

# PALIJATIVNA NEGA KAO INTEGRALNI DEO ZDRAVSTVENE NEGE

## PALIATIVE CARE AS AN INTEGRAL PART OF NURSING CARE

Katarina Đukanović<sup>1</sup>, Slobodanka Bogdanović Vasić<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Akademija strukovnih studija Šabac, Odsek za medicinske i poslovno-tehnološke studije

### APSTRAKT

*Palijativno zbrinjavanje podrazumeva holistički pristup u tretmanu teško obolelih pacijenata sa ciljem postizanja što boljeg kvaliteta života i podrške obolelom i njegovoj porodici. Ono uključuje timski rad, a najveća odgovornost pripada medicinskim sestrama, kao članovima tima koji najviše vremena provode sa bolesnikom i njegovom porodicom. Medicinska sestra ima ulogu u ranoj identifikaciji i adekvatnom tretiranju bola, ali i drugih psihičkih, fizičkih i socijalnih patnji ove kategorije bolesnika. Kako bi uspešno odgovorila svim izazovima u svakodnevnom radu neophodno je da poseduje profesionalne kompetencije koje između ostalog uključuju komunikaciju, saradnju sa ostalim članovima tima, razumevanje prirode bolesti i podršku pacijentu i porodici tokom trajanja bolesti.*

**KLJUČNE REČI:** palijativno zbrinjavanje, medicinska sestra, tim za palijativno zbrinjavanje, hospis, zdravstvena nega

### ABSTRACT

*Palliative care involves a holistic approach in the treatment of patients with terminal illness with the aim of achieving the best possible quality of life and support for the patient and his family. It involves teamwork and the greatest responsibility is on the nurses because they spend the most time with patients and their family. Nursing interventions are aimed at early identification and treatment of pain and other psychological, physical and social suffering of this patients. In order for the nurse to successfully respond to all the challenges of daily work, it's necessary that she owns professional competencies which include communication, collaboration with other team members, understanding the disease and supporting the patient and family during of the illness.*

**KEY WORDS:** palliative care, nurse, palliative care team, hospice, healthcare

### UVOD

Svakodnevni napredak medicine i njenih disciplina doprineo je značajnom produžavanju života obolelih od malignih bolesti, ali se one i dalje nazivaju neizlečivim bolestima koje obolelima ugrožavaju život [1]. Palijativno zbrinjavanje podrazumeva medicinsku negu i brigu o teško obolelim pacijentima, ali i o njihovim porodicama [2]. Prema definiciji Svetske zdravstvene organizacije (SZO) palijativno zbrinjavanje je: "Pristup kojim se poboljšava kvalitet života pacijenata i njihovih porodica koji se suočavaju sa problemom povezanim sa bolešću koja ugrožava život, tako što sprečava i ublažava patnju uz pomoć rane identifikacije i besprekorne procene i terapije bola i drugih problema, psihičkih, fizičkih i duhovnih" [3].

Začeci palijativnog zbrinjavanja datiraju još s kraja 19.veka kada su u Engleskoj, Irskoj, Francuskoj otvarane ustanove koje su preteče današnjih hospisa. Termin hospis potiče od reči hospice – što znači gostoprimstvo, i u 19.veku su to bile ustanove za smeštaj i zbrinjavanje umornih putnika, bolesnih i siromašnih. Ove ustanove su se menjale sve do sredine prošlog veka, tačnije 1967.godine kada je osnovan prvi moderni hospis St.Christophers u Londonu od strane Dame Cicley Saunders. Dame Saunders bila je medicinska sestra, socijalni radnik i lekar koji se smatra začetnikom modernog hospisa. Njena predanost i humanost doprineli su razvoju palijativnog zbrinjavanja svuda u svetu [1, 4].

Iako su palijativno zbrinjavanje i hospis u nekim krajevima sveta sinonimi, oni ipak imaju određene razlike. Palijativno zbrinjavanje je šire područje u odnosu na hospis, jer nekada svojim postupcima može dovesti do produžavanja života [5].

### CILJEVI I PRINCIPI PALIJATIVNOG ZBRINJAVANJA

Iako maligne bolesti najčešće predstavljaju indikaciju za palijativno zbrinjavanje, i druge neizlečive bolesti nažalost doprinose tome. Kardiovaskularne bolesti su najčešći uzrok smrtnosti u svetu, a većina bolesnika u palijativnom zbrinjavanju koja nema malignu bolest, boluje od hroničnih kardiovaskularnih ili respiratornih bolesti. Dijabetes melitus, cerebrovaskularne bolesti, neuromuskularna oboljenja zbog svog progresivnog toka, u težim stadijumima predstavljaju indikacije za palijativno zbrinjavanje [2].

Suočavanje sa dijagnozom maligne bolesti, ali i drugih neizlečivih bolesti, nije lako, kako za obolelog pojedinca, tako ni za njegovu porodicu. Nekada su se takve dijagnoze krile od pacijenata, ali danas u skladu sa osnovnim etičkim principima, pacijent i njegova porodica imaju puno pravo da znaju dijagnozu i da budu adekvatno informisani o svim aspektima tretmana, kako bi mogli da se uključe u lečenje [6].

U odnosu na sve navedeno neki od osnovnih ciljeva palijativnog zbrinjavanja su:

- afirmacija života i shvatanje umiranja kao normalnog procesa
- ublažavanje bola i drugih simptoma koji bolesniku izazivaju patnju
- poboljšanje kvaliteta života pacijenta i što aktivniji život - stvaranje sistema podrške za pomoć oboleloj osobi i njenoj porodici [2].

Osim zbrinjavanja teško obolelih, palijativna nega promoviše zdrav način života i prihvatanje umiranja [1]. Prisustvo maligne bolesti izaziva strah, ne samo zbog loše prognoze, već i zbog simptoma koji je prate, bola i patnje. Način života, socio-ekonomski

### Korespondent:

Katarina Đukanović

Adresa: Vojislava Lukića 49, Crna Bara, Bogatić

Telefon: 0611582764

E-mail: katarinapavic994@gmail.com

status, verska uverenja utiču na prihvatanje maligne bolesti. Unapređenje i dostizanje što boljeg kvaliteta života bolesnika i njegove porodice predstavljaju opšte ciljeve palijativnog zbrinjavanja [7, 8].

Neki od vodećih principa na kojima se temelji palijativno zbrinjavanje su:

- nezavisnost, a to znači da svaku osobu treba posmatrati kao pojedinca i poštovati njenu suštinsku vrednost
- dostojanstvo, neophodno je palijativno zbrinjavanje pružiti s poštovanjem pacijenta i njegove porodice, otvoreno i bez bilo kakve vrste diskriminacije
- odnos između zdravstvenog radnika i pacijenta podrazumeva odnos poverenja i saradnju osoba koje pruža palijativni tretman sa pacijentom i njegovom porodicom, jer su oni važni partneri u zbrinjavanju
- komunikacija, dobre komunikacijske veštine su neophodan preduslov za pružanje kvalitetne palijativne nege
- bol i gubitak voljene osobe, tim za palijativno zbrinjavanje pruža podršku obolelom i njegovoj porodici tokom čitavog procesa bolesti, ali i tugovanja nakon gubitka, naravno samo onda kada su oni sposobni da prime tu podršku [2, 9].

## RAZVOJ PALIJATIVNOG ZBRINJAVANJA U SRBIJI

Prvi koraci u razvoju palijativnog zbrinjavanja u našoj zemlji preduzeti su 2004. godine kada je u Beogradu osnovan prvi hospis – BELhospice, i 2005. godine kada je održana Evropska konferencija o palijativnom zbrinjavanju nakon koje su u saradnji sa Svetom Evrope izneti prioriteta za palijativno zbrinjavanje u Srbiji. Vlada Republike Srbije je 2009. godine usvojila Strategiju za palijativno zbrinjavanje u kojoj je naglašena potreba za integracijom palijativne nege u zdravstveni sistem i potreba da ove usluge budu dostupne stanovništvu u Srbiji. Ova strategija je dokument od nacionalnog značaja i sadrži bliže uslove implementacije palijativnog zbrinjavanja, a rađena je u skladu sa preporukama Komiteta Ministara Saveta Evrope [2].

Projekat za razvoj palijativnog zbrinjavanja u Srbiji završen je 2014. godine i finansiran je od strane Evropske unije. Osnovni zadatak projekta je da se kroz kontinuiranu medicinsku edukaciju osposobi više od hiljadu zdravstvenih radnika za pružanje palijativne nege na svim nivoima zdravstvene zaštite. Ciljevi na primarnom nivou bili su da svi domovi zdravlja oforme timove za palijativno zbrinjavanje u okviru službi kućnog lečenja, na sekundarnom nivou da se formira 30 specijalizovanih jedinica za palijativno zbrinjavanje u okviru odeljenja za produženo lečenje i negu, i na tercijarnom nivou formiranje konsultativnih timova za palijativno zbrinjavanje. Specifični cilj bio je uvođenje predmeta Palijativna nega na fakultete zdravstvene struke, kao i specijalizacije za lekare [9].

Kasnije analize su pokazale da 59,3% domova zdravlja u Republici Srbiji nemaju posebnu službu kućnog lečenja, a da u Beogradu funkcioniše specijalizovana ustanova, i to Gradski zavod za gerontologiju koji pruža palijativnu negu oko hiljadu i pet stotina starih lica dnevno. Uvedena je specijalizacija iz oblasti Palijativne medicine na Medicinske fakultete u našoj zemlji [10].

## PALIJATIVNO ZBRINJAVANJE U SVETU

Što se tiče zemalja u okruženju, utisak je da je situacija slična kao i kod nas. U Republici Hrvatskoj palijativno zbrinjavanje dostupno je malom broju pacijenata, Strateški plan razvoja palijativne skrbi usvojen je 2013. godine kada su i finansirani pilot projekti u nekoliko domova zdravlja i bolnica u Hrvatskoj. Edukaciju o palijativnom zbrinjavanju nakon razvoja projekta prošlo je oko tri

stotine ljudi, a specijalizacije iz palijativne medicine ne postoje na fakultetima. U Bosni i Hercegovini postoji Centar za palijativnu negu – Hospis JZU UKC u Tuzli sa odeljenjima za ležeće pacijente, dnevnom bolnicom, dečjim hospisom. Makedonija poseduje dva hospisa izgrađena od 1998.-2000. godine. Mađarska pokazuje nešto bolje rezultate u implementaciji palijativnog zbrinjavanja. Poseduje oko 50 organizacija, 12 hospis udruženja i 30 timova kućne nege. Edukacija je na visokom nivou, od bazičnih kurseva za volontere, do naprednih kurseva za zdravstvene radnike [10].

Palijativno zbrinjavanje u Evropi i u svetu je na mnogo višem nivou nego na Balkanu.

Najbolja palijativna nega pruža se u Velikoj Britaniji zahvaljujući dobroj integraciji palijativnog zbrinjavanja u zdravstveni sistem i velikom broju hospisa. Specijalizacija Palijativna medicina u UK postoji od 1987. godine. Slede je Australija i Novi Zeland, a od evropskih zemalja u vrhu liste su Nemačka i Holandija. Nemačka poseduje 65 ustanova za palijativno zbrinjavanje. U Holandiji od 60% osoba koje zahtevaju palijativnu negu, oko 45% je koristi. Amerika je odmah iza Holandije na listi zemalja sa dobrom palijativnom negom. U Severnoj Americi hospis se prvi put pojavio 1971. godine, a danas je to široka mreža kvalitetnog palijativnog zbrinjavanja [11].

## TIM ZA PALIJATIVNO ZBRINJAVANJE

Palijativno zbrinjavanje podrazumeva aktivan, holistički pristup teško obolelom pacijentu i njegovoj porodici, onda kada ne postoji izlečenje. Sprovodi ga multidisciplinarni tim, sastavljen od medicinskih stručnjaka, ali i drugih profesionalaca koji svojim doprinosom mogu poboljšati kvalitet života pacijenta. Bolesnik i njegova porodica su ravnopravni članovi tima i saradnici tokom palijativnog zbrinjavanja [1].

Kako bi tim efikasno funkcionisao svi članovi moraju imati zajednički cilj, razumeti uloge drugih članova tima i međusobno komunicirati. Potrebno je da članovi tima održavaju redovne sastanke, kako bi se utvrdili prioriteta bolesnika/podrođice i adekvatno sačinjavao plan zbrinjavanja [12].

Prisustvo i aktivna participacija porodice u procesu palijativnog zbrinjavanja je izuzetno značajna za bolesnika. Nekada članovi porodice nisu spremni da se uključe u palijativni tretman, jer žele svoju dragu osobu da sačuvaju u lepšem sećanju, ali, sa druge strane, prisustvo i podrška porodice ohrabruje bolesnika u borbi protiv straha od smrti [13].

Članovi tima za palijativno zbrinjavanje nastoje da sa obolelim i njegovom porodicom ostvare odnos poverenja i razumevanja. Najveća odgovornost tokom pružanja palijativnog zbrinjavanja pripada medicinskim sestrama, uzimajući u obzir da one najviše vremena provode sa bolesnikom tokom čitavog dana. Medicinska sestra kontinuirano prati stanje bolesnika, procenjuje njegove potrebe za negom, kao i potrebe porodice [2].

## DUŽNOSTI MEDICINSKE SESTRE KAO ČLANA TIMA ZA PALIJATIVNO ZBRINJAVANJE

Edukacija medicinskih sestara iz oblasti palijativne nege može doprineti njenom razvoju i integrisanju u postojeće zdravstvene sisteme. Uvođenjem predmeta Palijativna nega na Medicinske fakultete i Visoke zdravstvene škole, ali i adekvatnom kontinuiranom edukacijom medicinske sestre su postale kompetentne kadar za sprovođenje palijativne nege [14].

Prisustvo medicinske sestre u timu za palijativno zbrinjavanje je od izuzetnog značaja za pružanje pomoći i podrške obolelom i porodici tokom trajanja bolesti. Usled razvoja maligne bolesti,

ili kao posledica terapije, većina onkoloških bolesnika ima slične simptome, koje medicinska sestra treba na vreme da prepozna i u kolaboraciji sa ostalim članovima tima tretira. Neki od njih su: kancerski bol, opstipacija, povišena temperatura, anoreksija, hronična mučnina, izmenjen integritet kože i dr. [15].

Hronični kancerski bol je jedan od najčešćih simptoma kod bolesnika sa malignitetom. Prema procenama Svetske zdravstvene organizacije (SZO), 15 miliona ljudi boluje od malignih bolesti, a 2/3 njih imaju bolove [16]. Postojanje bola nije samo neprijatno, već je i štetno za organizam, te se stoga mora rano identifikovati i tretirati. Važnu dužnost u tome ima medicinska sestra, koja primenom skala za procenu bola i detaljnom anamnezom treba da proceni bol [14]. U svetu je bol problem koji medicinska sestra može da reši sama sve do primene farmakoterapije, ali kod nas on predstavlja kolaborativni problem sestre i lekara [1].

Medicinske sestre u onkologiji i palijativnoj nezi treba da budu obučene da prepoznaju bolni sindrom i etiološke faktore koji ga izazivaju, kako bi na vreme preduzele intervencije za smanjenje bola [1]. Po nalogu lekara medicinska sestra može da primeni farmakološke mere za suzbijanje bola, što podrazumeva da bude upoznata sa svojstvima leka, načinom primene i neželjenim efektima. Osim toga treba da savetuje bolesnika kako da prepozna i opiše bol, i da ga obučiti za uzimanje lekova prema terapijskoj šemi [17].

Pored kontrole bola, medicinska sestra treba da poseduje veštine za procenu i način zbrinjavanja i ostalih simptoma koji se neretko javljaju kod onkoloških bolesnika [1]. Jedan od takvih simptoma je i opstipacija, koja je često posledica primene opijativnih analgetika. U okviru tretmana opstipacije medicinska sestra treba da primeni dijetetske mere, ishranu bogatu vlaknima i da podstiče aktivnost bolesnika kad god je to moguće. Hronična mučnina i povraćanje u onkologiji su često neželjene posledice primene hemioterapeutika. Pre bilo kakve medikamentozne terapije, medicinska sestra treba da obezbedi mir bolesniku, udoban položaj, ishranu spram njegovih mogućnosti, sa manjim i češćim obrocima. Primenom antiemetika se može kontrolisati povraćanje [14].

Usled napredovanja bolesti i smanjene otpornosti organizma

neretko dolazi do razvoja infekcije koja se manifestuje povišenom telesnom temperaturom. Medicinska sestra mora bolesniku objasniti razloge zbog kojih je telesna temperatura povišena i obučiti ga da redovno meri telesnu temperaturu ukoliko to njegovo stanje dozvoljava. Osim toga sestra ukazuje na potrebu obavljanja lične higijene i objašnjava načine snižavanja telesne temperature bolesniku i/ili članu porodice. Samoinicijativno uzimanje lekova za snižavanje telesne temperature iz grupe salicilata ili antipiretika nije dozvoljeno, zbog rizika od krvarenja, jer je usled primene citostatika kod onkoloških bolesnika smanjen broj trombocita [1].

Redovnom procenom i adekvatnom negom kože sprečava se nastanak dekubitalnih rana. Medicinska sestra svojim postupcima kao što su promena položaja, masaža, održavanje posteljnog rublja čistim i zategnutim, može prevenirati razvoj dekubitalnih promena [18]. Onkološki bolesnici mogu imati ograničenu pokretljivost ili potpunu nepokretnost i zavisnost od druge osobe, te su u riziku za nastanak dekubitusa. Primenom antidekubitalnih pomagala ili ležaja, higijenom i redovnom kontrolom kritičnih mesta smanjuje se rizik dekubitalne promene ili dalja progresija već nastale promene [2].

Prema navedenom, medicinska sestra u palijativnom zbrinjavanju u okviru svojih kompetencije treba da:

- Postupa u skladu sa etičkim principima i izvodi procedure sa mnogo pažnje
- Posедуje sposobnost prepoznavanja najčešćih simptoma, kao i način njihovog tretmana
- Vršiti obuka bolesnika i članova porodice za prepoznavanje određenih simptoma i njihovo lečenje
- Shvati uticaj bolesti na članove porodice, pruža podršku i ohrabrenje
- Poseduje komunikacijske veštine, sposobnost suptilnog saopštavanja neprijatnih vesti
- Sarađuje sa članovima tima, pruža im podršku i motivaciju
- Bude posvećena, humana, fleksibilna u poslu
- Poseduje svest o sebi i svojim mogućnostima
- Kontinuirano radi na sebi i proširenju sopstvenih znanja i veština [19, 20].

## ZAKLJUČAK

Povećana incidenca malignih bolesti i drugih neizlečivih bolesti doprinosi povećanju potrebe stanovništva za palijativnim zbrinjavanjem. Medicinske sestre kao članovi tima za palijativno zbrinjavanje koji najviše vremena provode sa pacijentom i njegovom porodicom, moraju pružiti sveobuhvatnu negu. Da bi u tome uspele, pored obrazovanja i veština, moraju biti posvećene i fleksibilne

kako bi se izborile sa svakodnevnim zahtevnim situacijama uz ograničeno vreme i resurse. U Srbiji palijativno zbrinjavanje nije na istom nivou kao u Evropi i svetu, ali to ne treba da bude prepreka medicinskim sestrama da svojim postupcima doprinesu boljem kvalitetu života teško obolelih pacijenata.

## LITERATURA

1. Bošković S. Zdravstvena nega u onkologiji. Beograd: Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu; 2012.
2. Downing J, Milićević N. Palijativna medicina. Evropska unija. 2012. Available from: <http://www.mf.uns.ac.rs/userfiles/File/Katedre/Katedra%20za%20infektivne%20bolesti/Prirucnik.pdf>. Accessed March 2020.
3. World Health Organisation (WHO). WHO definition of palliative care 2007. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Accessed March 2020.
4. Arandžević B, Simić S, Milutinović D. Život i delo Dame Cicely Saunders – pola veka od osnivanja modernog hospisa. *Med Čas (Krag)*. 2016; 50(4): 150-53
5. Arandžević B, Milutinović D, Simić S. Hospis vs. Palijativno zbrinjavanje – evolucija i razlike. *Sestrinska reč*. 2017; 75:8-11.
6. Gmajnić R, Kraljik N, Ebling B. Najčešći onkološki problemi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. *Impresum* 2011; 8-17.
7. Klikovac T. Kompleksna patnja vezana za terminalnu fazu bolesti, smrt i tugovanje. *Psihološka istraživanja* 2010; 13(2):261-271.
8. Šupić V, Despotović M, Hadživuković N, Kulić V, Bogdanović G, Živanović S. Kvalitet života osoba na hemioterapiji. *Sestrinska reč*. 2017; 18-21.
9. Nacionalna strategija za palijativno zbrinjavanje. Vlada Republike Srbije. *Službeni glasnik RS* 2009. Br 55/05, 71/05-ispavka, 101/07 i 65/08
10. Dom zdravlja Obrenovac [homepage on the Internet]. Obrenovac: Janković S. Palijativno zbrinjavanje u svetu i kod nas [cited 2020 March 23]. Available from: <http://www.domzdravljaobrenovac.com/pdf/Palijativno%20le%20C4%8Denje%20S%20Jankovic.pdf>
11. Stephen R. Connor et al. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. WHO. 2014
12. Crawford GB, Price SD. Team working: palliative care as a model of interdisciplinary practice. *MJA*. 2003; 179(6):32-34.
13. Vlaisavljević Ž, Ranković I, Stojković M, Popović D. Palijativno zbrinjavanje sa posebnim osvrtom u gastroenterohepatologiji. *Materia medica*. 2013; 29(1):1-9.
14. Jovanović D. *Osnovi onkologije i palijativna nega onkoloških bolesnika*. Novi Sad: Medicinski fakultet Novi Sad. 2008.
15. *Onkološki priručnik za medicinske sestre-tehničare*. Društvo za borbu protiv raka. Beograd 1997.
16. World Health Organization: *National Cancer Control Programmes, Policies and Managerial Guideline*, 2nd ed. Geneva 2002.
17. Pavlović J, Dragošev G. Sestrinske intervencije u menadžmentu kancerskog bola. *Inspirium*. 2015; 14:39-44.
18. Pražić S. *Sestrinske intervencije*. Klinički centar Niš 2009.
19. Šaponjski J. Sestrinske kompetencije u rehabilitaciji starih i timu za palijativnu negu. *Sestrinska reč*. 2015; 19:15-16.
20. Sekse RJT, Hunskar I, Elling S. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *J Clin Nurs*. 2018; (1-2):21-38.

