

Palijativna skrb - uloga medicinske sestre

Paska, Ivan

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:412331>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-11**



Repository / Repozitorij:

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



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

Palijativna skrb – uloga medicinske sestre

Završni rad br. 56/SES/2018

Ivan Paska

Bjelovar, rujna 2018.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Paska Ivan**

Datum: 19.06.2018.

Matični broj: 001323

JMBAG: 0203003708

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA U KUĆI**

Naslov rada (tema): **Palijativna skrb – uloga medicinske sestre**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Goranka Rafaj, mag.med.techn.**

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Živko Stojčić, dipl.med.techn., predsjednik**
2. **Goranka Rafaj, mag.med.techn., mentor**
3. **Jasmina Marijan-Štefoković, dipl.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 56/SES/2018

U radu je potrebno definirati palijativnu skrb (što je palijativna skrb, kome je namijenjena, koji su ključni principi palijativne skrbi, modele i organizacijske jedinice palijativne skrbi) te opisati palijativnu skrb u Hrvatskoj. Temeljem prikaza slučaja opisati ulogu i intervencije medicinske sestre u skrbi za psihološke, fizičke, socijalne i duhovne potrebe palijativnog pacijenta te opisati specifičnosti komunikacije s palijativnim pacijentom i njegovom obitelji.

Zadatak uručen: 19.06.2018.

Mentor: **Goranka Rafaj, mag.med.techn.**



Zahvala

Želim prvenstveno zahvaliti svojoj supruzi koja je danima nesebično slušala o svim mojim zgodama na ovom putu studiranja te kćeri koja je umjesto priče za laku noć slušala ulomke skripti za neke ispite.

Zahvaljujem svim prijateljima, poznanicima, kolegama s posla koji su na razne načine pridonosili kako bi ove tri godine čim bezbolnije prošle.

Posebnu zahvalu upućujem svim predavačima i profesorima Stručnog studija sestrinstva što su izlazili u susret kad je to bilo potrebno, nesebično dijelili svoja znanja, vještine i iskustva, davali svoj maksimum, a posebno svojoj mentorici, Goranki Rafaj mag. med. techn., koja je kroz svoj kolegij probudila u meni interes i postavila temelje za ono čime se želim baviti u daljnjem životu.

Ivan Paska

Sadržaj

1. UVOD	1
2. CILJ RADA.....	3
3. PRIKAZ SLUČAJA	4
3. 1. Anamnestički podaci	4
3. 2. Klinička slika i tijek liječenja	4
3. 3. Proces zdravstvene njege.....	7
3. 3. 1. Bol u svezi s osnovnom bolešću	7
3. 3. 2. Visok rizik za dekubitus u svezi s dugotrajnim ležanjem.....	11
4. Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi	17
5. Uloga duhovnosti u palijativnoj skrbi	20
5. 1. Uloga duhovnika u palijativnoj skrbi	21
6. Distanazija – do kada produživati život?	23
7. Palijativna skrb u Hrvatskoj	26
7. 1. Organizacijski sustav palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj.....	27
7. 2. 1. Oblici specijalističke palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj.....	28
7. 2. Hrvatska i neke razvijenije europske države	29
8. ZAKLJUČAK	30
9. LITERATURA.....	32
10. SAŽETAK.....	36
11. SUMMARY	37

1. UVOD

Razgovori o bolesti i umiranju u današnje su vrijeme i dalje tabu. O njima se nerado priča, a sama pomisao na tešku bolest, na vlastitu ili smrt bližnjega kod pojedinca izaziva osjećaj nemira i nelagode. Ljudi se teško suočavaju s činjenicom da će umrijeti ili da će netko njima blizak uskoro otići. Tema se izbjegava jer se smatra da je na taj način moguće izbjeći dolazak neizbježnog, no najčešće jednostavno u takvim trenucima prevladava sam osjećaj nemogućnosti konstruktivnog razgovora ili djelovanja zbog osjećaja nemoći. Najgore, što se događa u tim trenucima, jest to da se ljudi međusobno počnu izbjegavati, razgovori su vrlo rijetki, a ako do njih i dođe, osobu se uvijek pokušava nasilno oraspoložiti, misleći kako bi priča o bolesti dodatno pogoršala trenutno stanje. Obitelji se raspadaju jer od silnog pritiska naprosto je nemoguće normalno funkcionirati. Pojedinaac, prolazeći kroz sve ove faze, najčešće biva prepušten sam sebi, ne želeći opterećivati obitelj i okolinu, zatvara se u sebe, čuva svoje strahove i ubrzava proces (1).

Od samog osnutka, palijativna je skrb upravo zamišljena kao takav oblik skrbi koji će pomoći teško i neizlječivo bolesnima, te umirućima i njihovim obiteljima. Putem ublažavanja boli i ostalih simptoma, koji su najčešći uzroci patnje, pojedincu i obitelji pokušava se dati do znanja da nisu sami. Sjedinjenjem pojedinca i okoline, naročito obitelji, u borbi protiv bolesti, postiže se duhovni, psihosocijalni i fizički mir, gdje, kad jednom dođe kraj, ne ostaje mnogo neodgovorenih pitanja, već realna tuga zbog gubitka, a isto tako spokoj zbog činjenice da je osoba svoje zadnje trenutke proživjela u krugu svojih najbližih. Iz svega navedenog može se zaključiti kako je glavni cilj palijativne skrbi poboljšanje kakvoće života bolesnika, koji se suočava s neizlječivom bolešću, i njegove obitelji (2).

Kad se govori o palijativnoj skrbi, najčešće se polazi od definicije Europskog društva za palijativnu skrb (*engl. European Association for Palliative Care*) koja glasi (3):

„Palijativna skrb je aktivna, ukupna skrb za pacijenta čija bolest ne reagira na postupke liječenja. Najvažnije je suzbijanje boli, ili drugih simptoma te socijalnih, psiholoških i duhovnih problema. Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu te svojim djelokrugom obuhvaća pacijenta, obitelj i zajednicu. Palijativna skrb nudi najosnovniji koncept zaštite – zbrinjavanje pacijentovih potreba gdje god da se za njega skrbi, bilo kod kuće ili u bolnici. Palijativna skrb afirmira život, a smrt smatra normalnim procesom; ona smrt ne ubrzava niti je odgađa. Ona nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života sve do smrti.“ (4).

S druge strane nalazi se definicija Svjetske zdravstvene organizacije, koja predstavlja pojednostavljenu verziju definicije Europskog društva za palijativnu skrb, stavljajući naglasak kako na pacijenta tako i na obitelj (3):

„Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života pacijenta i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim sa smrtonosnom bolešću, kroz prevenciju i olakšanje patnje putem ranog prepoznavanja te besprijekorne procjene i suzbijanja boli i drugih problema, fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih.“ (5).

Suočeni s činjenicom kako dolazi do demografskih promjena, naročito starenjem stanovništva, pojavljuje se mnogo neodgovorenih pitanja moralnog karaktera, usko vezanih uz pojam palijativne skrbi, a koja svaka osoba promatra s različite točke gledišta. Promjene u obitelji sa sve manjim brojem članova, naročito onih sposobnih za brigu o oboljelom, velik su problem. Umirući u modernom zdravstvenom sustavu postaju zanemarena i obezvrijeđena skupina. Smrt se smatra medicinskim neuspjehom, a život se produžuje uvođenjem moderne tehnologije, čiji glavni zadatak nije osigurati kakvoću života pojedinca, već život u strogo biološkom smislu, održavati vitalne funkcije (6).

Problematika eutanazije i distanzije predstavlja vječne polemike, bilo one vjerske, biološke ili neke druge prirode.

Medicinska sestra ima presudnu ulogu u ophođenju s palijativnim pacijentom, predstavljajući sponu između obitelji i umirućeg. Svojom stručnošću i savjetima pomaže u integraciji oboljelog, uvažavajući pacijentovo pravo na kvalitetu života u terminalnoj fazi te na dostojanstvenu smrt.

2. CILJ RADA

Cilj rada jest temeljem prikaza slučaja opisati ulogu medicinske sestre u palijativnoj skrbi.

3. PRIKAZ SLUČAJA

3. 1. Anamnestički podaci

Pacijentica K. P. rođena 1934. godine, umirovljenica, smještena je u dom socijalne skrbi u teškom zdravstvenom stanju. U mladenačkoj dobi zaposlila se u rudniku u kojem je radila oko 8 godina, gdje je upoznala supruga s kojim ima troje djece. Nakon smrti supruga u prometnoj nesreći, ostvarila je pravo na obiteljsku mirovinu u iznosu od 1.900,00 kuna. Kasnije nije sklapala brak niti izvanbračnu zajednicu. Tijekom života nije obolijevala. 24. 01. 2018. dijagnosticiran joj je karcinom gušterače te je utvrđena tumorska tvorba na dojci koja je sekundarnog značenja. Nepokretna je te joj je potrebna stalna skrb i njega. Pacijentica je imala prijelom desne potkoljenice, nakon čega je desna noga ostala voluminoznija. Također je imala ginekološku operaciju, nepoznatog karaktera, najvjerojatnije izvanmaternična trudnoća. Nije bolovala od nekih težih bolesti. Javlja se u bolnicu zbog osjećaja slabosti, bolova u epigastriju, probavnih smetnji u vidu mučnine i povraćanja te zbog žutila. Nije bila febrilna. U tom periodu stolica je svijetlije boje, proljevastog sadržaja, a urin tamniji. Obradom je u bolesnice postavljena sumnja na koledokolitijazu i tumorski proces gušterače. Tumorski markeri: CA 19 – 9 _ 232, CA 15 – 3 - 30, CEA - 4,9, AFP - 2,3. Liječena je poliantimikrobnom terapijom koamoksilavom, metronidazolom i ciprofloksacinom. Također je ultrazvukom utvrđena tvorba lijeve dojke veličine 10 mm. Slabijeg apetita, ne puši, alkohol konzumira (oko 1 l vina dnevno), a alergije na lijekove negira.

3. 2. Klinička slika i tijek liječenja

Pacijentica K. P. primljena je u Ustanovu socijalne skrbi, u terminalnoj fazi bolesti, 16. 02. 2018. te se odmah počelo s palijativnim postupcima u procesu zdravstvene njege. Po primitku je pozitivna na enzime oksicilinaze (engl. OXA – active on **oxacillin**), čime je indicirana primjena kontaktne izolacije pacijentice.

Slabijeg je nutritivnog statusa, smanjene mogućnosti unosa tekućine i hrane, neurološki promijenjena s manifestacijom povremenih epileptičnih napadaja.

Glavni problem, koji se javljao po smještaju, smanjen je unos hrane i pića, te edematozni ekstremiteti koji su tretirani kao opasna podloga za razvoj dekubitalnih oštećenja. 21. veljače 2018. zbog smanjenog unosa hrane i pića medicinska sestra postavlja nazogastričnu sondu koja je isti dan uklonjena zbog povraćanja i gušenja pacijentice. Nastavlja se s minimalnim unosom hrane i pića per os. Medicinski tehničar 23. veljače 2018. ponovno postavlja nazogastričnu sondu s uspješnim ishodom, uz obvezu mijenjanja svakih mjesec dana, čime se zahtijeva drugačiji pristup u njezi pacijentice u vidu pojačane njege usne šupljine glicerinskim štapićima. Indicira se zabrana okretanja na desni bok zbog koštanih malformacija.

26. veljače 2018. pojavljuje se ojedina ispod dojki koja je tretirana Betadin kremom i pranjem u mlakoj vodi te brisanjem mekim ručnikom. Nakon ordinirane nazogastrične sonde, propisani su pripravci za enteralnu prehranu (Ensure, Supportane). Zbog edematoznih ekstremiteta, provodi se elevacija pomoću jastuka i podložaka te se primjenjuje češće okretanje (svaka 2 sata) uz pravilnu hidraciju i praćenje diureze vaganjem pelena.

Osobna se higijena pacijentice, zbog bakterijske etiologije, provodi pjenušavim Plivaeseptom uz redovitu promjenu odjeće i posteljine koja se pere zasebno u izosanu. Dezinfekcija sobe i namještaja obavlja se u otopini izosana i vode, dok se zaštita osoblja provodi nošenjem zaštitne opreme - mantila, rukavica i zaštitne maske uz prethodno pranje ruku te pranje ruku nakon provedene njege u sapunu.

Nakon provedene edukacije od strane stručnog osoblja, uvedene su pasivne i aktivne vježbe u skladu s mogućnostima i stanjem pacijentice na koje pacijentica reagira bolnim grimasama i neartikuliranim glasovima, osobito kod razgibavanja donjih ekstremiteta.

22. ožujka 2018. pacijentici je učinjen bris nosa na meticilin rezistentni *Staphylococcus aureus* (MRSA) te urinokultura (BATB urina). Rezultati testova pokazuju da je pozitivna na bakterije MRSU i *Klebsiellu*.

Potrebno je pojačano provođenje higijene sa svakodnevnim kupanjima u Plivaseptu, čišćenje nosnica te mazanje 3x dnevno antibiotskom kremom uz obveznu primjenu ordinirane oralne antibiotske terapije te pojačanu hidraciju.

Zbog sve slabijeg fizičkog stanja pacijentice, indicirana je promjena aktivnosti okretanja sa 2 sata na svakih 1 sat, zbog sprečavanja nastanka dekubitalnih oštećenja.

Pacijentica drži oči zatvorene praktički tijekom cijelog dana te zbog održavanja higijene facijalnog dijela, koriste se specijalne maramice za čišćenje očiju i kapanje Cosopt kapima za oči.

04. travnja 2018. ponavlja se bris nosa na MRSA-a, nalaz je negativan.

10. travnja 2018. ukinuta je izolacija, no zbog vlastite zaštite i prevencije eventualnog širenja, i dalje se primjenjuje rad s maskom te mazanje nosa kremom.

12. travnja 2018. javlja se respiratorna infekcija sa sve češćim epizodama gušenja pri čemu je smanjen refleks kašlja što uzrokuje nakupljanje sekreta u donjim dišnim putevima. Potrebna je aspiracija sekreta.

13. travnja 2018. zbog hipertermije učinjena je laboratorijska analiza krvi i uvedena je terapija Klavobel Bid-om 875 mg/125mg s redovitim mjerenjem tjelesne temperature te, po potrebi, primjena terapije antipireticima (paracetamol). Ujedno se pojavljuje aspirat s primjesama krvi.

22. travnja 2018. pojavljuju se kožne promjene, najviše u vidu hematoma, primarno na desnoj ruci što je tretirano heparinskom kremom.

14. svibnja 2018. zbog retencije urina postavlja se urinarni kateter s indikacijom promjene svaka 3 tjedna. Uvodi se praćenje unosa tekućine i diureze. Uočeno je smanjenje diureze.

18. svibnja 2018. dolazi do proljevastih stolica. Pojavljuje se agonalno disanje, bolni povici sve su češći, primjena veće doze analgetika. Pacijentici se stanje pogoršava.

19. svibnja 2018. RR iznosi 70/40 mmHg, dolazi do pojave kožnih promjena u vidu marmorizacije donjih ekstremiteta, pristuno je i pojačano hroptenje, uočeni su edemi ekstremiteta, a stolica je pomiješana s krvlju iz genitalnog područja.

20. svibnja 2018. Exitus lethalis u 1:40 h u noći.

3. 3. Proces zdravstvene njege

Proces zdravstvene njege pristup je otkrivanju i rješavanju pacijentovih problema s kojima se medicinske sestre susreću. Unaprijed je to određen niz aktivnosti rada medicinskih sestara s fokusom na ispunjavanje svrhe zdravstvene njege palijativnog bolesnika. Pravilnom primjenom procesa zdravstvene njege važno je postići najvišu moguću kakvoću života i dostojanstvenu smrt bolesnika (7).

Načela procesa zdravstvene njege:

- usmjerenost na pacijenta (i obitelj)
- uvažavanje pacijenta kao subjekta
- cjelovitost zbrinjavanja pacijenta (holistički pristup) (7).

3. 3. 1. Bol u svezi s osnovnom bolešću

Primarni simptom palijativnih pacijenata, a ujedno i peti vitalni znak jest bol. Karakteristika je svake bolesti da u jednom periodu svoje progresije dolazi do boli, bilo akutne ili kronične, pa se poduzimaju sve potrebne mjere s ciljem smanjenja ili uklanjanja boli. Bol predstavlja svojevrsni zaštitni mehanizam organizma i jedan je od najčešćih razloga zbog kojeg se traži liječnička pomoć. Teško ju je definirati zbog činjenice da je neugodan i individualan osjećaj.

Službena definicija boli je ona Međunarodnog udruženja za izučavanje boli (engl. International Association for the Study of Pain - IASP), koja je prihvaćena i od strane Svjetske zdravstvene organizacije (SZO): „*Bol je neugodan emocionalni i osjetni doživljaj, povezan sa stvarnim ili mogućim oštećenjem tkiva ili opisom u smislu tog oštećenja. Bol je uvijek subjektivna* (8).“

Prema literaturi bol se može podijeliti na:

- tjelesnu i emotivnu bol
- akutnu i kroničnu bol
- psihogenu i somatogenu bol.

Tjelesna bol nastaje zbog patološkog procesa ili ozljede tkiva. Emotivna je bol ono što se najčešće naziva patnjom. Psihogen je bol uzrokovana emotivnim stanjima te je slična boli koja nastaje zbog ozljede ili oštećenja tkiva. Somatogena bol jest bol uzrokovana tjelesnim oštećenjem.

Akutna je bol intenzivna, iznenadna bol, koja se smanjuje kroz relativno kratko vrijeme, s dobrom lokalizacijom, te je pacijenti opisuju kao oštru i probadajuću. Prate je promjene u vegetativnom sustavu: ubrzan puls, povećani tonus mišića, povišeni krvni tlak (9).

Kronična bol traje šest ili više mjeseci i znak je kronične bolesti (10). Kontinuirana bol stalno postoji ili se javlja u određenim razmacima s otpornošću na terapiju. Pacijenti je opisuju kao tupu bol bez oštre lokalizacije (11).

Mjerenje intenziteta boli i dokumentiranje prikupljenih podataka smatraju se temeljem učinkovitog liječenja. Objektivna mjerenja boli nisu moguća, već se njezina jačina mjeri na doživljaju samog bolesnika. Kada se bol procjenjuje, važno je uzeti u obzir kulturno i socijalno okruženje bolesnika, somatizaciju bolnih senzacija, vjeru te kognitivni status bolesnika.

Jednodimenzionalne i multidimenzionalne ljestvice za određivanje intenziteta boli omogućuju mjerenja intenziteta bolnih senzacija (9).

Kod procjene valja skrenuti pozornost na čimbenike koji kod pojedinca utječu na prag i toleranciju boli te isto tako opisati trenutno stanje, intenzitet boli te kako ona utječe na pacijenta. Najčešće je korištena skala za procjenu boli vizualnoanalogni skala (VAS) boli. Na 10 centimetara dugoj crti bolesnik označava mjesto koje odgovara onoj jačini boli koju on trenutno osjeća, nakon čega se s druge strane milimetarske ljestvice očita VAS, zbroj pacijentove boli. Rezultat 10 označava najjaču bol, a 0 da pacijent ne osjeća bol. VAS zbroj 0 - 3, predstavlja jačinu boli koja ne zahtijeva analgetsku terapiju (12, 13).

Ostale su jednodimenzionalne ljestvice:

- Numerička ljestvica (engl. Numerical Rating Scale – NRS) = intenzitet od 0 – 100
- Verbalna ljestvica s četiri točke boli (engl. Verbal Rating Scale 4 – VRS 4) = „nema boli, malo boli, mnogo boli, jako boli.“
- Verbalna ljestvica s pet točaka boli (engl. Verbal Rating Scale 5 – VRS 5) = „blaga bol, neugodna bol, prisutna bol, jaka bol, mučna bol.“

Od multidimenzionalnih ljestvica najčešće je korištena McGill Pain Questionnaire, koja se sastoji od niza pitanja povezanih u sklopove. Primjerice:

- Gdje Vas boli? – na slici ljudskog tijela bolesnik će označiti mjesto gdje osjeća bol
- Koliko je jaka Vaša bol? – pomoću VAS skale boli bolesnik definira jačinu bolnog podražaja.

Brief Pain Inventory – bolesnikov zapis o boli. Ovakav način mjerenja intenziteta boli karakterističan je za bolesnike s kroničnom boli malignog ili nemalignog podrijetla. Bolesnik označava tip analgezije za ublažavanje boli te koliko bol utječe na obavljanje dnevnih aktivnosti. Procjenom jačine boli, procjenjuje se i terapijska učinkovitost analgetske terapije (9).

Vrlo je važno da medicinsko osoblje uoči važnost procjene boli, jer je ona subjektivan osjećaj bolesnika i kao takvog ga treba poštivati. Ne rješavajući pitanje boli u opasnost se dovodi cjelokupan čovjekov organizam što u konačnici može rezultirati drugim problemima u vidu depresije ili anksioznosti (12).

Suzbijanje boli moguće je provesti na nekoliko načina:

- lijekovi za suzbijanje boli - analgetici, miorelaksanti, steroidi, narkotici, antikonvulzivi
- kirurški zahvati – blok ili razaranje perifernih živaca, traktotomija, talamotomija
- metode fizikalne terapije (masaža, razgibavanje) i psihološke metode (bihevioralna terapija, placebo učinak, biofeedback, hipnoza) (9).

Terapija boli započinje procjenom boli pomoću VAS skale, osim u slučajevima kada pacijent nije u kontaktu i ne surađuje, a prisutna je bol. Važno je napomenuti da je bol ono što pacijent kaže da boli. Kod blagih bolova (VAS 1-3) terapiju valja započeti neopioidnim analgeticima (paracetamol, acetilsalicilati, ibuprofen, diklofenak). Kod umjereno jakih bolova (VAS 4-7) ili ako ne dolazi do zadovoljavajućeg učinka neopioidnih analgetika, u terapiju uvesti blagi opioidni analgetik (kodein, tramadol).

Ako je bol jaka (VAS 7-10), odmah se započinje s jakim opioidnim analgeticima (morfin, oksikodon, metadon).

Neuropatska bol slabije reagira na standardne analgetike te se moraju dodati adjuvantni lijekovi koji primarno nisu analgetici, ali pomažu analgetski učinak opioidnih i neopioidnih analgetika (triciklički antidepresivi – amitriptilin; antiepileptici – gabapentin, karbamazepin) (14).

Kada per os način ne postigne zadovoljavajući učinak te ponovnom procjenom na VAS skali boli pacijent ne verbalizira manju jačinu boli, poželjno je analgetsku terapiju primjeniti supkutanim putem.

Supkutanim putem primjene lijekova izbjegava se mogućnost problema zbog invazivnosti postupka kao kod intravenskih injekcija, a i smanjuje se bol prilikom primjene koja je rezultat intramuskularne primjene lijeka, naročito kod kahektičnih bolesnika. Osim u palijativnih pacijenata, supkutani način primjene može se razmotriti i kod pojedinaca gdje nije moguće primjeniti niti jednu drugu mogućnost u svrhu suzbijanja boli i/ili nekih drugih simptoma (kada per os nije moguće, mučnina, povraćanje). Nažalost, supkutani put primjene neće bolje ublažiti bolove nego oralni put, apsorpcija lijekova je sporija nego intramuskularno, a lijekovi koji imaju jača iritirajuća svojstva mogu uzrokovati velike upalne reakcije ako ih se primjeni supkutano. Lijekovi koji se ne daju supkutano su: antibiotici, diazepam, proklorperazin. Supkutani put primjene lijekova može biti odlična supstitucija za per os način primjene, ali svakako valja obratiti pozornost na kontraindikacije te kvalitetno procijeniti stanje u kojem se pacijent nalazi prije odabira načina primjene lijeka (15).

Potrebno je također poštovati principe davanja analgetika i to na sljedeći način:

- peroralno kad god je to moguće
- u točno određeno vrijeme, a ne prema potrebi
- u odgovarajućim dozama
- individualni pristup – za svakog pacijenta posebna terapijska shema, dok se titriranjem analgetske terapije ne dođe do optimalnog učinka
- cilj je $VAS \leq 3$ (14)“.

Mogući ciljevi zdravstvene njege pacijenata s kroničnom boli:

- Pacijent neće osjećati bol.
- Pacijent će na skali boli iskazati manju razinu boli od početne.
- Pacijent će prepoznati čimbenike koji utječu na jačinu boli (16).

Intervencije vezane uz prikaz slučaja i rješavanje boli kod pacijentice K. P.:

- mjerenje vitalnih funkcija
- uklanjanje čimbenika koji potenciraju bol – neudoban položaj, pravilno provođenje njega, smanjivanje pritiska na bolna područja
- primjena nefarmakoloških postupaka u rješavanju boli – fizikalno-terapeutski postupci u vidu masaže, vježbi, relaksacije, kompresije
- obavijestiti liječnika o pacijentovom stanju
- primjena ordinirane analgetske terapije
- procjena boli – pacijentica nije bila u kontaktu, pa je mjerenje intenziteta boli putem neke od ljestvica bilo nemoguće, već se pozornost obraćala, prilikom njega ili vježbe, na facijalnu ekspresiju koja bi ukazivala na bol jačeg ili manjeg intenziteta te na intenzitet artikulacije
- uklanjanje uzroka koji pacijentu mogu pojačati bol
- dokumentiranje provedenih aktivnosti (16).

Evaluacija:

- Bez obzira na provedene postupke, pacijent i dalje osjeća bol s oscilacijama u vidu poboljšanja nakon primjene analgetika i fizičkih metoda u vidu razgibanja.

3. 3. 2. Visok rizik za dekubitus u svezi s dugotrajnim ležanjem

Redovita i pravilna njega kože mnogo znače za palijativnog pacijenta, doprinoseći njegovu osjećaju ugone i zadovoljstva, očuvanju dostojanstva i samopoštovanja. Pomaže kod održavanja socijalnih kontakata i sprečavanja dekubitusa. U palijativnih pacijenata koža je najčešće suha ili vrlo suha, slabog elasticiteta, hrapava, čest je pruritus, odnosno kožni svrbež. U kombinaciji s ostalim stanjima kroz koja palijativni pacijent prolazi (dehidracija, anemija, inkontinencija, edemi, kaheksija) javlja se visok rizik za nastanak dekubitusa (17).

Dekubitus je ograničeno oštećenje kože i/ili potkožnog tkiva nastalo uslijed dugotrajnog ležanja i to najčešće na koštanim izbočenjima, na kojima ima vrlo malo potkožnog tkiva (13).

Kod fizikalnog pregleda bolesnika radi se procjena nastanka dekubitusa sa skalama.

U praksi se koriste tri skale: Braden, Knoll i Norton. Razlikuju se u pojedinačnim faktorima rizika koje koriste. Daju nam uvid u opće stanje pacijenta te se pomoću njih planiraju i provode intervencije (18, 19).

Braden skalom kroz šest parametara procjenjujemo rizik za nastanak dekubitusa: senzorna percepcija, vlažnost, aktivnost, pokretljivost, prehrana, trenje i razvlačenje. Svaki parametar se boduje od 1 do 4, a manji broj bodova ide u prilog većem riziku za nastanak dekubitusa (20, 21).

Tablica 1. *Raspon vrednovanja u Braden skali (20)*

Nema rizika	19 – 23
Prisutan rizik	15 – 18
Umjeren rizik	13 – 14
Visok rizik	10 – 12
Vrlo visok rizik	9 i manje

Knoll skala za procjenu dekubitusa ima raspon bodova od 0 do 33. Veći rizik za nastanak dekubitalnih oštećenja ima veći zbroj bodova, odnosno ako bolesnikov zbroj iznosi 12 ili manje, najvjerojatnije neće dobiti dekubitus (20, 21).

Tablica 2. Procjena rizika nastanka dekubitusa na Knoll skali (20).

	0	1	2	3	BODOVI
Opće stanje	dobro	osrednje	loše	jako loše	
Mentalno stanje	pri svijesti	stupor	pred koma	koma	
			BODUJ	DVOSTRUKO	
Aktivnost	aktivan	treba pomoć	sjedi	leži	
Pokretljivost	pokretan	ograničena	jako ograničena	nepokretan	
Inkontinencija	ne	povremeno	urin	urin i stolica	
Peroralna prehrana	dobra	osrednja	slaba	ništa	
Peroralna tekućina	dobro	osrednja	slaba	ništa	
Predisponirajuće bolesti (šećerna bolest, anemija)	ne	blaga	slabo	ozbiljna	
				UKUPNO:	

Norton skala za procjenu dekubitusa ima raspon bodova od 5 do 20, pri čemu manji broj bodova ukazuje na veći rizik za nastanak dekubitusa. Zbroj od 5 do 14 nosi velik rizik, 15 do 17 osrednji rizik, a 18 do 20 bodova minimalan rizik za nastanak dekubitusa (20, 21).

Tablica 3. Procjena rizika nastanka dekubitusa u Norton skali (20)

ČINITELJ	OPIS/SKALA	BODOVI
Tjelesno stanje	dobro	4
	osrednje	3
	loše	2
	jako loše	1
Mentalno stanje	pri svijesti	4
	bezvoljan	3
	smeten	2
	stupor	1
Kretanje/aktivnost	hoda sam	4
	hoda uz pomoć	3
	kreće se u kolicima	2
	stalno u krevetu	1
Pokretljivost	potpuna	4
	blago ograničena	3
	jako ograničena	2
	nepokretan	1
Inkontinencija	nije prisutna	4
	povremeno	3
	često urin	2
	urin i stolica	1
UKUPNO		

Kada se pojavi dekubitis, nastaje problem, jer narušava mnoge važne funkcije kože, bolan je, velika je mogućnost razvoja komplikacija. Razlikuju se četiri stupnja dekubitusa. Prvi stupanj govori o zahvaćenosti epidermisa i djelomice dermisa, uz prisutno ograničeno crvenilo koje na pritisak blijedi, blaga erozija i toplina epidermisa. U drugom stupnju zahvaćen je epideris, dermis i djelomice potkožni sloj, crvenilo, toplina i blaga ulceracija. Kod trećeg stupnja zahvaćeni su svi dijelovi kože i mišićno tkivo, rana je duboka uz prisutnu nekrozu i hiperpigmentaciju. U četvrtom stupnju rana prodire sve do kosti, zaudara s tamno pigmentiranim rubovima (12, 13).

Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju dekubitusa kod palijativnog pacijenta izrazito je važna, s naglaskom na uočavanju i sprečavanju mnogostrukih vanjskih i unutarnjih čimbenika rizika za oštećenje tkiva (20).

Bolesnika, koji leži u krevetu, preporučuje se svakodnevno prati vodom, mekanom gazom i blagim sredstvom za pranje. Sušenje kože novijim mekim ručnikom i to tapkanjem naročito u području pregiba (pazuha, prepone), na naborima te na ano-genitalnom području. Nakon sušenja cijelo tijelo namazati hidratantnim mlijekom, a ano-genitalnu zonu i nabore kože u inkontinentnog bolesnika mazati lanolinskom kremom (17).

Vrlo je važno smanjiti pritisak na predilekcijskim mjestima redovitim okretanjem bolesnika, pridajući važnost eventualnim kontraindiciranim položajima uvjetovanim nekim drugim promjenama (12).

Poticanje pacijenta na unos tekućine jedan je od važnih čimbenika, bilo vodom ili nekom drugom vrstom tekućine (biljni čaj), kako bi se održala unutarnja hidracija kože te samim time spriječilo njeno isušivanje (17).

Mogući ciljevi:

- Pacijentova će koža ostati intaktna; integritet kože bit će očuvan.
- Pacijent će sukladno svojim sposobnostima sudjelovati u provođenju mjera prevencije nastanka dekubitusa (20).

Intervencije vezane uz prikaz slučaja i rješavanje visoko rizične dijagnoze kod K. P.:

- procjenjivati postojanje čimbenika rizika za dekubitis
- dokumentacija eventualnih ranijih oštećenja kože i sadašnje stanje
- osigurati optimalnu hidrataciju pacijenta

- pratiti izgled sluznice usne šupljine, adekvatna hidracija (uzeti u obzir edematozne ekstremitete kako se ne bi pretjeralo u hidraciji)
- davati propisane dodatke prehrani
- pratiti pojavu edema
- održavati higijenu pacijenta, kreveta i okoline prema protokolu
- mijenjanje položaja pacijenta najprije svakih 2 sata, po pojavi eventualnih prvih znakova dekubitusa indikacija promjene položaja svakih sat vremena
- položaj u krevetu mijenjati podizanjem pacijenta, ne povlačenjem
- primijeniti niski Fowlerov položaj i ležeći bočni s podignutim uzglavljem za 30 stupnjeva
- podložiti jastuke pod potkoljenice
- podložiti jastuke pod podlaktice
- podložiti jastuke pod leđa
- podložiti jastuke između koljena
- provoditi aktivne vježbe ekstremiteta
- provoditi pasivne vježbe ekstremiteta
- primijeniti propisana sredstva protiv boli
- dokumentiranje svih eventualnih promjena uz pravilnu primopredaju smjene (20).

Evaluacija:

Pacijentova koža ostala je očuvanog integriteta bez znakova oštećenja kože i bez crvenila (20).

4. Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi

Medicinska je sestra višestruki aktivni sudionik koji neposredno provodi zdravstvenu njegu, a isto tako i upravlja cjelokupnim procesom skrbi. Sestre odgovaraju za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege, educiraju bolesnika i njegovu obitelj te su punopravni članovi interdisciplinarnog tima. Liječnik i sestra u procesu palijativne skrbi jedan su drugom od iznimne važnosti, naročito pri uočavanju i sprečavanju simptoma uznapredovale bolesti. Sestra će zajedno s liječnikom postaviti ciljeve palijativne skrbi, kvalitetnije komunicirati s pacijentom i s njegovom obitelji (7).

Od medicinskih se sestara traži i određena fleksibilnost, osobito kod modificiranja sestrijskih dijagnoza i planova zdravstvene njege koji su u korelaciji s bolesnikovim stanjem i potrebama. Presudno je ponekad i sudjelovanje u rješavanju mnogih etičkih pitanja te donošenje odluka koje su vezane uz zahtjeve bolesnika i njegove obitelji (7, 22).

Osnovni ciljevi medicinske sestre u palijativnoj zdravstvenoj njezi:

- osigurati kontinuitet skrbi za pacijenta i njegovu obitelj
- osigurati kontrolu simptoma palijativnog bolesnika u suradnji s ostalim članovima tima
- osiguranje zdravstvene njege prema potrebama pacijenta i obitelji
- osigurati dobar kontakt s ostalim članovima tima te dobro iskoordinirati potrebu uključivanja pojedinih stručnjaka u tim palijativne skrbi (7, 23).

Specifične uloge medicinske sestre u palijativnoj njezi:

- izraditi plan i provesti aktivnosti za potporu zdravlja i zdravstvene njege u fazi palijativne skrbi
- prepoznati i planirati aktivnosti zdravstvene njege s ciljem ublažavanja simptoma uznapredovale bolesti
- prepoznavanje i provedba aktivnosti kod umirućeg bolesnika, osiguranje pružanja socijalnih i duhovnih potreba

- potpora obitelji i skrbnicima, prepoznavanje procesa žalovanja te prepoznavanje i reagiranje na patološke procese žalovanja
- uključivanje ostalih stručnjaka iz palijativnog tima u smislu predstavljanja pacijentovih problema kako na fizičkoj, tako i na psihosocijalnoj razini, s ciljem timskog i cjelovitog pristupa u rješavanju pacijentovih poteškoća
- aktivno uključivanje pacijenta i njegovih bližnjih u provedbi plana palijativne zdravstvene njege i zdravstvene skrbi
- učenje i informiranje pacijentovih bližnjih za sudjelovanje u procesu palijativne skrbi i sprečavanja komplikacija zdravlja i zdravstvene njege u fazi palijativne skrbi
- zastupanje, odnosno isticanje stajališta pacijenta i njegovih bližnjih
- prakticiranje cjelovite zdravstvene njege utemeljene na dokazima
- povezivanje s izvanbolničkim palijativnim timom i suprotno (7, 23).

Kako će se pojedina sestra odnositi prema palijativnim pacijentima, stvar je osobne prirode i pojedinca, no nikako se ne smije zaboraviti na čemu počiva sestrinstvo i koliko je važno pratiti i ponašati se u skladu s modelima sestrinstva. Jedino na taj način moguće je postići maksimalan uspjeh kod onih koji su ujedno i najteži pacijenti jer se mijenjaju u svim aspektima ljudskog bića i duha.

Primjenjujući adaptacijski model sestre Calliste Roy, uloga medicinske sestre dobiva novo značenje, od osobe koja se brine samo za ono nužno i neophodno za fizičko funkcioniranje, do osobe koja je u stanju pružiti maksimalnu podršku u svim područjima palijativne skrbi za bolesnika. Pojam adaptacije za sestru Callistu Roy podrazumijeva proces u kojem je čovjek kao kulturološko, socijalno, psihološko i biološko biće u stalnoj interakciji sa svojom okolinom te je prilagođavanje promjenama nužno u takvom dinamičnom okruženju. Rješavanje problema provodi se kroz individualizirani pristup i timski rad (7).

Karakteristike Roy adaptacijskog modela:

- orijentiran je na sposobnost osobe da se prilagodi ili da prihvati promjene u svom životu
- promatranje svakog pojedinca koji se prilagođava s individualnog aspekta, na poseban način
- usmjerenost na ljudske potrebe, svrstane u 4 skupine (fiziološke, svijest, uloge, podrška) (7).

Roy adaptacijskim modelom postiže se povezivanje temeljnih teorijskih načela zdravstvene njege s palijativnom skrbi. Sestrinska uloga prilikom primjene ovoga modela leži u tome da valja procijeniti razinu reakcije pacijenta na novonastalu situaciju. Primjenom raznih metoda (psihološka, samoviđenje, međuzavisni odnosi) sestra pruža pomoć pojedincu u prilagodbi koristeći cijeli proces zdravstvene njege: utvrđivanje aktivnosti, planiranje i evaluacija (7).

5. Uloga duhovnosti u palijativnoj skrbi

Pri suočavanju sa situacijom koja posljedično mijenja život i životne okolnosti, ljudi se počinju mijenjati na fizičkoj i duhovnoj razini. Kada se pojavi, zdravstveni problem predstavlja određenu prepreku preko koje se ne može tako lako prijeći, pri čemu se uvelike narušava ravnoteža pojedinca u vidu promjene njegovih dotadašnjih razmišljanja, ponašanja te počinje raditi stvari koje prije nije radio. Takav odnos prema životu, a imajući na umu činjenicu da se život bliži kraju, potiče pojedinca da se okrene Bogu i da istraži svoju duhovnost, nalazeći u njemu utjehu i „osobu“ koja ga najbolje razumije. Strah, kao pokretač svega duhovnog u čovjeku, u palijativnoj fazi života postane izrazito naglašen osjećaj (strah od smrti, težine bolesti, kako će to sve podnijeti obitelj) (24).

Upravo u tom trenutku duhovna skrb nalazi svoje mjesto te kroz nekoliko faza pomaže potrebitima da se lakše nose sa stvarnošću i da imaju dostojanstven odlazak. Duhovnost se počinje tretirati kao važna sastavnica cjelokupne brige za dostojanstvo življenja u najtežim situacijama bolesti ili starosti (25).

Definicija Europske udruge za palijativnu skrb (European Association for Palliative Care) glasi: *„Duhovnost je dinamična dimenzija ljudskog života s obzirom na način na koji osobe (pojedinci i zajednice) doživljavaju, izražavaju ili traže smisao, svrhu i transcenciju te na način na koji su povezane s trenutkom u kojem žive, sa samim sobom, s drugima, s prirodom, s onim što je bitno i/ili sveto.“* (25)

Duhovnost postaje svojevrsan orijentir, daje smisao, pruža određenu ispunjenost pojedincu te, iako često nesvjesno, Božjem bivstvu i onom transcendentnom smislu života daje posebno mjesto u životu palijativnog pacijenta. Neizlječivog bolesnika u procesu palijativne skrbi ne može se tretirati samo kao potrebitog u vidu uklanjanja ili ublažavanja fizičke boli, nego se na njega gleda s holističkog aspekta, pružanjem zadovoljstva u svim elementima ljudskog bića (fizičkom, psihičkom, duhovnom i socijalnom). Ta se četiri aspekta konstantno isprepliću u palijativnoj skrbi, bez obzira s kojeg se aspekta prvotno pristupa te, samim time, prožimati duhovnost kroz ove elemente iznimno je važno (25).

Molitva, vjerski obredi, citati iz vjerskih knjiga od velike su važnosti u tim trenucima za bolesnika jer mu pomažu da se izdigne iznad svoje bolesti, starosti, nemoći te mu pružaju u najtežim životnim situacijama život u nadi, ljubavi i zajedništvu s bližnjima (19).

5. 1. Uloga duhovnika u palijativnoj skrbi

Terapeutska zajednica nosi odgovornost za duhovni ispraćaj bolesnika. Pokušava se stvoriti ozračje u kojem osoba, palijativni pacijent, slobodno izražava svoje osjećaje, tjeskobu, strahove. Takvim postupcima pojedinca se nastoji rasteretiti svega onog što ga muči dajući mu sposobnost da uđe u spokojnu i mirnu fazu prihvaćanja dostojanstvene smrti (27).

Neizostavna je uloga duhovnika (svećenik, redovnik/ica ili vjerski laik) koji senzibilizira duhovne potrebe pojedinca. Kako bi što kvalitetnije obavljao svoju ulogu, duhovnik mora posjedovati određene profesionalne kompetencije te vjerske i općeljudske vrline (28).

Profesionalni duhovnici sve češće bivaju integrirani u interdisciplinarni tim palijativne skrbi. Nažalost, iako se na teoretskoj razini duhovnost priznaje kao važan dio ljudskog zdravlja, u praktičnom smislu integracija duhovnosti u svakodnevnoj kliničkoj praksi izostaje. Duhovnici se često ne priznaju kao ravnopravni članovi palijativnog tima, unatoč tome što takav položaj zavređuju svojom primjerenom stručnošću i edukacijom (28, 29).

Prvenstveno, sav fokus duhovnika usmjeren je na bolesnika, a potom i na članove obitelji. Duhovnikove vrline poput empatije, savjetovanja, umijeća slušanja, diskrecije i povjerenja te pristup s duhovnog, Božjeg aspekta, daju bolesniku sigurno utočište za njegove patnje i boli. Duhovnik svjedoči Božju ljubav i bolesniku daje iznimno poštovanje zbog patnje kroz koju prolazi. Ne promatra osobu kao statistički podatak, već kao brata ili sestru po vjeri. Osobinama brižnog tješitelja, pouzdanog prijatelja i dobrog savjetnika obitelji oboljelog pruža neizmjernu podršku. Spajanjem obitelji i bolesnika unatoč boli i patnji postiže se zajedništvo koje palijativnom pacijentu daje osjećaj sigurnosti i mira, a ne napetosti i napuštenosti s kojima se većina palijativnih pacijenata, bez adekvatne podrške, susreće.

Nakon što osoba umre, iza nje ne ostaje osjećaj tmurne praznine u obitelji, već spokoj da su do zadnjeg trenutka bili zajedno te da su odgovorena sva eventualno do tada neodgovorena pitanja (28).

Vrlo važnu ulogu duhovnik ima i u brizi za ostale članove palijativnog tima kojima je potreban svojevrсни predah s obzirom na prirodu posla. On im je svakodnevna potreba, kako u radu, tako i privatno, naročito u trenucima borbe dokazivanja svekolikom pučanstvu da palijativna skrb nije nečija izmišljotina, već potreba, da nije štetna kako se na nju promatra s financijskog i utilitarističkog kuta (28).

6. Distanazija – do kada produživati život?

Utemeljiteljem pojma distanzije smatra se doktor bioetike i moralni teolog, svećenik iz Brazila, Leo Pessini. Definirao je distanziju kao neologizam, grčkog podrijetla, koji označava bolnu i polaganu, nedostojnu smrt, zbog podržavanja procesa umiranja beskorisnim liječenjem koje negira ljudsko dostojanstvo, odnosno, umjetno odgađanje neizbježne smrti. U zemljama zapadne Europe koristi se izraz „terapijska ustrajnost“, dok u Sjedinjenim Američkim Državama postoji izraz „medicinska beskorisnost“ (30).

Pitanje distanzije te dobar pristup izučavanju istog, može se pokušati riješiti problematiziranjem i specificiranjem ciljeva medicine. Postoje dva ključna koncepta u kojima možemo proučavati fenomen distanzije, a to su zdravlje i bolest. (31)

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije zdravlje je stanje potpuna tjelesnoga, duševnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsutnost bolesti i nemoći. Postizanje najveće mjere zdravlja jedno je od temeljnih prava čovjeka (31, 32).

S druge strane imamo bolest, čiji je koncept najlakše opisati kroz 4 termina koja se koriste u engleskom jeziku: *malady*, *disease*, *illness* i *sickness* (31, 33). *Malady* se može opisati kao razna stanja, osim bolesti, koja ugrožavaju zdravlje. Obuhvaća ranjavanje, defektnost i deficijentnost. Osoba trpi ili postoji opasnost da će trpjeti. *Disease* je loše duševno ili fiziološko funkcioniranje prema statistički standardiziranim normama koje uzrokuju bolest, deficijentnost ili povećavaju mogućnost prerane smrti. *Illness* je subjektivan osjećaj osobe, sa smanjenom ili odsutnom duševnom ili fizičkom dobrobiti, odnosno uobičajeno funkcioniranje je smanjeno. *Sickness* je ono viđenje koje okolina ima prema zdravstvenom stanju osobe. Vanjska percepcija da osobi nije dobro u fizičkom ili duševnom pogledu (31).

Iz navedenog može se zaključiti da moderna medicina ima tri osnovna cilja. Prvi je spasiti i produžiti život što pred pojedinca postavlja razna pitanja. Imajući na umu da je medicinska tehnologija u današnje vrijeme razvijena do granica savršenstva te umjetno održavanje života nije više luksuz nego potreba, teško je reći kada je dosta i kada je vrijeme da znanost stane i ne napravi sve ono što može (31, 33, 34).

Drugi je cilj medicine poboljšavanje i održavanje zdravlja. Svjedoci smo da je zdravlje u današnje vrijeme skupo, no isto tako činjenica je da ljudi pronalaze razne načine, kako bi uspjeli čim dulje produžiti svoj život, ne prihvaćajući činjenicu da je smrt neizbježan segment (31).

Spasiti nedonošče koje teži manje od 1000 grama ili produljivati život gerijatrijskom pacijentu koji je navršio više od 100 godina u današnje je vrijeme rutina. Pitanje koje se postavlja je mogu li ljudi zaista prihvatiti koncept smrti i bolesti kao sastavni dio života. Treći je cilj medicine ublažavanje boli i patnje.

Ovaj se cilj može razmatrati u nekoliko aspekata, od onog osnovnog u vidu davanja analgezije ili nekih psihijatrijskih metoda, do onog jesu li eutanazija, distanazija i medicinski potpomognuto samoubojstvo sastavni dio medicinskih tretmana (31).

Razmotrivši ciljeve medicine, na svakom je od nas da moralno i etički upitne termine i postupke, pa tako i distanaziju protumačimo onako kako trenutno osjećamo.

Distanazija, akademski gledano, uljepšana je verzija riječi *medical futility* ili *accanimento terapeutico*, odnosno „beskorisna medicina“ ili „beskorisna terapija koja nanosi bol“. Liječenje koje ne daje nikakve pozitivne rezultate, „terapeutska upornost“ (35). Ništa drugo doli polagana, bolna smrt u velikoj patnji, bezmilosno produžavanje života (36).

Termin je moguće upotrebljavati kao sinonim za beskoristan i uzaludan tretman s posljedicom medicinski potpomognute produljene i polagane smrti, praćene patnjom (36, 37). Nažalost, ovakvim odnosom ne produžuje se život uzimajući u obzir njegovu kakvoću, već se odgađa neizbježno, produžuje umiranje. Distanazija, kao postupak, sveprisutna je u bolnicama s naprednom tehnologijom, gdje ista ima glavnu riječ, a liječnik vrlo malo odlučuje. Bolesnici postaju zarobljenici suvremene medicinske tehnologije, što im uzima dostojanstvo mirnog umiranja, a samim time i produžuje bol i patnju (31).

Nažalost, čovjeku je suđeno jednom umrijeti, sviđalo se to ljudima ili ne. Odgađanje smrti, produljivanjem života na razne načine ima svoje prednosti i svoje mane. Na sam spomen smrti, ljudima postaje neugodno, no isto tako duboko u sebi svjesni su da će to kad- tad doći. U takvim trenucima vrlo je važno ispred sebičnog i čisto nekog materijalnog razloga traženja rješenja za produljenjem života sa željom da dragu osobu čim dulje zadržimo uz sebe, razmisliti o ljudskom dostojanstvu.

Iako je teško ostati emocionalno neutralan, važno je upotrijebiti razum i shvatiti kako je uzimanje ljudskog dostojanstva bolnije voljenoj osobi, nego činjenica da u zadnjim trenucima dajemo sve od sebe da pokažemo da volimo nekoga. Uskraćivanjem dostojanstvenog umiranja i smrti, nahranili smo svoju taštinu i sebičnost.

7. Palijativna skrb u Hrvatskoj

Nacionalnom strategijom razvoja zdravstva (2012. – 2020.) teži se uspostavi palijativne skrbi kao jednog od prioriteta Republike Hrvatske. Strateški razvoj sadrži opis zakonskog i organizacijskog okvira palijativne skrbi – jačanje interdisciplinarnе suradnje, uključivanje civilnog društva (volonteri), proširenje bolničkih kapaciteta za palijativnu skrb (broj kreveta) i povećanje broja specijalističkih službi koje se bave palijativnom skrbi (38).

„Strateški je plan izrađen prema Bijeloj knjizi o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi – Preporuke Europskog udruženja za palijativnu skrb te preporukama Rec (2003) 24 povjerenstva ministara Vijeća Europe državama članicama o organiziranju palijativne skrbi.“ (39, 40, 41).

Isto tako važno je odgovarajućim organizacijskim oblicima povezati čimbenike palijativne skrbi te izraditi plan smjernica i preporuka za pružanje i razvoj iste. Također, iznimno je važno i dalje se educirati iz spomenutog područja te u konačnici osmisliti prijedlog zbrinjavanja ne samo palijativnih bolesnika već i njihovih obitelji.

Prema mišljenju Europskog udruženja za palijativnu skrb, istraživanjem provedenim za Republiku Hrvatsku nameće se potreba za palijativnom skrbi kod 26 000 - 46 000 pacijenata na godinu. Obzirom na te podatke, najmanje 20% pacijenata oboljelih od tumora i 5% neonkoloških bolesnika zahtijeva u posljednjih godinu dana života specijalnu palijativnu njegu dok se broj palijativnih postelja u državi procjenjuje na 430. (42)

Aktualizacijom potrebe za palijativnom skrbi u Republici Hrvatskoj, na županijskoj razini pokreće se strategija razvoja palijativne skrbi. Uvidom u potrebe pojedine županije za palijativnom skrbi te u resurse kojima pojedina županija raspolaže, specifičnosti pojedinog područja i potrebe lokalnog stanovništva, nastoji se izgraditi temelj usklađenog razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj baziran na zajedničkim smjernicama, a opet prilagođen potrebama pojedine lokalne zajednice. Do kraja 2018. godine očekuje se razvoj planova za sve županije (42).

Sama edukacija nikad nije bila na većoj razini jer su mnogi prepoznali potrebu integracije palijativnih sadržaja u kurikulumе fakultetskih ustanova, čemu u prilog svjedoče samostalni i izborni kolegiji na zdravstvenim i socijalnim studijima kao i radionice i tečajevi koji se organiziraju u zdravstvenim ustanovama kako bi se što bolje osvijestilo svekoliko pučanstvo o potrebi i problemu palijativne skrbi (42).

7. 1. Organizacijski sustav palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj

Načela organizacije sustava palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj:

„ 1. Palijativna skrb u Hrvatskoj predstavlja integrirani model skrbi čiji su temeljni nositelji postojeći elementi sustava zdravstvene zaštite na primarnoj i bolničkoj razini te socijalne skrbi (ustanove, centri, socijalni radnici...).

2. Sustav palijativne skrbi primarno se ne uspostavlja kao novi/dodatni sustav, već se ustrojava prenamjenom postojećih prostornih resursa, osnaživanjem i osposobljavanjem profesionalaca te uspostavljenjem novih procedura i standarda rada.

3. Ukoliko prenamjenama i unapređenjima postojećih resursa nije moguće osigurati kvalitetnu palijativnu skrb, mogu se razviti dopunski ili novi sustavi i modeli.

4. Palijativna skrb kontinuirano i partnerski uključuje djelovanje drugih sektora koji mogu doprinijeti boljoj skrbi za korisnike usluga palijativne skrbi (volonteri, civilno društvo, obrazovni sustav, religijske zajednice, profitni sektor itd.).

5. Organizacija palijativne skrbi uključuje, potiče i podržava sve oblike vertikalne i horizontalne suradnje, te snažno intersektorsko povezivanje.

6. Kriteriji za određivanje potrebe za palijativnom skrbi moraju biti jedinstveni u cijeloj Hrvatskoj.

7. Standardi i normativi za rad s palijativnim pacijentima trebaju biti drugačiji u odnosu na skrb za ostale pacijente, ali bez negativnog utjecaja na pravednost u korištenju zdravstvene zaštite.

8. Odluka o obliku palijativne skrbi koji će se osigurati donosi se na osnovu više kriterija: potrebe bolesnika, mogućnosti liječenja u kući/dnevnoj bolnici/ustanovi, postojećim uslugama, potrebama obitelji itd.
9. Posebna pažnja i oblici palijativne skrbi posvećuju se vulnerabilnim skupinama poput djece, branitelja, psihijatrijskih bolesnika, stanovništva u demografski ugroženim područjima, zatvorenika, itd.
10. Stacionarna skrb za korisnike palijativne skrbi može se provoditi u zdravstvenim ustanovama koje imaju odgovarajuće posteljne i druge kapacitete te u ustanovama socijalne skrbi.
11. Palijativna skrb mora biti dostupna 24 sata dnevno i svih sedam dana u tjednu (tzv. model 24/7).
12. Palijativna skrb u trenutku potrebe za njom mora biti besplatna za korisnike palijativne skrbi.
13. Volonterski timovi sudjeluju na svim razinama palijativne skrbi.
14. Palijativnog bolesnika, kojem je potrebna stacionarna skrb, treba smještati u palijativne stacionarne kapacitete što bliže pacijentovom mjestu stanovanja kako bi se što bolje očuvali socijalni kontakti i mogućnost posjeta.“ (42)

7. 2. 1. Oblici specijalističke palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj

Utvrđeni su specijalistički oblici palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj:

- koordinator palijativne skrbi
- ustanova palijativne skrbi
- dnevna bolnica palijativne skrbi
- mobilni palijativni tim
- ambulanta za palijativnu medicinu
- odjel palijativne skrbi

- posudionica pomagala
- bolnički tim palijativne skrbi
- volonteri i organizacije društva. (42)

7. 2. Hrvatska i neke razvijenije europske države

Redovite komponente zdravstvene skrbi za pacijenta (hospiciji, palijativni odjeli, ambulanta za bol, instituti palijativne medicine, kućna palijativna skrb te dječji hospiciji) dio su programa vodećih europskih zemalja specijaliziranih za skrb o palijativnim bolesnicima. Tako, primjerice, u Poljskoj, gotovo svaki manji grad ima ne samo hospicij, nego i kućnu hospicijsku njegu (43).

Situacija u Velikoj Britaniji, koju zovu i „kolijevkom modernog hospicijskog pokreta“ gotovo je idealna (220 jedinica palijativne njege s oko 3000 postelja na raspolaganju te tristotinjak službi palijativne skrbi u vlastitom domu pokriva 155 000 pacijenata) (43).

Hrvatska, nažalost, trenutno jako zaostaje za ostalim europskim zemljama. Ipak, posljednjih nekoliko godina situacija se znatno mijenja i to osnivanjem palijativnih centara i općenito osvješćivanjem o iznimnoj potrebi za zbrinjavanjem onih kojima je to najpotrebnije. Nadamo se da će u budućnosti Hrvatska ostvariti kvalitetnu stručnu organizaciju palijativne medicine za svoje nemoćne i terminalno bolesne pacijente. (43).

8. ZAKLJUČAK

Čovjek je misaono biće koje je u stanju razumno sagledati sve što ga čeka na njegovom životnom putu. Živimo u vrijeme kad ništa nije novo i strano, a kontroverzne stvari postaju normalnim dijelom života. Ipak, jedan dio našeg razmišljanja vezan je uz područje koje svi izbjegavaju, a to je pitanje nastanka i prestanka života, odnosno smrti. Iako liberalni, moralno razvijeni, ljudi i dalje izbjegavaju temu smrti i umiranja kao komponente života koja je njegov sastavni i neizbježan dio. Strah od nepoznatog, nerazumljivog, tako dalekog, razlog je zašto ljudi, koji se približe kraju, prestanu funkcionirati, zatvaraju se u sebe i umiru mnogo brže nego to promjene na fizičkoj bazi pokazuju.

Palijativna medicina od samih svojih početaka poziva ljude na dublje razmišljanje o prolaznosti života, a ne promatra smrt kao nešto što treba izbjegavati.

Prikaz slučaja trebao je biti pokazatelj koliko je ljudski život potrošan i unatoč svim uložnim naporima kao i samim ekonomskim komponentama brige o pacijentu, nije se postiglo ono najbitnije, a to je dostojna kakvoća života u zadnjim trenucima i u konačnici spokojna i dostojanstvena smrt.

Iako je većina ljudi upoznata s pojmom palijativne medicine, čini se da na tome i ostaje. Zatvarajući oči pred očitim, brinući se da s tehničke strane budu zadovoljene sve norme, nitko se ne bavi stvarnim potrebama pojedinca.

Uloga medicinske sestre u takvim trenucima može biti od presudne važnosti, jer u tom trenutku ona postaje prva crta obrane, koja apsorbira sve emocije pacijenta koji umire, a s druge strane mora empatično i pribrano razumjeti bolesnika, bez sažalijevanja. Pružajući čvrst oslonac palijativnom pacijentu i njegovoj obitelji, zadnji dani života postanu lakši, a obitelj lakše preboli gubitak.

Iako naizgled vrlo jednostavno, nemoguće je pomiriti se s gubitkom. Gubitak znači poraz, a smrt u medicinskim krugovima znači da je sustav zakazao. Moralna pitanja poput eutanazije ili distanzije nalaze tek mjesta u teološkim polemiziranjima, dok ih medicina u pojedinim trenucima odbacuje, jer nisu sukladna onom opipljivom, a to je da jedino medicinska struka može i mora zadržati život pod svaku cijenu.

No kad se i čini da je bitka izgubljena, okretanjem duhovnosti, čovjekov život dobiva novi smisao jer bit postojanja nije samo u onom materijalnom, već se zadovoljština pronalazi i u duševnim sitnicama.

Pitanje koje se postavlja na kraju jest kakva je situacija u Hrvatskoj, i kakva je osviještenost hrvatskog stanovništva po pitanju palijativne skrbi. Nažalost, tek se u skorije vrijeme počelo aktivnije promišljati o potrebi palijativne skrbi, ulaganju sredstava i podizanju svijesti o moralnim takozvanim tabu činjenicama. Zdravstvo bi u svakom pogledu trebalo zadržati svoj humanistički smisao, a ne težiti prema ekonomskom. Boljom aktualizacijom problema palijativne skrbi, edukacijom prvenstveno osoblja, a potom i zajednice, mijenjaju se razmišljanja o pojmu palijativne skrbi i stavlja se u fokus osoba kojoj najviše treba naša pomoć, a to je palijativni pacijent.

9. LITERATURA

1. La Verna – dostojanstven život do kraja. Letak: Razgovor na kraju života [Online]. 2013. Dostupno na: http://laverna.hr/wp-content/uploads/2013/03/Letak_Razgovori.pdf (19. 9. 2018.)
2. La Verna – dostojanstven život do kraja. Letak: Palijativna skrb – osnove informacije [Online]. 2013. Dostupno na: http://laverna.hr/wp-content/uploads/2013/03/Letak_Osnovne_informacije.pdf (19. 9. 2018.)
3. Marasović Šušnjara I. Palijativna skrb [Online]. Dostupno na: <https://www.seniori.hr/images/pdf/Palijativna-skrb-hr.pdf> (19. 9. 2018.)
4. European Association for Palliative Care. Definition of Palliative Care [Online]. 1998. Dostupno na: <http://www.eapcnet.org/about/definition.html>. (19. 9. 2018.)
5. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002;24:91-96.
6. Jušić A, Dubravčić M, Bralić T, Perković M. Palijativna medicina/skrb. Borba protiv raka. 1996/1997; 27/28(1):39-42.
7. Božić G. Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi. U: Đorđević V, Braš M, Brajković L, ur. Palijativna skrb – brinimo zajedno. Zagreb: Medicinska naklada; 2014. str. 130-146.
8. Persoli – Gudelj M, Lončarić – Katušin M, Mišković P. Bol i smjernice za suzbijanje boli pri kroničnoj rani. *Acta medica Croatia*. 2016; 70 (Supl. 1): 53-56.
9. Halusek S. Uloga medicinske sestre u liječenju boli u ambulanti za bol Opće bolnice Bjelovar (Završni rad). Bjelovar: Visoka tehnička škola u Bjelovaru; 2016.
10. Puvljak L, Sapunar D. Fenomen boli – anatomija, fiziologija, podjela boli. *Medicus*. 2014; 23(1): 7-13.
11. Havelka M. Zdravstvena psihologija – priručnik za nastavnike. 1. izdanje. Jastrebarsko: Naklada „Slap“; 1998.
12. Prka AM. Sestrinske dijagnoze u skrbi za umiruće bolesnike (Završni rad). Zadar: Sveučilište u Zadru, Odjel za zdravstvene studije; 2016.

13. Fučkar G. Uvod u sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju; 1996.
14. Lončarek K. Smjernice za rad s palijativnim pacijentima u hitnim službama. 2015.
15. Jelić J. Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi (Završni rad). Bjelovar: Visoka tehnička škola u Bjelovaru, Stručni studij sestrinstva; 2016.
16. Šimunec D, ur. Sestrinske dijagnoze 2. Hrvatska Komora Medicinskih Sestara. Zagreb; 2013.
17. Jakčin M. Njega kože – prevencija dekubitusa. U: Jušić A, ur. Palijativna skrb u Hrvatskoj i svijetu: Sažeci i članci Prvog kongresa palijativne skrbi Hrvatske 2006. i Petog simpozija hospicij i palijativna skrb 2004. Zagreb: Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb, HLZ; 2006. str. 100-101.
18. Haničević J i suradnici. Prevencija, detekcija i liječenje dekubitusa. Jastrebarsko: Naklada „Slap“; 2009.
19. 4. poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja prve kategorije: Rane – principi i postupci liječenja. Zagreb: Klinička bolnica Dubrava; 2009.
20. Šimunec D, ur. Sestrinske dijagnoze. Hrvatska Komora Medicinskih Sestara. Zagreb; 2011.
21. Kos I. Zdravstvena njega bolesnika s dekubitusom (Završni rad). Bjelovar: Visoka tehnička škola u Bjelovaru; 2017.
22. Đorđević V, Braš M, Brajković L. Osnove palijativne medicine. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
23. Slak J. Kronične neozdravljive bolesti na stičišću s paliativno oskrbo. U: Slak J, ur. Zbornik predavanj. Kranj: Društvo medicinskih sester, babcin i zdravstvenih tehnikov Gorenjske; 2009.
24. Manavski M. Duhovna skrb u palijativi. U: Đorđević V, Braš M, Brajković L, ur. Palijativna skrb – brinimo zajedno. Zagreb: Medicinska naklada; 2014. str. 250-251.
25. Bešlić V. Duhovnost i duhovnik u palijativnoj skrbi. Nova prisutnost: časopis za intelektualna i duhovna pitanja. 2017; 15(1): 89-99.
26. Jakovljević M. Duhovnost u suvremenoj medicini i psihijatriji. Zagreb; 2010.
27. Babić M. Uloga duhovnosti u palijativnoj skrbi. Služba Božja. 2013; 53(53): 435 – 440.

28. Krpeljević J. Uloga duhovnika u timu palijativne skrbi. *Medicina familians Croatica*. 2015; 23(1): 51–54.
29. Sinclair S, Chochinov HM. The role of chaplains within oncology interdisciplinary teams. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 2012; 6(2): 259-68.
30. Dobrila – Dintinjana R, Redžović A, Dintinjana M, Belac – Lovasić I. Distanzija – naša stvarnost. *Medicina fluminensis*. 2015; 51(3): 393-395.
31. Sorta Bilajac I, Šegota I. Analiza knjige – Leo Pessini: *Distanzija – Do kada prdouživati život?* U: Jušić A, ur. Palijativna skrb u Hrvatskoj i svijetu: Sažeci i članci Prvog kongresa palijativne skrbi Hrvatske 2006. i Petog simpozija hospicij i palijativna skrb 2004. Zagreb: Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb, HLZ; 2006. str. 147-153.
32. Šegota I. *New Medical Ethics – The Theme*. Društvena istraživanja. 1996; 5: 519-521.
33. *Medicinski leksikon*. Zagreb: Leksikografski zavod Miroslav Krleža. 1990. str. 977.
34. Šegota I. Bioetika. U: Šegota I, ur. *Etika sestinstva*. Zagreb: Pergamena d.o.o.; 1997. str. 62-64.
35. Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe. Recommandation 1418 de 1999. Dostupno na: <http://assembly.coe.int/Documents/AdoptedText/ta99/FREC1418.htm> (25. 9. 2018)
36. *The Goals of Medicine. Setting New Priorities*. Hastings Center Report. 1996; 26(6): 1-27.
37. Tomašević L. Do kada produživati život? *Služba Božja*. 2004; 45(2): 143-146.
38. Ministarstvo zdravstva, Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020., Dostupno na: www.zdravstvo.hr (30. 9. 2018)
39. Radbruch L, Payne S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care*. 2009;16(6):278-289.
40. Radbruch L, Payne S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care*. 2010;17(1):22-33.

41. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies. Dostupno na:

http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec%282003%2924_en.pdf (30. 9. 2018.)

42. Ministarstvo zdravstva. Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. - 2020. Dostupno na:

<https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZVOJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020-%20usvojen%2018.10.2017..pdf> (30. 9. 2018.)

43. Brkljačić M. Aktualno stanje palijativne skrbi u Hrvatskoj. Služba Božja. 2013; 53(3-4): 367.

10. SAŽETAK

Palijativna skrb obuhvaća brigu o pacijentu čija bolest ne reagira na liječenje. Posebna se važnost pridaje olakšavanju ne samo boli već i drugih simptoma kao i psiholoških, socijalnih i duhovnih teškoća. Interdisciplinarni pristup palijativnu bolesniku, a i njegovoj obitelji u svim aspektima ljudskog bića, glavna je odlika palijativne skrbi. Njen se koncept temelji na zbrinjavanju potreba pacijenta neovisno o tome gdje se on nalazi, bilo u bolnici ili u vlastitom domu. Prisutna je prirodna ravnoteža u vidu afirmacije života s jedne strane, odnosno prihvaćanja smrti s druge. Smrt se ne ubrzava niti odgađa, a ujedno se nastoji očuvati najbolja moguća kakvoća samog života do neizbježne smrti.

Medicinska sestra igra važnu ulogu u zbrinjavanju palijativnih pacijenata, svojom stručnošću kvalitetno pruža podršku kroz proces zdravstvene njege, kvalitetnim savjetom i odlikama dobrog slušatelja, primatelja poruke, te pružatelja utjehe u najtežim trenucima kako pacijentu tako i njegovoj obitelji.

Kad se govori o palijativnoj skrbi, također valja spomenuti i neka druga moralna pitanja, koja u modernoj medicini nisu u potpunosti zaživjela, a to su pitanje duhovnosti i koja je uloga duhovnika u palijativnoj skrbi te distanzije, ali i samog smisla istih kod palijativnih pacijenata.

Palijativnu skrb u Republici Hrvatskoj potrebno je razvijati kako bi se dostigli europski i svjetski standardi. Novim strateškim programom aktivno se radi na poboljšanju i sigurno je da palijativnu granu medicine u Hrvatskoj čekaju neki bolji dani.

Ključne riječi: palijativna skrb, medicinska sestra, distanzija

11. SUMMARY

Palliative care refers to patients whose illness doesn't respond to therapy. It puts special attention to not only pain facilitation itself but to other symptoms as well as psychological, social and spiritual difficulties. Their main characteristic is interdisciplinary approach to the patient and his entire family in all the aspects of human being. Its concept is based on taking care of patients regardless where he is- in the hospital or at home. There is a certain natural balance present in life affirmation and death acceptance. While death is not being accelerated or postponed, at the same time, the best life quality itself is trying to be preserved till inevitable end.

Nurse plays an important role in providing for palliative care patients by being an expert for quality support through the health care process, giving great advice and being a good listener, message receiver and comforter in the hardest time to not just the patient but to his family as well.

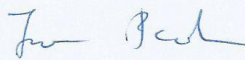
There are also other moral questions connected to the topic not quite fully revealed such as spiritual type, the role of spiritual guide, dysthanasia and its purpose in the life of palliative care patients.

It's necessary to develop palliative care in Croatia in order to reach european and world standards. The new strategic programme is used for active improvement and it is positive that palliative branch of medicine in Croatia is to see better times.

Key words: palliative care, nurse, dysthanasia

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>29. 10. 2018.</u>	Juan Paska	

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

Juan Paska

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, 29. 10. 2018.

Juan Paska
potpis studenta/ice