

POSEBNOSTI FIZIOTERAPIJE PRI BOLNIKI Z RAKOM

SPECIAL CHARACTERISTICS OF PHYSICAL THERAPY IN CANCER PATIENTS

Edita Rotner, dipl. fiziot.

Enota za fizioterapijo in rehabilitacijo, Onkološki inštitut, Ljubljana

Povzetek

Avtorica v članku predstavlja vlogo fizioterapije pri bolnikih z rakom. Osredotoči se na pomembnost ocenjevanja bolnikovega stanja v času zdravljenja rakave bolezni in v fizioterapevtsko obravnavo bolnikov z rakom, katere cilj je, da bi bolniki čim dalj ohranili samostojnost in živeli čim bolj kakovostno.

Ključne besede:

fizioterapija, bolniki z rakom, posebnosti

Summary

The article discusses the role of physical therapy in patients with cancer. It focuses on the importance of the assessment of a patient's condition during cancer treatment and physical therapy aimed at promoting the patient's independence and quality of life.

Key words:

physical therapy, patients with cancer, special characteristics

UVOD

Na Onkološkem inštitutu sta fizioterapija in rehabilitacija sestavni del v procesu zdravljenja bolnika z rakom, ki z uporabo metod gibalne terapije in fizikalnih sredstev vzdržuje, vzpostavlja ali izboljšuje njegove psihofizične sposobnosti in zmogljivosti. Cilji fizioterapije izhajajo iz posledic bolezni, pri tem pa upoštevamo tudi prognozo zdravljenja bolezni. V procesu zdravljenja se fizioterapija tesno prepleta z drugimi metodami zdravljenja in je za samo zdravljenje nepogrešljiva. Fizioterapevt mora sproti skrbno ocenjevati bolnikovo stanje in temu prilagajati fizioterapevtski program.

Področja, na katerih so fizioterapevti vključeni v proces zdravljenja, lahko zaradi posebnosti pri obravnavi razdelimo na:

- ambulantna fizioterapija
- kirurški oddelek
- internistični oddelek
- radioterapevtski oddelek
- paliativni oddelek

KIRURŠKI ODDELEK

Na intenzivnem in pooperacijskem oddelku obravnavamo bolnike po ginekoloških in abdominalnih operacijah, po operacijah na kostnem in mišičnem tkivu, po amputacijah

udov, po operacijah dojk, resekcijah bezgavk in po operacijah na ščitnici. Potek rehabilitacije na teh dveh oddelkih je običajno predvidljiv.

Vsi bolniki imajo že prvi dan po operaciji intenzivno respiratorno terapijo, s katero želimo izboljšati pljučno funkcijo in s tem preprečiti zaplete, ki so posledica slabe predihanosti. Pri terapiji uporabljamo aktivne in pasivne metode.

Prvi dan po operaciji začnemo tudi z mobilizacijo bolnikov, in sicer: bolnike posedamo, pomagamo jim, da vstanejo, če je le mogoče, poskusimo tudi s hojo. Naslednje dni se bolniki večkrat na dan samostojno usedajo in vstajajo in tretji dan že tudi (če je le mogoče) samostojno hodijo. Bolnike, ki so bili operirani na kostnem ali mišičnem tkivu in pri hoji potrebujejo pripomoček, naučimo hoje z berglami ali s hoduljo.

Fizioterapevtski program prilagajamo trenutnemu kliničnemu stanju bolnikov, če je operativni poseg bolj obsežen ali če nastopijo zapleti.

Fizioterapija po operaciji raka dojke (RD)

Fizioterapija ni potrebna po kirurški biopsiji tkiva in po lokalnih ekscizijah, ko bezgavk ne odstranijo, ter po biopsiji prve bezgavke. Te bolnice običajno nimajo težav pri gibanju. Nujno potrebna pa je po kvadrantektomiji in radikalni mastektomiji z odstranitvijo pazdušnih bezgavk.

Največja težava so posledice odstranitve bezgavk v pazduhi.

Bolnice morajo začeti z lažjimi vajami že prvi dan po operaciji oz. po odstranitvi kompresijskega povoja. Navajamo jih uporabljati roko pri oblačenju, česanju, hranjenju in pri drugih dnevnih aktivnostih. Pri vajah je poudarek na ohranjanju popolne gibljivosti roke na tisti strani, kjer so bile operirane. Ker je večina bolnic odpuščena domov že drugi dan po operaciji, jim damo navodila, kako naj doma vadijo, in kako naj roko uporabljajo. Vsako bolnico povabimo, naj se v naši ambulanti oglasi po petem pooperacijskem dnevu. Takrat jih vključimo v program rehabilitacije, pri kateri je poudarek na vajah za raztezanje, vajah za ponovno pridobivanje moči mišic roke in navodilih za čim boljše in hitrejše vključitev v aktivno življenje. Osnovni pogoj za uspešno rehabilitacijo bolnic po operaciji RD je, da jih pritegnemo k aktivnemu sodelovanju in zdravljenju. Potrebna je učinkovita rehabilitacija, da bi vzpostavili takšno funkcijo roke kot je bila pred operacijo in s tem tudi zmanjšali možnost za nastanek limfedema in kronične bolečine (1).

Bolnicam iz oddaljenih krajev, ki individualno fizioterapevtsko obravnavo še potrebujejo, pa ne morejo priti na dodatno zdravljenje na Onkološki inštitut v Ljubljani, svetujemo, naj s fizioterapijo nadaljujejo v domačem kraju.

V ambulantni fizioterapiji nadaljujemo z rehabilitacijo bolnic po operaciji RD.

Na Onkološkem inštitutu v Ljubljani izvajamo tudi kombinirano terapijo za zmanjšanje limfedema. Bolnice prihajajo na prvo ali obnovitveno terapijo večkrat letno. Kombinirana terapija vključuje: ročno ali aparaturno limfno drenažo, vaje za zmanjšanje edema, kompresijsko povijanje oz. namestitve kompresijskega oblačila in navodila za nego kože.

INTERNISTIČNI, RADIOTERAPEVTSKI IN PALIATIVNI ODDELKI

Na teh oddelkih obravnavamo bolnike, ki prejemajo kemoali radioterapijo kot prvo zdravljenje ali pri napredovali bolezni in bolnike, ki so sprejeti v paliativno obravnavo. Simptomatika bolnikov, ki jih obravnavamo, je na teh oddelkih podobna.

Cilj obravnave izhaja iz posledic bolezni in prognostičnih pričakovanj. Postavljanje in doseganje ciljev pri vsakem bolniku je individualno in je odvisno od različnih dejavnikov, kot so: vrsta in stadij rakave bolezni, druge spremljajoče bolezni in bolnikove telesne sposobnosti. Z aktivnim bolnikovim sodelovanjem je fizioterapija uspešnejša.

Stranski učinki onkološkega zdravljenja ali napredovanje bolezni so tisti dejavniki, ki včasih fizioterapevtsko obravnavo tudi onemogočijo.

Stanja, ki obravnavo mnogokrat preprečijo, so:

- bolečine,
- slabost oziroma bruhanje,
- huda omotičnost (zaradi prejetja opiatov in drugih zdravil),
- možnost patoloških zlomov,
- dihalne stiske, hipoksija,
- povišana telesna temperatura,
- splošno poslabšanje stanja.

Klinične slike za fizioterapijo na teh oddelkih so:

- para- oziroma tetrapareza ali -plegija,
- hemipareza ali -plegija,
- motnje ravnotežja in koordinacije,
- splošna oslabelost zaradi stranskih učinkov zdravljenja ali napredovanja bolezni,
- stanje po patoloških zlomih,
- respiratorne težave.

Pri fizioterapevtski obravnavi bolnikov upoštevamo smernice zdravljenja, ki jih njihovo zdravstveno stanje zahteva, vendar pa moramo zaradi poteka in razvoja osnovne bolezni pri teh bolnikih mnogokrat spreminjati cilje in načine obravnave, kar od nas zahteva, da cilje in obravnavo sproti prilagajamo in spreminjamo. S svojim znanjem in fizioterapevtskimi metodami moramo bolnikom omogočiti, da bi ohranjali aktivnost in samostojnost ter čim boljše kakovost življenja tako dolgo, kot je le mogoče. Pri tem je pomembno sodelovanje z drugimi zdravstvenimi delavci, da bi bili bolniki enako samostojni, tako pri gibanju kot tudi pri negi in hranjenju.

S pasivnim razgibavanjem, s spreminjanjem bolnikovega položaja in z dihalnimi vajami mu zmanjšamo bolečine in povečamo ugodje v obdobju, ko sam tega ne zmore. Z drenažnimi položaji in asistiranim izkašljevanjem pa mu olajšamo dihanje (2).

Poleg strokovnega dela je za boljše počutje bolnikov pomemben tudi pogovor z njimi, poučevanje o vprašanih njihovega okrevanja in bodočega življenja ter o tem, kako naj živijo z omejenimi sposobnostmi. Prav tako pa je pomemben fizioterapevtov pozitiven odnos do bolnikov, empatija in predvsem razumevanje bolnikove stiske.

K okrevanju bolnikov veliko prispevajo tudi svojci. Velikokrat jim je treba prisluhniti, kako bolnikovo bolezen doživljajo, ker na ta način tudi lažje obvladujejo težave. Pogovor z njimi in poučevanje o tem, kako premagovati vsakodnevne bolnikove težave, tudi njim olajšajo tegobe ob spremljanju bolezni bližnjega. Fizioterapija je usmerjena k doseganju kar najboljše bolnikove kakovosti življenja. Cilj je bolnikom z zmanjšanimi sposobnostmi pomagati, da bi dosegli čim večjo samostojnost. Fizioterapevtske metode moramo prilagoditi spremenjenim potrebam bolnika. Terapija ni vedno povsem uspešna, vendar je že majhen napredek ali izboljšano stanje vredno truda (3).

Fizioterapevti na Onkološkem inštitutu se srečujemo s strahom bolnikov, z njihovim soočanjem z boleznijo in njenimi posledicami, s spremembo njihovih življenjskih razmer in z njihovim strahom pred smrtjo. Tako bolnik, kot tudi terapevti težko sprejmemo dejstvo, da njegova bolezen vodi h koncu življenja. Bolnikom ne smemo resnice vsiljevati, ampak jih moramo z realnostjo soočiti na drugačen način, vendar nikoli tako, da bi izgubili upanje in voljo do življenja. Pomembna je povezanost z bolniki, da se ne bi počutili osamljene v svojih stiskah. Bolezen prizadene človeka kot celoto, torej enovitost telesa in duha.

Pri dolgoletnem delu z onkološkimi bolniki ne gredo mimo nas usode bolnikov, ampak se soočamo tudi z lastno stisko in strahovi. Včasih se težko sprijaznimo z bolnikovo smrtjo in jo doživljamo kot lasten neuspeh. Ob tem spoznavamo našo krhkost in minljivost.

Spremembe vrednot nam omogočajo, da v prostem času najdemo srečo in veselje v preprostih stvareh in s tem tudi sebi zmanjšamo poklicno izgorevanje. Če pa se znamo bolniku približati s celostnim pogledom, in z našo strokovno-tehnično usposobljenostjo bolezen osmislimo, lahko vsak klinični primer spremenimo v srečanje s človekom (4).

Literatura:

1. Lahajnar-Čavlovič S. Bolečina po operaciji raka dojke: rezultat raziskave med bolnicami na Onkološkem inštitutu v Ljubljani. *Onkologija* 2007 dec.; 11(2): 114-118.
2. Rotner E. Fizikalna terapija in rehabilitacija onkološkega bolnika In: Velepč M, ur. *Priročnik iz onkološke zdravstvene nege in onkologije*. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2000: 173-181.
3. The Chartered Society of Physiotherapy. The role of physiotherapy for people with Cancer – CSP position statement. London: The Chartered Society of Physiotherapy, 2003. <http://www.csp.org.uk> (08.01.2008)
4. Papeški svet za pastoralo zdravstvenih delavcev [pripravil]. *Listina zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Družina, 2000. (Cerkveni dokument ; 88)