Sestrinske dijagnoze u skrbi za umiruće bolesnike

Prka, Ana Marija

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:162:490350

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Image not found or type unknown

Repository / Repozitorij:

University of Zadar Institutional Repository

zir.nsk.hr

Image not found or type unknown

Sveučilište u Zadru

Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni preddiplomski jednopredmetni studij sestrinstva

Ana Marija Prka

Sestrinske dijagnoze u skrbi za umiruće bolesnike

Završni rad

Zadar, 2016.

Sveučilište u Zadru

Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni preddiplomski jednopredmetni studij sestrinstva

Nursing diagnosis in palliative care

Završni rad

Student/ica:
Ana Marija Prka

Mentor/ica:
Doc.dr.sc Suzana Konjevoda

Komentor/ica:
Sonja Šare, dipl.ms

Zadar, 2016.

Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Ana Marija Prka,** ovime izjavljujem da je moj **završni** rad pod naslovom **Sestrinske dijagnoze u skrbi za umiruće bolesnike** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 29. rujan 2016.

SADRŽAJ

1. Uvod ... 1

2. Razvoj skrbi za umiruće bolesnike ... 2

3. Palijativni bolesnik i potreba za palijativnom skrbi ... 4

4. Modeli organizacijskih jedinica palijativne skrbi ... 5

5. Zdravstvena njega umirućih bolesnika ... 6

6. Razvoj sestrinskih dijagnoza ... 9

6.1 Sestrinske dijagnoze u skrbi za umiruće bolesnike ... 12

6.1.1 Percepcija i održavanje zdravlja ... 13

6.1.1.1. Visok rizik za pad ... 14

6.1.1.2 Visok rizik za infekcije ... 15

6.1.1.3Visok rizik za krvarenje ... 15

6.1.2 Prehrana i metabolizam ... 16

6.1.2.1 Hipotermija ... 17

6.1.2.2 Hipertermija ... 17

6.1.2.3 Dehidracija ... 18

6.1.6.5 Mučnina ... 19

6.1.2.6 Visok rizik za dekubitus ... 19

6.1.2.7 Oštećenje sluznice usne šupljine ... 21

6.1.3 Eliminacija ... 22

6.1.3.1. Opstipacija ... 23

6.1.3.2. Proljev ... 23

6.1.3.3 Povraćanje ... 24

6.1.3.4 Inkontinencija ... 24

6.1.3.4.1 Inkontinencija stolice ... 25

6.1.3.4.2 Inkontinencija urina ... 25

6.1.3.4.3 Stres inkontinencija ... 25

6.1.3.4.4 Urgentna inkontinencija ... 26

6.1.3.4.5 Funkcionalna inkontinencija 26
6.1.3.4.6 Totalna inkontinencija 27
6.1.3.4.7 Inkontinencija prelijevanja 27
6.1.3.4.8 Refleksna inkontinencija 28
6.1.4. Aktivnosti 28
6.1.4.1 Smanjena mogućnost brige za sebe - osobna higijena 29
6.1.4.2 Smanjena mogućnost brige za sebe- hranjenje 30
6.1.4.3 Smanjena mogućnost brige o sebi- eliminacija 31
6.1.4.4 Smanjena mogućnost brige o sebi- odijevanje i dotjerivanje 31
6.1.4.5. Smanjena pokretljivost 31
6.1.4.6 Smanjeno podnošenje napora 32
6.1.4.7 Smanjena prohodnost dišnih putova 33
6.1.5 Odmor i spavanje 33
6.1.5.1 Nesanica 34
6.1.6 Kognitivno perceptivne funkcije 34
6.1.6.1 Bol 35
6.1.6.2 Smetnje pamćenja 36
6.1.6.3 Poremećaj senzorne percepcije 37
6.1.7 Samopercepcija 37
6.1.7.1 Anksioznost 38
6.1.7.2 Strah 39
6.1.7.3 Nisko samopoštovanje 39
6.1.8 Uloge i odnosi s drugima 40
6.1.8.1 Socijalna izolacija 40
6.1.8.2 Žalovanje 41
1.6.8.3 Promijenjeni obiteljski odnosi 41
6.1.9 Sučeljavanje i tolerancija na stres 42

6.1.9.1 Neučinkovito sučeljavanje 42
6.1.10 Vrijednosti i stavovi 43
6.1.10.1 Duhovna patnja 43
7. Uloga medicinske sestre u skrbi za umiruće bolesnike 44
7.1 Komunikacija s umirućim bolesnikom 45
8. Pružanje podrške obitelji 46
9. Zaključak 48
10. Literatura 49

Sažetak

Medicinske sestre djeluju na svim razinama zdravstvene zaštite – primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj, ali i izvan zdravstvenog sustava pružajući pomoć u očuvanju i unapređenju zdravlja i njegujući bolesne. Od iznimne je važnosti uloga medicinske sestre u pružanju pomoći bolesnicima koji su na kraju životnog puta kako bi im se osigurala bezbolna i dostojanstvena smrt. Teorije zdravstvene njege opisuju sestrinske modele koji su usmjereni pružanju bolje i kvalitetnije skrbi za umiruće bolesnike. Usvajanjem procesa zdravstvene njege kao sustavnog i logičnog pristupa u dijagnosticiranju i rješavanju problema umirućih bolesnika, sestrinske dijagnoze postale su neizostavan dio svakodnevne sestrinske prakse. Povijesno definiranje uloge medicinske sestre pod nazivom „njega bolesnika“ naglasilo je različitost uloge medicinske sestre od promocije zdravlja do sprečavanja komplikacija u posljednjim danima života bolesnika. Teorije zdravstvene njege su nastale pod utjecajem specifičnog obrazovanja, stavova, iskustva i okruženja medicinskih sestara koje su ih implementirale u praksu, ali im je zajednička skrb za umiruće bolesnike. Danas zahvaljujući suvremenim pristupima u prihvaćenosti procesa zdravstvene njege medicinske sestre imaju mogućnosti procjenjivati potrebe umirućih bolesnika, dijagnosticirati probleme i prilagoditi intervencije koje će osigurati najveću razinu kvalitete zdravstvene njege.

Ključne riječi: zdravstvena njega, sestrinske dijagnoze, palijativna skrb, palijativni bolesnik

Summary

Nurses are working at all levels of care - primary, secondary and tertiary, and outside the health care system by providing assistance in maintaining and improving health and fostering ill. It is extremely important role of nurses in assisting patients who are living in the end times in order to ensure a painless and dignified death. Theories of health care describe nursing models that are directed to providing more and better care for dying patients. By adopting the process of health care as a systematic and logical approach to diagnose and resolve problems of dying patients, nursing diagnoses have become an indispensable part of everyday nursing practice. Historically, defining the role of a nurse called "care" stressed the diversity of the role of nurses from health promotion to prevent complications in the last days of life. Theories of health care are under influence of specific education, attitudes, experiences and environments of nurses that were implemented in practice but there is a common concern for dying patients. Today, thanks to modern approaches in the acceptance process of health care nurses are able to assess the needs of dying patients, diagnose problems and adjust interventions that ensure the highest level of quality health care.

Keywords: health care, nursing diagnosis, palliative care, palliative patient

1. Uvod

Prihvatiti život znači prihvatiti neizbježivi dio boli i patnje. Snagom ljudskog dostojanstva svaki čovjek u svakom stadiju svoga života makar ono bilo stavljeno u pitanje teškom bolešću ili patničkom tijeku umiranja uvijek zadržava pravo i dužnost na poštivanje temelja i preduvjeta tog dostojanstva (1). Stoljeće prije, većina ljudi je umirala od posljedica teških ozljeda ili ozbiljnih infekcija. Ljudi sa srčanim bolestima ili malignom bolešću imali su malu mogućnost za dug životni vijek nakon dijagnosticiranja bolesti. No, danas intenzivnim razvojem medicine i zdravstvene njege poseban se naglasak stavlja na produljenje životnog vijeka, poboljšanje kvalitete života i omogućavanje zadovoljenja osnovnih ljudskih potreba svakog pojedinca sve do smrti.

Veliku ulogu u skrbi za umirućeg bolesnika osim liječnika ima i medicinska sestra. Medicinske sestre imaju jedinstvenu zadaću da budu sigurne da je bolesnik umro dostojanstveno i u miru. U provođenju skrbi u zadnjem stadiju bolesti medicinske sestre moraju sjediniti standarde skrbi primjenjive za progresivnu fazu bolesti. Cilj pružanja zdravstvene njege umirućih bolesnika je umanjiti ili odgoditi patnju i bol, pomoći i osigurati bolesniku kvalitetan život i omogućiti očuvanje dostojanstva u procesu umiranja. Kontinuiranim praćenjem bolesnikova stanja, te trajnom procjenom i evaluacijom medicinska sestra utvrđuje probleme koji su prisutni kod bolesnika. Nakon utvrđenih problema, medicinska sestra postavlja dijagnozu i u skladu s njom provodi intervencije kako bi umanjila ili otklonila postojeći problem. Sestrinske dijagnoze koje se javljaju kod umirućih bolesnika nastaju kao posljedica napredovanja maligne bolesti, medikacije, sekundarnih infekcija, tjeskobe i depresije. Umirućim bolesnicima ne treba ubijati nadu za životom iako znaju da im se smrt bliži i dalje imaju nadu da će se izliječiti od bolesti i biti jedni od onih koji su preživjeli, a isto tako nadaju se i njihovi najbliži.

Palijativna skrb se razvila kako bi se prepoznale specifične potrebe umirućih bolesnika i njihovih obitelji za zdravstvenom i ostalim oblicima skrbi. Cilj palijativne skrbi je da promovira kvalitetu života kroz različite stadije bolesti, oslobađajući od boli i patnje. Prije mnogo godina, ona se primjenjivala u trenutku kada je smrt neposredno uslijedila, no danas se može primijeniti mnogo ranije već nakon postavljanja loše prognoze. Važno je istaknuti da palijativna skrb naglašava život, umiranje se smatra normalnim procesom uz nemogućnost odgode smrti, ali mogućnosti ublažavanja simptoma i znakova bolesti (2).

Medicinske su sestre prve koje su odgovorile na izazove palijativne skrbi te ostaju jezgre na osobnom i profesionalnom putu u omogućavanju ljudima da pronađu olakšanje, podršku i značenje na kraju svog života. Nema člana interdisciplinarnog tima koji je bolji od medicinske sestre da učini otkrića palijativne skrbi mogućim (3).

2. Razvoj skrbi za umiruće bolesnike

Oduvijek je bila prepoznata težnja da se umirućim bolesnicima nastoji olakšati posljednje trenutke života, duhovnom i humanom pratnjom, te primjerenom medicinskom skrbi. Usprkos ubrzanom svjetskom razvoju palijativne medicine kao odgovoru na vodeće medicinske zahtjeve s porastom neizlječivih „kroničnih bolesti“, Hrvatska se nalazi tek na početku nakon godina sustavnog zanemarivanja ovog iznimnog važnog problema. Razvoj palijativne medicine odvija se 60-ih godina u Velikoj Britaniji te 70-ih u SAD-u i Kanadi, a glavni utjecaj na razvoj palijativne medicine i palijativne skrbi imao je hospicijski pokret. Cicely Saunders, začetnica hospicijskog pokreta, još kao medicinska sestra uvidjela je potrebu za posebnom njegom bolesnika u terminalnoj fazi bolesti. Svojim ustrajnim radom i angažmanom uspjela je osnovati prvi hospicijski centar Sv. Christopher u Londonu 1967.god., koji je postao jedan od najvećih edukacijskih centara za palijativnu skrb (4,5).

U začecima palijativne medicine, aktivno liječenje i palijativna medicina su bili strogo odvojeni, te u je u tom razdoblju bilo opravdano kao sinonime koristiti termine hospicij i palijativna skrb. Veliki utjecaj u SAD-u imala je psihijatrica Elisabeth Kubller-Ross, čije su knjige o komunikaciji s terminalnim bolesnikom i njegovim potrebama te odnosu liječnik-bolesnik - obitelj izazvale „pravu revoluciju“ (4). Izraz *palijativna skrb* prvi je upotrijebio kirurg Balfour Mount. Međutim, 1975. godine kad je tražio odgovarajući naziv za svoju novu stacionarnu jedinicu u Montrealu, budući da se u francuskom govornom području Kanade izraz "hospicij" već koristio u drukčijem kontekst, otkrio je nesklad među pojmovima. Još od tad traje borba za zajednički jezik u hospicijskoj i palijativnoj skrbi diljem svijeta, što ometa razvoj međunarodnih standarda i normativa. Iste te godine, 1974., Balfour Mount osniva prvu svjetsku palijativnu službu pri bolnici u Montrealu, kao dio medicinskog fakulteta, a sve više se naglašava vrijednost palijativne službe pri bolnicama, osobito u cilju kontrole boli (6).

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) 2002. godine daje definiciju palijativne skrbi te ju opisuje kao pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji suočenih s problemom za život ugrožavajuće bolesti, preko prevencije i smanjivanja patnje pomoću ranog uočavanja, obrade i liječenja boli i ostalih fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih problema. SZO naglašava da se palijativna skrb treba i mora koristiti u ranom tijeku bolesti zajedno s terapijskim modalitetima koji produžuju život. Iz navedenog slijedi da je hospicijski pokret samo jedan od dijelova palijativne medicine i nikako ne može služiti kao njezina zamjena. Osim definicije SZO, nešto sveobuhvatniju definiciju dalo je Europsko udruženje za palijativnu skrb koje navodi da je palijativna skrb aktivna, ukupna skrb za pacijenta čija bolest ne reagira na postupke liječenja. Najvažnije je suzbijanje boli, ili drugih simptoma te zbrinjavanje socijalnih, psiholoških i duhovnih potreba. Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu te svojim djelokrugom obuhvaća pacijenta, obitelj i zajednicu. Uspoređujući ove dvije definicije možemo uočiti bitne razlike u pristupu palijativnoj skrbi, od samog određivanja bolesti koja kvalificira palijativnog bolesnika pa sve do trenutka početka djelovanja palijativne medicine (5,6).

Na području Hrvatske veliko ime vezano za palijativnu medicinu je svakako prof. Anica Jušić. Ona je osnovala Hrvatsku udrugu prijatelja hospicija, kao logističku potporu zborskom društvu. Godine 1999., u prosincu, provedena je prva interdisciplinarna hospicijska posjeta. U jesen 2002. otvoren je Regionalni hospicijski centar, uz deklarativnu podršku Ministarstva zdravstva, kao centar za hospicijske kućne posjete te supervizijske i didaktičke sastanke i tečajeve. Usporedno se počela razvijati i služba žalovanja, ambulanta za bol i palijativnu skrb. U Hrvatskoj su pokrenute i akcije (Ostani uz mene, Čini dobro - osjećaj se dobro), brojni tečajevi i edukacije, otvoren je Centar za koordinaciju palijativne skrbi, udruge, hospicij, u sklopu pojedinih bolnica otvoreni su odjeli palijativne skrbi, te je izrađen i prihvaćen Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj. Godine 2010. otvoren je i Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine (CEPAMET), a 2013. otvoren je i prvi hospicij u Rijeci. U međuvremenu se otvaraju i hospiciji u privatnim domovima za stare i nemoćne, a Ministarstvo zdravlja izrađuje Nacionalnu strategiju razvoja zdravstva 2012.-2020. u kojoj se naglašava uspostava sustava palijativne skrbi, odnosno njezin organizacijski i zakonski okviri. Stalni angažman i rad stručnjaka doprinosi sve većem napretku razvoja palijativne skrbi u Hrvatskoj (7,8,9).

3. Palijativni bolesnik i potreba za palijativnom skrbi

U početku razvitka palijativne medicine, taj pojam je bio usko vezan uz onkološke bolesnike u uznapredovalim ili terminalnim fazama bolesti. Međutim, s promjenama unutar epidemiološke slike vodećih bolesti, palijativna medicina polako ulazi u druga područja medicine od anesteziologije preko interne medicine do neurologije (7). Prema današnjim procjenama nešto više od 60% bolesnika, koji bi se trebali nalaziti unutar sustava palijativne skrbi, boluje od neke onkološke bolesti, dok ostatak (40%) čini spektrum različitih bolesti od demencije i cerebrovaskularnog inzulta do posljednjih stadija kroničnog zatajenja jetre, kardijalne insuficijencije te kronične opstruktivne bolesti pluća. Zbog starenja stanovništva i posljedične demografske promjene u zapadnom svijetu te kronične bolesti postaju sve aktualnije i postavlja se pitanje jesu li ti bolesnici zapravo palijativni bolesnici. Usprkos različitom tijeku tih bolesti, ishod ostaje isti, tj. smrt. Često se palijativna skrb pogrešno povezuje samo sa starijim bolesnicima, iako od teških i neizlječivih bolesti obolijevaju i umiru ljudi svih dobi, a nažalost i djeca. Palijativna skrb ne odnosi se samo na posljednje dane života, nego je nerijetko potrebna mjesecima, pa i godinama - od spoznaje o dijagnozi neizlječive bolesti pa do razdoblja žalovanja poslije smrti bolesnika. Prema tome, možemo zaključiti da status *palijativni bolesnik* dobiva dijete ili odrasla osoba onog trenutka kad mu je dijagnosticirana kronična ili neizlječiva bolest (8).

Mnogi bolesnici nisu u mogućnosti da umru na njima najpovoljnijem mjestu, što je svakako njihov dom. Integracija palijativne skrbi kroz bolju koordinaciju i komunikaciju na svim razinama zdravstvene zaštite, donosi poboljšanje u kontinuitetu skrbi za palijativnog bolesnika. Kriteriji i smjernice za uključivanje pacijenata u palijativnu skrb, neizmjerna su pomoć stručnjacima. Također, važno je istaknuti kako je nužno uvođenje kolegija iz područja palijativne skrbi u školovanje zdravstvenih radnika te specijalizacija kako za doktore medicine, tako i za medicinske sestre kako bi se palijativna skrb što bolje mogla razvijati (10). U Republici Hrvatskoj prepoznata je potreba formalnog obrazovanja iz područja palijativne skrbi te se u programe obrazovanja medicinskih sestara na višim razinama uvodi obvezni predmet dok je srednjoškolsko obrazovanje još uvijek deficitarno u svom kurikulumu.

Elisabeth Kubller-Ross opisala je pet faza kroz koje prolazi osoba i članovi njezine obitelji u prihvaćanju bolesti. Prema Ross te su faze neizbježne i vrlo korisne. Razumijevanje medicinske sestre i provođenje učinkovitih sestrinskih intervencija u svim fazama od

iznimnog je značaja za osobu ili člana obitelji koji prolazi kroz teško životno razdoblje (11, 12).

- **Nepriznavanje i osamljivanje**- osoba odbija bilo kakvu informaciju, prisutan je strah i tjeskoba.
- **Gnjev ili ljutnja**- osoba je ogorčena što se to dogodilo upravo njoj jer ona to ne zaslužuje, pristuno je agresivno i destruktivno ponašanje, verbalni napadi, odbijanje komunikacije.
- **Cjenkanje ili pregovaranje**- osoba i obitelj čine sve da dođe do ozdravljenja, istražuju sve mogućnosti liječenja, grčevito se bore i nadaju ozdravljenju.
- **Depresija**- prisutna je zabrinutost, plačljivost, osjećaj tuge i samosažaljenja.
- **Prihvaćanje-** faza u kojoj je potrebna najveća podrška i razumijevanje, kod osobe se javlja ravnodušnost ili nemoć.

4. Modeli organizacijskih jedinica palijativne skrbi

Organizacijski modeli palijativne skrbi razvijali su se sukladno s potrebama umirućih bolesnika. Razlikujemo više modela, no zajednička za svakoga od njih je interdisciplinarni način rada. Organizacijski modeli palijativne skrbi mogu se podijeliti na:

- **Hospicij -** samostalna zdravstveno - socijalna ustanova ili specijalna bolnica u koju se primaju bolesnici u završnom stadiju života zbog palijacije simptoma i psihološke, duhovne i društvene podrške.
- **Palijativna kućna skrb** - pruža psihosocijalnu potporu, pomaže u medikaciji, provodi potrebne oblike skrbi.
- **Palijativni dnevni centri** - mogu se organizirati uz hospicij ili uz centar gerijatrijskih timova uz koje se mogu nalaziti i jedinice za pomoć u žalovanju. Profesionalci su organizatori, a volonteri izvršitelji.

Palijativnu skrb mogu provoditi specijalizirane i nespecijalizirane službe. U specijalizirane službe palijativne skrbi ubrajamo: stacionarne jedinice palijativne skrbi, stacionarni hospiciji, bolnički timovi za palijativnu skrb, mobilni timovi za socijalnu skrb, hospicijski timovi u zajednici, hospicijski dnevni boravci i ambulantne službe. Nespecijalizirane službe palijativne skrbi, provode opće principe palijativne skrbi, a to su: patronažna skrb, liječnici opće medicine, službe za kućnu njegu, jedinice u općim bolnicama, domovi za starije i nemoćne

osobe. Od 2008. godine do 2014. godine na području Republike Hrvatske osnovano je sedam mobilnih timova palijativne skrbi unutar Domova zdravlja (9).

5. Zdravstvena njega umirućih bolesnika

Zdravstvena njega je pojam šireg značenja od njege bolesnika. Njega bolesnika je skup vještina usmjerenih zadovoljavanju fizioloških potreba bolesnika, dok se zdravstvena njega definira kao primjena znanosti i umijeća koja se bavi praksom, istraživanjem i teorijom. Važnost zdravstvene njege proizlazi iz činjenice da je kod bolesnika u terminalnom stadiju bolesti narušeno zadovoljavanje potreba već na fiziološkoj razini. Različiti stručnjaci na području sestrinstva razvijali su zdravstvenu njegu kroz različite modele, definirajući zdravstvenu njegu, bolesnikove potrebe i ulogu medicinske sestre. Razvojem teorija zdravstvene njege naglašavala se važnost "mirne smrti" kao i očuvanje dostojanstva bolesnika u procesu umiranja (13). Virginia Henderson, Nancy Roper i suradnici, te Callista Roy svojim su teorijama doprinijeli boljem i kvalitetnijem pružanju zdravstvene njege bolesnicima s posebnim naglaskom na umiruće bolesnike.

Virginia Henderson svoje znanje i iskustvo stekla je njegom ranjenih i bolesnih. Tijekom školovanja zapažala je nedostatke u obrazovanju medicinskih sestara što ju je potaknulo da se kroz praksu, nastavu i teoretski rad zalaže za cjelovito zbrinjavanje i orijentaciju prema bolesniku, trajnu skrb i zaštitu osoba oboljelih od kroničnih bolesti i njihovih obitelji. Zalagala se i za izobrazbu medicinskih sestara na višim i visokim školama, ukidanje tečajeva za osposobljavanje medicinskih sestara te praktičnu nastavu studenata sestrinstva uz mentore u zdravstvenim ustanovama, na terenu i u pacijentovom domu.

Zdravlje shvaća kao sposobnost pojedinca da samostalno zadovoljava svoje potrebe, pa u skladu s tim, definira zdravstvenu njegu. Ona glasi: *"Uloga medicinske sestre je pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju ili oporavku (**ili mirnoj smrti**), a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. Pomoć treba pružiti na način koji će doprinijeti što bržem postizanju njegove samostalnosti.“* Aktivnosti pri kojima medicinska sestra pomaže pacijentima usmjerene su zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba. **V.Henderson navodi sljedeće osnovne ljudske potrebe:**

- disanje,
- unos hrane i tekućine,

- eliminacija otpadnih tvari,
- kretanje i zauzimanje odgovarajućih položaja tijela,
- odmor i spavanje,
- odijevanje,
- održavanje normalne temperature tijela,
- održavanje osobne higijene,
- izbjegavanje štetnih utjecaja okoline,
- komunikacija s drugim ljudima,
- vjerske potrebe,
- obavljanje svrsishodnog rada,
- rekreacija,
- učenje.

Koncepcija zadovoljavanja osnovnih potreba čovjeka u okvirima zdravstvene njege temelji se na teoriji motivacije Abrahama G. Maslowa, koji navodi pet hijerarhijskih razina potreba, zajedničkih svim ljudima i smatra da se potrebe na višoj razini javljaju tek kada su do određene mjere zadovoljene one na nižem nivou (13).

Osnovne potrebe su:

- **Fiziološke**: odnose na potrebu za za kisikom, vodom, hranom, spavanjem, spolnim odnosima, zaštitom od ekstremnih temperatura, eliminacijom otpadnih tvari senzornom stimulacijom
- **Potrebe za sigurnošću**: odnose na postojanost, red, poredak, strukturu, predvidljivost događaja
- **Potrebe za ljubavlju i pripadanje**: obuhvaćaju uspostavljanje odnosa s drugim ljudima utemeljenih na međusobnom poštivanju, odanosti, privrženosti i povjerenju
- **Potrebe za samopoštovanjem**: usmjerene su na značenje da se svaki pojedinac želi smatrati vrijednim, korisnim, sposobnim da se nosi sa životnim problemima i uspješno ih rješi
- **Potrebe za samoaktualizacijom**: odnose se na težnje čovjeka da se razvija i iskoristi sve svoje mogućnosti, ma kolike one bile.

Iz navedenog možemo zaključiti, da V.Henderson već u samoj definiciji zdravstvene njege naglašava važnost *mirne smrti*.

Sličnu teoriju objavila je i Nancy Roper sa suradnicima. Oni definiraju zdravstvenu njegu kao *"pomoć pacijentu u sprečavanju, rješavanju, ublažavanju i sučeljavanju s problemima u svezi sa svakodnevnim životnim aktivnostima*." U cjelokupnom objašnjenju zadržavaju osnovnu ideju sadržanu u definiciji V.Henderson, ali umjesto naziva "osnovne ljudske potrebe" uvode naziv "životne aktivnosti". Njihov popis modificiraju isključenjem vjerskih te uključivanjem seksualnih aktivnosti i umiranja (30).

Adaptacijski model C.Roy je najčešće primjenjivani model njege terminalnih bolesnika. Orijentiran je na sposobnost osobe da se prilagodi ili prihvati promjene u svom životu te promatra svakog pojedinca koji se prilagođava dinamičnoj okolini na poseban način.

Calista Roy svrstava potrebe u četiri skupine:

- **Fiziološke potrebe**- disanje, prehrana, tekućina i elektroliti, eliminacija, aktivnosti, odmor i spavanje, osobna higijena, sigurnost
- **Samopercepcija**- osjećaji i uvjerenja koji utječu na ponašanje, psihički integritet, osobnost, očekivanja, etičke i moralne norme osobe, učenje, vjera, samopoštovanje
- **Uloge**- položaj, socijalni integritet, ponašanje (roditeljska i društvena uloga)
- **Podrška**- obitelj, prijatelji, crkva, primarna zdravstvena zaštita (14).

Rješavanje problema zdravstvene njege uključuje individualizirani pristup i timski rad. Uloga medicinske sestre u primjeni modela Caliste Roy je da procjeni razinu reakcije bolesnika na novonastalu situaciju, te putem različitih metoda pomaže u prilagodbi primjenjujući proces zdravstvene njege. Favoriziranje Roy adaptacijskog modela je u korelaciji sa palijativnom skrbi. Usporedba adaptacijskog modela C.Roy i palijativne skrbi ukazuje na dodirne točke zdravstvene njege i palijativne skrbi (9).

Adaptacijski model C.Roy	Palijativna skrb
Primatelj zdravstvene njege može biti pojedinac, obitelj ili zajednica.	Primatelj je pojedinac ili obitelj.
Osoba je biopsihosocijalno biće u konstantnoj interakciji s promjenama okoline.	Promatra se cijela osoba
Proces prilagodbe uključuje četiri načina – fiziološki, emocionalni, duhovni i socijalni aspekt.	Unapređenje fizičkog, emocionalnog, socijalnog i duhovnog.

Cilj sestrinske skrbi je promovirati pacijentove adaptacijske sposobnosti.	Naglasak je na kvaliteti života, prihvaćanju umiranja kao normalnog procesa.
Gubitak je vidljiv kao glavni faktor koji utječe na pacijentovo ponašanje.	Bolesnik i obitelj moraju biti zbrinjavani tijekom procesa predviđenog gubitka i žalovanja.
Medicinske sestre fokusiraju svoju pažnju na unutarnje i vanjske stimulanse koji utječu na bolesnikovo iskustvo umiranja i dostojanstva.	Potrebno je razmotriti sve aspekte života i umiranja, uključujući bolesnika i njegovu obitelj.

Tablica 1. Usporedba adaptacijskog modela C.Roy i modela palijativne skrbi

6. Razvoj sestrinskih dijagnoza

Pedesetih godina dvadesetoga stoljeća prvi puta se počinju spominjati sestrinske dijagnoze od strane McManus i V.Fray, no intenzivno bavljenje sestrinskim dijagnozama počinje s prvom stručnom konferencijom o sestrinskim dijagnozama održanom 1973. u St. Louisu, Missouri. Europsko sestrinstvo počinje se baviti sestrinskim dijagnozama krajem osamdesetih godina što je rezultiralo održavanjem prve europske konferencije o sestrinskim dijagnozama 1993. u Copenhagenu, Danska. Druga europska konferencija održana je 1995. u Bruxellesu. Sestrinske dijagnoze formalno su novijeg datuma, ali počeci razvoja mogu se povezati i sa teoretičarkom Florence Nightingale koja je naglašavala važnost sestrinskog opažanja i zaključivanja (15).

U Hrvatskoj se počinje raspravljati o sestrinskim dijagnozama istodobno kada i o procesu zdravstvene njege - krajem osamdesetih godina. Godine 1990., u sklopu projekta *Ljudi ljudima,* Hrvatsku je posjetilo oko pedeset medicinskih sestara iz SAD-a, među kojima su bile Gertrud McFarland i Virginia K. Saba, sestre koje još uvijek imaju vodeću ulogu u razvoju setsrinskih dijagnoza. Nekoliko naših sestara s mnogo entuzijazma pokušalo je uvesti promjene u praksi koje počivaju na načelima procesa. Proces zdravstvene njege i sestrinske dijagnoze uvršteni su i u nastavni plan za obrazovanje viših medicinskih sestara. U početku su to bile teme koje su se obrađivale kroz određeni broj sati nastave, a s vremenom se cjelokupna nastava iz zdravstvene njege počela prilagođavati tim idejama (15).

Sestrinska dijagnoza je naziv za probleme koje sestre samostalno prepoznaju i tretiraju - jednako kao što je medicinska dijagnoza naziv za bolest koju liječnik dijagnosticira i od koje

liječi bolesnika. American Nurses Association (ANA) 1973. godine uvodi u svoje dokumente naziv dijagnoza obvezujući medicinske sestre da ga koriste kao ideju i naziv. Marjory Gordon 1982. opisuje sestrinsku dijagnozu kao aktualan ili potencijalan problem kojeg su medicinske sestre s obzirom na njihovu edukaciju i iskustvo sposobne i ovlaštene tretirati. Jedanaest godina kasnije, L.Y. Carpenito govori da je sestrinska dijagnoza izjava koja opisuje ljudske odgovore pojedinca ili grupe koje sestre mogu legalno identificirati i za koje mogu propisati konačne intervencije radi održavanja zdravstvenog stanja ili smanjenja, otklanjanja i sprječavanje poremećaja. Sestrinska dijagnoza nije isto što i medicinska dijagnoza, sestrinska intervencija niti terapijski postupak. Procjenjujući pacijentovo stanje, sestra može doći do podataka na osnovi kojih prepoznaje problema iz djelokruga drugih stručnjaka ili probleme koji zahtijevaju multidisciplinski pristup. Prema tome, nije svaki zaključak proizišao iz tumačenja prikupljenih podataka sestrinska dijagnoza. Upravo o tome nas upozorava Carpenitova. Kako bi adekvatno zbrinula pacijentove potrebe medicinska sestra mora kontinuirano procjenjivati njegovo tjelesno stanje koristeći se pritom obrascem zdravstvenog funkcioniranja, ali ovisno o situaciji s pacijentom i druge obrasce (15).

Nakon prve konferencije o sestrinskim dijagnozama, termin *sestrinska dijagnoza* odnosio se na naziv koji opisuje zdravstveno stanje koje sestra može legalno dijagnosticirati i tretirati. Sestre koriste izraz *sestrinska dijagnoza* za tvrdnje koje imaju dva ili tri dijela, a koje opisuju reakciju pojedinca, obitelji ili skupine na neku situaciju ili zdravstveni problem. Da bi medicinske sestre mogle postaviti dijagnozu moraju imati klasifikaciju sestrinskih dijagnoza. Prvu klasifikaciju, koja je obuhvaćala 21 problem, objavila je Fay Abdellah. 70-tih godina pacijent i njegovi problemi postaju središte zbivanja, a ne postupci i aktivnosti medicinske sestre. Iz toga je proizišla potreba da klasifikacija bude doista klasifikacija problema opisanih u terminima zdravstvenog stanja pacijenta. Godine 1982. osniva se The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), kao i radne grupe za klasifikaciju i reviziju dijagnoza. Aktivnost NANDA-e rezultirala je u SAD-u najprihvaćenijom klasifikacijom dijagnoza - The National Conference System (NCS). NCS klasifikacija obuhvaća probleme bolesnih i nije prikladna u radu sa zdravom populacijom (15).

Svaka sestrinska dijagnoza obrađena je po modelu: naziv, definicija, definirajuće obilježje te etiološki i rizični činitelji. Naziv nudi sažeti opis aktualnog ili visoko rizičnoga problema odnosno zdravstvenoga stanja pojedinca. Definicija objašnjava značenje naziva i omogućava razlikovanje imenovanog problema od svih ostalih. Definirajuća obilježja su pokazatelji na osnovi kojih se procjenjuje prisutnost određenog problema. Ti pokazatelji mogu biti simptomi i znakovi. NANDA razlikuje dvije vrste definirajućih obilježja: jako

važne ili glavne koja se javljaju u 80% do 100% bolesnika, te manje važna koji sa prisutna u 50% do 79% bolesnika. Etiološki i rizični činitelji su oni koji mogu promijeniti zdravstveno stanje ili utjecati na razvoj problema.

Sestrinske dijagnoze mogu biti: aktualne, visoko rizične, moguće ili vjerojatne, povoljne, te skupne sestrinske dijagnoze ili sindromi. Aktualne sestrinske dijagnoze opisuju problem koji je prisutan i koji se može prepoznati na osnovi vidljivih obilježja problema. Prema NANDA-i visoko rizična sestrinska dijagnoza je klinička prosudba da su pojedinac, obitelj ili zajednica podložniji razvoju određenoga problema negoli drugi u jednakoj ili sličnoj situaciji. Aktualne i visoko rizične sestrinske dijagnoze razlikuju se s obzirom na vrstu podataka na osnovi koje se dijagnosticiraju, ciljeve i intervencije. Moguće ili vjerojatne sestrinske dijagnoze postavljamo kada nemamo dovoljno podataka na osnovi kojih sa sigurnošću možemo utvrditi određeni aktualni ili visoko rizični problem. Povoljne sestrinske dijagnoze NANDA definira kao kliničke prosudbe o pojedincima, skupinama ili zajednici u prijelazu od određene razine dobrobiti do više razine dobrobiti. O skupnim sestrinskim dijagnozama možemo govoriti kada je prisutno više aktualnih ili visoko rizičnih sestrinskih dijagnoza koje su prisutne zbog određenog stanja.

Sestrinske dijagnoze mogu se formulirati na različite načine, a najprihvaćeniji model-PES model, predložila je M.Gordon. Prema tom modelu, cjelovita dijagnoza obuhvaća problem (P), etiologiju odnosno uzroke (E) i simptome (S). Takav način forumuliranja dijagnoza daje specifičnu i cjelovitu informaciju o pacijentovom stanju. Međutim, u planove zdravstvene njege često se upisuje dijagnoza koja se sastoji od dvaju dijelova: problema i uzroka. *Problem je uvijek opis onoga vida pacijentova zdravstvenog stanja koji zahtijeva sestrinsku intervenciju*. U skladu s definicijom zdravstvene njege V.Henderson, problem se odnosi na stupanj samostalnosti i način zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba.

Ako teoretsku osnovu zdravstvene njege čini tumačenje ANA-e i NANDA-e, opis problema je donekle različit i odnosi se na spomenuta područja odgovora na zdravstvene probleme. Uzroci problema koji se opisuju u drugom dijelu dijagnoze mogu biti raznovrsni i obuhvaćati okolinske činitelje, fiziološke, emocionalne, kognitivne i sociokulturalne. Kadgod je moguće, sestra nastoji otkloniti uzroke u nastanku problema, ali često joj preostaju samo intervencije kojima se na neki način zaobilazi uzrok. Samo cjelovita dijagnoza čini dobru osnovu za planiranje zdravstvene njege. Simptomi koji čine treći dio PES modela, su podaci o pacijentu na osnovi kojih se prepoznaju problemi. Simptomi se definiraju kao pokazatelji postojanja nečega. U užem smislu, simptomi su jedna vrsta podataka, to jest pokazatelja problema i ograničavaju se na poteškoće koje navodi bolesnik kao što su bol, svrbež, mučnina

i slično, za razliku od znakova koji se odnose na vanjskom promatraču dostupne promjene, kao što su otekline, crvenilo, hroptanje i slično. Po PES modelu mogu se formulirati samo aktualne sestrinske dijagnoze. Visoko rizične dijagnoze mogu se formulirati samo po PE modelu, dakle bez trećeg dijela koji opisuje simptome (15).

Jedinstvena stručna terminologija, uključujući i klasifikaciju sestrinskih dijagnoza nužan je uvjet za komunikaciju, istraživanje i podučavanje. Stanja koja zahtijevaju složene i dugačke opise, pomoću dijagnoza mogu se kratko izraziti. Sestrinske dijagnoze unapređuju sestrinsku praksu, obrazovanje i istraživanja. Nadalje, pomoću njih sestre će moći udovoljiti zahtjevima zdravstvene informatike, a istodobno će moći iskoristiti sve prednosti što ih dobro dokumentiranje i informatika pružaju. Klasifikacija sestrinskih dijagnoza i proces sestrinske skrbi pružaju okvir za istraživački rad. Osim toga, sestrinske dijagnoze omogućavaju da se struka uči na pravi način, te se uz pomoć njih jasno vidi za što je sestra nadležna, što pridonosi povećanju pojedinačne odgovornosti, a time i povećanju profesionalne autonomije.

6.1 Sestrinske dijagnoze u skrbi za umiruće bolesnike

Njega teških i umirućih bolesnika spada među najteže poslove u sestrinskom zanimanju. Sestre koje njeguju umiruće bolesnike nerijetko dospijevaju u nepremostivi nesklad između onoga što su u procesu socijalizacije naučile, društvenih vrijednosti koje su usvojile, očekivanja sredine u kojoj se nalaze, te na koncu objektivnih mogućnosti djelovanja koje im stoje na raspolaganju. Sestra, doživljavajući i proživljavajući smrt i nestanak drugih ljudi, biva prisiljena da se i sama podsjeća na prolaznost života i vlastitu smrt (16, 17).

Kako bi adekvatno zbrinula potrebe umirućih bolesnika medicinska sestra procjenjuje njegovo stanje koristeći se pritom obrascem zdravstvenog funkcioniranja, ali ovisno o situaciji s pacijentom i druge obrasce. Medicinska sestra prikuplja podatke o trenutnom stanju bolesnika, njegovim vjerovanjima, očekivanjima, razumijevanju, suočavanju i prihvaćanju situacije. Nakon uvida u pacijentovo stanje sestre postavljaju sestrinsku dijagnozu.

Cilj zdravstvene njege umirućih bolesnika je umanjiti ili odgoditi patnju i bol, pomoći i osigurati bolesniku kvalitetan život i omogućiti očuvanje dostojanstva u procesu umiranja. Provođenjem skrbi za bolesnika, pružamo podršku obitelji koja sudjeluje ili ne sudjeluje u zbrinjavanju bolesnika. Sestrinske dijagnoze koje se javljaju kod umirućih bolesnika nastaju kao posljedica napredovanja maligne bolesti, medikacije, sekundarnih infekcija, tjeskobe i

depresije. Provođenje zdravstvene njege usmjereno je na rješavanje prisutnih sestrinskih dijagnoza kroz sveobuhvatnu procjenu, provođenje intervencija i trajnu evaluaciju. Trajna evaluacija je osnova simptomatskog liječenja i zbrinjavanja. Prioriteti evaluacije su:

- identificirati bolesnikove glavne probleme,
- pažljivo slušati ono što bolesnik kaže,
- vjerovati onome što bolesnik kaže.

U ovome radu obradit ću najučestalije sestrinske dijagnoze koje se javljaju kod umirućih bolesnika prema obrascima zdravstvenog funkcioniranja M. Gordon.

M. Gordon govori o obrascima zdravstvenog funkcioniranja koji se odnose na percepciju i održavanje zdravlja, nutritivno-metabolički obrazac, eliminaciju, tjelesnu aktivnost, odmor i spavanje, kognitivno-perceptivni obrazac, samopercepciju, obrazac uloga i odnosa, seksualno – reprodukcijski obrazac, sučeljavanje i toleranciju stresa, obrazac vrijednosti i vjerovanja. Obrasci zdravstvenog funkcioniranja najprihvaćeniji su model za strukturiranje sestrinske anamneze. Formular za sestrinsku anamnezu i status mora sadržavati opće (identifikacijske) podatke, situacijske podatke i obrasce zdravstvenoga funkcioniranja (ili osnovne ljudske potrebe ako sestre procijene da im je to s obzirom na znanje, iskustvo i osobitosti njihove prakse prihvatljivije). Promatrana kao pomoć proizišla iz analize ljudskih potreba, osnovna je zdravstvena njega univerzalna. Jednaka je zato što svi ljudi imaju jedinstvene potrebe. Istodobno, ta je pomoć beskrajno raznolika jer ne postoje dvije jednake osobe i svaki čovjek tumači svoje ljudske potrebe na način koji tvori jedinstveni obrazac. Jednostavnije, osnovna zdravstvena njega sastavljena je od istih dijelova, ali oni moraju biti modificirani i zadovoljeni različitim metodama, sukladno bolesnikovim zahtjevima (15).

6.1.1 Percepcija i održavanje zdravlja

Obrazac percepcija i održavanje zdravlja opisuje bolesnikovu percepciju zdravlja i blagostanja. Navedeni obrazac dati će nam podatke i o aktivnostima koje bolesnik obavlja radi održavanja zdravlja. Za dobivanje tih podataka, medicinska sestra će ispitati bolesnika o općem zdravstvenom stanju, što čini da očuva svoje zdravlja i da li je to uspješno, pridržava li se uputa i savjeta dobivenih od liječnika i medicinske sestre, što misli da je uzrokovalo sadašnju bolest te što mu je važno tijekom hospitalizacije. S obzirom na prikupljene podatke medicinska sestra postavlja dijagnozu (18). Sestrinski problemi iz ovog obrasca su:

- Visok rizik za pad

- Nesurađivanje
- Lutanje
- Učinkovito pridržavanje zdravstvenih preporuka
- Neučinkovito pridržavanje zdravstvenih preporuka
- Visok rizik za aspiraciju
- Visok rizik za infekciju
- Visok rizik za krvarenje
- Sedentirani stil života

Moguće sestrinski problemi kod umirućih bolesnika iz ovog obrasca su:

- Visok rizik za pad
- Visok rizik za infekcije
- Visok rizik za krvarenje

6.1.1.1. Visok rizik za pad

Pad se definira kao iznenadna, nenamjerna promjena položaja tijela koja dovodi osobu na niži nivo, predmet, pod ili zemlju, a isključuje namjernu promjenu položaja tijela. Padovi kod umirućih bolesnika značajan su javnozdravstveni problem. Najučestalije ozljede kao posljedica padova su prijelomi natkoljenice, ručnog zgloba i kralježnice, te traumatske ozljede mozga. 2/3 ovih prijeloma događa se ženama, a 1/3 muškarcima, a u pozadini je najčešće osteoporoza koja je jače izražena kod žena kao i slabija mišićna snaga (19). Rizični čimbenici koji mogu dovesti do pada su bolesti sustava za kretanje, bolesti živčanog sustava, maligne bolesti, psihogeni poremećaji, kognitivni deficit, opća slabost, određeni lijekovi, poslijeoperacijski period, nedostatak zaštitnih pomagala. Osnovni cilj u prevenciji pada je svesti na najmanju moguću mjeru rizične faktore i njihov broj (18). Uloga medicinske sestre je upoznati bolesnika s novom i nepoznatom okolinom. Važno je ukloniti sve prepreke i barijere koje mogu dovesti do pada. S obzirom na stupanj pokretljivost, medicinska sestra će pomoći bolesniku u promjeni položaja i pokušaju ustajanja. Bolesniku treba osigurati dovoljnu količinu svjetla, postaviti noću lampu i zvono pored kreveta.

6.1.1.2 Visok rizik za infekcije

Problem visokog rizika za infekcije često se javlja uz različita medicinska stanja kao što su različite kronične bolesti, poremećaj prehrane te oslabljen imunološki sustav. Izvori infekcije najčešće su intravenski i arterijski kateteri, urinarni kateteri, endotraheana intubacija, stome i kirurški zahvati. Kod umirućih bolesnika poseban rizik nastanku infekcija pridonosi kemoterapija, primjena imunosupresiva, dugotrajna hospitalizacija i oslabljen imunitet. Uloga medicinske sestre je svakodnevno mjerenje vitalnih znakova, praćenje izgleda izlučevina, uzimanje uzoraka za bakteriološke analize. Posebno je važno održavanje osobne higijene, nošenje zaštitne odjeće, održavanje higijene prostora prema standardnoj proceduri i ograničiti širenje mikroorganizama u okolinu zrakom. Bitno je educirati bolesnika i posjete o higijenskom pranju ruku i o ponašanju u uvjetima izolacije (18).

6.1.1.3 Visok rizik za krvarenje

Povećan rizik za krvarenje često se javlja kod bolesnika sa poremećajem zgrušavanja krvi, gastrointestinalnim poremećajem, poremećenim funkcijama jetre te različitim traumama, a može se javiti i kao posljedica određenih medicinskih zahvata. Značajno krvarenje javlja se u 6-10% umirućih bolesnika sa uznapredovalom malignom bolešću. Krvarenje kao rezultat uznapredovale maligne bolesti je veoma neugodno po bolesnika, obitelj, ali i zdravstvene djelatnike. Važno je da se vjerovatnost krvarenja planira i predvidi, te da se pripremi i dovoljno rano iskomunicira strategija sa suočavanje koja je svima prihvatljiva.

Uloga medicinske sestre je sveobuhvatno promatranje bolesnikova izgleda, stanja i ponašanja. Poseban naglasak usmjeren je na obavezno i redovito promatranje bolesnikove kože i sluznice kako bi se na vrijeme uočili znakovi mogućeg krvarenja. Potrebno je educirati bolesnika i njegovu obitelj o znakovima krvarenja zbog ranog uočavanja i sprječavanja trauma. Bolesnika treba savjetovati da izbjegava napore i lijekove koji potiču ili produžuju vrijeme krvarenja. Treba održati optimalan način prehrane (viokoproteinska i visokokalorična prehran), izbjegavati intramuskularne injekcije i smanjiti učestalost venepunkcija.

6.1.2 Prehrana i metabolizam

Obrazac prehrane i metabolizma naglašava sve aktivnosti koje bolesnik izvodi kako bi zadovoljio osnovnu ljudsku potrebu za hranjenjem. Medicinska sestra će za ovaj obrazac prikupiti podatke o uobičajenom načinu prehrane bolesnika, uzimanju tekućine (vrsta, količina, raspored), promjenama tjelesne težine, kakav je apetiti bolesnika, postoje li poteškoće pri konzumiranju hrane i uzima li bolesnik kakvu posebnu hranu (dijabetička dijeta) (18). Sestrinski problemi iz ovog obrasca su:

- Hipotermija
- Hipertermija
- Visok rizik za poremećaj termoregulacije
- Visok rizik za dehidraciju
- Dehidracija
- Povećan volumen tekućina
- Poremećaj prehrane - manjkav unos hrane
- Mučnina
- Visok rizik za dekubitus
- Oštećenje sluznice usne šupljine
- Otežano gutanje

Sestrinski problemi kod umirućih bolesnika vezanih uz ovaj obrazac su:

- Hipotermija
- Hipertermija
- Dehidracija
- Smanjen unos hrane
- Mučnina
- Visok rizik za dekubitus
- Oštećenje sluznice usne šupljine
- Otežano gutanje

6.1.2.1 Hipotermija

Hipotermija je stanje pri kojemu tjelesna temperatura opada za više od 2 °C ispod zdrave razine, koja iznosi oko 37 °C. Hipotermija se često javlja kod umirućih bolesnika. Posebice treba voditi računa o promjenama koje se u organizmu događaju. Tjelesna masa se mijenja, i to često u smislu porasta, što nastaje zbog povećanja količine masnog tkiva, dok je količina mišićnog tkiva manja. Ukupna količina vode u tijelu smanjuje se za 10 – 15%. Događaju se i brojne promjene potpornog tkiva, a kosti gube mineralni sastav. Sposobnost tjelesnog napora se smanjuje. Gubi se potkožno masno tkivo, koža postaje tanja i počinje gubiti svojstvo izolatora topline, smanjuju se znojne žlijezde pa se i znojenje smanjuje, smanjuje se cirkulacija krvi kroz kožu. Promjene regulacije topline koje se događaju brojne su, a uključuju i promjene mozga. Kao posljedica svih tih promjena smanjuje se sposobnost odavanja, zadržavanja i čuvanja topline. Kad se temperatura tijela snizi ispod 35ºC, mijenja se i rad živčanog sustava koji nije pod utjecajem ljudske volje. Pri progresivnom snižavanju tjelesne temperature smanjuje se funkcija mišića srca, rad srca se usporava, pojavljuju se poremećaji srčanog ritma, u mozgu se smanjuje funkcija kontrolnog mehanizma regulacije topline tijela te se u slijedu događaju komplikacije koje mogu biti nespojive sa životom. Stanja poput smanjenog rada štitne žlijezde, kroničnog zatajivanje funkcije bubrega, gladovanja, pogoršanja šećerne bolesti (dijabetička ketoacidoza), upale pluća, teške bakterijske infekcije mogu dovesti to hipotermije. Razlikujemo blagu hipotermiju gdje tjelesna temperatura iznosi 32-35ºC, umjerenu hipotermiju pri kojoj je tjelesna temperatura 28-32ºC i tešku hipotermiju kod koje tjelesna temperatura iznosi manje od 28ºC (22). Sestrinske intervencije usmjerene su uklanjanju čimbenika koji su doveli do hipotermije. Medicinska sestra će mjeriti tjelesnu temperaturu bolesnika svakih sat vremena, procjenjivati stanje svijesti, postaviti kontinuirani EKG monitoring, zagrijavat prostoriju u kojoj bolesnik boravi te će primijeniti vanjsko zagrijavanje koristeći tople pokrivače. Bolesniku će osigurati toplu tekućinu i bilježiti njegov unos. Primijeniti će terapiju prema odredbi liječnika.

6.1.2.2 Hipertermija

Hipertermija je stanje u kojemu je tjelesna temperatura za 1,5ºC veća od normalne. Za vrijeme bolesti javlja se povišena tjelesna temperatura, ali ona je odraz borbe organizma protiv infekcije. U slučaju hipertermije tjelesna temperatura raste jer se tijelo ne može

osloboditi velike količine topline. Kod porasta tjelesne temperature općenito se javlja osjećaj hladnoće, iako je tjelesna temperatura povećana. Prisutna je tahikardija, tahipnea, zimica, tresavica, slabost, gubitak apetita, koža je crvena i topla na dodir, glavobolja, konvulzije, dijafereza, oligurija, razdražljivost, nemir. Predisponirajući faktori za nastanak hipertermije su izlaganje velikim vrućinama, neprimjerena odjeća, dehidracija, smanjena perspiracija, infekcija, lijekovi, konzumacija droge i alkohola, bolesti srca, hipertireoza, trauma (18). Medicinska sestra dužna je mjeriti tjelesnu temperaturu bolesniku svakih sat vremena te pratiti stanje svijesti. Važna je primjena fizikalnih metoda snižavanja tjelesne temperaturu i antipiretika prema odredbi liječnika.

6.1.2.3 Dehidracija

Dehidracija je znakoviti manjak tjelesne vode i obično, elektrolita. Simptomi i znakovi uključuju žeđ, letargiju, suhoću sluznica, smanjeno izlučivanje mokraće i kako dehidracija napreduje, tahikardiju, hipotenziju i šok. Umirući bolesnici imaju povećan rizik od razvoja dehidracije. Smanjeni unos tekućine je čest tijekom bilo koje teške bolesti, a osobito je problematičan kod povraćanja i tijekom vrućeg vremena. Također može biti i znak zapostavljanja. Rizični čimbenici za nastanak dehidracije mogu biti razne bolesti, pretjerano znojenje, proljev, povraćanje, krvarenje, infekcije, poremećaj svijesti, pretjerana konzumacija alkoholnih pića, veliki tjelesni napori, stres, bol, smanjen osjećaj za žeđ (18). Sestrinske intervencije usmjerene su na sprečavanje pojave dehidracije kod umirućih bolesnika. U tu svrhu, medicinska sestra će objasniti bolesniku važnost uzimanja određene količine tekućine, osigurati će bolesniku tekućinu nadohvat ruke, pratit će unos tekućine i diurezu, mjerit će vitalne funkcije i tjelesnu težinu bolesnika.

6.1.2.4 Smanjen unos hrane

Kod umirućih bolesnika dolazi do fizioloških promjena koje zahtijevaju promjenu prehrambenih navika. Polovica osoba starijih od 65 godina nema ni jednog zuba, što je uzrokovano osim kronološkom dobi, higijenskim navikama i pridruženim bolestima. Smanjen unos hrane također može biti posljedica otežanog gutanja, gubitka apetita, propadanja osjetnih stanica jezika, smanjenog lučenja sline, povraćanja, proljeva, umora. Na prehrambeni status umirućih bolesnika utječu i psihološki, sociološki i ekonomski čimbenici,

uključujući uzimanje lijekova, koji mogu dovesti do gubitka apetita, slabljenja osjeta okusa i mirisa ili moguće interakcije lijekova s drugim prehrambenim tvarima, smanjujući tako njihovu apsorpciju. U prehrani umirućih vrlo je važno naglasiti potrebu za uzimanjem tekućine, najmanje osam čaša dnevno, kako ne bi došlo do opstipacije ili dehidracije. Kod smanjenog unosa hrane tjelesna težina manja je za 20% ili više od idealne, konjuktive i sluznice su blijede, javlja se slabost i osjetljivost mišića, mentalna razdražljivost, smetenost.

Intervencije medicinske sestre provode se u cilju osiguranja odgovarajućeg kalorijskog unosa. Sestrinske intervencije uključuju vaganje pacijenta poslije svakog obroka, edukaciju o važnosti unosa određene količine hrane, savjetovanje o uzimanju određene količine tekućine, pružanje podrške pacijentu. Također, važno je izraditi plan prehrane u suradnji s pacijentom i nutricionistom, poticati pacijenta na provođenje oralne higijene prije i poslije jela. Ukoliko bolesnik ne može samostalno konzumirati hranu medicinska sestra će mu pružiti pomoć.

6.1.6.5 Mučnina

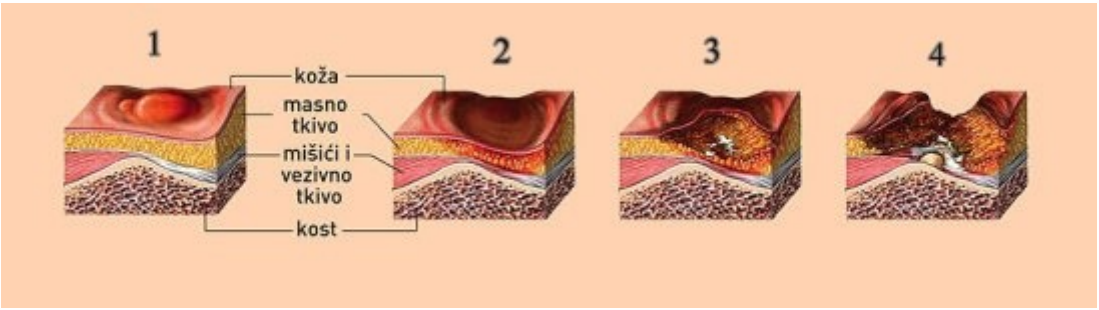
Mučnina se najčešće javlja pred kraj života, a predstavlja značajan izvor psihičkog i fizičkog problema kako za pacijenta tako i za njegovu obitelj. Mučnina i povraćanje javlja se u 70% ljudi s uznapredovalom malignom bolešću, te u 30-50% pacijenata sa zatajenjem srca, zatajenjem bubrega i drugim životno ograničavajućim stanjima. Mučnina se javlja kod 30% pacijenata kod kojih je započeto liječenje opioidima. Osim toga, ona se može javiti i zbog bolesti probavnog sustava, raznih lijekova, kemoterapije, stresa, a ono što ju karakterizira je blijeda, hladna oznojena koža, tahikardija, osjećaj slabosti, hipersalivacija (23). Ublažavanje mučnine provodi se odgovarajućom prehranom te stvaranjem ugodnih mikroklimatskih uvjeta. Bolesniku treba davati male obroke, tekuću i kašastu hranu, a izbjegavati hranu specifična okusa i mirisa. Vrlo je važna hidracija bolesnika, zauzimanje odgovarajućeg položaja, provođenje njege usne šupljine te primjena antiemetika.

6.1.2.6 Visok rizik za dekubitus

Dekubitus je ograničeno oštećenje kože i/ili potkožnog tkiva nastalo uslijed dugotrajnog ležanja. Rizična mjesta za nastanak dekubitusa su uglavnom koštana izbočenja na kojima ima vrlo malo potkožnog tkiva, a ovise o položaju. Za nastanak dekubitusa, također je važno stanje motorike, osjeta i svijesti, pokretljivost, dob, uhranjenost, inkontinencija, cirkulacija i

razne bolesti koje utječu na metabolizam (15). S ciljem cjelovite procjene rizika, mogućnosti trajnog praćenja i usporedbe stanja te olakšane komunikacije dobro je primjenjivati skale za procjenu stupnja rizika. U nas su najpoznatije Knoll i Norton skala koje sadrže popis općih činitelja rizika popraćen skalama za procjenu njihova intenziteta. Obje skale omogućavaju sustavnu i cjelovitu procjenu stanja pacijenta. Dekubitus je problem sam po sebi, jer narušava brojne i važne funkcije kože, bolan je, a usto je praćen i drugim problemima; mogućnost komplikacija, subjektivno pogoršanje stanja, smanjen broj upotrebljivih položaja, potreba za dodatnom njegom i liječenjem. Razlikujemo četiri stupnja. U prvom stupnju zahvaćen je epidermis i djelomice dermis, prisutno je ograničeno crvenilo koje na pritisak blijedi, toplina i blaga erozija epidermisa. Drugi stupanj zahvaća epidermis, dermis i djelomice potkožni sloj, prisutno je crvenilo, toplina i blaga ulceracija. U trećem stupnju zahvaćeni su svi dijelovi kože i mišićno tkivo, rana je duboka, prisutna je nekroza, okolina je hiperpigmentirana. Dok u četvrtom sloju rana prodire sve do kosti, zaudara, rubovi su tamno pigmentirani (15).

Uloga medicinske sestre izrazito je važna u prevenciji nastanka dekubitusa. Medicinska sestra ima zadaću kontinuirano pratiti stanje bolesnika, mentalno stanje, aktivnosti, pokretljivost, prisutnu inkontinenciju. U procjeni stupnja dekubitusa nužno je korištenje skale za procjenu. Važno je smanjiti lokalni pritisak na predilekcijskim mjestima redovitim okretanjem bolesnika. No, u slučaju da bolesnik dobije dekubitus, nastavljaju se svi postupci koji se primjenjuju u prevenciji jer doprinose zacjeljivanju postojećega i prevenciji nastanka novih dekubitusa.



Slika 1. Prikaz četiri stupnja dekubitusa

Preuzeto: http://www.vasezdravlje.com/izdanje/image_raw/2406/extra_large/ (17.9.2016.)

6.1.2.7 Oštećenje sluznice usne šupljine

Umirući bolesnici zahtijevaju posebnu stomatološku pozornost, uključujući preventivnu njegu, liječenje pa sve do emocionalne podrške. Uloga stomatologa kod umirućih bolesnika, jednaka je kao i kod drugih bolesnika- poboljšanje kvalitete života. Oralna higijena vrlo je važan faktor u očuvanju zdravlja. Nepravilnim održavanjem oralne higijene može doći do razvoja mnogih bolesti, ali također je važno napomenuti da razna terapija koju bolesnici koriste može dovesti do razvoja bolesti. Umirući bolesnici koji imaju oštećenu usnu šupljinu imaju poteškoća s uzimanjem određene hrane i tekućine što dovodi do smanjenog unošenja kalorija u organizam. Problemi usne šupljine kod umirućih bolesnika mogu biti stomatitis, mukozitis, kserostomija, kandidijaza (25). Rizični čimbenici za nastanak oštećenja su: diabetes mellitus, infekcije, parodontne bolesti, radioterapija glave ili vrata, operativni zahvati u usnoj šupljini, smanjena salivacija, uzimanje lijekova kao što su antihipertenzivi, antidepresivi, steroidi, antihistaminici, diuretici, disanje na usta, endotrahealna intubacija, zubna proteza, začinjena hrana, te učestala konzumacija alkohola, cigareta, droge, starija životna dob (18). Uloga medicinske sestre je educirati bolesnika o pravilnom i redovitom pranju zubi, procijeniti bolesnikove sposobnosti žvakanja i gutanja, osigurati dovoljnu količinu tekućine, savjetovati bolesnika da izbjegava jako začinjenu hranu, savjetovati ga da izbjegava ispiranje usta tekućinama s visokim udjelom alkohola.

6.1.2.8 Otežano gutanje

Problemi otežanog gutanja često se javljaju u umirućih bolesnika. Oni najčešće nastaju zbog oštećenja usta, ždrijela ili jednjaka. U slučaju da se bolesnik ne požali da ima problema s gutanjem, a zdravstveni djelatnici to ne prepoznaju, vrlo lako može doći do aspiracije, a potom i do daljnih komplikacija. Otežano gutanje je uznemirujući simptom koji se javlja češće u terminalnih bolesnika, posebno sa zloćudnim bolestima gornjeg aerodigestivnog trakta; progresivnog neurološkog poremećaja, kao što je amiotrofična lateralna skleroza (ALS), Parkinsonova bolest, multipla skleroza, demencija. U posljednjim tjednima i mjesecima života funkcionalni pad može utjecati na želju ili sposobnost osobe da jede ili pije. Otežano gutanje može utjecati na suštinu ugodne aktivnosti, kvalitetu života (primjerice, socijalne interakcije, komunikacije), te velik utjecaj ima na prehranu i hidrataciju. Poremećaji gutanja su također jedan od glavnih predispozicija za nastanak aspiracije, a može dovesti do nekoliko plućnih sindroma, uključujući upalu pluća, i u nekim slučajevima, čak i gušenja i

smrt (25). U rizične čimbenike koji dovode do otežanog gutanja ubrajamo bolesti kao što je Parkinsonova bolest, Guillain-Barre sindrom, Miastenia gravis, cerebralna paraliza, mišićna distrofija, tumori ždrijela, jednjaka, kirurške operacije na ustima, grlu, čeljusti ili nosu, umor. Intervencije medicinske sestre odnose se na edukaciju bolesnika o načinu prehrane, savjetovanje bolesnika da uzima kašastu, tekuću hranu te da jede polako i pomoć bolesniku pri hranjenju.

6.1.3 Eliminacija

Obrazac eliminacije uključuje karakteristike vezane uz eliminaciju stolice, urina i znoja. Prilikom prikupljanja podataka pažnju usmjeravamo na učestalost i osobine stolice i urina, javlja li se nelagoda prilikom defekacije ili mokrenja, koristi li bolesnik laksative ili diuretike te pratimo odnos eliminacije s obzirom na unos tekućine. Vrlo važno je zabilježiti promijene vezane uz znojenje (18). Sestrinski problemi iz ovog obrasca su:

- Visok rizik za opstipaciju
- Opstipacija
- Proljev
- Inkontinencija stolice
- Inkontinencija urina
- Retencija urina
- Prekomjerno znojenje
- Povraćanje

Sestrinski problemi prisutni u umirućih bolesnika iz ovog obrasca su:

- Opstipacija
- Proljev
- Povraćanje
- Inkontinencija

6.1.3.1. Opstipacija

Kod umirućih bolesnika opstipacija je povezana s usporenim pomicanjem sadržaja kroz debelo crijevo. Usporenje može biti uzrokovano lijekovima, organskim stanjima ili poremećajem funkcije defekacije, odnosno disfunkcijom dna zdjelice. Čest razlog nastanka opstipacije je i prehrana siromašna vlaknima, manjak tjelesne aktivnosti, istovremenih zdravstvenih tegoba i primjene opstipirajućih lijekova. Mnoge umiruće osobe imaju pogrešna shvaćanja o normalnim crijevnim navikama te redovito koriste laksative. Druge promjene koje predisponiraju nastanak opstipacije su smanjena rastezljivost rektuma i poremećeni osjet u rektumu. Eliminacija je povezana i sa pacijentovim psihičkim stanjem. Stres je često povezan s pojavom opstipacija, kao i depresija. U svakom hipoaktivnom stanju postoji mogućnost opstipacije. Prilikom prikupljanja podataka medicinska sestra mora ispitati pacijenta o karakteristikama stolice, kada je imao posljednju defekaciju, koristi li laksative, kakve su mu prehrambene navike, koliko tekućine uzima. Ponekad je teško prikupiti te podatke jer bolesnicima nije ugodno razgovarati o tome, posebice ako su suprotnog spola. Zbog toga sestra kao žena mora bolesnicama pružiti mogućnost da joj kažu ono što se srame reći muškim članovima tima, a bolesnicima osigurati razgovor s muškim članom tima. U svakom slučaju, rezultati opažanja koriste sestri kao vodič u planiranju njege (26). Intervencije medicinske sestre usmjerene su rješavanju problema opstipacije kroz niz aktivnosti utemeljenih na znanju i iskustvu. Kod umirućih bolesnika s opstipacijom medicinska sestra će osigurati privatnost bolesnika tijekom defekacije te će ga poticati na samu defekaciju. Prema odredbi liječnika dati će bolesniku laksativ ili primijeniti klizmu. Savjetovat će bolesnika da uzima hranu koja potiče defekaciju kao što su na primjer suhe šljive, smokve i mineralni napitci. S obzirom na stupanj pokretljivost bolesnika će smjestiti na sani kolica i pomoći mu u aktivnostima nakon defekacije.

6.1.3.2. Proljev

Proljev je klinički sindrom karakteriziran povećanom likvidnošću stolice uz porast dnevne mase stolice preko 200 g i povećanjem broja stolica (na više od 3 dnevno) uz osjećaj urgentnosti pražnjenja. Kod umirućih bolesnika najčešći uzrok proljeva su lijekovi, ali i česte opstrukcije gastrointestinalnog sustava tumorskom masom ili stolicom. Kod takvih bolesnika vrlo je važno obratiti pažnju na prehranu, lijekove, laksative ako ih je uzimao, kirurške

zahvate, učestalosti stolice i njihovu količinu. Treba imati na umu da bolesnici i u terminalnoj fazi bolesti mogu dobiti infektivni proljev. Kod bolesnika sa proljev prisutna je pojačana peristaltika crijeva, opća slabost i malaksalost, grčevi, povišena tjelesna temperatura, hipotenzija, dehidracija. Ono što može dovesti do pojave proljeva je visoka razina stresa i tjeskoba, infekcija, nutritivni poremećaji, malapsorpcija, zarazne bolesti, paraziti, alkohol, radijacija, konzumiranje stare ili pokvarene hrane. (3, 26)

Uloga medicinske sestre je procijeniti uzročne faktore koji doprinose pojavi proljeva, odrediti količinu potrebnog unosa tekućine kroz 24 sata. Vrlo je važno pratiti unos tekućine te savjetovati bolesnika da pije čaj, a izbjegava negazirana pića. Prema odredbi liječnika medicinska sestra treba parenteralnim putem nadomjestiti izgubljenu tekućinu i elektrolite. Bitno je osigurati male i učestale obroke te osigurati blizinu sanitarnog čvora.

6.1.3.3 Povraćanje

Mučnina i povraćanje su uobičajeni kod bolesti u krajnjem stadiju. Katkad je nemoguće potpuno kontrolirati povraćanje, posebno ako je prisutna intestinalna opstrukcija. Mučnina i povraćanje se dešavaju kada je aktiviran "centar za povraćanje" u mozgu. Uzroci mučnine i povraćanja mogu biti situacijski (loš miris, neukusna hrana, neprimjerena njega usta), posljedica bolesti (opstipacija, iritacija želuca, gastrointestinalna bolest), posljedica kemoterapije, raznih lijekova (antibiotici, aspirin, digoksin). Kao i kod mnogih palijativnih situacija, dijagnoza uzroka je uglavnom temeljena na vjerojatnosti i prepoznavanju obrasca. Početna procjena treba razmotriti najčešće uzroke mučnine i povraćanja, npr. opoide, gastritis, ospipaciju, povišen intrakranijski pritisak (23).

Uloga medicinske sestre je osigurati optimalne mikroklimatske uvjete, u suradnji s bolesnikom odabrati odgovarajući meni, savjetovati da izbjegava vruću hranu intenzivnog mirisa, mliječne proizvode, kavu i sl. Bitno je poticati bolesnika da uzima dovoljno tekućine te tijekom hranjenja bitno je postaviti bolesnika u odgovarajući položaj kako bi se izbjegao pritisak na želudac.

6.1.3.4 Inkontinencija

Inkontinencija je jedan od vodećih zdravstvenih problema umirućih bolesnika. Od 15% - 30% onih koji žive samostalno i 50% institucionaliziranih umirućih bolesnika ima

problem inkontinencije. Broj inkontinentnih ljudi raste s godinama života. Inkontinencija ima medicinske, emocionalne, socijalne i ekonomske posljedice za umiruće bolesnike. Umirući bolesnici mogu imati jedan ili više oblika inkontinencije. Medicinska sestra procjenom otkriva postoji li u bolesnika problem inkontinencije, nastoji prepoznati koji je oblik inkontinencije prisutan te koje druge probleme uzrokuje (27).

6.1.3.4.1 Inkontinencija stolice

Inkontinencija stolice je nevoljno pražnjenje stolice u dobi kada bi ono trebalo biti pod voljnom kontrolom. Razlikujemo inkontinenciju minor (mala) koja se očituje ispuštanjem vrlo malih količina vodenaste stolice koja ostavlja trag na rublju i odjeći te inkontinenciju major (velika) koja se očituje potpunim poremećajem gubitka voljne kontrole defekacije stolice normalne konzistencije. Inkontinencija stolice pojavljuje se najčešće u bolesnika koji imaju neurološke ili kognitivne poremećaje zdravlja zbog kojih nisu sposobni osjetiti potrebu za defekacijom ili nemaju kontrolu sfinktera (27). Uloga medicinske sestre je educirati bolesnika o inkontinenciji stolice, njenom uzroku i mogućnostima rješavanja. Bolesniku treba osigurati sani kolica ili noćnu posudu te osigurati privatnost bolesnika prilikom defekacije. Važno je osigurati higijenu spolovila i perianalnog područja bolesniku te koristiti odjeću koja se lako skida.

6.1.3.4.2 Inkontinencija urina

Kod inkontinencije urina razlikujemo više vrsta: stresna inkontinencija, urgentna inkontinencija, funkcionalna inkontinencija, totalna inkontinencija, inkontinencija prelijevanja i refleksna inkontinencija. Važno je utvrditi koji oblik inkontinencije bolesnik ima te koje druge osobne probleme i poteškoće uzrokuje.

6.1.3.4.3 Stres inkontinencija

Kako NANDA navodi, stresna inkontinencija se javlja prilikom obavljanja raznih aktivnosti u kojima dolazi do povećanja intraabdominalnog tlaka.To može biti kašljanje,

kihanje, smijanje, podizanje teškog tereta, vježbanje. Češće se javlja kod žena, osobito u onih koji imaju slabiju perinealnu muskulaturu zbog prirođene sklonosti, porođaja i godina. Postoje tri stupnja stres inkontinencije:

1. Nekontrolirano mokrenje pri iznenadnu povećanju intraabdominalnog tlaka, nikad noću.
2. Nekontrolirano mokrenje pri razmjerno malom tjelesnom naporu.
3. Potpuna inkontinencija, neovisna o tjelesnom naporu ili položaju.

Kod bolesnika sa stres inkontinencijom izrazito je važno da sestra educira bolesnika o provođenju Kegelovih vježbi radi jačanja muskulature (18). Ostale sestrinske intervencije usmjerene su na održavanje osobne higijene spolovila, nošenje higijenskih uložaka te odjeće koja se lako skida. Posebnu pozornost treba obratiti na unos tekućine.

6.1.3.4.4 Urgentna inkontinencija

Urgentna inkontinencija prepoznaje se po iznenadnoj i jakoj potrebi za mokrenjem zbog koje pojedinci s tom vrstom inkontinencije često nisu sposobni zadržati mokraću do odlaska u toalet. Često se javlja kod neuroloških bolesnika ili nakon cerebrovaskularnog inzulta. Vjerojatnost urgentne inkontinencije povećavaju atrofični uretritis, prolaps uterusa, fekalna impakcija, naglo uklanjanje katetera. Blagi oblik neinhibiranog mjehura vrlo je učestao u starijih ljudi. Očituje se slabijim prepoznavanjem napunjenosti mjehura, tako da je skraćen interval između podražaja na mokrenje i početka mokrenja (27).

Sestrinske intervencije usmjerene su na planiranje plana mokrenja, poticanje bolesnika da odlazi na toalet u pravilnim vremenskim razmacima te da sa vremenom pokuša produžiti razmak između dva mokrenja. Muške bolesnike važno je uputiti u korištenje kondom katetera, a bolesnice savjetovati da nose higijenske uloške, te da uz sebe uvijek imaju rezervnu odjeću.

6.1.3.4.5 Funkcionalna inkontinencija

Funkcionalna inkontinencija često se javlja kod umirućih bolesnika koji unatoč urednoj funkciji mjehura i mokraćovoda imaju problem inkontinencije. Razlog toga je funkcionalna nesposobnost kognitivne, fizičke ili psihičke prirode. Faktori okoline, također,

pridonose ili povećavaju vjerojatnost inkontinencije kao i lijekovi (diuretici, sedativi, hipnotici) (27).

Sestrinske intervencije kod bolesnika sa funkcionalnom inkontinencijom usmjerene su na utvrđivanje ritma i učestalosti mokrenja, procjenjivanje okolinskih činitelja kao što su slaba rasvjeta, skliski podovi, udaljenost zahoda, nedostupno zvonce. Bitno je procijeniti osobne činitelje kao što su slab vid, kognitivni deficit te smanjena pokretnost. Uz to je važno pratiti promet tekućine te uz suradnju bolesnika dogovoriti promjenu lijekova ili vremena njihove primjene.

6.1.3.4.6 Totalna inkontinencija

Totalna inkontinencija je stanje u kojem postoji stalan i nepredvidiv gubitak mokraće. Može biti uzrokovana neurološkim promjenama, spazmima muskulature mokraćnog mjehura, ozljedom ili bolestima. Kod bolesnika s totalnom inkontinencijom vrlo je važno obratiti pozornost na noćnu inkontinenciju, da li postoji podražaj na mokrenje i svijest o inkontinenciji (27). Prema individualnoj procjeni medicinska sestra primjenjuje odgovarajući program kontrole nad inkontinencijom. To može biti primjena jednokratnih katetera, trajna kateterizacija, primjena pomagala kao što su ulošci ili kondom kateteri. Potrebno je savjetovati bolesnika da u večernjim satima smanji unos tekućine te ga probuditi tijekom noći kako bi mokrio.

6.1.3.4.7 Inkontinencija prelijevanja

Inkontinencija prelijevanja odraz je slabosti detrusora ili primarne atonije mjehura. Mjehur ne može zadržati količinu mokraće koja je stvorena, podržaja na mokrenje nema, kontrola mokrenja izostaje, pa se mokraća prelijeva tj. stalno kaplje. Često se javlja u dijabetičara koji pate od gubitka tonusa muskulature zbog neuropatije ili kod poliurije koja je u vezi s hiperglikemijom; kod hiperplazije prostate, u žena koje imaju opstrukciju zbog prolapsa uterusa, cistokele ili rektokele; u neurološkim bolestima ili prigodom ozljede spinalne moždine iznad sakralnog područja (27).

Medicinska sestra svojim intervencijama treba poticati bolesnika na redovito mokrenje. Važno je pratiti unos tekućina, posebice u večernjim satima. Ako bolesnik uzima

puno tekućine prije spavanja inkontinencija će biti izraženija i izazivat će poteškoće sa spavanjem. Bolesniku trebamo savjetovati da smanji unos tekućine prije spavanja i postaviti noćnu posudu uz sam krevet bolesnika.

6.1.3.4.8 Refleksna inkontinencija

Refleksna inkontinencija, drugim nazivom neurogena inkontinencija, javlja se u bolesnika s bolestima ili ozljedama živčanog sustava, a posljedica je oštećenje spinalne moždine iznad sakralnog mikcijskog centra. To je trajna inkontinencija koja se ne može izliječiti, ali je moguće postići kontrolirano pražnjenje mjehura. Dva su načina kontroliranja pražnjenja mjehura:

1. Provocirano pražnjenje mjehura
2. Jednokratna kateterizacija prije refleksnog podražaja.

Bolesnici s refleksnom inkontinencijom ne osjećaju podražaj na mokrenje, ali postoje znakovi koji govore o punoći mjeruha, a to su: uznemirenost, znojenje, nelagodu u abdomenu i sl. (27). Medicinska sestra će prikupit podatke u uobičajenom vremenu mokrenja, te će utvrditi i primijeniti podražaje koji provociraju mokrenje. Savjetovati će bolesnika da sa sobom uvijek nosi rezervnu odjeću i neka ona bude široka i lagana za skidanje. Educirati će bolesnika o znakovima koji govore o punoći mjehura.

6.1.4. Aktivnosti

Obrazac aktivnosti odnosi se na vježbe, rekreaciju i slobodno vrijeme. Medicinska sestra prikuplja podatke o prisutnosti snage bolesnika za izvođenje željenih i zahtijevanih aktivnosti, redovitosti i vrsti provedenih vježbi, stupnju samostalnosti za obavljanje aktivnosti kao što su hranjenje, kupanje, eliminacija, opća pokretljivost, obavljanje kućanskih poslova, kupovina (18). Sestrinski problemi iz ovog obrasca su:

- Smanjena mogućnost brige o sebi- osobna higijena
- Smanjena mogućnost brige o sebi- hranjenje
- Smanjena mogućnost brige o sebi- eliminacija
- Smanjena mogućnost brige o sebi- odijevanje i dotjerivanje

- Smanjena mogućnost održavanja domaćinstva
- Smanjena pokretljivost
- Sindrom neuporabe
- Smanjen minutni volumen
- Visok rizik za oštećenje respiratorne funkcije
- Oštećena izmjena plinova
- Smanjena prohodnost dišnih puteva
- Smanjeno podnošenje napora

Sestrinski problemi kod umirućih bolesnika iz ovog obrasca su:

- Smanjena mogućnost brige o sebi- osobna higijena
- Smanjena mogućnost brige o sebi- hranjenje
- Smanjena mogućnost brige o sebi- eliminacija
- Smanjena mogućnost brige o sebi- odijevanje i dotjerivanje
- Smanjena pokretljivost
- Smanjeno podnošenje napora
- Smanjena prohodnost dišnih putova.

6.1.4.1 Smanjena mogućnost brige za sebe - osobna higijena

Redovita osobna higijena i njega umiruće osobe služe prije svega održavanju čistoće tijela, usne šupljine, spolovila. Osim što je u funkciji održavanja dobrog tjelesnog zdravlja, osobna njega i higijena okoline pomažu održavaju vlastitog zadovoljstva, samopoštovanja, poštovanja i društvenih veza. Čista i dobro njegovana osoba društveno je prihvatljivija jer je ugodne vanjštine, nema neugodnih mirisa i doima se zadovoljnija životom. Neke umiruće osobe nemaju volje i interesa za održavanjem čistoće tijela i odjeće pa ju u tome treba poticati (15, 26). Svakodnevna i kvalitetna osobna higijena ima niz pozitivnih učinaka na zdravlje. Uklanjanje nečistoća, propalih stanica, znoja i otpadnih produkata omogućuju koži normalnu funkciju, štiti od iritacije i oštećenja te smanjuje rizik od infekcije. Pranjem i trljanjem postiže se bolja prokrvljenost te je koža zdravija i otpornija (15).

Procjena aktivnosti osobne higijene uključuje procjenu mogućnosti osobe da samostalno provodi redovito pranje ruku, toaletu usne šupljine, pranje svih dijelova tijela, regulaciju vode, uporabu kozmetičkih sredstava. Smanjena mogućnost održavanja osobne higijene utvrđuje se ako osoba nije u stanju doći do izvora vode, regulirati temperaturu iste, te oprati cijelo tijelo ili pojedine dijelove tijela (15). U rizične čimbenike ubrajamo dob pacijenta, senzorni, motorni i kognitivni deficit, bolesti i traume lokomotornog sustava, poremećaj svijesti, bol. Sestrinske intervencije usmjerene su na procjenu stupnja samostalnosti bolesnika. U suradnji s bolesnikom, medicinska sestra će dogovoriti osobitosti načina održavanja higijene, osigurati će potreban pribor i poticati bolesnika da ga koristi. Tijekom obavljanja osobne higijene, sestra će osigurat privatnost bolesnika, osigurati optimalnu temperaturu vode i prostorije. Ako se bolesnik ne može samostalno okupati, sestra će mu pomoći, a uz to će promatrati i uočavati promjene na koži.

6.1.4.2 Smanjena mogućnost brige za sebe- hranjenje

S obzirom da sestra provodi 24 sata uz bolesnika, ona je u najboljoj prilici prepoznati bolesnikove prehrambene navike. Većina bolesnika ima poteškoće s hranjenjem, a razlog tome može biti otežano gutanje, promjena okusa, mučnina, povraćanje, upala sluznice usne šupljine, manjak zubi. Procjena aktivnosti hranjenja odnosi se na procjenu sposobnosti osobe za pripremanje obroka, donošenje, posluživanje i organiziranje hrane i pića na stolu, rezanje hrane, prinošenje ustima, pijenje, ulijevanje tekućine u čašu, korištenje pribora potrebnog za hranjenje, mogućnost osobe za žvakanje i gutanje hrane. Smanjena mogućnost hranjenja utvrđuje se kada osoba ne može isjeći hranu, otvoriti pakovanje hrane ili prinijeti ustima. Umirući bolesnici često se ne mogu samostalno hraniti. U tom slučaju sestra im pomaže osobno, ali može uključiti i članove obitelji, prijatelje. Bolesnik mora osjetiti da osoba koja ga hrani to čini sa strpljenjem i da mu istinski želi pomoći. Ako bolesnika iz dana u dan hrane iste osobe, postoji veći kontinuitet u zadovoljstvu (15).

Sestrinske intervencije usmjerene su na procjenjivanje stupnja samostalnosti bolesnika. S obzirom na stupanj pokretnosti medicinska sestra će smjestiti bolesnika u odgovarajući položaj, osigurati hranu odgovarajuće temperature, otvoriti pakovanje hrane i narezati hranu, prinijeti bolesniku hranu na poslužavniku te biti uz bolesnika tijekom hranjenja.

6.1.4.3 Smanjena mogućnost brige o sebi- eliminacija

Da bi procijenili aktivnost eliminacije promatramo sposobnost osobe da dođe do toaleta, samostalno se premjesti na sani kolica ili školjku, obavlja higijenske postupke nakon eliminacije, pusti vodu ili isprazni noćnu posudu. Intervencije se provode u cilju održavanja eliminacije i usmjerene su zadovoljenju potrebe za eliminacijom i postizanjem što veće samostalnosti (15). Uloga medicinske sestre je osigurati dostupnost sani kolica i noćne posude te privatnost. Bitno je ne požurivati bolesnika i osigurati mu dovoljno vremena. Važno je savjetovati bolesnika o nošenju odjeće koja se lako skida te o konzumaciji hrane i tekućine koja pridonosi normalnoj eliminaciji.

6.1.4.4 Smanjena mogućnost brige o sebi- odijevanje i dotjerivanje

Smanjena mogućnost odijevanja i dotjerivanja je stanje u kojemu su smanjenje sposobnosti pojedinca za izvođenje i obavljanje aktivnosti odijevanja i dotjerivanja. Medicinska sestra mora birati i nadgledati održavanje odjeće kada njeguje nemoćne, nesposobne ili osobe bez svijesti. Također, ona mora znati da je odjeća dio ličnosti svake osobe. I da njegov izbor izražava njegovu individualnost. Ako bolesniku nametnemo odjeću koju on ne želi nositi, to ga može obeshrabriti ili deprimirati. Odjeća može pojačati osjećaj samopoštovanja, osobito ako osoba koja ju nosi vjeruje da poboljšava njen izgled ili odražava poželjni društveni status (26). Sestrinske intervencije usmjerene su trenutačnom zadovoljavanju potreba za promjenom odjeće i obuće. Medicinska sestra osigurat će privatnost i dovoljno vremena bolesniku za obavljanje aktivnosti odijevanja i dotjerivanja. Savjetovati će nošenje široke, lagane odjeće posebice kod bolesnika koji imaju prisutnu inkontinenciju.

6.1.4.5. Smanjena pokretljivost

Potreba za kretanjem jedan je od osnovnih ljudskih potreba. Prema modelu V. Henderson kretanja zauzima četvrto mjestu među osnovnim ljudskim potrebama. Kretanjem se održava normalna funkcija sustava za kretanje i osigurava pozitivan utjecaj na gotovo sve tjelesne funkcije. Kretanje je neophodno pri zadovoljavanju svih ljudskih potreba. Pokretnost omogućava osobi kontrolirati vlastitu okolinu. Nepokretnost ima vrlo ozbiljan utjecaj na način

života i doživljavanje samoga sebe. Starenjem dolazi do mnogih promjena u sustavu organa za kretanje što rezultira pojavom raznih bolesti i stanja kao što su npr. osteporoza, artroza, atrofija, kontrakture, dekubitus, tromboza, opstipacija. Procjena pokretljivosti umirućih bolesnika od iznimne je važnosti u svrhu pravodobnog prepoznavanja poteškoća i planiranja intervencija za osiguranje kvalitete života (26, 27). NANDA je smanjenu pokretnost prihvatila kao samostalnu dijagnozu. Pokretnost obuhvaća kretanje u prostoru, premještanje, sjedenje, stajanje i promjenu položaja. Definirajuća obilježja smanjene pokretnosti klasificiraju se ovisno o aktivnostima pokretljivost bilo da osoba ne može otići ili premjestiti se s jednog mjesta na drugo, ustati i/ili stajati, sjesti i/ili sjediti, okrenuti se s leđa na bok, s boka na leđa ili trbuh ili izvoditi aktivne vježbe (20). Sestrinske intervencije usmjerene su na povećanje razine samostalnosti bolesnika. Medicinska sestra objasnit će pacijentu važnost provođenja aktivnosti, poticati će bolesnika na promjenu položaja te ako je moguće ustajanje iz kreveta te mu pružiti pomoć pri kretanju. S obzirom na stupanj pokretljivosti, osigurat će mu pomagala i poticati ga na korištenje.

6.1.4.6 Smanjeno podnošenje napora

O smanjenom podnošenju napora govori se kada određena aktivnost izaziva razne oblike nelagode i poremećaje u funkcioniranju srčanožilnog, dišnog i drugih tjelesnih sustava. To je stanje koje se uobičajeno opisuje kao opća slabost, iscrpljenost i brzo umaranje. Međutim, važno je razlikovati smanjeno podnošenje napora od umora. Umor može biti normalna reakcija na pojačan i dugotrajan napor i znak da je organizmu potreban odmor. Smanjeno podnošenje napora najčešće se javlja kao posljedica nesrazmjera između energetskih potreba i mogućnosti (26). Umirući bolesnici koji iz nekog razloga moraju mirovati u krevetu, izloženi su riziku za smanjeno podnošenje napora. Njihova kondicija se naglo smanjuje, a nedostaje ima snage za obavljanje osnovnih aktivnosti poput okretanja u krevetu ili obavljanja osnovnih higijenskih postupaka. Smanjeno podnošenje napora, medicinske sestra prepoznaje na osnovi prisutnih znakova i simptoma. Sestra mora procijeniti kako bolesnik podnosi raznovrsne aktivnosti s obzirom na njihov intenzitet, trajanje i učestalost. Također, važno je usporediti sadašnje stanje s uobičajenim. Planom zdravstvene njege mora se predvidjeti pažljiva procjena bolesnikova stanja u mirovanju te promatranje bolesnikovih reakcija na aktivnost (15). Prepoznavanje činitelja koji mogu negativno utjecati na podnošenje napora olakšat će medicinskoj sestri planiranje intervencija. To se može

odnositi na nesanicu, lijekove, bol, zabrinutost. Važno je napravit plan aktivnosti i odmora te osigurati dovoljno vremena za odmor nakon obavljanja aktivnosti.

6.1.4.7 Smanjena prohodnost dišnih putova

Smanjena prohodnost dišnih puteva stanje je u kojem je onemogućena normalna ventilacija, tj.protok zraka kroz traheobronhalno stablo do alveola. Bolesti dišnih putova i pluća kao što su na primjer kronične opstruktivne bolesti pluća mogu biti vrlo progresivne, a često su i neizlječive te imaju smrtni ishod. Uzroci koji mogu pogodovati nastanku smanjene prohodnosti dišnih puteva su edem sluznice, hipersekrecija, otežano iskašljavanje zbog povećane viskoznosti sekreta i slabosti dišnih mišića. Važno je procijeniti sposobnost samostalnog provođenja toalete dišnih putova i spontanog iskašljavanja. Intervencije se provode u cilju osiguranja prohodnosti dišnih puteva. Umirućeg bolesnika ćemo postaviti u povišen položaj i provesti edukaciju o vježbama disanja i iskašljavanja. Osigurat ćemo dostupnu posudu za iskašljavanje, a po potrebi aspirirati bolesnika. Savjetovat ćemo mu uzimanje 2-3 litre tekućine dnevno ako nije kontraindicirano. Ako je potrebno primijeniti ćemo i kisik te provoditi položajnu drenažu.

6.1.5 Odmor i spavanje

Ovaj obrazac opisuje aktivnosti spavanja, odmora i opuštanja. Medicinska sestra prikuplja podatke o bolesnikovim navikama i rasporedu spavanja, osjeća li se bolesnik odmorno i spremno za dnevne aktivnosti nakon spavanja, te jesu li prisutne poteškoće sa spavanjem kao što je na primjer rano buđenje, noćne more i slično (18).
Sestrinski problemi iz ovog obrasca su:

- Nesanica
- Poremećaj spavanja

Kod umirućih bolesnika sestrinski problem vezan za ovaj obrazac je najčešće nesanica.

6.1.5.1 Nesanica

Umirući bolesnici često imaju poteškoća sa spavanjem, a razlozi za to mogu biti postojeći bolovi, učestala potreba za mokrenjem, anksioznost, depresija, lijekovi, promjena okoline. U njih se mogu prepoznati razne vrste nesanice, od poteškoća s uspavljivanjem, čestog buđenja do vrlo ranog buđenja. Sposobnost spavanja, više nego potreba za snom, opada sa starenjem. Kronična nesanica je kompleksnija i često je rezultat kombinacije faktora, koji imaju u pozadini fizičke i mentalne poremećaje. Jedan od najčešćih uzroka kronične nesanice je depresija. Druge bolesti koje za posljedicu mogu imati nesanicu uključuju artritis, bolesti bubrega, srčane bolesti, astmu, Parkinsonovu bolest, pojačan rad štitne žlijezde (27). Medicinska sestra promatranjem i bilježenjem broja sati sna bolesnika, razmotrit će koja bi tehnika bila najprikladnija za poboljšanje sna bolesnika. Nužno je utvrditi utjecaj medikamentozne terapije jer je ona čest uzrok nesanice. Medicinska sestra će promatranjem bolesnika tijekom sna zabilježiti tjelesne aktivnosti koje su prisutne. Obratit će pozornost na moguću apneu tijekom sna, opstrukciju dišnih putova, učestalost buđenja bolesnika zbog mokrenja, prisutnu bol/ nelagodu. Važno je obratiti pažnju i na prisutnost straha i anksioznosti koji također mogu smanjiti kvalitetu sna.

6.1.6 Kognitivno perceptivne funkcije

U ovom obrascu opisuju se senzorne, kognitivne i perceptivne sposobnosti bolesnika. Medicinska sestra prikuplja podatke o poteškoćama sa sluhom i vidom, poteškoće sa pamćenjem, učenjem. Važno je ispitati bolesnika koristi li bolesnik slušni aparat, leće, kada je bila zadnja kontrola vida i sluha, te da li je prisutna bol kod bolesnika (18). Sestrinski problemi vezani za navedeni obrazac su:

- Akutna bol
- Kronična bol
- Poremećaj senzorne percepcije
- Jednostrano zanemarivanje
- Autonomna disrefleksija
- Neupućenost
- Spremnost za učenje

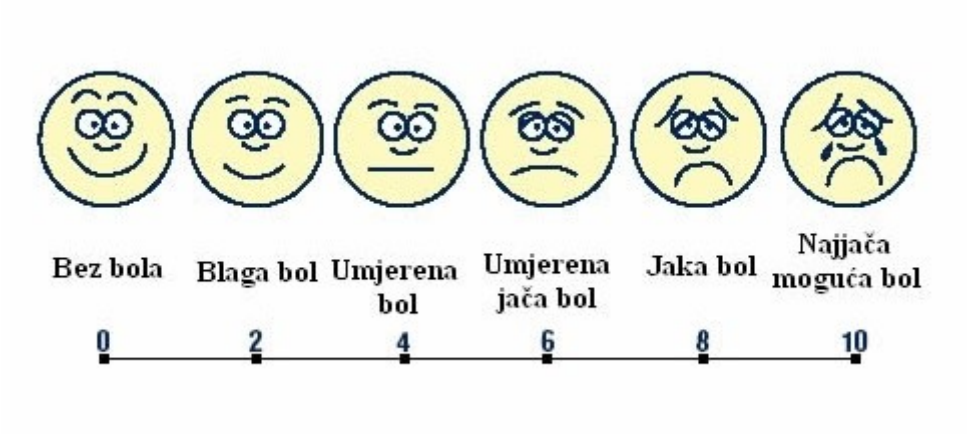
- Poremećaj misaonog procesa
- Smetnje pamćenja

Sestrinski problemi kod umirućih bolesnika su:

- Bol
- Smetnje pamćenja
- Poremećaj senzorne percepcije

6.1.6.1 Bol

„Bol je neugodni osjetilni i emotivni doživljaj povezan sa stvarnim ili mogućim oštećenjem tkiva ili opisima u smislu takvog oštećenja. Bol je uvijek subjektivna.“ (SZO, 1986.). Razumijevanje i odgovarajući tretman "bolesnika s boli" zahtijeva stalnu evaluaciju. Procjenjujući bol medicinska sestra mora uzeti u obzir faktore koji utječu na prag boli i toleranciju boli. Također, treba identificirati trenutna obilježja boli, intenzitet, ali i utjecaj boli na bolesnika. Koraci u procjeni boli su bolesnikova interpretacija boli, procjena fizičkih i nefizičkih komponenti boli. Inicijalna procjena, uključuje lokalizaciju boli, intenzitet boli tijekom dana i noći, faktore koji pojačavaju bol, faktore koji je ublažavaju, smanjuju bol. U procjeni boli medicinska sestra se može koristiti raznim obrascima i skalama za procjenu boli. Najčešće korištena je vizualnoanalogna skala (VAS) boli. Od bolesnika se traži da na 10 centimetara dugoj crti označi mjesto koje odgovara jačini njegove boli, nakon čega se s druge strane milimetarske ljestvice očita VAS zbroj. Pritom 0 označava da nema boli, a 10 najjaču bol. Ako je VAS zbroj 0 - 3, jačina boli ne zahtijeva analgetsku terapiju. Nerješavanje boli može biti preteča nastanka drugih problema, kao što su npr. depresija i anksioznost. Razlikujemo akutnu i kroničnu bol. Akutna bol traje kratko, manje od šest mjeseci, i ona nas upozorava da se u organizmu nešto događa, no ako bol traje duže od šest mjeseci onda je nazivamo kronična bol. Kronična bol uzrokuje čitav niz fizičkih i psihosocijalnih promjena (15). Zdravstveni djelatnici moraju prihvatiti i poštivati bolesnikovo izvješće o boli. Medicinska sestra treba stalno procjenjivati i prikupljati podatke o pacijentovom stanju. Prije i nakon primjene analgetika važno je dati bolesniku skalu za procjenu boli kako bi dobili informaciju o trenutnome stanju. Osim toga, pružit će bolesniku i psihološku potporu u rješavanju problema boli.



Slika2. Skala za procjenu boli

Preuzeto: http://image.slidesharecdn.com/bol-150216164153-conversion-gate02/95/bol-7-638.jpg?cb=1424109677

(17.9.2016.)

6.1.6.2 Smetnje pamćenja

Kod umirućih bolesnika dolazi do smanjena kognitivnih sposobnosti, a upravo je pamćenje najčešći problem na koji se bolesnici žale. Razlozi zbog kojih dolazi do smetnji u pamćenju su višestruki. Depresija, stres, mentalna konfuzija, zlouporaba opojnih droga i lijeka, konzumacija alkohola, nedostatak sna, neki su od razloga koji mogu utjecati na pamćenje. smetnje u pamćenju kod umirućih često se povezuju uz demenciju i Alzheimerovu bolest. Postoje više vrste pamćenja, no one ne moraju biti sve jednako pogođene. Motoričko pamćenje (vještine) manje opada nego mentalno pamćenje, namjerno pamćenje više je pogođeno nego nenamjerno, pamćenje vlastitih doživljaja više je pogođeno nego pamćenje općih podataka, pamćenje budućih stvari i poslova, više je pogođeno od pamćenja prošlih događaja. Tim istraživača Kolumbijskog sveučilišnog medicinskog centra, pod vodstvom nobelovca dr. med. Erica R. Kandela, provelo je istraživanje, a glavni cilj je bio utvrditi uzrok gubitka pamćenja. Ranije se mislilo da je senilni gubitak pamćenja zapravo rani znak Alzheimerove bolesti, no autori studija navode da nedavni dokazi upućuju na to da je senilni gubitak pamćenja zapravo odvojeni proces (27).

Umirući bolesnici koji imaju smetnje u pamćenju nisu u stanju razumjeti postupke održavanja zdravlja ni potrebu za sigurnoću. Osim toga, često nisu svjesni svojih osobnih potreba, te ignoriraju ili potpuno zaborave obaviti rutinske postupke održavanja, kao što su kupanje, hranjenje, uzimanje lijekova. Sestrinske intervencije usmjerene su na procjenu

čimbenika koji negativno utječu na pamćenje. Medicinska sestra veliku će pomoć pružiti bolesniku ako ga educira o metodama koji mu mogu olakšati pamćenje kao što su slikoviti prikazi, zvučni signali. Važno je uključiti obitelj te pružiti podršku bolesniku.

6.1.6.3 Poremećaj senzorne percepcije

Poremećaj senzorne percepcije ima za posljedicu smanjenu mogućnost održavanja zdravlja, ali uvelike utječe na sigurnost pojedinca. Na primjer, ljudi s oštećenim osjetilima mirisa i vida mogu imati neugodan miris, nositi neurednu odjeću; smanjena sposobnost osjeta mirisa i okusa može rezultirati jedenjem pokvarene i štetne hrane; promjene osjeta dodira dovode do opeklina zbog uporabe prevruće vode. Senzorna oštećenja mogu imati znatan utjecaj na samopercepciju i dobrobit umirućeg bolesnika. Ona smanjuje osjećaj neovisnosti i kontrole jer su prepreka nesmetanom odvijanju svih vrsta životnih aktivnosti (27). Razumijevanje umirućeg bolesnika i njegovih socijalnih potreba i problema doprinijet će boljem planiranju i provođenju aktivnosti kojima je cilj očuvanje dostojanstva. Sestra će u svome radu savjetovati bolesnika da izvrši pregled svih osjetila radi utvrđivanja stupnja oštećenja. Pomoći će mu u odabiru najprikladnijeg pomagala te će ga poticati na stalno korištenje. Svojim profesionalnim radom pomoći će mu da se lakše i brže prilagodi novoj situaciji.

6.1.7 Samopercepcija

Obrazac samopercepcija uključuje stavove o sebi, vlastite mogućnosti, poimanje vlastitog tijela, identitet, opći osjećaj vrijednosti i opće emocionalno stanje. Medicinska sestra razgovorom s bolesnikom saznaje na koji način bolesnik doživljava sam sebe, misli li o sebi dobro ili loše, gubi li nadu i osjećaj kontrole nad životom, kako doživljava promjene u svome izgledu, što osjeća i kakvo je njegovo pretežno raspoloženje (18).
Sestrinski problemi iz ovog obrasca su:

- Akutna smetenost
- Kronična smetenost
- Bespomoćnost
- Beznadnost
- Poremećaj osobnog identiteta

- Poremećaj tjelesnog izgleda
- Nisko samopoštovanje
- Kronično nisko samopoštovanje
- Strah
- Anksioznost
- Umor

Kod umirućih bolesnika sestrinski problemi su:

- Anksioznost
- Strah
- Nisko samopoštovanje

6.1.7.1 Anksioznost

Svi bolesnici u krajnjem stadiju bolesti postaju zabrinuti, anskiozni ili preplašeni. Takvi osjećaji se mogu vraćati i često su jaki perzistentni. Anksiznost je uobičajena reakcija na fizičke učinke bolesti i njenu mogućnost buduće implikacije, no neki bolesnici imaju snažnu i produženu reakciju. Svijest da se smrt približava može također uzrokovati osjećaj žaljenja, propuštenih mogućnosti i krivice, kao i strah od patnje i od onoga što se događa nakon smrti (23). Anksioznost kod velikog broja bolesnika nije očita. Bolesnici mogu ne izražavati svoju zabrinutost otvoreno, sve dok ne steknu povjerenje u sestru ili liječnika. Ona može biti rezultat strahova koji se odnose na bolest, liječenje, predstojeću smrt, reakcija na bol, mučninu, dispneju, slabost, a također se može javiti i kao reakcija na određene lijekove. Bolesnici koji su anksiozni, mogu biti također i depresivni. Vodeća obilježja za anskioznost su hipertenzija, tahikardija, tahipneja, razdražljivost, umor, verbalizacija straha i napetosti, osjećaj bespomoćnosti, otežana koncentracija, glavobolja, mučnina (23).

Sestrinske intervencije usmjerene su na smanjenje razine anksioznosti kod umirućih bolesnika. Važno je stvoriti empatijski odnos, poticati bolesnika na verbalizaciju osjećaja, te pratiti neverbalnu komunikaciju koja također može pokazivati znakove anksioznosti. Potaknuti bolesnika da potraže pomoć od sestre ili bližnjih kada osjeti anksioznost. No, ukoliko su simptomi anksioznosti prisutni i nakon provedbe ovih intervencija, možemo bolesniku predložiti psihijatrijsku procjenu i u skladu s tim odgovarajući tretman.

6.1.7.2 Strah

Suočavanje s teškim stanjem svaka odoba proživljava različito. Prve emocije koje se pritom javljaju uglavnom su strah i nevjerica, a nakon toga dolaze različiti oblici prihvaćanja stvarnosti. Strah od smrti obuzima svakoga tko se nađe pred neposrednom smrtnom opasnošću. Posebno je naglašen u onih koji nisu okruženi dobrotom i pažnjom bliskih osoba. Svaka je osoba individualno biće i na svijetu ne postoje dvije iste osobe koje će na isti način pokazivati strah. Razina straha ponajprije ovisi o karakteru osobe, a obilježja prema kojima se strah može prepoznati su izjava pacijenta o strahu, napetost, tjeskoba, osjećaj izoliranosti, panika, impulzivnost, manjak koncentracije, tahikardija, vrtoglavica, povraćanje, ubrzano disanje, blijeda koža, znojenje. Intervencije medicinske sestre provode se u cilju ublažavanja i rješavanja straha (18).

Medicinska sestra će uspostaviti suradnički odnos s bolesnikom te će izdvojiti dovoljno vremena za bolesnika, posebno u trenutcima kada vidi da mu je njezina prisutnost od velike pomoći. Poticat će bolesnika da izrazi svoje emocije odnosno strah. Uključiti će obitelj i prijatelje tijekom 24-satne skrbi.

6.1.7.3 Nisko samopoštovanje

Promjene vezane uz uz bolest utječu na poimanje osobe o sebi. U mnogih ljudi već i pojava vidljivih promjena fizičkog izgleda zbog bolesti može utjecati na promjenu doživljaja vlastite vrijednosti i razine samopoštovaja. Predodžba o samome sebi je blisko vezana uz vrijednosti, uvjerenja, uloge i odnose. Potreba za očuvanjem samopoštovanja najviše je ugrožena kod bolesnika koji više ne mogu kontrolirati svoje fiziološke funkcije. Za očuvanje pozitivne slike o sebi i samopoštovanja važnu ulogu imaju obitelj i prijatelji. Oni pomažu jedni drugima, pružaju si podršku, štite jedni druge od negativne okoline. Osobe koji nemaju obitelj ili prijatelje vjerovatno će imati nisko samopoštovanje, a medicinska sestra svojim profesionalnim radom to ne smije zanemariti (23). Razgovorom, slušanjem bolesnika te pružanjem podrške medicinska sestra će potaknuti bolesnika da razmišlja više o sebi i svojim vrijednostima. Obitelj u velikoj mjeri može utjecati na bolesnikove osjećaje, stoga ćemo im posebno savjetovati da prilikom kontakta s bolesnikom naglase njegovu vrijednost.

6.1.8 Uloge i odnosi s drugima

U ovome obrascu opisuju se uloge i odnosi bolesnika sa njegovom obitelji, prijateljima, bliskim osobama. Medicinska sestra u razgovoru s bolesnikom prikuplja podatke o problemima u užoj i široj obitelji, o utjecaju bolesti i hospitalizacije na odnose u obitelji te pripadnost bolesnika raznim grupama i potencijalnim problemima na poslu, u školi (18).
Sestrinski problemi iz ovog obrasca su:

- Poremećaj socijalne interakcije
- Usamljenost
- Oštećena verbalna komunikacija
- Socijalna izolacija
- Žalovanje
- Promijenjeni obiteljski odnosi
- Nedostatno roditeljstvo
- Oštećena socijalna interakcija

Sestrinski problemi kod umirućih bolesnika iz ovoga obrasca su:

- Socijalna izolacija
- Žalovanje
- Promijenjeni obiteljski odnosi

6.1.8.1 Socijalna izolacija

Većina umirućih bolesnika već je ostala bez svojih roditelja, dio ostaje bez supružnika, dio prijatelja umire. Socijalne mreže i socijalne interakcije se smanjuju te se mijenjaju odnosi u obitelji. Zbog promjenjenih obiteljskih odnosa, otežane verbalne komunikacije, prisutne bolesti mnogi ljudi se povlače u sebe. Nekomunikativnost, osjećaj tuge i dosade, izražavanje potrebe za druženjem, izražavanje osjećaja usamljenosti, povlačanje u sebe, zaokupljenost svojim mislima, neki su od vodećih obilježja prema kojima možemo prepoznati socijalnu izolaciju umirućih bolesnika. Uloga medicinske sestre je pridobiti suradnju pacijenta te ga potaknuti na uključenje u različite suportivne grupe (19). Nikako ne smijemo zaboraviti uključivanje obitelji u sustav podrške.

6.1.8.2 Žalovanje

Gubitak, tuga, proces žalovanja mogu utjecati na bolesnika, obitelj i medicinsku sestru. Žalovanje je dug proces. Počinje prije smrti bolesnika jer osoba predosjeća gubitak i nastavlja se nakon gubitka bolesnika. Žalovanje nije nešto što se može točno vremenski odrediti, nešto predvidljivo i uključuje različite faze. Javlja se kao proces kada ljudi izgube nešto što im je u životu važno, do čega im je stalo. Osoba u tom razdoblju osjeća bol, tugu zbog gubitka člana obitelji, prijatelja i nastoji se prilagoditi svijetu bez fizičke, psihološke i socijalne prisutnosti pokojnika (9). Za bolesnika žalovanje često započinje s povlačenjem i negiranjem zbog straha glede gubitka kontrole, odvajanja, patnje, nesigurne budućnosti i gubitka identiteta. Medicinska sestra i ostali članovi tima mogu bolesnicima olakšati prihvaćanje prognoze saslušavanjem njihovih briga, objašnjavanjem kako će i dalje imati nadzor nad važnim sastavnicama života i ukazivanjem u neminovna pogoršanja i približavanje smrti uz uvjeravanje da će njihovi fizički simptomi biti pod kontrolom.

1.6.8.3 Promijenjeni obiteljski odnosi

Teško oboljenje člana obitelji dovodi do promjena u obiteljskim odnosima. Svoj dnevni život nerijetko moraju prilagoditi novim, neobičnim i većim zahtjevima i često rješavati poslovna i financijska pitanja. Briga za bolesnika, povećani rad i odgovornost izazivaju osjećaj sve veće osamljenosti, a često i razdraženosti. Očekivana pomoć rodbine i prijatelja izostaje ili poprima neprikladne oblike. Potrebe obitelji temeljito se mijenjaju, od samog početka bolesti pa sve do smrti i dalje.

Medicinska sestra ima veliku ulogu u pružanju podrške bolesniku i njegovoj obitelji kada se nađu u ovoj situaciji. Važno je da medicinska sestra potakne bolesnika na poticanje i izražavanje osjećaja o obitelji i njihovoj trenutnoj situaciji. U velikoj mjeri vaćno je razvijanje empatijskog, toplog odnosa između bolesnika, članova obitelji i medicinske sestre. Medicinska sestra mora uključiti obitelj u brigu i liječenje bolesnika. Kod članova obitelji treba potaknuti povećanje stupnja samopouzdanja te potaknuti verbalizaciju osjećaja.

6.1.9 Sučeljavanje i tolerancija na stres

U ovome obrascu opisuju se opći načini sučeljavanja sa stresom kao i tolerancija na stres. Medicinska sestra će prikupiti podatke o značajnim događajima i krizama koje su se dogodile u posljednje dvije godine, saznati će tko pomaže bolesniku u teškim trenutcima, provjerit će prisutnost stresa i osjećaja napetosti kod bolesnika te saznati što mu pomaže kako bi se suočio sa stresom i umanjio ga (18). Sestrinski problemi iz ovog obrasca su:

- Neadekvatna prilagodba
- Neučinkovito sučeljavanje
- Obrambeno sučeljavanje
- Neučinkovito poricanje
- Visok rizik za samoozljeđivanje
- Visok rizik za nasilje usmjereno prema drugima
- Visok rizik za samoubojstvo

Kod umirućih bolesnika prisutan sestrinski problem iz ovog obrasca je neučinkovito sučeljavanje.

6.1.9.1 Neučinkovito sučeljavanje

Napretkom bolesti kod umirućih bolesnika prisutna je određena razina stresa koja utječe na svakodnevno funkcioniranje bolesnika. Stres se kod umirućih bolesnika razvija od samog saznanja da boluju od teške bolesti, a kako bolest napreduje razina stresa se povećava. Reakcija na stresa kod umirućih bolesnika može rezultirati porastom tjeskobe, depresije, umora, bolesnici se često povlače u sebe, razdražljivi su i agresivni. Osim toga, stres može utjecati na obiteljske odnose i komunikaciju unutar nje.

Budući da je stres teško izbjeći, medicinska sestra svojim radom može doprinijeti smanjenju razine stresa kod umirućih bolesnika. Njezina je uloga da stvori suradnički odnos s bolesnikom te ga potiče na verbalizaciju. Slušanje bolesnika pomoći će mu da lakše iznese svoje probleme koji utječu na stres. Bitno je podučiti bolesnika o metodama relaksacije jer se i na taj način bolesnik oslobađa prisutnog stresa. Također, od velikog je značenje i uključivanje obitelji u rad s bolesnikom. Njihova podrška bolesniku od velikoj je značenja, a samim time utječe i na smanjenje stresa.

6.1.10 Vrijednosti i stavovi

Ovaj obrazac opisuje vrijednosti i uvjerenja, uključujući duhovne ciljeve koji se odnose na izbor ili odluku. Medicinska sestra će ispitati bolesnika, prikupiti podatke o vjerovanju i religiji, je li značajna i pomaže li mu u krizi. Također, važno je ispitati bolesnika utječe li hospitalizacija na njegov odnos prema vjeri (18).
Sestrinski problemi iz ovog obrasca su:

- Duhovni distres
- Poremećaj religioznosti
- Duhovna patnja

Kod umirućih bolesnika od sestrinskog problema prisutna je duhovna patnja.

6.1.10.1 Duhovna patnja

Bolest je iskušenje za čovjekovu vjeru, za njegovo pouzdanje i ljubav. Bolesnika dovodi do povlačenja u sebe, propitkivanja smisla postojanja, očaja i pobune protiv Boga, ali i do sazrijevanja, traženja Boga i povratka Bogu. Nijednom teškom bolesniku, pa ni vjerniku, nije jednostavno prihvatiti stanje u kojem se nalazi. Najčešće duhovne potrebe teško bolesnih i umirućih osoba su traženje smisla, oproštenja, nade i ljubavi (28). Predodžbe koje čovjek stvara o smrti i onome što ga čeka u smrti, obilježavaju njegov odnos prema smrti. Te predodžbe straše ili ispunjavaju mirom. One otežavaju razmišljanje o smrti ili je pak pomažu integrirati u život. Ljudi najčešće smatraju da o smrti i umiranju znaju dovoljno. Međutim, kada se susretnemo s umiranjem i smrću, treba nam puno duševne i tjelesne snage da se suočimo sami sa sobom, da posvijestimo psihičke i duhovne potrebe umiruće osobe, pa i samo umiranje, kako bismo mogli primjereno pristupiti i postupati s umirućom osobom. Mnogim je ljudima zadovoljavanje duhovnih potreba neprocjenjiva vrijednost i bogatstvo i ono pomaže očuvanju njihova duševnog integriteta i zdravlja (28). Blagu riječ, osmijeh i susretljivost medicinskog osoblja bolesnik prihvaća sa zahvalnošću jer ga u njegovoj situaciji oslobađa nepotrebnog osjećaja da nekoga ometa, da je teret i smetnja.

Uloga medicinske sestre kod bolesnika s prepoznatom duševnom patnjom je stvoriti empatijski, topli odnos. To će uveliko pomoću bolesniku da slobodno izrazi svoje osjećaje i

misli. Također, dobro je napomenuti bolesniku da se u svakome trenutku može obratiti nekome od zdravstvenih djelatnika, bilo radi razgovora ili podrške. U slučaju da bolesnik nema obitelj tada mu trebamo pružiti najveću razinu podrške. S obzirom na stupanj pokretljivost, bolesniku ćemo omogućiti sudjelovanje u vjerskim obredima, te razgovor sa samim svećenikom.

7. Uloga medicinske sestre u skrbi za umiruće bolesnike

"Uloga medicinske sestre je pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju i znanje."

V.Henderson

U palijativnoj skrbi medicinska sestra je odgovorna za kontinuirano provođenje zdravstvene njege u skladu s algoritmima skrbi. Uloga medicinske sestre je višestruka jer provodi zdravstvenu njegu, koordinira i rukovodi cjelokupnim procesom skrbi. Odgovorna je za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege uz kontinuiranu procjenu, evaluaciju, edukaciju bolesnika i obitelji. Kako bi se palijativna skrb što kvalitetnije provela nužno je uključivanje i suradnja različitih stručnjaka, liječnika, medicinskih sestara, socijalnih radnika, fizioterapeuta, psihologa, svećenika. Svatko od njih procjenjuje stanje bolesnika iz svoje perspektive, ali zajednički planiraju ciljeve skrbi, intervencije, te izrađuju plan. Omjer sestrinskog osoblja u jedinici palijativne skrbi na broj kreveta trebao bi biti najmanje jedna medicinska sestra na jedan krevet, a po mogućnosti 1,2 sestre na jedan krevet. Jedinice palijativne skrbi zahtijevaju liječnike s posebnom edukacijom, uz omjer od najmanje 0,15 liječnika na jedan krevet. (6, 9)

Uz potrebe bolesnika, ne smiju se zanemariti potrebe njihove obitelji. Mnogi autori navode da je upravo sestra nezaobilazna karika u lancu palijativne skrbi. Briga za umirućeg bolesnika i za potrebe članova njegove obitelji ponekad može biti vrlo stresna za medicinsku sestru. Svakodnevno suočavanje s progresivnim smanjenjem stupnja funkcionalnosti bolesnika, smanjenje stupnja kvalitete života, česte promjene raspoloženja, sociološka problematika, metode suočavanja sa smrtnim ishodom znatno utječu na emocionalnu i fizičku

iscrpljenost medicinskih sestara. Medicinske sestre koje svakodnevno rade s umirućim bolesnicima, izloženi su mnogobrojnim psihičkim i fizičkim stresorima, učestalost simptoma sindroma izgaranja je značajna, znatan broj medicinskih sestara koje rade s umirućim pacijentima zadovoljava kriterije za verifikaciju dijagnoze sindroma izgaranja na poslu, a dugotrajnija izloženost stresorima uzrokuje povećanje broja i stupnja simptoma izgaranja (29).

Edukacija obitelji i pacijenta o načinima pružanja zdravstvene njege, povezivanje i suradnja s drugim službama za palijativnu skrb također je jedna od važnih zadaća medicinske sestre u palijativnoj skrbi. U svrhu održavanja kontinuiteta skrbi i kvalitetnije suradnje s kolegicama koji nastavljaju skrbiti o pacijentu izvan bolnice, neophodno je postojanje sestrinske dokumentacije prilagođene pacijentima u palijativnoj skrbi. Medicinska sestra u timu palijativne skrbi promiče kvalitetu života i nastoji što profesionalnije odgovoriti na potrebe umirućeg i njegove obitelji. Određeni aspekti palijativne skrbi zahtijevaju od sestara puno više znanja, nego neka druga područja, poglavito zbog osjetljivosti pacijenta i njegove obitelji u terminalnoj fazi bolesti. Isto tako, medicinska sestra ima važnu ulogu u ohrabrivanju pacijenta, pomoći pacijentu da pronađe snagu u sebi, da pronađe smisao, a u tome će joj najviše pomoći vještina komuniciranja. Medicinska sestra, između ostalog, mora udovoljiti pacijentovim psihološkim, socijalnim i duhovnim potrebama. Dobre komunikacijske vještine sestre važan su preduvjet za mnoge zadaće koje sestra obavlja. Ona ne samo da mora ostvariti dobru komunikaciju s pacijentom, nego i s njegovom obitelji i bližnjima. Rad s umirućim bolesnicima jedan je od težih poslova medicinske sestre koji zahtjeva kontinuirano profesionalno usavršavanje (14).

7.1 Komunikacija s umirućim bolesnikom

Komunikacija je osnovna životna aktivnost i zadovoljava potrebe čovjeka za izmjenom informacija, znanjem, izmjenom iskustva i učenjem. Dokazano je da stručne osobe koje dobro komuniciraju sa svojim pacijentima točnije i sveobuhvatnije određuju problem, bolje zamjećuju emocionalnu nelagodu pacijenta, imaju pacijente koji su zadovoljniji pružanom skrbi i manje su tjeskobni te lakše prihvaćaju i slijede dobivene savjete. Nejasnoće u ciljevima zdravstvene njege mogu doprinijeti stvaranju nepovjerenja prema zdravstvenom

timu i mogu interferirati s kvalitetom provedene zdravstvene njege. Na kvalitetu komunikacije u planiranju zdravstvene njege kod terminalnih pacijenata mogu utjecati osjećaj nelagode koji se javlja prilikom priopćavanja loših vijesti kada to čini nedovoljno educirano osoblje, pacijent i obitelj mogu biti preopterećeni velikim brojem informacija, anksioznost, strah i umor mogu ograničiti sposobnost integracije primljenih informacija (9, 29).

Prije same komunikacije s umirućim bolesnikom potrebno je stvoriti pravo ozračje što znači ugodno se smjestiti, sjesti, nastojati izgledati opušteno. Pogled održavamo na razini sugovornika i gledamo ga dok nam govori. Dok bolesnik govori, trebamo slušati i ne razmišljati o tome što ćemo reći. Bolesnika potičemo da govori o onome što ga tišti. Korisno je govoriti i o svojim osjećajima, kakvi god oni bili. Ako bolesnik želi razgovarati o tome kako se osjeća to ćemo mu omogućiti. Mnogi, stari i mladi, žele razgovarati o uspomenama. Umirućim bolesnicima uspomene služe kao potvrda da im je život imao smisla. Ovaj način komuniciranja vrlo je važan u palijativnoj skrbi, jer omogućava pacijentu da slobodno izrazi svoje osjećaje i misli. Ako se uspije tako voditi komunikacija, znači da bolesnik nije orijentiran samo na bolest i da je njegova nada prisutna (16).

Bitan dio komunikacije s umirućim i njegovom obitelji, a za zdravstvene djelatnike itekako zahtjevan, je priopćavanje loših vijesti. Prilikom priopćavanja takvih vijesti važno je da ono ima četiri cilja. Prvi cilj je prikupiti informacije od bolesnika, procijeniti bolesnikovu razinu znanja te procijeniti koliko bolesnik želi znati. Drugi cilj podrazumijeva da se na temelju dobivenih informacija kaže samo ono što je u skladu s time. Treći cilj razgovora je poduprijeti bolesnika koristeći se vlastitim znanjem, iskustvom i vještinama kako bi se smanjio emocionalni utjecaj. I zadnji cilj odnosi se na razvijanje strategije skrbi u suradnji s bolesnikom.

8. Pružanje podrške obitelji

Umirućem bolesniku ne možemo pomoći ako ne uključimo i njegovu obitelj, jer ona ima važnu ulogu u jednom periodu bolesti i njezine reakcije stalno djeluju na stajalište bolesnika prema njegovim patnjama. Kao što sam bolesnik, tako i obitelj prolazi kroz razne stadije prilagođavanja. Ni obitelj ne može shvatiti činjenicu da je izložena takvoj kušnji. Traže se novi liječnici i druga mišljenja u nadi da će se dijagnoza pokazati kriva; slične se utjehe

očekuju možda i od čudotvornih ozdravljivača. Poduzimaju se skupa putovanja od poznatih liječnika i bolnica pa se istom onda, shvati činjenično stanje – koje je tako drastično zahvatilo u njihovu egzistenciju. U prilagođavanju na te promjene obitelj mnogo zavisi od držanja, svijesti i sposobnosti za komunikaciju u samog pacijenta. Ako su svi sposobni za otvoreni razgovor, moći će zajednički donijeti važne odluke. Kada se obitelj obzirno pripremi na fizičke procese umiranja, lakše i mirnije prihvaća smrt kao neizbježan proces. Uloge sestre u takvim situacijama usmjerene su na jačanje obiteljskih veza, poboljšanje komunikacije, edukaciju o vještini boljeg nošenja sa stresom i kontrolu pružene njege (12,29). Ne smijemo zaboraviti da je obitelji potrebna podrška i nakon smrti voljene osobe. Iz tog razloga, medicinske sestre trebaju biti spremne u svakom trenutku suočiti se s bolom i žalosti obitelji.

9. Zaključak

Medicinska sestra ima veliku ulogu u skrbi za umiruće bolesnike. Od svih profila zdravstvenih djelatnika upravo je ona najbliža bolesniku i najdulje je s njim. U trenutcima donošenja odluka istovremeno pruža podršku bolesniku, kao i članovima obitelji, razvijajući povjerenje i poštujući dostojanstvo.

Formalni i neformalni oblici obrazovanja omogućuju medicinskim sestrama spremnost i uspješnost u primjeni procesa sestrinske skrbi. Procjena stanja umirućih bolesnika, definiranje problema i postavljanje sestrinskih dijagnoza te primjena planove zdravstvene njege u skladu s bolesnikovim stanjem i potrebama, uključujući obitelj i ostale članove tima s kojima surađuje osiguravaju kvalitetu skrbi. Medicinska sestra kod umirućih bolesnika mora podržavati osjećaj vlastite vrijednosti i dostojanstva, a to je moguće postići samo pravilnim pristupom bolesniku, a ne pristupanjem kao objektu medicinskog tretmana. Sestrinsko obrazovanje i praksa u cjelini utemeljeni su na načelima koja čine osnovu palijativne skrbi-cjelovitost, orijentaciju na bolesnika, uvažavanje bolesnika kao subjekta, otvorenu komunikaciju, ljudski rad kao glavnu tehnologiju. Zbog svega toga medicinske sestre doprinose u cjelokupnoj palijativnoj skrbi.

10. Literatura

1. Pozaić V., Palijativna skrb i ljudsko dostojanstvo bolesnika, Glasnik pulske bolnice, Pula, 2009.

2. Hršak B. i suradnici, Zbornik radova, IV.simpozij medicinskih sestara zdravstvene njege u kući, Baška voda, 2011.

3.Medicinski priručnik za pacijente http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/ (15.8.2016.)

4. Matzo M. Palliative care nursing: quality care to the end of life. Third edition. New York: Springer publishing company; 2010.

5. Braš M., Milunović V., Brajković L., Đorđević L., Principi palijativne medicine, Neurol. Croat. Vol. 60, 3-4, 2011.

6. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi. Preporuke Europskog društva za palijativnu skrb. Eur J Pall Care 2009;16(6):279.

7. Jelić J., Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi, Završni rad, Visoka tehnička škola Bjelovar, Bjelovar, 2016.

8. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. Zagreb: Ministarstvo zdravlja, 2012. Dostupno na: www.zdravlje.hr (17.8.2016.)

9. Ozimec- Vulinec Š., Palijativna skrb, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2014.

10. Jušić A., Hospicij i palijativna skrb http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/10288/Hospicij-i-palijativna-skrb.html (20.8.2016.)

11. Ljubičić M., Zdravstvena njega osoba s invaliditetom, Sveučilište u Zadru, Zadar, 2014.

12. Kubller Ross E., Razgovori s umirućima, Biblioteka "Oko 3 ujutro", Zagreb, 1980.

13. Prlić N. Zdravstvena njega, Školska knjiga, Zagreb 2008.

14. Ozimec- Vulinec Š., Zdravstvena njega umirućih bolesnika (nastavni tekstovi), Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2002.

15. Fučkar G. Uvod u sestrinske dijagnoze, Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju, Zagreb, 1996.

16. Benko I., Komunikacija s bolesnikom u terminalnoj fazi bolesti, Zdravstveno veleučilište, Vol 4, Broj 14, Zagreb, 2008.

17. Čaćko M., Zdravstvena njega umirućeg bolesnika, Stručni članak, KB Sveti Duh, Zagreb, 2012.

18. Gordon M., Nursing Diagnosis: Process and application, Third Edition, St. Louis: Mosby, 1994.
19. Galić i suradnici, Priručnik iz gerontologije i psihologije starijih osoba- psihologija starenja, Medicinska škola Osijek, Osijek 2013.
20. NANDA International, Nursing diagnosis: definitions and classification, Wiley-Blackwell, Oxford 2012-2014.
21. Carpenito L.Y., Nursing diagnosis, J.B Lippincott Company, Philadelphia, 1992.
22.Duraković Z., Pothlađivanje- češće kod starijih osoba
Dostupno na: http://www.vasezdravlje.com/izdanje/clanak/1036/ (20.8.2016.)
23.Jušić A., Olakšavanje simptoma u krajnjem stadiju bolesti, Hrvatsko društvo za hospicij/ palijativnu skrb, Zagreb 2002.
24. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27358170 (22.8.2016.)
25.Goldsmith T., Cohen A.K., Swallowing disorders and aspiration in palliative care: Definition, consequences, pathophysiology, and etiology
Dostupno na: http://www.uptodate.com/contents/swallowing-disorders-and-aspiration-in-palliative-care-definition-consequences-pathophysiology-and-etiology (23.8.2016.)
26.Henderson V., Osnovna načela zdravstvene njege, Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju, 1994.
27. Mojsović Z. I suradnici, Sestrinstvo u zajednici, Visoka zdravstvena škola Zagreb, Zagreb, 2004.
28. Vuletić S. i suradnici, Palijativna skrb i medicinsko – duhovne potrebe terminalnih bolesnika, Bogoslovna smotra, Pregledni članak, Osijek, 2014.
29. Đorđević V., Braš M., Brajković L., Palijativna skrb - brinimo zajedno, Medicinska naklada, Zagreb, 2014.
30. Fučkar G., Proces zdravstvene njege, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1992.

.