

Здравствена нега у области неурологије, геријатрије и палијативног збрињавања

С. Станковић¹, Ј. Николчић²

Health Care in The Field of Neurology Geriatrics and Palliative Care

Snežana Stanković, Jasna Nikolčić

Сажетак

Увод: Здравствена нега је професионално подручје рада медицинских сестара, а различитост и комплексност неге неуролошких, геријатријских болесника и болесника који имају потребу за палијативним збрињавањем захтева знање и професионалне вештине, јер стање болесника може да се мења из сата у сат или долази до изненадних промена, где је потребна брза и адекватна реакција.

Циљ: Утврђивање потреба за здравственом негом, планирањем, системским спровођењем и документовањем рада свих сестара у току 24 сата ради обезбеђивања квалитетне здравствене неге у области неурологије, геријатрије и палијативног збрињавања.

Дискусија: Да би се здравствена нега остварила на прави начин, неопходно је да медицинска сестра познаје болесника: његове бриге, страхове, жеље и потребе, али и да поседује посебна знања и вештине рада у области неурологије, геријатрије и палијативног збрињавања. Стварањем односа поверења сестра ће бити у могућности да заједно са болесником поставља остварљиве циљеве здравствене неге.

Закључак: Адекватна здравствена нега као и лечење и рехабилитација у наведеној области имају за циљ смањење стопе морталитета, морбидитета, рецедива, компликација, инвалидности, хендикепа и обезбеђивање што бољег квалитета живота оболеле особе.

Summary

Introduction: Health care is the professional field of nursing work, and the diversity and complexity of health care for neurological, geriatric patients and for patients who needs Palliative care request special knowledge and professional skills. Those are immovable or less movable patients, often their consciousness is to change, without orientation in space or time, so they needs help in daily activities.

The goal: To present why is neurology and geriatric health care and Palliative care so specific, and which problems and needs patients to have.

Discussion. For wright way heath care is necessary that nurs know biopsyche social characteristic of patient with all his woryes, anxietyes, wishes and needs, but nurse also must to have knowledge and skills for work in field of neurology, geriatric and Palliative care and must to know multidisciplinary and interdisciplinary way to decide problems and needs.

Conclusion: If health care to be suitable, in use with medical treatment and rehabilitation ,we have the goal to diminish mortality, morbidity, the relapse, complication , disability and provide better quality of life sick person and to enable that he can use his remaining able in such as normal social contact.

Key words: Health care, Neurology, Geriatric, Palliative Care.

1 Др Снежана Станковић, специјалиста рехабилитације и социотерапије, Специјална болница за превенцију и лечење цереброваскуларних обољења „Свети Сава“, Београд.

2 Јасна Николчић, медицинска сестра, Специјална болница за превенцију и лечење цереброваскуларних обољења „Свети Сава“, Београд.

Кључне речи: здравствена нега, неврологија, геријатрија, палијативно збрињавање.

Увод

Здравствена нега је професионално подручје рада медицинских сестара, а процес здравствене неге као научно заснован метод има предност у односу на класични метод у сестринској пракси. Од првог сусрета са пацијентом медицинска сестра почиње посматрање болесника и прикупља податке са циљем утврђивања његових здравствених потреба. На основу потреба планирају се активности здравствене неге по приоритету и сестра их стално усклађује са здравственим стањем пацијента. У области неурологије, геријатрије и палијативног збрињавања здравствена нега има своје специфичности у односу на друге области медицине, а медицинске сестре се суочавају са потребом тренутне реакције на нестабилне услове и учешћа у одлукама које се некада тичу живота и смрти.

Здравствена нега се остварује по плану, а резултати неге се проверавају у односу на постављене циљеве. Да би се здравствена нега остварила на прави начин, неопходно је да медицинска сестра познаје болесника: његове бриге, страхове, жеље и потребе. Стварањем односа поверења сестра је у могућности да заједно са болесником поставља остварљиве циљеве здравствене неге. Сваки човек је личност за себе и са својственим реакцијама и карактеристикама. Приступ здравствене неге пацијенту је индивидуалан.

Циљ рада

Утврђивање потреба за здравственом негом и почетно планирање, те системско спровођење и документовање рада свих медицинских сестара у току 24 часа ради обезбеђивања квалитетне здравствене неге. Здравствена нега, лечење и рехабилитација у области неурологије, геријатрије и палијативног збрињавања има општи циљ: смањити стопу морталитета, рецидива, компликација, инвалидности, хенди-

кепа и оспособити оболелу особу да на најбољи могући начин може да користи своје преостале способности у што нормалнијем социјалном контексту.

Здравствена нега у неврологији

Међу професијама здравствене заштите, професија медицинске сестре има јединствено обележје одговорности све време током хоспитализације пацијента на неуролошком одељењу. Сестре негују хоспитализоване болеснике 24 часа дневно и евидентирају своја запажања, активности, услуге и интервенције у документацију (сестринска пријемна листа, листа здравствене неге, Нортонова скала, Морзеова скала, ФИМ тест, Браденова скала, сестринско писмо).

Цереброваскуларне болести, епилепсија, деменција, представљају озбиљан епидемиолошки, социомедицински и општедруштвени проблем. Ове болести заузимају водеће место међу обољењима централног нервног система, а у непрекидном су порасту у свету и код нас са тенденцијом оболевања и особа млађе старосне доби. Васкуларне лезије мозга припадају групи водећих неуролошких обољења и евидентан су узрок хроничне неспособности. Неке од најбитнијих социо-медицинских карактеристика ЦВО су: висока стопа морбидитета, висока стопа морталитета, висока стопа инвалидности, појава мултиморбидности, а последице оставља и на оболелог и на његову породицу. Цереброваскуларни инсулт је најтежи облик манифестације болести и представља само завршни стадијум једног дуготрајног процеса. У етиопатогенези ових обољења учествују многобројни врло сложени и испреплетани чиниоци, а посебно се поклања пажња факторима ризика. Клиничке манифестације код особа са цереброваскуларним поремећајима врло су различите и различито се манифестују у зависности од обима и локализације промена у централном нервном систему. Код ових пације-

ната посебно треба обратити пажњу на: сензомоторне функције, проблеме у комуникацији (поремећај говора и писања), промене у понашању, вртоглавице, главобоље, епи-напад, поремећаје акта гутања, чула, контроле сфинктера, когнитивно-мнестичких функција.

Збрињавање ових пацијената подразумева: здравствену негу, терапију, рехабилитацију и захтева мултидисциплинарни и интердисциплинарни тимски рад, пре свега у организацији рада медицинских сестара.

Из свега наведеног намеће се једно велико подручје рада медицинских сестара на подручју здравствене неге, терапије и рехабилитације, које има своје специфичности, јер пацијенти су непокретни или полупокретни, имају поремећај свести, узнемирани, агресивни, нису способни да самостално задовоље своје физиолошке потребе, а компликације су честе. Честа појава је присуство бола у одузетим екстремитетима или у великим зглобовима, поготово у рамену, па при манипулацији и окретању пацијента треба то узети у обзир, зато је увек боље да око непокретног пацијента раде две сестре, кад год је то могуће. Активности здравствене неге подразумевају стални надзор и непрекидно праћење нивоа свести јер је најважнији показатељ мождане функције и варира између стања активне свести и дубоке коме, затим праћење срчане радње и крвног притиска, дисања (респираторна подршка – air way, ендотрахеални тубус, аспирације, вештачка вентилација), телесне температуре, одржавање личне хигијене, задовољавање основних животних потреба (храћење per os, парентерално, ентерално, обрада усне дупље, пласирање и нега назогастричне сонде, ендотрахеалног тубуса, уринарног катетера).

Медицинска сестра учествује и у дијагностичким процедурама (припрема пацијента, транспортује, збрињава), узима узорке биолошког материјала, асистира при лумбалној пункцији итд. У терапијском приступу код оболелих од можданог удара, у последњој деценији, примењује се тромболитичка терапија која има за циљ да после можданог удара нема дефицита или да је он минималан. Лечење неуролошког болесника је комплексно и дуготрајно. У спровођењу здравствене неге требало би да

постоји тим. Сестра – вођа тима за негу прави поделу рада у складу са стручним способностима и афинитетима чланова тима. Сваки члан треба да је одговоран за свој делокруг рада, док је вођа тима одговоран за квалитет неге у целини (једна сестра треба да има стрпљења за храћење болесника, друга да беспрекорно обрађује усну дупљу ...).

Када говоримо о епилепсији и епилептичном нападу, медицинске сестре и техничари требало би да знају да је епилепсија хронично обољење мозга које се карактерише спонтаним (непровоцираним) понављањем епилептичких напада. Епилептични напад се може испољити у виду конвулзија, поремећаја свести или комбинацијом наведених. Епилептични напади према клиничкој слици могу се поделити на парцијалне и генерализоване. Епилепсија учествује са око 1% у глобалном оптерећењу болестима, што је еквивалентно стопи оптерећења коју имају карцином дојке код жена и карцином плућа код мушкараца. Епилепсија не представља специфичну болест или одређени синдром, већ спада у широку категорију групе симптома који се могу јавити код било ког патолошког процеса који доводи до поремећаја нормалне функције мозга. Процењује се да од активне епилепсије болује око 5 особа на 1.000, док је учесталост нових случајева у току једне године око 55 на 100.000 особа. Из ових података се може извести закључак да у Србији око 40.000 људи болује од епилепсије, а да се само на подручју Београда дијагностикује око 1.000 нових случајева годишње. Код особа преко 65 година примећена је већа учесталост епилепсије са старењем, а процењује се да је број нових случајева скоро четири пута већи у старости него у средњем животном добу. Према препорукама Америчке неуролошке академије и Америчког удружења за епилепсију болесници након првог доживљеног непровоцираног епилептичког напада треба да ураде: електроенцефалографију, компјутеризовану томографију ендокранијума или магнетну резонанцу главе, као и рутинске лабораторијске анализе крви.

Улога медицинске сестре – техничара у спровођењу здравствене неге оболелих од епилепсије подразумева: посматрање пацијента и

препознавање симптома. У току епилептичног напада пацијента треба поставити у одговарајући положај, окренути га на страну (кома положај), спречити повређивање, не смеју се спречавати покрети и не сме се подизати пацијент, мора бити под сталним надзором, обавестити лекара и дати прописану терапију.

Познато је да добра комуникација између болесника и медицинске сестре представља основу за добар рад. Она омогућава пружање подршке болесној особи да истраје на свом путу ка опоравку, олакшава му проблеме и тешкоће, улива наду и даје снагу која је често на измаку. Код неуролошког болесника су честа оштећења централног нервног система, што међусобно повезује физичке, говорне и психолошке последице. Комуникација са овим пацијентима веома је отежана, сестра треба да поседује интелектуалну и емоционалну способност и разумевање стања болесне особе (емпатију) као и стрпљење да превазиђе проблеме. Болесник је често усамљена и уплашена особа, треба га ословљавати именом, јер тиме испољавамо заинтересованост за њега и извесно поштовање, што њему много значи, па чак и онда када имамо утисак да није тако. Он је често у паници када схвати да не може разговарати као пре, а чињеница да неко разуме његов проблем олакшава му прихватање стварности. Када је стање пацијента стабилно, настоји се да се започне са раним рехабилитационим третманом, што је пре могуће, у најранијој фази болести. Савремени трендови рехабилитације све више акценат стављају на неуростимулативни приступ здравствених радника пацијенту, чиме се стимулише одузета страна тела и сви поступци око пацијента имају за циљ стимулацију сећања у мозгу, а рехабилитација задовољава један од својих принципа – континуитет. Традиционални приступ болеснику после можданог удара заснива се на компензаторним способностима болесника, тј. изгубљене функције болесне стране надокнађују се очуваним функцијама здраве стране. Сви предмети и ноћни сточић стављају се са здраве стране. Сестра прилази болеснику са здраве стране, не очекујући никакву активност болесникове половине тела која је захваћена слабошћу или одузетошћу.

Неуростимулативни приступ не користи компензаторни механизам, већ подједнаку пажњу обраћа на обе стране. Усмерен је на повратак равнотеже тонуса и сензибилитета. Болесник учи најпре једноставне покрете, понављајући их док их не научи. Прибор који је потребан болеснику и ноћни сточић стављају се обавезно на страну захваћену пlegијом или парезом. Сви чланови здравственог тима и породица прилазе са одузете стране. Болеснику се говори да гледа на одузету страну и да примећује и води рачуна о одузетим екстремитетима. Када започне процес рехабилитације (када пацијент може да седи и стоји), пацијент треба да „вуче“ здравом страном одузету страну. Међутим, догађа се да здравом страном „гура“ на одузету страну и пада на одузету страну. Овај поремећај назива се „Пушер синдром“. Кроз здравствену негу сестра примењује принципе неурорехабилитације, јер је битно што раније почети са стимулацијом одузете стране и спроводити је континуирано (на тај начин се активирају похрањена сећања у мозгу), а не само једном дневно када са болесником раде физиотерапеути. Императив у раду на оспособљавању јесте подстицати пацијента да што више учествује у активностима при спровођењу здравствене неге и максимално користити његове могућности, давати му јасна упутства шта и како да ради. Кад год је то могуће пацијенту се омогућава одлазак до купатила, редовно се мења положај тела ако пацијент није у могућности да то самостално учини – корективни положај (позиционирање). Ово је веома важно због могућности настанка контрактура и спазма. Најчешће компликације код лежећих пацијената су: декубитус, тромбофлебитис, емболија, запаљење плућа, уринарне инфекције, повишена температура. Медицинске сестре је та која ће прва уочити промене, одмах обавестити лекара и спроводити лечење по налогу. Декубитус је једна од најчешћих компликација у нези и лечењу тешких, непокретних неуролошких болесника. Једини лек је честа промена положаја и употреба јастука и подметача, као и антидекубитални душек. Примена корективних положаја спречава појаву контрактура, јер стварању контрактура доприносе несвесно стање болесника

и бол, тако да он спонтано заузима неправилан положај. Сестра то мора да уочи и коригује положај екстремитета.

Да би спроводила здравствено-васпитни рад у поменутих областима медицинска сестра треба да поседује знања, вештину комуникације и пре свега искуство.

Здравствена нега у геријатрији

Неуролошка обољења погађају све старосне структуре, али су најчешћа код старих особа. Старост са собом доноси мултиморбидност, физиолошке промене у организму и промене у начину задовољења потреба. Једно од неуролошких обољења које погађа популацију старих јесте деменција. Она представља синдром опадања стечених когнитивних функција при очуваној свести, што подразумева опадање интелектуалних функција (памћења, говора, оријентације, опажања, учења, расуђивања, апстрактног мишљења, планирања и др.) које компромитују професионално и социјално функционисање. Најчешћи типови деменција су: Алцхајмерова болест и васкуларне деменције. Деменција је синдром који се јавља у преко стотину различитих болести, који значајно нарушава свакодневне активности и утиче негативно на квалитет живота оболелог и породице и има своју прогресију. Оболелом није потребна стална хоспитализација и он се враћа у породицу. Сестра треба да објасни члановима породице како да помогну болеснику у успоравању прогресије болести и себи у неговању болесника у кућним условима. Важно је да знају симптоме према стадијумима, које превентивне мере постоје, каква је прогноза и шта их очекује у будућности. Најчешћи проблеми болесника су: поремећај памћења, отежана покретљивост (уклонити неравнине, путокази за кретање), отежано обављање свакодневних активности (подсећати их, помагати и проверавати), поремећај комуникације (разговор о лепим темама, помоћ при изражавању), емоционални поремећаји, поремећај понашања (за агресивно и изгредно понашање потребан је миран приступ и адекватна терапија), поремећај у исхрани (подсећати га да једе, да

жваће, да пије воду), неконтролисано обављање физиолошких потреба (помоћи да сачува достојанство, контролом и усмеравањем). Веома је важан правилан приступ овим болесницима: поштовање његове личности и разумевање његових тешкоћа.

Многобројни су проблеми у лечењу и нези старих особа, а најчешћи су: инконтиненција, отежана покретљивост, непокретност, конфузија, падови и декубитуси. Падови представљају један од главних проблема старе популације. Процењено је да скоро трећина старијих пада једном сваке године, а од њих 50% то ради веома често. Они који падају показују оштећеност у перформансама активности дневног живота, у великом су ризику за последичну хоспитализацију, даљу онеспособљеност, институционализацију и смрт. Повреде које су последица тих падова сврставају се међу водеће, тачније шести су узрок смрти у овој популацији. Нису за занемаривање и психолошки проблеми, као што су анксиозност и депресија, те драматично редуковање устајања и кретања. Већина падова је узрокована комплексном интеракцијом различитих фактора. Падови се могу приписати физиолошком процесу старења или удружености процеса старења са поремећајима и болестима који су чешћи код старијих. Поступци који помажу у превенцији падова почињу идентификацијом стања и болести који могу довести до падова. Старим лицима треба пружити адекватну здравствену негу, збрињавање уз адекватан надзор, прилагођавање окружења (стамбени фактори, фактори окружења, адекватна обућа), физикална терапија и коришћење одговарајућих помагала. Такође треба узети у обзир лекове које користе и у сарадњи са лекаром направити замене и укинути непотребне лекове.

Здравствена нега у оквиру палијативног збрињавања

Медицинске сестре-техничари и лекари који раде у примарној и секундарној здравственој заштити, у кућном лечењу, као и у домовима за старе, свакодневно се у свом раду суочавају са великим бројем болесника чија је болест

доспела у последњи стадијум и којима треба олакшати болове и бројне симптоме који прате болест и омогућити им да крај живота дочекају са што мање патњи. Приликом збрињавања терминално оболелих, медицинско особље наилази на бројне проблеме, од терапијских могућности и избора најадекватнијег начина купирања најчешће присутног бола, до психосоцијалних проблема болесника и породице, као и са израженом потребом за очувањем преосталог квалитета живота оболелог. Из тог разлога је неопходно стећи сазнања о свим аспектима палијативног збрињавања који се односе на пацијента (спровођење процеса здравствене неге ради задовољења потреба, о чему је већ било речи, примењивање симптоматске терапије) и на породицу и у том смислу је потребна посебна едукација и усавршавање тима стручњака (поред медицинске сестре као незаобилазног члана тима, лекари различитих специјалности, психолог, социјални радник, физиотерапеут, свештеник).

Хронично прогресивни ток неуролошких, малигних и других болести које имају исту или сличну симптоматологију код пацијента ствара осећај да се будућност не може планирати, да се живи од данас до сутра. Чести рецидиви и све краће ремисије уводе болесника у терминалну фазу болести. Палијативна нега почиње сазнањем да се више ништа не може постићи лечењем. Време преживљавања је индивидуално. Оно зависи од основне болести и приступа нези. Адекватна симптоматска терапија је основа у овој фази. Фокус болесника се преусмерава са спољњег света ка себи. Важно је болеснику и његовој породици пружити задовољење физичких, емоционалних и духовних потреба, те омогућити највећи могућ квалитет живота болеснику у датој ситуацији. Најбоља могућа нега се оства-

рује сарадњом свих чланова тима и чланова породице болесника. Медицинска сестра и чланови тима осећањем емпатије пружају подршку оболелом и породици, остварују комуникацију која доприноси успостављању поверења, информисању, смањењу емоционалне напетости и унапређењу међуљудских односа. Стална нега за болесника и његову породицу, у једном од најинтимнијих и најделикатнијих тренутака у животу, може бити најдрагоценији дар који се пружа.

У свету постоје организоване институције, хосписи, који пружају палијативну негу. Палијативна нега се може остварити и у институцијама здравствене и социјалне заштите или у кућним условима од стране обученог особља.

Закључак

Различитост и комплексност здравствене неге болесника у области неурологије, герријатрије и палијативног збрињавања захтева од медицинске сестре критичан и креативан начин размишљања, потребно је професионалне знање и вештине, јер стање пацијента може да се мења из сата у сат или долази до изненадних промена када је потребна брза и адекватна реакција.

Заједничко деловање, са међусобним уважавањем и поверењем, на релацији лекар-болесник-медицинска сестра, чини темељ добре и квалитетне здравствене неге. Адекватна здравствена нега, као и лечење и рехабилитација, у наведеној области имају за циљ смањење стопе морталитета, морбидитета, рецидива, компликација, инвалидности, хендикепа и обезбеђивање што бољег квалитета живота оболеле особе.

Литература

1. Левић З.: Основе савремене неурологије. Завод за уџбенике, Београд, 2000.
2. Максимовић М.: Здравствена нега у неурологији. Ново доба, Београд, 2009.
3. Коњикушић В., Коцећ Н.: Здравствена нега у процесу рехабилитације. Чигоја штампа, Београд, 2005.
4. Давидовић М., Милошевић Д., Костић В.: Савремена герријатрија. МСТ Гајић, Београд, 2003.
5. Бабић Л., Матијевић М., Шаренац Д.: Здравствена нега у неурологији. Београд, 2002.