

# PALIATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA

*Marina Velepč*

## Uvod

**Paliativna zdravstvena nega (ZN) je posebno področje zdravstvene nege, ki temelji na značilnostih in ciljnih paliativne oskrbe katere nepogrešljivi del je.** Izvaja se praktično vsepovsod, v bolnišnicah, na domovih bolnikov, v domovih za ostarele, v hospicijih, pri bolnikih s katero koli diagnozo, katere koli starosti, pri katerih kurativno zdravljenje ni več mogoče.

Cilj aktivne paliativne oskrbe je doseči najboljšo možno kakovost življenja za bolnika in njegovo družino. Lajšanje bolečin in drugih simptomov napredovale bolezni je enakovredno lajšanju psiholoških, socialnih in duhovnih problemov bolnika. Nekateri vidiki paliativne oskrbe se lahko izvajajo že v začetni obravnavi bolezni v povezavi z onkološkim zdravljenjem. Paliativna zdravstvena oskrba sprejema smrt kot normalen življenjski proces, je ne pospešuje in ne zavlačuje (WHO, 1990). **Medicinske sestre predstavljajo temeljni kamen multidisciplinarnega tima (J.L. Abraham, 1998, L. White 1996), ki obravnava bolnika in njegovo družino kot celoto.**

## Palativna zdravstvena nega onkološkega bolnika

V septembru leta 1994 se je v okviru organizacije EONS (European Oncology Nursing Society) sestala študijska skupina medicinskih sester iz štirinajstih evropskih držav, da bi definirala paliativno zdravstveno nego onkološkega bolnika. Izoblikovala se je **filozofija onkološke paliativne zdravstvene nege**, ki temelji na naslednjih načelih:

1. Paliativna onkološka zdravstvena nega je posebno področje onkološke zdravstvene nege.
2. Oboleli za rakom so najprej in predvsem individuumi z osebnimi potrebami, ki imajo pravico polno živeti in umreti dostojanstveno.
3. Paliativna zdravstvena nega zahteva holističen pristop, ki vključuje fizične, psihosocialne, čustvene, kulturne in duhovne vidike bolnika in družine.
4. Onkološki bolnik in njegova družina tvorita osnovno celico oskrbe, zato ju moramo obravnavati kot enaka partnerja v postavljanju in doseganju njunih realnih ciljev.
5. Učinkovita paliativna oskrba, katere del je paliativna zdravstvena nega, terja timski pristop, ki sloni na ugotovitvah različnih strokovnjakov tima za paliativno oskrbo.
6. Pomoč paliativnih servisev mora temeljiti na potrebah bolnika, upoštevajoč diagnozo, stopnjo bolezni in okolje, v katerem izvajamo zdravstveno nego.
7. Ustrezno izobrazena medicinska sestra ima pomembno vlogo predvsem na področju izvajanja medicinsko tehničnih in negovalnih postopkov, na področju informiranja,

---

*Marina Velepč, vms, Onkološki inštitut Ljubljana*

---

zdravstvene vzgoje in ugotavljanja ter zagotavljanja kontinuitete zdravstvene nege med bolnikovim domom in bolnišnico/hospicom. Ker je ob bolniku najdlje je medicinska sestra idealna za opazovanje bolnika in vrednotenje pomoči pri zdravljenju simptomov napredovale bolezni.

8. Načrtovano in ciljno izobraževanje bogati znanje medicinske sestre in njeno zanesljivost pri izvajanju potrebnih medicinsko tehničnih posegov in negovalnih postopkov ter lajša izvajanje zdravstvene nege pri onkoloških bolnikih, pri katerih je bolezen že napredovala ali pa so v terminalnem stadiju bolezni.
9. Učinkovito izobraževanje terja tesno povezavo teorije in prakse. Nadzor in mentorstvo sta torej nujni prvini izobraževalnega procesa.
10. Medicinske sestre potrebujejo osebno in organizacijsko podporo, da bi lažje izvajale paliativno zdravstveno nego onkološkega bolnika in dajale oporo družini umirajočega oz. umrlega.

Izhajajoč iz omenjenih trditev lahko ugotovimo, da je **osnovno vodilo paliativne zdravstvene nege onkološkega bolnika pomoč pri zagotavljanju čim boljše kakovosti bolnikovega življenja in življenja njegovih najbližjih**. Paliativna onkološka zdravstvena nega sega na področje zadovoljevanja bolnikovih fizičnih potreb ter psihosocialnih in spiritualnih potreb. Govorimo o paliativni zdravstveni negi pri bolezni, ki je že napredovala ali pa je v terminalni fazi.

Kdaj je pravi trenutek za začetek izvajanja paliativne zdravstvene nege? Kljub velikemu napredku pri zdravljenju rakavih bolezni je že ob odkritju diagnoze možnost popolne ozdravitve za več kot 50% bolnikov z rakom nerealistična (Sanders, 1987). Nekateri trdijo, da je pristop, ki upošteva celostno obravnavo osebe (holističen pristop) nujen že takoj ob postavitvi diagnoze. (White, 1996)

Paliativna zdravstvena nega onkološkega bolnika je umetnost (Holmes, 1997), ki od medicinske sestre zahteva izredno kreativnost, kakovostno pa jo lahko opravlja le dodatno izobražena medicinska sestra, z bogatimi strokovnimi izkušnjami in pozitivno naravnano osebnostjo. Komunikacije z bolnikom in njegovimi najbližjimi, srečevanje z etičnimi in pravnimi dilemami, pogosto soočanje s smrtjo, zahteva ne le dodatno znanje, temveč tudi zrelo osebnost, saj pogosto za medicinsko sestro predstavljajo velik psihični napor. Če ima medicinska sestra negativen odnos do umiranja in smrti, lahko opazimo izrazito negativen vpliv na kakovost zdravstvene nege. (Brook 1979, Corner 1988) Pravočasno zaznavanje problemov, ustrezen načrt in pravilno izvajanje zdravstvene nege, ki morajo biti prilagojeni fizičnemu in psihičnemu stanju bolnika, ter vključevanje bolnikovih kulturnih in spiritualnih potreb v načrt zdravstvene nege zagotavljajo dobro kakovost zdravstvene nege in s tem izboljšanje kakovosti bolnikovega življenja.

Onkološka zdravstvena nega nasploh, predvsem pa paliativna zdravstvena nega, lahko posega zelo globoko v bolnikovo opravljanje vsakodnevnih življenjskih aktivnosti. Zlasti bolniki v terminalni fazi bolezni so pri tem zelo omejeni. Le delna pomoč pri zagotavljanju samooskrbe bolniku zmanjšuje strah, zaskrbljenost in občutek izgube samokontrole. (Gray 1994, Dirkinson, 1995) Ne opravljajmo torej aktivnosti, ki jih bolnik lahko sam izvede, saj mu s tem znižujemo zaupanje in dostojanstvo. (Grey, 1994) Živeti v upanju in umreti dostojanstveno pa je želja vsakogar izmed nas.

# Zaključek

Da je paliativna zdravstvena nega popolnoma novo področje bi težko trdili. Izvajali so jo že davno v preteklosti, v svoji definiciji zdravstvene nege pa jo je omenjala že Florens Nightingale. (F. Nightingale, 1888) Kot profesionalna disciplina se je paliativna oskrba pričela razvijati nekako pred 30 leti in posebej v zahodnih državah sveta dosegla kontinuirano rast z uvedbo specializacije za zdravnike in medicinske sestre in s pospešenim ustanavljanjem hospicov.

Izobraževalni programi za medicinske sestre in zdravstvene tehnike v Sloveniji posvečajo tej problematiki premalo pozornosti. Po priporočilih organizacije EONS (1994) naj bi potrebno osnovno znanje medicinske sestre pridobile v vsaj 12 urnem programu izobraževanja, ki bi zajemal štiri področja: reševanje negovalnih problemov z ozirom na simptome bolezni, komunikacijo, etične in pravne dileme ter soočanje s smrtjo.

Sodobna medicina in njen hitri razvoj podaljšujeta človeško življenje in vedno več bo bolnikov, ki bodo potrebovali pomoč medicinskih sester, ki bodo sposobne zagotavljati ustrezno paliativno zdravstveno nego. Prihodnost paliativne zdravstvene nege je torej v specializaciji kot redni obliki izobraževalnega programa, ki mora biti dostopen tudi medicinskim sestram v naši državi.

Nujno je pospešeno raziskovalno delo, saj so ugotovitve raziskav in njihovo upoštevanje v praksi med bistvenimi dejavniki, ki zagotavljajo kakovostno zdravstveno nego.

## Literatura:

1. Abraham JL. Promoting symptom control in palliative care. *Semin Oncol Nurs* 1998;14: 95-109.
2. Brant JM. The art of palliative care: living with hope, dying with dignity. *Oncol Nurs Forum* 1998; 25: 995-104.
3. Nightingale F. Letters and addresses to the probationer nurses in the Nightingale Fund School at St. Thomas's Hospital and nurses who were formerly trained there. Original letters and prints for private circulation. London: University College, 1888.
4. World Health Organization. (1990). Cancer pain relief and palliative care. Techn Rep Series 804. Geneva: WHO, 1990.
5. White L. Palliative nursing in a changing health-care system. *Int J Palliat Nurs* 1996; 2: 122-3.
6. Holmes S. General nurses' perceptions of palliative care. *Int J Palliat Nurs* 1997; 3: 92-99.
7. EONS. Report and recommendations of a workshop to study the feasibility of educational programmes in palliative care for nurses in Europe, 1994.
8. Dirkson SR. Search for meaning in long-term cancer survivors. *J Adv Nurs* 1995;21: 628-34.
9. Grey A. The spiritual component of palliative care. *Palliat Med* 1994; 8:215-21.