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing [Online]. 2023. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.gov/30252378/> (Datum pristupa: 31.8.2023.)
42. Bonneau A. Cough in the palliative care setting. *Canadian Family Physician*. 2009;55(6):600-2.
43. Emanuel EJ. The History of Euthanasia Debates in the United States and Britain. *Annals of Internal Medicine*. 1994;121(10):793-802.
44. Picón-Jaimes YA, Lozada-Martinez ID, Orozco-Chinome JE, Montaña-Gómez LM, Bolaño-Romero MP, Moscote-Salazar LR, Janjua T, Rahman S. Euthanasia and assisted suicide: An in-depth review of relevant historical aspects. *Annals of Medicine and Surgery (London)*. 2022;75:103380 (6 str.).
45. McDowell S. *The History of Euthanasia with Richard Weikart*. Think Biblically. Biola University, La Mirada, CA [Online]. 2020. Dostupno na: <https://www.biola.edu/blogs/think-biblically/2020/history-of-euthanasia> (Datum pristupa: 2.10.2023.)
46. Stolberg M. Two Pioneers of Euthanasia around 1800. *Hasting Center Report*. 2008;38(1):19-22.
47. Turley KV. *The Theology of Evil and Eternity: Nefarious, Screwtape and Wolrd Wars*. National Catholic Register, Irondale, AL [Online]. 2023. Dostupno na: <https://www.ncregister.com/commentaries/the-theology-of-evil-and-eternity-nefarious-screwtape-and-world-wars> (Datum pristupa: 2.10.2023.)

7. OZNAKE I KRATICE

AIDS – sindromom stečenog nedostatka imuniteta, engl. *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

KOPB – kronična opstruktivna plućna bolest

NANDA – Udruženje za sestrinske dijagnoze Sjeverne Amerike, engl. *North American Nursing Diagnosis Association*

SZP – Svjetska zdravstvena organizacija

VAS – vizualno-analogna skala

8. SAŽETAK

U palijativnoj skrbi i skrbi na kraju života bolesnika, medicinske sestre se svakodnevno suočavaju s nizom etičkih pitanja i dilema, koje su često usmjerene na okončanje boli i patnje. Jedno od najznačajnijih etičkih pitanja u palijativnoj skrbi je pitanje okončanja života na zahtjev bolesnika ili eutanazije, što se smatra ilegalnom praksom u gotovo svim zemljama svijeta. Učestalost zahtjeva za eutanazijom povećala se legalizacijom postupka, koji postaje dostupan bolesniku. Eutanazija je zakonski regulirana u Švicarskoj, Belgiji i Nizozemskoj, a odluka o prihvaćanju zahtjeva donosi se na temelju konzultacija liječnika. Bolesnici koji najčešće zahtijevaju eutanaziju su oboljeli od bolesti i poremećaja koji značajno narušavaju kvalitetu života kroz smanjenje funkcionalnosti i samostalnosti. Utjecaj na smanjenje želje za eutanazijom kroz poboljšanje kvalitete života neizlječivo oboljelih ima palijativna skrb, koja u fokus pružanja usluga stavlja potrebe bolesnika i njegove obitelji. Palijativna skrb provodi se kroz multidisciplinarni pristup i usmjerena je na ublažavanje simptoma i patnje te postizanje optimalne kvalitete života tijekom cijelog kontinuuma bolesti. Palijativna se skrb provodi u svim okruženjima i uz poštivanje standardiziranih smjernica, a svaki bolesnik s dijagnozom neizlječive bolesti ima pravo na palijativnu skrb. Ublažavanje simptoma i patnje te optimizacija kvalitete života ključni su ciljevi palijativne skrbi kojima se bolesniku osigurava dostojanstvo na kraju života i mirna smrt.

Ključne riječi: etička pitanja; eutanazija; palijativna skrb.

9. SUMMARY

In palliative and end-of-life care, nurses face a series of ethical questions and dilemmas every day, which are often aimed at ending pain and suffering. One of the most important ethical issues in palliative care is the issue of ending life at the request of the patient or euthanasia, which is considered an illegal practice in almost all countries of the world. The frequency of requests for euthanasia has increased with the legalization of the procedure, which becomes available to the patient. Euthanasia is legally regulated in Switzerland, Belgium and the Netherlands, and the decision to accept the request is made based on a doctor's consultation. Patients who most often request euthanasia are suffering from diseases and disorders that significantly impair the quality of life through a reduction in functionality and independence. Palliative care, which focuses on the needs of the patient and his family, has an impact on reducing the desire for euthanasia through improving the quality of life of terminally ill patients. Palliative care is carried out through a multidisciplinary approach and is aimed at alleviating symptoms and suffering and achieving an optimal quality of life throughout the continuum of the disease. Palliative care is carried out in all environments and in compliance with standardized guidelines, and every patient diagnosed with an incurable disease has the right to palliative care services. Alleviation of symptoms and suffering and optimization of quality of life are the key goals of palliative care, which ensure the patient's dignity at the end of life and a peaceful death.

Keywords: ethical issues; euthanasia; palliative care.

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>16.10.2023.</u>	KRAPAC MAGDALENA	<i>Magdalena Krpac</i>

U skladu s čl. 58, st. 5 Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti, Veleučilište u Bjelovaru dužno je u roku od 30 dana od dana obrane završnog rada objaviti elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru u nacionalnom repozitoriju.

Suglasnost za pravo pristupa elektroničkoj inačici završnog rada u nacionalnom repozitoriju

KRAPAC MAGDALENA

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da tekst mojeg završnog rada u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu bude pohranjen s pravom pristupa (zaokružiti jedno od ponuđenog):

- a) Rad javno dostupan
- b) Rad javno dostupan nakon _____ (upisati datum)
- c) Rad dostupan svim korisnicima iz sustava znanosti i visokog obrazovanja RH
- d) Rad dostupan samo korisnicima matične ustanove (Veleučilište u Bjelovaru)
- e) Rad nije dostupan.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 16. 10. 2023.

Krapac Magdalena
potpis studenta/ice

