

Zdravstvena njega onkološkog bolesnika u terminalnoj fazi

Bašić, Marijana

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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:144:476671>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-12**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



**VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA**

**ZDRAVSTVENA NJEGA ONKOLOŠKOG
BOLESNIKA U TERMINALNOJ FAZI**

Završni rad br. 61/SES/2017

Marijana Bašić

Bjelovar, svibanj 2018.



Visoka tehnička škola u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Bašić Marijana**

Datum: 18.07.2017.

Matični broj: 000327

JMBAG: 0314003205

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA GERIJATRIJSKIH BOLESNIKA 2**

Naslov rada (tema): **Zdravstvena njega onkološkog bolesnika u terminalnoj fazi**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo** Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.**

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za završni rad:

1. **Ksenija Eljuga, dipl.med.techn., predsjednik**
2. **Tamara Salaj, dipl.med.techn., mentor**
3. **Goranka Rafaj, mag.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 61/SES/2017

Studentica će u radu opisati proces zdravstvene njege onkoloških bolesnika u terminalnoj fazi bolesti. U radu je potrebno opisati etiologiju malignih oboljenja, faze prilagodbe na bolest, ulogu medicinske sestre u zdravstvenoj njezi i edukaciji bolesnika i obitelji.

Zadatak uručen: 18.07.2017.

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.**



ZAHVALA

Zahvaljujem svim profesorima i predavačima Stručnog studija sestrinstva na prenesenom znanju, posebno Tamari Salaj, dipl.med.techn na stručnoj pomoći, dobroj volji i uloženom vremenu tijekom izrade ovog rada kao i na izrazitoj motivaciji, te svojoj obitelji na bezuvjetnoj podršci koju su mi pružali tijekom studiranja i koji su uvijek bili uz mene.

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Onkologija.....	2
1.2. Palijativna skrb.....	3
1.3. Terminalna faza.....	6
1.4. Medicinska sestra u palijativnoj skrbi.....	7
1.5. Problemi onkoloških bolesnika.....	8
1.5.1. Emocije.....	8
1.5.2. Bol.....	9
1.5.3. Suicidne ideje.....	16
2. CILJ RADA	18
3. METODE	19
4. REZULTATI	20
4.1. Njega onkoloških bolesnika u terminalnoj fazi bolesti.....	20
4.1.1. Oštećenje sluznice usne šupljine.....	20
4.1.2. Kožni problemi.....	22
4.1.3. Smanjena mogućnost brige za sebe – osobna higijena i hranjenje.....	24
4.1.4. Visok rizik za opstipaciju.....	25
4.1.5. Ostali simptomi.....	26
4.2. Sestrinsko medicinski problemi.....	29
4.3. Hitna stanja u onkologiji.....	30
4.4. Uloga medicinske sestre u edukaciji obitelji.....	32
5. RASPRAVA	34
6. ZAKLJUČAK	36
7. LITERATURA	38
8. SAŽETAK	40
9. SUMMARY	41

1. UVOD

Maligna oboljenja i onkološki bolesnici, jedan su od najznačajnijih zdravstvenih problema u većini svijeta, pa tako i u Republici Hrvatskoj. Na ljestvici uzroka smrti nalaze se na drugom mjestu, s udjelom 27,9 % (2014. godine), kao i po broju hospitalizacija s udjelom od 14 % (2014.)(1).

2014. godine je u Republici Hrvatskoj dijagnosticirano 21.434 novooboljelih, od čega 11.389 muških osoba, a 10.045 ženskih, dok je tijekom 2014. godine od posljedica tumora umrlo 13.939 osoba, od čega 7.911 muških i 6.028 ženskih osoba (2).

Unatoč konstantnom napretku medicine u područjima otkrivanja, dijagnostičkih mogućnosti, te suvremenih oblika liječenja, pojavnost i smrtnost kod malignih oboljenja je u uzlaznoj putanji. Istome u znatnoj mjeri pridonosi razvoj suvremene medicine i općenito rast životnih i higijenskih standarda, što posljedično dovodi i do produljenja očekivanog trajanja života, te samim time i sve veći udio starije populacije, unutar koje je i veći postotak osoba oboljelih od malignih bolesti.

Navedeni problem prepoznat je i u Republici Hrvatskoj te je tijekom minulih godina u skladu s odrednicama Nacionalne strategije razvitka zdravstva usvojeno nekoliko Nacionalnih programa za rano otkrivanje malignih oboljenja (debelog crijeva, dojke, vrata maternice). Cilj navedenih programa je rano otkrivanje i uklanjanje malignih tvorbi, te dugoročno provedbom preventivnih pregleda smanjiti smrtnost, poboljšati kvalitetu života, te unaprijediti zdravlje stanovništva.

Prvom ustanovom koja na moderni način pristupa teškoći umiranja smatra se Hospicij sv. Kristofora u Londonu, kojeg je osnovala C.Saunders. U njemu se ljudsko suosjećanje povezuje s najnovijim medicinskim dostignućima te s nastavnom djelatnošću i istraživanjem. Danas se različite službe/ustanove palijativne medicine nalaze u preko devedeset zemalja. U Engleskoj, Poljskoj, Švedskoj, Australiji, organizirane su i specijalizacije iz palijativne medicine za liječnike i medicinske sestre, kao i fakultetske katedre s akademskim stupnjevima (3).

U Zagrebu je prvi simpozij Hospicij i palijativna skrb organiziran u Hrvatskom liječničkom domu u proljeće 1994. godine. Iste godine osnovano je i Hrvatsko društvo

za hospicij i palijativnu skrb. Inicijator i organizator obaju događaja bila je Anica Jušić, koja je izabrana za prvu predsjednicu društva (4).

Unatoč činjenici da se onkološki bolesnici nalaze visoko na ljestvici, kako po broju smrti, tako i po broju hospitalizacija, briga za oboljele u završnom stadiju bolesti (a u kojima prednjače maligne bolesti, tj. onkološki bolesnici) je u Hrvatskoj relativno „kasno prepoznata“, tako da u njoj ne postoji dovoljan broj ustanova, specijaliziranih za zbrinjavanje takvih pacijenata. Zbog toga skrb onkoloških bolesnika u terminalnoj fazi bolesti u većini slučajeva ostaje na obitelji, liječniku obiteljske medicine, te patronažnoj službi.

Prekretnicu palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj donio je Strateški plan razvoja palijativne skrbi, za razdoblje 2014. – 2016. godine, usvojen krajem 2013. godine. Palijativna medicina još uvijek nije u potpunosti implementirana u zdravstveni sustav, unatoč činjenici da se osnivaju odjeli za palijativnu skrb, smještajni kapaciteti za ovakve bolesnike su na žalost još uvijek nedovoljni, te tek manji dio ovakvih bolesnika uspije dobiti smještaj na odjelima specijaliziranim za palijativnu skrb.

Kako bi se oboljelima i njihovom obiteljima omogućilo lakše prevladavanje situacije u kojoj se nalaze, potrebno je koristiti postojeće resurse, prvenstveno kroz bolju organizaciju, te edukaciju zdravstvenih djelatnika na svim razinama, dok je dugoročno gledano potrebno stvarati prostorne i kadrovske uvjete za formiranje adekvatnih smještajnih kapaciteta na bolničkim odjelima za palijativnu skrb.

1.1. Onkologija

Onkologija je grana medicine koja se bavi dijagnozom i terapijom malignih oboljenja. Riječ onkologija potiče od grčkih riječi onkos – što znači masa, tumor i riječi logos – nauka.

Pored ovog onkologija se bavi :

- Praćenjem pacijenata sa malignom bolešću poslije terapije,
- Palijativnom njegom pacijenata u terminalnoj fazi bolesti,
- Skrining programima sa ciljem prevencije nastanka određenih vrsta malignih oboljenja.

Liječenje malignih oboljenja je jedna od najsloženijih vrsta terapija u medicini, a provodi se kirurškim liječenjem, lijekovima (kemoterapije, imunoterapije i dr.), te radioterapijom. Može se provoditi korištenjem samo jedne od navedenih vrsta liječenja, ali zbog ograničenja i/ili nedostataka pojedine vrste liječenja u cilju postizanja boljeg rezultata, liječenje se može provoditi i kombinacijom navedenih metoda.

Tretmani malignih oboljenja redovito sa sobom nose i određeni rizik za nastanak komplikacija i oštećenja, što iziskuje potrebu za dodatnom njegom i liječenjem.

Liječenjem se maligna bolest može:

- izliječiti – bolesnik više nema prisutnih malignih stanica
- kontrolirati – usporavanje rasta tumora i uništavanje stanica tumora koje bi se mogle proširiti u ostale dijelove tijela
- ublažiti – simptome prouzrokovane malignim oboljenjem, spriječiti simptome koji će nastupiti ako se ne poduzme liječenje, te produžiti život.

1.2. Palijativna skrb

Palijativna skrb je cjelovita i aktivna briga, kako za oboljelu osobu čija bolest više ne reagira na liječenje, tako i za obitelj oboljelog. Tom se skrbi nastoji pacijentu pristupiti holistički, kroz cjeloviti individualni pristup svakom bolesniku kao pojedincu. Palijativna skrb ne ublažava samo fizičke simptome već pomaže i kod psihičkih, socijalnih i duhovnih poteškoća (5).

Kroz palijativnu skrb trebamo pacijentu omogućiti što veću samostalnost i odlučivanje o vlastitom životu i liječenju, te uvažavati njegovo dostojanstvo.

Temeljna načela palijativne skrbi su povjerljivost (bolesnik, osoblje, obitelj), te prihvaćanje pojedinca bez stigmatizacije.

Ciljevi tima palijativne skrbi :

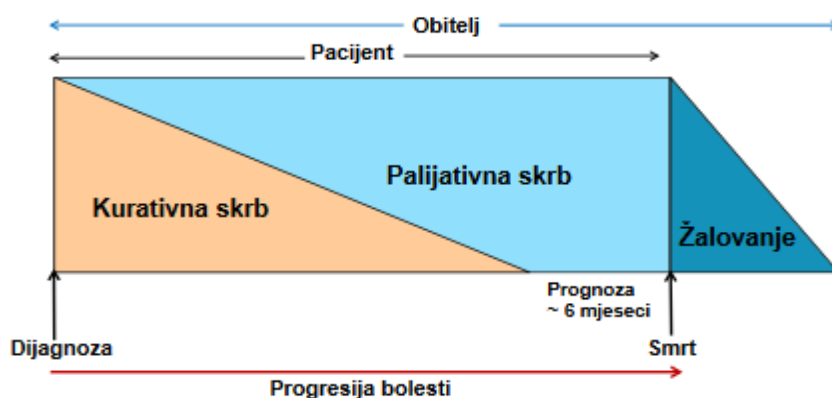
- Pomoći u olakšavanju trenutnih simptoma i pružiti emocionalnu, socijalnu i duhovnu potporu bolesnicima u završnom stadiju bolesti
- Osigurati savjetodavnu pomoć i podršku rođacima i ožalošćenima
- Osigurati potporu i savjet osoblju koje se za bolesnika skrbi

- Sudjelovati u edukativnim programima na multiprofesionalnoj osnovi i u dodiplomskom i u permanentnom obrazovanju. To uključuje formalne i neformalne sastanke
- Istraživati područje kontrole simptoma i pitanja vezanih uz emocionalno djelovanje umiranja.

Kod bolesnika koji su pod palijativnom skrbi, najčešći problemi su: bol, gubitak samostalnosti, strah za budućnost, briga za svoju obitelj. Zbog toga je individualan pristup svakom pojedincu i njihovim obiteljima iznimno bitan, jer pacijenti različito reagiraju na psihološku pomoć.

Bolesnici koji su pod palijativnom skrbi uz fizičke simptome bolesti razvijaju i određene strahove kao što su: strah odvajanja od najbližih, samoće, boli i umiranja. Zbog svoga stanja boje se gubitka samostalnosti, samopouzdanja, kontrole nad vlastitim životom, snage i funkcije tijela, te postojeće uloge u obitelji i društvu.

Stručne postavke nalažu da se palijativna skrb primjenjuje paralelno s kurativnom od samog trenutka kada je postavljanja dijagnoza bolesti. Kako samo 10% ljudi umre naglom smrću, to znači da bi palijativnu skrb trebalo osigurati zaostalih 90% ljudi (6).



Slika 1.1. Postupnost uvođenja palijativne skrbi paralelno s kurativnim pristupom
 Izvor: <http://www.hzhm.hr/wp-content/uploads2013/07/Nacionalne-smjernice-za-rad-izvanbolnicke-i-bolnicke.pdf>, (28.08.2017.).

Kod oko 50% bolesnika se u tretmanu malignih bolesti neoplazmi primjenjuje kurativan pristup, a kod preostalih oboljelih je već od početka tretmana moguća samo palijativna njega. Od bolesnika koji se kurativno liječe, izliječi se samo oko 20% Iz navedenog

proizlazi da unatoč činjenici napretka u liječenju malignih bolesti oko 80 % onkoloških pacijenata u nekoj fazi treba palijativnu njegu. Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) palijativna njega je aktivna, kompletna briga za pacijenta čiju bolest nije moguće aktivno liječiti i izliječiti (7).

Skrb za osobe na kraju života pruža se na različitim razinama :

- Palijativni pristup - provodi se od strane zdravstvenih djelatnika koji pružaju zdravstvenu i socijalnu skrb (liječnici i medicinske sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i bolnicama, farmaceuti)
- Opća palijativna skrb – provodi se od strane stručnjaka koji su češće uključeni u skrb o terminalno oboljelim pacijentima (liječnici i sestre primarne zdravstvene zaštite, gerijatri, onkolozi, negovateljice, i dr.)
- Specijalistička palijativna skrb – podrazumijeva skrb koju zajedno pruža tim visokoobrazovanih stručnjaka iz područja zdravstvene i socijalne skrbi
- Volonteri – adekvatno educirani i kvalitetno organizirani volonteri različitih struka i vještina, važan su dio palijativnog tima jer znatno pridonose kvaliteti skrbi za terminalne bolesnike
- Članovi obitelji – glavni nositelji skrbi za oboljelog člana obitelji, jer informirani i kvalitetno educirani članovi obitelji, mogu uz podršku i pomoć veoma kvalitetno pružati skrb i njegu u domu samog bolesnika.

Usklađen i zajednički rad multidiscipliniranog tima sa interdiscipliniranim pristupom osnovna je pretpostavka kvalitetne palijativne skrbi. Struktura i veličina pojedinog palijativnog tima ovisi o samim potrebama palijativnog pacijenta, ali i o mogućnostima. U svakom palijativnom timu postoji vodstvo i organizacija tima, a svaki član je važan i ravnopravan dio. Multidisciplinarni tim sastoji se od članova iz različitih zdravstvenih i nezdravstvenih struka koji zajednički djeluju sa ciljem ostvarenja primjerene skrbi za oboljelog pacijenta i članove njegove obitelji. Iako svaki član tima provodi intervencije za koje je zadužen, neprestano surađuje s ostalim članovima tima kako bi uspješno ublažili ili riješili postojeće probleme (8).

Jedna od najvažnijih pretpostavki kvalitetne palijativne skrbi je komunikacija. Osim što poboljšava skrb za bolesnika, djeluje i terapijski.

Komunikacija je važna između :

- Bolesnika i zdravstvenih radnika
- Obitelji i zdravstvenih radnika
- Bolesnika i članova obitelji
- Zdravstvenih radnika i drugih službi uključenih u skrb (5).

Slušanje bolesnika mora biti empatično, kako bi se prepoznali simptomi depresije, ljutnje, straha, osjećaji krivnje, povučenosti. Neverbalna komunikacija je također vrlo važna jer i sama prisutnost neke osobe može biti vrijedna podrška, kako uz razgovor, tako i uz periode šutnje. Centralna ličnost skrbi sukladno principima palijativne skrbi treba biti bolesnik, kojega treba potaknuti na međusobnu suradnju i na zajedničko planiranje raznih postupaka, sa ciljem da se istome što je više moguće olakšaju posljednji dani života.

Svjetska zdravstvena organizacija definira palijativnu medicinu ovim principima :

- Naglašava život, a umiranje shvaća kao normalan proces
- Niti ubrjava niti odgađa umiranje
- Omogućuje olakšavanje boli i drugih simptoma
- Integrira psihološke i duhovne aspekte brige za bolesnika
- Nudi potporu bolesniku da bi mogao živjeti što aktivnije sve do samoga kraja
- Nudi potporu članovima bolesnikove obitelji tijekom njegove bolesti te tijekom procesa žalovanja (9).

1.3. Terminalna faza

Terminalna faza bolesti nastupa kada specifično liječenje oboljelog više ne donosi rezultata, te ga je stoga potrebno prekinuti i nastaviti sa simptomatskim liječenjem. Bolesnici teško prihvaćaju činjenicu da lijeka za njihovu bolest više nema. Za bolesnike koji su u toj fazi bolesti često se upotrebljava naziv „terminalni bolesnik“, ali korištenje takvog naziva nije opravdano, jer takav naziv podrazumijeva gašenje svake nade. Ali s obzirom da se i u najtežim stanjima nešto može učiniti, nada uvijek postoji. Iskustva iz prakse pokazuju da se uz primjerenu njegu i čak vrlo teški bolesnici mogu privremeno oporaviti, što može trajati više dana, tjedana, pa i mjeseci. Zbog

svega navedenog, najnesigurnije područje medicine je prognoza, jer je svaki bolesnik individualni biološki sustav s mnogo nepoznanica, koje u bilo kojem trenutku mogu početi djelovati, te prouzročiti učinak s kojim u prognozi nismo računali.

1.4. Medicinska sestra u palijativnoj skrbi

Medicinska sestra ima bitnu ulogu u palijativnoj skrbi, jer je višestruki aktivni sudionik koji neposredno koordinira i provodi zdravstvenu njegu, te rukovodi cjelokupnim procesom skrbi.

Odgovornost medicinske sestre je planiranje, provođenje i evaluacija zdravstvene njege. Ona vrši kontinuiranu procjenu, evaluaciju, edukaciju bolesnika i obitelji, te surađuje s ostalim članovima tima.

Iz navedenog je vidljivo da primjenjivati proces zdravstvene njege znači samoinicijativno, namjerno, planski i sustavno otkrivati bolesnikove probleme iz područja zdravstvene njege, rješavati ih po unaprijed razrađenom planu i provjeravati uspješnost (10).

Njegovanje je bitan element u palijativnoj skrbi koju provode medicinske sestre i drugi zdravstveni stručnjaci. Njegovanje obuhvaća mnogo više od same brige za potrebe zadovoljenja tjelesnog zdravlja ljudi. Ljudi kojima je potrebna bilo kakva zdravstvena usluga, mogu imati i psihološke potrebe koje u određenoj mjeri mogu utjecati i na njihove osjećaje, misli i ponašanje. Dobra psihološka njega može pomoći u poboljšavanju ishoda tjelesnog zdravlja (11).

Psihoonkologija se bavi proučavanjem, razumijevanjem i tretmanom psiholoških, emocionalnih, socijalnih, duhovnih i funkcionalnih aspekata karcinoma, pri čemu se naglasak stavlja na podizanje kvalitete života bolesnika i članova njihovih obitelji (12). Sama po sebi riječ karcinom izaziva niz negativnih emocija. Dijagnosticiranje maligne bolesti stresno je za svaku osobu koja se suočava s istim, ali su vrlo različiti emocionalni odgovori.

1.5. Problemi onkoloških bolesnika

1.5.1. Emocije

Neki od uobičajenih osjećaja onkoloških bolesnika :

- Strah – dijagnosticiranje maligne bolesti vrlo često uplaši osobu
- Krivnja – optuživanje samoga sebe (npr. da sam zdravije jela/jeo, ovo se ne bi dogodilo...)
- Ljutnja – oboljeli se uobičajeno pitaju „Zašto baš ja?“
- Potiskivanje – osobe s postavljenom dijagnozom često ne prihvaćaju činjenicu da imaju malignu bolest, neprihvatanje navedenog ponekad može biti dobro za prilagodbu na dijagnozu, ali ako isto potraje duže vrijeme, to može negativno utjecati na liječenje i biti put za razvoj depresije
- Usamljenost – onkološki bolesnici ponekad govore da su usamljeni i imaju osjećaj da ih okolina ne razumije
- Tuga i depresija – znatan broj osoba se s onkološkim bolesnikom osjeća tužno i potišteno, vrlo je teško s bolesnikom razgovarati o istome
- Gubitak kontrole – dijagnoza maligne bolesti kod onkološkog bolesnika često izaziva osjećaj gubitka kontrole nad vlastitim životom.

Uloga medicinske sestre koja je u stalnom kontaktu s bolesnikom jest prepoznati pokazuje li bolesnik neke od navedenih osjećaja, te ako bolesnik sam ne traži pomoć, pokušati u suradnji sa ostatkom tima pružiti istome adekvatnu pomoć i podršku.

Brojna istraživanja su pokazala da se osobe s malignom bolešću bolje nose s bolesti, brže oporavljaju, imaju kvalitetnije odnose s drugim osobama, zdravije životne navike i bolju kvalitetu života ako su potražili psihološku podršku (12). Odluka onkološkog bolesnika da zatraži potrebnu pomoć nije znak njegove slabosti, već je to znak njegove mudrosti.

U tijeku bolesti pojavljuju se brojni simptomi koji znatno ograničavaju normalan život. Najčešći su to bol, slabost, inapetencija, dispneja, gubitak sna i drugi, ovisno o uznapredovalosti i lokalizaciji bolesti.

1.5.2. Bol

Bolna stanja u okviru maligne bolesti treba promatrati višedimenzionalno. Maligno potaknute bolne senzacije uobičajeno se, prema mjestu i mehanizmu nastanka, klasificiraju u tri glavne skupine :

- Somatska bol – ukoliko je nocicepcija nastala aktivacijom receptora u kožnim ili dubokim potpornim strukturama, nastaje oštra ili tupa bol koju pacijent relativno lako lokalizira
- Visceralna bol – pritisak, rastezanje ili infiltracija stimuliraju nociceptore u organima prsišta, trbuha odnosno zdjelice i uzrokuju bol slabije lokalizacije, obično više tupog karaktera
- Neuropatska bol – blizina malignog procesa neuralnim strukturama doprinosi u različitom stupnju njihovoj disfunkciji .

Prema kronološkim karakteristikama bol se obilježava kao :

- Bazalna (kontinuirana ili dugotrajna bol nižeg intenziteta, zahtjeva primjenu analgetika s postupnim oslobađanjem)
- Probojna bol (bol nastaje tijekom analgetskog liječenja i obično je jakog intenziteta, naglog nastupa i kraćeg trajanja. Zahtjeva dostupnost brzodjelujućih analgetika i njihovu pravovremenu primjenu sukladno bolesnikovoj procjeni),
- Incidentalna bol (bol izazvana nekom radnjom od strane pacijenta: bol, hod, obrok i dr.)



Slika 1.2. VAS skala za određivanje jačina bola

Izvor:<http://www.hzhm.hr/wp-content/uploads2013/07/Nacionalne-smjernice-za-rad-izvanbolnicke-i-bolnicke.pdf>, (28.08.2017.).

Bol u onkologiji nije jednostavan simptom. Uzrok boli kod onkoloških bolesnika najčešće je posljedica promjena koje izaziva rast tumora. Rjeđe je uzrokovana

liječenjem (nuspojave liječenja) ili disfunkcijom živčanog sustava (neuropatska bol) (13).

Zbog svoje učestalosti i važnosti zahtjeva posebnu uvježbanost i motiviranost onkologa kako bi bila adekvatno prepoznata, dokumentirana i liječena (14). Cilj je kod svakog onkološkog bolesnika VAS skalu smanjiti ispod 3.

Tablica 1.1. WHO analgoskala

Izvor:<http://www.hdlb.org/publikacije/publikacije-za-zdravstvene-djelatnike/smjernice-za-liječenje-karcinomske-boli-odraslih-3/> (10.09.2017.).

Stepenica	Jačina boli (NRS)	Analgetski izbor
1: blaga bol	< 3	Paracetamol /NSAIL
2: blaga do srednje jaka	3-6	Blagi opioid /+1
3: jaka bol	>6 - 10	Jaki opioidi + 1

Za blagu bol ;

Paracetamol, acetilsalicilna kiselina i široka skupina nesteroidnih anti-inflamatornih lijekova (NSAL) sačinjavaju neopioide. Tu spadaju acetaminofen, ibuprofen, naproksen, celekoksib, ketoprofen, diklofenak, indometacin, meloksikam, piroksikam. Prema istraživanjima SZO 20-40% onkoloških pacijenata s bolom može postići adekvatnu analgeziju primjenom neopioidnih analgetika (14).

Međusobno se razlikuju po stupnju i trajanju analgetskog učinka, te spektru ostalih učinaka tipičnih za skupinu (antiagregacijski, antipiretski te protuupalno). Glavna briga kod primjene NSAL je gastrointestinalna toksičnost s povećanjem rizika krvarenja. Kao najmanje rizični pokazali su se ibuprofen, naproksen i celekoksib (14). Paracetamol u pravilu ima prednost ispred ASK zbog manjeg antiagregacijskog učinka. Izbor lijeka će se uvijek individualizirati temeljem dostupnosti, iskustva ordinarijusa, specifičnosti stanja pacijenta, uz poštivanja doze i intervala uzimanja.

Blaga do srednje jaka bol ;

Prema preporuci WHO, u ovome se stupnju liječenja boli propisuju opijati, kada su boli stalno prisutne ili kad neopijati nisu više dovoljno učinkoviti u suzbijanju boli (15).

Kombinira se jedan neopijat s jednim opijatom. Opijati su supstancije koje se vežu na specifične opijatne receptore središnjega živčanoga sustava ili na periferna aferentna živčana vlakna. Dije se na slabe i jake opijate.

Razlikujemo opijate u interakciji s opijatnim receptorima, pa ih možemo podijeliti na agoniste, agoniste – antagoniste, odnosno parcijalne agoniste i antagoniste. U liječenju boli jakim opijatima prednost imaju čisti agonisti, jer se povećanjem doze povećava i njihovo analgetičko djelovanje. Kod parcijalnog agonista, odnosno agonista-antagonista nastaje tzv. „ceiling efekt“ (analgezija se povećanjem doze više ne može postići, npr. pentazocin). Za toleranciju se smatra da ne postoji, jer redovito povećanje doze opijata u sve kraćim vremenskim razmacima nije znak tolerancije, nego napredovanje rasta tumora u onkoloških bolesnika (15).

U nekih bolesnika opijat nije indiciran ili ima različito analgetičko djelovanje na bol :

- Samo sedirajuće djelovanje – opijat nije indiciran (tenzijske glavobolje, postherpetične neuralgije, ubadajuće i distetične boli)
- Različito djeluje – opijat po mogućnosti izbjegavati (spazam mišića)
- Slabije djelovanje – opijat često potreban (bol u kostima, kompresija živca, tenezmi rektuma ili mokraćnoga mjehura, dekubitus) (15).

Prije uvođenja sistemne opijatne terapije za određivanje najmanje doze lijeka služimo se metodom titracije. Počinjemo s najmanjim dozama i povećavamo dozu dok ne postignemo zadovoljavajuću analgeziju (stabilizacijska faza). Ne postigne li se bitno smanjenje boli stalnim povećavanjem doza, uzroci mogu biti opijatno rezistentne boli ili vrlo jaka psihička komponenta. Prednost se u palijativnoj medicini daje oralnoj terapiji. Opijate u parenteralnom obliku uvodimo tek kad oralni put nije moguć, ili kad nuspojave postanu terapijski rezistentne. Tada se raspravlja o alternativnom unosu lijeka rektalnim, transdermalnim, subkutanim, intravenskim i intratekalnim putem.

Među slabim opijatima u oralnom obliku liječenja kroničnih boli primjenjujemo kodein, dihidrokodein, pentazocin i tramadol (lumidol).

Kodein – agonist s poluvremenom eliminacije unutar tri sata, s razgradnjom u organizmu nastaje morfin koji je zapravo analgetična supstanca. Osim analgetičkoga, njegovo antitusično djelovanje poželjno je primjerice u bolesnika s bronhalnim karcinomom.

Pentazocin – parcijalni agonist-antagonist, zbog čestih psihomimetičkih nuspojava (distrofija, halucinacija, nemirnih snova) i kratkoga djelovanja nije pogodan za liječenje bolnih kroničnih stanja.

Tramadol – čisti sintetički opijat, agonist s izraženim „ceiling efektom“, što znači da smo dozom 100mg oralno svaka četiri sata, postigli maksimalni analgetički učinak (15).

Kronična primjena opioida uzrokuje fizičku ovisnost većeg ili manjeg stupnja, te je pojava sindroma ustezanja neizbježna kod naglog prekida. Prekid dugotrajne opioidne terapije zbog bilo kojih indikacija zahtjeva postupno reduciranje doze i pomno praćenje pacijenta. Agitacija, tremor, bolovi, strah, nesanica i ekscitabilnost, uz znakove stimulacije autonomnog živčanog sustava, najčešći su znakovi apstinencijskog sindroma. Ponovno davanje lijeka u iznosu od otprilike $\frac{1}{4}$ prijašnje doze obično izazove dovoljnu supresiju simptoma (14).

Poseban naglasak među koanalgeticima zahtjeva liječenje neuropatske boli. Tu se primjenjuju :

- Antidepresivi
- Antikonvulzivi
- Lokalni anestetici
- Kortikosteroidi
- Ostali lijekovi.

Antidepresivi – djeluju pro-serotoninski (povećavaju koncentraciju) i često su lijekovi prvog izbora kao koanalgeticineuropatske boli – ukoliko druge metode (opijat + neopioid) nisu rezultirale olakšanjem. Počinje se niskim dozama uz eskalaciju doze tijekom probnog perioda od 2-4 tjedna.

Antikonvulzivi – se obično primjenjuju nakon neuspjeha antidepresiva. Gabapeptin je lijek prvog izbora iz skupine, zbog učinkovitosti i dobrog sigurnosnog profila. Djelotvorne doze su obično između 900 i 1800mg, podijeljeno u tri dnevne doze.

Glavna nuspojava je sedacija zbog koje se titracija uobičajeno počinje nižim dozama s brзом eskalacijom doze do 900mg dnevno i više.

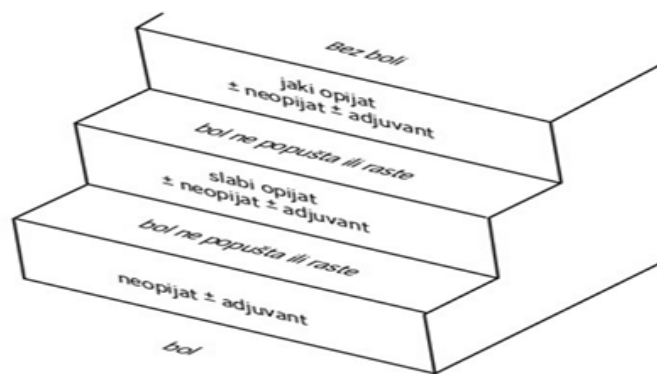
Lokalni anestetici – nikad ne predstavljaju terapijsku opciju prvog izbora, npr. lidokain odnosno meksiletin (peroralno) može doprinijeti olakšanju neuropatske boli refrakterne na dosad spomenute lijekove. Kod lokaliziranih neuropatskih smetnji topikalna primjena može biti racionalan izbor- pripravke u obliku kožnih naljepaka lokalnog učinka ili anestetičkih krema pacijent može samostalno aplicirati u kućnim uvjetima.

Kortikosteroidi – primjena dolazi u obzir kod refrakterneneuropatske boli, posebno kod metastatskih koštanih boli, a također i kod boli uzrokovane rastezanjem kapsule organa ili opstrukcije izvodnih kanala (kolike, visceralna bol), te kod glavobolja zbog povišenog intrakranijalnog tlaka. Mogu biti i lijek prvog izbora kod tegoba uzrokovanih infiltracijom perifernih neuralnih struktura ili kod kompresivnih sindroma kralješnične moždine. Kod kronične primjene može se izazvati potencijalno opasne nuspojave kao gastrointestinalna toksičnost, psihoza, osteopenija, hipertenzija i hiperglikemija, tako da se za dužu upotrebu treba odrediti minimalna doza održavanja, ili drukčiji modalitet analgezije.

Ostali lijekovi – primjenjuju se benzodiazepini. Somnolencija, kognitivno pogoršanje ili opstipacija mogu limitirati njihovu dugotrajnu primjenu. Klonidin može biti učinkovit kod neuropatske boli zajedno sa opioidima primjenjen oralno ili transdermalno, posebno kod pacijenata sa hiperaktivnošću simpatikusa.

Bol se javlja u otprilike 70 posto bolesnika s uznapredovalim malignim oboljenjem. U velikoj većini se može ublažiti. Ista se može možda najlakše liječiti, a ipak čak i u razvijenim zemljama, više od polovice takvih bolesnika ne dobiva odgovarajuću razinu analgezije (16).

Iskustvo u hospiciju i ustanovama palijativne skrbi širom svijeta pokazalo je kako je moguće dobro kontrolirati bol u približno 95 % bolesnika (16).



Slika 1.3. Algoritam liječenja karcinomske boli – trostupanjska analgo ljestvica Svjetske zdravstvene organizacije (SZO).

Izvor: <http://www.hdlb.org/publikacije/publikacije-za-zdravstvene-djelatnike/smjernice-za-lijecenje-karcinomske-boli-odraslih-3> (10.09.2017.)

Osim boli bolesniku se mora pomoći i pružiti potpora u zadovoljavanju emocionalnih potreba. Valja poći od toga da se svi bolesnici osjećaju usamljeno i da im treba posvetiti vrijeme, saslušati ih i omogućiti da izraze svoje osjećaje. Svi to neće prihvatiti. Nekima je dovoljno povremeno pet ili deset minuta, drugima treba više. Uključivanje u skupinu (potpora, samopomoć) ili obiteljska psihoterapija, sve to maksimalizira samoodlučnost, otvorenost, konstruktivan realizam, potporu i potiče djelotvorne strategije za borbu te je često korisno u smislu dokazanoga i znatnog smanjenja poremećaja raspoloženja i boli.

Bitno je energično liječenje bilo koje duševne bolesti.

Tuga i depresija

Nema oštre razlike između tuge, prolazne depresije (poremećaj prilagodbe) i depresivne bolesti (poznate i kao depresivni poremećaji). Mogu se promatrati i kao spektar u rasponu od svima poznatoga iskustva tuge do jasne duševne bolesti u obliku depresivnog poremećaja.

Tuga je „normalan“ osjećaj, ali samo stoga što je to uobičajeno iskustvo ne smije se ignorirati. Bol uzrokovana tugom mora se osjetiti i onaj tko pati mora znati da njegovu tugu priznajemo i prihvaćamo, da uvažavamo njegovu sposobnost borbe s problemima i da smo mu, ako bude potrebno, spremni pružiti potporu. Teško je postaviti granicu na kojoj tuga prestaje, a depresija počinje, no bitno je otkriti patološke razine depresije. Često se misli da se depresija u umirućih bolesnika može očekivati i da se ne može liječiti. Sve više istraživanja pokazuje da ta teza ne stoji i da depresivna bolest, čak i u

završnim stadijima maligne bolesti, uzrokuje veliku patnju i bolesniku i njegovoj obitelji, te da je valja energično liječiti. Kao i kod kontrole boli, djelotvorna dijagnoza depresije i njezino liječenje zahtjeva izobrazbu i povezanost sa stručnjacima za duševno zdravlje.

Psihijatri tragaju za postupnim nastupom simptoma, tijekom nekoliko mjeseci, često nakon nekog gubitka (ili godišnjice gubitka) i pokušavaju uočiti poremećaje na psihološkoj i somatskoj, odnosno biološkoj razini, kao i u okviru društvenog ponašanja.

Psihološki simptomi uključuju :

- Depresivno raspoloženje ili razdražljivost
- Gubitak interesa i sposobnosti uživanja (anhedonija)
- Agitiranost ili psihomotornu usporenost (mentalnu i tjelesnu)
- Kognitivne promjene – bolesnik se osjeća bezvrijednim, vanjski svijet čini mu se besmislenim, a budućnost beznadna (poznati kao kognitivni trijas simptoma).

Biološki simptomi

Dobro su poznati, obuhvaćaju smetnje spavanja (rano jutarnje buđenje), promjenu raspoloženja tijekom dana (loše raspoloženje ujutro), smetnje apetita, opstipaciju i oslabljen libido.

Promjene u društvenom ponašanju

Smanjena sposobnost prilagodbe (neodlučnost), teškoće u međuljudskim odnosima (povlačenja, svađe), povećanu ovisnost o alkoholu, asocijalno (naročito u mladim: laganje, krađa, nasilje) i po sebi opasno ponašanje, primjerice pretjerano izlaganje riziku, neposlušnost i pokušaji samoubojstva.

Depresija u završnom stadiju maligne bolesti donosi brojne teškoće. Niz somatskih simptoma depresije – anoreksija, gubitak tjelesne težine, umor, nesаница, opstipacija i bol – mogu biti izazvani malignom bolešću ili njezinim liječenjem. Brojni su organski uzroci depresije, otklanjanjem kojih se poboljšava raspoloženje tijekom nekoliko tjedana. Kad se neki organski uzrok ne može otkloniti, ili za to nema dovoljno vremena, tada se bolesnik mora liječiti od depresivne bolesti.

1.5.3. Suicidne ideje

Javljaju se u oko 10 do 14 % tek dijagnosticiranih slučajeva malignih bolesti i nužno ne upućuju na depresiju. Mogu biti odraz teških društvenih ili zdravstvenih prilika, bolesnikova straha da će pasti na teret obitelji ili prijateljima, straha od bolnog umiranja, uz odgovarajuću zdravstvenu skrb i društvenu potporu, obično brzo nestaju. U liječenju depresivne bolesti vrijede opća načela utvrđivanja i liječenja emocionalnih problema. Valja utvrditi etiološke čimbenike, jer to pomaže pri određivanju odgovarajuće terapije (16).

Smetenost

Uobičajen simptom u terminalnih bolesnika. Ono stavlja u pitanje svoj pristup problemu, pokreće neke medicinske i etičke dileme. Smetenost je mentalno stanje koje karakterizira nesnalaženje u vremenu, prostoru i s osobama, stanje koje izaziva zbunjenost, nesposobnost logičkog povezivanja misli, te nesposobnost odlučnog izbora ili djelovanja. Obično je simptom nekoga organskog poremećaja, ali može pratiti i jak emocionalni stres i psihološke poremećaje (16).

Ona je „zarazna“ i može dovesti do mnogobrojnih problema unutar tima onih koji se skrbe o bolesniku. Ciljevi i očekivanja liječenja postaju nejasni, a smetenost počinje prevladavati. Smetenim bolesnicima i njihovim obiteljima potrebna je skrb u stabilnoj sredini. Tim njegovatelja koji pružaju skrb treba da zauzme pouzdan i jedinstven pristup, jer će u protivnom bolesnici postati još smeteniji.

Zašto je važno analizirati uzrok?

Analiza nam omogućava davanje objašnjenja bolesniku i njegovoj obitelji. Analiza također pomaže timu koji se o bolesniku skrbi, da postavi realna očekivanja u pogledu liječenja. Za utvrđivanje uzroka bitni su anamneza i pregled. Bolesnikova obitelj pružiti će nam najpouzdaniji pregled nedavnog bolesnikovog duševnog stanja, a znat će i o eventualnim promjenama u liječenju (16).

Korisno je da svi koji se skrbe o smetenim bolesnicima imaju uvid u to kako se bolesnici osjećaju. Smeteni bolesnici često su svjesni svoga stanja, ali ne mogu ništa učiniti da ga poprave. Osjećaju kako su odsječeni od stvarnosti i kao da ne drže stvari pod kontrolom. Takva spoznaja izaziva veliku tjeskobu, koja samo po sebi povećava smetenost. Nakon što se utvrde uzroci, može se započeti odgovarajuće liječenje. Cilj je

liječenja ublažiti nevolju koju u bolesnika i njegove obitelji izaziva smetenost, i ako je moguće, bolesniku vratiti mentalnu lucidnost. Ponekad nije u interesu bolesnika liječiti uzroke aktivno i ponovljeno, zato je potrebno uključivanje čitavog tima, a ako je moguće i obitelji, u donošenje konačne odluke.

Opće mjere kod smetenog bolesnika :

- Ukloniti mnoge vanjske podražaje
- Trebaju boraviti u mirnoj i dobro osvijetljenoj sredini
- Poznata lica djeluju umirujuće
- U skrb o bolesniku valja uključiti članove obitelji i što je manje moguće stranih njegovatelja
- Bolesnika neprestance blago preusmjeravati i davati mu potrebna objašnjenja
- Dnevne novine, kalendar i sat dostatni su za reorijentaciju u manje smetenih bolesnika
- Za bolesnike s laganom smetenošću, ako je moguće, najbolje se skrbiti u kućnoj sredini
- Važno je smetenim bolesnicima vratiti osjećaj da sve imaju pod kontrolom
- Uporaba jezika i situacija iz prošlosti poznatih bolesniku, pomažu da se prodre do bolesnika koji su inače izgubljeni i bez kontrole.

2. CILJ RADA

Cilj rada je opisati zdravstvenu njegu onkološkog bolesnika, provođenje palijativne skrbi istih, te najčešći problemi i komplikacije s kojima se susreću ovi bolesnici i njihova okolina. Također su opisana stanja i postupci ublažavanja boli i patnje, radi poboljšanja kvalitete života onkološkog bolesnika i njegove obitelji, te uloga zdravstvenih djelatnika u provođenju istoga.

3. METODE

U radu su korištene metoda deskripcije, metoda kompilacije i metoda analize, temeljem dostupnih podataka iz stručne i znanstvene literature, te ostalih javno dostupnih izvora informacija, kao i dostupnih statističkih podataka.

4. REZULTATI

4.1. Njega onkoloških bolesnika u terminalnoj fazi bolesti

Sestrinske dijagnoze koje se javljaju kod umirućih bolesnika nastaju kao posljedica napredovanja maligne bolesti, medikacije, sekundarnih infekcija, tjeskobe i depresije. Problemi koji se javljaju su promjene u ustima, kožni problemi, frakture, svrbež, znojenje, krvarenje, štucanje, učestalo mokrenje i inkontinencija, dispneja, anoreksija i opstipacija te anksioznost i strah. U daljnjem tekstu biti će opisane sestrinske intervencije u rješavanju ili ublažavanju istih. Provođenje zdravstvene njege usmjereno je na rješavanje prisutnih sestrinskih dijagnoza kroz sveobuhvatnu procjenu, provođenje intervencija i trajnu evaluaciju.

4.1.1. Oštećenje sluznice usne šupljine

Definicija: Stanje u kojem kod pacijenta postoji oštećenje sluznice usna šupljine

Prikupljanje podataka:

- prikupiti podatke o pacijentovoj oralnoj higijeni
- prikupiti podatke o lijekovima koje pacijent koristi
- prikupiti podatke o poteškoćama pacijenta pri uzimanju hrane i tekućina, žvakanju, promjeni okusa
- procijeniti izgled pacijentovih usana, jezika i sluznice usne šupljine.

Vodeća obilježja:

- suha usta i obložen jezik
- krvarenja u usnoj šupljini
- smanjena ili pojačana salivacija
- bol u usnoj šupljini i neugodan zadah.

Mogući ciljevi:

- primjerena vlažnost usne šupljine, jezik bez naslaga i lezija
- pacijent tijekom unosa hrane i tekućine neće osjećati bol.

Intervencije:

- pacijenta uputiti u važnost oralne higijene, te mu omogućiti svakodnevno provođenje adekvatne oralne higijene

- pacijentu bez svijesti provoditi oralnu higijenu s glavom okrenutom na stranu ili u bočnom položaju
- kod ispiranja usta ne koristiti tekućine sa sadržajem alkohola
- pacijentu pregledati usnu šupljinu tri puta dnevno, a kod težih oštećenja i češće
- pacijenta i obitelj podučiti čimbenicima koji doprinose oštećenjima usne šupljine, te važnosti preventivnih periodičnih stomatoloških pregleda.

Evaluacija:

- sluznica usne šupljine je bez plakova i naslaga
- pacijent ne osjeća bol tijekom unosa hrane i tekućine
- pacijent uspješno demonstrira provođenje oralne higijene.

Najčešći problemi su nečista usta / obložen jezik, suhoća, infekcija, bol, zadah, promijenjen okus.

Suhoća usta - gusta slina ili njezin manjak stvaraju osjećaj neugode, uz to otežavaju govor i žvakanje.

Pomoćnim se mjerama stimulira izlučivanje sline ili vlaže usta nekim zamjenama, sisanjem ili žvakanjem, odnosno sestrinskim intervencijama, bolesniku se može pomoći, ili ublažiti tegoba :

- kockicama leda, slatkišima, kockicama voća, malim komadićima svježeg ananasa (koji sadrži enziman ananazu za rastvaranje svih naslaga na jeziku)
- vlažnost se postiže čestim ispiranjem usne šupljine, najbolje vodom . Treba izbjegavati tvari koje sadrže glicerol jer isušuju sluznicu
- treba često uzimati gutljaje hladnih, bistrih pića
- često uzimati sredstva koja zamjenjuju slinu u obliku aerosol spreja.

Za nesvjesne bolesnike ili nesposobne da sami provode njegu usne šupljine, moraju se redovito skrbiti drugi. Najbolji pribor su ovlažene vatiće ili smotuljci gaze ili prst u gumenoj rukavici. I članove obitelji treba poučiti kako se to radi. Ako je sušenje posljedica djelovanja određenog lijeka mora se nakon preispitivanja izostaviti ili zamijeniti lijekom koji manje isušuje (16).

Infekcija - ako u ustima postoje otvorene rane ili ulceracije, treba uvesti ispiranje antiseptikom. Kandidijazu treba liječiti otopinom nistatina, malo bolesnika dobro podnosi antimikotike u obliku pastila, stoga je bolje lijek davati u obliku gela i tekućine.

Umjetna zubala često su žarišta oralne kandidijaze, stoga ih valja ukloniti i očistiti, kad god se provodi higijena usta. Zubala treba čistiti u nistatinu. Da bi se kandidijaza dobro iskorijenila, zubalo treba noću skinuti i očistiti. Kod herpetičnih ulceracija treba primijeniti aciklovir mast, a za ulceracije u ustima 200 mg aciklovira svaka četiri sata per os tijekom pet dana.

Bol u ustima - može biti posljedica lokalne traume i/ili infekcije ili malignog oboljenja u ustima. Mehaničko je čišćenje zbog boli otežano. Svaku infekciju treba liječiti, analgetici za lokalnu primjenu mogu se uzeti prije higijene usta ili jela. Bolne lezije mogu se zaštititi i zaštitnom zubnom pastom nakon obroka i prije spavanja.

Zadah iz usta – mogu izazvati nečista usta, međutim često ga izaziva i infekcija u respiratornom ili gastrointestinalnom traktu te povraćanje. Svaku infekciju treba liječiti. Kod anaerobnih infekcija primjenjuje se metronidazol (ako bolesnik ne podnosi sustavno, treba primijeniti lokalno). Najdjelotvornije su mjere redovito čišćenje i sredstvo za osvježanje usta nakon povraćanja.

4.1.2. Kožni problemi

Glavni uzroci manifestacija na koži kod malignih bolesti u terminalnom stadiju mogu se razvrstati u tri skupine: bolest, postupci ili primjena lijekova, neadekvatan pritisak na kožu.

Učinci bolesti –opća slabost u bolesnika s uznapredovalom malignom bolešću predispozicija je za nastanak prekida kontinuiteta kože i loše zarastanje rana, tj. visok rizik za nastanak dekubitusa.

Prikupljanje podataka:

- procijeniti rizik za nastanak dekubitusa – Braden skala
- učiniti fizikalni pregled s posebnim osvrtom na rizična mjesta
- prikupiti podatke o medicinskim dijagnozama
- procijeniti pacijentovo razumijevanje novonastale situacije, te njegovu sposobnost usvajanja novih znanja.

Kritični čimbenici:

- nedovoljna/smanjena tkivna cirkulacija
- poremećaj prehrane, metaboličke i endokrine bolesti
- bakterijske, virusne ili gljivične infekcije
- dugotrajna primjena urinarnog katetera, nazogastrične sonde, endotrahealnog tubusa
- iritacija tkiva djelovanjem čimbenika iz okoline i izloženost izlučevinama
- starija životna dob i neadekvatne životne navike.

Mogući ciljevi:

- pacijentov integritet kože će biti očuvan, a koža će ostati intaktna
- pacijent i obitelj će znati primijeniti mjere prevencije nastanka dekubitusa
- pacijent će sukladno svojim sposobnostima aktivno sudjelovati u provođenju preventivnih mjera nastanka dekubitusa.

Intervencije:

- procjena postojanja čimbenika rizika za dekubitus – Braden skala
- osigurati optimalnu hidraciju pacijenta
- održavati higijenu kože, kreveta i posteljine
- mijenjati položaj pacijenta u krevetu svaka 2 sata
- koristiti antidekubitalne madrace i jastuke, koji umanjuju pritisak
- provoditi aktivne i pasivne vježbe ekstremiteta te vježbe cirkulacije
- podučiti pacijenta samostalnosti promjene položaja u krevetu, koristeći trapez ili ogradice
- educirati pacijenta i obitelji o mjerama prevencije oštećenja kože.

Evaluacija:

- pacijentova koža je očuvanog integriteta, bez crvenila i drugih oštećenja
- pacijent i obitelj nabrajaju i pokazuju mjere prevencije nastanka dekubitusa.

Najčešći uzroci kožnih oštećenja : metabolizam je pod utjecajem aktivnosti maligne bolesti, zbog kaheksije koštane izbočine jače pritišću osjetljivu kožu, zbog opće slabosti bolesnik je smanjeno pokretan, zbog neuropatije bolesnik nije svjestan pritiska, što dovodi do ireverzibilnih oštećenja kože, sa starošću se smanjuje elasticitet kože i otpornost na oštećenja, loša cirkulacija povećava rizik oštećenja tkiva i otežava

zarašćivanje, limfedematozni ekstremiteti posebice su podložni oštećenju, traumi, infekciji i slabijem zarašćivanju, inkontinencija, dehidracija smanjuje reparabilnost kože i čini je krhkijom, dijabetes oštećuje kapilare i ometa zarašćivanje, žutica i znojenje kod malignih bolesti izazivaju svrbež. Češanje zbog svrbeži može oštetiti kožu. U području tumora često se javljaju fistule. Mogu propuštati različite količine tekućine, gnoja, žući, serozne tekućine, izmeta, krvi, pankreatičnog soka, urina ili mješavine svih njih.

Posljedice liječenja i primjene lijekova – u nekih bolesnika kemoterapija ili radioterapija izaziva reakcije na koži, a u nekih se nakon radioterapije javljaju problemi s kožom.

Ciljevi zbrinjavanja rane – poboljšati udobnost bolesnika, spriječiti ili suzbiti infekciju, zaustaviti eksudat ili zadah, smanjiti ili zaustaviti krvarenje, smanjiti utjecaj rane ili režima previjanja na kvalitetu života, stvoriti okruženje koje potiče zacjeljivanje rane.

4.1.3. Smanjena mogućnost brige za sebe – osobna higijena i hranjenje

Definicija: Stanje u kojemu osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost samostalnog obavljanja osobne higijene i uzimanja hrane i tekućine

Prikupljanje podataka:

- procijeniti stupanj samostalnosti
- procijeniti sposobnost uporabe pomagala pri provođenju osobne higijene i pri uzimanju hrane
- procijeniti sposobnost žvakanja i gutanja hrane
- prikupiti podatke o stupnju pokretljivosti.

Kritični čimbenici:

- dob pacijenta
- bolesti i traume lokomotornog sustava
- poremećaj svijesti i psihičke bolesti.

Mogući ciljevi:

- pacijent će sudjelovati u provođenju osobne higijene i hranjenja

- pacijent će znati i htjeti koristiti potrebna pomagala za hranjenje i održavanje osobne higijene
- pacijent će bez nelagode i ustručavanja zatražiti i prihvatiti pomoć prilikom hranjenja i održavanja osobne higijene
- pacijent će biti čist, bez neugodnih mirisa, pacijent će samostalno uzimati hranu.

Intervencije:

- procijeniti stupanj samostalnosti pacijenta i definirati situacije kada je pacijentu potrebna pomoć prilikom hranjenja i održavanja osobne higijene
- osigurati potreban pribor i pomagala za održavanje osobne higijene i hranjenje
- podučiti pacijenta i pomoći mu koristiti pomagala
- biti uz pacijenta prilikom kupanja i hranjenja.

Evaluacija:

- pacijent primjereno stupnju samostalnosti izvodi aktivnosti osobne higijene i hranjenja
- pacijent je suh, čist, sit i zadovoljan
- pacijent primjenjuje potreban pribor i pomagala, koji povećavaju stupanj njegove samostalnosti u provođenju osobne higijene i hranjenja.

4.1.4. Visok rizik za opstipaciju

Visok rizik za opstipaciju – zbog nepokretljivosti, primanja lijekova i sredstava za ublažavanje bolova, te smanjenog unosa vlaknaste hrane i tekućine, zatvor je učestala pojava kod umirućih bolesnika. Redovita stolica je jako važna za osjećaj ugodnosti kod umirućih bolesnika. Za rješavanje problema zatvora su u većini slučajeva dovoljna sredstva za omekšavanje stolice i stimulatívni laksansi.

Prikupljanje podataka:

- Prikupiti podatke o uobičajenim navikama vezano za defekaciju o uporabi lijekova i laksativa
- Prikupiti podatke o unosu tekućine i prehranbenim navikama te stupnju pokretljivosti pacijenta.

Kritični čimbenici:

- smanjen motilitet probavnog trakta te smanjena fizička aktivnost
- neadekvatan unos hrane i tekućine
- psihički čimbenici te primjena određenih lijekova (hipnotika, diuretika)
- bolesti debelog crijeva.

Ciljevi:

- pacijent neće biti opstipiran
- pacijent će znati prepoznati uzroke nastanka opstipacije, te znati primijeniti mjere sprječavanja opstipacije.

Intervencije:

- procijeniti pacijenta s ciljem utvrđivanja ranih znakova opstipacije
- poticati pacijenta da dnevno popije do 2000ml tekućine, te mu omogućiti dostupnost tekućine na dohvat ruke
- poticati pacijenta da vježba u krevetu i mijenja položaj
- poticati pacijenta na ustajanje iz kreveta i šetnju.

Evaluacija:

- pacijent nije opstipiran
- pacijent prepoznaje i primjenjuje mjere sprječavanja opstipacije.

4.1.5. Ostali simptomi

Frakture su česte u bolesnika s uznapredovalom malignom bolešću. Do fraktura dolazi zbog : metastaza primarnog tumora, ostalih patoloških uzroka (osteoporoze, osteomalacije), traume (najčešće zbog padova). Padovi su česti u starijih osoba, posebice ako su od uznapredovale maligne bolesti nemoćni i slabo pokretni, pa frakture kostiju ne moraju nužno biti posljedica metastaza u kostima.

Metastaze se najčešće javljaju na kostima trupa i glave te na proksimalnim kostima ekstremiteta(16).

Frakture pokazuju : bol, deformaciju, lokalni otok, iznenadni nastanak, gubitak funkcije. Bol – može biti prisutna tijekom duljeg perioda, polako se pojačavati, sa skorašnjim pogoršanjem ili bez njega. Dugotrajna bol, koja se pojačava kroz aktivnosti, ali koja je često prisutna i u mirovanju, upućuje na metastaze i prije nego dođe do loma.

Kod frakture, u bolesnika s uznapredovalim malignim oboljenjem valja hitno razmotriti: analgeziju, hitni postupak zbog udobnosti bolesnika, potvrđnu dijagnozu i plan definitivnog liječenja. Ekstremitet treba imobilizirati čak i ako nije provedena trakcija da bi se pri kretanju spriječila bol na mjestu prijeloma.

Svrbež – neurološki mehanizmi svrbeža slični su mehanizmima boli. Uzroci mogu biti uvjetovani lokalnim, sustavnim ili psihogenim poremećajima. Svrbež je bez obzira na uzrok jači noću, uz lokalno zagrijavanje i zbog vazodilatatornih učinaka alkohola.

U lokalne uzroke pripadaju suha i perutava koža, koja je česta u teških bolesnika, posebice ako su dehidrirani, vlažna macerirana koža, zbog izloženosti dugotrajnom pritisku i inkontinenciji, lokalna infekcija zbog ulceracije, grebanja, svraba, loše kontroliranog dijabetesa, reakcije kože na zračenje. Javljaju se i primarni poremećaji kože kao što su ekcem, psorijaza i dermatitis. U sustavne uzroke koji se javljaju u umirućih bolesnika ubrajaju se zatajivanje bubrega, poremećaj funkcije jetre i kolestatska žutica, karcinoidni sindrom, poremećaj štitnjače i manjak željeza.

Opće mjere uključuju liječenje lokalne infekcije, posebice uzrokovane monilijom. Kod suhe kože dobro je izbjegavati sapun i dugu toplu kupku, a tretirati je treba emulzirajućim mastima i emolijentnim kremama. Ako se koža zbog inkontinencije ne može održavati suhom, valja primijeniti zaštitne kreme.

Znojenje – može biti vrlo obilno, neugodno je i jako iscrpljuje, a uzrokuje i gubitak tekućine i hipovolemiju. Najprije valja postaviti dijagnozu, a potom liječiti lječive uzroke znojenja. Ukoliko je prisutna vrućica, valja, ako je moguće, utvrditi specifičnu infekciju. Ako je uzrok vrućice nelječiv, treba je pokušati sniziti nespecifičnim antipireticima i kožu hladiti ventilatorom ili vlažnom spužvom. Važno je smanjiti i ukinuti nepotrebnu primjenu diuretika u bolesnika koji se znoje jer kod njih postoji rizik od simptomatske hipovolemije i hipotenzije.

Slabost – u umirućih je bolesnika najčešći simptom. Potrebna je pomna procjena stanja kako bi se pružilo odgovarajuće liječenje u ograničenim slučajevima, gdje dolazi do poboljšanja. Opća slabost može biti uzrokovana lijekovima, metaboličkim i elektrolitskim poremećajima, anemijom ili teretom tumora. Slabost izazvanu lijekovima

često prati pospanost. Neki se od uzroka mogu liječiti i pacijent se osjeća bolje, a neki ne, neki rezultiraju pogoršanjem npr. opterećenje malignom bolesti.

Krvarenje – uzrok je isključivo lokalne prirode ili u kombinaciji s poremećajima u sistemskoj hemostazi. Krvarenje se može odnositi na završni stadij bolesti. Liječenje neakutnog krvarenja uključuje onkološki, sustavni i lokalni pristup. U praksi je radioterapija najuspješnije onkološko liječenje krvarenja zbog malignog oboljenja. Kad radioterapija nije moguća valja povisiti koagulaciju primjenom sustavnih ili lokalnih mjera.

Štucanje – je ustrajan spazam ošita koji dovodi do neugode i iscrpljenosti. Uvjetuje ga iritacija u bilo kojem dijelu refleksnog kompleksa živaca, koji uključuju vagus, frenikus i torakalni simpatikus. U mozgu ne postoji jedinstven centar za štucanje, nego područje moždanog debla, koje uključuje centar za disanje, hipotalamus i retikularnu formaciju. Najčešći uzrok štucanja kod umirućih bolesnika kod malignih oboljenja jest distenzija želuca uz iritaciju ošita. Mnogo se češće javlja u muškaraca.

Ako se uzrok štucanja utvrdi ili se samo sluti, daje se specifična terapija. Mali i česti obroci hrane s antacidima. Metoclopramid četiri puta dnevno pomoći će pražnjenju želuca. Drugi je pristup primjenom ulja od metvice koja djeluje nespecifično opuštanjem glatkih mišića crijeva. Metoclopramid pojačava tonus sfinktera kardije želuca, a metvica djeluje suprotno, pa nije logično davati ih u kombinaciji. Pomažu i mnogi narodni lijekovi protiv štucanja : gutanje šećera, smrvljenog leda, suhog kruha i sl. svima im je zajednički element stimulacija ždrijela.

Učestalo mokrenje i inkontinencija – čvrsto su povezani simptomi. Bez obzira na to radi li se o malignom oboljenju urinarnog trakta ili ne, infekcija je česta, posebice u oslabljenih i starijih bolesnika. Obično je posrijedi dodatni čimbenik, koji omogućuje da se infekcija dodatno razvije, na primjer opstrukcija, staza, prisutnost katetera, promjena normalne strukture zbog poroda ili operacije.

Infekcija- ista se može liječiti jer je često uzrokom tegoba, ali ne i za život opasnih simptoma. Dobro odabran antibiotik širokog spektra bit će dovoljan za običnu infekciju, ali ako je kateter postavljen dulje vrijeme, tada je potrebno redovito ispiranje mokraćnog mjehura i primjena urinarnih antiseptika.

Dispneja–ovog simptoma se bolesnici boje, a umirući ga najteže podnose. Otklanja se ili ublažava ciljanom terapijom (npr. kod upale pluća primjena antibiotika). Hipoksemija se popravljja pomoću kisika, najčešće putem nosne kanile, čak i u situacijama kada je korist kisika upitna, jer se tako pruža psihološka potpora bolesniku i njegovoj rodbini. Morfin u sublingualnoj dozi od 2–10 mg ili 2–4 mg SC svako 2–4 h po potrebi smanjuje dispneju (17).

Anoreksija i osjetni gubitak tjelesne mase su uobičajeni simptomi kod umirućih bolesnika. Nedovoljan unos hrane od umirućeg pacijenta je za njegovu rodbinu teško prihvatljiv jer predstavlja prihvaćanje umiranja. Bolesnicima u takvim slučajevima treba ponuditi onu hranu koja im je najdraža, a istovremeno tretirati stanja koja pridonose anoreksiji, a moguće ih je uspješno liječiti, npr. gastritis, opstipacija, oralna kandidijaza, bol ili mučnina (17). Nekim bolesnicima pomoći će sredstva koja potiču apetit, međutim ako je bolesnik na pragu smrti hrana i piće ne pridonose bolesnikovoj dobrobiti niti mu produžavaju život.

4.2. Sestrinsko medicinski problemi

Sestrinsko medicinski problemi predstavljaju fiziološke komplikacije koje medicinske sestre promatraju s ciljem uočavanja početka ili promjene statusa. Medicinske sestre se bave sestrinsko medicinskim problemima tako da primjenjuju intervencije propisane od strane liječnika i intervencije koje propisuju one same, sa ciljem smanjenja komplikacija.

Sestrinsko medicinski problemi su uglavnom tjelesne komplikacije koje mogu proizaći iz bolesti, dijagnostičkih postupaka, načina liječenja.

Uloga sestre je :

- ciljano i svjesno promatrati stanje bolesnika
- pravovremeno detektirati komplikacije te uočiti pogoršanje stanja
- provoditi postupke koje je propisao liječnik
- propisati i provoditi primjerene sestrinske intervencije.

Sestrinsko medicinski problemi prepoznaju se na osnovi situacije ili stanja zbog kojeg se može razviti određena komplikacija ili na osnovi već razvijene komplikacije.

4.3. Hitna stanja u onkologiji

Hitna stanja u bolesnika sa malignim bolestima mogu nastati ili zbog samog malignog oboljenja ili kao komplikacija liječenja. Ta stanja zahtijevaju brzu dijagnostiku i brzu primjenu odgovarajuće terapije. U odabiru najboljeg terapijskog pristupa potrebno je poznavati klinički tijek maligne bolesti i nuspojave liječenja te odrediti konačan terapijski cilj (izlječenje, zalječenje, poboljšanje kvalitete života).

Najčešća hitna stanja u palijativnoj medicini su :

- Opstrukcija gornje šuplje vene
- Kompresija kralježnične moždine
- Konvulzije
- Akutna krvarenja
- Hiperkalcijemija.

Opstrukcija gornje šuplje vene je subakutno stanje, jer je potencijalno fatalno, obično se sporo razvija. Izaziva ga kompresija malignog oboljenja. Hitna intervencija je obično potrebna samo ako bolesnik dođe kasno, sa simptomima opstrukcije dušnika ili edema mozga. Bolesnika treba uspravno posjesti, dati mu visoko koncentrirani kisik, održavajući dišne putove intravenskom primjenom diuretika i visokih doza steroida (furosemid 80 mg i deksametazon 20 mg), najvjerojatnije i antikonvulziva. Ti bolesnici imaju lošu prognozu i radioterapija u tom stadiju ne može potisnuti kompresiju. Može se razmotriti i hitno kirurško premoštenje gornje šuplje vene. Poboljšanje obično nastupa unutar 72 sata liječenja i život se može produljiti za nekoliko mjeseci, iako većina bolesnika umire od progresivne bolesti tijekom 12 mjeseci. Simptomi se često ponavljaju i tada se obično liječe simptomatski kao terminalni događaj.

Kompresija kralježnične moždine je hitno stanje koje traži vrlo brzo liječenje unutar 48 sati kako bi se uklonilo nastalo neurološko oštećenje. Kompresija se javlja u 5 % bolesnika od malignih oboljenja, najčešće kod tumora pluća, dojke i prostate. Oštećenje moždine obično je rezultat neposrednog širenja metastaza iz kralješka u epiduralni prostor, ali i ostali mehanizmi oštećenja moždine dovode do izravnog širenja tumora kroz intervertebralniforamen ili do prekida opskrbe krvlju. Prvi je simptom obično bol u

leđima, koja se pojačava pri kašlju ili naporu. Nakon toga javlja se ukočenost ili slabost nogu, trnci i obamrlost najprije se javljaju u oba stopala, a potom se penju u noge. Urinarni simptomi i perianalna neosjetljivost kasniji su simptomi. Hitno liječenje podrazumijeva davanje steroida i radioterapije odmah. Deksametazon 10 mg daje se odmah intravenski, a počinje se dozom od 16 mg dnevno per os da bi se smanjio spinalni edem. Kirurški pristup ovisit će o lokalizaciji kompresije uvjetovane epiduralnim tumorom. Cilj je operacije ispraviti deformitet istežanjem kralježnice, napinjanjem mlitavih ligamenata i smanjivanjem kompresije. Razgovor s bolesnikom i njegovom obitelji najbolji je putokaz pri odlučivanju o najprimjenjenijem liječenju.

Konvulzije (epileptički napadi) javljaju se u bolesnika s primarnim i sekundarnim tumorom mozga. One obično ne traju dugo i mogu biti opće (grandmal) ili žarišne (Jacksonova tipa). U hitnom stanju bolesnika treba poleći na lijevi bok kako bi se osigurao prolaz zraka dišnim putovima, a ekstremitete valja postaviti tako da se izbjegne povreda. Za oba tipa konvulzija najbolje je odmah dati 10 mg diazepam u klizmi rektalno. Ako je potrebno postupak se može ponoviti. Nakon prve pojave konvulzija obitelj je obično u strahu i zato im valja objasniti kako konvulzije kao rezultat malignog oboljenja na mozgu rijetko djeluju na mentalne funkcije ili na prognozu bolesti.

Akutno krvarenje javlja se kod uznapredovale maligne bolesti zbog erozije veće arterije i može biti terminalni događaj. Pri jakom krvarenju najbolje je ostati uz bolesnika, da bismo ga umirili i pravili mu društvo. To je bolji postupak nego bolesnika ostaviti samog i odjuriti u potrazi za injekcijom. Izbjegavajte svaki neprimjeren pokušaj reanimacije. Bolesnik može brzo izdahnuti i predmet skrbi postaju rođaci i ostali koji su prisustvovali nesretnom događaju. Češća su akutna krvarenja koja mogu biti prilično teška, ali koja nemaju neposredan fatalni ishod.

Hiperkalcijemija nastaje zbog pojačane resorpcije kostiju, izlaska kalcija u izvanstaničnu tekućinu, uz nezadovoljavajuće izlučivanje kalcija mokraćom (18). Često ostaje neprepoznata i obično se povezuje s osnovnom bolešću. Hiperkalcemija pored umora, mišićne slabosti, mučnine, zatvora i nedostatka teka može dovesti i do ozbiljnih neuroloških poremećaja – promjene ličnosti, poremećaj govora, halucinacija i dezorijentiranosti. Uz laboratorijsko praćenje stanja i kontroliranje vrijednosti, u

liječenju se primjenjuju fiziološka otopina, infuzija bisfosfonata, kalcitonin i kortikostereoidi.

Hitne intervencije u palijativnoj medicini su izravno rijetke, međutim, brzo prepoznavanje i ispravan postupak mogu umnogome umanjiti neugodan dojam kod bolesnika i kod obitelji. Neprimjereni postupci u hitnim intervencijama mogu poražavajuće djelovati na sve koji su u pitanju.

4.4. Uloga medicinske sestre u edukaciji obitelji

Članovi obitelji oboljele osobe često od liječnika i medicinske sestre traže pomoć, kako bi spoznali što je realno očekivati u situaciji kad im voljena osoba umire. Bez obzira na uzroke, postoji više simptoma i stanja kroz koje prolazi većina umirućih pacijenata.

Socijalno povlačenje – rodbini treba objasniti da je normalno ako osoba postaje manje zainteresirana za okolinu koja je okružuje. Odvajanje oboljele osobe počinje prvo od svijeta, a zatim od ljudi, više ne žele posjete susjeda, a kasnije ni bliže rodbine, djece i unučadi možda čak ni onih koje su najviše voljeli.

Hrana – interes za hranom se može gubiti i vraćati, smanjena je potreba i za hranom i za pićem. Rodbini treba objasniti da oboljela osoba ne umire od gladovanja, već da je to odraz osnovne bolesti, tako da mu treba nuditi tekućinu i ne hraniti na silu.

Spavanje – pacijent će većinu vremena provoditi spavajući. Rezultat je to promjene u metabolizmu organizma uslijed bolesti. Savjet obitelji je da provodi što je više moguće vremena s oboljelom osobom onda kad je najbudnija, mada to bude i usred noći.

Dezorijentiranost – neki pacijenti mogu biti dezorijentirani o vremenu i mjestu te identitetu ljudi oko sebe, može također vidjeti ljude koji nisu tu. Pacijenta treba pažljivo orijentirati ako on to traži, ali ako nije uznemiren nema potrebe „ispravljati“ ga.

Nemir – je simptom odnosno znak promjene u metabolizmu, s pacijentom treba razgovarati smireno tako da ga se ne prepadne i uplaši. Ako ipak predstavlja opasnost za sebe i okolinu pacijentu se može propisati sedativni neuroleptik (klorpromazin), ili neuroleptik (haloperidol), u kombinaciji s benzodiazepinima (lorazepam) kako bi se pacijent primirio.

Smanjeni osjeti – oštrina sluha i vida mogu se bitno smanjiti. Nikad ne treba pretpostaviti da pacijent ne može čuti zato što je sluh posljednje od pet čula koja se gase.

Inkontinencija urina i stolice – treba potaknut obitelj pacijenta da sudjeluje u neposrednoj skrbi. Po potrebi koristiti pelene za odrasle i/ili urinski kateter. Sa približavanjem smrti, urin postaje oskudniji i tamniji.

Fizičke promjene – smanjenje krvnog tlaka, ubrzanje ili usporenje pulsa, variranje temperature tijela, febrilitet je uobičajen, pojačava se znojenje, koža postaje hladna i ljepljiva, disanje može biti ubrzano, usporeno ili nepravilno, uobičajeni su periodi apneje. Kongestija dišnih puteva manifestira se kao hroptavi zvuk iz pluća i/ili gornjega grla, a posljedica je nemoći i slabosti pacijenta da to iskašlje. Ona može biti povezana i s položajem tijela, sama od sebe dolazi i možda prolazi. Ruke i noge mogu biti hladne na dodir, a šake i stopala poprimaju ljubičastu boju. Koljena i gležnjevi su mrljasti, marmorizirani. Ovi su simptomi prouzročeni su smanjenom cirkulacijom. Prije nastupa smrti pacijent pada u komu te ne odgovara na taktilne ili verbalne podražaje.

5. RASPRAVA

Palijativna skrb postavlja teške zahtjeve onima koji je pružaju. Očigledno je da ni jedan pojedinac nema toliko znanja i sposobnosti da bi sam mogao osigurati adekvatnu skrb. Zato se oslanjamo na pravodobnu i primjerenu intervenciju čitave skupine pojedinaca, iz raznolikog spektra medicinskih i nemedicinskih disciplina.

Bolesnici na umoru sučeljavaju se sa različitim oblicima gubitaka - normalnog obiteljskog života, planova za budućnost, motivacije i smisla života uopće.

Obitelji s kojima se profesionalci palijativne skrbi susreću su uznemirene i zbunjene. Za profesionalce u palijativnoj skrbi je stoga bitan timski rad. Bolesnici i obitelj odabiru za razgovor onoga koji im je najprihvatljiviji stoga je iznimno bitna koordinacija u radu tima, tako da se nakon posjeta bolesniku, članovi obitelji ne osjećaju zbunjeni i preplavljeni osjećajima. Premalo pomoći smanjuje njihove opcije, a previše opet iscrpljuje obitelj i stvara joj osjećaj bespomoćnosti i uvjerenje kako je situacija posve izvan njezine moći rješavanja.

Već prvi susret s dijagnozom maligne bolesti budi u ljudima intenzivnije emocionalne reakcije nego u susretu sa svakom drugom bolešću. Neke osobe ne pokazuju strah od smrti. Za njih je vlastita smrt, kao i smrt drugih beznačajna. Takve osobe nemaju razvijenu individualnost niti osjećaj da je čovjek jedinstven i neponovljiv. Neke osobe ignoriraju smrt tako što su odlučile da umru za neki cilj, a neke se ne mire sa smrću, ali je prihvaćaju kao sastavni dio života. Odnos spram smrti je takav da se smrt desi na kraju, ali do tada treba živjeti. Pri tome se trude da im život ima smisla, da žive na način dostojan čovjeka, ne bi li i smrt imala smisla (19).

Članovi medicinskog tima moraju razumjeti sve promjene, postupno omogućavajući bolesniku prihvaćanje novog stanja, ali često istovremeno proživljavaju osjećaje djelomičnih gubitaka samih sebe, odnosno onih dijelova koje su investirali u bolesnika. Ovakve situacije zahtijevaju stabilnu i integriranu ličnost s mogućnošću kontroliranja vlastitih narcističkih potreba (19).

Ovo se zasniva na sposobnosti osoblja da bude ono što bolesnik ne može biti za sebe, da preuzme ulogu i osjećaje za njega i emocionalno proživljava njegove patnje zajedno s njim (19).

Zadaća je medicinskog tima da osigura profesionalan pristup prema pacijentu i njegovoj obitelji. Suradnja mora biti pozitivna i usmjerena poboljšanju kvalitete života oboljelih.

S obzirom na značaj i brojnost onkoloških bolesnika bitne su preventivne mjere u vidu ranog otkrivanja bolesti, a oboljelima u terminalnim fazama i članovima njihovih obitelji kroz adekvatnu palijativnu skrb omogućiti kvalitetniji ostatak života, kako kroz ublažavanje fizičkih simptoma, tako i kroz pomoć kod psihičkih, duševnih i socijalnih poteškoća. U skrb palijativnog pacijenta potrebno je uključiti i cijelu zajednicu, te cjelovitim pristupom svakom bolesniku omogućiti pravo na život dostojan čovjeka.

6. ZAKLJUČAK

Unatoč činjenici da se preventivnim i ostalim metodama dugoročno nastoji smanjiti broj onkoloških bolesnika, zbog znatnog učešća broja onkoloških bolesnika s jedne strane, te nedovoljne razvijenosti sustava palijativne skrbi i smještajnih kapaciteta istih s druge strane, kako bi se svakom bolesniku u terminalnoj fazi bolesti omogućilo očuvanje maksimalno moguće kvalitete života sve do smrti, unaprjeđenje palijativne skrbi potrebno je promicati na svim razinama.

Edukacija je važna i nezaobilazna sastavnica terapijskoga procesa. Liječnik treba nastojati na primjeren način educirati bolesnika o njegovoj bolesti, simptomima, tijeku liječenja i konačnoj prognozi. Tehniku komunikacije potrebno je prilagoditi individualno svakom pojedinom bolesniku, njegovim sposobnostima razumijevanja, suočavanju sa stresnim situacijama, ali i temeljenu na prethodnom poznavanju bolesnika i njegovih mehanizama suočavanja s problemima.

Važno je unaprijed prepoznati moguće komplikacije i situacije koje bi mogle pogoršati postojeće stanje. U proces poduke potrebno je uključiti i članove bolesnikove obitelji i njemu važnih osoba da bi se i njih pripremilo za budući razvoj bolesti i liječenje.

Nakon obavljenog liječničkog dijela nastupa dio kojem medicinske sestre mogu najbolje pridonijeti, a to su tri načela palijacije malignog oboljenja : simptomi bolesti se moraju liječiti čak i onda kad se uzrok ne može ukloniti (hospicijski pokret otklonio je pesimizam primjenom znanstvenih metoda za razumijevanje nastanka simptoma, posljedica su konstruktivni i kreativni pristupi kojima se mogu ublažiti sve vrste problema), bolesnik nema samo tjelesnu bolest (hospicij doživljava svakog pojedinca kao visoko osoban, složen obrazac, protkan tjelesnim, psihološkim, društvenim i duhovnim osobitostima), bolesnik i njegova obitelj moraju se smatrati jedinicom skrbi (svaka bolest, a posebice neizlječiva, ne ostavlja tragove samo na bolesniku, djelovanje na obitelj traje i nakon bolesnikove smrti, a često narednih godina prevladava u životu obitelji). Stručnjacima koji rade u palijativnoj skrbi potreban je dobar osobni, društveni i institucionalni sustav potpore. Glavni je cilj palijativne skrbi pružanje potpore bolesniku i njegovoj obitelji, a ne beskrajna osjetljivost prema osobnim potrebama članova tima.

Većina ljudi traži samo potporu, a ne zaštitu. Oni samo žele nekoga tko će saslušati njihove probleme, a ne nekoga tko će učiniti čuda. Za svakog će se bolesnika i svaku obitelj „put“ iz života u smrt razlikovati. Medicinska sestra je izuzetno važna osoba u zbrinjavanju onkološkog ili palijativnog bolesnika, ona mora razumjeti pacijentove probleme i potrebe, ali i prepoznati specifične simptome koji sa sobom nosi maligna bolest. Također pruža i duhovnu i psihološku pomoć, te time pridonosi poboljšanju kvalitete života pacijenta i njegove okoline.

7. LITERATURA

1. Nacionalni programi ranog otkrivanja raka [Online]. 2016. Dostupno na: <http://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/nacionalni-programi-ranog-otkrivanja-raka>. (18.08.2017.)
2. Incidencija raka u Hrvatsko [Online]. Dostupno na: <http://www.onkologija.hr/incidencija-raka-u-hrvatskoj>. (20.08.2017.)
3. Duraković Z. Gerijatrija medicina starije dobi. Zagreb:C.T.-Poslovne informacije (2007): 558-567.
4. Jušić A. Hospicij i palijativna skrb [Online]. 2015. Dostupno na: <http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/10288/Hospicij-i-palijativna-skrb.html>. (22.08.2017.)
5. Palijativna skrb [Online]. Dostupno na:<http://www.onkologija.hr/prosirena-bolest/palijativna-skrb/> (24.08.2017.)
6. Hrvatski zavod za hitnu medicinu. Nacionalne smjernice za rad izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe s pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb [Online]. 2015. Dostupno na:<http://www.hzhm.hr/wp-content/uploads/2013/07/Nacionalne-smjernice-za-rad-izvanbolnicke-i-bolnicke.pdf> (28.08.2017.)
7. Palijativna njega onkoloških bolesnika [Online]. 2011. Dostupno na: <http://zdravlje.eu/2011/12/26/palijativna-njega-onkoloskih-bolesnika/> (02.09.2017.)
8. Đorđević V., Braš M., Brajković L. Osnove palijativne medicine. Zagreb: Medicinska naklada (2013)
9. Vrdoljak E., et al. Klinička onkologija., Zagreb:Medicinska naklada (2013): 394.
10. Franković S. i suradnici . Zdravstvena njega odraslih, priručnik za studij sestriinstva. Zagreb: Medicinska naklada (2010): 1-12.
11. Priest H. Uvod u psihološku njegu u sestriinstvu i drugim zdravstvenim strukama. Jastrebarsko: Naklada Slap (2014): 50-68.

12. Psihološka pomoć onkološkim bolesnicima [Online]. Dostupno na: <http://centar-sirius.hr/-/psiholoska-pomoc-onkoloskim-bolesnicima/> (14.08.2017.)
13. Persoli-Gudelj M., Juretić A., Lončarić-Katušić M. Smjernice za liječenje karcinomske boli odraslih [Online]. Dostupno na : www.hdlb.org/publikacije/publikacije-za-zdravstvene-djelatnike/smjernice-za-lijecenje-karcinomske-boli-odraslih-3/ (10.09.2017.).
14. Bešlija S., Vrbanec D., et al. Medicinska / Internistička onkologija. Sarajevo: Medicinski fakultet (2014): 625-638.
15. Mršić-Krmpotić Z., Roth A. i suradnici. Internistička onkologija. Zagreb: Medicinska naklada (2004): 563-573.
16. Saunders C., Sykes N. Palijativna skrb u završnom stadiju maligne bolesti. Zagreb: Školska knjiga (1996): 32-46.
17. Simptomatsko liječenje umirućih [Online]. 2014. Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/posebne-teme/umiruci-bolesnik/simptomatsko-lijecenje-umirucih>. (15.09.2017.)
18. Vrhovac B. i suradnici. Interna medicina. Zagreb: Naklada Lijevak (2008): 1066-1069.
19. Gregurek R. Psihološka medicina. Zagreb: Medicinska naklada (2011): 121-188.

8. SAŽETAK

Hospicijska skrb jest skrb za cijelu osobu, s ciljem da se zadovolje sve potrebe – fizičke, emocionalne, socijalne i duhovne. Palijativnu skrb treba izvoditi na uljudan, otvoren i osjetljiv način, sa osjetljivošću na osobne, kulturne i vjerske vrijednosti, vjerovanja i prakse, kao i uvažavanje kliničkih smjernica za afirmirane biotičke zakone pojedine zemlje. Pacijenti i obitelj su važni partneri u planiranju njihove skrbi i postupaka u vezi njihove bolesti. Središnji cilj palijativne skrbi jest postizanje, podrška, očuvanje i poboljšavanje najbolje moguće kvalitete života. Komunikacija je od iznimne važnosti, ista poboljšava skrb za pacijenta i može djelovati kao terapija. Na različitim se razinama pruža skrb za osobe na kraju života : palijativni pristup (koji se primjenjuje od strane liječnika, farmaceuta, osoblja za kućnu njegu i medicinskih sestara koje su višestruki aktivni sudionik koji neposredno provode zdravstvenu njegu, koordiniraju i rukovode s cjelokupnim procesom skrbi), opća palijativna skrb (gerijatri, onkolozi), te specijalistička (koju provode volonteri i članovi obitelji). Svi oni zajedno pridonose da se i bolesnik i njegova obitelj osjeća zadovoljno i s ono malo života što je pacijentu ostalo, da s njime prožive i ono možda malo vremena na kvalitetan način, te mu svi zajedno pruže dostojan kraj koji zaslužuje svaka osoba.

Ključne riječi : palijativna skrb, uloga medicinske sestre, zdravstvena njega onkološkog bolesnika.

9 . SUMMARY

Hospice care is a care for a whole person, with the goal to satisfy holistic needs in the integration of person's physical, emotional, social and spiritual dimension. Palliative care should be performed on human, open and sensitive manner, with particular receptivity on personal, cultural and religious values, beliefs and practices, as well as obedience to the clinical bioethical norms of affirmed bioethical laws of individual countries. Patients and family are important partners in planning of their care and procedures related to terminal phase of their illness. The central aim of palliative care is to achieve support, preserving and improving the best possible quality of life. Communication is of exceptional importance, as it also improves the patient care and can act as a therapy. End-of-life care is provided on different levels for the people on the last stage of life: a palliative approach (which is applied by the doctors, pharmacists, staff for home care and a nurse who is a multiple active participant directly involved in health care, which coordinates and manages the entire care process), another level is general palliative care (provided by geriatricians and oncologists), and specialist palliative care, (carried out by the volunteers and family members. All of them together are contributing on a bigger satisfaction of the patient and his family to feel content, even with the little bit of the life left to the patient, to get through it in a good way on a quality mode, to provide a worthy end that every person deserves.

Keywords: palliative care, nurses health care tasks, health care of oncology patient.

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>14.05.2018.</u>	MARIJANA BAŠIĆ	Marijana v. Bašić

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

MARIJANA BAŠIĆ

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 14.05.2018.

Marijana Bašić
potpis studenta/ice