

STARI U SRBIJI – DEMOGRAFSKI I ZDRAVSTVENI ASPEKTI, OBLICI ZAŠTITE

Šta je starenje?

Starenje je proces u kome osoba akumulira godine i progresivno doživljava promene u svom biološkom, psihološkom i socijalnom funkcionisanju kako prolazi kroz različite faze u svom životu.

Postoje četiri dimenzije starenja koje se obično prepoznaju:

1. hronološko starenje
2. biološko starenje
3. psihološko starenje
4. socijalno starenje

Hronološko starenje se odnosi na broj godina koji je prošao od nečijeg rođenja. Svakako, ne predstavlja adekvatan i tačan način merenja nečije starosti.

Biološko starenje predstavlja propadanje ćelija i samog organizma tokom godina. Na taj način se konstantno narušava fiziološko stanje organizma, tako da on postaje sve manje sposoban da se izbori sa različitim oboljenjima, što konačno i dovodi do smrti. Posmatrano iz ove perspective, na proces starenja utiče nekoliko fizioloških faktora i on se menja tokom vremena pod uticajem, npr. načina ishrane, nastanka različitih oboljenja, genetskih faktora...

Psihološko starenje se odnosi na promene koje nastaju u odraslom dobu u odnosu na strukturu ličnosti, mentalno funkcionisanje (pamćenje...).

Socijalno starenje se odnosi na razvoj iskustava koje će osoba imati u odnosima sa drugim ljudima tokom vremena, kao i njihove uloge u tim odnosima, kao "članova" jedne šire socijalne grupe. Socijalno starenje utiče na percepciju ko smo mi, ali na njega utiče i socijalno i kulturalno okruženje koje na neki način diktira očekivanja u odnosu na ulogu, poziciju i ponašanje starih ljudi u zajednici. Socijalno starenje se može odnositi i na proces starenja čitave populacije ili etničke grupe kada raste udeo stare populacije u ukupnom broju stanovnika odnosno članova te grupe. Ovakva promena je karakteristična kada poboljšanja u socijalnom, zdravstvenom, ekonomskom sistemu i životnom standardu dovode do smanjenja nataliteta i stope smrtnosti, dovodeći do povećanja očekivanog trajanja života na rođenju broja novorođene dece, što opet dovodi do povećanja broja starih osoba u odnosu na mlađu populaciju. Starenje populacije dovodi do značajnog povećanja troškova socijalne i zdravstvene zaštite.

Kako određujemo starost?

Birokratsko-hronološko određenje starosti je jedno od najčešće korišćenih određenja u svakodnevnom životu, a osnovni kriterijum za određivanje da li je neko star jesu godine života te osobe. Tako, prema pojedinim autorima doba starosti se deli na ranu starost ('mladi stari') – od 65 do 75 godina, prosečnu starost ('stari stari') – od 76 do 85 godina i poznu starost

(‘veoma stari’) – preko 85 godina. Ovo određenje je najpogodnije i za institucije i organizacije koje, recimo, obezbeđuju privilegije starim licima (npr. besplatni lekovi ili besplatne autobuske karte).

Naučno-akademsko definisanje starosti se vrši na osnovu objektivno merljivih pokazatelja stanja i funkcija organizma, najčešće fizioloških. Tako su medicinska istraživanja pokazala da većina osoba starijih od 65 godina ima od 1 do 5 hroničnih oboljenja. Po ovom kriterijumu, starom osobom bi se mogle nazivati sve osobe koje imaju 2 ili više hroničnih oboljenja.

Definisanje starosti preko socijalnih konstrukata se bazira na tumačenju ličnosti, promene socijalne uloge i socijalnih odnosa pojedinca. Tako se starom osobom može smatrati ona kojoj je bitno smanjena funkcija adaptacije na promene u okruženju ili osoba čija deca su napustila njihov dom kao svoju primarnu porodicu, osamostalila se i zasnovala svoju sopstvenu porodicu.

Jedna grupa autora je kao osnovnu zamerku svim prethodnim određenjima starosti iznela zanemarivanje individualnih razlika među ljudima, ali i odsustvo posmatranja procesa starenja kao jednog složenog, višedimenzionalnog procesa. Navedena grupa autora se zalaže za samodefinisanje kao osnovni kriterijum određivanja nekog kao stare osobe. Po njima, stara osoba je ona koja sebe ocenjuje kao staru, a starost se ogleda i definiše kroz stanje duha i tela. Dakle, ukoliko je neko fizički zdrav i vitalnog duha i sa 65 godina i oseća se kao „mladić“ ni mi ga nećemo smatrati starim.

U savremenoj gerontologiji postoji i podela starenja u odnosu na njegovu dinamiku. Tako fiziološko starenje, koje se još naziva i „normalno“ ili „uspešno“ starenje označava proces harmoničnog usporavanja organa, tkiva i ćelija organizma i njihovih funkcija. Sa druge strane, patološko starenje je disharmoničan proces ubrzanog propadanja organizma koji može da se pojavi u različitim životnim dobima i vezan je za pojavu neke bolesti ili oštećenja organizma koja dovode do prevremene starosti i smrti. Koji su uzroci navedenih promena i procesa i postoji li pravilnost u njihovom ispoljavanju pokušale su da objasne različite teorije starenja.

Teorije starenja

Postoji 28 različitih i relativno priznatih teorija starenja. Navešćemo samo nekoliko od njih.

Antička „humoralna teorija“ starenja je prvi pokušaj objašnjenja procesa starenja. U toj teoriji starenje se posmatra kao poremećaj humoralne ravnoteže u organizmu, izazvan gubitkom „urođene toplote“ koju svako živo biće dobija svojim nastankom.

U 19. veku pojavile su se razne „metaboličke teorije“ koje su starost svodili na postepeno smanjenje intenziteta metaboličkih procesa. Ove teorije se mogu posmatrati i kao teorije „zamora materijala“ i gašenja životne energije.

Adaptaciono-regulacione teorije se nadovezuju na prethodne i prikazuju život pojedinca i proces starenja kao borbu dveju oprečnih sila: jedna je metaboličko iscrpljivanje organizma, a druga je razvoj mehanizama pojedinca za prilagođavanje sredini i promenama koje nastaju u okruženju, ali i samim procesom starenja.

Genetske teorije zagovaraju da je dužina života genetski predodređena (programirana), a starenje je genetski program ćelija organizma.

Psihološke teorije posmatraju proces starenja kao jednu od faza razvoja/života kroz definisanje stadijuma razvoja ličnosti. Svaki stadijum razvoja i životne dobi podrazumeva kvantitativne promene, ali i kvalitativno drugačije uređenje kognitivne strukture i specifičnosti emotivnog razvoja i razvoja psihičkih funkcija osobe.

Iz prethodnih redova vidimo da je proces starenja veoma složen, da ga sačinjavaju različite pojave izazvane različitim uzrocima koji mogu da budu usko povezani, ali ne moraju. Ono u šta možemo da budemo sigurni jeste da tokom starenja dolazi do nekih bespovratnih (ireverzibilnih) promena kod individue i to na nekoliko ravni.

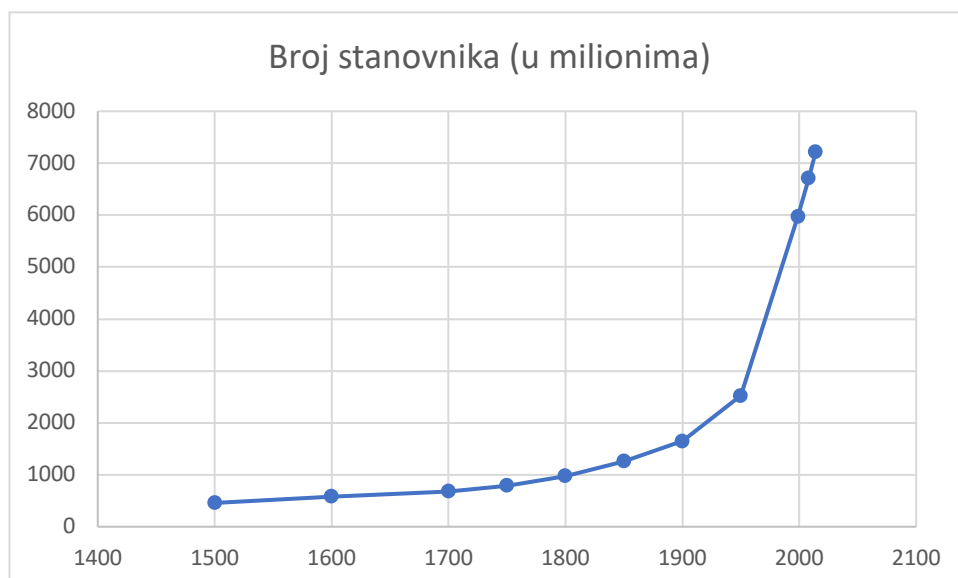
Prema jednoj od najpoznatijih psihičkih teorija čiji autor je E. Erikson, staro doba je period života kada se osoba osvrće na svoj dotadašnji život i rezimira šta je u životu radio i stvorio i šta iza njega ostaje. Stoga, da li će neko svoje pozne godine živeti spokojno i zadovoljno, ili ne, u velikoj meri zavisi od porodice i porodičnih odnosa, profesionalne karijere, razvijenih prijateljstava, itd. Erikson prepoznaje 3 faze u životu nakon adolescencije (pre toga postoji 5 faza u razvoju osobe i one predstavljaju reformulaciju i proširenje stadijuma psihoseksualnog razvoja prema teoriji Frojda). Te faze su: (1) rano zrelo doba- 20-35 godina - ljubav, intimnost, reprodukcija vs. izolacija; (2) srednje zrelo doba- 35-65 godina - produktivnost i odgajanje potomstva, vs. stagnacija; (3) starost - preko 65 godina – smrt - smisao, integritet, zadovoljstvo ostvarenim, mudrost vs. očajanje.

Broni Veir (Bronnie Ware) je australijska medicinska sestra koja je radila na palijativnoj nezi, negujući bolesnike u njihovih poslednjih 12 nedelja pred smrt. U toku 2012. godine je objavila svoje iskustvo o tome za čime ljudi najviše žale pred svoju smrt: (1) žalim što nisam imao hrabrosti da živim svoj život na način kako sam ja to hteo, a ne kako su drugi očekivali od mene; (2) žalim što sam radio tako naporno; (3) žalim što nisam imao hrabrosti da iskažem svoja osećanja; (4) žao mi je što nisam ostao u kontaktu sa svojim prijateljima; (5) žalim što nisam sebi dopustio da budem srećniji.

Globalno i starenje u Srbiji?

Procena je da je u julu 2016. godine u svetu živelo 7,45 milijardi ljudi, a da je danas taj broj blizu 7,5 milijardi.

Godina	Broj stanovnika u milionima
1500	458
1600	580
1700	682
1750	791
1800	978
1850	1,262
1900	1,650
1950	2,521
1999	5,978
2008	6,707
2014	7,215

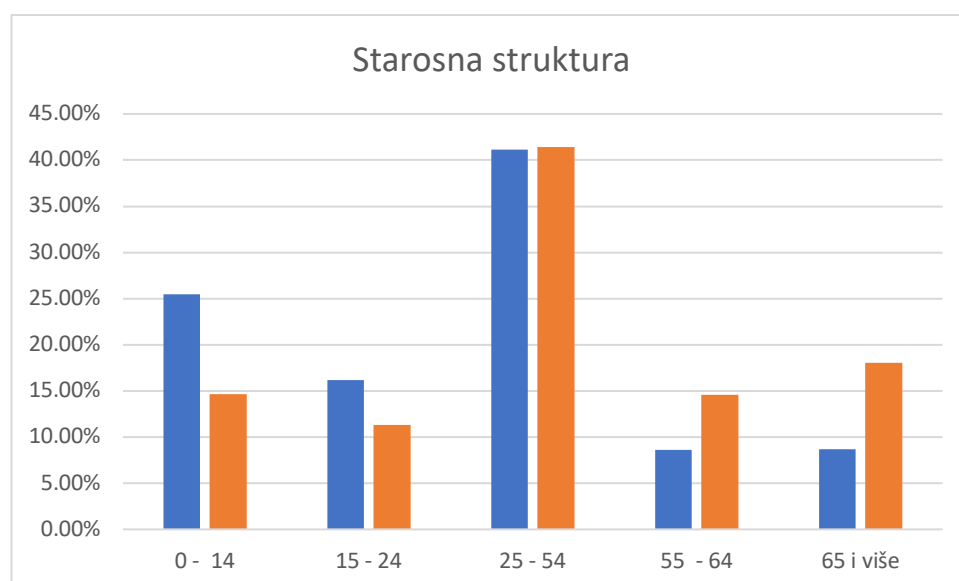


Međutim ne povećava se samo broj stanovnika na planeti zemlji već i njihova starost. Ova promena se naziva globalno starenje i podrazumeva pomeranje u starosnoj strukturi svetskog stanovništva u smislu većeg udela starih ljudi, već i samo povećanje prosečne starosti. Starenje stanovništva danas predstavlja globalni fenomen jer se puno zemalja suočava sa ovim problemom. Ovo se može ilustrovati sa nekoliko podataka: 1950. godine svaki stoti stanovnik Zemlje je bio stariji od 60 godina, dok se očekuje da će 2050. godine (dakle samo 100 godina kasnije) njih 22 od 100 stanovnika biti staro 60 i više godina. Drugi, vrlo ilustrativan podatak, govori da će udeo "starih" starih ljudi (osoba starijih od 80 godina) u svetskoj populaciji sa 1,3% koliko je iznosio 2005. godine (ukupno 88 miliona ljudi) se povećati do 2050. godine na 4,4% ili 402 miliona osoba. Naravno, ovo se vrlo razlikuje u različitim delovima sveta. Smatra se da će svet oko 2050. godine imati više starijih od 60 godina (njih 22%) nego dece mlađe od 15 godina (20%). Međutim, ova promena se odigrala u 15 evropskih zemalja već pre 2000.

godine i vrlo brzo će se odigrati u još 40 njih. Istovremeno, populacija u Africi ostaje izrazito mlada.

Kada se, trenutna, starosna struktura pogleda u svetu i u Srbiji, ona izgleda ovako:

	Svet	Srbija
0 - 14	25.44%	14.64%
15 - 24	16.16%	11.34%
25 - 54	41.12%	41.41%
55 - 64	8.60%	14.58%
65 i više	8.68%	18.03



Takođe, bitno se razlikuje prosečna starost stanovništva na globalnom nivou i u Srbiji. Dokle je prosečna starost stanovništva u svetu 30,1 godina, dotle prosečni stanovnik Srbije ima 42,3 godine, što Srbiju svrstava u izrazito staro stanovništvo.

Prosečna starost stanovništva		
	Svet	Srbija
Ukupno	30.1	42.3
Muškarci	29.4	40.7
Žene	30.9	44

Takođe, postoji i razlika u odnosu u broju žena i muškaraca u odnosu na starosnu strukturu i u Srbiji to izgleda ovako:

Srbija - odnos među polovima		
	Muškaraca	Žena
na rođenju	1.07	1
0 - 14	1.06	1
15 - 24	1.06	1
25 - 54	1.02	1
55 - 63	0.93	1
65 i više	0.70	1
UKUPNO	0.95	1

Tokom dugog niza godina stalno je rasla vrednost očekivanog trajanja života na rođenju. Očekivano trajanje života na rođenju predstavlja onaj broj godina koji se očekuje da će tek rođena osoba živeti. Međutim, unapređenje ovog parametra je pre svega bio posledica bitnog unapređenja zdravstvene zaštite, pre svega novorođenčadi i dece i smanjenjem stope smrtnosti došlo se i do povećanja očekivanog trajanja života na rođenju. U Srbiji je očekivano trajanje života na rođenju 75,5 godina u odnosu na 69 godina koliko iznosi u svetu. Međutim, koliko Srbija zaostaje i u ovom pokazatelju u odnosu na ostale zemlje u svetu, najbolje pokazuje podatak da je prosečno očekivano trajanje života na rođenju u Monaku 89,5 godina.

Očekivano trajanje života na rođenju			
	Svet	Srbija	Monako
Ukupno	69	75.5	89.5
Muškarci	67	72.6	85.6
Žene	71.1	78.5	93.5

Na kraju, koliko ljudi mogu živeti. Smatra se da je maksimalno trajanje života kod ljudi ograničeno na 122 godine koliko je imala Žoan Kalment (Jeanne Calment), osoba koja je, dokumentovano, najduže živela. Pitanje koje se otvara jeste da li se ljudski vek može produžiti uzimajući u obzir činjenicu da na njega utiču i genetske predispozicije ali i način života i korišćenje različitih farmaceutskih proizvoda. Neke studije u Švedskoj su pokazale da je u toj zemlji gornja granica trajanja ljudskog života povećana sa 101 godine koliko je iznosila 1860-tih godina na 108 godina tokom devedesetih godina prošlog veka.

Iako se dokumentovana starost najstarijih pojedinaca u trenutku njihove smrti povećavala između sedamdesetih i devedesetih godina prošlog veka, izgleda da je oko 1995. i 1997. godine, kada je Žoan Kalment umrla u svojoj 122 godini dostigla svoj plato.

Zdravstveni sistemi

Pod sistemom podrazumevamo skup međusobno povezanih elemenata koji zajedno dovode do dostizanja ciljeva u sredini u kojoj sistem egzistira. Sistem obuhvata ukupnost ili kompleksnost elemenata ili pojedinačnih delova. Osnovne karakteristike društvenih sistema jesu da su oni dinamički (u stalnom kretanju), složeni (po strukturi) i hijerarhijski (po organizaciji). Zdravstveni sistem predstavlja jedan od najsloženijih sistema u bilo kojoj državi.

Prema definiciji Svetske zdravstvene organizacije sistem zdravstvene zaštite obuhvata zdravstvenu infrastrukturu koja obezbeđuje spektar programa i usluga i pruža zdravstvenu zaštitu pojedincima, porodicama i zajednici. Zdravstveni sistem mora da osigura fizički, geografski i ekonomski dostupnu i pristupačnu, integrisanu (vertikalnu povezanost primarnog, sekundarnog, tercijarnog nivoa i horizontalnu povezanost u sistemu i u odnosu na lokalnu zajednicu) i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu (stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i pravo korisnika na izbor lekara i informisanost), razvoj zdravstvenih kadrova, održivost finansiranja, decentralizaciju upravljanja i finansiranja zdravstvene zaštite i postavljanje građanina u centar sistema zdravstvene zaštite.

Svrha sistema zdravstvene zaštite je očuvanje i unapređenje zdravlja ljudi obezbeđivanjem zdravstvenih usluga stanovništvu kako moderne, tako i tradicionalne medicine na efikasan način, a koje su u isto vreme dostupne i prihvatljive ljudima. Sistemi zdravstvene zaštite su pod jakim uticajem važećih normi i vrednosti u društvu, često reflektuju socijalna i kulturalna očekivanja građana i pod uticajem su jedinstvene nacionalne istorije, tradicije i političkog sistema. S obzirom na njegov značaj i uticaj na zdravstveno stanje stanovništva svake države, kao i zbog velikog ekonomskog uticaja, država sprovodi niz mera u planiranju i upravljanju zdravstvenim sistemom kako bi obezbedila stabilno finansiranje i racionalan i kvalitetan sistem pružanja zdravstvene zaštite, a sve to u cilju da se u okviru raspoloživih sredstava stanovništvu obezbedi osnovna zdravstvena zaštita. U svim zemljama je zbog starenja stanovništva i uvođenja novih i skupih tehnologija prisutno stalno povećanje troškova pružanja zdravstvene zaštite.

Država je dužna da obezbedi zdravstvenu zaštitu svojih građana na što višem nivou, a prema ekonomskim mogućnostima (nacionalnom dohotku). Ovo podrazumeva i cilj da se što veći procenat stanovništva obuhvati pravom na korišćenje osnovne zdravstvene zaštite bez doplate. Osnovni ciljevi savremenog sistema zdravstvene zaštite su univerzalnost (obezbediti pristup pravima iz zdravstvenog osiguranja svim građanima), ekonomičnost (očuvanje troškova zdravstvene zaštite na određenom nivou), pravičnost (ljudima koji imaju jednake zdravstvene potrebe mora biti osiguran jednak kvalitet zdravstvenih usluga), sloboda izbora za korisnike zdravstvenih usluga i auto- nomija za davaoce zdravstvenih usluga.

Komponente svakog sistema zdravstvene zaštite čine resursi, organizacija i administriranje, menadžment, finansiranje i obezbeđivanje i pružanje zdravstvene zaštite. Resursi u sistemu zdravstvene zaštite obuhvataju ljudske resurse (kadrove), zdravstvene ustanove (zgrade i oprema) i sredstva (lekovi i sanitetski materijal). Ljudski resursi u zdravstvenom sistemu osnovna su njegova odrednica, i to u svim oblastima (promocija, prevencija i lečenje). Istovremeno, ljudski resursi predstavljaju najveći i najvredniji resurs zdravstvenog sistema, koji treba stalno razvijati.

Osnovni modeli zdravstvenih sistema

Zdravstveni sistemi se mogu klasifikovati prema različitim kriterijumima: ekonomskim, društveno-političkim i administrativnoj strukturi. Prema Organizaciji za ekonomsku saradnju i razvoj (OECD) kriterijumi za podelu sistema zdravstvene zaštite su obuhvat stanovništva zdravstvenom zaštitom i prava iz zdravstvene zaštite, izvori finansiranja zdravstvenih sistema i vlasništvo nad zgradama i opremom u zdravstvu.

Razlikujemo pet osnovnih modela zdravstvenih sistema sa istorijske tačke gledišta:

1. Bizmarkov model (1883) osnovnog socijalnog (zdravstvenog) osiguranja,
2. Semaškov model (1918) socijalističkog zdravstvenog osiguranja,
3. Beveridžov model (1948) nacionalne zdravstvene službe,
4. dobrovoljno/privatno tržišno orijentisan model osiguranja (šezdesetih i sedamdesetih) i
5. obavezno otvaranje medicinskih/zdravstvenih štednih računa (Singapur 1984).

Sistem socijalnog osiguranja (Bizmarkov model) - najstariji sistem zdravstvenog osiguranja koji je nastao sa uspostavljanjem prvog zakonodavstva iz područja zdravstva i socijalnog osiguranja u Nemačkoj (Prusiji) 1883. godine. Ovaj model nazvan je po Otu Bizmarku, tadašnjem kancelaru Prusije. Osnovne karakteristike ovog modela su:

1. finansiranje iz fonda osiguranja,
2. doprinosi zaposlenih i doprinosi poslodavca od bruto prihoda,
3. veliki obuhvat stanovništva obaveznim osiguranjem
4. postojanje paketa osnovnih prava iz osiguranja,
5. javna i neprofitna služba,
6. javna kontrola
7. interna kontrola i
8. različite metode plaćanja lekara/ustanova.

Obavezno zdravstveno osiguranje počiva na principu solidarnosti i uzajamnosti, gde doprinose plaćaju svi, a koristi onaj ko je bolestan. Država ima izraženu regulativnu i nadzornu ulogu u tom sistemu. Dominantno je državno vlasništvo nad zgradama i opremom u zdravstvu. Zemlje u kojima se koristi ovaj model su Nemačka, Srbija, Holandija, Francuska, Austrija, Belgija, Irska, Luksemburg, Slovenija i druge.

Sistem socijalističkog zdravstvenog osiguranja (Semaškov model) - nastao je u bivšim socijalističkim zemljama, sistem je koji više ne postoji. Finansiranje zdravstvene zaštite je iz budžeta. Osnovne karakteristike ovog modela su sistem obaveznog socijalnog (zdravstvenog) osiguranja i potpun obuhvat stanovništva zdravstvenom zaštitom. Društveni sistem u ovim zemljama je počivao je na državnoj-društvenoj svojini. Privatna lekarska praksa nije bila moguća. Zdravstvena infrastruktura je u javnom vlasništvu, a sve zdravstvene usluge su bile javno dostupne. Odgovornost za planiranje raspoređivanja finansijskih sredstava i upravljanje investicijama je snosila državna administracija, koja je bila organizovana po nivoima: državnom, regionalnom i lokalnom. Najveći nedostaci ovog sistema bili su neprilagođenost zdravstvene službe i zdravstvenih usluga potrebama bolesnika, naglašena uloga bolničkog zbrinjavanja i lekara specijalista umesto vanbolničkih usluga i primarne zdravstvene zaštite, nedovoljan obim zdravstvenih usluga i veliki broj lekara na broj stanovnika.

Sistem nacionalne zdravstvene službe (Beveridžev model) - počeci ovog modela sežu u početak dvadesetog veka, a formalno ga je u Engleskoj postavio Vilijam Beveridž (William Beveridge) 1942. godine. Osnovne karakteristike ovog modela su: finansira se iz državnog budžeta, potpun obuhvat stanovništva zdravstvenom zaštitom, slobodan pristup zdravstvenim uslugama, javno pružanje usluga i javna kontrola. Dominantno je državno vlasništvo nad zgradama i opremom u zdravstvu. Država preuzima ulogu vođenja i

upravljanja, organizuje odgovarajuću mrežu zdravstvenih kapaciteta i propisuje aktivnosti i zadatke nacionalnoj zdravstvenoj službi (National Health Service). U centru zdravstvenog sistema je lekar opšte prakse. Lekar je plaćen po broju pacijenata i delimično prema broju obavljenih usluga (jedan oblik kapitulacije). Takođe, svi stanovnici države (a ne samo zaposleni) imaju obezbeđen pristup do zdravstvenih usluga pod jednakim uslovima. Obim prava je dobro ograničen i stiče se sa državljanstvom. Primeri zemalja koji koriste ovaj model: Velika Britanija, Irska, Kanada, Danska, Finska, Švedska, Italija, Španija, Portugal i Grčka. U ovim zemljama je ovo osnovni model, ali postoje ne postoje i drugi oblici plaćanja.

Sistem privatnog zdravstvenog osiguranja (model "nezavisnih" korisnika) - primer za ovakav model su Sjedinjene Američke Države (SAD). Osnovne karakteristike ovog modela su: tržišni uslovi finansiranja, mali obuhvat stanovništva zdravstvenim osiguranjem sa velikim brojem neosiguranih stanovnika i dominantno privatno vlasništvo nad zgradama i opremom u zdravstvu. Kod privatnog zdravstvenog osiguranja svako plaća za sebe, a visina premije određuje se prema zdravstvenom riziku koji određena osoba nosi. Tako će pušači, gojazni i oni koji ne brinu o svom zdravlju plaćati veće premije od onih koji vode zdrav život. SAD troše više novca po osobi na zdravstveno osiguranje nego bilo koja druga zemlja na svetu. Osnovni razlog za visoku cenu američkog zdravstvenog osiguranja je taj što su medicinske usluge, materijal, tehnologija i lekovi mnogo skuplji nego u drugim industrijalizovanim zemljama. Takođe, lekari primenjuju veći broj preventivnih dijagnostičkih procedura kako bi se zaštitili od mogućih tužbi pacijenata za pogrešno lečenje. Osiguranje koje lekari plaćaju da bi se zaštitili od mogućih kazni za pogrešno lečenje, sve je skuplje, i to zauzvrat povećava cenu zdravstvenih usluga. Upotreba skupih novih tehnologija za bolju i bržu dijagnozu i lečenje bolesti takođe povećavaju cenu zdravstvenog osiguranja. Zemlje u kojima se koristi ovaj model sem SAD su Švajcarska i Turska.

Medicinski/zdravstveni štedni računi se mogu definisati kao dobrovoljni (SAD, Južna Afrika) ili obavezni (Singapur, Kina) personalni računi koji se mogu koristiti samo za troškove zdravstvene zaštite i služe da omoguće lakše podnošenje finansijskog tereta bolesti tokom vremena.

Finansiranje zdravstvene zaštite u Republici Srbiji u osnovi je zasnovano na Bismarkovom modelu, pošto se preko 90% sredstava za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuje iz sredstava doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje. Međutim, Zakonom o zdravstvenoj zaštiti predviđeno je i finansiranje zdravstvene zaštite iz budžeta Republike za lica koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem, a koja su izložena povećanom riziku obolevanja (neosigurana lica, izbeglice i interno raseljena lica sa teritorije Autonomne pokrajine Kosovo i Metohija, primaoci socijalne pomoći i drugi) što je inače karakteristika Beveridževog modela. Stoga se može reći da je u Srbiji prisutan mešoviti sistem finansiranja, koga karakteriše gotovo javan izvor finansiranja, jer se finansiranje najvećim delom ostvaruje iz sredstava doprinosa i iz budžeta. Međutim, sistem zdravstvene zaštite u Republici Srbiji je izuzetno neefikasan. Pored toga što je finansiranje uglavnom iz javnih prihoda, činjenica je da značajan deo sredstava (više od trećine) građani izdvajaju za kupovinu lekova, neformalna plaćanja u državnim zdravstvenim ustanovama i zdravstvenu potrošnju u privatnim zdravstvenim ustanovama koja je skoro u potpunosti radi na tržištu bez pristupa javnim sredstvima.

Oblici zaštite starih

U delu zdravstvene zaštite, starija populacija predstavlja posebno osetljivu grupu stanovništva. Tako je u članu 11. Zakona o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije, definisano da društvena briga za zdravlje, pod jednakim uslovima, na teritoriji Republike ostvaruje se obezbeđivanjem zdravstvene zaštite grupacija stanovništva koje su izložene povećanom riziku oboljevanja, zdravstvenom zaštitom lica u vezi sa sprečavanjem, suzbijanjem, ranim otkrivanjem i lečenjem bolesti od većeg socijalno- medicinskog značaja, kao i zdravstvenom zaštitom socijalno ugroženog stanovništva". U tom članu, kao posebno osetljiva grupa navedeni su i stariji od 65 godina. Između ostalog, ovakva briga je iskazana i delu obezbeđivanja stomatološke zdravstvene zaštite koja je obezbeđena na teret sredstava zdravstvenog osiguranja samo u slučaju hitnih stanja, za decu, trudnice i žene do 12 meseci nakon porođaja i lica starija od 65 godina.

Drugi dokumenti kao što je Strategija o starenju iz 2006. godine, predviđaju i obezbeđivanje intenzivnijeg i bržeg razvoja mreže servisa i usluga socijalne i zdravstvene zaštite na lokalnom nivou uz unapređivanje kvaliteta pruženih usluga, veću dostupnost usluga porodicama koje brinu o ostarelim i zavisnim članovima, kao i starijim licima koja žive sama (staračka i samačka domaćinstva); razvijanje mreže usluga kućnog lečenja i nege, različite usluge socijalne zaštite, a posebno usluge dnevnog boravka i pomoći u kući.

U merama za jačanje socijalne zaštite starih lica u Strategiji za smanjenje siromaštva ističe se potreba za deinstitutionalizacijom pomoći u kući i u lokalnoj zajednici. Oblici takve pomoći mogu biti različiti: (1) dnevni centri za stare; (2) dnevni rehabilitacioni centri; (3) pomoć u kući; (4) kućno lečenje i patronaža i ostalo. Ovi oblici pružanja usluga imaju više bitnih prednosti u odnosu na smeštaj u institucije među kojima se ističu da stare osobe ostaju što duže u kući, u svom prirodnom okruženju, duže ostaju nezavisni, a takav oblik pomoći je neuporedivo jeftiniji od smeštanja u institucije.

Podsticanje integracije starih u društvo moguće je i kroz:

1. informisanje starih (kampanje u medijima, specijalizovane emisije, brošure, novinske članke i živa reč posebno za starija lica koja žive u samačkim domaćinstvima) o njihovim pravima i načinima njihovog ostvarivanja u oblasti penzijsko invalidskog osiguranja, socijalne zaštite i drugim oblastima sa ciljem sprečavanja njihove diskriminacije;
2. bogaćenje školskih programa sadržijama koji će obrazovati mlade o specifičnostima starosti, resursima starijih lica i njihovim specifičnim potrebama;
3. obezbeđivanje učešća starijih lica u donošenju odluka kroz učešće u procesu odlučivanja u odgovarajućim organima i telima;
4. promocija i podsticanje samoorganizovanja starijih lica sa ciljem da se kroz ove aktivnosti unapređuju različiti vidovi samopomoći, samozaštite i samopotvrđivanja u starosti.

Institucionalna i vaninstitucionalna zaštita starih u praksi

Pored razvijene institucionalne zaštite starih u koje spadaju: centri za socijalni rad, ustanove za smeštaj korisnika, ustanove za dnevni boravak i pomoć u kući, zdravstvene ustanove i

službe i humanitarne organizacije značajan oblik podrške dostojanstvenom starenju predstavljaju i vaninstitucionalni vidovi podrške starima. Institucionalna zaštita ima dugu tradiciju i utemeljenje u mreži institucija, socijalne zaštite i centri za socijalni rad imaju izuzetno odgovornu, složenu i značajnu ulogu u institucionalnom i vaninstitucionalnom sistemu socijalne zaštite. Centri predstavljaju bazičnu osnovu socijalne zaštite (domovi za stare i penzionere i stacionari za osobe koje zahtevaju dugotrajnu negu i zbrinjavanje imaju veliku ulogu u okviru institucionalne zaštite a kućna nega i pomoć u kući i klubovi za stara lica u okviru vaninstitucionalne. Vaninstitucionalni oblici pružaju socijalnu integraciju starih, razvijaju međusobnu solidarnost i samopomoć u prirodnoj sredini starih, koji ne menjajući svoj dom i lokalnu sredinu uz pomoć i podršku žive kvalitetnije.

PALIJATIVNO ZBRINJAVANJE

Palijativno zbrinjavanje nije jednostavan pojam. Definicija palijativnog zbrinjavanja se razvijala i nastavlja da se razvija. Svetska zdravstvena organizacija definiše palijativno zbrinjavanje kao pristup kojim se poboljšava kvalitet života pacijenata suočenih sa neizlečivom bolešću, kao i njihovih porodica, kroz prevenciju i olakšavanje patnji putem ranog otkrivanja i nepogrešive procene i lečenja bola i drugih simptoma bolesti – fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih.

Ciljevi palijativnog zbrinjavanja su da:

- afirmiše život i posmatra umiranje kao normalan proces
- obezbedi ublažavanje bola i drugih simptoma koji izazivaju patnju
- objedini psihosocijalne i duhovne aspekte palijativnog zbrinjavanja
- ponudi podršku koja će pomoći da pacijenti žive što je moguće aktivnije sve do smrti
- ponudi podršku koja će pomoći porodici da se bori tokom trajanja bolesti pacijenta i u periodu tugovanja nakon gubitka

Primeri bolesti opasnih po život kod odraslih pacijenata su:

- Maligne bolesti
- Kardiovaskularne bolesti (posebno srčana insuficijencija) i respiratorne bolesti (posebno hronična opstruktivna bolest pluća) od kojih boluje najveći deo pacijenata bez malignih bolesti
- Multipla skleroza, bolest motornog neurona i slični poremećaji – broj ovih pacijenata je manji, ali pacijenti sa ovim bolestima najčešće žive znatno duže nego oboleli od malignih bolesti.

Službe za palijativno zbrinjavanje treba da se temelje na nizu zajedničkih vrednosti i principa u koje spadaju uvažavanje nezavisnosti i dostojanstva pacijenta, potreba za individualnim planiranjem i odlučivanjem i holistički pristup.

Nezavisnost

U palijativnom zbrinjavanju se prepoznaje i poštuje suštinska vrednost svake osobe, kao nezavisnog i jedinstvenog pojedinca. Zbrinjavanje se pruža tek kada su pacijent i/ili porodica spremni da ga prime. U idealnom slučaju, sam pacijent ima očuvanu sposobnost samoopredeljenja i sposobnost odlučivanja o tome gde će biti zbrinut, koje su mu terapijske opcije i kakav će biti pristup specijalističkom palijativnom zbrinjavanju.

Dostojanstvo

Potrebno je da se palijativno zbrinjavanje obavlja s poštovanjem, otvoreno i uvažavajući sve lične, kulturne i verske vrednosti, uverenja i običaje kao i zakone svake pojedine zemlje.

Odnos između pacijenta i članova tima koji vodi brigu u palijativnom zbrinjavanju

Osoblje koje pruža palijativno zbrinjavanje treba dobro da sarađuje sa pacijentima i njihovim porodicama. Pacijenti i njihove porodice su važni partneri u planiranju zbrinjavanja i kontroli njihove bolesti.

Kvalitet života

Glavni cilj palijativnog zbrinjavanja jeste da se postigne, podrži, očuva i unapredi kvalitet života.

Stav prema životu i smrti

Palijativno zbrinjavanje ne nastoji da ubrza, niti da odloži smrt. Eutanazija i pomoć lekara pri samoubistvu pacijenta nikako nisu predmet palijativnog zbrinjavanja već se samo razmatraju kao etičke dileme koje se javljaju unekim društvima kada je u pitanju kraj života. Palijativno zbrinjavanje treba da pomogne da se prepoznaju „vrednost života, prirodni proces smrti i činjenica da i jedno i drugo omogućavaju da se sagleda sopstvena stvarnost.

Komunikacija

Veštine dobre komunikacije predstavljaju osnovni preduslov kvalitetnog palijativnog zbrinjavanja. Komunikacija se odnosi na interakciju između pacijenta i zdravstvenih radnika, ali i interakciju između pacijenta i njegovih rođaka, kao i između različitih zdravstvenih radnika i službi uključenih u ovo zbrinjavanje.

Edukovanje javnosti

Važno je da se u javnosti stvori klima prihvatanja palijativnog zbrinjavanja i da se podigne svest o njegovom značaju. Stoga je nužno da se izgrade kapaciteti društvene zajednice i promoviše preventivna zdravstvena zaštita koja će omogućiti da se buduće generacije manje plaše umiranja i gubitka voljenih osoba, sa čime se svi neminovno suočavamo.

Multiprofesionalni i interdisciplinarni pristup

Timski rad se smatra centralnom komponentom palijativnog zbrinjavanja. Multiprofesionalni tim uključuje članove različitih zdravstvenih i drugih profesija i disciplina koji rade zajedno da pruže i/ili poboljšaju zbrinjavanje pacijenta sa određenim stanjem.

Maligni tumori su u 2006. godini, sa učešćem od 19,7% u svim uzrocima smrti bili drugi uzrok umiranja u Republici Srbiji. U strukturi bolesti koje zahtevaju palijativno zbrinjavanje maligna oboljenja su najzastupljenija.

PALIJATIVNO ZBRINJAVANJE DECE

Palijativno zbrinjavanje dece smatra se 'jedinstvenim i specifičnim; iziskuje veštine i sredstva koja se razlikuju od onih koja su potrebna za zbrinjavanje odraslih pacijenata'. Prema tome, palijativno zbrinjavanje dece predstavlja posebno polje, iako je ono tesno povezano sa palijativnim zbrinjavanjem odraslih. Svetska zdravstvena organizacija dala je sledeću definiciju palijativnog zbrinjavanja dece:

Palijativno zbrinjavanje dece je aktivno totalno zbrinjavanje tela, uma i duha deteta i uključuje pružanje podrške porodici. Ono počinje čim se bolest dijagnostikuje i nastavlja se nezavisno od toga da li dete prima terapiju za svoju bolest. Pružaoci zdravstvenih usluga moraju da procene fizičke, psihološke i socijalne patnje deteta. Delotvorno palijativno zbrinjavanje iziskuje širok multidisciplinarni pristup koji uključuje porodicu i koji koristi resurse raspoložive u zajednici; može se uspešno primeniti čak i kada su ti resursi ograničeni. Može se primenjivati u tercijarnim institucijama i zdravstvenim službama u lokalnoj zajednici.

U primere stanja kod dece koja zahtevaju palijativno zbrinjavanje spadaju:

Kategorija 1: Stanja koja ugrožavaju život deteta kod kojih je moguća kurativna terapija, ali je njen ishod neizvestan. Palijativno zbrinjavanje je neophodno ukoliko terapija ne da željene rezultate ili tokom akutne krize, sve dok je život deteta ugrožen. Kada dođe do dugotrajne remisije ili nakon uspešne kurativne terapije, potreba za palijativnim zbrinjavanjem prestaje. U ovu kategoriju spadaju: maligne bolesti, ireverzibilne insuficijencije srca, jetre i bubrega.

Kategorija 2: Stanja kod kojih je prerana smrt neizbežna i gde može da prethodni dug period intenzivne terapije u cilju produžavanja života i omogućavanja učešća u normalnim aktivnostima. U ovu kategoriju spadaju: cistična fibroza i mišićna distrofija.

Kategorija 3: Progresivna stanja kod kojih nije moguća kurativna terapija, već je palijativno zbrinjavanje jedina opcija i može trajati godinama (što je čest slučaj). Takva stanja su, na primer, Batenova bolest i mukopolisaharidoza

Kategorija 4: Ireverzibilna, neprogresivna stanja koja uzrokuju težak invaliditet, čiji je rezultat podložnost zdravstvenim komplikacijama i mogućnost prevremene smrti, npr. teška cerebralna paraliza i višestruki invaliditet posle povrede mozga ili kičmene moždine. Ova stanja karakterišu složene potrebe u pogledu zbrinjavanja i stalni rizik od nepredvidivog događaja ili epizode koja može ugroziti život pacijenta.

Razvoj palijativnog zbrinjavanja u Srbiji

Edukacija iz palijativnog zbrinjavanja u Srbiji još uvek ne postoji na nivou zdravstvene specijalizacije ili supspecijalizacije, kao što je to u mnogim zemljama. Međutim, Ministarstvo zdravlja namerava da izmeni ovo stanje i već su preduzeti vrlo značajni koraci u tom pogledu.

Godine 2003. Srbija nije imala nacionalni vodič, preporuke, standarde, niti politiku u vezi sa palijativnim zbrinjavanjem. Institut za onkologiju i radiologiju Srbije (IORS), sa sedištem u Beogradu, preveo je publikaciju Svetske zdravstvene organizacije (SZO) Ublažavanje kancerskog bola (1996) i usvojeni su i neki od ključnih principa „suportivne nege onkoloških bolesnika”. Godine 2005. Savet Evrope je, u saradnji sa Ministarstvom zdravlja Republike Srbije, održao Evropsku konferenciju o palijativnom zbrinjavanju u Beogradu iz koje je proistekla beogradska Deklaracija Palijativno zbrinjavanje za sve kojima je potrebno. Posle ove konferencije istaknuti su sledeći prioriteti za palijativno zbrinjavanje u Srbiji:

1. Formulisanje nacionalne politike za palijativno zbrinjavanje
2. Osnivanje centra za edukaciju/obuku
3. Poboljšanje dostupnosti analgetika, a posebno opioda
4. Podizanje svesti javnosti

"BELhospice" je jedina nevladina organizacija (NVO) koja pruža palijativno zbrinjavanje u Beogradu i osnovana je 2004. godine. Saradnici ove službe su u Srbiji uveli pojam palijativno zbrinjavanje, preveli Preporuku Saveta Evrope, učestvovali u izradi Vodiča dobre kliničke prakse u oblasti palijativnog zbrinjavanja (2004) i organizovali edukativne kurseve, kao i savetodavne i holističke usluge za beogradske bolnice i pacijente kod kuće.

Ministarstvo zdravlja je 2009. godine objavilo nacionalnu Strategiju za palijativno zbrinjavanje koja predstavlja dobru osnovu za razvoj palijativnog zbrinjavanja u Srbiji. Strategija predlaže da se kapaciteti za palijativno zbrinjavanje osnaže uz pomoć sveobuhvatnog obrazovnog programa, formulisanjem boljih propisa, poboljšanjem dostupnosti lekova i razvojem timova za palijativno zbrinjavanje u javnom zdravstvenom sistemu. Ministarstvo zdravlja je oformilo nacionalnu Radnu grupu koja je napisala nacionalnu Strategiju za palijativno zbrinjavanje i Akcioni plan. Ovaj plan ima za cilj da realizuje Strategiju u praksi i unapredi pružanje palijativnog zbrinjavanja specifičnim intervencijama na sva tri nivoa zdravstvene zaštite u Srbiji.

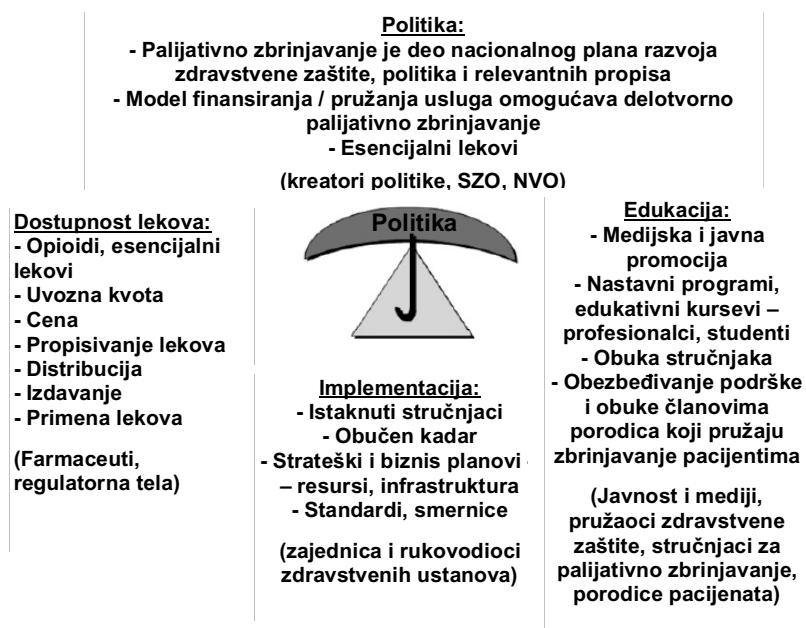
Demografski i epidemiološki podaci za Srbiju ukazuju na to da raste potreba za palijativnim zbrinjavanjem i razvojem institucija koje će brinuti o pacijentima pred kraj života. Nit koja se provlači kroz sve političke inicijative je da ove usluge treba osmisliti tako da se obezbedi sledeće:

- da ih pokreće zajednica i da se pružaju u zajednici
- da budu efikasne i delotvorne
- da budu proizvod delotvorne saradnje između državnih i nezavisnih organizacija
- da budu zasnovane na dokazima i uporedive sa međunarodnim standardima.

PRISTUP PALIJATIVNOM ZBRINJAVANJU U OKVIRU JAVNOG ZDRAVLJA

Pristup razvoju palijativnog zbrinjavanja kao sastavnog dela javnog zdravlja je osnov razvoja palijativnog zbrinjavanja u Srbiji i usmeren je na populaciju i faktore rizika, a ne na bolesti.

Model palijativnog zbrinjavanja u Srbiji se temelji na odgovarajućim politikama i programima, dostupnosti adekvatnih lekova, edukaciji koja obuhvata više kategorija stručnog i ukupnog stanovništva, i implementaciji ove politike (Slika 1).



Slika 1. Komponente neophodne za kvalitetno palijativno zbrinjavanja

MODELI PRUŽANJA PALIJATIVNOG ZBRINJAVANJA

Palijativno zbrinjavanje je globalni problem javnog zdravlja i zdravstvenih sistema i zbog toga treba da je među glavnim pitanjima kojima se bavi javno zdravlje i kreatori zdravstvene politike. Ovakav pristup je od ključnog značaja za razvoj palijativnog zbrinjavanja. Za bolje zbrinjavanje pacijenata na kraju života treba da se uzmu u obzir lokalni, socijalni, kulturološki i ekonomski uslovi. Prema tome, imajući u vidu činjenicu da se radi o važnoj komponenti zdravstvene zaštite u Srbiji, neophodno je da se model pružanja palijativnog zbrinjavanja razvije i prilagodi tako da zadovolji specifične potrebe različitih kultura i zajednica. Istovremeno, model treba da obezbedi zbrinjavanje na primarnom, sekundarnom i na tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, tj. na svim nivoima pružanja usluga da bi se osigurao kontinuitet procesa.

Neophodna je integracija usluga palijativnog zbrinjavanja u postojeći zdravstveni sistem u cilju obezbeđivanja njihove dostupnosti i održivosti. Država treba na najefikasniji način da iskoristi raspoloživa sredstva, što se može najbolje realizovati ako se ne razvijaju paralelni sistemi palijativnog zbrinjavanja, kad god je to moguće. Međutim, iako je ova integrisanost ključna za razvoj većeg broja usluga, činjenica je da će uvek postojati potreba za pružanjem nekih usluga izvan državnog zdravstvenog sistema, odn. službama kao što je npr. centar za palijativno zbrinjavanje "BELhospice" u Beogradu. Ovakve službe istovremeno obezbeđuju neophodne usluge palijativnog zbrinjavanja i predstavljaju centre za obuku kadrova u ovoj oblasti.

Da bi se odgovorilo na potrebu obezbeđivanja palijativnog zbrinjavanja u različitim delovima sveta, razvijeno je više modela zbrinjavanja. Pre svega palijativno zbrinjavanje se deli na nespecifično i specifično palijativno zbrinjavanje.

Nespecifično zbrinjavanje pružaju svi medicinski radnici koji dolaze u kontakt sa pacijentima i porodicama kojima je zbrinjavanje potrebno. Može ga pružati izabrani lekar i medicinska sestra u ambulanti ili na terenu, kao i veliki broj lekara i sestara u bolničkim uslovima nakon osnovne obuke.

Specifično palijativno zbrinjavanje pružaju profesionalci koji su prošli temeljnu obuku u ovoj oblasti i kojima je ovaj vid zbrinjavanja jedina delatnost. Može se pružati na sva tri nivoa zdravstvene zaštite:

- Palijativno zbrinjavanje kod kuće – Najveći deo palijativnog zbrinjavanja pruža se u kući bolesnika. Može se pružati preko specijalizovanih timova za palijativno zbrinjavanje (timova za kućno lečenje i negu) koji idu u posete pacijentima i pružaju im podršku kod kuće, ili se mogu pružati preko službi kućnog lečenja koje su vezane za ustanove primarne zdravstvene zaštite ili ga mogu pružati volonteri u zajednici. Često se podrška pruža kroz službe kućnog lečenja, a elementi palijativnog zbrinjavanja koji nedostaju mogu se dopuniti uz ove usluge. Ponekad je problem u tome što ljudi palijativno zbrinjavanje i usluge kućnog lečenja sagledavaju kao sinonime, što nije slučaj, a zapravo je nužno da se obezbedi da komponente palijativnog zbrinjavanja koje nedostaju budu integrisane u zbrinjavanje koje se pruža kod kuće.
- Jedinice za palijativno zbrinjavanje i dnevne bolnice – Iako se najveći deo palijativnog zbrinjavanja pruža u domu pacijenta, ili preko timova u ustanovama tercijarnog nivoa, i dalje postoji potreba za uslugama koje će se pružati na bolničkom nivou i to pacijentima koji imaju komplikovane simptome koji se ne mogu kontrolisati u kućnim uslovima. Pružanje usluga u dnevnoj bolnici je čest način pružanja intenzivnije nege i podrške; na primer, neke od dnevnih bolnica mogu da pruže dodatno savetovanje i podršku, transfuziju krvi itd.
- Bolnički timovi za palijativno zbrinjavanje – Ovi timovi pružaju specijalističke usluge u bolničkom okruženju, uglavnom u ustanovama tercijarnog tipa. Bolnički timovi mogu da dopru do mnogo ljudi u bolnici, i to ne samo pružanjem kliničkih usluga, već i zalaganjem za palijativno zbrinjavanje i njegovim razvojem u celoj bolnici.

Međutim, nijedan model palijativnog zbrinjavanja nije pogodan za svaku sredinu, različite uslove zdravstvene službe i druge značajne okolnosti. Stoga, kada se osniva nova služba, veoma je važno da se prethodno sprovede temeljna analiza potreba i da se svaki nivo zbrinjavanja preispita i prilagodi svim relevantnim uslovima.

U razvoju modela palijativnog zbrinjavanja treba obratiti pažnju ne samo na nivo zdravstvene službe na kome se pruža određena usluga, već i kako će se uspostaviti veza između nivoa, kako će se upućivati pacijenti i ostvariti saradnja.

Veliki broj zemalja prihvatio je da se deo palijativnog zbrinjavanja odvija kroz rad dobrotvornih organizacija koje zapošljavaju edukovane profesionalce u ovoj oblasti i koje značajan deo novca za svoj rad pribavljaju iz donacija ili putem dobrotvornih akcija.

Socijalni rad i palijativno zbrinjavanje

Socijalni radnici imaju veliko iskustvo u pružanju podrške umirućima i ožalošćenima. U tom smislu, oni imaju dobru polaznu osnovu za rad sa osobama kojima je potrebno palijativno zbrinjavanje. Njihova profesionalna uloga zasniva se na jasnom okviru etičkih standarda i vrednosti, dubokoj svesti o različitosti i socijalnoj nejednakosti, posvećenosti borbi za ljudska prava i socijalnu pravdu, što su, istovremeno, preduslovi za pružanje kvalitetnog zbrinjavanja u poslednjim fazama života.

Socijalni radnici uglavnom rade sa ljudima lošeg materijalnog stanja, marginalizovanim i društveno isključenim osobama. Iako su izloženi većem riziku od prerane smrti i iako je stopa mortaliteta veća kod ovih ljudi, često im je teško da dobiju podršku kakva im je potrebna. Zahvaljujući veštinama i iskustvu u zastupanju interesa ugroženih, socijalni radnici mogu da pomognu pomenutim grupama da dođu do resursa i usluga kojima bi se iskustvo umiranja i smrti učinilo bezbolnijim.

Razumevanje pojedinca u kontekstu njegove porodice, zajednice i kulture je od ključnog značaja za socijalni rad. Osim toga, neophodno je razumevanje za potrebe onih koji se staraju o bolesnoj osobi, kao i šire porodice. Kada postoje različiti ili oprečni stavovi o potrebama umiruće osobe, socijalni radnici preuzimaju ulogu posrednika i pregovarača.

Da bi se razumele i uslišile želje i potrebe bolesne osobe i njene porodice neophodna je partnerska saradnja sa njima. Međutim, imajući u vidu da sa gubitkom zdravlja ljudi postaju osetljiviji, njihovo pravo na samostalno odlučivanje i autonomiju smatra se veoma važnim.

U radu sa osobama koje su pretrpele gubitak, socijalni radnici se na sistematičan način bave praktičnim i emocionalnim aspektima prilagođavanja. Oni se često rano uključuju u zbrinjavanje starih ili ometenih osoba kojima se pružaju određene usluge, tako da mogu mnogo da doprinesu i olakšaju njihov proces prelaska na palijativno zbrinjavanje kada to postane potrebno.

Dobro poznavanje propisa u oblasti socijalne zaštite omogućava socijalnim radnicima da šire sagledaju probleme sa kojima se pacijent i njegova porodica suočavaju, kao i da – zahvaljujući iskustvu saradnje sa kolegama iz sistema zdravstvene zaštite – razumeju širi kontekst i multidisciplinarni pristup u palijativnom zbrinjavanju.

SVEOBUHватNA PROCENA U PALIJATIVNOM ZBRINJAVANJU

Procena u palijativnom zbrinjavanju usmerena je na ublažavanje patnje. Patnja može da ima fizičke, psihološke (emocionalne), socijalne (praktične) i duhovne komponente. Procena mora da uključi sve ove aspekte stanja i iskustva pacijenta.

Sveobuhvatna procena u palijativnom zbrinjavanju se razlikuje od tradicionalnih medicinskih, jer je njen cilj i ublažavanje patnje. Strategije za ublažavanje patnje kod pacijenata kojima se bliži kraj života treba da se zasnivaju na sveobuhvatnoj proceni pacijenta kao celovite ličnosti. U tom smislu, neophodno je prepoznati i prihvatiti da iskustvo bolesnika sa bolešću ima više dimenzija.

Ublažavanje patnje je važno koliko i izlječenje i kontrola bolesti i iziskuje timski pristup. Sprovođenje sveobuhvatne procene patnje pacijenta je značajno jer je olakšanje patnje jednako važan medicinski cilj kao i lečenje i kontrola bolesti. Svaki član tima za palijativno zbrinjavanje (npr. lekar, medicinska sestra, socijalni radnik, sveštenik, itd.) igra posebnu ulogu u ovoj proceni. Svako od njih u obavljanje zadatka unosi svoje specifične veštine i pacijent može sa različitim članovima tima da razgovara na različite teme. I sam proces procene može da bude terapijski instrument.

Zdravstveni radnik obezbeđuje pacijentu informacije o njegovom zdravlju, ali on pored toga može sa njim da razgovara i o značaju tih informacija i da sprovede procenu njegove situacije. Na ovaj način se izražava saosećajnost koja je deo terapijske uloge zdravstvenog radnika. Uloga zdravstvenog radnika je da vodi računa o pacijentu u celini, a ne samo o njegovoj bolesti.

Članovi interdisciplinarnog tima (lekari, medicinske sestre, socijalni radnici, sveštenici, pedijatri i drugi) uz članove porodice podeliće odgovornost i zalagaće se za pacijenta i primenu terapijskog plana.

Pregled procene

Sveobuhvatna procena počinje pravilnim uzimanjem anamneze. Treba početi razgovor sažetim prikazom bolesti i terapije. Zatim se procene fizički simptomi, a potom obrati pažnja na psihološka, socijalna i duhovna pitanja. Ovakav postepeni pristup omogućava da se proceni pacijentova sposobnost odlučivanja. Zatim se procenjuje šta bi pacijent želeo kada je u pitanju razmena informacija i odlučivanje. Pri tome se mogu lako proceniti socijalni i kulturološki aspekti bolesti. Potom sledi procena duhovnih aspekata. Na kraju, važno je proceniti i praktične aspekte podrške i usluga zbrinjavanja, kao i planove pacijenta i porodice za predviđeni smrtni ishod.

Bolest/sažetak terapije

Pacijent će pred kraj života najverovatnije imati dugu medicinsku istoriju i brojne intervencije koje čine složenu anamnezu. Važno je da se zna da li prethodno primljene terapije odgovaraju onome što je u tom momentu raspoloživo i šta pacijent želi.

Procena fizičkog stanja pacijenta

Procena fizičkog stanja pacijenta koji se suočava sa smrću razlikuje se od standardne procene i najbolje je obaviti je polazeći od simptoma i funkcionalnih aktivnosti, a ne po sistemima organa ili anatomiji. Ovakav pregled potvrđuje nalaze iz anamneze i daje početne kliničke informacije. Takođe, na ovaj način se uspostavlja odnos sa pacijentom, što ima i terapijsko dejstvo. Ponekad pomaže u sprovođenju dijagnostičkih testova, koje treba izvoditi samo ako će njihovi rezultati nesumnjivo uticati na terapijski plan, odnosno biti od pomoći u formulisanju plana. Pošto dijagnostički testovi mogu predstavljati opterećenje za pacijenta, treba ih svesti na minimum.

Uobičajeni simptomi

U uobičajene simptome spadaju bol, slabost/zamor, dispnoja, nesanica, gubitak telesne težine, konfuznost, opstipacija, anksioznost, mučnina/povraćanje i depresija. Treba pitati za

svaki simptom posebno jer su za njih mogući brojni uzroci. Simptomi su nekad povezani sa primarnom bolešću, ali mogu biti i posledica medicinske terapije, ili su u vezi sa nekim drugim medicinskim stanjem. U nastanku fizičkih simptoma veliku ulogu igraju psihološki, socijalni i duhovni faktori.

Sposobnost funkcionisanja

Može li pacijent da se kreće? Da li dovoljno dobro čuje i vidi? Da li je bezbedan? Može li da obavlja svakodnevne aktivnosti? Kakav je odnos sa partnerom i seksualna funkcija?

Psihološka procena

Postavljaju se osnovna skrining pitanja u vezi sa mentalnim statusom – da li je pacijent ponekad konfuzan, da li ima halucinacije. Treba pitati kakvo je raspoloženje – anksioznost, tuga. Depresija i anksioznost spadaju u najprevalentnije, ali najređe dijagnostikovane simptome kod pacijenata koji se suočavaju sa sopstvenim krajem. Najvažnija psihološka pitanja su značenje bolesti, emocionalno stanje, komunikacija i podrška, kao i postojanje nerešenih pitanja. U toku razgovora se bez oklevanja postavlja pitanje o eventualnom postojanju samoubilačkih misli, bilo kao rutinsko pitanje, uz ostala, ili u okviru posebnog razgovora na ovu temu. Nema dokaza da ovakav razgovor podstiče misli o samoubistvu. Na ovaj način se, zapravo, postavlja osnova za kasnije razgovore, ako budu potrebni, i omogućava da pacijent izrazi sve što misli, što može imati terapijsko dejstvo.

BOL

Međunarodna asocijacija za proučavanje bola definiše bol kao neprijatan čulni i emocionalni doživljaj, koji se povezuje sa postojećim ili mogućim oštećenjem tkiva ili se opisuje rečima koje odgovaraju tom oštećenju.

Često su citirane reči Alberta Švajcera koji kaže da je bol „strašniji Gospodar čovečanstva nego što je i sama smrt”. Kada pacijent oseća stalan bol to utiče na sve aspekte njegovog života. U okviru palijativnog zbrinjavanja najveći broj pacijenata koji osećaju hronični bol su onkološki pacijenti. Procenjeno je da približno 70–80% onkoloških bolesnika sa odmaklom bolešću oseća bolove. Ako imamo u vidu procenu Svetske zdravstvene organizacije da oko 17 miliona ljudi u svetu boluje od malignih bolesti dolazimo do podatka da oko 12–13 miliona ljudi pati od hroničnog kancerskog bola. Treba imati u vidu da i mnogi drugi pacijenti koji boluju od drugih hroničnih bolesti takođe osećaju hronični bol.

Isto tako, ne treba zaboraviti da jak bol koji osećaju pacijenti utiče i na članove njihovih porodica i na druge ljude iz njihovog okruženja. Zbog toga je jasno da lečenje bola predstavlja jedan od osnovnih problema u palijativnom zbrinjavanju i da uspešna kontrola bola značajno poboljšava kvalitet života kako samih pacijenata tako i njihovih bližnjih.

Kako nastaje bol

Bol je subjektivan osećaj. Ne postoji osim ako ga i dok ga ne prepozna centralni nervni sistem. Proces koji se dešava na periferiji sam po sebi ne znači bol. Proces prepoznavanja bola uključuje sledeće četiri faze:

- Transdukciju – nociceptori prepoznaju bolnu draž na periferiji (konverzija energije koja je izazvala draž u električnu energiju samog receptora koja će dalje biti preneti)
- Transmisija – „poruka” se prenosi od receptora na periferiji do centralnog nervnog sistema
- Modulacija – poruka se modifikuje kroz uticaj ekscitatornih i inhibitornih mehanizama
- Percepcija – mozak prepoznaje nadražaj kao bolnu senzaciju.

Receptor je specijalizovani deo ćelije koji prepoznaje draž i odgovara na nju. Obično, ali ne uvek, receptor se nalazi na površini ćelijske membrane. Kada receptor prepozna draž ona se pomoću akcionog potencijala prenosi perifernim nervima i ascedentnim putevima duž kičmene moždine do centralnog nervnog sistema. Ova informacija može biti modifikovana aktivnostima drugih nervnih puteva, ascedentnih ili descedentnih i ovaj uticaj na prenos bolnih nadražaja se naziva modulacija. Završni akt celog procesa uključuje percepciju, tj. prepoznavanje od strane viših centara u mozgu.

Totalni bol

Na percepciju bola utiču mnogi faktori. Pored samog fiziološkog procesa, koji je uzrokovan bolnim nadražajem, mnoge druge komponente, kao što su socijalni, duhovni ili psihološki faktori, doprinose percepciji bola. Sisili Sonders je ovaj koncept nazvala „totalni bol”.

Klasifikacija bola

Bol nije homogen čulni entitet. Postoje mnogi načini za klasifikaciju bola i to odražava multidimenzionalni aspekt ovog osećaja. **Prema patofiziološkom mehanizmu** nastanka, bol se klasifikuje kao **nociceptivni i neuropatski bol**.

- Nociceptivni bol je onaj koji nastaje kao odgovor na draži sa kože, iz mišića ili kosti (somatski bol) ili unutrašnjih organa (visceralni bol).
- Neuropatski bol nastaje kao odgovor na oštećenje i bolest perifernog i/ili centralnog nervnog sistema.

Prema vremenskom obrascu bol se klasifikuje kao akutni, hronični ili kao epizode „proboja bola”.

- Akutni bol traje kratko i u osnovi je zaštitni mehanizam koji nas upozorava na opasnost.
- Hronični bol traje duže, obično tri meseca ili duže, ali to nije samo vremenska odrednica, tj. ne označava samo produžetak akutnog bola. Stalni bol dovodi do promena u centralnom nervnom sistemu koji ga zapravo razlikuje po svojoj prirodi od akutnog bola „dužeg trajanja”. Hronični bol se danas tretira kao nezavisna bolest.
- Pored stalnog, hroničnog bola, kod pacijenata kod kojih se postigne zadovoljavajući terapijski efekat mogu se povremeno javiti iznenadne, kratkotrajne epizode pojačanog bola (spontane, idiopatske). Ova pojava se naziva „proboj bola”. Kada je uzrok koji dovodi do ove pojave nepoznat, epizode proboja bola su spontane, idiopatske, a kada je poznat i može se predvideti (kao što je neki pokret, pritisak itd.) bol se naziva incidentni bol. Ranije opisan oblik „proboja bola” koji se javlja usled smanjene koncentracije analgetika u plazmi i dešava se pred kraj intervala doziranja (eng. end-of-dose failure) danas se više ne smatra probojem bola.

Procena bola

Lečenje bola treba započeti odgovarajućom procenom bola predstavlja osnovu za kvalitetno lečenje. Tek nakon kompletne procene definiše se bolni sindrom i predlaže se odgovarajuća terapija. Procena bola mora biti kontinuirana i obavezno se sprovodi u redovnim vremenskim intervalima, kao i u slučaju pojačanja bola. Pošto je bol subjektivan fenomen, jedno od osnovnih pravila je da pacijentu verujemo. Pacijent procenjuje jačinu bola koji oseća. Robert Twycross je rekao: „Bol je ono što pacijent kaže da ga boli". Tokom istraživanja došlo se do zaključka da profesionalci obično potcenjuju jačinu bola dok je članovi porodice precenjuju.

Postoji nekoliko instrumenata za procenu bola. Neke od njih, kao što su unidimenzionalne skale (numerička skala, vizuelna analogna skala ili verbalna skala), koriste se u svakodnevnoj praksi za procenu jačine bola, a neki drugi multidimenzionalni instrumenti (Brief Pain Inventory, McGill Pain Questionnaire) pružaju i dodatne korisne informacije, zbog čega se češće koriste u istraživanju. Pored ove procene, neophodna je i psihosocijalna procena svakog pacijenta.

Lečenje bola

Ublažavanje bola je osnovno ljudsko pravo. Cilj lečenja mora biti realan tj. mora se težiti sledećem:

- noć bez bola
- dnevni odmor bez bola
- kretanje bez bola: nije uvek moguće

Farmakoterapija čini osnovu lečenja hroničnog bola. Ako sledimo principe Svetske zdravstvene organizacije za lečenje bola možemo očekivati uspeh kod 80–90% pacijenata:

- „Na usta“: uvek kada je moguće analgetike treba davati na usta. Oralni put je za pacijente najjednostavniji i najprihvatljiviji.
- „Prema satnici“: lekove treba davati u redovnim vremenskim intervalima kako bi se održala terapijska koncentracija leka u plazmi i sprečila pojava bola.
- Po „principu stepenica“: koristiti trostepeni princip stepenica SZO

„Princip stepenica“ SZO

- 1. stepenica: Za blagi bol (1–4/10 NRS1) neopioidi su analgetici izbora. Njima se mogu dodati koanalgetici ako je potrebno.
- 2. stepenica: Umereno jak bol (5–6/10 NRS): Ukoliko lek prve stepenice ne može da ublaži bol, ili pacijent procenjuje bol kao umereno jak, primenjuju se slabi opioidi, u kombinaciji sa neopioidima i koanalgeticima, kada je to potrebno.
- 3. stepenica: Jak bol (7–10/10 NRS) ili bol koji je prethodno lose kontrolisan drugim lekovima zahteva primenu jakih opioda. Jaki opioidi se takođe mogu kombinovati sa neopioidima i mogu im se dodavati koanalgetici. Jačina bola određuje kako ćemo započeti lečenje bola.

Neopiodni analgetici

Paracetamol deluje kao analgetik i antipiretik. Njegov mehanizam delovanja nije potpuno jasan. Ne izaziva iritaciju želudačne sluzokože i ne utiče na agregaciju trombocita, ali je u većim dozama hepatotoksičan (preko 4 gr/24h ili kod dugotrajne primene u maksimalnoj dnevnoj dozi).

Nesteroidni antiinflamatorni lekovi (NSAIL) predstavljaju veliku grupu lekova različitog hemijskog sastava koji deluju na isti način: analgetički, antipiretički i antiinflamatorno. Osnovni mehanizam dejstva se odvija putem inhibicije enzima ciklo-oksigenaze (obe varijante i Cox 1 i Cox 2) koji je važan za sintezu prostaglandina. Prostaglandini su dominantno medijatori zapaljenja, ali su uključeni i u mehanizme nastanka bola i povišene temperature.

Opioidni analgetici

Opioidi su osnovni lekovi za lečenje umereno jakog i jakog bola. Ostvaruju svoja dejstva vezivanjem za opioidne receptore (μ -mi, δ -delta i κ -kapa,) koji se nalaze u više regija mozga, kičmenoj moždini, ali i na periferiji.

Opioidi za lečenje blagog i umerenog bola: „slabi” opioidi

Kodein je godinama korišćen kao standardni slabi opioidni analgetik 2. stepenice. On je manje potentan u odnosu na morfin (oko 10 puta), ali u većem stepenu dovodi do opstipacije. Maksimalna dnevna doza leka je 360 mg.

Tramadol predstavlja „most” između slabih i jakih opioda. Ima dvostruki mehanizam dejstva: vezivanjem za opioidne receptore i blokiranjem presinaptičkog preuzimanja serotonina i noradrenalina. To ga čini korisnim lekom kod neuropatskog bola. Njegova oralna bioraspoloživost je vrlo dobra (preko 90%) i primenjuje se u različitim formulacijama. Maksimalna dnevna doza leka je 400 mg.

Opioidi za lečenje umereno jakog/jakog bola: „jaki” opioidi

Morfin je opioid izbora SZO za lečenje umereno jakog/jakog bola. On je i dalje opioid o kome se najviše zna i koji se najšire koristi i ostaje „zlatni standard” sa kojim se porede svi drugi opioidi. Ima jako analgetičko dejstvo i dostupan je u mnogim formulacijama. Njegove povoljne farmakološke osobine (brza apsorpcija bez obzira na način primene), brz metabolizam (uglavnom u jetri u neaktivni M-3-G i aktivni M-6-G metabolit) čine ga pogodnim za titriranje potrebne doze opioda. Potreban je oprez kod pacijenata sa oštećenom bubrežnom funkcijom jer se metaboliti morfina izlučuju putem bubrega.

Komplikovani bol

Uprkos činjenici da su poslednjih godina saznanja o bolu i kontroli bola značajno unapređena, još uvek postoje neke vrste bola koje se označavaju komplikovanim i teškim za kontrolisanje. Farmakoterapija je osnovni pristup za kontrolu bola. Smatra se da će se bol uspešno ublažiti kod 90% pacijenata ukoliko se primenjuju i prate preporuke SZO za kontrolu bola.

Komplikovani ili kompleksni bol je termin koji se uglavnom odnosi na neuropatski bol, bol u kostima ili bol usled povišenog intrakranijalnog pritiska jer se ovi tipovi bola mogu samo delimično ublažiti opioidima. Komplikovanim bolom se smatra i ishemični bol, kao i psihološki, socijalni ili duhovni bol.

PSIHOLOŠKI / PSIHIJATRIJSKI SIMPTOMI

Uznemirenost

Ispitivanje koncepta uznemirenosti u kontekstu psiholoških i psihijatrijskih simptoma može biti korisno. Dijagnostički kriterijumi mogu pomoći u odabiru načina kontrole, ali ne pomažu mnogo u prepoznavanju i proceni simptoma.

Uzroci:

- Suočeni sa bolešću koja ugrožava život, pacijenti i njihove porodice nailaze na mnoge poteškoće i mnogo toga ih uznemirava. To može imati za posledicu emotivnu labilnost, anksioznost i konstantno neraspoloženje.
- Četiri ključne situacije u kojima je rizik od pojave uznemirenosti su veći:
 - o Postavljanje dijagnoze i saopštavanje loših vesti
 - o Remisija bolesti koja se retko kontroliše i izaziva strepnju zbog budućnosti
 - o Relaps ili progresija bolesti
 - o Terminalna faza, kada je stepen uznemirenosti članova porodice i staratelja možda najviši.

Kontrola:

- Procena uznemirenosti treba da bude sastavni deo palijativnog zbrinjavanja
- Ukoliko je evidentno da je prisutan visok stepen uznemirenosti, treba dodatno istražiti problem i razmišljati o uključivanju stručnjaka iz oblasti psihologije
- Procena fizičkog oboljenja koje je u osnovi
- Odgovarajuća podrška i psihološke intervencije
- Razmisliti o uvođenju lekova, kada je u pitanju npr. dugotrajno depresivno raspoloženje, poremećaj spavanja i ukoliko stanje utiče na kvalitet života

Poremećaji prilagođavanja

- Nastaju kao rezultat velike psihološke traume i nastojanja osobe da se prilagodi i nosi sa traumatičnim iskustvom.
- Mogu se definisati kao „stanja subjektivne uznemirenosti i emotivne pometnje, doživljena na kliničkom nivou, koja se javljaju tokom pokušaja prilagođavanja na stresne pojave, kao što je teška bolest“.
- Važno je prepoznati poremećaje prilagođavanja koji mogu biti praćeni depresivnim raspoloženjem.
- Tada treba pružiti odgovarajuću podršku, kako bi se izbegle dalje psihološke komplikacije.
- Postoji više mogućih intervencija, npr. socijalna podrška, mogućnost iskazivanja osećanja, kognitivno restrukturiranje ili razvoj veština savladavanja teškoća.

Depresija

- Često se dešava da depresija promakne stručnjacima, odnosno, da se ne dijagnostikuje kod teško bolesnih osoba. Međutim, 25–75% pacijenata sa uznapredovalom bolešću pati od depresije.

Delirijum / Akutno konfuzno stanje

- Delirijum je globalna cerebralna disfunkcija, koju karakteriše oscilovanje nivoa svesti.
- Može biti:
 - o Hiperaktivni (agitirani), za koji su karakteristične halucinacije i obmane
 - o Hipoaktivni (letargični), za koji su karakteristične konfuzija i sedacija
 - o Kombinovani – sa nekim karakteristikama oba pomenuta tipa.
- Treba imati na umu da pacijenti teško oštećenog sluha ili vida, ili veoma anksiozni, mogu na prvi pogled izgledati konfuzni ili kao da su u delirijumu.
- U faktore koji mogu izazvati delirijum spadaju:
 - o nekontrolisan bol
 - o urinarna retencija ili teška opstipacija
 - o promena okruženja, napuštanje doma, premeštanje sa jednog odeljenja na drugo
 - o metabolički poremećaji: uremija, hiperkalcemija, hiponatremija
 - o infekcija: infekcija urinarnog trakta, kriptokokni meningitis, druge oportune infekcije
 - o hipoksija
 - o cerebralne metastaze
 - o lekovi: opioidi, antimuskarinici, kortikosteroidi
 - o apstinencija: alkohol, benzodiazepini, opioidi, nikotin

Kliničke karakteristike delirijuma i demencije su iste (oslabljeno pamćenje, mišljenje i rasuđivanje i dezorijentisanost) i zbog toga može biti teško razlikovati ova dva stanja. Osobenost na osnovu koje se može napraviti razlika je poremećaj svesti koji je karakterističan za delirijum, ali ne i za demenciju. Najupadljiviji simptomi demencije su poremećaj dugoročne i kratkoročne memorije, narušena sposobnost rasuđivanja i apstraktnog mišljenja.

Kontrola:

- Treba biti smiren i izbegavati konfrontacije
- Reagovati na komentare pacijenta
- Članovi porodice treba da pomognu pacijentu da se orijentiše – podsećanjem na mesta, događaje itd.
- Pacijenta ne treba ostavljati samog, a njegovoj porodici pružiti detaljna objašnjenja
- Proveriti da li u okruženju u kom je smešten pacijent postoje neke opasnosti. Prostor u kome pacijent boravi treba da bude dobro osvetljen, ukoliko je moguće
- Delovati na osnovni uzrok kada god je moguće
- Pružiti podršku pacijentu i članovima njegove porodice, imajući u vidu da je briga o konfuznom pacijentu veoma iscrpljujuća.

PROGNOZIRANJE

Kod onkoloških pacijenata, najvažniji faktor za prognoziranje ishoda bolesti je funkcionalni status: mera sposobnosti pacijenta da samostalno obavlja određene funkcije, njegov nivo aktivnosti i energije. Pacijenti sa solidnim tumorima najčešće izgube oko 70% svoje funkcionalne sposobnosti u poslednja tri meseca života. Najčešće korišćene skale za merenje funkcionalne sposobnosti su Karnofski index (100 = normano stanje; 0 = smrt) (Tabela 5) i ECOG skala (0 = normalno stanje; 5 = smrt) (Tabela 6).

Tabela 5. Karnofski skala

Funkcionalni status		Definicija
Pacijent je u stanju da obavlja svakodnevne aktivnosti i da radi; nije potrebno posebno zbrinjavanje.	100	Pacijent nema žalbi; nema znakova bolesti.
	90	Pacijent je u stanju da obavlja svakodnevne aktivnosti; postoje znaci ili simptomi bolesti.
	80	Pacijent uz poteškoće obavlja svakodnevne aktivnosti ; postoje neki znaci ili simptomi bolesti.
Pacijent nije u stanju da radi, ali je u stanju da boravi kod kuće i da se stara o sebi, uz manju ili veću pomoć drugih osoba.	70	Pacijent se stara o sebi, ali nije u stanju da obavlja svakodnevne aktivnosti i da radi.
	60	Pacijentu je povremeno potrebna pomoć, ali je uglavnom u stanju da se brine o sebi.
	50	Pacijentu je potrebna znatna pomoć i česte medicinske intervencije.
Pacijent nije u stanju da se stara o sebi; potrebna je hospitalizacija, odnosno, smeštaj u zdravstvenu/ socijalnu ustanovu; bolest može brzo napredovati.	40	Pacijentove sposobnosti su veoma ograničene; potrebna je posebna medicinska pomoć i nega
	30	Pacijentove sposobnosti su krajnje ograničene; potrebna je hospitalizacija, ali smrt nije blizu.
	20	Pacijent je u veoma teškom stanju; hospitalizacija je neophodna; potrebno je aktivno zbrinjavanje.
	10	Pacijent je na samrti.
	0	Smrt

Tabela 6. Skala Istočne kooperativne onkološke grupe – ECOG skala

Funkcionalni status	Definicija
0	Potpuno aktivan; bez funkcionalnih ograničenja
1	Teške fizičke aktivnosti ograničene; potpuno pokretan i u stanju da obavlja lake poslove
2	Sposoban da se u potpunosti stara o sebi, ali ne i da nešto radi; relativno aktivan $\geq 50\%$ vremena koje provodi u budnom stanju
3	Sposoban da se delimično stara o sebi; vezan za krevet ili stolicu $> 50\%$ vremena kada je budan
4	Potpuno nesposoban; nije u stanju da se stara o sebi; u potpunosti vezan za krevet ili stolicu.

Razvijene su novije prognostičke skale sa ciljem da pomognu u dobijanju prognostičke informacije. Najjednostavniji metod procene funkcionalne sposobnosti kod onkoloških bolesnika jeste da se pacijentu postave pitanja kao što su: „Kako provodite vreme?“ „Koliko vremena provodite u sedećem ili ležećem položaju?“ Ukoliko je odgovor „ $>50\%$ vremena“ i ukoliko se to vreme povećava, možete okvirno proceniti da je pacijentu prestalo ≤ 3 meseca života. Dužina preživljavanja je manja i ukoliko se povećava broj postojećih fizičkih simptoma, naročito ako je jedan od simptoma dispnoja uzrokovana karcinomom.

Potvrđeno je za nekoliko sindroma koji se javljaju kod onkoloških pacijenata da je prosečna dužina preživljavanja mala i to:

- Maligna hiperkalcemija: 8 nedelja, osim kod novootkrivenog raka dojke i multiplog mijeloma.
- Maligna perikardijalna efuzija: 8 nedelja
- Karcinomatozni meningitis: 8–12 nedelja
- Multiple metastaze u mozgu: 1–2 meseca bez zračenja; 3–6 meseci uz zračenje
- Maligni ascites i maligne pleuralne efuzije ili maligna opstrukcija creva: < 6 meseci.

Pacijenti sa metastatskim solidnim kancerom, akutnom leukemijom ili limfomom visokog gradusa, koji ne dobija sistemsku hemioterapiju (iz bilo kog razloga) mogu da žive do 6 meseci. Izuzetak su pacijenti sa metastatskim rakom dojke ili rakom prostate sa dobrim opštim stanjem jer ove vrste karcinoma imaju sporiji tok. Kod njih je potrebno da postoje dodatne karakteristike da bi se moglo reći da neće još dugo živeti (slabljenje funkcionalnog statusa, dispnoja, gubitak telesne mase).

Dužina preostalog života bolesnika je veoma delikatno i osetljivo pitanje. U razgovoru sa pacijentima i članovima njihove porodice treba dati korisne i potrebne informacije (kad žele da ih dobiju), ali oni pri tome ne treba da steknu utisak da im je rečeno koliko dugo će pacijent živeti, jer to nije moguće znati.

HITNA STANJA U PALIJATIVNOM ZBRINJAVANJU

Tokom zbrinjavanja pacijenata čiji je život ugrožen, nekada je potrebna hitna procena ili lečenje. Iako se to ne dešava svakog dana, postoje situacije u kojima se brzom intervencijom mogu preduprediti ozbiljne posledice.

Najčešća hitna stanja uglavnom su onkološke prirode, kao npr. hiperkalcemija, kompresija kičmene moždine, opstrukcija gornje šuplje vene i hemoragija, ali treba imati na umu da u hitna stanja spadaju i mnoge druge situacije, kao na primer:

- hitan otpust iz bolnice kako bi se pacijentu ispunila želja da umre kod kuće
- emotivne „krize“, kada pacijent pokazuje neuobičajeno visok stepen anksioznosti
- duhovne / emotivne / socijalne „krize“ praćene neodoljivom potrebom da se „stvari srede“ pre nego što bude prekasno.

U ovakvim situacijama jasno rasuđivanje je od ključnog značaja, kao i razumevanje suštine zbrinjavanja hitnih stanja. Neophodno je da zdravstveno osoblje shvati prirodu hitnih stanja u palijativnom zbrinjavanju i primerenost hitne reakcije u datom momentu. Kada dođe do ovakve situacije, obično se nameću tri pitanja na koja treba što pre naći odgovor da bi se osigurao odgovarajući postupak, a to su .

1. Koja faza bolesti je u pitanju?
2. Šta uzrokuje dati problem u datom trenutku?
3. Kakve ideje, brige i očekivanja imaju pacijent i porodica?

ZBRINJAVANJE U POSLEDNJIM ČASOVIMA ŽIVOTA

Ciljevi zbrinjavanja u poslednjim časovima života

Kada su u pitanju pacijenti u odmaklim fazama progresivnih bolesti, donošenje odluka je izuzetno složeno. Stvari nikada nisu crne ili bele, ali se mora odlučiti šta treba, a šta ne treba raditi. Zdravstveni radnici treba da odole iskušenju da preduzimaju medicinsku intervenciju ukoliko nema dokaza da će ona biti korisna pacijentu. Dakle, moramo biti u stanju da procenimo potencijalnu korist i štetu. Izuzetno je važno i neprestano pitati pacijenta šta misli o terapiji i kako se oseća. Osim toga, treba saslušati članove porodice pacijenta i što jasnije odgovoriti na njihova pitanja. Kako se stanje pacijenta pogoršava, uloga porodice kao njegovog zastupnika postaje sve važnija, ali želje porodice treba usaglasiti sa mišljenjem tima za palijativno zbrinjavanje o tome šta je u najboljem interesu pacijenta.

Ciljevi zbrinjavanja u poslednja 24 časa:

- Obezbediti udobnost pacijentu – fizičku, emotivnu, duhovnu
- Obezbediti mir i dostojanstvo u poslednjim časovima
- Zbrinjavanjem i podrškom koja se pruža umirućem pacijentu i njegovim bližnjima učiniti sve da sećanje porodice na umiranje bude što pozitivnije.

Iako je prognoziranje smrti teško, dođe momenat kada postane jasno da je pacijentu preostalo vrlo malo vremena. Simptomi bolesti se kod većine pacijenata mogu dovoljno ublažiti da pacijent umre u miru.

Razgovor o skoroj smrti

Neki pacijenti su spremni da otvoreno i iskreno razgovaraju o svojoj skoroj smrti, dok je za druge to izuzetno teško. Želje pacijenta u vezi sa poslednjim časovima života trebalo bi, ukoliko je moguće, utvrditi ranije, ali se važni razgovori mogu voditi i u poslednjim danima života. Na taj način članovi porodice stiču utisak da su na najbolji mogući način iskoristili dragocene momente i da su rešili značajna pitanja, npr. gde pacijent želi da umre ili gde želi da bude sahranjen/kremiran, kao i pitanja koja se tiču finansija ili nekog „nezavršenog“ posla

Znaci i simptomi skore smrti (prema Liverpulškoj putanji zbrinjavanja umirućih pacijenata)

Da bi se pružilo odgovarajuće zbrinjavanje u poslednjim časovima života važno je dijagnostikovati umiranje. Iako to nije uvek jednostavno, sledeće karakteristike mogu se smatrati simptomima skore smrti:

- Izuzetna slabost
- „Vezanost“ za krevet
- Duži intervali pospanosti
- Dezorijentisanost u pogledu vremena sa ekstremno ograničenim poljem pažnje
- Krajnja nezainteresovanost za hranu i piće
- Teškoće pri gutanju lekova.

Liverpulška putanja zbrinjavanja (LPZ) umirućih pacijenata je dokument koji pruža smernice za najbolji vid zbrinjavanja na kraju života. On uključujući i smernice kako da se obezbedi udobnost i uteha pacijenta, zatim anticipatorno propisivanje lekova i prekid nepotrebnih intervencija. Prema LPZ, pacijent ulazi u fazu umiranja ukoliko se njegovo stanje značajno pogoršalo u poslednje vreme, tj. poslednjih dana/nedelja i ako postoje dva od četiri navedena kriterijuma:

- Ne ustaje iz kreveta
- Polukomatozno stanje
- Može da uzima samo male gutljaje tečnosti
- Nije u stanju da uzima tablete.

Međutim, ovi kriterijumi nisu pouzdani ako pacijent ne boluje od maligne bolesti. Ne treba zaboraviti da se pacijent u fazi umiranja nekada može oporaviti i stabilizovati na određeno vreme. Pre nego što se dijagnostikuje umiranje, treba utvrditi da li se može otkloniti uzrok pogoršanja stanja pacijenta.

PSIHOLOŠKE REAKCIJE

Procena psihosocijalnih potreba

Cilj palijativnog zbrinjavanja je celokupna procena i holističko lečenje pacijenata. Ključni element holističkog pristupa je da se uzmu u obzir psihološke i socijalne potrebe pacijenata i njihovih porodica. Psihološki i socijalni problemi su povezani sa fizičkim simptomima i uticaj ove dve grupe poremećaja je dvosmeran, psihološki i socijalni problemi mogu uticati na

pojavu fizičkih simptoma i obratno. Kontrolom ovih simptoma ublažavaju se i simptomi što utiče na poboljšanje kvaliteta života bolesnika.

Na tešku bolest uvek postoji emocionalni odgovor. Bolest dovodi u pitanje doživljaj sopstvene ličnosti, zatim svest bolesnika o sebi i svojoj ulozi u životu. Reakcije na saznanje o bolesti su različite, nekad se od faze šoka i borbe na kraju dolazi do razrešenja. Kod većine ljudi se javlja spektar različitih emocija, a njihov redosled se ne može uvek predvideti. Emocije nailaze u iznenadnim talasima i/ili, pak, mogu biti perzistentne. Pacijentu pomaže ako mu se objasni da je takvo reagovanje normalno. Bolesnik treba da izrazi i prenese svoja osećanja što stvara uslove za aktivan razgovor i slušanje. Često pomaže ako lekar ili drugi zdravstveni radnik prepozna osećanja, pokaže da ih prihvata i na taj način ih učini normalnim.

Strahovi

Skoro svi pacijenti, kada se suočavaju sa krajem svog života, strahuju za budućnost. Uobičajeni su strahovi zbog gubitka kontrole, gubitka dostojanstva, gubitka odnosa i fizičke patnje. Kada se razvija plan zbrinjavanja, od presudnog značaja je da se zna kojim strahovima je pacijent sklon.

Nerešena pitanja

Nerešena pitanja u privatnom životu, posebno u međusobnim odnosima, predstavljaju značajan problem pacijenata na kraju života. Možda ćete pažljivim slušanjem i iskrenim razgovorom otkriti da je uzrok nemira neko nerešeno pitanje. Bilo da se radi o rešavanju starog spora/svađe, poslednje posete koju će primiti ili u koju će otići, ili završavanje životnog dela ili nekog važnog posla, treba napraviti plan zbrinjavanja koji će omogućiti da se ovo obavi. Lekar svojom veštom komunikacijom dolazi do postojanja ovih nerešenih pitanja.

Procena sposobnosti za odlučivanje

Sposobnost odlučivanja može se posmatrati kao opšta sposobnost odlučivanja i kao sposobnost donošenja određenih vrsta odluka. Neki pacijenti su generalno nekompetentni, tj. ne funkcionišu ni u jednoj oblasti života. Oni nisu u stanju da vode sopstvene poslove i moraju da se oslanjaju na druge. Nisu u stanju ni da daju saglasnost za bilo kakvu odluku koja se tiče njihovog zdravstvenog stanja. Međutim, među pacijentima u odmaklim stadijumima bolesti sasvim je uobičajeno da ima onih sa očuvanim mentalnim funkcijama, odnosno onih koji nisu nekompetentni. Pacijent koji ne zna gde se nalazi ili koji više nije u stanju da vodi sopstvene poslove i dalje može biti sposoban da odluči da li je neka medicinska intervencija prihvatljiva. Ako pacijent nema sposobnost odlučivanja, u njegovo ime može da govori lice koje se imenuje za tu odgovornost.

Procena komunikacije

Svaki čovek, a naročito bolestan čovek, oseća se bolje kada ima sa kim da podeli teret. Kada je reč o teško bolesnim osobama, korisno je znati ko je osoba sa kojom pacijent deli nevolje. Nekada je to član porodice, ali može biti i neko drugi, npr. blizak prijatelj. Kao deo rutinskog razgovora sa pacijentom, pitajte ga da li razume sve što mu je rečeno i da li je dobio odgovore na sva postavljena pitanja iz domena medicine. Način razmene informacija razlikuje se od čoveka do čoveka i od porodice do porodice. Iz razgovora sa pacijentom treba da zaključite koju količinu informacija želi da dobije. Pitajte ga da li želi da o njegovoj bolesti informišete članove njegove porodice i/ili prijatelje. Može se organizovati i porodični sastanak na kom

zdravstveni radnici svim članovima porodice istovremeno daju značajna obaveštenja o stanju pacijenta. U ovakvim prilikama socijalni radnici mogu mnogo da pomognu.

SOCIJALNA PROCENA

Bolest utiče i na socijalne aspekte života, a socijalne prilike utiču na bolest. Socijalni radnici su sastavni deo terapijskog tima kako bi pomogli pacijentu, njegovoj porodici i drugim zdravstvenim radnicima. Sledeća polja socijalnog okruženja pacijenta su relevantna za procenu patnje u socijalnoj dimenziji: ko se stara o pacijentu (ko ga neguje), kakve su potrebe pacijenta kod kuće, kakva podrška je dostupna u zajednici, kakvo je finansijsko stanje pacijenta.

Finansijska pitanja

Mnoge porodice u kojima je neki član teško bolestan troše znatan deo svoje ušteđevine ili čak sve što imaju za negu pacijenta, što može dovesti do teške nemaštine. Ovakvo finansijsko opterećenje porodice izaziva brigu, stid, pa čak i želju da se smrt ubrza.

Duhovna procena

Svaki čovek ima duhovnu dimenziju svog života. Socijalni i zdravstveni radnici retko ispituju tu univerzalnu dimenziju ljudskog iskustva, a studije pokazuju da pacijenti rado prihvataju razgovor na ovu temu. Treba imati na umu da postoji mogućnost da pacijent doživi duhovni rast i zadovoljenje duhovnih potreba u poslednjim fazama svog života. Treba proveriti koliko je u prošlosti bila snažna duhovna dimenzija i koliko je pacijent naklonjen duhovnosti, odn. da li bi možda želeo da ga poseti sveštenik/duhovnik, ili ga je već posetio i da li postoje neki važni verski rituali koje bi trebalo obaviti. Naravno, ne treba insistirati na razgovoru o duhovnoj dimenziji života ukoliko pacijent to ne želi.

Značenje bolesti

Pacijent koji se suočava sa bolešću koja ugrožava život često razmišlja o pitanjima koja se ne postavljaju ni lako, ni slobodno. Kod jednog broja obolelih potrebno je da neko iz zdravstvenog tima „otvori ova vrata“ nakon čega će pacijent postavljati pitanja kao što su:

- Šta će mi se dogoditi?
- Kakav će biti tok bolesti?
- Šta će se desiti sa mojom decom?

Ova pitanja se mogu čuti u svim sredinama i okolnostima. Pacijenti često razmišljaju o smrti i umiranja i pitaju se:

- Kako ću umreti? Šta ću osećati?
- Gde ću umreti (kod kuće, u bolnici, itd.)?
- Šta treba da uradim (planiranje, preispitivanje proteklog života, planiranje zbrinjavanja unapred itd.)?

Ako ste vešti u komunikaciji možete da započnete razgovor o ovim pitanjima tako što će uvesti temu na sasvim uopšten način, npr. može reći: „Mnogi ljudi u Vašoj situaciji razmišljaju o umiranju, da li i Vi razmišljate o tome?“

Još jedno važno pitanje je gubitak kontrole. Ozbiljna bolest menja životne planove. Samostalne i nezavisne osobe, koje nikada nisu razmišljale o tome da bi u životu moglo biti drugačije, zbog bolesti se suočavaju sa činjenicom da zavise od drugih osoba; one postaju svesne da gube kontrolu ili strahuju od gubitka kontrole u različitim sferama. Pacijenti uviđaju da gubitak kontrole nad sopstvenim telom uključuje nesposobnost samostalnog uzimanja hrane, održavanja lične higijene i fizioloških potreba, što sve zajedno predstavlja veliki teret. U svesti mnogih osoba ove promene su povezane sa gubitkom dostojanstva i osećajem srama.

Sveštenici i obredi

Sveštenici ne prolaze posebnu obuku za zbrinjavanje ljudi na kraju života. Neki pacijenti će se osećati bolje ako se sveštenik iz zajednice u kojoj žive priključi terapijskom timu, a neki ne. Treba pitati pacijenta da li želi posebne molitve, obrede ili poslednja činodejstvovanja i voditi računa da sve radnje i obredi budu obavljani kako pacijent i njegova porodica žele.

Duhovne krize

Saznanje o gubitku veze sa društvenom zajednicom ili sa dotadašnjim načinom života može dovesti u pitanje smisao i svrhu života bolesnika. Ponekad se duhovna patnja manifestuje kao osećaj krivice i bezvrednosti. Ukoliko se ovi problemi ne prepoznaju, ne može se napraviti odgovarajući plan zbrinjavanja koji će doneti olakšanje. Pacijenti mogu da dovedu u pitanje svoju veru (mnogi maju utisak da ih je Bog napustio) ili da izraze želju za oproštajem i pomirenjem.

Praktična procena stanja

Iako veoma važna, ova vrsta procene se često zanemari. Treba se informisati o situaciju u kući bolesnika i tome ko može da mu pomogne, koje su potrebe u domaćinstvu, uključujući i to kako se pacijent snalazi u svakodnevnim poslovima kao što su kuvanje, čišćenje, kupovina, odlazak u banku, plaćanje računa i sl. Sa napredovanjem bolesti bolesniku je sve teže da pređe određene razdaljine. Pitajte da li mu je potreban prevoz. Kod nekih bolesnika problem je nabavka hrane i/ili kuvanje i plaćanje računa. To su pitanja koja se odnose na svakodnevne životne obaveze i opravdano je da se postave, kao i pitanje da li je pacijent u stanju da sam uzima lekove.

Staratelji

Mnogim pacijentima je potrebno da član porodice ili prijatelj vodi osnovnu brigu o njima. Preuzimanje ovakve odgovornosti može biti veoma zahtevan zadatak koji iziskuje veliko angažovanje i mnogo vremena. Ispitivanja su pokazala da o pacijentima u kući najčešće brinu supružnici ili kćeri. Zbog toga su udovice i ljudi koji žive sami često izolovani i potrebne su im osobe sa strane ako žele da ostanu u svojoj kući. Odnos između pacijenta i osobe koja je neguje je veoma važan. Neki pacijenti i njihovi staratelji teško uspostavljaju dobar odnos, što može da ima trajan negativan uticaj. Drugi ne žele da se o njima staraju članovi porodice, bez obzira na to koliko su oni voljni da to čine. Isto tako, neki članovi porodice nisu voljni ili nisu u stanju da se staraju o svojim bližnjima. Da bi se ispravno postupilo neophodno je sprovesti procenu i pacijenta i staratelja.

Porodica

Većina ljudi ima porodicu. Članovi porodice mogu biti deca ili stari koji nisu u stanju da se nezavisno staraju o sebi. I kućni ljubimac može biti važan član porodice. Kada se porodica sa

takvim članovima suoči sa zbrinjavanjem člana porodice koji umire, jedini izlaz iz teške situacije je angažovanje drugih lica. Za terapijski tim je važno kako je porodica organizovana.

DUHOVNA PODRŠKA

Duhovna podrška pacijenata smatra se jednim od važnih elemenata palijativnog zbrinjavanja kod onih osoba koje imaju izraženu duhovnu dimenziju u svom životu. Sisili Sonders, osnivač hospis pokreta, bila je hrišćanka, predani vernik, i ta njena vera je bila osnova na kojoj je razvila zbrinjavanje umirućih pacijenata. Međutim, iako je bila hrišćanka ona je uvek bila svesna da je važno da hospisi uključe i pacijente drugih veroispovesti, odnosno one pacijente koji su ateisti. Ona je pojam duhovnosti shvatala šire i naglašavala da se on ne odnosi samo na veru u religijski smislu. Duhovnost je sveobuhvatniji pojam i uključuje celokupno polje mišljenja koje se odnosi na moralne vrednosti kojih se čovek držao za života.

Duhovna podrška kao deo holističkog pristupa (zbrinjavanja)

Sisili Sonders se šezdesetih godina prošlog veka suprotstavila dominaciji 'medicinskog' u konvencionalnom sistemu zdravstvene zaštite i razvila okvir za zbrinjavanje umirućih pacijenata sa naglaskom na holistički pristup (koji uključuje fizičke, psihološke, socijalne i duhovne aspekte). Sondersova je verovala da je jednako važno da se vodi računa o mislima i osećanjima pacijenata, kao i o proceni i ublažavanju njihovih fizičkih simptoma. Kada negujemo čoveka koji trpi bol, treba da vodimo računa o njegovom telu, porodici i unutrašnjem životu (Saunders, 1988).

Palijativno zbrinjavanje se bavi celokupnim iskustvom bolesti koje proživljava pacijent kada se približava smrti. Šta to za ove ljude znači? Kakve su im misli i osećanja?

Duhovni bol / totalna bol

Bolest i približavanje smrti mogu da izazovu duhovni bol jer pacijent više nije u stanju da živi kao ranije, niti je u stanju da stvarno ostane isti. Sondersova je razvila pojam totalnog bola koji pacijent trpi kada „ništa nije kako treba“. Ona je naglasila da neki pacijenti bol opisuju kao osećaj preplavljenosti bolom, a ne samo kao fizički bol. Sondersova je totalni bol opisala kao stanje u kome pacijent, pored fizičkog bola, trpi mentalni i egzistencijalni bol. Dakle, on se suočava sa skorom smrću, pa stoga i egzistencijalnim pitanjima i osećanjima kao što su krivica, bes ili očajanje. Neki osećaju potrebu da traže oproštaj, spokoj ili nadu kada se osvrnu na svoj protekli život. Sondersova je verovala da se pacijentima može olakšati duhovna patnja tako što će im se pomoći da se suoče sa duševnim bolom i nađu način da se sa njim nose, umesto da izbegavaju teške misli i osećanja. Ako im se pruži prilika da ispitaju i izraze takva osećanja i misli, pacijentima se pomaže da održe i nađu novi smisao u životu i pomirenje i spokoj. Pacijenta takođe treba podržati i podstaći da preispita svoja životna postignuća i kakvo su ona imala značenje.

Potruga za smislom

U filozofiji Sondersove potraga za smislom predstavlja važan aspekt duhovne podrške. Ona je ovaj pojam ugradila u svoj okvir zbrinjavanja umirućih pacijenata na osnovu knjige Viktora Mana "Čovekova potraga za smislom". Na osnovu ekstremnog iskustva iz nacističkih logora za vreme Drugog svetskog rata, on je razvio ideju nalaženja i sagledavanja sopstvenog života kao

ključnog elementa za preživljavanje ljudi uopšte. On je formulisao stanovište po kome svrha ljudskog bića nije da izbegava bol, već da sagleda i nađe smisao u životu kroz patnju. Ovo je suština načina na koji je Sondersova razumela pojam dušebrižništva, odnosno pružanja duhovne podrške pacijentima.

Šta je duhovna podrška

Duhovna podrška podrazumeva uvažavanje jedinstvenosti svakog pojedinca i prihvatanje njegovih sumnji, uverenja i vrednosti, kakvi god da su. Ovde se radi o otkrivanju stvarnih uverenja i briga pacijenta.

Kada je u pitanju duhovni bol i zadovoljavanje duhovnih potreba pacijenta, nema mnogo toga što treba „uraditi“; treba samo biti prisutan i slušati. Mnogim zdravstvenim i socijalnim radnicima je teško da sa „činjenja“ pređu na puko „prisustvovanje“. Neki se osećaju bespomoćno jer smatraju da ne rade ništa. Važno je da zapamtite da se ovde radi o aktivnom slušanju i da slušajući radite nešto veoma važno.

Komunikacija

Važan deo duhovne podrške pacijenta je sam čin slušanja šta drugi imaju da kažu. Time se olakšava otkrivanje smisla i svrhe u tim pričanjima.

Najdelotvorniji način pokazivanja poštovanja za druge ljude je da se sasluša šta imaju da kažu. Spremnost da se sasluša bez osuđivanja i da se stvarno čuje šta je rečeno omogućava pripovedanje. Kada pripoveda o nečemu, pacijent se osvrće na period sopstvenog života, retrospektivno i priseća se događaja o kojima govori i obogaćuje ih svojim tumačenjima, što mu pomaže da im da i smisao i svrhu. Prisećanje lepih uspomena i sećanje na trenutke kada su životne potrebe bile zadovoljene, kada nije bilo očaja, kada je neuspeh prevaziđen, može da donese nadu i smanji strah. Ovo može da dâ smisao jer pacijent sagledava sopstveni život kao smisaoni i razume šta mu je važno. Bolnije uspomene se mogu podeliti i izraziti, pa se pacijentu može pomoći da se osvrne unatrag i te priče poveže sa budućim ciljevima i težnjama.

Važno je da se pri zadovoljavanju duhovnih potreba pacijenta manje oslanjamo na naše veštine i znanja koja posedujemo kao profesionalci, a više na ono što znamo kao ljudi. Kada se zadovoljavaju duhovne potrebe pacijenta mi gradimo odnos poverenja i saosećajnosti koji oslikava ljudsku povezanost između dve osobe.

DEMENCIJA

Demencija je hronični, opšti, obično ireverzibilni gubitak intelektualnih i kognitivnih kapaciteta. Demencija može nastati u bilo kom uzrastu, ali prvenstveno zahvata starije osobe. Ona je najčešći razlog za smeštanje starijih ljudi u staračke domove.

Demencija je zapravo sindrom izazvan oboljenjem mozga, obično hronične ili progresivne prirode, u kome postoji višestruko oštećenje viših kortikalnih funkcija uključujući pamćenje (oštećeno upamćivanje uz propadanje inventara znanja), orijentaciju u vremenu i prostoru, rasuđivanje, shvatanje, te promene ličnosti (narušavanje finih emocija, etičkih principa, estetskih shvatanja). Kognitivna oštećenja su obično praćena deterioracijom emocionalne kontrole, socijalnog ponašanja ili motivacije. Demencija dovodi do značajnog pada u intelektualnom funkcionisanju, i takođe narušava aktivnosti svakodnevnog življenja, kao što su pranje, odevanje, ishrana, lična higijena, ekskretorne i toaletne aktivnosti. Kako će se taj pad prikazati zavisice u velikoj meri od socijalnog i kulturnog miljea u kome osoba živi.

Demencije se mogu podeliti na nekoliko načina, npr:

1. Alchajmerova bolest

Najčešći oblik demencije, procenjuje se da na nju otpada od 60 pa do čak 80% svih demencija. Polovina ovih slučajeva predstavlja samo Alchajmerovu bolest, dok druga polovina predstavlja ovu vrstu demencije koja je udružena sa još nekim drugim oblikom demencije. Alchajmerova bolest se ogleda u progresivnom propadanju kognitivnih funkcija i pojavom karakterističnih senilnih plakova - depozita β -amiloida i stvaranjem neurofibrilnih traka u kori mozga i subkortikalnoj sivoj masi. Sledstveno, dolazi do atrofije temporalnih lobusa i hipokampusa. Bolest ima neprimetan početak i često je njen početak maskiran očekivanim smanjenjem kapaciteta osobe u starosti. Oboleli mogu da budu svesni opadanja svojih kapaciteta i mogu nastojati da maskiraju simptome.

2. Vaskularna demencija

Vaskularna demencija predstavlja čestu formu demencije koja nastaje nakon moždanog udara, a najčešća forma ove demencije je poznata kao multiinfarktna demencija. Kao jedina forma demencije se javlja u 10% slučajeva, ali je mnogo češće udružena sa drugim oblicima demencije. Moždani udar kao razlog nastanka vaskularne demencije je posebno značajan zbog toga što je broj moždanih udara u Srbiji sve veći. Dok je u razvijenim zemljama njihov broj u opadanju za 42%, u zemljama u razvoju i nerazvijenim zemljama se njihov broj povećao dva puta. U Srbiji godišnje oko 25.000 ljudi ima moždani udar, a veruje se da se čak 80% njih se može sprečiti. Sprečavanje pre svega podrazumeva regulaciju krvnog pritiska (koji je odgovoran za preko 50% svih moždanih udara), dok postojanje šećerne bolesti povećava rizik pojave moždanog udara za dva puta. Od lokalizacije i veličine oštećenja nastalog moždanim udarom zavisi vrsta i veličina oštećenja koji će ga pratiti. U skoro 40% slučajeva zahvaćen je centar za govor i dolazi do afazije. Kod vaskularne demencije je često ugroženo rasuđivanje, donošenje odluka, postoji gubitak sposobnosti i veština koje se odnose na svakodnevne aktivnosti i po tome se razlikuje od početnih simptoma Alchajmerove bolesti. Nekada je postojanje vaskularne demencije bilo korišćeno da se isključi postojanje Alchajmerove bolesti i obrnuto, ali su je patološki dokazano vrlo često simultano postojanje obe ove vrste demencije.

3. Demencija Levijevih tela

Relativno retka forma demencije. Oboleli mogu imati slične početne simptome kao i oboleli od Alchajmerove bolesti, ali se češće viđa poremećaj spavanja, vizuelne halucinacije, poremećaj ravnoteže sa čestim padovima i povređivanjem, kao i simptomi slični Parkinsonovoj bolesti sa spazmom i podrhtavanjem ruku. Organski se javljaju Levijeva telašca, koja zapravo predstavljaju depozite specifičnog proteina u neuronima. Kada se depoziti jave u kotreksu mozga dolazi do demencije, dok ukoliko se jave u delu srednjeg mozga koji se naziva supstancija nigra dolazi do pojave Parkinsonove bolesti.

4. Frontotemporalne demencije

Uključuju više vrsta demencija čiji se početni simptomi ogledaju u promenama u ličnosti i ponašanju sa poremećajima govora. Za razliku od Alchajmerove bolesti, u početnim fazama bolesti, pamćenje može biti očuvano. Dolazi do atrofije čeonog i temporalnog režnja. Ove vrste demencija mogu da se pojave kod starijih osoba (preko 65 godina starosti), ali oko 60% slučajeva se nalazi kod osoba starosti između 45 i 60 godina.

5. Druge demencije

Obuhvata čitav spektar različitih demencija. Posebno je zanimljiv Korsakovljev sindrom, pre svega zbog toga što je kod ove vrste demencije moguće delimičan ili potpun oporavak. Korsakovljev sindrom može nastati kao posledica niza faktora, od unosa velikih količina alkohola, malog unosa vitamina, neadekvatne ishrane, oštećenja uzrokovanih padovima...

Klasifikacija demencija je danas, uglavnom, realizovana na osnovu dva sistema: međunarodne klasifikacije bolesti—deseta revizija ICD10 i četvrte revizije klasifikacije američke psihijatrijske asocijacije (DSM IV).

Klasifikacija demencija:

- **F00 Demencija u Alzheimer-ovoj bolesti**
- **F01 Vaskularna demencija**
- **F02 Demencija u drugim oboljenjima (Pick, Jacob Creutfeld, Huntington, Parkinson)**
- **F03 Nespecifikovana demencija**
- **F04 Organski sindrom demencije**

Postoje i jasno definisani dijagnostički kriterijum za postavljanje dijagnoze demencije. Njihova primena bi trebalo da limitira subjektivno i individualno procenjivanje stanja pacijenta i da doprinese sigurnosti u dijagnostičkom zaključivanju. **Prema ICD10 opšti dijagnostički kriterijumi su:**

G1

- a. slabljenje pamćenja (naročito novih podataka)
- b. slabljenje drugih kognitivnih sposobnosti (pogrešno rasuđivanje i mišljenje, planiranje, organizovanje i opšta obrada podataka)

G2

svest o okolini je očuvana u dovoljno dugom periodu da dopusti manifestovanje simptoma

G3

slabljenje emocionalne kontrole ili motivacije ili promena u socijalnom ponašanju (1. emocionalna labilnost, 2. iritabilnost, 3. apatija, 4. grubo socijalno ponašanje)

G4

simptomi iz kriterijuma G1 moraju biti prisutni najmanje šest meseci

Pored opštih postoje i dodatni kriterijumi koji za cilj imaju postavljanje dijagnoze različitih tipova demencije kao što je Alchajmerova bolest.

Neurodegenerativne bolesti koje dovode do demencije po zdravstvenim (njihov morbiditet i mortalitet je odmah iza kardiovaskularnih i malignih bolesti), socijalnim (onemogućavaju kvalitetan život obolele osobe u zajednici) i ekonomskim pokazateljima (troškovi lečenja obolelih će uskoro biti jednaki kao zajednički troškovi za kardiovaskularne bolesti, rak i moždani udar) imaju danas ogroman značaj. Zbog porasta udela starije populacije u budućnosti se očekuje dalje povećanje broja obolelih. U okviru demencija, Alchajmerova bolest je sveukupno najčešći (50-70%) oblik demencije u svim zemljama sveta u kojima je ova bolest detaljno proučavana, a nakon 65 godina starosti prisutna je kod više od 80% dementnih bolesnika. Prevalenca varira, ali u proseku se može reći da je po učestalosti Alchajmerova bolest četvrti uzrok smrti u razvijenim zemljama. Od Alchajmerove bolesti oboleva oko 2,2% populacije ispod 65 godina starosti, a 20-50% populacije iznad 85 godina starosti (u SAD 33% starijih od 85 godina ima Alchajmerovu bolest). Epidemiološki su utvrđeni mnogobrojni rizični faktori za nastanak bolesti, iako način njihovog delovanja nije poznat. Definitivno je prihvaćeno da se prevalenca Alchajmerove bolesti udvostručuje svakih 5 godina kod osoba starosti između 65 i 85 godina, dakle gotovo eksponencijalno. Kao faktor manjeg značaja se uzima da žene češće obolevaju od Alchajmerove bolesti (iako pre 70. godine starosti češće obolevaju muškarci). Ta proporcija se naročito povećava posle 75. godine života, da bi do 90. godine prema nekim istraživanjima dostigla i odnos od 9:1, ali je za to verovatno delimično odgovorna i činjenica da žene u proseku žive duže nego muškarci. Osim toga zapaženo je da osobe nižeg stepena edukacije ili zaposlenja imaju gotovo dva puta veću verovatnoću obolevanja od Alchajmerove bolesti, kao i skoro tri puta ako su istovremeno i nižeg stepena edukacije i nižeg stepena zaposlenja.

Drugi poremećaji koji su povezani s demencijom su Parkinsonova bolest, Huntingtonova bolest, progresivna supranuklearna paraliza, Creutzfeldt–Jakobova bolest, neurosifilis... Razlikovanje vrste ili uzroka demencije je teško; definitivna dijagnoza često zahteva *post mortem* patološki pregled moždanog tkiva. Bolesnici mogu imati više od jednog tipa demencije.

Depresija može imitirati demenciju (a nekad se i nazivala pseudodemencijom); ova su dva poremećaja često udružena.

Demencija prolazi kroz tri faze:

- inicijalna faza
- faza umerene težine
- teška uznapredovala faza

Inicijalna faza u razvoju demencije

Ova faza traje od 2-4 godine. Manifestuje se poremećajem pamćenja, narušavanjem svakodnevnih aktivnosti, poremećajem orijentacije u prostoru i vremenu, naročito u nepoznatom okruženju, kompromitovanim vođenjem finansijskih transakcija, poremećajem govora u smislu otežanog pronalaženja odgovarajućih reči. Psihijatrijski i bihejvioralni poremećaji koji se mogu javiti su na početku depresija blagog ili umerenog stepena, anksioznost, blaga do umerena paranoidnost sa idejom da im neko krade stvari iz kuće, da ih supružnik vara, potom gubitak interesa za zabavu i dr. Može se javiti agnozija (oštećena sposobnost identifikovanja predmeta uprkos očuvanog čula dodira), apraksija (oštećena sposobnost da izvode naučene motoričke zadatke usprkos očuvanoj motoričkoj funkciji) ili afazija (oštećena sposobnost da razumeju ili koriste jezik) i sve to dodatno ograničava funkcionalnu sposobnost. U ovoj fazi, neophodno je bolesniku i porodici objasniti o kakvoj se vrsti poremećaja radi, osvetliti sve probleme u vezi sa daljim postupcima da bi se realizovao cilj da osoba nastavi sa dotadašnjim uobičajenim životom, da u skladu sa interesovanjem praktikuje fizičke i mentalne vežbe i da započne medikamentozni tretman.

Faza umerene težine

Ova faza traje od 2 do 10 godina. Bolesnici imaju narušene najjednostavnije operacije računanja, čitanja, pisanja. Pamćenje za starije događaje je relativno bolje očuvano nego za svežije. Otežano je pronalaženje reči pri najobičnijoj konverzaciji, govor je repetitivni, vidljive su teškoće u praćenju kompleksnije konverzacije, razumevanje je značajno oštećeno. Takođe su evidentne i teškoće sa oblačenjem, održavanjem lične higijene, u familijarnim prostornim koordinatama, prepoznavanjem bliskih osoba i objekata. U ovom stadijumu razvijaju se sumanute ideje paranoidnog karaktera, agitacija i agresivnost. U ovoj fazi se sprovodi edukacija staraoca kako bi razumeli ponašanje bolesnika, pokušava se sa simplifikacijom dnevnih aktivnosti bolesnika angažovanjem preostalih potencijala, kao i nastavljjanje medikamentoznog tretmana. Takođe, u skladu sa izmenama ponašanja ordinira se dodatna simptomatska terapija.

Teška faza demencije

U kasnoj fazi demencije ispoljavaju se najpre gubitak socijalnih kontakata, poremećaj spavanja i budnosti, nestabilan hod i usporeni pokreti. Pamćenje je teško oštećeno i za starije događaje. Evidentan je gubitak koherentnog govora i konfuznost u verbalnoj komunikaciji. Bolesnici su potpuno zavisni od druge osobe u pogledu lične higijene, uzimanja hrane i oblačenja, ne snalaze se prostorno i u svojoj kući, skloni su lutanju. U ovoj etapi demencije česti su opazajni poremećaji različitog tipa i intenziteta, te epizode agresivnog ispoljavanja. U terapijskom pristupu osnovni cilj je obezbediti dostojanstveni svakodnevni život (poštovanje principa kvalitetne nege i etičnosti, preveniranje komplikacija, na primer, nastanka infekcija) uz ordiniranje simptomatske medikamentozne terapije da bi se delovalo na aktuelne tegobe. Bolesnici mogu imati poteškoća s gutanjem. Imaju povećan rizik od pothranjenosti, upale pluća (osobito zbog aspiracije) te nastanka dekubitusa. Tokom vremena bolesnici izgube moć govora. U krajnjem stadijumu demencije bolesnici postaju komatozni i umiru, obično zbog neke upale.

Demencija je obično progresivna. Ipak, brzina progresije je individualna i zavisi od uzroka. Demencija skraćuje život, ali je vreme preživljavanja individualno.

Demencija ne samo da menja život bolesnika već i značajno menja život ostalih članova porodice koji se suočavaju sa novim problemima. Ovaj poremećaj zahteva i adekvatnu saradnju počevši od porodičnog okruženja, socijalnih i dravstvenih ustanova, lokalne zajednice, odgovarajućih službi i institucija, kao i značajna materijalna ulaganja. Pružanjem pomoći drugim osobama, pomagači se povremeno suočavaju sa sopstvenim stresom koji se manifestuje usled dugotrajnog, napornog rada. Ukoliko znaju da prepoznaju sopstveno stanje stresa, pomagači će se lakše suočiti sa njim i ublažiti ga. Kada osećaju da ih posao pružanja pomoći previše iscrpljuje, kada počnu da se preispituju i kada permanentno osećaju napetost i nezadovoljstvo, tada je trenutak da se psihološka znanja i veštine koja su primenjivana u radu sa drugim ljudima usmere ka nekom obliku samopomoći. Pored toga, insistira se na sigurnosti bolesnika: radni i fizikalni terapeuti mogu proveriti da li je kuća/stan "siguran"; cilj je sprečiti nezgode, posebno padove...

Alchajmerova bolest

Na stručnom sastanku održanom u novembru 1906. godine doktor Alois Alchajmer je prezentovao slučaj "neobicnog oboljenja kore velikog mozga" i prikazao neobičnu kliničku sliku i neuropatološki nalaz obolele gospođe Auguste Deter.

Ovu pacijentkinju doktor Alchajmer je sreo tokom 1901. godine u državnoj bolnici u Frankfurtu. Obolela je primljena u bolnicu u 51. godini života, a umrla je pet godina kasnije. Neko vreme pre prijema u bolnicu obolela nije više mogla da vodi brigu o sebi i odbijala je svaku ponuđenu pomoć. Po prijemu na lečenje njene osnovne tegobe su bile gubitak orijentacije u vremenu i prostoru, gubitak sećanja i naglašene teškoće u pisanju i čitanju.

Simptomi su vremenom postajali sve izraženiji da bi pred kraj života imala svakodnevne halucinacije i potpuni gubitak viših mentalnih funkcija. Doktor Alchajmer je proučavajući njen mozak, nakon njene smrti, uočio velike promene pogotovo na kori mozga, spoljašnjem omotaču koji je odgovoran za memoriju, razmišljanje, rasuđivanje i govor. Patohistološka analiza pokazala je da je kora njenog mozga bila istanjena i da je postojao veoma obilan senilni plak (promena ranije viđena samo kod starih osoba). Alchajmer je, posle proučavanja, prvi video i opisao vlaknastu, strukturu u nervnoj ćeliji – pojavu koja je definisala novu bolest.

Demencija je ušla u medicinsku literaturu 1907. godine. Psihijatar Emil Krapelin je 1920. godine predložio da novo opisana bolest bude obeležena Alchajmerovim imenom. Alois Alchajmer je rođen 14. juna 1864. godine u Bavarskoj. Bio je najpoznatiji nemački psihijatar i neuropatolog koji je prvi objavio slučaj senilne demencije. Bio je vrlo pažljiv i sistematičan istraživač, posvećen radu u laboratoriji, a posebno je bio poznat i uvažavan zbog rezultata u eksperimentalnoj histologiji. Dr Alchajmer je umro 1915 godine u 51. godini života od endokarditisa.

Alchajmerova bolest se ogleda u progresivnom propadanju kognitivnih funkcija i pojavom karakterističnih senilnih plakova - depozita β -amiloida i stvaranjem neurofibrilnih traka u kori mozga i subkortikalnoj sivoj masi.

U većini slučajeva Alchajmerove bolesti, ona nastaje sa kasnim početkom, preko 60 godina, ali u oko 5 do 15% slučajeva javlja se porodično; polovina tih slučajeva ima rani početak, pre 60 godina i povezani su sa specifičnim genetskim poremećajima.

Najmanje 5 različitih genetskih lokusa smeštenih na hromosomima 1, 12, 14, 19 i 21 utiču na početak i progresiju Alchajmerove bolesti.

Naime, postoje APOE geni koje svaka osoba nasleđuje od svojih roditelja i koji su zaduženi za regulisanje stvaranje proteina koji transportuje hiolesterol u krvi. Ovi geni se mogu javiti u tri oblika – kao e2, e3 ili e4 – i svako nasleđuje jedan oblik od svakog od roditelja. Najčešće se može videti e3 oblik, a najređe e2 oblik. Istraživanja su pokazala da osobe koje imaju e4 formu ovih gena imaju veći rizik nastanka Alchajmerove bolesti od osoba koje imaju e3 formu, dok su u najmanjem riziku osobe sa e2 formom APOE gena. Osobe koje su od jednog roditelja nasledili e4 formu gena imaju tri puta veći rizik nastanka bolesti od osoba koje nemaju ofu formu gena, dok osobe koje naslede e4 formu od oba roditelja imaju rizik koji je čak za 8 do 12 puta veći za nastanak bolesti. Procenjuje se da čak 40 do 65% obolelih od Alchajmerove bolesti ima e4 formu APOE gena.

Kod Alchajmerove bolesti se tipično razvijaju depoziti β -amiloidnog proteina, i senilni plakovi dok se neuroni gube. Atrofija moždanog korteksa je česta, a upotreba glukoze u mozgu smanjena, kao što je smanjena i perfuzija u parijetalnom režnju, temporalnom korteksu i prefrontalnom korteksu.

Simptomi i znaci Alchajmerove bolesti su slični onima kod drugih demencija. Gubitak kratkotrajnog pamćenja je najčešći prvi znak bolesti. Bolest napreduje sporo, ali oboleli mogu privremeno zadržati neke nivoe funkcionisanja. Poremećaji ponašanja (npr. lutanje, agitacija, vikanje) su česti.

Znaci upozorenja u vezi nastanka Alchajmerove bolesti su:

1. Poremećaj pamćenja

Otežano pamćenje novih informacija jedan je od najčešćih početnih znakova Alchajmerove bolesti. Osoba sve češće zaboravlja i ne može kasnije da se priseti informacije koju je zaboravila.

2. Problemi kod obavljanja svakodnevnih poslova

Oboleli od Alchajmerove bolesti teško planiraju i obavljaju svakodnevne aktivnosti.

3. Teškoće u govoru, čitanju i pisanju

Zaboravljaju reči, zamenjuju ih neadekvatnim ili nerazumljivim.

4. Dezorijentisanost u vremenu i prostoru

Osoba ne zna datum, mesec, godinu, godišnje doba, datum svog rođenja, ne snalazi se na poznatim mestima.

5. Pogrešne procene i odluke

Postaje nekritičan u pogledu novca, neadekvatno se oblači, neprilagođeno vremenskim prilikama i određenim prilikama.

6. Poremećaj apstraktnog mišljenja

Ne snalazi se u finansijama, korišćenju brojeva, ne razume pojmove kao što su ljubav, sreća, tuga, rođendan.

7. Gubljenje stvari i optuživanje za krađu

Odlaze stvari na neuobičajena mesta, zaboravlja gde ih je ostavila i optužuje za krađu.

8. Promene u raspoloženju i ponašanju

Podložan je iznenadnim promenama u ponašanju koje varira od mirnoće do plača i besa bez ikakvog razloga.

9. Ostale promene

Postaju konfuzni, prestrašeni, sumnjičavi i nepoverljivi.

10. Gubitak inicijative

Pasiviziraju se, spavaju više nego obično, povlače se u sebe i potišteni su.

Iako su stepen i brzina progresije različiti, kognitivno propadanje je neizbežno. Prosečno vreme preživljavanja od trenutka postavljanja dijagnoze je oko 7 godina.

Iskustva pokazuju da pravilno sprovođenje nege i dobar tretman mogu u velikoj meri uticati na kvalitet života obolelih. U toku su mnogobrojna istraživanja efikasnosti raznih lekova kod Alchajmerove bolesti. Do sada još uvek nije pronađen lek koji bi zaustavio propadanje ćelija mozga, ali pojedini lekovi mogu pomoći da se bolest stabilizuje i uspori progresija bolesti. Takođe je veoma korisna simptomatska terapija.

Sa osobom obolelom od Alchajmerove bolesti veoma je teško komunicirati, ali u svakom slučaju komunikacija sa njima je moguća, ali na jedan specifičan način. Ozbiljna konfuzija kod obolele osobe može da izazove različite konflikte. Poznato je da su strah i zaprepašćenje u porodici obolelog toliko veliki, da oni odbijaju da vide ono što se dešava na funkcionalnom planu, ili se na druge načine brane od priznavanja problema. U ranim stadijumima razvitka demencije mnoge osobe imaju duže periode jasnoće u glavi i svesti u kontaktu sa okolinom. To je bolan period sa otvorenim mogućnostima da oboleli ima uvid u ono šta je na pomolu, kao rezultat progresije bolesti. Ovi periodi mogu predstavljati mogućnost kojom raspolažemo da stvorimo blizinu sa obolelim koji je na putu da izgubi sebe samog i sa zaprepašćenjem je svestan svega toga. Nasuprot tome dešava se da ovi periodi jasnoće kod obolelog budu i pogrešno protumačeni od strane članova porodice, te ranije a i nastupajuće greške obolelog tumače se kao loša namera.

S druge strane članovi porodice obolelog teško prihvataju činjenicu da obolela osoba zaboravlja rodbinske odnose, ne prepoznaje najbliže srodnike, ne seća se sopstvenog imena, a prema najbližima često zauzima neprijateljski stav, što u njima izaziva strah, uznemirenost, a vrlo često ljutnju i nerazumevanje za ponašanje obolelog što dovodi do raznih nesporazuma.

Napretkom i razvojem tehnologije dizajniran je niz tehničkih i drugih uređaja koji bitno mogu pomoći obolelima od demencije, odnosno od Alzheimerove bolesti.

Među njima su:

- radio aparat koji ima samo jedno dugme
- sat koji je jasan i pregledan in a kome pored vremena i dana može da se vidi i koji je deo dana (jutro, podne, popodne, večer, noć)
- posebno dizajniran daljinski upravljač
- GPS uređaji za praćenje u vidu narukvice, uložka za cipelu...
- razne igre za poboljšanje pamćenja
- telefon koji ima slike osoba na brzom biranju
- kutija za terapiju koja ima funkciju podsećanja da se uzme terapija u određeno vreme
- foto album sa ugrađenom funkcijom puštanja glasa

i drugo....

potrebno je naučiti i deo knjige:

Praksa socijalnog rada sa starima, Rori Linč, 2016

od strane 128 do strane 144

UMIRANJE I SMRT

Šta je to smrt? Kao bespovratan događaj, biološka smrt označava kraj fizičkog postojanja. S druge strane, socijalna smrt podrazumeva postepeno gubljenje ličnog socijalnog identiteta kako osoba biva isključivana iz svog socijalnog okruženja. Umiranje se odnosi na proces koji dovodi do smrti i, osim biološkog umiranja, uključuje duhovnu, kulturalnu i socijalnu dimenziju. Praktično, smrt je krajnji ishod procesa umiranja.

U zapadnom društvu, postoji povećano interesovanje za smrt i process umiranja i ono se poklapa sa postepenim produženjem života, koje je za posledicu imalo da umiranje i smrt, suštinski postaju jedna prolongirana faza života. O umiranju i smrti se diskutuje u pogledu samih definicija i značenja posmatrajući ih kao socijalni, psihološki, medicinski i kulturalni proces koji se završava.

Koncept umiranja nije lako definisati, posebno kada postoje određena pitanja na koje nije lako dati odgovor, kao na primer, kada počinje proces umiranja. Ako umiranje posmatramo kao društveni konstrukt, onda ovaj proces može posmatrati veoma lično iskustvo. Kako će proces umiranja biti posmatran zavisi i od percepcije ovog procesa od strane onih koji su u njega uključeni. Tako je definisana i "uloga umiranja" koja podrazumeva da osoba biva svesna umiranja u trenutku kada je dijagnostikovano odeđeno medicinsko stanje za koje se zna da će se završiti fatalnim ishodom. Tako, "uloga umiranja" nije povezana sa starošću osobe ili nekom njenom hroničnom bolešću, već je povezana sa medicinskom dijagnozom. Koncept smrti je često uokviren u smisao svog društvenog i biološkog značenja, ali možemo raspravljati i o konceptu "dobre" i "loše" smrti. Činjenica je da je biološka (ili klinička) smrt, u suštini događaj koji je bespovratan i ne može se obrnuti, tako da u smislu kraja fizičkog života, ljudsko biće više ne postoji. Međutim, kritičari posmatranja smrti samo kao biološkog procesa, smatraju da se smrt može posmatrati kao deo šireg skupa društvenih odnosa, koji se može nastaviti posle fizičke smrti, često u vidu emocionalnog i socijalnog procesa koji postoji kroz sećanja koja postoje ili održavanja neke forme rituala. Opet, s druge strane, socijalna smrt, se može dogoditi znatno pre kliničke smrti, i odnosi se na postupak kojim pojedinac biva progresivno isključen iz svoje društvene okoline, gubeći socijalne kontakte i interakcije sa drugim ljudima. To smanjenje ide do tačke gde se nepovratno urušava njegov društveni identitet i funkcionisanje. Socijalna smrt može imati i svoju medicinsku komponentu i ona bi podrazumevala da se zdravstveni radnici više ne bave direktno licem koje umire, ili kada porodica i prijatelji počinju da žale za osobom koja umire u očekivanju smrti i postepeno smanje ili prestanu direktnu komunikaciju sa umirućom osobom. Koncept socijalne smrti može takođe biti povezana i sa kao proces marginalizacije i socijalne isključenosti starijih osoba.

Pojam "dobre" smrti može da podrazumeva tajming i pojava smrti na neki način je odgovarajući; smrt starijeg lica, na primer, verovatno se može smatrati "normalnom" (jer su preživeli svoj životni vek) od one smrti koja se javlja u mlađoj dobi kada se smrt shvata kao preuranjena. Isto tako, "dobra smrt" može da znači da je osoba okružena sa prijateljima i porodicom i umire u porodičnom okruženju, dok bi "loša" smrt mogla da podrazumeva kraj nečijeg života, kada je osoba lišena ličnih kontakata. Postoji i povećano interesovanje o ovo

oblasti kroz istraživanje o stavovima ljudi kada se posmatra razmatranje ili suočavanje sa svojom smrću, što je dovelo do razvoja koncepta "straha od smrti" ili "tanatofobije".

Druge studije su takođe pokazale značaj duhovnih, kulturnih i međuljudskih faktora u oblikovanju iskustva kraja ljudskog života, i kako oni utiču na tugu i žalost, odnosno na iskustvo onih koji su pored osobe koja umire. Jedno od važnih pitanja iz ove oblasti jeste identifikacija i objašnjenje načina na koji ljudi posmatraju proces umiranja i kako prilaze osobi koja umire. Glaser i Štraus (1965), na primer, su kroz svoj rad na društvenoj organizaciji umiranja i njegovih psiholoških determinanti, prepoznali obrasce svesti umiranja i putanje umiranja.

“Dobra smrt”

Ovo je vrlo često korišćen izraz u radovima brojnih autora. Naravno, smrt sama po sebi ne može da bude “dobra”, već kako smo i rekli radi se o tome da su vreme, način i okolnosti pod kojima dolazi do smrti, na neki način, olakšani i prihvatljiviji nego što bi to inače bio slučaj. Osim termina “dobra smrt” mogli bi se koristiti i drugi nazivi kao što su “dostojanstvena smrt”, “prihvatljiva smrt”, što ukazuje na glavne njene atribute.

Kada bismo govorili o tome šta je to što određuje dobru smrt, onda bismo mogli da govorimo o njenim različitim dimenzijama, pre svega u zavisnosti iz čije se perspektive se smrt posmatra (umiruća osoba, član porodice, bliska osoba, stručnjak...):

1. Kastenbaum (2007.) smatra da je dobra smrt posledica dobrog života odnosno kulminacija dobrog života.
2. Drugi autori, Milinković (1995.) i Hart (1988.) definišu dobru smrt kao filozofiju življenja i umiranja u skladu sa ličnim i socijalnim vrednostima, koja ima za cilj da umanju negativne efekte umiranja i smrti.
3. Elsi (1998.) sa druge strane, smatra dobru smrt kao “zreli dijalog” između onih koji se brinu o umirućoj osobi i same umiruće osobe, što podrazumeva i zajedničko saznanje da je urađeno sve što je moguće u svrhu suzbijanja bola i olakšanja patnje, te da ostaje dovoljno vremena da umiruća osoba prihvati svoju smrt.
4. Za druge autore (Fild i Kasel, 1997.) dobra smrt je oslobađanje od neprijatnosti i trpljenja što se može izbeći tako što je briga o umirućoj osobi realno usklađena sa željama osobe koja umire i porodice, a u skladu je sa postojećim medicinskim, kulturnim i etičkim standardima.

Sve ove definicije dobre smrti uključuju tri zajednička elementa:

1. lične vrednosti (filozofija življenja, prihvatanje umiranja kao efikasne strategije suočavanja sa smrću i želje umirućeg),
2. socijalnu dimenziju (socijalne vrednosti, povezanost umiruće osobe sa porodičnim i profesionalnim okruženjem),
3. postizanje najvećeg mogućeg kvaliteta življenja (umanjivanje negativnih efekata, kontrola simptoma bolesti i bola).

Među karakteristikama koncepta “dobre smrti” najznačajnije su njegove dimenzije i povezanost sa teorijom palijativne nege.

Dimenzije “dobre smrti”

Najvažnije dimenzije “dobre smrti” su:

1. holistički pristup,
2. jedinstvenost i
3. socijalna dimenzija.

Koncept “dobra smrt” se suštinski zasniva na holističkom pristupu i integrativnoj perspektivi u okviru palijativne nege. Prema Finu (2002.) holistički pristup označava nastojanje da osoba tokom perioda umiranja uspostavi ravnotežu u svim aspektima života: fizičkom, psihičkom, socijalnom i duhovnom.

Dobra smrt je dinamička, humanistička, subjektivna i individualna kategorija pa je jedinstvenost važna dimenzija koncepta. Koncept “dobra smrt” se menjao i razvijao tokom istorije i zavisi od društvenih i drugih okolnosti u vezi sredine kojoj osoba pripada. Nekada su postojale prihvaćene norme dobre smrti, pa je samim tim u zajednici svako znao šta treba da učini u vezi svoje, ali i tuđe smrti. Međutim, danas su se okolnosti promenile. Osobe su ohrabrene da same odrede svoje vrednosti i praktično “napišu” scenario svoje smrti (Volter, 2003.). Iskustvo umiranja je određeno okolnostima umiranja, filozofijom života i osobinama ličnosti umirućeg koji, kao konačni autoritet, na svoj način određuje i stvara pojedinačnu kompoziciju svoje smrti (Milinković, 1995.).

Prepoznajući socijalnu dimenziju, Hajsliip (2007.) i Stolik (2003.) ističu kako smrt nije samo lični, a ni medicinski, već i interpersonalan događaj koji uključuje umiruću osobu, njenu porodicu, bliske osobe, širu zajednicu, socijalne i medicinske radnike, negovatelje... Na taj način “dobra smrt” je po svojoj prirodi interaktivan socijalni koncept. Ona ne može da se u potpunosti ostvari izvan socijalnog okruženja i odnosa sa drugim ljudima, bez podrške članova porodice i drugih bliskih osoba, kao ni bez socijalnih i medicinskih radnika. Volter (2003.) kaže da “čak i kad se ne događa u porodici, već je izolovana u ustanovi, smrt se odvija uz direktnu ili indirektnu prisutnost drugih ljudi, pogađa osobe povezane sa umirućom osobom i odražava se na njihov život”.

Povezanost “dobre smrti” i palijativnog zbrinjavanja

Koncept “dobre smrti” je usko povezan sa palijativnim zbrinjavanem. Ako se podsetimo da su ciljevi palijativnog zbrinjavanja da:

- afirmiše život i posmatra umiranje kao normalan proces
- obezbedi ublažavanje bola i drugih simptoma koji izazivaju patnju
- objedini psihosocijalne i duhovne aspekte palijativnog zbrinjavanja
- ponudi podršku koja će pomoći da pacijenti žive što je moguće aktivnije sve do smrti
- ponudi podršku koja će pomoći porodici da se bori tokom trajanja bolesti pacijenta i u periodu tugovanja nakon gubitka,

jasno je da su svi ovi ciljevi, zapravo i aspekti dobre smrti.

Atributi “dobre smrti”

Pri opisivanju “dobre smrti” navodi se više njenih karakteristika, ali puno autora tvrdi da je mnogo lakše odrediti šta je to loša smrt, nego prepoznati “dobru smrt”. Smith (2003.) smatra da je loša smrt, ona bez dostojanstva, u samoći i svedena na tehničke stvari. Za Kastenbauma (2007.) to je dugo i teško umiranje uz patnju. Neuberger (2003.) smatra da je to smrt na mestu gde osoba ne želi, bez mira kome se nada, gde je umiruća osoba usamljena, u bolovima, prestrašena, otuđena i bez dostojanstva. Volter (2003.) smatra da se mnogi ljudi plaše dugog i polakog umiranja, ispunjenog patnjom. Zato je razumljivo davanje prednosti smrti nakon kratkog i laganog umiranja, ili brzoj i iznenadnoj smrti bez procesa umiranja, na primer, smrti relativno zdrave i bio-psiho-socijalno funkcionalne osobe u snu. Za neke ljude dobra smrt znači neprihvatanje svog umiranja, već borbu do zadnjeg trenutka sa željom i nastojanjem da se od života dobije još nešto pre smrti. Takođe, postoje ljudi koji, kao izraz dobre smrti, odluče da sami sebi oduzmu život (samoubistvo ili medicinski asistirano samoubistvo) ili da traže da od drugih da ih usmrte (eutanazija).

Aspekti dobre smrti

Dobra smrt se može posmatrati i kroz njene aspekte. Tako Kališ (1980.) navodi sedam značajnih problema umiruće osobe koji su u skladu sa atributima dobre smrti. To su:

1. suočavanje sa nepoznatim,
2. spoznaja značenja umiranja i smrti,
3. suočavanje sa bolom i gubitkom,
4. praktična priprema u očekivanju smrti,
5. otvorena komunikacija sa bliskim osobama,
6. prihvatanje smrti uz ispunjenost svakog trenutka
7. ostvarenje mogućnosti za udoban i zadovoljavajući život.

Selečki i saradnici su (2005.), posmatrajući iz perspektive umiruće osobe, izdvojili pet aspekata dobre nege koji vode u dobru smrt:

1. upravljanje bolom i simptomima bolesti,
2. pravovremenost smrti uz izbegavanje nepotrebnog produžavljavanja života i odlaganja smrti,
3. postizanje doživljaja kontrole,
4. smanjivanje opterećenja bliskih osoba
5. osnaživanje međuljudskih odnosa.

Prirodnost

Prirodnost umiranja i smrti je složen pojam koji uključuje: prihvatanje smrti kao normalnog životnog događaja, pravovremenost smrti, svest o umiranju i smrti, dovršenu pripremu i mesto smrti. Umiranje i smrt su neizbežni i prirodni životni događaji. Naš odnos prema njima treba biti prirodan i treba da uključuje prihvatanje smrti, pripremu i očekivanje umesto negiranja, odbijanja i odlaganja.

Pod pravovremenošću smrti neki autori pre svega misle na smrt u starosti, nakon očekivanog trajanja života, kada prirodno dođe vreme za završetak života. Pored toga, pravovremenost

smrti se može posmatrati i kroz to da ljudi prihvataju umiranje i smrt nakon ispunjenog i dovoljno dugog života u kome su imali mogućnosti i vremena da učine i dožive sve što smatraju važnim za završetak svoje životne priče.

Sledeći aspekt pravovremenosti bi se odnosio na poštovanje prirodnog toka bolesti, što znači da smrt ne treba ubrzavati, odnosno želiti ili zahtevati prevremen završetak svog života. Jednako tako, smrt ne treba ni odlagati primenom nerazumnih i nepotrebnih medicinskih intervencija koji imaju za cilj veštačko produžavanje života, uključujući i stanje tehničkog održavanja života.

Neki autori smatraju da pravo vreme za smrt nastupa kada se kvalitet življenja iz pozitivnog promeni u negativan, a svest postane ugrožena primenom tehničkih sredstava i lekovima. To podrazumeva i velike doze lekova koji zamagljuju svest, smanjuju sposobnost deljenja zajedništva sa bliskim osobama, i onemogućavaju završetak životne price umiruće osobe.

Pravovremenost uključuje i završenu pripremu pa je smrt prihvatljiva nakon dovoljno vremena potrebnog za završetak poslova i odnose sa bliskim osobama, evaluacije života, završetka životne priče i duhovne integracije. Mesto smrti je vrlo važna karakteristika prirodnosti smrti. Neki autori smatraju da danas većina ljudi umire u instituciji, uglavnom bolnici, u sterilnom i hladnom okruženju među nepoznatim i često ravnodušnim osobama. S druge strane, mnogi autori smatraju da većina umire u svom domu i da se to često poklapa sa željama umirućih osoba, da budu okruženi bliskim osobama. Jedna studija koja je objavljena 2016. godine je analizirala podatke o mestu umiranja u 14 zemalja i dobijeni su vrlo raznoliki podaci. Najmanje ljudi umire kod svoje kuće u Kanadi (njih 13%), dok čak 85% umire u svom domu u Meksiku. S druge strane najviše osoba umire u bolnici u Južnoj Koreji, njih čak 85%, dok je taj broj u Holandiji 25%.

Ostajanje u svom domu, definitivno, omogućava dostojanstvenije umiranje uz doživljaj mira, sigurnosti, ljubavi i socijalne integracije. Smatra se da umiruća osoba koja se nalazi izvan svog doma, ima dodatne teškoće koje su povezane sa adaptacijom na mesto i okruženje u kome je smeštena. U takvom okruženju, umiruća osoba se oseća kao stranac, neprirodno, nesigurno i najčešće je odvojena od bliskih osoba. Naravno, neke osobe upravo kao mesto umiranja i biraju ovakva mesta – bolnice, hospise i takvu njenu odluku treba podržati.

Kvalitet življenja

Iako trenutak postavljanja dijagnoze neizlečive bolesti najavljuje blizinu smrti i na neki način ga možemo shvatiti kao početak procesa umiranja, život ne gubi svoju vrednost, značenje i sadržaje već osoba koja umire može puno toga da učini. Ovo praktično znači da “u životu umiremo, a u umiranju imamo priliku za život”. Zato je potrebno ostvariti najbolji mogući kvalitet života sve do same smrti. Zbog toga je neophodno obezbediti dobru i odgovarajuću medicinsku i socijalnu zaštitu za umiruću osobu. Ovakva zaštita nije čin milosrđa prema umirućoj osobi, već pravo te osobe i njegove porodice.

Kvalitet zdravstvene i socijalne zaštite i nege mora biti u skladu sa najvišim i savremenim medicinskim, socijalnim i etičkim standardima, a potom i individualnim, kulturnim i religijskim potrebama umiruće osobe. Sledeći bitan element jeste da ovakvu zaštitu pruža dodatno

edukovano, iskusno i kompetentno osoblje. Apsolutno je neophodno uspostavljanje poverenja, iskrena i otvorena komunikacija.

Upravljanje simptomima, bolom i osećanjima

Bolest i umiranje su često praćeni osećajem bola (videti više: Palijativno zbrinjavanje – bol). Međutim, pored bola kod umiruće osobe obično postoji i patologija čije prisustvo uzrokuje i druge, često vrlo neprijatne simptome kao što su: inkontinencija, povećana osjetljivost, teškoće pri disanju, nemogućnost hranjenja, povraćanje, depresiju, delirijum... Takva simptomatologija može uzrokovati veliku patnju i može oduzimati radost življenja.

Zbog toga palijativno zbrinjavanje prihvata koncept – totalna bol (videti više: Palijativno zbrinjavanje – duhovna podrška). Tokom perioda umiranja javljaju se različita pozitivna i negativna osećanja koja mogu biti izvor priyatnih osećanja, ali i patnje za osobu koja umire. Najsnažnije osećanje koje se javlja u tom periodu jeste strah. On je višeslojan i uključuje strah od smrti, napuštenosti, osamljenosti i gubitka dostojanstva. Strah od smrti se često menja sa strahom od umiranja, odnosno, patnje, gubitka autonomije i dostojanstva u dugom i bolnom umiranju. Zbog toga je neophodno obezbediti adekvatno “upravljanje” osećanjima osobe koja umire. Time se postiže potiskivanje negativnih osećanja i nalaženje utehe i nade. Leman (2001.) je pisao o tome da tek nadvladavanjem osećaja straha čovek postaje slobodan i sposoban da razvije sve svoje potencijale i da adekvatno “upravlja” osećajima malodušnosti, depresijom, beznađem i očajem. Jedan od načina upravljanja osećanjima jeste otvorena i iskrena komunikacija u kojoj umirući dobija podršku i može da izrazi svoja osećanja.

Individualne vrednosti

Proces umiranja je jedinstven za svaku osobu. Razlike su uzrokovane različitim karakteristikama bolesti i procesa umiranja, zatim osobinama ličnosti, ličnim vrednostima, uzrastom, porodičnim prilikama, socioekonomskim uslovima, kulturom, duhovnošću...

Upravo zbog toga je i “dobra smrt”, suštinski jedinstvena za svakog čoveka. Zato je i potreban poseban pristup svakoj umirućoj osobi i izrada posebnog plana nege koja najviše odgovara specifičnim potrebama baš te osobe. Tako osoba koja umire, na neki način, definiše šta je za tu osobu dobra smrt i u nekoj meri određuje okolnosti umiranja i smrti. To je zapravo jedna od osnovnih ljudskih vrednosti i potiče iz slobode izbora svakog čoveka, omogućuje odlučivanje o svojoj sudbini i čini čoveka dostojanstvenim.

Upravo ovo pravo umiruće osobe omogućava kontrolu okolnosti umiranja i smrti kao što su: mesto i način nege, mesto, vreme i način smrti, prisutnost drugih osoba, primena medicinskih intervencija, pripremu za smrt. Ograničavanje autonomije se događa kao posledica nedovoljne informisanosti umiruće osobe, primene nekih lekova, medicinskih tehničkih sredstava i boravka u ustanovi. Međutim, čak i kada je osobi koja umire, zbog različitih okolnosti koje su van njegove kontrole, oduzeta ovakva sloboda postupanja, još uvek mu ostaje unutrašnja sloboda zauzimanja stava prema životu. U kontekstu čina smrti to znači: ne dopustiti smrti da odredi život, izabрати način umiranja i ostati svoj i u tom poslednjem činu.

Međutim, da bi zadržao autonomiju odlučivanja do samog kraja, umirućem je potrebna dobra informisanost o njegovom stanju, da je aktivno uključen u planiranje nege i podrška bliskih osoba koji će biti izvršitelji njegove volje u vreme kada možda sam sebe više neće moći da zastupa.

Socijalna podrška

Umiranje i bliska smrt često pogoršavaju socijalni status osobe. Ljudi počinju da izbegavaju osobu koja umire, menjaju ili prekidaju komunikaciju sa njom. Istovremeno, izolovan i odbačen, umirući ima velika očekivanja od socijalne mreže, ima potrebu za blizinom drugih ljudi i socijalne podrške. Podršku bližnjih umirući doživljava na dva načina. Prvi je prisutnost bliske osobe. Kako se smrt približava, prisutnost dobija na važnosti jer se verbalna komunikacija obično smanjuje ili čak prestaje, zbog same prirode bolesti, ali još uvek ostaje zajedništvo u tišini i mogućnost fizičkog dodira. Drugi oblik podrške je aktivno zajedništvo kroz kvalitetnu verbalnu i neverbalnu komunikaciju. Jako je bitan razgovor umirućeg sa bliskom osobom kojoj može slobodno da izrazi svoje misli i osećanja.

Volter (2003.) je pisao o tome da se najdublje razumevanje može razviti sa onima koji prolaze kroz isto iskustvo, pa se razvija novi oblik socijalne podrške kroz međusobno povezivanje umirućih osoba u grupama ili korišćenjem računara.

Humanost i dostojanstvo

Čovek prirodno teži da za njega i njemu bliske osobe umiranje i smrt budu prihvatljivo i iskustvo. Zbog toga osobi kada ona umire treba pristupiti humano, na način da se potvrde njene pozitivne osobine, kvalitet i vrednosti kao što su dostojanstvo, samopoštovanje, samoodređenje i individualnost.

Suprotno tome, dehumanizacija je proces oduzimanja ljudskih kvaliteta. Posledica je kulture negiranja smrti i sve većeg prevlađivanja tehnike u medicini koja pretvara čoveka u objekat medicinskih postupaka i procedura, a smrt u tehnički kontrolisan događaj i medicinski poraz. To podrazumeva izdvajanje osobe koja umire iz prirodnog porodičnog okruženja, a samim tim umiranje i smrt premešta u instituciju čineći ih otuđenim i nehumanim.

Osoba koja umire ima snažnu potrebu da sačuva svoje dostojanstvo tokom perioda umiranja i u samoj smrti. Dostojanstvo je filozofski koncept koji upućuje na nešto ljudsko i transcendentno. Ono uzdiže postojanje svakog čoveka i znači da je osoba vredna i da je poštovana. Poštovati dostojanstvo umiruće osobe znači potvrdu ljudske vrednosti, individualnosti i autonomije bez obzira na proces umiranja i blizinu smrti.

Ne postoji jedinstven način postizanja dostojanstva za sve ljude jer ono za svakog ima različito značenje. Iako se pokazatelji dostojanstva individualno menjaju, oni uvek trebaju da uvažavaju jedinstvenu perspektivu osobe, njena verovanja, uverenja i kulturu. Ugrožavanje dostojanstva nastupa zbog zanemarivanja značenja umiranja i smrti, uskraćivanja tačne i pravovremen informacije, onemogućavanja autonomije u odlučivanju... Gubitak dostojanstva je jako često povezan sa korišćenjem aparata za održavanje u životu.

Duhovnost

Duhovnost je dimenzija celog ljudskog bića koja svoje posebno značenje ima upravo u vremenu umiranja i smrti. Tada često prioritet osobe nije medicinska zaštita i nega, već upravo duhovna dimenzija. Duhovnost ima kulturnu, religioznu i etičku pozadinu. Osobe bliske umirućem treba da prepoznaju potrebu za duhovnom dimenzijom i da podstaknu osobu da sama odredi svoje duhovne vrednosti i potrebe. Duhovnost može da se pokaže u različitim aspektima: prihvatanju i pripremljenošću za smrt, značenju životnih okolnosti, proceni života, završetku svoje životne priče...

U kontekstu pogleda na smrt kao prirodni i neizbežni deo života prihvatanje smrti predstavlja značajnu strategiju suočavanja. Ono je suprotno strahu i očaju, negiranju smrti i neprirodnim naporima da se smrt odloži i izbegne bez obzira na različite vrste opterećenja time, kao mi lošem kvalitetu života. U tom smislu, prihvatanje smrti podrazumeva premeštanje na udobnost i zajedništvo, ispunjeno, autentično i kvalitetno proživljavanje ostatka života i podsticanje duhovne integracije. Prihvatanje umanjuje patnju izazvanu borbom protiv smrti, olakšava rastanak, donosi osećaj slobode i nezavisnosti, omogućava smirenost, doživljaj ispunjenosti i podstiče pripremu za smrt.

Briga o porodici

Za umirućeg posebnu važnost ima briga o njihovoj porodici. Oni mogu prihvatiti svoje stanje, postići relativno dobar kvalitet ostatka života i mirno umreti samo ako znaju da time nisu bitno ugrozili dobrobit sebi bliskih osoba, i da će njihova porodica nakon njihove smrti biti adekvatno zbrinuta. U suprotnom, nastojanje umiruće osobe da ne optereti druge svojim stanjem, njega dovodi do položaja "dobrog bolesnika". Osoba smatra da više ne može da opravda korisnost svog postojanja, pa samim time želi da zaštiti svoju porodicu od iscrpljivanja u smislu medicinskih, novčanih i drugih resursa, te često pristaje na negu van porodice ili oseća da ima dužnost da umre. Zbog toga su za umirućeg jako važne mogućnosti smanjivanja opterećenja porodice kao što su: finansijska nezavisnost umirućeg, što duža sposobnost samozbrinjavanja i osiguravanje stručne pomoći i podrške porodice. Ovo nastojanje umirućeg predstavlja izraz ljubavi i brige za najbliže, njegovu duhovnu ostavštinu i određenu sigurnost da će ga pamtiti uz pozitivna osećanja kao važnog, vrednog i nezamenljivog dela porodice.

Medicinski asistirano samoubistvo

Kada pacijent koji pati na bilo koji način zato što njegova patnja ne može biti ublažena, a on to više ne može da podnese, izvrši samoubistvo – govorimo o racionalnom samoubistvu pacijenta sa odmaklom neizlečivom bolešću. U situaciji kada pacijent nije u stanju sam da izvrši samoubistvo već mu neko drugi nabavi sredstvo (najčešće lek) i pomogne mu u njegovoj nameri, radi se o asistiranom samoubistvu. Ako je sredstvo (najčešće lek) nabavio lekar i pomogao pacijentu u njegovoj nameri da izvrši samoubistvo, to je medicinski asistirano samoubistvo (eng. physician-assisted suicide, PAS). Medicinski asistirano samoubistvo je legalizovano u:

- Estoniji
- Švajcarskoj

- Oregonu (SAD, Zakon o smrti sa dostojanstvom, 1997)

Eutanazija

Bukvalno prevedeno, eutanazija znači „dobra smrt“, smrt bez patnje. Evropska asocijacija za palijativno zbrinjavanje definiše eutanaziju kao “namernu intervenciju lekara (primena leka) preduzetu sa namerom da okonča pacijentu život, u cilju oslobađanja od patnji, a na pacijentov dobrovoljan i kompetentan zahtev.”

Asocijacija ne preporučuje korišćenje termina kao što su aktivna ili pasivna eutanazija i dobrovoljna i nedobrovoljna eutanazija, koji se često mogu čuti kada se govori o eutanaziji.

Eutanazija nije:

- Puštanje prirodi (bolesti) da ide svojim tokom
- Obustavljanje nekorisnog lečenja
- Obustavljanje lečenja kada opterećenje lečenjem nadvlada korist od lečenja
- Korišćenje morfina i drugih lekova za ublažavanje bola
- Korišćenje sedativa za ublažavanje nepodnošljivih mentalnih patnji umirućeg pacijenta

Koreni eutanazije leže u protestu pojedinaca protiv tehnološke moći savremene medicine.

Razlozi koje navode pacijenti koji traže eutanaziju najčešće su:

- Jak bol i drugi fizički simptomi
- Strah od nepodnošljivih patnji u budućnosti
- Očaj
- Depresija
- Osećaj da je opterećenje za porodicu, prijatelje, društvo u celini (socijalna izolacija)
- Osećaj napuštenosti, bespomoćnosti.

Neki od razloga koji se navode u prilog legalizaciji eutanazije su sledeći:

- Pacijent ima pravo da umre dostojanstveno
- Pacijent može da okonča svoj život ranije iz straha da kasnije neće biti u stanju da to uradi
- Zašto pacijent, kad već ima pravo da odbije lečenje, ne može da zahteva i direktnu pomoć da umre?
- Svaki slučaj treba da je dokumentovan
- Obelodaniti skrivenu praksu i uvesti mere profesionalnog nadzora i procene

Naravno, postoje i mnogi argumenti protiv eutanazije:

- Svaki zahtev za eutanaziju je zapravo očajnički poziv za pomoć
- Legalizacijom eutanazije dolazimo na “klizav teren”
- Ovde se radi o neprepoznatoj depresiji
- Legalizacijom eutanazija može postati „socijalna obaveza”
- Prava pacijenta nisu apsolutna (komparativna pravda)
- Zloupotreba eutanazije (porast medicinskih ubistava)
- Ubijanje postaje društveno prihvatljivo.

PORODICA U PALIJATIVNOM ZBRINJAVANJU

Ako posmatramo umiranje i smrt kroz istoriju, sam čin smrti je suštinski uvek bio "porodični događaj", odnosno o umirućem se uvek brinula porodica. Kada je utvrđena bolest koja je neizlečiva i čiji je kraj izvestan, porodica je preuzimala brigu o toj osobi i ona je umirala u porodičnom okruženju. Negde od pedesetih godina prošlog veka u proces brige i nege obolelih su se uključile zdravstvene i socijalne ustanove, pomerajući težište brige iz porodice ka institucionalnoj. U mnogim zemljama to je postalo uobičajeno. čime je porodica polako gubila svoju ulogu u činu smrti bliske osobe. Svedoci smo toga da se ovaj proces u poslednje vreme opet vraća ka porodici i sve je češće da osoba ostaje u svom domu okružen najbližima sve do svoje smrti. Postoji mnogo razloga za ovo, od visokih troškova smeštaja u ustanovu, nedovoljno razvijenih institucionalnih oblika nege u mnogim zemljama, mnogo osoba koje su obolele od neizlečive bolesti žele da ostanu u svojoj porodici do smrti, zaštita prava ovih osoba i promovisanje načela samoodlučivanja o mestu smrti... Tome, naravno, puno doprinose i istraživanja u kojima se ističe da jedan od preduslova "dobre smrti" jeste i to da je umirući okružen najbližima što je najlakše ostvariti u porodičnom okruženju.

Suočavanje porodice sa umiranjem i smrću

Ako se posmatra porodica nekada i sada, desile su velike promene. Današnje porodice su mnogo manje nego nekada kada je više generacija živelo pod jednim krovom. Danas roditelji i deca, najčešće žive, u različitim domaćinstvima, mnogo su češći razvodi braka što znači da u starosti, starije osobe žive same, a njihova deca su najčešće zaposlena i imaju malo vremena koje mogu da posvete svojim roditeljima. Zbog svega toga, čest je slučaj da porodica nije spremna, a nije ni sposobna da samostalno brine o umirućem članu porodice.

Zbog svega toga, očekivana smrt člana porodice dovodi do velikih promena unutar same porodice. Ona utiče na:

1. funkcionisanje porodice kao celine,
2. ponašanje članova porodice,
3. interakcije između članova porodice,
4. komunikaciju između članova porodice,
5. uloge koje članovi porodice preuzimaju.

Upravo zbog promenjene uloge porodice, kako bi se suočila sa svim izazovima i teškoćama koje briga o umirućem članu porodice nosi sa sobom, porodici je potrebna pomoć stručnjaka i društvenih servisa koji će osposobiti porodicu za novu ulogu (Janković, 2004.). Kada je član porodice neizlečivo bolestan, on prolazi kroz razdoblje umiranja (dinamički proces postupnog nepovratnog gubitka životnih funkcija) (Klark, 2002.; Kastenbaum, 2007.) i suočava se sa smrću (završetkom procesa umiranja i trenutkom prestanka životnih funkcija (Kubler-Ros, 1980.). Istovremeno iskustvo suočavanja sa umiranjem i smrti doživljava i porodica, uzevši u obzir da sve što se događa jednom članu porodice ima veliki uticaj na sve njene članove. Upravo oni se kroz proces umiranja i smrti suočavaju sa smrću bliske osobe kroz mehanizam negiranja njene smrti, a potom prihvatanja. Negiranje je upravo posledica otuđenja, umiranja i smrti, straha i nemoći koje su povezane sa sopstvenom smrtnošću (Kubler-Ros, 1980.). Upravo neprihvatanje smrti tera članove porodice na marginalizaciju, izolovanje i otklanjanje smrti iz svakodnevnog porodičnog života, u nezi umirućeg, a upravo je ovo i razlog čestog

smeštanja umirućeg u ustanovu. Salajpal (2004.) je isticao da prihvatanje smrti bliske osobe predstavlja dobru strategiju suočavanja i sa svojim strahovima. Prihvatanje neminovnosti smrti ima za posledicu brigu o umirućem, iskrenu i otvorenu komunikaciju i izražavanje svojih osećanja. Na ovaj način porodica svojim stavovima i ponašanjem značajno olakšava umirućem prepuštanje smrti kada dođe vreme (Salajpal, 2004.).

Romanof i Tompson (2006.) smatraju da je čovek u stanju da prihvati događaje koji slede zato što ima sposobnost razmatranja i stvaranja značenja. Slično tome, Frankl (1998.) navodi da je period umiranja posebna prilika za otkrivanje smisla zbog koga su članovi porodice i sposobni da se dostojanstveno i mirno suoče sa smrću. Vrlo važan činilac prihvatanja smrti člana porodice i uspešnog suočavanja sa njegovom smrću predstavlja i planiranje palijativne nege.

Palijativna nega usmerena prema članovima porodice

S obzirom da očekivana smrt člana porodice utiče i na sve ostale njene članove, osim umiruće osobe i svi članovi porodice su prepoznati, prema definiciji Svetske zdravstvene organizacije, kao aktivni korisnici i subjekti palijativne nege. Samim time briga o porodici spada u važne ciljeve palijativne nege.

Zadaci palijativne nege u smislu uključivanja porodice (Dejvis i Higinson, 2004.) podrazumevaju:

1. afirmisanje umiranja i smrti kao prirodnih procesa,
2. podržavanje porodičnog negovatelja,
3. praktično pomaganje porodici tokom bolesti,
4. promovisanje kvaliteta življenja porodice u skladu sa njenim vrednostima i okolnostima.

Uključivanje porodice se ostvaruje kroz pomoć i podršku tokom svih faza bolesti, od postavljanja dijagnoze pa do smrti. Ova pomoć i podrška se ne završava smrću člana porodice, već se nastavlja kroz proces organizovanja sahrane i osnaživanjem članova porodice tokom perioda tugovanja. Ovo se posebno odnosi na slulajeve kada porodica brine o umirućem u svojoj kući. Oblici pomoći mogu biti različiti i mogu podrazumevati:

1. uključivanje druge osobe iz neformalne mreže podrške u negu umirućeg ili profesionalnog negovatelja,
2. obezbeđivanje usluga tima za palijativnu negu,
3. dnevni ili privremeni smeštaj umirućeg u ustanovu.

Usluge palijativne nege usmerene ka članovima porodice trebalo bi da pruža tim koji mogu da čine lekar, psihijatar, psiholog, medicinska sestra, socijalni radnik, negovatelj, sveštenik i drugi. Zadatak medicinskog osoblja je pravovremeno i potpuno informisanje porodice o zdravstvenom stanju umirućeg. Takođe, potrebno je da članovi tima obuča potrebnim veštinama i znanjima članove porodice kako bi mogli pružiti odgovarajuću negu.

Područje rada socijalnog radnika kod palijativne nege koja je usmerena na članove porodice jeste:

1. pružanje instrumentalne pomoći,

2. pružanje saveta i psihosocijalne podrške koja se odnosi pre svega na promenu organizacije života,
3. povećanje specifičnih životnih veština,
4. upoznavanje sa adekvatnim načinima suočavanja sa stresom i osećanjima,
5. olakšavanju porodične komunikacije,
6. zajedničkom donošenju odluka,
7. prevladavanju osećaja izolacije i napuštenosti,
8. pomoć u procesu tugovanja i slično.

Opterećenje kome su izloženi članovi porodice umirućeg (Selecki 2005.) su brojna:

1. zahtevnost nege u porodici,
2. promene organizacije porodičnog života,
3. povećani novčani izdaci,
4. javljanje negativnih osećanja,
5. razvoj traume zbog prisutnosti patnje drage osobe,
6. suočavanje sa gubitkom,
7. tugovanje,
8. donošenje odluka kad umirući nije više sposoban da donosi odluke i drugo.

Zato Rasmusen, Janson i Norberg (2000.) navode da su za umirućeg jako važne mogućnosti smanjivanja opterećenja porodice kao što su: najviše moguće uvećanje finansijske nezavisnosti umirućeg, što duže održavanje njegove sposobnosti samozbrinjavanja, pravovremeno dovršavanje planiranja i pripreme za smrt, kao i osiguravanje odgovarajuće neformalne i formalne pomoći i podrške.

Značaj i uloga porodice

Ne biti sam nego deo porodice važno je za svakog čoveka tokom celog života, a posebno u vrlo osetljivom periodu ljudskog postojanja - u vremenu umiranja i smrti. Tada porodica ima veliki značaj, a umirući velika očekivanja i potrebu za blizinom članova porodice. Zbog toga je poželjno, kada god je to moguće, da se smrt dogodi u porodici ili ako to nije moguće bar u prisustvu njenih članova. Ulogu članova porodice niko ne može da zameni.

Njena važnost se ogleda u sledećem:

1. porodična podrška,
2. prisutnost u zadnjim danima života i trenutku smrti,
3. promovisanje ljudskih prava i vrednosti,
4. etičkim pitanjima.

Hartman (1995.) ističe da je porodica najvažnije intimno i društveno okruženje i samim tim primarni socijalni servis za negu bolesnog člana porodice. Taj neformalni krug podrške je osobi najprirodniji i najvredniji jer poseduje poseban legitimitet, kao i unutrašnju energiju i posebno značenje. Zato, bez obzira na mesto gde se umirući nalazi, porodica nikada ne bi smela da bude udaljena i isključena iz procesa pružanja podrške. Ona je, najmanje, jednako važna, ili čak i važnija, kada je umirući smešten u ustanovi (Bakman, 1996.).

Ovakvu vrstu podrške umirući doživljava na više načina. Najvažnija je aktivna prisutnost bliske osobe, odnosno članova porodice. Ona omogućava zajedništvo, pripadnost, stavljanje na raspolaganje kada je to potrebno, uključenost u odlučivanje, planiranje, pripremu i završavanje važnih poslova i odnosa (Gibson i Šreder, 2001.; Kastenbaum, 2007.; Kafec, 2002.). Prisutnost značajnih osoba prema kojima umirući gaji posebna osećanja, predstavlja "pratnju umirućem na putu prema smrti" (Bakmen, 1996.; Pozaić, 1990.). Veliki značaj imaju kvalitetna verbalna i neverbalna komunikacija, kao i povezanost osećanjima. Izražavanje ljubavi i privrženosti umanjuje napetost, strah i nemir, olakšava suočavanje sa patnjom i predstavlja izvor unutrašnje snage za umirućeg (Havelka, 1995.).

Pokazalo se da ljudi pridaju veliku važnost poslednjim stvarima, a naročito poslednjem trenutku života. Zbog toga je prisutnost u porodice u zadnjim danima života i u trenutku smrti važna za članove porodice jer omogućava ispunjavanje dužnosti prema umirućem i tako ga prate u smrt (Bakmen, 1996.). Prisutnost porodice takođe predstavlja posebno intimno iskustvo za umirućeg i daje značajan doprinos dostojanstvu u smrti (Kalahan, 2005.). Odsutnost je povezana sa osećanjima tuge, krivnje ili stida, kao i sa mišljenjem da je član porodice umirućeg napustio, ostavio samog u agoniji, negirao zajedništvo i privrženost i propustio da se oprostí od njega (Rovling, 2001.).

Promovisanje ljudskih prava i vrednosti

Prema preporukama jasno je da odnos porodice prema umirućoj osobi mora da bude zasnovan na ljudskim pravima i pravima bolesnika. Porodica mora da čuva i poštuje ta prava kao i da stvara uslove za ostvarivanje osnovnih ljudskih vrednosti umirućeg kao što su:

1. humanost,
2. dostojanstvo,
3. samoodređenje,
4. individualnost,
5. informisanost,
6. prirodnost umiranja i smrti,
7. značenje i smisao življenja, umiranja i smrti,
8. socijalna integracija,
9. etičnost odnosa i postupanja.

Dehumanizacija se u kontekstu porodičnih odnosa ogleda kao: usmerenost prema bolesti, a ne osobi, prema nezi, a ne odnosu, umanjivanje dostojanstva, osiromašenje porodične podrške, oduzimanje vrednosti tradicionalnim ritualima povezanim uz umiranje i smrt ili smeštaj u ustanovu (Kubler-Ros, 1980.).

Humanost odnosa omogućava promovisanje dostojanstva umirućeg (Salajpal, 2002.). Dostojanstvo ne zavisi od okolnosti življenja niti može da bude uništeno činjenicom patnje ili umiranja.

Porodica stvara uslove za ostvarivanje prava umiruće osobe na samoodređenje kada je doživljava kao autonomnu, slobodnu i sposobnu za postavljanje i menjanje sopstvenih ciljeva i prioriteta, informisano odlučivanje o sebi i upravljanje sopstvenim životom u okolnostima umiranja i smrti. Umirući nije pasivan objekat nege koji zavisi od volje porodice nego

ravnopravan partner koji treba da zadrži praktičnu kontrolu nad sopstvenim životom u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, da odredi prihvatljiv nivo primene određenih medicinskih postupaka, lekova i drugih oblika nege, da donese odluke u vezi okolnosti umiranja i smrti, da aktivno planira i priprema se za smrt, da dovrši svoje poslove, kao i da izrazi svoju volju u vezi sahrane i drugih stvari vezanih za njegovo nasledstvo.

Sopstveni dom je prirodno i poznato fizičko mesto življenja, a još više društveno okruženje utešne i podržavajuće prisutnosti bliskih osoba (Rasmusen, Janson i Norberg, 2000.) Takođe, smrt ne treba ubrzavati ili odbijati, niti je veštački odlagati, nego je mirno očekivati, pripremati se i prihvatiti kad ona prirodno dođe (Kalahan, 2005.; Turnie, 1980.).

Palijativna nega u porodici

Bez obzira na savremene promene kojima je porodica izložena, većina ljudi i dalje želi da umre sa više mira i dostojanstva u sopstvenom stanu ili kući okružen svojom porodicom. To je razumljivo jer je čovek po svojoj prirodi socijalno biće. On se rađa u porodici, živi u njoj bar deo svog života, te je i prirodno da želi i da umre u porodici. Osim toga, kao što smatra Kalahan (2005.), kvalitet umiranja i smrti ne mogu se u potpunosti ostvariti izvan socijalnog okruženja i odnosa sa drugim ljudima, naročito podrške porodice.

Međutim, činjenica je da je nega umiruće osobe u porodici vrlo izazovan i težak zadatak koji porodica ne može da obavi bez pomoći. Da bi palijativna nega u okviru porodice bila kvalitetna, moraju se uključiti i članovi stručnog tima za palijativnu negu koji će u nju uneti osnovne principe i elemente palijativne nege. Saradnja sa timom u velikoj meri umanjuje opterećenje porodice, osigurava pomoć institucija i podiže kvalitet nege. Pri tome su dobra komunikacija i partnerski odnos umiruće osobe, porodice i stručnog tima neophodni, a uspostavljanje takvog odnosa zahteva vreme, strpljivost i znanje svih uključenih u njeno pružanje.

Komunikacija u porodici

Komunikacija u porodici je jako važan oblik porodičnih odnosa i jasan izraz postojanja kvalitetnog odnosa i međusobne privrženosti. Dobra komunikacija olakšava planiranje i izvršavanje zadataka nege, jača privrženost, omogućava iskrenu podelu informacija, zajedničko odlučivanje i nošenje odgovornosti, izražavanje osećanja, prevladavanje usamljenosti i odvojenosti, izmirenje u vezi ranijih sukoba i konačni rastanak (Bakmen, 1996.). Za dobru komunikaciju važni su oblici komunikacije, prirodnost, rodna perspektiva, način saopštavanja dijagnoze i prognoze, komunikacija neposredno pred smrt i prevladavanje teškoća u komunikaciji.

Ukoliko je umiruća osoba smeštena izvan spostvene porodice potrebno je planirati i stvarati i vreme i mogućnosti da članovi porodice mogu doći u posetu, a potom da ostanu nasamo sa umirućim zbog zajedničkih trenutaka, razgovora, dodira i oproštaja (Rasmusen, Janson i Norberg, 2000.). Prisutnost je najbolja garancija da članovi porodice zadržavaju bliski odnos sa umirućim i da ga neće napustiti. Pri tome je najvažniji oblik komunikacije među njima razgovor. On mora da bude iskren i otvoren i da omogući umirućem da on određuje kada, kako i o čemu želi da razgovara (Arambašić, 2005.). Većina umirućih osoba želi da govori o

svojoj bolesti i smrti kada razgovaraju sa osobom koja ima empatiju prema njima i kada pred tom osobom mogu da izraze svoje misli i osećanja. Ćutnja i pažljivo slušanje mogu da budu jednako potrebni kao i razgovor. Oni omogućavaju umirućem da ispriča svoju životnu priču i evaluiira svoj život. Osim verbalne vrlo je značajna i neverbalna komunikacija koja uključuje kontakt očima, osmeh, gestikulaciju i dodir. Ona je jasan pokazatelj osećajne privrženosti, deluje na smanjivanje straha, i usamljenosti i može da bude vrlo utešna za umirućeg i njegovu porodicu.

Iskustvo pokazuje da bliskost smrti ne menja u velikoj meri način komunikacije na koji je umiruća osoba navikla tokom svog života. Radost, humor i smeh su važne karakteristike prirodnosti komunikacije. Oni smanjuju napetost, olakšavaju patnju i pokreću unutrašnju snagu suočavanja sa smrću.

U komunikaciji članova porodice i umirućeg potrebno je uzimati u obzir i rodnu perspektivu. Žene i muškarci često komuniciraju na različite načine, različito reaguju na teške događaje i gubitke, iskazuju osećanja i suočavaju se sa umiranjem i smrti. Zanemarivanje ovog aspekta može dovesti do nerazumevanja u porodici i smanjenja kvaliteta komunikacije.

Saopštavanje dijagnoze i prognoze

Posebna pažnja mora da se posveti saopštavanje dijagnoze i prognoze bolesti.

Većina autora smatra da treba pitati obolelu osobu i porodicu kakav nivo informisanosti žele, odnosno da li žele da znaju celu istinu, samo jedan njen deo ili ne žele da budu informisani.

Ukoliko osoba želi da sazna punu istinu o svom stanju, puno nam može pomoći SPIKES protokol, koji je razvijen 2000. godine sa ciljem saopštavanja loših vesti obolelim od karcinoma. Radi se o 6-stepenom protokolu (Valter Beil, 2000.).

Šest koraka SPIKES-a:

Okruženje

(S – Setting)

- Osigurajte privatnost
- Uključite druge pacijentu značajne osobe
- Sednite
- Uspostavite kontakt i bliskost sa pacijentom
- Upravljajte vremenskim ograničenjima i prekidima

Percepcija stanja/ozbiljnosti

(P – Perception of condition/seriousness)

- Odredite šta pacijent zna o svom zdravstvenom stanju ili na šta sumnja.
- Ustanovite pacijentov nivo razumevanja
- Prihvatite poricanje, i ne suprotstavljajte se poricanju u ovoj fazi

Pacijentov poziv da dobije Informacije

(I – Invitation from the patient to give information)

- Pitajte pacijenta, da li želi da zna detalje svog zdravstvenog stanja i/ili lečenja
- Prihvatite pravo pacijenta da ne sazna
- Ponudite da mu kasnije odgovorite na pitanja, ako to želi

Znanje: iznošenje medicinskih činjenica

(K – Knowledge: giving medical facts)

- Koristite jezik razumljiv pacijentu
- Uzmite u obzir nivo obrazovanja, socio-kulturalnu pozadinu, trenutno emocionalno stanje
- Pružajte informacije u malim komadićima
- Proverite je li pacijent shvatio ono što ste mu rekli
- Odgovorite na reakcije pacijenta ako se pojave
- Prvo iznesite bilo koji pozitivan aspekt, npr. rak se nije proširio na limfne čvorove, visoko je osetljiv na terapiju, lečenje je dostupno u lokalnoj bolnici itd.
- Precizno iznesite činjenice o mogućnostima lečenja, prognozi, troškovima i sl.

Istražite emocije i saosećajte

(E - Explore Emotions and sympathize)

- Pripremite se da odgovorite sa empatijom:
- Prepoznajte emocije koje pacijent izražava (tuga, ćutnja, zaprepašćenost isl.)
- Identifikujte uzrok/izvor emocija
- Dajte pacijentu vremena da izrazi svoje osećaje, a zatim odgovorite na način koji pokazuje da ste prepoznali vezu između 1. i 2.

Strategija i zaključak

(S Strategy and Summary)

- Zaključite razgovor
- Pitajte da li žele li da im se objasni nešto drugo
- Ponudite sledeći sastanak.

Teškoće u komunikaciji

Suočavanje sa umiranjem i sa smću posebno je iskustvo koje može bitno da promeni ponašanje članova porodice i da dovede do teškoća u komunikaciji sa umirućim. Uzroci teškoća u komunikaciji mogu da budu strah, nemogućnost suočavanja sa sopstvenom ranjivošću i smrtnošću, nedostatak vremena za primereno uključivanje u proces umiranja, nesposobnost suočavanja sa očekivanim gubitkom, odbijajuća obeležja bolesti (lekovi, medicinski aparati, gubitak funkcionalnih sposobnosti) i slično (Koen 2003.).

Teškoće se ogledaju i u izbegavanju, odbijanju ili prekidu direktne i otvorene komunikacije ili neodgovarajućem izražavanju osećanja. Sve to može imati kao posledicu ćutanje, površne i neiskrene razgovore, emocionalno udaljavanje, napetost, neslaganje, pogoršanje odnosa, pa čak i sukob umirućeg i porodice, kao i članova porodice između sebe. Sukob je vrlo često povezan sa pojavom zamora u procesu nege, donošenjem teških odluka, nezadovoljavajućom podelom uloga, neispunjenim očekivanjima ili različitim vrednostima pojedinaca. U takvoj situaciji pomažu strpljiv i odnos pun saosećanja sa bližnjima, prema umirućem, rasterećenje od zadataka nege, kao i stručna pomoć tima za palijativne zbrinjavanje.

Nasilje nad starima

Uvod

Nasilje nad starijim osobama, pre svega od članova njihove porodice, postoji hiljadama godina. Međutim, dugo je bilo skrivano i ostajalo je u okviru porodice, kao stvar o kojoj se nije pričalo. Nažalost, takva situacija je česta i danas.

Nasilje predstavlja veliki društveni, socijalni i javno-zdravstveni problem. Svetska zdravstvena organizacija (WHO) definiše nasilje kao “namerno korišćenje fizičke snage ili sile, zaprećene ili realizovane, prema samome sebi, prema drugoj osobi, ili prema grupi ljudi ili čitavoj zajednici, koje kao rezultat daje ili bi sa velikom verovatnoćom moglo da izazove povredu, smrt, psihološke posledice, neželjen smer nečijeg razvoja ili deprivaciju”.

Samo nasilje se može podeliti na tri velike grupe:

(1) Nasilje usmereno prema sebi

(2) Interpersonalno nasilje

(3) Grupno nasilje

(1) Nasilje usmereno prema sebi

odnosi se na nasilje gde je su počinitelj i žrtva ista osoba. Može se podeliti na:

- samopovređivanje i
- samoubistvo (ovde razlikujemo - (1) samoubistvo, (2) pokušaj samoubistva i (3) razmišljanje i planiranje samoubistva).

(2) Intepersonalno nasilje

odnosi se na nasilje između osoba i možemo ga podeliti na:

- nasilje u porodici ili među partnerima - odnosi se na partnersko nasilje, nasilje nad decom nasilje nad starijim osobama
- nasilje u zajednici - odnosi se na nasilje gde počinitelj može biti poznanik i ono gde je počinitelj stranac. U njega spadaju nasilje među mladima, nasilje u školama, bullying, nasilje na radnom mestu, silovanje, pokušaj ubistva.

(3) Grupno nasilje

odnosi se na nasilje koje je počinila grupa ljudi (dakle ono je organizovano i planirano) i može biti sprovedeno radi postizanja socijalnih, političkih ili ekonomskih ciljeva. U grupno

nasilje spadaju: (1) rat, (2) genocid, (3) terorizam, (4) kršenje ljudskih prava, (5) drugi oblici nasilja.

Neadekvatno ponašanje prema starijim osobama je prvi put opisano kao “zlostavljanje starih” 1975. godine u Velikoj Britaniji. Odmah potom slični slučajevi su, po prvi put, prijavljeni u Australiji, Kini, Kanadi, Švedskoj, Norveškoj... Vrlo brzo, istraživanja koja su sprovedena u drugim zemljama su ukazala na to da je zlostavljanje starih, zapravo, univerzalni fenomen i da se dešava svuda. U vremenu koje je pred nama, a koje je karakterisano ubrzanim starenjem stanovništva i sve većim brojem starijih ljudi, može se očekivati da će i nasilje nad starijima biti sve prisutnije.

Šta je nasilje nad starima?

Definicija nasilja nad starima koju je razvila organizacija Akcija protiv nasilja nad starima u Velikoj Britaniji, a koju je prihvatila Međunarodna mreža za prevenciju nasilja nad starima glasi:

“Nasilje nad starima je jednokratni ili ponavljani čin ili nedostatak odgovarajuće aktivnosti, koji se pojavljuju u okviru odnosa u kome se očekuje poverenje, što uzrokuje štetu ili bol starijoj osobi.”

Zlostavljanje starih ne podrazumeva nužno krivično delo, mada se ta dva mogu poklapati. Ono što je ovde karakteristično je da postoji odnos poverenja između zlostavljanog i počinioca, što mogu biti partneri, deca, unuci, medicinske sestre, socijalni radnici, osoblje koje pruža kućnu negu. Odnos može biti formalan ili neformalan, dobrovoljan ili nametnut pravnim ili društvenim normama. Zlostavljanje starih zapravo predstavlja proigravanje poverenja.

Pitanje ljudskih prava

U samoj osnovi nasilja se nalazi kršenje osnovnih ljudskih prava koja su zagarantovana Univerzalnom deklaracijom o ljudskim pravima koju su Ujedinjene nacije donele 1948. godine, a države članice povrdile i ugradile u svoja nacionalna zakonodavstva. Sprečavanje nasilja predstavlja odgovornost svake države da obezbedi poštovanje svih svojih građana. To podrazumeva i to da građani imaju pravo da se prema njima svi odnose na način koji poštuje njihovo dostojanstvo, što vrlo često nije slučaj, posebno kod starijih osoba. Dostojanstvo možemo posmatrati kao “identitet”, “ljudsko pravo” i “autonomiju” svake osobe. Autonomija se može posmatrati kao mogućnost da osoba donosi svoje lične odluke prema svom nahođenju i željama, naravno ne ugrožavajući time druge i poštujući opšte prihvaćene društvene norme.

Vrlo široko prisutan ejdžizam u svim segmentima društva je prepoznat kao važan faktor koji uzrokuje, ali i pomoću koga se može identifikovati i sprečiti nasilje nad starijima. U svom izveštaju koji je

pripremljen za Drugu svetsku generalnu skupštinu UN posvećenu starenju održanoj 2002. godine u Madridu, Generalni sekretar UN je posebno istakao postojanje seksizma i ejdžizma kao faktore koji doprinose nastanku nasilja nad starima. Nasilje nad starima se tu posmatra kroz “širu sliku siromaštva, strukturnih nejednakosti i kršenja ljudskih prava” koje neproporcionalno više pogađa žene širom sveta. Tada donet Madridski međunarodni akcioni plan za starenje poziva na promenu stava, politika i praksi na svim niovima i u svim sektorima kako bi se obezbedilo da osobe mogu da stare bezbedno i dostojanstveno, kao građani kojim uživaju sva prava. Slogan - “Da dodamo život godinama koje su dodate životu”, najbolje odslikava ova stremljenja.

Upravo na ovom zasedanju, Svetska zdravstvena organizacija je predstavila dokument koji predstavlja okvir politike aktivnog starenja. U ovom dokumentu se zagovara prelazak sa principa “zasnovanog na potrebama” gde su starije osobe pasivni primaoci pomoći, na princip “zasnovan na pravima” gde se prepoznaju i priznaju prava starijih osoba na jednake šanse i tretman u svim aspektima kako stare. Ovim se podržava njihovo pravo da učestvuju u svim segmentima života u zajednici.

Vrste nasilje nad starima

Iako ni u tome nema potpunog konsenzusa obično se prepoznaju 6 tipova nasilja nad starima:

1. Fizičko nasilje

Fizičko zlostavljanje se definiše kao “primena fizičke sile koja može rezultirati telesnom povredom, fizičkim bolom ili oštećenjem”. Postoji podela aktivnosti fizičkog zlostavljanja na tri različite grupe ponašanja: fizička agresija (npr. udaranje, guranje, itd.); zaključavanje ili ograničavanje pristupa domaćinstvu; i, ometanje razgovora ili susretanja sa drugim osobama.

2. Psihološko – emocionalno nasilje

Nacionalni centar koji se bavi zlostavljanjem starih u SAD definiše emocionalno ili psihološko zlostavljanje kao “nanošenje jada, bola ili nevolje kroz verbalne ili neverbalne aktivnosti”. U evaluaciji psihološkog zlostavljanja, takođe su, u nekim istraživanjima, uzeta u obzir tri koncepta: pretnja; verbalna agresija, vređanje, ponižavanje; i, ignorisanje ili odbijanje razgovora.

3. Finansijsko i materijalno nasilje

Nacionalni centar finansijsku ili materijalnu eksploataciju opisuje kao “nelegalno ili nepravilno korišćenje fondova, imovine ili sredstava starije osobe”.

4. Seksualno nasilje

Seksualno zlostavljanje se definiše kao “seksualni kontakt bilo koje vrste, sa starijom osobom bez njene saglasnosti”. Ono se meri prema bilo kakvom neželjenom seksualnom pristupu, zahtevima za seksualnim uslugama i drugim verbalnim ili fizičkim aktivnostima seksualne prirode.

5. Zanemarivanje

Zanemarivanje se definiše kao “odbijanje ili propuštanje da se ispuni bilo koji deo obaveza ili dužnosti jedne obaveze prema staroj osobi.

6. Povreda prava starije osobe

Odnosi se na uskraćivanje prava staroj osobi koja joj pripadaju na osnovu zakona ili nekog drugog pravnog akta.

Fizičko zlostavljanje

Fizičko zlostavljanje se definiše kao “primena fizičke sile koja može rezultirati telesnom povredom, fizičkim bolom ili oštećenjem”, a primeri istog su šamaranje, udaranje, šutiranje, nasilno hranjenje, vezivanje, gađanje predmetima.

Tipovi fizičkog zlostavljanja:

1. Udaranje, šamaranje, grebanje,
2. Guranje ili grub tretman,
- Prebijanje,
1. Sputavanje bez opravdanog razloga,
2. Zloupotreba lekova,
3. Neprikladno kažnjavanje, uključujući lišavanje hrane, odeće, grejanja i zdravstvenih usluga.

Indikatori fizičkog zlostavljanja:

1. Istorijat neobjašnjenih padova ili manjih povreda, pogotovo u različitim fazama zaceljivanja;
2. Neobjašnjene modrice na dobro zaštićenim delovima tela, npr. unutrašnjosti butina, na nadlakticama itd. ili modrice nastale kao posledica sputavanja odnosno “vezivanja”;
3. Neobjašnjene modrice ili povrede bilo koje vrste;
4. Opekotine neuobičajene vrste, na primer opekotine od cigarete;
5. Istorijat čestih promena svog lekara ili opiranje od strane porodice, negovatelja ili prijatelja da se konsultuje lekar;
6. Sakupljanje lekova koji su prepisani starijoj osobi, ali se ne koriste;
7. Pothranjenost, čirevi, dekubitus, mokra odeća.

Počinioci fizičkog zlostavljanja mogu biti članovi porodice: sinovi, kćeri, unuci i supružnici. U većini slučajeva počinioci fizičkog zlostavljanja su muškarci. Fizičko zlostavljanje koje je počinio supružnik ili partner je u cilju dobijanja moći i kontrole nad žrtvom i deo je nasilja u porodici. U većini slučajeva radi se o kontinuiranom zlostavljanju tokom celog života. Počinioci ove vrste zlostavljanja mogu biti i poznanici i komšije, staratelji i negovatelji u institucijama, vrlo retko se radi o nepoznatim osobama.

Studije pokazuju da počinioci zlostavljanja starijih u porodici najčešće imaju probleme kao što su zloupotreba alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci, mentalni poremećaji, finansijski problemi, nezaposlenost i problemi sa policijom.

Često se dešava da su počinioci zlostavljanja starijih u porodici osobe tj. negovatelji kod kojih se može ustanoviti “sindrom sagorevanja” kao posledica dugotrajne nege funkcionalno zavisnih starijih osoba, bez mogućnosti predaha i podrške kroz usluge i servise. Ova vrsta podrške im je potrebna kako bi se osnažili i edukovali da bolje da brinu o starijoj osobi, ali i o sebi.

Psihološko – emocionalno nasilje

Nacionalni centar koji se bavi zlostavljanjem starih u SAD definiše emocionalno ili psihološko zlostavljanje kao “nanošenje jada, bola ili nevolje kroz verbalne ili neverbalne aktivnosti”.

Tipovi psihološko-emocionalnog nasilja:

1. Emocionalno zlostavljanje,
2. Verbalno zlostavljanje,
3. Ponižavanje i ismevanje,
4. Pretnje kaznom, napuštanjem, zastrašivanjem ili obustavom usluga,
5. Izolacija ili isključivanje iz sistema usluga nege i iz mreža za podršku,
6. Namerno uskraćivanje mogućnosti za zadovoljenje religioznih ili kulturnih potreba,
7. Neobezbeđivanje pristupa odgovarajućim obukama za socijalne veštine i obrazovni razvoj.

Indikatori psihološko-emocionalnog nasilja:

1. Nemogućnost starije osobe da zaspi ili tendencija da provodi duge periode u krevetu;
2. Gubitak apetita ili prejedanje u neodgovarajućim momentima;
3. Nervoza, zbunjenost ili opšta rezigniranost;
4. Tendencija ka povlačenju iz društva i izolacija;
5. Zaplašenost i znaci gubitka samopoštovanja;
6. Nekarakteristično manipulativno, ćudljivo ili agresivno ponašanje.

Počinioci psihičkog zlostavljanja mogu biti članovi porodice, staratelji, negovatelji ili poznanici. Dešava se u porodici i institucionalnom smeštaju. Ova vrsta zlostavljanja javlja se i na javnom mestu.

Psihičko zlostavljanje je vrlo teško definisati, delom zato što postoje kulturološke razlike u različitim društvima, a delom zbog rizika da se izgubi oštrina pojma i da se on suviše razvodni.

Finansijsko i materijalno nasilje

Finansijska ili materijalna eksploatacija se opisuje kao “nelegalno ili nepravilno korišćenje fondova, imovine ili sredstava starije osobe”.

Tipovi finansijskog i materijalnog nasilja:

1. Zloupotreba ili krađa novca,
2. Prevara ili iznuda vezana za materijalnu imovinu,
3. Zloupotreba ili pronevera imovine ili prinadležnosti,
4. Prevare ili manipulacije u vezi sa testamentom, imovinom ili nasleđem.

Indikatori finansijskog i materijalnog nasilja:

1. Neobjašnjena nemogućnost da se plate nabavke ili računi itd;
2. Podizanja velikih suma novca koja se ne mogu objasniti;
3. Nestale lične stvari;
4. Razmimoilaženje između uslova u kojima osoba živi i njenih finansijskih resursa;
5. Neobično, vanredno interesovanje i bavljenje imovinom starije osobe.

Počinioci finansijskog i materijalnog nasilja nad starijim osobama mogu se podeliti praktično u tri grupe. To su: (1) članovi porodice; (2) predatori pojedinci i (3) beskrupulozni profesionalci koji žive od finansijskih prevara.

Članovi porodice, mogu biti sinovi, kćeri, unuci, supružnici i rođaci. Razlozi za finansijsko zlostavljanje starijih mogu biti različiti počev od problema sa alkoholizmom, zavisnošću od psihoaktivnih supstanci i problemi sa kockanjem, ali jedan od razloga je i pribavljanje finasijske dobiti za sebe. Pored toga postoji i stav da je upravo on/ona ta osoba koja na neki način treba sa “pravom” da nasledi stariju osobu i da je imovina starijih gotovo njihova imovina. Finansijsko zlostavljanje u nekim slučajevima pokreće pohlepni strah da će starija osoba, ako se razboli koristiti svoju ušteđevinu za sebe i da će ih lišiti nasledstva koja im po njihovom osećaju pripada. Tu su i negativna osećanja prema braći i sestrama ili drugiiim članova porodice koje žele da spreče da steknu ili naslede imovinu starije osobe. Kao jedan od motiva tj. pokretača finansijskog zlostavljanja su i stereotipi prema starijim osobama kojima na neki način “manje” trebaju stvari (obuća, odeća, putovanja, tehnologija...). Dodatni problem je što te stereotipe mogu deliti i same starije osobe, što bi moglo da se opiše kao model samožrtvovanja starijih osoba.

Starije osobe mogu postati i žrtve predatora pojedinaca koji traže usamljene i ugrožene starije osobe sa namerom da ih finansijski iskoriste. Ovakve osobe govore da vole starije osobe (“sweetheart scams”) i da traže zaposlenje da pomažu usamljenoj starijoj osobi iz altruizma, osećanjima koje su gajili prema svojim bakama i dekama.

Oni uglavnom traže socijalno izolovane i usamljene starije osobe, skorašnje udovce/ udovice i vrlo često menjaju mesto stanovanja tako da ih je teško dovesti pred lice pravde.

Kada govorimo o finansijskom zlostavljanju svakako ne smemo da zaboravimo da su osobe sa demencijom pod većim rizikom od ostalih, jer su ranjivije. I na kraju beskrupulozni profesionalci koji žive od prevara i prodaja usluga ili proizvoda koristeći se sa jedne strane obmanjujućim i nepoštenim poslovnim praksama, a sa druge strane koristeći poverenje starije osobe da bi zaradili dobrobit za sebe.

Seksualno nasilje

Seksualno zlostavljanje se definiše kao “seksualni kontakt bilo koje vrste, sa starijom osobom bez njene saglasnosti”.

Tipovi seksualnog nasilja:

1. Seksualna aktivnost na koju starija osoba ne može da pristane ili nije pristala ili na koju je prisiljena,
2. Seksualna aktivnost koja nastupa kada je starija osoba nesvesna posledica ili rizika za nju vezanih,
3. Silovanje ili silovanje u pokušaju,
4. Seksualni nasrtaj ili zlostavljanje,
5. Zlostavljanje bez kontakta, npr. voajerstvo, pornografija, neprikladan eksplicitan i lascivan rečnik.

Indikatori seksualnog nasilja:

1. Neobjašnjene promene u držanju i ponašanju starije osobe;
2. Tendencija ka povučenosti i provođenju vremena u izolaciji;
3. Nemirno i isprekidano spavanje;
4. Modrice ili krvarenja u rektalnim ili genitalnim telesnim regijama;
5. Pocepan ili umrljan veš, naročito sa tragovima krvi i semena;
6. Seksualno prenosiva infekcija kod osobe koja nije mogla dati pristanak na seksualni čin.

Počinioci seksualnog zlostavljanja mogu biti članovi porodice uključujući i supružnika. Takođe i zaposleni u institucijama za smeštaj i negu starijih, ali i korisnici usluga u tim institucijama

Zanemarivanje

Zanemarivanje se definiše kao “odbijanje ili propuštanje da se ispuni bilo koji deo obaveza ili dužnosti jedne obaveze prema staroj osobi”.

Tipovi zanemarivanja:

1. Ignorisanje potreba za medicinskom ili fizičkom negom,
2. Nedavanje prepisanih lekova,
3. Nedavanje pristupa odgovarajućim zdravstvenim, socijalnim ili obrazovnim uslugama,
4. Zanemarivanje potreba za stanovanjem, grejanjem, osvetljenjem itd.
5. Onemogućen pristup nezi ili opremi i pomagalicama koje obezbeđuju funkcionalnu nezavisnost,
6. Neobezbeđivanje privatnosti i dostojanstva,
7. Profesionalna nebriga.

Indikatori zanemarivanja:

1. Neadekvatno grejanje, osvetljenje, hrana ili tečnosti;
2. Član porodice, negovatelj ili osoba koja čuva stariju osobu ne daje prepisane lekove ili ne obezbeđuje odgovarajuću medicinsku negu;
3. Član porodice, negovatelj ili osoba koja čuva stariju osobu izbegava kontakt sa profesionalcima iz oblasti zdravstva ili socijalnog staranja;
4. Odbijanje da se posetiocima obezbedi pristup;
5. Loše opšte fizičko stanje starije osobe, npr. čirevi, dekubitus;
6. Naizgled neobjašnjiv gubitak telesne mase;
7. Neodržavana odeća i aljkav fizički izgled;
8. Neodgovarajuća ili neadekvatna odeća ili nošenje noćne odeće danju;
9. Senzorna deprivacija – nemanje pristupa naočarima ili aparatu za sluh itd;
10. Odsustvo privatnosti i dostojanstva;
11. Odsustvo mogućnosti da se traži pomoć.

Počinioci zanemarivanja pre svega mogu biti članovi porodice, ali i negovatelji u institucijama za smeštaj i negu starijih osoba. Do zanemarivanja može doći i nenamerno (pasivno), jer negovatelji, formalni ili neformalni nemaju adekvatne veštine, nedovoljno su obučeni, nemaju dovoljno vremena i energije, ali mogu da imaju i mentalne probleme, kao i probleme sa alkoholizmom i zavisnošću od psihoaktivnih supstanci.

Tip ličnosti nasilnika?

Možemo razlikovati pet vrsta ličnosti zlostavljača (počinilaca nasilja):

1. Prenatrpani nasilnici su dobronamerni i od njih se očekuje da pruže adekvatnu negu starijoj osobi. Njih karakterišu adekvatne osobine ličnosti - oni su kvalifikovani,

inteligentni i poseduju veštine i motivaciju za brigu i negu starije osobe. Ali u situaciji kada su pod pritiskom i ne mogu da odgovore na zahteve nege i brige, oni postaju zlostavljači i napadaju verbalno ili fizički i/ili kvalitet njihovog nege i brige može opasti i dovesti do zanemarivanja.

2. Nepodesni nasilnici su dobronamerni, ali se radi o osobama koje imaju probleme i nisu u stanju da se adekvatno brinu o zavisnoj starijoj osobi.
3. Narcistički nasilnici nisu uključeni u brigu i negu starije osobe iz dobrih namera. Glavni motiv im je lična dobit i u ovom slučaju stariji predstavljaju samo sredstvo u ispunjenju njihovih ciljeva.
4. Nadmeni ili agresivni nasilnici imaju osećaj da je opravdano da zlostavljaju druge. Oni sasvim dobro znaju gde mogu da se ponašaju nasilnički, a gde ne mogu. Oni zaziru od osoba koje predstavljaju autoritet u njihovom životu, ali u odnosima u kojima osećaju nadmoć postaju zlostavljači (zlostavljaju decu, supružnika ili starije roditelje).
5. Sadistički nasilnici izvlače osećaj moći i važnosti time što druge ponižavaju, zastrašuju i povređuju. Sadistički prestupnici obično ne pokazuju osećaj krivice, stida ili kajanje za svoje ponašanje.

Teorijski modeli zlostavljanja starijih osoba

Istraživači su pokušali da postave teoretske osnove i objasne razloge zbog čega dolazi do zlostavljanja starijih osoba. U tom cilju "pozajmljeni" su različiti modeli iz psihologije, sociologije, feminizma... Neki od tih modela su:

1. Situaciona teorija

Ova teorija smatra da okruženje koje je pogodno za nastanak nasilja nad starijima postoji zbog velikog stresa kome su izložene osobe koje brinu o starijoj osobi

2. Teorija razmene

Ova teorija razmatra reciprocitet i zavisnost između počinioca i žrtve nasilja. Ona pretpostavlja da do nasilja može doći unutar različitih taktika i odgovora na njih u okviru porodičnih odnosa.

3. Teorija intraindividualne dinamike (psihopatološka teorija)

Teorija tvrdi da postoji veza između mentalno ili emocionalno poremećenog počinioca nasilja i samog čina zlostavljanja.

4. Teorija međugeneracijskog prenosa (teorija socijalnog učenja)

U ovoj teoriji se tvrdi da ponašanje odrasle osobe zavisi od naučenog ponašanja u detinjstvu i da se osoba vraća istom modelu ponašanja.

5. Feministička teorija

Zasniva se na modelu nasilja u porodici i naglašava disbalans moći unutar veze, odnosno tvrdi da muškarci koriste silu kako bi demonstrirali svoju moć.

6. Političko-ekonomska teorija

Ova teorija kritikuje one teorije koje se zasnivaju na pojedincu i tvrdi da sistemski razlozi i marginalizacija starijih osoba u društvu, zapravo, stvara uslove koji dovode do konflikta i nasilja.

Više je nego jasno da nijedna teorija ne može objasniti složene razloge nastanka nasilja. Upravo zbog toga, istraživači su se okrenuli ekološkom modelu kojim se pokušava objasniti ne samo nasilje nad starima, već i nasilje nad decom, nasilje među mladima i nasilje na bračnim ili vanbračnim partnerom. Ekološki model ispituje složene interakcije između ličnih osobina osobe (bikoška osnova, lična istorija) i njegovog okruženja (odnosi sa drugim osobama, karakteristike okruženja u kome osoba živi i radi, društvene norme...). Ovaj model omogućava da nasilje nad starima povežemo sa širim socijalnim faktorima, što ne omogućavaju ostale teorije.

Često se zanemaruju pitanja pola. Naime, starije žene su češće žrtve nasilja, mada studije nisu pokazale koliko na to utiče i očekivano trajanje života na rođenju koje je za žene više, odnosno činjenica da žene žive duže.

Teorije koje ispituju razloge nastanka nasilja nad starijima, moraju da se fokusiraju na pitanja marginalizacije ovih osoba i sve više prisutnog seksizma (predrasuda, stereotipa i diskriminacije pre svega žena na osnovu pola) i ejdžizma (predrasuda, stereotipa i diskriminacije starijih osoba zbog njihovih godina). Takođe, teorije nisu uvažavale stavove samih starijih o njima samima. Zbog toga, istraživanja sve više uključuju starije pokušavajući da prepoznaju stavove i percepciju starijih o njihovim potrebama, zdravstvenom stanju pokušavajući da prepoznaju potrebne intervencije kojima bi se olakšao njihov položaj.

Učestalost zlostavljanja starijih osoba

Prema istraživanjima Svetske zdravstvene organizacije zlostavljanje starih osoba se razlikuje bitno u zavisnosti od okruženja, naroda, kulturnog nasleđa, definicije zlostavljanja i metodološkog pristupa proceni ovog fenomena, ali prosečna prevalencija zlostavljanja osoba starijih od 60 godina iznosi oko 15.7%. Ovaj procenat verovatno ne prikazuje pravu sliku stvari, s obzirom da je procenjeno da se prijavljuje samo jedan od 24 slučajeva zlostavljanja starih, delimično zbog toga što se oni često boje da prijavljuju zlostavljanje porodici, prijateljima ili nadležnim institucijama.

Druge studije, pak, prikazuju da jedno lice od pet, do jednog od četrnaest izveštava o nasilju. Studije obično ne uzimaju u obzir starije osobe sa kognitivnim poteškoćama zbog njihove nemogućnosti da se izraze i obezbede adekvatnu informaciju. Teret zbrinjavanja ovakvih osoba je veliki, pa su i negovatelji pod većim rizikom sagorevanja, što često dovodi do zlostavljanja. Na primer, u tradicionalnim, religioznim zajednicama, porodice imaju obično veliki broj dece, a to uključuje i život sa unucima, odnosno dedama i babama, ili i više generacija. Zbrinjavanje starijih je tu podeljeno na više članova porodice, s obzirom da je tradicija takva i da su društvena i religiozna očekivanja takva.

Socio-kulturološka konstrukcija određenih društava je ponekad zasnovana na fundamentalnim porodičnim vrednostima, pa je tendencija da se zlostavljanje starih prikriva zbog sramote i potencijalne štete koju otkrivanje može uzrokovati porodici u društvu. Kada se radi o zlostavljanju starih u zajednici/podrođici, istraživanja dolaze do zaključka da je zlostavljanje u ne-zapadnim zemljama češće nego u zapadnim. Radi se o tome da je u ne-zapadnim zemljama, struktura porodice često zasnovana na patrijarhalnom i hijerarhijskom modelu. Postoje socijalna i kulturološka očekivanja da odrasla deca brinu o svojim starijima, te je ovo postalo više tradicija nego voljni izbor. Kao rezultat toga, odrasla deca mogu biti primorana da se staraju o starijima, a ne rade to dobrovoljno, što može dovesti do zlostavljanja starih.

Kada se, pak, radi o institucionalnom zbrinjavanju, stariji trenutno čine najveću populaciju odraslih koja živi u ustanovama za odrasle sa mentalnim poteškoćama u Evropskom regionu. Rezidenti ovakvih ustanova često imaju višestruke forme nedostataka uključujući mentalne, fizičke ili nedostatke u ponašanju, kao i invalidnosti. Zbog ove njihove osetljivosti, rezidenti su više zavisni od drugih lica, ali time su i pod većim rizikom zlostavljanja i zanemarivanja nego stara lica u zajednici. Prevalencija zlostavljanja u institucionalnom okruženju može biti viša nego što se izveštava, s obzirom da žrtve često nisu u mogućnosti da obaveste o zlostavljanju ili to ne žele, u strahu od posledica. Isključivanje osetljive populacije (kao što su osobe sa mentalnim ili intelektualnim poteškoćama) iz istraživanja može voditi potcenjivanju prevalencije zlostavljanja starih i time iskrivljenju rezultata istraživanog

uzroka. Sa druge strane, osoblje ustanova često naglašava nedostatak zaposlenih i nedostatak vremena. Istraživanje je pokazalo da osoblje koje je samo prijavilo da su počinioi zlostavljanja, opisalo sebe kao emocionalno iscrpljene. Pored toga, veza postoji i između zlostavljanja i odnosa broja rezidenata i medicinskih sestara, u smislu velikog broja rezidenata na broj osoblja. Povećavanje broja medicinskih sestara je povezano sa smanjivanjem rizika zlostavljanja rezidenata. Postoji širok varijetet obrazovanja i profesionalnog iskustva osoblja, vidljiv kroz do sada rađene analize. U jednoj studiji se pokazalo da samo 48% osoblja čine kvalifikovane medicinske sestre u oblasti zbrinjavanja starih ili medicinske nege, a u drugoj studiji samo 10% osoblja je fakultetski obrazovano. U svakom slučaju, stope nasilja u ustanovama su verovatno potcenjene, ali ipak postoje procene broja ljudi koji su pogođeni nasiljem, i svakako može da se izvede zaključak da su stope zlostavljanja starih veće u ustanovama nego u zajednici. Na to ukazuju i druga istraživanja: zlostavljanje starih u ustanovama odnosno od strane trećeg lica predstavlja 34,3%, što je tri puta više nego što ukazuju istraživanja o zlostavljanju starih u zajednici.

Analize pokazuju da su žene više zlostavljane od muškaraca, kao i da je emocionalno najčešći oblik zlostavljanja. Potom sledi fizičko zlostavljanje, zanemarivanje, finansijsko i, na kraju, seksualno zlostavljanje. Neka istraživanja takođe pokazuju da je emocionalno i seksualno zlostavljanje u detinjstvu povezano sa većim rizikom da to lice bude žrtva istog i u starosti (tzv. reviktimizacija). Izveštaj Svetske zdravstvene organizacije iz 2013, doduše, pokazuje da se obaveštavanje o silovanju i seksualnim napadima smanjuju sa godinama, a to vodi ka zaključku da se i viktimizacija i rizik takođe smanjuju sa godinama. To je verovatno razlog zbog koga neki izveštaji o seksualnom nasilju isključuju ispitanike od preko 60 godina, a fokusiraju se na seksualno nasilje nad mlađim ženama. Istraživanja u opštoj populaciji pokazuju u principu niske stope seksualnog zlostavljanja starih (od 0,2% do 3,1%), dok istraživanja koja obuhvataju specifičnu subpopulaciju starih (na primer, stari u zdravstvenim centrima), pokazuju stope seksualnog zlostavljanja između 0,2% i 5,2% do 17%.

U Republici Srbiji sprovedeno je istraživanje koje je pokazalo da je neki oblik zlostavljanja i zanemarivanja doživelo 19,8% starih osoba, dok je njih 5,5% doživelo višestruko nasilje. Njih 11,0% je prijavilo da je neki oblik nasilja doživelo u poslednjih godinu dana. Finansijsko zlostavljanje (gde je najčešći oblik krađa) u poslednjih 12 meseci doživelo je 5,8% starih osoba, dok je 1,6% starih u poslednjih godinu dana to doživelo 3 i više puta. Neki od oblika emocionalnog zlostavljanja prijavilo je 7,8% starih, njih 4,6% u poslednjih godinu dana. U 1,4% slučajeva nasilje je počinio član porodice, dok je u 3% slučajeva počinilac van porodice. Fizičko zlostavljanje je prijavilo 3,9% starih, u poslednjih godinu dana njih 2%. U 0,5% slučajeva nasilje je počinio član porodice, u 1,5% slučajeva počinilac je van porodice. Zanemarivanje je prijavilo 3,4% starih osoba, više starih osoba kojima je potrebna pomoć pri svakodnevnim aktivnostima u odnosu na one kojima takva pomoć nije potrebna. Pitanje o seksualnom zlostavljanju je postavljeno na način da su ispitanici mogli da odbiju da odgovore na taj deo upitnika što je uradilo više od polovine ispitanika.

Faktori rizika za zlostavljanje starijih osoba mogu se podeliti u nekoliko kategorija. Prema Svetskoj zdravstvenoj organizaciji to su:

- A. faktori rizika povezani sa individualnim karakteristikama žrtve,
- B. faktori rizika povezani sa individualnim karakteristikama zlostavljača,
- C. faktori rizika koji se tiču odnosa žrtva, zlostavljač,
- D. faktori rizika koji se odnose na zajednicu i
- E. faktori rizika koji se odnose na društvo.

Faktori rizika povezani sa individualnim karakteristikama žrtve su:

- a) Pol (starije žene su pod većim rizikom i češće žrtve zlostavljanja),
- b) Godine (rizik od zlostavljanja povećava se posle 74 godine),

Funkcionalna zavisnost,

- a) Narušeno fizičko zdravlje,
- b) Narušeno mentalno zdravlje (depresija)
- c) Loš ekonomski status, siromaštvo,
- d) Finansijska zavisnost od zlostavljača,
- e) Pripadnost manjinskim grupacijama,
- f) Kognitivni problemi (demencija),

Socijalna isključenost

- a) Faktori rizika povezani sa individualnim karakteristikama zlostavljača:
- b) Narušeno mentalno zdravlje (depresija, sindrom sagorevanja),
- c) Alkoholizam i zavisnost od psihoaktivnih supstanci,
- d) Zavisnost od žrtve: finansijska, emotivna.

Faktori rizika koji se tiču odnosa žrtva-zlostavljač su - iskustvo nasilja u porodici, međugeneracijsko prenošenje obrasca nasilnog ponašanja u porodici.

Faktor rizika koji se odnosi na zajednicu pre svega je socijalna izolovanost (posebno na ruralnim područjima).

Faktori rizika koji se odnose na društvo:

- a) Negativni stereotipi o starosi i starenju,
- Kulturne norme

- a) Posledice zlostavljanja starijih osoba

Posledice zlostavljanja starijih su mnogostruke. Istraživanja pokazuju da zlostavljane osobe pokazuju znatno pogoršanje zdravstveno stanja u odnosu na starije osobe koje nisu žrtve nasilja. Starije osobe koje su bile zlostavljane za 300 posto su u većem riziku od smrti, pokazaluju viši nivo psihološkog stresa i manju efikasnost.

Kada je u pitanju zdravlje i dobrobit starijih osoba Američki centar za kontrolu bolesti (CDC) dao je sledeću podelu posledica zlostavljanja. Posledice se mogu podeliti na:

fizičke i
psihičke.

1. Fizičke posledice:

- a) Povrede, rane i povrede (modrice, poderotine, prelomi, izbijeni zubi, povrede glave..),

Hronični bol,

- a) Problemi vezani za ishranu i hidrataciju,

Poremećaj sna,

- a) Pojava novih oboljenja (uključujući i seksualno prenosive bolesti),

- b) Pogoršanje postojećih zdravstvenih problema,

- c) Povećan rizik od smrtnosti.

Psihičke posledice:

- a) Depresivnost i duševna bol, patnja,

- b) Osećaj straha, nesigurnosti i anksioznosti,

Osećaj bespomoćnosti,

- a) Stres izazavan traumom

- a) Između ostalog zlostavljanje starijih osoba ima i ozbiljne finansijske posledice i može uticati na finansijsku sigurnost osoba trećeg životnog doba. Finasijski troškovi zlostavljanja starijih utiču na same starije, ali i na budžete samih država i dovode do povećanja troškova zdravstvene i socijalne zaštite. Na osnovu izveštaja procenjuje se da su samo troškovi lečenja u Sjedinjenim Američkim državama povezani sa zlostavljanjem starijih iznosili preko 5,3 milijarde dolara na godišnjem nivou, a šteta nastala kao posledica finansijskog zlostavljanja starijih procenjuje se na 2,9 milijardi dolara u 2009. godini. Sve ove procene treba uzeti sa rezervom, jer kao što je već pomenuto same razmere fenomena zlostavljanje starijih osoba je teško proceniti.

Sprečavanje nasilja nad starijim osobama i njihova zaštita

Dva ključna aspekta zaštite starijih od zlostavljanja su pre svega prevencija, ali u slučajevima kada do zlostavljanja dođe važno je da postoje efikasni sistemi zaštite konkretnih starijih osoba žrtava zlostavljanja.

Kao što je već više puta navedeno zlostavljanje starijih osoba je sa jedne strane nedovoljno istražen fenomen, a sa druge strane nije dovoljno prepoznat kako od strane šire javnosti tako i od strane samih profesionalaca koji se bave zaštitom starijih osoba. Takođe, kada je prevencija u pitanju, kao što je navedeno u delu koji se odnosi na ličnost zlostavljača, određeni ne mali broj slučajeva zlostavljanja nastaje usled onoga što se naziva stresom negovatelja. Stres negovatelja je podvrsta sindroma sagorevanja koji je izazvan obavezama vezanim za negu. Članovi porodice u najvećem broju slučajeva nisu obučeni za pružanje nege, pa slučajevi nasilja proističu iz situacija da nisu dovoljno pripremljeni da se nose sa obavezama i zahtevima koje sa sobom nosi nega funkcionalno zavisnih starijih osoba. Sa treće strane veliki broj starijih osoba nema dovoljno informacija o mogućnostima zaštite od zlostavljanja koji mu pružaju različiti sistemi u državi, a iz toga sledi da i ono što je na raspolaganju ne koristi.

S obzirom na sve gore navedeno sledi da u red najvažnijih strategija prevencije spadaju programi edukacije i obuke sa jedne strane, i profesionalaca koji rade u sistemu socijalne i zdravstvene zaštite, policije i profesionalaca angažovanih u pravosudnom sistemu, sa druge strane. Obuke neformalnih negovatelja, kao i razvijanje socijalnih servisa koji bi im olakšali obaveze koje se odnose na negu. Na kraju možda i najvažnije ohrabrivanje samih starijih osoba da prepoznaju različite oblike zlostavljanja i da znaju kome i kako da se obrate u tom slučaju.

Sa druge strane važno je raditi na senzibilizaciji javnosti i donosioca odluka o važnosti ovog problema. Kroz medijske kampanje namenjene podizanju svesti društva o raširenosti i oblicima ovog problema. Ovde je važno spomenuti ulogu civilnog sektora u kampanjama zagovaranja za unapređenje zakonodavnog okvira, postojećeg sistema usluga i boljoj koordinaciji institucija (kako na nacionalnom tako i na lokalnom nivou) koje se bave između ostalog i zaštitom starijih. Civilni sektor je važan i sa stanovišta aktivnosti kojima se smanjuje socijalna isključenost i izolacija starijih osoba što predstavlja faktor rizika zlostavljanja starijih osoba.

Zbog same raznovrsnosti fenomena zlostavljanja starijih u prevenciju treba da budu uključeni različiti sektori, odnosno segmenti društva. Pored sistema socijalne zaštite (usluge predaha, usluge dnevnih centara za starije, pomoći u kući, obuke neformalnih negovatelja sa posebnim akcentom na negu osoba sa demencijom) i zdravstvene zaštite (skrininzi, detekcija i usluge namenjene žrtvama zlostavljanja) na koje se najčešće misli kada je ova tema u pitanju, od

presudne je važnosti učešće policije (senzibilizacije policije u radu sa starijim osobama i prepoznavanja različitih oblika zlostavljanja starijih), ali i pravosudnog sistema (kroz zakonodavni okvir koji jasno prepoznaje ovaj fenomen i definiše okvir zaštite u slučajevima zlostavljanja), obrazovnog sistema (senzibilizacija za pitanja koje se odnose na starenje i razvijanje međugeneracijske solidarnosti), i finansijskog sektora.

Efikasna zaštita žrtava zlostavljanja predpostavlja uključenost i dobru koordinaciju različitih sistema zaštite. Od presudne je važnosti da koordinacija bude sistemski definisana i da ne bude svedena na pojedinačne slučajeve dobre saradnje različitih institucija. Pre svega neophodno je da postoji zakonodavni okvir koji prepoznaje i sankcioniše zlostavljanje starijih osoba u njegovim različitim pojavnim oblicima. Kada se radi o policiji važno je da policajci koji rade na terenu budu obučeni za prepoznavanje različitih oblika zlostavljanja starijih, ali i za rad sa starijima imajući u vidu probleme koje zlostavljanje nosi, problemi stida, stigme, straha. Ali takođe da budu obučeni da budu strpljivi kada se radi o ovakvim situacijama starijih osoba koje mogu slabije da vide ili čuju. Sistem socijalne zaštite treba da razvija usluge podrške žrtvama nasilja, ali i ne manje značajan rad sa počiniocima nasilja, medijacija, SOS telefoni, kontinuirana edukacija profesionalaca iz sistema socijalne zaštite, savetodavne aktivnosti i saradnja sa policijom, sistemom zdravstvene zaštite, pravosudnim sistemom.

Uloga zdravstvene zaštite je važna pre svega zbog odnosa poverenja i relativno čestog odnosa koje starije osobe imaju prema zdravstvenim radnicima, važno je da u slučaju zlostavljanja koje imaju posledice na zdravlje starije osobe budu dobro dokumentovani kako bi mogle da posluže kao dokazni materijal, ako dođe do sudskog procesa. Takođe, treba imati u vidu da postoji zakonska obaveza lekara da prijavljuju slučajeve nasilja u porodici, ako do njih dođe.

Zakonski okvir zaštite starijih osoba od nasilja

Iako je poslednjih godina dosta pažnje bilo posvećeno položaju starijih lica i problemima sa kojima se oni suočavaju, nema dokumenta koji bi na sistematičan način predstavljao izvor u ovoj oblasti, već je zaštita starijih osoba regulisana kroz više zakona i podzakonskih akata, kao i nacionalnih strategija i planova delovanja koji se odnose na populaciju starijih lica.

Ustavom Republike Srbije, kao najvišim prvnim aktom u državi, zajamčena su osnovna ljudska prava i slobode kao što su pravo na jednaku zakonsku zaštitu bez diskriminacije, pravo na sudsku zaštitu u slučaju povrede ili uskraćivanja ljudskog ili manjinskog prava zajamčenog Ustavom i pravo na uklanjanje posledica koje su povredom nastale, prvo na život, nepovredivost psihičkog i fizičkog integriteta, pravo na pravično suđenje, na rehabilitaciju i naknadu štete, prvo na jednaku zaštitu prava i na pravno sredstvo. U Ustavu se ne pominju

starije osobe kao posebna društvena grupa, izuzev što se članom 21. zabranjuje diskriminacija, neposredna ili posredna, po bilo kom osnovu a naročito i po osnovu starosti, kao jednom od izdvojenih osnova diskriminacije.

Zakonom o socijalnoj zaštiti, usluge su svrstane prema grupama na sledeći način: usluge procene i planiranja, dnevne usluge u zajednici, usluge podrške za samostalan život, savetodavno-terapijske i socijalno edukativne usluge (uključujući savetovanje i podršku u slučajevima nasilja), kao i usluge smeštaja. Kao korisici usluga posebno su navedena lica za koja postoji opasnost da će postati ili već jesu žrtve zanemarivanja, zlostavljanja, eksploatacije, nasilja odnosno nasilja u porodici. Zakon kao korisnika prava ili usluga prepoznaje punoletno lice starije od 65 godina (stariji korisnik) kada je njegovo blagostanje, bezbednost i produktivan život u društvu ugrožen rizicima usled starosti, invaliditeta, bolesti, porodičnih i drugih životnih okolnosti (član 41. stav 3). Navedenim zakonom kao ciljevi socijalne zaštite, pored ostalog, navedeni su očuvanje i unapređivanje porodičnih odnosa, porodične, rodne i međugeneracijske solidarnosti i predupređivanje zlostavljanja, zanemarivanja ili eksploatacije, odnosno otklanjanje njihovih posledica (član 3.). Svaki pojedinac i porodica kojima je neophodna društvena pomoć i podrška radi savladavanja socijalnih i životnih teškoća i stvaranja uslova za zadovoljenje osnovnih životnih potreba imaju pravo na socijalnu zaštitu, koja se obezbeđuje pružanjem usluga socijalne zaštite i materijalnom podrškom (član 4.). Pružaoci usluga socijalne zaštite sarađuju sa obrazovnim i zdravstvenim ustanovama, sa policijom, pravosudnim i drugim državnim organima, organima teritorijalne autonomije, odnosno organima jedinica lokalne samouprave, udruženjima i drugim pravnim i fizičkim licima (član 7.). Svaki korisnik socijalne zaštite ima pravo na socijalnu zaštitu koja se zasniva na socijalnoj pravdi, odgovornosti i solidarnosti, koja mu se pruža uz poštovanje njegovog fizičkog i psihičkog integriteta, bezbednosti, kao i uz uvažavanje njegovih moralnih, kulturnih i religijskih ubeđenja, u skladu sa zajemčenim ljudskim pravima i slobodama (član 24.). U pružanju socijalne zaštite važe sledeća načela: načelo zabrane diskriminacije i najboljeg interesa korisnika, načelo najmanje restriktivnog okruženja, efikasnosti, blagovremenosti, celovitosti, pri čemu se usluge socijalne zaštite pružaju u skladu s principima i standardima savremene profesionalne prakse socijalnog rada.

Porodični zakon uređuje: brak i odnose u braku, odnose u vanbračnoj zajednici, odnose deteta i roditelja, usvojenje, hraniteljstvo, starateljstvo, izdržavanje, imovinske odnose u porodici, zaštitu od nasilja u porodici, postupke u vezi sa porodičnim odnosima i lično ime (član 1.). Nasilje nad starijim osobama u porodičnom kontekstu sagledava se kao specifična forma nasilja u porodici. Zakonodavac je izričito zabranio nasilje u porodici, priznavši članovima porodice pravo na zaštitu od nasilja u porodici (član 10.), definisavši nasilje u porodici i šta se pod istim podrazumeva, potom je utvrdio krug lica koja se smatraju članovima porodice, regulisao mere porodičnopravne zaštite, uslove pod kojima se one određuju (čl. 197- 200.) i

uredio poseban postupak po čijim se pravilima postupa u parnici koja se vodi radi zaštite od nasilja u porodici (čl. 283-289.). Odredbom člana 197. navedenog zakona definisano je da je nasilje u porodici kao ponašanje kojim jedan član porodice ugrožava telesni integritet, duševno zdravlje ili spokojstvo drugog člana porodice (stav 1.); da se nasiljem u porodici smatra naročito nanošenje ili pokušaj nanošenja telesne povrede, izazivanje straha pretnjom ubistva ili nanošenja telesne povrede članu porodice ili njemu bliskom licu, prisiljavanje na seksualni odnos, navođenje na seksualni odnos ili seksualni odnos sa licem koje nije navršilo 14. godinu života ili nemoćnim licem, ograničavanje slobode kretanja ili komuniciranja sa trećim licima; vređanje kao i svako drugo drsko, bezobzirno i zlonamerno ponašanje; (stav 2.); a da se članovima porodice smatraju supružnici ili bivši supružnici; deca, roditelji i ostali krvni srodnici, te lica u tazbinskom ili adoptivnom srodstvu, odnosno lica koja vezuje hraniteljstvo, lica koja žive ili su živela u istom porodičnom domaćinstvu, vanbračni partneri ili bivši vanbračni partneri, lica koja su međusobno bila ili su još uvek u emotivnoj i seksualnoj vezi, odnosno koja imaju zajedničko dete ili je dete na putu da bude rođeno iako nikada nisu živela u istom porodičnom domaćinstvu.

Krivični zakonik posebno ne sankcioniše nasilje nad starijim licima, niti ima predviđeno krivično delo za zlostavljanje starijih lica, ali pojedina krivična dela protiv braka i porodice, kao što je nasilje u porodici (član 194.), nedavanje izdržavanja (član 195.), kršenje porodičnih obaveza (član 196.), zatim pojedina krivična dela protiv života i tela, kao što su napuštanje nemoćnog lica (član 126.), obluba nad nemoćnim licem (član 179.), zloupotreba poverenja (član 216), na posredan način se odnose i na starija lica. Osnovni oblik krivičnog dela nasilja u porodici (član 194. KZ) sastoji se u ugrožavanju spokojsva, telesnog integriteta ili duševnog stanja člana svoje porodice primenom nasilja, pretnjom da će napasti na život ili telo drskim ili bezobzirnim ponašanjem. Pasivni subjekt krivičnog dela nasilja u porodici jeste član porodice lica koje je izvršilo nasilje, pri čemu se, saglasno članu 112. stav 28. KZ RS, članovima porodice smatraju: supružnici, njihova deca, preci supružnika u pravoj liniji krvnog srodstva, vanbračni partneri i njihova deca, usvojlac i usvojenik, hranilac i hranjenik, braća i sestre, njihovi supružnici i deca, bivši supružnici i njihova deca te roditelji bivših supružnika ako žive u zajedničkom domaćinstvu, kao i lica koja imaju zajedničko dete ili je dete na putu da bude rođeno, iako nikada nisu živela u istom porodičnom domaćinstvu.

Zakon o prekršajima propisano je nekoliko zaštitnih mera koje sud za prekršaje može da izrekne okrivljenom. Zaštitne mere se izriču uz izrečenu kaznu, opomenu ili vaspitnu meru, a izuzetno se mogu izreći i samostalno ukoliko je takva mogućnost propisana, odnosno i kada sud nije izrekao neku drugu kaznu. Neke od zaštitnih mera koje sud može izreći su: oduzimanje predmeta, zabrana pristupa oštećenom, objektima ili mestu izvršenja prekršaja, obavezno lečenje zavisnika od alkohola i psihoaktivnih supstanci, obavezno psihijatrijsko lečenje.

Zakon o javnom redu i miru izdvajamo iz razloga što je navedenim zakonom propisan i prekršaj koji se odnosi na vršenje nasilja. Zakonom je propisano da ko svađom ili vikom remeti javni red i mir ili ugrožava bezbednost građana - kazniće se novčanom kaznom. Istim članom je propisano i da ko vređanjem ili zloupotrebom drugog, vršenjem nasilja nad drugim, izazivanjem tuče ili učestvovanjem u njoj, ugrožava spokojstvo građana ili remeti javni red i mir - kazniće se novčanom kaznom.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti definiše da se društvena briga za zdravlje, pod jednakim uslovima, na teritoriji Republike Srbije ostvaruje obezbeđivanjem zdravstvene zaštite grupacija stanovništva koje su izložene povećanom riziku obolevanja, zdravstvenom zaštitom lica u vezi sa sprečavanjem, suzbijanjem, ranim otkrivanjem i lečenjem bolesti, od većeg socijalno-medicinskog značaja, kao i zdravstvenom zaštitom socijalno ugroženog stanovništva (član 11. stav 1.); da su zdravstvenom zaštitom pored ostalih obuhvaćena i lica starija od 65 godina (član 11. stav 2. tačka 3.), kao i žrtve nasilja u porodici (član 11. stav 2. tačka 12.).

Zakonom o zabrani diskriminacije propisana je zabrana diskriminacije lica na osnovu starosnog doba. Stariji imaju pravo na dostojanstvene uslove života bez diskriminacije, a posebno pravo na jednak pristup i zaštitu od zanemarivanja i uznemiravanja u korišćenju zdravstvenih i drugih javnih usluga.