

Palijativna zdravstvena njega bolesnica oboljelih od karcinoma dojke

Pomper, Monika

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

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:144:169081>

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

**PALIJATIVNA ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNICA
OBOLJELIH OD KARCINOMA DOJKE**

Završni rad br. 09/SES/2020

Monika Pomper

Bjelovar, listopad 2020.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Pomper Monika** Datum: 12.03.2020. Matični broj: 001740
JMBAG: 0246063483

Kolegij: **PALIJATIVNA ZDRAVSTVENA NJEGA**

Naslov rada (tema): **Palijativna zdravstvena njega bolesnica oboljelih od karcinoma dojke**

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. **Ksenija Eljuga, mag.med.techn., predsjednik**
2. **Đurđica Grabovac, dipl.med.techn., mentor**
3. **Goranka Rafaj, mag.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 09/SES/2020

Karcinom dojke jedan je od najčešćih zloćudnih bolesti u ženskoj populaciji. Od njega oboljevaju žene od mlađe životne dobi do duboke starosti. Palijativna zdravstvena njega kod ove bolesti specifična je ovisno o životnoj dobi bolesnice i trenutnoj ulozi koju ona ima u obitelji i društvu.

Medicinska sestra ključan je član tima za palijativnu skrb i nositelj zdravstvene skrbi za oboljele i njihove obitelji.

Zadatak uručen: 12.03.2020.

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



Zahvala

Zahvaljujem svojim roditeljima na pružanju podrške, razumijevanju i ohrabrenjima koje sam dobivala tijekom školovanja.

Zahvaljujem svim profesorima stručnog studija Sestrinstva na uloženom trudu i velikodušnom dijeljenju znanja i iskustava. Posebna zahvala mentorici Đurđici Grabovac dipl.med.techn., na savjetima i stručnoj pomoći tijekom izrade ovoga rada.

Sadržaj

1. UVOD	1
2. CILJ RADA	3
3. METODE RADA.....	4
4. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA DOJKE	5
5. KARCINOM DOJKE	7
6. PALIJATIVNA ZDRAVSTVENA NJEGA.....	10
6.1. Povijesni razvoj palijativne medicine	12
6.2. Organizacijski oblici palijativne skrbi	13
6.2.1. Hospicij.....	13
6.2.2. Palijativna kućna skrb	14
6.2.3. Palijativni dnevni centar.....	14
6.2.4. Ambulante/ savjetovališta za palijativnu skrb.....	15
6.2.5. Službe žalovanja	15
7. PROBLEMI S KOJIMA SU SUOČENI PALIJATIVNI PACIJENTI.....	16
7.1. Bol.....	16
7.2. Terminalna faza bolesti.....	17
7.3. Sindrom skore smrti.....	18
8. SESTRINSKE DIJAGNOZE KOD BOLESNICA OBOLJELIH OD KARCINOMA DOJKE	19
8.1. Kronična bol.....	19
8.2. Smanjeno podnošenje napora.....	21
8.3. Smanjena mogućnost brige za sebe - hranjenje	22
8.4. Smanjena mogućnost brige za sebe: odijevanje i dotjerivanje.....	23
8.5. Smanjena mogućnost brige za sebe: eliminacija.....	24
8.6. Visok rizik za dekubitus.....	24
8.7. Strah.....	25
8.8. Žalovanje.....	26
8.9. Socijalna izolacija	27
9. ZAKLJUČAK.....	29
10. LITERATURA	31
11. SAŽETAK	33
12. SUMMARY	34

1. UVOD

Epidemiološke i demografske promjene potaknute su intenzivnim i nezaustavljivim razvojem tehnologije i znanosti. Životni vijek postaje duži zbog sve uspješnijeg liječenja, dovodi do smanjenja obolijevanja osoba i umiranja od zaraznih bolesti, samim time preživljavanje stanovništva produžuje se i to je pozitivan pokazatelj utjecaja tehnologije i znanosti na čovjekov život. Iako se životni vijek produžio, s druge strane dolazi do pojave bolesti koje su svojstvene osobama starije životne dobi. Dolazi do kroničnih i drugih oboljenja, ali isto tako i do povećanja malignih bolesti koja zahvaćaju sva životna razdoblja, negativno i progresivno djeluju na funkcioniranje osobe s nepovoljnim ishodom na kvalitetu življenja. Jedna od neprocjenjivih i značajnih komponenti za produženje životnog vijeka ljudi je upravo suvremena tehnologija. Iako s jedne strane ima veliki značaj u liječenju, pojedini autori dijele mišljenje da je takav napredak uvelike poremetio smislenost života, kvalitetu komunikacije i privrženost između ljudi. Sudionici smo raznih inovacija u liječenju, dijagnostici, prevenciji, rehabilitaciji i zdravstvenoj njezi raznih bolesti. Naime, ne može se predvidjeti kako će se navedene prednosti odraziti u budućnosti. Iako je napredak zaslužan za velike uspjehe u liječenju određenih stanja i bolesti, još uvijek, stjecajem okolnosti, postoje bolesti kod kojih izlječenje ne postoji. U takvim okolnostima i preostalom životnom razdoblju izuzetno je potrebno osigurati adekvatnu kvalitetu života.

Palijativna skrb primjenjuje se u okolnostima kada za život opasna bolest dostigne stupanj da ih i bolesnik i bolesnikova obitelj jako teško podnose. Metode koje su bile primjenjivane nisu pokazale učinak. Multidisciplinarni i interdisciplinarni timski rad primjenjuje se u palijativnoj skrbi. U suradnji sudjeluju različiti profili stručnjaka: liječnik, medicinska sestra, fizioterapeut, psiholog, duhovnik i volonteri. Svaki pojedini član tako organiziranog tima, pridonosi u okviru svojih kompetencija na djelovanje tima. Od iznimnog je značaja da članovi multidisciplinarno pristupaju u palijativnoj skrbi, razmjenjuju vlastita iskustva vezana uz palijativnu zdravstvenu njegu.

Cilj palijativne skrbi za bolesnika i njegove članove obitelji, i svih koji sudjeluju u profesiji je olakšavanje boli i patnje bolesnika i njegove obitelji. Poštivanje autonomije i dostojanstva, život bolesnika i stvaranje ugone sastavni su dio kvalitetne palijativne skrbi. Medicinske sestre svoj rad temelje na načelima koja su svojstvena za palijativnu skrb o bolesnicima, a glase: uvažavanje

pacijenta kao subjekta, holistički pristup, usmjerenost na bolesnikove osnovne ljudske potrebe, komunikacija, emocionalni aspekti i empatija, postizanje samostalnosti i ono najvažnije, dostojanstveno umiranje. U stanjima kod kojih izlječenje nije moguće posebice do izražaja dolazi doprinos sestринства kao profesije. Sestrinstvo je uvelike važno kod nastojanja da se ublaži patnja i bol, pozitivni utjecaj na kvalitetu života bolesnika i pružanje potpore i podrške obitelji oboljelog, i najvažnije - održati dostojanstvo bolesnika tijekom procesa umiranja. Neizostavnu ulogu u skrbi za palijativnog pacijenta ima komunikacija i empatija. Kako bi vještine komunikacije bile na profesionalnoj razini potrebno ih je udružiti s empatijom, entuzijazmom i odgovornošću. Kontrola vlastitih negativnih emocija i sposobnost kontrole negativne percepcije kako bi bio osiguran društveno-profesionalni odnos vezan uz bolesnika i bolesnikovu obitelj (1).

Najnovije podatke o opterećenju rakom u EU-27 zemljama za 2020. godinu objavio je zajednički istraživački centar (engl. Joint Research Centre – JRC) Europske komisije. Podatci o incidenciji raka temelje se na procjeni iz populacijskih registara za rak, koji su okupljeni u Europskoj mreži registara za rak. Podacima o smrtnoj stopi koja je prisutna kod osoba koje su bolovale od malignog oboljenja, a čiji su podatci preuzeti iz baze umrlih osoba Svjetske zdravstvene organizacije (engl. WHO mortality database). Najčešće dijagnosticirana zloćudna bolest je rak dojke. Prema procjenama, u 2020. godini više od 355 000 žena u zemljama članicama Europske unije će se suočiti s dijagnozom oboljenja od karcinoma dojke. U odnosu na ostale karcinome, učestalost rak dojke je 13,3%. Mortalitet od karcinoma dojke kod žena u Hrvatskoj iznosi 32,8 %, dok je u zemljama članicama Europske unije taj postotak mortaliteta nešto veći (2).

2. CILJ RADA

Cilj ovog završnog rada je prikazati i objasniti palijativnu zdravstvenu njegu bolesnica oboljelih od karcinoma dojke.

3. METODE RADA

Prilikom pisanja rada proučavana je znanstvena i stručna literatura dostupna na hrvatskom i engleskom jeziku. Literatura koja se koristila u svrhu izrade rada dostupna je u knjižnicama na studijskim odjelima i na mrežnim stranicama poput Hrčka, Pub Med i sličnih. U pretrazi literature na mrežnim stranicama najčešće su pretraživani pojmovi „paliativna skrb“, „karcinom dojki“, „sestrinske dijagnoze“.

4. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA DOJKE

Apokrina žlijezda je dojka (lat. mamma). Dojka je parni i simetrični organ, nalazi se na prednjoj strani prsnog koša, a proteže se od drugog do sedmog rebra. Arterije i vene opskrbljuju dojke. Arterija koja je najvažnija za opskrbu dojke kreće od unutarnje prsne arterije (lat. a. thoracica interna), točnije od njenih perforantnih grana (lat. rr. perforantes). Najvažnija vena je aksilarna vena (lat. v. axillaris) nastavljajući se na potključnu venu (lat. v. subclavia). Tako se najvećim dijelom krv dojke slijeva u gornju šuplju venu (lat. v. cava inferior) (3). Iz dubine dojke limfnim žilama ide limfa dojke u limfni splet te poslije toga u paramamarne limfne čvorove (lat. nodi lymphoidei paramammarii). U aksilarne limfne čvorove (lat. nodi lymphoidei axillares) proteže se najveći dio limfe, gdje se limfa dalje slijeva u Rotterove čvorove, odnosno u grupaciju čvorova između velikoga i maloga prsnog koša (lat. nodi interpectores). Niz trbušnu stijenu ili u drugu dojku može ići limfa iz dojke. Živci koji se prostiru od drugog do šestog međurebrenog prostora (lat. r. cutanes lateralis et anterior pectoralis n. intercostalis) podražuju dojku, a imaju parasimpatička i osjetilna vlakna koja su zaslužna za opskrbu kože, krvnih žila, bradavica i mliječnih žlijezda. Korijen dojke (radix mammae) smješten je ispod drugog rebra te se prostire u trup (corpus mammae) (4). Koža kojom je obložena dojka u donjem dijelu prelazi u kožu prsnog koša i čini oštar prijevoj. Kod žena u pubertetu razvoj dojki je povezan sa sekundarnim razvojem spolnih oznaka. Hormoni, faza menstrualnog ciklusa i trudnoća utječu na strukturu i funkcije dojke pa se one tijekom života mijenjaju (3).

Tijelo dojke (corpus mammae) je glavni dio dojke sastavljen od 15 do 20 žljezdanih režnjeva. Režnjevi su međusobno odvojeni masnim tkivom i gustim vezivnim tkivom. Vezivno tkivo sadržava podržne ligamente (lat. ligg. suspensoria mammaria). Oni služe za vezivanje dojke uz mišićnu fasciju i kožu koja je smještena s njene vanjske strane. Veliki i mali prsni mišić čine mišićnu podlogu dojke. Brazda (lat. sulcus intermammarius) se nalazi u sternalnoj regiji, između dviju dojki. Bradavica (lat. papilla mammae) se nalazi na prednjoj strani dojke, služi za otvaranje odvodnih kanala dojke. Pigmentirano područje koje ne sadrži masno tkivo nalazi se oko bradavice, a povećava se i postaje tamnije tijekom trudnoće (4).

Žljezdane alveole koje proizvode mlijeko izgrađuju žljezdano tkivo. Iz alveola mlijeko se prenosi u mliječne vodove (lat. ductus lactiferus) koji se otvaraju u području bradavice prema van.

Utjecaj hormona i faktora rasta, među kojima su najbitniji estrogen i progesteron iz jajnika, prate daljnji razvoj. U stimulaciji rasta tkiva i stanica dojke ulogu ima estrogen, dok progesteron ima utjecaj na dijeljenje i povećanje žljezdanih stanica. Glukokortikoidi, prolaktin, hormon rasta i inzulin važni su za rast sustava kanalića. Kako reproduksijsko razdoblje žene odmiče, događaju se dinamične promjene u izlučivanju spolnih hormona. Stanice prolaze kroz faze rasta pa sve do samog propadanja, odnosno do modifikacije u veličini i znatosti dojke. Za gubljenje žljezdanog tkiva i vode odgovoran je pad koncentracije hormona koji utječe na smanjivanje proliferacije stanica. Klinički pregled i uočavanje patoloških promjena na dojci najbolje je provjeriti pet do sedam dana nakon menstruacije iz razloga što je tada dojka minimalnog volumena (5).

5. KARCINOM DOJKE

Jedna od najčešćih malignih bolesti žena je karcinom dojke, a učestalost pojave karcinoma dojke iz dana u dan se povećava. Karcinom dojke može se otkriti u relativno ranom stadiju, kad karcinom također ne mora biti još niti opipljiv. Tada su mogućnosti za dobar ishod liječenja velike. Kako bi se karcinom dojke otkrio na vrijeme, potrebno je redovito provoditi preglede i redovito odlaziti na mamografsko snimanje dojki. Pregled dojke je najbolje napraviti nakon završetka menstruacije jer je po završetku menstruacije dojka najmanjeg volumena i lako su opipljive promjene koje se zbivaju na dojci. Kod žena s visokim rizikom obolijevanja praćenja koja su provedena kroz više godina pokazala su racionalnost pri organiziranome otkrivanju karcinoma dojke. Karcinom dojke može nastati u različitoj životnoj dobi. Najveća učestalost nastanka karcinoma dojke u žena je kada nastupi menopauza, a najmanja tijekom mlađe životne dobi. Dva gena koja se dovode u direktnu vezu s karcinomom dojke su BRCA-1 i BRCA-2 (Breast Cancer 1 i Breast Cancer 2) (4,5). Uz karcinom dojke vežu se još dva gena: p53 i PTEN, odnosno onkogen Ha-ras i geni estrogenskih receptora (6).

Više čimbenika pogoduje nastanku raka dojke od kojih su najčešći: pozitivna obiteljska anamneza - žene koje imaju pozitivnu obiteljsku anamnezu imaju osam puta veći rizik za nastanak karcinoma dojke. Dob žene također ima vrlo važnu ulogu, odnosno, žene starije životne dobi imaju veći rizik za nastanak karcinoma dojke. Nerotkinje su isto tako izložene većem riziku, kao i žene koje su starije životne dobi pri prvom porođaju. Rana menarha i kasna menopauza pogoduju nastanku karcinoma dojke, kao i terapija zračenjem (3).

Pozitivna obiteljska anamneza za ženu znači veći rizik od nastanka karcinoma dojke. Relativan rizik za nastanak raka dojke kod žena čije su majke imale karcinom dojke bude 8 puta veći u odnosu na žene koje nemaju pozitivnu obiteljsku anamnezu. Dijagnostika raka dojke kod žena s pozitivnom obiteljskom anamnezom u većini slučajeva otkriva se već u ranijoj životnoj dobi, a karcinom većinom obuhvaća obje dojke. Izravnu poveznicu s nastankom nekih od karcinoma dojke vezanih uz obiteljsku anamnezu imaju dva gena, BRCA1 i BRCA2 (breast cancer gen 1 i 2). Puno veću vjerojatnost od oboljenja imaju žene kod kojih je prisutna mutacija jednoga ili oba gena. Žene kod kojih nije prisutna mutacija gena imaju 10% rizik za nastanak karcinoma dojke tijekom svojega života. Kod mutacije gena, rizik za nastanak oboljenja povećava

se s 10% na 90% što uvelike govori o tome koliko su direktno povezani geni BRCA 1 i BRCA 2 sa samim obolijevanjem od karcinoma dojke (4).

Starija životna dob jedan je od najčešćih rizika za nastanak karcinoma dojke. Karcinom dojke rijetko se javlja u žena mlađe životne dobi, odnosno žena od 20 godina, dok u žena koje su starije dobi, iznad 80 godina starosti, obolijevanje uzima zamah. Obolijevanje žena iznad 80 godina znatno je u usponu. Statistički gledano, pokazalo se da 200-300 žena na 100 000 osoba oboli od karcinoma dojke, dakle prisutna je vrlo visoka stopa obolijevanja. Također, žene od 35 do 40 godina su u povećanom riziku za nastanak karcinoma dojke. U toj dobi je zamijećena incidencija raka dojke, a nakon 40 godina rizik i učestalost nastanka karcinoma dojke se povećava i raste (3).

Za razliku od žena koje su rađale djecu, nerotkinje imaju čak četiri puta veći rizik za obolijevanje od karcinoma dojke (4).

Manju vjerojatnost za obolijevanje od karcinoma dojke imaju žene koje su prvi puta rađale u mlađoj životnoj dobi, odnosno između 20. i 25. godine života. Žene koje su prvi puta rodile između svoje 30. i 35. godine, zbog svoje dobi, imaju četiri puta veći rizik za obolijevanje od karcinoma dojke. Na temelju toga možemo zaključiti da trudnoća i porođaj u mlađoj životnoj dobi smanjuju vjerojatnost nastanka oboljenja. Veliku ulogu ima broj porođaja; što je broj porođaja veći, to se rizik za nastanak karcinoma smanjuje. Najbitniju ulogu ima dob u kojoj žena postaje prvorotka (3).

Povećan rizik za nastanak raka dojke imaju žene koje ulaze kasno u menopauzu, a rano dobivaju menarhu. Tada se rizik povećava za dva do tri puta. Koliko je važna dob nastupa menopauze i menarhe, toliko je važna i dob kada žena postaje prvorotka. Broj porođaja je također važan jer su svi navedeni faktori povezani s patofiziološkim utjecajem djelovanja estrogena na ženin organizam. Veća vjerojatnost nastanka i razvoja karcinoma dojke nastupa s većom izloženošću organizma estrogenu, odnosno, žene koje su duže izložene prisustvu estrogena imaju veći rizik za nastanak karcinoma dojke. Smanjenju rizika od nastanka karcinoma dojke pogoduje rana menopauza, kasnije dobivena menarha i prva trudnoća u mlađoj životnoj dobi (3).

Rizik od nastanka raka dojke povećava se s ordiniranjem dijagnostičkog ili terapijskog ionizirajućeg zračenja. Provođenje takvih postupka kod žena koje su mlađe od 40 godina povećava

rizik za nastanak i razvoj karcinoma. Isto tako, što je dob žene veća, rizik postaje sve veći. Vrlo bitnu ulogu ima i doza zračenja kojoj je žena izložena (4).

Kada se govori o hormonskoj terapiji koja se koristi tijekom životne dobi iznad 25 godina starosti žene, tada je dokazano da nema poveznice između karcinoma dojke i uzimanja oralnih kontraceptiva. No, kada govorimo o ženama mlađe životne dobi do 25 godina starosti, uzročno posljedična veza između korištenja oralnih kontraceptiva i karcinoma dojke postoji. Žene koje su mlađe životne dobi i koje su koristile kontraceptive u trajanju od četiri godine i više, imaju povećanu vjerojatnost od nastanka bolesti i to za 84% (6).

6. PALIJATIVNA ZDRAVSTVENA NJEGA

Palijativna medicina je jedna od novijih grana moderne humanističke medicine. Godine 1987. definicija palijativne medicine prihvaćena je u Velikoj Britaniji, navodeći da je to medicinska skrb o bolesnicima koji boluju od aktivne i uznapredovale bolesti. Kao takva se izdvaja u zasebnu medicinsku specijalnost. Kojoj je cilj primjenjivanje sve potrebne raspoložive medicinske brige koja će biti pružana oboljelima, čija je prognoza bolesti takve naravi da se ne može predvidjeti ishod mogućih događaja i u konačnici bude nepovoljna i pogubna za bolesnika (7).

Palijativnom medicinom smatramo skrb koju zdravstveni radnici pružaju kako bi se pacijentu smanjile patnje i omogućila kvaliteta življenja na koju svaki čovjek ima pravo. Skrb je usmjerena na kontrolu boli koja je jedna od najvažnijih stavki. Isto tako, skrb mora biti usmjerena i na probleme duhovne, društvene i psihološke naravi kao i na sve ostale simptome koji su prisutni kod bolesnika te sveobuhvatno praćenje bolesnika koji boluje od teške bolesti koja je u odmakloj fazi. Palijativna skrb je zasebno područje koje obuhvaća sve bolesnike koji imaju progresivnu bolest opasnu po njihov život. Sinonimi koje možemo pronaći za palijativnu skrb su: skrb na kraju života, gdje je evidentno po samom imenu da se radi o jako zloćudnoj i progresivnoj bolesti. Također, za vrijeme palijativne skrbi bolesnik, obitelj i svi zdravstveni radnici su svjesni da s progresijom bolesti utječe na život oboljelog i ograničava njegovo trajanje. Kraj života može se shvatiti kao jedan kraći period u kojem će bolest toliko jako napredovati da više neće biti mogućnosti za življenje. To razdoblje može se smatrati jednim kraćim periodom koji je neodgodiv i neminovan za takvu vrstu oboljenja. Smatra se da kraj života bolesnicima, ovisno o dijagnozi, dolazi unutar jedne do dvije godine i to je period do kojega im se predviđa da će poživjeti. Isto tako, skrbi na kraju života u užem smislu se smatra briga o bolesniku kojemu je preostalo jako malo vremena života (zadnjih 48 ili 72 sata). Radi se o bolesnikovim posljednjim trenucima života. Stoga, trajala skrb na kraju života nekoliko sati ili nekoliko dana, važno je da bude kvalitetno pružena, s puno empatije koja je neizostavan dio skrbi za pacijenta s takvim ishodom bolesti. S palijativnim liječenjem se započinje onda kada su se sve klasične metode liječenja pokazale bezuspješnima ili kada je bolest malignog podrijetla toliko napredovala i uzela zamah da se osoba

koja boluje od takve bolesti više ne može nositi s njom, odnosno bolest je dosegla svoj vrhunac (8).

U poboljšanju kvalitete života oboljelog pomaže nam medicinska procedura koja će bolesniku omogućiti da i na kraju svojega života dostojanstveno i, koliko je to moguće, kvalitetno živi. Zahvati koji se rade kod pacijenta pogoduju, kontroliraju i reduciraju simptome bolesti kako bi se simptomi i daljnja događanja vezana za bolest smanjila. Zahvati se izvode za kontrolu simptoma i to im je primarno, više nego sama kontrola medicinske patologije. Pravilan način skrbi i liječenje palijativnog bolesnika temelji se na osiguravanju bolesniku najboljeg postojećeg načina kontrole boli te integrativne skrbi. Jedan od glavnih preduvjeta da bi skrb bila adekvatna je pristup svakom čovjeku kao jedinstvenom ljudskom biću i uvažavanje čovjeka kao individue, kako bi se na najprikladniji način zadovoljile njegove potrebe za palijativnim liječenjem (7).

Potrebe bolesnika koji je suočen sa završetkom života i potrebe bolesnikove obitelji su individualne, a istovremeno kompleksne.

Glavne domene potreba bolesnika na kraju života:

- fizičke
- emocionalne
- socijalne
- duhovne

Skrb za palijativnog pacijenta treba se temeljiti na individualiziranom postupanju prema svakom bolesniku i njegovom osobnom izboru. Kako bi to bilo ostvarivo, palijativnu skrb čine multiprofesionalni timovi stručnjaka i volontera. Cilj tako formiranog pristupa prema palijativnom bolesniku temelji se na načelima da osoba na kraju života nema prisustvo boli i da zadrži svoje pravo na dostojanstvo. Naglom smrću umre samo 10% ljudi. Ti nam podaci govore da bi palijativnu skrb trebalo primijeniti na ostalih 90% ljudi. Od časa postavljanja dijagnoze zloćudne bolesti, palijativna skrb i njezine stručne postavke nalažu da se ona primjenjuje paralelno s kurativnom skrbi (9).

6.1. Povijesni razvoj palijativne medicine

Nastanak hospicija je povezan s povijesnim razvojem palijativne skrbi koja se počela razvijati još u Srednjem vijeku. Još u dalekoj prošlosti, točnije u 11. stoljeću, navodi se da su prve hospicije osnovali križari. Hospiciji su bili mjesta gdje se je skrbilo o bolesnima i zdravima, putnicima koji su dolazili ili su bili na polasku za Svetu Zemlju, skrbilo se i za umiruće bolesnike. U Hrvatskoj su u Srednjem vijeku također postojali hospiciji. Francuski svećenik St. Vincent de Paul u 17. stoljeću u Parizu otvorio je kuće za bolesne, umiruće i siromašne te osnovao Sestre Milosrdnice. Godine 1842. u Lyonu (Francuska) osnivač Madame Jeanne Garnier po prvi puta mjesto za terminalno oboljele bolesnike opisuje riječju „hospicij“. Hospiciji se počinju osnivati kao ustanove u kojima se očekuje kraj života već u devetnaestom i početkom dvadesetog stoljeća. U Londonu (Engleska) u to vrijeme postoje jedni od poznatijih hospicija, kao što su Hospicij svetog Josipa i Hospicij svetog Trojstva. Pretečom modernog hospicija smatra se Hospicij svetog Franje koji je djelovao u Hrvatskoj, u gradu Rijeci, 1917. godine.

Dame Cicely Saunders zaslužna je za osnivanje suvremenog hospicijskog pokreta. Tijekom svojeg rada kao medicinska sestra, liječnica i socijalna radnica, odgovorila je na do tada nepoznata pitanja kada su u pitanju umirući bolesnici. Dame Cicely Saunders prepoznala je do tada nezamjetne potrebe umirućih bolesnika i obitelji umirućih. Isto tako je prepoznala specifične potrebe bolesnika kao jedinstvenog ljudskog bića i svakog je bolesnika gledala kao jedinku, primjenjujući individualiziran pristup. Već tada je bila svjesna da svaki čovjek drugačije podnosi određeno stanje i bolest te reagira i procesuiru informacije i događaje na drugačiji, sebi svojstven način, isto kao i obitelj koja je uz bolesnika. Godine 1967. otvorila je Hospicij Sv. Kristofera (St. Christopher's Hospice) u Londonu. To je bio prva istraživačka i moderna nastavna hospicijska jedinica.

Nakon što je 1975. Godine Balfour Mount otkrio da se dogodila zbrka između pojmova kada je pokušavao pronaći primjeren i odgovarajući naziv za stacionarnu jedinicu, uvodi se po prvi puta izraz palijativna skrb. U francuskom govornom području se naziv „hospicij“ koristio u drugačijem smislu, odnosno kontekstu riječi. Bez obzira na razlike u terminologiji i nacionalnom pristupu palijativnoj medicini, u današnje vrijeme izdvaja se niz zajedničkih interesa i vrijednosti koje su korištene i priznate, kako u hospicijskom rukovođenju, tako i kod brige za umiruće,

odnosno, palijativnoj skrbi. Nevezano za govorna područja i razlike među nacijama, neosporivo je i priznato da se palijativna skrb temelji na bolesnikovom dostojanstvu i autonomiji, potrebi za individualističkim pristupanjem tijekom planiranja i donošenja odluka vezano za bolesnika te holistički pristup svakom bolesniku (10).

6.2. Organizacijski oblici palijativne skrbi

Palijativni organizacijski oblici zdravstvene skrbi razvijali su se sukladno potrebama koje su bile važne za terminalno oboljele bolesnike. Razvijanje organizacijskog oblika skrbi temeljeno je na načinu skrbi koji je potreban da ispuni zahtjeve oboljelih osoba. Realizacija željenih aktivnosti i dobivanje usluga različitog tipa odnoseći se na istovremeno oslobađanje osobe koja skrbi za bolesnika služe hospicijski dnevni boravci s ciljem resocijalizacije osoba s kroničnim oboljenjem i izoliranih te najvažnije mogućnost potrebnih medicinskih kontrola. Zasebno, uz samu onkološku jedinicu, u većim bolnicama postoje manji palijativni odsjeci. Sa specijalističkim bolnicama i dnevnim boravkom usko su povezane ambulante/savjetovališta za palijativnu skrb. One primaju ambulantne bolesnike, posebice kada se radi o boli koja je prisutna kod bolesnika, a surađuju i sa službama žalovanja koje su ambulantne jedinice, dajući odgovarajuću podršku i potporu obitelji oboljelog, psihosocijalnu potporu za vrijeme kada je bolesnik živ. Podrška i potpora je neophodna, posebice nakon bolesnikove smrti. Sukladno navedenim zahtjevima postoje različiti organizacijski oblici zdravstvene skrbi (8).

6.2.1. Hospicij

Niz sustava u pružanju skrbi za palijativne bolesnike omogućava moderna zdravstvena ustanova koja se naziva hospicij. Palijativna skrb koja se pruža u hospicijima usmjerena je na bolesnika, no kada bolesnik umre, potrebno je nastaviti pružati potporu obitelji koja je potresena gubitkom i u fazi je žalovanja. Uz hospicij se vežu mnogi sinonimi kao što je gostoljubivost zato što su u dalekoj prošlosti siromašni, bolesni, putnici i mnogi drugi, izmoreni od putovanja, tu nalazili utočište i smještaj. Primali adekvatnu medicinsku skrb, u slučaju da im je bila potrebna.

Godine 1990. Zbog sve veće profesionalne i javne brige i zabrinutosti, uključuje se Svjetska zdravstvena organizacija (SZO), s ciljem poboljšanja kvalitete usmjerene na kontrolu boli. Posebice je naglasak bio poboljšanje kvalitete kontrole boli kod palijativnih pacijenata koji se nalaze u terminalnom stadiju bolesti, odnosno oboljele od malignih procesa, karcinoma. Vodeći se tim razmišljanjem i realizacijom što kvalitetnijeg pristupa u smanjenju boli, Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) donosi izvješće koje glasi: Olakšavanje boli uzrokovane rakom i palijativna skrb (Cancer Pain Relief and Palliative Care) (7).

6.2.2. Palijativna kućna skrb

Jedna od najčešće poželjnih je kućna palijativna skrb jer realizira interdisciplinarni hospicijski tim i u suradnji je s timovima iz primarne zdravstvene zaštite. Nažalost, u puno slučajeva ona nije moguća iz razloga poput nedostatka osobe u kući koja bi se brinula o bolesniku ili je simptomatologija bolesti oboljeloga preteška da bi osoba to mogla obavljati u kućnoj skrbi. U tim slučajevima bolesnika je potrebno zbrinuti u hospicij, gdje će bolesnik boraviti do oporavka i/ili ako je bolesnik u terminalnom stadiju bolesti, do njegove smrti (8).

6.2.3. Palijativni dnevni centar

Organiziraju se najčešće uz hospicij te se uz njih može nalaziti i jedinica koja pruža potporu tijekom žalovanja, a također su organizirani uz centre gerijatrijskih ili hospicijskih timova. Za organiziranje zadataka zaduženi su profesionalci, dok su za izvršenje istih zaduženi volonteri. Medicinska sestra ima vrlo bitnu ulogu u palijativnim dnevnim centrima jer pruža medicinsku pomoć koja je potrebna, vezano za propisanu terapiju i djeluje na bolesnika tako što mu omogućuje podršku koja je isto tako bitna. Također, medicinska sestra procjenjuje kakvo je trenutno stanje bolesnika, a vrlo bitnu ulogu ima i edukacija bolesnika i njegove obitelji o pravilnom provođenju osobne higijene, kao i tretman zbrinjavanja rana, kontrola vrijednosti krvnog tlaka, kontrola glukoze u krvi, kao i sama edukacija o uporabi pomoćnih pomagala, pružanje psihosocijalne pomoći i drugo (7).

6.2.4. Ambulante/ savjetovališta za palijativnu skrb

Usko surađuju s dnevnim hospicijskim boravkom i specijalističkim bolnicama i primaju ambulantne bolesnike, posebno kada je riječ o boli kod bolesnika kojemu je potrebna palijativna skrb. Ambulante/savjetovališta posebno su usmjerene na kontrolu i kvalitetnije provođenje u svrhu smanjenja i otklanjanja boli kod bolesnika koji boluje od neizlječive bolesti (8).

6.2.5. Službe žalovanja

Ambulantne jedinice koje se nazivaju službe žalovanja surađuju s ambulantama/savjetovalištimama i omogućuju bolesniku psihosocijalnu potporu i podršku. Isto tako pružaju potporu i obitelji oboljelog ili njegovateljima tijekom bolesnikova života, a potpora se nastavlja nakon bolesnikove smrti. Ovisno o potrebi, potpora obitelji/njegovatelju može trajati i duže vrijeme (8).

7. PROBLEMI S KOJIMA SU SUOČENI PALIJATIVNI PACIJENTI

Palijativna medicina djeluje na način da omogući bolesniku razrješenje patnje i boli koja je prisutna kod bolesnika koji boluje od teške bolesti. Palijativna medicina ne može izliječiti osobu, već se ta grana medicine bavi bolesnicima u terminalnom stadiju bolesti u kojem prognoza, tijek i ishod same bolesti nije dobar za bolesnika. Palijativna medicina usmjerena je na skrb o bolesniku koji boluje od neizlječive bolesti, odnosno umirućem bolesniku. Kao takva ima poseban fokus na ublažavanje boli i patnje, čuvanje autonomije bolesnika i pogled na bolesnika kao jedinstvenu ljudsku jedinku kojemu je od presudne važnosti da se njegovo dostojanstvo i čovjek kao jedinka poštuje (11).

7.1. Bol

Individualno, multifaktorsko iskustvo je bol. Kao posljedica oštećenja tkiva može nastati bol, ali isto tako se bol može pojaviti a da za nju nema jasnog uzroka koji joj je doprinio (11). Kod pojave metastaza karcinoma se najčešće po prvi puta pojavljuje bol. U većini slučajeva bol se pojavljuje s različitim intenzitetom i učestalošću, a 25-50% bolesnika ima prisutnu bol prilikom dijagnoze. Njih trećina ima prisustvo boli koji su usko povezani sa samim liječenjem bolesti, a 75% ukupno oboljelih osoba kod kojih je bolest napredovala imaju izrazito prisustvo boli. Različite vrste liječenja, od kirurškog zahvata i drugih invazivnih zahvata, zatim kemoterapija i zračenje mogu prouzrokovati nastanku boli. Onkološki bolesnici tijekom liječenja zahtijevaju vrlo oprezan i individualizirani pristup što se tiče procjene zračenja, čimbenika koji izazivaju jakost, lokalizaciju i pojavu boli. Kada se uzmu u obzir svi čimbenici koji pogoduju nastanku boli, ona se može umanjiti za 95% (4,9). Jednostavnu definiciju boli dao je 1968. godine McCaffery koji navodi da je bol sve ono što osoba kaže da je i kada god osoba kaže da postoji (12).

Bol možemo podijeliti na neuropatsku, nociceptivnu i inflamatornu, ovisno o patofiziološkom nastanku boli. Sva tri mehanizma nastanka boli objedinjuje karcinomska bol. Bez istodobnog podraživanja nociceptora, kao posljedica oštećenja središnjeg ili perifernog živčanog sustava, nastaje neuropatska bol. Podraživanjem nociceptora, odnosno slobodnih završetaka koji

imaju ulogu predstavljanja perifernih receptora za bol, nastaje nociceptivna bol. Upalom oštećenog ili zahvaćenog tkiva nastaje inflamatorna bol (13).

7.2. Terminalna faza bolesti

Kada liječenje bolesnika više ne može doprinijeti u poboljšanju rezultata i stanje bolesnika je takvo da nema više načina da mu se putem liječenja omogući poboljšanje zdravstvenog ishoda, odnosno liječenje ne donosi nikakav rezultat, nastupa terminalna faza bolesti. Tada se više ne primjenjuje specifično liječenje, već se preusmjerava na simptomatsko liječenje oboljelog. Često upotrebljavan naziv za bolesnike koji boluju od malignog oboljenja i koji su u toj fazi je „terminalan bolesnik“, što se ne bi smjelo koristiti jer tako nagovještamo da ne postoji nada za življenjem baš ni u kojem postotku, dok smo i sami svjedoci da se mnoge stvari mogu dogoditi i odigrati u nekome smjeru koji ne možemo predvidjeti. Nazivanjem bolesnika tim nazivom, gasimo mu i tu posljednju nadu da će se nešto promijeniti. Isto tako, sami bolesnici teško prihvaćaju da „lijek“ koji je do tada budio nadu u poboljšanje njihovog stanja, zapravo nije dao nikakve pozitivne rezultate i kako ne postoji način da im se pomogne u smislu poboljšanja zdravstvenog stanja i konačnog ozdravljenja. Stoga je potrebno podupirati bolesnika kako bi bio svjestan da se i u vrlo teškim stanjima nešto može učiniti i da nikada ne izgubi nadu te se nastavi boriti za vlastiti život.

Vrlo teški bolesnici uz primjerenu njegu mogu se oporaviti barem privremeno, što može rezultirati kvalitetnijim življenjem u trajanju od više dana, tjedana pa i duže. Sve ovisi koliko je taj privremeni oporavak doprinio organizmu da se koliko toliko ojača snagom kako bi bolesnik što duže na takav način funkcionirao. To nam govore iskustva koja su stečena tijekom prakse.

Svaki bolesnik je individua za sebe, jedinstven. Kada se radi o prognozi bolesnika koji boluju od maligne bolesti, prognoza ne može biti mjerilo kojega se treba strogo držati. Ona se može procijeniti iz dotadašnjih iskustava na temelju drugih slučajeva, no nikada se ne smije zaboraviti da je svaki čovjek jedinstven sam za sebe i da će većina ljudi drugačije podnijeti određenu bolest i oboljenje (14).

7.3. Sindrom skore smrti

U danima prije smrti, kroz sličan obrazac znakova i simptoma prolazi veliki dio umirućih bolesnika. Kako bi se pružile adekvatne intervencije, potrebno je i ključno prepoznavanje putanje umiranja, kako za bolesnika tako i za bolesnikovu obitelj. Putanja, odnosno proces koji se odvija, često se naziva “skora smrt” i/ili “aktivno umiranje”. Faze sindroma skore smrti su rana, srednja i kasna faza.

U ranoj fazi prisutna je nepokretnost, gubitak interesa i/ili sposobnosti za pijenje i/ili jedenje, i kognitivne promjene (previše sna i/ili delirij).

Srednja faza donosi progredirajući pad mentalnog statusa do pospanosti (na podražaj sporije buđenje, vrlo kratak period budnosti), prisutan je i smrtni hropac (oralni sekreti koji se nakupljaju, a pacijent ih nije u stanju samostalno očistiti, gubitak refleksa gutanja).

Kasna odmakla faza uključuje komatozno stanje, febrilitet (obično nastaje uslijed aspiracijske pneumonije), obrazac disanja – promijenjen (odsustvo disanja tijekom sna, više puta/ kroz određeni vremenski period - apneja, povećanje respiracijskog volumena – hiperpneja i nepravilno disanje) i marmorizirani ekstremiteti.

Vremenski tijek prolaska kroz faze sindroma skore smrti, bilo da se radi o ranoj srednjoj ili kasnoj fazi, uvelike određuje koliko će vremena proći do bolesnikove smrti. Ovisno u kakvom je bolesnik nutritivnom statusu, kahektični bolesnici i bolesnici kod kojih je zloćudna bolest učinila svoje imaju kraći vremenski period za život, u kojih smrt može nastupiti i unutar 24 sata, dok bolesnici koji su boljeg nutritivnog stanja mogu živjeti i dulje od 14 dana (9).

8. SESTRINSKE DIJAGNOZE KOD BOLESNICA OBOLJELIH OD KARCINOMA DOJKE

Klasifikacija sestrinskih dijagnoza i stručna literatura uvjeti su za kvalitetno pružanje zdravstvene njege. Procjenjivanje potreba umirućih bolesnika rade medicinske sestre. Prilagođavaju intervencije i utvrđuju probleme, kako bi se poboljšao stupanj zdravstvene skrbi (15). Kod bolesnica koje boluju od karcinoma dojke često je prisutan umor. To je najčešći simptom koji opterećuje bolesnike s zloćudnom bolešću. Karakterizira ga osjećaj slabosti, manjak energije, iscrpljenost i potreba za odmorom. Negativan utjecaj na kvalitetu života bolesnica imaju simptomi koji su prisutni kod malignog oboljenja a odnose se na mučninu, depresiju i bol. Mučnina se javlja kao neželjena posljedica koja je prisutna kod liječenja pacijentica oboljelih od karcinoma dojke. Povišena razina anksioznosti i depresije, utječe na bolesnikove sposobnosti pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti, uključujući brigu o sebi. Također, javlja se kaheksija koju karakterizira gubitak mišićnog i masnog tkiva. Kaheksija dovodi do gubitka tjelesne mase, poremećaja funkcija i kraćeg životnog vijeka bolesnica. Tumorska kaheksija očituje se u oko 50% bolesnika koji imaju maligno oboljenje. Smanjen unos hranjivih tvari, katabolizam proteina i mnoge metaboličke promjene uzroci su nastanka kaheksije. Prisutni simptomi negativno se očituju na ishod liječenja i smanjuju preživljavanje bolesnica (16).

U zbrinjavanju palijativnog bolesnika koji boluje od karcinoma dojke, neke od sestrinskih dijagnoza su:

8.1. Kronična bol

Usporeni osjetilni ili neugodan nagli afektivni doživljaj koji proistječe iz stvarnih ili možebitnih oštećenja tkiva, bez predvidljivog ili očekivanog završetka, u trajanju koje je duže od 6 mjeseci.

Rizični čimbenici:

- maligna oboljenja
- bolest organskih sustava
- bolest lokomotornog sustava
- nepravilan položaj
- neaktivnost
- pritisak na pojedine dijelove tijela
- mehaničke ozljede
- toplinske ozljede
- kemijske ozljede

Vodeća obilježja:

- izjava pacijenta o prisustvu, lokalizaciji, intenzitetu i vremenskom trajanju boli koji je duži od šest mjeseci
- promjene koje su prisutne u tjelesnoj težini
- iskazivanje zaštitničkog ponašanja; verbalno ili neverbalno
- iritabilnost
- nemir
- depresija
- atrofija mišića
- promijenjen obrazac spavanja
- umor
- strah od ozljede
- smanjen socijalni kontakt
- smanjena mogućnost obavljanja ranijih aktivnosti
- anoreksija
- nesаница
- ljutnja (17).

8.2. Smanjeno podnošenje napora

Stanje pri kojemu je prisutan umor ili nemoć, nelagoda koja se očituje prilikom izvođenja svakidašnjih aktivnosti.

Rizični čimbenici:

- medicinske dijagnoze (respiratorne, kardiovaskularne, psihoorganske i endokrinološke bolesti, bolesti hematopoetskog sustava, bolesti zglobova i mišića te živčanog sustava)
- starija životna dob
- prisustvo boli
- poremećaj svijesti
- dugotrajno mirovanje
- korištenje lijekova
- pretilost
- pothranjenost
- pomanjkanje motivacije
- poremećaj spavanja

Vodeća obilježja:

- pacijent izražava prisustvo nelagode, umora i boli
- fiziološke sposobnosti su smanjene i nedostatne za izvođenje željenih ili potrebnih aktivnosti
- kardiovaskularne reakcije vezane uz napor - vrtoglavica, slabost, cijanoza, srčana aritmija, palpitacije, tahikardija, bradikardija, poremećaj krvnog tlaka i ishemijske promjene na EKG-u (elektrokardiograf)
- respiratorne reakcije vezane uz napor (cijanoza, dispneja, bradipneja, tahipneja, pad saturacije u krvi – prisutne promjene u acidobaznom statusu)
- reakcije potaknute emocijama (tjeskoba, strah da će mu aktivnost naštetiti) (18).

8.3. Smanjena mogućnost brige za sebe - hranjenje

Stanje potpune nemogućnosti ili smanjene sposobnosti u kojem osoba nije u stanju samostalno uzimati hranu i tekućinu.

Rizični čimbenici:

- senzorni, kognitivni i motorni deficit
- pacijentova dob
- traume i bolesti lokomotornog sustava (frakture, pareze, hemipareze, kontrakture, amputacije ekstremiteta...)
- neurološke bolesti (cerebrovaskularni inzult, demencija..)
- dijagnostičko terapijski postupci (trajna infuzija, primjena kisika, intravenozna terapija, nazogastrična sonda, mehanička ventilacija...)
- psihičke bolesti
- bol
- poremećaj svijesti (kvalitativni, kvantitativni)
- smanjeno podnošenje napora
- okolinski činitelji

Vodeća obilježja:

- nemogućnost u samostalnom pripremanju hrane
- nemogućnost samostalnog otvaranja posude s hranom ili rezanja hrane
- nemogućnost prinošenja hrane ustima
- nemogućnost samostalnog žvakanja i gutanja hrane
- samostalno rukovanje priborom za jelo i korištenje pomagala pri uzimanju hrane nije moguće
- konzumacija cjelovitog obroka nije moguća
- nemogućnost da se na socijalno prihvatljiv način uzima hrana
- nemogućnost samostalnog prinošenja ustima žlice ili čaše (18).

8.4. Smanjena mogućnost brige za sebe: odijevanje i dotjerivanje

Osoba u ovome stanju pokazuje potpunu nemoć ili smanjenu sposobnost izvođenja cjelokupnog odijevanja i brige o izgledu.

Rizični čimbenici:

- smanjeno podnošenje napora
- dob pacijenta
- prisustvo boli
- okolinski činitelji (nemogućnost u osiguravanju privatnosti, neadekvatnost prostora)
- poremećaj svijesti
- kognitivni, senzorni i motorni deficit
- neurološke i psihičke bolesti i prisutnost bolesti i trauma lokomotornog sustava
- ordinirano mirovanje
- dijagnostičko terapijski postupci

Vodeća obilježja:

- nemogućnost pri samostalnom odijevanju i svlačenju odjeće
- smanjena sposobnost samostalnog odabira i zakopčavanja odjeće
- samostalno odijevanje / svlačenje odjeće s gornjeg dijela tijela nije moguće
- nemogućnost odijevanja / svlačenja odjeće s donjeg dijela tijela
- smanjena sposobnost samostalnog dotjerivanja
- nemogućnost samostalnog odijevanja čarapa i cipela (18).

8.5. Smanjena mogućnost brige za sebe: eliminacija

Stanje pri kojemu je eliminacija urina i stolice potpuno onemogućena ili je smanjena mogućnost obavljanja eliminacije samostalno.

Rizični čimbenici:

- dob pacijenta
- kvalitativni i kvantitativni poremećaj svijesti
- senzorni, kognitivni i motorni deficit
- bol
- ordinirano mirovanje
- neurološke bolesti i bolesti lokomotornog sustava te traume
- dijagnostičko terapijski postupci
- okolinski činitelji

Vodeća obilježja:

- samostalni odlazak / povratak do sani kolica ili toaleta je onemogućen
- nemogućnost samostalnog ustajanja ili sjedanja s toaleta ili sani kolica
- nemogućnost samostalnog premještaja na sani kolica ili wc školjku
- samostalna higijena nakon eliminacije je onemogućena; higijena ruku, higijena perianalne regije (18).

8.6. Visok rizik za dekubitus

Rizik za oštećenjem tkiva zbog prisutnosti višestrukih unutarnjih i vanjskih čimbenika.

Rizični čimbenici:

- medicinske bolesti / stanja (smanjena / nedovoljna cirkulacija tkiva, kronične bolesti, poremećaj prehrane, anemija, autoimune bolesti, endokrine i metaboličke bolesti, upalni procesi dermalno – epidermalnih veza, bakterijske ili virusne infekcije)
- terapijski postupci / lijekovi (dijagnostički postupci, sedacija, kirurški zahvati, korištenje ortopedskih pomagala i fiksatora, primjena otopina, gipsanih udlaga, traka, prevoja, dugoročna primjena nazogastrične sonde, urinarnog katetera, oralne proteze i endotrahealnog tubusa)
- okolinski čimbenici (izloženost izlučevinama, temperatura i vlaga, kemijski štetni sastojci / tvari, iritacija tkiva izazvana čimbenicima iz okoline, radijacija / opekline od sunca)
- osobni (senzorni, kognitivni, motorički deficit, umor, bol, starija životna dob i neadekvatne životne navike vezane uz prehranu, higijenu, odmor i spavanje) (18).

8.7. Strah

Nastaje uslijed zamišljene ili stvarne prisutne opasnosti i prati ga negativan osjećaj.

Rizični čimbenici:

- medicinski i dijagnostički postupci
- bolničko liječenje
- operativni zahvat
- anestezija
- gubitak ili smanjenje tjelesne funkcije
- bol
- bolest
- promjena u stilu života

- fizička i emocionalna cjelovitost je ugrožena
- promjena okoline
- ugroza socioekonomskog statusa
- pomanjkanje znanja

Vodeća obilježja:

- izjava pacijenta o prisustvu straha
- napetost
- prisutan osjećaj izolacije
- tjeskoba
- pomanjkanje koncentracije
- neizvjesnost
- panika
- vrtoglavica
- grčevi
- povraćanje
- proljev
- znojenje
- ubrzano disanje
- blijedilo kože
- proširene zjenice (17).

8.8. Žalovanje

Emocionalno stanje koje se javlja kod pojedinca kao reakcija na stvarni ili mogući gubitak.

Rizični čimbenici:

- bolesti bliske osobe

- gubitak bliske osobe
- psihološka ili fizička stabilnost je izgubljena
- prisustvo osjećaja gubitka cjelovitosti tijela
- gubitak osjećaja sigurnosti

Vodeća obilježja:

- pacijent ukazuje na gubitak
- prisutan osjećaj tuge
- izražen osjećaj krivnje
- plakanje
- poricanje
- ljutnja
- depresija
- prisustvo osjećaja nemoći
- strah
- preinake stila življenja
- promjene prisutne kod aktivnosti
- promjene kod komuniciranja
- promjene kod doživljavanja stvarnosti (17).

8.9. Socijalna izolacija

Stanje u kojemu je kod osobe prisutan unutrašnji osjećaj usamljenosti, izražava se težnja ili želja za većom bliskošću s drugima, ali osoba nije u mogućnosti ili sposobnosti za ostvarenjem kontakta.

Rizični čimbenici:

- neizlječiva bolest

- psihički poremećaji
- zarazne bolesti
- popratne osobine liječenja
- ovisnost
- fizički hendikep
- frustracija izazvana vlastitim fizičkim izgledom
- kontinuirano izlaganje stresu
- bolničko liječenje
- izostanak prijatelja, obitelji i druge podrške
- nezadovoljavajuće ekonomsko stanje

Vodeća obilježja:

- iskazivanje osjećaja napuštenosti
- sumnjičavost u socijalnim situacijama
- prepričavanje nedostataka vezanih uz kvalitetu međuljudskih odnosa
- izražavanje želje za druženjem
- djetinjast ili neprimjeren interes i provođenje aktivnosti, u odnosu na razvojnu dob
- nekomunikativnost
- povlačenje u sebe
- odbijanje gledanja sugovornika u oči
- preokupacija svojim mislima
- rivalstvo u ponašanju i glasu
- iskazivanje nelagode pri socijalnim situacijama
- nedopustivo društveno ponašanje
- prisutan osjećaj otuđenosti
- iskazivanje osjećaja različitosti u odnosu na druge
- nedostatak spokoja i radosti života
- nemogućnost zadovoljavanja očekivanja koja zahtijevaju drugi
- izražavanje vrijednosti koje su apsurdne za okolinu (17).

9. ZAKLJUČAK

Potreba za palijativnom skrbi svakodnevno je u porastu. Jedan od razloga je nezaustavljiv tehnološki i znanstveni napredak koji pogoduje produženju životnog vijeka stanovništva. Napredak medicine uvelike pridonosi ishodu liječenja određenih bolesti, doprinosi produžetku životnog vijeka ljudi, ali isto tako se odgađa proces umiranja te potreba za palijativnom skrbi nikada nije bila veća. Pacijent može zaboraviti informacije koje su izrečene o njemu, ali nikada neće zaboraviti emocije koje su bile prisutne u datom trenutku, odnosno kako se osjećao. Emotivni aspekt koji uključuje suosjećanje, razumijevanje, povjerenje, poštovanje, pravednost, jednakost, stručnost, snažan je čimbenik odnosa povjerenja između zdravstvenih radnika i pacijenta.

Palijativna skrb zahtjeva brigu o pacijentu u kojoj se pruža maksimalna pomoć i veliki oprez kod brige o palijativnom bolesniku kako mu se ne bi naškodilo. Upravo iz tog razloga je zdravstvena njega u palijativnoj skrbi neovisna, profesionalna i samostalna djelatnost. Provode ju medicinske sestre, brinu o bolesniku kako bi njegove osnovne ljudske potrebe bile zadovoljene, te kako bi bolesnik povećao razinu samostalnosti. Medicinske sestre djeluju uz stalnu neposrednu koordinaciju s drugim profesionalcima, odnosno članovima tima, kojima je isti cilj a to je postizanje i pružanje adekvatne palijativne skrbi. Temelj za potpunu palijativnu skrb je interdisciplinarni tim stručnjaka. Kao odraz naše zrelosti i sposobnosti pružanja empatije pokazat će se način na koji pristupamo palijativnom bolesniku. Briga za bolesnikovu obitelj za vrijeme života bolesnika, ali i nakon smrti bolesnika.

Karcinom dojke je jedna od najčešćih zloćudnih bolesti koja zahvaća žene. Pojava karcinoma dojke iz dana u dan je u porastu, što je zabrinjavajuće. Dobri rezultati u liječenju karcinoma dojke mogući su kada se oboljenje otkrije još u ranom stadiju. Izrazito je važno obavljati redoviti samopregled dojki i odlaziti na redovite kontrole. Jedan od najvećih i najčešćih rizika obolijevanja od karcinoma dojke je pozitivna obiteljska anamneza, stoga osobe koje imaju u svojoj užoj obitelji osobu koja je bolovala od karcinoma dojke, obavezno trebaju redovito obavljati kontrole i samopregled. Biti oprezne i odgovorne jer je u pitanju njihovo zdravlje i život. Palijativna skrb kod bolesnika koji imaju karcinom dojke fokusira se na simptome koji su: bol, umor, mučnina i povraćanje, kaheksija, depresija i anksioznost. Bolesnicima je potrebno osigurati adekvatnu razinu kontrole boli i ostalih simptoma koji su prisutni kod bolesnika. Paralelno se treba

pružati potpora i podrška bolesniku, a veliku pažnju obratiti na emocionalno, psihičko, socijalno i duhovno stanje svakog pojedinog bolesnika. Treba pružati empatiju, potporu i razumijevanje bolesniku, što mu je u procesu umiranja, zadnjim trenucima njegova života najpotrebnije kako bi se strah prisutan u bolesnika koji boluju od neizlječive bolesti i njegova patnja, koja je i tako prevelika, olakšali. Razumijevanje i veliki trud u provođenju palijativne zdravstvene njege bolesnika i procesa kroz koji bolesnik prolazi, svijest u kakvoj je nezavisnoj poziciji bolesnik trenutačno, naša prisutnost uz pacijenta i pružanje empatije, dat će bolesniku do znanja da nije sam. Da bolesnik ne prolazi kroz takav teški period sam, i da smo uvijek uz njega.

Svaki bolesnik i svaka obitelj razlikuju se u tome kako će proces koji, nažalost ne možemo odgoditi, a to je umiranje, utjecati na njih. Veliki broj ljudi traži potporu za vrijeme svoje bolesti, a ne sigurnost ili zaštitu. Prepoznavanje specifičnih simptoma kod palijativnih pacijenata jedna je od glavnih zadaća medicinske sestre i ona ima važnu ulogu u razumijevanju pacijentovih potreba. Za poboljšanje kvalitete života bolesnika koji je u procesu umiranja, pružanje psihološke i duhovne podrške i empatija glavni su pokazatelji adekvatne palijativne skrbi. Neizostavan dio ljudskog života je proces umiranja, smrt. Svako ljudsko biće je individua za sebe, a isto tako zasebno osjeća i procesuirati stvari koje ga okružuju. Svaki bolesnik zazire od smrti jer za njega, kao i za ostatak stanovništva, to predstavlja konačan nestanak. Uloga palijativne skrbi temelji se na uzajamnom uvažavanju i brizi o bolesnicima, kako bi im se barem posljednji trenutci njihova života olakšali, našom empatijom i uvažavanjem osobe kao jedinstvenog ljudskog bića.

10. LITERATURA

- (1) Lubičić M. Palijativna zdravstvena njega. Jastrebarsko: Naklada slap; 2020.
- (2) Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Incidencija i mortalitet od raka u EU-27 zemljama, 2020. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/incidencija-i-mortalitet-od-raka-u-eu-27-zemljama-za-2020-godinu/> (4.9. 2020.)
- (3) Uroš A. Rak dojke i suvremeni načini rekonstrukcije. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
- (4) Šamija M, Vrdoljak E, Krajina Z. Klinička Onkologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
- (5) Andreis I, Jalšovec D. Anatomija i fiziologija. Zagreb: Školska knjiga; 2009.
- (6) Fajdić J, Džepina I. Kirurgija dojke. Zagreb: Školska knjiga; 2006.
- (7) Brkljačić Žagrović M.: Palijativna medicina u Hrvatskoj – nužnost implementacije u zdravstveni sustav. Medicina 2010., Vol.46, No. 1, 37-39.
- (8) Brkljačić Žagrović M.: Palijativna medicina spoj humanosti i etičnosti. Plavi fokus. No.1, 2010.; 27-30.
- (9) Hrvatski zavod za hitnu medicinu. Nacionalne smjernice za rad izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe s pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb [Online]. Dostupno na: <https://www.hzhm.hr/source/smjernice/Nacionalne-smjernice-za-rad-izvanbolnicke-i-bolnicke.pdf> (18.9.2020.)
- (10) Marasović Šušnjara I. Palijativna skrb [Online]. Dostupno na: <https://www.seniori.hr/images/pdf/Palijativna-skrb-hr.pdf> (20.9.2019.)
- (11) Ozimec – Vulinec Š. Palijativna skrb. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2014.
- (12) Ćurković B.: Epidemiologija boli. Reumatizam [Online]. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=185138 (25.9.2020.)
- (13) Vukelić J, Dobriša-Dintinjana R, Pleština S. Patofiziologija karcinomskog bola [Online]. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=212511 (26.9.2020.)

(14) Franković S. i suradnici . Zdravstvena njega odraslih, priručnik za studij sestrinstva. Zagreb; Medicinska naklada (2010): 1-9.

(15) Prka A, Konjevoda S. Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj njezi umirućih bolesnika [Online]. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=313145

(12.10.2020.)

(16) Franceschi N. Pojavnost umora kao simptoma u zloćudnih bolesti (diplomski rad). Zagreb: Medicinski fakultet; 2015.

(17) Kadović M, Aldan D, Babić D, Kurtović B, Piškorjanac S, Vico M. Sestrinske dijagnoze II. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara; 2013.

(18) Šepec S, Kurtović B, Munko T, Vico M, Aldan D, Babić D, Turina A. Sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara; 2011.

11. SAŽETAK

Jedna od novijih grana moderne humanističke medicine je palijativna skrb. Pružanje sveobuhvatne zdravstvene zaštite bolesnicima koji boluju od neizlječive bolesti sastavni je dio palijativne skrbi, koja obuhvaća brigu za bolesnike kod kojih bolest ne pokazuje učinkovite odgovore prema terapiji, nevezano provodi li se terapija kod kuće bolesnika ili je pacijent na bolničkome liječenju. Interdisciplinarni pristup osnova je za kvalitetnu palijativnu skrb za bolesnika i obitelj oboljelog.

Poštivanje ljudskog dostojanstva, autonomije te individualizirani pristup prema svakom bolesniku temelji se na osnovnim načelima palijativne zdravstvene skrbi.

Najučestalija bolest koja zahvaća žene u starijoj životnoj dobi je karcinom dojke i oboljenje žena od karcinoma dojke svakim danom se povećava. Iz podataka za 2020. godinu u Hrvatskoj, statističke brojke pokazuju da 13,3 % iznosi karcinom dojke, nasuprot ostalih karcinoma. Mortalitet kod žena od karcinoma dojke u Hrvatskoj iznosi 32,8 %, a incidencija je svakodnevno u porastu. Povećanje malignih oboljenja koja zahvaćaju sva životna razdoblja, imaju negativno i progresivno djelovanje na funkcioniranje osobe s nepovoljnim posljedicama na kvalitetu života.

KLJUČNE RIJEČI: palijativna zdravstvena njega, karcinom dojke

12. SUMMARY

One of the newer branches of modern humanistic medicine is palliative care. Providing all-inclusive health care to patients suffering from incurable disease is an integral part of palliative care, which includes care for patients in whom the disease does not show effective responses to therapy, regardless of whether therapy is performed at home or the patient is hospitalized. An interdisciplinary approach is the basis for quality palliative care for the patient, and the patient's family.

Respect for human dignity, autonomy and an individualized approach to each patient is based on the fundamental principles of palliative care. The most common disease that affects older women is breast cancer and the incidence of breast cancer in women is increasing every day. From the data for 2020 in Croatia, statistical figures show that 13.3% are breast cancers, as opposed to other cancers. Mortality in women from breast cancer in Croatia is 32.8% and the incidence is increasing every day. The increase in malignant diseases that affect all stages of life, have a negative and progressive effect on the functioning of a person with adverse consequences on quality of life.

Keywords: palliative health care, breast cancer

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>07.10.2020.</u>	MONIKA POMPER	<i>Monika Pomper</i>

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

MONIKA POMPER

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, 07. 10. 2020.

Monika Pomper
potpis studenta/ice