



ONKOLOŠKI
INŠTITUT
LJUBLJANA

INSTITUTE
OF ONCOLOGY
LJUBLJANA

Pogosta vprašanja
v paliativni oskrbi

ISBN 978-961-6071-45-1



9 789789 616076

Pogosta vprašanja v paliativni oskrbi

*Prilagojeno po: 99 Common Questions (and more) about Hospice Palliative Care: A nurses handbook (3rd edition)
Published by Capital Health's, Regional Palliative Care Program, Canada*

Izdal:

Onkološki inštitut Ljubljana

Uredili:

Jernej Benedik
Jožica Čevrek
Branka Červ
Jasenka Gugrič Kevo
Zlatka Mavrič
Gregor Serša
Branko Zakotnik

Lektor:

Amidas d.o.o.

Oblikovalka:

Maja Licul

Tisk: EUROGRAF d.o.o.

2008



ONKOLOŠKI
INŠTITUT
LJUBLJANA

INSTITUTE
OF ONCOLOGY
LJUBLJANA

KRATEK PREGLED PRIROČNIKA

Glavni cilj tega priročnika je omogočiti izvajalcem paliativne oskrbe, predvsem medicinskim sestram, da pridobijo ustrezna specialna znanja in veščine, ki so potrebne za samostojno izvajanje paliativne oskrbe pri posameznikih in njihovih družinah. Osnovni namen tega priročnika je povečati sposobnost in samozaupanje izvajalcev paliativne oskrbe pri izvajanju paliativne oskrbe.

DEFINICIJA PALIATIVNE OSKRBE

Cilj paliativne oskrbe je ublažiti simptome in izboljšati kakovost življenja in umiranja bolnikom s smrtonosno boleznijo in /ali družinam, ki živijo s takimi osebami.

Paliativna oskrba teži k pomoči posamezniku in družini pri:

- naslavljanju telesnih, psiholoških, socialnih, duhovnih, praktičnih vprašanj in z njimi povezanimi pričakovanji, potrebami, upi in strahovi
- pripravi na umiranje
- premagovanju izgube in žalovanju med boleznijo in po smrti drage osebe

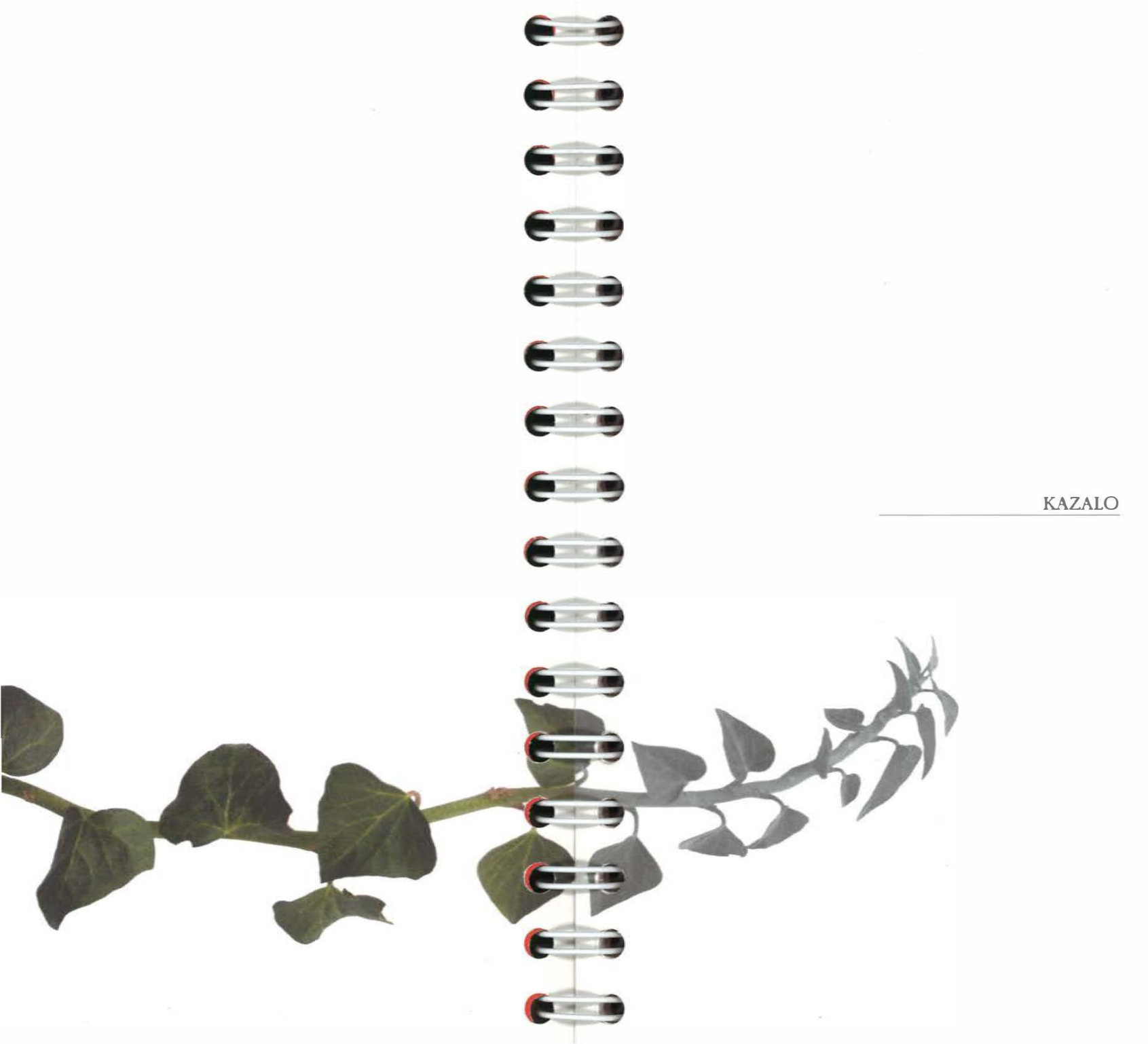
Paliativna oskrba lahko:

- dopolnjuje in izboljša zdravljenje bolezni kadarkoli v poteku bolezni
- postane edini način oskrbe

Paliativno oskrbo lahko dobijo osebe:

- s katero koli osnovno boleznijo
- katere koli starosti
- ki imajo neizpolnjene potrebe in takšno oskrbo sprejemajo

Storitve v paliativni oskrbi izvaja in usklajuje koordiniran multidisciplinarni tim s posebnim poudarkom na spoštovanju človeških pravic.



KAZALO



I. DEL: OBVLADOVANJE TELESNIH SIMPTOMOV 17

Bolečina

1. KAKO OCENJUJEM BOLEČINO?	19
2. KAKO LAHKO LOČIM MED TELESNO IN PSIHO SOCIALNO ALI DUHOVNO BOLEČINO?	22
3. ZAKAJ JE ANAMNEZA O ZLORABI ZDRAVIL IN ALKOHOLA POMEMBNA? KAKO JO LAHKO OCENIM?	23
4. KAKO LAHKO OCENIM BOLEČINO PRI ZMEDENEM BOLNIKU?	23
5. KAJ LAHKO POVZROČI, DA BOLNIKA BOLI VSEPOVSOD?	24
6. KATERI OPIOIDI SO NAJPRIMERNEJŠI ZA UPORABO V PALIATIVNI OSKRBI?	25
7. ALI NAJ BODO OPIOIDI V PALIATIVNI OSKRBI PREDPIŠANI PO POTREBI (PP) ALI NA URE?	26
8. KAJ JE REŠILNI ODMEREK (RO) IN KAKO NAJ BO PREDPIŠAN IN UPORABLJAN?	26
9. KOLIKŠEN JE NAJVIŠJI ODMEREK OPIOIDOV?	27
10. ALI JE TREBA BOLNIKA PONOČI ZBUJATI, DA BI LAHKO VZEL REDEŃ ODMEREK OPIOIDA?	27
11. KATERI NAČIN DAJANJA OPIOIDOV JE NAJPRIMERNEJŠI?	28
12. ALI JE NEPREKINJENA SUBKUTANA INFUZIJA OPIOIDOV VEDNO UČINKOVITEJŠA KOT DAJANJE POSAMEZNIH ODMERKOV?	28
13. ZAKAJ JE SUBKUTANA INFUZIJA OPIOIDOV BOLJ ZAŽELJENA KOT INTRAVENOSNO DAJANJE?	29
14. KATERI SO NAPOGOSTEJŠI STRANSKI UČINKI PRI ZDRAVLJENJU Z OPIOIDI?	29
15. KAKO LAHKO PREPREČIMO IN ZDRAVIMO STRANSKE UČINKE OPIOIDOV NA ŽIVČEVJE?	31
16. KAKO LAHKO OCENIM UČINKOVITOST ZDRAVLJENJA BOLEČINE?	32
17. KAKO JE MOGOČE ZMANJŠATI ZASPANOST OB UVEDBI OPIOIDOV?	32
18. KAKO UPORABIJATI OPIOIDE PRI SLABŠEM DELOVANJU LEDVIC?	32
19. ALI JE MIOKLONUS VEDNO ZNAK KOPIČENJA OPIOIDOV?	33

20. ALI JE TREBA POVIŠATI ODMEREK OPIOIDOV VEDNO KADAR BOLEČINA NI ZADOVOLJIVO OLAJŠANA?	33
21. KDAJ LAHKO BOLNIKU ODTEGNEM ODMEREK OPIOIDA?	34
22. KATERI OPIOIDI SO NAJCENEJŠI?	34
23. KATERA NEOPIOIDNA ZDRAVILA SO TUDI PRIMERNA ZA LAJŠANJE BOLEČINE PRI PALIATIVNIH BOLNIKI?	34
24. KATERE NEFARMAKOLOŠKE UKREPE ZA LAJŠANJE BOLEČINE POZNA MO?	35
25. KAKO NAJ ODGOVORIM NA VPRAŠANJA V ZVEZI Z ODVISNOSTJO?	36
26. KAKO UKREPATI KADAR DAJEJO SVOJCI ZDRAVILA V OKOLIŠČINAH, KO TA MOGOČE NISO POTREBNA?	37
27. ALI LAHKO UPORABIM PLACEBO, DA PREVERIM, ČE JE BOLEČINA PRISTNA?	37

Sedacija v paliativi

28. KAJ JE SEDACIJA V PALIATIVI?	39
	40






Anoreksija, kaheksija in astenija


















29. ALI VEČ HRANE PRI LJUDEH Z NAPREDOVALIM RAKOM PREPREČI IZGUBO TEŽE IN POVRNE MOČ?	41
	42
30. KAKO LAHKO POMAGAM ZASKRBLJENI DRUŽINI, KO BOLNA OSEBA NE MORE JESTI?	42
31. ALI OBSTAJAJO PRAVILA ZA NADOMEŠČANJE HRANJENJA Z ENTERALNO PREHRANO S HRANJENJEM PO SONDI ALI S POPOLNIM PARENTERALNIM HRANJENJEM V PALIATIVNI OSKRBI?	43
32. KAJ JE TAKOŠNJA SITOST? KAKŠNI SO VZROKI, ZNAKI IN ZDRAVLJENJE?	44

Zaprtje in zapora črevesja

33. KAKŠNA JE RAZŠIRJENOST, VZROKI IN ZNAKI ZAPORE ČREVESJA PRI BOLNIKI Z NAPREDOVALIM RAKOM?	47
	48
34. KAKŠNO JE ZDRAVLJENJE ZAPORE ČREVESJA PRI OSEBAH Z NAPREDOVALIM RAKOM?	49
35. KAJ LAHKO STORIMO ZA IZBOLJŠANJE BOLNIKOVEGA POČUTJA, KO ZAPORE ČREVESJA NI MOČ KIRURŠKO ODSTRANITI?	49
36. ALI LAHKO POSTANE OSEBA, KI NE UŽIVA HRANE OBSTIPIRANA?	51
37. KATERI SO ZNAKI ZAPRTJA PRI OSEBAH Z NAPREDOVALIM RAKOM?	51



38. KAKO LAHKO ZAPRTJE PREPREČIMO?	52		Dispneja	75
39. KDAJ SO DOLOČENI POSEGI (RECIMO KLISTIR) PREPOVEDANI?	53			76
Dehidracija				
40. KAKO OCENJUJEMO DEHIDRACIJO V PALIATIVNI OSKRBI?	55			76
41. KDAJ JE TREBA OBRAVNAVATI DEHIDRACIJO PRI BOLNIKI Z NAPREDOVALIM RAKOM?	56			77
42. KDAJ HIDRACIJA NI POTREBNA?	57		Limfedem	81
43. ALI JE HIDRACIJA POTREBNA TUDI PRI BOLNIKU, KI IMA EDEME?	58			82
44. KAJ LAHKO STORIMO, ČE BOLNIK, KI NE MORE PITI, ZAVRAČA DODATNO HIDRACIJO, PRI TEM PA NAPREJ JEMIJE OPIOIDE?	58			82
45. KAKO NADOMEŠČAMO TEKOČINO BOLNIKOM V PALIATIVNI OSKRBI?	59		Ascites	85
Slabost in bruhanje				
46. ZAKAJ IMAJO BOLNIKI Z NAPREDOVALIM RAKOM POGOSTE SLABOSTI IN/ALI BRUHAJO?	61		Pruritus	87
47. KAJ JE POTREBNO UPOŠTEVATI PRI OCENI SLABOSTI IN BRUHANJA?	62			88
48. KAKO IZBOLJŠAMO IN/ALI ODPRAVIMO VZROKE SLABOSTI IN/ALI BRUHANJA PRI PALIATIVNI OSKRBI?	63		Stanje ust	89
49. KAKO V PALIATIVNI OSKRBI POMAGAMO BOLNIKU, KI GA MUČI KRONIČNA SLABOST?	64			90
50. KAKO ŠE LAHKO Z NEFARMAKOLOŠKIMI UKREPI POMAGAMO LAJŠATI SLABOST IN/ALI BRUHANJE?	66			91
Diareja ali driska				
51. KAJ JE LAHKO RAZLOG DRISKE PRI BOLNIKI V PALIATIVNI OSKRBI?	67			91
68				92
Delirij				
52. KAJ JE DELIRIJ IN KAKO GA OCENIMO?	69		Utrujenost	95
53. KAJ POVZROČA DELIRIJ IN KAKO GA ZDRAVIMO?	70			96
54. KAKO LAHKO DAJEM PODPORO DRUŽINI BOLNIKA, KI DOŽIVLJA AGITIRANI DELIRIJ?	72			96
55. KAKO RAZLOČEVATI MED BOLEČINO IN DELIRIJEM?	73			97
74				97
75				97
56. KAJ POVZROČA TEŽKO DIHANJE PRI NAPREDOVALEM RAKU?	75			96
57. KAKO OCENIM DISPNEJO?	76			96
58. KATERA ZDRAVILA SO NAJKORISTNEJŠA ZA OSEBE Z DISPNEJO?	77			97
59. KAKO ZDRAVIMO DISPNEJO BREZ ZDRAVIL?	78			97
60. KAJ JE LIMFEDEM?	81			95
61. KAJ NAJ VKLIJUČIM V OCENO STANJA, KO IMA OSEBA LIMFEDEM?	82			96
62. KAJ SE DA STORITI, DA SE ZMANJŠAJO LIMFEDEM IN TEŽAVE, KI SO Z NJIM POVEZANE?	83			97
63. KAJ JE ASCITES IN KAKO SE OBRAVNAVA?	86			97
64. KAJ JE PRURITUS IN KAKO GA OBRAVNAVAMO?	88			97
65. KAJ POVZROČA VNEŤJA V USTIH (STOMATITIS)? IN KAKO LAHKO PREPOZNAVAMO PROBLEM?	90			97
66. KAKO LAHKO PREPREČIMO STOMATITIS?	90			97
67. KAJ LAHKO STORIMO ZA ZMANJŠANJE TEGOB, POVEZANIH S STOMATITISOM?	91			97
68. KATERE SO OBIČAJNE USTNE INFEKCIJE IN KAKO JIH OBRAVNAVATE?	91			97
69. ZAKAJ IMAJO OSEBE SUHA USTA (KSEROSTOMIJA) IN KAJ STORITI, DA BI JIM OLAJŠALI TEŽAVO?	92			97
70. KAJ POVZROČA SPREMENBO OKUŠA? KAJ LAHKO NAREDIMO V ZVEZI S TEM?	93			97
71. ALI JE UTRUJENOST POVEZANA Z RAKOM (CRF – CARCINOMA RELATED FATIGUE)?	96			97
72. KAKO OCENITI CRF?	96			97
73. KAJ LAHKO STORIMO, DA BI DO SKRAJNOSTI ZMANJŠALI UTRUJENOST ALI REDUCIRALI STISKO PRI CRF?	97			97

Trombocitopenija	99			
74. KAJ JE TROMBOCITOPENIJA?	100			
75. KAKO OCENITI TROMBOCITOPENIJO IN KAKO POSKRBE TI ZA OSEBE S TO MOTNJO?	100			
Kompresija hrbtenjače	103			
76. ALI JE KOMPRESIJA HRBTENJAČE URGENTNO STANJE? KAKO JO ODKRIJEMO IN OBRAVNAVAMO?	104			
Sindrom zgornje vene kave	107			
77. KAJ JE SINDROM ZGORNJE VENE KAVE? KAKO GA OBRAVNAVAMO?	108			
Masivna krvavitev	109			
78. KAJ POVZROČI MASIVNO KRVAVITEV PRI LJUDEH Z NAPREDOVALIM RAKOM?	110		Družina	133
79. KAKO SE PRIPRAVITI NA NENADNO MASIVNO KRVAVITEV?	110			
80. KAJ NAJ STORIM KO PRIDE DO KRVAVITVE?	111			
Epileptični napadi	113		Upanje in duhovnost	137
81. KAJ POVZROČA EPILEPTIČNE NAPADE PRI LJUDEH Z NAPREDOVALIM RAKOM? KAJ NAJ VKLJUČIM V SVOJO OCENO STANJA?	114			
82. KAKO SE OBRAVNAVAVAJO EPILEPTIČNI NAPADI V PALIATIVNI OSKRBI?	115			
Poškodbe kože	117			
83. ALI NAJ TEŽKE BOLNIKE, KI BODO KMALU UMRLI, V POSTELJI REDNO OBRAČAMO?	118			
84. KAJ ŠO MALIGNNE RANE IN KAKO JIH OCENIMO IN OBRAVNAVAMO?	118			
DEL II: PSIHOLOŠKI, DUHOVNI, KULTURNI IN ETIČNO - PRAVNI ASPEKTI	121			
Spoprijemanje	123			
85. KAKO SE BOLNE OSEBE IN DRUŽINE SPOPRIJEMAJO S SPOZNANJEM, DA JE BOLEZEN NEOZDRAVLJIVA?	124		Kultura	145
86. KATERE OSEBE SO NAJBOLJ NAGNJENE K TEŽAVAM OB DIAGNOZI TERMINALNE BOLEZNI?	125			
87. KAKO LAHKO POMAGAM DRUŽINSKIM ČLANOM, KO IMA EDEN OD NJIH TERMINALNO BOLEZEN?	125			
				
88. KAKO NAJ POMAGAM POSAMEZNIKOM, DA SPET DOBIJO OBCUTEK NADZORA?	127			
89. KAKO LAHKO PODPREM PRESTRAŠENO OSEBO?	128			
90. KAKO UGOTOVITI, ALI JE OSEBA ŽALOSTNA ALI DEPRESIVNA?	129			
91. KAKO NAJ OBRAVNAVAM JEZO?	129			
92. KAKO LAHKO NAJBOLJE POMAGAM JOKAJOČI ALI RAZBURJENI OSEBI?	130			
93. KAJ STORIM, ČE JE OSEBA IN/ALI DRUŽINA ODKLONILNA?	131			
94. KAKO ZAČNEM POGOVOR O PRIPRAVI NA SMRT IN PRIHODNJIH NAČRTIH IN HKRATI OHRANIM UPANJE?	132			
95. KAJ NAJ VKLJUČIM V OCENO DRUŽINE UMIRAJOČE OSEBE?	134			
96. KAJ LAHKO POVEM, KO ME VPRAŠAJO: "KAKO NAJ POVEMO OTROKOM?"	135			
97. KAKO LAHKO VEM, DA OSEBA IZRAŽA POTREBO PO DUHOVNOSTI ALI DOŽIVIJA DUHOVNO STISKO?	138			
98. KAKO LAHKO ZAGOTOVIM DUHOVNO IN ČUSTVENO PODORO OSEBAM IN NJIHOVIM DRUŽINAM?	139			
99. KAKO LAHKO POMAGAM OSEBAM PRI SPOPRIJEMANJU Z DUHOVNIMI POTREBAMI?	140			
100. KAKO LAHKO PODPIRAM UPANJE LJUDI, KI UMIRAJO, IN NJIHOVIH DRUŽIN?	140			
101. KAJ LAHKO NAREDIM, KO SE MI ZDI, DA GOJIJO UMIRAJOČA OSEBA ALI ČLANI DRUŽINE LAŽNA PRIČAKOVANJA?	141			
102. KAKO LAHKO POMAGAM UMIRAJOČIM POISKATI POMEN IN CILJ V NJIHOVIH ŽIVLJENJIH?	142			
103. ZAKAJ LJUDJE IŠČEJO ODPUŠČANJE ALI SPREJEMANJE, PREDEN UMREJE? KAKO LAHKO PRI TEM POMAGAM?	144			
104. KAKO LAHKO KULTURNO OZADJE VPLIVA NA DOŽIVLJANJE TERMINALNE BOLEZNI?	146			
105. KAKO NAJ IZVAJAM SKRIB, ČE SE MI ZDI, DA ZDRAVSTVENI DELAVCI ALI DRUŽINSKI ČLANI PRIKRIVAJO RESNICO BOLNI OSEBI?	147			

Oživiljanje	149		REFERENCE IN NADALJNJE BRANJE	171
106. ALI ZA VSE BOLNIKE, KI SE PALLATIVNO ZDRAVIJO, SAMODEJNO ODSVETUJEMO OŽIVLJANJE?	150			
			DODATKI	181
107. KAKO SE LAHKO POGOVARJAM O RAZLOGIH ZA NAVODILO: NE OŽIVLJAJ?	150		DODATEK A	EDMONTONSKI SISTEM ZA OCENJEVANJE SIMPTOMOV – EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM (ESAS)
				182
Evtanazija in samomor	153			
108. KAJ NAJ POVEM, KO OSEBA SPRAŠUJE PO ZDRAVNIKOVI POMOČI PRI SAMOMORU ALI EVTANAZIJI?	154		DODATEK B	PRIMER OBRAZNE LESTVICE ZA OCENO BOLEČINE
				184
109. KAKO NAJ OCENIM IN ZMANJŠAM TVEGANJE SAMOMORA?	154		DODATEK C	VPRAŠALNIK CAGE
				185
Alternativno in komplementarno zdravljenje	157			
110. KAKŠNE SO MOJE OBVEZNOSTI, KO OSEBA IZBERE UPORABO ALTERNATIVNEGA IN/ALI KOMPLEMENTARNEGA ZDRAVLJENJA?	158		DODATEK D	TABELA EKVIKALNETIČNIH ODMERKOV OPIOIDOV
				186
			DODATEK E	SMERNICE ZA SUBKUTANO APLICIRANJE ZDRAVIL
				188
Zadnji dnevi	159			
111. KAJ LAHKO NAREDIM, DA OMOGOČIM MIRNO, DOSTOJANSTVENO UMIRANJE?	160		DODATEK F	PROTOKOL ZA UPORABO EDMONTONSKEGA INJEKTORA
				191
112. KAKO LAHKO VEM, DA SE SMRT BLIŽA?	161			
113. KAKO LAHKO POMAGAM DRUŽINSKIM ČLANOM V PRIČAKOVANJU SMRTI IN PRIPRAVI NA SMRT LJUBLJENE OSEBE?	161		DODATEK G	NAMIGI ZA IZBOLJŠANJE ORALNEGA VNOSA
				194
114. KAKO NAJ ODGOVORIM, KO ME SPRAŠUJEJO O NAPOVEDI BOLEZNI?	162		DODATEK H	PROTOKOL ZA IZVAJANJE HIPODERMOKLIZE
				196
115. KAJ NAJ POVEM, ČE ME VPRAŠAJO, ALI NAJ POKLIČEJO DRUŽINSKE ČLANE, KI ŽIVIJO V DRUGIH MESTIH?	163		DODATEK I	VZDRŽEVANJE REDNEGA ODVAJANJA PRI POSAMEZNIKI, KI STALNO JEMLJEJO OPIOIDE
				199
116. KAKO NAJ POTOLAŽIM IN PODPREM DRUŽINSKE ČLANE, KI SO PRAVKAR IZGUBILI LJUBLJENO OSEBO?	163			
117. KAKO LAHKO POMAGAM V OBDOBJU ŽALOVANJA?	165		DODATEK J	PRIPOROČILA ZA OHRANJANJE ENERGIJE
				200
Skrb za zdravstvene poklicne negovalce	167			
118. KAJ LAHKO POKLICNI NEGOVALCI NAREDIJO ZA ZMANJŠANJE STRESA, KI GA POVZROČA SKRIB ZA UMIRAJOČE OSEBE?	168			
119. KAKO NAJ PREPOZNAM, DA NE DELUJEM OPTIMALNO KOT ČLAN ZDRAVSTVENEGA OSEBJA?	169			
				
				
				
				
				
				



OBVLADOVANJE
TELESNIH SIMPTOMOV

BOLEČINA

KAKO OCENJUJEM BOLEČINO?

- A (ask) redno sprašuj po bolečini, ocenjuj bolečino sistematično
- B (believe) verjemi poročilom bolnika in družinskih članov o stopnji bolečine in kaj jo olajša
- C (choose) izberi ustrezno metodo lajšanja bolečine glede na posebnosti bolnika, družine in okoliščine
- D (deliver) ukrepi naj bodo pravočasni, logični in koordinirani
- E (empower) spodbudite posameznika in družinske člane, da, kolikor morejo, sami nadzirajo spreminjanje bolečine

Zaznava bolečine ima več dimenzij. Vsak zaznava bolečino drugače. Zaznavanje in izražanje bolečine je odvisno od psiholoških, socialnih, kulturnih in duhovnih dejavnikov. Zato morata biti tudi ocena in zdravljenje bolečine večplastna.

Ključni nasvet

Zaznava bolečine ima več dimenzij, zato je smiselno razmisliti o interdisciplinarnem pristopu pri oceni in zdravljenju bolečine.

Večdimenzionalna ocena bolečine vključuje:

- anamnezo,
- klinični pregled,
- splošna vprašanja:
 - Kaj vas boli? (Mesto in izžarevanje.)
 - Kako močna je bolečina? (Uporabi lestvico od 1 do 10.)
 - Zakaj boli? (Mehanizem bolečine.)
 - Kakšna je kvaliteta bolečine? (Topa, zbadajoča, ipd.)
 - S katerimi zdravili se trenutno lajša bolečino, in katera so bila uporabljena v preteklosti? (Protibolečinski učinek zdravil, stranski učinki in toleranca.)
 - Se za lajšanje bolečine uporablja/se je uporabljal še kak drug način zdravljenja?
 - Ali so bili drugi načini zdravljenja učinkoviti?
- vedenjsko oceno:
 - Kako se bolnik vede, ko ga boli? (Guganje, korakanje, obrambna drža, umik.)
 - Kako bolnik izraža bolečino?
- psihološko oceno:



- Kako bolnikovo razpoloženje vpliva na bolečino? (Bolnik je jezen, depresiven ali oboje.)
- Ali je bolnik razumno omejen/deliranten? (Uporabi Folsteinov pregled Mini Mental State.)
- Ali je bolnik pod večjim psihološkim stresom? (Somatizacija, izražanje trpljenja kot bolečine.)
- Ali je v anamnezi odvisnost od alkohola ali zdravil? (Glejte vprašalnik CAGE v Dodatku C.)
- f) socialno oceno:
 - Kako vpliva bolečina na bolnikove vsakodnevne aktivnosti?
 - Kako učinkovita je bolnikova socialna podpora?
 - Ali so denarni problemi?
- g) kulturno oceno:
 - Kakšna kulturna tradicija, običaji, verovanja in vrednote vplivajo na izražanje, pomen in zdravljenje bolečine?
- h) duhovno oceno:
 - Kakšen je pomen bolečine pri bolniku?
 - Ali so kakšni drugi duhovni vzgibi, ki vplivajo na zaznavanje bolečine?
- i) oceno okolja:
 - Kako okolje vpliva na bolnikovo bolečino? (Hrup, močna svetloba...)
 - V katerih pogojih je bolečina manj izražena?

Kdaj ocenjujemo bolečino:

- Ob prvem obisku, nato v rednih intervalih.
- Ob pojavu nove bolečine.
- Ob spremembi obstoječe bolečine.
- Pri ocenjevanju uspešnosti ukrepov za lajšanje bolečine.

Klinični nasvet

Z redno uporabo vprašalnikov kot je ESAS ali Wongove obrazne lestvice bo ocena bolj konsistentna (glejte Dodatka A in B).

Opozorilo za zdravstveno osebje

Bolečina v križu, ki izžareva v nogo in se poveča pri dvigovanju iztegnjene noge, je lahko posledica utesnitve hrbtenjače. Takoj poročaj zdravniku.

2.



KAKO LAHKO LOČIM MED TELESNO IN PSIHOOSOCIALNO ALI DUHOVNO BOLEČINO?

Ključni nasvet

Skoraj vsi bolniki z rakom imajo več različnih komponent bolečine. Pri nekaterih bolnikih lahko osem desetih jakosti bolečine izvira izključno iz telesnega mehanizma, medtem ko pri drugih enaka jakost bolečine izvira iz strahu, depresije ali zmedenosti. Pri teh je le malo verjetno, da se bo bolečina zmanjšala po opioidih. Oceniti je treba vrsto bolečine, zdravljenje v preteklosti in delež vsake komponente bolečine v skupni jakosti. Zaznava bolečine je zelo redko, če sploh kdaj, enodimenzionalna.

Telesni bolečinski sindromi:

- Somatska bolečina (kosti, mehka tkiva)
Ponavadi je bolečina dobro omejena, najedajoča, topa, vrtajoča in krčevita. Lahko je stalna ali občasna. Gnetenje bolečega področja lahko zmanjša bolečino ali pa jo poveča. Ponavadi se bolečina poveča z gibanjem.
- Visceralna bolečina (notranji organi)
Prisotna je stalna, globoka bolečina, lahko je stiskajoča ali krčevita in ponavadi slabo lokalizirana oziroma difuzna. Lahko se opredeli širše področje bolečine (perinealno, sakralno).
- Nevropatska bolečina (živci)
Močna bolečina, delimo jo v disestezijsko, deafferencijsko bolečino in nevralgije. Disestezijska je stalna pekoča bolečina, ki občasno tudi izžareva. Nevralgije pa so kratki napadi streljajoče, ostre bolečine.

Klinični nasvet

Uporabi diagram telesa in na njem označi vsako boleče mesto s številko ali črko. Za oceno jakosti bolečine uporabi vizualno analogno skalo (VAS), številčno lestvico (od 1 do 10), opisno lestvico ali obrazno lestvico (glejte Dodatka A in B).

Somatizacija

Bolečina, ki ima zelo veliko psihosocialno ali duhovno komponento. Lahko jo opišemo kot bolečino ali trpljenje "na splošno".

Pomislite na somatizacijo pri:



3.



4.



- ugotovitvi pomembnih psihosocialnih ali duhovnih potreb,
- kadar bolnika "vsepovsod" boli, pa za to ni telesnih vzrokov,
- zmanjšanju bolečine ob izboljšanju socializacije, telesne aktivnosti ali druge vrste aktivnosti, ki zamoti bolnika in zvišanju bolečine, ko je bolnik sam,
- zviševanju odmerka opioidov, ki povzročijo stranske učinke z malo izboljšanja protibolečinskega učinka ali brez njega,
- anamnestičnem podatku o somatizaciji pri stresu.

ZAKAJ JE ANAMNEZA O ZLORABI ZDRAVIL IN ALKOHOLA POMEMBNA? KAKO JO LAHKO OCENIM?

Bolniki z anamnezo zlorabe zdravil in alkohola lahko:

- potrebujejo višje odmerke opioidov za lajšanje bolečine in/ali
- uporabljajo opioide neprimerno za zmanjševanje psihosocialnega ali duhovnega stresa.

Klinični nasvet

Najnataneje lahko ocenimo anamnezo zlorabe zdravil in alkohola z vprašalnikom CAGE (glejte Dodatek C).

Ključni nasvet

Z vprašalnikom CAGE lahko zaznamo le možnost zlorabe alkohola. Izvajalec paliativne oskrbe mora taktno in z občutkom povprašati bolnika glede čezmerne uporabe predpisanih in nepredpisanih zdravil.

KAKO LAHKO OCENIM BOLEČINO PRI ZMEDENEM BOLNIKU?

Postavljamo odprta vprašanja: "Povejte mi, kje vas boli".

Ključni nasvet

Sposobnost bolnika, da kljub zmedenosti določi mesto bolečine, naj se uporabi kot dokaz bolečine. Če bolnik opisuje bolečino "vsepovsod" in je ne more jasno opredeliti, gre morda za kakšno drugo težavo. Pri bolnikih, ki ne morejo govoriti (demenca,

otroci) je ocena bolečine še težja. V takšnih primerih si pri oceni bolečine lahko pomagamo s:

- spremembo v vokalizaciji (bolj ali manj glasna, na primer jok),
- govor telesa, ki izraža napetost,
- vznemirjenost ali nemir (oboje je tudi lahko posledica delirija),
- obrazna mimika, ki izraža neugodje,
- uporaba obrazne lestvice (glejte Dodatek B).

Klinični nasvet

Če obstaja nejasnost in dvom naj bolnik vzame predpisan rešilni odmerek. Če gre za telesno bolečino, bo ta olajšal bolečino, vendar se lahko posledično nemir zmanjša tudi zaradi pomirjujočega učinka zdravila. Svojci naj bodo s tem seznanjeni.

Ključni nasvet

Če je bila bolečina pred nastankom zmedenosti zadovoljivo urejena, razlog za bolnikov nemir verjetno ni povečanje bolečine.

Bolnikovo stokanje ni nujno odraz bolečine. Stokanje je lahko:

- zvok toka zraka preko glasilk pri dihanju,
- znak nemira in zmedenosti.

5. KAJ LAHKO POVZROČI, DA BOLNIKA BOLI "VSEPOVSOD"?

Nabiranje presnovkov opioidov se lahko pojavi pri bolnikih:

- ki se že dalj časa zdravijo z enakim opioidom,
- so starejši,
- se zdravijo z visokimi odmerki opioidov ali pri ledvični odpovedi.

Nabiranje presnovkov opioidov lahko povzroči dve stanji, ki povzročata splošno neugodje:

- Zmedenost: Zmeden bolnik težje lokalizira bolečino ali izraža splošno neugodje kot bolečino.
- Hiperalgizijo: To je preobčutljivost za dotik, bolečina se pojavi pri dotiku ali vzdraženju, ki običajno ne povzroča bolečine (na primer dotik obleke ali posteljnine).

Ta stanja pogosto spremlja mioklonus (občasni generalizirani zgibi) in taktilne in/ali vidne halucinacije. V takšnih okoliščinah je verjetno nabiranje presnovkov opioidov (za zdravljenje glejte vprašanje 15).



6.

Ključni nasvet

Bolečina, ki jo bolnik opisuje kot "vsepovsod" je lahko odraz bolečine "na splošno" (glejte vprašanje 2).

KATERI OPIOIDI SO NAJPRIMERNEJŠI ZA UPORABO V PALIATIVNI OSKRBI?

Oksikodon (Oxycontin®), morfin (MST continus®, Sevredol®, Morphini hydrochloridum®), hidromorfon (Palladone SR®, Journista®), fentanil (Durogesic®, Fentanil Lek®) in buprenorfin (Transec®) so najprimernejši, ker:

- nimajo najvišjega mogočega odmerka,
 - ne zmanjšujejo ali zavirajo delovanja drugih opioidov. Meperidin (Dolantin®) ni primeren za uporabo, ker:
 - se hitro nabira v telesu in povzroča delirij in krče,
 - učinkuje le 2 do 3 ure, kar zahteva pogosto odmerjanje.
- Dolgo delujoči opioidi (MST continus®, Palladone SR®, Journista®, Durogesic®, Fentanil Lek®, Transec®) se uporabljajo pri stabilni bolečini, ki potrebuje le malo rešilnih odmerkov.
- Kratko delujoče oblike (Sevredol®, morfinske kapljice) so primernejše za bolnike, ki šele začenejo zdravljenje z opioidi in/ali imajo nestabilno bolečino. Krajša razpolovna doba omogoča varnejšo in hitro titracijo odmerka.

Opozorilo za zdravstveno osebje

Zaradi dolge razpolovne dobe in težjega določanja ustreznega odmerka naj zdravljenje bolečine z metadonom vodi zdravnik za paliativno oskrbo ali algolog. Če zdravijo neizkušeni, lahko titracija vodi v čezmerne odmerke.

7.

ALI NAJ BODO OPIOIDI V PALIATIVNI OSKRBI PREDPISANI PO POTREBI (PP) ALI NA URE?

Bolečina ni močna ali stalna -
PP odmerjanje
Potrebni so 3 ali več PP odmerk -
odmerjanje na ure
Stalna bolečina -
odmerjanje na ure

Klinični nasvet

Zgornja navodila ne veljajo za bolnike z ledvično odpovedjo. Pri teh bolnikih je večja možnost nabiranja presnovkov opioidov, zato nekateri od njih potrebujejo le odmerjanje PP.

8.

KAJ JE REŠILNI ODMEREK (RO) IN KAKO NAJ BO PREDPISAN IN UPORABLJAN?

Prebojna bolečina je bolečina, ki se pojavlja med rednimi odmerki opioidov. Z drugimi besedami: bolečina se prebije prek ovire, ki jo predstavlja zdravilo, oziroma se znova razplamti. Rešilni odmerek se uporablja za lajšanje take bolečine.

- Za RO uporabljamo kratko delujoči morfin (drugih kratko delujočih zdravil pri nas ni).
- RO se odmerja kot 10 odstotkov bolnikovega celodnevnega odmerka dolgo delujočega morfina (ali enakovrednega odmerka drugega močnega opioida) PP na uro.
- RO naj bolnik dobi, ko ga boli, ne glede na čas, ko bo prejel svoj odmerek na uro.
- Bolnik naj prejme zdravilo, ki je predpisano na uro redno, ne glede na to, kdaj je prejel RO (na primer RO ob 13.30, na uro ob 14. uri).

TRI PRAVILA:

- več kot 3 PP odmerki na dan: odmerjanje na uro,
- več kot 3 RO odmerki na dan: lahko potrebno 1 odmerek na uro,
- več kot 3 RO zapovrstjo brez večjega učinka: poklicati je treba zdravnika, ki takoj ponovno oceni odmerek.

9.

KOLIKŠEN JE NAJVIŠJI ODMEREK OPIOIDOV?

Pri opioidih ni najvišje mogoče doze, ki jo lahko bolnik doseže. Najvišji odmerek pogojujejo neželeni učinki kot čezmerna pomiritev, mioklonus, halucinacije, hiperalgezija in neustavljiva slabost (glejte vprašanje 14).

Bolniki, ki jemljejo opioide dalj časa, postanejo sčasoma nedovzetni za vpliv opioidov na zavoro dihanja. Pri teh bolnikih imajo tudi zelo veliki odmerki majhen, če sploh kak, vpliv na dihanje.

Zavora dihanja se lahko pojavi pri:

- previsokem začetnem odmerku,
- prehitrem povečevanju odmerka,
- kadar je višanje odmerkov preveliko za bolnike z boleznimi dihal,
- sočasnem dajanju drugih centralno delujočih zdravil, kot so benzodiazepini ali alkohol,
- prehodu na zdravljenje z metadonom; posebnost metadona je relativno pomanjkanje navzkrižne tolerance proti drugim opioidom, zato je lahko enakovreden odmerek učinkovitejši kot je mogoče pričakovati. Začetni enakovreden odmerek naj bo nižji.

ALI JE TREBA BOLNIKA PONOČI ZBUJATI, DA BI LAHKO VZEL REDEN ODMEREK OPIOIDA?

DA

Kadar je potrebno redno jemanje opioidov za vzdrževanje ustrezne analgezije, je treba vzdrževati v krvi ustrezen nivo zdravila.

Vendar pa je pomembno upoštevati potrebo posameznika po neprekinjenem spanju. To poskušamo doseči:

- s podvojitvijo rednega odmerka pred spanjem,
- z dajanjem odmerka za prebojno bolečino vedno, ko se bolnik ponoči zbudi,
- z vrnitvijo na običajne časovne intervale dajanja zdravila z odmerkom zgodaj zjutraj.

11.

KATERI NAČIN DAJANJA OPIOIDOV JE NAJPRIMERNEJŠI?

Prednost ima jemanje zdravila z zaužitjem (PO).

Če bolnik ne more zdravil zaužiti, so primerni naslednji načini dajanja zdravil:

- **rektalno:** Varen, poceni in učinkovit način dajanja zdravil. Ni primeren za bolnike z bolezenskimi spremembami v ano/rektalnem območju, pri driski ali hudi trombocitopeniji. Nekateri bolniki odklanjajo ta način dajanja zdravil. Od opioidov je pri nas na voljo v obliki svečk Tramal[®],
- **transdermalno:** Skozi kožo, neinvaziven in primeren način dajanja zdravil. Primeren je za bolnike z dobro urejeno bolečino in stabilno porabo opioidov. Za ta način so primerni obliži (Durogesic[®], Fentanil Lek[®], Transtec[®]),
- **parenteralno:** Invazivnejši način, ki je najprimernejši, ko dajanje PO ni več primerno. Opioid, ki je na voljo v tej obliki je morfin:
 - subkutano: Dajanje poteka lahko po podkožnem kanalu z metuljčkom in je bolj zaželeno kot dajanje v kri (IV). Je enako učinkovito kot dajanje IV, lažje ga je vzdrževati, je manj neprijetno, cenejše in povzroča manj zapletov,
 - intramuskularno: NI PRIMERNO, ker je preveč neprijetno in ne zagotavlja stalne absorpcije.

Opozorilo za zdravstveno osebje

Pri pretvarjanju iz PO v SC in nazaj vedno velja:

SC = 2x odmerek PO

Primer:

morfin 10 mg PO = morfin 5 mg SC
 morfin 20 mg SC = morfin 40 mg PO
 (glejte Dodatek D)

12.

ALI JE NEPREKINJENA SUBKUTANA INFUZIJA OPIOIDOV VEDNO UČINKOVITEJŠA KOT DAJANJE POSAMEZNIH ODMERKOV?

NE. Redno dajanje posameznih odmerkov je lahko enako učinkovito kot neprekinjena infuzija.



13.

Ključni nasvet

Pri večini bolnikov redno dajanje posameznih odmerkov skupaj z analgezijo za prebojno bolečino enako učinkovito lajša bolečino kot neprekinjena infuzija.

ZAKAJ JE SUBKUTANA INFUZIJA OPIOIDOV BOLJ ZAŽELENA KOT INTRAVENOZNO DAJANJE?

Intravenozno dajanje NI najbolj zaželeno parenteralno dajanje zdravil, ker:

- je žilni pristop težje vzdrževati, je neprijeten in dražji,
- zniža bolnikovo neodvisnost,
- ni učinkovitejše kot podkožno dajanje, je pa povezano z več zapleti.

Pri neprekinjeni infuziji ob pojavu bolečine NE zadostuje povišanje hitrosti infuzije, ker bolnik ne bo prejel večjega odmerka opioidov dovolj hitro, da bi bolečina popustila.

Primer:

Če je hitrost infuzije morfina 5 mg/h in se poviša hitrost na 6 mg/h, bo za dodaten 1 mg morfina potrebna 1 ura.

Učinkovitejše lajšanje bolečine z uporabo neprekinjene infuzije je zvišanje hitrosti infuzije IN dodajanje odmerka za prebojno bolečino.

KATERI SO NAPOGOSTEJŠI STRANSKI UČINKI PRI ZDRAVLJENJU Z OPIOIDI?

Splošni stranski učinki - en ali več se pojavi pri vseh bolnikih, ki prejemajo opioide.

Splošni stranski učinki vključujejo:

- Slabost - pojavlja se prvih 3-4 dnevih jemanja opioidov ali po povišanju odmerka; po navadi mine z rednim jemanjem opioidov.

Klinični namig

Za preprečitev nastanka slabosti ob uvedbi ali zvišanju opioida lahko predpišemo metoklopramid (Reglan[®]) 10 mg PP na 1 uro ali redno na 4 ure in PP na 1 uro za 3 do 4 dni.

- Zaprtje - pojavi se pri skoraj vseh bolnikih in se ne razreši z nadaljnjo uporabo opioidov.

Klinični nasvet

Za preprečitev nastanka zaprtja povzročenege z opioidi je treba pri vseh bolnikih, ki jemljejo opioide, uvesti mehčalo blata (Portalak®, Importal®) ali/in kontaktno odvajalo blata (preparat sene - Verolax®, Becunis®).

- Zaspanost - pojavlja se v prvih 3 do 4 dneh po uvedbi ali povišanju opioidov. Ponavadi izzvni z rednim jemanjem opioidov razen, če obstaja drug vzrok za zaspanost.
- Suha usta - (glejte vprašanje 69).
- Srbež - (glejte vprašanje 64).

Stranski učinki na živčevje - čezmerno nabiranje aktivnih presnovkov opioidov (ki nastajajo pri presnovi opioidov v jetrih), povzročata čezmerno vzdraženost živčevja. Pojavlja se pri bolnikih, ki jemljejo visoke odmerke opioidov dalj časa ali pa se pri njih razvije popuščanje delovanja ledvic (nezmožnost izločanja presnovkov).

Škodljivo delovanje na živčevje se lahko kaže kot:

- halucinacije - vidne, taktilne, zvočne, nočne more ali žive sanje,
- mioklonus - trzanje ali krčem podobni gibi v mišicah udov ali obraznih mišicah na obeh straneh telesa,
- krči - (glejte vprašanja 81 in 82),
- hiperalgezija/alodinija - preobčutljivost za dotik, bolečina pri dotiku ali dražljaju, ki ponavadi ne povzročata bolečine,
- delirij - (glejte vprašanja od 52 do 55).

Opozorilo za zdravstveno osebje

Bolniki in njihovi svojci naj bodo poučeni o možnih stranskih učinkih opioidov na delovanje živčevja in naj takoj, ko se pojavijo, opozorijo zdravstveno osebje.

15.

KAKO LAHKO STRANSKE UČINKE OPIOIDOV NA ŽIVČEVJE PREPREČIMO IN ZDRAVIMO?

PREPREČEVANJE:

- hidracija: PO ali parenteralna hidracija pomaga pri vzdrževanju normalnega delovanja ledvic in izpiranju presnovkov opioidov iz telesa,
- zamenjava opioidov: različni opioidi imajo različne presnovke, zato z zamenjavo oziroma preklopom iz enega opioida na drugega dosežemo, da se presnovek, ki povzroča stranski učinek, izloči iz telesa (glejte opozorilo za zdravstveno osebje in Dodatek D),
- znižanje odmerka opioida: pomembno pri poslabšanju delovanja ledvic.

ZDRAVLJENJE:

- Haloperidol (Haldol®): pri halucinacijah, nočnih morah ali deliriju z vznemirjenjem.
- Zamenjava opioida in hidracija (glejte Dodatek D).

Klinični nasvet

Benzodiazepini ali druga zdravila se nikoli ne uporabljajo za zdravljenje mioklonusa povzročenege z opioidi. Z zamenjavo opioida dosežemo izboljšanje stanja.

Opozorilo za zdravstveno osebje

Pri zamenjavi opioidov je treba biti pozoren na nepopolno navzkrižno toleranco. Z daljšanjem uporabe se lahko pri bolniku pojavi toleranca za učinke opioida, ki zahteva dvigovanje odmerka, da se doseže enak analgetični učinek. Pri zamenjavi opioida tega učinka NI. Torej je pri zamenjavi opioida za enak analgetični učinek treba začetni odmerek znižati za 20 do 30 odstotkov enakovrednega odmerka (glejte tabelo enakovrednih odmerkov v Dodatku D).

Ključni nasvet

Enakovreden odmerek pri zamenjavi opioida lahko povzroči resne stranske učinke.

16.

KAKO LAHKO OCENIM UČINKOVITOST ZDRAVLJENJA BOLEČINE?

Oceni jakost in pomen bolnikove bolečine:

- pred odmerkom zdravil in
- 20 do 30 minut po odmerku zdravila s poudarkom na morebitnem izboljšanju. Kot pomoč pri tem uporabi orodja za ocenjevanje bolečine, ki so opisana v poglavju o ocenjevanju bolečine s skalo VAS ali ESAS (glejte še Dodatek A). Merilo naj bo tudi število odmerkov za prebojno bolečino, ki jih bolnik potrebuje v 24 urah.

Ključni nasvet

Pri ustreznem rednem odmerku opioidov, je pričakovana potreba po odmerkih za prebojno bolečino do 3-krat dnevno.

17.

ALI JE KAKOR KOLI MOGOČE ZMANJŠATI ZASPANOST OB UVEDBI OPIOIDOV?

- Če zaspanost vztraja več kot tri dni in je bolečina dobro obvladana, se lahko odmerek opioida zniža.
- Kadar odmerka ni mogoče znižati ali je za blaženje bolečine potreben celo višji odmerek, je mogoče, po predhodnem posvetu z zdravnikom, dodati psihostimulans.

Ključni nasvet

Psihostimulans izbora je metilfenidat (Ritalin®) v začetnem odmerku 5 mg zjutraj in 5 mg opoldne. Bolniki se navadijo na zdravilo, zato je treba povišati odmerek za ohranjanje enake učinkovitosti.

18.

KAKO UPORABLJATI OPIOIDE PRI SLABŠEM DELOVANJU LEDVIC?

Ključni nasvet

SLABŠE DELOVANJE LEDVIC = ZNIŽANO IZLOČANJE OPIOIDOV IN NJIHOVIH PRESNOVKOV

ZASTAJANJE PRESNOVKOV = NEŽELJENI STRANSKI UČINKI NA ŽIVČEVJU (glejte vprašanje 15)



19.

V takih okoliščinah je treba zmanjšati odmerek opioidov z enim od naslednjih načinov:

- postopno zniževanje odmerka opioidov,
- zniževanje pogostosti posameznih odmerkov (na primer na 8 ur namesto na 4 ure),
- opustiti redno odmerjanje in dajati zdravilo le PP.

Klinični nasvet

Zniževanju odmerka opioidov ponavadi ne sledi poslabšanje bolečine, ker se opioidi v telesu zadržujejo dalj časa in imajo tudi nekateri njihovi presnovki protibolečinski učinek.

ALI JE MIOKLONUS VEDNO ZNAK KOPIČENJA OPIOIDOV?

NE. Mioklonus je pogosto znak nakopičenja presnovkov opioidov, ne pa samih opioidov.

Mioklonus lahko nastane pri:

- vseh zdravilih z neželenimi stranskimi učinki na živčevje
- nekaterih nevroloških motnjah

Občasni mioklonični zgibi, še posebno med spanjem, so pogosti celo pri zdravih posameznikih.

20.

ALI JE TREBA POVIŠATI ODMEREK OPIOIDOV VEDNO KADAR BOLEČINA NI ZADOVOLJIVO OLAJŠANA?

Ne nujno. Glede na tip bolečine in dodatne dejavnike, ki vplivajo na zaznavo bolečine, lahko bolniki bolje odgovorijo na:

- drugo zdravilo ali
- nefarmakološko intervencijo

Ključni nasvet

Pri neolajšani bolečini ali bolečini, ki se slabša (hiperalgezija) je pomembno pomisliti na zastajanje presnovkov opioidov v telesu. V tem primeru bo poviševanje odmerka opioidov stanje še poslabšalo.

21.

KDAJ LAHKO BOLNIKU ODTEGNEM ODMEREK OPIOIDA?

Odmerek odtegnemo, če se pojavijo znaki hudih stranskih učinkov:

- precejšnja zaspanost
- mioza (izrazito ozki zenici)
- zavora dihanja

Bolniku odtegujemo vse redne odmerke opioidov dokler ti stranski učinki ne izvenijo.

Ključni nasvet

Odločimo se za odmerjanje PP.

22.

KATERI OPIOIDI SO NAJCENEJŠI?

Najcenejši: metadon

morfin/hidromorfon
preparati s podaljšanim
delovanjem

Najdražji: preparati za parenteralno dajanje

Ključni nasvet

Pri finančnih težavah je smiselno pritegniti socialnega delavca, zato da pomaga pri pridobivanju dodatnih sredstev. Pri nas so vsi opioidi na recept in brezplačni.

23.

KATERA NEOPIOIDNA ZDRAVILA SO TUDI PRIMERNA ZA LAJŠANJE BOLEČINE PRI PALIATIVNIH BOLNIKIH?

Kortikosteroidi: za lajšanje nevropatske bolečine in bolečine zaradi vnetja ali otekanja.

Zdravila proti epileptičnim krčm: za nevropatsko bolečino s komponento širjenja (streljajoča, stresna bolečina).

Antidepresivi: za nevropatsko bolečino z disestezijo (pekočo komponento).

Bifosfonati (na primer klodronat, pamidronat, zoledronat): za lajšanje kostne bolečine.

Nesteroidna protivnetna zdravila: omejeno mesto pri zdravljenju kostne bolečine.



24.

Klinični nasvet

Benzodiazepini nimajo analgetičnega učinka, pač pa bolnika uspavajo. Midazolam (Dormicum[®]) se uporablja kot zadnja možnost za pomiritev nekontrolirane razdraženosti (glejte vprašanje 28).

KATERE NEFARMAKOLOŠKE UKREPE ZA LAJŠANJE BOLEČINE POZNA MO?

Paliativno obsevanje (RT) se pogosto uporablja za lajšanje bolečine pri zasevkih v kosteh ali zaradi preraščanja tumorja.

Ortopedski posegi pri bolečih kostnih zasevkih, predvsem na udih.

Fizioterapija in različne tehnike z zamotenjem vključujejo:

- TENS (elektrostimulacija živcev skozi kožo)
- masaža
- tehnike sproščanja
- pripomočki kot so ovrtnice in rute za imobilizacijo in preprečitev bolečine ob nehotenem gibu

Dopolnilno zdravljenje prihaja v poštev predvsem pri bolnikih, ki so pogosteje nadzirani, so prestrašeni, utrujeni, jih muči nespečnost in jim tako zdravljenje prinaša olajšanje. Zdravljenje se pogosto dopolnjuje z alternativnimi oblikami:

- reikijem, zdravljenimi dotiki, masažo, hipnozo, akupunkturo

Izrazno podporno zdravljenje je lahko močno orodje pri obvladovanju bolečine predvsem pri bolnikih z veliko psihosocialno ali duhovno komponento bolečine ter pri bolnikih, ki jih boli "na splošno". Bolniku naj bo omogočeno izražanje čustev (strahu, jeze...).

Dejavniki okolja imajo lahko velik pomen pri obvladovanju bolečine. Zatemnjen prostor, pritajena glasba, tiha soba... lahko znižajo občutek bolečine.

Ključni nasvet

Timski pristop (vključno z bolnikom in svojci) ima pomembno vlogo pri individualnem načrtovanju ukrepov za lajšanje bolečine. Pomembno je vključiti ukrepe s katerimi si je bolnik pomagal že do zdaj.

25.

KAKO NAJ ODGOVORIM NA VPRAŠANJA V ZVEZI Z ODVISNOSTJO?

Treba je odkriti in nasloviti strahove v zvezi z odvisnostjo, ki jih ima bolnik ali njegova družina. Razčistiti je treba pojme telesne, psihične odvisnosti in tolerance:

- Telesna odvisnost: je normalen fiziološki odgovor na kronično uporabo opioidov s prilagoditvijo telesa na stalno prisotnost opioidov. Pri bolniku se pojavijo odtegnitveni simptomi, če se nenadoma prekine uporaba opioidov ali pri dajanju antagonistov, kot je nalokson (Narcanti®).
- Psihična odvisnost: je nenormalno psihično stanje, ki vključuje željo po jemanju določene učinkovine zato, da bi bolnik doživel določeno psihološko stanje (vznemirjenosti, občutek privzdignjenosti, odmaknjenosti).
- Toleranca: je normalen fiziološki pojav, da je za enak analgetični učinek potreben vedno večji odmerek opioida.

Ključni nasveti

- Prisotnost telesne odvisnosti in opioidne tolerance NE pomeni odvisnosti od opioidov.
- Bolniku je treba poudariti dejstvo, da dokler jemlje zdravila za lajšanje bolečin, NI odvisnik.
- Težave lahko nastopijo pri jemanju opioidov za doživljanje določenih psiholoških stanj ali zaradi zmanjšanja čustvenega trpljenja in strahu.

Pri bolnikih, ki imajo v anamnezi težave z odvisnostjo ali se bojijo odvisnosti od opioidov, je treba:

- Natančno iskati znake nepravilne uporabe opioidov, na primer hitro višanje odmerka opioidov in/ali prepogosto jemanje odmerka za prebojno bolečino, ki povzroča stranske učinke (na primer delirij, halucinacije, mioklonus) brez olajšanja bolečine.
- Razložiti bolniku, da ni nevarnosti za nastanek težav, dokler jemlje zdravilo za lajšanje bolečin.
- Poučiti bolnika (in svojce) o uporabi orodij za ocenjevanje bolečine (glejte Dodatka A in B) in predlagati vsakodnevno spremljanje jakosti bolečine, prebojne bolečine ter drugih simptomov in občutkov.

26.

KAKO UKREPATI KADAR DAJEJO SVOJCI ZDRAVILA V OKOLIŠČINAH, KO TA MOGOČE NISO POTREBNA?

Terminalna bolezen prizadene tudi svojce. V želji, da bi preprečili trpljenje bolnika, svojci lahko dajejo zdravila po občutku in ne glede na bolnikove potrebe. To je pogostejše, kadar se bolnik ni sposoben zadovoljivo sporazumevati in se glasovno in neglasovno sporazumevanje napačno razlaga kot bolečina.

Ključni nasvet

- S takim dajanjem zdravil lahko svojci delno zdravijo lastno čustveno bolečino. V tem primeru je treba vprašati svojce, zakaj menijo, da ima bolnik bolečine. Treba jih je poučiti:
- da stokanje in vznemirjenost lahko pomenita začetek delirija in da se lahko delirij z dodatnimi opiodi še poslabša namesto izboljša,
 - da stranski učinki opioidov lahko povzročajo precejšnje neugodje pri bolniku (na primer halucinacije, delirij s čezmerno vzdraženostjo, mioklonus, hiperalgezijo),
 - o vodenju evidence odmerkov zdravil in zapisovanju spremljajočih dogodkov,
 - o nefarmakoloških ukrepih za zmanjšanje bolečine (na primer sprostitve, masaže).

ALI LAHKO UPORABIM PLACEBO, DA PREVERIM, ČE JE BOLEČINA PRISTNA?

Opozorilo za zdravstveno osebje

Pri lajšanju bolečine pri bolniku z rakom se nikoli ne sme uporabljati placeba.

Tak pristop lahko uniči odnos med bolnikom in izvajalcem paliativne oskrbe in ne pove ničesar o resničnosti bolečine. Če obstaja možnost psihosocialne ali duhovne komponente bolečine, sta iskren pogovor in svetovanje najučinkovitejša pristopa.

Ključni nasvet

Če ne odkrijemo organskega vzroka bolečine in/ali ta ne popušča po opiodih, nikoli **NE SMEMO PREDPOSTAVITI**, da je bolečina **IZKLJUČNO** psihosocialnega ali duhovnega izvora. Zaznava bolečine je **REDKO** enodimenzionalna.

SEDACIJA V PALIATIVI

KAJ JE SEDACIJA V PALIATIVI ?

Paliativna sedacija je premišljeno povzročeno in ohranjeno stanje globokega spanja, ki pa ne povzroči smrti. V tem stanju oseba ne trpi zaradi težav, ki jih ne moremo več obvladovati.

Neodzivni znaki boleznih so znaki, ki "jih ne moremo ustrezno obvladati kljub naporom, da bi naredili simptome znosne, ko je bolnik še pri zavesti." (Cherny and Portenoy, 1994)

Najpogostejši neobvladljivi simptomi:

- delirij,
- težko dihanje (dispneja),
- katastrofalno terminalno dogajanje.

Razmišljaj o terminalni sedaciji, če odgovoriš z da na naslednja vprašanja:

- Ali je bolnik v terminalni fazi bolezni?
- Ali je smrt bolnika popolnoma neizogibna?
- Ali je dogovorjeno, da reanimacija ni potrebna?
- Ali so bili v času obravnave ugotovljeni simptomi, ki jih je mogoče olajšati, in ali so bili zdravljeni?
- Ali ste se posvetovali s strokovnjaki za paliativno oskrbo?
- Ali so bile v največji možni meri uporabljene nefarmakološke metode za lajšanje simptomov (na primer razvedrilo ali sprostitvene metode) pri anksioznosti ali dispneji?
- Ali smo izkoristili vse možnosti zdravlil?

Na primer:

Ali smo pravilno titrirali opioide pri težkem dihanju ali nevroleptike za delirij?

Ključni nasvet

Preden se odločimo za paliativno sedacijo, moramo izčrpati vse druge možnosti obvladovanja simptomov.

●snovna pravila paliativne sedacije:

- Bolnik in družina morata biti obveščena o odločitvi glede paliativne sedacije.
- Paliativna sedacija ni nadomestilo za opioidne analgetike.
- Specialist za paliativno oskrbo mora sodelovati pri odločitvi za paliativno sedacijo.
- Upravičenost za paliativno sedacijo dobimo z natančnim poznavanjem priporočil. To je zelo pomembno!
- Socialni delavec, psiholog in/ali oseba za duhovno podporo so v danem stanju lahko primerne osebe za lajšanje težav.

ANOREKSIIJA,
KAHEKSIJA IN ASTENIJA

29.

ALI VEČ HRANE PRI LJUDEH Z NAPREDOVALIM RAKOM PREPREČI IZGUBO TEŽE IN POVRNE MOČ?

Ne, čeprav bi ljudje z napreduvalim rakom lahko jedli kot običajno, bi še vedno izgubljali težo in čutili utrujenost zaradi sindroma anoreksije, kaheksije in astenije.

Sindrom kaheksija - anoreksija - astenija

Anoreksija (izguba apetita) in kaheksija (zmanjšanje teže in izguba mišične mase) se pojavi v 80 do 90 odstotkov ljudi z napreduvalim rakom.

Omenjene težave sovpadajo s stalno utrujenostjo, splošno oslabelelostjo, zmanjšano imunsko odpornostjo in izgubo moči in energije, zbrane pa so pod enotnim imenom astenija.

Slabše prehranjevanje je le eden izmed dejavnikov, ki prispevajo k razvoju omenjenega sindroma. Zdi se, da se večina težav pojavi zaradi zapletenega medsebojnega delovanja snovi, ki jih izloča tumor (citokini), in zaradi motenj v bolnikovi presnovi.

Ključni nasvet

Snovi, imenovane citokini, povzročajo nenavadno izgubo teže kljub ustrezni prehrani.



30.

KAKO LAHKO POMAGAM ZASKRBLJENI DRUŽINI, KO BOLNA OSEBA NE MORE JESTI?

- Običajno je družina v stiski, ko njihova ljubljena oseba uživa manj hrane in ob tem izgublja težo.
- Hranjenje je običajno povezano z zdravjem in dobrim počutjem. Pri ljudeh, ki dlje časa ne morejo jesti in piti, postane resničnost umiranja realna.
- Razložite svojcem, da siljenje s hrano ne vpliva na dobro počutje ali daljše preživetje; nasprotno, v mnogih primerih povzroča občutek napetosti in nelagodja.

Načrt dela:

- Razložite svojcem sindrom izgube apetita, teže in mišične mase (glejte vprašanje 29).
- Hrana naj se uporablja le kot sredstvo za



31.

izboljšanje počutja. Ponudijo naj okusno pripravljeno hrano po bolnikovi izbiri, ne glede na njeno hranilno vrednost.

- Poudariti je treba pomen tekočine pred trdo hrano, da obdržimo primerno hidracijo telesa.
- Ustvariti moramo čim boljše pogoje za hranjenje:
- Izberemo čas brez slabosti in bolečine.
- Zagotovimo dobro ustno nego.
- Zagotovimo primerno okolje za hranjenje.
- Hrano po bolnikovem izboru ponudimo večkrat v majhnih količinah.
- Pomagamo družini, da razume, da so naredili najboljše, kar so mogli, in jih opogumimo, da nehajo bolnika siliti s hrano in tekočino.
- Če bolnik uživa alkohol, naj mu ponudijo kozarec željene pijače pred obrokom.
- Poglejte Dodatek G za dodatne nasvete.

ALI OBSTAJAJO PRAVILA ZA NADOMEŠČANJE HRANJENJA Z ENTERALNO PREHRANO S HRANJENJEM PO SONDI ALI S POPOLNIM PARENTERALNIM HRANJENJEM V PALIATIVNI OSKRBI?

Nobeni dokazov ni, da bi nadomeščanje prehrane s prehrabnimi dodatki podaljšalo življenje pri bolnikih z napreduvalim rakom. Potrebne so nadaljnje raziskave, ki bodo pokazale, če nadomeščanje hrane dvigne raven energije in celotno dobro počutje. Nekateri so ugotovili, da so tekoči prehrabni dodatki, najlažja pot za dodajanje hrane in tekočine.

Hranjenje po sondi in parenteralno hranjenje je neprimerno za večino stanj v paliativni oskrbi. Tako kot za druge oblike hranjenja ni dokazano, da podaljšajo življenje ljudem z napreduvalim rakom, tudi te agresivne oblike nimajo te moči.

Opozorilo za zdravstveno osebje

Pri posameznih primerih parenteralne prehrane so raziskave pokazale manjšo možnost izboljšanja in manjše tveganje za stranske učinke (npr. sepsa ali elektrolitsko neravnovesje).

Nekateri posamezniki imajo manjše koristi zaradi enteralnega hranjenja (npr. po gastrostomi ali jejunostomi) ali zaradi



popolnega parenteralnega hranjenja. Običajno so to bolniki, ki pričakovano izgubljajo težo zaradi poslabšanja bolezni npr. zaradi fistule, mehanične zapore črevesja, otežkočenega požiranja, bolečine pri požiranju, bruhanja ali malabsorpcije zaradi tumorja ali zdravljenja, zlasti, če imajo še vedno apetit.

Koristi se pokažejo kot zvečanje energije, počasnejša izguba teže in olajšanje občutka lakote.

Pri bolnikih, ki se ne odzivajo na enteralno prehrano z izboljšanjem stanja, je nadaljevanje takega zdravljenja nesmiselno.

Če smo se odločili za enteralno prehrano, moramo imeti določena merila, ki jih želimo s posegom doseči (npr. zvečanje energije, izboljšanje kvalitete življenja ipd.) Odločitev o tem kdaj in če prenehamo s prehransko podporo, mora biti popolnoma razumljiva bolniku, članom njegove družine in članom zdravstvenega tima.

Pri odločitvi o neuspešnosti take prehrane nam pomagajo objektivni kriteriji.

KAJ JE TAKOJŠNJA SITOST? KAKŠNI SO VZROKI, ZNAKI IN ZDRAVLJENJE?

Vzroki takojšnje sitosti:

Takojšnja sitost je pogosto posledica zastoja v želodcu (pocasnejšega praznjenja želodca) in /ali počasnejše peristaltike.

Specifični vzroki zastoja hrane v želodcu:

- opiodi,
- okrnjena funkcija vegetativnega živčevja,
- hepatomegalija,
- tumor zgornjega dela prebavil,
- nabiranje ascitesa.

Obravnava takojšnje sitosti:

Pri občutku takojšnje sitosti so najuspešnejši predstavniki pospeševalcev prebave, kot sta metoklopramid (Reglan®) in domperidon (Tamil®).

Predlogi našeti v Dodatku G lahko pomagajo izboljšati vnos hrane v telo, sicer pa se posvetujte z dietetikom.

Alkohol v nekaterih primerih lahko pomaga pri izgubi apetita. Majhna količina alkoholne pijače pred obrokom lahko stimulira apetit.

Izboljšanje apetita z zdravili je sicer možno, vendar ni primerno za vse bolnike. Uporablja se samo, ko je izrazita neješčnost bistveni simptom in razlog bolnikove stiske.

Zdravila, ki se uporabljajo za izboljšanje apetita:

- Steroidi, kot je Dexamethason® vzpodbujajo apetit in dobro počutje, vendar prinesejo le kratkotrajno izboljšanje, ki traja največ tri tedne. Dobra stran tega zdravila je še vzporedno obvladovanje slabosti.
- Predstavnik progestagena, kot je preparat Megace® vzpodbudi apetit, učinek pa traja dlje kot pri steroidih. Slaba stran teh preparatov je, da so zelo dragi.
- Delovni terapevt lahko k izboljšanju prispeva z oceno požiranja, učenjem čim manjše porabe energije in z vključitvijo v trenutni program procesa hranjenja.

Potekajo nove raziskave, ki so osredotočene na zmanjšanje izgube telesne teže s prehrano in vajami za vzpodbujanje apetita in istočasno manjšo izgubo mišične mase. To je področje, kjer se moramo še veliko naučiti.

A vertical spiral binding of a notebook, with the metal rings visible in the center of the page. The left side of the page is white, and the right side is a solid red color.

ZAPRTJE IN
ZAPORA ČREVESJA

33.

KAKŠNA JE RAZŠIRJENOST, VZROKI IN ZNAKI ZAPORE ČREVESJA PRI BOLNIKIHZ NAPREDOVALIM RAKOM?

Pogostost zapore črevesja:

- Delna ali popolna zapora črevesja je pogosta pri ljudeh z napredovalim rakom v trebušni votlini ali v medenici. Značilna je zapora črevesja pri raku jajčnikov in pri raku debelega črevesa.
- Zapora črevesja se redkeje pojavi pri drugih oblikah raka, kot so rak materničnega vratu, želodčni rak, rak pankreasa, maternice in limfomi.

Vzroki zapore črevesja:

Psevdozapora se lahko pojavi zaradi zaprtja ali pa jo povzroči paralitični ileus.

Vzrok prave zapore črevesa je lahko :

- Pritisk tumorja od zunaj na tanko ali debelo črevo (redkeje je vzrok tumor v samem črevesju).
- Karcinoma ali zarastline znotraj trebušne votline lahko povzročijo zaporo na več mestih.
- Povečani paketi bezgavk.

Znaki zapore črevesja:

- Slabost in bruhanje se pojavita praktično pri vseh bolnikih s popolno zaporo črevesa. Znaki so nekoliko drugačni, če je zapora na tankem ali na debelem črevesju.
- Pri zapori tankega črevesa nastopi obilno bruhanje kmalu po vnosu hrane in se večkrat ponovi.
- Pri zapori debelega črevesa nastopi bruhanje kasneje in velikokrat vsebuje tudi blato.
- Trebušna/visceralna bolečina je količna ali krčevita bolečina, pogosto blizu mesta zapore, ki se pojavi pri večini ljudi z zaporo črevesa.
- Napetost trebuha je značilnejša pri zapori debelega črevesa kot pri zapori tankega črevesa.
- Spremembe trebušnih zvokov: Zvoki črevesa so lahko različni, odvisno od stopnje in mesta zapore.
- Pri popolni zapori so zvoki peristaltike odsotni.
- Pri delni zapori slišimo več votlih zvokov.
- Ob premikanju ali tresenju trebuha lahko slišimo pljuskanje tekočine, pomešane z zrakom.
- Votel zvok pri pretrkavanju trebuha, zlasti pri



34.

veliki napetosti trebuha.

- Odsotnost vetrov pri popolni zapori.
- Diagnozo potrdimo z rentgenskim slikanjem trebuha v treh položajih. Slike nam pokažejo, če je vzrok zaprtja zapora v gastrointestinalnem traktu in tudi kje se morebitna zapora nahaja.

Klinični nasvet

Znaki črevesne zapore so lahko akutni s slabostjo, bruhanjem in z bolečino v trebuhu, često pa vidimo počasno napredovanje od delne do popolne zapore črevesja.

KAKŠNO JE ZDRAVLJENJE ZAPORE ČREVESJA PRI OSEBAH Z NAPREDOVALIM RAKOM?

Obravnava črevesne zapore:

- Če rentgenska slika pokaže, da je nastala zapora črevesja zaradi zastoja blata, je priporočljiv močan visok klistir.
- Pri zapori zaradi malignoma, je prvotna izbira kirurška rešitev.
- Če zapore ni moč operirati in ni nastala zaradi zastoja črevesne vsebine, lahko pomaga Dexamethason*, ki s svojim delovanjem zmanjša otekline in vnetje.
- Običajna doza je 10 mg Dexamethasona* 5C štirikrat na dan, ob tem pa poskusimo poiskati najmanjšo še učinkovito dozo zdravlila.



35.

Opozorilo za zdravstveno osebje

Zastopnikov iz skupine zdravil, ki pospešujejo peristaltiko (kot je npr. Reglan*), ne smemo uporabiti pri popolni zapori črevesja. Njihova uporaba poveča bolečino, slabost in bruhanje.

KAJ LAHKO STORIMO ZA IZBOLJŠANJE BOLNIKOVEGA POČUJJA, KO ZAPORE ČREVESJA NI MOČ KIRURŠKO ODSTRANITI?

Obravnava pri zapori črevesja vsebuje skupek raznolikih postopkov za olajšanje težav:

- Zmanjšanje otekline in vnetja dosežemo z Dexamethasonom* 10 mg štirikrat na dan, potem pa poiščemo najmanjši še učinkoviti odmerek. Možen je razvoj kandidiaze v ustni votlini. Takšno zdravljenje lahko zmanjša popolno zaporo črevesa v delno zaporo.
- Zmanjšanje slabosti in bruhanja: Če Dexamethason* ni učinkovit, uporabi

haloperidol (Haldol®) 1-2 mg SC vsakih 8-12 ur in vsako uro po potrebi.

Če Dexamethason® in Haldol® skupaj nista učinkovita, poskusi s hioscin-butilbromidom oz. butilskopolaminom (Buscopan®), ki upočasnijo izločanje sokov v prebavilih. Ko sta slabost in bruhanje pod kontrolo, naj bolnik previdno začne z uživanjem tekočine.

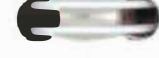
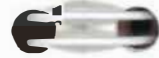
- Zmanjšanje izločanja sokov v prebavilih: Buscopan® 10 - 20 mg SC vsake 4 ure in vsako uro po potrebi ali somatostatin (Somatostatin®) 50 - 100 mcg SC dvakrat na dan.
- Odvajanje tekočine in razbremenitev črevesja: Perkutana gastrostoma je indicirana, ko bolnik bruha tekočino in je trebuh napet zaradi zapore tankega črevesa. Nazogastrično sondo uporabimo, ko čakamo na vstavitve perkutane gastrostome ali ko se odločimo za nadzor simptomov le z zdravili.
- Olajšanje zapore požiralnika: Razmišljamo o vstavitvi stenta ali o dilataciji požiralnika.
- Obvladovanje bolečine v trebuhu: Opioidi so potrebni v primeru, ko bolečine ne moremo kontrolirati z običajnimi zdravili. Buscopan® uporabljamo za olajšanje krčev, lahko pa povzroči paralitični ileus preostalega dela črevesja.
- Preventiva dehidracije: Dnevno damo 1 - 2 litra tekočine subkutano na izbrano mesto (glejte Dodatek H).
- Kontrola in popravki elektrolitskega stanja.
- Poskrbeti za dobro nego ust: Lahko uporabimo rezine ledu ali umetno slino, posebej če oseba ne uživa hrane peroralno.

Klinični nasvet

Bolnik s popolno zaporo črevesja lahko kvalitetno živi doma še mesece, čeprav ni bil narejen operativni poseg. Biti pa mora poučen o svoji bolezni in imeti strokovno podporo.

Klinični nasvet

Pri delni zapori črevesja si pomagamo s sredstvi za pospeševanje peristaltike, z visokim klistirjem in z mehčalci blata. Tako lahko preprečimo popolno zaporo črevesja. Pomaga lahko tudi dieta z majhnim ostankom balastnih snovi.



37.

ALI LAHKO POSTANE OSEBA, KI NE UŽIVA HRANE, OBSTIPIRANA?

Čeprav bolnik ničesar ne zaužije po naravni poti, telo vseeno izloči 30-60 g blata dnevno. Notranja plast črevesja se namreč stalno obnavlja in izloča iz telesa odmrle celice skupaj z bakterijami in prebavnimi sokovi. Zato je lahko posameznik zaprt, čeprav ničesar ne poje. Zaprtje pa povzroča nelagodje in je lahko tudi razlog resnih ZAPLETŌV.

Zapleti zaprtja:

- Bolečina v trebuhu in poslabšanje maligne bolečine pri osebah s trebušnimi in retroperitonealnimi tumorji.
- Distenzija trebuha.
- Slabost, bruhanje in anoreksija.
- Presežna driska.
- Hemeroidi/analne fisure.
- Črevesna obstrukcija.
- Zastoj urina.
- Zaskrbljenost in nemir.

Najpogostejši vzroki zaprtosti :

- Zdravila kot so opioidi, železo, antidepresivi, diuretiki, nevroleptiki in antiholinergiki.
- Premajhen vnos tekočin/dehidracija.
- Sindrom anoreksije in kaheksije pri napredovalem raku ali ascites povzročita zmanjšanje peristaltike. S tem se poveča absorpcija tekočine iz črevesja in blato postane bolj suho in trše.
- Zmanjšana fizična aktivnost in gibljivost bolnika.
- Tumorji v medenici ali trebuhu.
- Hipokaliemija, hiperkalcemija.

KATERI SO ZNAKI ZAPRTJA PRI OSEBAH Z NAPREDOVALIM RAKOM?

Na zaprtje posumimo pri bolniku z napredovalim rakom, kjer opazimo enega ali več od naslednjih znakov:

- Neredno izločanje blata, zlasti če bolnik ni šel na blato zadnje tri dni.
- Trdo blato ali oteženo praznjenje črevesja.
- "Driska" (zapečene kepe blata v tekočem izločku).
- Slabost, neješčnost in bruhanje.
- Napet trebuh, nelagodje in napihnjenost.
- Zapora črevesja.

Opozorilo za zdravstveno osebje

Če se pri bolniku z napredovalim rakom pojavi driska, moramo posumiti na zaporo črevesja, ki jo lahko zaobide le tekoče blato. Zato zaustavljanje driske z zdravili ne pride v poštev, ker stanje bolnika lahko še poslabša.

Ocena stopnje zaprtja:

- Pregledamo stanje trebuha in ocenimo napetost, razširjenost in izbočenost. Poslušamo zvoke črevesja. Izključimo možnost tumorske tvorbe, ocenimo občutljivost trebuha in mogoč zastoj blata na levem delu debelega črevesa.
- Digitorektalni pregled, kjer ocenimo mogoč zastoj trdega blata v spodnjem delu črevesa.
- Nativno slikanje trebuha, s katerim lahko ocenimo količino in natančno mesto, kjer se blato zadržuje. Količino blata ocenimo na ascendentnem delu, transversumu, descendentnem in na sigmoidalnem delu črevesja z oceno 0-3.

Ocena zaprtosti glede na rentgenski izvid:
0 - ni blata,

- 1 - blato zapolni < 50 odstotkov lumna črevesja,
- 2 - blato zapolni > 50 odstotkov lumna črevesja,
- 3 - blato popolnoma zapolni lumen črevesja.

Najvišje mogoče število zbranih točk je 12. Ocena 7 - 12 ali več kaže na zaprtje, treba je resno uvesti postopke, s katerimi bomo popolnoma izpraznili črevo.

Obravnavanje zaprtja:

Izvid digitorektalne preiskave nam olajša odločitev pri izbiri postopkov zdravljenja:

- Mehko blato v danki - bolnik potrebuje odvajalo.
- Formirano blato v danki - bolnik potrebuje mehčalce blata. Pomaga lahko tudi klistir z oljnim dodatkom, ki blato zmehča v kombinaciji s hitro delujočim odvajalom (glejte Dodatek I).
- Prazno črevo, drugi znaki pa kažejo na zaporo črevesja - predlagamo rentgensko slikanje trebuha in glede na količino zastalega blata izberemo postopek zdravljenja.

KAKO LAHKO ZAPRTJE PREPREČIMO?

- Spodbujamo bolnika k pitju tekočine (vsaj 8 - 10 kozarcev pijače dnevno).
- Spodbujamo postopno večanje količine zaužitih



vlaknin. Nenadno povečanje količine vlaknin v organizmu namreč lahko povzroči napetost in nelagodje.

- Spodbujamo telesno aktivnost do meje, ki jo bolnik še zmore, kar pospeši peristaltiko in izboljša počutje.
- Zagotovimo vsem bolnikom, ki dobivajo predpisane opioide, da se pri njih redno izvajajo vsi postopki preprečevanja in zdravljenja zaprtja (glejte Dodatek I).
- Zagotovimo primeren intimen prostor in čas bolniku, ki odvaža.

Klinični nasvet

Ljudje z bolečimi hemeroidi velikokrat odlašajo z izločanjem blata, da se izognejo dodatnim bolečinam. To povzroča zaprtje, ki vodi v začarani krog.

Uporaba lokalnih anestetskih mazil zmanjša bolečino in nelagodje ob izločanju blata in istočasno olajša dajanje svečk ali klistirja.

Ključni nasvet

Pri bolnikih z rektalnim tumorjem ali s hemeroidi moramo paziti, da ostane blato mehko in da se iz črevesja lahko izloči. Lažje odvajanje pa prepreči nastanek zaprtja in dodatne bolečine.

KDAJ SO DOLOČENI POSEGI (RECIMO KLITIR) PREPOVEDANI?

Posegi v danko so invazivni in nekoliko tvegani. Tako kot pred vsakim drugim posegom moramo biti prepričani, da je uspeh, ki ga prinaša uspešna izvedba, večji, kot pa ga predstavlja tveganje.

Če sam poseg v danko predstavlja tveganje, se posvetujte z zdravnikom.

Posegi v danko so prepovedani:

- Pri krvavitvi iz danke: Če je krvavitev le v sledovih, lahko klistir previdno izvedemo.
- Tumorji v danki so zelo dobro prekrvavljeni, kar predstavlja dodatno tveganje poškodbe tkiva.
- Težave s srcem: S stimulacijo vagalnega živca lahko sprožimo aritmijo.
- Trombocitopenija: Nizko število trombocitov poveča možnost krvavitev.

38.

DEHIDRACIJA

40.

KAKO OCENJUJEMO DEHIDRACIJO V PALIATIVNI OSKRBI?

Pri bolnikih z napredovalo boleznijo je velikokrat težko oceniti stopnjo dehidracije.

Najpogostejši znaki:

- suha sluznica,
- suha in neelastična koža s slabim turgorjem,
- znižan krvni tlak v veni jugularis (CVP),
- zaspanost ali zmedenost pri napredovali dehidraciji,
- šibek, povišan srčni utrip in znižan krvni tlak,
- znižana frekvenca dihanja.

Klinični nasvet

Za ocenjevanje turgorja kože izberemo zgornji del prsnega koša, kjer kožo rahlo stisnemo z dvema prstoma. Če prsni koš ni dostopen, lahko uporabimo tudi hrbtišče roke ali podlaket.

Krvne preiskave:

- zgodnja dehidracija: zvišana sečnina, nizek kreatinin,
- pozna dehidracija: zvišana sečnina in kreatinin (znaki ledvične odpovedi),
- serumski natrij je lahko povišan (hipernatriemija),
- hematokrit je lahko povišan.

Bilanca tekočin:

- manjše izločanje urina,
- gostejši, koncentriran urin,
- urin ima izrazitejši vonj.

Opozorilo za zdravstveno osebje

Žeja in otekline bolnika nista zanesljiva pokazatelja stanja izsušenosti.

KDAJ JE TREBA OBRAVNAVATI DEHIDRACIJO PRI BOLNIKI Z NAPREDOVALIM RAKOM?

Bolj kot se stanje bolnika slabša, večje je tveganje izsušenosti.

Postavlja se nam vprašanje, ali je smiselno preprečevati ali zdraviti dehidracijo pri bolniku z napredovalim rakom. Kakor koli, če ledvice ne zmorejo odstranjevati odpadnih snovi iz telesa, se odpadne snovi nalagajo v organizmu in povzročijo poslabšanje stanja.



Primer:

Metaboliti opioidov, ki se nalagajo v telesu, lahko povzročijo:

- slabost,
- zmedenost, nespečnost, vznemirjenost ali delirij,
- nočne more,
- mioklonične krče in/ali
- epileptični napad.

Hidracija bolnika je namenjena preprečevanju in / ali zdravljenju poslabšanja znakov bolezn.

Klinični nasvet

Posebno previdni moramo biti z bolniki, s katerimi se ni mogoče sporazumevati, doživljajo pa vse neprijetne učinke dehidracije. Zato moramo pri vsakem posamezniku pretehtati potrebo po nadomeščanju tekočine.

V okviru paliativne oskrbe obstajajo različna navodila o tem, kdaj je hidracija potrebna. Kakor koli, menimo, da odrekanje hidracije bolniku poveča njegovo trpljenje.

KDAJ HIDRACIJA NI POTREBNA?

Kot smo že prej omenili, obstajajo različna mnenja o tem, kdaj je hidracija potrebna in kdaj ne (glejte vprašanje 41).

Načeloma hidracija ni potrebna pri bolnikih:

- ki lahko sami dovolj popijejo. Liter tekočine dnevno je načelno dovolj za vzdrževanje ledvične funkcije pri večini paliativnih bolnikov. Za večjo količino tekočine se odločimo pri bolnikih, ki so zelo izsušeni, so zelo dejavni ali pa so izsušeni zaradi hiperkalcemije;
- ki ne morejo piti, ne jemljejo nobenih zdravil in pri njih ne pričakujemo znakov poslabšanja, kot so hiperkalcemija, zastrupitev, zmedenost in slabost,
- ki hidracije ne želijo in nimajo že omenjenih znakov.

Ključni nasvet

Če se stanje bolnika spremeni in se težavi, kot sta slabost in bruhanje, poslabšata, moramo znova preveriti potrebo po nadomeščanju tekočine.

43.

ALI JE HIDRACIJA POTREBNA TUDI PRI BOLNIKU, KI IMA EDEME?

Da. Prisotnost edemov, zlasti na spodnjih okončinah, ni dober pokazatelj hidriranosti telesa pri bolnikih z napredovalim rakom.

Ključni nasvet

Pri ljudeh z oteklinami se prekomerno nabira tekočina v medceličnem prostoru, istočasno pa je možno, da vsebujejo same celice in /ali kri v ožilju premalo tekočine in bi jo bilo že potrebno dodajati.

Prevelik vnos tekočine in popuščanje srčne mišice sta lahko vzrok otekanja. Najpogostejša razloga edemov pri bolnikih z napredovalim rakom pa sta:

- pritisk tumorja na venozno in limfatično ožilje, kar povzroči povečan pritisk v tem predelu, posledica pa je zastoj tekočine v medceličnem prostoru,
- nizki serumski albumini so povezani z zmanjšanjem teže in izgubo mišične mase. Njihovo znižanje povzroči znižan osmotski tlak in pretok tekočine iz ožilja v medcelični prostor.

Opozorilo za zdravstveno osebje

Prekomerna uporaba diuretikov za zmanjšanje otekanja pri ljudeh z napredovalim rakom je lahko vzrok dehidracije. Zapomnite si, da diuretiki ne pomagajo, če je razlog otekanja zapora zaradi tumorja, slaba prehranjenost ali nizki serumski albumini.

KAJ LAHKO STORIMO, ČE BOLNIK, KI NE MORE PITI, ZAVRAČA DODATNO HIDRACIJO, PRI TEM PA NAPREJ JEMLJE OPIOIDE?

Če bolnik ni sposoben piti, zavrača dodatno hidracijo, pri tem pa naprej jemlje opioide, moramo pozorno nadzorovati njegovo stanje in biti pripravljeni na znake nevrotoksičnosti.

Ukrepi za preprečevanje in/ali zdravljenje nevrotoksičnosti:

- zmanjšanje odmerka opioidov,
- zmanjšanje pogostosti dajanja opioidov, npr. vsakih 8 ur namesto vsake 4 ure ali
- obdržati enake doze in jih dajati samo po potrebi.



45.

V večini primerov ta način manjšanja količine opioidov bolnika ne prizadene s povečanjem bolečine, ker ostanejo zdravila dlje časa v telesu, nekateri metaboliti opioidov pa imajo prav tako močan analgetski učinek. Z upoštevanjem navedenih ukrepov lahko preprečimo ali pa vsaj zmanjšamo nabiranje metabolitov opioidnih zdravil v telesu.

KAKO NADOMEŠČAMO TEKOČINO BOLNIKOM V PALIATIVNI OSKRBI?

- Oralna pot: kolikor je mogoče dolgo tekočino nadomeščamo s pitjem (glejte Dodatek G). Ponudimo zamrznjen jogurt, kocke ledu, ledene ploščice iz sadja ali sadnih sokov, industrijske pripravke pijač ali drugih mešanic z mlekom. Pomagamo si z upogljivo slamico in z nastavki za pitje.
- Hipodermokliza ali kliza pomeni podkožen vnos tekočine, ki je lahko stalen, samo ponoči ali v obliki bolusa. Hipodermokliza ima pred intravenskim dajanjem tekočine številne prednosti.

Prednosti hipodermoklize pred intravenskim dajanjem tekočine:

- lažji dostop,
- večje udobje,
- storitev je cenejša,
- manjše tveganje za okužbo in druge zaplete,
- lažje in varnejše upravljanje na bolnikovem domu,
- manj pogosta menjava mesta vboda (do 7 dni),
- lažje odklapanje infuzije, kar pomeni večjo mobilnost bolnika.

SLABOST IN BRUHANJE

46.

ZAKAJ IMAJO BOLNIKI Z NAPREDOVALIM RAKOM POGOSTO SLABOSTI IN/ALI BRUHAJO?

Več kot 70 odstotkov bolnikov trpi zaradi slabosti in /ali bruhanja v določenem obdobju svoje bolezni. Odstotek je visok zaradi različnih razlogov, ki privedejo do omenjenih težav, nekateri od njih pa se pri bolniku lahko pojavljajo tudi istočasno.

Vzroki bruhanja in slabosti pri ljudeh z rakom:

- nekatera zdravila lahko povzročijo slabost in bruhanje, tako da stimulirajo kemoreceptorsko sprožilno (triger) zono v možganih: opioidi (zaradi kopičenja opioidnih metabolitov in upočasnjene peristaltike prebavil), nesteroidni antirevmatiki, antibiotiki, selektivni inhibitorji ponovnega privzema serotonina (SSRI) in digoksin so zdravila, ki lahko povzročijo slabost in bruhanje,

- zmanjšana peristaltika: zastoj v želodcu,
- zapeka ali zaprtje, zapora črevesja,
- boleznih prebavil: tumor, ascites, gastroezofagealni refluks, gastritis, ulkusna bolezen,
- metabolične motnje: hiperkalcemija, ledvična ali jetrna insuficienca, elektrolitsko neravnotežje,
- kemoterapija, radioterapija in / ali
- motnja v delovanju vestibularnega aparata.

Klinični nasvet

Če kljub natančnemu opazovanju ne moremo odkriti vzroka bolnikove slabosti, ponovno preverimo metabolizem opioidov, čeprav ne kaže znakov kopičenja metabolitov. To nam lahko pomaga pri obravnavanju in zmanjšanju občutka slabosti.

47.

KAJ JE POTREBNO UPOŠTEVATI PRI OCENI SLABOSTI IN BRUHANJA?

Ocena slabosti in bruhanja:

- Intenzivnost: Kako pogosto je bruhanje? Pri oceni nam je v pomoč tabela z oceno 0 -10 ali lestvica ESAS (glejte Dodatek A).
- Nastop: Kdaj so se težave začele ali se začnajo?
- Trajanje: Kako dolgo že ima bolnik težave? Kako dolgo traja posamezen napad slabosti in / ali bruhanja?



48.

- Pogostnost: Kako pogosto je bolniku slabo? Kolikokrat bruha?
- Prizadetost: Kako slabost in /ali bruhanje prizadenejo bolnikovo sposobnost in kakovost življenja?
- Poslabšanje: Katere okoliščine stanje še poslabšajo?
- Izboljšanje: Kaj izboljša bolnikovo stanje?
- Bruhanje: Kakšna je količina? Kakšen je videz (barva, konsistenca)? Katere primesi vsebuje?
- Možni vzroki: (glejte vprašanje 46).

Klinični nasvet

Izbruhanina, ki vsebuje delno prebavljeno hrano, ki jo je bolnik zaužil pred več kot 1 - 2 urama, je znak zapore želodca.

KAKO IZBOLJŠAMO IN/ALI ODPRAVIMO VZROKE SLABOSTI IN/ALI BRUHANJA PRI PALIATIVNI OSKRBI?

1. vzrok: toksični učinek zdravil in /ali stranski učinki zdravil:
 - opioidi: slabost pričakujemo prve 3 - 4 dni po začetku uvajanja zdravila, pri povišanju doze zdravila ali pri prehodu na opioide.

Klinični nasvet

V obdobju uvajanja opioidov bolniku dodamo metoklopramid (Reglan®) 10 mg PO ali SC vsake štiri ure redno in vsako uro po potrebi. Ko slabosti ni več, odpravimo redno dajanje in ga nadomestimo samo še z dajanjem po potrebi. Antiemetike proti kronični slabosti uvedemo, če slabosti ne moremo obvladati.

- Nesteroidne antirevmatike odpravimo.
 - Antibiotike in antidepresive odpravimo.
 - Preverite nivo digoksina in prilagodite odmerke izvidom.
2. vzrok: zmanjšana motiliteta črevesja:
 - pri zastoju hrane v prebavilih dodajte metoklopramid ali domperidon.
 3. vzrok: zapeka ali zaprtje:
 - zagotovite primerno in redno praznjenje črevesja z mehčalci blata, pospeševalci prebave, sveč kami, klistirji...

4. vzrok: zapora črevesja:
Poglejte vprašanja 33, 34 in 35.
5. vzrok: patološki procesi v gastrointestinalnem traktu:
 - ascites: težave rešimo z razbremenilno abdominalno punkcijo,
 - refluks, gastritis in ulkusno bolezen zdravimo z dodajanjem ustreznih zdravil (na primer Ultop®).
6. vzrok: metabolne spremembe, ki jih odkrijemo v krvi, popravimo z ustrežno terapijo.
7. vzrok: dehidracija: bolnika hidriramo s hipodermoklizzo (glejte Dodatek H).
8. vzrok: povečani intrakranialni pritisk kot posledica možganskih krvavitev ali metastaz: ordiniramo kortikosteroide in/ali obsevamo.
9. vzrok: kemoterapija in radioterapija: dodajte ustrezne antiemetike.

KAKO V PALIATIVNI OSKRBI POMAGAMO BOLNIKU, KI GA MUČI KRONIČNA SLABOST?

Pri kronični slabosti dajemo zdravila proti slabosti raje redno na ure kot po potrebi. Če je le mogoče, naj bolnik zaužije zdravilo peroralno, seveda pa se v nekaterih primerih ne moremo izogniti podkožnemu dajanju zdravil ali dajanju zdravil v črevo. Na izbor antiemetika vpliva vzrok nastanka slabosti in toksičnost zdravila.

Ključni nasvet

Metoklopramid (Reglan®) je prvo zdravilo izbora pri večini vzrokov slabosti (zlasti pri slabosti zaradi opioidov in pri patologiji prebavnega trakta). Običajni odmerek je 10 mg PO ali SC trikrat na dan 30-60 minut pred obrokom do 10 mg PO ali SC vsake štiri ure in 10 mg vsako uro po potrebi. Reglan® se lahko da v subkutani infuziji v odmerku 60-120 mg na dan za perzistentno slabost.

Reglan® je predstavnik antidopaminergičnih učinkovin, ki zmanjšajo slabost z vezavo

na dopaminske receptorje v možganih (kemoreceptorska sprožilna zona) in črevesju. Zaradi prokinetičnega učinka zmanjšuje zastoj v želodcu.

Opozorilo za zdravstveno osebje

Ne uporabljajte metoklopramida (Reglan®) ali katerega koli drugega predstavnika te skupine v primeru popolne zapore črevesja. Veliko primernejši je haloperidol (Haldol®). Dexamethason® je antiemetik drugega izbora. Dodamo ga metoklopramidu, če je slabost še prisotna kljub največjemu odmerku. Dodamo 10 mg zdravila na dan SC dvakrat dnevno. Količino zdravila postopoma manjšamo do najmanjšega odmerka, ki še učinkuje. Dexamethason® je zdravilo prvega izbora, če sta slabost in/ali bruhanje posledica možganskega tumorja in/ali možganskih metastaz. Če se slabost ne umiri kljub uporabi metoklopramida in dodatku Dexamethasona®, če se celo stopnjuje in so druga zdravila kontraindicirana, poskusite z naslednjimi antiemetiki:

- Haloperidol (Haldol®) 1-2 mg PO ali SC vsakih 8-12 ur in 1-2 mg vsako uro po potrebi. Antidopaminergične učinkovine, kot je haloperidol, tudi nasprotujejo emetičnem učinku opioidov. Nima učinka na želodčno peristaltiko, zato se lahko uporabi pri popolni zaponi črevesja.
- Ondansetron (Zofran®) 8 mg PO ali SC vsakih 8 ur. Zlasti pomaga pri slabosti pri kemoterapiji. Zdravilo je precej drago.

Klinični nasvet

Pri dajanju antidopaminergičnih učinkovin (Reglan®, Haldol®) se lahko pojavijo ekstrapiramidalni znaki, kot so otrdelost vratu, čeljusti in mišic ter tremor. O znakih takoj obvestite zdravnika.

Ključni nasvet

Stranski učinek antiemetikov, kot so dimenhidrinat (Dramina®), klorpromazin (Prazine®), skopolamin in proklorperazin, je tudi pomiritev. Pri nekaterih težavah, kot so slabost zaradi sprememb v centralnem živčevju ali v vestibularnem aparatu, lahko ta stranski učinek izkoristimo.

KAKO ŠE LAHKO Z NEFARMAKOLOŠKIMI UKREPI POMAGAMO LAJŠATI SLABOST IN/ALI BRUHANJE?

- Često ponudimo majhne količine hrane in pijače.
- Izogibamo se hrani z močnim vonjem. Poskusimo s hladno hrano, kot so sendviči. Preden serviramo kuhano hrano, odstranimo pokrov že pred bolnikovo sobo, da se najmočnejši vonj hrane razkadi že zunaj.
- Izogibamo se mastni, pekoči ali izrazito sladki hrani.
- Ponudimo pijačo in hrano, kot so limonada, sadni sokovi, pijače blagega okusa, šerbet, krekerji, preste, navadni piškoti in opečenec.
- Dnevno zadostuje 8 - 10 kozarcev pijače, da ne pride do dehidracije.
- Počitek po obroku v polsedečem položaju, da pospešimo prebavo.
- Prostor, kjer hrano serviramo, naj bo bolniku prijeten.
- Uporabimo metode komplementarne medicine, kot so relaksacija, vizualizacija, akupresura ali akupunktura.

DIAREJA ALI DRISKA

KAJ JE LAHKO RAZLOG DRISKE PRI BOLNIKI V PALIATIVNI OSKRBI?

Vzroki driske:

- prevelika količina mehčalcev blata ali prevelik vnos hiperosmolarnih preparatov (enteralna prehrana),
- obsevanje medenice ali spodnjega dela trebuha,
- malabsorpcijski sindrom (npr. pri raku pankreasa, gastrektomiji, resekciji črevesa, kolektomiji ipd.),
- črevesna fistula,
- okužba prebavil,
- nekatere vrste tumorjev (kot so karcinoidi, vilozni adenomi ipd.),
- resekcija črevesja,
- zdravila: antacidi, antibiotiki, nekateri nesteroidni antirevmatiki pri občutljivih posameznikih in sorbitol, ki se nahaja v pijačah »brez sladkorja« in v konzervirani hrani,
- vzporedne bolezni (npr. sindrom vnetega ali iritabilnega črevesa, diabetes, hipertirodizem ipd.).

●cena driske:

- natančna anamneza o pogostosti iztrebljanja, količini in konsistenci blata,
- izključite zaprtje in presežno drisko,
- preveriti predpisana zdravila,
- odzemi vzorec blata za koprokulturo in antibiogram,
- odstraniti vse možne vzroke driske.

Obravnava driske:

Je kombinacija podporne terapije in zdravil.

- Zdravimo vse vzroke driske,
- vzdržujemo primerno hidriranost,
- opazujemo stanje kože in jo primerno negujemo,
- nadziramo elektrolite in jih sproti korigiramo,
- pazimo na dietni režim: majhni, pogosti obroki blage hrane z majhnim ostankom in bogati s kalijem (banane, riž, olupljena jabolka, prepečenci),
- predpisujemo zdravila.

KAJ JE DELIRIJ IN KAKO GA OCENIMO?

Poznamo tri glavne oblike delirija:

- Hipoaktivna (somnolentna) oblika s stanjem zmanjšane budnosti: mimo somnolentno stanje, ki lahko vključuje umik v svoj svet ali pa tudi ne in se pogosto kaže v fazi aktivnega umiranja. Če se ne pojavi nenadoma in so poleg tega izključeni vsi reverzibilni vzroki za njegov pojav, ga ni treba zdraviti. Pomembno je le pozorno zagotavljanje udobja.
- Hiperaktivna (aktivirana) oblika s stanjem zmanjšane budnosti: nemir v somnolentnem stanju.
- Agitirana ali hiperaktivna (aktivirana) oblika s stanjem povečane budnosti: agitirano, nemirno stanje z nenadnim začetkom in spreminjajočimi se stanji zavesti, ki lahko vključuje halucinacije, neorientiranost, zamenjavo dneva z nočjo, spremembe obnašanja, neprimerno komuniciranje, preobčutljivost za boleče dražljaje in krče ali pa tudi ne.

Ključni nasvet

Pomembno je razlikovati med delirijem in demenco, ker pri deliriju obstaja možnost obnovitve kognitivnih funkcij. Polovica delirantnih epizod je reverzibilnih, medtem ko je demenca po navadi kronična in ireverzibilna.

Klinični nasvet

Od vseh značilnosti delirija in demence sta dve še posebno pomembni za razločevanje med obema:

- hitrost pojavljanja,
- vpliv na stanje zavesti.

Delirij: pojavi se nenadoma, stanje zavesti je spremenjeno.

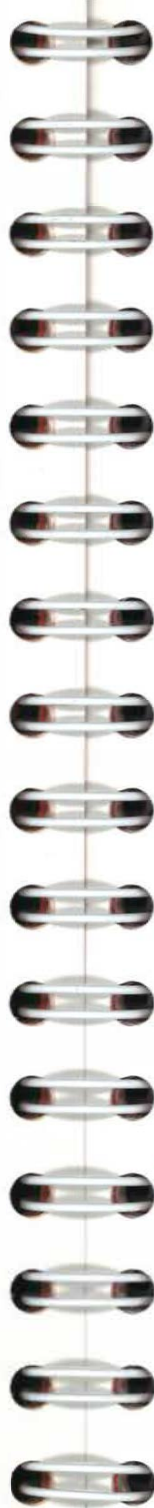
Demenca: pojavi se postopno, stanje zavesti ni spremenjeno.

Ključni nasvet

Mogoče je, da je delirantna oseba predhodno že bolehal za demenco. V tem primeru izboljšanje delirija ne pripomore tudi k izboljšanju kognitivne funkcije.

Ocena delirija

Za opazovanje kognitivne funkcije uporabite presajalni test (skrining), kot je Folsteinov



test Mini Mental State (MMS, kratek preizkus spoznavnih sposobnosti).

Delirij je pogost in zelo stresno deluje na posameznike in družine, zato bi morali ljudi z napredovalo boleznijo redno testirati.

Približno eno četrtnino delirijev zdravniki in medicinske sestre spregledajo vse do poznega stanja, ker se ne uporabljajo testi, kot je MMS pri vseh ljudeh, tudi tistih, ki niso videti prizadeti.

Ključni nasvet

Vprašanja za oceno orientiranosti (na primer vprašanja o osebi, kraju, času) sama po sebi ne zadostujejo za oceno kognitivnega statusa osebe. Potrebna so dodatna vprašanja kot na primer taka, ki so vsebovana v MMS, s katerimi ocenjujemo jezik, pozornost in spomin.

KAJ POVZROČA DELIRIJ IN KAKO GA ZDRAVIMO?

Več kot 80 odstotkov ljudi v terminalnem obdobju raka je v zadnjih tednih življenja zmedenih. Pri manjšem odstotku se razvije delirij že prej med boleznijo.

Običajni vzroki delirija pri bolniku z napredovalim rakom:


- zdravila (na primer opiodi, benzodiazepini, antidepresivi, nesteroidni antirevmatiki, ACE inhibitorji, digoksin),
- možganske metastaze,
- hipoksija,
- okužba,
- metabolne nepravilnosti (na primer hiperkalcemija, uremija, jetna odpoved, hiponatriemija in/ali
- dehidracija.

Ključni nasvet

Na pojav delirija lahko vpliva več dejavnikov hkrati. Še posebno je to pogosto pri ljudeh z napredovalim rakom. Pri teh je lahko delirij samo v 50 odstotkih reverzibilen.

Za pomoč pri identifikaciji vzroka(-ov):

1. Preglejte zdravila.
2. Ocenite znake in simptome predoziranja z opiodi.
3. Preglejte krvne izvide in izsledke drugih preiskav.

 Opozorilo za zdravstveno osebje
Delirij se lahko pojavi zaradi povečanega intrakranialnega pritiska. Če obstaja taka možnost, se takoj posvetujte z zdravnikom.

Obravnava delirija

Če je oseba agitirana, uporabite za umiritev zdravila, na primer haloperidol PO/SC. Če ne pride do izboljšanja, se lahko uporabijo druga pomirjevala, na primer risperidon (Risperdal®) ali midazolam. Bodite pozorni na delirij pri osebah, ki so hipo ali hiperaktivne. Opreделите se na mogoče vzroke in jih zdravite (na primer z antibiotiki za okužbe).

Pojasnite družini naravo stanja.

Klinični nasvet

Pri kognitivno prizadetih ljudeh je ocena simptomov težka, ker so pogosto nesposobni jasno izražati svoje izkušnje. V takih primerih je bolnikova samoocena stiske zaradi simptomov nezanesljiva.

KAKO LAHKO DAJEM PODPORO DRUŽINI BOLNIKA, KI DOŽIVLJA AGITIRANI DELIRIJ?

Za družinske člane je lahko prisotnost ob delirantnem svojcu zelo stresna. Naslednje razlage in navodila jim lahko pomagajo pri premagovanju težav:

- simptomi delirija so znak nepravilnega delovanja možganov in ne izraz bolečine ali trpljenja,
- čezmerno dodajanje opioidov lahko poslabša agitiranost in povzroči neprijetne toksične stranske učinke,
- za zdravljenje simptomov delirija so na voljo zdravila, z različnimi postopki pa se ugotavljajo in zdravijo vzroki,
- namen zdravljenja je udobje in ne podaljševanje življenja,
- potem ko agitirani delirij mine, se ga ljudje malo ali nič ne spominjajo,
- izogibati se je treba preveliki stimulaciji (na primer z neprestanim dotikanjem ali govorjenjem), ker lahko to poslabša agitacijo,
- poskusite zagotoviti mirno okolje s čim manj stimulusi,



55.

- stalna prisotnost družinskega člana, obkroženost z znanimi predmeti in nočna lučka lahko osebo pomirijo.

Klinični nasvet

Ne poskušajte orientirati agitirane osebe in je kakor koli popravljati, ker to ponavadi poslabša stanje agitiranosti.

KAKO RAZLOČEVATI MED BOLEČINO IN DELIRIJEM?

Obnašanje posameznika v agitiranem deliriju je pogosto tako:

- nemir,
- stokanje in
- grimase, ki si jih lahko razlagamo kot znak bolečine.

Za pomoč pri razlikovanju med bolečino in delirijem:

- Vprašajte osebo, kje jo boli. Če odgovori, da jo boli vseh delov telesa in je nesposobna pokazati na mesto bolečin, je to kar zanesljiv znak, da gre za delirij in ne za bolečino.
- Dajte odmerek zdravila za zdravljenje prebijajoče bolečine in pazljivo opazujte učinek. Zdravilo bi moralo vsaj nekoliko olajšati bolečino. Povečano izražanje bolečine ali zmedeno vedenje dokazujeta, da oseba čuti kaj drugega kot bolečino in ji bo olajšanje verjetno prineslo zdravljenje zmedenosti.

Opozorilo za zdravstveno osebje

Napačna razlaga simptomov agitiranega delirija (na primer nemira, grimas, stokanja) kot neobvladane bolečine in posledično dajanje več opioidov lahko poslabša agitacijo in zastrupljanje z opioidi.

DISPNEJA

56.

KAJ POVZROČA TEŽKO DIHANJE PRI NAPREDOVALEM RAKU?

Dispneja je neprijeten občutek težkega in napornega dihanja, za katero je značilna osebna zaznava dušenja in odzivi osebe na to.

Ključni nasvet

Dispneja je za bolnika in njegovo družino eden izmed najbolj mučnih simptomov.

Težko vstopanje zraka lahko povzročajo:

- bronhialna zapora (kot so tumorska zapora, vnetje),
- kongestija (kot pri pljučnici),
- konsolidacija pljučnega tkiva zaradi tumorja,
- obstrukcija pljučnih žil,
- okužba,
- dvignjena trebušna prepona (kot pri ascitesu ali jetrnih metastazah),
- plevralni izliv,
- limfatična karcinomatoza pljuč,
- slabokrvnost.

Klinični nasvet

Če je vzrok znan in je izvedeno primerno simptomatsko zdravljenje, občutki dušenja in pomanjkanja zraka lahko izginejo.

Opozorilo za zdravstveno osebje

Težko dihanje je lahko znak zapore zgornjega dela vene kave, kar pomeni urgentno stanje (glejte vprašanje 77).

KAKO OCENIM DISPNEJO?

Zasičenost s kisikom najlažje izmerimo s pulznim oksimetrom, ki meri količino kisika, vezanega v krvi.

Ključni nasvet

Čeprav nizka koncentracija kisika v krvi kaže na hipoksemijo, ni nujno, da je prisotna tudi dispneja. Stopnja dispneje je pri posamezniku lahko neposredno povezana z nivojem zasičenosti s kisikom v krvi ali pa tudi ne.

Upoštevati moramo osebno zaznavo stopnje težkega dihanja bolj kot podatke pulznega oksimetra (glejte naslednji klinični nasvet). Koristna je lahko ocena dispneje po ESAS vprašalniku (glejte Dodatek A).



58.

Klinični nasvet

Dispneja je osebna izkušnja, ki zahteva objektivno oceno respiracije. Zdravstveno osebje naj oceni stopnjo težkega dihanja, poslabšanje (vzrok, ki težko dihanje poslabša), izboljšanje (kaj ublaži dispnejo), časovne značilnosti (nastop dispneje, trajanje in pogostost), vpliv dispneje na kakovost življenja in mogoče vzroke.

Vzroke dispneje lahko določimo:

- s pulzno oksimetrijo - merjenje zasičenosti s kisikom (količina kisika, vezanega na hemoglobin),
- s krvnimi preiskavami - na primer hemoglobin, DKS in
- z diagnostičnimi postopki, kot sta rentgen pljuč in CT prsnega koša.

Drugi objektivni znaki dispneje so:

- Zasoplost.
- Dihanje s pomožno muskulaturo.
- Širjenje nosnic.
- Uvlečeni medrebrni prostori.
- Zvišanje frekvence dihanja.
- Nemir.
- Kašelj.
- Cianoza.
- Zmanjšan vstop zraka in/ali
- pridruženi dihalni zvoki (poki in hropci) pri auskultaciji.

KATERA ZDRAVILA SO NAJKORISTNEJŠA ZA OSEBE Z DISPNEJO?

Če upoštevamo vzrok, lahko olajšajo težave naslednje skupine zdravil:

- Antibiotiki: za okužbe (kot je pljučnica) ali fistule.
- Bronhodilatatorji: lahko zmanjšajo zaporo dihalnih poti in zmanjšajo hropenje in pritisk v prsnem košu.
- Blažilci kašlja: učinkoviti pri stalnem suhem kašlju.
- Diuretiki: koristni, če povzročajo dispnejo pljučna kongestija (treba je oceniti stopnjo hidracije osebe).
- Zdravila za lažje izkašljevanje: če je dispneja povezana s produktivnim kašljem.
- Opioidi: lahko olajšajo občutek pomanjkanja zraka. Pri pomanjkanju natančnega navodila

za odmerke se lahko daje pri težkem dihanju morfin 5-10 mg PO ali 2,5-5 mg SC vsako uro po potrebi. Razpršilci z opioidi niso učinkoviti.

Klinični nasvet

Če dobiva oseba opioide redno proti bolečinam, se za dispnejo lahko dodajo dodatni odmerki.

- Pomirjevala: so redko potrebna, če lahko zdravimo vzrok težkega dihanja. Kadar so potrebna, je midazolam (Dormicum®) najboljša izbira.
- Kortikosteroidi: koristni pri obstrukcijah (kot je sindrom zgornje vene kave), poobsevalni fibrozi ali karcinomski limfangiozi.
- Kemoterapija: lahko pomaga lajšati težko dihanje, povezano z obstrukcijo ali infiltracijo dihal.

KAKO ZDRAVIMO DISPNEJO BREZ ZDRAVIL?

- Uporaba kisika: lahko pomaga zmanjšati subjektivno stisko zaradi težkega dihanja in izboljšati počutje tudi takrat, ko je zasičenost s kisikom v normalnem območju.

Opozorilo za zdravstveno osebje

Pri osebah s kronično obstruktivno pljučno boleznijo (KOPB) moramo paziti, da ne bi dajali prevelike količine kisika. Nivo CO_2 je v njihovi krvi kronično zvišan. Zato visok nivo CO_2 ne spodbuja dihanja kot pri zdravih ljudeh, ampak spodbuja dihanje nizek nivo kisika.

- Obsevanje: lahko pomaga olajšati težko dihanje, povezano s tumorsko obstrukcijo ali infiltracijo.
- Transfuzija: lahko olajša težko dihanje, povzročeno s slabokrvnostjo.
- Dihalne vaje: so lahko koristne pri kongestiji v pljučih za olajšanje dispneje, izboljšanje počutja in zvišanje energije.
- Torakocenteza: lahko olajša dispnejo in spremljajočo utrujenost zaradi plevralnega izliva.

Klinični nasvet

Pri napredovalem raku je plevralni izliv tipično enostranski. Obojestranski izliv je pogostejši pri srčni odpovedi in karcinomski limfangiozi. Če se izliv ponovi:

- se preprosta torakocenteza lahko ponovi po potrebi ali
- se namesti stalna drenaža, ki ji sledi plevrodeza (skleroza visceralne in parietalne plevre za preprečitev nadaljnega nabiranja izliva).
- Položaj telesa: kot je visoki Fowlerjev položaj.
- Omejevanje telesne aktivnosti.
- Dobra ustna higiena.
- Povečano prezračevanje: na primer odprta okna, ventilatorji v sobi.
- Poskrbite za pomirjenost: mirno okolje, dobra obveščенost, nadaljnja obravnava naj se prilagaja ponavljanim ocenam stanja.
- Tehnike sproščanja ali masaža.

Opozorilo za zdravstveno osebje

Huda dispneja je lahko končni dogodek. Negovalni postopki so skrajno pomembni pri tem izjemno mučnem stanju.

LIMFEDEM

60.

KAJ JE LIMFEDEM?

Limfedem je nabiranje tekočine, bogate z beljakovinami, v intersticijskem prostoru, zato stalno oteka en del ali več delov telesa.

Vzrok limfedema je navadno večstranski. Kateri koli od navedenih lahko obstruira ali prekine limfne kanale in s tem poveča možnost limfedema.

Vzroki limfedema:

- kirurški (kot je resekcija bezgavk),
- obsevanje,
- okužba.

Čeprav je odprava limfedema mogoča, je večinoma kroničen. Osebe s tveganjem limfedema se morajo zavedati možnosti pojava te komplikacije in skrb za okončine mora postati del njihovega načina življenja.

Limfedem lahko povzroči:

- bolečino,
- odrevenelost,
- omejeno možnost gibanja prizadetega uda,
- okvaro kože in podkožnega tkiva,
- deformacijo,
- večjo možnost okužbe na prizadetem območju.

Psihološka stiska se priključi fizičnim težavam zaradi:

- spremenjenega telesnega videza,
- zmanjšane funkcionalne sposobnosti,
- negativnega vpliva na medčloveške odnose.

61.

KAJ NAJ VKLJUČIM V OCENO STANJA, KO IMA OSEBA LIMFEDEM?

V oceno stanja je treba vključiti:

- stanje kože edematoznega območja,
- znake okužbe,
- prikladnost oblačil (naj bi bila ohlapna),
- zaskrbljenost zaradi spremenjene podobe telesa in izgube funkcionalne sposobnosti,
- izvide preiskav: glede diagnoze in napredovanja bolezni,
- krvne izvide, posebno nivo serumskega albumina.



62.

Klinični nasvet

Znižani albumin = znižana možnost limfnega sistema odpraviti edem.

KAJ SE DA STORITI, DA SE ZMANJŠAJO LIMFEDEM IN TEŽAVE, KI SO Z NJIM POVEZANE?

Ključni nasvet

Obravnava limfedema sega od ugotavljanja rizika, spremljanja stanja do intenzivnega zdravljenja.

Obravnava limfedema lahko vsebuje:

- izobraževanje,
 - telesno vadbo z dvignjenimi udi,
 - uporabo vibracij, tudi v domačem okolju,
 - masažo,
 - uporabo kompresijskih oblačil,
 - ustrezen položaj telesa,
 - rokave z uporabo nizkega pritiska in prilagojene podpome obveze,
 - povijanje z uporabo večplastnih elastičnih kompresijskih kratkih povojev*,
 - uporabo kompresijske črpalke z intermitentnim delovanjem (Lymphapress)*,
 - ročno limfno drenažo,
 - osebe z limfedemom lahko napotimo k specialistu fiziatru.
- Uporaba samo v primeru strokovne usposobljenosti, ker te obravnave lahko povzročijo komplikacije, če se napačno uporabijo.

Ključni nasvet

Diuretiki imajo majhen učinek pri obravnavi limfedema. So neučinkoviti pri manjšanju oteklin, lahko pa povzročijo dehidracijo in neravnotežje elektrolitov.

ASCITES

KAJ JE ASCITES IN KAKO SE OBRAVNAVA?

Ascites je nabiranje odvečne tekočine v trebušni votlini.

Ascites se pojavlja pri 50 odstotkih bolnikov z rakom.

Ascites lahko povzročijo tumorske celice v trebušni votlini, znižane krvne beljakovine, boleznijeter ali kongestivna srčna okvara.

Ključni nasvet

Diuretiki navadno ne pomagajo pri ascitesu, ki ga povzročajo tumorske celice in zmanjšane beljakovine v krvi. Možnost dehidracije zaradi uporabe diuretikov je velika. Najboljši način za obravnavo ascitesa je občasna paracenteza.

Paracenteza - je drenaža ascitesa z aseptično punkcijo trebušne stene z iglo, pritrjeno na zaprti zbirni sistem.

Opomba - čeprav ponavljane paracenteze lahko povzročijo izčrpanost volumna tekočine in izgubo beljakovin, ima izboljšanje simptomatike boleznij prednost.

Oskrba bolnikov z ascitesom:

- Premiki tekočine v trebuhu ob gibanju lahko povzročijo izgubo ravnotežja - izvedite potrebne ukrepe za preprečitev padcev.
- Pokrijte mesto paracenteze s sterilno gazo in kompresijskim lepilnim trakom (če tekočina uhaja, uporabite vrečko za kolostomo).
- Ascites lahko poslabša prehodnost črevesja - prepreči zapeko.
- Ascites lahko poslabša praznjenje črevesja in povzroči bruhanje. Poskusite položiti osebo na desno stran z dvignjenim zglavjem; ponujajte ji majhne pogoste obroke; koristijo lahko prokinetska sredstva, kot je metoklopramid.
- Ascites lahko poslabša gibljivost prepone, kar povzroči težko dihanje; uporabite ukrepe za odpravo težkega dihanja (glejte vprašani 58 in 59).

KAJ JE PRURITUS IN KAKO GA OBRAVNAVAMO?

Pruritus (srbež kože) je pogost pri:

- rakih, pri katerih se žolčne soli ali urea odlagajo v kožo,
- Hodgkinovem limfomu,
- fungoidni mikozi,
- stranskih učinkih nekaterih zdravil.

Priporočila za obravnavo srbeža kože:

- dobra higiena - pot povečuje srbenje,
- koloidni losioni iz ovsene moke (kot je Aveeno®),
- atihistaminiki - cetirizin (Letizen®, Zyrtec®)
5 - 10 mg na dan, difenhidramin (Dimidril®)
(Dimidril® bolj umirja),
- sistemski steroidi - Dexamethason® 2-4 mg na dan, če je pruritus rezistenten,
- Sinequan® 10 mg vsakih nekaj ur - za uremični pruritus,
- Sevit® 4 g na dan do 4 g štirikrat na dan (titrirati)
- za pruritus ob neobstruktivni holestazi,
- vstavljanje stenta ali Dexamethason® 12-16 mg na dan - za pruritus ob obstruktivni holestazi.

TEŽAVE Z USTNO SLUZNICO

Mnogi bolniki z rakom imajo težave z usti, od bolečih vnetij do suhih ust, ki jih lahko povzročajo mnogi dejavniki.

65.

KAJ POVZROČA VNETHA V USTIH (STOMATITIS)? IN KAKO LAHKO PREPOZNAMO PROBLEM?

Za stomatitis je značilna vneta ustna sluznica, ki je lahko v težjih primerih ogoljena, ulcerozna, krvavi in/ali je vneta.

Mogoči vzroki za stomatitis:

- okužba,
- vzrok so lahko zdravila (kot je kemoterapija),
- radioterapija,
- pomanjkljiva ustna higiena,
- slabo prilagajajoča zobna proteza,
- spremembe v krvni sliki,
- poškodbe.

66.

KAKO LAHKO PREPREČIMO STOMATITIS?

- Ustno nego opravljajte pri slabotnih, bolnih ljudeh nežno.
- Zagotovite ustno nego pred hranjenjem in po njem (če lahko oseba je) in pred spanjem ali rutinsko s preostalo nego bolnika na primer vsaki 2 uri.
- Uporabljajte mehke zobne ščetke, miniščetke in blage zobne kreme.
- Previdno uporabljajte zobne nitke.
- Zagotovite, da se zobne proteze dobro prilagajajo.
- Zobne proteze pri čiščenju odstranite in jih pustite ponoči zunaj.
- Izogibajte se ustnih izpiral, ki vsebujejo alkohol, saj ta suši ustno sluznico. Mnogi ljudje raje uporabljajo za izpiranje ust mineralno vodo z ogljikovim dioksidom ali natrijevim kloridom.
- Za vlaženje ustnic uporabljajte vodotopna mazila in balzame za ustnice namesto proizvodov, narejenih na osnovi mineralnih olj.

Klinični nasvet

Čeprav se razredčeni vodikov peroksid in raztopina sode bikarbone priporočata v literaturi za izpiranje ust, morda nista idealna, saj imata neprijeten okus in lahko povečata sušenje sluznice.

67.

KAJ LAHKO STORIMO ZA ZMANJŠANJE TEGOB, POVEZANIH S STOMATITISOM?

- Zagotovite redno ustno nego (glejte vprašanje 66).
- Če so bolečine hude, priporočamo izpiranje z anestetikom: 2-odstotni Xylocain®.
- Če povzročajo težave infekcija, jo ustrezno zdravite (glejte vprašanje 68).

Zagotovite naslednje dietne pogoje:

- Jedila naj bodo mehka, kot so kuhane žitarice, palačinke, mehka jedila iz testenin, mehko sadje, pudingi, sladoled, dobro kuhana zelenjava, jajca, ribe, enolončnice, mlečni napitki.
- Kadar je meso, tudi perutnina, trdo za žvečenje ali požiranje, ga sesekljajte, zmeljite ali zmiksajte.
- Za zmehčanje dodajte hrani omake ali juhe.
- Za hladne pijače uporabite sadne napitke ali sadni nektar.
- Izogibajte se trdi ali hrustljavi hrani (pokovke, lešniki, orehi, surova zelenjava).
- Izogibajte se zelo vroči ali zelo hladni hrani.
- Izogibajte se močno začinjeni, pekoči, kisli in slani hrani.

68.

KATERE SO OBIČAJNE USTNE INFEKCIJE IN KAKO JIH OBRAVNAVATI?

- Kandidiaza (soor) ali ustni oprh: odstranljive bele pege v ustih ali ploske rdeče razjede brez odstranljivih peg. Povzročajo bolečino v ustih, disfagijo, retrosternalno bolečino, slabost (nausea) in bruhanje.
- Vsi ljudje, ki so zdravljeni z obsevanjem glave in/ali območja vratu, in tisti, ki prejemajo imunosupresivna zdravila, kot je Dexamethason®, bi morali biti pogosto pregledani zaradi možnosti kandidiaze.
- Obravnava: nistatin, flukonazol, ketokonazol. Oralna zdravila se morajo požreti, ker se kandidiaza lahko razširi v požiralnik.

Opozorilo za zdravstveno osebje

Flukonazol in ketokonazol se morata uporabljati previdno, če je prisotna jetrna okvara.

- Herpes simplex: boleči mehurčasti izpuščaji z odstranljivim rumenkastim izcedkom na ustnicah ali blizu njih.
Obravnava: aciklovir.
- Bakterijska infekcija: majhne hemoragije v ustih, bolečine v dlesnih in znaki abscesa.
Obravnava: antibiotiki.

ZAKAJ IMAJO OSEBE SUHA USTA (KSEROSTOMIJA) IN KAJ STORITI, DA BI JIM OLAJŠALI TEŽAVO?

Kserostomijo povzročata zmanjšana proizvodnja sline ali dehidracija. Dejavniki, ki prispevajo k zmanjšanju proizvodnje sline, vključujejo uporabo različnih zdravil (zlasti opioidov in tricikličnih antidepresivov), infekcije in erozije ustne sluznice, ki so posledica bolezni in zdravljenja (kot je radioterapija). Dejavniki, ki prispevajo k kserostomiji, so anoreksija, bruhanje, driska, dihanje skozi usta in dajanje kisika.

Da bi olajšali težave, povezane s kserostomijo:

- Kadar koli je mogoče, ugotovimo vzrok (kot je dehidracija, obravnava okužbe s kandido).
- Dajanje umetne sline je koristno.

Klinični nasvet

Dajanje pilokarpina peroralno štirikrat dnevno lahko poveča proizvodnjo sline pri bolnikih z rakom glave in vratu, ki imajo kserostomijo zaradi opioidov ali obsevanja.

- Ohranjajte usta vlažna in čista.
- Ponudite bolnikom pogoste požirke vode, majhne rezine leda in/ali sladoleda na palčkah (lučke).
- Izogibajte se uporabi proizvodov na osnovi mineralnega olja (na primer žele na bazi mineralnih olj), glicerinskih proizvodov (kot je limonsko-glicerinska gobica za nego ust) in komercialne ustne vodice, ki vsebujejo alkohol.

Upoštevajte naslednje prehranske nasvete:

- Izogibajte se tobaku, alkoholu, citrusnim sokovom in začinjenim jedem.
- Izogibajte se skrajnim temperaturam pijač in hrane.
- Jejte mehko hrano.
- Na suhi hrani uporabljajte maslo, margarino, omake in mesne sokove.
- Pri obrokih pijte juhe ali pijače.

Spremembo okusa lahko povzroči:

- Kemoterapija.
- Zdravila.
- Bolezni.
- Pomanjkanje beljakovin, vitaminov ali cinka.

Osebe, ki se jim je okus spremenil, naj poskusijo:

- Hrano, ki je ohranila lastni okus (kot je sveže sadje, meta).
- Ostro hrano, kot so citrusni sokovi, limonada, sok brusnice ali kislo zelenjavo (kisle kumare), s čimer bi odpravili kovinski priokus.
- Dietne jedi, jajca ali ribe, če jih drugo meso odbija.
- Če je okušanje oslabiljeno, naj dodajo hrani začimbe ali omake, da bi hrani povečali okus.

UTRUJENOST

71.

ALI JE UTRUJENOST POVEZANA Z RAKOM (CRF - CARCINOMA RELATED FATIGUE)?

Z rakom povezana utrujenost je kompleksen multifaktorski sindrom, ki se razvije sčasoma in ga označujejo telesne, mentalne in psihične spremembe, ki zmanjšujejo kakovost življenja. Je prisoten pri več kot polovici oseb z napredovalim rakom.

CRF lahko vključuje kateri koli občutek ali celo vse naslednje subjektivne občutke:

- pomanjkanje energije,
- mišično oslabeledost,
- zaspanost,
- poslabšanje kognitivnih funkcij.

Vzroki za CRF so lahko:

- učinki raka,
- prejšnje ali zdajšnje zdravstveno stanje,
- zdravljenje raka in s tem povezani stranski učinki,
- spremljajoče zdravstvene okoliščine, kot sta okužba ali anemija,
- medsebojno delovanje zdravil (interakcije med zdravili),
- dehidracija,
- motnje spanja,
- nedejavnost ali nepomičnost,
- elektrolitska neravnotežja,
- slabo urejanje simptomov in/ali
- telesno in čustveno spopadanje s kronično boleznijo.

72.

KAKO OCENITI CRF?

Uporaba preproste lestvice, kot je besedna lestvica (odsojna, blaga, srednja, huda) ali številčne lestvice (0-10) je dobrodošla v razvrščanju subjektivnega občutenja utrujenosti (glejte Dodatek A). Ocenitev CRF naj vsebuje resnost, nastop bolezni, potek, trajanje, spremembe podnevi, slabšalne in olajševalne dejavnike ter stiske, pridružene temu sindromu. Nekateri ljudje opisujejo CRF kot onemoglost.

Ocenitev lahko delno temelji na preprostih vprašanjih, kot so:

- Ali čutite utrujenost?
- Kolikšna je bila vaša utrujenost v povprečnem dnevu tedna?



73.

- Kako utrujenost prizadene vašo sposobnost delovanja?

Opozorilo za zdravstveno osebje
Pomembno je usmeriti pozornost na globalne stvari, kot je vpliv utrujenosti na kakovost življenja, na stisko, ki jo povzročajo simptomi, in cilje nege. Pogosto je potreben interdisciplinaren pristop za urejanje kompleksnosti utrujenosti, povezane z rakom.

KAJ LAHKO STORIMO, DA BI DO ŠKRAJNOSTI ZMANJŠALI UTRUJENOST ALI REDUCIRALI STISKO PRI CRF?

- Obravnavajte vzrok(-e). Na primer:
- Obravnavajte anemijo (transfuzija).
- Obravnavajte presnovne nepravilnosti (spremenjen nivo serumskega kalcija, magnezija, kalija itd).
- Zmanjšajte stranske učinke zdravil.
- Obravnavajte simptome, kot so bolečina, nausea, težko dihanje, ki lahko povečajo CRF.
- Uporabite druge postopke, kot so:
- Varčevanje energije (glejte Dodatek J).
- Razsoden počitek, higiena spanja (načrtovana obdobja počitka, omejevanje alkohola, izogibanje stimulansom, zburjanje ob istem času vsak dan, previdna uporaba hipnotikov itd).
- Obnavljanje energije (poslušanje glasbe, branje, pisanje, vrtnarjenje).
- Individualizirani programi aktivnosti/vadbe.
- Ureditev hranjenja in hidracije.
- Izogibanje stresu.
- Pouk, duhovna podpora.
- Sprostitutvena terapija, hipnoza, razvedrilo.

TROMBOCITOPENIJA

KAJ JE TROMBOCITOPENIJA?

Trombocitopenija je zmanjšanje števila trombocitov v krvnem obtoku. Nepravilnost je lahko posledica razpada trombocitov (kot pri povečani vranici), razredčitve krvi (hemodilucija), spremenjene razporeditve trombocitov ali znižane produkcije trombocitov (kot posledica infiltracije tumorja v kostni mozeg ali supresije kostnega mozga kot stranskega učinka kemoterapije ali obsevanja).

Klinični nasvet

Normalno število trombocitov je $140-450 \times 10^9/l$, spontana krvavitev lahko nastopi, ko je število trombocitov $20 \times 10^9/l$ ali manj.

Trombocitopenija ogroža najbolj osebe:

- z boleznimi, ki infiltrirajo kostni mozeg (kot je levkemija),
- ki so prejele kemoterapijo (7-14 dni po kemoterapiji) ali
- ki se obsevajo (posebno obsevanje medeničnega območja, ki vsebuje 40 odstotkov aktivnega kostnega mozga).

KAKO OCENITI TROMBOCITOPENIJO IN KAKO POSKRBE TI ZA OSEBE S TO MOTNJO?

Ocena vključuje pregled stanja in zgodovino bolezni, diagnozo in število trombocitov ($20 \times 10^9/l$ ali manj trombocitov predstavlja visoko tveganje spontane krvavitve).

Znaki in simptomi trombocitopenije Ugotavlja se kar koli od naslednjega: hematurija, hematemeza, hemoptiza, opazna kri v blatu ali črno blato, krvavitev iz dlesni ali iz nosa, petehije, modrice, bolečine in otekanje sklepov, omotica, glavobol, navzea, sprememba osebnosti, šibkost udov, spremenjena hoja, vaginalna krvavitev, pritoževanje nad bolečino (je lahko znak notranje krvavitve) ali kombinacija teh simptomov.

Da bi zmanjšali tveganje krvavitve pri ljudeh s trombocitopenijo, se je treba izogibati:

- intramuskularnim injekcijam,
- zdravilom, ki vsebujejo alkohol, aspirinu,

NŠAR-om in antikoagulantom,

- urinskim katetrom, nazogastričnim sondam, rektalnim preiskavam in postopkom, kot so klizme in supozitoriji (razen če zdravnik meni, da so potrebni),
- vrezinam ali drugim poškodbam kože,
- brivnikom, razen električnim,
- ostrim zobnim ščetkam (če se število trombocitov zniža pod 20.000, povsem opustiti uporabo zobnih ščetk in zobnih niti).

Opozorilo za zdravstveno osebje

Če je bila koža prebodena z iglo (kot po punkciji vene za odvzem vzorca krvi ali po odstranitvi infuzijskega sistema) mora trajati pritisk na to mesto vsaj 5 minut.

Klinični nasvet

Da bi ohranili mehko blato, izvajajte postopke, ki spodbujajo redno odvajanje blata.

Infuzijo trombocitov uporabljamo za aktivno zdravljenje oseb s kritično nizkim številom trombocitov ali med intenzivno kemoterapijo (dajemo jo profilaktično, da bi preprečili možgansko krvavitev). V paliativni oskrbi lahko zdravnik priporoči 500 mg traneksamične kisline (Cyklokapron®) za zmanjšanje tveganja krvavitve.

KOMPRESIJA HRBTENJAČE

ALI JE KOMPRESIJA HRBTENJAČE URGENTNO STANJE? KAKO JO ODKRIJEMO IN OBRAVNAVAMO?

Opozorilo!

DA. Kompresija hrbtenjače je urgentno stanje! Približno 5 odstotkov ljudi z rakom bo imelo kompresijo hrbtenjače med boleznijo. Z zgodnjim odkritjem in obravnavanjem se lahko preprečita trajna paraliza in inkontinenca.

Vzroki za kompresijo hrbtenjače:

- Prodor metastaz v epiduralni prostor.
- Posedanje hrbteničnih vretenc zaradi metastaz.

Klinični nasvet

Kompresija hrbtenjače je najpogosteje povezana z limfomi, sarkomi, mielomi, rakom prostate, ledvic, pljuč in dojk. Simptomi so pri vseh navedenih vzrokih enaki, ne glede na lokacijo primarnega tumorja.

Znaki in simptomi kompresije hrbtenjače

Stalna, progresivna bolečina v hrbtu, ki izžareva in se le delno odziva na analgetike. Bolečina se lahko poveča pri kihanju, kašljanju, ko ležemo ali se dvignemo, ali če dvignemo iztegnjeno nogo, lahko jo povzročimo že z otipavanjem hrbtenice.

Nevrološke spremembe so - motorni simptomi (slabotnost, ataksija), senzorični simptomi (otrplost, mravljinčenje, mrazenje) in/ali vegetativne disfunkcije (motnje uriniranja, zaprtje, izguba kontrole sfinktra, zmanjšan rektalni tonus, seksualna disfunkcija).

Opozorilo za zdravstveno osebje

Ko se pojavi kateri koli od naštetih znakov ali simptomov, je treba nemudoma obvestiti zdravnika, saj se kompresija hrbtenjače hitro pojavi in napreduje.

Ključni nasvet

Zgodnje prepoznavanje kompresije hrbtenjače = povečana možnost za ohranitev mobilnosti. Obravnava kompresije hrbtenjače:

- Dajanje steroidov za zmanjšanje edema okoli hrbtenjače.

- Radiološke preiskave za določanje mesta kompresije.
- Obsevanje (RT).
- Operacijska dekompresija.

Klinični nasvet

Učinki obsevanja na bolečino zaradi kompresije se bodo morda pokazali šele približno deset dni po obsevanju.

SINDROM
ZGORNJE VENE KAVE

KAJ JE SINDROM ZGORNJE VENE KAVE? KAKO GA OBRAVNAVAMO?

Sindrom zgornje vene kave je življenjsko nevarno stanje, ki ga povzroči kompresija zgornje vene kave, večje žile, ki odvaja venozno kri iz glave, vrata, rok in zgornjega dela prsnega koša.

Sindrom zgornje vene kave je najpogostejši pri naslednjih rakih:

- pljučnih,
- mediastinalnih,
- limfomih,
- dojke,
- mod,
- kolona,
- požiralnika.

Simptomi sindroma zgornje vene kave:

- edem obraza in zgornjih okončin, glavobol in nausea,
- težko dihanje, povečana frekvenca dihanja, kašelj,
- razširjenje vratnih in prsnih ven,
- tahikardija,
- bolečina v prsih,
- ovratniki in prstani postanejo pretesni,
- zoženje grla,
- motnje vida.

Opozorilo za zdravstveno osebje

O sumu na sindrom zgornje vene kave moramo takoj obvestiti zdravnika. Če se obstrukcija razvija hitro in se ne zdravi, lahko oseba umre.

Obravnavo sindroma zgornje vene kave:

- steroidi,
- obsevanje,
- diuretiki,
- kemoterapija,
- opiodi proti bolečini in/ali dispneji.

MASIVNA KRVAVITEV

78.

KAJ POVZROČI MASIVNO KRVAVITEV PRI LJUDEH Z NAPREDOVALIM RAKOM?

Vzroki masivne krvavitve:

- Neposredna tumorska invazija: tumorji glave, vrata in zgornjega gastrointestinalnega trakta so najpogostejše povezani z masivno krvavitvijo.
- Trombocitopenija (zmanjšano število trombocitov): je posledica infiltracije kostnega mozga s tumorjem, supresije kostnega mozga kot stranskega pojava kemoterapije ali obsevanja ali razpada trombocitov zaradi povečane vranice.
- Diseminirana intravaskularna koagulacija (DIC): motnja mehanizma strjevanja krvi, ki se kaže kot difuzna koagulacija in krvavitev, sprožena z dejavniki, kot so reakcija na transfuzijo, septikemija, kemoterapija in snovi, ki jih sproščajo maligne celice.
- Jetrna odpoved: njena posledica so motnje pri koagulaciji krvi.

79.

KAKO SE PRIPRAVITI NA NENADNO MASIVNO KRVAVITEV?

- Poskrbeti, da zdravnik obzimo pripravi osebo in njeno družino na to pričakovano komplikacijo in razloži potrebne ukrepe.
- Zagotoviti zalogo temnih (rdečih ali temno rjavih) brisač ali rjuh, primernih za vpijanje krvi (kar zmanjša prizadetost ob vidnem vtisu v primerjavi z uporabo belih ali svetlo obarvanih tkanin).
- Zagotoviti, da bo vse pripravljeno za urgentno ukrepanje glede pomirjanja osebe (kot je midazolam 5 mg SC, napolnjen v brizgalki).
- Če je mogoče, zagotoviti, da bo z osebo vedno nekdo, ki ji bo dajal podporo in pomagal blažiti strah.

Kadar je oseba v domači oskrbi: zagotoviti obsežen pouk in podporo v zvezi z zgodnjo detekcijo znakov in simptomov grozeče krvavitve in ustrezno intervencijo.

Pripraviti telefonske številke za podporo in pomoč patronažne službe in družinskega zdravnika.



80.

Ključni nasvet

Ko se družina odloči, da pokliče rešilce za takojšnjo pomoč med krvavitvijo, je pomembno, da že prej oseba/družina izrazi željo po neozivljanju. To pripravi lečeči zdravnik. Kopijo tega privoljenja, ki ga podpiše zdravnik, morate imeti doma in jo morate pokazati reševalcu ob prihodu, druga kopija se mora poslati upravi lokalne reševalne službe.

KAJ NAJ STORIM KO PRIDE DO KRVAVITVE?

Ko krvavitev nastopi, ne glede na to, ali je nenadna ali počasna in trajna, je namen obravnave pri paliativni negi navadno lajšanje težav, ki jih imajo bolna oseba in njeni družinski člani.

Pojav masivne krvavitve, posebno, če je nenadna in zunanja, je izjemno zastrašujoča, travmatična izkušnja za bolne osebe, družino in tiste, ki za njih skrbijo. V takem stanju je izjemno pomembno zagotoviti podporo in sočutje.

Ključni nasvet

Pri masivni krvavitvi pri osebah z napredovalo boleznijo so invazivni/agresivni ukrepi za odpravo vzroka krvavitve le redko indicirani.

Negovalni ukrepi pri krvavitvi:

- Pomagate osebi, da se namesti v udoben položaj.
- Uporabite temne brisače ali rjuhe in izvedete preproste higienske ukrepe za odstranjevanje vidnih posledic krvavitve.
- Pri zunanji krvavitvi izvedete neposreden pritisk na mesto krvavitve.
- Poskrbite za ustrezno hidracijo.
- Nadaljujte dajanje katerega koli analgetika podkožno ali rektalno namesto peroralno, če je potrebno.
- Dajte kateri koli predpisani sedativ, če je potrebno.
- Priskrbite nenehno podporo osebi in družini.

Če se pojavi dušenje, uporabite blago orofaringealno sukucijo z mehkim sukucijskim katetrom in nizkim sesalnim pritiskom. Da ne bi poslabšali krvavenja ali bolečine, se izogibajte nežnih tkiv.

18

EPILEPTIČNI NAPADI

KAJ POVZROČA EPILEPTIČNE NAPADE PRI LJUDEH Z NAPREDOVALIM RAKOM? KAJ NAJ VKLJUČIM V SVOJO OCENO STANJA?

Epileptični napadi nastopijo najpogosteje kot posledica prizadetosti živčevja zaradi možganskih tumorjev (primarnega ali metastatskega izvora) ali karcinoze mening.

Manj pogoste primere povzročajo metabolične motnje, infekcije, zastrupitev z opiodi, apstinencijski pojavi ali možganska krvavitev.

Ocena stanja pri osebi z epileptičnimi napadi naj vsebuje:

- Pogostnost, trajanje, začetno žarišče epileptičnega napada in obseg motorične prizadetosti.
- Prisotnost in stopnjo kvantitativnih motenj zavesti.
- Kognitivni status - koristno orodje je test Mini Mental State.
- Uhajanje urina ali blata.
- Prisotnost hipoksemije.
- Nevrološke spremembe: motorne, čutne in spremembe okusa.

Ključni nasvet

Posebno pomembno je preverjati osnovno oceno zgornjih parametrov in ugotoviti spremembe v njih med epileptičnimi napadi in po njih.

Prepoznavanje mogočih vzrokov:

Zgodovina uporabe opiodov naj vsebuje:

- tip zdravila,
- zdajšnje odmerke,
- vzorec večanja odmerkov,
- uporabo presežnih odmerkov.

Klinični znaki intoksikacije z opiodi, vključno z mioklonusom, halucinacijami in delirijem.

Zgodovino zlorabe drog ali alkohola - vprašalnik CAGE - lahko uporabimo kot presajalni test (skrining) za zlorabo drog ali alkohola (glejte Dodatek C).

Klinični znaki okužbe.

Izvidi zadnjih laboratorijskih preiskav:

- hematološki izvidi,
- vrednosti elektrolitov,
- kazalniki ledvične in jetrne funkcije.

Opozorilo za zdravstveno osebje

Triciklični antidepresivi in peroralni antikoagulanti lahko povišajo nivo serumskega fenitoina, kar potencialno povzroči zastrupitev, medtem ko steroidi in salicilati lahko znižajo njegov serumski nivo in potencialno sprožijo epileptične napade.

KAKO SE UREJAJO EPILEPTIČNI NAPADI V PALIATIVNI OSKRBI?

Mogoči načini za obravnavo epileptičnih napadov so:

- Diagnostične preiskave za ugotovitev vzroka epileptičnih napadov, med katerimi so CT-skeniranje/preiskava glave in preiskave krvi, kot so krvna slika, elektroliti in kazalniki delovanja ledvic in jeter.
- Rotacija opiodov in povečano jemanje tekočin (peroralno ali s hipodermoklizzo), če je zastrupitev z opiodi domneven vzrok (glejte vprašanja 14 in 15).
- Zdravila:
- Aktivni epileptični napad - za epileptični napad, ki traja 2 minuti: midazolam 5 mg IV/SC vsakih 15 minut po potrebi.
- Profilaksa - antikonvulzivi/antiepileptiki, kot so fenitoin, karbamazepin in valproična kislina. Če je oralna aplikacija problematična, lahko damo fenobarbitol SC.

Klinični nasvet

Midazolam ali lorazepam lahko damo podkožno. Če ta zdravila niso dostopna med aktivnim epileptičnim napadom in če aplikacija IV ni mogoča, lahko damo diazepam rektalno z uporabo 15-centimetrskega fleksibilnega katetra za sukcijo, ki ga uporabimo kot rektalno tubo.

POŠKODBE KOŽE

ALI NAJ TEŽKE BOLNIKE, KI BODO KMALU UMRLI, V POSTELJI REDNO OBRAČAMO?

Ključni nasvet

Da. Nežno obračanje in nega kože ostajata pomembna v zadnjih dneh, celo urah življenja.

Osebi z napredovalo boleznijo, omejeno gibljivostjo in kaheksijo grozi razvoj preležanin ali pa te že ima, posebno če je nepomična. Obračanje bolnika zmanjšuje to grožnjo, blaži težave s preležaninami, preprečuje otrdelost sklepov in mišic ter omogoča rahlo masažo.

Pod temi bolniki imejte močne rjuhe in jih uporabljajte za njihovo obračanje ali dvigovanje v postelji, kar zmanjšuje možnost dotikanja bolečih predelov.

Osebi, ki leži na hrbtu, lahko ob straneh podložimo pod rjuho vzglavnike in jo s tem toliko dvignemo, da kosti hrbtenice in kolka ne pritiskajo v celoti na posteljo.

Klinični nasvet

Danes je na voljo cela vrsta žimnic in postelj. Med njimi so tudi take, ki lahko koristijo ljudem z bolečimi kostnimi metastazami ali hudimi preležaninami.

KAJ SO MALIGNE RANE IN KAKO JIH OCENIMO IN OBRAVNAVAMO?

Maligne rane so definirane kot prekinitev epidermalne integritete z infiltracijo malignih celic. Pri osebah s kožnimi lezijami obstaja veliko tveganje razvoja malignih ran, ki ga lahko povzročijo obsevanje, kirurški posegi in kemoterapija. Včasih prodrejo maligne celice skozi zdravo tkivo in povzročijo maligno rano.

Ko ocenjujete maligno rano, upoštevajte:

- Prisotnost podkožnega infiltrata.
- Stopnjo bolečine in kaj po mnenju bolne osebe blaži bolečino.
- Prisotnost smrada.
- Prejšnje in zdajšnje zdravljenje.
- Lokalizacijo rane.
- Velikost rane.
- Količino in kakovost izcedka iz rane.

Ko skrbite za osebo z maligno rano, je treba:

- Vključiti oskrbo rane v splošen načrt oskrbe in uporabiti standardizirane protokole za oskrbo ran (glejte poglavje Wound Care Guidelines na spletni strani www.capitalhealth.ca).
- Cilji nege malignih ran so pogosto preprečevati napredovanja rane (ne nujno celjenje rane) in, kolikor je mogoče, zmanjšati bolečine in smrad, da bi olajšali trpljenje in povečali kakovost življenja.
- Obsevanje se lahko uporabi za zmanjšanje tumorja, ustavitev površinske krvavitve in omogočanje vsaj delnega celjenja.
- Smrad lahko nadzorujemo z natančnim čiščenjem rane, uporabo praška/gela/spreja metronidazol na površini rane ali obveze, impregnirane z materiali za absorpcijo smrada.

Klinični nasvet

Uporaba osvežilca prostora za nadzor smrada maligne rane lahko še poveča smrad.

Klinični nasvet

Maligna rana se lahko hitro spreminja. Redne ocene z uporabo veljavnih in zanesljivih orodij (kot je lestvica Braden) so bistvene (glejte poglavje Wound Care Guidelines na spletni strani www.capitalhealth.ca).



PSIHOLOŠKI,
DUHOVNI, KULTURNI IN
ETIČNO-PRAVNI ASPEKTI

SPOROČILO NEGOVALCEM

Obvladovanje bolečine in drugih fizičnih simptomov ponuja mnoge izzive pri negi terminalno bolne osebe. Pogosto je najtežji izziv posvetiti se čustvenim in duhovnim potrebam bolnih oseb, družin in drugih negovalcev.

Naslednja vprašanja vam bodo pomagala pri teh izzivih. Vprašanja so razvrščena v naslednja območja: spoprijemanje, družina, duhovnost in upanje, kultura, oživljanje, samomor in evtanazija, alternativno in komplementarno zdravljenje, zadnji dnevi in skrb za zdravstvene poklicne negovalce. Mogoče je, da imajo nekatera vprašanja pomen za več področij, ne le za eno samo.

SPOPRIJEMANJE

85.

KAKO SE BOLNE OSEBE IN DRUŽINE SPOPRIJEMAJO S SPOZNAVANJEM, DA JE BOLEZEN NEOZDRAVLJIVA?

Vprašanje, kako se ljudje s terminalno diagnozo spoprijemajo s tem spoznavanjem, je zelo individualno.

Vsaka oseba se verjetno po svoje spoprijema z boleznijo.

Običajne strategije spoprijemanja z boleznijo vključujejo:

- Iskanje informacij.
- Prizadevanje za komplementarno zdravljenje.
- Prizadevanje za ohranitev običajnega življenja.
- Beg iz življenja (umik, depresija ali popolna predaja).
- Pojav jeze ali sovraštva (kar je pogosto obramba pred žalostjo in brezupom).
- Iskanje pomena v terminalni diagnozi.
- Osredotočanje na pozitivno in odrivanje strahu in bolečih misli v podzavest (kar lahko označimo kot zanikanje, zamolčanje ali nepriznavanje resnice).
- Osredotočanje bolj na dejstva kot na čustva (kar včasih označujemo za intelektualizacijo).

Ključni nasvet

Pogosto so mehanizmi spoprijemanja zdrava, normalna reagiranja.

Večina strategij spoprijemanja pomaga ljudem in njihovim družinam, da se prilagodijo, omogoči jim zavedanje, da življenje teče naprej, zato izboljšajo kakovost življenja. Občasno pa je tako vedenje bolj škodljivo kot koristno.

Primeri potencialno škodljivega vedenja:

- uporaba farmakoloških sredstev (uporaba opioidov za blaženje trpljenja),
- huda sovražnost,
- poskus samomora,
- ekstremna depresija.

V takih primerih se posvetujte s strokovnjakom.

86.

KATERE OSEBE SO NAJBOLJ NAGNJENE K TEŽAVAM OB DIAGNOZI TERMINALNE BOLEZNI?

Osebe, ki so najbolj izpostavljene slabemu obvladovanju in/ali razvoju večjih psiholoških pretresov kot odgovorov na terminalno bolezen, so tiste, ki:

Nimajo podpore vsaj ene ljubljene osebe.

So imele nerešene izkušnje z izgubo ali ločitvijo od bližnjega.

Imajo izkušnjo zgodnje izgube staršev, večkratnih nerešenih ločitev ali poznajo težko umiranje.

Uporabljajo ali so pretirano uporabljale alkohol ali mamila.

Niso uspešno prestale stresnih situacij v preteklosti.

Izražajo močne čustvene reakcije, kot so intenzivna jeza ali sovraštvo, frustracija, krivda ali občutek osamljenosti.

Izražajo občutke apatije, brezupa, samopomilovanja, poraza ali obupa.

Občutijo pomanjkanje optimizma, samozavesti in negotovosti.

Niso komunikativne in/ali imajo konflikte z družino in/ali zdravnikom.

87.

KAKO LAHKO POMAGAM DRUŽINSKIM ČLANOM, KO IMA EDEN OD NJIH TERMINALNO BOLEZEN?

Olajšati izražanje in razumevanje čustev umirajoče osebe in družinskih članov: Razložiti, da so čustva bolečine, kot so jeza in žalost, in negativna čustva do bolezni, negovalcev in duhovnih oseb normalna. Razložiti družini, da so negativna čustva o umirajoči osebi tudi normalna.

Pomagati obdržati in okrepi povezanost in komunikacijo med člani družine in umirajočo osebo.

Spodbujati odprto komunikacijo in ohranjati tako povezavo med družinskimi člani, kot so jih imeli pred boleznijo drage osebe.

Ključni nasvet

Bodite realistični in se zavedajte, da zdaj ni čas, da bi spreminjali slog družinske komunikacije.

Pomagajte družinskim članom ločiti njihove potrebe od potreb umirajoče osebe in jim pomagajte uresničiti njihove potrebe. Opogumite člane družine, da si vzamejo čas zase.

Pomagajte članom družine in umirajoči osebi, da najdejo načine za tako polno in normalno skupno življenje, kot je le mogoče, vse do trenutka smrti.

Pomagajte pri prerazporeditvi vlog in reorganizaciji družine, ker je umirajoča oseba sposobna delati vedno manj. Ko se smrt bliža, obzirno opogumljajte člane družine, da začnejo misliti o življenju po smrti in načrtih za tisti čas.

● opozorilo za zdravstveno osebje

Opozoriti dobro misleče člane družine, naj ne izključijo umirajoče osebe prezgodaj iz prejšnjih vlog v družini, da bi tako omogočili bolni osebi premor ali pridobitev moči. Čeprav so dobronamerni, izolirajo bolnika in mu odvzamejo dejavnosti, ki mu dajejo smisel življenja.

Omogočite dostop in razumevanje medicinskih informacij. Raziščite strahove umirajoče osebe in članov družine, njihove fantazije in pričakovanja glede bolezni, umiranja in smrti zato, da bi popravili napačne informacije in jim olajšali skrbi.

Olajšajte dostop do potrebnih sredstev. Določite območja praktičnih, čustvenih, duhovnih in/ali finančnih potreb in povežite ustrezno profesionalno podporo in prostovoljno osebje.



88.

Uredite potrebno opremo in oskrbo posebno v domačih okoljih.

Bodite z umirajočo osebo in člani družine, psihološko in duhovno, kot ste le sposobni.

Pripravite člane družine na občutke, kot so šok, otrplost, hrepenenje in čustveno trpljenje. Pomagajte jim razumeti, da je pričakovana žalost normalna reakcija na čustveno gorje.

Poučite družino o telesnih učinkih pričakovane žalosti, kot so izguba apetita, izguba ali pridobitev teže, težave s spanjem itd. Poudarjajte, kako pomembno je, da ohranijo svoje zdravje v tem težkem času.

KAKO NAJ POMAGAM POSAMEZNIKOM, DA SPET DOBIJO OBCUTEK NADZORA?

Izguba nadzora je pogosto najznačilnejši izvor stresa za posameznika in družino, ki živi z resno boleznijo. Bolna oseba lahko doživlja progresivno odvisnost, prelom družinskih vlog in spremembo bodočih načrtov. Zdravstveni sistem pogosto zaostri izgubo nadzora z neprožnimi shemami, dolgo čakalno dobo in razlikami v moči med bolno osebo in zdravstvenim oskrbovalnim osebjem.

Znaki, da ima bolna oseba ali član družine morebiti velike težave z izgubo obvladovanja, so:

- Iskanje natančnih informacij o vseh aspektih bolezni in njene obravnave.
- Izražanje jeze ali razočaranja, usmerjenega proti poklicnim negovalcem.
- Vztrajanje pri izvajanju dosledne rutine.
- Kritiziranje nege.
- Postavljanje pogostih zahtev negovalcu.
- Vztrajanje pri samostojnem izvajanju funkcij brez strokovne pomoči, tudi kadar to ni varno.
- Načrtovanje samomora ali zahteva po evtanaziji.

Načini za pomoč osebam in družinam za povrnitev nadzora:

- Informiranje oseb in družine in njihovo vključevanje v odločitve do take stopnje, kot želijo.
- Podpiranje njihove obstoječe strategije za

vzdrževanje nadzora. To lahko pomeni nepopustljivost, usmerjanje nege, obiskovanje podporne skupine ali uporabo tehnike za samozdravljenje.

Ko se določi, kaj je normalno za določeno osebo in družino, je treba pomagati, da se ta normalnost vzdržuje:

- s spodbujanjem kar največje fizične in kognitivne funkcije bolne osebe in njenih družinskih članov in se tako dosežejo zadovoljivi odnosi, aktivnosti in vloge,
- kadar oseba tako želi, ji je treba omogočiti njeno bivanje v lastnem domu tako dolgo, kot je mogoče,
- spodbujati, da oseba nosi svojo obleko,
- spodbujati izvajanje običajne rutine,
- predlagati družinskim članom, da gledajo družinske fotografije iz časa pred boleznijo, posebno kadar so oddaljeni od doma,
- pomagati bolnim osebam, da spremenijo svojo vlogo v vlogo učitelja, mentorja ali skrbnika, če v družini ne morejo zadržati običajne vloge.

Povečati nadzor nad dogajanjem po smrti s pomočjo umirajoči osebi:

- Priskrbeti pomoč za pisanje ali popravek napotkov ali oporoke.
- Urediti pogrebni postopek ali donacijo organov.
- Najti načine za spominjanje (to je lahko izdelava videoposnetkov, zapuščinska lastnina ali načrtovanje dogajanja po smrti).

89. KAKO LAHKO PODPREM PRESTRAŠENO OSEBO?

- Dajanje podpore osebi - poslušati osebo, spodbujati izražanje čustev. Postavljati odprta vprašanja.
- Sprostitvene vaje - masaže, uporaba toplote, spodbujanje domišljije, pomirjujoča glasba, vaje počasnega ritmičnega dihanja.
- Komplementarno zdravljenje - aromaterapija, masaža, duhovno vodenje.
- Farmakološki načini - uporabljati kratko delujoča zdravila z rednimi ponovitvami. V izboru so kratkodelujoči benzodiazepini, kot je lorazepam 0,5-1 mg po potrebi ali alprazolam 0,25-1 mg dvakrat na dan po potrebi.
- Konzultacija socialnega delavca, psihologa ali duhovnika za svetovanje.



Klinični nasvet

Ljudje z napredovalim rakom so občutljivi za stranske učinke psihoaktivnega zdravljenja. Opazujte jih zaradi mogočega pojava delirija. Če je delirij pričakovan, se predlaga odprava vseh anksiolitikov.

KAKO UGOTOVITI, ALI JE OSEBA ŽALOSTNA ALI DEPRESIVNA?

Ključni nasvet

Večina oseb s terminalno boleznijo ne doživlja težkih depresij.

Ključni nasvet

Simptomi žalosti in depresivnosti so normalni odzivi na terminalno bolezen in niso ekvivalent kliničnemu sindromu večje depresije.

Somatski simptomi depresije, kot so anoreksija, izguba teže in utrujenost, ne pomenijo veliko pri diagnozi depresije, saj so običajni pri napredovalem raku.

Zato moramo upoštevati psihološke indikatorje:

- Globoko občutenje malovrednosti, krivde in/ali brezupa.
- Globoka anhedonija (nezmožnost izražati veselje pri normalno veselih dogajanjih).
- Globoke misli o smrti in želja po smrti.
- Misli na samomor.

Klinični nasvet

Klinična stanja, ki lahko oponašajo depresijo, so hipoaktivni delirij, hiperkalcemija, hipotireoidoza ali stranski učinki kaknega zdravljenja. Navedene vzroke moramo izločiti pred končno diagnozo depresije.

KAKO NAJ OBRAVNAVAM JEZO?

Ključni nasvet

Jeza je običajen pojav pri paliativnih situacijah. Lahko je usmerjena proti negovalcu, proti zdravstvenem sistemu, družinskim članom ali duhovni podpori.

- Koristni pristopi pri obravnavanju jeze:
- Ugotovite, da jeza ni usmerjena na vas.
 - Obdržite miren govor, čeprav oseba postaja glasna in nasilna.
 - Poskušajte sedeti z jezno osebo tako, da so vajine oči na isti ravni.
 - Opravičite stvari, za katere mislite, da so legitimne, toda bolno osebo vznemirjajo.
 - Zavedajte se, da jeza pogosto prikriva izgubo kontrole, zaskrbljenost ali strah.
 - Spodbudite osebo, da izrazi jezo.

Klinični nasvet

Spodbudite konkretno aktivnost za izražanje jeze, kot je na primer pisanje pisem itd.

Mogoče boste morali prepričati jezno družino, naj za konkretne akcije počaka na čas po smrti, kajti jeza porablja veliko energije, izčrpava bolno osebo in njeno družino, najhuje pa je, da vsi zapravljajo tako dragoceni čas.

KAKO LAHKO NAJBOLJE POMAGAM JOKAJOČI ALI RAZBURJENI OSEBI?

Jok je običajen odziv v mnogih situacijah. Čim bolj domači ste s to naravno obliko izražanja čustev, tem bolj boste poskrbeli, da se bo jokajoča oseba prijetno počutila.

Načini pomoči jokajočim osebam:

- Ne poskušajte jih odvrniti od joka.
- Ne dajajte lažnih upanj in ne zmanjšujte resnosti slabih novic.
- Vprašajte osebe, zakaj jokajo. Morda jih vznemirja le del novice. Ne domnevajte, da poznate vzrok čustev.
- Zagotovite podporo in neobsojajoče okolje, v katerem bodo osebe lahko izrazile svoja čustva.
- Prepričajte se, da so osebe na varnem in da jim je udobno.
- Upoštevajte "terapevtski molk", če je primerno.
- Sprejmite čustva oseb brez obsojanja in z zanimanjem.

Ključni nasvet

Ljudje nenehno izražajo čustva, nekateri na skrivaj, drugi odkrito v javnosti. Bodite pozorni na te individualne razlike.

93.



KAJ LAHKO NAREDIM, KO SE MI ZDI, DA BOLNIK IN ČLANI NJEGOVE DRUŽINE NE PRIZNAVAJO PRAVEGA STANJA?

Opozorilo za zdravstveno osebje
Previdno uporabljajte izraz "zanikanje". V negativnem kontekstu pomeni slabo spoprijemanje z boleznijo, dejansko pa je vedenje, označeno kot zanikanje, lahko zelo pozitivno za življenje s terminalno boleznijo.

Ocenite stopnjo zanikanja

V skrajni obliki se lahko zanikanje kaže kot popolno nezavedanje pomembnih dejstev o bolezni, vključno z dejstvom o bližajoči se smrti. To obliko zanikanja izjemno redko srečujemo. Za bolj običajno in manj skrajno obliko zanikanja je značilno popolno zavedanje in sprejemanje bolezni in njenih posledic, vendar z zavestno odločitvijo osebe, da se na to NE BO osredotočala. To obliko bi lahko natančneje označili kot "selektivno osredotočanje".

Ključni nasvet

Vprašajte osebo in člane njene družine, kaj so izvedeli o bolezni in kako jo dojemajo - to lahko pomaga pri ocenjevanju obsega zanikanja.

"Zanikanje" (selektivno osredotočanje) ima naslednje prednosti:

- Zagotavlja potrebne "oddihe" od nenehnega premišljevanja o grozeči smrti in omogoča dovolj časa za "vsrkavanje" novih informacij in mobilizacijo drugih mehanizmov za spopadanje z boleznijo.
- Omogoča osebi in članom njene družine ohraniti upanje in izboljšati spopadanje z boleznijo. Skrajnejša oblika je lahko pogubna, če oseba ali člani njene družine popolnoma odklonijo sprejemanje zdravstvenega stanja. Zanikajo lahko zdravstvene nasvete ali jim ne uspe porabiti preostalega časa za dokončanje nekaterih pomembnih opravil ali za pripravo na smrt.



Ključni nasvet

Živeti ali ne živeti v zanikanju, sprejeti ali ne sprejeti zdravljenja in pripraviti se ali ne na smrt, so osebne odločitve, ki jih kot zdravstveno osebje nimamo pravice sprejemati za druge osebe.



Opozorilo za zdravstveno osebje

Ni naloga zdravstvenega osebja, da "odpravi" zanikanje. Pomembno si je zapomniti, da imajo ljudje pravico sami izbrati svoje trpljenje. Ne vemo, kako trpijo ljudje, ki niso "realistični" glede svoje prihodnosti.

KAKO ZAČNEM POGOVOR O PRIPRAVI NA SMRT IN PRIHODNJIH NAČRTIH IN HKRATI OHRANIM UPANJE?

Naslednji pristopi lahko koristijo kot uvod k takemu pogovoru:

- Pristop "Kaj, če ...": Dovolite osebi in članom njene družine premisliti o možnosti, da se stanje ne bo izboljšalo in kaj bi želeli narediti ali povedati, če se bo to zgodilo (na primer: "Kako bi ravnali, če bolezen ne bi bila ozdravljiva?").
- Pristop "Za vsak primer ...": Spodbudite osebo in člane njene družine, da upajo na najboljše, ampak za vsak primer načrtujejo najslabše. Načrte lahko pozneje zavržejo in spet zaživijo vsakdanje življenje.
- Pristop "Praktično ...": Spodbudite osebo in družinske člane, da premislijo o oporoki ali pripravi podrobnih navodil, načrtujejo pogreb ipd., ker gre za stvari, ki bi jih vsi odrasli morali narediti, ne samo zato, ker se spoprijemajo s terminalno boleznijo.

DRUŽINA

KAJ NAJ VKLJUČIM V OCENO DRUŽINE UMIRAJOČE OSEBE?

V oceno družine je treba vključiti:

- Koliko se družinski člani zavedajo bolezní in kaj vedo o bolezní, smrti in umiranju.
- Čustva in strahove družinskih članov glede bolezní in potencialne izgube osebe.
- Kolikšna je obremenitev, ki jo bolezen prinaša v družino.
- Koliko družina sodeluje pri skrbi za bolno osebo.
- Obsežnost in kakovost pogovorov o bolezní.
- Odnos družinskih članov do osebe po postavljeni diagnozi.
- Spremembe vlog družinskih članov po postavljeni diagnozi.
- Načine spopadanja s prejšnjimi in zdajšnjimi krizami.
- Družinske navade, pravila, vrednote, način življenja in prejšnje izkušnje, ki bi lahko ovirali izražanje žalosti ali motili razvijanje zdravega odnosa z umirajočo osebo.

Opozorilo za zdravstveno osebje

Pri ocenjevanju delovanja družine bodite pozorni, da ne bi podlegli svojemu lažnemu prepričanju, da je družina "idealna in normalna". Ocenite zdajšnje načine spoprijemanja v luči vedenja v podobnih situacijah v preteklosti. Nekateri načini spoprijemanja se nam lahko zdijo nefunkcionalni, vendar jih je družina uspešno uporabljala v preteklosti.

Tveganje slabega delovanja družinskih članov povečujejo:

- Nesposobnost, da delujejo kot povezana enota.
- Druge velike obremenitve ali posledične težave, ki zahtevajo energijo.
- Pomanjkanje znanja o podpori in/ali pripravljenosti, da sprejmejo nasvete.
- Pomanjkanje uspešnih prejšnjih izkušenj v spoprijemanju s težavami.
- Nesposobnost dojemanja težkega obdobja, ki je potencialno pomembno tudi za rast družine.
- Zaprtost pri komuniciranju, nenaklonjenost odprtemu izražanju čustev.
- Nezadostno sodelovanje družine pri oskrbi umirajoče osebe.

KAJ LAHKO POVEM, KO ME VPRAŠAJO: "KAKO NAJ POVEMO OTROKOM?"

Otroci vedno "vedo", da je nekaj narobe, celo kadar jim resnice ne povemo odkrito. Življenje, kakršno poznajo, se je spremenilo. Vsakdanje navade so odpravljene, ljudje, ki so jim blizu, se vedejo drugače, obrazi so zaskrbljeni, med pogovori šepetajo. Najbolje je otrokom povedati, kaj je narobe, veliko težje jim je, če morajo ugibati o spremembi v družini.

Namigi za pogovor z otroki

- Pogovarjajte se z otroki v ustreznem okolju, po možnosti zjutraj, ko je dovolj časa za poslušanje. Izogibajte se času pred spanjem, pred šolo ali pred pomembnimi dogodki.
- Uporabljajte otrokom razumljive besede.
- Vprašajte otroke, kaj razumejo ali mislijo o bolezní in prihodnosti. Na primer: "Ali veš, kakšno bolezen ima očka?", "Kaj misliš, da se zgodi osebi, ki zboli za rakom?"
- Pomagajo lahko predstavitve situacije z igračami, kot so punčke, risanje slik in drugi načini.
- Povejte otroku, kaj se je zgodilo in kaj bi se lahko zgodilo v prihodnosti. Na primer: "Očkovo telo postaja slabše dan za dnem. Včasih, ko so ljudje tako hudo bolni, ne morejo več ozdraveti."
- Odgovarjajte na vprašanja preprosto in odkrito.
- Pustite otrokom dovolj časa, da izrazijo svoja čustva.
- Prosite otroke, da vam povedo, kaj so razumeli iz pogovora, da lahko razjasnite morebitne nejasnosti.
- Pozneje se vrnite k tej temi in vprašajte, če je ostalo še kakšno vprašanje. Ponavljajte informacije vsakič, ko otroci po njih sprašujejo (Berg, 2002).

Ključni nasvet

Pomembno je otrokom pojasniti, kaj je povzročilo bolezen. Če vzrok ni znan, to povejte otrokom in jim zagotovite, da bolezen ni nastala po njihovi krivdi.

Posebni ukrepi pri otrocih:

- Obdržite vsakdanji ritem in vztrajajte pri običajnih pravilih in redu.
- Poskrbite za čim več objemov, poljubčkov in skupaj preživite čim več časa.
- Zagotovite otrokom, da bodo vedno imeli podporo in ljubezen, in jim razložite, kdo bo pomagal skrbeti za njih.

Ključni nasvet

Dobro je, če odrasli jokajo v pričo otrok in če jim povedo, kako se počutijo. Kakor koli, odrasli morajo biti previdni, da čezmerno ne obremenijo otrok s svojimi čustvi.

UPANJE IN DUHOVNOST

KAKO LAHKO VEM, DA OSEBA IZRAŽA POTREBO PO DUHOVNOSTI ALI DOŽIVLJA DUHOVNO STISKO?

OPREDELITEV

Da bi lahko prepoznali potrebo po duhovnosti in duhovno stisko, je predvsem treba razumeti, da pojma duhovnost in religija nista sopomenki.

DUHOVNOST - izraz se nanaša na dušo ali duh vsake osebe, bistvo tega, kar smo in kaj spoštujemo. Prvotni namen duhovnosti je iskanje življenjskega pomena. Oseba je lahko globoko duhovna, ni pa religiozna.

RELIGIJA - izraz pomeni kulturno institucijo, pod okriljem katere se vera javno izraža in se opravljajo določeni obredi. Prvotni namen je vzpostavljanje zveze osebe z višjo silo. Religija je oblika izražanja duhovnosti.

Duhovne potrebe so lahko:

- iskanje pomena in smisla v preostalem času življenja (kljub bolezni ali včasih ob koncu bolezni),
- vztrajanje v upanju,
- ohranjanje ljubečega odnosa do sebe, drugih in/ali višjega bitja,
- dajanje in prejemanje odpuščanja in sprejemanja,
- nadvladovanje trpljenja in povezovanje z bistvom, ki je trajnejše, kot je samo življenje osebe.

Pomembno je prisluhniti tem potrebam in jih natančneje opredeliti pri osebi in njeni družini. Nekatera pomembna vprašanja so:

- Kaj vam pomeni ta bolezen? Kaj je dajalo pomen vašem življenju v preteklosti in kaj vam je zdaj najpomembnejše?
- V čem vidite upanje? Na kaj upate?
- Kateri so vaši vera, prepričanje in filozofija? Ali vam pomagajo v tej situaciji?
- Ali je kaj takega, kar bi morali narediti, da bi bili spokojni ob umiranju?

Znaki, ki lahko nakazujejo prisotnost duhovne stiske, so:

- Vprašanja: "Zakaj se to dogaja meni?", "Zakaj sem kaznovan?", "Kaj vse to pomeni?", "Ali je prepozno, da se obrnem k bogu?".



- Izražanje brezupnosti, malovrednosti, krivde, sramu, neuspeha, kesanja ali obžalovanja.
- Izražanje nepoučenosti o tem, kje je mogoče dobiti pomoč.
- Občutek, da so osebo zapustili drugi ali višja sila.
- Dvom o veri in prepričanju.

KAKO LAHKO ZAGOTOVIM DUHOVNO IN ČUSTVENO PODORO OSEBAM IN NJIHOVIM DRUŽINAM?

Temelj podpore je vzpostavljanje zaupnega, empatičnega odnosa. Bistvo podpore je biti na razpolago ljudem, ko se spoprijemajo s trpljenjem in se mučijo s težkimi vprašanji.

Ključni nasvet

Duhovna in čustvena podpora ni izključno domena nobenega člana tima za paliativno oskrbo. Vsak človek je sposoben pomagati drugim, ki se srečujejo s temi potrebami. Zdravstveno osebje bi moralo vključiti to dimenzijo paliativne oskrbe v svoje delo, istočasno pa zagotoviti pristop do drugih oblik podpore, če je primerno.

Biti na razpolago, pomeni:

- Biti z osebo fizično, psihično in duhovno, pogosto brez besed.
- Imeti pogum za spoprijemanje z lastnimi in tujimi občutki trpljenja, nemoči, strahu in brezupa.
- Biti na razpolago za aktivno, neobsojajoče poslušanje in sprejemanje.
- Sprejemati in podpirati prepričanja osebe ali njene duhovne in čustvene skrbi.

Ključni nasvet

Ko se oseba spoprijema s težkimi duhovnimi ali čustvenimi vprašanji, je pomembno, da se tisti, ki zanjo skrbijo, naučijo samo biti, ne delovati. Včasih je treba upoštevati nasvet: "Ne počenaj ničesar, samo bodi zraven."

99.

KAKO LAHKO POMAGAM OSEBAM PRI SPOPRIJEMANJU Z DUHOVNIMI POTREBAMI?

- Bodite na razpolago (glejte vprašanje 98).
- Pogovarjajte se o duhovnem prepričanju in vprašanih do ravni, ki vam je sprejemljiva. Raziščite duhovna vprašanja in skrbi z osebami in njihovimi družinami, delite z njimi svoja lastna premišljevanja, svobodno priznajte, da nimate vseh odgovorov in se obrnite na druge oblike duhovne podpore, če je potrebno.
- Olajšajte izvajanje duhovnih običajev in obredov. Poskrbite za čas, prostor, zasebnost in potrebno pomoč za izvajanje aktivnosti, kot so molitev, meditacija, preučevanje religijskih del ali prejemanje zakramentov. Molitev je lahko izvor duhovne moči nekaterim ljudem in tisti, ki za njih skrbijo, jih lahko podpirajo pri takem prizadevanju. Vsekakor bi morali biti vsi duhovni običaji in obredi dostopni samo na zahtevo bolne osebe.
- Posvetujte se s pastoralno službo, če je primerno. Zapomnite si, da vsi člani zdravstvenega tima lahko pomagajo osebam pri spoprijemanju z duhovnimi potrebami, toda izvajalci pastoralne službe imajo dodatna znanja o duhovni oskrbi.

Ključni nasvet

Strategije pomoči ljudem, ki se spoprijemajo z duhovnimi potrebami, glede upanja, pomena življenja in odpuščanja, so podrobneje prikazane v vprašanih od 100 do 102.

100.

KAKO LAHKO PODPIRAM UPANJE LJUDI, KI UMIRAJO, IN NJIHOVIH DRUŽIN?

Opozorilo za zdravstveno osebje

Ne uničite upanja. Upanje izboljšuje kakovost preostalega življenja, spodbuja ljudi, da se obrnejo k prihodnosti in jih ščiti pred trpljenjem in pesimizmom. Če nimajo nobenega upanja, lahko bolni ljudje izgubijo voljo do življenja in se vdajo, kar povzroči zgodnjo smrt ali samomor.

- Pomagajte ohraniti pomembne odnose, iz katerih bolni črpajo podporo.
- Ne izgublajte lastnega upanja; bodite duhoviti, optimistični in polni upanja v odnosih z drugimi - to je nalezljivo.



101.

- Potrjujte vrednost osebe, poudarjajte preostale zmožnosti.
- Pomagajte bolnim priklicati v spomin prijetne izkušnje, vesele trenutke in stvari, ki so jih izpolnjevale.
- Pomagajte pri prepoznavanju stvari, ki jih veselijo, in poskrbite za možnost njihovega uresničevanja.
- Podpirajte pomembne duhovne običaje.
- Pomagajte ohraniti ali izboljšati razpoložljivo energijo, zagotovite dober nadzor nad simptomi.
- Bodite odkriti in jasni pri posredovanju informacij in upoštevajte, koliko lahko oseba prenese.
- Spodbujajte preusmeritev pozornosti glede časa; osredotočajte se raje na sedanost in bližnjo prihodnost kot na daljno in negotovo prihodnost.
- Pomagajte poiskati podobe, simbole ali obrede, ki ohranjajo upanje.
- Spodbujajte osebo in družino, naj se nenehno ne ukvarjata z boleznijo.

KAJ LAHKO NAREDIM, KO SE MI ZDI, DA GOJIJO UMIRAJOČA OSEBA ALI ČLANI DRUŽINE LAŽNA PRIČAKOVANJA?

Ključni nasvet

Ko se vam zdi, da bi lahko upanje označili kot lažno, se vprašajte: "O čigavi stvarnosti govorimo, naši ali posameznikovi?" in "Čigava odgovornost je ugotavljati, ali je upanje lažno?"

- Pomembno se je zavedati, da ima vsaka oseba drugačen pogled na stvarnost in da je pravica vsake osebe izbrati, na kaj bo upala v skladu s svojimi nazori.
- Odgovornost zdravstvenega tima je, da poskrbi za umirajočo osebo in družino z informacijami v takem obsegu, kot si to želijo, vendar sta njihovi odgovornost in pravica, da pridobijo tudi informacije iz drugih virov in da odločijo, kako bodo te informacije pretočili v upanje.
- Moramo biti pripravljeni poslušati osebe in družine, razumeti njihove vzroke za upanje in razloge, zakaj vztrajajo pri upanju, in jim pomagati pri iskanju novih upov, ko so na to pripravljeni.
- Ljudje se lahko sprijaznijo in se pripravijo na smrt, medtem ko obenem vztrajajo pri upanju.

Na primer, oseba, ki nepopustljivo ohranja upanje, da bo ozdravela, in načrtuje daljno prihodnost, lahko ima že pripravljene načrte za pogreb in je naredila oporoko in se je potem odločila, da se bo "premaknila naprej".

Opozorilo za zdravstveno osebje

- Ni vaša odgovornost ugotavljati, ali je upanje uresničljivo.
- Če porušimo to, za kar menimo, da je lažno upanje, tvegamo pomemben način spoprijemanja z boleznijo. Čez nekaj časa bodo mnogi spoznali, da vzroki za vzdrževanje upanja slabijo, odvrgli bodo stare upe, ki jih bodo spoznali za nedosegljive, in jih nadomestili z novimi.

KAKO LAHKO POMAGAM UMIRAJOČIM POISKATI POMEN IN CILJ V NJIHOVIH ŽIVLJENJIH?

Iskanje pomena in cilja v življenju vedno vključuje tri različne dimenzije življenja - preteklost, sedanost in prihodnost.

- Iskanje pomena v preteklosti omogoča ljudem, da prepoznajo in ovrednotijo, kdo so in kaj so dosegli, da obudijo občutke dolžnosti, vključenosti, smisla, identifikacije in izpolnjenosti.

Da bi pomagali ljudem prepoznati pomen in smisel v preteklosti:

- jih sprašujte o stvareh, ki so jih počeli, ustvarili ali dosegli; o stvareh, ki so jih imeli radi, kot so kraji, ljudje, glasba, ideje, zvoki, razgledi in vonji; o stvareh, v katere so verjeli; o dogodkih, ki so jim bili priča, in o zgodbah, ki so jih doživeli,
- pomagajte jim prepoznati zapuščino, ki jo puščajo za sabo. To lahko pomeni njihovo družino ali opravljeno delo.

Dobri vprašanji, s katerimi lahko pomagate ljudem najti pomen v preteklosti, sta:

- Ko bi lahko še enkrat preživeli svoje življenje, kaj bi radi spremenili in česa ne?
- Na katerem področju ste, po vašem mnenju, nekaj spremenili ali kaj ste prispevali?

Iskanje pomena in cilja v sedanosti pomaga ljudem prenašati trpljenje, sprijazniti se z umiranjem in spoznati vrednoto v tistem, kar se zdaj dogaja in kar delajo. Iskanje pomena v sedanosti je pogosto osredotočeno na odkrivanje razlogov, zakaj oseba umira.

Običajni razlogi za vprašanje "Zakaj?":

- Usoda ali božja volja.
- Poziv ali kazen.
- Priložnost za rast in preusmeritev preostanka življenja.

Da bi pomagali ljudem prepoznati pomen in smisel v sedanosti:

- Vprašajte: "Kaj menite, zakaj se vam to dogaja?"
- Pomagajte jim pri osredotočanju na lastno moč in preostale sposobnosti.

Iskanje pomena in cilja v prihodnosti podpira voljo do življenja in daje upanje na življenje.

Da bi pomagali ljudem prepoznati pomen in smisel v prihodnosti:

- Vprašajte: "Kakšni so vaši cilji?" Pomagajte osebi pri uresničevanju teh ciljev, če je le mogoče.
- Krepite fizične in kognitivne funkcije, zato da lahko oseba pomembno prispeva čim dlje časa.
- Pomagajte ljudem poiskati načine vplivanja na prihodnost, celo po smrti (na primer videokaseta, ki bo izročena otroku na dan poroke).

Klinični nasvet

Ustvarjanje spominskih zbirk, fotoalbumov ali avtobiografij (napisanih v obliki zvočnih ali videoposnetkov) je konkreten način, ki pomaga ljudem pustiti zapuščino.

Ključni nasvet

Družina ima pomembno vlogo pri pomenu, ki ga oseba pripisuje življenju. Upoštevajte stališča družinskih članov pri razpravljanju o pomenu življenja.

ZAKAJ LJUDJE IŠČEJO ODPUŠČANJE ALI SPREJEMANJE, PREDEN UMREJO? KAKO LAHKO PRI TEM POMAGAM?

Povzetek

Ko pretresajo svoje življenje, imajo umirajoči pogosto občutek krivde, obžalovanja ali kesanja, ko se zavedo krivic, ki so jih komu storili, napak in/ali nerešenih preprirov. Preden umrejo, skušajo doseči, da drugi sprejmejo njihovo življenje in njih take, kot so bili, da jim odpustijo, želijo tudi sprejeti druge in jim odpustiti in, v nekaterih primerih, želijo, da jih bog sprejme in jim odpusti. Ta proces odpuščanja in sprejemanja lahko pomaga doseči duševni mir, olajša prehod iz tega življenja v tisto, kar je onstran, in omogoča bližnjim, da lažje sprejmejo izgubo ljubljene osebe.

Proces sprejemanja in odpuščanja lahko olajšamo z naslednjim:

- Z izražanjem neobsojajoče drže: če vi ne obsojate drugih, potem drugi manj obsojajo sebe.
- S priznavanjem napak, ki so bile narejene, in poudarjanjem, da nihče ni popoln.
- S prepričevanjem posameznikov, da zaslužijo nego in udobje.
- S prisotnostjo ustreznega religijskega predstavnika, ki bo uradno podelil odpuščanje z obredi, kot je spoved, če oseba to zahteva.
- S pastoralnim in psihološkim posvetovanjem, če je to potrebno.
- Z ugotovitvijo, kako oseba komunicira z vpletenimi ljudmi, zato da bi priznala napake ali izrazila obžalovanje, se opravičila ali sprejela odpuščanje ali razrešila konflikt.

Klinični nasvet

Nekateri načini komunikacije, ob katerih se ljudje dobro počutijo, so pisanje pisem, razgovori po telefonu, osebna srečanja ali snemanje videokaset.

KAKO LAHKO KULTURNO OZADJE VPLIVA NA DOŽIVLJANJE TERMINALNE BOLEZNI?

Pripadnost določeni kulturni, etnični ali religijski skupini lahko vpliva na:

- Izražanje in pomen bolečine in trpljenja.
- Držo ob razkritju slabih novic in zavedanje.
- Prepričanje o vzrokih in pomenu bolezni.
- Izbiro osebe, ki jih bo zdravila, in na način zdravljenja.
- Držo glede smrti in umiranja.
- Prepričanje o življenju po smrti, o vrednoti človekovega življenja in o človeškem telesu.
- Izražanje izgube in žalovanje.
- Posmrtne obrede, kot so priprave na pokop, pogrebni običaji, spominski obredi, običaji pri urejanju trupla in običaji med žalovanjem.

Ključni nasvet

Cilj zagotavljanja "za kulturo občutljive skrbi" je zavedati se in sprejemati prepričanja, vrednote, običaje, tradicije drugih in jih spoštovati pri izvajanju skrbi, celo takrat, ko so precej različni od vaših.

Ko skrbite za ljudi z različnimi kulturnimi ozadji:

Izogibajte se stereotipom: Nikoli ne domnevajte o potrebah posameznika samo na podlagi pripadnosti določeni skupini. Raven sodelovanja v posebnih tradicijskih običajih in privrženost do določenih prepričanj in vrednot je lahko različna.

Sprašujte: Odkrijte edinstvene kulturno etnične ali religijske poglede vsake osebe. Postavljanje vprašanj je priložnost, da pokažete, da vas zanima in da ste se pripravljeno učiti. Mogoče boste tudi želeli spraševati po življenjskem slogu družine, po avtoritetah v družini in po pričakovanih tistih, ki skrbijo za bolno osebo.

Olajšajte izvajanje pomembnih običajev: Obrnite se na ustrezne posameznike, skupine ali ustanove in podpirajte izvajanje posebnih obredov, običajev ali tradicij.

Zavedajte se prepričanj in vrednot svoje kulture in njihovega vpliva na skrb, ki jo izvajate.

KAKO NAJ IZVAJAM SKRIB, ČE SE MI ZDI, DA ZDRAVSTVENI DELAVCI ALI DRUŽINSKI ČLANI PRIKRIVAJO RESNICO BOLNI OSEBI?

Ključni nasvet

Zelo pomembno je jasno spoznati prepričanja in vrednote posamezne družine in njen način komunikacije, preden sklenemo, da prikrivajo informacije bolni osebi.

Mogoče razlage

Izogibanje odprtemu pogovoru osebe in družine o možnosti umiranja je lahko način spoprijemanja. Morda poznajo resnico, se pa vedejo, kot da tega ne vedo. Tako vedenje je treba upoštevati.

Posamezne družine ali kulturne skupine želijo zaščititi umirajočega družinskega člana pred spoznanjem, da je v terminalni fazi bolezni. Za nekatere pripadnike japonske kulture je na primer razkritje diagnoze terminalne maligne bolezni osebi nečloveško, je enakovredno družbeni smrti, uniči upanje in voljo do življenja.

Opozorilo za zdravstveno osebje

Želja, da se pove in izve resnica o bolezni in smrti, je nedvomno vrednota zahodnih kultur. Zapomnite si, da imajo ljudje pravico "ne vedeti", če tako želijo.

V takih situacijah lahko pomagajo naslednja vprašanja:

- Spoznajte želje osebe glede razkritja in zavedanja resnice, tako da vprašate: "S kom naj se pogovorimo o vaši bolezni, zdravljenju in napovedi - samo z vami, z vami in vašo družino ali samo z določenim članom družine?"
- Vprašajte: "Kaj mislite o svoji bolezni?" Lahko vas presenetijo, koliko bolniki vedo.
- Omogočite možnosti za vprašanja in spodbujajte bolne ali člane njihove družine, da sprašujejo. Na primer: "Ali imate še kakšno vprašanje?", "Ali je še kaj takega, kar bi želeli vedeti?"

Ključni nasvet

Precej težje je, če oseba govori drug jezik, celo ob sodelovanju prevajalca. Vsekakor poiščite pomoč prevajalca, če je mogoče, toda bodite pozorni na to, da prevajalec lahko spremeni sporočilo.

OŽIVLJANJE

ALI ZA VSE BOLNIKE, KI SE PALIATIVNO ZDRAVIJO, SAMODEJNO ODSVETUJEMO OŽIVLJANJE?

Ni nujno. Odločitev glede oživljanja bi morala temeljiti na:

- Razširjenosti bolezni.
- Kakovosti življenja (s stališča bolne osebe).
- Mogočih vzrokih srčne ali dihalne odpovedi.
- Željah osebe in družine.

Gotovo bi bilo neprimerno dati navodilo, naj se ne oživlja oseba, pri kateri gre za novo odkriti napredovali karcinom, za osebo, ki popolnoma normalno funkcionira, je brez bolečin in brez kognitivnih motenj, brez razumevanja in privolitve take osebe (posebno če ima ta oseba v anamnezi tudi diagnozo angine pectoris).

Okolje, v katerem se izvaja oskrba, tudi vpliva na odločitev glede navodila, naj ne oživljamo. Na večini oddelkov za paliativno oskrbo se od osebe zahteva sodelovanje v razpravi o tej temi in sprejetje navodila: ne oživljaj pred sprejemom.

To temelji na dejstvu, da ima večina bolnikov razširjeno bolezen, in na raziskavah, ki so pokazale, da je oživljanje brezupno pri osebah z zelo napredovalo boleznijo.

Bolni lahko napiše natančna navodila (oporoko), ki pomagajo pri odločanju o morebitnem oživljanju. To so dokumenti, ki izražajo bolnikovo željo, ko ne more sam odločati o sebi.

Zakonodaja se glede natančnih navodil med državami razlikuje. Posvetujte se z odgovornimi osebami v vaši ustanovi glede odredb in postopkov v zvezi z natančnimi navodili.



Ko začnete pogovor o oživljanju z osebo in člani njene družine:

- Najprej odkrijte, kaj oseba in člani njene družine že vedo o bolezni in napovedi.
- Obzirno popravite vsako bolnikovo napačno predstavo, bodite previdni, ko gre za zanikanje, lažna pričakovanja, ali če bolnik in člani njegove družine ne želijo izvedeti vseh informacij.
- Razložite jim, da lahko bolezen toliko napreduje, da povzroči zastoj bitja srca in zastoj dihanja in da so takrat vsi naporji za oživljanje (na primer pritiskanje prsnega koša, dajanje zdravil, vstavljanje cevke v sapnik) skoraj vedno neuspešni.
- Če začne srce ponovno biti, se oseba pogosto ne odziva več na dražljaje, odvisna je od naprav za dihanje in po navadi kmalu umre. Oživljanje v takih okoliščinah običajno povzroči nepotrebno trpljenje bolnikom in družinskim članom, zato ga odsvetujte.
- Poudarite, da je cilj paliativne oskrbe zagotoviti udobje, zmanjšati trpljenje, izboljšati kakovost življenja in omogočiti mirno smrt.

Ključni nasvet

Razložite osebi in družini, da navodilo o neoživljanju ne pomeni, da boste končali vse druge postopke zdravljenja.

- Razložite, da bo, ne glede na navodilo o neoživljanju, vsaka reverzibilna komplikacija, ki bo povzročala trpljenje, primerno zdravljena in da boste poskušali obvladovati vse simptome med celotnim potekom bolezni.

KAKO SE LAHKO POGOVARJAM O RAZLOGIH ZA NAVODILO: NE OŽIVLJAJ?

Klinični nasvet

Pogovori o občutljivih stvareh, kot je odločitev o oživljanju, morajo potekati v udobnem, tihem in zasebnem okolju.

EVTANAZIJA IN SAMOMOR

108.

KAJ NAJ POVEM, KO OSEBA SPRAŠUJE PO ZDRAVNIKOVIM POMOČI PRI SAMOMORU ALI EVTANAZIJI?

Ključni nasvet

Dejavniki, ki prispevajo k bolnikovi zahtevi po zdravnikovi pomoči pri samomoru, so neobvladljiva bolečina ali drugi simptomi, osamljenost ali zapuščenost, brezupnost, potrnost, izguba pomena in smisla življenja in/ali bolnikov občutek, da je vsem v breme.

Ko oseba sprašuje po zdravnikovi pomoči pri samomoru ali evtanaziji:

- Raziščite razloge, ki so v ozadju te zahteve, prepoznajte in priznajte strahove in vzroke trpljenja.
- Ne izražajte obsojanja in pokažite, da vas bolnikova želja zanima.
- Odkrijte, česa se bolnik boji, in mu zagotovite, da boste naredili vse, da zmanjšate trpljenje vse do smrti.
- Pomagajte bolni osebi prepoznati razloge za nadaljnje življenje in najti pomen v času, ki ji še ostaja.

Nekateri bolniki kljub primernemu udobju in podpori vztrajajo pri zahtevi po evtanaziji. Pojasnite zakonske in moralne razloge, ki vam preprečujejo, da bi ustregli taki želji. Pomembno je, da bolnikov ne zapustite.

Opozorilo za zdravstveno osebje

Poskrbite, da imate podporo in možnost izraziti svoje lastne občutke o taki zahtevni situaciji.

KAKO NAJ OCENIM IN ZMANJŠAM TVEGANJE SAMOMORA?

Dejavniki, ki pomenijo večje tveganje samomora:

- Precizen, natančen načrt samomora, ki vključuje razmišljanje o načinu smrti, izvedbi samomora brez svarila, ki bi omogočilo reševanje, načrt bi bolnik lahko uresničil v kratkem času - v naslednjih 24 do 48 urah.
- Pomanjkanje družbene podpore: odtujeni, tisti, ki sami živijo, oddvojeni od družine in prijateljev, kadar jim prijatelji in družinski člani niso pripravljeni ali ne morejo pomagati.
- Pomembne izgube: na primer izguba ljubljene osebe zaradi smrti ali ločitve, izguba službe.
- Občutek, da so ali da bodo v breme svoji družini in prepričanje, da bodo s samomorom



olajšali družini življenje.

- Druge hude življenjske izkušnje: na primer pomembno psihično, psihosocialno ali duhovno trpljenje; velika odgovornost v službi ali doma; resna ali izčrpavajoča bolezen ljubljene osebe.
- Prisotnost delirija ali blaga demenca.
- Eden ali več predhodnih poskusov samomora ali depresija.
- Starost - nad 50 ali med 15 in 24 let.

Opozorilo za zdravstveno osebje

Če oseba izraža nagnjenost k samomoru:

- Raziščite posameznikov načrt za samomor, vključno z načinom smrti, načrtom za reševanje, predvidenim časom in organizacijskimi podrobnostmi.
- Takoj opozorite posameznikovega lečečega zdravnika.
- Obrnite se na strokovnjake, ki so izobraženi za pomoč v takih situacijah.

Da bi zmanjšali tveganje samomora:

- Zagotovite varno okolje: morda hospitalizacijo in skrbno opazovanje.
- Zmanjšajte trpljenje: prizadevajte si zmanjšati bolečino in vse druge mučne telesne simptome; obrnite se na socialnega delavca, psihologa ali duhovnika.
- Povečajte družbeno podporo oseb, ki bolniku veliko pomenijo: ljudje, ki kažejo nagnjenost k samomoru, se počutijo, kot da niso vredni in ljubljene, predvsem pa so osamljeni. Ljudje, ki pokažejo takim osebam zaskrbljenost, lahko izboljšajo njihovo samospoštovanje in zmanjšajo osamljenost. Spodbujajte bolnike, da najdejo svoja "zatočišča".
- Podelite načrte za samomor z ustreznimi člani medpoklicnega tima: skrivnostnost poveča tveganje samomora. Ne izražajte obljub, ki jih je težko ali celo nevarno uresničiti.

Opozorilo za zdravstveno osebje

Kljub potencialni zlorabi zaupanja je zakonska/etična odgovornost strokovnjaka, ki skrbi za posameznika, da nemudoma obvesti njegovega lečečega zdravnika, če bolnik izraža nagnjenost k samomoru.

Ključni nasvet

Ljudje, ki premišlujejo o samomoru, potrebujejo priložnost za pogovor o svojih čustvih. Taki pogovori jim lahko pomagajo rešiti težave in najti pomen v zadnjih dneh življenja.



ALTERNATIVNO IN
KOMPLEMENTARNO
ZDRAVLJENJE

KAKŠNE SO MOJE OBVEZNOSTI, KO OSEBA IZBERE UPORABO ALTERNATIVNEGA IN/ALI KOMPLEMENTARNEGA ZDRAVLJENJA?

Alternativno zdravljenje: Metode zdravljenja, ki so zunaj konvencionalnega zdravljenja in se lahko uporabljajo namesto konvencionalnega zdravljenja.

Komplementarno zdravljenje: Metode zdravljenja, ki se uporabljajo dodatno h konvencionalnemu zdravljenju, da bi dopolnili konvencionalno zdravljenje.

Če oseba uporablja ali premišljuje o alternativnih ali komplementarnih načinih zdravljenja, mora zdravstveno osebje:

- Pomagati osebi pri iskanju natančnih informacij, vključno s tem, kakšna so potencialna tveganja, koristi in omejitve zdravljenja.
- Poizvedeti, če obstajajo odredbe ali postopki, ki regulirajo ustaljene prakse in tako podpirajo uporabo tega zdravljenja.
- Seznaniti jih z informacijami o načinih konvencionalnega zdravljenja njihove bolezni.
- Nikar obsojati osebe, ampak jo podpirati v njenem iskanju različnih načinov zdravljenja.
- Spoštovati posameznikovo neodvisnost pri odločanju.
- Zavedati se zakonskih odredb, ki se nanašajo na proizvode, zdravilne ali rastlinske pripravke, ki bodo lahko uporabljeni.

111. KAJ LAHKO NAREDIM, DA OMOGOČIM MIRNO, DOSTOJANSTVENO UMIRANJE?

- Ohranjajte posameznikove prvsinske občutke identitete in samospoštovanja.
- Zagotovite blago, dostojno oskrbo posameznikovega telesa, uma in duše.
- Spoštujte posameznika kot odgovorno osebo, ki je sposobna jasno dojemati, goji pristne odnose in se smiselno vede kljub fizični oslabelosti.
- Težite k lajšanju trpljenja, tako da obvladujete bolečine in druge telesne simptome, pomirite strahove, pomagajte članom družine, da naredijo vse, kar lahko, kolikor je mogoče dobro, v skladu z njihovimi možnostmi.
- Zagotovite zasebnost.
- Pomagajte ohraniti nepretrganost pomembnih odnosov (ali olajšajte njihovo ponovno vzpostavitev).
- Poučite osebo in družino, da prenehajo upati, ko pride čas za to.
- Pomagajte pri izpolnjevanju zadnjih želja ali pri reševanju morečih skrbi.

Ko ste prisotni ob umirajoči osebi:

Spodbujajte družinske člane, da govorijo osebi, celo kadar se zdi, da bolnik ne sliši ali ne reagira. Predlagajte jim, da povedo osebi, kaj jim je pomenila, kako si jo bodo zapomnili in da se poslovijo.

Naj jim bodo vaše besede in vedenje, ko govorite osebi ali skrbite zanjo, zgled. Spodbujajte zbiranje družine in žalovanje. Uporabljajte dotik, če je primerno.

 Opozorilo za zdravstveno osebje

Ne podpirajte neprimernih, lažnih pričakovanj. Osebe, ki izvajajo paliativno oskrbo, pogosto vztrajajo pri mitu, da je zagotovljena "dobra" smrt, če se izvajajo "dobra" dela. Smrt je "dobra" samo, če je trpljenje zmanjšano, če se o smrti odprto govori in jo sprejemajo vsi, če so vsa opravila končana, če so se bližnji dostojno poslovili in če je odhod dostojen. Pogosto smrt ni niti dobra niti dostojna. Mnogih težav, s katerimi se spoprijemamo ob umirajočih, vedno ne moremo rešiti.

112. KAKO LAHKO VEM, DA SE SMRT BLIŽA?

- Fiziološki znaki bližajoče se smrti so lahko:
- Zmanjšano izločanje urina, urin postaja temnejši.
 - Spremembe v vzorcu in zvoku dihanja - obdobja apneje (Cheyne-Stokes), zvok, ki kaže na kongestijo v dihalnih poti.
 - Stopnjujoče se hlad, sprememba barve in lisavost kože.
 - Slabljenje pulza.
 - Strah, nemir, zmedenost, halucinacije.
 - Nihanje stopnje zavesti s postopnim upadanjem, ki ga spremljajo vedno manjše zavedanje, oteženo požiranje in ohlapnost mišic.

 Ključni nasvet

Pojasnite družinskim članom, da ti znaki pomenijo, da se telesne funkcije ustavljajo. Pomirite jih s tem, da jim poveste, da so ti znaki, posebno spremembe v dihanju, po navadi bolj mučni za prisotne kot za umirajočo osebo.

 Klinični nasvet

Strah, nemir, zmedenost in halucinacije so lahko znaki agitiranega delirija (glejte vprašanja od 52 do 55).

Nefiziološki znaki bližajoče se smrti so lahko:

- Stopnjujoča se odvisnost.
- Stopnjujoče se umikanje in nezainteresiranost.

 Ključni nasvet

Pomagajte družinskim članom dojeti, da stopnjujoče se umikanje in nezainteresiranost ne pomenita zavračanja. Spodbujajte jih, naj bodo še naprej ob umirajoči osebi.

113. KAKO LAHKO POMAGAM DRUŽINSKIM ČLANOM V PRIČAKOVANJU SMRTI IN PRIPRAVI NA SMRT LJUBLJENE OSEBE?

- Raziščite strahove družinskih članov, ki jih občutijo ob umiranju drage osebe in ob njeni smrti, in poskušajte poskrbeti za njihovo sposobnost, spoprijeti se z izkušnjami.
- Podpirajte jih v naporih, da se sprijaznijo s smrtjo, tako da odprto razpravljate o njihovih strahovih, jih opozorite na njihova napačna

- pričakovanja in jasno opredelite njihove skrbi.
- Poučite družinske člane o znakih bližajoče se smrti, kot je navedeno v vprašanju 112. Na podlagi znanih dejstev jim razložite, kako bo predvidoma oseba umrla.
- Članom družine, ki skrbijo za bolnika, dajte navodila za obvladovanje simptomov in zagotavljanje udobja, kolikor je mogoče.

Družinski člani lahko pomagajo pri:

- Obračanju, preoblačenju, umivanju, masiranju, nameščanju bolnika v udoben položaj.
- Oskrbovanju s požirki tekočine, če oseba lahko požira.
- Dajanju analgetikov in drugih zdravil (posebno na domu).
- Zagotovite, da imajo družinski člani dostop do ustreznih služb za strokovno pomoč in podporo in da so preskrbljeni s potrebno opremo in pripomočki.
- Spodbujajte družinske člane k izvajanju družinskih/verskih obredov, če je primerno in zaželeno.

114.

KAKO NAJ ODGOVORIM, KO ME SPRAŠUJEJO O NAPOVEDI BOLEZNI?

Poudarite, da na medicinsko napoved vplivajo mnogi dejavniki, kot so razširjenost bolezni, starost, volja do življenja, upanje, podpora, življenjski slog, in da so to samo statistične spremenljivke, ki na različne osebe različno vplivajo.

Če sprašujejo po preostalem času, povejte na splošno, da se življenje izteka "od ure do dneva", "od dneva do tedna", "od tedna do meseca", "od meseca do leta".

Jasno jim povejte, da je težko predvideti čas smrti. Ljudje pogosto preživijo napovedi ali pa nenadni dogodki, kot sta srčna ali možganska kap, povzročijo smrt prej, kot je pričakovati.

Ključni nasvet

Vprašajte družinske člane umirajoče osebe, kaj bi drugače naredili, če bi vedeli, da je preostalo še tako malo časa. Če so kakšne stvari, ki bi jih želeli povedati ali narediti, jih spodbudite, naj jih opravijo, dokler je še čas.



115.

KAJ NAJ POVEM, ČE ME VPRAŠAJO, ALI NAJ POKLIČEJO DRUŽINSKE ČLANE, KI ŽIVIJO V DRUGIH MESTIH?

Pogovorite se z bolnikom o pomembnosti in razlogih za srečanje z družinskimi člani, če je mogoče. Ugotovite, ali se bo bolnik sposoben pogovarjati in sodelovati z bližnjimi in ali je pomembno, da bodo bližnji z njim do smrti.

Če je očitno, da bo lahko oseba v kratkem umrla, je primerno podpirati svojce pri obveščanju drugih družinskih članov.

V premislek

Na odločitev o prisotnosti ali neprisotnosti družine v času smrti lahko vplivajo značilnosti določene kulture. Tudi finančno stanje lahko vpliva na odločitev o potovanju. Nekateri ljudje si lahko privoščijo samo krajša potovanja.

116.

KAKO NAJ POTOLAŽIM IN PODPREM DRUŽINSKE ČLANE, KI SO PRAVKAR IZGUBILI LJUBLJENO OSEBO?

- Pokažite jim svojo iskreno zaskrbljenost in čustva.

Ključni nasvet

Izogibajte se klišejem. Čeprav so izgovorjeni z dobrim namenom, običajno ne pomagajo in lahko povzročijo pri bližnjih jezo, nerazumevanje in občutek, da so brez podpore.

Primeri klišejev so: "Zdaj morate biti močni", "To je božja volja". Ne pomaga, če poveste: "Vem, kako se počutite". Doživljanje vsake osebe je edinstveno, in to je treba upoštevati.

- Povejte jim, da obžalujete njihovo izgubo in trpljenje. Uporabite dotik, če je primerno.

Opozorilo za zdravstveno osebje

Če postanete preveč čustveni v trenutku smrti, to najbrž ne bo pomagalo družini. Če se to zgodi, se boste morali oddaljiti in poiskati drugo podporo za družino in zase.

- Upoštevajte tišino. Pogovor ni vedno potreben. Bistvena je vaša prisotnost.
- Naj vas ne bo strah povedati: "Ne vem, kaj naj rečem."

- Spodbujajte družinske člane, naj izrazijo svoja čustva in naj se pogovarjajo o umrli osebi toliko časa, kolikor si želijo.
- Če je primerno, podelite z njimi svoje spomine na umrlo osebo in govorite o njenih posebnih lastnostih.
- Vprašajte svojce, ali želijo biti sami z umrlo osebo ali želijo, da ste z njimi. V skladu s tem poskrbite za organizacijo.
- Če družinski člani obžalujejo, ker niso bili zraven v času smrti, jih pomirite s tem, da jim poveste, da ni nenavadno, da ljudje umirajo, ko družina ni prisotna.
- Vprašajte jih, če lahko kaj opravite namesto njih in potem to naredite (na primer pokličite sorodnike po telefonu, organizirajte obisk religijskega predstavnika, priskrbite praktično pomoč pri stvareh, kot so načrtovanje pogreba in ravnanje v zvezi z oporoko in dediščino).
- Spoznajte posebne zahteve glede postopanja s truplom po smrti in jih upoštevajte, če je to mogoče, za mnoge Jehove priče, na primer, je bistveno, da truplo ne ostane samo.
- Če je primerno, pohvalite družino za vse, kar je naredila za osebo, na primer: "Odlično ste pomagali dragi osebi med boleznijo."

Posebno bodite na razpolago v naslednjih situacijah:

- Podpora bližnjih, prijateljev in družbe je omejena.
- Umira otrok ali mlajši odrasli.
- Smrt je nenadna.
- Smrt se je zgodila v domačem okolju.
- Smrt se je zgodila v bolnišnici, čeprav so jo želeli v domačem okolju.

Opozorilo za zdravstveno osebje
Starejše osebe, ki so prestale smrt zakonskega partnerja in zdaj živijo same, potrebujejo posebno pozornost.

117.

KAKO LAHKO POMAGAM V OBDOBJU ŽALOVANJA?

Kritična obdobja pri spremljanju bližnjih med žalovanjem:

- Obdobje med drugim tednom in prvim mesecem: pomembno je vzpostaviti začetni stik.
- Tretji mesec: pogosto prihaja do prve krize. Razširjena družina se razhaja in ljudje začnejo misliti, da bi se "žalovanje moralo končati".
- Šesti mesec.
- Obdobje med enajstim mesecem in prvim letom: obletnica smrti.
- Prazniki, rojstni dnevi in obletnice poroke.

Odvisno od razpoložljivih možnosti, strategije za spremljanje bližnjih med žalovanjem so lahko:

- potekajo spominski obredi za družino na vašem delovnem mestu (priložnostno se lahko člani zdravstvenega osebja odločijo, da se udeležijo pogreba - to ne bi smelo biti pričakovano, ampak je osebna odločitev).
- telefonirajte v "kritičnih obdobjih",
- podarite brošuro s številkami za stike in seznamom služb, na katere se lahko obrnejo, če jim bo težko,
- ponudite bližnjim obisk ali organizirajte obiske,
- predlagajte jim individualno ali skupinsko posvetovanje (običajno jih skupine za žalovanje ne sprejemajo, dokler ne mine obdobje treh do šestih mesecev od smrti, ker je to obdobje mnogih sprememb in mnogi niso sposobni dojemati situacije, ker nimajo izkušenj).

Ključni nasvet

Različni člani medpoklicnega tima, vključno s prostovoljci, lahko izvajajo spremljanje bližnjih med žalovanjem.

Koristno je vedeti, katere službe so na razpolago v regiji, in namestiti nazive in telefonske številke teh služb na mesta, najbolj dostopna uporabnikom.

A vertical spiral binding of a notebook, with the metal coils visible in the center. The notebook is open to a page with a white left side and a red right side.

SKRB ZA ZDRAVSTVENE
POKLICNE NEGOVALCE

KAJ LAHKO POKLICNI NEGOVALCI NAREDIJO ZA ZMANJŠANJE STRESA, KI GA POVZROČA SKRIB ZA UMIRAJOČE OSEBE?

Strategije za zmanjšanje stresa, ki jih lahko izvajajo poklicni negovalci, vključujejo:

- Iskanje pomoči pri prebijanju skozi bolečino in izgubo v lastnem življenju.
- Osredotočanje na potencialne nagrade in možnosti, povezane s skrbjo za umirajoče:
- možnost globljega povezovanja z ljudmi,
- možnost spreminjanja težkega in bolečega obdobja v rast in duhovno celjenje,
- možnost, da se naučite spoštovati krhkost in skrivnostnost življenja,
- možnost, da prepoznate pomen in smisel v lastnem življenju.
- Izražanje humorja z občutkom, če je primerno.
- Skrb za zdravo, uravnoteženo življenje zunaj službe.
- Jasno zavedanje in stalna misel na umrlega.

Ključni nasvet

Veselite se srečnega dogodka v svojem življenju.

- Prosite za pomoč ali dopust v službi, ne da bi imeli slabo vest.
- Postavite si realne cilje in meje, upajte na majhne zmage in slavite uspehe.
- Poiščite podporo izkušenega mentorja.
- Sodelujte pri stalnem izobraževanju.
- Izvajajte srečanja ali zasebne obrede, da bi se posvetili smrti drage osebe. Udeležite se spominskega obreda; izdelajte spominski poster ali izvajajte spominske obrede na delovnem mestu; napišite pismo umrli osebi; berite poezijo, molite v spomin na umrlo osebo. Te aktivnosti vam pomagajo sprejeti smrt, izraziti žalost, opomoči si po izgubi in "ponovno investirati" v druge osebe.
- Pridružite se ali organizirajte skupine za podporo, skupine za žalovanje ali združenja za paliativno oskrbo.
- Vključite se v aktivnosti, ki spodbujajo samozavedanje, kar vam bo pomagalo sprijazniti se z lastno umrljivostjo in smrtjo.

KAKO NAJ PREPOZNAM, DA NE DELUJEM OPTIMALNO KOT ČLAN ZDRAVSTVENEGA OSEBJA?

Osebj se lahko globoko naveže na osebe, ki so v njihovi oskrbi. Včasih je pravi izziv ohraniti primerne meje. Družine in bolne osebe obupno potrebujejo in rade sprejemajo vašo podporo.

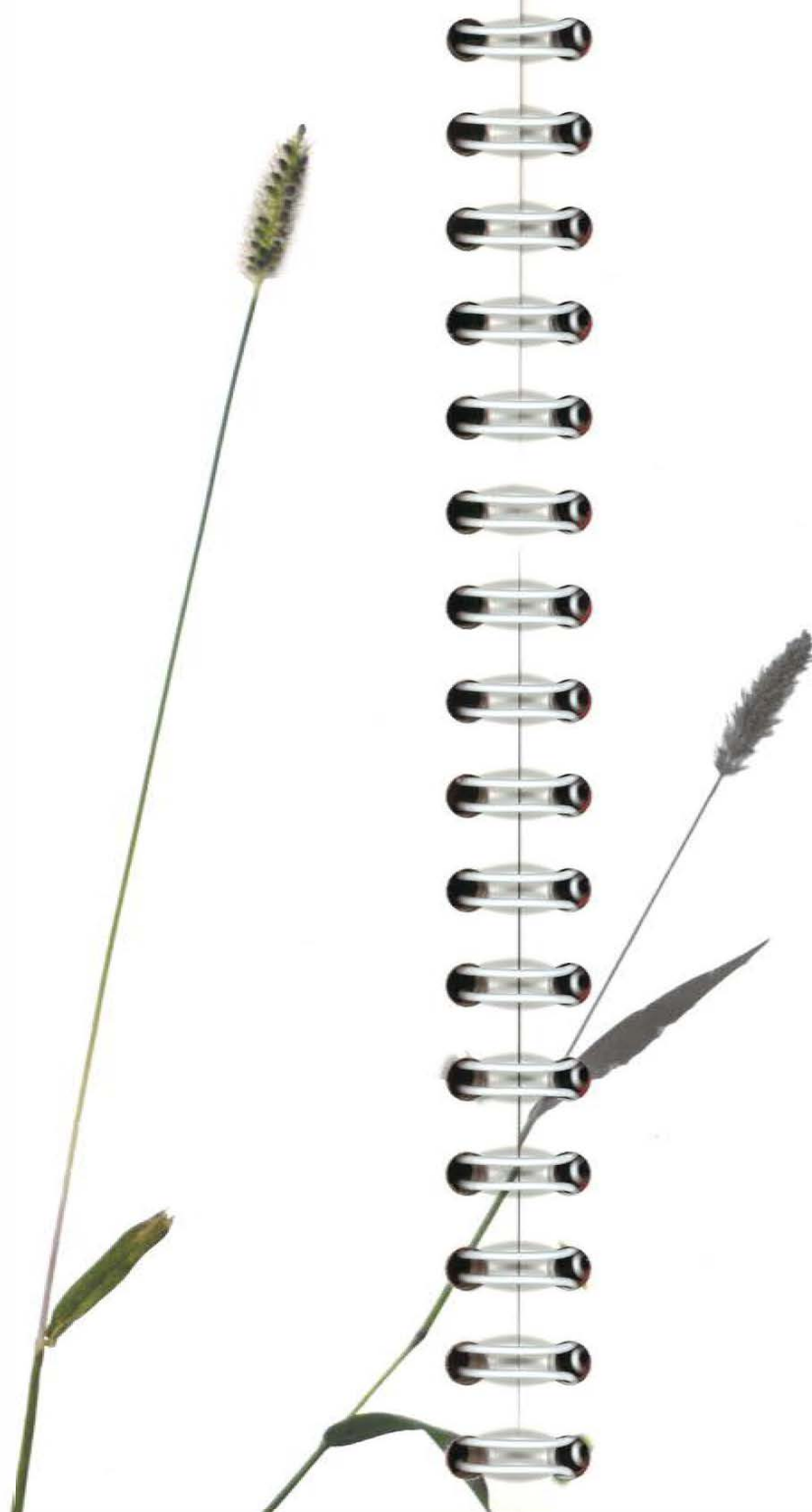
Če ne postavite jasnih mej, ponujate manjšo podporo.

Rdeče zastavice, ki signalizirajo pomanjkanje mej:

- dajete svojo zasebno telefonsko številko, čeprav vas kolege nadomeščajo v času odsotnosti,
- družinam poveste, da vas lahko pokličejo kadar koli,
- s člani družine se srečujete zunaj delovnega časa,
- družino obiskujete na domu in obiski postajajo manj strokovni in bolj družabni,
- družina vas doživlja kot družinskega člana ali se obnašate, kot da ste del družine,
- vključeni ste v odločanje družine,
- družina vas tolaži in je zaskrbljena, kako bo smrt vplivala na vas.

Ključni nasvet

Naravno je, da se nekaterim članom družine posebno približate. Toda zapomnite si: oni že imajo družino, potrebujejo pa skrbno in strokovno zdravstveno oseboje.



REFERENCE IN
NADALJNJE BRANJE

Mnoge informacije iz te knjige temeljijo na praktičnih izkušnjah kliničnih strokovnjakov, ki se že leta ukvarjajo s paliativno oskrbo. Poleg znanja, pridobljenega z izkušnjami, obvladajo tudi tisto, pridobljeno iz objavljenih priporočil in znanstvenih člankov. Vedno, ko je to mogoče, odgovori v tej knjigi temeljijo na dokazih (evidence-based), relevantne reference pa so navedene v tem delu knjige. Sledijo torej ključni članki in reference, ki lahko pomagajo, ko sta potrebni dodatno znanje in razumevanje.

Uvod

Capital Health Regional Palliative Care Program (2002), prilagojen *Canadian Hospice Palliative Care Association Norms of Practice* (2002). Dostopno na spletni strani www.chpca.net

Davies, E. & Oberle, K. (1990). Dimensions of supportive role of the nurse in palliative care. *Oncology Nursing Forum*, 17(1), 87–94.

Hospice Palliative Care Nursing Standards of Practice (2002). Dostopno na spletni strani www.chpca.net

Anoreksija/Kaheksija/Astenija

Bruera, E., Fainsinger, R.L. (1998). Clinical management of Cachexia and anorexia. V Doyle, D., Hanks, G.W.C., & MacDonald, N., (Eds.). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press, 548–557.

Fainsinger, R., (1997). The modern management of cancer related cachexia in palliative care. *Progress in Palliative Care*, 5, 191–195.

Rivadeneira, D.E., Envoy, D., Fahey, T.J., Lieberman, M.D., & Daly, J.M. (1998). Nutritional support of the cancer patient. *Cancer Clinics*, 48, 69–80.

Seligman, P.A., Fink, R., & Massey-Seligman, E.J. (1998). Approaches to the seriously ill or terminal cancer patient who has a poor appetite. *Seminars in Oncology*, 25 (Suppl 6), 33–34.

Ascites

Bain, V. (1998). Jaundice, Ascites and Hepatic Encephalopathy. V Doyle, D., Hanks, G.W.C., & MacDonald, N., (Eds.). *Oxford textbook of palliative medicine*, (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.



Skrb za negovalce

Johnson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, April, 116–121.

Stockton, M.V. (1986). Who's taking care of you? Hospice worker burnout: Its diagnosis, prevention, and cure. *Caring*, October, 60–63.

Komplementarno in alternativno zdravljenje
Alberta Association of Registered Nurses (1999). *Standards for Registered Nurses: Alternative and Complementary Therapy in Nursing Practice*. Edmonton, AB: AARN.

Zaprte in zapora črevesja

Baines, M.J. (1998). The pathophysiology and management of malignant intestinal obstruction. V Doyle, D., Hanks, G.W.C., & MacDonald, N., (Eds.). *Oxford textbook of palliative medicine*, (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press, 526–534.

Culpepper-Morgan, J.A., Inturrisi, C.E., Portennoy, R.K., et al. (1992). Treatment of opioid-induced constipation with oral naloxon: A pilot study. *Clinical Pharmacology Therapy*, (52), 90–95.

Fainsinger, R.L., Spachynski, K., Hanson, J., & Bruera, E. (1994). Symptom control in terminally ill patients with malignant bowel obstruction. *Journal of Pain and Symptom Management* (9), 12–18.

Jong, P., Sturgeon, J., & Jamieson, C.G. (1995). Benefits of palliative surgery for bowel obstruction in advanced ovarian cancer. *Journal of Critical Care*, 38(5), 454–457.

Mercadante, S., Kargar, J., & Nicolosi, G (1997). Octreotide may prevent definitive intestinal obstruction. *Journal of Pain and Symptom Management*, 13, 352–355.

Kultura

Cloutier, K. (2000). *Customs and traditions in times of death and bereavement* (4th ed.). Calgary, McInnis & Holloway Funeral Homes.

Pickett, M. (1993). *Cultural awareness in context of terminal illness*. *Cancer Nursing*, 16(2), 102–106.

Dehidracija

Burge, F. (1996). Dehydration and provision of fluids in palliative care: What is the evidence? *Canadian Family Physician*, 42, 2383–2388.

Ellershaw, J., Sutcliffe, J., & Sounders, C., (1995). Dehydration and the dying patient. *Journal of Pain and Symptom Management*, 10(3), 192-197.

Fasinger, R., & Bruera, E., (1994). The management of dehydration in terminally ill patients. *Journal of Palliative Care*, 10(3), 55-59.

Fasinger, R., Bruera, E., & Watanabe, S. (1996). Rehydration in palliative care. *Palliative Medicine*, 10, 165-166.

Fasinger, R., & Bruera, E. (1997). When to treat dehydration in a terminally ill patient. *Support Care Cancer*, 5, 205-211.

Delirij

Doyle, D., Hanks, W.C., & MacDonald, N. (Eds.). *Psychiatric Aspects of Palliative Care. V Oxford textbook of palliative medicine*, (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.

Fainsinger, R., Tapper, M., & Bruera, E. (1993). A perspective on the management of delirium in terminally ill patients on a palliative care unit. *Journal of Palliative Care*, 9(3), 4-8.

Lawlor, P., Fainsinger, R., & Bruera, E. (2000). Delirium at the end of life. *JAMA*, 284(19).

Driska

Hogan, C.M. (1998) The nurse's role in diarrhea management. *Oncology Nursing Forum*, 25, 879-886.

Levy, M.H. (1991). Constipation and diarrhea in cancer patients. *Cancer Bulletin*, 43, 412-422.

Mercadante, S. (1995). Diarrhea in terminally ill patients: Pathophysiology and treatment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 10, 298-308.

Rutledge, D.N. & Engelking, C. (1998). Cancer-related diarrhea: Selected findings of a national survey of oncology nurse experiences. *Oncology Nursing Forum*, 25, 861-872.

Sykes, N.P. (1998). Constipation and diarrhea. *Oxford textbook of palliative medicine*, (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press, 513-526.

Dispneja

Dudgeon, D.J. (1996). Management of dyspnea and cough in patients with cancer. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 10(1), 157-171.

Utrujenost

Bender, C., Kramer, P., Mraskowski, C. (2002). *New directions in the management of cancer-related cognitive impairment, fatigue, and pain*. Oncology Nursing Society.

Nail, L.N. (2002). Fatigue in patients with cancer. *CLOR*, 29(3), 537-542.

Portenoy, R., & Loretta, M. (1999). Cancer related fatigue: Guidelines for evaluation and management. *The Oncologist*, 4(1), 2-10.

Hipodermokliza

Macmillan, K., Pedan, J., Hopkinson J., & Hycha, D. (2000). *A caregiver's guide*. The Palliative Care Association of Alberta and Military and Hospitalier Order of St. Lazarus of Jeruzalem, 138-139.

Regional Palliative Care Program Guidelines (March 2001), Hypodermoclysis Administration.

Limfedem

Mason, W. (2000). Exploring rehabilitation within lymphedema management. *International Journal of Palliative Nursing*, 6(6), 265-273.

Megens, A. Harris, S. (1998). Physical therapist management of lymphedema following treatment for breast cancer: A critical review of its effectiveness. *Physical Therapy*, 78(12), 1302-1311.

Slabost in bruhanje

Baines, M.J. (1997). ABC of palliative care: Nausea, vomiting and intestinal obstruction, (315), 1148-1150.

Bolečina

AHCPR Clinical Practice Guideline: Management of Cancer Pain. Dostopno na spletu.

Bruera, E. & Watanabe, S. (1994). New developments in the assessment of pain in cancer patients. *Support Care Cancer*, (2), 312-318

Bruera, E., Fainsinger, R., & Miller, M. (1992). The assessment of pain intensity in patients with cognitive failure: A preliminary report. *Journal of Pain and Symptom Management*, 7(5), 267-270.

Ewing J. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA* (252), 1905-1907.

Farrell, M., Katz, B., & Helme, R. (1996). Review article: The impact of dementia on the pain experience. *Pain*, (67), 7–15.

Fink, R., & Gates, R. (2001). Pain assesment. V Ferrel, B. & Coyle, N., (Eds.). *Textbook of palliative nursing*, New York: Oxford University Press, 53–71.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). Mini Mental State examination. *Journal of Psychiatric Research*, (12), 189–198.

Hanks, G., & Cherny, N. (1998). Opioid analgesic therapy. V Doyle, D., Hanks, G.W.C., & MacDonald, N., (Eds.). *Oxford textbook of palliative medicine*, (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.

Lawlor, P., Walker, P., Bruera, E., & Mitchell, S. (1997). Severe opioid toxicity and somatization of psychosocial distress in a cancer patient with a background of chemical dependence. *Journal of Pain and Symptom Management*, 13(6), 356–361.

Lawlor, P., Fainsinger, R., & Bruera, E. (2001). Delirium at the end of life: Critical issues in clinical practice and research. *JAMA*, 284, 2427–2429.

Levy, M. (1996). Pharmacologic treatment of cancer pain. *The New England Journal of Medicine*, 335(15), 1124–1132.

Pereira, J., Lawlor, P., Vigano, A., Dorgan, M., & Bruera, E. (2001). Equianalgesic dose ratios for opioids: A critical review and proposal for long-term dosing. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22, 672–687.

Porter, F., Malhorta, K., Wolf, C., Morris, J., Miller, J., & Smith, M. (1996). Dementia and response to pain in the elderly. *Pain*, (68), 413–421.

Paliativna sedacija

Bruera, E., Fainsinger, R., & Lawlor, P. (2000). Delirium at the end of life. *Journal of American Medical Association*, 284(19), 2427–2429.

Cherny, N.I. & Portenoy, R.K. (1994). Sedation in the management of refractory symptoms: Guidelines for evaluation and treatment. *Journal of Palliative Care*, 10(2), 31–38.

Fainsinger, R., deMoissac, D., Mancini, I., & Oneschuk, D. (2000). Sedation for delirium and other symptoms in terminally ill patients in Edmonton. *Journal of Palliative Care*, 16(2), 5–10.

Pereira, J., & Bruera, E. (1997). *Alberta Palliative Care Resource*. Regional Palliative Care Program, Edmonton: AB.

Ramani, s., & Karnad, A. (1996). Long-term subcutaneous infusion of midazolam for refractory delirium in terminal breast cancer. *Southern Medical Journal*, 89 (11), 1101–1103.

Wein, S. (2000). Sedation in imminently dying patient. *Oncology*, 14 (4), 585–590.

Psihosocialna problematika in družina
American Cancer Society, (1990). *Tips on talking to young kids about cancer*. Washington: Author.

Berg, S. (2002). Department of Psychology. Cross Cancer Institute, Edmonton, AB. Personal Communication.

Carter, B., & McGoldrick, M. (1989). *The changing family life cycle: A framework for family therapy*. Needham Hts, MA: Allyn & Bacon.

Fryback, P.B. (1993). Health for people with a terminal diagnosis. *Nursing Science Quarterly*, 6(3), 147–159.

Kissane, D. (2000). Psychospiritual and existential distress: The challenge for palliative care. *Australian Family Physician*, 29(11), 1022–1025.

Leahy, M. & Wright, L. (1987). *Families and life threatening illness*. Pennsylvania: Springhouse.

Rando, T.A. (1984). *Grief, dying and death: Clinical interventions for caregivers*. Champaign, IL: Research Press.

Rolland, J. (1994). *Families, illness & disability: An integrative treatment model*. New York: Basic Books.

Saunders, J.M. (1988). Cancer and suicide. *Oncology Nursing Forum*, 15(5), 575–581.

Smith, D.C. (1993). The terminally ill patient's right to be in denial. *Omega*, 27(2), 115–121.

Smith, N. (1990). The impact of terminal illness on the family. *Palliative Medicine*, 4, 127–135.

Stain, S.B. (n.d.). *How do we tell the children?* Calgary, AB: Hospice Calgary Society.

Wright, L. & Leahey, M. (2000). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*, (3rd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.

Razjede na koži

Capital Health (2000). *Wound care guidelines*. Edmonton, AB: Capital Health. Dostopno na spletni strani www.capitalhealth.ca

Kompresija hrbtenjače

Caracini, A. & Martini, C. (1998). Neurological Problems. V Doyle, D., Hanks, G.W.C., & MacDonald, N., (Eds.). *Oxford textbook of palliative medicine*, (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.

Pearcey, R.G. (June 5, 1998). Palliative Radiotherapy. Oral Presentation, Edmonton, Canada.

Pereira, J. & Bruera, E. (1997). *The Edmonton aid to palliative care*, Edmonton: Regional Palliative Care Program.

Duhovnost

Hall, B.A. (1990). The struggle of the diagnosed terminally ill person to maintain hope. *Nursing Science Quarterly*, 3, 177–184.

Heith, K. (1990). Fostering hope in the terminally ill. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1250–1259.

Jevne, R. (1993). Enhancing hope in the chronically ill. *Humane Medicine*, 9(2), 121–131.

Mount, B. (1993). Whole person care: Beyond psychosocial and physical needs. *The American Journal of Hospice and Palliative Care*, 10(1), 28–37.

Sherman, D.W. (2001). Spiritually and culturally competent palliative care. V M.L. Matzo & D.W. Sherman (Eds.). *Palliative care nursing: Quality care to the end of life*. New York: Springer.

Sindrom zgornje vene kave, epileptični napadi, krvavitev, srbež

Chernecky, C. & Berger, B. (1998). *Advanced and critical care oncology nursing: Managing primary complications*. Toronto: W.B. Saunders.

Hoskin, P. & Makin, W. (1998). *Oncology for palliative medicine*. London: Oxford University.

Yarbro, C. (2000). *Cancer nursing: Principles & Practice* (5th ed.). Toronto: Jones & Bartlett.

Trombocitopenija

Baird, S.B., McDorkle, R. & Grant, M. (1991). *Cancer Nursing*. Toronto: W.B. Saunders.

Gobel, B.H. (1993). Bleeding disorders. V S.L. Groenwald, M.H. Frogge, M. Goodman & C.H. Yarbro, *Cancer nursing principles and practice* (3rd ed.). Toronto: Jones & Bartlett.

Schiffer, C.A., Anderson, K.C., Bennett, C.L., Bernstein, S., Elting, L.S., Goldsmith, M., Goldstein, M., Hume, H., McCullough, J.J., McIntyre, R.E., Powell, B.L., Rainey, J., Rowley, S.D., Rebull, P., Tronter, M.B. & Wagnon, A.H. (2001). Platelet transfusion for patients with cancer: Clinical practice guidelines of the American society of clinical oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 19, 1519–1538.

Splošni priročniki

Doyle, D., Hanks, G.W.C., & MacDonald, N., (Eds.) (1998). *Oxford textbook of palliative medicine*, (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.

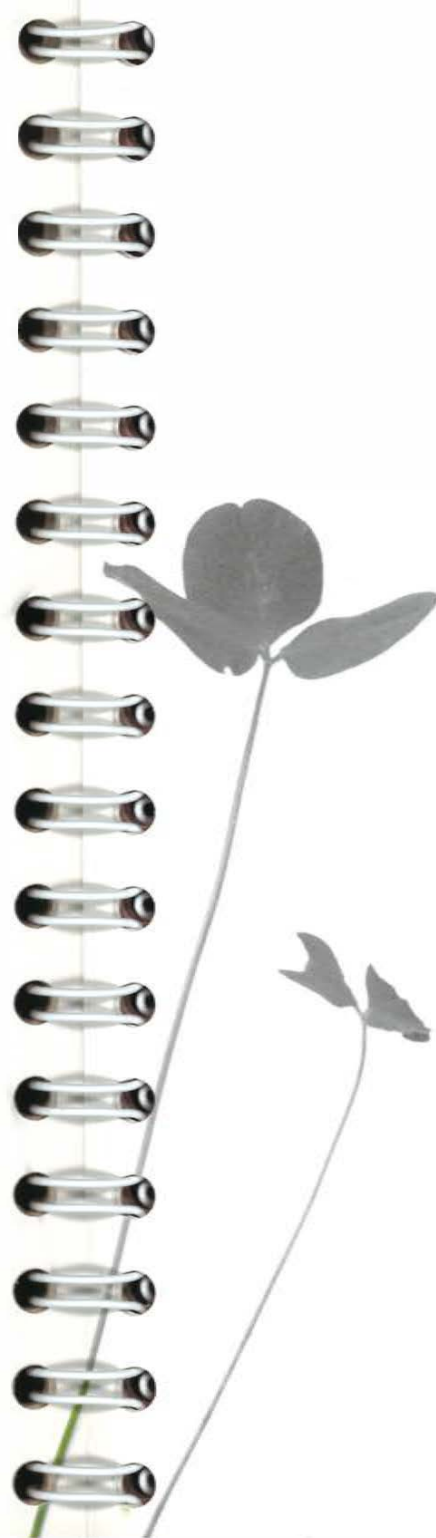
Ferrel, B. & Coyle, N., (Eds.) (2001). *Textbook of palliative nursing*. New York: Oxford University Press.

Splošni spletni viri

<http://www.chpca.net>

<http://www.palliative.org>

[http://www.cancer.gov/cancer information/](http://www.cancer.gov/cancer%20information/)



DODATKI

Edmontonski sistem za ocenjevanje simptomov – Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

ESAS vključuje devet vidno analognih lestvic – visual analogue scales (VAS) – s katerimi ocenjujemo devet pogostih simptomov: bolečina, težko dihanje, slabost, depresivnost, utrujenost, zaskrbljenost, splošno počutje, zaspanost in apetit. Oseba obkroži številko, ki najbolj ustreza posameznemu simptomu v tem trenutku, 0 pomeni najmanjšo stopnjo simptoma (na primer brez bolečin), medtem ko 10 označuje najhujšo stopnjo simptoma (na primer najhujša mogoča bolečina). Na vprašalniku je tudi področje, na katerem se označi mesto bolečine (shema telesa).

ESAS se redno izpolnjuje, po možnosti vsaj enkrat na dan, in se rezultati potem prenesejo na stolpičasti grafikon. Grafična ponazoritev omogoča osebo, da si predstavi vzorec nadzora in pojavnosti simptomov v času. Osebe lahko izpolnijo VAS same ali s pomočjo negovalca, odvisno od njihove zmožnosti.

Slika na naslednji strani prikazuje lestvice ESAS za ocenjevanje simptomov.

Reference

Macmillan, K., Pedan, J., Hopkinson, J. & Hycha, D. (2000). A caregiver's guide. The Palliative Care Association of Alberta and Military and Hospitalar Order of St. Lazarus of Jerusalem, 138–139.
Dostopno na spletni strani www.palliative.org

Edmontonski sistem za ocenjevanje simptomov – Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

Brez bolečin 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Najhujša mogoča bolečina

Ni utrujenosti 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Najhujša mogoča utrujenost

Brez slabosti 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Najhujša mogoča slabost

Ni depresije 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Najhujša mogoča depresija

Ni zaskrbljenosti 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Najhujša mogoča zaskrbljenost

Odlično splošno počutje 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Najhujše mogoče splošno počutje

Odličen apetit 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Popolnoma brez apetita

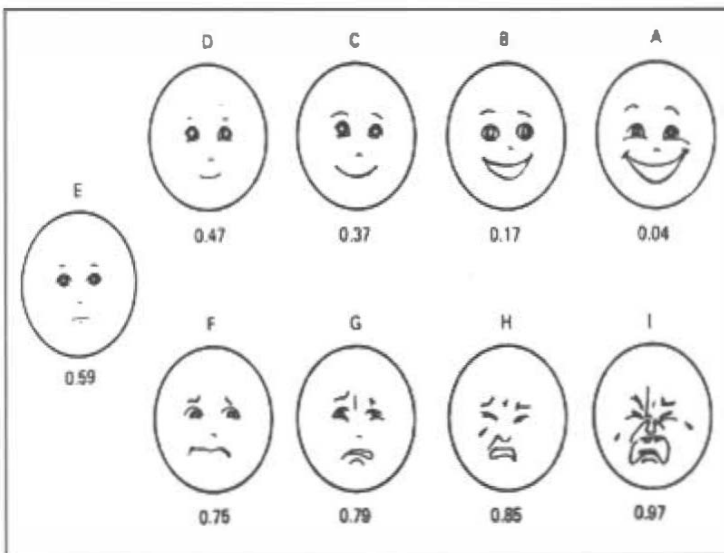
Ni zaspanosti 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Najhujša mogoča zaspanost

Brez dispneje 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Najhujša mogoča dispneja

Druge težave 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Primer obrazne lestvice za oceno bolečine

Posamezniki izberejo obraz, ki najbolj izraža njihovo počutje.



Reference

Wong, D. & Baker, C. (1998). Pain in children: Comparison of assessment scales. *Pediatric Nursing*, 14(1), 9-17.

Vprašalnik CAGE

Vprašalnik CAGE je kombinacija štirih preprostih vprašanj, ki se lahko uporabi kot presajalni test za alkoholizem in za tveganje zlorabe različnih kemičnih sredstev ob izpostavljenosti stresu. Dva ali več pritrdilnih odgovorov dokazuje veliko verjetnost zlorabe alkohola v osebni anamnezi.

Vprašalnik se mora izpolniti kot del anamneze med osnovnim pregledom. Tako se spraševanje zdi naravnejše in je manjša verjetnost, da se bo oseba upirala in podajala neresnične odgovore.

Opaziti je mogoče, da se vsa vprašanja nanašajo na celo življenje posameznika. Preiskovanec lahko odgovori nikalno na vprašanja, ker meni, da se nanašajo na zadnjih šest mesecev ali pet let, ko je na primer abstinal. Pomembno je poudariti, naj preiskovanci ne postavljajo umetnih mej, ampak upoštevajo vse svoje življenje.

Vrednost vprašalnika CAGE se zmanjšuje, če se povprašuje po količini alkohola ali kemičnih sredstev, ki jih posameznik zaužije. Zato upoštevajte zapovrstje in najprej postavite vprašanja iz vprašalnika CAGE in nato sprašujte po količini alkohola.

VPRAŠANJA CAGE

Ali ste kdaj razmišljali, da bi bilo treba zmanjšati (cut down) pitje alkohola?

Ali so imeli ljudje pripombe (been annoyed) na račun vašega pitja?

Ali ste kdaj imeli občutek krivde (guilty) zaradi vašega pitja?

Ali ste kdaj popili alkohol zjutraj, da bi si umirili (eye opener) živce ali se znebili "mačka"?

Dva ali več pritrdilnih odgovorov = verjetna je diagnoza alkoholizma.

Reference

Ewing, J. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA* (252), 1905-1907.

Tabela ekvivalenčnih odmerkov opioidov

Tabela ekvivalenčnih odmerkov

zdravilo	PO odmerek	PO : SC/IV razmerje	SC/IV odmerek
Morfin	10 mg	2 : 1	5 mg
Kodein	100 mg	2 : 1	50 mg
Oksikodon	5–7,5 mg	—	—
Hidromorfon	2 mg	2 : 1	1 mg
Metadon**	± 1 mg	—	ni dostopno
Fentanil*** v infuziji	—	—	50 µg
Fentanilski obliž	Ravnajte po navodilih proizvajalca.		

morfin 10 mg PO = hidromorfon 2 mg PO
 morfin 10 mg PO = oksikodon 5–7,5 mg PO
 morfin 10 mg PO = kodein 100 mg PO
 morfin 10 mg PO = metadon 1 mg PO

Opozorilo za zdravstveno osebje

V tej tabeli so smernice. Obstaja velik razpon glede razmerja odmerkov, ki je posledica individualnih razlik pri odgovoru na opioide. Ko zamenjujete opioide, bi bilo treba odmerek znižati za 25–30 odstotkov, od časa zamenjave do stabilnega stanja je treba imeti osebo pod nadzorom.

- ** Večina tabel navaja razmerje ekvivalenčnih odmerkov metadona in morfina kot 1 mg metadona PO = 1–4 mg morfina PO. Razmerje je določeno na podlagi študij, pri katerih so se dajali enkratni odmerki. Pri karcinomski bolečini, ko je treba analgetike dajati v večkratnih rednih odmerkih, se razmerje med metadonom in morfinom spreminja in je skoraj enako 1 mg metadona PO = 10 mg morfina PO, to pomeni, da je metadon približno 10-krat močnejši kot morfin.

***Razmerje med ekvivalenčnimi odmerki parenteralnega fentanila in morfina ni natančno določeno. Zdi se, da 10 µg fentanila ustreza 1 mg parenteralnega morfina. Razmerje med ekvivalenčnimi odmerki parenteralnega in transdermalnega (obliž) fentanila tudi ni dobro določeno, ampak se zdi, da je 1 : 1.

Opozorilo za zdravstveno osebje

Zdravljenje z metadonom začnemo in titriramo pod vodstvom zdravnika, ki je izobražen v paliativni oskrbi, ali specialista za zdravljenje bolečine. Parenteralni fentanil uporabljamo tudi pod podobnimi pogoji. Zanimiva značilnost razmerja ekvivalenčnih odmerkov morfina in drugih opioidov v primerjavi z metadonom je, da se razmerje spreminja glede na predhodne odmerke opioidov.

Smernice za subkutano apliciranje zdravil

Subkutani prostor se uporablja za intermitentno ali kontinuirano dajanje zdravil in/ali tekočin.

Tako dajanje zdravil se imenuje ISCI (intermitentno SC injiciranje) ali CSCI (kontinuirano SC injiciranje). Dajanje tekočin se imenuje hipodermokliza (HDC) (glejte Dodatek H). Prvi korak pri ISCI, CSCI in HDC je priprava mesta za injiciranje v subkutani prostor.

Priprava mesta za injiciranje v subkutani prostor:

- Pojasnite postopek.
- Umijte si roke in pripravite opremo (glejte Dodatek H za potrebno opremo). Prebrizgajte sistem za CSCI in set za ISCI.
- Oblecite nesterilne rokavice.
- Izberite mesto. Priporočena mesta so zgornji del prsnega koša, pod lopatico, hrbet in trebuh. Poskusite se izogniti sprednjemu in lateralnemu delu stegen, če je prisoten edem spodnjega dela telesa ali je oseba aktivna. Izogibajte se trebuhu pri ascitesu, tkivu dojki in lateralni legi v ramenskem obroču. Pomislite, kako bo nastavljena kanila vplivala na možnost svobodnega gibanja osebe.
- Razkužite izbrano mesto s 70-odstotnim izopropilnim alkoholom ali 0,5-odstotnim klorheksidinom. Pustite, da se posuši. Uporabite povidon jod pri alergiji.
- Vstavite kanilo – metuljček. Nežno stisnite del tkiva med kazalcem in palcem. Vstavite kanilo v bazo tkiva, ki ste ga stisnili, pod kotom do 45 stopinj. Vstavite jo čim bolj poševno. Kanila mora ležati v subkutanem prostoru, nad fascijo. Če kanilo vstavite pregloboko, nastane IM aplikacija. Kanila se mora svobodno premikati v subkutanem prostoru. Izberite smer kanile – v prsnem košu lahko kanilo postavite v katero koli smer. Ne vstavlajte kanil v aksilarno področje, ker se raztopina ne bo dobro absorbirala.
- Pripravite mesto vstavitve (glejte Dodatek H za podrobnosti).
- Priklopite sistem in prilagodite hitrost pretoka pri CSCI ali aplicirajte zdravilo pri ISCI.
- Zapišite opravljeni postopek.

**Obravnavanje lokalnih komplikacij**

- Edem na mestu vstavitve:
- Če je blažji, nežno masirajte mesto ali namestite tople obkladke.
- Če edem vztraja ali raste, prekinite aplikacijo in jo začnite na drugem mestu.
- Rdečina in/ali draženje na mestu vstavitve:
- Obstaja možnost alergične reakcije na zdravila ali kanilo – odstranite kanilo in vstavite novo kanilo na drugem mestu.

Opozorilo za zdravstveno osebje

Rahla lokalizirana rdečina na mestu vstavitve je lahko prisotna nekaj minut (do eno uro) neposredno po vstavitvi kanile na novem mestu. Če se rdečina širi zunaj mesta vstavitve ali ne izgine, odstranite kanilo in vstavite novo kanilo na drugem mestu.

- Pri okužbi na mestu vstavitve:
- prekinite infuzijo,
- odstranite kanilo – metuljček in vzemite bris s kanile in z mesta vstavitve,
- vstavite novo kanilo na drugem mestu,
- zamenjajte set za aplikacijo,
- obvestite zdravnika.
- Izpad kanile:
- prekrijte mesto z gazo,
- vstavite novo kanilo na drugem mestu,
- zavarujte novo kanilo s prozornim obličem.

Ključni nasvet

Raztopina za subkutano infuzijo lahko visi največ 48 ur.

Mesto vstavitve lahko povprečno uporabljamo štiri dni. Pozorno nadzorujte mesto vstavitve in ga zamenjajte, če je potrebno. Set za aplikacijo predstavlja velik izdatek. Obdobje uporabe seta bo variiralo. Sistem Abbottove infuzijske črpalke bo po navadi trajal sedem dni.

Hitrost pri CSCI je po navadi < 10 ml/h. Maksimalni volumen pri ISCI je 3 ml. Hitrost pretoka pri HDC je lahko do 500 ml/h (zahteva infuzijsko črpalke). Povprečna hitrost pri HDC je 100 ml/h (ne zahteva infuzijske črpalke) (glejte Dodatek H).

Prebrizgavanje: Prebrizgavanje ni potrebno med aplikacijami zdravil, če isto zdravilo apliciramo na isto mesto pri ISCI. Uporabljajte različna mesta za zdravila, ki niso kompatibilna (preverite na pakiranju zdravila). Če so zdravila kompatibilna, ni potrebno prebrizgavanje med aplikacijami teh zdravil, vendar je treba upoštevati dolžino sistema in volumen, ki se infundira. Čim daljši je sistem, tem večji je njegov volumen in verjetneje je, da bo potrebno prebrizgavanje, da bi zagotovili aplikacijo ustreznega odmerka zdravila.

Kompatibilne kombinacije zdravil

Morfin in hidromorfon se lahko mešata s:

- Klorpromazinom.
- Klorpromazinom in natrijevim kloridom.
- Klorpromazinom in natrijevim kloridom z deksametazonom skozi mesto injiciranja zdravil.
- Klorpromazinom z metoklopramidom skozi mesto injiciranja zdravil.
- Fenobarbitalom.

Zdravila, ki se ne smejo dajati subkutano

- Antibiotiki.
- Fenitoin.
- Benzodiazepini, razen midazolama in lorazepama (na primer diazepam-Apaurin®, Valium®).
- Pamidronat.

Reference

Intermittent Subcutaneous Injections (2001). Regional Palliative Care Program, Capital Health. Edmonton, AB. Dostopno na spletni strani www.palliative.org



DODATEK F

Protokol za uporabo edmontonskega injektora

EDMONTONSKI INJEKTOR (EI) je naprava za večkratno uporabo, ki se uporablja za apliciranje intermitentnih subkutanih injekcij, da se omogoči natančno, učinkovito in poceni intermitentno subkutano injiciranje. Lahko ga izvaja zdravstveno osebje, bolniki ali njihove družine.

Oprema

- Kanila – metuljček (25 gauge – 3/4 “).

Zapomnite si – pri alergiji na kovinsko iglo ali če problemi z mestom injiciranja zahtevajo pogoste zamenjave kanil, uporabite silikonske kanile, majhne angiokatetre (27 gauge) ali kanile tipa sof-set.

- Prozorni okluzivni obliž (na primer Op-site® ali Tegaderm®).
- 70-odstotni izopropilni alkohol ali 0,5-odstotni klorheksidin.

Zapomnite si – pri alergiji na alkohol ali klorheksidin uporabite povidon jod.

- Minivrečke s predhodno pripravljeno raztopino zdravil.
- “Sistem s črpalko” za Edmontonski injektor.
- Standardna 3–mililitrska brizga.
- Edmontonski injektor, ki je sestavljen iz zaščite EI za rezervoar, pokrova EI za navijanje, navoja EI za doziranje.
- Vrečka za nošenje (po izbiri).

Postopek za sestavljanje

- Pripravite opremo.
- Umijte si roke.
- Nataknite sistem na vrečko z zdravili.
- Vstavite brizgo skozi odprtino v zaščito EI za rezervoar.
- Z obračanjem navoja EI za doziranje določite predpisani odmerek (na primer 1 velik obrat omogoča dovajanje 2 ml, 2 velika obrata omogočata dovajanje 1 ml).
- Namestite brizgo z navoji v zaščito EI za rezervoar in pritegnite pokrov za navijanje.

- Odstranite zaščito s sistema EI in ga povežite z brizgo (prepričajte se, da sta dela nepropustno povezana).
- Povežite sistem s kanilo – metuljčkom.
- Odstranite zrak iz vrečke in napolnite sistem z raztopino zdravil z brizgo.

Mesto injiciranja

- Umijte si roke in oblecite nesterilne rokavice.
- Izberite mesto za injiciranje po priporočilih za subkutano injiciranje (glejte Dodatek E).

Dajanje zdravil

- Povlecite bat brizge do konca, da bi dobili natančen odmerek iz vrečke za zdravila.
- Injicirajte zdravilo v subkutani prostor zelo počasi s potiskanjem bata brizge (1- 5 minut, odvisno o odziva posameznika).
- Lahko namestite EI in vrečko z zdravili v vrečko za nošenje.

Čiščenje EI

Namakajte 24 ur vse aluminijaste dele v raztopini razkužila v vodi v razmerju 1 : 10.

Ključni nasvet

Enosmerne valvule zagotavljajo pretok zdravila v eni smeri – iz vrečke z zdravili v brizgo in iz brizge v prostor SC, zato zapiranje sistema ni potrebno.

Zrak se lahko odstrani iz vrečke s sterilno brizgo in iglo.

Majhni mehurčki zraka se pogosto pojavijo v brizgi. Priporočljivo je utrditi povezavo med brizgo in sistemom. Zelo majhne mehurčke zraka (manjše kot 0,1 ml) lahko zanemarimo. Večji mehurčki zraka se lahko odstranijo z odklapljanjem brizge, odstranjevanjem zraka iz nje in ponovnim povezovanjem v sterilnih pogojih.

Namigi:

- Uporabite novi sistem EI z vsako novo vrečko z zdravili.
- Pri tuširanju in kopanju obesite vrečko EI na suho – izogibajte se odklapljanju seta EI.



- Pripravljene raztopine morfina in hidromorfona v NS in minivrečkah D5W so obstojne 30 dni, če jih hranimo v hladilniku, in 14 dni pri sobni temperaturi. Pripravljena raztopina oksikodona v vrečkah D5W je obstojna 30 dni pri sobni temperaturi.
- Če sami pripravljate raztopine v vrečkah, je bistveno, da najprej odstranite volumen tekočine iz NS ali vrečk D5W, ki je enak volumnu dodanega zdravila, sicer želena koncentracija ne bo dosežena
- Volumen, ki se aplicira prek EI, se aplicira v 0,5–mililitrskih odmerkih.

Reference

Edmonton injector (2001). Regional Palliative Care Program, Capital Health, Edmonton, AB. Dostopno na spletu.

Namigi za izboljšanje oralnega vnosa

- Jejte male količine hranljivih živil šest do osemkrat na dan.
- Imejte vedno pri roki hranljive prigrizke, kot so rozine, orehi, lešniki in jogurt.
- Hrano žvečite počasi, da se vam želodec ne napolni prehitro.
- Pijte hranljive pijače, kot so sokovi, mleko in mlečni napitki.
- Glavni dnevni obrok pojedite takrat, ko se najboljše počutite.
- V obdobjih, ko niste lačni, se zatecite k svoji najljubši hrani.
- Uporabite pri serviranju na krožniku živila različnih barv. Hrano razmestite privlačno ali ji dodajte kos paradižnika ali pomaranče ali vejico peteršilja.
- Med svojimi recepti poiščite jedi, ki bi vam utegnile ugajati.
- S privlačnim in svetlim okoljem ter dobro družbo poskrbite, da bo priprava jedi užitek.
- Če imate slabši apetit zaradi slabosti, jejte majhne porcije suhe hrane, kot so krekerji ali prepečenec.
- Alkohol lahko izboljša apetit – privoščite si kozarec vina ali koktajl pred obrokom.
- Mogoče boste potrebovali urnik obrokov, kar vas bo spomnilo, da je treba jesti.
- Zagotovite dodatne kalorije za energijo.
Za dodajanje kalorij:
- dodajte veliko masla/margarine prepečencu, pecivu, žemljam, krompirju in rižu,
- na kruh namažite kikirikijevo maslo, džem ali med,
- prelijte krompir, meso in zelenjavo z omakami,
- zelenjavi, solatam in sendvičem dodajte kisló smetano ali majonezo,
- na kruh, pecivo, sveže sadje ali krekerje namažite sirni namaz,
- kruhu, zelenjavi in krompirju dodajte topljeni sir,
- dodajte sladoled desertom in gaziranim pijačam,
- pijte homogenizirano mleko,
- pijte mlečne napitke ali vročo čokolado iz polnomastnega mleka,
- žitaricam, toplim napitkom in svežemu sadju dodajte smetano,
- desertom in sadju dodajte stepeno smetano.



- Zagotovite dodatne beljakovine za moč.
Za dodajanje beljakovin:
- naribajte sir po zelenjavi, testeninah, kruhu, enolončnicah in juhi,
- v enolončnice, juhe in omake dodajte narezane ribe, perutnino ali govedino,
- jejte jogurt ali skuto ali jih dodajte jedem,
- primešajte jajca omakam in juham, dodajte jih v pudinge, kolače in jajčne kreme,
- dodajte 3–4 žlice posnetega mleka v prahu na vsako skodelico mleka; tako okrepljeno mleko lahko dodate juham, omakam, umešanim jajcem, enolončnicam, toplim žitaricam, pudingom, jajčnim kremam in mlečnim napitkom,
- uporabite mleko namesto vode za pripravo juhe, omak, toplih žitaric in kakava.

Reference

Rivadeneira, D.E., Envoy, D., Fahey, T.J., Lieberman, M.D. & Daly, J.M. (1998). Nutritional support for cancer patient. *Cancer Clinics*, 48, 69-80.

Seligman, P.A., Fink, R. & Massey-Seligman, E.J. (1998). Approaches to the seriously ill or terminal cancer patient who has a poor appetite. *Seminars in Oncology*, 25 (Suppl 6), 33-34.

PROTOKOL ZA IZVAJANJE HIPODERMOKLIZE

Izvajanje hipodermoklize

Oprema:

- Raztopina za hipodermoklizo po navodilih.
- Levkoplast.
- Primeren sistem.
- Prozorni okluzivni obliž (na primer Tegaderm® ali Op-site®).
- Infuzijski sistem s krilci (metuljček) (23–25 G).
- 70-odstotni izopropilni alkohol, 0,5-odstotni klorheksidin ali povidon jod za razkuževanje.
- Nesterilne rokavice.
- Infuzijska črpalka ali kanila IV (če je potrebno).
- Dolžina igle je odvisna od debeline subkutanega sloja. Če je oseba alergična na kovino ali so potrebne pogoste zamenjave igel, uporabite silikonske kanile, majhne angiokatetre ali kanile tipa soft-set.

Postopek:

- Pojasnite postopek in odgovorite na morebitna vprašanja.
- Umijte si roke in pripravite opremo. Prebrizgajte set za hipodermoklizo, vključno z metuljčkom z raztopino za HDC.
- Oblecite nesterilne rokavice, ki vas bodo ščitile pred stikom s krvjo.
- Izberite mesto vstavka. Vprašajte osebo, katero mesto želi. Priporočena mesta so zgornji del prsnega koša, pod lopatico in na trebuhu. Poskusite se izogniti sprednjemu in lateralnemu delu stegen, če je prisoten edem spodnjega dela telesa ali je oseba aktivna. Izogibajte se trebuhu pri ascitesu, tkivu dojke in lateralni legi na ramenskem obroču. Premislite, kako bo nastavljena igla vplivala na možnost svobodnega gibanja osebe, posebno na gibanje v sklepih in pregibanje telesa. Če so težave z absorpcijo, se priporočata območje prsnega koša in trebuh. Dve mesti za injiciranje se lahko istočasno uporabljata, če so zdravila med sabo nekompatibilna, če je potreben velik volumen tekočine ali se pojavijo težave z enim mestom aplikacije (na primer edem ali počasen pretok infuzije).



- Razkužite izbrano mesto s 70-odstotnim izopropilnim alkoholom ali 0,5-odstotnim klorheksidinom. Pustite, da se posuši. Uporabite povidon jod pri alergiji. Vstavite kanilo. Nežno stisnite del tkiva med kazalec in palec. Vstavite kanilo v bazo tkiva, ki ste ga stisnili, pod kotom 45 stopinj. Pri kahektičnih osebah z minimalno količino subkutanega tkiva je potreben manjši kot oziroma je treba iglo vstaviti čim bolj poševno. Kanila mora ležati v subkutanem prostoru, nad fascijo. Če kanilo vstavite pregloboko, nastane aplikacija IM. Kanila se mora svobodno premikati v subkutanem prostoru. Izberite smer kanile – na prsnem košu lahko kanilo postavite v katero koli smer. Ne vstavljajte kanil v aksilarno območje, ker se raztopina ne absorbira dobro in kanila povzroča težave. Ne uporabljajte zgornjih okončin za HDC, ker je absorpcija slaba.

Ključni nasvet

Ko vstavljate kanilo v abdomen, jo namestite bolj lateralno, da bi preprečili težave pri sedenju in pregibanju. Na območju prsnega koša lahko vstavimo kanilo v katero koli smer, vendar navpična smer prepreči težave v polsedečem položaju.

Opozorilo za zdravstveno osebje

Če opazite refluks krvi, odstranite kanilo. Ponovite postopek z novo kanilo na bližnjem mestu.

- Oskrbite mesto vstavitve. Upoštevajte, da mora biti mesto vstavitve dobro vidno zaradi stalnega nadzora. Kanila in sistem morata biti dobro pritrdjena, da bi se izognili izpadanju sistema.
- Priklopite infuzijski sistem na metuljček.
- Vstavite infuzijski sistem v črpalko (če jo uporabljate) in prilagodite hitrost pretoka. Za pretok večine infuzij je dovolj gravitacija. Črpalko uporabite le, če je potrebno natančno nadziranje hitrosti pretoka tekočin in zdravil.
- Zapišite opravljeni postopek.

Nasveti:

- Če se pojavijo problemi na mestu injiciranja ali je pretok počasen, poskusite za injiciranje uporabiti dve mesti.
- Mesta zamenjamo samo, če je potrebno (pri

nabiranju tekočine, modricah, nejasni bledici, zamakanju tekočine, rdečini ali bolečini na mestu injiciranja). Zapomnite si: rdečina je pogosteje znak vnetja kot posledica manipulacij na mestu injiciranja (na primer vstavljanje kanile na novem mestu, zamenjava obliža). Zamenjajte mesto injiciranja ob prvih znakih vnetja. Če je rdečina posledica manipulacij, pustite kanilo na starem mestu, vendar ga pogosteje nadzirajte. Kanile tipa soft-set ali silikonski katetri (majhni angiokatetri, velikosti 24 G ali manj) se lahko uporabijo pri alergiji na kovino.

- Lega mesta za injiciranje: vprašajte osebo, katero mesto želi. Primerne lege so: trebuh, prsni koš (izogibajte se tkivu dojke), stegna in lopatica. Upoštevajte, kako bo nastavljena igla vplivala na možnost svobodnega gibanja osebe, posebno na gibanje v sklepih in pregibanje telesa. Če so problemi z absorpcijo, se priporočata območje prsnega koša in trebuh. Zapomnite si: ne uporabljajte zgornjih okončin za hipodermoklizno.
- Priprava mesta: uporabite 0,5–odstotni klorheksidin ali 70–odstotni izopropilni alkohol. Pri alergijah na te priporočene raztopine uporabite povidon jod. Zapomnite si: izbrano mesto mora biti suho pred vstavljanjem kanile.
- Oskrba mesta vstavitve: prozorni obliž je najustreznejši, ker varuje mesto in omogoča dober nadzor, na primer Tegaderm® ali Op-site®.

Sistemske komplikacije pri HDC

- Če opazite zvišanje pulza, krvnega pritiska in edeme (posebno na medenici, spodnjih okončinah in spolovilu), zmanjšajte hitrost infuzije in obvestite zdravnika, ki nadzoruje stanje osebe.

Reference

Regional Palliative Care Program Guidelines, Capital Health, (March, 2001), Hypodermoclysis Administration. Dostopno na spletni strani www.palliative.org

Macmillan K., Pedan J., Hopkinson J. & Hycha D. (2000). A caregiver's guide. The palliative Care Association of Alberta and Military and Hospitaler Order of St. Lazarus of Jerusalem, 138–139



DODATEK I

Vzdrževanje rednega odvajanja pri posameznikih, ki stalno jemljejo opioide

- Mehčalce blata in propulzive je treba dajati redno, NE po potrebi, ampak od samega začetka zdravljenja z opiodi. Običajni začetni odmerek je 1–2 tbl. pripravka sene (Verolax®) na dan ali 1–2 tbl. bisakodila (Dulcolax®). Prilagodite odmerke in pogostost dajanja po potrebi, da bi zagotovili odvajanje mehkega, formiranega blata vsak dan ali vsak drugi dan. Če se pojavi driska (na primer zaradi obsevanja medeničnega območja ali kemoterapije), prekinite dajanje odvajal do prenehanja driske.
- Svečke s kontaktnim odvajalom (na primer bisakodil - Dulcolax®), manjši in hitrejši klistirji: dajte svečko ali naredite klistir, če oseba ne odvaja blata tri dni in če svečka ne učinkuje.

Če ...

- so svečke, manjši in hitrejši klistirji neučinkoviti ... jih ponovite,
- še vedno ni učinka ... naredite klistir z viskozno oljno raztopino, ki se bo dlje časa zadržala v črevesju,
- še vedno ni učinka ... naredite klistir z milno raztopino (čeprav nadraži sluznico in se po navadi slabo prenaša).

Nekateri protokoli priporočajo klistir s tekočo vodo rajši kot z milno raztopino. Posebno pozornost je treba posvečati odstranjevanju viskozne oljne raztopine.

Opozorilo za zdravstveno osebje

Prepričajte se, ali ni prisotna črevesna obstrukcija, PREDEN začnete uporabljati agresivna odvajala in klistirje. Taki postopki so kontraindicirani pri črevesni obstrukciji, razen če je obstrukcija posledica obstipacije.

- Za adekvatno odvajanje bo mogoče treba dodati še 30 ml laktuloze trikrat na dan.
- Občasno bodo potrebna dodatna peroralna odvajala, kot je magnezijev citrat (1 steklenica na 24 ur), posebno če nativna rtg–slika abdominalna pokaže veliko količino blata v zgornjem in prečnem kolonu.

Klinični nasvet

Dober učinek odvajal in klistirja še ne pomeni, da je obstipacija odpravljena. Signoidni del je lahko prazen, v ostanku črevesja pa je lahko še veliko blata.

Priporočila za ohranjanje energije

Pri vsakdanjih aktivnosti:

- Umivajte se v sedečem položaju. Oblecite frotirni kopalni plašč, da se posušite.
- V kopalnico vgradite prečke za oprijem.
- Uporabljajte povzdignjene straniščne školjke.
- Razmestite stole na strateških mestih v hiši, da se lahko občasno spočijete.
- Izberite čevlje, ki jih je zelo preprosto obuvati, in bluže oziroma srajce z zadrگو ali gumbi.

V gospodinjstvu:

- Razporedite opravljanje gospodinjskih opravil skozi cel teden.
- Opravljajte gospodinjska opravila v sedečem položaju, če je mogoče – koristne so krpe za brisanje tal z dolgim ročajem. Likajte sede.
- Težja gospodinjska opravila, kot sta nakupovanje in pranje perila, prepustite drugim.
- Predmetov ne dvigujte, premikajte jih z vlečenjem in drsenjem.
- Prenehajte delati, preden se utrudite.

Pri nakupovanju:

- Sestavite si nakupovalni seznam in pri tem upoštevajte razpored v trgovini.
- Uporabite nakupovalni voziček za oporo.
- Nakupujte v času najmanjše gneče.
- Zahtevajte pomoč pri odhodu do avta.

Pri pripravljanju jedi:

- Uporabljajte primerno hrano oziroma hrano, ki jo je lahko pripraviti.
- Jedi pripravljajte sede.
- Posodo namočite in je ne drgnite, pustite jo posušiti.
- Pripravite dvojno količino hrane in polovico zamrznite.
- Uredite okolje tako, da so vam stvari, ki jih pogosto potrebujete, pri roki.

Pri skrbi za otroke:

- Načrtujte aktivnosti, pri katerih lahko sedite (risanje, igranje iger, branje, računalniške igre).
- Poučite otroke, naj se vam sami povzpnejo v naročje, da jih ni treba dvigovati.
- Otroci naj se igrajo gospodinjska opravila, da vam bodo z veseljem pomagali.
- Varstvo otrok prepustite drugim, če je mogoče.



V službi:

- Razporedite delovne obveznosti tako, da najbolj izkoristite obdobja največje energije. Zamenjajte telesno zahtevne naloge s tistimi, ki jih lahko opravljate sede.
- Uredite delovno okolje tako, da so vam sredstva in oprema, ki jih pogosto potrebujete, pri roki.

V prostem času:

- Opravljajte aktivnosti v družbi.
- Izberite ustrezne aktivnosti v skladu s svojo energijo.
- Uskladite aktivnosti in počitke, da se ne preutrudite.

Reference

Donovan, E. (1995). "Energy conservation". Educational program sponsored by Oncology Nursing Society and Ortho Biotech Inc.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-036.8-083(035)

POGOSTA vprašanja v paliativni oskrbi / [uredili Jernej
Benedik ... et al.] - Ljubljana : Onkološki inštitut, 2008

Prirejeno po: 99 common questions (and more) about
hospice paliative care

ISBN

1. Benedik, Jernej
237775872