

# Palijativno zbrinjavanje bolesnika u zadnjem stadiju bolesti

---

**Ražov, Anđela**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2019**

*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:144:005808>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-12-24**



*Repository / Repozitorij:*

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



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU  
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

PALIJATIVNO ZBRINJAVANJE BOLESNIKA U  
ZADNJEM STADIJU BOLESTI

Završni rad br. 13/SES/2019

Andela Ražov

Bjelovar, rujan 2019.



Veleučilište u Bjelovaru  
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

## 1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Ražov Anđela**

Datum: 19.03.2019.

Matični broj: 001577

JMBAG: 0269096928

Kolegij: **PALIJATIVNA ZDRAVSTVENA NJEGA**

Naslov rada (tema): **Palijativno zbrinjavanje bolesnika u zadnjem stadiju bolesti**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

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

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

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

## 2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 13/SES/2019

U završnom radu potrebno je opisati zdravstvenu njegu bolesnika kod kojeg je dijagnosticirana terminalna faza bolesti. Zadaci palijativne skrbi su holistički pristup bolesniku, podrška obitelji u suočavanju s neizbježnim gubitkom člana obitelji. Medicinska sestra dio je palijativnog tima i sudjeluje u zbrinjavanju bolesnika i brizi za obitelj.

Zadatak uručen: 19.03.2019.

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



## ZAHVALA

*Prije svega veliku zahvalnost dugujem svojoj mentorici Đurđici Grabovac dipl. med. tech. na toplim savjetima, pomoći, uloženom vremenu i stručnom vodstvu tijekom izrade ovog rada.*

*Zahvaljujem se svim svojim prijateljima i prijateljicama bez kojih studiranje ne bi prošlo tako lako i zabavno.*

*Posebnu zahvalnost i zaslugu za ono što sam postigla prepisujem svojoj majci i bratu koji su uvijek bili tu uz mene, bez obzira da li su to bili teški ili sretni trenutci i bez kojih bi sve ovo što sam postigla do sad bilo nemoguće.*

*Mom anđelu čuvaru-Marku. Hvala ti na bezuvjetnoj ljubavi, zaštiti, snagi koju si mi davao i motivaciji koju si mi pružao za vrijeme čitavog mog studija. Zahvaljujući tebi odabrala sam put s kojim želim ići.*

*Anđela Ražov*

## SADRŽAJ:

1. UVOD.....	1
1.1. Palijativna skrb.....	2
1.2. Hospiciji.....	3
1.3. Počeci u Hrvatskoj.....	3
1.4. Povijest palijative u svijetu .....	4
1.5. Zdravstvena njega umirućeg bolesnika .....	4
1.6. Simptomi i znakovi .....	6
1.6.1. Umor.....	7
1.6.2. Kaheksija .....	7
1.6.3. Dispnea .....	8
1.6.4. Štucavica.....	8
1.6.5. Bol.....	9
1.7. Ublažavanje boli kod umirućeg bolesnika.....	11
1.8. Prehrana i hidracija.....	12
1.8.1. Subkutana infuzija.....	12
2. CILJ RADA .....	15
3. PRIKAZ SLUČAJA .....	16
3.1. Sestrinska anamneza- prvi prijem u bolnicu .....	16
3.2. Klinička slika i tijek liječenja .....	16
3.3. Sestrinska anamneza - ( 3 mjeseca poslije) .....	17
3.4. Plan zdravstvene njege .....	18
3.5. Zdravstvena njega u kući.....	22
5. RASPRAVA .....	24
6. ZAKLJUČAK .....	28
7. LITERATURA.....	29

8. OZNAKE I KRATICE .....	31
9. SAŽETAK .....	32
10. SUMMARY .....	33

## 1. UVOD

Statistički gledano udio starog stanovništva je u porastu i upravo je to glavni razlog za promicanje i napredak palijativne skrbi. Palijativna skrb predstavlja novu granu medicine kojoj je cilj pružiti optimalnu kvalitetu života sve do smrti. U prošlosti nije postojao naziv palijativna skrb nego su se otvarali hospiciji koju su pružali skrb i sklonište klonulim putnicima i umirućima. Zahvaljujući hospicijskom pokretu razvila se palijativna skrb. To je jedan od provjerenih i djelotvornih odgovora koji je u skladu s ljudskim pravom na život i dostojanstvenu smrt. Palijativnom medicinom se ne želi ubrzati smrt bolesnika niti ga se može izliječiti, ali kao glavni i osnovni cilj koji palijativu čini posebnijom od drugih grana je ta da se pruži dostojanstvena i mirna smrt umirućem pacijentu. To se postiže na način da se otkloni bol ili da se svede na najmanji mogući prag koji pacijent može izdržati, da se pruži adekvatna skrb za osobu u njezinom tijeku bolesti i umiranja. Posebno se naglašava važnost komunikacije odnosno iskrena komunikacija s pacijentom jer se na taj način stvara odnos povjerenja između pacijenta i liječnika ili pacijenta i medicinske sestre. Također potrebno je održati holistički pristup uzimajući u obzir emocionalnu, društvenu i duhovnu sastavnicu. Neophodno je osim umirućega imati i njegovu obitelj u fokusu jer je od velike važnosti i pružanje psihosocijalne potpore obitelji isto kao i pacijentu.

Za dobru palijativnu skrb potreban je interdisciplinarni tim koji mora biti visokokvalificiran s obrazovanim stručnjacima i volonterima koji zajedno rade u cilju rješavanja svih potreba bolesnika u terminalnoj fazi bolesti. Liječnik opće prakse je zadužen za primitak bolesnika u sam proces palijativne skrbi, određivanje trenutnog stanja bolesnika, zadužen je za izravnu suradnju s članovima tima, određivanje dijagnoze, terapije i ublažavanje simptoma. Medicinska sestra ima višestruku ulogu u palijativnoj skrbi. Ona provodi zdravstvenu njegu, koordinira i rukovodi s cjelokupnim procesom skrbi. Od medicinske sestre se traži da bude fleksibilna i da sestriinske dijagnoze i planove provodi u korelaciji s bolesnikovim stanjem i potrebama. Volonteri moraju biti educirani kako bi mogli provoditi različite poslove. Osoba koja se nalazi u vlastitom procesu žalovanja ne može biti uključena u volonterski rad za skrb umirućeg pacijenta. Najčešći poslovi koje volonteri obavljaju su: priprema hrane, dostava

lijekova, prijevoz bolesnika na sastanke, pomoć u odlasku bolesnika u kupovinu, pružanje podrške.

Sve odlike dobre palijativne skrbi nebi bile provedene bez osoba koje su ujedno i jedni od pokretača i osnivača prvih palijativnih domova. Rilke je napisao: „ Onaj tko nije sjedio uz postelju umirućih ne zna što je život...“ Tako je zahvaljujući prof. dr. sc. Anici Jušić, specijalistici neurologije organiziran Prvi hrvatski simpozij Hospicij i palijativna skrb u Zagrebu 1994. godine. Uz to osnovala je i Hrvatsko društvo za hospicij HLZ-a. Glavni je promotor hospicijskog pokreta i palijativne skrbi u Hrvatskoj. Poznata je po svom radu, organizaciji preko 40 simpozija, radionica, konferencija i predavanja o problemima hospicija u Zagrebu. Voditelj je prvog tima kućne palijativne skrbi od 1999. godine. Glavno aktualno zanimanje Anice Jušić je promidžba ideja palijativne skrbi uz prethodno navedeno vođenje tima kućne palijativne skrbi (1). Navodi važnost hospicijskog pokreta kao značajan dio javnog zdravstva koji je tiha revolucija u medicini. Danas je u punom smislu riječi hospicijski pokret postao novom medicinskom strukom. Od 1995. godine Barcelonska deklaracija navodi kako palijativna skrb mora biti pružena svim ljudima neovisno o spolu, rasi, društvenom statusu, etičkom porijeklu, nacionalnosti i mora biti uključena u državnu zdravstvenu politiku. Filozofija hospicija Cicely Saunders ostavila je neizbrisiv trag na Anicu Jušić. Cicely Saunders je provela načelo važnosti neposrednog fizičkog kontakta između liječnika i pacijenta. Uspostavljeno je da je nemoguće stvoriti odnos povjerenja ukoliko oči liječnika i pacijenta nisu u istoj razini i ako liječnik ne dotakne pacijenta i ne sjedne na bolnički krevet (1).

## **1.1. Palijativna skrb**

Medicina iz dana u dan napreduje, te se produljuje očekivana životna dob. Kao i rađanje smrt je prirodna pojava o kojoj se treba razgovarati. Vrlo su bitne bolesnikove želje, pripadnost vjeri, naciji, rasi te imovinsko stanje. Produljenje životne dobi donosi povećanje smrtnosti koja je uvjetovana nekom kroničnom nezaraznom bolešću- najčešće moždanih, srčanih ili zloćudnih bolesti (1). Kako bi bolesnici u takvim situacijama pronašli svoj mir otvaraju se domovi za palijativnu skrb.



Pojam palijativna skrb predstavlja zrcalo koje je dio naše konačnosti, boli, nesigurnosti i patnje koja nas prati tijekom života i bolesti. Kada bi se pitali koliko je staro bavljenje s umiranjem i pojavom smrti odgovor na takvo pitanje bi lako pronašli jer je ono staro isto koliko i ljudska vrsta. Nekad se u primitivnim zajednicama proces smrti ubrzavao (2). U današnjici cilj palijativne skrbi nije da se smrt ubrza nego da se pruži mirna i dostojanstvena smrt. Palijativna zdravstvena njega ne uključuje samo skrb za bolesnika nego je u tu skrb uključena i cijela njegova obitelj. Sam naglasak palijativne skrbi je na prevenciji boli i prevenciji patnje kod bolesnika. Proces trajanja palijativne njege može trajati od jednog dana pa sve do par godina (3).

## **1.2. Hospiciji**

Širenjem kršćanstva dolaze promjene koje donose princip organiziranog pomaganja u nevolji. Prvi hospiciji se pojavljuju za vrijeme križarskih ratova koji su tad nudili sklonište klonulim putnicima i umirućima, ali i lokalnom stanovništvu (2). Po završetku Drugog svjetskog rata brigu za umiruće potiču otkrića lijekova (analgetika i psihofarmaka). Vodeći utjecaj za promicanje palijativne skrbi i medicine je imao hospicijski pokret. Palijativnom medicinom se ne može izliječiti bolesnika, ali se može voditi skrb, ublažavati bol i patnja. S toga vrlo bitna stavka iz palijative glasi da je potrebno očuvati dostojanstvo osobe kao jedinstvenog ljudskog bića. Uvijek se postavlja pitanje što se može dodatno učiniti za umirućeg bolesnika i njegovu obitelj. Sva pitanja i odgovori potječu još iz davnih dana (2).

## **1.3. Počeci u Hrvatskoj**

Prvi početci palijativne skrbi u Hrvatskoj opisanu su u članku s Davidom Oliverom, a dokumentarni detalji su opisani u autobiografskoj knjizi. Glavni problem bio je kako pomoći pri samom kraju života. Gledajući inozemne pokazatelje može se zaključiti da se u razvitku struke najviše vodilo računa o sprječavanju simptoma, odnosno o prevenciji. Godine 1994. pokrenuta je prva organizacija Prvog simpozija „Hospicij i palijativna skrb“, iste te godine je osnovano Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb (HDHPS). Prvi tečaj u pet modula za multiprofesionalne dobrovoljce osnovan je 1999. godine, te je iste godine započeo s prvim hospicijskim kućnim posjetama (2). „Nadalje 2002. godine je otvoren Regionalni hospicijski

centar u Hirčevoj 1 kao centar hospicijskih kućnih posjeta. Zahvaljujući Povjerenstvu za palijativnu skrb Ministarstva zdravstva, 2003. godine palijativna skrb ulazi u Zakon o zdravstvenoj zaštiti.“ (2).

#### **1.4. Povijest palijative u svijetu**

„Palijativna medicina se 60-ih godina u Velikoj Britaniji, te 70-ih godina u SAD-u i Kanadi odrazila kao reakcija na promjene u medicinskoj kulturi.“ (3). Godine 1987. palijativna medicina je prepoznata kao specijalizacija u Velikoj Britaniji, dok je kao takva u Hrvatskoj još i dalje „nepoznata“ odnosno još nažalost nemamo palijativnu medicinu implementiranu u hrvatski zdravstveni sustav (3). Unatoč tome zdravstveni profesionalci teže k boljoj primjeni elemenata iz suvremene palijativne medicine kako bi pomogli bolesniku u terminalnom stadiju bolesti. Najbitnije iz svega da se ne isključuje nada, ali pri tome se ne treba davati lažna nada o sigurnom ozdravljenju već se treba uspostaviti komunikacija i metode da se što jednostavnije objasni bolesnicima kako i na koji način prihvatiti smrt. Kvalitetna palijativna skrb može biti pružena ukoliko se uključi veći broj različitih profesija, također bitan je holistički pristup ne samo prema bolesnicima nego i prema kolegama s kojima se surađuje u timu. Izgradnja kvalitetnog tima iziskuje vremena i truda, to je dugotrajan proces koji zahtjeva investiranje svakog člana tima (4).

#### **1.5. Zdravstvena njega umirućeg bolesnika**

Prema definiciji Virginije Henderson (1955.) „*Zdravstvena njega je pomoć zdravom ili bolesnom pojedincu u obavljanju aktivnosti koje pridonose zdravlju ili oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi on izvodio bez pomoći da ima potrebnu snagu, volju ili znanje.*“ (4). Zdravstvena njega je usmjerena na bolesnika ili zdravu osobu, na njegove svakodnevne aktivnosti i probleme, a ne samo na bolesti. V. Henderson je upozorila medicinske sestre o njihovoj ulozi da osiguraju dostojanstvenu i mirnu smrt umirućoj osobi. Sestrinsko obrazovanje i praksa su utemeljeni na nekima od načela koja čine osnovu palijativne skrbi (5). Palijativna skrb prema stručnim postavkama nalaže da se primjenjuje s kurativnom skrbi od samog trenutka postavljanja dijagnoze umirućem bolesniku. Naglom smrću umire 10% ljudi što znači da bi palijativnu skrb trebalo osigurati za preostalih 90% ljudi. Pošto je sustav palijativne skrbi u Hrvatskoj još u

razvoju i nema dovoljno resursa za takve potrebe umirućih bolesnika, resurse bi bilo potrebno usmjeriti na bolesnike kod kojih je aktivno liječenje završeno odnosno na one bolesnike čija bolest napreduje brzo usprkos svim mogućim pokušajima liječenja. Kod većine palijativnih bolesnika radi se o preostalim 6 mjeseci života (6).

Cilj palijativne skrbi nije ubrzati smrt nego smanjiti patnju i bol, osigurati najveću kvalitetu umiranja i očuvati dignitet do smrti. Bitnu ulogu ima i mjesto na kojem se umirući nalazi. U bolnicama i hospicijima je mnogo jednostavnije brinuti se za umiruće zbog dostupnosti svih potrebnih pomagala, te zdravstveni djelatnici imaju mogućnost izravnog pružanja pomoći i umirućem i obitelji, dok je u bolesnikovom domu teže jer prije svega potrebno je podučiti obitelj kako da se na pravilan način pobrinu u zbrinjavanju i komunikaciji s umirućim pacijentom. Zdravstvena njega umirućeg se sastoji od sustavnog utvrđivanja potreba, planiranja, provođenja i evaluacije. (5).

U SAD-u godišnje oboli 1 000 000 stanovnika od malignih tumora, 50% njih umire. Sam tijek malignih bolesti je dugotrajan i karakterizira ga narušavanje životnih funkcija. Liječenje bolesnika s malignim oboljenjem je usmjerena na povećanje kvalitete života simptomatskim liječenjem. Najčešće tegobe koje se javljaju kod bolesnika s uznapredovalom malignom bolesti su: bol, anoreksija, dispneja, disfagija, smetenost i mučnina. Coyle i sur. navode da se bolesnici 4 tjedna prije smrti tuže na: bol, umor, smetenost, kašalj i opću slabost (5). Unos hrane i tekućine potreban je za održavanje života, no kod umirućih je drugačija situacija. Njih se ne treba prisiljavati da jedu i piju jer je to znak neprikladnosti i okrutnosti. Nije preporučljiva parenteralna prehrana jer zbog poremećaja u tjelesnim funkcijama može dovesti do pojave edema, ascitesa, nakupljanje sekreta u dišnim putevima i sl. (5). Umirućem bolesniku je potrebno pružiti dostojanstvenu smrt, što znači da treba ukloniti uzročnike boli ili ih smanjiti na najmanju moguću razinu i dopustiti bližnjima da provedu što više vremena s takvim bolesnikom.

U simptomatskom liječenju boli koriste se analgetici s adjuvantnim analgetskim sredstvima ili bez njih, neurokirurški, anestetički i ostali kirurški postupci. U liječenju boli kod bolesnika s koštanim metastazama učinkovitom se pokazala radioterapija. Kemoterapija se primjenjuje u liječenju boli kod bolesnika s kemosenzitivnim tumorima kao što su: limfom,

karcinom pluća malih stanica, karcinom dojke, Ewingov sarkom, osteosarkom, Wilmsov tumor i dr. (5). Mnogi bolesnici se žale na dispneju, a uzrok može biti respiratorni ( primarni tumor pluća, metastaze u plućima, pneumonija, metabolički, psihogeni, kardiovaskularni i dr.). Za liječenje se najčešće primjenjuju opijati, antibiotici, psihotropni lijekovi, NSAID uz odgovarajuću psihološku podršku (5). Također uz lijekove bolesnicima se daje kisik. Koristan je često, ali ne i uvijek. U terapijskim pokušajima se daje 4 L kisika preko nosnih kanila, te postoji malo razloga da se ide preko 4-6 L kisika putem nazalne kanile kod pacijenata koji su u procesu aktivnog umiranja (6).

Postoje mnoge teorije što umirući žele od medicinskog osoblja, prema Larsonu bolesnici oboljeli od karcinoma žele dostupnost medicinske sestre i dobru zdravstvenu njegu, dok medicinske sestre smatraju da je bolesnicima najvažnija komunikacija (7). Druga pretpostavka prema Garlandu navodi da osoblje koje je uključeno u skrb smatra kao potrebu ispunjavanje želja umirućem, dok umirući kao prioritet navode pojačavanje snage i borbe protiv bolesti (8).

## **1.6. Simptomi i znakovi**

Jedni od najčešćih simptoma koji se javljaju kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti su:

- Bol
- Umor
- Kaheksija
- Dispnea
- Štucavica
- Ostali (suha usta, povraćanje, opstipacija, slabost, anoreksija, pospanost, depresija, oštećenje kože, demencija i drugi).

Palijativni pacijenti boluju od različitih bolesti pa zbog toga imaju i različite simptome. Medicinska sestra bi trebala s ostalim članovima tima procjenjivati stanje bolesnika, utvrđivati njihove potrebe s ciljem provođenja što kvalitetnije zdravstvene skrbi (3).

### **1.6.1. Umor**

Umor predstavlja gubitak energije i javlja se kao posljedica akumulacije štetnih tvari u organizmu, nedostatka ugljikohidrata, anemije i ostalih. Sam proces ublažavanja simptoma u palijativnoj skrbi je izuzetno zahtjevan, obuhvaća razdoblje u kojem je aktivnost bolesnika još prisutna. Proces liječenja najviše ovisi o samom bolesniku, ali i obitelji. Ublažavanje umora se može riješiti na dvije razine i to na način da se ublaže ili uklone faktori koji dovode do umora. U smanjenju umora ulogu ima i pravilna prehrana. Potreban je povećan unos visokoproteinske hrane uz dodatke minerala i vitamina. Preporuča se edukacija o važnosti unosa tekućine, elektrolita i održavanju dobre hidracije bolesnika (3).

### **1.6.2. Kaheksija**

Kaheksija predstavlja gubitak mišićne mase i tjelesne težine. Ona se ne može riješiti s povećanim unosom hrane, jer su njezini uzroci izazvani bolešću poput (povraćanja, proljeva, malapsorpcije...), izazvani karcinomom, liječenjem (terapije zračenjem, citostatska terapija), gladovanjem i šećernom bolešću (3).

Osim kaheksije može se javiti anoreksija te postoji sindrom koji se zove anoreksija-kaheksija sindrom. Kod bolesnika dolazi do poremećaja metabolizma ugljikohidrata, bjelančevina i masti te se manifestira endokrinološkim poremećajem i anemijom. Liječenje ovog sindroma se provodi nefarmakološkim i farmakološkim postupcima. Nefarmakološki postupci uključuju mogućnost izbora hrane po želji bolesnika, način pripreme, pripremanje, odabir jela. Preporučuju se mali i česti obroci. Dok farmakološki postupci obuhvaćaju primjenu kortikosteroida koji su učinkoviti u poboljšanju apetita i općeg stanja. Mogu uzrokovati i neke od nuspojava poput dijabetes mellitusa, retencije tekućine, fragilnosti kože i poremećaja spavanja. Vrijeme trajanja učinka kortikosteroida na apetit je odprilike četiri tjedna. Osim kortikosteroida mogu se primjenjivati progesteroni i može se provoditi parenteralna i enteralna prehrana. U zadnjem stadiju bolesti nije preporučljiva parenteralna i enteralna prehrana zbog mogućeg nastanka edema, apetit se smanjuje i bolesnik nije u stanju jesti jer je prirodno kad tijelo započinje umirati da više ne traži hranu i tjelesna energija nije više potrebna pa stoga bolesnik može odbijati hranu. U terminalnoj fazi bolesti dolazi do promjene prehrambenih navika kod bolesnika. Prvo se prestaje jesti meso, nakon toga povrće i ostala teško probavljiva hrana. (3).

### 1.6.3. Dispnea

Dispnea je osjećaj koji se manifestira nedostatkom zraka i otežanog disanja. Praćena je uglavnom s anksioznošću i u većini slučajeva anksioznost pogoršava dispneju. Uzroci dispneje su različiti, a neki od njih su: bol, anemija, infekcije, plućna embolija, kronična opstruktivna plućna bolest, karcinom, slabost i bolovi prsnog koša, srčana dekompenzacija i ostalo (3). Bolesniku je potrebno objasniti i pokazati položaje koji će mu olakšati disanje kao na primjer: namještanje jastuka, vježbe disanja, promjene položaja te važnost ovlaživanja prostora i boravka na svježem zraku koliko god je to moguće (3,9). Korisno je da se isprazni soba od viška namještaja u kojoj bolesnik boravi jer bolesniku to daje osjećaj prozračnosti te umanjuje tjeskobu, za bolesnike djeluje osvježavajuće i postavljanje mokre krpe u blizini lica. Od lijekova se koriste opioidni analgetici, ukoliko pacijent nije prije dobivao opioidne analgetike daju se niske doze oralno 10-15 mg ili parenteralno morfina 2-5 mg što će bolesnicima olakšati dispneju. Ukoliko pacijent prima opioidne analgetike od prije bit će potrebne veće doze za ublažavanje dispneje. Osim opioidnih analgetika koriste se antitustici kod kašlja, antiholinergici za smanjivanje sekrecije i anksiolitici. Od anksiolitika se koriste lorazepam tablete sublingvalno u dozi od 0,5 mg svakih 4-6 sati koje mogu smanjiti anksioznu komponentu dispneje (6).

### 1.6.4. Štucavica

Kod onkoloških bolesnika često se javlja uporna višednevna štucavica zbog zahvaćenosti tumorom n.phrenicusa, n.vagusa ili moždanog debla. Neprekidna štucavica prouzrokuje veliku patnju za već iscrpljenog palijativnog bolesnika. Osim kod onkoloških bolesnika može se javiti i kod hepatomegalije, uremije i distenzije želuca. Kako bi se olakšala patnja potrebno je uvesti jedan od lijekova koje je potrebno davati kroz tri dana, ukoliko nema učinka potrebno je obustaviti lijek i uvesti novi za liječenje štucavice. „Od lijekova se daju: *haloperidol* 0,5 mg-1mg svakih 8 sati uz dozu održavanja 1-3 mg prije spavanja, *baklofen* oralno 5-20 mg svakih 8 sati, *levomepromazin* oralno 3-6 mg uvečer prije spavanja i *nifedipin* oralno 5-20 mg svakih 8 sati. Nifedipin je potrebno izbjegavati u liječenju kod bolesnika sa hipotenzijom. Kod primjene ovih lijekova potrebno je izbjegavati nagli prestanak primjene.“ (6).

### 1.6.5. Bol

Bol je sve ono što osoba koja ju je doživjela kaže da je i postoji kad god ona kaže da postoji. To je subjektivan osjećaj koji je jedinstveno iskustvo za svakog pojedinca. U provedenim istraživanjima utvrđeno je da bol nema samo fizičku komponentu nego i emocionalnu i duhovnu komponentu koja može stvoriti ograničenja u socijalnom funkcioniranju bolesnika i njegove obitelji. Nerješavanje boli može biti uzrok nastanka drugih problema kao što su anksioznost i depresija. Medicinska sestra kod bolesnika s boli treba identificirati trenutna obilježja boli, intenziteta i utjecaj boli na bolesnika. Procjena stanja „bolesnika s boli“ je jedna od temeljnih faza za planiranje daljnje zdravstvene njege i upravljanja s boli. Interaktivni je proces koji uključuje suradnju bolesnika, njegove obitelji, medicinske sestre, liječnika i ostalih članova tima (3,9).

- SKALA ZA PROCJENU PALIJATIVNE SKRBI

Shematski prikaz o procjeni kvalitete skrbi dao je Donabedian (3). U palijativnoj skrbi se mjeri promjena u stanju bolesnika odnosno promjene koje su se dogodile tijekom vremena, a uvjetovane su nekom od zdravstvenih ili drugih intervencija. Postoji niz testova s kojima se mjeri kvaliteta bolesnikova života, većina testova nije osjetljiva na promjenu u kraćem vremenskom razdoblju ili zahtjeva dugo vrijeme testiranja. Upravo zbog toga postavlja se pitanje koji je najprikladniji test kod palijativne skrbi. Jedan od najupotrebljavanijih testova je POS test (Palliative outcome scale), koji se primjenjuje od 1999. godine u 20 zemalja EU. Pokazao se kao jednostavan za primjenu, pouzdan te valjan. Potrebno vrijeme za testiranje je oko 10 minuta, te bolesnik može sam primijeniti test - Patient reported outcome measures (PROMs) (4).

- PALLIATIVE OUTCOME SCALE-POS

Test se sastoji od 10 do 12 pitanja, ovisno o tome tko provodi testiranje. Može ga provoditi sam bolesnik, obitelj ili član palijativnog tima neovisno o tome gdje se nalazi (bolnica, kod kuće, hospicij). Pitanja se odnose na zadnja 3 dana prije provođenja testiranja (4).

Bodovanje od 0 do 4.

- 0- Bez teškoća
- 1- Lakše izraženo, ali nije zabrinjavajuće
- 2- Umjereno – limitirajuće na aktivnosti
- 3- Značajno – aktivnost i koncentracija je značajno promijenjena (simptomom, patnjom...)
- 4- Neizdrživo – u cijelosti zaokupljen teškoćom

Pitanja:

- 1. Bol
- 2. Ostali simptomi
- 3. Bolesnikova anksioznost
- 4. Obiteljska anksioznost
- 5. Informiranost o stanju/bolesti
- 6. Podrška – suport (koliko je moguće podijeliti osjećaje s obitelji)
- 7. Depresivnost
- 8. Odnos prema bolesniku u obitelji, kolege, zdravstvenih profesionalaca ( modificirano od pitanja „ Kako se osjećate kao osoba?“)
- 9. Koliko je prema procjeni bolesnika izgubljeno na čekanju transporta ili ponavljanja pretraga
- 10. Postoji li praktični problem ( financijski, osobni...)
- 11. Koji je glavni problem (1 do 2)
- 12. Kako je ispunjen upitnik

Pri ukupnom bodovanju treba voditi računa o svakom pitanju zasebno kao i o ukupnom bodovanju. Na primjer anksioznost može biti visoko bodovana dok ostali simptomi mogu biti niže bodovani i zbog toga ukupan zbroj može biti vrlo nizak. Na svako pitanje treba obratiti pažnju i usmjeriti se na rješavanje potencijalnog problema kod bolesnika. Za provođenje ovog testa potrebna je edukacija te je potrebno obaviti validaciju testa (4).



## 1.7. Ublažavanje boli kod umirućeg bolesnika

Za procjenjivanje boli se najčešće koristi vizualna analogna skala (VAS) koja služi za procjenjivanje inteziteta boli. Bolesnici koji su prije terminalne faze bolesti zahtijevali redovitu primjenu narkotika zahtjevaju i primjenu narkotika u terminalnoj fazi bolesti kako bi se smanjila razina boli. Kod nekih bolesnika nije u mogućnosti da se ublaži bol unatoč primjeni velikog broja analgetika, tada se primjenjuje sedacija bolesnika kao alternativa. Prije same primjene liječnici trebaju otkriti uzrok boli i simptome, dok obitelj i bolesnik moraju biti upoznati s prednostima i nedostacima sedacije. Najčešće se primjenjuje u palijativnoj sedaciji: lorazepam, midazolam, ketamin i propofol (3).

Svjetska zdravstvena organizacija preporuča korištenje analgetske ljestvice za postizanje stanja bez bolova. U početku se koristila samo za liječenje boli uzrokovane tumorima, ali se može koristiti za liječenje bilo kojeg tipa boli. Ako u bilo kojem trenutku liječenja ne bude postignut odgovarajući učinak ublažavanja boli potrebno je prijeći na lijekove sa iduće razine ljestvice. Primjena analgetika se odvija u tri stupnja. Za liječenje prvog stupnja boli koriste se paracetamol, acetaminofen ili nesteroidni protuupalni lijekovi poput ibuprofena. U drugom stupnju koriste se nesteroidni antireumatici, tramadol i blagi opijat. Kada bolesnik nije u mogućnosti gutati, analgetici se primjenjuju s.c. ili i.v. Liječenjem umjerene do jake boli mora se uzeti u obzir o kakvoj vrsti se radi, da li je akutna ili kronična bol. Morfin predstavlja zlatni standard prema kojem se mjere i uspoređuju svi narkotici. Transdermalni pripravci jakih opioidnih analgetika se primjenjuju samo kod bolesnika kod kojih je već potvrđeno da reagiraju na opioidne analgetike i iste te podnose. Učinak započinje za 12-24 sata i traje od 72-96 sati. Povećavanje doze je moguće nakon prethodne primjene 1-2 flastera. Od transdermalnih pripravaka dostupni se: fentanil koji je pravi agonist opioidnih receptora i buprenofrinl (6).

Fentanil ima prednost jer manje otpušta histamin i nuspojavu temperature. Ima 80 puta veću analgetičku snagu od morfija. Danas na tržištu postoje flasteri za transdermalnu primjenu- Fentanyl koji su pogodni za ublažavanje kronične boli. Fentanil je uveden 1970-ih godina u praksu radi parenteralne primjene u anesteziji. 1991. godine odobreni su flasteri za transdermalnu primjenu u liječenju bolesnika s kroničnom boli i s boli oboljelih od karcinoma koji se koriste i danas (10). Flaster se lijepi na neoštećenu kožu i njegovo djelovanje započinje nakon 12 sati i prestaje nakon 72 sata, te ga je potrebno promijeniti nakon 72 sata uz adekvatno doziranje (3). Ne smiju se primjenjivati istovremeno dva opioidna analgetika s ciljem da se

poboljša analgetski učinak iz razloga jer svi čisti agonisti opioidnih receptora djeluju na iste receptore te može doći do povećanja doze lijeka kojeg bolesnik već uzima (6).

## **1.8. Prehrana i hidracija**

Priprema organizma na smrt započinje sa smanjenim uzimanjem tekućine i hrane što predstavlja normalan fiziološki proces u bolesnika kod kojih je dijagnosticirana terminalna faza bolesti. Enteralna prehrana je indicirana kod onih bolesnika koji nisu u mogućnosti unijeti hranu i sve potrebne nutritivne čimbenike peroralnim hranjenjem i koji ne mogu zadovoljiti dostatan unos energije koji im je potreban za održavanje energije tijekom dana. Za čovjeka je peroralna prehrana najbolji izbor jer se tad čovjek osjeća prirodnije, a i najjeftiniji i najpristupačniji je način prehrane. Prema pravilu enteralnu prehranu bi trebalo prekinuti kada bolesnik više nije u stanju da guta i bilo bi poželjno da ne prima parenteralno tekućinu jer se na taj način želi prevenirati niz daljnjih komplikacija u posljednjim satima kao što su kašalj, povraćanje, pojava edema. Parenteralna tekućina podrazumijeva unos nutritivnih i energetske sastojaka u obliku otopina perifernim ili središnjim venskim putem. Potrebno je objasniti obitelji zbog čega nije potrebna značajna količina hrane i tekućine, razloge zbog kojih bolesnik ne osjeća više glad ili žeđ, da se s primjenom tekućine i.v. može samo pogoršati bolesnikovo stanje (3). Ukoliko obitelj inzistira na i.v. primjeni tekućine može se u dogovoru s liječnikom aplicirati infuzija tijekom 24 sata i to u količini od 1000/1500 mililitara.

### **1.8.1. Subkutana infuzija**

Subkutana infuzija se često primjenjuje kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti. Sama tehnika primjene infuzijske otopine je jednostavna za bolesnika. Može se primjenjivati u kući i može je primjenjivati obitelj što uvelike može biti od koristi jer se bolesnik osjeća ugodnije u vlastitom domu i u poznatoj je okolini s poznatim ljudima.

Subkutana infuzija je indicirana za održavanje:

- kratkoročne hidracije kod bolesnika koji ne mogu uzimati dostatnu količinu tekućine oralnim putem
- kod blago do umjereno dehidriranih bolesnika
- kod bolesnika kod kojih je postavljanje intranile teško ili nepraktično (6).

Subkutanu infuziju se ne primjenjuje u slučaju:

- koagulopatije ( poremećaj zgrušavanja)
- preopterećenja tekućinom
- kod bolesnika na dijalizi
- u hitnim situacijama ( šok, teška dehidracija) (6).

Najčešća mjesta gdje se postavlja subkutana infuzija su: bočna trbušna stjenka, unutrašnja strana bedara, prednja strana prsnog koša ispod ključne kosti uz poseban oprez kod kahektičnih bolesnika, leđa- obično ispod lopatice uz napomenu da nema prisutnih oštećenja kože, edema. Donje ekstremitete treba izbjegavati u hodajućih pacijenata jer se krv može vratiti u infuzijski sistem i dovesti do začepjenja kanile (6). „Subkutanu infuziju ne bi trebalo postavljati na mjesta s od prije postojećim edemom ili na udovima s limfedemom zbog smanjene apsorpcije i ugroženosti tkiva, na mjesta prethodne radioterapije zbog smanjene perfuzije kože na tim mjestima, na strani mastektomije ili u blizini stome i na područje s oštećenom kožom ili na mjesta koja su sklona oticanju i s ožiljcima.“ (6).

Set se sastoji od leptiraste igle s mandrenom koju treba postaviti pod kožu. Subkutane infuzije se moraju mijenjati sukladno sa sterilnim uvjetima. Jedno mjesto se može koristiti od 1 do 14 dana, ali preporuča se mijenjanje mjesta primjene subkutane infuzije svakih 48 do 72 sata, no ukoliko se pojavi crvenilo i bolna osjetljivost tad se treba odmah skinuti. Najčešće se primjenjuju Natrij klorid 0,9% ili 0,45%, glukosalina otopina: 2,5% glukoze, 0,45% natrij-klorida. Uobičajna brzina je 1 ml po minuti po jednom mjestu primjene. Dva mjesta primjene se mogu koristiti kada je potrebno više od 1 litre u 24 sata, odnosno 3 L u 24 sata ako se koriste dva mjesta primjene (6). Brzina može biti 200 ml/h, no mnogim bolesnicima je dovoljno i 50 ml/h. Ne preporuča se primjena glukoze iz razloga jer se ne apsorbira u potpunosti te može dovesti do

oštećenja kože na ubodnom mjestu (3). Nakon započinjanja primjene infuzije treba provjeriti mjesto primjene unutar 30 minuta od početka radi provjere integriteta kože. Potrebno je educirati pacijenta ili njegovatelja za provjeru infuzije u određenim intervalima te ih jasno dokumentirati u pacijentovu zdravstvenu dokumentaciju. Pacijentu ili njegovatelju se mora pokazati postupak zaustavljanja infuzije ukoliko se jave neke od neželjenih reakcija i naglasiti da se kontaktira medicinska sestra ako nastane nekakav problem.

## **2. CILJ RADA**

Cilj rada je prikazati i opisati zdravstvenu njegu bolesnika kod kojeg je dijagnosticirana terminalna faza bolesti kroz navedeni prikaz slučaja. Poseban naglasak stavlja se na značaj komunikacije, te na zadatke palijativne zdravstvene skrbi kroz holistički pristup, podršku obitelji u suočavanju s gubitkom člana obitelji i na sudjelovanje medicinske sestre u brizi za obitelj i zbrinjavanje bolesnika.

### **3. PRIKAZ SLUČAJA**

Bolesnik je liječen u Općoj bolnici Zadar zbog primarne bolesti (karcinom pluća). Zbog zdravstvenog stanja bolesniku je bila potrebna palijativna njega te je daljnja briga i skrb pružena u obiteljskom domu.

#### **3.1. Sestrinska anamneza- prvi prijem u bolnicu**

Bolesnik muškarac, rođen 1949. godine, zaprimljen je u Opću bolnicu Zadar zbog povremenih bolova u grudnom košu, kašlje posljednjih nekoliko mjeseci i iskašljavanja krv. Uputna dijagnoza liječnika obiteljske medicine je sumnja na zloćudnu bolest pluća.

Socijalna anamneza: bolesnik je umirovljenik, živi sa suprugom i kćeri u obiteljskoj kući.

Bolesnik je pokretan, naočale nosi samo kod čitanja, sluh dobar, ima zubnu protezu. Appetit kod bolesnika normalan u zadnja tri mjeseca nije gubio na tjelesnoj težini. Alkohol ne pije, pušač posljednjih 40 godina. Prilikom prijema na Odjel pulmologije bolesnik je pri svijesti, diše mirno, integritet kože očuvan. Izmjerena je tjelesna visina 184 centimetra, tjelesna težina 86 kilograma, krvni tlak 120/80 mmHg, tjelesna temperatura 36,5°C , sPO2 98% . Bolesnik do prijema u bolnicu uzima terapiju za regulaciju povišenog krvnog tlaka. Terapija koju pacijent uzima: Ormidol, Aspirin, Tritace, Vasilip 20 mg. Prije nekoliko godina prebolio akutni infarkt miokarda.

#### **3.2. Klinička slika i tijek liječenja**

Tijekom bolničkog liječenja učinjene su dijagnostičke pretrage koje su potvrdile uputnu dijagnozu, zloćudne bolesti pluća te je bolesnik premješten na Odjel torakalne kirurgije. Kod

bolesnika je učinjen kirurški zahvat ekscizije lijevog donjeg režnja pluća. Postoperativni tijek kod bolesnika komplicira se opsežnim krvarenjem u području prsnog koša, bolesnik je vitalno ugrožen i premješta se u Jedinicu intenzivnog liječenja. Nakon stabilizacije bolesnika učinjen je operativni zahvat evakuacije hematoma i hemostaze kako bi se riješila komplikacija krvarenja. Krvarenje kod bolesnika nije zaustavljeno te je bolesnik zbog razvoja daljnjih postoperativnih komplikacija podvrgnut radikalnom zahvatu totalne pulmektomije lijevo, stadij B. Bolesnik je smješten u Jedinici intenzivnog liječenja na mehaničkoj ventilaciji gdje se stanje u iduća dva tjedna stabilizira, a radi lakše toalete traheobronhalnog stabla učinjen je kirurški zahvat traheotomije. Unatoč zdravstvenoj njezi koja je planirana i provedena kod bolesnika u Jedinici intenzivnog liječenja razvile su se komplikacije dugotrajnog ležanja: dekubitus I stupnja u sakralnom području i dekubitus III stupnja na peti.

Nakon šesnaest dana stanje bolesnika stabilno, samostalno diše i premješten je na Odjel torakalne kirurgije, gdje se provodi fizikalna terapija kako bi bolesnik što prije osamostalio. Dekubitusi zacjeljuju, bolesnik je dekaniliran, operativna rana zacjeljuje. Bolesnik hoda uz pomoć hodalice te otpušta na kućnu njegu uz preporuku daljnje potrebe za zdravstvenim njegovom.

### **3.3. Sestrinska anamneza - ( 3 mjeseca poslije)**

Bolesnik je zaprimljen na Odjel pulmologije zbog pogoršanja u respiratornom sustavu. Žali se na otežano disanje pri ležanju i hodanju. Ne može samostalno hodati, potrebna mu je pomoć- koristi hodalicu. Bolesnik se žali na začepljenost lijevog uha i unatrag nekoliko dana osjeća opću slabost, slabije jede, kašlje i ima glavobolje. Kahektičan je, blijede kože i sluznica, anemičan. Opstipiran je, mokrenje je djelomično uredno.

Bolesniku je prilikom prijema izmjerena tjelesna visina 184 cm, tjelesna težina 54 kg, krvni tlak 110/60 mmHg, tjelesna temperatura 36°C, sPO2 95%.

Napravljena je kompletna krvna analiza koja pokazuje snižene vrijednosti. Terapija koju pacijent uzima: Tegretol 400 mg pola uvečer još 2 dana, dalje 1 uvečer još 7 dana, pa pola ujutro

i 1 uvečer 7 dana, pa 2x1 trajno dalje. Matrifen 50 uh/h mijenjati svakih 72 h, Ibuprofen 400 mg (pp) za bol, Reglan pp 1 drag, Nebivolol 1,25 mg ujutro, Aspirin 100 mg, glicerisni čepići, Prosure 1/dan.

Tijekom bolničkog liječenja napravljen je MSCT mozga nativno i kontrastno. S pretragom je ustanovljeno da bolesnik ima polukvrgastu tvorbu na frontalnom dijelu mozga lijevo s bazom na duri mater 13 mm koja prvenstveno odgovara meningeomu. Nadalje bolesnik je upućen na odjel ORL zbog začepjenosti lijevog uha gdje se otoskopskim pregledom utvrdi prisutnost cerumena koji se isprao i odstranio. Bolesnik i dalje hoda uz pomoć hodalice i otpušta se na kućnu njegu uz preporuku daljnje potrebe za zdravstvenim njegom.

### **3.4. Plan zdravstvene njege**

Sestrinske dijagnoze pružaju mnogo prednosti jer prije svega omogućuju da medicinske sestre imaju zajednički jezik, pomažu u uspostavi i stvaranju pravilnih sestrinskih intervencija i standarda sestrinske prakse. Uvelike pomažu u komunikaciji između medicinskih sestara i drugih zdravstvenih djelatnika jer se uz pomoć sestrinskih dijagnoza može prenijeti jasnija slika o tome što se događa kod pacijenta. Bolja i razumljivija komunikacija među medicinskim sestrama pridonosi boljoj kvaliteti zdravstvene njege. Neke od sestrinskih dijagnoza koje se pojavljuju kod bolesnika u terminalnom stadiju bolesti su:

1. Pothranjenost
2. Visok rizik za smanjeno podnošenje napora u/s dugotrajnim mirovanjem
3. Visok rizik za oštećenje tkiva u/s dugotrajnim ležanjem
4. Kronična bol u/s terminalnom fazom osnovne bolesti 2° karcinom, što se očituje izjavom pacijenta „ unatoč lijekovima protiv bolova mene i dalje boli“ i ocjenom 8 na skali za bol (1-10)
5. Visok rizik za opstipaciju u/s nedovoljnim unosom vlakana



- **POTHRANJENOST**

Indeks tjelesne mase (Body mass index, BMI) je pokazatelj uhranjenosti. Računa se tako da se tjelesna masa osobe u kilogramima podijeli s kvadratom visine u metrima:  $BMI = m / h^2$ . Pacijentov BMI iznosi 15.9 što ukazuje na pothranjenost. Normalna vrijednost BMI-a kod muškaraca iznosi od 20 do 25 (11).

Cilj: Pacijent će zadovoljiti nutritivne potrebe.

Intervencije:

- Objasniti važnost unosa propisane količine hrane određenih kalorijskih vrijednosti
- Poticati pacijenta na konzumiranje manjih i češćih obroka
- Poticati pacijenta da jede u društvu
- Osigurati pacijentu dovoljno vremena za obrok
- Osigurati pacijentu namirnice koje voli
- Osigurati hranu koja je pripravljena sukladno pacijentovim mogućnostima žvakanja
- Pomoći pacijentu pri konzumaciji hrane ukoliko je samozbrinjavanje hranjenja ograničeno

Evaluacija: Nutritivne potrebe pacijenta su zadovoljene (12).

- **VISOK RIZIK ZA SMANJENO PODNOŠENJE NAPORA U SVEZI S DUGOTRAJNIM MIROVANJEM**

Cilj: Pacijent će obavljati svakodnevne aktivnosti bez znakova napora

### Intervencije:

- Prepoznati čimbenike koji utječu na neučinkovito disanje
- Smjestiti pacijenta u položaj koji omogućava neometano disanje i ne umara ga
- Podučiti pacijenta pravilnom iskašljavanju četiri puta dnevno, pola sata prije obroka i spavanja
- Osigurati dovoljno vremena za izvođenje planiranih svakodnevnih aktivnosti
- Provoditi aktivne ili pasivne vježbe ekstremiteta
- Izbjegavati nepotreban napor
- Podučiti pacijenta uporabi pomagala
- Osigurati neometani odmor i spavanje

Evaluacija: Pacijent obavlja svakodnevne aktivnosti bez znakova napora (12).

- VISOK RIZIK ZA OŠTEĆENJE TKIVA U SVEZI S DUGOTRAJNIM LEŽANJEM

Cilj: Pacijentova koža neće biti oštećena

### Intervencije:

- Svakodnevno procjenjivati stanje kože i sluznice
- Koristiti neutralne sapune prilikom kupanja pacijenta
- Koristiti meki ručnik za upijanje pri sušenju kože – ne trljati kožu
- Primjenjivati kreme i losione za njegu
- Održavati posteljno rublje čistim i bez nabora
- Osigurati odjeću bez jakog pritiska
- Osigurati udoban položaj pacijenta u krevetu
- Koristiti opremu i pomagala za smanjenje pritiska pri pozicioniranju pacijenta
- Podučiti obitelj mjerama sprečavanja nastanka oštećenja kože i/ili sluznica
- Podučiti pacijenta o prvim znakovima oštećenja kože i/ili sluznice

Evaluacija: Pacijentova koža nije oštećena (12).

- KRONIČNA BOL U SVEZI S TERMINALNOM FAZOM OSNOVNE BOLESTI 2° KARCINOM, ŠTO SE OČITUJE IZJAVOM PACIJENTA „ UNATOČ LIJEKOVIMA PROTIV BOLOVA MENE I DALJE BOLI“ I OCJENOM 8 NA SKALI ZA BOL (1-10)

Na skali procjene boli od 1 do 10 pacijent pokazuje na jačinu boli 8 što se manifestira kao jaka bol. Javlja se nakon prestanka djelovanja analgetika. Opisuje je kao pulsirajuću bol u frontalnom dijelu lubanje. Nakon primjene analgetika pacijent pokazuje na jačinu boli 3 što se očituje kao podnošljiva bol.

Cilj: Pacijent će na skali boli iskazati nižu razinu boli od početne

Intervencije:

- Prepoznati znakove boli
- Ublažavati bol na način kako je pacijent naučio
- Ukloniti čimbenike koji mogu pojačati bol
- Primijeniti nefarmakološke postupke ublažavanja bolova
- Ohrabriti pacijenta
- Primijeniti farmakološku terapiju prema pisanoj odredbi liječnika
- Poticati pacijenta na verbalizaciju osjećaja boli
- Odvrćati pažnju od boli
- Ponovno procjenjivati bol
- Dokumentirati pacijentove procjene boli na skali boli.

Evaluacija: Pacijent na skali boli iskazuje nižu jačinu boli od početne (13).

- VISOK RIZIK ZA OPSTIPACIJU U/S NEDOVOLJNIM UNOSOM VLAKANA

Cilj: Pacijent će imati formiranu stolicu 3 puta tjedno

Intervencije:

- Pacijentu dati konzumirati napitke i namirnice koji potiču defekaciju: suhe šljive, smokve, mineralne napitke, lanene sjemenke...
- Poticati pacijenta da dnevno unese 1500 - 2000 ml tekućine
- Omogućiti dostupnost potrebne ili propisane tekućine pacijentu nadohvat ruke
- Poštivati pacijentove želje vezano uz konzumiranje tekućine – u skladu s mogućnostima (hladna voda, čaj, topli ili hladni i sl.)
- Poticati pacijenta da dnevno unosi barem 20 g prehrambenih vlakana (npr. integralne žitarice, povrće).
- Objasniti važnost konzumiranja namirnica bogatih vlaknima.
- Savjetovati pacijentu da izbjegava naprezanje pri defekaciji kako ne bi došlo do oštećenja crijevne sluznice
- Poticati pacijenta da provodi jednostavne vježbe unutar svojih mogućnosti

Evaluacija: Pacijent ima formiranu stolicu svaki treći dan (13).

### **3.5. Zdravstvena njega u kući**

Bolesnik nakon spoznaje o neizlječivom stanju djelomično prihvaća stanje o svojoj bolesti. U potpunosti je spreman na fizikalnu terapiju i trudi se uz pomoć hodalice hodati. Nedugo nakon izlaska iz bolnice počinje hodati uz pomoć pratnje bez hodalice. Žali se na brz gubitak zraka i teže podnosi napor. Ne može samostalno obavljati osobnu higijenu, supruga mu pomaže u obavljanju higijene u krevetu. Bolesnik s vremenom počinje, na poticaj obitelji, sam

obavljati osobnu higijenu. Palijativne bolesnike u terminalnoj fazi bolesti je potrebno neprestano poticati na obavljanje bilo kakve aktivnosti kako nebi došlo do potpunog narušavanja motoričkih sposobnosti. S djelomičnim očuvanjem motoričkih sposobnosti osoba se osjeća zadovoljnije i sretnije jer nije ovisna o drugoj osobi.

Nadalje bolesnik se neprestano žali na jake glavobolje i povišenu tjelesnu temperaturu. Pregledom je utvrđeno da bolesnik ima polukvrgastu tvorbu u frontalnom djelu mozga koja je uzrok nastanka jakih glavobolja. Obitelj nije upoznata s palijativnom njegom, ali je dobila sve bitne informacije od obiteljskog liječnika i patronažne sestre u obavljanju potrebne njege kod kuće. Educirani su o mijenjanju Matrifenom svakih 72 sata radi ublažavanja boli s uputom da je potrebno mijenjati mjesto na koži gdje se flaster lijepi. Potrebno ga je zalijepiti na kožu bez oštećenja i čuvati ga podalje od djece. Nadalje upućeni su o njezi mjesta gdje je napravljena traheotomija. Objasnjeno im je postupak uklanjanja sekreta s rane i čišćenja s fiziološkom otopinom. Educirani su za previjanje dekubitalne rane na peti koja je s vremenom postala suha i crna te je nekrotično tkivo otpalo i uspješno je zacjeljeno. Patronažna sestra dolazila je jednom tjedno u kućni posjet zbog vađenja krvi, kontrole šećera, pregleda dekubitalne rane na peti i pregleda traheostome.

Obitelj svakodnevno potiče bolesnika na uzimanje Prosure i na uzimanje dovoljne količine vlakana i hranjivih tvari. S vremenom bolesnik je počeo halucinirati, govorio je da vidi bijele miševе kako bježe po sobi. Počeo je pričati o stvarima koje su se dešavali u prošlosti i mrtvim osobama. Također zadnjih dana imao je crne misli. Glas mu je postao promukao i sam shvaća da se bliži kraj. Postaje depresivan i ne želi komunicirati. Želja je bila da bude kod kuće, no zbog njegovog stanja nije bilo u mogućnosti da zadnje dane provede doma. Sedam mjeseci nakon spoznaje od neizlječivu bolest pacijent je preminuo na Odjelu pulmologije, Opće bolnice Zadar.

## 5. RASPRAVA

Zbog porasta životne dobi stanovništva zdravstvo sve više ulaže u proces napredovanja palijativne skrbi i palijativne medicine. Cilj palijativne skrbi je pružiti dostojanstvenu smrt i smanjiti osjećaj boli na najmanju razinu koja je podnošljiva za pojedinca. S toga kako bi uspjeli u takvom nastojanju potrebno je osnivanje više palijativnih domova iz razloga što je sve veći broj umirućih pacijenta, a nedovoljan broj ležećih kreveta u bolnicama. Naglasak se stavlja na nedostatak komunikacije između palijativnog pacijenta i medicinskog osoblja. Komunikacija ima bitnu ulogu, neki umirući pacijenti imaju potrebu za razgovorom i žele znati točnu dijagnozu i tijek njihova liječenja. S druge strane imamo umiruće pacijente koji nisu otvoreni za razgovor i s toga je bitno da im se ne govori previše informacija o njihovom stanju ukoliko oni sami to ne traže.

Postoji neriješena dilema da li umirućem treba reći dijagnozu ili ne, zbog nesigurnosti zdravstveni djelatnici izbjegavaju razgovor. Strah od reakcije na odgovor, izbjegavanje razgovora s umirućim u slučaju neznanja na postavljeno pitanje i ostale predrasude su vodeće u izbjegavanju razgovora. Mnogi zdravstveni djelatnici ne shvaćaju pravu važnost komunikacije s bolesnicima u završnom stadiju njihova života, te s time ne pružaju pravi holistički pristup. Komunikaciju s umirućim trebalo bi provoditi kad god on to zaželi, te mu pobliže objasniti stanje u kojem se nalazi ukoliko zahtjeva na tom odgovoru. Nikad ne treba bolesnika prisiljavati na razgovor, osim ukoliko prepoznamo neverbalne znakove koji ukazuju na potištenost i tjeskobu tad bi bilo poželjno pristupiti komunikaciji s bolesnikom. No prije toga potrebno je poznavanje neverbalnih znakova i razumijevanje kako bi uistinu znali kad nas bolesnik zapravo treba. Potreban je interdisciplinarni pristup pri odluci tko bi trebao razgovarati s bolesnikom. Komunikaciju bi trebalo prilagoditi prema bolesnikovom obrazovanju, ranijim iskustvima s bolesti, socijalnom porijeklu i dr. Nikad ne treba davati lažne nade umirućima niti bolesnicima (5). Ako bolesnik otkrije da mu je liječnik dao lažne informacije može izgubiti povjerenje u njega i ako je komunikacija s umirućim pacijentom slaba i nedostatna može kod bolesnih osoba izazvati i uzrokovati više boli i patnje nego bilo koji drugi problem, isto se odnosi i na obitelj pacijenta. Loše uspostavljen kontakt s bolesnikom može ostaviti posljedice na medicinske djelatnike jer dovodi do porasta stresa, gubitka zadovoljstva na radnom mjestu. Umirućem bolesniku je potrebno pružiti sve informacije o njegovom stanju i bolesti, ne treba ga izbjegavati. Dva osnovna cilja komunikacije pružanje informacija i pružanje emocionalne podrške kojih bi se

trebalo pridržavati i primjenjivati u radu (3). Bitan dio komunikacije s bolesnikom i obitelji je priopćavanje loših vijesti koje uključuje nekoliko ciljeva. Prvi cilj razgovora je da se prikupe informacije od bolesnika te da se procijeni njegova razina znanja i da se sazna koliku količinu informacija želi znati. Drugi je cilj razgovora da se pruže informacije bolesniku na temelju prethodne procjene koje su u skladu s bolesnikovim željama i potrebama. Treći cilj razgovora je da se podupre bolesnika upotrebom vještina za smanjenje emocionalnih utjecaja i izolacije koju bolesnik doživljava kod primanja loših vijesti. Četvrti cilj razgovora je razvijanje strategije za daljnju suradnju s bolesnikom (5).

Umirući pacijenti se razlikuju od ostalih bolesnika. Mnogi od njih žele imati svoju sobu kako bi imali potreban mir i slobodu razgovora s obitelji za vrijeme posjeta, ovisno o tome koliko im njihova bolest i trenutno stanje dopušta. Boravak pacijenta u obiteljskom domu bi imao najveći učinak za umirućeg pacijenta jer obiteljski dom za njih predstavlja mjesto sigurnosti i nečeg poznatog. U takvim slučajevima bi se smanjio strah od nepoznatog. Da bi se postigla dobra palijativna skrb u obiteljskom domu potrebna je suradnja s liječnikom opće prakse, i ono najbitnije što bi se trebalo uvesti je edukacija za obitelj palijativnog pacijenta. Na taj način obitelj bi bila upoznata sa svim prednostima i nedostacima takve vrste njege, individualnim pristupom prema svakoj obitelji bi se postigao cilj za svakog pacijenta na temelje njegove dijagnoze. U navedenom prikazu slučaja se vidi dobra suradnja između obitelji i zdravstvenog osoblja. Komunikacija je bila dobra i zdravstveni djelatnici su bili voljni pružiti potrebnu edukaciju i maksimalnu podršku za obitelj palijativnog pacijenta. Gledajući istraživanja komunikacija je jedan od važnih faktora koji imaju utjecaj na liječenje kao i na zadovoljstvo liječenjem, kvalitetu života, timski rad, sigurnost bolesnika (14). „Rijetko tko može raditi u palijativnom timu. Taj tim iziskuje rad različitih profesionalaca koji rastu iz dana u dan te predstavljaju jedan vrhunski profesionalni iskorak koji mogu učiniti samo one osobe koje su spremne komunicirati i vježbati komunikaciju.“ (15).

Osim u samom procesu liječenja i skrbi za palijativnog pacijenta, komunikacija je važna i kod procesa žalovanja ne samo kod palijativnog pacijenta već i kod njegove obitelji. Hartman je bio istaknuo kako je najvažnije intimno i društveno okruženje obitelj. Sama uloga obitelji je jedinstvena i nitko je ne može zamijeniti. Smatra se da je potrebno, ukoliko je to moguće, da umirući pacijent svoju smrt dočeka u obiteljskom domu s obitelji ili u zdravstvenoj ustanovi uz prisustvo obitelji. Temeljna potreba umirućeg pacijenta je da prilikom umiranja najprije dobije obiteljsku podršku i drugih bliskih prijatelja, te zatim od zdravstvenog osoblja (16). Smrt predstavlja dio normalnog tijeka života, neizbježna je i dio je obiteljskog života. Umirući

prvenstveno zbog tih razloga želi ostati u svom domu s obitelji jer to za njega označava sigurnost, mir, ljubav, dostojanstveno umiranje (14). Bolesnici od trenutka spoznaje da imaju neizlječivu bolest pa sve do smrti prolaze kroz nekoliko faza žalovanja. U prvoj fazi nepriznavanja i osamljivanja osobe koriste obrambene riječi poput: „Ma dobro mi je.“ Kod nekih ljudi ova faza traje kratko, dok neki mogu i zapeti u ovoj fazi. Mnoge osobe se boje prihvatiti pomisao da jednog dana moraju napustiti ovaj svijet i zbog toga negiraju sudbinu. Što je u psihološkom smislu gore za njih. Može doći do osamljivanja te pojave anksioznosti (5). Neprihvatanje može trajati od nekoliko sekundi pa sve do par mjeseci, zatim slijedi sljedeća faza - gnjeva. Potrebno je da bližnji ili medicinsko osoblje shvate bolesnikovu ljutnju te pravovaljano reagiraju. Ukoliko znamo da je osoba u fazi žalovanja ne trebamo je suditi po tome ako je ljuta na sebe, na druge i to pogotovo one najbliže. Kod te osobe dolazi do miješanja raznih osjećaja od bijesa, pa do ljubomore. U ovoj fazi se teško brinuti za pojedinca. I zbog toga je najbitnije da takvu osobu shvatimo i da je pustimo da joj se osjećaji sami slegnu. Osobe koje prolaze kroz fazu ljutnje često postavljaju pitanja poput: „Zašto ja?“, „Kako se to moglo meni dogoditi?“, „Tko je kriv?“ (5,17). Bitno je samo da budemo podrška umirućoj osobi dok prolazi ovu fazu. Najbolje je pokušati staviti se u takvu poziciju kako bi lakše shvatili kakav se vrtlog emocija zbiva. Koliko god nam teško bilo shvatiti ovakvu osobu moramo imati na umu da je njoj puno teže nego nama.

Nakon druge faze slijedi treća faza koja se naziva pogodba, pregovaranje ili cjenkanje. Ona započinje s nadom pojedinca da može odgoditi neke stvari kao na primjer smrt. Psihološki, čovjek zapravo govori da zna da će umrijeti, ali samo kad bi bar postojalo nešto što bi mu dalo više vremena da se pripremi na to. Svi znamo da je to nemoguće. Postoje i manji problemi s kojima se ljudi suočavaju i onda traže kompromis. Pogodba je rijetko kad uspješno rješenje pogotovo kad je pitanje života ili smrti. Nitko od nas ne može spriječiti smrt, ali na neki način može se odgoditi ukoliko se bolesnik pridržava nekih pravila, odnosi se na pridržavanje načina liječenja s kojim možemo barem na kratko spriječiti smrt, ali ona je neizbježna (5,17). Nakon ove faze slijedi četvrta faza ili faza depresije. Tijekom ove faze čovjek počinje shvaćati sigurnost smrti. Ljude u ovoj fazi ne treba razveseljavati jer najbolje ih je ostaviti da žaluju i da im se osjećaji sami smiruju. Normalno je da osoba tijekom žalovanja osjeti strah, tugu i nesigurnost. Ljudima koji prolaze kroz ovu fazu se vrte razna pitanja po glavi poput: „Nema smisla ionako ću umrijeti.“, „Kako ću dalje bez njega/nje“ i druga. Jako je teško gledati osobu kako tuguje znajući da joj ne možeš nikako pomoći, fizički ( ukoliko se radi o teškom bolesniku prikovanom za bolnički krevet), dok psihički možemo je ohrabriti riječima utjehe ukoliko osoba



želi prihvatiti naše riječi (5). Kada osoba na neki način uspije prihvatiti sudbinu to znači da polako počinje prihvaćati svoju situaciju i tada dolazi peta faza koja se naziva prihvaćanje. U posljednjoj fazi bolesnik se suočava i miri sa situacijom, svojom smrtnošću ili smrću svog bližnjeg. Češće je da ljudi koji umiru dolaze u ovu fazu puno prije nego ljudi koje za sobom ostavljaju. Bolesnik u ovoj fazi često spava, umoran je, ne prate ga nikakve emocije, od posjeta želi svoje najbliže. Prihvaćanje nije lako pogotovo ako nas napusti netko bližnji za kojeg nismo očekivali da će tako brzo otići od nas. Mnoge osobe ne mogu prihvatiti nečiju smrt. I zbog toga ta faza kod nekih može trajati jako dugo (5,17).

## 6. ZAKLJUČAK

Put od priopćenja dijagnoze umirućem pacijentu pa sve do samog procesa liječenja je težak. Kako za bolesnika tako i za njegovu obitelj i zdravstvene djelatnike. Takvi bolesnici zahtijevaju poseban pristup liječenju, ovisno o tome u kojoj fazi se nalazi bolesnik i s kakvom bolešću se bori. Zbog sve većeg porasta starog stanovništva i rasprostranjenosti malignih oboljenja otvaraju se palijativne ustanove. Porast broja oboljelih od malignih bolesti predstavlja ozbiljan problem ne samo za pojedinca nego i za čitavo društvo.

Bitnu ulogu u terminalnoj fazi bolesti kod bolesnika ima komunikacija koja je neizostavni dio rada u medicini. Uspostavljanje dobre komunikacije i odnosa povjerenja s umirućim pacijentom može olakšati sam pristup liječenju i suradnji. Bolesniku se ne treba davati lažna nada. Osim umirućeg pacijenta, podršku i potporu treba pružiti njegovoj obitelji. Palijativni bolesnici započinju s procesom žalovanja odmah nakon priopćenja dijagnoze, što se kod obitelji javlja tek nakon smrti njihovog člana.

S palijativnom skrbi se želi ostvariti dostojanstvena i mirna smrt uz najmanji prag boli kojeg pojedinac može podnijeti. S toga je važno poznavati simptome koji se najčešće javljaju kod bolesnika u terminalnoj fazi života. Simptomi se mogu razlikovati kod svakog bolesnika i zbog toga je potrebno puno iskustva i rada s takvim pacijentima kako bi na vrijeme prepoznali njihov trenutni ili potencijalni problem. Prepoznavanje simptoma na vrijeme ima za cilj da se umirućem pacijentu olakša i smanji problem prije nego li se pogoršaju simptomi. Bolesnika u terminalnoj fazi života ne treba prisiljavati na uzimanje hrane i tekućine, potrebno je objasniti obitelji razloge zbog čega nije preporučljiv unos. Jedne od najčešćih sestrinskih dijagnoza kod palijativnih pacijenata su: anksioznost, pothranjenost, bol, smanjeno podnošenje napora, oštećenje tiva u/s dugotrajnim ležanjem i druge.

## 7. LITERATURA

1. Popović D. Prof. dr. sc. Anica Jušić: Tiha revolucija u medicini. Medix [Internet]. 2005 [pristupljeno 08.08.2019.];11(60/61):146-148. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/19653>
2. Đorđević V., Braš M., Brajković L.: Osnove palijativne medicine- Ars medica prema kulturi zdravlja čovječanstva. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
3. Ozimec Vulinec Š.: Palijativna skrb. Zagreb: Zdrastveno veleučilište; 2014.
4. Lončar Z., Katić M., Jureša V. i suradnici: Palijativna skrb u zajednici. Zagreb: Medicinska naklada; 2018.
5. Jušić A. i suradnici: Hospicij i palijativna skrb. Zagreb: Školska knjiga, Hrvatska liga protiv raka; 1995.
6. Lončarek K.: Smjernice za rad s palijativnim pacijentima u hitnim službama. Zagreb: HRVATSKI ZAVOD ZA HITNU MEDICINU; 2015.
7. Larson J. P.: Comparison od cancer patients and professional nurses perceptions od important nurse caring behaviors. Heart and Lung 1987; 16:188-93
8. Martinson I. M., Widmer A.: Home health care nursing. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1989.
9. Jušić A.: Palliative Medicine-Palliative Care. Zagreb: Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb, HLZ; 2001.
10. Mehdizadeh A., Toliati T., Reza Rouini M., Abashzadeh S., Dorkoosh F.. Design and in vitro evaluation of new drug-in-adhesive formulations of fentanyl transdermal patches. Acta Pharm. [Internet]. 2004 [ pristupljeno 21.08.2019.]; 54(4):301-317. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/16906>

11. BMI calculator [Online program]. NHS. Dostupno na: <https://www.nhs.uk/live-well/healthy-weight/bmi-calculator/> ( 17. 03. 2019.)
12. Šepec S., Kurtović B., Munko T., Vico M., Abcu Aldan D., Babić D., Turina A.: Sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara; 2011.
13. Kadović M., Abcu Aldan D., Babić D., Kurtović B., Piškorjanac S., Vico M.: Sestrinske dijagnoze 2. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara; 2013.
14. Braš M., Đorđević V., Brajković L., Planinc- Peraica A., Stevanović R.: Komunikacija i komunikacijske vještine u palijativnoj medicini. Zagreb: Medix 2016; 119/120 ,152-160
15. Rasmussen B.H., Jansson L., Norberg A.: Striving for becoming at home in the midst of dying: American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 2000; 17 (1), 31-43.
16. Early B.P., Smith E.D., Todd L., Beem T.: The needs and supportive networks of the dying: An assessment nstrument and mapping procedure for hospice patients: American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 2000; 17 (2), 87-96.
17. Dr. Kubler Ross E.: Razgovori s umirućima. Zagreb: Biblioteka „oko tri ujutro“; 1989.

## 8. OZNAKE I KRATICE

- BMI- Body mass index
- CKS- crvena krvna slika
- cm- centimetar
- dr- drugo
- JIL- jedinica intenzivnog liječenja
- HDHPS- Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb
- kg- kilogram
- i.v.- intravenozno
- mg- miligram
- ml- mililitar
- mmHg- milimetara stupca žive
- mmol/L- vrijednost s kojom se pokazuje razina šećera u krvi (mmol po litri)
- MSCT-višeslojna kompjutorizirana tomografija
- NSAID- Non-steroidal antiinflammatory dugs ( Nesteroidni protuupalni lijekovi)
- pp- po potrebi
- PROMs- Patient reported outcome measures
- SAD- Sjedinjene Američke Države
- s.c.- subkutano
- sPO2- postotak zasićenja hemoglobina kisikom ( saturacija)
- STEMI- infarkt miokarda sa ST-elevacijom
- sur.- suradnici

## 9. SAŽETAK

Palijativna skrb započinje nakon hospicijskog pokreta koji je imao jak utjecaj na sam proces rada i razvoja nove grane moderne medicine. Umirući pacijenti prolaze kroz teško razdoblje. Od spoznaje da imaju neizlječivu bolest javljaju im se razni osjećaji poput: gnjeva, ljutnje, tuge, depresije i drugih. Palijativna skrb odnosi se na zbrinjavanje bolesnika u terminalnoj fazi bolesti, odnosno na bolesnike koji su u završnom stadiju bolesti i života. U radu je prikazan slučaj pacijenta u terminalnoj fazi bolesti (karcinomu pluća). Opisan je tijek hospitalizacije, provedene sestrinske dijagnoze, palijativna skrb u obiteljskom domu. Bitnu ulogu ima podrška obitelji i medicinskog osoblja. Kada se bolesnicima više ne može vratiti zdravlje s kurativnom medicinom tada se pruža palijativna skrb. Glavni cilj palijativne skrbi je pružiti dostojanstvenu i mirnu smrt, reducirati bol i stvoriti odnos povjerenja s umirućim pacijentom. Komunikacija u palijativnoj skrbi predstavlja neizostavan dio rada koji uvelike pomaže u ostvarenju dobre palijativne skrbi s kojom se stvara odnos povjerenja.

**Ključne riječi:** *palijativna skrb, umirući pacijent, prikaz slučaja, podrška obitelji, komunikacija.*

## 10. SUMMARY

Palliative care begins after a hospice movement that has had a strong impact on the work itself and the development of a new branch of modern medicine. Dying patients go through a difficult time. From the knowledge that they have an incurable illness, they come across various feelings such as anger, sorrow, depression, and others. Palliative care refers to the treatment of patients in the terminal stage of the disease, patients who are in the final stages of illness and life. This paper presents the case of the patient in the terminal stage of the disease (lung carcinoma). Described is the course of hospitalization, performed sister diagnosis, palliative care in a family home. Family and medical staff support is essential. When patients can no longer return health to curative medicine then palliative care is provided. The main goal of palliative care is to provide dignified and peaceful death, reduce pain and create a relationship of trust with the dying patient. Communication is an inevitable part of work that greatly helps in the realization of good palliative care. It creates a trusting relationship and if the patient does not want to communicate, he should not be forced.

**Key words:** *Palliative care, dying patients, patient case report, family support, communication.*



Podaci o pristupniku

Ime i prezime	Andela Ražov
Adresa stanovanja	Ulica Gojka Šuška 45, 23223 Škabrnja
Mob.   095/843 09 92	e-mail   arazov@vub.hr

**IZJAVA**

O dopuštenju korištenja medicinske dokumentacije za supruga Marko Ražov

Moli se supruga Marija Ražov za dopuštenje korištenja podataka, koje se provodi u svrhu izrade završnog rada na Veleučilištu u Bjelovaru, Stručni studij sestrinstva. U Završnom radu se obvezujem poštovati etičke standarde propisane za znanstvena istraživanja u medicini, uključujući osnove dobre kliničke prakse, Helsinšku deklaraciju, Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske (NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14) i Zakon o zaštiti prava pacijenata Republike Hrvatske (NN 169/04, 37/08)

*Potpisom potvrđujem da su informacije u ovoj zamolbi potpune, precizne i točne i da ću se podacima koristiti isključivo za statističke analize u znanstvene/stručne svrhe i da ću osigurati da podacima ne mogu pristupiti neovlaštene osobe.*


Bjelovar, 18. lipnja 2019.

Potpis



## 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>16.9.2019.</u>	Andela Ražov	

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

Andela Ražov

*ime i prezime studenta/ice*

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mog 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, 16. 9. 2019.

Ražov

*potpis studenta/ice*