

Bioetičke dileme u pružanju palijativne skrbi kod osoba oboljelih od bolesti COVID-19

Kovačević, Larisa

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:304648>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-27**

Repository / Repozitorij:

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek
Repository](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Larisa Kovačević

**BIOETIČKE DILEME U PRUŽANJU
PALIJATIVNE SKRBI KOD OSOBA
OBOLJELIH OD COVID - 19**

Diplomski rad

OSIJEK, 2021.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Larisa Kovačević

**BIOETIČKE DILEME U PRUŽANJU
PALIJATIVNE SKRBI KOD OSOBA
OBOLJELIH OD COVID - 19**

Diplomski rad

OSIJEK, 2021.

Rad je ostvaren na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Sveučilišta J.J. Strossmayera u Osijeku.

Mentor rada: prof. dr.sc. Aleksandar Včev, dr. med.

Rad sadrži: četrdeset (40) listova.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

ZAHVALA

Zahvaljujem se svim profesorima i predavačima Diplomskog sveučilišnog studija Sestrinstvo na prenesenom znanju, posebice svome mentoru na stručnoj i velikodušnoj pomoći i savjetima tijekom izrade ovog rada kao i na izrazitoj motivaciji. Također, zahvaljujem svojim roditeljima, prijateljima i kolegama s posla, bez njihove podrške i motivacije ovo studiranje ne bi bilo isto.

SADRŽAJ

1. UVODII
2. POSTUPCI4
3. COVID-195
 - 3.1 Koronavirus – SARS-CoV-25
 - 3.2 Simptomi i znakovi bolesti6
 - 3.3 Rizične skupine bolesnika i rizični čimbenici6
 - 3.4 Epidemiološke mjere**Error! Bookmark not defined.**
 - 3.5 Dijagnoza bolesti**Error! Bookmark not defined.**
 - 3.6 Liječenje bolesti11
 - 3.7 Komplikacije bolesti15
4. COVID-19 U SESTRINSKOJ PRAKSI17
 - 4.1 Izazovi i moralne dvojbe u sestrinstvu17
 - 4.2 Skrb o palijativnom bolesniku oboljelom od COVID-1920
 - 4.3 Moralne i etičke dvojbe u skrbi za palijativnog bolesnika24
5. ZAKLJUČAK33
6. SAŽETAK34
7. SUMMARY35
8. LITERATURA36
9. ŽIVOTOPIS39

1. UVOD

Koronavirus prvi se puta u svijetu pojavio potkraj 2019. godine u Wuhanu u Kini. Vrlo brzo virus se proširio i izvan granica Kine, zavladao je pandemija na globalnoj razini. Uskoro su znanstvenici identificirali novi soj virusa koji je Svjetska zdravstvena organizacija nazvala *Teški akutni respiratorni sindrom koronavirus 2* ili skraćeno SARS-CoV-2. Bolest je postala poznatija pod nazivom COVID-19 i postala je dio svakodnevnice ljudi diljem svijeta. Virus se i dalje širi velikom brzinom i zahvaća sve veći broj oboljelih, a smrtnost raste svakim danom. COVID-19 trenutno je najveći globalni i zdravstveni problem s kojim se države pokušavaju boriti uvođenjem brojnih epidemioloških mjera i održavanjem socijalne distance. Iako se od same pojave virusa do sada mnogo toga naučilo, još uvijek postoje brojne nejasnoće u svezi s ovim virusom, njegovim nastankom, razvojem i širenjem bolesti, a svakim danom se razmatraju i primjenjuju i nove metode u liječenju. COVID-19 promijenio je svijet i utjecao na njega u brojnim aspektima, a veliki trag ostavio je i na zdravstveni sustav (1).

Kako bi se stalo na kraj ovoj pandemiji, cjelokupni zdravstveni sustav stavljen je na neko vrijeme u hladni pogon, što je uzrokovalo velike liste čekanja pacijenata, a samim time uzrokovalo i brojne izazove za zdravstvene djelatnike. Za sestrinstvo kao struku također su iskrsnuli brojni izazovi i iskušenja. Sve veći opseg posla, povećan broj teško oboljelih i umirućih bolesnika, obolijevanje medicinskih sestara te time manjak osoblja za rad, samo su neki u nizu brojnih problema koji su se pojavili ili postali još više izraženi tijekom ove pandemije. Uz ove probleme sve više se nameću i brojna etička pitanja i moralne dvojbe koje su neizbježne prigodom liječenja i njege oboljelih u ovoj iznimno teškoj situaciji. COVID-19 stavio je „u drugi plan“ liječenje svih drugih bolesti kako bi se spriječilo širenje virusa te rizik od obolijevanja imunokompromitiranih i palijativnih bolesnika. No, iako je primarni cilj ove bolesnike zaštititi od još većih komplikacija, nerijetko dolazi do suprotnog učinka jer se pojedine terapije i pregledi odgađaju te bolesnik nije u mogućnosti dobiti odgovarajuću zdravstvenu skrb i zaštitu (2).

Veliki izazovi prisutni su u svim granama medicine i zdravstvene njege bolesnika, no kroz najveće izazove prolazi upravo palijativna skrb i djelatnici koji brinu o umirućim bolesnicima. Palijativna skrb se u Hrvatskoj sve više razvija, intenzivno se radi na njenom poboljšanju, no trenutna situacija s COVID-19 je jako usporila taj proces. Medicinske sestre koje skrbe o palijativnim bolesnicima svakodnevno se suočavaju s brojnim problemima i izazovima, a etička pitanja koja se svakodnevno pojavljuju samo su neka od njih (3).

Error! Use the Home tab to apply Naslov 1 to the text that you want to appear here.

Cilj rada je opisati pružanje usluga palijativne skrbi u kontekstu bioetičkih načela, kao i pojavnost moralnih dilema.

2. POSTUPCI

Podatci za pisanje diplomskog rada prikupljeni su pretraživanjem internetskih baza podataka poput PubMed-a, EBSCO-a i Hrčka. Ključne riječi koje su korištene pri pretraživanju bile su: COVID-19, etičke dvojbe (*eng.ethical doubts*), izazovi u sestrinstvu (*eng.challenges in nursing care*), moralne dileme (*eng.moral dilemmas*), palijativna njega (*eng.palliative care*).Svi korišteni članci u ovome radu objavljeni su u posljednjih pet godina, a korišteni su članci pisani hrvatskim, engleskim i španjolskim jezikom. Odabrani su članci koji su sadržajno odgovarali temi rada i podnaslovima diplomskog rada, a najveću ulogu pri odabiru članaka imali su datum objave rada i jezik na kojemu je članak objavljen. Za izradu je korišteno 27 članaka i 3 internetske stranice. Rad je pisan u razdoblju od svibnja do srpnja 2021. godine.

3. COVID-19

3.1 Koronavirus – SARS-CoV-2

Koronavirus (SARS -CoV-2) novi je soj virusa koji je uzrokovao pandemiju COVID-19 širom svijeta. Pripada velikoj skupini virusa (*Coronaviridae*) koji uzrokuju brojne bolesti respiratornog sustava poput obične prehlade sličnoj gripu do teških oblika bolesti poput upale pluća i akutnog respiratornog sindroma. Ovaj oblik virusa najnoviji je soj iz ove skupine te se i dalje vrše brojna istraživanja kako bi se ovaj virus mogao u potpunosti razjasniti. Pretpostavlja se kako je prijenos SARS-CoV-2 virusa započeo sa životinje na čovjeka, a poslije se nastavio širiti s čovjeka na čovjeka. Upravo ovaj način prijenosa postao je epidemiološki značajan i najvažniji put prijenosa infekcije. Osim s bolesnog i zaraženog čovjeka, važno je istaknuti da se bolest može prenijeti i s naizgled zdravog, asimptomatskog bolesnika. Isto tako, prijenos je lako moguć i u razdoblju inkubacije, tada simptomi bolesti još nisu izraženi i jasni. Razdoblje inkubacije ovog virusa može trajati i do 14 dana nakon izlaganja virusu, a prosječna inkubacija traje 4 do 5 dana. Bolest se može proširiti izravnim kontaktom s osobe na osobu, najčešće kapljičnim putem. Nešto rjeđi put prijenosa dokazan je i putem izlučevina. Virus SARS-CoV-2 pokazao se prisutnim i u slini, stolici te urinu, pa je ovaj put prijenosa moguć fekalno-oralnim putem. Dokazano je i da virus ostaje virulentan i na brojnim površinama. Tako na metalnim površinama može biti stabilan do 48 sati, na plastičnim površinama do 72 sata, na kartonskim površinama do 24 sata dok na bakrenim površinama ostaje 3 do 4 sata. Virulentnost je također dokazana i u aerosolu, a procjenjuje se kako se čestice virusa ondje zadržavaju do 3 sata (4).

Virus u tijelo domaćina ulazi putem glavnog receptora ACE2, odnosno angiotenzin konvertirajućeg enzima 2. Ovaj enzim poznatiji je kao multifunkcionalni protein. Prisutan je na brojnim sluznicama i organima i upravo zbog toga virus vrlo lako može pronaći put ulaska. Enzim ACE2 nalazi se na sluznici nosa i usta, na srcu, mozgu, plućima, bubrezima, jetri, želucu, masnom i vaskularnom tkivu. Nakon što virus uđe u tijelo domaćina i prodre do ciljanih stanica započinju dva procesa; imunosni odgovor tijela domaćina i upalna reakcija. Oba procesa vrlo su značajna za razvoj bolesti. O imunološkom sustavu domaćina i mogućnošću obrane organizma od bolesti ovisi koliki će biti intenzitet simptoma bolesti (5).

3.2 Simptomi i znakovi bolesti

Infekcija koronavirusom može uzrokovati brojne simptome i znakove bolesti. S obzirom na ozbiljnost bolesti, simptome možemo podijeliti na blage, srednje i teške. Uglavnom su povezani s respiratornim traktom, no mogu biti prisutni i brojni nespecifični simptomi bolesti pa dijagnoza bolesti može često biti otežana ili se bolest ne prepoznaje na vrijeme. Respiratorni simptomi bolesti često su vrlo slični prehladi ili gripi, stoga je vrlo važno razlučiti radi li se o virusnoj infekciji ili gripi, jer o tome ovisi način liječenja i daljnji postupak s oboljelim. Neki od najčešće prisutnih simptoma većine oboljelih su: suhi kašalj, povišena tjelesna temperatura, rinoreja, glavobolja, opća slabost, bolovi u mišićima. Nešto rjeđi i nespecifični simptomi bolesti mogu biti: mučnina, gubitak teka, povraćanje i proljev. U vrlo malom broju slučajeva zamijećene su i kožne promjene u obliku sitnog crvenog točkastog osipa. Također, simptom koji se vrlo učestalo pojavljuje i može biti jedan od prvih znakova koji upućuje na koronavirus je gubitak osjeta okusa i mirisa (anosmija) koji može izostati i do nekoliko tjedana nakon ozdravljenja. U teške simptome bolesti ubraja se: pritisak i bol u prsima, dispneja, otežano disanje i osjećaj gušenja. Bolesnike s ovim simptomima potrebno je odmah primiti na bolničko liječenje (4).

Prvi simptomi bolesti uglavnom se pojavljuju nakon početnog razdoblja inkubacije, ono traje od 5 do 6 dana. Prosječno vrijeme inkubacije iznosi 14 dana. Razdoblje od pojave prvih simptoma pa do smrtnog ishoda bolesti može biti u rasponu od 6 dana do čak 41 dana. Ovo razdoblje je individualno za svakog bolesnika, a ovisi o dobi i stanju bolesnika, jačini njegovog imunološkog sustava i o drugim komorbiditetima koje osoba ima (1).

3.3 Rizične skupine bolesnika i rizični čimbenici

Imunološki sustav čovjeka razvija se tijekom cijelog života. Rođenjem je izrazito nezreo zbog leukopenije tkiva, no u prva dva desetljeća života razvija se određeni stupanj zrelosti. Starenjem, imunološki sustav ponovno slabi i smanjuje se obrambena sposobnost organizma, osoba je sklonija brojnim upalama, a nerijetke su i maligne te autoimune bolesti. Zbog toga se novorođenčad, dojenčad i starija dob svrstava u jednu od rizičnih skupina za inficiranje ovim virusom. Novorođenčad rođena prijevremeno često je vrlo sklona teškim upalama pluća ili razvitku multisistemskog upalnog sindroma, tada je prognoza izlječenja vrlo loša. Djeca mlađe životne dobe i adolescenti uglavnom nisu pokazali većih poteškoća vezanih uz ovu bolest. Osobe starije životne dobi često razvijaju teške simptome ove bolesti, velikog broja ima i teže komplikacije. Uzrok su, osim same dobi bolesnika, brojni komorbiditeti koje te osobe imaju (5). Iako se brojni bolesnici u bolnicu mogu javiti s naizgled blažim simptomima bolesti, upravo

iz ovog razloga potreban je stalni nadzor ovih skupina bolesnika zbog mogućeg naglog pogoršanja bolesti i velike mogućnosti smrtnosti oboljelih od COVID-19 (4). Upravo su osobe ove životne dobi imale najveći broj smrtnih slučajeva od ove bolesti. Osim toga, većina bolesnika preminulih od koronavirusa imala je neku kroničnu bolest kao što je dijabetes, kardiovaskularne bolesti, koagulopatije, bubrežne bolesti, KOPB i dr. (5). Riziku pojave teških simptoma bolesti i nastanku težeg oblika bolesti mogu biti izloženi i naizgled zdrave i mlađe osobe koje se bave zahtjevnim sportskim aktivnostima, primjerice maratonskim trčanjem, a u trenutku razvitka bolesti bili su u asimptomatskoj fazi (4). Iz ovih podataka ipak se može zaključiti kako ova bolest u ljudi dobrog općeg stanja i mlađe životne dobi izaziva blaže simptome bolesti te manju pojavu komplikacija bolesti. Veliki broj djece COVID-19 preboli bez ikakvih simptoma i znakova bolesti, odnosno imaju asimptomatski oblik (5). Jedna je potencijalno rizična skupina, a to su trudnice. Iako do sada nije bio veliki broj slučajeva komplikacija trudnica oboljelih od COVID-19, one svakako pripadaju u skupinu kod kojih je povećan oprez od razvitka teških simptoma i komplikacija kako se ne bi narušilo zdravlje majke i ploda. Za sada nije potvrđen prijenos virusa s majke na dijete intrauterinim ili transplacentarnim prijenosom. Većina poroda kod trudnica oboljelih COVIDOM-19 obavlja se carskim rezom, pa ovo još uvijek nije do kraja razjašnjeno (4). To je vrlo važno jer su trudnice izrazito osjetljive na infekcije koje mogu biti uzrokovane respiratornim patogenima, pa čak može doći do i teške pneumonije (1).

Jedna od skupina koja je izuzetno izložena obolijevanju ovim virusom, a zbog velike izloženosti pri obavljanju svojih radnih dužnosti, zdravstveni su djelatnici. Oni se nalaze „na prvoj crti obrane“, oni zbrinjavaju bolesne i jako lako sami mogu postati bolesnici. Tijekom rada moraju adekvatno koristiti propisanu zaštitnu odjeću: zaštitno odijelo, kaljače, kapu, naočale, vizir, masku i rukavice. Iako ova zaštitna odjeća treba štititi zdravstvenog djelatnika od proboja virusa, ono ima svoj rok upotrebe, odnosno određeno vrijeme koje osoba smije u tome provesti. Zbog velikog opterećenja zdravstvenog sustava i manjka zdravstvenih djelatnika, brojni liječnici i medicinske sestre provode dulji razdoblje od predviđenog u zaštitnim odijelima, što im smanjuje zaštitnu ulogu. Samim time postaju podložni zarazi ovim virusom tijekom rada s oboljelima (4).

Osim posebno osjetljivih i rizičnih skupina bolesnika za obolijevanje ovim virusom, vrlo važnu ulogu imaju i određeni čimbenici, kao i neka zdravstvena stanja koja mogu utjecati na tijek bolesti. Tijekom praćenja zdravstvenog stanja mnogih bolesnika, tijekom bolesti i oporavka primijećeni su neki čimbenici koji su bili zajednički velikom broju bolesnika, a uvelike mogu utjecati na liječenje i pogoršati samu osnovnu bolest (6). Neki od rizičnih čimbenika koji su

zamijećeni, osim životne dobi, primjerice su pušenje, pretilost, genetska predispozicija, životne navike, a neki navode i veliku povezanost s krvnom grupom. Pušenje se pokazalo kao jedan od štetnih čimbenika za osobe koje su imale pneumoniju jer su im pluća već oštećena zbog dugogodišnjeg pušenja, a samim time je smanjen kapacitet pluća. Pušenje uzrokuje povećano stvaranje sluzi koje će bolesniku uz pridruženu COVID-19 infekciju otežati disanje i mogućnost iskašljavanja sekreta. Zbog nikotina koji se nalazi u cigaretama postoji velika opasnost pojave ateroskleroze i otkidanja tromba, a cirkulacija je kod pušača puno slabija. Pokazalo se i kako je veći broj pušača završio na respiratoru. Pretile osobe pokazuju puno veći rizik od mogućnosti komplikacija nego osobe s normalnom tjelesnom težinom. Pretile su osobe općenito su podložne razvitku ozbiljnih infekcija zbog smanjene prokrvljenosti tkiva jer je masno tkivo manje opskrbljeno krvlju, što uvelike utječe na dotok hranjivih tvari i kisika koji su potrebni kako bi se tkivo u potpunosti moglo oporaviti. Pretila osoba svakako će otežano disati, puno prije će biti izražena dispneja i pri najmanjem naporu, pa je neupitna potreba za primjenom kisika. Sve više nameće se i spoznaja kako i genetska predispozicija može odigrati veliku ulogu u razvitku ove bolesti. To se objašnjava spoznajom kako su virusni peptidi uglavnom određeni genetikom. U ljudskim stanicama nalaze se molekule HLA-I odnosno molekule humanog leukocitnog antigena klase koju nasljeđujemo od roditelja. Ove stanice odgovorne su za otkrivanje virusa u organizmu i uništavaju zaražene stanice. Ako je skup svih tih molekula u lošem stanju i nije u mogućnosti braniti se od zaraženih stanica, tada će osoba vrlo vjerojatno imati teži tijek bolesti. Životne navike mogu imati veliki značaj tijekom oporavka, što može pozitivno ili negativno utjecati na oporavak, ovisno kakve životne navike osoba ima. Oporavak je usporen ako je osoba nedisciplinirana i ne pridržava se zdravstvenih uputa. Primjerice, nastavak pušenja, loše prehranbene navike, preveliki zamor teškim fizičkim aktivnostima umjesto mirovanja, neuzimanje propisane terapije na vrijeme, odbijanje terapije i slično, sve to može usporavati ili onemogućiti oporavak (7).

Trenutno se još uvijek vrše brojna istraživanja vezana uz to imaju li krvna grupa i Rh faktor utjecaj i povezanost između težine bolesti, intubacije i smrti. No prva istraživanja koja su rađena na određenom uzorku ispitanika ipak su pokazala neka manja odstupanja kod krvnih grupa i Rh faktora. Tako su rezultati pokazali da puno veći značaj ima Rh faktor nego sama krvna grupa. Tako su osobe sa Rh negativnim faktorom imale manji rizik od osoba sa Rh pozitivnim faktorom. Krvna grupa A imala je manji rizik od intubacije i smrtnog ishoda u usporedbi s krvnom grupom AB i 0, iako je početna hipoteza i uvjerenje kako krvna grupa A ima najlošije ishode. Jedino krvna grupa B nije uspjela ostati objašnjena do kraja, jer je imala najveće nedosljednosti prilikom praćenja. Krvna grupa B općenito je rjeđa među sveukupnom

populacijom, pa je i broj ispitanika u ovoj krvnoj grupi bio manji. Rezultati praćenja pokazali su kako je krvna grupa B imala veći rizik za intubaciju, no obrnuto tome imali su manji broj smrtnih ishoda od očekivanog u usporedbi s krvnom grupom 0. Povezanost krvnih grupa i Rh faktora s infekcijom SARS-CoV-2 vrlo je teška za praćenje i ispitivanje, stoga se očekuje kako će biti potrebne još godine za brojna istraživanja kako bi se ovi podaci mogli obraditi, analizirati i dati konačan zaključak (8).

Postoje brojna zdravstvena stanja na koja je potrebno obratiti posebnu pozornost jer je zdravstveno stanje tih osoba samo po sebi narušeno. Stoga je potrebno sagledati sve rizike koji mogu doći u obzir. Takve osobe se i same trebaju dosljedno pridržavati propisanih epidemioloških mjera, slušati savjete liječnika kako bi prvenstveno zaštitili sami sebe i kako do razvitka bolesti uopće ne bi ni došlo. Izrazito osjetljive skupine bolesnika, neovisno o dobi, osobe su koje imaju transplantiran organ, osobe koje boluju od neke maligne bolesti, osobe koje imaju određenu autoimunu bolest, osobe s teškim plućnim bolestima kao što su KOPB, astma i cistična fibroza, osobe koje pate od izuzetno rijetkih bolesti koje su sklone teškim infekcijama kao što je kombinirana imunodeficijencija, osobe koje koriste velike doze immunosupresivnih lijekova, trudnice s teškom srčanom bolesti i osobe s bilo kojom srčanom bolesti. Sve ove bolesti i stanja treba imati na umu, treba prije svega mjerama zaštite spriječiti pojavu bolesti. To je najbolja metoda sprječavanja bilo kakvih komplikacija i neželjenih smrti (6).

3.4. Epidemiološke mjere

Jedan od osnovnih načina suzbijanja ove bolesti je pridržavanje epidemioloških mjera. Pridržavanjem svih propisanih epidemioloških mjera i odgovornim ponašanjem može se spriječiti pojava infekcije te suzbiti širenje bolesti među populacijom. Pridržavanjem mjera ne štitimo samo sebe, već i druge ljude oko nas, čime možemo zaštititi potencijalno ugrožene skupine ljudi u svom okruženju. Kako bi ove mjere bile učinkovite, potrebne su stalne kontrole, kako sama pandemija ne bi uzela još većeg maha. Propisane mjere iziskuju smanjenje socijalnih kontakata, izbjegavanje sastajanja velikih skupina ljudi na manjem prostoru, posebice u zatvorenim prostorima. Nadalje, potrebno je pojačati mjere osobne zaštite, što uključuje nošenje zaštitne maske za lice te češće pranje i dezinfekciju ruku. Imajući na umu kako se bolest prvenstveno širi kapljičnim putem, potrebno je održavati socijalnu distancu u razmaku od 1,5 do 2 metra. Nadalje, sve dok traje pandemija potrebno je izbjegavati rukovanje, zagrljaje i ljubljenje jer se na taj način virus vrlo lako može prenijeti s osobe na osobu i postati put širenja infekcije. Iako se o ovim mjerama svakodnevno govori te se sveukupna populacija neprekidno podsjeća na važnost prevencije ove bolesti, još uvijek postoji dio pučanstva koji nije dovoljno

osviješten o njihovoj važnosti. Zato je važno i neprekidno ukazivati na opasnosti i komplikacije koje mogu proizaći uslijed ove bolesti kako bi se osvijestila cjelokupna populacija (1). Osim propisanih epidemioloških mjera, svu populaciju se poziva na što ranije dobrovoljno cijepljenje kako bi se virus uspio iskorijeniti u cijelosti te kako bi se svi što prije mogli vratiti u normalnu svakodnevicu (7).

3.5 Dijagnoza bolesti

Postavljanje dijagnoze SARS-CoV-2 infekcije temelji se na otkrivanju ljudskih antitijela i virusnih antigena, među kojima se metoda otkrivanja virusnih gena pokazala najpouzdanijom i najučinkovitijom. Radi se o PCR metodi testa, odnosno o testu polimerazne lančane reakcije. Uzročnik SARS-CoV-2 infekcije jednolančani je genomski RNA virus. PCR metoda testa najbolja je metoda testa za otkrivanje ove vrste virusa. To je vrlo laka i pouzdana metoda pomoću koje se rezultati dobiju vrlo brzo. Ova metoda temelji se na 2 osnovne reakcije. Prva reakcija je sama pretvorba RNA virusa u komplementarni DNA, dok je druga reakcija pojačavanje uzorka lančanom reakcijom polimeraze. Upravo zbog njegove sposobnosti da izravno izmjeri virusne genomske dijelove, PCR metodu smatramo „zlatnim standardom“ u postavljanju dijagnoze ove bolesti i otkrivanju virusa (9). PCR test uzima se pomoću mekog i savitljivog štapića odnosno brisa. Uzima se bris nazofarinksa, odnosno stražnjeg dijela ždrijela. Bris se pohranjuje na hranjivoj podlozi (Hanks medij) i transportira u mikrobiološki laboratorij na daljnju obradu. Osim PCR testa, koji je konačna potvrda bolesti, mogu se napraviti i brzi antigenski testovi. Oni mogu pokazati pozitivan ili negativan rezultat, no uz njih je potrebno učiniti i dodatan PCR test radi konačne potvrde bolesti, ukoliko ona postoji (10).

Vrlo važan pokazatelj bolesti su i serološke pretrage krvi pa je, osim PCR metode i uzimanja brisa, neophodno svakoj osobi kod koje se sumnja na mogućnost postojanja bolesti uzeti i uzorak krvi za analizu. Naime, koronavirus u svome sastavu ima 4 osnovna strukturna proteina, a to su: bjelančevine, membranu, ovojnica i nukleokapsid. Serološke metode otkrivaju prisutnost serumskih antitijela protiv proteina i mogu biti vrlo korisne u potvrđivanju dijagnoze COVID-19. Nakon brojnih pretraga i analiza u uzorcima krvi oboljelih otkrile su se brojne specifičnosti i u samoj krvnoj slici bolesnika oboljelih od COVID-19 infekcije. Tako većina oboljelih ima trombocitopeniju, leukopeniju ili limfocitopeniju. Povišeni su i upalni parametri kao što je CRP, PCT, a specifične su i povišene vrijednosti feritina te interleukina. Nešto rjeđe mogu biti i povećane vrijednosti transaminaza, odnosno AST, ALT i GGT. Također, mogu biti povišene i vrijednosti CK odnosno kreatinin kinaze. Svim bolesnicima vrlo je važno kontrolirati

i koagulogram jer povišene vrijednosti D-dimera mogu ukazivati i na potencijalne komplikacije uslijed bolesti. Uz povišene vrijednosti D-dimera, vrlo često je bila udružena i limfopenija, koja se povezala i sa brojnim smrtnim ishodima bolesti (11).

S obzirom da više od polovice bolesnika oboljelih od COVID-19 ima i popratnu pneumoniju, u dijagnostici je vrlo važan i RTG snimak srca i pluća. Snimke pluća razlikuju se za svakog bolesnika, ovisno o dobi i stanju bolesnika te općem stanju. No, kod svih su karakteristične vrlo slične promjene na plućima i razlikuju se od „obične“ pneumonije. Pneumonija većini bolesnika zahvaća oba plućna krila, pa je bilateralna pneumonija i najčešće prisutna (10). Kod težih oblika bolesti, zbog boljeg praćenja tijeka bolesti i procjene terapijske učinkovitosti, nužno je napraviti i CT prsnog koša. Kod svih oboljelih kod kojih je bila prisutna pneumonija, na plućima su bile vidljive promjene opisane poput „mliječnog stakla“. Također, vrlo često su prisutne i infiltrirajuće sjene. Uz pneumoniju, nerijetko su prisutni i manji ili veći pleuralni izljevi (9).

Ostale pretrage koje se rade hospitaliziranim bolesnicima, ovise o samome bolesniku, njegovom općem stanju, dobi i ostalim prisutnim dijagnozama, pa se svakom bolesniku, osim već navedenih osnovnih pretraga, vrši i sva ostala potrebna obrada i dijagnostika, prema potrebi EKG, konzilijarni pregledi liječnika drugih specijalnosti, laboratorijski nalazi i sl. (10).

3.6 Liječenje bolesti

Trenutno još uvijek ne postoje odobreni specifični lijekovi za liječenje koronavirusa. Koronavirus je proglašen izvanrednom globalnom situacijom od strane Svjetske zdravstvene organizacije, pa je potraga za specifičnim lijekom protiv koronavirusa postala jedan od najvažnijih zdravstvenih izazova. Još uvijek se vrše brojna klinička ispitivanja, a za trenutnu terapiju, dok se ne otkrije specifični lijek, koriste se brojni antivirusni lijekovi širokog spektra djelovanja, koji mogu usporiti i oslabiti infekciju. Još uvijek nije dokazana učinkovitost niti jednog lijeka u kurativnom ili preventivnom liječenju, no postoji nekoliko glavnih terapijskih opcija koje se koriste u liječenju, a njihova učinkovitost se prati i ispituje. Glavni lijekovi koji su do sada ispitani i koriste u liječenju su: Lopinavir/Ritonavir, Hydroclorkin/Klorokin, Ribavirin i Remdesivir. Osim navedenih virusnih lijekova, u liječenju se u širokoj primjeni koriste i kortikosteroidi, imunoglobulini te nešto rjeđe i pojedini antibiotici (12).

Lopinavir/Ritonavir (Kaletra) jedan je od prvih lijekova koji se počeo koristiti u liječenju koronavirusa. To je kombinirani inhibitor proteaze, a primarno se koristi za liječenje HIV infekcije. U kombinaciji s ribavirinom i kortikosteroidima pokazao je značajnu učinkovitost u smanjenju kliničkih simptoma i smrtnog ishoda bolesti SARS 2003. godine. Kako se pokazao djelotvornim prilikom liječenja SARS infekcije, uključen je i u liječenje SARS-CoV-2

infekcije. Koristi se kao peroralna terapija u obliku tableta. Moguće nuspojave su mučnina, povraćanje, proljev i bolovi u trbuhu. Primjena Lopinavira/ritonavira može imati štetan učinak na jetru, stoga je tijekom primjene ovog lijeka potrebno češće pratiti vrijednosti jetrenih enzima. Mnogi bolesnici koji su koristili ovu terapiju žalili su se na jake gastrointestinalne tegobe, a vrijednosti jetrenih enzima velikoj većini su bili povišeni. Iako je u liječenju SARS infekcije pokazao zadovoljavajuće rezultate, u liječenju SARS-CoV-2 infekcije nije pokazao značajnije rezultate, stoga je njegova primjena u ovu svrhu vrlo brzo prekinuta (13).

Hydrochlorokin/klorokin (Resochin) koristio se u širokoj primjeni u samom početku pandemije za gotovo sve bolesnike. Uz Lopinavir/ritonavir bio je jedan od najčešće korištenih lijekova u suzbijanju ove infekcije. Prvotno, ovaj lijek je bio namijenjen za liječenje malarije, no pokazalo se kako može inhibirati i SARS-CoV-2 virus. Također, ima i dobro protuupalno i imunomodularno djelovanje kod virusnih infekcija. Kao i Lopinavir/ritonavir koristi se u obliku tableta, pa je njegova primjena vrlo jednostavna. Klorokin se najčešće davao u kombinaciji s Azitromicinom kako bi mogao značajnije djelovati na virus. Najteža komplikacija koja se može pojaviti prilikom dugotrajnije primjene ovog lijeka je retinopatija, pa je potreban veliki oprez prilikom primjene. Isto tako, moguće su povišene vrijednosti jetrenih enzima, promjene u krvnoj slici te promjene raspoloženja kao što su razdražljivost, depresija i slično. Iako se nadalo velikom učinku ove terapije, ona ipak nije pokazala značajnije rezultate za veći broj ljudi, stoga je njegova primjena prekinuta (12).

Ribavirin se intenzivno koristio u liječenju SARS infekcije u kombinaciji s primjenom steroida. Rezultati provedenih in vitro testova pokazali su da on inhibira koronavirus u vrlo visokim koncentracijama. Svojim antivirusnim djelovanjem jako dobro djeluje na mnoge RNA viruse, prilikom čega provodi sintezu virusnih proteina i ometa RNA polimerazu. Međutim, iako ima vrlo jak učinak na viruse, lijek je pripao skupini zloglasnih teratogenih lijekova zbog brojnih nuspojava koje izaziva. Uzrokuje veliki umor, malaksalost i opću slabost, pruritus, gift i osip. Najteži simptomi koji se mogu pojaviti kao posljedica korištenja Ribavirina su leukopenija i hemolitična anemija. Lijek je u potpunosti kontraindiciran u trudnoći. U Hrvatskoj Ribavirin nije bio u značajnijoj primjeni kao u drugim zemljama (13).

Remdesivir (Veklury) lijek je koji je proizveden za liječenje virusa ebrole. Pripada u skupinu virusnih lijekova širokog spektra djelovanja. Virus uništava tako što remeti transkripciju RNA. Remdesivir je pokazao izuzetno dobre mehanizme za prevladavanje rezistencije na ostale lijekove koji se istodobno koriste u kombinaciji s Remdesivirom. Primjenjuje se u težim stadijima bolesti, za ljude s vrlo teškim simptomima. Ne preporučuje se davati bolesnicima koji boluju od bubrežnih ili jetrenih bolesti jer može uzrokovati oštećenja bubrega ili jetre.

Primjenjuje se intravenskim putem, razrijeđen u infuzijskoj otopini. Lijek se daje 5 dana uzastopno, a tijekom trajanja terapije potrebno je svakodnevno kontrolirati krvnu sliku, te bubrežne pokazatelje i jetrene enzime. Do sada nisu zapažene bitnije nuspojave. U rjeđim slučajevima javlja se blaža mučnina i povraćanje. Iako se Remdesivir trenutno koristi kao virusni lijek koji se najčešće odabire u liječenju COVID-19, lijek ipak nije pokazao dovoljno jaku učinkovitost kao što se očekivalo. Ipak, za nekolicinu oboljelih, vidjeli su se pozitivni rezultati nakon završetka terapije Remdesivirom, kao što su smanjenje kliničkih simptoma i regresija pneumonije. Također, u kombinaciji s kortikosteroidima, bolesnici vrlo brzo postaju afebrilni. Iako se za idealnim antivirusnim lijekom još traga, rezultati praćenja ove terapije dosada su pokazali najbolje rezultate, bolje od svih ostalih lijekova koji su se koristili za liječenje koronavirusa (13).

Kortikosteroidi su protuupalni lijekovi, koriste se u liječenju brojnih bolesti i zdravstvenih stanja. Iako su vrlo djelotvorni u liječenju, ako se daju predugo ili u prevelikim dozama mogu oštetiti imunološki sustav čovjeka i povećati rizik od nastanka infekcije. Ipak, njihov pozitivan učinak puno je jači od mogućih posljedica, pa se koriste i za liječenje COVID-19 i to u kombinaciji s drugim antivirusnim lijekovima. Neke od nuspojava koje su zabilježene su mučnina, hiperglikemija, posebice kod dijabetičara jer im vrijednosti glukoze u krvi naglo narastu, promjene raspoloženja, hipertenzija i slično. S obzirom da većina hospitaliziranih bolesnika u prvim danima bolesti ima visoku temperaturu, kortikosteroidi su se pokazali dobrim jer održavaju afebrilitet bolesnika. Također, određeni lijekovi iz skupine kortikosteroida mogu bolesnicima olakšati disanje, pa je njihova primjena izrazito važna. Gotovo svi hospitalizirani bolesnici težeg općeg stanja primaju kortikosteroidnu terapiju, no vrlo je važno prilikom primjene paziti na mogućnost nuspojava, doziranje terapije i trajanje primjene (13).

Imunoglobulini imaju jak učinak na autoimune i upalne procese i poremećaje. Oni imaju jaka protuupalna svojstva i mogu neutralizirati brojne bakterijske toksine. Još uvijek nema dovoljno istraženih dokaza kakav učinak imunoglobulini imaju na viruse, pa se imunoglobulini za liječenje koronavirusa rijetko koriste, no u iznimnim situacijama kada su bili primjenjivani kod oboljelih od COVID-19 pokazali su dobar učinak (13). Iako je COVID-19 bolest primarno uzrokovana virusom, zbog povišenih upalnih vrijednosti i brojnih drugih popratnih pojava koje idu uz nju, u liječenju se uvijek u kombinaciji s virusnom lijekom koriste i određeni antibiotici zbog smanjenja upalnog procesa. Najčešće primjenjivana antibiotska terapija ubraja lijekove: Azitromicin, Tazobactam/Piperacilin, Klindamicin, Cefuroksim, Ceftriaxon, Cefixim, Klavocin. U potrebnim slučajevima, ovisno o stanju i ostalim dijagnozama koje bolesnik ima, koristi se i druga antibiotska terapija (12).

Osim primjene venske i peroralne terapije, većina hospitaliziranih bolesnika prima terapiju kisikom, koja je zapravo jedan od glavnih razloga za bolničko liječenje. Većina hospitaliziranih bolesnika najčešće ima obostranu pneumoniju, pa su i vrijednosti kisika u krvi, odnosno saturacija, vrlo niske i ispod normalnih vrijednosti, što odmah iziskuje primjenu oksigenoterapije. Ovisno o RTG snimci pluća, bolesnikovom stanju i izmjerenoj saturaciji, ovisi i količina kisika koju će bolesnik primiti. Bolesnik može primiti minimalne doze kisika i pokazati poboljšanje, ali može i s niskih doza kisika vrlo brzo prijeći na veće protoke kisika. Kako bi se mogla adekvatno pratiti i procijeniti potrebna količina kisika, potrebno je svakodnevno, često i više puta na dan, kontrolirati plinske analize u krvi, odnosno acidobazni status (ABS). Kod najtežih slučajeva, gdje često dolazi do progresije nalaza i pogoršanja disanja, bolesnike se stavlja na neinvazivnu mehaničku ventilaciju odnosno „High-flow“ aparat za disanje. Kada je bolesnik izrazito dispnoičan te saturacija nije zadovoljavajuća ni s primjenom maksimalnih doza kisika, a još uvijek se bolesnika ne treba intubirati i spojiti na respirator, stavlja se na „High-flow“ ventilaciju. Pomoću „High-flow“ ventilacije bolesnik putem nazalne kanile može primiti najveće doze kisika, i do 60L/min. Pomoću ove neinvazivne metode liječenja, bolesniku se odgađa postavljanje na respirator koliko god je to dugo moguće. Iako je „High-flow“ ventilacija postala čest odabir metode liječenja, treba biti vrlo oprezan pri doziranju količine kisika, jer kao posljedica dugotrajne primjene velikih doza kisika, bolesnici često kao komplikaciju mogu razviti teške supkutane emfizeme i na taj način pluća više ne mogu dobiti potrebnu količinu kisika. Kada bolesnik više ne može zadovoljiti normalne kriterije spontanog disanja i postići minimalnu odgovarajuću saturaciju, tada se pristupa invazivnom liječenju, bolesnika se intubira te postavlja na respirator. Dalje se nastavlja intenzivno liječenje i skrb o bolesniku (14).

Kada osobe imaju blaže simptome bolesti ili bolest protječe asimptomatski, tada hospitalizacija nije potrebna. Nakon potvrde COVID-19 infekcije, oboljela osoba i sve osobe s kojima je oboljela bio u kontaktu u posljednjih 10 dana prije potvrde zaraze, moraju u samoizolaciju na 10 do 20 dana. Potrebno je javiti se svome liječniku obiteljske medicine te epidemiološkoj službi. Mjere izolacije moraju se strogo provoditi kako bi se spriječilo daljnje širenje infekcije. Koliko dugo će izolacija trajati određuje epidemiolog, a to ovisi o postojanju i trajanju simptoma bolesti te o dobi i stanju osobe. Ako je osoba inače zdrava, ima blaže simptome koji traju nekoliko dana i nema težih tegoba, trajanje izolacije je u razdoblju od 10 do 14 dana. Ukoliko je u pitanju osoba starije životne dobi ili imunokompromitirani bolesnik, tada izolacija traje 20 dana. Nakon završetka samoizolacije i dalje je potrebno pridržavati se svih drugih epidemioloških mjera kako bi se zaštitili i drugi ljudi (1).

3.7 Komplikacije bolesti

Kao najčešća komplikacija COVID-19 pojavljuje se pneumonija koja je prisutna kod više od polovice oboljelih. Pneumonija najčešće zahvaća jedno plućno krilo ili dolazi u obliku bilateralne pneumonije. Gotovo svi oboljeli koji imaju pneumoniju zahtijevat će i terapiju kisikom. Teške upale pluća vrlo lako mogu prijeći i u teški akutni respiratorni distress sindrom (ARDS). Također, učestale su i brojne bolničke infekcije uzrokovane rezistentnim sojevima bakterija, kao i brojni akutni srčani problemi (1).

Akutni respiratorni distress sindrom vrsta je respiratornog zatajenja. Najčešće započinje upalom pluća koja se vrlo brzo širi. Može biti uzrokovana i sepsom, traumom, aspiracijom ili difuznim infiltratima. ARDS najčešće prati akutna hipoksija i plućni edem. Bolesnici koji su imali ARDS, imali su povišene vrijednosti protuupalnih citokina, poznatiji kao „citokinska oluja“ (7). Citokinska oluja definira se kao otpuštanje velikih količina citokina, a nastaje kao posljedica pretjeranog imunološkog odgovora organizma i hemodinamske nestabilnosti. Rezultat toga su teške upalne promjene. Zbog pretjerane reakcije imunološkog sustava često dolazi do zatajenja organa, pa i smrti bolesnika (1). Bolesnici koji imaju teški oblik ARDS-a imat će neuspjeli protuupalni odgovor na primijenjenu terapiju, pa dolazi do razaranja plućnog tkiva mnoštvom protuupalnih citokina. Dolazi do oštećenja plućnih endotelnih i epitelnih stanica, zatim do promjena staničnih spojeva u alveolarnom tkivu, čime se povećava propusnost krvnih žila, pa u konačnici dolazi do istjecanja alveolarne tekućine. Kao posljedica toga nastaje plućni edem koji u većini slučajeva vrlo brzo prelazi u plućnu fibrozu, što je jedan od najčešćih uzroka smrti (7). Upravo zbog toga, ARDS se smatra jednom od najtežih komplikacija ove bolesti, bolesnici u vrlo kratkom vremenu mogu doći u kritično i po život opasno stanje (1). Kako većina bolesnika ima teške oblike pneumonije, a pneumonija istovremeno može uzrokovati akutnu ozljedu miokarda i kronično oštećenje kardiovaskularnog sustava, potrebno je posebnu pozornost obratiti na stanje i liječenje kardiovaskularnog sustava. Iako u kliničkoj slici simptoma i znakova bolesti uglavnom prevladavaju respiratorni simptomi, u nekolicine bolesnika može doći do teških kardiovaskularnih oštećenja (1). To se posebice odnosi na već ranije otkrivene kardiološke bolesnike. Kardiološki bolesnici imaju veći rizik za razvitak infekcije, kao i povećan rizik od komplikacija i smrti. Narušavanje kardiovaskularnog sustava može se pojaviti u obliku hipertenzije, srčanih aritmija, miokarditisa ili kardiogenog šoka. Bolesnici koji su već ranije imali anginu pectoris ili infarkt miokarda, imaju veći rizik za razvoj upale pluća i oslabljenje srčanog mišića od bolesnika koji nemaju ranijih srčanih tegoba (7).

Svi bolesnici koji se nalaze u teškom ili kritičnom stanju te ovise o invazivnoj mehaničkoj ventilaciji odnosno respiratoru, u velikoj su opasnosti za razvoj infekcije. Zbog brojnih invazivnih postupaka koji se vrše na bolesniku koji se nalazi na respiratoru i brojnih medicinsko-tehničkih zahvata, bolesnik može imati brojne ulaze za infekciju. S obzirom da gotovo svi bolesnici imaju centralni venski kateter (CVK) za primjenu kontinuirane venske terapije, trajni urinarni kateter, tubus i brojna druga pomagala- ovisno o stanju bolesnika, to su ujedno i mjesta velikog rizika za razvitak infekcije. Unatoč provođenju svih mjera da do infekcije ne dođe, zbog oslabljenosti imunološkog sustava veliki broj bolesnika dobit će neku od visokorezistentnih bolničkih infekcija kao što su MRSA (meticilin rezistentni staphylococcus aureus), Acinetobacter baumannii, VRE (vancomycin rezistentni enterokok) i slično. Upravo infekcija ovim bakterijama, ovim već teško oboljelim osobama može biti kobna i dovesti do zastoja organa i smrti (7).

4. COVID-19 U SESTRINSKOJ PRAKSI

4.1 Izazovi i moralne dvojbe u sestrinstvu

Sestrinstvo se kao struka s početkom globalne pandemije suočilo s brojnim izazovima i problemima. Osim što je cijeli svijet zapao u jednu veliku krizu- ekonomsku, zdravstvenu, političku... u krizu je došao i cjelokupni zdravstveni sustav. Suočeni s golemim izazovom koji se pojavljivao svakodnevno, a prije toga je bio nepoznanica i takvih poteškoća nije bilo, kompletni zdravstveni sustav doživio je svojevrsni raspad. Nespremni za ovakvu globalnu pandemiju, u neznanju o novom smrtonosnom virusu, s nedostatkom potrebnih resursa i s ionako premalim brojem zdravstvenog osoblja pandemija je dočekana s velikim strahom. Unatoč strahu i svim problemima zdravstveni djelatnici su hrabro stajali na „prvoj crti obrane“, spremni boriti se protiv nepoznatog virusa i pružiti onim najranjivijima i najugroženijima svu potrebnu pomoć. Od samog početka nametnut je ekonomski problem financija i osiguravanja dostatnih sredstava za rad. Kako bi se zdravstveno osoblje moglo adekvatno zaštititi prilikom rada s oboljelima, potrebno je bilo u najkraćem vremenu osigurati svu potrebnu zaštitnu odjeću (zaštitna odijela, kape, kaljače, maske, zaštitne naočale i vizire). Nerijetko, količina zaštitne odjeće nije bila dovoljna da osigura zaštitu za sve djelatnike, što je dovodilo do prekomjernog ostajanja u jednom zaštitnom odijelu, time se zdravstveni djelatnik izlagao povećanom riziku od zaraze. Iako je rizik od obolijevanja bio velik, liječnici i medicinske sestre nisu posustajali u nesebičnom pružanju skrbi. Također, potrebno je bilo nabaviti i brojne nove i skupe antivirusne lijekove kako bi se moglo liječiti oboljele. No, osim ekonomskih problema, puno veći problem bili su fizička premorenost osoblja i psihičko sagorijevanje. Svakodnevni dugotrajni rad s teško oboljelima i umirućima ostavio je posljedice na sve članove zdravstvenog tima. Medicinske sestre svakodnevno trpe fizički i emocionalni stres, brinući se o oboljelima, suočavajući se s brojnim etičkim i moralnih izazovima koje je ova pandemija sa sobom donijela. Educiraju javnost o mjerama zaštite, važnosti zaustavljanja širenja virusa, brinući i o onima koji nisu zaraženi kako bi se zaštitili od zaraze. Zbog nedostatnog osoblja, nedovoljnih resursa i velikog broja umrlih, medicinske sestre svakodnevno su u sukobu profesionalnih vrijednosti. Sve je više medicinskih sestara oboljelih od COVID 19, a neke su i umrle od posljedica bolesti koju su dobile obavljajući svoju dužnost. Zbog velike količine stresa i emocionalne patnje koju prolaze, medicinskim sestrama je potrebna velika hrabrost, snaga i izdržljivost pri radu i borbi s ovim virusom, a tijekom tog vremena udaljene su od svojih obitelji i najmilijih (15).

4. COVID-19 U SESTRINSKOJ PRAKSI

Zbog borbe protiv ovog virusa i sprječavanja širenja zaraze, sve druge djelatnosti u kliničkim bolničkim centrima, domovima zdravlja i svim drugim djelatnostima koji se bave zdravstvenom zaštitom pučanstva, stavljene su u „hladni pogon“. Kako bi se spriječilo daljnje širenje virusa te zaštitila cjelokupna populacija, posebice stariji i imunokompromitirani bolesnici, svi su medicinski pregledi, pretrage, dogovoreni operativni zahvati, primjena dugotrajnih terapija odgođeni i stavljani „na čekanje“. Iako je primarni cilj ovih mjera bio što brže ukloniti virus te smanjiti obolijevanje, ove mjere nisu se pokazale posebno učinkovitima. Unatoč „hladnom pogonu“ te pridržavanju svih epidemioloških mjera koje su bile izrečene, virus je našao mjesto proboja i ova pandemija traje puno duže nego što se itko nadao. U samom početku ove borbe, svi su spremno i hrabro dočekali ove mjere sa željom da se ova bolest što prije suzbije. No, nakon početnog entuzijazma i volje da se zajedničkim snagama pobijedi neočekivani problem, ljude je polako počela popuštati prvotna dobra volja te su počeli iskazivati nezadovoljstvo. Naizgled, činilo se kako su sve druge bolesti prestale postojati, te je u središtu pozornosti bio samo COVID 19. Bolesnici koji su bolovali od drugih teških kroničnih i neizlječivih bolesti stavljeni su na duge liste čekanja. Operacijske sale gotovo su bile u potpunosti zatvorene, a vršili su se samo hitni operativni zahvati. Ako se netko razbolio ili imao neku nezgodu, trebali su sati kako bi se moglo doći na pregled ili u ambulantu na previjanje rane. Zbog povećanih troškova za nabavljanje zaštitne opreme i svih lijekova potrebnih za liječenje COVID-19, smanjili su se „budžeti“ za ostale lijekove i potrepštine, pa su nerijetko onkološki bolesnici ostajali bez svojih skupih lijekova koje si samostalno ne mogu priuštiti. Kemoterapije i zračenja su odgođeni, pa su mnogi bili u neizvjesnosti što će biti s njihovim liječenjem. Od prvotnog dobrog cilja da se cijelo pučanstvo zaštititi, a posebice oni najranjiviji, došlo se do suprotnog jer su mnogi bolesnici ostali zakinuti za osnovno liječenje i skrb. Također, posjete patronažnih sestara svedene su na minimum, do te mjere da su starije i kronične bolesnike jedno vrijeme prestale obilaziti jer su pripadali skupini ugroženih za obolijevanje, pa im je uskraćena i ona minimalna zdravstvena skrb. Medicinske sestre koje provode zdravstvenu njegu u kući svoj su posao obavljale po posebno izrađenim protokolima, čime su i same bile nezadovoljne jer ih je to ograničavalo u mnogim postupcima te oduzimalo dodatno vrijeme koje su mogle provesti kod bolesnika (16). Uz ove već dovoljno velike probleme, sve je više liječnika i medicinskih sestara počelo izlaziti iz sustava rada jer su i sami podlegli zarazi, morali su biti u samoizolaciji ili na dugotrajnim bolovanjima. Nažalost, bilo je i onih slučajeva gdje su i liječnici i medicinske sestre zbog svojih godina života ulazili u rizičnu skupinu za obolijevanje, no ipak su nesebično pružali skrb bolesnicima te radili do posljednjeg dana. Tako su neki od njih i sami podlegli teškim komplikacijama bolesti, pa su kolege s kojima su do jučer radili sada skrbili o njima, postavljali

4. COVID-19 U SESTRINSKOJ PRAKSI

ih na visoke doze kisika ili ih morali priključiti na respirator. Gledanje kolega kako umiru od posljedica bolesti protiv koje su se i sami borili dovelo je do psihičkog sagorijevanja i onih najjačih, pa su neki zbog psihičke nemoći što toliko dugo gledaju smrti u oči izlazili iz sustava rada (17). Sve manji broj zdravstvenog osoblja koje skrbi o oboljelima doveo je do sve većeg nezadovoljstva samih bolesnika i članova obitelji. Posjete pacijentima zabranjene su u svim kliničkim bolničkim centrima, pa su bolesnici znali biti tjednima izolirani od članova svoje obitelji. Jedina poveznica između bolesnika i obitelji bila je medicinska sestra, ona je pružala nadu i utjehu jednima i drugima. Očajnim i nemoćnim članovima obitelji jedino je preostalo svakodnevno zvati bolnicu kako bi barem na minutu čuli informacije o svojem ocu, majci, bratu, suprugu ili djetetu (18). Do informacija je često bilo teško doći zbog preopterećenja sustava. Medicinska sestra je tada pružala psihološku pomoć riječima utjehe i nade, umirivala članove obitelji, skrbrila i brinula o bolesnicima. Mnogi stariji bolesnici često pokraj sebe nisu imali nikakve mobilne uređaje, ili ih nisu znali koristiti, pa je medicinska sestra bila tu da im omogući kontakt s obitelji, čuli bi se na trenutak mobitelom (17). Dok su se skrbile i brinule da svaki bolesnik bude barem malo u kontaktu sa svojim voljenima, i same su bile odvojene od svojih obitelji, roditelja i djece, nisu znale kada će biti u mogućnosti ići svojim kućama i zagrliti svoje bližnje. One medicinske sestre koje su i mogle poslije odrađene smjene otići svojim domovima, išle su u strahu, bojeći se hoće li donijeti virus u svoje domove i na taj način ugroziti članove svoje obitelji. Zbog straha, često su se bojale biti preblizu članova svoje obitelji, boraviti u istoj prostoriji s njima. Strah više nije bio prisutan samo u hodnicima bolnice ili bolesničkim sobama, već i u vlastitim domovima (18).

Veliki problem tijekom ove krizne situacije bila je trijaža bolesnika. S ogromnim brojem bolesnika koji se prvo morao javiti u trijažni centar kako bi ih se raspodijelilo kamo dalje, nametnuto je pitanje o eventualnim izmjenama kriterija za trijažu bolesnika u ovoj izvanrednoj situaciji. Sastavljene su nove smjernice koje jamče pravednost, izbjegavanje nerazumne tvrdoglavosti te poštivanje želje pacijenta i obitelji (19). Smjernice i algoritme sastavljaju skupine stručnjaka iz različitih disciplina. Smjernice ističu potrebu donošenja odluka multidisciplinarnog trijažnog tima koji prvenstveno uključuje medicinsku sestru, a negdje i starijeg liječnika za donošenje odluka u kriznim situacijama. Iako medicinske sestre nisu uključene u sastavljanje smjernica, one su glavne i odgovorne za donošenje trijažnih odluka (18). Međutim, unatoč dobro postavljenim smjernicama, sve veći broj bolesnika koji je počeo pristizati doveo je do mnogih nejasnoća u raspodjeli i brojna pitanja (19). Kako se povećavao broj bolesnika u teškom ili kritičnom zdravstvenom stanju, sve je izraženiji postao problem donošenja odluke koji bolesnik će biti priključen na invazivnu mehaničku ventilaciju odnosno

respirator. Sudjelovanje medicinskih sestara u donošenju ove odluke vrlo je bitno jer medicinska sestra skrbi 24 sata o bolesniku, no donošenje odluke ne smije biti bez prisutnosti i dogovora s liječnikom (18). Suočeni s ogromnim brojem bolesnika i nestašicom mjesta i kreveta u jedinicama za intenzivno liječenje te „respiracijskim centrima“ nametnuto je i veliko etičko pitanje prilikom trijaže tih bolesnika, a odnosi se na pravo osobe da dobije mjesto u respiracijskom centru. Iako su smjernice jasno postavljene, između dvaju teško bolesnih pacijenata, a koji su jednako teškog općeg stanja, vrlo je teško odabrati kome pružiti jedini preostali krevet za liječenje, a kome ne. Ukoliko je jedna osoba mlađa vrlo je izvjesno da će ta osoba imati prednost, no to se kosi s brojnim etičkim i moralnim kodeksima kojima se priseglo. No, odabir se mora napraviti, a mjesta ima samo za jednog bolesnika (19).

4.2 Skrb o palijativnom bolesniku oboljelom od COVID-19

Palijativna skrb obuhvaća cjelovitu skrb za bolesnike u terminalnoj fazi bolesti i na završetku života. To je sveobuhvatna skrb koja uključuje zdravstvenu, socijalnu, psihološku i duhovnu skrb osobama koje boluju od neizlječivih bolesti. Palijativna skrb danas je sve više značajnija i važan je dio zdravstvene zaštite, a zbog produljenja životnog vijeka te porasta broja oboljelih od teških kroničnih i neizlječivih bolesti, potreba za njom svakim danom je sve veća. Palijativna skrb je kompleksna i zahtijeva suradnju svih članova multidisciplinarnog tima. U tim su, osim iskusnih medicinskih sestara i liječnika, uključeni i psiholozi, psihijatri, fizioterapeuti, socijalni radnici i duhovnici. Pružanje palijativne skrbi obuhvaća rješavanje tjelesnih, psiholoških, socijalnih i duhovnih problema bolesnika i njegove obitelji. Svi ovi aspekti moraju biti uključeni u skrb i zadovoljeni kako bi se u potpunosti mogle zadovoljiti potrebe umirućih bolesnika i njihovih obitelji. Palijativni bolesnik može biti osoba bilo koje životne dobi, a svi oni pripadaju vulnerabilnoj skupini. Osim samih korisnika palijativne skrbi, u ranjivu skupinu često možemo pribrojati i samo osoblje koje s njima svakodnevno radi, zbog velikog emocionalnog i psihičkog pritiska koji svakodnevno proživljavaju „gledajući smrti u oči“ tijekom svoga rada (3).

Kako pandemija koronavirusa i dalje uzima sve većeg maha te je broj smrtnih slučajeva svakim danom sve veći, tako su i svakodnevne teme postale smrt i umiranje. Upravo zbog toga se ovoj temi pridaje sve veći značaj, svijest se sve više širi ne samo u zdravstvenoj nego i u sveukupnoj populaciji. Umiranje je zapravo bila svojevrsna tabu tema, no zbog pandemije COVID-19 zauzelo je vodeću ulogu u različitim znanstvenim radovima. Svaka smrt vrlo je teška i pogubna kako za članove obitelji, tako i za medicinsko osoblje. Upravo zbog toga su i razgovori između bolesnika i medicinskih sestara o smrti postali sve učestaliji (20).

4. COVID-19 U SESTRINSKOJ PRAKSI

Iako se razina svijesti o važnosti palijativne skrbi u posljednjih nekoliko godina uvelike povećala te se palijativna skrb sve više razvija, još uvijek postoje brojni problemi i neravnopravnosti koje su tijekom pandemije koronavirusa još više došle do izražaja. S početkom pandemije koronavirusa, brojne smjernice za rad morale su se promijeniti i prilagoditi novonastaloj situaciji (21). Tako su se morale napraviti posebne smjernice za rad s palijativnim bolesnikom koji je hospitaliziran u stacionarnoj ustanovi, posebno za bolesnike koje obilazi mobilni palijativni tim u njihovim domovima, a posebno za ambulantu za palijativnu medicinu. Izrađen je posebni uznapredovali plan zdravstvene njege za najteže palijativne bolesnike oboljele od COVID-19. Primarni cilj ovoga plana je pružiti svu moguću adekvatnu skrb i zdravstvenu zaštitu oboljelima, spriječiti neželjene hospitalizacije te intenzivno liječenje koje bi nepotrebno ugrozilo ionako teško zdravstveno stanje bolesnika i opteretilo ovaj dio zdravstvene zaštite. Pacijenti koji su već korisnici palijativne skrbi tako će imati manju potrebu za intenzivnim liječenjem, odnosno neće biti podobni za liječenje u jedinicama intenzivne skrbi jer je rizik za razvitak mogućih komplikacija za njih veći nego mogućnosti liječenja s obzirom na primarno zdravstveno stanje. Ovo vrijedi i za korisnike koji se nalaze u svojim domovima, a redovito ih obilazi mobilni palijativni tim ili su smješteni u određene druge ustanove za takve bolesnike (22).

Svaki palijativni bolesnik zbog svoje primarne bolesti i oslabljenog imunološkog sustava ugrožen je i podoban za obolijevanje ovim virusom. Upravo zbog njihovog općeg zdravstvenog stanja, za većinu ovih bolesnika zaraza virusom COVID-19 može biti kobna. Gotovo svi imaju teže simptome bolesti te su u vrlo kratkom roku podložni razvitku brojnih komplikacija i pogoršanju zdravstvenog stanja. Čak i blaži simptomi bolesti kao što su opća slabost i temperatura za njih mogu biti kobni jer iscrpe ionako oslabljen organizam. Kako bi ih se primjereno zaštitilo i spriječilo da se uopće zaraze koronavirusom, potrebno je strogo pridržavanje svih mjera, pojačano provođenje mjera dezinfekcije te poseban oprez prilikom komunikacije i bilo kakvog doticaja s palijativnim bolesnicima. Kako bi se mogao zaštititi palijativni bolesnik, potrebno je prvo zaštititi sebe jer na taj se način smanjuje mogućnost prijenosa virusa na druge. Naizgled zdrava osoba, vrlo lako može biti prenositelj virusa ako je ranije bila u kontaktu s nekim oboljelim od COVID-19. Kako bi se svi ovi rizici izbjegli, potrebno je ograničiti sve nepotrebne kontakte s palijativnim bolesnikom, pri komunikaciji nositi zaštitnu masku preko usta i nosa, prije i nakon svakog kontakta pravilno oprati i dezinficirati ruke. Posebice je važno da osoba koja skrbi i brine o palijativnom bolesniku ne bi trebala biti u kontaktu s osobom kojoj je potvrđena COVID-19 infekcija. Ako je osoba koja inače brine o palijativnom bolesniku u bilo kojem trenu bila u kontaktu s oboljelim od COVID-

4. COVID-19 U SESTRINSKOJ PRAKSI

19 ili postoji sumnja, tada je potrebno prekinuti sve kontakte s palijativnim bolesnikom kako ga ne bi ugrozila. Ako unatoč svim ovim mjerama opreza, palijativni bolesnik ipak oboli od COVID-19 potrebno je što ranije započeti s liječenjem te osobi pružiti maksimalnu skrb i zdravstvenu zaštitu. Većina palijativnih bolesnika koja je oboljela od COVID-19 imala je smrtni ishod, stoga je potrebno uložiti sve napore kako bi se palijativni bolesnik zaštitio od zaraze. Ako se pak palijativni bolesnik od COVID-19 zarazio u stacionarnoj ustanovi tijekom liječenja, nakon potvrde zaraze je potrebno takvog bolesnika izmjestiti u zasebnu sobu i početi s intenzivnim liječenjem, ukoliko je ono potrebno. Kako su svi palijativni bolesnici imunokompromitirani te skloni brojnim upalama i infekcijama, potrebno je sve invazivne medicinsko-tehničke zahvate svesti na minimum, kako bi se smanjila mogućnost infekcije i razvitka sepse (2).

Kad god je bolesnik pri svijesti, te adekvatnog verbalnog kontakta, potrebno je uvažiti njegovo mišljenje i želje te mu ponuditi sve mogućnosti liječenja. Isto tako, ukoliko bolesnik odbija daljnje liječenje jer smatra kako će mu ono donijeti još više boli, potrebno je tu želju poštivati i usmjeriti se isključivo na daljnje pružanje palijativne skrbi te umanjeње boli i patnje (21). Osim samog bolesnika, u donošenje tako bitnih i velikih odluka važno je uključiti i članove obitelji. Ako bolesnik odbija liječenje, a obitelj inzistira na intenzivnom liječenju, tada je potrebno iznijeti sve pozitivne i negativne strane liječenja te predložiti ono što je najbolje za bolesnika, iako to ne uključuje uvijek izbor liječenja. U posebno teškim situacijama, kada je bolesnik u terminalnoj fazi bolesti, mogućnost za intenzivno liječenje nije ni moguća, ono se tada mora odbiti, unatoč suprotnim željama obitelji. Intenzivno liječenje nije moguće pružiti bolesniku u završnom stadiju bolesti jer po smjernicama koje su postavljene ne ispunjava medicinske indikacije i bolesniku bi moglo nanijeti još više patnje i štete (22). Psihosocijalna pomoć i duhovna skrb o bolesniku, a posebice o njegovoj obitelji, od presudne su važnosti u ovakvim situacijama. Takve situacije puno teže podnosi sama obitelj jer se ne mogu pomiriti s gubitkom koji slijedi u bliskoj budućnosti. Bolesnikova obitelj teško podnosi činjenicu da za njihovog voljenog člana više nema nikakvih mogućnosti liječenja te da je jedino ostala nada i pomoć pri umanjeњу boli i patnje. Razgovor čitavog tima koji skrbi o bolesniku s njegovom obitelji ovdje ima glavnu ulogu (20).

Palijativna je skrb veliku ulogu dobila i prigodom sastavljanja novih smjernica za trijažu. Nove smjernice nalažu kako svi umirući bolesnici od COVID-19 imaju pravo na primanje palijativne zdravstvene zaštite i skrbi. Teret trijaže u palijativnoj skrbi razlikuje se od „obične“ trijaže te je taj teret višestruk. Odluke koje se donose vrlo su složene i teške, nikada ih ne donosi jedna osoba, već uigrani tim vrsnih stručnjaka na čelu sa specijalistom palijative. Osim određivanja

4. COVID-19 U SESTRINSKOJ PRAKSI

stupnja i učestalosti skrbi koju bolesnik treba dobiti, od posebnog je značaja organiziranje i pružanje kvalitetne duhovne i psihosocijalne skrbi. Teret ovakve trijaže velik je jer bolesnik i njegova obitelj imaju osjećaj da su ih svi napustili, što može dovesti i do komplikacija i problema. Prisutne su i brojne moralne dvojbe s kojima se zdravstveno osoblje svakodnevno suočava pa je u određenim situacijama donošenje odluka posebno otežano (22).

Najveću skupinu palijativnih bolesnika čine onkološki bolesnici koji boluju od teških oblika karcinoma ili se nalaze u terminalnoj fazi bolesti (2). Zbog oslabljenog imunološkog sustava uzrokovanog rastom tumora, pripadaju u izrazito rizičnu i ranjivu skupinu (23). Broj onkoloških bolesnika koji se nalaze u raznim fazama liječenja je velik. Njihovo liječenje je dugotrajno i skupo, a iziskuje maksimalnu posvećenost i skrb. Onkoloških bolesnika nema samo na odjelima onkologije, već i na brojnim drugim odjelima, a često dolaze i na brojne ambulantne preglede (2). S obzirom na potvrđeni prijenos koronavirusa među pacijentima u zdravstvenim ustanovama, osobe s karcinomom mogu biti sklone zarazi zbog neizbježnog kontakta s brojnim drugim pacijentima koji potencijalno mogu imati COVID-19 ili se nalaze u područjima zaraženim virusom. Zbog svoje bolesti i liječenja, bolesnici koji boluju od karcinoma primorani su gotovo svakodnevno boraviti na bolničkim hodnicima ili odjelima pa su rizik i strah osjećaju sve oboljele osobe, ali i medicinsko osoblje koje o njima brine (23). Na taj je način pandemija koronavirusa uvelike utjecala na njihovo liječenje i svakako je usporila tijekom njihovog oporavka te učestalost primanja potrebne terapije (2). Prema istraživanju koje je provedeno na 105 onkoloških bolesnika oboljelih od COVID-19 u Kini, najviše je bilo bolesnika s karcinomom pluća, zatim slijede oboljeli od karcinoma debelog crijeva te žene oboljele od raka dojke. Od svih ispitanika najveći broj, čak 35.7 % nalazio se u IV. stadiju bolesti, što sugerira da su bolesnici u težem stadiju bolesti osjetljiviji na virus SARS-CoV-2. U istom istraživanju, također se pokazalo da onkološki bolesnici, osim što su osjetljiviji na SARS-CoV-2 virus, imaju i puno veći rizik od komplikacija, mehaničke ventilacije i smrtnog ishoda. Nadalje, istraživanja su pokazala kako su oboljeli od COVID-19, koji su prije potvrde zaraze neposredno bili na ciklusima kemoterapije ili na operaciji, imali značajno veći rizik od komplikacija COVID-19 od onkoloških bolesnika koji nisu primali terapiju neposredno prije zaraze. Bolesnici koji su neposredno primali terapiju također su od samog početka bolesti imali teže simptome bolesti. Dodatni kritični čimbenik kod onkoloških bolesnika, osim samog karcinoma, predstavljaju bolesnici starije životne dobi. Također, oni su imali i duži boravak tijekom hospitalizacije od osoba mlađe životne dobi (23).

Onkološko-palijativni bolesnik zaražen koronavirusom suočen je s brojnim problemima koji se još uvijek u zdravstvenom sustavu nisu uspjeli riješiti. Tako nije rijetkost da im se kemoterapije i zračenja odgađaju zbog nedostatka mjesta ili nemogućnosti nabave lijeka. Kada dolaze na svoj termin terapije, zbog epidemioloških mjera uglavnom ostaju sami u prostoriji što negativno utječe na njihov psihički status jer se osjećaju osamljeno, tužno i odbačeno i to može dovesti do razvitka depresije. Također, nezadovoljstvo je zamijećeno i kod medicinskih sestara koje rade na onkološkim i palijativnim odjelima jer zbog mjera koje su propisane smanjena im je interakcija s bolesnikom, pa psihološki dio pomoći i terapijska komunikacija gotovo u potpunosti izostaju. Nadalje, preraspodjela osoblja zbog potrebe posla na drugim odjelima u sklopu pandemije dovodi do toga da je dio medicinskih sestara preostao raditi s palijativnim bolesnicima, pa sestre nemaju dovoljno vremena posvetiti se svakom bolesniku jednako zbog opsega posla. Slični problemi prisutni su i kod onkološko-palijativnog bolesnika kojeg obilazi mobilni palijativni tim i koji je na kućnoj njezi. Zbog manjka timova na terenu i povećanog broja korisnika palijativne skrbi, dolazi do razvoja istih problema kao i u mnogim stacionarnim zdravstvenim ustanovama. Osim brojnih problema organizacije, manjka osoblja, emocionalnog stresa uzrokovanog poslom, povećanog broja oboljelih, etička pitanja i moralne dvojbe prilikom donošenja brojnih odluka postale su još jedan veliki teret tijekom provođenja palijativne skrbi za oboljele od COVID-19 (17).

4. 3 Moralne i etičke dvojbe u skrbi za palijativnog bolesnika

Unatoč brojnim problemima i izazovima s kojima se palijativna skrb trenutno bori, etička načela autonomije, dobročinstva, pravednosti i neškodljivosti trebala bi i u budućnosti ostati glavni pokretači. Autonomija zahtijeva poštivanje ljudskih prava na donošenje samostalnih odluka. Ona uključuje pravo pacijenta na poštivanje njegovih želja, privatnost i čuvanje povjerljivih podataka. Ovo etičko načelo posebno je izazvano u pandemiji jer se mora djelovati u granicama prihvatljivog. Okolnosti mogu zahtijevati od pacijenta da odbije određeno liječenje koje će mu svakako biti potrebno dok se situacija ne promijeni na bolje. Načelo dobročinstva ima ulogu sprječavanja štete i omogućavanja dobrobiti za svakog pojedinca. Načelo pravednosti zahtijeva pošteno i jednako postupanje sa svim ljudima, bez obzira na dob, spol, rasu, nacionalnost i vjeroispovijest osobe. To također znači iskrenost u komunikaciji zdravstvenog djelatnika i pacijenta, jedino se na taj način može postići odnos povjerenja. Posljednje načelo neškodljivosti ili poznatije kao „*nil nocere*“ kaže kako se ne smije nanijeti šteta drugome, što stavlja dobrobit pacijenta na prvo mjesto. Ovo se ne odnosi samo na pacijenta, već i na sve članove njegove obitelji (24).

4. COVID-19 U SESTRINSKOJ PRAKSI

Pandemija je sa sobom, uz već ranije spomenute brojne probleme, donijela i brojne vrste etičkih prijetnji. Udruženje ovlaštenih računovođa (engl. Association of Chartered Certified Accountants) koje se specifično bavilo etičkim problemima i dvojabama vezanim uz COVID-19 objavilo je 2020.godine dokument u kojemu je navedeno nekoliko vrsta etičkih prijetnji koje su se pojavile s novim okolnostima. Tako su se pojavile prijetnje vlastitim interesima, prijetnje samoprocjene, prijetnje zagovaranjem, prijetnje poznanstvom i prijetnje zastrašivanjem. S početkom pandemije prijetnje vlastitim interesima postale su sve izraženije jer je strah bio sveprisutan zbog financijskih problema koji su utjecali na prosudbu i ponašanje (25). Ozbiljan problem tijekom ove pandemije bilo je loše planiranje, priprema, organizacija i vodstvo nekih zdravstvenih ustanova što je rezultiralo neuspjehom u osiguravanju odgovarajuće zalihe zaštitne opreme (15). Pandemija je znatno opteretila pružatelje palijativne skrbi jer je povećan opseg usluga pacijentima i obiteljima, a kvaliteta skrbi je ugrožena zbog neadekvatnih resursa (26). Svaki pacijent zaslužuje dobiti najbolju moguću zdravstvenu njegu i liječenje u datim okolnostima (27). Iako se rad u neadekvatnim uvjetima ili s neadekvatnom zaštitnom opremom kosi sa svim moralnim načelima, s druge strane isti taj moral medicinskim djelatnicima nalaže kako će uvijek nesebično pružiti zdravstvenu skrb potrebitima, čak i ako tada sebe stavljaju u rizični položaj. U kliničkoj praksi nebrojeno se puta dogodilo da je medicinski djelatnik u hitnim situacijama, kao što je primjena kardiopulmonalne reanimacije, ulazio nedovoljno zaštićen u prostor COVID pozitivnih pacijenta, kako bi se pružila pomoć osobi koja je naglo upala u kardiopulmonalni arest (24). Čak i kada za vrijeme krize, kao što je ova globalna pandemija, treba racionalizirati resurse, zdravstveni djelatnici dužni su paziti na dobrobit pacijenta unutar raspoloživih resursa. Isto tako, zaštitna oprema za rad zdravstvenim djelatnicima koji rade na prvoj crti obrane treba osigurati njihovu sigurnost i dobrobit, u suprotnom krši se moralno pitanje ljudskih prava (27). Nadalje, zbog teške situacije i velikog psihičkog pritiska sve češće se javljaju i prijetnje samoprocjene koje proizlaze iz straha da se u određenim situacijama neće uvijek dobro procijeniti što je najbolje za pacijenta. Zbog manjka vremena, postoji strah da će odluke biti donesene prebrzo, bez odgovarajućeg razmatranja rizika. Stoga donošenje važnih odluka iziskuje veliki kapacitet i sposobnost. Kako pandemija već dugo traje, ovo može prijeći i u svakodnevnu naviku. Često su prisutne i prijetnje zagovaranjem u kojima često profesionalna objektivnost može biti ugrožena, a iz toga gotovo uvijek proizlaze i prijetnje poznanstvom zbog bliskog odnosa s oboljelim (25). Svaka osoba jednako je vrijedna i zaslužuje jednako moralno poštovanje. To znači da niti jedna osoba kojoj je potrebna medicinska pomoć i zaštita nikada ne smije biti zanemarena ili napuštena. Odluke o liječenju i zdravstvenoj njezi trebaju se temeljiti na medicinskoj potrebi, nikako ne na

4. COVID-19 U SESTRINSKOJ PRAKSI

diskriminirajućim značajkama kao što su nacionalnost, vjeroispovijest, dob, spol, rasa, invaliditet ili politička opredijeljenost. Palijativna skrb mora biti dostupna svim pacijentima s respiratornim zatajenjem. Svi pacijenti s istim simptomima i znakovima bolesti moraju imati isti tretman. To znači da i beskućnik s ulice treba dobiti isti pristup u liječenju kao i član obitelji nekog liječnika ili medicinske sestre, bez mogućnosti povlastica. Time se pokazuje moralno poštovanje prema pacijentu (27). Posljednja etička prijetnja koja je postala sve više izražena je i prijetnja zastrašivanjem koja može nastati zbog neprimjerenog utjecaja profesionalnog vođe u timu. Zbog ogromnog pritiska dolazi do odvrćanja od objektivnog ponašanja (25). To rezultira velikom nesigurnošću oko donošenja odluka pa se postavlja etičko pitanje može li vođa tima biti osoba koja, zbog prevelikog pritiska, više nije u mogućnosti donositi pravovaljane odluke. To može narušiti povjerenje unutar tima i uzrokovati dugoročne probleme. Opterećenje je prošireno na sve članove tima, sve jače je prisutan osjećaj nemoći i zabrinutosti, a do toga dovode loši ishodi stanja pacijenta, preokupacija oko potencijalne nestašice lijekova i sredstava. Sve ovo stvara veliki emocionalni teret i uzrokuje osjećaj krivnje (19).

Još jedno novije etičko načelo, koje je proizašlo iz ove pandemije, načelo je nenapuštanja osobe. Bez obzira koliko je stanje pacijenta loše, uvijek se nešto može učiniti, a vještine i mogućnosti koje palijativna skrb pruža, trebaju se i moraju primijeniti. Čak i ako su sve mogućnosti bilo kakvog liječenja iscrpljene, uvijek se može pružiti palijativna zdravstvena njega, ublažiti nesnošljiva bol i dati podršku te komunicirati s obitelji. Nikada se ne smije dopustiti da bolesnik ostane i umre sam, odnosno zdravstveni djelatnici se ne smiju prepustiti nihilizmu. Autonomija i poštivanje prava osobe i ljudskost uvijek moraju biti na prvom mjestu. Sama osoba je srž vrijednosti posla koji obavljaju zdravstveni djelatnici, a poštivanje te vrijednosti je važan temelj etike zdravstvene skrbi. Palijativna skrb nikada ne može jamčiti savršenstvo, no može se težiti k njenom boljitku i napretku. Dopustimo li da osoba pati, osporit ćemo sve etičke vrijednosti, stoga treba poduzeti sve kako bi joj se olakšali posljednji dani (28).

S porastom pandemije poraslo je i korištenje usluga palijativne skrbi. Iz stacionarnih ustanova sve više pristižu uputnice za palijativnu skrb, a broj korisnika palijativne skrbi samim time je sve veći. Organiziraju se sve veća psihološka i duhovna savjetovanja jer je podrška u ovom teškom razdoblju mnogim bolesnicima izuzetno potrebna. Povećane su usluge radne terapije, a povećana je i potražnja za pružateljima tehnoloških usluga za pružanje podrške obiteljima (26). Posebice je povećan broj palijativnih bolesnika starije životne dobi. Udruga za gerijatrijsku palijativnu medicinsku skrb promiče integraciju pristupa i vještina palijativne skrbi za njegu starijih, kako u stacionarnim ustanovama, tako i u kućnom okruženju. Unatoč hospitalizaciji i

4. COVID-19 U SESTRINSKOJ PRAKSI

pružanju intenzivne medicinske skrbi, smrtnost je u ovoj skupini najveća posvuda u svijetu. Prosječna srednja dob umrlih muškaraca iznosi 79 godina, a žena 82 godine. Prema iskustvima brojnih specijalista i medicinskih sestara koji su brinuli o COVID-19 pozitivnim pacijentima, vrlo je malo bolesnika u ovoj skupini s akutnim respiratornim distress sindromom preživjelo. Iz tog razloga treba vrlo dobro procijeniti pitanje je li bolničko liječenje indicirano i neophodno za starije bolesnike s multimorbiditetom. Smatra se kako to može biti opravdano samo u slučaju teških komplikacija. Ovo ponovno dovodi do niza moralnih i etičkih pitanja jer etika nalaže kako svaki pacijent ima pravo na bolničko liječenje i skrb. Iskustva koja su proizašla iz ove pandemije često nalažu obrnuto jer su pacijentima u takvom teškom fizičkom i tjelesnom stanju hospitalizacija i intenzivna skrb samo produljile bol i agoniju, Postavlja se pitanje tko smije odlučiti kome pružiti intenzivnu skrb, a kome ne, a opet netko mora napraviti izbor. Ipak, većina bolesnika sama je izrazila želju kako bi radije umrli u svome domu i u obiteljskom okruženju nego u jedinicama intenzivnog liječenja. U skladu s time, od presudne je važnosti unaprijed planirano zbrinjavanje. Otvorena i iskrena komunikacija s bolesnikom i njegovom obitelji jedan je od najvažnijih aspekata palijativnog liječenja i njege. Ono omogućuje razvijanje realnih očekivanja te izražavanje vlastitih strahova, želja i emocija, kao i donošenje odluka. Iskreno pojašnjavanje ozbiljnosti zdravstvenog stanja i iznošenje svih pozitivnih i negativnih ishoda liječenja, ponuda mogućih opcija liječenja i njege omogućuju pacijentu samostalno donošenje odluka (29). Pacijentove vrijednosti i želje u vezi s nastavkom ili odbijanjem liječenja moraju biti jasne, a ovisno o pacijentovoj odluci planiraju se daljnji postupci palijativne skrbi. Pacijentovi jasno izraženi stavovi pomažu zdravstvenim djelatnicima u donošenju odgovarajućih odluka, a te odluke moraju biti donesene u skladu s pacijentovim pravima i željama. Ako pacijent zbog lošeg općeg stanja nije kompetentan za donošenje odluka, tada se odluka treba temeljiti na liječničkoj procjeni i pretpostavci onoga što bi pacijent želio. Ovo su vrlo teške medicinske situacije u kojima se liječnici često nalaze u moralnoj dvojbi što učiniti i pitaju se što bi pacijent, da je svjestan, htio sam za sebe. Ovo je veliki teret za svakog pojedinca koji se nađe u takvoj situaciji. Stoga je vrlo važno, kad god je to moguće, konzultirati se s najbližim članovima obitelji kako bi oni donijeli odluku umjesto pacijenta, pretpostavka je da obitelj zna što bi njihov član želio (30).

Kada pacijent umire, cilj svih postupaka je osiguravanje dobrobiti te osobe i zadržavanje pacijentovog dostojanstva. Sve intervencije i lijekovi koji kod pacijenta mogu uzrokovati dodatnu nelagodu će se odmah ukinuti i prestati primjenjivati. Ublažavanje boli, uklanjanje svih neugoda, promjena položaja pacijenta u udoban položaj i regulacija tjelesne temperature ključne su intervencije za sprječavanje problema kao što su akutna bol, poteškoće s disanjem,

povećana salivacija i anksioznost. Intervencije moraju biti utemeljene na ublažavanju simptoma i praćenju tijeka bolesti te zadovoljavanju svih pacijentovih potreba i želja. Supkutano primijenjen morfij glavni je lijek izbora na kraju života. On ublažava dispneju, anksioznost, smanjuje pritisak u plućima, suzbija kašalj i pomaže pacijentu da postigne dublje disanje i spriječi hiperventilaciju. Često se primjenjuju i manje količine kisika kako bi se disanje što više olakšalo. Kako bi se pacijentu osigurala što bezbolnija i dostojanstvena smrt, od presudne je važnosti suradnja multidisciplinarnog tima. Također, od iznimne su važnosti i članovi obitelji pa se i oni već smatraju važnim članovima zdravstvenog tima jer bez njihove podrške palijativna skrb nije potpuna (30).

U brojnim istraživanjima i razgovorima koji su obavljani s velikim brojem medicinskim sestrama, svi ispitanici opisali su razoran utjecaj pandemije na sve aspekte života. Mjere socijalne distance, zabrane posjeta, nemogućnost viđanja s obitelji, samo su neki od niza razloga koji su utjecali na emocionalno stanje pacijenta, njihovih obitelji, ali i osoblja. Najčešća zapreka koju su opisali u pružanju palijativne skrbi bile su stroge zabrane posjećivanja. Samo u ponekim ustanovama pacijenta je mogao posjetiti jedan član obitelji. To je uzrokovalo velike emocionalne potrebe u obiteljima jer su svi htjeli vidjeti svoga voljenog člana obitelji u posljednjim danima života. Negdje, obitelji su svoga člana mogli vidjeti samo kroz prozor, bez ikakvog fizičkog kontakta. Kada bi, uz raniji dogovor sa članovima zdravstvenog tima, bilo dopušteno pojedinim članovima obitelji vidjeti bolesnog člana obitelji, morali su biti odjeveni u svu zaštitnu opremu. Jedna medicinska sestra opisuje takvu situaciju: „Kada sam ugledala sve te ljude u bolesničkoj sobi kako se drže za ruke preko svih tih slojeva rukavica i kako plaču, a ne mogu ni suze maramicom obrisati zbog zaštitnih odijela, doživjela sam veliki slom“. No, ipak ovo je jedan od rijetkih primjera kada je pacijent i preko zaštitnih odijela uspio vidjeti svoju obitelj. Najčešće, obitelji ne uspiju dobiti priliku vidjeti svog člana obitelji, pa pacijent uglavnom umire sam, držeći za ruku jedino medicinsku sestru, koja radi u toj smjeni. Obitelji su duboko zabrinute i rastrgane tugom jer njihov voljeni član umire izoliran, napušten i sam (26). Zbog COVID-19 sve posjete su zabranjene kako bi se virus što prije iskorijenio, a cilj je zdravstvene skrbi ne dopustiti da pacijent umre sam. Između ova dva pojma od samog početka pandemije glavna je dvojba: je li moralno, unatoč svemu, dopustiti da osoba umre napuštena i sama? Kako osigurati pacijentu dostojanstvenu smrt ako ne smijemo obitelj pustiti da bude s njim u posljednjim danima ili minutama života? Svijest o velikoj brzini širenja virusa i opasnosti koje nosi sa sobom za zdravlje svih ljudi kosi se s brigom o čovjeku, potrebom za posljednjim trenutcima uz najbliže osobe (30).

4. COVID-19 U SESTRINSKOJ PRAKSI

Kako bi se barem malo pružila podrška obiteljima koji ne mogu vidjeti pacijenta, a bilo kakav oblik fizičkog kontakta je ograničen i s osobljem, dopušteno je davanje informacija mobitelom i telefonom. Komunikacija s obiteljima telefonskim putem ipak je djelomice primirila obitelji. Medicinske sestre bile su tu za pružanje nade i utjehe, prenosile su informacije o tome kako je pacijent proveo dan, izvještavale o tome da je okupan, njegovan i čist, da je jeo i pio te prenosile pozdrave. Zbog pružanja podrške obiteljima, produljeno je vrijeme komunikacije, a to je često znalo sestrama uskraćivati vrijeme za obavljanje nekih drugih poslova. Iako su telefonske informacije u vrijeme ove pandemije uvelike pomogle obiteljima i pacijentima, da barem malo budu povezani barem u posrednom kontaktu, sa svakim telefonskim razgovorom kršilo se veliko etičko načelo - nedavanje informacija telefonskim putem. Iako su sestre i liječnici već nakon nekoliko poziva znali s kim komuniciraju i tko je s druge strane linije, prigodom prvog poziva uvijek postoji opasnost da zapravo ne znamo s kim razgovaramo kao i tko još taj razgovor može čuti ili snimiti. Zbog toga je bio potreban dodatan oprez kako se ni u jednom trenutku ne bi prekršilo pravo pacijenta o povjerljivosti podataka (26). Prvenstveno, svaka komunikacija između pacijenta i zdravstvenog djelatnika mora biti utemeljena na povjerenju, osim u slučaju ako postoje razlozi za hitnu zabrinutost za pacijentovo zdravstveno stanje, javno zdravlje ili neko drugo prihvaćeno opravdanje za povredu povjerljivosti podataka. Svi dobiveni povjerljivi podatci moraju se čuvati na sigurnom (27). Osim samog etičkog pitanja o davanju informacija telefonskim putem, a što je među zdravstvenim osobljem uzrokovala brojne nesuglasice, veliki problem davanja informacija telefonskim putem bilo je i ograničenje donošenja velikih odluka. Neke ključne velike odluke bilo je otežano, pa gotovo i nemoguće donositi na ovakav način, pogotovo ako se palijativni bolesnik nalazi u posljednjim danima života. Osim telefonskih razgovora, često su se pacijentima omogućavali i video pozivi putem mobilnih uređaja kako bi barem na kratko mogli vidjeti svoje obitelji, no oni su ipak često pacijentima i obiteljima bili loša zamjena za osobne posjete. Ovakva moralna iskušenja, s kojima su se svakodnevno morali suočavati, ostavili su veliki trag na zdravstvenom osoblju. Kada su upitani da u nekoliko riječi opišu kako se osjećaju naveli su osjećaje tuge, boli, depresije te goleme ljutnje (26).

Psihološki stres među palijativnom radnom snagom široko je rasprostranjen. Unatoč velikom psihičkom stresu medicinske sestre i liječnici i dalje svakodnevno naporno rade i skrbe o oboljelima. Zbog povećanog opsega posla i broja pacijenata uslijed pandemije stres je izražen više no ikada prije. Veliki psihički stres, svakodnevno gledanje smrti i veliki emocionalni pritisak doveli su do psihičkog sagorijevanja mnogih zdravstvenih djelatnika. Svakodnevno se postavlja pitanje na koje često nema odgovora: je li humano i moralno zbog posla i pružanja

4. COVID-19 U SESTRINSKOJ PRAKSI

pomoći drugima dovesti sebe do emocionalne „točke pucanja“ i psihičkog sagorijevanja, do mjere da je i samim zdravstvenim djelatnicima pomoć nužno potrebna (26). Etika javnog zdravstva često se pita što mi kao sustav i institucija možemo učiniti za potrebe drugih, ali i sebe samih (16). Profesionalno sagorijevanje ima mnoge negativne učinke na tjelesno i mentalno zdravlje pojedinca, što u konačnici utječe i na angažiranost i učinkovitost u poslu. Psihičko sagorijevanje može se definirati kao kontinuirana afektivna stresna reakcija koja se razvija tijekom dužeg razdoblja, a sastoji se od emocionalne iscrpljenosti, osjećaja nedovoljnog uspjeha i depersonalizacije. Najizraženija dimenzija psihičkog sagorijevanja najčešće je emocionalna iscrpljenost. Ona nastaje zbog intenzivnih emocionalnih osjećaja koji se pojavljuju u interakciji s pacijentima, a u konačnici dovodi do razdražljivosti, umora i pada entuzijazma na poslu. Skrb o umirućima, svakodnevno gledanje smrti u oči, suočavanje s mrtvim tijelima, veliki broj zdravstvenog osoblja doveli su do emocionalnog sloma. Nemoć da se bolesnom i umirućem olakša patnja i smrt doveli su i do negativnog stava prema poslu te smanjenja radne efikasnosti. Još uvijek nije u potpunosti poznat dugoročni utjecaj pandemije na psihičko stanje zdravstvenih djelatnika, no suočavanje s tuđom patnjom, boli i smrti doprinosi velikom psihičkom sagorijevanju (3).

Mnogi zdravstveni djelatnici, koji su radili na COVID odjelima s umirućim pacijentima, bili su psihički uznemireni (26). Iako se u svome radu svakodnevno susreću sa smrću, klinička slika COVID-19 vrlo brzo se može promijeniti te naglo zakomplicirati sa zastojem srca, zatajenjem bubrega ili nastankom sepse, a to se značajno razlikuje od „normalne smrti“ za koju ima vremena za pripremu. Postoji nebrojeno puno primjera gdje su vrlo mladi i naizgled zdravi ljudi, koji su samostalno došli u bolnicu s vrlo blagim simptomima bolesti, naglo postajali loše te u roku od samo jednog dana postali teški umirući palijativni bolesnici. Mnoge medicinske sestre su objasnile slično: „Kada stariji bolesnik, koji već ima neke komorbiditete završi na liječenju, lakše je pripremiti se na mogućnost komplikacija i negativni ishod bolesti, no sa mladim i pokretnim ljudima to je uvijek teško i na to se nikada ne može biti dovoljno spreman“. Gledanje kako su svakim danom sve više i mladi ljudi umirali od ovog virusa ostavilo je teške emocionalne posljedice na zdravstveno osoblje. Kratkoća daha, ubrzano disanje, napadaji kašlja i iskašljavanje velikih količina sekreta, uzrokovali su i veliku tjeskobu i strah kod pacijenata. Mnoge sestre i liječnici opisali su kako je kod svih pacijenata bio prisutan strah od gušenja zbog nedostatka zraka i smrti te nemogućnosti oprosta s obitelji. Nije bilo rijetko da su mnogi pacijenti bili potpuno svjesni svega što se događa dok ih se vodilo na respirator. „Gledanje kako su svjesni dok odlaze u neizbježnu smrt, slomilo je i najjače među nama“. Druga sestra opisuje: „Nikada neću zaboraviti taj pogled koji govori kako zna da je došao kraj i da više neće vidjeti

4. COVID-19 U SESTRINSKOJ PRAKSI

svoje voljene i imati se priliku oprostiti“ (30). Brojni su još slični primjeri iz prakse, a proživljavanje takvog stresa dovelo je do niza psiholoških poremećaja mnogih zdravstvenih djelatnika (19). Zbog velikih trauma i stresnih situacija koje proživljavaju na poslu, zdravstvenim djelatnicima prijeto opasnost i razvoja PTSP-a (posttraumatskog stresnog poremećaja). Suočeni sa svakodnevnim teškim odlukama često se bore s osjećajem krivnje, pitaju se jesu li sve odluke dobro donesene i jesu li mogli nešto bolje napraviti za tako teške bolesnike. Svakodnevno se bore s teškim odlukama poput toga koga reanimirati, kojeg bolesnika staviti na respirator, a najveći osjećaj krivnje izaziva činjenica da zbog velikog opsega posla i manjka osoblja brojni pacijenti umiru sami i da nemaju kome pružiti ruku. Zbog toga je usklađivanje profesionalnih dužnosti, koje uključuju donošenje etičkih odluka, donijelo veliki pritisak na poslu, a etički sastanci vrlo su rijetki ili ih gotovo ni nema jer za njih jednostavno nema vremena ili se to, zbog drugih bitnih stvari, trenutno zanemaruje (15).

Medicinske sestre i liječnici na posao svakodnevno dolaze u strahu, ne znaju hoće li ih dočekati zaštitna oprema za rad i hoće li biti dovoljno sredstava za rad. Žive sa strahom hoće li biti oni biti sljedeće žrtve u statistici ili strahuju hoće li biti sljedeći prenositelj virusa. Uz sav strah koji sa sobom nose često su i žrtve napada prijatelja i obitelji bolesnika koji svoju nemoć u nevolji iskalkuju na zdravstveni sustav i osoblje. Medicinske sestre sve češće na posao dolaze i odlaze sa suzama u očima, a na licu su im prisutne rane i ožiljci jer neprekidno nose grube maske za lice. Jedna medicinska sestra izjavljuje: „Budim se iz proganjajućih noćnih mora u kojima me guši maska za lice i nemam zraka“. Druga navodi: „Krećem se usporeno kroz traumu kojoj se ne nazire kraj, a ni bijeg iz nje“ (15). Mnoge medicinske sestre, a i liječnici, tvrde kako se više ne mogu nositi s osjećajem nemoći i malodušnosti, a strah je često jači i od anksioznosti i depresije. Zbog neizmjerne hrabrosti i pomoći koju pružaju čitavoj zajednici, zdravstveni djelatnici često su u javnosti i medijima nazivani „herojima u bijelom kaputu“ (19).

Neizvjesnost kada će se čovječanstvo vratiti u normalno stanje postala je dodatan teret i pritisak. Zabilježena je nezapamćena stopa tuge i depresije koja može kratkoročno i dugoročno pogubno djelovati na pojedince i društvo. Zbog toga je od iznimne važnosti poduzeti postupke za rješavanje dugoročnog psihološkog stresa, posebice za zdravstveno osoblje. Treba poticati brigu o sebi, a podrška obitelji i kolega je ključna i treba biti uvijek dostupna. Nacionalna medicinska akademija 2020. godine izdala je preporuku za dobrobit zdravstvenih djelatnika tijekom pandemije, uključujući zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba, poštivanje razlika i poštivanje ljudskog prava (26).

4. COVID-19 U SESTRINSKOJ PRAKSI

Stalni mukotrpan rad medicinskih sestara tijekom pandemije stvara novu povijest sestrištva. Medicinske sestre i liječnici nazvani su herojima, a da to nikada nisu tražili ili očekivali. Oni i dalje samo savjesno rade svoj posao i daju od sebe najbolje što mogu. Današnje stanje tijekom pandemije često podsjeća na ratno stanje, na rad na prvoj crti bojišnice, suočavanje s brojnim bitkama. Izdržljivost, žrtvovanje i ulaganje ogromnog truda i snage ovaj put zdravstveni djelatnici ulažu u ratovanju sa često smrtonosnim virusom i za nadati se da je kraj toj borbi vrlo blizu (15).

5. ZAKLJUČAK

Stručna teorijska znanja, visoka razina sposobnosti i vještina, rukovanje i primjena brojnim novim aparatima i opremom, rad u posebnim psihičkim i fizičkim uvjetima kao i donošenje trenutnih odluka o tijeku ili prekidu liječenja, veliki su izazov za medicinske sestre koje pružaju skrb oboljelima od COVID-19. Suradnja svih članova tima doprinosi stvaranju dobrog radnog ozračja koje je jako važno za smanjenje psihofizičke opterećenosti i velike razine stresa. Moralne i etičke dvojbe, kao i istovremeno poštivanje etičkih načela, dodatno su opterećenje za sve pružatelje skrbi. Medicinske se sestre svakodnevno, pružanjem skrbi oboljelima, izlažu mogućnostima zaraze ili prijenosa virusa članovima svojih obitelji, što rezultira visokom razinom tjeskobe i straha, njih samih i njihovih bližnjih. Primjena mjera izolacije i odvojenost od obitelji novo su opterećenje i neugodno iskustvo s kojim se svakodnevno susreću. Unatoč teškim uvjetima rada, medicinske sestre nastoje poštivati načelo dostojanstva ljudske osobe, kako onih koji su im povjereni na skrb, tako i onih koji su u patnji na kraju svoga života. U ovoj kriznoj situaciji, koja je zahvatila cijeli svijet, one provode najviše vremena uz bolesnika i često su same u opasnosti od zaraze. Jedna od ključnih i najvažnijih odluka na kraju života je osigurati dostojanstvenu, mirnu i bezbolnu smrt. Medicinske sestre se susreću s pacijentima koji umiru i svakodnevno se podsjećaju na važnost suosjećanja, empatije i solidarnosti. Medicinskim sestrama i dalje će trebati ogromna i snažna moralna hrabrost i otpornost za rad u ovako teškim vremenima, u svim zajednicama širom svijeta. One se moraju zalagati za dobitak dodatnog etičkog obrazovanja koje će im pripomoći u radu i olakšati donošenje teških odluka. Isto tako, moraju biti spremne znati pravodobno reagirati u hitnim situacijama koje mogu sa sobom donijeti rizike te upravljati situacijom u razdobljima krize. U tome odgovornom poslu trebaju im pomagati svi članovi multidisciplinarnog zdravstvenog tima. Svi smo dužni zaštititi sebe i zajednicu, očuvati dobrobit zdravstvenih djelatnika jer oni su stup zdravstvenog sustava i nose odgovornost u brizi za cjelokupnu svjetsku populaciju.

6. SAŽETAK

Uvod: COVID-19 nova je bolest koja je uzrokovala pandemiju na globalnoj razini. Trenutno je jedan od vodećih zdravstvenih problema u svijetu. Uzrokovala je brojne etičke i moralne dileme u sestrinstvu, a posebice u skrbi za palijativnog pacijenta.

Postupci: Pretraživana je literatura stručnih internetskih stranica i korišteni su najnoviji podatci koji nude odgovor na ovu temu. U radu je proširen pogled na rad medicinskih sestara tijekom pandemije te na brojne izazove koje je pandemija donijela za sestrinstvo kao struku.

Prikaz teme: COVID-19 teška je virusna bolest koja zahvaća respiratorni sustav, a prenosi se kapljičnim putem. Može se pojaviti s blažim i težim simptomima bolesti. Kod teških oblika ove bolesti dolazi do razvoja komplikacija kao što su pneumonija, akutni respiratorni distress sindrom i sepsa. Oboljelima je često potrebna primjena oksigenoterapije. Posebno rizična skupina za obolijevanje, zbog oslabljenog imunološkog sustava, palijativni su bolesnici, u čijem su se liječenju pojavile brojne etičke i moralne dvojbe, koje su doprinijele razvoju sindroma sagorijevanja medicinskih sestara.

Zaključak: Borba protiv COVID-19 iziskuje maksimalan trud, požrtvovnost i snagu medicinskog osoblja koji pružaju skrb, a osobito medicinskih sestara, koje tijekom svog radnog vremena najviše provode uz bolesnika. Svakodnevne edukacije, podrška i suradnja multidisciplinarnog tima, od ključne su važnosti za daljnju borbu i rad za vrijeme trajanja pandemije i donošenje odluka o liječenju i pružanju skrbi.

Ključne riječi: COVID-19; etičke dvojbe; izazovi u sestrinstvu; moralne dileme; palijativna njega

7. SUMMARY

Bioethical dilemmas in the palliative care of people with COVID-19

Introduction: COVID-19 is a new disease that has caused a global pandemic. It is currently one of the biggest health problems in the world. It has caused a number of ethical and moral dilemmas in nursing, especially in the care of a palliative patient.

Procedure: The literature has been searched and the latest data offering answers to this topic have been used. This paper has given a broader insight into the work of nurses during the pandemic, and described some of the numerous challenges that the pandemic has brought to nursing as a profession.

Overview: COVID -19 is a severe viral disease that affects the respiratory system and is transmitted through droplets. It presents varied clinical features, ranging from milder to more severe symptoms of illness. In severe forms of this disease, complications such as pneumonia, acute respiratory distress syndrome and sepsis develop. Patients often require oxygen therapy. Palliative patients are particularly at risk for the disease development, due to their weakened immune system. In the course of their treatment a number of ethical and moral dilemmas have arisen, which has contributed to the development of burnout syndrome in nurses.

Conclusion: The fight against COVID -19 requires the highest level of commitment, dedication and strength from the medical staff caring for the patients, and especially from the nurses who spend most of their working time with the patients. Daily education, support, and collaboration within the multidisciplinary team are crucial for fighting the pandemic, working with patients and making decisions about their treatment and care.

Keywords: COVID -19; ethical doubts; challenges in nursing care; moral dilemmas; palliative care

8. LITERATURA

1. Vasilj I, Ljevak I. Epidemiološke karakteristike COVID-a 19. Hrčak. 2020;6(1):9-18.
2. Paterson C, Gobel B, Gosselin T, Papadopoulou C, Slusse K i sur. Oncology nursing during a pandemic:critical reflections in the context od COVID-19. PubMed. 2020;36(3):151028.
3. Macuka I, Tucak Junaković I, Božić D. Profesionalno sagorijevanje zaposlenih na području palijativne skrbi. Hrčak. 2020;29(2):287-308.
4. Skitarelić N, Dželalija B, Skitarelić N. COVID-19 pandemija:kratki pregled dosadašnjih spoznaja. Hrčak. 2020;50(1):5-8.
5. Dodig S, Čepelak I, Pavić I. Dob i infekcija virusom SARS-CoV-2. Hrčak. 2020;74(2):135-143.
6. HZJZ. Bolesti i zdravstvena stanja koja mogu povećati rizik za teže oblike bolesti COVID-19. Dostupno na adresi: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2020/03/Bolesti_i_stanja_s_povecanim_rizikom_02_09_2020.pdf. Datum pristupa: 10.06.2021.
7. Pollard C, Morran M, Nestor-Kalinoski A. The COVID-19 pandemic: a global health crisis. PubMed. 2020;52(11):549-557.
8. Zietz M, Zucker J, Tatonetti N. Associations between blood type and COVID-19 infection, intubation, and death. PubMed. 2020;11(1):5761.
9. Yüce M, Filiztekin E, Gasia özkaya K. COVID-19 diagnosis-a review of current methods. PubMed. 2020;172:112752.
10. Mohamadian M, Chiti H, Shoghli A, Biglari S i sur. COVID-19: virology,biology and novel laboratory diagnosis. PubMed. 2021;23(2):3303.
11. Tang YW, Schmitz JE, Persing D, Stratton C. Laboratory diagnosis of COVID-19:current issues and challenges. PubMed. 2020;58(6):00512-20.
12. Hachfi W, Lasfar NB. COVID-19:main therapeutic options. PubMed. 2020;98(4):299-303.

13. Song Y, Zhang M, Yin L, Wang K, Zhou Y i sur. COVID-19 treatment:close to a cure? A rapid review of pharmacotherapies for the novel coronavirus (SARS-CoV-2). PubMed. 2020;56(2):106080.
14. Gonzales-Castro A, Fajardo Campoverde A, Medina A, Modesto I Alapont V. Non-invasive mechanical ventilation and high-flow oxygen therapy in the COVID-19 pandemic:the value of a draw. PubMed. 2021;45(5):320-321.
15. Turale S, Meechamnan C, Kunaviktikul W. Challenging times:ethics, nursing and the COVID-19 pandemic. PubMed. 2020;67(2):164-167.
16. Dunham AM, Rieder TN, Humbyrd C. A bioethical perspective for navigating moral dilemmas amidst the COVID-19 pandemic. PubMed. 2020;28(11):471-476.
17. Sperling D. Ethical dilemmas, perceived risk, and motivation among nurses during the COVID-19 pandemic. PubMed. 2021;28(1):9-22.
18. Morley G, Grady C, McCarthy J, Ulrich CM. COVID-19:ethical challenges for nurses. PubMed. 2020;50(3):35-39.
19. Robert R, Kentish-Barnes N, Boyer A, Laurent A, Azoulay E i sur. Ethical dilemmas due to the COVID-19 pandemic. PubMed. 2020;10(1):84.
20. Peate I. COVID-19 and palliative care. PubMed. 2020;29(8):455.
21. Rodin G, Zimmermann C, Rodin D, Awamer AA, Sullivan R, Chamberlain C. COVID-19, palliative care and public health. PubMed. 2020;136:95-98.
22. Borasio GD, Gamondi C, Obrist M, Jox R. COVID-19:decision making and palliative care. PubMed. 2020;150:20233.
23. Liu C, Zhao Y, Okwan – Duodu D, Basho R, Cui X. COVID-19 in cancer patients:risk, clinical features, and management. PubMed. 2020;17(3):519-527.
24. Chamsi-Pasha H, Chamsi-Pasha M, Albar M. Ethical dilemmas in the era of COVID-19. PubMed. 2020;10(3):102-105.
25. ACCA. Ethics in a COVID-19 world. Dostupno na adresi: <https://www.accaglobal.com/gb/en/technical-activities/technical-resources-search/2020/october/ethics-covid19-world.html>. Datum pristupa 25.06.2021.

26. Kates J, Gerolamo A, Pogorzelska-Maziarz M. The impact of COVID-19 on the hospice and palliative care workforce. PubMed. 2021;38(3):459-463.
27. World health organization. Clinical management of COVID-19. Dostupno na adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1>. Datum pristupa: 27.06.2021.
28. Sheahan L, Brennan F. What matters? Palliative care, ethics, and the COVID-19 pandemic. PubMed. 2020;17(4):793-796.
29. Kunz R, Minder M. COVID-19 pandemic:palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes. PubMed. 2020;150:20235.
30. Eriksen S, Grov EK, Lichtwarch B, Holmefoss I, Myrstad C i sur. Palliative treatment and care for dying nursing home patients with COVID-19. PubMed. 2020;140(8):104045.