

PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE KOD BOLESNIKA OBOLJELIH OD MALIGNIH BOLESTI

Kubatović, Elena

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:018281>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-19**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

Elena Kubatović

PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE KOD BOLESNIKA OBOLJELIH OD MALIGNIH
BOLESTI

Završni rad

Rijeka 2020. godine

SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

Elena Kubatović

PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE KOD BOLESNIKA OBOLJELIH OD MALIGNIH
BOLESTI

Završni rad

Rijeka 2020. godine

Izvješće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	
Studij	Dodiplomski studij sestrinstva
Vrsta studentskog rada	Završni rad
Ime i prezime studenta	Elena Kubatović
JMBAG	

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE KOD BOLESNIKA OBOLJELIH OD MALIGNIH BOLESTI
Ime i prezime mentora	Saša Uljančić
Datum zadavanja rada	10.02.2020.
Datum predaje rada	09.6.2020.
Identifikacijski br. podneska	1368443818
Datum provjere rada	11.8.2020.
Ime datoteke	PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE KOD BOLESNIKA OBOLJELIH OD MALIGNIH BOLESTI
Veličina datoteke	510,07K
Broj znakova	38432
Broj riječi	6405
Broj stranica	36

Podudarnost studentskog rada:

PODUDARNOST	
Ukupno	5%
Izvori s interneta	
Publikacije	
Studentski radovi	

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	Rad zadovoljava uvjete izvornosti
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	☐
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum
Rijeka, 11.8.2020.

Potpis mentora

Mentor rada: Saša Uljančić, *prof. reh., mag. med. techn.*

Završni rad obranjen je dana _____ u Rijeci na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, prediplomskom stručnom studiju sestrinstva, pod povjerenstvom u sastavu:

1. _____

2. _____

3. _____

Rad sadržava ukupno 35 stranica, 9 slika, 2 grafikona, 1 tablicu i 6 literaturnih navoda.

ZAHVALA

Zahvaljujem se svojoj mentorici poštovanoj prof. Saši Uljančić, prof. reh., mag. med. techn. prihvaćanju zadaće i dužnosti mentorstva te na svojoj pomoći i korisnim savjetima koji su mi pomogli i usmjerili me na u pisanju ovog završnog rada.

Također se zahvaljujem djelatnicima knjižnica Medicinskog i Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci na pruženoj pomoći za vrijeme prikupljanja literature, članaka i ostalog materijala koji je bio neophodan za izradu ovog rada.

I, na kraju, jedno veliko hvala mojoj obitelji, kolegama i kolegicama na iskazanoj potpori i pruženoj pomoći tokom cijelog perioda studiranja.

SAŽETAK

Onkologija je grana medicine koja se bavi prevencijom, dijagnozom i liječenjem ljudi od malignih bolesti. Maligna bolest obuhvaća sva stanja kod koji dolazi do pojave malignog tkiva (raka/tumora). Faktori rizika za njeno nastajanje su brojni, a postavljanje dijagnoze se sastoji od pravilno odrađene anamneze, medicinsko-dijagnostičkih pretraga (primarno slikovnih) i laboratorijskih pretraga (pozitivan nalaz tumorskih markera). Liječenje se sastoji od 3 zasebna medicinska postupka (kirurško liječenje, radio i kemoterapija), a potpunim izliječenjem se smatra izostanak bolesti u sljedećih 5 godina.

Posao medicinske sestre/tehničara varira ovisno u kojem dijelu bolesti se uključuje u zdravstvenu njegu bolesnika. Zbog toga će se jedan bolesnik susretati s većim brojem medicinskih sestara/tehničara koji će biti zaduženi za različite zadaće tokom njegovog liječenja. Mogući problemi zdravstvene njege koji proizlaze iz primarne dijagnoze/bolesti ovise o samom stupnju uznapređovalosti kao i lokalizaciji tumora. Zato je proces zdravstvene njege kod ovakvog bolesnika izrazito opširan i stoga je rad podijeljen na 3 dijela. Prva se bavi problemima zdravstvene njege kod prijema bolesnika i samom spoznajom o bolovanju od maligne bolesti, drugi dio prikazuje probleme kod bolesnika koji je u procesu liječenja, a u trećem dijelu imamo bolesnika kod kojeg liječenje nije dalo pozitivan učinak i koji zahtijeva palijativnu skrb.

Kao dodatak na kraju su obrađene i dvije dodatne teme koje se dotiču glavnih smjernica rada. Prva je posvećena samoanalizi nuspojava kemoterapije, a druga mobilnom timu palijativne skrbi Istarske županije.

Ključne riječi: onkologija, maligna bolest, onkološki bolesnik, proces zdravstvene njege, intervencije medicinske sestre/tehničara, mobilni tim palijativne skrbi.

SUMMARY

Oncology is a branch of medicine that deals with the prevention, diagnosis and treatment of people who have malignant disease. Malignant disease includes all conditions in which malignant tissue (cancer / tumor) occurs. Risk factors for its occurrence are numerous, and the diagnosis consists of a properly performed anamnesis, medical-diagnostic tests (primarily imaging techniques) and laboratory tests (positive presence of tumor markers). Treatment consists of 3 separate medical procedures (surgical treatment, radiotherapy and chemotherapy), and the complete curement is considered the absence of the disease in the next 5 years.

The job of a nurse / technician varies depending on which part of the disease is involved in the patient's health care. Therefore, one patient will encounter a number of nurses/technicians who will be in charge of different tasks during his or her treatment. Possible health care problems arise from the primary diagnosis and depend on the degree of progression as well as the localization of the tumor. Therefore, the process of health care in such a patient is extremely extensive and therefore the paper is divided into 3 parts. The first deals with the problems of health care when a patient is committed to a hospital and his reaction to the knowledge of malignant disease, the second part shows the problems of a patient who is in the process of treatment, and in the third part we have a patient whose treatment did not give a positive effect and requires palliative care.

In addition, two connected topics dealing with the main guidelines of the work were addressed at the end of the paper. First is dedicated to the pilot project of self-analysis of side effects of chemotherapy, and the second is dedicated to the mobile palliative care team of the Istrian County.

Key words: oncology, malignant disease, oncological patient, health care process, nurse interventions, pilot project, mobile palliative care team.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. ONKOLOGIJA	2
2.1 Faktori rizika.....	2
2.2 Znakovi i simptomi maligne bolesti.....	3
2.3 Dijagnostičke metode i pretrage	5
2.3.1 Opće dijagnostičke metode i pretrage	5
2.3.2 Specifične dijagnostičke pretrage	5
2.3.3 Pretrage stupnja proširenosti i zloćudnosti bolesti.....	6
2.3.4 Screening.....	6
2.4 Liječenje i prognoza	7
3. PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE KOD BOLESNIKA OBOLJELIH OD MALIGNIH BOLESTI	9
3.1 Uloga medicinske sestre/tehničara kod pacijenta oboljelog od maligne bolesti.....	9
3.2 Proces zdravstvene njege kod pacijenta oboljelog od maligne bolesti	11
3.2.1 Proces zdravstvene njege u ranoj fazi bolesti	13
3.2.2 Proces zdravstvene njege u srednjoj fazi bolesti.....	15
3.2.3 Proces zdravstvene njege u fazi palijativne skrbi	17
4. ANALIZA PODATAK	19
4.1 Analiza nuspojava kemoterapije	19
4.2 Mobilni timovi palijativne skrbi Istarske županije.....	23
5. ZAKLJUČAK.....	27
6. LITERATURA	28

1. UVOD

Onkologija je grana medicine koja se bavi prevencijom, dijagnozom i liječenjem ljudi od malignih bolesti. Maligna bolest obuhvaća sva stanja kod koji dolazi do pojave malignog tkiva (raka/tumora). Pod maligno tkivo se podrazumijeva ubrzani, nekontrolirani i nesvrshodan rast tkiva koje svojom nazočnošću remeti i šteti regionalno ili cjelokupno funkcioniranje organizma do te mjere da sa svojim negativnim nuspojavama uzrokuje smrt. Sama bolest može završiti potpunim ozdravljenjem bez komplikacija, izlječenjem uz vremenski ograničene ili trajne komplikacije ili smrću pacijenta.

Kada govorimo o onkološkim bolesnicima u aspektu zdravstvene njege i sestrinskoga posla ovo je grana u medicini koja ima najopsežniju i najzahtjevniju zdravstvenu skrb. Onkološki bolesnik je osoba koja u današnje vrijeme može biti bilo koje dobi, u bilo kojoj razini psiho-fizičke forme, a sama bolest zahvaća jedan, dva ili više organa/organskih sustava. Stanje oboljelog varira od rano otkrivene bolesti koja ima veliku uspješnost izlječenja s minimalnom potrebom za zdravstvenom njegom, preko sve težih slučajeva koji zahtijevaju postupno sve veću ulogu cijelog medicinskog tima pa tako i medicinske sestre/tehničara sve do bolesnika s terminalnom fazom bolesti gdje bolesnik zahtijeva palijativnu skrb u kojoj je većinski dio posla djelokrug medicinske sestre/tehničara.

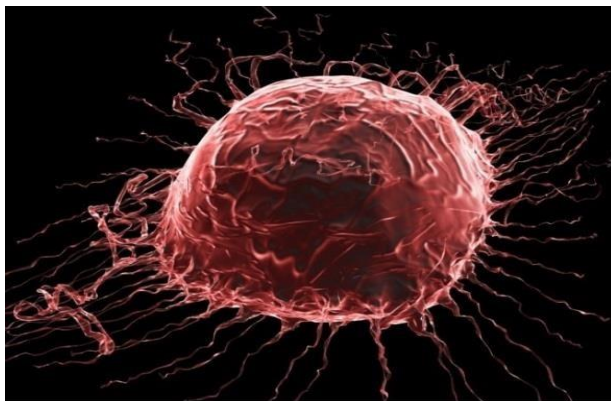
Uzevši to u obzir, tema rada je bazirana na općoj obradi onkološkog bolesnika od strane medicinske sestre/tehničara bez fokusiranja na specifično polje onkologije uz naglasak na onkološko savjetovanje s privitkom o palijativnom zbrinjavanju. Sam rad vodi čitatelja od općih onkoloških podataka, medicinskog dijela koji obrađuje u kratkim crtama dijagnostiku, liječenje te tijek bolesti s mogućim komplikacijama i ishodom pa do glavnog dijela rada a to je posao medicinske sestre/tehničara kod bolesnika u raznim fazama maligne bolesti zaključno s palijativnom skrbi.

2. ONKOLOGIJA

2.1 Faktori rizika

„Faktor rizika je stanje, ponašanje ili karakteristika koja pridonosi mogućoj pojavi ozljede ili bolesti. U pravilu govorimo o individualnoj predispoziciji koja u nekim slučajevima može utjecati na druge ljude/skupine ljudi.“(5) Faktori rizika kod pojave malignih bolesti su:

- **Dob** – s povećanjem životne dobi sve do učestalosti dolazi i do povećanja rizika za pojavu maligne bolesti, nebitno o kojem se organskom sustavu radi.
- **Pretilost** – kod osoba koje su pretile znanstveno je dokazana veća učestalost pobola od malignih bolesti dojke, gastrointestinalnog trakta, maternice
- **Alkohol** – ljudi koji uživaju u prekomjernim količinama alkohola češće oboljevaju od malignih bolesti probavnog, dišnog trakta i dojke;
- **Infektivni agensi** – pod ove faktore rizika ubrajamo poneke mikrobiološke i jednostanične organizme koji su u stanju potaknuti nastanak maligne bolesti
- **Kancerogene tvari i spojevi** – je svaka tvar, kemikalija ili utjecaj okoline (sunčevo zračenje) koji utječe na DNK organizma na taj način da dolazi do promijene u zapisu genetskog koda stanica, a koji ima za posljedicu moguće pojave maligne bolesti.
- **Imunosupresori** – su lijekovi i tvari koje koče obrambeni sustav organizma i tako „koče“ imunosni odgovor, a dokazana je učestalija pojava maligne bolesti kod takvih ljudi/bolesnika.
- **Duhan** – smatra se najčešćim uzrokom za pojavu malignih bolesti u svijetu. Neovisno u kojem se obliku konzumira, odgovoran je za učestaliju pojavu malignih bolesti svih organskih sustava, a pogotovo u kombinaciji s jednim ili više ostalih faktora rizika.



Slika 1

Prikaz tumorske stanice raka dojke

Izvor: <https://www.nih.gov/news-events/nih-research-matters/genes-help-breast-cancer-cells-invade-breast>

2.2 Znakovi i simptomi maligne bolesti

Znakovi i simptomi maligne bolesti su izrazito velika i raznolika skupina istih. Govorimo o bolesti koja može zahvatiti bilo koji organ i tkivo u tijelu ili više njih, same znakove i simptome dijelimo u skupine koji se pojavljuju ovisno vrsti i sijelu bolesti.

„Kada bi pokušali nabrojiti sve za svaki tip

maligne bolesti trebali bi napisati priručnik veličine manje knjige jer je do danas klasificirano i potvrđeno malo preko 200 različitih vrsta malignih bolesti koje imaju svoje manje ili više karakteristične simptome i znakove.“⁽⁵⁾ Uz to tumori različitih organa istog organskog sustava imaju slične ili čak i iste simptome i znakove.

Ova tablica obuhvaća samo kompletne organe/organske sustave kod 10 najučestalijih tipova maligne bolesti.

Maligna bolest dojke	Kvržica u području dojke ili aksile uz moguću pojavu ulkusa sa krvarenjem iz same bradavice
Maligna bolest pluća	Perzistirajući kašalj uz pojavu hrapavosti grla i glasa sa mogućom pojavom krvi u sputumu
Maligna bolest prostate	Frekventni podražaj na mokrenje usred koje je prisutna nelagoda ili bol uz mokrenje malih količina urina
Maligna bolest rectuma i kolona	Krvarenje iz rectuma uz izdužen i tanki feces s učestalijim podražajima na defekaciju
Maligna bolest kože (melanom)	Pojava medeža nepravilnog oblika, neujednačene boje,

	s nejasnim granicama, a promijera većeg od 6 mm
Maligna bolest mokraćnog mjehura	Prisutnost svježe krvi u urinu kao i moguće tegobe kod samog procesa mokrenja slične kod pojave maligne bolesti prostate
Maligna bolest limfe (Non Hodgkin limfom)	Kvržica u regiji vrata, pazuha ili prepona uz pojavu groznice i gubitka tjelesne težine od 10% ili više tokom proteklih 6 mjeseci
Maligna bolest bubrega	Prisutnost krvi u urinu uz moguću palpaciju krvžica u području abdomena i stijenke zdjeličnog zida odnosno pojave vidljivog potkožnog zadebljanja u tim regijama
Maligna bolest endometrija	Spontano krvarenje iz vagine ili krvarenje tokom seksualnog odnosa u doba mjesečnog ciklusa žene bez menstrualnog krvarenja
Maligna bolest krvotvornih tkiva i koštane srži	Česte i spontane modrice uz neobjašnjiva krvarenja na prirode anatomske otvore s često pojavljujućim infekcijama

Tablica 1
Prikaz 10 najčešćih malignih bolesti sa karakterističnim simptomima i znakovima

Kao što se i vidi iz tabličnog prikaza svaki organski sustav ima simptome koji su karakteristični za njega, a opet dva pojedina organa u istom sustavu imaju praktično iste simptome i znakove. Uz to oni se rijede ili češće javljaju uz druge bolesti istih organa. Ovo uvelike otežava dijagnostiku zbog vremenskog okvira koji je potreban za postavljanje pravilne dijagnoze, a time i brzini početka liječenja što pak ima nemjerljiv učinak na liječenje i izliječenje maligne bolesti.

2.3 Dijagnostičke metode i pretrage

U grubo se mogu podijeliti na opće, koje se primjenjuju u dokazivanju svih tipova maligne bolesti pa do specifičnih koje nam ukazuju o kojem se tipu radi te o pretragama koje nam dokazuju u kojem je stadiju i stupnju malignosti bolest.

2.3.1 Opće dijagnostičke metode i pretrage

- *Anamneza* – liječnik mora imati u vidu čimbenike rizika, pozitivnu obiteljsku anamnezu kao i znakove i simptome bolesti.
- *Fizikalni pregled* - treba usmjeriti na kožu, limfne čvorove, pluća, dojke, trbuh i sjemenike. Treba izvršiti vaginalni i rektalni pregled uz palpiranje prostate.
- *Radiološke pretrage* – RTG, MSCT, MR i PET-CT su pretrage kojima se može relativno lako i brzo otkriti neka anomalija koja upućuje na moguću malignu bolest.
- *Ultrazvučna pretraga* – ili UTZ je danas sve više prihvaćena slikovna metoda dijagnostike zbog odsutnosti zračenja. Kvalitetno obučeni dijagnostičar s adekvatnom količinom iskustva je u stanju s UTZ-om uočiti anatomske nepravilnosti jednakom točnošću kao i putem radioloških pretraga.

2.3.2 Specifične dijagnostičke pretrage

- *Biopsija* – uzimanje uzorka tkiva je od velike važnosti za potvrdu same dijagnoze maligne bolesti kao i tipa stanice odnosno vrste tumora o kojoj se radi. Ova pretraga se također upotrebljava u daljnjoj dijagnostici za utvrđivanje zloćudnosti.
- *Tumorski markeri* – tzv. pretrage krvi otkrivaju postojanje više ili manje specifičnih tvari koje tumorske stanice otpuštaju u krvotok i svoju okolinu. Tako postoje markeri poput Alfa-fetoproteina koji je prisutan u minimalnoj količini kod novorođenog djeteta i jedva mjerljivoj kod odrasle osobe. Kod gotovo svih tumora njegova

količina je značajno povišena. Isto tako postoji i veći broj specifičnih tumorskih markera koji nam ukazuju na određenu vrstu maligne bolesti (Ca 19-9 kod tumora želuca, debelog crijeva i gušterače; CA 15-3 kod karcinom dojke)

2.3.3 Pretrage stupnja proširenosti i zloćudnosti bolesti

Kada je maligna bolest potvrđena mora se dodatno odrediti njezina zloćudnost i stupanj proširenosti po tijelu kako bi se mogao napraviti adekvatan plan liječenja. Ne postoje nove specifične pretrage koje se koriste u ovom dijelu postavljanja dijagnoze nego se, kada je postavljena dijagnoza specifične maligne bolesti, ponovno upotrebljavaju slikovne metode (radiološke i UTZ), biopsije kao i biokemijske pretrage zbog dobivanja potpune slike. Proširenost pokazuje gdje sve treba dijelovati na bolest, a stupanj zloćudnosti određuje jačinu mjera liječenja.

2.3.4 Screening ili probir

Preventivna metoda kojom se pokušava otkriti maligna bolest u što ranijoj fazi. Ona sadrži opće pretrage, primarno slikovne, kako bi se u ciljanoj populaciji (ljudi koji imaju



Slika 2

Prikaz žene starije životne dobi na na screeningu za rak dojke - mamografija
Izvor: <https://www.najzdravlje.com/mamografija.hr>

predizpoziciju za pojavu tumora) otkrila bolest. Pokazala se kao izrazito važna metoda jer se pomoću nje uspijeva otkriti veći broj tumora u njihovim početnim stadijima što omogućava jako dobre prognoze ishoda samog liječenja. Mnoge razvijene države svijeta imaju razrađene screening programe, unutar primarne zdravstvene zaštite, i ulažu značajna sredstva kao bi se što kvalitetnije provodile mjere ranog

otkrivanja. Time se postižu bolji ishodi bolesti, smanjuje dužina vremena provedenog u bolnici kao i upotreba manje invazivnih metode liječenja.

2.4 Liječenje i prognoza

Liječenje tumora ovisi o njegovoj malignosti i rasprostranjenosti po tijelu, a sastoji se od kirurškog liječenja, radioterapije i kemoterapije.

1. *Kirurško liječenje* u onkologiji predstavlja kirurški zahvat odstranjivanja tumorske tvorbe kao i većeg ili manjeg dijela okolnog tkiva. Izvodi ga kirurg specijalist za organ/organski sustav koji je zahvaćen bolešću.
2. *Radioterapija* je postupak kod kojeg se korištenjem ionizirajućeg zračenja iz linearnog akceleratora utječe direktno na tumorske stanice. Ono remeti DNK transkripciju tumorske stanice izazivajući neposrednu staničnu smrt i na taj način lokalno se smanjuju ili eliminiraju tumorske tvorbe.
3. *Kemoterapija* je medicinsko-onkološki postupak kod kojeg se u orgnizam unosi citotoksin koji radi inhibiciju mitoze u stanicama. U današnje doba sama kemoterapija dobiva sve širi pojam jer se uvode sve specifičniji postupci pa tako u sklopu kemoterapije postoje i :
 - hormonalna terapija - manipulacija hormonalnog sustava endo ili egzogenim čimbenicima na način da se inhibiraju signali koji potiču rast i razvoj tumorske stanice;
 - Target (ciljana ili molekularna) terapija – je dio onkologije koji se bazira na molekularnoj medicini. Kod ove terapije blokira se rad specifičnih molekula koje su zadužene za karcinogenezu te rast i razvoj tumorskih stanica.

Ova tri oblika liječenja se u pravilu nadopunjuju i nikad se ne koristi isključivo samo jedan vid terapije. Koliko god se može strogo i točno dijagnosticirati specifičan tumora toliko

je multidisciplinarni postupak liječenja. Samo liječenje u onkologiji nije nužno usmjereno izlječenju bolesti već se primjenjuje i kao dio palijativne skrbi bolesnika.

Prognoza onkološke bolesti ima najopsežniji mogući oblik ishoda prisutan kod bilo koje bolesti. Ona ovisi o ogromnom broju faktora tako da imamo veliki broj mogućih ishoda uzevši u obzir posljedice samog liječenja kao i mogućnost i jačinu pojave recidiva.

Ako je dijagnoza postavljena u ranom začetku bolesti, sama tumorska tvorba je po sastavu tumorskih stanica benigna sa minimalnim ili bez prisutnosti metastaza, uz adekvatno liječenje koje je pravilno provedeno, ishod bolesti će biti pozitivan uz ogromnu stopu izlječenja te sa minimalnom količinom nuspojava koje će se relativno brzo povući. Ovaj oblik bolesti je najbolji mogući scenarij za bolesnika.

Kada se dijagnoza postavlja nakon duže prisutnosti simptoma i znakova tumorske bolesti sama startna pozicija liječenja je mnogo teža. Kod takvih bolesnika je potrebna radioterapija koja će omogućiti, u pravilu radikalno kirurško liječenje, kao i opsežna kemoterapija radi uklanjanja svake moguće tumorske stanice. I kada se liječenje provede u najboljoj mogućoj mjeri dovoljno je da i par tumorskih stanica ostane nedetektirano i neuništeno da se pojavi recidiv bolesti. Sama malignost je povezana sa vrstom tumora ovisno o njegovoj sposobnosti metastaziranja. Tu stopa izlječenja naglo počinje padati i pristupa se palijativnom dijelu skrbi za bolesnika.

Treba naglasiti da se najbolji mogući rezultati ostvaruju uz pomoć screening testiranja osoba koje spadaju u populaciju s povišenim rizikom za nastanak pojedine maligne bolesti. Pretrage iz dana u dan postaju sve učinkovitije i danas postoji mogućnost dijagnosticirati bolest već i prije pojave prvih znakova i simptoma. I najteži tumor je izlječiv ali samo ako se otkrije na vrijeme i tako se značajno smanji njegova malignost.

3. PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE KOD BOLESNIKA OBOLJELIH OD MALIGNIH BOLESTI

3.1 Uloga medicinske sestre/tehničara kod bolesnika oboljelih od maligne bolesti



Slika 3

Prikaz sestrinske edukacije pacijenta oboljelog od maligne bolesti

Izvor: http://lippincottolutions.lww.com/blog/entry.html/2016/06/22/the_evasive_.html

Kao i kod liječenja svih ostalih bolesti u modernoj medicini ne postoji jedna određena osoba/medicinski djelatnik koji će se brinuti i adekvatno zbrinuti bolesnika. Taj posao obavlja tim stručnjaka od kojih svaki pridonosi znanjem i kompetencijama iz svoje specifične domene, a to vrijedi i za medicinsku sestru/tehničara. Posao medicinske sestre/tehničara varira ovisno u kojem dijelu

bolesti se uključuje u zdravstvenu njegu bolesnika. Zbog toga će se jedan bolesnik susretati s većim brojem medicinskih sestara/tehničara koji će biti zaduženi za različite zadaće tokom njegovog liječenja.

Samom bolesniku se treba pristupiti holistički. Ne gleda ga se kroz prizmu njegove medicinske dijagnoze već kao cijelovito ljudsko biće sa svojim potrebama, željama i navikama, ali isto tako i stavovima, nesigurnošću te osobito strahom koju donosi svaka bolest, a pogotovo maligna. Uloga medicinske sestre/tehničara kod bolesnika oboljelog od maligne bolesti su izrazito velike ovisno o tipu maligne bolesti od koje je obolio. Zato su u ovom dijelu navedene one koje se provode kod većine bolesnika. Te uloge su :

- Kod prijema bolesnika svojom stručnošću i profesionalnim ponašanjem početi stjecati bolesnikovo povjerenje.

- Procijeniti stupanj samostalnosti bolesnika i prema njemu pomoći bolesniku u održavanju osobne higijene, hranjenja i oblačenja
- Pravilno uzeti i poslati sve potrebne uzorke za ordinirane pretrage.
- Psihički i fizički pripremiti bolesnika za medicinsko-tehničke postupke te ako je potrebno asistirati kod istih.
- Mjeriti svakodnevno vitalne znakove, evidentirati ih na temperaturnu/dnevnu listu i kod značajne promjene istih odmah obavijestiti dežurnog liječnika.
- Kod pacijenta sa smanjenom pokretljivošću pomoći mu u zauzimanju pravilnog položaja u krevetu te promijenama položaja radi sprečavanja komplikacija dugotrajnog ležanja.
- Primijeniti ordiniranu medikamentoznu terapiju i ako je potrebno educirati ga o pravilnoj primjeni i važnosti iste.
- Primijeniti ordiniranu terapiju kisikom ako ima potrebe za njom.
- Pravilno provoditi toaletu svih invazivno postavljenih kanila i drenova (npr. PEG, CVK, i.v. kanila, itd.)
- Pratiti ponašanje i promijene samog ponašanja kod bolesnika i ako je potrebno dati mu kroz razgovor dodatnu motivaciju i sigurnost te u što većoj mjeri otkloniti strahove.
- Ako je potrebno servirati bolesniku hranu i tekućinu u krevetu te ga poticati na konzumaciju iste kod slabijeg/smanjenog apetita.
- Pripremiti bolesnika za otpust iz bolnice – pravilna edukacija bolesnika/ roditelja/ skrbnika i pružanje socijalne podrške.

3.2 Proces zdravstvene njege kod bolesnika oboljelih od maligne bolesti

„Proces zdravstvene njege način je rješavanja problema koji je utemeljen na znanju, logičan, racionalan i sustavan, označava pristup u otkrivanju i rješavanju pacijentovih problema iz područja zdravstvene njege. Problem je ključan pojam u procesu zdravstvene njege, a to je svako stanje koje odstupa od normalnog ili poželjnog i zahtijeva intervenciju medicinske sestre“.(1)

„Proces zdravstvene njege odvija se u 4 osnovne faze:

- 1) Utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom- prikupljanje podataka, analiza podataka, definiranje problema;
- 2) Planiranje zdravstvene njege- definiranje ciljeva, planiranje intervencija i izrada plana zdravstvene njege;
- 3) Provođenje zdravstvene njege- validacija plana, analiza uvjeta, provođenje planiranih intervencija;
- 4) Evaluacija zdravstvene njege - evaluacija cilja i plana zdravstvene njege.“(1)



Grafikon

Prikaz: Međuodnos i povezanost pojedinih faza procesa zdravstvene njege
Izvor: Fučkar G: Proces zdravstvene njege; str. 52

Kada medicinska sestra/tehničar, kod bolesnika sa malignom bolešću, utvrdi potrebe za provođenjem zdravstvene njege može se početi sa planiranjem sestrinskih dijagnoza. Mogući problemi zdravstvene njege koji proizlaze iz primarne dijagnoze/bolesti ovise o samom stupnju uznapređovalosti kao i lokalizaciji tumora. Zato je proces zdravstvene njege kod ovakvog bolesnika izrazito opširan.

Pravilnom primjenom samog procesa doći će se do postavljanja dijagnoza koje pokrivaju sve pacijentove probleme iz aspekta zdravstvene njege. A to znači da će:

- podaci biti prikupljeni s pravilnim definiranjem problema,
- ciljevi biti relevantni s adekvatno planiranim intervencijama,
- planovi će biti validirani, a same intervencije uspješno provedene,
- s pozitivno ostvarenom evaluacijom ciljeva i planova.

Radi ostajanja na temi, a kako bi se spriječilo ulaženje u detalje pojedinog područja uz zanemarivanje drugih ovaj dio rada je podijeljen na 3 mini cjeline.

Prvi se bavi problemima kod prijema bolesnika i samom spoznajom o bolovanju od maligne bolesti. Ovdje se proces vrti oko mentalnog stanja bolesnika i problema vezanih uz njega. Glavni problemi su strah i neupućenost iz kojih proizlaze bolesnikove potrebe.

Drugi dio se bavi s bolesnikom koji je u procesu liječenja. On je već educiran o svojoj bolesti, rješava strahove na adekvatan način, upućen je u liječenje i terapijske postupke te se javljaju specifični problemi u procesu zdravstvenu njegu više vezani za samu specifičnost pojedine maligne bolesti.

U trećem dijelu je opisana skrb za bolesnika koji zahtijeva palijativnu skrb. Liječenje nije uspjelo i ishod bolesti će biti smrt bolesnika. U ovom dijelu proces zdravstvene njege se okreće potrebama umirućeg bolesnika, a koje nisu ništa manje bitne ili manje vrijedne kao one u prijašnjim dijelovima.

3.2.1 Proces zdravstvene njege u ranoj fazi bolesti

Dokazano je da svaka bolest, pa i najmanje oboljenje, budi u ljudima osjećaj nelagode i nesigurnosti. Kada se radi o postavljanju dijagnoze maligne bolesti ta nelagoda se značajno povećava i pretvara u egzistencijalni strah. Isto tako većina laika pa i dobar dio medicinskih djelatnika nije adekvatno ili uopće educirano o tome što sve ta dijagnoza sa sobom donosi.

Vođeni tim znanjem medicinska sestra/tehničar uočavaju da u ranoj fazi maligne bolesti glavni problemi u procesu zdravstvene njege proizlaze iz osjećaja straha i neupućenosti. Znači da su poglavito prisutni problemi iz područja samopercepcije i kognitivno perceptivnih funkcija s naglaskom na učenje i motivaciju.

Strah od same bolesti, njezinog ishoda i novonastale zdravstvene situacije kao i neupućenost zbog manjka znanja, informacija i vještina su dio čimbenika na koje se treba pravilno reagirati od strane medicinske sestre/tehničara u sklopu procesa zdravstvene njege.

U skladu s time postavljeni ciljevi trebaju biti realni i relevantni te moraju obuhvaćati:

- a) mogućnost bolesnika da prepozna znakove i činitelje koji dovode do osjećaja straha kao i kako primijeniti metode i postupke koji smanjuju njegovu razinu te
- b) mogućnost bolesnika da nakon adekvatne edukacije može verbalizirati ili demonstrirati specifično znanje i vještinu.

Kada se postave ciljevi na temelju pravilno prikupljene anamneze pristupa se izradi intervencija. Intervencije su prilagođene individualno bolesniku kako bi se problemu adekvatno pristupilo i riješilo ga se na pravilan način. One su pokazatelj stručnosti i kompetencija medicinske sestre/tehničara.



Slika 4

Prikaz medicinske sestre s pacijentom kod edukacije i vježbi dubokog disanja

Izvor: <http://downloads.lww.com/woltersklex.html>

Medicinska sestra/tehničar treba u razgovoru s bolesnikom zadobiti njegovo povjerenje demonstracijom empatije i stručnosti, prilagoditi način razgovora/učenja ovisno o njegovim kognitivnim sposobnostima, osigurati mu dovoljno vremena da usvoji preneseno znanje/vještinu, poticati ga na postavljanje

pitanja, koristiti riječi i izraze koji su mu poznati, tijekom razgovora/učenja napraviti, ako je potrebno, manje pauze i provjeriti njegovo razumijevanje prenesenih informacija, poticati ga da verbalizira svoje strahove te uoči čimbenike koji doprinose pojavi anksioznosti/straha, podučiti ga vježbama dubokog disanja ili drugim metodama relaksacije, osigurati mu mirnu i tihu okolinu kao i predvidljivu dnevnu rutinu, pravodobno ga obavijestiti i educirati o medicinsko dijagnostičkim postupcima i važnosti njihovog provođenja, uključiti bolesnika u planiranje dnevnih aktivnosti, pružiti moralnu podršku tijekom procesa liječenja, pohvaliti ga na pravilno demonstriranoj vještini ili novo usvojenom znanju, poticati ga na pozitivno razmišljanje.



Slika 5

Prikaz medicinske sestre u pružanju moralne podrške pacijentici kod primanja terapije

Izvor: http://downloads.lww.com/wolterskluwer-vitalstream_com/ontent/97807817887/text.html

To nas dovodi do toga da je bolesnik sada sposoban prepoznati i verbalizirati svoje stahove kao i primjeniti naučene metode ublažavanja i smanjivanja njegovog intenziteta. Također je sposoban razumijeti, verbalizirati i demonstrirati novostečeno znanje i vještine.

3.2.2 Proces zdravstvene njege u srednjoj fazi bolesti

U ovom aspektu procesa zdravstvene njege medicinska sestra/tehničar se susreću s bolesnikom koji se aktivno liječi od maligne bolesti. Obavio je sve potrebne medicinsko tehničke i laboratorijske pretrage, prošao je fazu mentalne prilagodbe i sada ga se liječi kirurški i radioterapijom te ga se priprema za kemoterapiju. Sve ovo donosi nove probleme u procesu zdravstvene njege.

Sada se medicinska sestra/tehničar primarno bave problematikom vezanom uz pokretljivost i tjelesnu aktivnost (ovisno o stupnju njezinih smanjenja), odmorom i spavanjem (njihovom nedostatnom količinom ili kompletnom odsutnosti) kao i metaboličkim problemima te uz to vezano problemima eliminacije. Oni predstavljaju novi izazov u radu kao i potpuno novi pristup.

U skladu s time postavljeni ciljevi trebaju biti realni i relevantni te moraju obuhvaćati:

- a) bolesnikovo što samostalnije obavljanje aktivnosti i brige o sebi ovisno o njegovim mogućnostima uz adekvatnu pomoć i motivaciju od strane medicinske sestre/tehničara;
- b) dovoljnu količinu sna i dnevnog odmora koji omogućuju bolesniku da se osjeća odmorno i sposobno za obavljanje svakodnevnih aktivnosti;
- c) prehranu i unos tekućine koji su prilagođeni i adekvatni novim metaboličkim potrebama kao i izostanak osjećaja mučnine ili pojavu opstipacije.

Oni predstavljaju novi izazov u radu kao i potpuno novi pristup zadovoljavanju potreba bolesnika u području procesa zdravstvene njege. Intervencije koje se ovdje postavljaju moraju biti usmjerene novonastaloj situaciji te su i u ovome dijelu zdravstvenog zbrinjavanja bolesnika pokazatelj stručnosti i kompetencija medicinske sestre/tehničara.

Medicinska sestra/tehničar treba u razgovoru s bolesnikom: procijeniti njegov stupanj samostalnosti i definirati specifične situacije kada mu treba pomoć, saznati mogućnost bolesnikovog korištenja pomagala i pribora za obavljanje osobne higijene, poticati ga da u što većoj mjeri samostalno obavlja osobnu higijenu, dati bolesniku



Slika 6

Prikaz: Uzimanje analgetske terapije

Izvor: [https://www.nurse.com/blog/2017/](https://www.nurse.com/blog/2017/06/28/s-what-nurses-about-co-medications.html)

06/28/ s-what-nurses-about-co-medications.html

propisanu analgetsku terapiju, saznati o mogućim preprekama i otežavajućim okolnostima kao što su oštećenje vida i sluha ili smanjenih kognitivnih sposobnosti i djelovati u skladu s njima, osigurati bolesniku mirnu i tihu okolinu tijekom dnevnog odmora, uključiti, ako je potrebno, indirektan izvor svjetlosti tijekom noćnog odmora, educirati ga da ne unosi hranu ili tekućinu neposredno prije spavanja, osigurati mu pomagala koja ga opuštaju da lakše zaspi, educirati ga o važnosti sna i odmora u svakodnevnim aktivnostima, poticati ga na unošenje hrane koja ne nadima a potiče peristaltiku, saznati vrstu hrane koju ne voli jesti i koja mu izaziva mučnine/ tjera ga na povraćanje, prikupiti podatke o navikama vezanih uz defekaciju i mokrenje, saznati o vrsti tekućine koju voli konzumirati i poticati ga na konzumaciju i educirati ga o važnosti unosa njene adekvatne količine.

Bolesnik će imati kvalitetan san i dnevni počinak iz kojih se budi odmoran, zadovoljava metaboličke potrebe bez osjećaja nadutosti i prisutnosti opstipacije te u što većoj mjeri samostalno obavlja osobnu higijenu, oblači se i hrani.



Slika 7

Prikaz: Pacijent u dnevnom odmoru

Izvor:

<https://depositphotos.com/139909032/stock-photo-male-patient-sleeping-on-bed.html>

3.2.3 Proces zdravstvene njege u fazi palijativne skrbi

„Kada su sve mogućnosti liječenja ispljene, a maligna bolest je i dalje prisutna i vodi prema neminovnoj činjenici da bolesnik neće preživjeti bolest pristupa se palijativnoj skrbi. Ovo ne vrijedi samo za terminalne faze maligne bolesti već i drugih bolesti i stanja koje će krzo kraće vrijeme, neovisno o liječenju, uzrokovati bolesnikovu smrt. Sama definicija palijativne skrbi podudara se i s bolesnikovim potrebama u procesu zdravstvene njege.“(3)

To znači da se medicinska sestra/tehničar okreću zadovoljavanju potreba koje će pacijentu omogućiti dostojanstvenu smrt bez boli i nepotrebne patnje. Bolesnik je često u krevetu, smanjen je kontakt s prijateljima i/ili obitelji koji dovodi do moguće pojave socijalne izolacije, u većem broju slučajeva javlja se potreba za razgovor sa svećenikom i ispunjavanjem vjerskih potreba kao i prisutnost akutne ili kronične boli.

U skladu s time postavljeni ciljevi trebaju biti realni i relevantni te moraju obuhvaćati:

- a) zadovoljavanje vjerskih potreba bolesnika, a koje će pozitivno djelovati na daljnji tijek palijativne skrbi;
- b) da bolesnik nema subjektivni osjećaj usamljenosti i neće se „zatvarati u sebe i žalovati već komunicirati s medicinskom sestrom/tehničarem;
- c) bol koju osjeća će nestati ili biti jačine koja ga neće smetati i raditi mu nelagodu u obavljanju/ispunjavanju svakodnevnih potreba.

Proces zdravstvene njege nije namijenjen isključivo radu u bolnicama i medicinskim centrima koji su usmjereni liječenju ljudi. Ovaj njezin dio se poklapa i s potrebama bolesnika koji je neizlječiv odnosno kojeg čeka sigurna smrt. Međutim on zbog toga ne prestaje biti osoba sa svojim potrebama, a posebice onima koje se identificiraju i rješavaju od strane medicinske sestre/tehničara u sklopu procesa zdravstvene njege.

Medicinska sestra/tehničar treba u razgovoru s bolesnikom: saznati o vjerskoj opredijeljenosti kao i njegovom potrebom za izvršavanjem vjerskih obveza, u dogovoru s njim omogućiti posjete dušebrižnika odabrane religije, osigurati adekvatnu prostoriju i privatnost tijekom njihovog susreta, pružiti dovoljnu količinu vremena radi adekvatnog zadovoljavanja vjerske potrebe, osigurati mu dodatna pomagala i knjige/tekstove potrebne za



Slika 8

Prikaz: Posjet svećenika pacijentici

Izvor: <https://depositphotos.com/139909032/stock-photo-male-patient-sleeping-on-bed.html>

liturgiju, osigurati redovite posjete od strane obitelji i prijatelja, poticati ga na komunikaciju s njima kao i verbaliziranja svojih osjećaja i potreba, podučiti ga metodama distrakcije radi kvalitetnijeg ispunjavanja vremena, ako je moguće poticati ga na komunikaciju s drugim

bolesnima, u razgovoru s njegovim bližnjima zamoliti ih da mu donesu stvari (knjige, mobitel, novine) radi kvalitetnijeg iskorištavanja vremena, osigurati mu adekvatnu psihološku pomoć, u dogovoru s bolesnikom provoditi nemedikamentozne načine ublažavanja boli kao i primjenu farmakološke terapije, otkloniti čimbenike koji doprinose ponovnoj pojavi ili pojačanju intenziteta boli, educirati ga o zauzimanju položaja koji ju ublažavaju, u dogovoru s bolesnikom koristiti skalu za procjenu boli i pratiti njezinu pojavnost kao i intenzitet, ukoliko je moguće masirati bolno područje tijela i pri tome utrljati ulje ili gel koji će pomoći u smanjenju boli.

Ovako provedene intervencije u palijativnoj skrbi za bolesnika imati će opuštajući učinak na bolesnika pa zajedno s time on će biti otvoreniji, proces žalovanja uspješno proveden, osjećat će manju fizičku, ali isto tako i psihičku bol, a vrijeme koje mu je ostalo kvalitetno provedeno u duševnom miru.

4. ANALIZA PODATAKA

4.1 Analiza nuspojava kemoterapije

Aдекватna i pravilna evaluacija simptoma izrazito je važna za pravilno provođenje liječenja bolesnika. To se pogotovo odnosi na one koji su u procesu liječenja maligne bolesti upotrebom kemoterapije. Iako kemoterapija postoji u današnje vrijeme sve više personalizirana, pogotovo kada govorimo o genskoj terapiji koja postaje grana sama za sebe, njezine nuspojave su u pravilu iste kod većine bolesnika, ali se značajno razlikuje njihov intenzitet. Učestala je pojava da kliničari umanjuju simptome i tegobe ili ih bolesnici zbog vremenske odgode u razgovoru o njima znaju podcijeniti i nepravilno prezentirati. Ovo pak uzrokuje pogrešno tumačenje težine nuspojava, moguće neadekvatne promjene terapijskih doza kao i pogoršanje kvalitete života bolesnika.

Bolesnici hospitalizirani u Općoj bolnici Pula koji se liječe kemoterapijom provode samo analizu težine simptoma istog dana kada i prime dozu terapije. Podaci se prikupljaju preko tablet računala na kojima je upitnik s 10 pitanja uz bodovnu listu na razini od 1-5 bodova. Ovaj upitnik omogućava bolesniku praćenje simptoma koje mogu dati liječniku na uvid bez gubitka podataka obzirom na vremenski odmak.

ANKETNI UPITNIK ZA ONKOLOŠKE BOLESNIKE

U posljednjih 7 dana osjećao/la sam umor :

- ☐ Nisam osjećao/la umor
- ☐ Rijetko sam osjećao/la umor
- ☐ Umjereno sam osjećao/la umor
- ☐ Često sam osjećao/la umor
- ☐ Gotovo stalno sam osjećao/la umor.

U posljednjih 7 dana imao/la sam problema sa spavanjem :

- ☐ Nisam imao/la problema sa spavanjem
- ☐ Rijetko sam imao/la problema sa spavanjem
- ☐ Povremeno sam imao/la problema sa spavanjem
- ☐ Često sam imao/la problema sa spavanjem
- ☐ Stalno sam imao/la problema sa spavanjem

U posljednjih 7 dana imao/la sam promjene osjećaja okusa :

- ☐ Nisam imao/la promjene osjećaja okusa
- ☐ Rijetko sam imao/la promjene osjećaja okusa
- ☐ Povremeno sam imao/la promjene osjećaja okusa
- ☐ Često sam imao/la promjene osjećaja okusa
- ☐ Stalno sam imao/la promjene osjećaja okusa

U posljednjih 7 dana imao/la sam promjene osjećaja apetita :

- ☐ Nisam imao/la promjene apetita
- ☐ Rijetko sam imao/la promjene apetita
- ☐ Povremeno sam imao promjene apetita
- ☐ Često sam imao/la promjene apetita
- ☐ Stalno sam imao/la promjene apetita

U posljednjih 7 dana imao/la sam proljev :

- ☐ Nisam imao/la proljev
- ☐ Rijetko sam imao/la proljev
- ☐ Povremeno sam imao/la proljev
- ☐ Često sam imao/la proljev
- ☐ Gotovo stalno sam imao/la proljev

U posljednjih 7 dana primijetio/la sam gubitak kose :

- ☐ Nisam primijetio/la gubitak kose
- ☐ Rijetko sam primijetio/la gubitak kose
- ☐ Povremeno sam primijetio/la gubitak kose
- ☐ Često sam primijetio/la gubitak kose
- ☐ Stalno sam primijetio/la gubitak kose

U posljednjih 7 dana izmjerio/la sam povišenu tjelesnu temperaturu :

- ☐ Nisam izmjerio/la povišenu tjelesnu temperaturu
- ☐ Rijetko sam izmjerio/la povišenu tjelesnu temperaturu
- ☐ Povremeno sam izmjerio/la povišenu tjelesnu temperaturu
- ☐ Često sam izmjerio/la povišenu tjelesnu temperaturu
- ☐ Stalno sam izmjerio/la povišenu tjelesnu temperaturu

U posljednjih 7 dana osjećao/la sam bolove (na skali gdje 1 označuje najmanje bolova, a 10 najjače bolove) :

- ☐ Nisam osjećao/la bolove
- ☐ Osjećao/la sam blage bolove jačine 1-3
- ☐ Osjećao/la sam umjerene bolove jačine 4-6
- ☐ Osjećao/la sam jake bolove jačine 5-7
- ☐ Osjećao/la sam izuzetno jake bolove jačine 8-10

U posljednjih 7 dana imao/la sam mučnine :

- ☐ Nisam imao/la mučnine
- ☐ Rijetko sam imao/la mučnine
- ☐ Povremeno sam imao/la mučnine
- ☐ Često sam imao/la mučnine
- ☐ Stalno sam imao/la mučnine

U posljednjih 7 dana imao/la sam povraćanje :

- ☐ Nisam imao/la povraćanje
 - ☐ Rijetko sam imao/la povraćanje
 - ☐ Povremeno sam imao/la povraćanje
 - ☐ Često sam imao/la povraćanje
 - ☐ Stalno sam imao/la povraćanje
-

4.2 Mobilni timovi palijativne skrbi Istarske županije

Smrt, kao i proces koji dovodi do njega su nekad neminovni ishod liječenja. Koliko god znanje i tehnologija nam omogućavaju borbu protiv bolesti i dalje je činjenica da će određene bolesti/stanja nadmašiti ljudsko znanje i sposobnosti moderne medicine. Kada preventiva nije uspjela napraviti pravilni screening, a klinički dio nije dorastao težini bolesti moramo se okrenuti jedinom mogućem, a to je palijativa. Palijativna skrb je sveobuhvatna (zdravstvena, psihološka, socijalna i duhovna) skrb s ciljem pružanja potrebne njege bolesnicima s bolešću/stanjem koji značajno skraćuje ljudski životni vijek. Nastoji se ublažiti bol i podići kvaliteta života bolesnika kao i njihovih obitelji. Treba naglasiti da se ovim postupcima ne teži nikakvom izlječenju bolesti/stanja ili remisiji iste već dostojanstvenoj i bezbolnoj smrti. U Republici Hrvatskoj tu ulogu odrađuju stacionarne ustanove (hospiciji, specijalni odijeli u sklopu bolnica i zdravstvenih ustanova) kao i mobilni timovi u sklopu Domova zdravlja pojedinih županija.

Na razini Istarske županije palijativna skrb je započeta u vidu rada volontera 1995. godine. Ona se kroz sljedećih 10 godina polako razvijala, proširivala i na kraju pretvorila u profesionalnu pomoć. Od lipnja 2012. godine u sklopu njenog sustava je počeo djelovati i mobilni tim palijativne skrbi. Danas je organizirana u sklopu Centra za palijativnu skrb Istarske županije uz mobilne timove Doma zdravlja, bolničkom palijativnom skrbi u Općoj bolnici Pula kao i programima vjerske i socijalne palijativne skrbi te supervizijom ostalih pružatelja palijativne skrbi. Uz to usko se surađuje i s Zavodom za palijativnu skrb i odijelom za onkologiju i radioterapiju KBC-a Rijeka. Kako ima daleko više bolesnika koji zahtijevaju ovakav vid skrbi od dostupnih ležećih mjesta mobilni timovi su od velike važnosti u organizaciji rada.

Koordinacija razvoja projekta/
županijskog prioriteta
Stručna i medijska prezentacija
Osiguravanje financiranja

MEDICINSKA PALIJATIVNA SKRB

O.B. PULA

**CENTAR ZA PALIJATIVNU
SKRB
ISTARSKE ŽUPANIJE**

**SPECIJALISTIČKO
KONZOLIJARNI
MOBILNI
PALIJATIVNI TIM**

ALCUBAO

**Duhovna pal.
skrb**
u razvoju

Socijalna pal. skrb
Socijalni radnici u MPT
Smještaj palijativnih
bolesnika u

socijalne
ustanove
Edukacija

„Prema dostupnim podacima državnog zavoda za statistiku u Republici Hrvatskoj je tokom 2015 godine 48% pacijenata s terminalnom fazom bolesti umrlo u svojem domu, a na području Istarske županije je bilo 18 umrlih pacijenata po mobilnom timu palijativne skrbi s ukupno preko 120 izlazaka na teren. Usporedivši to s podacima za prijašnje godine predviđa se daljni rast potreba za ovakvim vidom medicinske skrbi pacijenta.“(6)

Sami timovi djeluju na području cijele županije, a u sklopu njihovog rada nisu obuhvaćeni samo posjeti bolesnicima u njihovim domovima već i posjet staračkim domovima i stacionarima kao i drugim ispostavama samog Doma zdravlja. Timovi se sastoje od liječnika i medicinske sestre kao stalnih članova tima te povremenih/pridruženih članova (psihologa, psihoterapeuta, liječnika specijalista i to primarno onkologa, obučenih volontera, vjerskih djelatnika)

Uloge mobilnog tima palijativne skrbi su:

- pružiti adekvatnu zdravstvenu njegu/pomoć unutar doma bolesnika koja je neophodna za njegovo svakodnevno funkcioniranje,
- saznati postojanje i jačinu boli te definirati načine njenog suzbijanja/ublažavanja kako bi bolesnik mogao obavljati fizičke aktivnosti u što većem opsegu,
- pružanje moralne podrške samom bolesniku kao i članovima njegove obitelji koja je od velike važnosti kao poticaj za rad bolesniku ali i ukućanima,
- edukacija bolesnika i obitelji o pravilnoj upotrebi i načinu održavanja invazivnih kanila i katetera kao i njihova pravovremena izmjena,
- edukacija bolesnika i obitelji o pravilnom načinu upotrebe medicinskih pomagala (hodalice, pomagala za ustajanje iz kreveta/ zauzimanja položaja u krevetu) radi što veće mobilnosti i sprečavanju posljedica dugotrajnog ležanja,

- kod prisutstva posljedica dugotrajnog ležanja (primarno pojave dekubitusa i kontraktura) njihovo pravovremeno otkrivanje i sanacija te edukacija bolesnika i obitelji o njihovim negativnim učincima
- izvođenje manjih medicinsko-tehničkih zahvata (abdominalna ili pleuralna punkcija, itd.) zbog kojih bi u protivnom bolesnik morao putovati u zdravstvenu ustanovu,
- eventualno uzimanje uzoraka (primarno krvi) za laboratorijske pretrage i suradnja s izabranim liječnikom primarne zdravstvene zaštite,
- odgovoriti i pružiti korisne savjete na medicinska pitanja bolesnika ili njegove obitelji te ako je potrebno organizirati posjete drugih povremenih članova tima,
- suradnja i koordinacija s vjerskim ustanovama i dušebrižnicima radi ispunjavanja vjerskih potreba bolesnika

Ovako organizirani rad kao i trud, stručnost i predanost članova tima omogućuju izrazito kvalitetnu palijativnu skrb. U razgovoru s bolesnikom i obitelji u privatnosti njegovog doma omogućuje se cjelovit pristup pojedincu, okolina je poznata i opuštajuća, a učinci skrbi izrazito pozitivni.

5. ZAKLJUČAK

Maligne bolesti su u zadnjih 30 godina stalno u 5 najčešćih oboljenja stanovništva zapadne hemisfere. Štoviše taj trend će se po dostupnim podacima i projekcijama i dalje nastaviti. Faktori su višestruki (od negativnih utjecaja okoline koje su i dalje sveprisutni, sve dužeg vijeka života, negativnog utjecaja duhanskog dima i zlouporabe alkohola), a širina kojom bolest zahvaća organizam varira od bolesnika do bolesnika. Iako moderna medicina ima sve veće spoznaje i ulažu se velika materijalna sredstva na pronalazak lijekova još se nije našao tzv penicilin za malignu stanicu. Danas se najbolji rezultati postižu adekvatnim provođenjem screening testiranja i edukacijom stanovništva o izbjegavanju faktora rizika.

Zato je uloga medicinske sestre/tehničara, u ovom multidisciplinarnom timu, ogromna jer se proteže kroz različite oblike same bolesti kao i stupnja uznapređovalosti. To zahtijeva da se organizira provođenje zdravstvene njege u najširem mogućem rasponu. Medicinska sestra/tehničar treba primarno stjecati povjerenje bolesnika uz pokazivanje stručnosti, empatije i kompetencija u radu kako bi u suradnji s njim zadovoljili potrebe vezane uz osobnu higijenu, olakšavanje osjećaja boli, ublažili ili otklonili nuspojave kemoterapijskog liječenja, osigurali adekvantnu količinu odmora i sna, educirali bolesnika o različitim metodama relaksacije, pružili podršku i potrebnu edukaciju njegovoj obitelji, a na kraju puta i adekvatnu palijativnu skrb.

6. LITERATURA

- 1.) Fučkar G: Proces zdravstvene njege, Tisak A. G. Matoš, Samobor, 1995.
- 2.) Kadović A. i suradnici: Sestrinske dijagnoze 2, Hrvatska komora medicinskih sestara; Zagreb, 2013.
- 3.) Šamija M, Nemet D.: Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika, Medicinska naklada, Zagreb, 2018.
- 4.) Šepić S. i suradnici: Sestrinske dijagnoze, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2011.
- 5.) Vrdoljak E. i suradnici: Klinička onkologija; Medicinska naklada, Zagreb, 2018.
- 6.) Statistički ljetopis Republike Hrvatske 2015 (2015) Zagreb: Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2015/>

