

*Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –
Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*



**SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOVV ONKOLOGIJI**



37. STROKOVNI SEMINAR

**“BOLNIK Z RAKOM
NA ZDRAVLJENJU DOMA -
PRIPOROČILA ZA ZDRAVSTVENO NEGO”**

Rogaška Slatina, 4. in 5. 3. 2010

*Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –
Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*



**SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V ONKOLOGIJI**



37. STROKOVNI SEMINAR

**“BOLNIK Z RAKOM
NA ZDRAVLJENJU DOMA -
PRIPOROČILA ZA ZDRAVSTVENO NEGO”**

Rogaška Slatina, 4. in 5. 3. 2010

Uredniki:

Amela Duratović, univ. dipl. kom.

Mojca Kotnik, prof. zdr. vzg.

Katarina Lokar, prof. zdr. vzg.

Strokovna recenzija prispevkov:

Marjana Bernot, dipl. m. s., univ. dipl. org.

Katarina Lokar, prof. zdr. vzg.

Mojca Kotnik, prof. zdr. vzg.

Izdala in založila:

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Lektorirala:

Amela Duratović, univ. dipl. kom.

Oblikovanje in tisk:

Fotacop, d.o.o.

Naklada:

230 izvodov

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

616-006-083(082)

649-056.24(082)

ZBORNICA zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji. Strokovni seminar (37 ; 2010 ; Rogaška Slatina)

Bolnik z rakom na zdravljenju doma - priporočila za zdravstveno nego / Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, 37. strokovni seminar, Rogaška Slatina, 4. in 5. 3. 2010 ; [uredniki Amela Duratović, Mojca Kotnik, Katarina Lokar]. -

Ljubljana : Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege - Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2010

ISBN 978-961-6424-97-4

1. Gl. stv. nasl. 2. Duratović, Amela
249924352

VSEBINA

<i>Katarina Lokar, prof. zdr. vzg.: Spremna beseda k zborniku</i>	5
Varna in pravilna raba peroralnih zdravil za sistemsko zdravljenje raka Monika Sonc, mag. farm., spec., Andreja Eberl, mag. farm.	7
Vloga medicinske sestre pri spremljanju bolnic z rakom dojk na hormonskem zdravljenju Suzana Mlaker, dipl. m. s., Danijela Pušnik, dipl. m. s.	14
Intravenozno sistemsko zdravljenje z elastomersko črpalko bolnika na domu: predstavitev primera Snežana Umičević, dipl. m. s.	21
Priprava in spremljanje bolnika, ki se zdravi ambulantno s kemoterapijo Biserka Petrijevčanin, viš. m. s., Ana Istenič, dipl. m. s.	26
Prehranska obravnava onkološkega bolnika, ki je na ambulantnem onkološkem zdravljenju Denis Mlakar Mastnak, dipl. m. s., spec. klin. diet., Irena Sedej, univ. dipl. inž. živil. tehn.	31
Organizacija paliativne oskrbe v Sloveniji: prednosti in ovire Andreja Peternelj, dipl.m.s.	43
Posebnosti dovajanja zdravil v paliativni oskrbi in hidracija bolnika s hiperdermokitizo Boštjan Zavratnik, dipl. zn., Marjana Trontelj, dipl. m. s., spec. periop. zn.	49
Priporočilo za zdravstveno nego pri zdravljenju bolečine na domu Mira Logonder, viš. med. ses., Helena Božič, dipl. m. s.	60
Psihosocialna in duhovna oskrba bolnika in njegove družine v zadnjem obdobju življenja mag. Klelija Štrancar, univ. dipl. teol., Tanja Žagar, univ. dipl. psih.	69

Model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju pri bolniku v terminalni fazi življenja	
Andreja Vrtovec, dipl. m. s., spec.	76
Bolnik z rakom, ki se zdravi s kisikom na domu	
Peter Koren, dipl. zn., spec. manag., Nataša Žižmond, dipl. m. s.	86
Socialna oskrba bolnikov z rakom	
Leonida Marinko, dipl. soc. del.	95
Podporna zdravstvena nega: ali rehabilitacija izboljša kakovost življenja?	
mag. Albina Bobnar, viš. m. s., prof. defekt.	100
Rehabilitacija bolnikov z izločalno, hranilno in dihalno stomo ter težave, s katerimi se soočajo po odpustu iz bolnišnice	
Helena Uršič, viš. m. s., ET	114
Vloga medicinske sestre pri laringektomiranem bolniku ob odpustu iz bolnišnice	
Jožica Vrečko, dipl. m. s., Nada Urek Krajnc, zt.	118
Oskrba pooperativne rane na domu	
Ksenija Peterlin, dipl. m. s., Vesna Ostrožnik, dipl. m. s., Slavica Živič, viš. med. ses.	128
Uporaba terapije VAC na domu	
Slavica Živič, viš. med. ses., Vesna Ostrožnik, dipl. m. s., Ksenija Peterlin, dipl. m. s.	135

UVODNIK:

BOLNIK Z RAKOM NA ZDRAVLJENJU DOMA — IZZIVI ZA ZDRAVSTVENO NEGO

Katarina Lokar, prof. zdr. vzg.

Onkološki inštitut Ljubljana

V preteklosti se je glavnina zdravstvene oskrbe bolnikov, tudi bolnikov z rakom, odvijala v bolnišničnem okolju. Bolniki niso bili hospitalizirani le zaradi zdravljenja bolezni. Pogosti razlogi za hospitalizacijo so bile tudi diagnostične preiskave, rutinska zdravstvena oskrba ali rehabilitacija, potreba po zdravstveni negi ali socialne okoliščine bolnika. Razvoj znanosti in tehnologije v zdravstvu je prinesel podaljšanje življenjske dobe in preživetje bolezni, ki so bile včasih neozdravljive. Za današnji čas je značilno še staranje prebivalstva in posledično povečanje števila bolnikov s kroničnimi boleznimi, tudi bolnikov z rakom, kar je povzročilo povečane potrebe po hospitalizaciji. Ker pa so s hospitalizacijo povezani visoki stroški ter visoko specializirana medicinska tehnologija, ki še dodatno podraži oskrbo v bolnišnici, se zdravstvena obravnava seli iz bolnišnic v dnevne bolnišnice, ambulante in na bolnikov dom. Hospitalizacija pretežno prihaja v poštev ob diagnostiki in pri zdravljenju resnih akutnih bolezni ter kompleksnih kroničnih bolezni.

Današnji bolniki se tudi »spreminjajo«. Imajo več znanja in so bolj osveščeni, znajo poiskati informacije, se zavedajo svojih pravic ter ne sprejemajo odločitve zdravnika oz. medicinske sestre samoumevno (»zdravnik ve najbolje«), ampak želijo argumente, utemeljitve, zavračajo pokroviteljski odnos in želijo partnerstvo oz. sodelovanje. Po drugi strani pa prenos zdravljenj iz bolnišničnega v ambulantno in domače okolje pomeni tudi večjo vlogo in odgovornost bolnika v procesu zdravljenja in posledično večjo potrebo po informacijah, izobraževanju, zdravstveni vzgoji in svetovanju.

Ključno vprašanje je, ali se je sistem zdravstvenega varstva prilagodil spremenjeni zdravstveni obravnavi bolnikov? Moje mnenje je, da premalo in da se to odvija veliko prepočasi. Poleg tega pa tudi neusklajeno z izobraževalnim in socialnim sektorjem, ki sta pomembno povezana s sistemom zdravstvenega varstva. Svojo trditev bi podkrepila z dejstvom, da ponudba tako kvantitativno kot kvalitativno ni usklajena s potrebami in pričakovanji bolnikov. Vzrokov za tako stanje je več. Problem predstavlja način financiranja zdravstvenih storitev. Obstoječi sistem zdravstvenega varstva je razdrobljen, kar pomeni, da zdravstvene organizacije in interesne skupine

sledijo pretežno lastnim ciljem, ni pa skupnega cilja. Pesti nas pomanjkanje kadra, tudi pomanjkanje kadra s specifičnimi znanji. V današnjem sistemu zdravstvenega varstva je nosilec zdravstvene oskrbe izključno zdravnik. Vse navedeno otežuje fleksibilnost obravnave in prehajanje bolnika med različnimi nivoji zdravstvenega varstva ter vpliva na kontinuiteto, kakovost in varnost zdravstvene oskrbe. Prav tako prevladuje pretežno fizični vidik oskrbe, zanemarjamo pa čustvene in socialne vidike.

Ker dejavnost zdravstvene nege ne deluje v izolaciji, ampak je eden od elementov sistema zdravstvenega varstva, doživlja enake spremembe in podobne ovire. Medicinske sestre, še posebno v kliničnem okolju, pretežni del svojega časa in energije porabimo za izvajanje del po naročilu zdravnika, zato imamo malo priložnosti za neodvisno delovanje, ki bi izboljšalo oskrbo bolnikov, saj je ključna značilnost zdravstvene nege celostna obravnava človeka. Sprememba v obravnavi bolnikov je za medicinske sestre priložnost za širitev neodvisnega delovanja. Ali bomo to priložnost izkoristili? Ali se bomo odzvali na potrebe in pričakovanja bolnikov? Smo tisti zdravstveni delavci, ki največ časa preživimo ob bolniku, zato imamo dober vpogled v težave, s katerimi se bolniki soočajo v našem zdravstvenem sistemu. Ali bomo opozarjali na probleme bolnikov, na pomanjkljivo oskrbo itd.? Ali bomo razvijali nove modele prakse, ki jih narekujejo potrebe bolnikov, znanstvena dognanja in razvoj tehnologij, ali pa bomo raje pasivni opazovalci in bomo delali po modelih, ki jih bodo razvili drugi? Odločitev je naša. A ne pozabimo, da imamo do bolnikov tudi odgovornost.

VARNA IN PRAVILNA RABA PERORALNIH ZDRAVIL ZA SISTEMSKO ZDRAVLJENJE RAKA

Monika Sonc, mag. farm., spec.

Onkološki inštitut Ljubljana

Andreja Eberl, mag. farm.

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Kljub temu, da je bila večina protitumorskih zdravil v začetni fazi razvita za intravensko aplikacijo, je peroralna uporaba prijaznejša do bolnika in omogoča večjo kontinuiteto zdravljenja, nižji so tudi stroški. Možnost slabšega sodelovanja bolnika ali z navodili neskladnega jemanja zdravil se lahko omeji z dobrim informiranjem bolnika o lastnostih zdravila, morebitnih neželenih učinkih, interakcijah in režimu jemanja zdravila. Ker so protitumorska zdravila teratogena, mutagena in reprotoksična, je treba bolnika dobro podučiti o shranjevanju zdravila in načinu jemanja.

Ključne besede: farmakokinetika, farmakodinamika, neželeni učinki, interakcije

Uvod

Sistemsko zdravljenje raka je najmlajši način zdravljenja raka. Največji razmah je doživelo v zadnji tretjini prejšnjega stoletja z razvojem kemoterapevtikov in hormonskih zdravil. Z razvojem protitumorskih zdravil se je bistveno izboljšala ozdravljivost pri nekaterih vrstah raka – levkemijah, limfomih, osteogenih sarkomih in raku mod. V večjem obsegu so v zgodnjih stadijih postali ozdravljivi tudi nekateri pogosti raki: rak dojke, debelega črevesja, jajčnikov, pljuč in prostate. Zelo se je izboljšalo tudi podporno zdravljenje bolnikov. V terapijo so bili uvedeni učinkoviti antiemetiki, rastni dejavniki, izboljšala se je protibolečinska terapija in na pomenu je pridobila prehranska podpora bolnika. Neželeni učinki kemoterapije so se tako zmanjšali in povečala se je kakovost življenja bolnikov z rakom.

V zadnjem času je v ospredju molekularna onkologija, od katere si v prihodnosti obetamo, da bo omogočila individualno, posameznemu tumorju prilagojeno zdravljenje. S pristopi molekularne onkologije in poznavanjem biologije rakave celice je mogoče razpoznavati tarče na malignih celicah in razvijati zdravila, ki so usmerjena

proti identificiranim tarčam. Taka zdravila delujejo na rastne dejavnike na površini celice ali pa na signalne poti znotraj tumorske celice. Med temi zdravili je v zadnjem času vedno več peroralnih zdravil, s katerimi se bolniki zdravijo doma in prihajajo v bolnišnice le na kontrole. Bolnik mora zato imeti popolno informacijo o zdravilu, njegovem delovanju, možnih neželenih učinkih, o možnostih preprečevanja ali vsaj zmanjšanja obsega neželenih učinkov ter o možnih interakcijah z drugimi zdravili, ki jih bolnik jemlje. Našteto bo pomembno vplivalo na njegovo redno, z navodili skladno jemanje zdravil in vzdrževanje terapevtskih koncentracij zdravilnih učinkovin, kar je ključno za učinkovito premagovanje bolezni.

Večina protitumorskih zdravil je bila v začetni fazi razvita za parenteralno aplikacijo. Prednosti iv. aplikacije pred peroralno so: manjša pogostost toksičnih učinkov na gastrointestinalni trakt, večja biološka razpoložljivost in hitrejši farmakodinamični učinki, manjša verjetnost intra- in interindividualnih razlik v izpostavljenosti učinkovini ter možnost spreminjanja hitrosti apliciranja zdravila in po potrebi prekinitve aplikacije. Na drugi strani je peroralna aplikacija zdravil boljša, ker so z intravensko aplikacijo povezane okužbe katetrov in infekcije in je večja verjetnost za nastanek tromboze in možnost ekstrapozicije (Sparreboom et al., 2002). Tudi farmakoeekonomske raziskave dajejo prednost peroralnim terapijam. V raziskavi so Liu in sodelavci ugotovili, da bi približno 90 odstotkov bolnikov raje izbralo peroralno kemoterapijo kot intravensko, predvsem zato, ker aplikacija ne poteka v bolnišničnem okolju in zaradi slabih izkušenj z iv. aplikacijo.

Peroralna zdravila za sistemsko zdravljenje raka

V Sloveniji je registriranih 25 peroralnih učinkovin z delovanjem na novotvorbe. Od tega je osem učinkovin iz skupine zdravil za endokrino zdravljenje in 17 citostatikov, med katerimi je sedem predstavnikov inhibitorjev proteinskih kinaz. Nova zdravila za zdravljenje raka so slovenskim bolnikom hitreje dostopna kot v preteklosti. V zadnjem desetletju opažamo progresivno rast trga onkoloških zdravil v večini evropskih držav in s tem tudi dostopnosti teh zdravil bolnikom (Kos, Obradovič, 2009).

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje klasifikacijo ATC kot sistem za razvrstitev zdravil. Učinkovine za zdravljenje raka lahko v grobem razdelimo na tri skupine: citostatike, tarčna zdravila in učinkovine, ki delujejo na hormonski sistem. Po klasifikaciji ATC uvrščamo vsa peroralna zdravila za zdravljenje raka v skupini L01 in L02. Preglednica 1 podaja pregled vseh v Sloveniji registriranih učinkovin v peroralnih zdravilih za zdravljenje raka (Baza podatkov o zdravilih, JAZMP, 2010).

Preglednica 1: Pregled v Slovenji registriranih učinkovin v peroralnih zdravilih za zdravljenje raka

L01 – Zdravila z delovanjem na novotvorbe - citostatiki		
L01A – Alkilirajoči citostatiki	L01AA – Analogi dušikovih iperitov	ciklofosamid, klorambucil
	L01AX – Drugi	temozolomid
L01B - Antimetaboliti	L01BA – Analogi folne kisline	metotreksat
	L01BB – Analogi purinskih baz	fludarabin, merkaptopurin
	L01BC – Analogi pirimidinskih baz	kapecitabin
L01C – Rastlinski alkaloidi	L01CB – Derivati podofilotoksina	etopozid
L01X - Drugi citostatiki	L01XE – Inhibitorji proteinske kinaze	dasatinib, erlotinib, imatinib, lapatinib, nilotinib, sorafenib, sunitinib
	L01XX- Drugi	topotekan, hidroksisečnina
L02 – Endokrino zdravljenje		
L02A- Hormoni	L02AB – Progesteroni	medroksiprogstron, megestrol
L02B – Hormonski antagonisti	L02BA – Antiestrogeni	tamoksifen
	L02BB – Antiandrogeni	flutamid, bikalutamid
	L02BG - Zaviralci encimov	anastrozol, eksemestan, letrozol

Poraba peroralnih zdravil iz skupine L po klasifikaciji ATC v zadnjih letih hitro narašča predvsem na račun novih tirozinkinaznih inhibitorjev, velik delež predstavljajo tudi hormonska zdravila - tamoksifen, bikaltamid, anastrozol in letrozol.

Prednosti in slabosti peroralne terapije

Zdravljenje s peroralnimi zdravili je bolniku prijaznejše, saj se zdravljenje odvija na domu in bolnik hodi v bolnišnico le na kontrole. Hkrati ta način zdravljenja prinaša s seboj tudi določena tveganja. Bolniki lahko dobijo občutek, da gre za nezapleteno terapijo, ki ne zahteva posebne pozornosti, in je zato vprašljivo sodelovanje bolnika pri zdravljenju. Obstaja nevarnost, da bo bolnik izpuščal posamezne odmerke, zdravilo jemal nepravilno zaradi neobičajnih shem ali pa spregledal neželene učinke ali posledice interakcij zdravil. Opisane nevarnosti tako lahko pripomorejo k zmanjšanju učinkovitosti peroralne terapije.

Bolnikovo doslednost za upoštevanje navodil za jemanje peroralnih protitumorskih zdravil lahko povečamo z raznimi ukrepi, kot so stalno dokumentiranje pravilnega jemanja zdravil (bolnik vodi dnevnik) in temeljito svetovanje in podpora bolniku s strani zdravstvenih delavcev. Bolnik si bo zapomnil informacije, ki jih sliši večkrat. Zdravniki so pogosto zaskrbljeni glede sodelovanja bolnikov pri jemanju peroralnih citostatikov, medtem ko pri hormonski terapiji sodelovanje naj ne bi bilo večji problem. Randomizirane klinične študije s kapecitabinom so pokazale, da je pri peroralni terapiji s citostatiki manj toksičnih učinkov in enak ali celo boljši izid zdravljenja v primerjavi z iv. terapijo (Twelves et al. 2001 in Hoff et al. 2001).

Medsebojno delovanje zdravil

Bolniki z rakom poleg citotoksičnih zdravil v večini primerov uporabljajo še zdravila za lajšanje težav, povezanih z zdravljenjem. Za bolnika pomeni to boljše prenašanje terapije in hitrejše zdravljenje, hkrati pa je s tem povezano tudi večje število težav zaradi medsebojnega delovanja zdravil. Tem učinkovinom se pridružijo še učinkovine za zdravljenje kroničnih bolezni. Posledica interakcij zdravil je lahko bodisi zmanjšan učinek zdravil, lahko pa pride do toksičnega delovanja. Vsekakor niso vse interakcije škodljive, niti niso vse klinično pomembne, vendar lahko nekatere privedejo celo do smrti.

Učinek medsebojnega delovanja zdravil ni odvisen le od zdravilnih učinkovin samih, temveč tudi od zaporedja aplikacij zdravil, časovnih razmikov med aplikacijami, farmacevtskih oblik, načinov aplikacije in odmerka. Vse interakcije se klinično ne izrazijo pri vsakem bolniku, lahko se izrazijo različno intenzivno. Med bolj izpostavljene zaradi spremenjenega delovanja ledvic in jeter uvrščamo otroke in starostnike. Poseben problem predstavljajo učinkovine z ozkim terapevtskim oknom, pri katerih plazemskih koncentracij ne spremljamo rutinsko.

Ločimo fizikalno-kemijske, farmakokinetične in farmakodinamične interakcije. Medtem ko so fizikalno-kemijske interakcije v ospredju pri pripravi parenteralnih zdravil, so farmakokinetične in farmakodinamične pomembnejše pri peroralno zaužitih zdravilih. O farmakokinetičnih interakcijah govorimo, kadar pride do sprememb na nivoju absorpcije, porazdelitve, metabolizma in eliminacije učinkovine (procesi ADME). Pri tem se spremeni koncentracijski profil učinkovine v plazmi. Do sprememb v absorpciji zdravilne učinkovine lahko pride zaradi spremenjenega pH v prebavilih, sprememb v motiliteti črevesja, prekrvavljenosti stene prebavil ali spremenjene črevesne flore. Spremembe porazdelitve učinkovin v telesu so najpogosteje posledica izpodrivanja učinkovin iz vezivnih mest na plazemskih proteinih ali v tkivih. Spremembe v porazdelitvi učinkovine so zlasti pomembne pri učinkovinah z ozkim terapevtskim oknom.

Metabolizem je poglavitna pot odstranjevanja učinkovin iz telesa. Pri večini metaboličnih reakcij prve faze sodelujejo mikrosomalni encimi citokroma P450. Pri metabolizmu zdravilnih učinkovin sodelujejo predvsem tri družine encimov CYP1, CYP2 in CYP3. Za presnovo skoraj polovice zdravilnih učinkovin je odgovorna poddružina CYP3A4, sledi ji CYP2D6 s skoraj četrtino reakcij in CYP2C8/9 s 15 odstotki. Indukcija in inhibicija encimov predstavljata pomemben vzrok interakcij med zdravili in poglavitno vplivata na plazemske koncentracije učinkovin ter posledično na klinični oz. toksični učinek zdravila. Iz naslova metabolizma preko CYP sledijo številne interakcije med zdravili, vendar je pri tem treba upoštevati tudi druge poti metabolizma učinkovin, npr. glukoronidacijo ter vezavo na transportne proteine.

Interakcije med zdravili so pogoste. Več učinkovin kot prejema bolnik, večja je verjetnost, da bo prišlo do klinično relevantnih interakcij med zdravili.

Neželeni učinki

Na pojav neželenih učinkov ne vpliva samo vrsta ali odmerek protitumorskega zdravila, temveč tudi psihofizično stanje bolnika, starost, obseg bolezni, spremljajoče bolezni, delovanje na metabolizem in eliminacijo ključnih organov in medsebojno delovanje s sočasno predpisanimi zdravili.

Po času nastopa delovanja ločimo akutne, subakutne in pozne neželene učinke. Med akutnimi neželenimi učinki sta najpogostejša slabost in bruhanje. Pri subakutnih neželenih učinkih protitumorskih zdravil moramo biti pozorni na vnetja sluznic, splošno utrujenost, drisko/zaprtje, periferne nevtropatije, anoreksijo, kožne reakcije in vplive zdravil na sečila. Pozni zapleti zdravljenja s protitumorskimi zdra-

vili so med drugim alopecija, hiperpigmentacija kože, okvare nohtov in organov, sekundarni malignomi, teratogenost in zmanjšana reproduktivna sposobnost.

Neželeni učinki na gastrointestinalni trakt so zelo pogosti in se pojavljajo pri vseh peroralnih protitumorskih zdravilih v obliki slabosti, bruhanja, driske, zaprtja, izgube teka, spremembe okusa in vnetja. Ukrepati je treba pravilno in pravočasno, da ne pride do dehidracije, elektrolitskih motenj, izgube telesne teže ali sistemskih okužb. Kljub temu, da je za večino peroralnih protitumorskih zdravil značilna nizka stopnja emetogenosti, bolniku svetujemo, da hrano in pijačo uživa v manjših obrokih in bolj pogosto ter da zaužije dovolj tekočine, po potrebi tudi peroralne rehidracijske soli. Pogosto se kot neželeni učinek zdravljenja s protitumorskimi zdravili pojavi tudi vnetje sluznic, zato bolnike že ob izdaji zdravila opozorimo na dobro ustno higieno, uporabo mehkih zobnih ščetk, uporabo adstringensov in blagih antiseptikov. Nekatera zdravila imajo tudi precejšen vpliv na sečila. Izrazito toksično deluje na sečila ciklofosamid, katerega metabolit akrolein povzroča draženje mehurja, pojavi se cistitis. Bolj ogroženi so starejši in dehidrirani bolniki ter bolniki, ki sočasno uporabljajo nefrotoksične antibiotike. Bolnike opozorimo na nujnost vnosa tekočin in pogostega uriniranja.

Večina citostatikov se metabolizira v jetrih, med njimi so številni tudi hepatotoksični, zato bolnika opozorimo na pojav rumene obarvanosti kože ali beločnic.

Veliko skupino peroralnih zdravil za zdravljenje raka predstavljajo hormonska zdravila, katerih neželeni učinki so sicer v primerjavi s citostatiki zanemarljivi, vendar jih ne smemo prezreti, ker lahko bolnikom bistveno poslabšajo kvaliteto življenja. Glavni neželeni učinki so vročinski oblivi, glavoboli, utrujenost, bolečine v mišicah in sklepah, povečana možnost nastanka osteoporoze.

Svetovanje o pravilni uporabi zdravil

Pomembno je, da se bolnik zaveda, da so nekatera protitumorska zdravila teratogena, mutagena, karcinogena ter kakšno tveganje zanj, za njegove bližnje in okolje ta zdravila predstavljajo. Večina bolnikov zdravila jemlje v skladu z navodili, vendar so nekatere raziskave pokazale, da bi bilo smiselno izboljšati razumevanje bolnikov o zahtevah za shranjevanje ter o varni uporabi protitumorskih zdravil (Chen et al. 2009). Bolnike poučimo o pomenu umivanja rok pred uporabo protitumorskih zdravil in po njej ter o pravilnem shranjevanju in uničenju neuporabljenih tablet.

Zaključek

V zadnjem času prihaja na tržišče vedno več peroralnih protitumorskih zdravil s sodobnimi mehanizmi delovanja, ki pomenijo novo upanje v borbi z rakom. Z novimi zdravili se pojavljajo tudi nova vprašanja in problemi, ki jim je treba posvetiti posebno pozornost. Zdravniki, zdravstveni tehniki, farmacevti in drugi zdravstveni delavci morajo prevzeti pobudo in bolnike aktivno usmerjati k odgovornemu jemanju peroralnih zdravil ter jih osveščati o vseh prednostih in slabostih peroralnih zdravil. Dobra komunikacija med bolniki in osebjem lahko izboljša uspeh zdravljenja in prepreči nepotrebne neželene učinke zdravljenja.

Literatura

1. Baza podatkov o zdravilih. Javna agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke. Dostopno na: <http://www.zdravila.net>. (Dostop: 24.1.2010).
2. Chen et al. Patient's perspectives and safe handling of oral anticancer drugs. *J Oncol Pharm Practice*, Vol 15: No 3, 2009.
3. Hoff PM et al. Comparison of oral capecitabine versus intravenous fluorouracil plus leucovorin as first-line treatment in 605 patients with metastatic colorectal cancer: results of a randomized phase III study. *J Clin Oncol* 2001, 19: 2282-92.
4. Kos, Obradovič. Dostopnost novih onkoloških zdravil slovenskim bolnikom. *Farm vest.* 2009; 60: 85-89.
5. Liu G et al. Patient preferences for oral versus intravenous palliative chemotherapy. *J Clin Oncol* 1997, 15: 110-115.
6. Sparreboom A et al. The use of oral cytotoxic and cytostatic drugs in cancer treatment. *Eur J Cancer* 38 (2002): 18-22.
7. Twelves C et al. Capecitabine (Xeloda) improves medical resource use compared with 5-fluorouracil plus leucovorin in a phase III trial conducted in patients with advanced colorectal carcinoma. *Eur J Cancer* 2001, 37: 597-604.

VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI SPREMLJANJU BOLNIC Z RAKOM DOJK NA HORMONSKEM ZDRAVLJENJU

Suzana Mlaker, dipl. m. s.

Ginekološko perinatološke ambulate Klinike za ginekologijo in perinatologijo,
UKC Maribor

Danijela Pušnik, dipl. m. s.

Klinika za ginekologijo in perinatologijo, UKC Maribor

Povzetek

Rak dojk je najpogostejši rak pri ženskah. Kadar zboli bolnica za hormonsko odvisnim rakom dojk, ji zdravnik predpiše hormonsko terapijo. Poznamo več vrst hormonskega zdravljenja, ki pa povzročajo številne neželene učinke, med katerimi so najpogostejše in najhuje izražene klimakterične težave. Hormonsko zdravljenje poteka v domačem okolju, bolnica prihaja na ambulantno obravnavo enkrat do dvakrat na leto. Medicinske sestre imajo ob tem pomembno nalogo za lajšanje težav zaradi neželenih učinkov. Nasveti morajo biti usklajeni s strokovnimi navodili ustanove.

Ključne besede: rak dojk, hormonsko zdravljenje, zdravstvena vzgoja, strokovna komunikacija

Uvod

Tako kot v večini razvitih držav je tudi v Sloveniji rak dojke najpogostejši rak žensk. Za rakom dojk letno zboli več kot 1200 žensk, večina po 50. letu. Vsaka ženska, ki zboli za rakom dojke, je postavljena pred pomembno nalogo zdravljenja bolezni. Večini od njih se pojavljajo dvomi in strahovi, še posebej, če načina zdravljenja ni popolnoma sprejela in razumela. Medicinske sestre lahko z ustreznim svetovanjem bolnicam pomagajo pri sprejemanju pozitivnih odločitev, ki pripomorejo k hitrejšemu in učinkovitejšemu zdravljenju. Zato morajo obvladati komunikacijske veščine – poslušati, svetovati, preverjati sprejete informacije in njihovo razumevanje. Pomembno je tudi sodelovanje in zaupanje vseh članov tima, ki obravnava bolnico z rakom. Rak dojke zdravimo na več načinov. Eden od teh je hormonsko zdravljenje, ki je

oblika sistemskega zdravljenja. Uporablja se kot dopolnilno zdravljenje po predhodni kirurški odstranitvi tumorja ali pa za zdravljenje napredovale bolezni.

Hormonsko zdravljenje raka dojke je učinkovito pri vseh bolnicah s hormonsko odzivnim rakom. Hormonsko odzivni so tisti tumorji, ki imajo izražene hormonske receptorje. Te nosijo rakave celice pri okoli dveh tretjinah bolnic z rakom dojke. Tumorji pri starejših pomenopavzalnih bolnicah so pogostejše hormonsko odzivni kot pa pri bolnicah v predmenopavzalnem obdobju (Čufar, 2004).

Pri hormonsko odzivnih tipih tumorjev dojke sta ženska hormona estrogen in progesteron tista, ki pospešujeta rast tumorja. Obstaja več načinov oziroma vrst hormonskega zdravljenja, da preprečimo delovanje ženskih hormonov na tumorsko rast – lahko zaustavimo njihovo delovanje ali pa hormone odstranimo. Zdravnik in bolnica se bosta odločila za najprimernejšo obliko zdravljenja po strokovnih smernicah in glede na sovpadajoče druge bolezni. Zdravljenje spremljajo neželeni učinki, ki so odvisni od vrste hormonske terapije, najpogostejši so znaki prezgodnje menopavze v obliki klimakteričnih težav. Te težave še dodatno poslabšata psihosocialni položaj zaradi same diagnoze in spremenjena telesna samopodoba. Pomembno je, da znamo bolnicam ob pravem času in na pravi način pojasniti delovanje hormonske terapije in jih seznaniti s pomenom jemanja zdravil in neželenimi učinki.

Vrste hormonskega zdravljenja

Hormonsko zdravljenje delimo na naslednje skupine:

- zdravljenje z antiestrogeni (npr. tamoksifen, fulvestrant),
- zdravljenje z zavrtim delovanjem jajčnikov – kastracija (npr. operativna odstranitev jajčnikov, goserelin),
- zdravljenje z zaviralci tvorbe spolnih hormonov - zaviralci encima aromataze (npr. eksemestan, anastrozol, letrozol),
- zdravljenje s progestini (npr. megestrol acetat).

Vrsta zdravljenja je odvisna od tega, ali je bolnica v predmenopavzalnem ali pomenopavzalnem obdobju ter od razširjenosti bolezni – ali gre za dopolnilno zdravljenje ali za zdravljenje napredovale bolezni. Pri dopolnilnem zdravljenju predpiše zdravnik hormonsko terapijo po zaključenem osnovnem zdravljenju. Bolnicam v predmenopavznem obdobju predpiše zdravnik tamoksifen in po potrebi še zavoro delovanja jajčnikov. V pomenopavznem obdobju pa je izbira med zaviralci encima aromataze in tamoksifenom. Zaradi možnih neželenih učinkov je pri predpisovanju terapije pomembno tudi splošno zdravstveno stanje bolnic in prisotnost drugih kroničnih in spremljajočih obolenj.

Hormonsko zdravljenje je v nasprotju s citostatskim neprekinjeno. Bolnice z razsejano boleznijo prejemajo hormonsko zdravilo, dokler je učinkovito. Pri napredovanju bolezni ga zamenjamo z drugim, redko ga je zaradi neželenih učinkov treba prekiniti (Čufer, 2004).

Pri dopolnilnem zdravljenju je priporočljivo jemati hormonsko terapijo vsaj pet let. Po tem obdobju ali že prej, če bolezen napreduje, se lahko zdravilo zamenja (npr. tamoksifen z aromataznimi inhibitorji). Dokazano je, da tamoksifen po petih letih jemanja ne prinaša dodatne koristi, tveganje za neželene učinke (Ca endometrija in globoka venska tromboza) pa se stopnjuje (<http://www.webmd.com/breast-cancer/hormone-therapy-overview>).

Neželeni učinki hormonskega zdravljenja

Neželeni učinki so odvisni od vrste hormonske terapije. Najpogostejši so posledica prezgodnje menopavze ali še večjega znižanja ravni hormonov, kot je normalno v pomenopavzi (Čufer, 2004). Kažejo se kot vazomotorni simptomi (vročinski oblivi), motnje menstrualnega cikla, spolna disfunkcija, atrofični kolpitis, manj pogosti pojavi so še nespečnost, utrujenost, glavobol, motnje razpoloženja. Pozne nevarne posledice jemanja hormonske terapije so še motnje v koagulaciji (GVT), hiperplazija endometrija in pojav izgube kostne mase (Arko, 2009, Borštnar in sod. 2006, Čufer, 2004). Mlajše bolnice morajo biti poučene o ustrezni kontracepciji.

Tamoksifen je najpogostejše zdravilo pri hormonskem zdravljenju raka dojke, poznamo ga že več kot 30 let. Deluje tako, da blokira estrogenske receptorje in prepreči učinek estrogena na rakave celice. Na ta način zmanjša možnost ponovitve ali razvoja bolezni ter zmanjša tveganje za rak druge dojke. V menopavzi preprečuje nastanek osteoporoze in zmanjša možnost razvoja bolezni srca in ožilja. Pri bolnicah v predmenopavznem obdobju se pojavijo klimakterične težave, pojavi se lahko tudi glavobol, slabost, bruhanje, utrujenost, kožni izpuščaji ter zastoj tekočine v telesu (<http://www.webmd.com/breast-cancer/hormone-therapy-overview>). Spolno aktivne ženske morajo poskrbeti za ustrezno nehormonsko kontracepcijsko zaščito, saj lahko zanosijo. Hormonska kontracepcija lahko izniči delovanje hormonske terapije, zato ni priporočljiva. Redek neželen pojav so tromboembolični dogodki, pojav sive mrežnice in spremembe na sluznici maternice. Zaradi tveganja je priporočljivo, da bolnice enkrat letno obiščejo ginekologa, priporočljivo je redno ultrazvočno spremljanje rasti endometrija ter takojšen obisk pri ginekologu ob nenormalnih izvensikličnih krvavitvah ali bolečinah v spodnjem delu trebuha. Tamoksifen vpliva na delovanje in učinek drugih zdravil. Evista kot metoda drugega izbora ima manj

neželenih učinkov (<http://www.webmd.com/breast-cancer/hormone-therapy-overview>).

Zaviralci aromataz (Arimidex, Femara, Aromasin): delujejo tako, da zavirajo nastanek estrogena v maščobnem tkivu in v nadledvični žlezi. Najpogosteje jih uporabljamo za zdravljenje napredovalega raka pri bolnicah v pomenopavzi, kot dopolnilno zdravljenje pa takrat, ko zdravljenje s tamoksifenom ni mogoče. Kot neželeni pojav so pogostejši zlomi kosti, zato pri dolgotrajnem jemanju priporočajo merjenje kostne gostote enkrat letno (Borštnar in sod., 2006). Drugi sopojavi so še slabost, driska, zaprtje, glavobol, bolečine v kosteh, huda utrujenost, zastajanje tekočine, gripi podobni simptomi.

Agonisti LHRH (Goserelin): so zdravila, ki prekinajo delovanje jajčnikov in se dajo v obliki podkožnih injekcij enkrat mesečno pri bolnicah v predmenopavznem obdobju s pozitivnimi estrogenskimi receptorji. Neželeni učinki so zastoj tekočine, klimakterične težave, zmanjšan libido ter neredna menstruacija, lahko tudi bolečina na mestu aplikacije zdravila (Cancer Research UK).

Progestini: so derivat ženskega hormona progesterona. Ta zdravila uporabimo takrat, ko so izčrpane vse druge vrste hormonskih zdravil, ki jih uporabljamo za zdravljenje napredovalega raka dojke. Povzročajo porast telesne teže, tudi tveganje za trombozo je večje (Borštnar in sod., 2006).

Vloga medicinske sestre

Delo medicinskih sester je, da skušajo bolnicam pomagati in svetovati. Zato skušajo vzpostaviti odnos, ki bo temeljil na medsebojnem zaupanju in sodelovanju. Zdravljenje je dolgotrajno, zato morajo biti bolnice na to pripravljene. V proces zdravljenja skušamo čim bolj vpeljati tudi svojce, družino in prijatelje.

Obstaja še mnogo drugih strokovnjakov, s katerimi se lahko bolnice pogovorijo. Včasih se je lažje pogovoriti z ljudmi, ki jih bolezen ni neposredno prizadela. Od večnega strahu se lahko znebijo tudi z izmenjavo informacij in izkušenj z drugimi bolnicami ali v skupinah za samopomoč.

Da bo medicinska sestra pri svojem delu uspešna, mora poznati vsa področja zdravstvene obravnave bolnic z rakom dojke. Le na ta način bo lahko bolničina zaupnica in svetovalka. Vsaka bolnica je individualno z lastnimi težavami, zato naj bodo tudi nasveti naravnani individualno in v skladu s sprejeto doktrino.

Hormonsko zdravljenje raka dojk se izvaja in spremlja v ambulanti, zato bolnic nimamo dnevno na očeh. Na kontrolo pridejo vsakih šest mesecev ali po enem letu, zato je pomembno, da pridobimo vse informacije o jemanju hormonske terapije, ki jih posredujemo zdravniku v ordinaciji. Ni dovolj, če vprašamo bolnico, ali ima s terapijo kakšne težave. Prav je, da jo ciljano sprašujemo, npr. ali ima pri izbrani terapiji vročinske oblike, težave pri spolnem odnosu, je utrujena, ali ima bolečine v nogah, kosteh... Pred odhodom iz ambulante bolnici posredujemo informacije o jemanju zdravil in o ukrepih za lajšanje neželenih učinkov. Izročimo ji potrebna zdravstvenovzgojna gradiva. Preden bolnica zapusti ambulanto, preverimo, ali je razumela vsa navodila, ki so pogosto številna. Če jo bomo vprašali: »Ali ste razumeli?«, bo verjetno odgovorila pritrdilno. Zato je bolje reči: »Ponoviva, kaj sem vam povedala!« Na ta način bomo izvedeli, kaj in katere informacije moramo še ponoviti. Pri strokovni komunikaciji je treba zaradi interpretacije in vrednotenja informacij napraviti »komunikacijsko pentljo« (Ramovš, 2009).

Najpogostejši neželeni učinki hormonskega zdravljenja ter nasveti bolnicam

Vazomotorni simptomi

Vazomotorni simptomi, kot npr. vročinski oblivi, se pojavljajo pri vseh vrstah hormonskega zdravljenja in s časom izzvenijo. Bolnice hormonske nadomestne terapije ne smejo prejemati, lahko pa jim zdravnik ob nevzdržnih težavah predpiše anti-depresiv ali antileptik. Alternativne nefarmakološke metode, kot so akupunktura, joga, dihalne vaje, lahko priporočamo, saj so varne in neškodljive, večinoma pa tudi malo učinkovite (Arko, 2009). Tudi sprememba prehrane lahko pripomore k zmanjšanju težav. Bolnice naj v času zdravljenja uživajo manj mastno hrano, znižajo naj tudi uporabo sladkorja in soli. Priporočeno je uživanje večje količine sadja, zelenjave in žitaric. Vročinske valove lahko poveča tudi uživanje alkohola, vročih napitkov in kajenje. Zato je priporočljivo vse ta razvade omejiti ali pa jih opustiti. V način življenja je priporočljivo uvesti tudi redno gibanje in telovadbo. Priporočljiva je joga, uspehi so dokazani tudi pri zdravljenju z akupunkturo.

Menstrualne motnje, atrofični kolpitis, spolna disfunkcija

Določeno hormonsko zdravljenje lahko povzroči motnje menstrualnega ciklusa. Pomembno je, da bolnica to ve in da se ob pojavu teh težav pogovori z zdravnikom o ustrezni kontracepciji. Te motnje so pogoste pri mlajših bolnicah. Atrofični kolpitis se pogosteje pojavlja pri bolnicah, ki jemljejo aromatazne inhibitorje. Bolnice navajajo boleč spolni odnos in zmanjšan libido. Uporaba lokalnih mazil z estrogeni

ni priporočljiva, ker obstajajo neželeni učinki, zato naj poskusijo z uporabo nehormonskih lubrikantov. Če so težave tako hude, da je potrebna uporaba lokalnih estrogenov, se priporočajo pripravki z estrioli, ki so manj nevarni od estradiolov (Arko, 2009). Bolnicam lahko svetujemo še razne metode sprostitve ter pogovor s partnerjem.

Suhost kože in las

Ob pojavu te težave bolnicam svetujemo uporabo blagih šamponov in mil ter vlažilnih krem za telo. Če uporabljajo mehčalce za perilo, naj bodo ti čim manj agresivni. Priporočena je uravnotežena prehrana, dovolj vitamina B, predvsem iz žitaric.

Utrujenost, nespečnost

Utrujenost ali nespečnost učinkovito odpravljamo z gibanjem v naravi. S študijo, ki so jo izvedli na eni od šol za medicinske sestre v ZDA, so ugotovili, da redna vadba in hoja pri starejših bolnicah bistveno izboljšata kakovost spanja (Payne in sod., 2008). S hojo vsaj 30 minut dnevno zmanjšamo tudi možnost nastanka osteoporoze.

Primeri iz prakse

Ko bolnica izve za bolezen, ji razložimo potek zdravljenja in ji izročimo literaturo, ki ji bo v procesu zdravljenja koristila. Ko se bolnice vračajo na kontrolne preglede v ambulanto, nam povedo za težave, ki jih pestijo. Ker pa teh podatkov ne zabeležimo vedno, se izgubijo in temu primerna je tudi nadaljnja obravnava. Bolnicam z večjimi težavami svetujemo, da nas pokliče ali se oglasi v ambulanti pred predvidenim terminom.

Pri vsakodnevnom delu se srečujemo z bolnicami, ki prejemajo različne vrste hormonske terapije in potrebujejo našo pomoč. V začetku dvomijo v resnični uspeh zdravljenja, zato želijo zdravljenje prekiniti. Dvom se velikokrat pojavi ob spremembi vrste zdravljenja zaradi napredovale bolezni. Starejše bolnice pozabijo na redno vsakodnevno jemanje zdravil, zato je sodelovanje svojcev tudi v takih primerih pomembno. Svetujemo jim lahko, da si pripravijo načrt jemanja zdravil in opomnike, da ne bi pozabili vzeti zdravila. Predvsem pa je vloga svojcev v psihični podpori.

Zaključek

Organizacija dela in premajhna opolnomočenost medicinskih sester in ne nazadnje premalo pridobljenega znanja v času rednega študija onemogočajo, da bi bolnice z rakom dojk obravnavali skladno z najsodobnejšimi smernicami.

Prednost hormonskega zdravljenja raka dojk je, da so bolnice lahko v domačem okolju, slabost pa, da ne spremljamo jemanja terapije in ne nudimo dnevno pomoči pri pojavljanju neželenih učinkov. Na ta način ni zagotovljena kontinuiteta zdravstvene nege in oskrbe. Pomembna naloga zdravstvene nege je zdravstvena vzgoja. Procesna metoda nas uči spremljanja in kontinuitete ter stalne nadgradnje, vendar v ambulantni zdravstveni negi trenutno nimamo izdelane negovalne dokumentacije, ki bi nam to omogočala.

Literatura

1. Arko D. Možnosti zdravljenja klimakteričnih težav pri bolnicah z rakom dojk. Zdrav Vestn 2009; 78: I-201-5.
2. Breast Cancer Health Center. Breast Cancer and Hormone Therapy. Dostopno na: <http://www.webmd.com/breast-cancer/hormone-therapy-overview>.
3. Borštnar S. in sod.: Rak dojk: kaj morate vedeti. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2006; 39-43.
4. Cancer research UK: Goerelin (Zoladex) for Breast Cancer. Dostopno na: <http://www.cancerhelp.org.uk/about-cancer/treatment/cancer-drugs/goserelin-for-breast-cancer>
5. Čufer T. Hormonsko zdravljenje invazivnega raka dojk. 2004; Dostopno na: http://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/dokumenti/1_2004_8.pdf
6. Payne JK. Effect of exercise on biomarkers, fatigue, sleep disturbances, and depressive symptoms in older women with breast cancer receiving hormonal therapy. Oncol Nurs Forum. 2008; 35 (4): 635-42.
7. Ramovš K. Moje delo je ogledalo. UKC Maribor, seminarsko gradivo, 2009.
8. Roche. Zdravljenje raka dojk. Dostopno na: <http://www.roche.si/default-92700.html>

INTRAVENOZNO SISTEMSKO ZDRAVLJENJE Z ELASTOMERSKO ČRPALKO BOLNIKA NA DOMU: PREDSTAVITEV PRIMERA

Snežana Umičević, dipl. m. s.

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Zdravljenje na domu prek elastomerske črpalke omogoča bolj kakovostno življenje bolnikov. Preden odпустimo bolnika v domačo oskrbo, ga seznanimo z vsemi neželenimi učinki sistemskega zdravljenja in težavami, ki se lahko pojavijo pri praznjenju elastomerske črpalke. Bolnika poučimo tudi o ukrepih ob težavah, in s kom se lahko posvetuje o rešiti zapleta ob zdravljenju.

Ključne besede: elastomerska črpalka, kemoterapija na domu, neželeni učinki kemoterapije

Uvod

S sistemskim zdravljenjem na domu prek elastomerske črpalke smo dosegli velik napredek v kakovosti življenja bolnikov. Bolnik lahko prejema citostatsko venozno terapijo varno v domačem okolju in hospitalizacija ni potrebna.

Elastomerska črpalka deluje po principu enakomernega praznjenja elastomerskega rezervoarja. Deluje tako, da sprošča odmerjeno količino zdravila kontinuirano v enakih časovnih razmakih. Poznamo eno-, dvo-, pet- in sedemdnevne elastomerske črpalke. V primeru, ki je predstavljen v članku, je bolnik uporabljal sedemdnevno črpalko, pri kateri je bil kontinuiran pretok 0,5 ml na uro. Po polnjenju črpalke moramo biti pozorni na prisotnost tekočine na koncu katetra. Bolniku podrobno predstavimo črpalko, skalo na črpalke, kjer bo opazoval praznjenje, ter ga seznanimo z vsemi stiščki, ki so vezani na elastomersko črpalko. Ti morajo biti odprti, da ne motijo pretoka citostatika. Predstavimo mu evidenčni list, na katerega si beleži praznjenje črpalke. Ko je bolnik seznanjen z delovanjem črpalke, mu svetujemo še uporabo vrečke za prenos črpalke zaradi boljše mobilnosti.

Ob pojavu težav, kot so razlitje citostatika pod kožo, nepravilno praznjenje črpalke, izpad atravmatske igle, ali drugih težav pa bolniku svetujemo, da pokliče ali pa se obrne po pomoč na strokovne delavce Onkološkega inštituta Ljubljana.

Predstavitev primera

Prikazan bo primer bolnika, ki se je sprva zdravil s sistemskim zdravljenjem v bolnišnici, čemur je sledilo 7-dnevno zdravljenje s citostatikom 5-fluoracil prek elasto-merske črpalke na domu.

Demografski podatki:

Spol: M

Starost: 48 let

Izobrazba: poklicna šola

Poklic: slikopleskar

Kje živi: v hiši

S kom živi: z ženo, hčerjo

Anamneza:

Prejšnje bolezni: nima drugih bolezni

Družinska anamneza: mati - črevesni rak, oče - pljučni rak

Alergije: jih nima

Navade, razvade: kadi, občasno pije alkoholne pijače

Diagnoza: adenokarcinom želodca

Potek bolezni:

Bolnik je oktobra 2008 prišel k zdravniku s težavami, kot je bolečina v epigastriju in zgaga. V štirih mesecih je shujšal sedem kilogramov. Opravil je gastroskopijo, ki je pokazala tumorsko spremembo. Patohistološki izvid je pokazal adenokarcinom. Zasevkov v jetrih in supraplenkah ni bilo. Avgusta istega leta je bila narejena totalna gastrektomija in holicistektomija ter delna ekscizija jeter. Po operaciji je shujšal še dodatnih šest kilogramov. Imel je normalen apetit, prebava je bila normalna in z odvajanjem ni imel težav. Lečeči onkolog je predlagal vstavev venske valvule in sistemsko zdravljenje po shemi EOF, ki vsebuje citostatike: epirubicin, oksaliplatin in 5-fluoracil, ki ga bolnik dobiva sedem dni.

Negovalna anamneza:

Bolnik z dihanjem nima težav, prehranjuje se trikrat na dan. Pije liter in pol tekočine dnevno. Apetit ima odličen in je zdravo hrano. Skrbi za osebno higieno, ustno higieno. Tušira se enkrat do dvakrat na dan, zobe si umiva trikrat na dan. Težav z odvajanjem blata nima. Občasno ga napenja. Na vodo in blato hodi redno. Z gibanjem nima težav, redno hodi na sprehode in skrbi za kondicijo. S spanjem bolnik nima težav in redno spi celo noč brez prekinitev. Bolnik je komunikativen.

Bolnika sem spremljala kot medicinska sestra, ko je prihajal v ambulantno kemoterapijo po elastomersko črpalko, po kateri je doma prejemal citostatike. Po zadnjem tednu zdravljenja je bolnik prišel nazaj za odstranitev elastomerske črpalke.

Predstavitev negovalnih diagnoz in vseh možnih problemov bolnika ter ukrepi za izboljšanje

Nepoznavanje oblike sistemskega zdravljenja z elastomersko črpalko

Vzrok: Bolnik se s takšno obliko zdravljenja sreča prvič in ne pozna delovanja elastomerske črpalke.

Znaki in simptomi: Bolnik izraža pomisleke glede uporabe elastomerske črpalke doma.

Cilj: Bolnik bo znal rokovati z elastomersko črpalko doma in ga ne bo strah.

Ukrepi: Bolnika poučimo o redni kontroli praznjenja elastomerske črpalke in ukrepih ob težavah. Poučimo ga o pomembnosti opazovanja vbodnega mesta in o takojšnjih ukrepih, če sumi, da je prišlo do razlitja citostatika pod kožo oziroma če je prisotna oteklina, rdečina in bolečina.

Vrednotenje: Bolnik samostojno nadzira in redno beleži praznjenje elastomerske črpalke na dokument, ki ga dobi ob nastavitvi elastomerske črpalke.

Levkopenija

Vzrok: Zdravljenje s citostatiki - imunosupresiven učinek.

Znaki in simptomi: Znižano število levkocitov v krvni sliki.

Cilj: Bolnik se bo znal varovati pred viri okužbe.

Ukrepi: Bolnik mora biti pozoren na povišano telesno temperaturo, mrzlico, potenje, bolečine v sklepih in mišicah, pekoče odvajanje vode, gnojni izpljunek, kašelj in ostale znake prehladnih obolenj. Poostri naj osebno higieno, s čimer prepreči vdor mikroorganizmov v telo. Pri tuširanju naj zaščiti elastomersko črpalko in mesto vboda. Izogiba naj se kopanju. Izogiba naj se ljudem, ki so vir okužbe, večjim skupinam ljudi, stiku z živalmi in ostalim potencialnim virom okužbe. Poskrbi naj za higieno domačega okolja.

Vrednotenje: Bolnik nima znakov okužbe. Krvna slika pred naslednjim ciklusom je primerna za nadaljnje zdravljenje.

Diareja

Vzrok: Zdravljenje s citostatiki – učinek na hitro deleče se celice v prebavnem traktu ali prisotnost bolezni v prebavnem traktu.

Znaki in simptomi: Odvajanje redkega blata 4- do 5-krat dnevno.

Cilj: Bolnik bo pozoren na izločeno blato in bo poučen, kako ravnati ob diareji in kdaj obiskati zdravnika.

Ukrepi: Bolnik naj uživa vsaj dva litra tekočine dnevno. Med drisko naj uživa lahko hrano, izogiba naj se mastni in začinjeni hrani ter hrani, bogati z vlakninami. Pozoren naj bo na izgubo telesne teže, na izločeno blato, pogostost odvajanj. Če opazi kakšne spremembe in če driska traja več kot 24 ur, mora takoj obiskati lečečega zdravnika. Po vsakem odvajanju mora skrbeti za anogenitalno nego in si ta predel redno mazati z negovalno kremo. Pije naj ruski, borovničev, kamilični čaj, izogiba naj se sadnim sokovom.

Vrednotenje: Bolnikovo odvajanje redkega blata je trajalo le en dan in se je ob dieti normaliziralo.

Slabost

Vzrok: Posledica zdravljenja s citostatiki.

Znaki in simptomi: Bolnik je navajal močnejšo slabost doma ob vonjavah, ki so se sproščale pri kuhanju, in rahle slabosti zjutraj.

Cilj: Bolniku bo manj slabo in bo slabost lažje obvladoval.

Ukrepi: Bolnik naj se med pripravljanjem kosila raje zadržuje v drugih prostorih ali pa na prostem. Izogiba naj se vonjem, ki ga motijo. Poleg hrane sta to tudi parfum in dim. Popije naj vsaj liter in pol tekočine po požirkih. Pije naj vodo, čaje in redno naj jemlje zdravila proti slabosti, ki jih je predpisal zdravnik. Bolnik lahko uživa hrano, ki ne obremenjuje želodca in je blagega okusa (riž, krekerji, jogurt, krompir, pusto meso itd.). Bolniku svetujemo, naj svoje razmišljanje preusmeri na dogajanje v okolici (TV, radio, sprehod) in naj se nauči sprostilnih vaj.

Vrednotenje: Bolnik je upošteval naše nasvete in ob jemanju zdravil proti slabosti je pri 5. ciklusu čutil le rahlo slabost.

Možnost vnetja kože okoli predela, kjer je vstavljena atravmatska igla

Vzrok: Predel okoli atravmatske igle je kontinuirano prelepljen s prozornim obližem, zato se koža pod njim lahko vname.

Cilj: Koža pod obližem bo zdrava in brez znakov vnetja.

Znaki in simptomi: Pod obližem začne koža bolnika peči in bolnik ima občutek srbenja in bolečine.

Ukrepi: Bolnika poučimo o možnih znakih in mu svetujemo, da preveri mesto vboda in ob njem; ob pojavu bolečine ali rdečine naj se oglasi pri medicinski sestri, ki mu je nastavila elastomersko črpalko, lahko pa se oglasi tudi v bližnjem zdravstvenem domu. Medicinska sestra bo odstranila obliž in preverila stanje kože. Po potrebi bo zamenjala obliž in spremenila mesto lepljenja obliža. Če je stanje kože hudo vneto, obvesti lečečega onkologa, ki odredi potrebne ukrepe.

Zaključek

Če bolnik prejema citostatsko terapijo v domačem okolju, mora biti s to terapijo zelo dobro seznanjen. Ob pojavu neželenih učinkov mora znati takoj ukrepati ali pa poiskati ustrezno pomoč. Elastomersko črpalko mora dobro poznati in si težave pri nepravilnem praznjenju tudi beležiti, zato da lahko informacije posreduje naprej. Elastomerska črpalka je priključena na atravmatsko iglo, ki je vstavljena v vensko valvulo. Bolnik mora biti dobro seznanjen tudi z vensko valvulo in mora znati prepoznati znake ekstravazacije, izpad igle iz valvule, vnetje kože itd. Z zdravljenjem bolnika na domu morajo biti seznanjeni tudi njegovi domači in mu pri prepoznavanju in reševanju težav stati ob strani

Literatura

1. Borštnar S, Čufer T, Pajk B. in sod. Napotki za premagovanje neželenih učinkov sistemskega zdravljenja: Kaj morate vedeti? Ljubljana: Onkološki inštitut, 2007.
2. Kotnik M, Duratović A, Lokar K, Bernot M, eds. Kaj mora medicinska sestra vedeti o sistemskega zdravljenju raka in zdravstveni negi? Zbornik predavanj. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2009.

PRIPRAVA IN SPREMLJANJE BOLNIKA, KI SE ZDRAVI AMBULANTNO Z RADIOTERAPIJO

Biserka Petrijevčanin, viš. med. ses.

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Na klinični poti obravnave bolnika, ki se zdravi z obsevanjem ali v kombinaciji z drugimi vrstami zdravljenja, ima pomembno vlogo zdravstvena nega z zdravstveno vzgojo in svetovanjem bolniku.

Razlogi za varnejšo spremljanje ambulantnih bolnikov, ki se zdravijo z radioterapijo ali so na kombiniranem zdravljenju, temeljijo na podajanju znanja o neželenih učinkih zdravljenja, preventivi, načinu nadzora, skrbi in koordinaciji v timu (M. Larsson et al., 2007).

Ključne besede: posvetovalnica zdravstvene nege, svetovanje, telefonsko svetovanje, neželeni učinki

Uvod

Ob postavitvi diagnoze rak v področju glave in vratu izberemo najustreznejši način zdravljenja. Ta lahko vključuje kirurgijo, radioterapijo in sistemsko zdravljenje (kemoterapevtiki in biološka zdravila). V veliki meri se zdravljenja med seboj dopolnjujejo ali se izvajajo sočasno. Zdravstvenonegovalni problemi, ki jih imajo bolniki, so prisotni pred zdravljenjem, med zdravljenjem in po njem. Pogosto so simptomi prisotni dalj časa in zato težje obvladljivi.

Zaradi naraščanja števila zbolelih, zmanjševanja bolniških postelj, hospitalizacij in zaradi novih načinov zdravljenja je sodelovanje v multidisciplinarnem timu še kako pomembno.

Bolniki v pogovoru z zdravnikom pridobijo informacije o diagnozi, načinu zdravljenja, neželenih učinkih zdravljenja, tako akutnih, kot kasnih posledic, in cilju zdravljenja. Informacij, ki jih bolnik v kratkem času pridobi, je ogromno.

Bolniki so na zdravljenje sprejeti v bolnišnico ali se zdravijo ambulantno, če njihovo stanje to dopušča.

Zdravstvena vzgoja, učenje in svetovanje so vključeni v načrt zdravljenja. Svetovanje za ambulantne bolnike poteka v posvetovalnici zdravstvene nege. Svetovalka je medi-

cinska sestra, ki ima znanje s področja radioterapije in zdravstvene nege bolnikov, ki se zdravijo za tumorji glave in vratu. S svetovanjem, učenjem in zdravstveno vzgojo prispeva k seznanjanju, uspešnemu obvladovanju neželenih učinkov, ki se bodo razvili ali so že prisotni. Medicinska sestra je tudi vez med bolnikom, zdravnikom in njegovimi svojci.

Svetovanje v posvetovalnici zdravstvene nege

Pričetek zdravljenja z radioterapijo in/ali kombiniranim zdravljenjem sovpada z obiskom posvetovalnice za zdravstveno nego, v katero so bolniki praviloma pisno vabljeni, udeležijo se ga lahko tudi bolnikovi svojci. Svetovanje poteka v skupini, ki je številčno omejena na deset slušateljev. Učna ura temelji na standardih in navodilih zdravstvene nege bolnika, ki se zdravi z obsevanjem in/ali kemoterapijo, biološkim zdravilom.

Seznamimo jih z vplivom ionizirajočih žarkov. Predstavimo jim neželene učinke, kot so utrujenost, slabost, poškodba kože in sluznice v področju obsevanja, spremenjeno okušanje, pekoča bolečina, spremenjena sestava sline - suha usta, motnje požiranja in otežen govor, izguba telesne teže, nagnjenost k infekcijam, izguba las in dlak v področju obsevanja, možno spremenjeno delovanje žleze ščitnice in simptomi, kot so brezvoljnost, izčrpanost, upočasnjenost, občutljivost na mraz. Poudarek je na samoopazovanju, preventivni negi ustne votline, zob, žrela, grla in kože v obsevanem področju.

Seznamimo jih o pomenu prehrane v času zdravljenja in po njem. Ob zaznani potrebi o poglobljenem svetovanju in strokovnem vodenju bolnika napotimo v posvetovalnico za prehrano in dietoterapijo.

Pomembno je tudi, da so bolniki seznanjeni z možnostmi obvladovanja bolečin, ki so med zdravljenjem bolj ali manj prisotne.

Seznamimo jih z delovanjem citostatikov na organski sistem in simptomov, kot so utrujenost, slabost in bruhanje; z vplivom citostatikov na sluznice prebavne poti in na sečila (draženje, vnetje, slabijo ledvično funkcijo). Zaradi zavore kostnega mozga se lahko pojavijo: anemija, levkopenija ali trombopenija.

Seznamimo jih z vplivom bioloških zdravil, ki prinašajo nove dodatne neželene učinke na sluznico in kožo, kot je pojav aknastega izpuščaja, sindrom roka-noga, suha, luščeca in pordela koža, vpliv na nohte in lase (Borštnar et al., 2007).

Še posebej se med seboj prepletajo neželeni učinki, ki jih povzročata zdravljenje z radioterapijo, in neželeni učinki biološkega zdravila v področju obsevalnega polja.

Individualno svetovanje

Med zdravljenjem ima bolnik možnost individualnega pogovora in svetovanja. Na svetovanje pridejo tisti bolniki, ki že imajo zdravstvenonegovalni problem. Z individualnimi pogovori medicinska sestra bolnika ponovno informira in mu svetuje tiste aktivnosti, ki so potrebne za ublažitev in hitrejšo rešitve negovalnega problema. Nudi strokovno in psihično podporo, optimizem, energijo za aktivno samooskrbo.

Svetovanje na daljavo - telefonsko svetovanje

Telefonsko svetovanje - bolnik pokliče medicinsko sestro.

Hospitalizirani bolniki so deležni opazovanja, zdravstvene vzgoje, učenja, nadzora in ukrepanja takoj, ko se razlogi zanje pokažejo.

Da bi dosegli primerljivost kakovosti obravnave ambulantnih bolnikov s hospitaliziranimi (dostopnost in komunikacija), smo bolnikom ponudili možnost načrtovanega telefonskega kontakta (dan in ura) z medicinsko sestro. Bolnik se za klic odloči sam. Izpostavljene zdravstvenonegovalne probleme, ki jih ima in so vezani na zdravstveno nego, rešujeta skupaj z medicinsko sestro.

Medicinska sestra deluje tudi kot koordinator v širšem zdravstvenem timu. Kadar je za reševanje zdravstvenega problema treba vključiti druge strokovnjake, bolnika usmeri k njim.

Telefonsko svetovanje - medicinska sestra pokliče bolnika med zdravljenjem in po njem

Ob zaključku zdravljenja so akutni zdravstvenonegovalni problemi še prisotni, običajno izzvenijo v obdobju 3-4 tednov, nekateri so prisotni še dalj časa. Razvijejo se tudi kasne posledice zdravljenja, ki ostanejo nedoločen čas.

K tej obliki skrbi za bolnika smo do sedaj pristopili v nekaj primerih. Pogovor je bil voden in usmerjen na simptome, ki so pričakovani in vezani na način zdravljenja. Na klic so se bolniki odzvali zelo pozitivno, saj so v medicinski sestri imeli sogovornika, ki jih je samoiniciativno poklicala, se z njimi pogovarjala o njihovih problemih, stiskah in jim svetovala.

Pregled aktivnosti v posvetovalnici zdravstvene nege

V obdobju štirih mesecev, in sicer od septembra 2009 do januarja 2010, se je skupinskega svetovanja posvetovalnice za zdravstveno nego udeležilo 42 bolnikov, kar znaša 39,6 % vseh vabljenih.

Svetovanja so se udeležili tudi svojci bolnikov. S seznanjenostjo in pridobljenim znanjem so v podporo in pomoč bolniku. V obdobju štirih mesecev se je svetovanja skupno udeležilo 14 svojcev.

Razprava

Odzivi bolnikov, ki so v ambulantni obravnavi, so zelo različni. Nekateri vzpostavijo kontakt z medicinsko sestro ne glede na stopnjo problema. Svetovanje ocenjujejo kot pomembno.

Drugi šele takrat, ko je zdravstvenonegovalni problem razvit v takšni meri, da ga s samooskrbo ne znajo rešiti.

Nekateri bolniki se svetovanja ne udeležijo, prav tako ne uporabijo dane možnosti telefonske komunikacije.

Opažamo, da bolniki v pogovoru z medicinsko sestro lažje izražajo stiske in strahove, ki jih doživljajo, tudi tiste, ki jih imajo v družini in svojem domačem okolju. Zato je priložnost, ki jo dobi bolnik na ambulantnem zdravljenju, lahko neprecenljiva.

Zaključek

Za bolnika je seznanjenost, zgodnje prepoznavanje neželenih učinkov, vodenje postopkov samooskrbe in psihofizična podpora tisto, kar ugodno vpliva na potek zdravljenja in življenje bolnika po zdravljenju. Čas, ki ga medicinske sestre namenimo za svetovanje, se obrestuje.

Vzpostavitev dela na daljavo je pridobitev, ki dolgoročno gledano krepi kvaliteto obravnave ambulantnega bolnika, saj je s tem deležen strokovne podpore, kontrole in skrbi.

Razvoj posvetovalnice je posredno vezan na kadrovske vire in pogled managementa na pomen načrtovanja in spremljanja bolnika na ambulantni obravnavi.

Literatura

1. Bokal H. Vloga medicinske sestre pri bolnikih zdravljenih z obsevanjem. Diplomaska naloga. Ljubljana, 2005.
2. Borštnar S, Bernot M, Čufer T, Horvat M et al. Napotki za premagovanje neželenih učinkov sistemskega zdravljenja raka: kaj morate vedeti? Onkološki inštitut, 2007.

3. Larson M et al. A supportive nursing care clinic: Conceptions of patients with head and neck cancer. *European Journal of Oncology Nursing* (2007) 11, 49-59.
4. Overend A, et al. Evaluation of nurse - led telephone follow – up clinic for patients with indolent and chronic hematological malignancies: A pilot study. *RCSIO* (2008) 64-68.
5. Wells M et al. A study to evaluate nurse – led on – treatment review for patients undergoing radiotherapy for head and neck cancer. *Cancer nursing, Journal of Clinical Nursing* (2007) 1428-1437.

Zahvala: Ani Istenič, dipl. m. s., se zahvaljujem za prizadevno delo, pripravljenost k idejnemu pristopu spremljanja bolnikov na daljavo in pri posredovanju svojih izkušenj, da je ta prispevek nastal.

PREHRANSKA OBRAVNAVA ONKOLOŠKEGA BOLNIKA, KI JE NA AMBULANTNEM ONKOLOŠKEM ZDRAVLJENJU

Denis Mlakar-Mastnak, dipl. m. s., spec. klinične dietetike

Onkološki inštitut Ljubljana

Irena Sedej, univ. dipl. inž. živil. tehn.

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Ustrezna prehrana pri bolniku z rakom omogoča vzdrževanje normalne prehranjenosti, mišične mase, telesne kondicije in kakovosti bolnikovega življenja med zdravljenjem. Prehranska podpora bolnika z rakom mora biti usmerjena v individualno zagotavljanje in sistematično reševanje bolnikovih prehranskih potreb in problemov. Načrtovana prehranska obravnava onkoloških bolnikov, tudi tistih, ki se zdravijo ambulantno, omogoča spremljanje prehranskega stanja bolnika ves čas zdravljenja, če je treba.

Klinični dietetik je član zdravstvenega tima in je pri prehranski podpori onkoloških bolnikov eden ključnih zdravstvenih strokovnjakov. Poglavitna naloga kliničnega dietetika pri delu z bolnikom je izvajanje načrtovanega procesa prehranske podpore, ki obsega več korakov.

Ključne besede: prehranska podpora, ambulantno zdravljenje, klinični dietetik

Uvod

Pri bolniku z rakom je prehrana ena bistvenih področij onkološkega zdravljenja. Prehrana, ki bolniku zagotavlja vse potrebne hranilne, energijske in zaščitne snovi v optimalni količini, vzdržuje normalno prehranjenost, mišično maso, telesno kondicijo in kakovost življenja bolnikov med zdravljenjem. Predvsem pa lahko ustrezna prehrana med zahtevnim onkološkim zdravljenjem zmanjša negativne učinke zdravljenja, krepi bolnikovo imunsko odpornost in celo izboljša izid zdravljenja.

Pogosto sta onkološka bolezen in onkološko zdravljenje povezana z različnimi prehranskimi zapleti, kot so: hujšanje, bruhanje, vneta sluznica prebavne poti, oteženo požiranje, bolečina pri požiranju, zaprtje, odvajanje tekočega blata idr. Z ustreznim individualnim prehranskim načrtom moramo zagotoviti, da bo hrana, ki jo bo bol-

nik zaužil, zagotavljala zadostno količino potrebnih hranilnih in energijskih snovi. Prav zato potrebuje bolnik strokovno načrtovano prehransko podporo.

Ustrezna individualna prehranska podpora in oskrba, ki zagotavljata pokritje bolnikovih prehranskih potreb, pomembno vplivata na izid zdravljenja, ki je pomemben kazalec kakovosti zdravstvene oskrbe bolnikov (Ovesen, 2001).

Zaradi hitro spreminjajočega se sistema zdravstvene obravnave bolnikov se je v zadnjih letih ležalna doba bistveno skrajšala in vedno več onkoloških bolnikov se zdravi ambulantno ali v dnevni bolnišnici. Načrtovana prehranska obravnava onkoloških bolnikov, tudi tistih, ki se zdravijo ambulantno, omogoča spremljanje prehranskega stanja bolnika ves čas zdravljenja, če je treba.

Veriga v prehranski podpori bolnika z rakom

V *prehransko podporo* onkološkega bolnika, ki se zdravi na OI Ljubljana, so vključeni vsi, ki se glede na specifične probleme bolnika vključujejo v »verigo« prehranske obravnave ali oskrbe bolnika. Multidisciplinarni tim sestavljajo: lečeči onkolog, negovalni tim na bolnišničnem oddelku (enoti, ambulantni), socialni delavec, klinični psiholog, klinični farmacevt, bolnišnična kuhinja itd.

Na OI Ljubljana je bila leta 2008 ustanovljena enota za klinično prehrano in dietoterapijo, v kateri deluje *prehranski tim*: zdravnik za področje klinične prehrane, diplomirana medicinska sestra za področje parenteralne prehrane bolnikov na domu, zdravstveni tehnik in klinični dietetiki. Tim obravnava bolnike, ki so pri nas hospitalizirani ali se zdravijo ambulantno. Bolnike v Enoto za klinično prehrano s konziliarno napotnico usmeri lečeči onkolog (zdravstveni tim iz bolnišničnega oddelka, enote, ambulante) ali pa bolnike zajamemo na tedenskih prehranskih vizitah, ki so praksa na posameznih oddelkih OI.

Prehranski tim se v prehransko obravnavo vključi, ko bolnik potrebuje specifično, klinično specializirano prehransko obravnavo ali kadar so zmožnosti obvladovanja bolnikovih prehranskih težav s strani zdravstvenega tima, ki skrbi za bolnika, izčrpane.

Za *medicinsko* sestro je ključno, da zna pri slehernem bolniku v procesu zdravstvene nege prepoznati tveganja za razvoj podhranjenosti in v načrtu zdravstvene nege določiti bolnike, pri katerih obstaja veliko tveganje za razvoj podhranjenosti, in bolnike, pri katerih so težave, povezane s prehrano, že izražene.

Prehransko presejanje je preprost in hiter postopek, je začetek prehranske podpore,

izvajamo ga s pomočjo ustreznega vprašalnika, s katerim ocenimo stanje prehranjenosti in resnost obolenja (Rotovnik Kozjek, 2007). Glede na dosedanje izkušnje je v evropskem prostoru za presejanje bolnikov v bolnišnicah najpogosteje uporabljeno in najbolj preverjeno orodje NRS 2002 (Nutritional Risk Screening 2002). NRS 2002 kot najustreznejšo metodo presejanja v bolnišnicah priporoča tudi ESPEN (European Society of Parenteral and Enteral Nutrition).

Prehranskemu presejanju mora slediti natančna ocena prehranskega stanja bolnika, ki z uporabo različnih metod vključuje pridobivanje različnih podatkov o bolniku (Bond, 1998a).

Pri *običajni prehranski podpori medicinska sestra* v procesu zdravstvene nege (McLaren, 1998):

- opredeli individualne prehranske probleme bolnika,
- planira ukrepe za njihovo reševanje,
- izvaja načrtovane ukrepe in jih vrednoti,
- prične z aktivnim spremljanjem in beleženjem količine zaužite hrane in pijače,
- predvidi poti povezovanja z ostalimi člani multidisciplinarnega tima: zdravnik, ki bolnika zdravi, klinični dietetik, kuhinja, psiholog, socialna služba in lekarna.

Specializirana prehranska podpora:

- na podlagi evalvacije začetnih prehranskih ukrepov se zdravstveni tim odloči za vključitev prehranskega tima.

Klinični dietetik je pri prehranski podpori onkoloških bolnikov eden ključnih zdravstvenih strokovnjakov. Njegova poglobljena naloga pri delu z bolniki je (Luthringer, 2002):

- ocena bolnikovega prehranskega stanja,
- ocena bolnikovih prehranskih potreb in
- razvoj, implementacija ter ocenitev prehranskega načrta.

Bolnika spremlja ves čas zdravljenja bolezni, če je treba, sodeluje z zdravnikom, ki bolnika zdravi, z negovalnim osebjem, kuhinjo, socialnimi delavci in drugimi zdravstvenimi sodelavci, vključenimi v zdravstveno obravnavo bolnika.

Klinični dietetik pri bolniku, ki je hospitaliziran, določi prehranski načrt, medicinska sestra na bolnišničnem oddelku pa skrbi za njegovo izvajanje. Pri prehranski obravnavi bolnika, ki se zdravi ambulantno, pa učinkovitost prehranskega načrta in sodelovanje bolnika pri tem dietetiki ocenjujemo na kontrolnih pregledih v posvetovalnici za klinično prehrano. Kadar s prehranskim svetovanjem (z enteralno prehrano) ne moremo zadostiti bolnikovim prehranskim potrebam, *zdravnik* pripravi načrt za parenteralno prehrano bolnika.

Proces prehranske podpore in metode za ocenitev prehranskega načrta

Proces prehranske podpore bolnikov, ki ga je oblikovalo ameriško združenje dietetikov ADA (American dietetic association), je metoda sistematičnega reševanja bolnikovih problemov, ki ga dietetiki uporabljajo za kritično razmišljanje in reševanje bolnikovih prehranskih problemov. Prav tako omogoča celostno obravnavo bolnikovih prehranskih potreb in problemov. Proces prehranske oskrbe bolnika lahko vključuje enega ali več ciklusov in se zaključi, ko bolnik doseže vse zastavljene cilje. Bolnik oziroma skupina bolnikov lahko proces zaradi osebnih ali zunanjih okoliščin predčasno zaključi.

Proces prehranske podpore obsega štiri ločene faze

1. faza v prehranski podpori bolnika z rakom vključuje:

- prehransko presejanje,
- oceno prehranskega stanja s prehranskim pregledom,
- ostale preiskave,
- laboratorijske preiskave,
- oceno prehranskih potreb,

Prehransko presejanje

Namen in prednosti:

Namen presejanja je odkriti prehranske težave, ki jih z ustreznimi ukrepi lahko zmanjšamo ali odpravimo, in tako izboljšati izid zdravljenja.

Prehransko presejanje omogoča vstop bolnika z rakom v klinično pot prehranske podpore in primerno ter učinkovito sledenje prehranskim ukrepom in prehranskemu stanju bolnika.

Cilj:

Prehransko presejanje hospitaliziranih bolnikov, ki ga izvajamo s pomočjo ustreznega vprašalnika, pomaga identificirati bolnike, pri katerih obstaja tveganje za razvoj podhranjenosti, zgodnji ukrepi prehranske podpore pa lahko preprečijo razvoj podhranjenosti (Kondrup, 2003). Poleg tega nam pomaga identificirati bolnike, pri katerih je slaba prehranjenost že prisotna in pri katerih lahko ukrepi prehranske podpore izboljšajo prehransko stanje bolnikov.

Metoda:

Glede na dosedanje izkušnje je v evropskem prostoru za presejanje bolnikov v bolnišnicah najpogosteje uporabljeno in najbolj preverjeno orodje NRS 2002 (Nutritional Risk Screening, 2002), ki ga že več let uporabljamo tudi pri nas.

Kdaj ga izvajamo?

- Ob sprejemu bolnika v bolnišnico.
- Pri vsakem hospitaliziranem bolniku ponavljamo prehransko presejanje na sedem dni, četudi predhodna prehranska presejanja ne kažejo ogroženosti za bolnišnično podhranjenost oziroma podhranjenost pri bolniku še ni prisotna.

Ocena prehranskega stanja s prehranskim pregledom

Namen:

Prehranski pregled je diagnostični proces, s katerim opredelimo stanje podhranjenosti (t.j. slabe hranjenosti) in tveganje zapletov, ki so povezani z njo. S prehranskim pregledom bolnika pridobimo informacijo o njegovih presnovnih, prehranskih in funkcionalnih spremenljivkah, ki omogočajo oceno prehranskega statusa in prehranskih potreb. Proces prehranskega pregleda je veliko bolj kompleksen kot presejanje (Rolfes, 2006).

Cilj:

S pridobljenimi podatki oblikujemo prehranski načrt za preprečevanje podhranjenosti ali izboljšanje prehranjenosti bolnika. Prehranski pregled nam omogoči tudi oceno učinkovitosti prehranske podpore.

Metode:

Ocena prehranskega stanja mora slediti prehranskemu presejanju. Z njo pridobimo podatke o bolnikovem vzorcu prehranjevanja, navadah, etičnih in kulturnih stališčih, priljubljeni hrani in hrani, ki je bolnik ne mara, telesni višini, teži, spremembi telesne teže, laboratorijskih parametrov, telesni in psihični kondiciji, zdravju ustne votline ter o drugih dejavnikih tveganja, kot so: infekcije, bolezni, bolečina ipd.

Metode za pridobivanje teh podatkov so različne:

- anamneza (prehransko, socialno in zdravstveno),
- fizikalni pregled,
- antropometrija,
- funkcionalni testi (ročna dinamometrija, testi dihalne funkcije, testi delovanja imunskega sistema),
- laboratorijske preiskave in
- dodatne specialne preiskave (bioimpedanca, densitometrija, meritev mišične funkcije
- moč stiska roke).

Anamneza

Iz anamneze razberemo ključne dejavnike, ki vplivajo na prehranski status in potrebe po hranilih, kot tudi osebne preference, ki jih moramo upoštevati pri načrtovanju prehranske podpore.

Anamnezo natančneje razdelimo na: zdravstveno, osebno in socialno anamnezo.

Zdravstvena anamneza zajema:

- podatke o sedanji bolezni in zdravstvenem stanju (simptomi, ki so povezani s prebavili, temperatura, pulz, krvni tlak, laboratorijski znaki vnetja, izguba hranil preko ran, fistul...),
- podatke o zdravljenju,
- podatke o spremljajočih boleznih (akutna in kronična obolenja endokrinega sistema, obolenja ledvic, jeter ali druga obolenja prebavnega sistema, alergije, bolezni CŽS in druga kronična obolenja),
- pretekla bolezenska stanja in zdravljenja (operativni posegi...),
- podatke o družinski obremenjenosti z boleznimi,
- podatke o uporabi zdravil (predpisanih in zdravil v prosti prodaji) in njihovih neželenih učinkih, če so prisotni,
- podatke o uporabi farmacevtskih in naravnih dodatkov,
- psihološko stanje bolnika.

Socialna anamneza zajema:

- demografski podatki,
- socialno-ekonomski status,
- versko, kulturno in etično pripadnost,
- stopnjo izobrazbe,
- bivalno-družinske razmere,
- odvisnost od alkohola, drog in tobaka.

Prehranska anamneza

Cilj: ob sprejemu naredimo širšo oceno prehranskega stanja in prehranskih težav bolnika:

- pretekle in sedanje prehranske navade (vzorec prehranjevanja, frekvenca in količina dnevno zaužitih obrokov, čas uživanja obrokov, velikost posameznih obrokov, način priprave hrane in uživanja obrokov, uživanje alkohola, kajenje, telesna dejavnost),
- verska, kulturna, etična ter druga stališča, ki vplivajo na prehranske navade,
- prehranske omejitve (prehranske alergije, intolerance idr. kot posledica kronične bolezni ali trenutnega bolezenskega stanja),
- prehranske težave, povezane s trenutno ali kronično boleznijo in zdravljenjem (izguba apetita, averzija do določene hrane, prezgodnja sitost, slabost, bruhanje, spremembe v okušanju, spremembe v vonjanju določene hrane, vnetja ustna sluznica, vnetja sluznica požiralnika, bolečine pri požiranju, napenjanje, krči v trebuhu, odvajanje tekočega blata, zaprtje...),
- potrebe po pomoči pri hranjenju,
- ocena prehranskega vnosa (primerne metode: FFQ, 24-urni recall).

Fizikalni pregled

Cilj: s fizikalnim pregledom bolnika lahko odkrijemo telesne znake in simptome pomanjkanja ali toksičnosti hranil. Prav tako nam je v pomoč pri ocenjevanju učinkovitosti sedanje/načrtovane prehranske podpore.

Fizikalni pregled vključuje:

- oceno mišične mase in podkožnih zalog maščevja z antropometričnimi meritvami,
- oceno hidracije,
- inspekcijo, palpacijo, perkusijo - edem in ascites sta pomembna fizikalna znaka pomanjkanja visceralnih proteinov in jetrne disfunkcije,
- inspekcija in ocena znakov hipovitaminov (dermatitis, glositis, helioza, živčno-mišična vzdražljivost),
- pri bolnikih, ki jih zdravimo z zdravili, iščemo znake interakcij zdravil z delovanjem prebavil (driska, obstipacija, navzea).

Antropometrične meritve

Z antropometričnimi preiskavami ocenjujemo sestavo telesa, kot je ocena puste mišične mase, maščobnih rezerv in vode, pri bolnem in zdravem posamezniku. Nekateri antropometrični postopki ocenjujejo le eno izmed naštetih komponent, drugi pa kombinacijo različnih.

Obvezne antropometrične meritve:

- telesna teža (TT) in izguba telesne teže v zadnjih treh oz. šestih mesecih,
- določitev indeksa telesne teže (ITT).

Priporočene dodatne antropometrične meritve: kožna guba nadlahti, obseg nadlahti.

Telesna teža in izguba telesne teže

Parameter nam služi pri ocenjevanju odstotka izgube TT in izračunu ITT. Pri ocenjevanju izgube TT moramo biti pozorni, kajti nenamerna izguba TT je lahko pokazatelj podhranjenosti, pridobivanje na telesni teži pa lahko kaže na zadrževanje vode v telesu.

Merjenje telesne teže je treba opraviti ob sprejemu bolnika v bolnišnico in ga ponavljati enkrat tedensko v času bolnikove hospitalizacije.

Pri ocenjevanju telesne teže bolnika, pri katerem so prisotni edemi ali ascites, moramo upoštevati, da lahko ti prispevajo od 1 do 14 kg telesne teže. V takem primeru moramo od telesne teže odšteti kilograme (Briony, 2001).

Izguba telesne teže

Odstotek nenamerne izgube telesne teže je prognostični parameter, ki nam pomaga pri napovedovanju izida zdravljenja in bolezni (funkcionalno propadanje, zapleti, ostali neželeni sopojavi). Velja, da večji kot je odstotek izgube telesne teže, večja je stopnja funkcionalnega propadanja pri bolniku in večje je tveganje za razvoj zapletov in ostalih negativnih sopojavov bolezni in zdravljenja.

Izgubo telesne teže lahko opredelimo kot blago, zmerno in hudo (Briony, 2001; Kondrup, 2004):

- blaga izguba TT: manj kot 5 % v zadnjih treh mesecih;
- zmerna izguba TT: od 5 do 10 % v zadnjih treh mesecih;
- huda izguba TT: več kot 5 % v zadnjem mesecu ali več kot 10 % v zadnjih 3 mesecih.

Indeks telesne teže (ITT)

ITT je pokazatelj maščobnih rezerv in je prognostični parameter, ki nam pomaga pri napovedovanju stopnje tveganja obolevnosti in umrljivosti pri podhranjenih in debelih posameznikih.

Opredelitev prehranjenosti z ITT (ASPEN, 2002):

ITT	stopnja prehranjenosti
< 18	težka podhranjenost
18-20	podhranjenost
20-25	normalna teža
25-30	čezmerna teža
> 30	debelost

Pri ocenjevanje stopnje prehranjenosti z ITT moramo biti previdni in upoštevati delež zadržane vode v bolnikovem telesu in telesno konstitucijo bolnika, zaradi česar je ITT lahko višji oz. nižji.

Kožna guba in obseg nadlahti

Merjenje obsega nadlahti je skupaj z meritvijo kožne gube tricepsa uporabna metoda za oceno mišične mase in maščobnega tkiva v telesu. S percentilnimi vrednostmi kožne gube tricepsa in obsega nadlahti si pomagamo pri oceni prehranjenosti bolnikov. Še posebej je ta metoda uporabna, kadar tehtanje bolnikov ni možno. Hkrati nam pomaga pri ocenjevanju uspešnosti prehranske podpore.

Pri ocenjevanju teh meritev moramo upoštevati, da na obseg nadlahti in na debelino kožne gube vpliva tudi hidracijsko stanje bolnika.

Obseg nadlahti izmerimo s posebnim centimetrskim merilom. Merimo v središčni točki med osjo akromija in olekranona. Debelino kožne gube merimo z merilnim instrumentom kaliprom. Percentilno vrednost odčitamo iz tabel (Kondrup 2004, Frisancho, 1990).

Ostale preiskave:

- ročna dinamometrija,
- bioimpedanca (BIA),
- mišična stimulacija,
- ocenitev porabe energije v mirovanju - resting energy expenditure,
- delovanje dihalnega sistema:
 - ♦ peak flow in FEV1,
- delovanje imunskega sistema:
 - ♦ štetje limfocitov,
 - ♦ delež in število limfocitov T.

Laboratorijske preiskave

- Osnovne laboratorijske preiskave so pomembne za opredelitev splošnega stanja bolnika in spremljanja odziva na prehransko terapijo (hemogram, diferencialna krvna slika, biokemične preiskave: krvni sladkor, elektroliti, magnezij, fosfat, kalcij, jetrni testi, holesterol, trigliceridi),
- visceralni proteini (albumini, prealbumin, transferin),
- proteini akutne faze (CRP),
- limfociti,
- izračun dušikove bilance (urea, kreatinin).

Ocena prehranskih potreb

Energijske potrebe določimo glede na porabo energije in bolnikovo sposobnost za uporabo (utilizacijo) hranil. V praksi upoštevamo pravilo (Cerović, 2008):

- aktivni bolniki: 30–35 kcal/kg TT/dan,
- ležeči bolniki: 20–25 kcal/kg TT/dan,
- pri čezmerno težkih bolnikih (ITT > 30) računamo potrebo glede na idealno telesno težo, ki ji prištejemo še 25 %

Potrebe po beljakovinah med boleznijo so 1,2–2 g/kg TT/dan. Priporočen vnos maščob med boleznijo je 30–50 % neproteinske energije (kolikalorij).

Za vsa hranila, ki niso posebej opredeljena v navedenih priporočilih, upoštevamo vrednosti, ki ustrezajo priporočilom zdrave prehrane (DACH, 2004).

2. faza = prehranska diagnoza

V prvi fazi procesa prehranske podpore pridobimo informacije o bolnikovih prehranskih problemih in potrebah. Hkrati analiziramo bolnikove možnosti, sposobnosti in željo za njihovo reševanje.

S prehransko diagnozo poimenujemo aktualne in potencialne prehranske probleme, ki smo jih identificirali pri bolniku.

Primeri prehranskih diagnoz:

- ♦ neobvladljivo hujšanje, ki je posledica rakaste bolezni,
- ♦ zmanjšan vnos hranil zaradi slabosti in bruhanja,
- ♦ zmanjšan vnos hranil zaradi bolečine pri požiranju,
- ♦ nezmožnost uživanja trde hrane zaradi vnetja ustne sluznice.

3. faza = prehranski načrt in implementacija prehranskega načrta

V prehranskem načrtu opredelimo prehranske ukrepe (prehranski dodatki, izbrana dietna hrana ipd.) in aktivnosti (prehransko svetovanje), s katerimi bomo reševali prehranske probleme in zagotavljali prehranske potrebe bolnika z rakom.

Implementacija prehranskega načrta pomeni izvajanje prehranskih aktivnosti, opredeljenih v prehranskem načrtu. Da zagotovimo učinkovitost prehranskega načrta, moramo v proces prehranske podpore bolnike aktivno vključiti.

S prehranskim svetovanjem klinični dietetik bolnika informira in ga pouči o posebnostih in ciljih individualnega prehranskega načrta: načelih prehranjevanja, s katerim bo zadostil svojim prehranskim potrebam, o pomenu prehrane med boleznijo in zdravljenjem, o živilih in/ali prehranskih dodatkih, ki so za njega pomembni, zakaj, kako pogosto in na kakšen način naj se prehranjuje, o ustreznem načinu priprave dietne hrane ipd. (Mlakar-Mastnak, 2005).

Pomembno vlogo pri uresničevanju in nadzoru učinkovitosti prehranskega načrta pri hospitaliziranem bolniku imajo medicinske sestre.

4. faza = vrednotenje prehranskega načrta

Namen ocenjevanja je ugotoviti učinkovitost prehranskega načrta. Pri hospitaliziranem bolniku pomeni več kakor samo opazovanje dogajanja, zahteva dnevno spremljanje, vrednotenje in dokumentiranje kazalcev napredka pri bolniku (povečan vnos hrane, obvladovanje slabosti, izboljšana telesna kondicija, izboljšanje prehranskega stanja, zadovoljstvo bolnika ipd.). Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so s svojo 24-urno prisotnostjo ob hospitaliziranemu bolniku najpomembnejši zdravstveni strokovnjaki, ki skrbijo in spremljajo uresničevanje prehranskih načrtov. Klinični dietetik na osnovi dokumentiranih podatkov vrednoti prehranski načrt in ga po potrebi spremeni.

Bolnike, ki se zdravijo ambulantno, lahko klinični dietetik spremlja v posvetovalnici za prehrano, število obravnav v posvetovalnici za prehrano je odvisno od števila in intenzivnosti prehranskih težav, bolnikovega osvojenega znanja in veščin ter njegove motiviranosti za prehransko spremljanje. Ambulantne bolnike lahko spremljamo tudi preko elektronske pošte ali telefona.

Zaključek

V mnogih slovenskih bolnišnicah je prehrana še vedno obravnavana kot del bolnišnične oskrbe oziroma hotelskih storitev. Prav tako vloga kliničnega dietetika kot člana zdravstvenega tima še ni dobro prepoznana.

V sodobni zdravstveni obravnavi bolnikov z rakom mora klinični dietetik pri prehranski podpori prevzeti aktivno vlogo. Prehransko podporo pri bolnikih z rakom mora izvajati načrtno in organizirano, postati mora vezni člen med bolnikom in njegovimi potrebami na eni strani ter zdravstvenim timom in drugimi pomembnimi člani v prehranski verigi na drugi strani.

Da pa bo prehranska podpora postala integralni del sodobnega zdravljenja bolnikov z rakom, ni dovolj le aktivna vloga kliničnega dietetika, prehrana mora postati odgovornost vseh vključenih v prehransko verigo, vodstva bolnišnic pa morajo politiki prehranskih storitev in prehranske podpore posvetiti primerno pozornost.

Literatura

1. ASPEN Board of Directors and the Clinical Guidelines Task Force, Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2002 Jan-Feb; 26 (1 Suppl): 1SA-138SA.
2. Bond S. Eating matters-improving dietary care in hospitals. Nurs Stand 1998a; 12: 41-41.
3. Briony T. Manual of dietetic practice. Oxford: Blackwell Science Ltd, 2001.
4. Cerović O, Hren I, Knap B in ost. Priporočila za prehransko obravnavo bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih za starejše. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2008.
5. DACH priporočila: Referenčne vrednosti za vnos hranil, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2004.
6. Frisancho A.R. Anthropometric standards for the assesment of growth and nutritional status. Ann Arbor: University of Michigan press, 1990.

7. Kondrup J, Allison SP, Ellia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutritional screening. *Clin Nutr*, 2003, 22(4): 415-421.
8. Kondrup J. Basics concepts in nutrition. V: Sobotka L. (ur). *Basics in clinical nutrition*, 2004: 1-56.
9. Luthringer S. The multi-dimensional role of the dietitian at your cancer center. *Integrating Nutrition Into Your Cancer Program (NIYCP) 2002*; March/April: 7-8, <http://www.accc-cancer.org/publications/Role.pdf>.
10. McLaren S., Green S. Nutritional screening and assessment. *Nurs Stand* 1998; 12: 26-29.
11. Mlakar-Mastnak D. *Prehranska zdravstvena vzgoja pri bolniku z rakom. Specialistično delo*. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2005.
12. Ovansen L. Council of Europe report and guidelines on food and nutritional care in hospitals. V: *European forum: food and nutritional care in hospitals: acting together to prevent undernutrition*. Strasbourg: Council of Europe, 2001: 35-43.
13. Rolfes S.A., Pinna K., Whitney E., *Understanding Normal and Clinical Nutrition*. Thomson Learning, London, 2006,: 580-600.
14. Rotovnik Kozjek N, Mlakar Mastnak D, Smrdel U, Zobec Logar H.B., Perhavec A. Priporočila za prehrano pacienta z rakom, *Onkologija*, december 2007, 11(2): 90-99.

ORGANIZACIJA PALIATIVNE OSKRBE V SLOVENIJI: PREDNOSTI IN OVIRE

Andreja Peternelj, dipl. m. s.

Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice

Povzetek

Organizirana paliativna oskrba je področje, ki v Sloveniji ni razvito. S predlogom Nacionalnega programa paliativne oskrbe se postavljajo temelji za njen razvoj. V prispevku je prikazana organiziranost paliativne oskrbe pri nas, vloga interdisciplinarnih paliativnih timov in timov s specialističnimi znanji paliativne oskrbe. Ti timi bodo ključni v podpiranju izvajalcev osnovne paliativne oskrbe. Glede na izkušnje izvajalcev so v prispevku izpostavljene tudi prednosti take organiziranosti in ozka grla, ki so lahko ovira pri razvijanju paliativne oskrbe.

Ključne besede: paliativna oskrba, organizacija

Uvod

Paliativna oskrba (v nadaljevanju PO) je v svetu različno urejena. Za prelomnico v razvoju moderne paliativne oskrbe v evropskem prostoru štejemo odprtje hospica St. Christopher leta 1967 pod okriljem staroste razvoja tega področja Cicely Saunders. Izven evropskega prostora je bil to kanadski zdravnik Balfour Mount, ki je 1975. leta v montrealški bolnišnici odprl prvo službo PO. Kanada še danes velja za eno najbolj razvitih držav glede PO v javnozdravstvenem sistemu. Skupaj z Anglijo prednjači v organizacijskih pristopih, izobraževalnih programih in raziskavah na področju PO.

V večini držav Evropske skupnosti PO že deluje organizirano, v vzhodnoevropskih državah in državah v tranziciji pa se pospešeno razvijajo in izvajajo programi za organizirano izvajanje PO. Države imajo različno obliko organiziranja PO v sistemu zdravstvenega varstva, različna pa je tudi raven kakovosti PO. V zadnjem desetletju Evropska skupnost, Svetovna zdravstvena organizacija in tudi Evropsko združenje za paliativno oskrbo (EAPC) izvajajo številne aktivnosti, ki so namenjene hitrejšemu razvoju PO. Odbor ministrov Sveta Evrope je v novembru 2003 državam članicam priporočil in sprejel program organizirane paliativne oskrbe. V dokumentu je PO natančno opisana kot sestavni del zdravstvenega sistema, ki ob ustrezno organiziranem izvajanju

pomembno vpliva na kakovost življenja bolnikov ter njegovih bližnjih in na zmanjšanje stroškov za zdravstveni sistem. PO je človekova pravica in je kot taka omenjena v številnih dokumentih in listinah (Predlog Nacionalnega programa paliativne oskrbe). Razvoj PO je v Sloveniji še vedno na začetni ravni in zato še ni mogoče govoriti o organiziranem izvajanju PO. Prelomnica v razvoju PO v Sloveniji je bila ustanovitev Slovenskega društva Hospic leta 1995, na pobudo dr. Metke Klevišar. V razvoju PO pa so bili tudi v slovenskem prostoru v zadnjih letih narejeni premiki. V dveh slovenskih bolnišnicah delujeta enoti za PO, formirajo se posamezni mobilni paliativni timi in odpirajo se nove protibolečinske ambulante. Postopoma se PO tudi vsebinsko vključuje v različne programe, strategije in dogovore. Določene aktivnosti PO se na vseh ravneh zdravstvene in socialne obravnave že izvajajo. So pa te aktivnosti nesistematične, slabo koordinirane v timu in še vedno premočno medicinsko usmerjene. Učinkovitost teh storitev je zato premajhna, pri obravnavi se pogosto ne upoštevajo želje bolnika in svojcev oziroma se ne sledi trenutnim bolnikovim potrebam. Dejstvo je, da razvoj še vedno sloni v pretežni meri na zavzetosti posameznikov, ki poznajo prednosti tovrstne oskrbe pri bolniku z neozdravljivo in napredovalo kronično boleznijo, in delovnih okoljih, kjer je PO prepoznana kot nepogrešljiv del celostne obravnave ter kot dodana vrednost h kakovosti življenja in umiranja.

V letu 2009 je bil na ravni države narejen korak naprej, izdelan je bil predlog Nacionalnega programa paliativne oskrbe (v nadaljevanju NPPO), ki predvideva razvoj in sistematično izvajanje PO oskrbe tudi v Sloveniji.

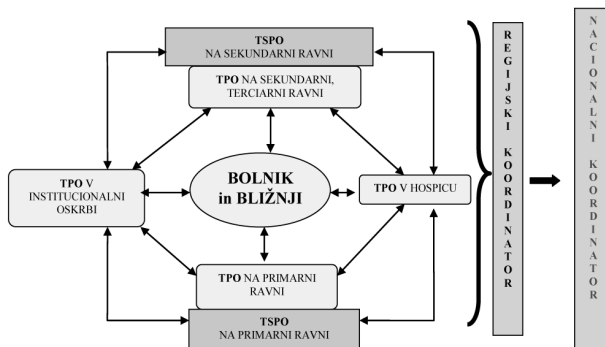
Kako bo PO organizirana v Sloveniji?

Razvoj PO v NPPO temelji predvsem na sledečih izhodiščih (Predlog Nacionalnega programa paliativne oskrbe):

- prepoznavnost v okviru zdravstvene in socialnovarstvene obravnave,
- dostopnost do PO po načelih enakopravnosti,
- vzdrževanje najboljše kakovosti življenja,
- možnost specialistične obravnave,
- obravnava v skladu z bolnikovimi željami in potrebami,
- programi izobraževanja,
- izvajanje PO temelji na dobri klinični praksi in utemeljitvah, podprtih z dokazi,
- zakonska opredelitev in viri financiranja.

Predvidena organizacija v NPPO umešča PO v sistem zdravstvenega varstva in predvideva njeno izvajanje na vseh ravneh zdravstvene obravnave ali dolgotrajne oskrbe (slika 1). Izvajalci so *povezani v interdisciplinarne paliativne time za izvajanje osnovne in specialistične PO*.

Bolnika, ki potrebuje PO, prepoznajo lečeči zdravniki ali člani paliativnega tima na sekundarni ali terciarni ravni, na primarni ravni pa osebni zdravnik, patronažna medicinska sestra ali medicinska sestra v institucionalni obravnavi (Predlog Nacionalnega programa paliativne oskrbe).



Slika 1: Organizacija paliativne oskrbe v Sloveniji
Vir: Nacionalni program paliativne oskrbe 2009

Vsi izvajalci PO se povezujejo v interdisciplinarne time osnovne PO (TOPO), ki se povezujejo v mreži na horizontalni in vertikalni ravni (tabela 1). Tim za PO je izvajalec osnovne PO in koordinator vseh drugih dejavnosti, ki jih bolnik v PO potrebuje. Ta vrsta PO se bolj ali manj uspešno že izvaja, vsekakor pa ni organiziranega pristopa in učinkovite koordinacije. Za nemoteno delovanje mreže PO, izvajanje analiz kakovosti ter oblikovanje programa funkcionalnih usposabljanj, izobraževanj in raziskovanja skrbijo regionalni koordinatorji in nacionalni koordinator. Koordinatorji v okviru mreže PO zagotavljajo povezovanje med izvajalci PO in vrednotijo rezultate dela (Predlog Nacionalnega programa paliativne oskrbe).

Pomembno vlogo v razvoju in izvajanju PO imajo timi specialistične paliativne oskrbe (TSPO), ki so predvideni na primarni in sekundarni oz. terciarni ravni. Vsi zdravstveni delavci in drugi sodelavci, ki izvajajo osnovno PO, imajo lahko podporo TSPO in možnost posvetovanja z njimi. Člani TSPO imajo ustrezna znanja in veščine, da lahko prepoznajo in ustrezno ocenijo tudi kompleksnejše potrebe in težave bolnika ter njegovih bližnjih in ob tem tudi ustrezno ukrepajo. TSPO je osnovni nosilec specialistične PO. Delo TSPO se izvaja znotraj bolnišnic, lahko pa delujejo tudi kot mobilni timi na bolnikovem domu ali v institucionalnem varstvu (Predlog Nacionalnega programa paliativne oskrbe).

TSPO na primarni ravni svetuje izvajalcem osnovne PO na bolnikovem domu, po dogovoru obiskuje bolnika, sodeluje v obravnavi bolnika s kompleksnimi težavami in v dogovoru z mobilnim TSPO na sekundarni ravni predlaga obravnavo na drugi

ravni zdravstvene dejavnosti (Predlog Nacionalnega programa paliativne oskrbe).

Tabela 1: Nacionalni predlog celostne PO Vir: Nacionalni program paliativne oskrbe 2009

BOLNIK IN DRUŽINA						
RAVNI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	RAVNI PALIATIVNE OSKRBE					
	OSNOVNA PO			SPECIALISTIČNA PO		KOORDINACIJA PO
PRIMARNA RAVEN	medicinska sestra ----- izbrani zdravnik ----- patronažna medicinska sestra	TOPO	HOSPIC	TSPO MOBILNI TIM		REGIJSKI KOORDINATOR
SEKUNDARNA RAVEN	medicinska sestra ----- lečeči zdravnik ----- zdrav. sodelavci v akutni in neakutni obravnavi	TOPO		TSPO	ODDELEK PO	
TERCIARNA RAVEN	medicinska sestra ----- lečeči zdravnik ----- zdrav. sodelavci	TOPO		TSPO	ODDELEK PO	
SOCIALNI DELAVEC						

Za reševanje kompleksnejše in najzahtevnejše problematike (specialistična PO), ki je povezana s telesnimi, psihološkimi, socialnimi in/ali duhovnimi potrebami bolnika z napredovalo kronično neozdravljivo boleznijo, so namenjeni paliativni oddelki ali enote. Zagotovljena bo enakomerna regijska porazdelitev, s čimer bi se zagotovila ustrezna dostopnost do PO. Paliativni oddelki zahtevajo visoko usposobljen interdisciplinarni paliativni tim (TSPO), ki izvaja tudi svetovanje, izobraževanja, funk-

cionalna usposabljanja in raziskovalno dejavnost (Predlog Nacionalnega programa paliativne oskrbe).

V sklopu vseh ravni obravnave je predvidena enotna dokumentacija (klinične poti, protokoli, standardi), ki bo povečala učinkovitost informiranja vseh, ki se v obravnavo vključujejo.

Prednosti in ovire pri razvijanju PO

PO je v slovenskem prostoru še vedno zelo slabo poznano področje med strokovno in laično javnostjo. V vsakodnevni praksi se pojem paliativne oskrbe enači z obravnavo ob koncu življenja. V okviru zdravstvene obravnave PO ni prepoznana kot dodana vrednost k kakovosti obravnave bolnikov, ki jo potrebujejo. Posledično bolniki, ki potrebujejo PO, niso prepoznani pravočasno, kar lahko poveča njihovo trpljenje.

Komunikacija v PO je osnovni pogoj za vključevanje bolnika v obravnavo, ocenjevanje in spremljanje njegovih težav. Prav pomanjkanje veščin komuniciranja lahko prepreči učinkovito obravnavo in potrebno informiranost bolnika in svojcev. Zaradi nerealnih pričakovanj se povečujejo stiske bolnika, svojcev in tudi izvajalcev.

Učinkovitost prepoznavanja, ocene in spremljanja simptomov je premajhna, zato se povečuje trpljenje, ki zmanjšuje kakovost življenja.

Največjo oviro pri nadaljnjem razvoju PO predstavlja pomanjkanje znanja pri izvajalcih PO. Po vzoru držav, ki imajo paliativno oskrbo, je treba umestiti PO v sistem rednega dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja. K hitrejšemu pridobivanju znanj pa bodo pripomogla tudi različna funkcionalna izobraževanja.

Stališča stroke in javnosti so usmerjena bolj v medikalizacijo obravnave in delujejo pogosto proti načelom PO ter ne dopuščajo vzporednosti obravnav in dostojanstvene ter mirne smrti.

Interdisciplinaren pristop temelji na vključevanju različnih strokovnjakov, med katerimi je vzpostavljena dobra komunikacija in usmerjenost k istemu cilju, t.j. cilju bolnika. V praksi pa je obravnava v pretežni meri usmerjena v multiprofesionalen in slabo integriran pristop. PO v sistemu zdravstvenega varstva še ni ustrezno finančno vrednotena, kar ima za posledico neustrezno kadrovsko pokritost povsod, kjer se paliativna oskrba izvaja.

Predviden model organizacije PO omogoča aktivno in celostno pomoč bolnikom vseh starosti z napredovalo kronično neozdravljivo boleznijo ter njihovim bližnjim med boleznijo in žalovanjem. Obravnava je usmerjena v lajšanje težav, ki so posledica neozdravljive bolezni, in je prilagojena ciljem, željam in vrednotam bolnika. PO se izvaja na podlagi ocene stanja bolnika, ocene verjetne prognoze njegove bolezni ter ocene specifičnih potreb bolnika in njegovih bližnjih. Organizirano izvajanje PO omogoča tudi

pravočasno vključitev bolnika v proces obravnave, kar vpliva na kakovost življenja in tudi umiranja. Kakovost življenja povečujemo z lajšanjem trpljenja, ki je posledica tako telesnih težav kot tudi psihičnih in duševnih, in sicer tako, da so te zgodaj prepoznane, ustrezno ocenjene in obravnavane. S timom strokovnjakov, ki se vključujejo v obravnavo glede na prepoznane potrebe bolnika, je omogočen celostni pristop.

Vpeljava enotnih orodij, kot je klinična pot PO in klinična pot umiranja, enotnih kriterijev vključevanja bolnikov v PO, standardov in drugih protokolov, bo povečala pretok informacij med izvajalci PO, s tem pa tudi kakovost obravnave.

S predvideno mrežo izvajalcev bo v večji meri omogočeno izvajanje PO na ravni, ki je prilagojena bolnikovim željam in potrebam.

Z razvojem PO se bo postopoma povečevalo izvajanje PO na primarni ravni, ne bo nepotrebnih hospitalizacij in obiskov v urgentnih ambulantah. Posledično pa bo to vplivalo tudi na zmanjšanje stroškov za obravnavo bolnika s kronično napredovalo neozdravljivo boleznijo. Z organiziranim izvajanjem PO bo mogoče njeno izvajanje tudi stalno vrednotiti in izboljševati kakovost obravnave.

Zaključek

PO je dejavnost, ki ni usmerjena v zdravljenje bolezni, temveč poskuša v največji možni meri ublažiti težave, ki jih ima bolnik zaradi napredovale bolezni. Ni osredotočena v podaljševanje življenja, temveč v kakovost življenja bolnika z napredovalo neozdravljivo kronično boleznijo. Spoštovanje bolnikove volje, dostojanstva je osrednji cilj vsakega izvajalca, ki se vključi v obravnavo. Zahteva interdisciplinaren pristop, dobro koordinacijo in informiranje bolnika ter izvajalcev.

Odločitev glede PO in razumevanje PO sta v praksi pogosto težka, zato morajo imeti izvajalci dodatna specifična znanja in veščine. Za razumevanje PO pa je pomembno tudi usmerjeno osveščanje javnosti. Da je mogoče slediti filozofiji PO, je potreben sistemski pristop (NPPPO), jasne smernice in klinične poti obravnave, kriteriji in standardi, umestitev PO v redne programe izobraževanja, zagotoviti je treba ustrezno umeščenost PO v sistem zdravstvenega varstva, v pravne akte in zagotoviti ustrezno financiranje dejavnosti.

Literatura

1. Predlog Nacionalnega programa paliativne oskrbe. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2009.

POSEBNOSTI DOVAJANJA ZDRAVIL V PALIATIVNI OSKRBI IN HIDRACIJA BOLNIKA S HIPODERMOKLIZO

Boštjan Zavratnik, dipl. zn.

Onkološki inštitut Ljubljana

Marjana Trontelj, dipl. m. s., spec. periop. zn.

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Članek predstavlja posebnosti dovajanja zdravil v paliativni oskrbi. Vnos zdravil skozi usta je najpogostejša pot, a se zaradi različnih vzrokov pogosto uporabljajo tudi druge poti vnosa. To je lahko dovajanje zdravil skozi sluznice, po nazogastrični ali enteralni sondi, v danko, v podkožje, v mišico, v žilo, na kožo in skozi njo, v pljuča, v hrbtenjačni kanal, v nos in telesne votline. Vodilo ob predpisovanju in dovojanju zdravil v paliativni oskrbi je čim manjša obremenjenost in čim večji učinek za bolnika ter enostavnost za bolnika in svojce. Podkožna hidracija ali hipodermokliza je prav tako ena izmed posebnosti paliativne oskrbe, ki pa je pri nas slabo poznan način vnosa tekočine. Na kratko predstavljamo tudi to metodo hidracije.

Ključne besede: paliativna oskrba, aplikacija zdravil, podkožna hidracija, hipodermokliza

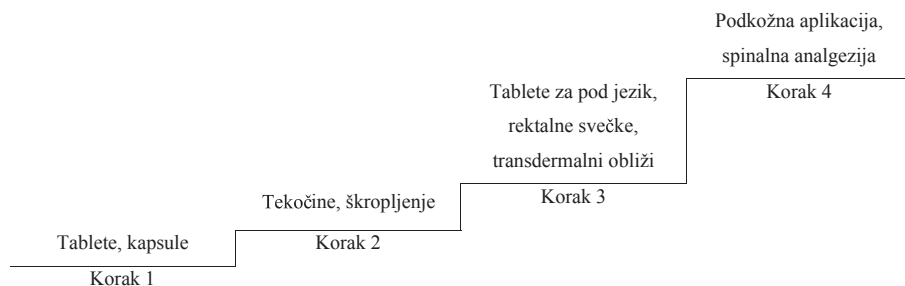
Uvod

V paliativni oskrbi se uporabljajo raznovrstne poti vnosa zdravil. Izbira poti vnosa je odvisna od kombinacije različnih dejavnikov, kot so bolniki, zdravila in organizacija (razpoložljivost zdravil v različnih oblikah, finančna sredstva in človeški viri) (Hanks, Roberts, Davies, 2004). Posebnost dovajanja zdravil se v paliativni oskrbi pokaže predvsem v zadnjih dnevih življenja, za katere so značilne hitre, nihajoče spremembe bolezni. Primarna oziroma glavna pot vnosa zdravil je skozi usta, ki se glede na obsežnost bolnikove bolezni lahko dopolnjuje z drugimi potmi vnosa. Glavna dejavnika za izbiro najprimernejše poti dovajanja zdravil sta stanje napredovale bolezni in psihofizično stanje bolnika. V praksi pa je izbira zdravila odvisna predvsem od dosegljivosti (Twycross, Wilcock, Toller, 2009). Glede na številno ponudbo zdravil na

svetovnem trgu ni pričakovati, da bo pri nas dosegljiva vsaka izmed ponujenih oblik. V tem članku želimo prikazati različne poti vnosa zdravil in njihove značilnosti. Druga posebnost paliativne oskrbe je podkožna parenteralna hidracija ali hipodermoklizza. Predstavili bomo tudi to vrsto hidracije, ki je v zahodni medicini zaradi različnih razlogov vedno bolj ustaljena.

Dovajanje zdravil skozi usta

Najbolj zaželen način dovajanja zdravil v paliativni oskrbi je skozi usta (oralno). Prednosti takšnega načina vnosa so, da je preprost, neinvaziven in zaželen pri bolnikih (Hanks, Roberts, Davies, 2004). Večina zdravil, ki jih uporabljamo v paliativni oskrbi, je na voljo v obliki za dovajanje skozi usta. Zdravila so pogosto dosegljiva tako v trdni obliki (tablete, kapsule) kot v tekoči (solucije, suspenzije). Slika 1 prikazuje 4-stopenjsko lestvico dovajanja zdravil za zdravljenje oziroma lajšanje bolečine.



Slika 1: Različne poti dovajanja zdravil (Twycross, Wilcock, Toller, 2009).

Škropljenje je postopek, ko vsebino kapsule izpraznimo oziroma stresemo na žličko pasirane hrane takoj pred zaužitjem, npr. na sadno kašo, pire krompir, marmelado, sladoled, pred tem pa se seveda prepričamo, ali je takšno početje dovoljeno s strani proizvajalca uporabljenih kapsul. Tablete za pod jezik, rektalne svečke, transdermalne obliže, podkožne in spinalne aplikacije bomo obravnavali v nadaljevanju članka.

Dovajanje zdravil skozi sluznice

V paliativni oskrbi uporabljamo dve vrsti dovajanja zdravil skozi sluznice. Zdravila lahko damo pod jezik ali na notranjo stran ličnice. Prednost teh poti vnosa sta hitrejša absorpcija in učinek zdravila (Hanks, Roberts, Davies, 2004).

Podjezične tablete (sublingvalno) so zaželeni zaradi enostavne uporabe. Pri tej poti

vnosa zdravil je treba biti pozoren na navodila posameznega proizvajalca, saj na splošno velja, da se preostanek zdravila, ko je njegova učinkovitost že dosežena, odstrani izpod jezika, da ne povzroča nepotrebnih neželenih učinkov. Treba je biti pozoren, da se v bolnikovem krvnem obtoku ne pojavi višja koncentracija zdravila, kot je potrebna. To pot vnosa uporabljamo predvsem tam, kjer požiranje zaradi različnih razlogov ni mogoče. Moramo pa biti pozorni, da bolnik tablete ne zaužije, saj lahko to vpliva na učinkovitost zdravila (Twycross, Wilcock, Toller, 2009). Najpogostejši pripravek, ki ga uporabljamo na našem oddelku, je lorazepam (Loram®). Ena od posebnosti v paliativni oskrbi je, da moramo biti iznajdljivi. Npr., če ne gre drugače, tableto raztopimo z nekaj kapljicami tople vode, jo posrkamo z 1-ml brizgalko in apliciramo med bolnikovo ličnico in dlesnijo ali pod jezik.

Zdravila za dovajanje na notranjo stran ličnice (bukalno), ki so najpogosteje v obliki lizalke, so na tržišču prisotna predvsem za urejanje prebijajoče bolečine (Prommer, 2009) in epileptičnih napadov (McIntyre et al., 2005).

Glavni problem, ki se v praksi pojavlja, je ta, da se v napredovalem stadiju bolezni pojavi zmanjšano delovanje žlez slinavk, kar povzroča izsušenost ustne sluznice in s tem oteženo absorpcijo zdravila skozi ustno sluznico.

Dovajanje zdravil po nazogastrični ali enteralni sondi

Enteralno dovajanje zdravil se lahko uporablja pri bolnikih, ki imajo primerno delujoč gastrointestinalni trakt, a je zauživanje skozi usta onemogočeno oziroma bolnikovo požiranje ni varno (Williams, 2008). Na OI Ljubljana je to redko uporabljena pot vnosa zdravil.

Za enteralno dovajanje so priporočljiva zdravila v tekoči obliki. Lahko pa se uporabljajo tudi zdravila v trdi obliki, a jih je treba predhodno raztopiti ali razdrobiti in zmešati s toplo tekočino (voda, čaj, kompot). Možnost raztopitve zdravil, ki so primarno v trdni obliki, je treba preveriti v navodilih oziroma priporočilih proizvajalca. Na splošno pa velja, da se zdravil s kontroliranim sproščanjem ne sme drobiti ali topiti, saj lahko to vpliva na njihove fizične karakteristike in s tem na njihovo farmakokinetično delovanje (ponavadi takšno početje povzroči pospešeno absorpcijo zdravila) (Hanks, Roberts, Davies, 2004). Za uspešno dovajanje zdravil moramo biti pozorni na velikost sonde, njeno lego in na pazljivo izbiro ter primeren način dovajanja zdravil. Posledice neprimerne načina dovajanja so lahko številne, kot je zamašitev sonde, zmanjšana učinkovitost, povečanje neželenih učinkov in nezdržljivost zdravil (Williams, 2008). Priporočljivo je, da se zdravila ne mešajo direktno z enteralno prehrano, ampak da se sonda pred vnosom zdravila in po tem spere s približno 30 ml tekočine (voda, nesladkan čaj).

Dovajanje zdravil v danko

Dovajanje zdravil v danko (rektalno) sodi med pomembnejše poti vnosa v paliativni oskrbi. Prednost je predvsem v enostavnosti (ne potrebujemo dodatne opreme) in lahkem priučanju svojcev (Hanks, Roberts, Davies, 2004).

Na tržišču obstajajo številna zdravila v obliki rektalnih svečk, ki vplivajo na številne simptome. Najpogostejša zdravila, ki jih uporabljamo pri nas, so odvajalne svečke (glicerinske svečke, bisakodil (Dulcolax®, Novolax®)), svečke proti slabosti in bruhanju (tietilperazin (Torecan®)) ter svečke proti bolečini in povišani telesni temperaturi (diklofenak (Naklofen®), ketoprofen (Ketonal®)).

Posebnost v paliativni oskrbi je, da ponekod v praksi, čeprav ni uradnega priporočila za rektalno dovajanje, uporabljajo morfinske tablete s kontroliranim sproščanjem za lajšanje bolečin pri umirajočih bolnikih (Twycross, Wilcock, Toller, 2009).

Glavna pomanjkljivost te poti vnosa je, da za številne bolnike ni sprejemljiva in je hkrati zanje neudoben način vnosa zdravil (Hanks, Roberts, Davies, 2004).

Vnos zdravil v podkožje

Podkožen vnos zdravil (subkutano) je najpogostejše uporabljena parenteralna pot vnosa zdravil v paliativni oskrbi. Prednost subkutane poti vnosa je, da je preprosta in sprejemljiva za bolnike (Hanks, Roberts, Davies, 2004). Priporočljiva je vstavitev subkutane kanile, preko katere lahko dovajamo zdravila v obliki intermitentnih bolusov ali kontinuirano prek elastomerskih in drugih črpalk.

Posebnost v paliativni oskrbi je, da multidisciplinarni paliativni tim po kriterijih klinične poti umirajočega (Liverpoolska klinična pot) prepozna pričetek umiranja bolnika in temu prilagodi poti dovajanja zdravil. Pri tem se ukinejo vsa odvečna zdravila, predpišejo se subkutana zdravila po potrebi (proti bolečini, nemiru, sekreciji dihal, slabosti, bruhanju, oteženem dihanju in povišani telesni temperaturi), ukinejo se nepotrebne medicinske intervencije (krvne preiskave, antibiotiki, intravenozna hidracija in zdravila), kakor tudi intervencije zdravstvene nege (rutinsko obračanje bolnika, merjenje vitalnih znakov, merjenje krvnega sladkorja itd.). Po potrebi se naroči in priključi elastomerska črpalka.

Subkutano lahko dovajamo številna zdravila, čeprav v večini primerov niso uradno priporočena za to pot vnosa (Hanks, Roberts, Davies, 2004). V paliativni oskrbi se okrog 25 % vseh licenčnih predpisanih zdravil daje za nelicenčne indikacije in/ali po nelicenčni poti vnosa (Atkinson, Kirkham, 1999; Todd, Davies, 1999). Nenapisano pravilo pravi, da če se zdravilo lahko aplicira intramuskularno (v mišico), se lahko tudi subkutano. Pri nas uporabljamo številna zdravila za obvladovanje številnih simptomov,

kot so bolečina, oteženo dihanje, z opioidi povzročeno zaprtje, zapora črevesja (ileus), slabost in bruhanje, delirij, nemir, nespečnost, povišana telesna temperatura itd. Prednost subkutanega dovajanja zdravil je v hitrejši absorpciji, saj s tem hitreje in bolj učinkovito obvladujemo akutne simptome. Pri umirajočem bolniku je večja občutljivost in prepoznavanje novih simptomov še posebej pomembna (Twycross, Wilcock, Toller, 2009), saj je za to občutljivo obdobje značilno, da se lahko že prej obvladani simptomi ponovno pojavijo ali nenadno pojavijo novi (Fainsinger et al., 1991).

Dovajanje zdravil v mišico

Dovajanje zdravil v mišico (intramuskularno) se v paliativni oskrbi uporablja zelo redko. Razlog za to je precej invaziven in za bolnika boleč poseg, kar pa je v nasprotju z osnovnimi principi paliativne oskrbe. Na splošno se lahko uporablja takrat, ko je subkutana pot dovajanja zdravil kontraindicirana, npr. če zdravilo draži kožo, če je v večji količini ali če je ogrožena oziroma zmanjšana prekrvavitev podkožja (Hanks, Roberts, Davies, 2004).

Dovajanje zdravil v žilo

Dovajanje zdravil v žilo (intravenozno) se v paliativni oskrbi prav tako uporablja izjemoma. To pot vnosa zdravil uporabljamo, ko je z vidika zdravila to edini možen način vnosa, npr. intravenozni antibiotiki, transfuzije krvnih pripravkov, paliativna kemoterapija itd. Na splošno te poti vnosa zdravil uporabljamo, ko želimo doseči najhitrejši oziroma najučinkovitejši odziv v kriznih stanjih bolnika in kadar ima bolnik že vstavljen centralni venski kateter (Hanks, Roberts, Davies, 2004). Posebnost v paliativni oskrbi je paliativna sedacija. Paliativna sedacija je premišljeno povzročeno in ohranjeno stanje globokega spanja pri neobvladljivem simptomu. Paliativna sedacija ne povzroči smrti (Benedik et al., 2008). Za ohranjanje oziroma vzdrževanje paliativne sedacije je najprimernejše kontinuirano intravenozno dovajanje zdravil, ki ga uporabimo, ko s subkutanim ne dosežemo želenega učinka.

Dovajanje zdravil na kožo in skozi njo

Dovajanje zdravil na kožo (epidermalno) se v paliativni oskrbi najpogosteje uporablja z namenom doseganja lokalnega učinka. Npr. parenteralna oblika morfina, zmešana v primerno mazilo se lahko uporablja za obvladovanje lokalne bolečine, ki

jo lahko povzroča tumorska infiltracija, razraščanje ali druga nemaligna ulceracija kože (Krajnik, 1999).

Dovajanje zdravil skozi kožo (transdermalno) je v paliativni oskrbi zelo pogosta pot vnosa. Najbolj poznani in v praksi najpogosteje uporabljeni sta dve vrsti transdermalnih obližev, fentanil (Durogesic®, Epuben®) in buprenorfin (Transtec®). Pri nas smo že večkrat uspešno uporabili manj poznan transdermalni obliž z lidokainom (Versatis®), ki se primarno uporablja za zdravljenje bolečine zaradi postherpetične nevralgije, ima pa ob pravilni uporabi predvsem lokalni učinek, npr. bolečina v križu.

Glavni problem je, da se malo zdravil zanesljivo absorbira skozi kožo. Absorpcija je omejena s fizično karakteristiko kože, saj se absorpcija poveča, če je pokožnica poškodovana ali uničena, in zmanjša, če je prisotna slaba hidracija in/ali slaba prekrvavljenost kože (Hanks, Roberts, Davies, 2004).

Dovajanje zdravil v pljuča

Dovajanje zdravil v pljuča (pulmonalno) se v paliativni oskrbi primarno uporablja za lajšanje kašlja in občutka težkega dihanja (dispneja) ob napredovalem raku. Zdravila, ki so v obliki finega praška ali aerosola, se dovajajo preko inhalatorja ali razpršilca (Hanks, Roberts, Davies, 2004). Najpogostejša zdravila, ki jih uporabljamo za to pot vnosa, so 0,9-% fiziološka raztopina, bronhodilatatorji in kortikosteroidi. Sistematičen pregled člankov je podprl uporabo opioidov za lajšanje občutka težkega dihanja po oralni in parenteralni poti vnosa, a ne preko inhalatorja (Jennings et al., 2002).

Dovajanje zdravil v hrbtenjačni kanal

Pot vnosa v hrbtenjačni kanal (spinalno) se nanaša na dovajanje zdravil v epiduralni prostor (epiduralno, ekstraduralno) ali v subarahnoidni prostor (subarahnoidno ali intratekalno). V paliativni oskrbi se ti dve metodi primarno uporabljata za lajšanje bolečine, ko vsi ostali poskusi obvladovanja niso bili uspešni, oziroma če sistemsko zdravljenje bolečine povzroča prevelike neželene učinke (Twycross, Wilcock, Toller, 2009). Dodatna prednost teh metod dovajanja zdravil je, da so potrebni precej manjši odmerki uporabljenih analgetikov. Morfij se epiduralno uporablja v 10-krat manjšem odmerku kot v primerjavi z oralno potjo vnosa, subarahnoidno pa v 100-krat manjšem odmerku (Twycross, Wilcock, Toller, 2009).

Za dovajanje zdravil v epiduralni prostor je značilna možnost izbire med intermitentnim ali kontinuiranim načinom vnosa. Intermitentno dovajanje pomeni dovajanje

zdravil na ure (bolusno), medtem ko kontinuiran način vnosa pomeni neprekinjeno dovajanje zdravil v epiduralni prostor z možnostjo dodatnega bolusnega odmerka po potrebi, ki si ga aplicira bolnik sam.

Dovajanje zdravil v subarahnoidni prostor je možno le s kontinuiranim načinom vnosa. Odvisno od mesta vstavitve katetra je pri tej metodi vnosa zdravil možno uporabiti dodaten bolusni odmerek po potrebi, ki si ga odredi bolnik sam. Omejitve količine bolusnega odmerka je tu seveda zelo pomembna.

Novost pri nas je uporaba v celoti implantiranega subarahnoidnega kanala s podkožnim prekatom (pri nas uporabljamo prekate Port-A-Cath®). Nanj z aseptično tehniko dela priključimo primerno iglo (igle Gripper®) s podaljškom in nanj priključimo črpalko, ki vsebuje protibolečinska zdravila. Posebnost v primerjavi z v celoti implantiranimi centralnimi venskimi kanali s podkožnim prekatom je v tem, da se teh katetrov ne prebrizgava, ob kontroli lege (aspiraciji) pa se mora namesto krvi prikazati likvorska tekočina.

Druge poti dovajanja zdravil

Med druge poti dovajanja zdravil sta za nas uporabni predvsem dve, v nos (intranazalno) in telesno votlino (intrakavitarno).

Intranazalna pot postaja zaradi enostavnosti uporabe v zadnjem času vedno bolj pogosta. Na svetovnem tržišču je že dlje časa prisoten intranazalni fentanil, ki pa si je svoje mesto na evropskem tržišču priboril šele julija 2009, ko je komisija Evropske agencije za zdravila izdala dovoljenje za promet s tem zdravilom (Instanyl®). Uporablja se za zdravljenje prebijajoče bolečine in tudi neodvisne raziskave kažejo, da so rezultati dobri (Good et al., 2009). Dober rezultat v paliativni oskrbi pomeni zadovoljstvo bolnika.

Intrakavitarna pot vnosa zdravil se pri nas uporablja predvsem v protibolečinski ambulanti. Obstajajo pa številna poročila o uspešni uporabi lokalnih anestetikov intrakavitarno za zdravljenje lokalne bolečine (Hanks, Roberts, Davies, 2004), npr. zdravljenje bolečine v sklepu.

Hipodermokliza

Hipodermokliza je oblika parenteralne hidracije, kjer se prek subkutano vstavljenih kanil dovaja tekočina v podkožje. V Sloveniji je uporaba hipodermoklize zelo redka, znanje o možnosti hidracije v podkožje pa zelo pomanjkljivo (Jelen Jurič, Benedik, 2009).

Posebnost hipodermoklizze v paliativni oskrbi je v njenem enostavnem, učinkovitem in relativno varnem načinu hidracije. Veliko prednost ima pri hidraciji bolnikov z motnjo zavesti in bolnikov, ki imajo otežen periferen venski dostop (Slesak et al., 2003). Na splošno pa je priporočljiva za bolnike, ki so blago do zmerno dehidrirani in ne morejo piti (Ferry, Dardaine, Constans, 1999). Z bolnikovega vidika ima hipodermoklizza prednost v tem, da mu omogoča večjo mobilnost in udobje, je zanj manj obremenjujoča in, kar je še najbolj pomembno, da se lahko izvaja na njegovem domu (Ferrand, Campbell, 1996).

Najprimernejša mesta za podkožno hidracijo so prsni koš, področje nad lopatico ali pod njo, trebuh in stegna (Palliative.org, 2003). Vsako izmed teh mest ima svoje prednosti in slabosti, v praksi pa najpogosteje uporabljamo prsni koš. Ob tem moramo biti pozorni da koža, kjer imamo namen aplicirati hipodermoklizzo, ni poškodovana, vneta, da ni bila pred kratkim obsevana in da ni prisoten lokalni edem oziroma limfangioza. Ko izbiramo mesto vboda, bodimo pozorni na to, kako bo mesto vstavitve subkutane kanile vplivalo na mobilnost bolnika in pretok infuzije. Izgibati se moramo bližini sklepov in pregibov.

Zelo pomembno je, da upoštevamo priporočene standarde glede pravilnega načina vstavitve subkutane igle in primerne mesta vboda. Posledice nepravilnega ravnanja so lahko številne, npr. perforacija debelega črevesa (Mongardon et al., 2008), resna krvavitev (O'Hanlon, Sheahan, McEaney, 2009), podkožni absces (Jain, Mansfield, Wilcox, 1999) itd.

Pri nas najpogosteje uporabljena tekočina za hipodermoklizzo je fiziološka raztopina (0,9-% NaCl). Druge tekočine, ki jih uporabimo zelo redko, so še 0,45-% fiziološka raztopina (0,45-% NaCl), mešanica fiziološke raztopine in glukoze (0,9-% NaCl in 5-% glukoza), Hartmannova raztopina ter mešanica ringerja in glukoze (¼ ringerja v 5-% glukozi).

Količinsko gledano lahko dobi bolnik do 1,5 litra tekočine na dan, aplicirane na enem mestu, če pa uporabimo istočasno dve mesti aplikacije, pa lahko dobi do 3 litre tekočine na dan (Jain, Mansfield, Wilcox, 1999). Najpogostejša količina, ki jo apliciramo bolnikom pri nas, je 0,5 litra na dan. Najprimernejša hitrost infuzije je 50 do 100 ml/h, kar pomeni približno ena kapljica na štiri oziroma dve sekundi.

Pogosto vprašanje je, kdaj poseči po hidraciji in kdaj to ni potrebno. Mnenja glede te odločitve so zelo deljena. Stroka po eni strani zavzema stališče, da je pomanjkanje tekočine v terminalni fazi življenja za bolnika lahko dobrodejno, saj je posledica tega (Twycross, Wilcock, Toller, 2009):

- zmanjšana pljučna, žlezna in gastrointestinalna sekrecija s posledičnim zmanjšanjem kašlja, terminalnega hropenja, bruhanja ter potrebe po izvajanju

- aspiracij iz ust, žrela in sapnika,
- zmanjšano izločanje urina in s tem manjša inkontinenca ter manjša potreba po vstavitvi urinskega katetra,
- manj edemov in ascitesa z manj povezanimi problemi.

Po drugi strani pa zagovorniki hidracije poudarjajo, da zmanjšuje tveganost za pojav simptomov, kot so delirij ali opioidna toksičnost (sploh če se pojavi odpoved ledvic), sedacija, mioklonus, obstipacija, razjede zaradi pritiska in kserostomija (Twycross, Wilcock, Toller, 2009).

Ko obstaja negotovost glede potencialne koristi podkožne hidracije, priporočamo, da se izvede časovno omejen preizkus s postavitvijo specifičnega cilja, npr. bolniku z delirijem apliciramo parenteralno tekočino za obdobje 48 ur in opazujemo, ali se stanje izboljšuje ali ne.

Zaključek

Dovajanje zdravil je v paliativni oskrbi zelo raznovrstno. Posebnost je v tem, da se je pogosto treba gibati zunaj postavljenih meja in se sproti prilagajati novonastalim stanjem. To še posebej velja na prehodu v terminalno obdobje, saj so za to občutljivo obdobje značilne nenadne spremembe, ko lahko že prej obvladani simptomi ponovno pridejo na površje ali se celo pojavijo novi. Glavno vodilo, kako pristopiti k obvladovanju posameznih simptomov, je ob maksimalni učinkovitosti čim večja preprostost in enostavnost tako za bolnika kot za svojce. Zavedamo se, da zdravstvena oskrba postaja vedno bolj kompleksna in specializirana. Zato je še večja ume tnost, da smo se sposobni vrniti nazaj k preprostemu, vrniti nazaj k človeku. Človek v središču paliativne oskrbe, to naj bo naš skupen cilj, ki ga poskušamo doseči.

Literatura

1. Atkinson CV, Kirkham SR. Unlicensed uses for medication in a palliative care unit. *Palliat Med.* 1999 Mar;13(2):145-52.
2. Benedik J, Červek J, Červ B, Gugič Kevo J, Mavrič Z, Serša G, et al. Pogosta vprašanja v paliativni oskrbi. Ljubljana: Onkološki inštitut; 2008.
3. Fainsinger R, Miller MJ, Bruera E, Hanson J, Maceachern T. Symptom control during the last week of life on a palliative care unit. *J Palliat Care.* 1991 Spring; 7(1):5-11.
4. Farrand S, Campbell AJ. Safe, simple subcutaneous fluid administration. *Br J Hosp Med.* 1996 Jun 5-18;55(11):690-2.

5. Ferry M, Dardaine V, Constans T. Subcutaneous infusion or hypodermoclysis: a practical approach. *J Am Geriatr Soc.* 1999 Jan;47(1):93-5.
6. Good P, Jackson K, Brumley D, Ashby M. Intranasal sufentanil for cancer associated breakthrough pain. *Palliat Med.* 2009 Jan;23(1):54-8.
7. Hanks G, Roberts CJV, Davies AN. Principles of drug use in palliative medicine. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K. *Oxford Textbook of Palliative Medicine, Third Edition.* Oxford: University Press; 2004:214-25.
8. Jain S, Mansfield B, Wilcox MH. Subcutaneous fluid administration--better than the intravenous approach? *J Hosp Infect.* 1999 Apr;41(4):269-72.
9. Jelen Jurič J, Benedik J. Hipodermoklizna – varen, udoben, praktičen in cenovno ugoden postopek parenteralne hidracije. *Onkologija.* 2009;2(13):120-3.
10. Palliative.org: Hypodermoclysis (HDC) Administration Protocol for Palliative Care Patients. Edmonton Alberta: Regional Palliative Care Program; 2003. Dostopno na: <http://www.palliative.org/PC/ClinicalInfo/ClinicalPracticeGuidelines/PDFfiles/3A7HypodermoclysisAdminProtocolforPCPatients.pdf> (datum dostopa: 15.01.2010).
11. Jennings AL, Davies AN, Higgins JP, Gibbs JS, Broadley KE. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. *Thorax.* 2002 Nov;57(11):939-44.
12. Krajnik M, Zylicz Z, Finlay I, Luczak J, van Sorge AA. Potential uses of topical opioids in palliative care - report of 6 cases. *Pain.* 1999 Mar;80(1-2):121-5.
13. McIntyre J, Robertson S, Norris E, Appleton R, Whitehouse WP, Phillips B, et al. Safety and efficacy of buccal midazolam versus rectal diazepam for emergency treatment of seizures in children: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2005 Jul 16-22;366(9481):205-10.
14. Mongardon N, Le Manach Y, Tresallet C, Lescot T, Langeron O. Subcutaneous hydration: a potentially hazardous route. *Eur J Anaesthesiol.* 2008 Sep; 25 (9): 771-2.
15. O'Hanlon S, Sheahan P, McEneaney R. Severe hemorrhage from a hypodermoclysis site. *Am J Hosp Palliat Care.* 2009 Apr-May;26(2):135-6.
16. Prommer E. The role of fentanyl in cancer-related pain. *J Palliat Med.* 2009 Oct; 12(10):947-54.
17. Sasson M, Shvartzman P. Hypodermoclysis: an alternative infusion technique. *Am Fam Physician.* 2001 Nov 1;64(9):1575-8.
18. Slesak G, Schnürle JW, Kinzel E, Jakob J, Dietz PK. Comparison of subcutaneous and intravenous rehydration in geriatric patients: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc.* 2003 Feb;51(2):155-60.
19. Todd J, Davies A. Use of unlicensed medication in palliative medicine. *Palliat Med.* 1999 Sep;13(5):446.

20. Twycross R, Wilcock A, Toller CS. Symptom Management in Advanced Cancer, Fourth Edition. Nottingham: Palliatives.com Ltd; 2009.
21. Williams NT. Medication administration through enteral feeding tubes. *Am J Health Syst Pharm*. 2008 Dec 15;65(24):2347-57.

PRIPOROČILA ZA ZDRAVSTVENO NEGO PRI ZDRAVLJENJU BOLEČINE NA DOMU

Mira Logonder, viš. med. ses.

Onkološki inštitut Ljubljana

Helena Božič, dipl. m. s.

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Bolečina nas ovira pri vsakdanjih aktivnostih, spanju ter druženju z domačimi in prijatelji. Lahko nam povzroča občutke strahu in potrnosti. Močna bolečina zmanjša naravno obrambo proti raku, večja možnost zapletov med zdravljenjem in zmanjšuje kakovost bolnikovega življenja med napredovalo boleznijo. Večino bolečine lahko uspešno lajšamo z zdravili. Uspešnost zdravljenja bolečine pri bolniku z rakom je odvisna od pravočasnega ukrepanja in pravilne izbire načina zdravljenja ter uspešnega sodelovanja celotnega zdravstvenega tima z bolnikom in njegovo družino.

Ključne besede: bolečina, izobraževanje bolnikov, aktivno sodelovanje, spinalni katetri, podkožna infuzija

Uvod

Bolečina je pogost simptom, ki spremlja bolnike z rakom. Močna bolečina pri napredovali bolezni je prisotna pri 75-90 % bolnikov. Za bolnika je neprijetna in močno vpliva na kakovost njegovega življenja. Navadno je kronična, traja dlje časa in močno vpliva na bolnika. Vsak bolnik jo zaznava in izraža drugače, kar je odvisno od fizioloških, psiholoških, socialnih, kulturnih in duhovnih dejavnikov. Dalj časa je bolnikova bolečina neobvladana, slabše je. Za obvladovanje bolečine poznamo številne načine in metode zdravljenja.

Za učinkovito zdravljenje in izboljšanje kakovosti bolnikovega življenja je pomembno, da pri tem bolnik in njegovi svojci aktivno sodelujejo. Zato morajo biti kar najbolj seznanjeni z vzroki bolečin, načini in metodami zdravljenja. Potrebujejo podatke o tem, kam in na koga se lahko obrnejo, pomembno je, da vodijo dnevnik o svoji bolečini, prejetih zdravilih in njihovih učinkih ter da imajo napisana vprašanja, na katera želijo odgovore (U.S. Dept of Health and Human Services, 2000).

Pomembno je, da se o vsem pogovorijo z zdravnikom, medicinsko sestro in drugimi člani zdravstvenega tima. Delo celotnega tima je usmerjeno v informiranje, izobraževanje in svetovanje bolnikom kot tudi svojcem ter tesno sodelovanje s timom osnovnega zdravstva.

Pomembna dejstva pri obvladovanju karcinomske bolečine:

- Karcinomska bolečina je večinoma obvladljiva.
- Obvladovanje bolečine je del celostnega zdravljenja raka.
- Načrt lajšanja bolečine je prilagojen bolniku.
- Bolečino preprečujemo in ne čakamo, da se razvije močna bolečina.
- Govorjenje o bolečini ni znak slabosti.
- Bolniki so premalo seznanjeni, da imajo pravico do ustreznega lajšanja bolečin.
- Bolečina je subjektivna in intimne narave, zato jo bolniki težko opišejo in izrazijo ter predstavijo drugemu.
- Zdravila, ki jih predpiše zdravnik, redko povzročajo odvisnost.
- Mnogi se bojijo, da bodo zaradi zdravil izgubili nadzor nad seboj oziroma bodo zaspani. Nekatera zdravila namreč prve dni povzročajo zaspanost.
- Neželeni učinki, kot so zaprtje, slabost, bruhanje, ki jih povzročajo nekatera zdravila, lahko preprečimo ali pa uspešno lajšamo.
- Pri nekaterih bolnikih se razvije toleranca na posamezna zdravila.
- Bolnikovi strahovi (Mavrič, Logonder, 2006):
 - ne želijo biti nadležni in obremenjevati zdravstvenega osebja,
 - strah, da bolečina pomeni poslabšanje bolezni,
 - strah bolnika pred odvisnostjo od zdravil,
 - strah, da se bo na zdravilo navadil in to ne bo učinkovalo, ko se bo stanje še poslabšalo,
 - strah pred neprijetnimi neželenimi učinki,
 - občutek odvisnosti od drugih,
 - občutek, da je vsem v breme,
 - občutek osamljenosti,
 - neurejene družinske in finančne razmere.
- Ustrezno obvladana bolečina vpliva na dobro počutje bolnika - bolniku pomaga pri boljšem spanju, večjem apetitu, večji aktivnosti in uživanju v druženju z domačimi in s prijatelji, preprečuje depresivna stanja.
- Neustrezno obvladana bolečina lahko poleg bolezni vpliva na slabo počutje bolnika - povzroči dodatno utrujenost, strah, depresivnost, jezo, zaskrbljenost, osamljenost, stres, neješčnost, nespečnost idr. (U.S. Dept of Health and Human Services, 2000).

Karcinomska bolečina

Je lahko akutna ali kronična. Najpogosteje je kronična in povezana z napredovalo boleznijo. Pri bolnikih s kronično bolečino se pogosto pojavlja tudi »prebijajoča bolečina«. Kot je bilo že omenjeno, pri teh bolnikih ni prisotna le fizična bolečina, ki je posledica bolezni (vraščanje rakavega tkiva ali izločanje bioaktivnih snovi iz tumorja...), ampak govorimo o hkratnem prepletanju različnih vidikov bolečine (psihični, socialno-ekonomski, kulturni in duhovni) (Krčevski Škvarč, 1999).

Pri bolnikih z rakom ločimo več vrst bolečine. Poškodba tkiva, ki jo povzročijo primarna novotvorba ali metastaze, povzroča nociceptivno bolečino, ki je lahko somatska ali visceralna. Poškodba živčevja zaradi rasti tumorja ali posledic zdravljenja povzroča nevropatsko bolečino. Pogosto pa prihaja do mešane bolečine (Lahajnar et al., 2006).

Za uspešno obvladovanje bolečine je treba ugotoviti njen vzrok, zato so pomembni podatki: o trajanju, lokalizaciji, značilnostih, stopnji bolečine, zdravilih, ki jih bolnik jemlje, njihovi učinkovitosti, morebitnih neželenih učinkih, morebitni preobčutljivosti na zdravila, dejavnikov, ki bolečino povečajo ali omilijo. Ker pogosto ne gre samo za fizično bolečino, skušamo odkriti probleme in jih obravnavati multidisciplinarno. Za uspešno delo je potreben timski pristop in individualno delo.

Znanstvene raziskave in klinične izkušnje kažejo, da je večji del bolečine možno odpraviti ali pa zmanjšati do nivoja, da lahko ohranjamo visoko raven kakovosti bolnikovega življenja. Pri tem uporabljamo farmakološke in nefarmakološke metode. Pri farmakološkem zdravljenju vedno izberemo terapijo, ki sledi načelu učinkovitosti, enostavnosti, lahki dostopnosti in cenovni primernosti. Večinoma, če ni težav s požiranjem in uživanjem, je po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije in Priporočilih o zdravljenju bolečine pri odraslih bolnikih z rakom (Fine, 2005, Lahajnar et al., 2006) najprimernejša in učinkovitejša terapija skozi usta. Ko to ni mogoče ali narava bolečine zahteva drugačen način, uporabljamo druge poti vnosa, kot so: transdermalni obliži, podkožne infuzije in/ali spinalni katetri (Lahajnar, 2005a). Znano je, da je pri bolniku potrebna več kot ena pot vnosa opioidov. Izrednega pomena so tudi različne nefarmakološke metode, ki bolniku omilijo težave ter olepšajo in osmislijo življenje (Fine, 2005).

Metode in načini zdravljenja bolečine

Način zdravljenja in delovanje zdravil bolniku predpiše in razloži zdravnik. Za zdravljenje bolečine uporabljamo stopenjsko zdravljenje bolečine po Priporočilih za

zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom (Lahajnar et al., 2006). Analgetiki so izbrani glede na jakost in vrsto bolečine. Najbolj pogosto uporabljamo močne opioide, ki pa jih je treba titrirati.

Kronična bolečina pri bolnikih z rakom je običajno trajna, zato mora bolnik dobiti zdravilo v rednih intervalih v obliki dolgodelujočega zdravila. Za zdravljenje prebijajoče bolečine pa imajo predpisane odmerke kratkoddelujočega opioida „rešilni odmerki“, ki ga jemljejo po potrebi.

Načini aplikacij zdravil:

- jemanje zdravil skozi usta,
- prek kože,
- podkožno,
- v žilo,
- v spinalni kateter:
 - epiduralno,
 - subarahnoidalno.

Pri nekaterih bolnikih je treba uporabiti več načinov istočasno.

Bolniki z bolečino so pretežno doma, kjer morajo za pravilno jemanje zdravil skrbeti sami ali s pomočjo svojcev. Zato morajo biti res dobro poučeni o načinu zdravljenja in ga razumeti. Bolniki z bolečino so prizadeti, zato potrebujejo večkratne informacije in razlage. K njihovi boljši poučenosti lahko z zdravstvenovzgojnim delom veliko prispevajo medicinske sestre v ustanovi, kjer je terapija predpisana, kot tudi medicinske sestre v osnovnem zdravstvenem varstvu.

Vloga zdravstvene nege

Delo medicinske sestre pri bolniku z bolečino je poleg ugotavljanja bolnikovih potreb in zbiranja anamnestičnih podatkov ter neposrednega izvajanja medicinsko-tehničnih postopkov predvsem zdravstvenovzgojno delo z bolniki in svojci. Delo je kompleksno in zajema cel spekter aktivnosti.

- Način zdravljenja je odvisen od vzroka bolečine, zato je pomembno, da zna bolnik svojo bolečino čim bolj natančno opisati (somatska: dobro lokalizirana, topa, stalna; visceralna: globoka, slabo lokalizirana, prenesena, tiščoča, količna, združena z bruhanjem; nevropatska: površinska, sevajoča, pekoča, zbadajoča, včasih električni sunki, senzorične spremembe idr. (Lahajnar et al., 2006). Pri opisovanju bolečine mu medicinske sestre lahko pomagamo in ga vzpodbujamo.

- Poskušamo mu predstaviti različne lestvice in načine za ocenjevanje bolečine, da zna oceniti stopnjo svoje bolečine (Lokar, Logonder, Lahajnar, 2005).
- Predstavimo mu predpisan način aplikacije zdravil (transdermalno, podkožno) (Bernot, 2005, Logonder, 2009) in preko katetra (Logonder 2005a, Logonder, 2005b).
- Informiramo ga o načinu jemanja zdravil (katera redno, katera po potrebi, na kakšen način, kdaj, kako), titraciji zdravil, rešilnih odmerkih...
- Bolnika seznanimo, kje dobi zdravila in kdo jih lahko predpisuje.
- Bolnika vzpodbujamo, da se dobro opazuje, ugotavlja učinek zdravil in morebitne neželene učinke.
- Zaprtje je najpogostejši neželeni učinek pri jemanju opioidov. Na Onkološkem inštitutu Ljubljana smo februarja 2009 izvedli presečno študijo o zaprtju pri bolnikih, ki so jemali opioide, in ugotovili, da jih je 93 % navedlo slabše odvajanje kot pred jemanjem (53 % precej slabše, 40 % malo slabše), 20 % jih ni bilo seznanjeno z vplivom opioidov na zaprtje, 33 % pa slabo seznanjenih. Najbolj pogosto so informacije dobili od specialista, le 34 % bolnikov pa je informacije dobilo od medicinske sestre. Ugotovili smo tudi, da je 47 % bolnikov navajalo, da jih zaprtje moti pri vsakodnevnih aktivnostih. Prehranske in življenjske navade je spremenilo 47 % bolnikov, pri tem jih je največ uživalo več tekočin (53 %), manj hrano z več vlakninami (44 %), le nekaj pa je imelo tudi več gibanja. Kar 93 % bolnikov je jemalo odvajala. Iz tega je razvidno, da je treba dati poudarek predvsem na zaprtje in ukrepe za preprečevanje oziroma zdravljenje zaprtja.
- Bolnike seznanimo z možnimi zapleti pri različnih načinih zdravljenja in ukrepih za njihovo razrešitev.
- Bolnika vzpodbujamo, da izpolnjuje dnevnik bolečine – beleži stopnjo bolečine, vsa zdravila, ki jih prejema, trajanje učinka zdravil, zaplete in ukrepe.
- Pred odpustom v domačo oskrbo bolnika in svojce poučimo o kontinuirani aplikaciji zdravil v podkožje prek črpalke (uporaba črpalke, opazovanje praznjenja elastomerske črpalke, kontrole vbodnega mesta, ukrepi ob zapletih, naročanju); o aplikaciji zdravil v epiduralni/subarahnoidalni kateter ter o pomembnih dejavnikih pri tem načinu zdravljenja (delovanju, aplikaciji zdravil, naročanju in hranjenju zdravil, uporabi elastomerne ali elektronske črpalke pri kontinuiranih aplikacijah, izvajanju osebne higiene, opazovanju učinka dane terapije, možnih zapletih, njihovem prepoznavanju in ukrepih ob njihovem pojavu...).
- Priprava in izpolnjevanje pisnih navodil.
- Bolnik dobi navodila, koga naj pokliče ob poslabšanju.
- Bolnik dobi telefonske številke zdravnika in medicinske sestre v ambulanti in

navodila, kdaj naj pokliče.

- Bolnika spodbujamo, da prepozna in uporablja nefarmakološke ukrepe za zmanjšanje bolečine.

Metode dela

Bolniki so predvsem pri napredovali boleznih močno prizadeti in prestrašeni, zato jim je treba posvetiti veliko pozornosti. Pri tem uporabljamo različne metode dela, kot so:

- pogovor in osebno svetovanje,
- praktični pouk,
- pisna navodila,
- telefonsko svetovanje.

Pogovor in osebno svetovanje bolnikom in svojcem poteka v prostorih ambulante, delno tudi na oddelkih, kjer so bolniki hospitalizirani.

Praktičen pouk svojcev in bolnika poteka v ambulanti ali na oddelku. Obsega razlago postopka, praktičen prikaz in vadbo na modelu.

Ker zahtevnejši postopki zdravljenja, kot so uporaba elektronskih črpalk PCA za aplikacijo zdravil v epiduralni kateter (EDK)/subarahnoidalni kateter (SAK) in novejši način aplikacije zdravil v SAK preko porta, zahtevajo veliko sodelovanja patronažne medicinske sestre (PMS), izvajamo tudi izobraževanje PMS. Povabimo jih v ambulanto, kjer jim seznanimo s postopkom.

Bolniki dobijo pisna navodila (Interno gradivo Protibolečinske ambulante in službe za zdravstveno nego in oskrbo Onkološkega inštituta Ljubljana) za podkožne aplikacije zdravil prek črpalk in za aplikacije zdravil v EDK ali SAK. Navodila so namenjena bolnikom/svojcem, patronažni službi in osebnim zdravnikom.

Telefonsko svetovanje poteka v delovnem času ambulante na številki 01/5879-520, zunaj delovnega časa pa ob tehničnih zapletih pri posameznih načinih zdravljenja na številki 031/317-731.

Predstavitev pisne dokumentacije

1. Obvestila službi zdravstvene nege (ZN) in bolnikom o aplikaciji zdravil prek elastomera v podkožje.
2. Zdravljenje bolečine s trajno podkožno infuzijo prek elastomera – navodila za bolnike in svojce.
3. Obvestila službi ZN o oskrbi EDK in bolusnih aplikacijah zdravil, kontinuirani aplikaciji zdravil prek elastomerske črpalke, kontinuirani aplikaciji zdravil prek elektronske črpalke.
4. Obvestila bolnikom in svojcem o bolusnih aplikacijah zdravil v EDK.

5. Obvestila službi ZN o oskrbi SAK in trajni aplikaciji zdravil prek elastomerne ali elektronske črpalke, o oskrbi in aplikaciji zdravil prek intraspinalnega porta ter menjava atravmatske igle (gripper) v portu.
6. Navodila o uporabi črpalk za dajanje protibolečinskih zdravil (menjava kasete/vrečke in sistema, menjava baterije, menjava travmatske igle v portu).

Zaključek

Pri bolnikih je pogosto prisoten strah, kako bodo doma obvladovali bolečino in druge neprijetne simptome, ki jih spremljajo predvsem ob napredovali bolezni. Ti bolniki, kot tudi njihovi svojci, zato želijo biti hospitalizirani, ker se tako počutijo varne. Vendar se pri tem kakovost njihovega življenja poslabša, saj so iztrgani iz svojega okolja. Z ustreznim pristopom do bolnika in svojcev ter razjasnitvijo njihovih strahov in možnostjo posvetovanja ob poslabšanju stanja bolniki odidejo domov, kjer s pomočjo osebnih zdravnikov in patronažne službe kakovostno, kolikor jim to dopušča bolezen, preživijo ostanek življenja.

Literatura

1. Bernot M, Zdravstvena nega bolnikov s podkožno infuzijo zdravil. V: Skela Savič B. (ur.), Velepič M., Lokajner (ur.) Pisno gradivo teoretičnega strokovnega izobraževanja in učnih delavnic Zdravstvena nega in obvladovanje bolečine pri bolnikih z rakom, April 2005. Ljubljana: Služba za zdravstveno nego in oskrbo, Onkološki inštitut Ljubljana, 2005: 28-33 Dostopno na: http://www.medscape.com/viewprogram/4450_pnt, 6.10.2005.
2. Fine PG, Mac Low C, The last Chance for Comfort: An Update on Pain Management at the End of Life. September 2005.
3. Interno gradivo Protibolečinske ambulante in Službe za zdravstveno nego in oskrbo Onkološkega inštituta Ljubljana:
 - Navodila o rokovanju s črpalkami za dajanje protibolečinskih zdravil (menjava kasete/vrečke in sistema, menjava baterije, menjava atravmatske igle v portu).
 - Obvestila bolnikom in svojcem o bolusnih aplikacijah zdravil v EDK.
 - Obvestila službi ZN in bolnikom o aplikaciji zdravil preko elastomera v podkožje.

- Obvestila službi ZN o oskrbi EDK in bolusnih aplikacijah zdravil, kontinuirani aplikaciji zdravil preko elastomerske črpalke, kontinuirani aplikaciji zdravil preko elektronske črpalke.
 - Obvestila službi ZN o oskrbi SAK in trajni aplikaciji zdravil preko elastomerne ali elektronske črpalke in oskrbi in aplikaciji zdravil preko intraspinalnega porta ter menjavi specialne igle (gripper) v portu.
 - Zdravljenje bolečine s trajno podkožno infuzijo preko elastomera – navodila za bolnike in svojce.
4. Krčevski Škvarča N, Bolečina in rak-splošna načela. V: Krčevski Škvarč N(ur.) Zbornik predavanj 3. seminar o bolečini, Zdravilišče Atomske toplice, 18.in19. junij 1999. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, 1999:13-22.
 5. Lahajnar S., Bolečinski sindromi pri napredovalem raku in principi zdravljenja kronične bolečine. V: Skela Savič B. (ur.), Velepich M., Lokajner (ur.) Pisno gradivo teoretičnega strokovnega izobraževanja in učnih delavnic Zdravstvena nega in obvladovanje bolečine pri bolnikih z rakom, April 2005. Ljubljana: Služba za zdravstveno nego in oskrbo, Onkološki inštitut Ljubljana, 2005a: 16-20.
 6. Lahajnar S., Lajšanje bolečine pri bolniku z rakom. V: Novakovič S et al.(ur.) Zbornik 18. onkološki vikend, Laško, 10.-11. junij 2005. Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega združenja, Onkološki inštitut Ljubljana in Zveza slovenskih združenj za boj proti raku, 2005b: 64-67.
 7. Lahajnar S, Krčevski N, Stepanovič A, Čufer T. Priporočila za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom. Onkologija, 2006.
 8. Logonder M., Podkožne infuzije zdravil. V: Novakovič S et al.(ur.) Zbornik 22. onkološki vikend, Portorož, 12.-13. junij 2009. Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega združenja, Onkološki inštitut Ljubljana in Zveza slovenskih združenj za boj proti raku, 2009: 96-102.
 9. Logonder M., Specifična zdravstvena nega bolnika z bolečino. V: Skela Savič B. (ur.), Velepich M., Lokajner (ur.) Pisno gradivo teoretičnega strokovnega izobraževanja in učnih delavnic Zdravstvena nega in obvladovanje bolečine pri bolnikih z rakom, April 2005. Ljubljana: Služba za zdravstveno nego in oskrbo, Onkološki inštitut Ljubljana, 2005a: 21-27.
 10. Logonder M, Zdravstvena nega bolnikov s spinalno aplikacijo zdravil. V: Skela Savič B. (ur.), Velepich M., Lokajner (ur.) Pisno gradivo teoretičnega strokovnega izobraževanja in učnih delavnic Zdravstvena nega in obvladovanje bolečine pri bolnikih z rakom, April 2005. Ljubljana: Služba za zdravstveno nego in oskrbo, Onkološki inštitut Ljubljana, 2005b: 34-44.
 11. Logonder M, Zdravstvena nega in oskrba bolnika s spinalnim katetrom. . V: Novakovič S et al.(ur.) Zbornik 18. onkološki vikend, Laško, 10.-11. junij 2005. Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega združenja, Onko-

- loški inštitut Ljubljana in Zveza slovenskih združenj za boj proti raku, 2005:68.
12. Lokar K, Logonder M, Lahajnar S. Sodobni trendi pri obravnavi pacienta z bolečino - ocenjevanje bolečine. V: Logonder M.(ur.), Skela Savič B.(ur.), Lokar K.(ur.) Zbornik predavanj 32. strokovni seminar Sodobni trendi v onkologiji in onkološki zdravstveni negi, Rogla, 29.-30. september 2005. Ljubljana: Sekcija MS in ZT v onkologiji, 2005: 29-40.
 13. Mavrič Z, Logonder M. Zdravstvena nega bolnika v paliativni oskrbi ob od--pustu in pri ambulantni obravnavi. V: Logonder M.(ur.), Lokar K.(ur.) Zbornik predavanj 33. strokovni seminar "Med bolnišnico in domom", Rogla, 28.-29. September 2006. Ljubljana: Sekcija MS in ZT v onkologiji, 2006: 60-66.
 14. Standardi oskrbe podkožne aplikacije zdravil. Služba zdravstvene nege in oskrbe, Onkološki inštitut Ljubljana, 5.6.2007.
 15. Standardi oskrbe spinalnih katetrov. Služba zdravstvene nege in oskrbe, Onkološki inštitut Ljubljana 28.2.2006.
 16. U.S. Dept of Health and Human Services. Pain Control: a guide for people with cancer and their families. National Institutes of Health, National Cancer Institute, 2000.

PSIHOSOCIALNA IN DUHOVNA OSKRBA BOLNIKA IN NJEGOVE DRUŽINE V ZADNJEM OBDOBJU ŽIVLJENJA

mag. Klelija Štrancar, univ. dipl. teol.

Onkološki inštitut Ljubljana

Tanja Žagar, univ. dipl. psih.

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Spoprijemanje z življenje ogrožajočo boleznijo predstavlja težko nalogo tako za bolnika kot njegovo družino ter zdravstvene delavce. Naloga zdravstvenih delavcev v paliativni oskrbi je celostna obravnava bolnika in njegove družine ter vzpodbujanje njihovih prilagoditvenih sposobnosti. Ta podpora pa ne vključuje le lajšanja telesnih simptomov in medicinske oskrbe, temveč tudi psihosocialno in duhovno podporo. V prispevku je opisana psihosocialna in duhovna oskrba bolnika ter njegovih svojcev v času neozdravljive bolezni. Začne se s psihosocialno podporo ob odzivu bolnika in njegovih svojcev na novico o neozdravljivi bolezni in nadaljuje s podporo pri iskanju odgovorov na temeljna življenjska vprašanja, kot so smisel, krivda, vera, upanje ipd. Prispevek išče odgovore skupaj z bolniki in svojci ter nakazuje smer za kakovostno psihosocialno in duhovno oskrbo. Avtorici ob tem ugotavljata, da pri nudenju psihosocialne in duhovne oskrbe pri paliativnih bolnikih težko govorimo o kategorizaciji psihosocialnih in duhovnih simptomov, saj je cilj pomoči obravnava človeka v njegovi celosti in ne na podlagi posameznih simptomov. Prispevek se zaključi s poudarkom na celostni oskrbi ter prekrivanju telesnega, socialnega, psihološkega in duhovnega področja.

Ključne besede: neozdravljiva bolezen, spoprijemanje, psihosocialna oskrba, duhovna oskrba, celostna oskrba

Uvod

Paliativna oskrba je oblika skrbi za posameznika in njegovo družino v času aktivne, neobvladljive in neozdravljive bolezni. Paliativna oskrba obravnava človeka na celosten način, kar pomeni, da ga obravnava kot fizično, psihično in duhovno celoto. Zaznava in upošteva njegove potrebe, pričakovanja, upe, strahove, posredno

pomaga bolniku in svojcem pri pripravi na umiranje, svojcem pa nudi podporo pri premagovanju izgube in žalovanja. Namen paliativne oskrbe je torej vzdrževati optimalno kakovost življenja ter pomagati bolniku in njegovi družini med boleznijo, med umiranjem in po smrti bolnika.

Kot nepogrešljiv del paliativne oskrbe sta prepoznani psihosocialna in duhovna oskrba. Njuna skrb je osredotočena na izkušnjo izgube samostojnosti, zdravja, samospoštovanja, samoumevnosti vsakdanjega življenja ter na soočanje z bližajočo se smrtjo. Obsegata pristope, ki so usmerjeni na bolnika in njegove bližnje z namenom vzpodbude pri izražanju misli, čustev, skrbi in doživljanj, ki so povezani z boleznijo. Cilj obeh pristopov je izboljšati psihološko, čustveno in duhovno blagostanje bolnika in družine (Vachon, 2009).

Psihosocialni in duhovni odziv na bolezen

Diagnoza in zdravljenje raka vključujeta spremembe in postopke, ki vplivajo tako na bolnika, njegovo družino kot tudi na zunanje (socialno) okolje. Vpliv raka na posameznika lahko razlagamo na štirih različnih dimenzijah: fizični, čustveni, duhovni in medosebni dimenziji (Grassi in Travado, 2008). Te dimenzije se med seboj prepletajo – pojavi na eni dimenziji hkrati vplivajo na dogajanje na ostalih dimenzijah.

Fizične spremembe bolezn, kot so počasno propadanje telesa, spremembe v telesni zmogljivosti in spremembe videza, močno vplivajo na bolnikovo doživljanje bolezn, njegovo samopodobo ter sposobnost odločanja. Prav tako pustijo bolniku globoke posledice različne oblike in načini zdravljenja, kot so operacija, kemoterapija, radioterapija in druge vrste zdravljenja s spremljajočimi simptomi (bolečina, slabost, bruhanje, utrujenost ipd). Doživljanje sebe kot drugačnega v primerjavi s stanjem pred boleznijo običajno vodi k psihosocialnim in duhovnim problemom. Omejene zmožnosti ali celo nezmožnosti opravljanja dnevnih aktivnosti, poslabšanje spomina, spremenjene spolne zmogljivosti (Grassi in dr., 2005) in druge težave privedejo do spremenjenega doživljanja sebe v primerjavi z doživljanjem svoje podobe pred boleznijo.

Zgoraj naštetе spremembe na psihosocialnem nivoju običajno vodijo k izgubi čustvene stabilnosti (npr. pojav različnih strahov, anksioznost, skrb, žalost, osamljenost), kar se izraža kot potreba po večji podpori bližnjih, nizki samopodobi in tesnobi ob bližajoči se smrti. Na duhovnem področju se pogosto pojavi zanimanje za vero oziroma duhovnost. Izkušnja bolezn, ki postavlja bolnika pred različna življenjska vprašanja, velikokrat privede do prerazporeditve osebnih vrednot, kar seveda vpliva na drugačen pomen življenja, kot ga je bolnik pred boleznijo razumel in živel.

Na socialnem in medosebnem področju postane pomemben občutek pripadnosti družini in družbi. Dogajanje na psihosocialnem nivoju (strah, posledično potreba po

večji podpori bližnjih) poveča pomen komunikacije v družini. Odkriti in podpirajoči pogovori v tem obdobju življenja zmanjšajo morebitne občutke osamljenosti in zapuščeniosti. Predvsem pa predstavljajo dobro izhodišče za pomiritev s svojo boleznijo in okolico.

Čustvena stiska kot posledica psihosocialnega in duhovnega odziva na bolezen

Bolniki se na bolezen odzovejo na čustvenem, miselnem in vedenjskem nivoju in razvijejo določene stile prilagajanja (npr. borbenost, nemoč, pretirano razmišljanje o novici o neozdravljivi bolezni, jeza, pasivnost, strah, zanikanje). Model Kübler-Rosove (1969 v: Copp, 1998) predpostavlja, da gre bolnik skozi petstopenjski proces pri soočanju z boleznijo: šok, zanikanje, jeza, barantanje, depresija in sprejetje. Bolnikovo doživljanje novice o neozdravljivi bolezni je odvisno od njegove osebnosti, predhodnih izkušenj in socialne podpore (Grassi in Travado, 2008). Podobno kot model Kübler-Rosove, Buckman (1993 v: Copp, 1998) v svojem tristopenjskem modelu že omenjenim čustvom dodaja še prisotnost humorja in upanja. Od načina odziva je odvisen pomemben učinek na posameznikov način soočanja z boleznijo kot tudi na njegovo zaznavo bolečine, fizičnih simptomov in kakovost življenja nasploh (Grassi in Travado, 2008). Pri mnogih bolnikih pa spremlja proces bolezni tudi občutek osebnostne rasti in radikalna sprememba v zaznavi življenja z novimi in pozitivnimi pomeni. Vpliv bolezni na bolnike je različen; vsekakor pa je pri raziskovanju poleg negativnih čustev treba upoštevati tudi pozitivna.

Psihosocialna prilagoditev je torej zapleten proces, v katerem odzivi na bolezen nihajo med »normalnimi« psihološkimi odzivi, kot so žalost ali miselna preobremenjenost, do čustvene stiske (jok, jeza, nemoč, zanikanje) oziroma resnih psihopatoloških stanj (Grassi in Travado, 2008).

Čustvena stiska oz. psihološki distress je širše definiran kot neprijetna čustvena izkušnja psihološke (miselne, vedenjske, čustvene), socialne in duhovne narave, na katero vpliva več dejavnikov. Kot taka »moti« bolnikovo sposobnost za učinkovito soočanje z rakom, njegovimi fizičnimi simptomi in zdravljenjem. Opredeljena je kot nepretrgana premica, t.i. kontinuum, in se razširja od normalnih pogostih čustev ranljivosti, strahu, do soočanja s problemi, ki onesposobijo človeka (Holland, 2004 v: Greer, 2007). Med najpogostejše spadajo: anksioznost, depresivnost, zanikanje, jeza, samomorilnost, zmedenost in somatizacija (izražanje čustvene stiske prek telesnih znakov).

Prav tako je čustvena stiska odziv na bivanjsko oz. duhovno krizo. Pri tem razumeemo duhovnost v širšem smislu, kar pomeni, da ni nujno vezana na določeno religij-

sko izkustvo. Oseba lahko izraža globoko potrebo po duhovnosti in živi duhovno, čeprav ni verna. Religija pa je, obratno, razumljena kot sistem naukov, norm, vrednot in obredov, skozi katerega se izkazuje vera v presežno resničnost. Vsaka religija ima dimenzijo duhovnosti, medtem ko duhovnost ne predpostavlja nujno religije. Koncepta duhovnosti v širšem smislu in religije kot versko izkustvo sta pomembna zaradi pozitivnega vpliva na potek zdravljenja (ne v smislu fizičnega ozdravljenja). Raziskave so pokazale, da imata religija in duhovnost v širšem smislu pozitivno vlogo pri individualnem obvladovanju bolezni. Zlasti ob napredovanju bolezni sta pomembna vira pri preprečevanju brezupa, potrnosti in želji po hitri smrti (McClement, Chocinov, 2009).

Zdravstveni delavci, ki jim je lastna duhovnost »domača«, bodo lažje prepoznavali, razumeli, spremljali in nudili podporo duhovnim potrebam bolnikov (Surbone, Baidar, 2009). Tukaj je nepogrešljiva vloga duhovnega spremljevalca, saj je srečanje z duhovnimi potrebami velika odgovornost in zavezanost. Spremljevalec mora obvladati zahtevne komunikacijske spretnosti, kot so aktivno poslušanje in brezpogojno sprejemanje. To pomeni, da sprejema osebo brez predsodkov, obsojanja, zgražanja, nestrpnosti ali celo naveličanosti.

Začetna prepoznavna in ocena psihosocialnih in duhovnih potreb bolnika in njegove družine

Uvodni razgovor

Začetna prepoznavna in ocena psihosocialnih in duhovnih potreb se prične z uvodnim razgovorom. V odnosu, ki se vzpostavi med bolnikom in spremljevalcem, je najpomembnejši občutek zaupanja. Bolnik potrebuje vzpodbudo, da spregovori o svojih stiskah in skrbih, ki so se pojavile zaradi neozdravljive bolezni. Časa pogovora ni mogoče vnaprej določiti, ker se upošteva izključno potrebe bolnika. Psihosocialno in duhovno podporo nudi spremljevalec v najkrajšem možnem času, to pomeni v roku štiriindvajsetih ur po sporočilu o tej potrebi. Skozi redna nadaljnja srečanja oz. spremljanja, kar je bistveni namen paliativne oskrbe, se skupaj z bolnikom napravi načrt o tem, kako ponovno pridobiti kontrolo nad življenjem, kako iz ruševin njihovega »sesutega sveta« postavljati nove temelje. Pri tem se je treba osredotočiti na bolnikove sposobnosti, poiskati vir moči v bolniku samem, skupaj z njim odkrivati njegove interese in želje, ob vsem tem pa postaviti realistične in dosegljive cilje. Bolnika se praviloma nikoli ne obravnava ločeno od njegove družine. Zato je zelo pomemben, celo nepogrešljiv družinski sestanek s člani paliativnega tima.

Družinski sestanek

Družinski razgovor je temelj za nadaljnjo obravnavo oziroma spremljanje, saj se ravno ob tej priložnosti vzpostavi osebni odnos s svojci. Družinski sestanek običajno razbremeni družino ob hudi stiski in okrepi občutek varnosti in zaupanja, zlasti pa občutek, da v tej življenjski preizkušnji niso sami. Ker se potrebe in problemi med boleznijo spreminjajo, je redno spremljanje bolnika in družine pomembno zaradi sprotne ocene, obravnave in obvladovanja bolnikovih potreb/težav in potreb/težav družine.

Vključitev družine v celostno obravnavo bolnika pomaga odkrivati njene lastne vire pri spoprijemanju z boleznijo in njenimi posledicami. Zato potrebujejo spremljevalci informacije o tem, kaj družinski člani že vedo o bolezni, kolikšna je obremenitev, ki jo bolezen prinaša v družino, koliko družina sodeluje in ali je sposobna aktivno sodelovati pri skrbi za bolno osebo. Spoznati je treba, kakšne so družinske navade, pravila, vrednote, način življenja in prejšnje izkušnje, ki bi lahko predstavljale oviro pri izražanju žalosti ali motile razvijanje zdravega odnosa z bolnim članom družine. Omenili smo, da je ključnega pomena pri začetni prepoznavi psihosocialnih in duhovnih potreb uvodni razgovor, kjer se z bolnikom spoznamo. Bolniku ponudimo prostor in čas, da izrazi svoje skrbi, stiske, pričakovanja itd. Prav tako je pogovor s člani družine namenjen poslušanju težav in obremenitev, ki jih prinaša bolezen v družino, po drugi strani pa informiranju in možnosti dostopa do pomoči. Kar svojci med neozdravljivo boleznijo, zlasti med umiranjem bolnika, najbolj potrebujejo, so jasne informacije in dostopnost pomoči. Tako bo družina sposobna nuditi bolnemu svojcu varnost in ugodje, kar takrat še posebej potrebuje. V dogajanje sta ves čas vključena psihosocialna in duhovna opora, ki kot podporna člena pomagata pri vzdrževanju in utrjevanju povezanosti med člani družine, bolnikom in zdravstvenim osebjem. Obe obliki pomoči sta močna opora v času negotovosti, ki se pojavlja med umiranjem, ob smrti in med žalovanjem.

Žalovanje

Žalovanje je – podobno kot psihosocialna in duhovna prilagoditev na novico o neozdravljivi bolezni – proces prilagoditve na izgubo člana družine. Med žalovanjem, ki povzroči nešteto različnih čustev in sopojavov, so najpogostejši: žalost, obup, praznina, jeza, krivda, sanje in prikazovanje podob, priklic različnih spominov idr. Ob vsem tem je dobro vedeti, da se žalosti ne da zdraviti, ker ni bolezen. Tako kot je smrt potisnjena na rob družbenega dogajanja, ima tudi žalost negativen prizvok. Po besedah Canacakisa (1995), psihologa in psihoterapevta, je žalost, zlasti v današnjem času, razumljena kot nekaj neprijetnega, celo bolezenskega, čemur se je treba

izogniti, jo celo zatajiti. Žalost, pravi nadalje Canacakis, radi zamenjujemo z melanholijo, depresijo ali celo bolešno skrbjo, zato jo skušamo zdraviti in odpraviti. Ob tem pa ne pomislimo, da je to morda življenjsko pomemben odziv organizma na določeno situacijo. Prav to je huda preizkušnja, ko se žalujoči sooči s seboj, svojim lastnim življenjem in njegovimi omejitvami, obenem pa priložnost za ponovno ovrednotenje svojega življenja.

Oskrba svojcev med žalovanjem se pravzaprav začne že pri vstopu bolnika in njegove družine v paliativno oskrbo, ko se zdravstveni tim poveže z družino in oceni njene potrebe, nadaljuje z nepretrgano oskrbo in spremljanjem skozi faze bolezni, ki se konča s smrtjo, in nadaljuje v žalovanje.

Spremljanje v času žalovanja vključuje različne vrste podpore glede na potrebe žalujočega svojca. Žalovanje vsakega človeka je osebno in prilagojeno človekovi osebni zgodovini ter njegovi trenutni situaciji. Pomembno je, da žalujočega sprejemamo v njegovi žalosti in trpljenju, mu nudimo prostor, kjer lahko vedno spregovori in izrazi svoja čustva. Psihosocialna in duhovna oskrba sta obliki skrbi, ki v paliativni oskrbi nudita svoje »naročje« v celostni obravnavi bolnika in njegove družine.

Zaključek

V prispevku je nakazano ogrožje za celostno oskrbo bolnika in njegove družine s poudarkom na psihosocialni in duhovni podpori oz. spremljanju. Oskrba, v kateri so strokovnim osebam vodilo bolnik in svojci s svojimi potrebami, je temelj kakovostne paliativne oskrbe.

Prispevek želi posebej poudariti pomen celostne oskrbe, kar pomeni, da človeka ni mogoče »razdeliti« na telesno, socialno, psihološko in duhovno raven. Bolezen je prizadela človeka v njegovi neločljivosti telesne, psihične, socialne in duhovne skladnosti (integritete). Prav tako sta neločljivo povezani psihosocialna in duhovna oskrba, ko z roko v roki podpirata, sprejemata in razumeta človeka kot najvišjo vrednoto. V nobenem primeru in nobenih okoliščinah bolnik ne sme izgubiti osebnega dostojanstva.

Literatura

1. Canacakis, J., Pisarski, W. Spremljam te v tvoji žalosti. Celje: Mohorjeva družba, 1995
2. Copp, G. A review of current theories of death and dying. J Adv Nurs. 1997: 28 (2), 382-390

3. Grassi, L., Buda, P., Cavana, L., Annuziata, M., Torta, R., Varetto, A. (2005). Styles of coping with cancer: The Italian version of the mini-mental adjustment to cancer (Mini-Mac) scale. *Psycho-Oncology*. 2005: 14(2): 115 - 124
4. Grassi, L., Travado, L. The role of psychosocial oncology in cancer care. Responding to the challenge of cancer in Europe. Ministrstvo za zdravje Slovenija. 2008: 215-229.
5. Greer, S. CBT for emotional distress of people with cancer: some personal observations. *Psycho-Oncology*. 2007: 17(2): 170 – 173.
6. Holland, J.C. in Lewis, S. *The Human Side Of Cancer*. Poglavlje 2: *The Tyranny Of Positive Thinking*. Daniel Goleman and Joel Gurin. Consumer Reports, 1993.
7. McClement SE, Chochinov HM. Spiritual issues in palliative medicine. In: Hanks G, Cherny NI, Christakis NA, Fallon M, Kaasa, S. and Portenoy RK, eds. *Palliative Medicine*. 4th edition. Oxford University Press, 2009: 1403-1409.
8. Surbone, A. in Baider, L. The spiritual dimension of cancer care. *Crit Rev Oncol Hematol*, in press, 2009.
9. Vachon, M.L.S. Emotional problems of the patient in palliative medicine. In: Hanks G, Cherny NI, Christakis NA, Fallon M, Kaasa, S. and Portenoy RK, eds. *Palliative Medicine*. 4th edition. Oxford University Press, 2009: 1408-1436.
10. Williams, M.L. *Psychosocial Issues in Palliative Care*. Oxford University Press, 2008.

MODEL KOORDINIRANJA ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE V DOMAČEM OKOLJU PRI BOLNIKU V TERMINALNI FAZI ŽIVLJENJA¹

Andreja Vrtovec, dipl. m. s., specialist

Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede

Povzetek

Izhodišča: Zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege bolnika v terminalni fazi v domačem okolju je osnovni cilj patronažne zdravstvene nege. Pri tem se patronažne medicinske sestre srečujejo s številnimi problemi. Eden izmed njih je vključevanje različnih služb in laikov v oskrbo bolnika v terminalni fazi. Za opravljanje zdravstvene nege bolnika v terminalni fazi je v domačem okolju pristojna le družinska patronažna medicinska sestra, ki tudi koordinira vse aktivnosti in oskrbo.

Namen: Predstaviti delo patronažne medicinske sestre, ki je odgovorna za koordinacijo zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju pri bolniku v terminalni fazi življenja. Poseben poudarek je na prikazu izdelanega modela.

Metode: Raziskava je bila izdelana s pomočjo strukturiranega vprašalnika, ki je zajemal šestnajst vprašanj zaprtega in delno odprtega tipa, oblikovanih posebej za to raziskavo. V raziskavo je bilo vključenih sedemdeset patronažnih medicinskih sester. Uporabili smo destruktivno metodo dela.

Rezultati: Raziskava potrjuje, da se patronažne medicinske sestre pogosto, v kar 72 % (50 anketirank), pri svojem delu srečujejo z bolnikom v terminalni fazi v domačem okolju. O prihodu takega bolnika v domače okolje jih v 48 % (34 anketirank) obvesti bolnišnica, osebni zdravnik bolnik ali svojci. Modela koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju nimajo izdelanega, kar je odgovorilo 91 % (64 anketirank) patronažnih medicinskih sester, bi jim pa model pri koordiniranju zdravstvene nege pomagal za kakovostnejše delo pri bolniku v terminalni fazi v domačem okolju, kar je odgovorilo 97 % (68 anketirank) patronažnih medicinskih sester. Patronažna medicinska sestra je tudi v 82 % (57 anketirank) koordinirala aktivnosti zdravstvene nege bolnika v terminalni fazi v domačem okolju.

Razprava: Na podlagi analize anketnega vprašalnika smo zaključili, da se patronažne medicinske sestre zavedajo pomembnosti koordinacije aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju, saj samo z usklajeno koordinacijo lahko zagotavljajo kakovostno zdravstveno nego bolnika v terminalni fazi v domačem okolju.

¹ Članek je povzet po specialističnem delu Vrtovec A.: Model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju pri bolniku v terminalni fazi življenja. Maribor, 2009.

Ključne besede: patronažna medicinska sestra, bolnik v terminalni fazi življenja, domače okolje, koordinacija, model koordiniranja

Uvod

Zdravstvena nega je neposredna pomoč medicinske sestre, pri kateri izkušnje, čustva in razmerja predstavljajo velik del vsakodnevnega dela. Skrbstveno delo je temelj etičnega ravnanja in se nanaša na ljudi. Izvajajo ga ljudje, za ljudi, k ljudem in kot ljudje (Tschudin, 2004). Patronažna medicinska sestra v sodelovanju z družinami in drugimi zdravstvenimi strokovnjaki igra ključno vlogo pri zdravstveni negi starejših ljudi.

Pri negi starostnikov na domu lahko pomaga veliko ljudi, kar je dobrodošlo, ko starostniki zdravstvene nege še ne potrebujejo. Pri negi jim lahko pomagajo tako svojci kakor tudi različni laični negovalci. Zdravstveno nego bolnika pa lahko na domu izvaja le patronažna medicinska sestra, ki tudi koordinira in komunicira z vsemi, ki prihajajo na bolnikov dom. Patronažna medicinska sestra ščiti interese posameznikov in skupin s svojim znanjem, čustvi in voljo, sočasno pa vpliva na oblikovanje vrednostnih sodb ter na odnose (Železnik, 2006). Za dobre odnose je komunikacija izrednega pomena, zato je treba upoštevati individualne, socialne, duhovne in ekonomske vidike bolnika v terminalni fazi življenja, kot navaja De Wolf Bosek (2007). Kadar na bolnikov dom prihajajo medicinske sestre, usposobljene za delo na različnih področjih, prinaša to v družino precej zmede, je ugotovila Foster (2007) pri svojem delu z umirajočimi bolniki. Izpostavila je koordiniranje paliativne zdravstvene nege in oskrbe na bolnikovem domu, pri čemer je poudarila izredno pomembno vlogo patronažne medicinske sestre. Patronažna zdravstvena nega je namreč ena tistih dejavnosti, ki umirajočim bolnikom omogoča umiranje doma v krogu družine in v okolju, kjer se počutijo varne in kjer se lahko v miru poslovijo od vsega, kar jim je najdražje. V patronažnem varstvu Maribor se že več let soočamo s problemom vključevanja laičnih negovalcev v zdravstveno nego in oskrbo bolnikov v terminalni fazi življenja na bolnikovem domu. Na nivoju patronažnega varstva Maribor nimamo izdelanega modela koordinacije zdravstvene nege in oskrbe bolnika v terminalni fazi življenja, zato želimo prikazati potrebe po izdelavi takšnega modela.

Modeli

Modeli zdravstvene nege morajo biti sistematično zgrajeni, temeljiti morajo na znanstvenih spoznanjih, opredeljevati morajo temeljne elemente zdravstvene nege, dati teoretične osnove in potrebne pogoje za uvedbo v praksi (McKenna, 1998). Ti modeli omogočajo: uspešnejše reševanje problemov, boljše poznavanje bolnikov, dvig zdravstvene nege iz intuitivne v predhodno načrtovano dejavnost, učinkovitejšo in kakovostnejšo zdravstveno nego, samostojno in odgovorno zdravstveno nego. Pri oblikovanju modela je treba izpolnjevati določene pogoje. Zgrajen mora biti sistematično, imeti mora znanstveno podlago psiholoških, socioloških, medicinskih in drugih ved (Hajdinjak, Meglič, 2006). Deli modela morajo biti med seboj logično povezani in ne smejo biti namenjeni le teoretičnemu razmišljanju, njihova uporabnost se mora dati preizkusiti v praksi.

Paliativna zdravstvena nega

Svetovna zdravstvena organizacija definira paliativno zdravstveno nego kot aktivno, celostno oskrbo bolnika: nego, obvladovanje bolečine in drugih spremljajočih simptomov bolezni in tudi lajšanje psihičnih, socialnih in duhovnih problemov. Z različnimi oblikami pomoči omogoča bolniku dostojno življenje do smrti. Zato s svojimi posegi ne zavlačuje smrti, niti je ne pospešuje. Pomaga bolnikovi družini in njegovim bližnjim med boleznijo in med žalovanjem. Paliativna zdravstvena nega in patronažna zdravstvena nega se med seboj nenehno prepletata. Patronažna medicinska sestra vstopi v družino v najrazličnejših življenjskih obdobjih. Velikokrat je v družini ali pri bolniku prej, kot je postavljena diagnoza o neozdravljivi bolezni. Z bolnikom se spozna, ko ga obišče kot starostnika z njegovimi težavami, ki morda lahko privedejo do neozdravljive bolezni.

Vse to se pogosto dogaja mnogo prej, kot nastopi potreba po sami paliativni zdravstveni negi, pa vendar se marsikdaj že tu paliativna zdravstvena nega prične. Tako vidimo, da sta paliativna zdravstvena nega in patronažna zdravstvena nega neločljivi, ki ju loči različna terminologija v različnih trenutkih bolnikovega stanja. Patronažna medicinska sestra pa je prisotna ves čas. Paliativna zdravstvena nega je umetnost, ki od patronažne medicinske sestre zahteva izredno kreativnost, kakovostno pa jo lahko izvaja le dodatno izobražena patronažna medicinska sestra z bogatimi strokovnimi izkušnjami in pozitivno naravnano osebnostjo (Wessel, Garon, 2005). Pravočasno zaznavanje problemov, ustrezen načrt in pravilno izvajanje patronažne zdravstvene nege, ki morajo biti prilagojeni fizičnemu in psihičnemu stanju bolnika, ter vključevanje bolnikovih kulturnih in duhovnih potreb v načrt patronažne

zdravstvene nege zagotavljajo dobro kakovost paliativne zdravstvene nege in s tem izboljšanje kakovosti bolnikovega življenja.

Patronažna zdravstvena nega bolnika v terminalni fazi

Patronažna medicinska sestra pozna ljudi na svojem območju, zato ni nujno, da obišče bolnika šele v terminalni fazi. Če medicina v bolniku vidi samo bolezen ali posamezne dele telesa, patronažna medicinska sestra vidi v bolniku celega človeka (Wardwel, 2008). Obišče ga lahko že prej, kot starostnika ali kot kroničnega bolnika. Takrat pri njem opravlja predvsem preventivne naloge v smislu učenja za zdravje, za promocijo zdravja in preprečevanje bolezni. Ko se bolezen slabša in napreduje in ko se zaključi bolnišnično zdravljenje, patronažna medicinska sestra obišče umirajočega bolnika na njegovem domu na osnovi delovnega naloga, ki ga izda zdravnik specialist ali bolnikov osebni zdravnik. Izvaja medicinsko-tehnične posege po naročilu zdravnika, sama pa ugotavlja ostale bolnikove potrebe glede paliativne zdravstvene nege bolnika na domu. Pomaga tudi svojcem in družini bolnika pri obvladovanju težke situacije, v kateri se znajdejo.

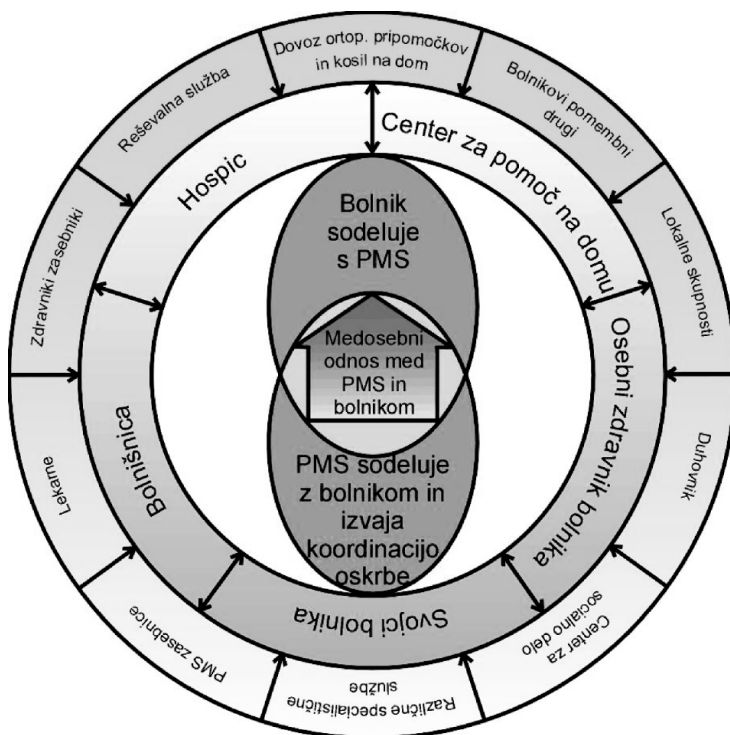
Ko je patronažna medicinska sestra ugotovila stanje bolnika, postavi negovalno diagnozo, naredi skupaj z bolnikom, če je to mogoče, ustrezen načrt zdravstvene nege, si postavi cilje, začne vse to tudi izvajati. Tak bolnik potrebuje pomoč različnih strokovnjakov, torej multidisciplinarnega tima. Patronažna zdravstvena nega se izvaja na bolnikovem domu, zato je potrebna koordinacija vseh strokovnjakov, ki se vključujejo v oskrbo terminalnega bolnika, in to koordinacijo izvaja patronažna medicinska sestra. Med vsemi zdravstvenimi delavci, ki sodelujejo pri oskrbi bolnika v terminalni fazi na bolnikovem domu, je patronažna medicinska sestra tista, ki z umirajočim bolnikom preživi največ časa. Avtorica Tice (2008) navaja, da bolezen prinese v bolnikovo življenje številne pomembne spremembe, ki jih večina bolnikov ni pričakovala, nanje ni navajena in se mnogih tudi boji, zato je pomembno, da skušamo razumeti različne odzive bolnika in seveda tudi svojcev na njegovo bolezen.

Druge oblike pomoči na bolnikovem domu

Na bolnikovem domu potekajo tudi druge oblike pomoči (Ramovš, 2003), ki jih koordinira patronažna medicinska sestra in sodeluje z izvajalci. Te druge oblike pomoči na bolnikovem domu so: dovoz kosil na bolnikov dom, gospodinjska pomoč s Centra za pomoč na domu, fizioterapija na bolnikovem domu, obiski osebnega zdravnika, obiski pedikerja na bolnikovem domu, obiski socialnih delavcev, klic v sili, reševalna služba, obiski prijateljev, sosedov, duhovnika, drugih zdravstvenih

delavcev, Hospic, dovoz ortopedskih pripomočkov na bolnikov dom (plenice, posteljne podloge, bolniška postelja...). Izvajalci teh oblik pomoči ne izvajajo del, ki so v opisu del zdravstvenih delavcev, in ne dajejo mnenj, ki spadajo v medicinsko področje (Štrancar, 2006). Izvajalci teh oblik pomoči vidijo skrb za zdrave in skrb za umirajočega bolnika z drugimi očmi kot medicinske sestre, vendar se, kot navaja Payne (2007), po svojih močeh in znanju trudijo izboljšati kakovost življenja umirajočemu bolniku. Kljub temu, da na dom prihaja več ljudi, bolnika to ne plaši, saj mu vse te oblike pomoči omogočajo varno bivanje v domačem okolju. So sicer plačljive, kar včasih predstavlja problem za socialno šibkejšje bolnike, vendar tu osebni zdravnik in patronažna medicinska sestra sprožita postopek pridobitve dodatka za tujo nego in pomoč, s katero nato lahko bolniki financirajo druge oblike pomoči na domu.

Predlagani model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju pri bolniku v terminalni fazi



Službe, s katerimi patronažna medicinska sestra koordinira oskrbo bolnika v terminalni fazi in v domačem okolju

Predlagani model medsebojnega vplivanja ali interakcije spada v sodobni model zdravstvene nege. Poudarja samostojno vlogo patronažne medicinske sestre pri oskrbi bolnika v terminalni fazi v domačem okolju.

Predlagani model je razdeljen na ožji in širši model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju. Ožji predlagani model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju je model, ki vključuje koordinacijo aktivnosti patronažne medicinske sestre s tistimi, s katerimi patronažna medicinska sestra vedno sodeluje in koordinira aktivnosti oz. oskrbo bolnika v terminalni fazi v domačem okolju. V tem ožjem predlaganem modelu koordiniranja so: osebni zdravnik bolnika, bolnišnica, svojci bolnika, Center za pomoč na domu in Hospic. V širši predlagani model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju pa so vključeni vsi ostali, ki so prikazani na modelu koordiniranja, s katerimi pa patronažna medicinska sestra sodeluje in koordinira njihovo vključevanje v zdravstveno nego in oskrbo bolnika na njegovem domu, kadar je treba. Ker je patronažna medicinska sestra družinska patronažna medicinska sestra, je sprejemljivo zgolj to, da ona koordinira vse aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju. Če bi bilo drugače in bi vsaka služba posebej izvajala svoje aktivnosti in oskrbo pri bolniku v terminalni fazi v domačem okolju, bi to privedlo do prave zmešnjave, kar ne bi bilo dobro za takega bolnika in njegovo družino in kar je pri svojem delu z umirajočimi bolniki ugotovila že Fosterjeva (2007).

Namen raziskave

Namen raziskave je izdelati in predstaviti model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe patronažnih medicinskih sester pri bolniku v terminalni fazi življenja.

Metode

Raziskava temelji na kvantitativni metodologiji. Za zbiranje podatkov in ugotavljanje obstoječega stanja smo kot instrument raziskovanja uporabili anketni vprašalnik. Anketni vprašalnik vsebuje 16 vprašanj, oblikovanih posebej za to raziskavo. Vprašalnik so izpolnjevale patronažne medicinske sestre. Raziskava je potekala v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor, v organizacijski enoti Patronažno varstvo Maribor. Dovoljenje za izvedbo raziskave smo pridobili s strani vodstva organizacijske enote patronažnega varstva Maribor. Raziskovalni vzorec je zajemal petinsedemdeset patronažnih medicinskih sester. Razdeljenih je bilo 75 vprašalnikov, vrnjenih pa 70 vprašalnikov.

Rezultati

V patronažnem varstvu Maribor so zaposlene samo ženske in glede na starost smo anketirane patronažne medicinske sestre razdelili v štiri skupine. Največ, kar 43

% patronažnih medicinskih sester je v skupini od 31 do 40 let, 65 % vseh anketiranih patronažnih medicinskih sester pa ima visoko strokovno izobrazbo. Kar 50 anketiranih patronažnih medicinskih sester (72 %) se pogosto srečuje z bolnikom v terminalni fazi življenja. 34 (48 %) patronažnih medicinskih sester je odgovorilo, da jih o prihodu bolnika v terminalni fazi v domače okolje obvesti bolnišnica, osebni zdravnik bolnika ali svojci. Iz rezultatov je razvidno, da je 64 patronažnih medicinskih sester (91 %) odgovorilo, da nimajo izdelanega modela koordiniranja zdravstvene nege, po katerem bi obravnavale bolnika v terminalni fazi, bi jim pa le ta pri delu s takim bolnikom koristil. Najpogosteje so patronažni medicinski sestri pri zdravstveni negi bolnika v terminalni fazi pomagali svojci in sodelavke. Tako je odgovorilo kar 29 (41 %) patronažnih medicinskih sester. 19 (27 %) patronažnih medicinskih sester je odgovorilo, da so jim poleg svojcev in sodelavk pri zdravstveni negi bolnika v terminalni fazi pomagale tudi druge strokovne službe. Zdravstvena nega bolnika v terminalni fazi zahteva od patronažne medicinske sestre veliko znanja, za kar se je treba kontinuirano izobraževati, kar je odgovorilo vseh 70 (100 %) anketiranih patronažnih medicinskih sester. Svojci so v kar 70 % (49 anketirank) dobili potrebne informacije o terminalni zdravstveni negi bolnika v domačem okolju od patronažne medicinske sestre, te pa so pri zdravstveni negi bolnika v terminalni fazi večinoma sodelovale z bolnišnico, osebnim zdravnikom, Centrom za pomoč na domu (CPD), Hospicem in trgovinami z ortopedskimi pripomočki. V 82 % (57 anketirank) je aktivnosti zdravstvene nege bolnika v terminalni fazi v domačem okolju koordinirala patronažna medicinska sestra. 44 patronažnih medicinskih sester (63 %) je odgovorilo, da osebni zdravnik ni obiskoval bolnika v terminalni fazi na njegovem domu.

Razprava

Patronažna medicinska sestra opravlja svoje delo na bolnikovem domu od rojstva do smrti. Poleg vseh, ki se vključujejo v zdravstveno nego bolnika v terminalni fazi v domačem okolju, ima patronažna medicinska sestra v 82 % (57 anketirank) težko nalogo koordiniranja vseh oblik pomoči tako, da bo za bolnika in vse udeležence v procesu zdravstvene nege in oskrbe najboljše. Zanimiva je ugotovitev, da je le osem anketiranih patronažnih medicinskih sester odgovorilo, da je zdravstveno nego bolnika na bolnikovem domu koordiniral osebni zdravnik bolnika, ki ga tudi ni obiskoval tako pogosto, kot bi se pričakovalo za tako težkega bolnika. Istočasno pa se poraja tudi vprašanje, ali osebni zdravniki sploh obiskujejo svoje bolnike na njihovih domovih. O prihodu bolnika v terminalni fazi v domače okolje so patronažne medicinske sestre najpogosteje obveščene iz bolnišnice, zato vidimo, da je koordiniranje z drugimi strokovnimi službami nujno. Dobro bi bilo, če bi bila patronažna medicinska sestra o prihodu takega bolnika v domače okolje obveščena

nekaj dni prej, preden pride domov, saj je ležalna doba v bolnišnicah vedno krajša, tudi za tako težke bolnike, kot je bolnik v terminalni fazi življenja. Doma je namreč treba ustvariti oz. pripraviti pogoje za kakovostno patronažno zdravstveno nego (bolniška postelja, drugi potrebni ortopedski pripomočki, urediti dovoz hrane na dom, urediti laično pomoč – center za pomoč na domu...).

Veliko vlogo pri patronažni zdravstveni negi bolnika v terminalni fazi v domačem okolju ima tudi znanje. V domače okolje namreč prihajajo vedno težji bolniki, kar je posledica skrajševanja ležalnih dni v bolnišnici. Tako pridejo v domače okolje bolniki na respiratorju, s kanilami, sondami, z različnimi katetri. Zdravstvena nega takega bolnika je seveda specifična in zahteva od patronažne medicinske sestre visoko strokovno znanje, saj je patronažna medicinska sestra na bolnikovem domu sama. Sama prevzema odgovornost za trenutke, ki se dogajajo doma, in sama mora v kritičnih trenutkih odločati, kaj bo naredila in kako bo ukrepala, da bo najbolje za bolnika in družino. V pomoč nima multidisciplinarnega tima, na katerega bi se lahko obrnila v vsakem trenutku. Na bolnikovem domu se mora patronažna medicinska sestra znajti v okolju, ki ni takšno kot v bolnišnici, prilagojeno delu s težkimi bolniki. Zdravstvena nega bolnika v terminalni fazi je mnogokrat tudi fizično zelo naporna, saj so to večinoma nepomični bolniki. Mnogokrat patronažna medicinska sestra take zdravstvene nege ne more izvajati sama. Najpogosteje ji nudijo pomoč pri zdravstveni negi takega bolnika sodelavke in svojci.

Zaključek

Patronažna zdravstvena nega predstavlja celostno obravnavo posameznika, družine in skupnosti s psihičnega, fizičnega in socialnega vidika. Glavni namen patronažne zdravstvene nege bolnika v terminalni fazi je omogočiti dostojno umiranje v domačem okolju. K temu bi pripomogel tudi predlagani model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe pri bolniku v terminalni fazi v domačem okolju, ki smo ga predlagali. Posebnost take zdravstvene nege je domače okolje, kjer pogoji dela niso primerljivi s pogoji dela v bolnišnici. Najpogostejši problemi, s katerimi se patronažne medicinske sestre srečujejo pri svojem delu, so: neuskkljenost in nekoordiniranost služb, ki prihajajo v domače okolje, in velika odgovornost, ki jo imajo patronažne medicinske sestre pri zdravstveni negi bolnika v terminalni fazi življenja, saj so v domačem okolju same z bolnikom v terminalni fazi in njegovo družino. Patronažni medicinski sestri bi bilo v veliko pomoč redno sestajanje multidisciplinarnega tima, kjer bi skupaj obravnavali težave, ki se pojavljajo pri bolniku v terminalni fazi v domačem okolju. Delo z bolniki v terminalni fazi zahteva od patronažne medicinske sestre veliko čustvene in strokovne zrelosti. Z bolnikom in njegovo družino je

v najtežjih trenutkih njihovega življenja. Posebno mlajše, neizkušene patronažne medicinske sestre so v velikih stiskah. Pa vendar je patronažna zdravstvena nega bolnika v terminalni fazi nekaj posebnega. Iz nje tudi patronažne medicinske sestre dobijo nekaj zase in za svoje življenje, za katerega si bodo nekoč želele, da se prav tako izteče dostojanstveno v domačem okolju.

Literatura

1. DeWolf Bosek M. Ethics in Practice: Refusal of Brain Death Diagnosis: The Case. JONA'S Healthcare Law, Ethics, and Regulation/Volume 9, Number 3/ July-September 2007. Dostopno na: <http://www.nursingcenter.com/library/journalarticleprint.asp?> (December 2008).
2. Foster T. Pediatric Palliative Care Revisited: A Vision to Add Life. Journal of Hospice and Palliative nursing. Volume 9, No. 4, July/August 2007. Dostopno na: <http://www.nursingcenter.com/library/journalarticle.asp?> (November 2008).
3. Hajdinjak G., Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2006.
4. McKenna H. Nursing Theories and Models. Routledge, London and New York, reprinted 1998
5. Payne M. Know your colleagues: Role of Social work in End-of-Life Care. End of Life Care. 2007, Vol 1, pages 69-73.
6. Ramovš J. Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika / Jože Ramovš. – Ljubljana : Inštitut Antona Trstenjaka, 2003.
7. Štrancar K. Prostovoljno delo v okviru paliativne oskrbe. Obzor Zdr N 2006; 40: 165-70.
8. Tice M. Guest Editorial: The Importance of Hospice Care, Home Healthcare Nurse, September 2008, Volume 26, Number 8, pages 445-446. Dostopno na: <http://www.nursingcenter.com/library/Article.asp?> (Oktober 2008).
9. Tschudin V. Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi / Verena Tschudin. – Ljubljana: Educy: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2004.
10. Vrtovec A. Model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju pri bolniku v terminalni fazi življenja: specialistično delo. Maribor, 2009.
11. Wardwel B. VNAA News: Hospice Does Make a Difference, Home Healthcare Nurse, September 2008, Volume 26 Number 8, Pages 502-503. Dostopno na: <http://www.nursingcenter.com/library/JournalArticle.asp?> (Oktober 2008).
12. Wessel Elizabeth M., Garon M. Narratives: Into Palliative Care Home Care Education, Home Healthcare Nurse, August 2005, Volume 23 Number 8, pages 516-522.

13. Železnik D. Pomen komunikacije in etike v zdravstveni negi: 35-42. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanj in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo – Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2006.

BOLNIK Z RAKOM, KI SE ZDRAVI S KISIKOM NA DOMU

Peter Koren, dipl. zn., spec. manag.

Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo

Nataša Žižmond, dipl. m. s.

Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo

Povzetek

Zdravljenje s kisikom na domu pri bolnikih z rakom se ne izvaja pogosto, čeprav je dispneja, subjektivni občutek težkega dihanja, pri teh bolnikih dokaj pogosta, še posebej v terminalni fazi bolezni. Zdravljenje s kisikom se izvaja kot simptomatska terapija, ki pa je smiselna samo pri dokazani hipoksiji. Trajno zdravljenje s kisikom na domu se sicer izvaja predvsem pri bolnikih s kronično obstruktivno pljučno boleznijo, med katerimi pa so pogosto tudi bolniki s pljučnim rakom, saj je glavni vzrok za pojavljanje obeh bolezni kajenje.

V članku so predstavljene osnovne indikacije, principi in viri za zdravljenje s kisikom na domu, zdravstvena vzgoja bolnikov in njihovih svojcev ter spremljanje in nadzor bolnikov, ki se zdravijo s kisikom na domu. Nekaj pozornosti je namenjeno tudi obravnavi paliativnih bolnikov v terminalni fazi bolezni, ki morajo biti deležni pretehtanih odločitev tudi glede zdravljenja s kisikom.

Ključne besede: dispneja, hipoksemija, rak, zdravljenje s kisikom

Uvod

Zdravljenje s kisikom na domu se je pričelo izvajati in se še vedno izvaja v največji meri pri bolnikih s kronično obstruktivno pljučno boleznijo (KOPB).

Kisik je edino zdravilo, za katerega je dokazano, da podaljša preživetje in izboljša kakovost življenja pri bolnikih s KOPB (Letonja, 2004). Govorimo o t.i. trajnem zdravljenju s kisikom na domu (TZKD). TZKD je po definiciji trajno dodajanje kisika vdihanemu zraku, ki traja več kot 30 dni izven bolnišnice.

Zdravljenje s kisikom na domu je večkrat potrebno tudi pri bolnikih z napredovalim pljučnim rakom in kronično respiracijsko insuficienco zaradi spremljajoče KOPB. Zdravljenje s kisikom je potrebno, ko pri bolniku dokažemo hipoksemijo, znižan delni tlak kisika v arterijski krvi. Akutna dispneja še ni razlog za aplikacijo kisika,

če je zasičenost hemoglobina s kisikom nad 92 %. Dodajanje kisika ima lahko za bolnika tudi škodljive posledice, zato je pred aplikacijo kisika nujno narediti plinsko analizo arterijske krvi, s katero dokažemo hipoksijo – delni tlak kisika pod 8 kPa, zasičenost hemoglobina s kisikom pod 90 % (Šifrer, 2008).

Dispneja, subjektiven občutek težkega dihanja bolnika, zahteva posebno obravnavo in prilagojen načrt zdravstvene nege, ni pa vedno razlog za aplikacijo kisika.

Dispneja

Dispneja je pogost simptom pri bolnikih s pljučnim rakom, še posebej v napredovalni fazi bolezni. Pojavlja se pri 21-78 % bolnikov z napredovalim pljučnim rakom (Osrajnik, 2008). Neredko se pojavlja tudi pri drugih vrstah raka, predvsem v terminalni fazi bolezni.

Dispneja je lahko posledica samega rakastega obolenja pri napredovali bolezni. Nastane zaradi atelektaze, vraščanja ali pritiska na velike žile v prsnem košu, vraščanja tumorja v druge organe itd. Dispneja je lahko tudi posledica specifičnega onkološkega zdravljenja in se pojavlja pri postradiacijskem pnevmonitisu, postradiacijski pljučni fibrozi, intersticijski pljučni bolezni, ki je posledica zdravljenja s citostatiki in tarčnimi zdravili (Gemcitabin, Irinotekan, Etoposid, Docetaxel, Vinorelbin, Erlotinib). Pojavlja se tudi pri popuščanju srca, kot posledica kardiotskičnega učinka nekaterih citostatikov (Cisplatin, Etoposid, Paclitaxel).

Tudi pljučna embolija kot posledica skupkov tumorskih celic, ki je sicer redka, se kaže s hudo dispnejo.

Veliko bolnikov s pljučnim rakom je kadilcev ali nekdanjih kadilcev, zato ni redko, da imajo tudi KOPB. Pogoste so tudi pljučnice, ki so posledica osnovne bolezni ali zmanjšane odpornosti ob zdravljenju s citostatiki (Osrajnik, 2008).

Vzrok dispneje je pogosto tudi anemija, ki se pojavlja pri več kot 30 % rakastih bolnikov. Lahko je posledica samega rakastega obolenja ali pa specifičnega onkološkega zdravljenja. Izboljšanje anemije pomembno vpliva na kvaliteto življenja.

Zdravljenje dispneje poteka tako, da zdravimo osnovne bolezni, ki jo povzročajo. Ob napredovanju pljučnega raka, ko specifično onkološko zdravljenje več ni možno, zdravimo dispnejo simptomatsko. Simptomatsko zdravljenje zajema zdravljenje s kisikom, zdravili in svetovanje (Osrajnik, 2008).

Z metaanalizo več študij (Bruera et al, 2003; Booth et al, 1996; Philip et al, 2006; Ahmedzai et al, 2004) so želeli ugotoviti učinkovitost kisika za olajšanje dispneje pri bolnikih z rakom, ki so bili blago hipoksemični ali nehipoksemični. Bolniki so kisik prejeli med počitkom in med 6-minutnim testom hoje. Izbrani so bili bolniki, ki niso bili kandidati za TZKD. Rezultati so pokazali, da kisik ni uspel olajšati

dispneje pri bolnikih z rakom, ki so bili blago hipoksemični ali nehipoksemični (Uronis et al., 2008).

Dispnejo ob koncu življenja doživlja veliko bolnikov z rakom pljuč ali katerim drugim rakom. Dispneja je pri bolnikih z rakom pogosto posledica več istočasnih dejavnikov. Ob takojšnjem simptomatskem zdravljenju je treba ukrepati tudi glede vzrokov za nastanek dispneje. Vendar je v času zadnjih dni in ur življenja treba pretehtati, ali je medicinsko usmerjeno ukrepanje v odpravljanje vzroka dispneje v korist bolnikovi kakovosti življenja ali pa je smiselno le takojšnje simptomatsko zdravljenje – ob hipoksemiji dodajanje kisika vdihanemu zraku, sicer pa opiodi v manjših odmerkih, anksiolitiki in drugi nefarmakološki pristopi (Lunder, 2008).

Zdravljenje s kisikom na domu

Zdravljenje s kisikom na domu je najpogosteje uporabljeno pri bolnikih s hudo KOPB. Pri teh bolnikih se je TZKD izkazalo kot terapija, ki podaljšuje življenje, zmanjšuje dispnejo in povečuje zmožnost fizične aktivnosti in obremenitve. Dodajanje kisika vdihanemu zraku v ustrezni koncentraciji, ki traja 17 ur (ali več) dnevno, bistveno vpliva na kakovost in dolžino preživetja bolnikov s KOPB. V Sloveniji se je takšno zdravljenje začelo leta 1978. Na začetku so bolniki dobivali kisik iz jeklenk, zdravljenje je bilo zelo omejeno. Kasneje, ko je bil izumljen koncentrador kisika, se je odprla možnost širšega zdravljenja (Bratkovič, 2007).

Kriteriji za uvedbo TZKD so:

1. Klinična diagnoza KOPB.
2. Dokumentirana kronična hipoksemija:
 - a. parcialni tlak kisika v arterijski krvi 7,3 kPa ali manj, s hiperkapnijo ali brez nje;
 - b. parcialni tlak kisika med 7,3 in 8.0 kPa ob pridruženi pljučni hipertenziji (Letonja, 2004).
3. Napredovali pljučni rak.

V uradnem listu RS št. 84/2004 je v 15. členu zapisano, da je do zdravljenja s kisikom na domu s pomočjo koncentratorja upravičena tudi zavarovana oseba z napredovalim pljučnim rakom, ima pa ob tem še kronično hipoksemično respiracijsko insuficienco zaradi spremljajoče KOPB.

Pri bolnikih z napredovalim pljučnim ali kakšnim drugim rakom običajno ne govorimo o TZKD, se pa neredko izvaja t.i. simptomatsko zdravljenje s kisikom.

Pri zdravljenju s kisikom na domu uporabljamo različne vire kisika: predvsem koncentratorje kisika in tlačne posode z utekočinjenim plinom. Jeklenke s stisnjanim kisikom pod visokim pritiskom niso primerne.

Koncentrator kisika je električna naprava, ki proizvaja kisik iz sobnega zraka. Je najcenejši vir kisika, saj je osnovna surovina (zrak) zastoj in na razpolago povsod. Ima pa ta vir kisika tudi nekatere pomanjkljivosti, na primer odvisnost od električnega toka, zaradi teže okoli 20 kg njegova mobilnost ni prav velika, med obratovanjem povzroča manjši ropot... (Bizjak, 1992).

Pravica do (enega) vira kisika je opredeljena v 94. členu Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ). Postopek za uveljavljanje pravice do vira kisika je naslednji: predlog za uvedbo TZKD poda lečeči zdravnik. Listino »Predlog imenovanemu zdravniku«, Obr.IZ/03, in tudi naročilnico za tehnični pripomoček ter odpustnico pošlje imenovanemu zdravniku območne enote ZZZS. Če je vir kisika odobren, bolnik oz. svojci s sklepom imenovanega zdravnika, naročilnico za tehnični pripomoček, potrjeno kartico zdravstvenega zavarovanja ter osebnim dokumentom prevzamejo koncentrator v pooblaščenici izposojevalnici ZZZS (Delimar, 2003).

Tekoči kisik predstavlja sodoben način oskrbe bolnika s kisikom. Utekočinjen kisik je shranjen v stacionarni enoti, iz katere se lahko porablja kisik neposredno ali pa se ga pretoči v prenosno enoto, ki zagotavlja popolno mobilnost.

Prenosni vir kisika z izboljšanjem oksigenacije med aktivnostjo zmanjša dispnejo med naporom in izboljša telesno zmogljivost. Bolniki poročajo o izboljšanju počutja, razpoloženja in olajšanju dihanja (Šifrer, 2009).

Sprememba Pravil OZZ uvaja zdravljenje s tekočim kisikom na domu tudi za odrasle osebe. Do zdravljenja s tekočim kisikom je upravičena zavarovana oseba, ki poleg pogojev, ki so določeni za upravičenost do koncentratorja kisika (oseba, ki boleha za dolgotrajno respiratorno boleznijo s tako stalno hipoksemijo, da ima v stabilni fazi bolezni pO_2 v arterijski krvi pod 7,3 kPa ali pod 7,8 kPa, pri čimer je pri slednji vrednosti hkrati že prisotna pljučna hipertenzija ali pa je hematokrit $\geq 56\%$), izpolnjuje naslednje pogoje:

- je mlajša od 15 let (za osebe do 15 let je drugačen tudi medicinski kriterij o upravičenosti do koncentratorja kisika) ali
- je uvrščena na čakalno listo za transplantacijo pljuč v skladu s Pravilnikom o načinu vodenja čakalnih seznamov ter imunogenetska in medicinska merila za določitev vrstnega reda in izbiro prejemnika delov človeškega telesa (Ur.l. RS št. 70/2003) ali
- potrebuje stalne odmerke, večje od 4 litre na minuto, ali
- z dodatkom kisika v testu Shuttle prehodi vsaj 300 metrov.

O upravičenosti do sistema za dovajanje tekočega kisika z upravno odločbo odloči imenovani zdravnik Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Odobritev velja za obdobje enega leta in se lahko ob izpolnjevanju pogojev podaljša za naslednje leto na podlagi novega predloga zdravnika specialista.

Če je zdravljenje s tekočim kisikom predlagano in odobreno, bolnikom pristojni distributerji dostavijo na dom stacionarno in transportno enoto za kisik in bolnika poučijo o uporabi vira kisika (Bratkovič, 2009).

Zdravstvena vzgoja bolnika na zdravljenju s kisikom doma in njegovih svojcev

V Bolnišnici Golnik - KOPA smo z organizirano zdravstveno vzgojo bolnikov, ki bodo imeli TZKD, začeli leta 1991. Od leta 2004 šola poteka dvakrat tedensko, saj se je število bolnikov zelo povečalo. Tako zagotovimo manjše skupine, ki omogočajo kvalitetnejšo zdravstveno vzgojo (Ahačič, 2009).

Na bolniškem oddelku poteka zdravstvena vzgoja individualno. Pogovor je prilagojen bolnikovi sposobnosti razumevanja in njegovemu predhodnemu poznavanju bolezni, odnosu do bolezni in zdravljenja ter trenutnemu zdravstvenemu stanju. Bolnik mora vedeti, da bo kljub težki, neozdravljivi bolezni ob pravilnem zdravljenju, redni kisikovi terapiji in prilagojenemu življenju:

- lažje dihal in imel manj simptomov bolezni,
- imel manj poslabšanj, manj hospitalizacij,
- povečal telesno zmogljivost in izboljšal kakovost življenja.

V t.i. šoli TZKD, ki je skupinska oblika zdravstvenovzgojnega dela z bolniki in njihovimi svojci, uporabljamo različne metode dela: vodeni pogovor, metoda praktičnih del. Poudarek je na aktivnih metodah dela, pri katerih bolnik in svojci praktično osvojijo elemente uporabe koncentratorja kisika in nosnega katetra.

Zdravstvenovzgojni program bolnika s TZKD in njegovih svojcev vsebuje (Nettina, 1996):

1. Splošna znanja

- Bolniku razložimo, kako naj živi z boleznijo doma.

2. Življenje z dispnejo

- Bolnika poučimo, da aktivnosti prilagodi počutju, energijo porazdeli enakomerno čez dan.
- Delo naj opravlja počasi, poskrbi naj za sprostitev in počitek.
- Bolnik naj se izogiba izčrpanosti.
- Izogiba naj se čustvenim stresom, ki povzročajo dispnejo.
- Priporočamo mu vaje, ki izboljšajo moč, telesno in duševno kondicijo. Naučiti se mora opazovati in ugotoviti intenzivnost vaj, ki mu jih oteženo dihanje še dopušča.

3. Izogibanje respiratornim dražljivcem
 - Bolniku svetujemo, da opusti kajenje in se izogiba zakajenih prostorov.
 - Skrbi naj za redno prezračevanje prostorov.
 - Svetujemo mu, naj se izogiba visoki vročini in hudemu mrazu, saj se tako lahko izogne napadu dražečega kašlja in večji produkciji sekreta. Pred nos ali usta naj si da topel šal, da se zaščiti pred vdihavanjem mrzlega zraka.
4. Preprečevanje respiratornih okužb
 - Izogiba naj se ljudem, ki že imajo okužbo. Respiratorna okužba namreč lahko poslabša osnovno bolezen in pusti nepopravljive posledice.
 - Bolniku svetujemo, naj se izogiba množicam in prostorom s slabim prezračevanjem.
 - Priporočamo cepljenje proti gripi.
 - Bolnik se mora naučiti opazovati. Pozoren mora biti na spremembo izmečka, povečan kašelj, izkašljevanje, težje dihanje, bolečino v prsih. Poučimo ga o zna-kih pomanjkanja kisika in hiperkapniji.
5. Odstranjevanje sluzi iz dihalnih poti
 - Priporočamo pitje toplih napitkov, ki redčijo in mehčajo sluz, ki se nabere v dihalih.
 - Učenje pravilnega izkašljevanja. Bolnik naj zakašlja 4- do 5-krat čim bolj iz globine prsnega koša. Nato naj naredi nekaj normalnih vdihov, da se spočije.
6. Pravilna uporaba pršil in ostalih predpisanih zdravil
 - Bolnika naučimo pravilne tehnike jemanja bronhodilatatorjev.
 - Poznati mora vrstni red in pogostnost jemanja pršil.
 - Bolnika naučimo uporabe pripomočkov za lažjo inhalacijo zdravila.
7. Dihalne vaje
 - Bolniku razložimo pomen izvajanja dihalnih vaj.
 - Fizioterapevt ga nauči dihalnih vaj, ki vsebujejo prsno dihanje, dihanje s trebušno prepono in dihanje z ustnično priporo.
 - Sprostitutvene vaje priporočamo bolniku za zmanjšanje napetosti pomožnih dihalnih mišic, zmanjšanje dela dihal in obvladovanje težkega dihanja.
8. Prehranjevanje
 - Bolnik naj uživa hrano, bogato z beljakovinami, minerali in vitamini, skrbi naj za zadovoljiv vnos tekočine.
 - Odsvetujemo zelo vročo in zelo hladno hrano ali tekočino, ker lahko povzroči dražeč, utrujajoč kašelj.
 - Izogiba naj se hrani, ki se težje žveči, ker to povzroča utrujenost, in hrani, ki povzroča vetrove, ki so vzrok zmanjšani gibljivosti trebušne prepone.
 - Priporočamo pet do šest manjših obrokov dnevno, da se bolnik izogne težjemu dihanju med jedjo in po njej.

- Svetujemo kratek počitek pred obroki in po njih, če ima občutek težkega dihanja.
 - Bolnikom z nizko telesno težo priporočamo že pripravljene napitke z določeno količino beljakovin, kalorij, mineralov.
 - Bolnik naj skrbi za redno odvajanje blata.
9. Znanja o kisikovi terapiji na domu
- Bolnika in svojce seznanimo z viri kisika.
 - Seznanimo jih, kako pravilno ravnati s koncentratorjem kisika (kako deluje, alarmni sistemi, pravilna namestitvev aparata, menjava in čiščenje prašnih filtrov, čiščenje vlažilne posode, menjava destilirane vode).
 - Bolnika in svojce naučimo pravilne nastavitve pretoka kisika. Odsvetujemo jim, da bi sami spreminjali pretok kisika.
 - Naučimo jih pravilne namestitve, vzdrževanja in menjave nosnega katetra. Opozorimo jih na možnost nastanka razjede zaradi pritiska na mestu za ušesom, kjer poteka kateter.
 - Seznanimo jih o servisiranju aparata, postopkih ob okvari aparata in možnosti nabave rezervnega vira kisika.
 - Priporočamo jim, da imajo v bližini telefonske številke zdravnika, patronažne medicinske sestre, serviserja in reševalne postaje.

Spremljanje in nadzor bolnika s TKZD v domačem okolju

Bolnik na TZKD potrebuje določen nadzor tudi v domačem okolju. Poleg zdravnika skrbi za bolnika še ekipa drugih zdravstvenih delavcev: patronažna medicinska sestra, socialna delavka, respiratorni fizioterapevt.

Zagotovo je najpomembnejša vloga patronažne medicinske sestre, ki v največji meri spremlja bolnika, prepoznava zdravstvenonegovalne probleme, povezane z aplikacijo kisika, in prva ukrepa v primeru zapletov. Vsa opažanja zabeleži v ustrezno dokumentacijo, določene parametre vpiše tudi v Kartonček spremljanja bolezni (Bratkovič, 2009).

Bolnika v terminalni fazi rakave bolezni, ki prejema kisik v domačem okolju, naj poleg patronažne medicinske sestre spremlja še lečeči zdravnik oziroma paliativni tim. Pri tem lahko sodelujejo tudi druge službe nege na domu, npr. Hospic. Zelo pomembno vlogo imajo tudi svojci, ki morajo poznati principe in tehnične podrobnosti zdravljenja s kisikom.

Bolnikovo stanje in prognoza sta pomembni merili pri odločanju glede načrta diagnostičnih in terapevtskih intervencij. Možne koristi in slabosti ob diagnostičnih postopkih morajo biti skrbno pretehtane. Mnogokrat je v terminalni fazi bolezni

smiselno le simptomatsko zdravljenje dispneje s kisikom, opiodi v manjših odmerkih, kot so običajni pri zdravljenju bolečine, in anksiolitiki. Velikokrat so namreč bolniki dispnoični in ob tem nimajo hipoksije. Primerni so tudi razni nefarmakološki pristopi, ki vključujejo učenje različnih tehnik dihanja, sproščanja itd. Bolniku s hudo dispnejo veliki pomeni že sama prisotnost druge osebe. Ko bolniku z razpoložljivimi ukrepi ni možno učinkovito lajšati dispneje, je etično, da omogočimo postopek sedacije (Lunder, 2008).

Zaključek

Bolniki z rakom so redko zdravljeni s kisikom v domačem okolju, ta način zdravljenja je pogostejši v bolnišnicah, predvsem v terminalni fazi bolezni. TZKD pride v poštev predvsem pri bolnikih, ki imajo poleg raka tudi KOPB. Namen terapije s kisikom je izboljšanje hipoksije, s čimer pri bolniku omogočimo normalne fiziološke procese v organizmu ter posledično izboljšanje kvalitete življenja. Kisik zdravi dispnejo samo v primeru hipoksije. Bolnik z rakom in z respiratorno insuficienco je lahko v domačem okolju le ob dobrem sodelovanju njega samega, svojcev, zdravnika in patronažne medicinske sestre. Kisikova terapija pa ne bi smela predstavljati oviro za preživljanje zadnjih dni življenja terminalnega bolnika v domačem okolju, saj je mogoče različne vire kisika tudi najeti po relativno nizki ceni.

Literatura

1. Ahačič M. Pregled poučevanja bolnikov na trajnem zdravljenju s kisikom na domu v Bolnišnici Golnik-KOPA. V: Špelič M, Bregar B, ur. Pristop večdisciplinarnega tima pri obravnavi pljučnega pacienta. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji, 2009: 32-37.
2. Bizjak M. Viri kisika. Zdrav Obzor 1992; 26: 165-172.
3. Bled, 1.-3. oktober 2009. - Golnik : Bolnišnica, Klinika za pljučne bolezni
4. Bratkovič, M. Trajno zdravljenje s kisikom na domu, zdravljenje bolnikov s tekočim kisikom na domu. V: Kadivec S. ur. Zdravstvena obravnava bolnika z obstruktivno boleznijo pljuč in alergijo / [Golniški simpozij 2007], Golnik, Bled, 3.-4.oktober 2007. - Golnik: Bolnišnica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 2007. 8-10.
5. Bratkovič, M. Vodenje bolnika s kronično obstruktivno pljučno boleznijo na trajnem zdravljenju s kisikom V: Košnik M. ur. Zbornik / Golniški simpozij 2009, Golnik,

6. Delimar A. Vloga socialne službe pri bolniku s KOPB in TZKD. V: Golnik symposium 2003. Pulmonary function testing and breathing-related sleep disorders. 9-11. october 2003 Golnik Hospital, University Clinic of Respiratory and Allergic Diseases-KOPA, 2003.
7. Letonja, S. Kaj naj bi zdravnik družinske medicine vedel o trajnem zdravljenju s kisikom na domu? V: Kert S, Tušek Bunc K. ur. Medicinsko tehnični pripomočki. 3 mariborski kongres družinske medicine. Ljubljana: združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2004:95-97.
8. Lunder U. Paliativna oskrba za bolnika z dispnejo ob koncu življenja. V: Triler N, Marčun R. ur. Simpozij o dispneji. Združenje pnevmologov Slovenije, 2008:65-69.
9. Nettina S. The Lippincott Manual of Nursing Practice. Philadelphia: Lippincott-RavenPublishers, 1996.
10. Osrajnik I. Vzroki in obravnava dispneje pri bolniku s pljučnim rakom. V: Triler N, Marčun R. ur. Simpozij o dispneji. Združenje pnevmologov Slovenije, 2008:56-59.
11. Šifrer F. Algoritem obravnave dispneje. V: Triler N, Marčun R. ur. Simpozij o dispneji. Združenje pnevmologov Slovenije, 2008:70-74.
12. Šifrer, F. Zdravljenje s kisikom. V: Kadivec S. ur. Šola za obstruktivne bolezni pljuč: zbornik predavanj, Golnik, 20.-21.marec 2009; 27-30.
13. Uronis H E, Currow DC, McCrory DC, Samsa GP in Abernethy AP. Oxygen for relief of dispnoea in mildly- or non-hypoxaemic patients whith cancer: a systematic review and meta-analysis. British Journal of Cancer, 2008: 294-299.

SOCIALNA OSKRBA BOLNIKOV Z RAKOM

Leonida Marinko, dipl. soc. del.

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Ena najbolj pomembnih storitev, ki pokriva potrebe bolnikov z rakom v okviru formalno organizirane mreže pomoči na področju socialnega varstva, je gotovo socialna oskrba na domu. Ta omogoča bolnikom z najrazličnejšimi ovirami kar se da neodvisno življenje v domačem okolju. Pri tem ne smemo pozabiti na pomembnost patronažnega varstva, ki pokriva zdravstvene potrebe onkoloških bolnikov. Ob ustrezni socialni oskrbi na domu in s pomočjo patronažnih služb, Hospica in drugih lahko onkološkim bolnikom omogočimo višjo raven kakovosti življenja in vzdrževanja zdravja ali izboljševanja zdravstvenega stanja v domačem okolju. Domače okolje ima za dobro počutje bolnika več prednosti, in sicer boljšo motivacijo za zdravljenje, bolnik lažje funkcionira v domačem okolju, ker ga pozna, predvsem pa obdrži družinske vezi in ohranja svojo samostojnost.

Ključne besede: socialno varstvo, pomoč na domu, socialna oskrba

Uvod

Slovenija je bila v preteklosti usmerjena izrazito v institucionalno obliko skrbi za starejše ljudi. Potreba po izvajanju storitve pomoči na domu se je na nacionalni ravni pokazala šele z Resolucijo o nacionalnem programu socialnega varstva od leta 2006 do 2010. Omenjeni nacionalni program si je zastavil dva cilja na področju pomoči na domu, in sicer:

- zagotovitev socialne oskrbe na domu za vsaj 10.000 oseb, starih 65 let in več ali 3 % oseb v tej starostni skupini ter
- zagotovitev socialne oskrbe na domu za vsaj 900 (0.05 %) drugih odraslih oseb, ki potrebujejo pomoč na domu ali mobilno pomoč.

Na Inštitutu RS za socialno varstvo spremljajo izvajanje te socialnovarstvene storitve od leta 2007 naprej. Iz njihove polletne analize, izvedene ob koncu leta 2008, je v okviru javne službe v Sloveniji v prvi polovici leta 2008 pomoč na domu izvajalo 78 organizacij oziroma izvajalcev. Centri za socialno delo so bili izvajalci v 49 primerih, domovi za starejše občane v 14 primerih ter v 2 primerih posebna zavoda. Na

Inštitutu RS za socialno varstvo so zaznali rahel trend naraščanja storitve pomoči na domu. Med uporabniki te storitve je bilo največ oseb, starih 80 let in več. Povprečna potrjena cena storitve v slovenskih občinah je v letu 2008 znašala 4,22 evra. Občine so zakonsko zavezane, da zagotavljajo vsaj 50 % subvencije k ceni pomoči na domu. Tri občine so v letu 2008 nudile uporabnikom storitev brezplačno. Celoten strošek storitve je takrat znašal povprečno 15 evrov. Pomoč na domu je v letu 2008 izvajalo 780 socialnih oskrbovalk. Od tega je bilo redno zaposlenih 60 % oskrbovalk, 39 % je bilo zaposlenih na podlagi subvencioniranih zaposlitev (APZ). Na Inštitutu RS za socialno varstvo so zaznali veliko preobremenjenost oskrbovalk in ugotovili, da v skoraj tretjini občin primanjkuje kadra za izvajanje neposredne socialne oskrbe na domu (Smolej, Nagode, 2009).

Socialna oskrba na domu - zakonska podlaga

Zakon o socialnem varstvu opisuje dve storitvi, ki ju po vsebini lahko povežemo s socialno oskrbo na domu: pomoč na domu in socialni servis.

Pomoč družini na domu obsega socialno oskrbo upravičenca v primeru invalidnosti, starosti ter v drugih primerih, ko socialna oskrba na domu lahko nadomesti institucionalno varstvo (Zakon o socialnem varstvu, Uradni list RS, št. 3/2007, 32/2007). Socialni servis obsega pomoč pri hišnih in drugih opravilih v primeru otrokovega rojstva, bolezni, invalidnosti, starosti, v primeru nesreč ter v drugih primerih, ko je ta pomoč potrebna za vključitev osebe v vsakdanje življenje (Zakon o socialnem varstvu, Uradni list RS, št. 3/2007, 32/2007).

Po pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev je socialna oskrba na domu namenjena upravičencem, ki imajo zagotovljene bivalne in druge pogoje za življenje v svojem bivalnem okolju, če se zaradi starosti ali hude invalidnosti ne morejo oskrbovati in negovati sami, njihovi svojci pa take oskrbe in nege ne zmorejo ali zanjo nimajo možnosti. Gre za različne oblike organizirane praktične pomoči in storitev, s katerimi se upravičencem vsaj za določen čas nadomesti potrebo po institucionalnem varstvu v zavodu, v drugi družini ali v drugi organizirani obliki.

Storitev pomoči na domu se prilagodi potrebam posameznega upravičenca in to lahko razdelimo na:

- gospodinjstvo pomoč, kamor sodijo: prinašanje enega pripravljene obroka na dan, nakup živil in priprava enega obroka hrane na dan, pomivanje uporabljene posode, osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti, likanje, postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora;

- pomoč pri vzdrževanju osebne higiene, kamor sodijo: pomoč pri oblačenju, pomoč pri umivanju, hranjenju, opravljanju osnovnih življenjskih potreb, vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov;
- pomoč pri ohranjanju socialnih stikov, kamor sodijo: vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, s prostovoljci in s sorodstvom, spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti, informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca ter priprava upravičenca na institucionalno varstvo.

Upravičenci do socialne oskrbe na domu so osebe, ki jim psihofizične sposobnosti omogočajo, da z občasno organizirano pomočjo drugega ohranjajo zadovoljivo duševno in telesno počutje in lahko funkcionirajo v znanem bivalnem okolju tako, da vsaj za določen čas ne potrebujejo institucionalnega varstva v zavodu, v drugi družini ali drugi organizirani obliki.

Pod pogoji iz prejšnjega odstavka so upravičenci po pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev naslednji:

- osebe, stare nad 65 let, ki so zaradi starosti ali pojavov, ki spremljajo starost, nesposobne za samostojno življenje;
- osebe, mlajše od 65 let, ki imajo akutne zdravstvene težave;
- osebe s statusom invalida po zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb, ki po oceni pristojne komisije ne zmorejo samostojnega življenja;
- druge invalidne osebe, ki jim je priznana pravica do tuje pomoči in nege za opravljanje večine življenjskih funkcij;
- kronično bolne osebe in osebe z dolgotrajnimi okvarami zdravja, ki nimajo priznanega statusa invalida, pa so po oceni pristojnega centra za socialno delo brez občasne pomoči druge osebe nesposobne za samostojno življenje;
- hudo bolan otrok ali otrok s težko motnjo v telesnem razvoju ali težko in najtežjo motnjo v duševnem razvoju, ki ni vključen v organizirane oblike varstva.

Socialna oskrba na domu je strokovno voden proces in organizirana oblika praktične pomoči, pri kateri sodelujejo vodja in koordinator storitve (socialni delavec), izvajalec storitve (socialna oskrbovalka), upravičenec, ključni ali odgovorni družinski člani ter prostovoljni sodelavci. Storitve se prične na zahtevo upravičenca ali njegovega zakonitega zastopnika. Razdelimo jo lahko na dva dela, in sicer:

- prvi del predstavlja ugotavljanje upravičenosti do storitve, pripravo in sklenitev dogovora o obsegu, trajanju in načinu opravljanja storitve, organiziranje ključnih članov okolja ter izvedbo uvodnega srečanja med izvajalcem in upravičencem ali družino;

- drugi del storitve zajema neposredno izvajanje storitve (same nege) na domu upravičenca.

Spremembe ali dopolnitve že sklenjenega dogovora o obsegu, trajanju in načinu opravljanja storitve lahko predlagata izvajalec storitve, upravičenec ali njegov zakoniti zastopnik. Dogovor se obnavlja vsake tri mesece. Neposredno izvajanje storitve na upravičenca traja največ do štiri ure dnevno oziroma največ do 20 ur tedensko.

Na področju socialnega varstva večina storitev, ki jih izvajajo javne službe (Centri za socialno delo), ni plačljivih. Plačljivi sta storitvi pomoč družini na domu in institucionalno varstvo odraslih (domsko varstvo). Obe storitvi uporabnik plača glede na svoj socialni položaj. Če storitve ne zmore plačati, jo namesto njega plača tisti, ki ga je dolžan preživljati. To je običajno zakonec ali otroci. Če teh ni ali pa ne zmorejo plačila, je plačnik teh storitev občina. Plačila je lahko uporabnik oproščen delno ali v celoti, odvisno od njegove plačilne sposobnosti. Če uporabnik ni sposoben plačati storitve, lahko zaprosi za oprostitev plačila na posebnem obrazcu, ki ga dobi na pristojnem centru za socialno delo. Center nato v postopku ugotovi plačilno sposobnost upravičenca in njegovih zavezancev. Dodatek za tujo nego in pomoč se ne šteje kot dohodek, se pa upošteva pri plačilu storitve na ta način, da se plača en odstotek dodatka za vsako uro storitve, vendar ne več kot 50 odstotkov celotnega dodatka. Center za socialno delo o oprostitvi plačila odloča le, če uporabnik meni, da storitve ne more plačati. Če namesto uporabnika storitev plačuje občina, se izvede vknjižba na nepremičnino, vendar le na tisto nepremičnino ali zemljišče, na kateri uporabnik nima prijavljenega stalnega bivališča. Center za socialno delo vsako leto v začetku leta po uradni dolžnosti preveri, ali upravičenci oziroma zavezanci, ki jim je bila priznana oprostitev, še izpolnjujejo pogoje.

Zaključek

V preteklosti je bilo pomoči na domu pri nas posvečeno premalo pozornosti. Še posebej smo to občutili strokovni delavci v zdravstvu (socialni delavci), na lastni koži pa občani Mestne občine Ljubljana, kljub naraščajočim potrebam. V Ljubljani storitev pomoč družini na domu kot javno službo že od leta 2002 opravlja Zavod za oskrbo na domu Ljubljana. Glede na povečane potrebe MOL-a je bil v maju 2009 objavljen razpis za podelitev koncesije za izvajanje socialnovarstvene storitve pomoč družini na domu. Koncesijo so podelili Zavodu Pristan, ki je storitev začel izvajati 1. 12. 2009. V slovenskem prostoru delujejo tudi drugi ponudniki tovrstnih storitev, kjer uporabniki v celoti plačajo storitev po tržni ceni. Njihove storitve lahko najde-

te preko oglasov v časopisu ali na internetu. Seznam registriranih izvajalcev lahko najdete na spletni strani MDDSZ. Izbira je na strani uporabnika. Prav pa je, da uporabnik pridobi čim več informacij o vseh ponudnikih storitev, njihovih čakalnih dobah, višini plačila, da se nato glede na potrebe lažje odloči.

Pri nekaterih onkoloških bolnikih zaradi različnih razlogov žal tudi organizirana oskrba na domu, kljub pomoči družine, svojcev, prostovoljcev in drugih, ne zado-
stuje, da bi lahko polno živeli v svojem domačem okolju.

Literatura

1. Pravilnik o standardih in normativih socialno varstvenih storitev, Uradni list RS, 52/95, 19/1999, (28/1999 popr.), 127/2003, 125/2004, 120/2005, Odl. US: U-I-192/05-29, 90/2008.
2. Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006-2010, Uradni list RS 39/26.
3. Smolej S, Nagode M. Razvoj socialne oskrbe na domu ter njeni izzivi za prihodnost. Ljubljana: Socialna zbornica Slovenije; 2009.
4. Zakon o socialnem varstvu, Uradni list RS, št.3/2007, 23/2007, popr., 41/2007, popr., 122/2007.

PODPORNA ZDRAVSTVENA NEGA: ALI REHABILITACIJA IZBOLJŠA KAKOVOST ŽIVLJENJA?

pred. mag. Albina Bobnar, viš. med. ses., prof. defekt.

Zdravstvena fakulteta Ljubljana

Povzetek

Podporno zdravljenje pri bolnikih z rakom je širok pojem, saj zajema vse zdravstvene ukrepe, ki jih bolnik potrebuje poleg zdravljenja osnovne bolezni. Pomeni vplivanje na različne simptome zaradi raka in/ali zdravljenja. Rehabilitacija je eden od teh ukrepov, ki z vzpostavljanjem delovanja okvarjenih funkcij omogoča izboljšanje kakovosti življenja. Rehabilitacija je proces pomoči posamezniku, da v svojem okolju doseže optimalno delovanje in ugodje – in ne podaljšuje življenja, zato potreba po njej narašča. Bolniki z rakom nimajo jasnega zaključka zdravljenja ali ozdravitve, zato je ustvarjanje rehabilitacije in preživetja kot nadaljevanje celostne oskrbe bolnika s številnimi potrebami umetno. Te potrebe so lahko fizične, psihološke, socialne in duhovne.

V rehabilitaciji ima pomembno vlogo interdisciplinarni tim, ki ga sestavljajo različni strokovnjaki na področju zdravstva. Posebej je pomembno sodelovanje z bolnikom in svojci, da skupaj pretehtamo prednosti in omejitve rehabilitacije in postavimo cilje, ki so za bolnika in njegovo družino realni in dosegljivi. Storitve so prilagojene posameznikovim potrebam na področju preventivne, obnovitvene, podporne in paliativne oskrbe.

Onkološka medicinska sestra ima bistveno vlogo pri zagotavljanju celostne oskrbe bolnikov z rakom na vseh področjih, od začetka zdravljenja in po zdravljenju, do ponovitve bolezni in konca življenja. V praksi se rehabilitacija še ne izvaja v zadostni meri, zato je v prispevku predstavljen koncept rehabilitacije in preživetja ter integracija podporne rehabilitacijske oskrbe v vsakodnevno delo onkološke medicinske sestre, katere cilj je poudariti kakovost bolnikovega preživetja ali življenja z rakom.

Ključne besede: rehabilitacija, preživetje, življenje z rakom, onkološka medicinska sestra

Uvod

Več kot 63.000 danes živečih Slovencev je v preteklosti že imelo raka. Leta 2005 je bilo petletno preživetje bolnikov z rakom 51-% (43,7-% pri moških, 58,7-% pri ženskah) (Incidenca raka v Sloveniji 2005, 2008). Tako kot se še naprej izboljšuje preživetje rakavih bolnikov in vedno več ljudi živi z rakom, tako rehabilitacija in preživetje postajata vedno večji izziv oz. predmet obravnave v onkološki zdravstveni negi. Življenje onkoloških bolnikov je podaljšano s pomočjo napredka tehnologije in zdravljenja, zato njuni dolgoročni učinki še dodatno vplivajo na potek rehabilitacije, katere namen je izboljšanje kakovosti življenja (Frymark, 2005). Bolniki se pogosto srečujejo z različnimi primanjkljaji, ki so posledica osnovne bolezni ali pa njenega zdravljenja in negativno vplivajo na kakovost njihovega življenja.

Koncept rehabilitacije in preživetja je nastal v Združenih državah Amerike (ZDA), v 70-ih letih prejšnjega stoletja, in se nadaljeval v Nemčiji, v drugih državah Evrope pa je dejansko še v nastajanju (DeLisa, 2001, pov. po Wells, MacBride, 2006); nastajal je na osnovi spoznanj, da bolniki, ki so se zdravili zaradi raka, ne okrevalo avtomatično ali se povrnejo v stanje zmogljivosti pred boleznijo po zaključenem zdravljenju. Celo v primerih, ko so bolniki učinkovito zdravljeni, so fizične, psihične, socialne in duhovne spremembe pri teh bolnikih lahko posledica "izkušnje z rakom" in lahko onemogočajo nadaljnje normalno življenje (Wells, MacBride, 2006). Običajno se v medicini preživetje bolnikov meri v obdobjih od 1 do 5 let po postavitvi diagnoze, toda s tem se odraža samo majhen del tistega, kar naj bi v resnici preživetje bolnika z rakom bilo. Z onkološko zdravstveno nego lahko zagotavljamo tudi kakovost in ne samo kvantiteto preživetja bolnikov z rakom.

Kakovost preživetja je prav gotovo v veliki meri odvisna od kakovosti bolnikove rehabilitacije, tako da je zdravstvena oskrba osredotočena na varnost, pravočasno diagnosticiranje in zdravljenje. Vsekakor v času zdravljenja bolnikov z rakom ni dovolj, da skrbimo samo za učinkovitost terapij in podporne oskrbe. Prav tako se je treba osredotočiti na probleme zaradi raka in/ali zdravljenja ter na bolnikove potrebe za nadaljevanje življenja po končanem zdravljenju. V prispevku bo tako predstavljen koncept rehabilitacije in preživetja ter integracija podporne rehabilitacijske oskrbe v vsakodnevno delo onkološke medicinske sestre, katere cilj je poudariti kakovost bolnikovega preživetja ali življenja z rakom.

Kaj je rehabilitacija?

Zveza onkoloških medicinskih sester (Mayer, O'Connor, 1989) definira rehabilitacijo kot 'proces, s katerim posameznikom znotraj njihovega okolja pomagamo doseči optimalno delovanje in ugodje, v okviru omejitev, povzročenih zaradi raka'. Ostale definicije se nanašajo na obnovo bolnika do čim bolj 'normalnega delovanja' ali predlagajo cilj rehabilitacije, ki naj bi človeku omogočil maksimalno delovanje na fizičnem, čustvenem, socialnem in duševnem področju (Dudas, Carlson, 1988). V teh definicijah je pomembno samo optimalno ali normalno delovanje znotraj konteksta posamezne rakave diagnoze, ne upoštevajo pa bolnika, ki naj bi bil v centru rehabilitacijskega procesa.

Če povzamemo, da večina ljudi priznava, da življenje nikoli ni več takšno kot pred diagnozo raka, je zanimivo, da le nekaj avtorjev omenja obnovo ali vrnitev v stanje pred boleznijo. Veach s sodelavci (2002) se je morda še najbolj približal samemu konceptu rehabilitacije, saj meni, da je to čas reorganizacije, ki pogosto zahteva ponovno prilagoditev bolnika in družine na novo nastalo situacijo. Iz tega je razvidno, da je tudi v rehabilitaciji ključnega pomena razumevanje osebe kot take pred boleznijo, kako in zakaj so se stvari spremenile zaradi prisotnosti raka in kje oz. v kakšnem stanju bi ta oseba rada bila. Znotraj tega konteksta je mogoče postaviti cilje, ki so uresničljivi in naravnani na bolnika. Kenneth Calman (1984) predvideva, da kakovost življenja bolnikov z rakom predstavlja razliko med upanjem in pričakovanji posameznika ter aktualnimi izkušnjami v njegovi trenutni situaciji. Zato morda ravno vloga rehabilitacije pripomore, da se zmanjša razlika med tema dvema dejstvom.

Cilji rehabilitacije

Postavljanje ciljev v rehabilitacijski obravnavi zahteva sodelovanje med bolnikom, svojci in zdravstvenimi delavci. Cilji bolnikov z rakom so enaki ciljem rehabilitacije drugih bolnikov z različnimi okvarami. Z bolnikom je treba pretehtati prednosti in omejitve rehabilitacije ter postaviti cilje, ki so za njega in njegovo družino realni in dosegljivi. Usmerjeni so v ohranjanje samostojnega gibanja, neodvisnosti pri opravljanju osnovnih dnevnih aktivnosti ter dvigu kakovosti življenja. Različni avtorji so poskušali kategorizirati cilje rehabilitacije, kot je prikazano v tabeli 1 (Wells, MacBride, 2006). Nekateri razlikujejo med rehabilitacijo bolnikov, ki se zdravijo zaradi bolezni, in tistimi, ki so v paliativni fazi. Drugi razlagajo rehabilitacijske cilje po posameznih aktivnostih znotraj rehabilitacijskih okvirov. Ti modeli so uporabni, ker pomagajo pojasniti, katero vrsto rehabilitacije posameznik potrebuje, in določajo specifične potrebe.

Tabela 1: Cilji rehabilitacije (pov. po Wells, MacBride, 2006)

Dietz (1981)	Wells (1990)	Strobel (2002)
preventivni cilji – zmanjšati vplive boleznih in izboljšati fizično delovanje (pooperativna fizioterapija)	življenjsko pričakovanje je dobro – ni ostankov prizadetosti (zdravo prehranjevanje po operativnem zdravljenju črevesja)	somatski cilji – kontrola ali lajšanje simptomov, izboljšanje delovanja ali gibanja (lajšanje črevesnih motenj po operaciji danke)
obnovitveni cilji – vzdrževanje ali odstranitev minimalnih nezmožnosti po zdravljenju (zdravstveno-vzgojno delo in podpora pri ravnanju s protezo po amputaciji zaradi sarkoma)	življenjsko pričakovanje je dobro – toda prisotne so nekatere fizične ali psihične motnje (ocenjevanje in lajšanje telesne samopodobe)	funkcionalni cilji – razvijanje drugih funkcij po pravih kompenzacijskih omejitvah (učenje govora po odstranitvi grla)
podporni cilji – zmanjšati težave pri napredovanju bolezni (postavitev ciljev za aktivnosti vsakdanjega življenja)	življenjsko pričakovanje je kratko – prihodnost je negotova (intervencije zdravstvene nege za lajšanje težav z dihanjem)	psihološki cilji – ponovna vključitev v družino, v delo, socialno okolje, obnovitev zdravja in kakovosti življenja (poklicna rehabilitacija)
paliativni cilji – izboljšanje kakovosti življenja, ko bolezen napreduje in invalidnost narašča (lajšanje bolečine)		izobraževalni cilji – informiranje in izobraževanje o bolezni, lajšanju simptomov, telesnih pripomočkov (pomembnost nege kože na prizadeti roki po operaciji pazdušnih bezgavk)

Preživetje in rehabilitacija težita k temu, da sta vidni v časovni obliki, funkcionalnem ozdravljenju ali nadaljevanju normalnega življenja. Čeprav so ti aspekti v življenju z rakom osnovnega pomena, je bistveno, da zdravstveni delavci prav tako upoštevajo kakovost življenja z bolnikove perspektive. Obstaja mnogo orodij za merjenje kakovosti življenja, kot so strukturirani vprašalniki, s katerimi ocenjujemo fizično, čustveno, psihično in socialno počutje bolnikov ter specifične simptome pri posameznih obolenjih (Kiebert, 1997). Čeprav na ta način pridobimo zelo dobre informacije o bolnikovih težavah, pa s pomočjo vprašalnikov o kakovosti življenja ni mogoče izvedeti, kaj ima največji vpliv na posameznika in njegovo družino. Ruta in sodelavci (1994) opisujejo instrument za merjenje kakovosti življenja, ko je bolniku omogočeno, da sam določa, kaj je najbolj pomembno za njega (Patient – Generated Index, PGI). Stopnja informacij, ki je pridobljena na tak način, omogoča zdravstve-

nim delavcem, da naredijo plan rehabilitacijske oskrbe, ki je naravnana na najbolj pomembne aspekte v bolnikovem življenju.

Življenje z rakom

Rak obrne življenje na glavo, v telesnem in duševnem smislu. Bolnik z rakom se mora pogosto spopadati s posledicami bolezni in zdravljenj, negotovo prognozo in s predsodki do bolezni, kot je nezaupanje in pokroviteljstvo (Radonjič Miholič, 2008). Proces neke vrste nadaljevanja normalnega življenja med zdravljenjem raka in po njem zna biti izredna preizkušnja, tako za bolnika kot pomembne druge. Ponovna vzpostavitev okvarjenih funkcij, utrjeno samozaupanje, čustvena stabilnost, na novo vzpostavljene vrednote, socialni stiki in stil življenja lahko pomembno prispevajo h kakovostnemu življenju. Raziskovalci koncepta kakovosti življenja so mnenja, da se ta razvija v okviru fizičnih, psihičnih, eksistencialnih in podpornih pogojev, ki so še bolj umestni pri ljudeh, ki živijo z neozdravljivo boleznijo (Kiebert, 1997; Cohen et al., 1996). Na osnovi tega sta rehabilitacija in preživetje prikazani v teh štirih okvirih, čeprav je treba poudariti, da se nobeden od simptomov ne pojavlja posamično, ampak večinoma v kombinaciji (Wells, MacBride, 2006).

Fizična rehabilitacija

Rak in različni načini zdravljenja povzročajo pri bolniku težave, ki vplivajo na njegovo funkcioniranje oz. vplivajo na njegovo sposobnost vzdrževanja normalnega življenja. Osnova fizične rehabilitacije je razumevanje potencialnih fizičnih prizadetosti, psihosocialnega funkcioniranja in kakovosti življenja v širšem smislu. Pri tem je pomembno, da z zgodnjim ukrepanjem omilimo pojave dolgotrajnih prizadetosti. Postopki fizične rehabilitacije so v prvi vrsti usmerjeni v preprečevanje komplikacij, ki se pojavijo kot posledica ležanja in neaktivnosti bolnika, ter v izboljšanje funkcije posameznika. Pogosto je pri vseh skupinah bolnikov z rakom treba ocenjevati in lajšati prizadetost zaradi spremenjene telesne podobe, nuditi psihološko podporo, lajšati simptome, spolno funkcioniranje, nuditi trening dnevni aktivnosti, aktivacijo bolnika (vertikalizacijo), mobilizacijo, lajšati kronično utrujenost, prehranjevanje, izločanje urina in blata ter vzpodbujati komunikacijo (Wells, MacBride, 2006). Programi niso nekaj univerzalnega, temveč se razlikujejo glede na patologijo, vrsto raka, zdravljenje in so individualno prilagojeni posamezniku. Poleg tega je treba vedeti, da preživeli z rakom ves čas živijo z zavedanjem, da se bodo pri njih morda pojavili kasni učinki zdravljenja raka, ponovitev bolezni ali celo drug rak. Vse to lahko pomeni veliko nevarnost za kakovost življenja, zdravje in preživetje.

Rehabilitacijski programi, ki se izvajajo v praksi, so se izkazali kot uspešni pri izboljšanju fizičnega delovanja in kakovosti življenja (Bakitas et al., 2009; Seibaek, Petersen, 2009). Randomizirana kontrolirana raziskava, ki je bila izvedena v ZDA, je pokazala, da program svetovanja glede blažilne oskrbe, usmerjen v premagovanje telesnih in psihosocialnih ovir, vzporedno z onkološko obravnavo, izboljša kakovost življenja in razpoloženje teh bolnikov (Bakitas et al., 2009). Raziskava je potekala pet let in je zajela 322 bolnikov z napredovalim rakom prebavil, pljuč, sečil in dojk. Raziskovalci so mnenja, da mora celostna oskrba bolnikov z rakom zajeti ne le najsodobnejše zdravljenje, ki vpliva na potek bolezni, temveč tudi večdisciplinarno obravnavo telesnih, duševnih, družbenih, duhovnih in eksistencialnih potreb bolnika in njegove družine. Podobne preliminarne rezultate sta predstavili tudi danski raziskovalki (Seibaek, Petersen, 2009) pri bolnicah z ginekološkim rakom po kirurškem zdravljenju.

Psihološka rehabilitacija

Rak ni le bolezen telesa, saj vedno prizadene tudi duševnost, vpliva na odnose, spremeni sposobnosti za delo, posega v doživljanje in življenje oseb, ki so z bolnikom povezane. Vse bolj je pomembno, da bolnik ostane ali znova postane samostojen pri samoskrbi, da se čim hitreje vrne v svoje okolje, kjer ponovno prevzame svoje običajne socialne vloge (Radonjič Miholič, 2008). Razmišljanja, čustva in vedenje na poti od postavitve diagnoze, zdravljenj, mirovanja bolezni ali povrnitve in celo poslabšanja zdravstvenega stanja se zelo spreminjajo. Številni bolniki se uspešno spoprimejo z novo nastalo situacijo, nekateri pa pri tem potrebujejo pomoč.

Rak spremeni življenje, odstrani vse občutke kontrole, pojavi se negotovost in bolniki pogosto izgubijo občutek samozaupanja ter samozavesti. Ker se občutek samozavedanja tako zmanjša in ker so pogosto prisotni tudi drugi simptomi (kronična utrujenost, komunikacijski problemi), mnogi bolniki odklanjajo običajne aktivnosti, imajo težave z vrnitvijo na delo, s socialnimi, družinskimi vlogami in odgovornostmi (Wells, MacBride, 2006). Posledica tega so lahko različni psihološki odgovori ali psihološke motnje: potravmatski stres, strah pred ponovitvijo bolezni, spremenjena telesna podoba zaradi zdravljenja, psihoseksualne motnje, kognitivni problemi, ambivalentnost do prekinitve zdravljenja, pogojevalno odzivanje.

Psihološki vpliv raka bolniki občutijo še dolgo po končanem zdravljenju (Korstjens et al., 2008). Anksioznost in depresivnost sta opisani kot taki težavi, ki ostajata prisotni še mnogo let po končanem zdravljenju; nekateri posamezniki se počutijo čustveno obremenjeni, ko je bolezen pri njih objektivno zazdravljena in ni več razloga, da bi bili depresivni. Nizozemski raziskovalci (Korstjens et al., 2008), ki so naredili

longitudinalno kohortno raziskavo pri odraslih bolnikih, ki so imeli problem spopadanja z rakom, je pokazala, kako pomembna je podporna rehabilitacija ravno na psihosocialnem področju. Bolniki so še po petih letih obravnave v rehabilitacijskem programu pogrešali vsebine, ki bi jim pomagale razvijati sposobnosti za spopadanje z rakom, z vsemi posledicami in težavami po končanem zdravljenju in vključenosti v rehabilitacijski program.

Osnovna psihološka pomoč, ki je namenjena vsem bolnikom, je v obliki podpore in izobraževanja prek publikacij, vzgoje in izobraževanja, psihoedukacije, ukrepov v kritičnih stanjih, svetovanja in različnih oblik psihoterapije. Bolnike z bolj izrazito potrebo po psihološki pomoči je treba vključiti v društva in skupine za samopomoč. Tistim, ki jo najbolj potrebujejo, pa so na voljo bolj specifične (individualne ali skupinske) in psihofarmakološke intervencije. Idealna psihološka podpora bi morala biti ponujena bolnikom že na začetku obravnave in kasneje v katerem koli obdobju bolezni in njenega zdravljenja (Škufca Smrdel, 2008).

Socialna rehabilitacija

Diagnoza rak ima lahko velik vpliv tudi na bolnikovo socialno okolje. Informacija, da je nekdo zbolel za rakom, pri večini ljudi še vedno vzbudi zadrego, strah, pomicolovanje, misel na smrt ali umik, pozabo in ignoriranje. Bolniku z rakom se spremeni ustaljeni vsakdanji način življenja in način doživljanja sebe. Življenje postane negotovo. Samopodoba postaja ranljiva, delno zaradi potencialnega neodobravanja in nesprejemanja okolja, in je zato tudi človeka težko integrirati v socialni svet (Bobnar, 2006). Življenje z rakom Bobnarjeva (2006) opisuje kot izkušnjo z življenjem in umiranjem v času, ko bolnik in svojci nihajo med zanikanjem in sprejemanjem spremenjenih življenjskih razmer in svoje odgovornosti do teh novih razmer. Grožnja pred poslabšanjem tako nikoli ni "presežena" in to je umetno ustvarjanje preživetja v določenem kronološkem obdobju. Različni avtorji (pov. po Wells, MacBride, 2006) pa ta čas delijo na različne faze: akutno preživetje (obdobje diagnosticiranja), podaljšano preživetje (končano zdravljenje) in trajno preživetje.

Podpora drugih, ki imajo izkušnje z rakom, je zelo pomembna v obdobju podaljšane in trajnega preživetja, ker se kontakti z zdravstvenimi profesionalci zmanjšajo po končanem zdravljenju. Ožje in širše socialno okolje pa od bolnikov pričakuje vrnitev v normalno življenje. V tem času bi bilo treba dopustiti možnost, da se bolnik lahko vrne na kakršnokoli obravnavo ali da se vanjo vključi v domačem okolju (Radonjič Miholič, 2008). Ustanavljanje podpornih skupin, skupin bolnikov z rakom po posameznih obolenjih, društev onkoloških bolnikov, društev za boj proti raku in svetovna razsežnost interneta imajo danes širšo družbeno vlogo na drugi strani

tradicionalnih ovir. Učinkovita rehabilitacija pomeni pozornost do bolnikovih potreb z možnostjo nudenja različnih podpornih intervencij ter celotnega podpornega omrežja (svetovanje, informiranje, nadzorovanje in lajšanje simptomov; praktična in finančna pomoč, prevozi, obroki hrane, pomoč pri dnevnih aktivnostih).

Eden od ključnih pomenov rehabilitacije pri bolnikih, ki so ob odkritju raka v delovnem razmerju, je iskanje možnosti opravljanja dela po končanem zdravljenju. Pri tem je treba vedeti, ali bodo še zmožni opravljati svoje delo, ali bodo dobili podaljšano delovno pogodbo, ali bodo na delovnem mestu sprejeti ter kakšni so njihovi strahovi pred socialno in eksistenčno varnostjo. Tušek Bunc in Kersnik (2008) opisujeta, da zagotavljanje zahtevane in pričakovane delovne učinkovitosti onemogočajo telesne posledice zdravljenja raka, čustvena stanja, težave s pozornostjo in koncentracijo, utrujenost, pa tudi negativen odnos sodelavcev ter spremenjene osebne vrednote, zato je ponovna vključitev v poklicno življenje možna samo, če se upoštevajo omejitve zaradi posledic zdravljenja in bolezni. Bolnikove reakcije so beg v bolniški stalež, ki je pogosto tudi poskus vzpostavljanja odnosov z okolico, ker jih ne zna rešiti na drugačen način (porušeni odnosi v družini, neustrezni odnosi na delovnem mestu). Poklicno rehabilitacijo je treba vključiti v proces planiranja bolnikovega odpusta v domačo oskrbo, kar zahteva tesno povezavo med zdravstveno in socialno oskrbo v bolnišnici in poklicnim ter družbenim okoljem bolnika z rakom. Pri tem imajo pomembno vlogo predvsem medicinske sestre in socialni delavci.

Duhovna rehabilitacija

Duhovne in eksistencialne zadeve imajo prav tako pomemben vpliv na kakovost preživetja bolnikov z rakom. Bolnik v času življenja z rakom razpolaga z lastnim stališčem do svojega stanja, za katerega si je oblikoval svoj model razlage. Ta je lahko delno individualen, vendar je ukoreninjen v kulturi, iz katere izhaja, in je del nje-gove realnosti (Bobnar, 2006). Smisel življenja je pogosto povezan s preživetjem, saj bolnik išče odgovor na vprašanja: "Zakaj jaz? Kako velika je grožnja bolezni? Kaj lahko v zvezi s tem naredim?", od začetka postavljanja diagnoze do konca življenja.

Mnogi bolniki govorijo o življenju pred rakom in po njem. V vsakdanjem življenju je veliko dogodkov, ki kažejo na to, da posameznikov odziv na stresno situacijo ni odvisen zgolj od situacije same, temveč od tega, kako jo posameznik vidi in kako jo ocenjuje. Človek, ki ne more videti konca svoje bivanjske oblike, tudi ne more živeti za nek cilj. Ne more živeti – kot v normalnem življenju – za prihodnost. V trenutkih življenja z rakom čaka bolnika življenje s konkretnimi nalogami, ki so značilne samo zanj. Smisel bivanja se spreminja od človeka do človeka, od trenutka do trenutka in nikdar ni možno navesti smisla človeškega življenja nasploh. Kdor ne more verovati

v boljšo prihodnost, v svojo prihodnost, je v svoji brezizhodni situaciji izgubljen (Frankl, 1993, pov. po Bobnar, 2006).

Preživeli govorijo tudi o pozitivnih učinkih življenja z rakom, vključno z drugo priložnostjo v življenju in sposobnostjo, da ne mislijo na bolezen, ampak na stvari, ki so najbolj pomembne. Izkušnja z rakom pogosto pripelje do razmišljanja o preteklem življenju, bivanjska vprašanja postajajo vedno bolj pomembna. Mnogi bolniki menijo, da se jim je zaradi raka zvišal občutek za namen ali smisel življenja, obnovil boj za obstanek in izboljšali odnosi (Wells, MacBride, 2006). Cohen in sodelavci (1996) menijo, da druge eksistencialne zadeve vključujejo tudi spopadanje z izolacijo, smrtjo in umiranjem. Ocenjevanje najpomembnejših stvari za bolnika, pogovor o smislu simptomov ali izkušnjah in pomoč, da pripovedujejo svoje zgodbe, lahko pomaga preživelim, da dobijo občutek o tem, kaj se jim dogaja.

Uspešno iskanje pomena boleznim ni nekaj, kar je lahko doseči naravnost, naenkrat in za vedno. Pri tem je pomembno, da se povezujejo človekov temperament, njegov naravni način spopadanja in njegov sistem prepričanj. Tako stališče naj bi spoštovali bolnikovi svojci, zdravstveni profesionalci in drugi, ki ga podpirajo na poti življenjske izkušnje – živeti z rakom (Bobnar, 2006).

Rehabilitacija in preživetje v praksi onkološke medicinske sestre

Onkološka medicinska sestra (OMS) ima osrednjo vlogo pri rehabilitaciji in preživetju bolnikov z rakom. Wells (1990) je že pred dvema desetletjema izpostavil, da je zdravstvena nega povezovalna disciplina, bolj kot katerakoli druga zdravstvena profesija. OMS lahko ocenjujejo bolnikove potrebe po rehabilitaciji in koordinaciji oskrbe ter komunicirajo s člani multiprofesionalnega tima. Njihova naloga je tudi pridobivanje informacij, izobraževanje ter nudenje fizične, praktične, psihološke, socialne in duhovne podpore bolnikom in pomembnim drugim.

OMS imajo posebno mesto pri oskrbi bolnikov z rakom na vseh stopnjah razvoja boleznim. Izvajajo podporno oskrbo in izobraževanje, ocenjujejo simptome in psihološke ter socialne potrebe; imajo glavno vlogo pri iniciativnih zadevah za izboljšanje kakovosti rehabilitacije in preživetja (Seibaek, Petersen, 2009; Korstjens et al., 2007). Celotako, ko rehabilitacijski programi ne obstajajo, imajo MS ključno vlogo koordinatorja znotraj multidisciplinarnega tima, ki nudi podporo bolniku in njegovi družini, ki sta središčna člana tega tima. Ostali člani so: zdravniki specialisti (vključeni po potrebi bolnika), psihoterapevt, psiholog, OMS, organizacijski vodja,

podporna skupina, spolni terapevt, specialisti paliativne oskrbe, patronažna MS, dietetik, specialist za limfedem, prostovoljna organizacija, logoped, delovni terapevt, fizioterapevt, komplementarni terapevt, protetik, duhovni vodja ali duhovnik, socialni delavec.

Učinkovita rehabilitacija je možna, če je za to dovolj finančnih, kadrovskih ter prostorskih virov in če sodelujejo vsi člani multidisciplinarnega tima ter zdravstvene institucije. Skrajševanje akutne ležalne dobe za bolnike z rakom v večini bolnišnic, poudarek na zdravljenju, hitro odpuščanje zagotovo zmanjšujejo možnosti za izvajanje celostne rehabilitacije bolnikov z rakom. Mnenje zdravstvenih delavcev in javnosti, da je rak bolj terminalna kot ozdravljiva bolezen, predstavlja za rehabilitacijo oviro. Poleg tega se ne razvija tudi zaradi pomanjkanja zdravstvenih profesionalcev, kot so delovni terapevti, fizioterapevti in dietetiki, ter zaradi slabega ocenjevanja bolnikovih potreb in pomanjkanja razumevanja o možnostih sodelovanja različnih zdravstvenih profesionalcev. Oviro za neizvajanje pomeni tudi nadzorovanje stroškov za oskrbo bolnikov, predvsem v smislu pomanjkanja razpoložljivih finančnih virov, ter omejitev s strani zdravstvenih načrtov (Frymark, 2005).

Bistvo rehabilitacije in preživetja je v tem, da OMS v največji meri vključuje člane multidisciplinarnega tima in ponovno načrtuje izvajanje oskrbe tako, da so doseženi cilji te na vseh nivojih (tabela 2). Na osnovi tega morajo biti medicinske sestre (MS) bolj usposobljene za izvajanje podporne oskrbe bolnikovih potreb s področja rehabilitacije in preživetja. Delo Gertrude Grahn (1996) je imelo največji vpliv za razvoj takih programov po Evropi in je primer, da podporno izobraževanje podpira pozitivne strategije spopadanja in izboljšša samozavest bolnikov,

Tabela 2: Celostna rehabilitacija: viri multidisciplinarnega tima

Rehabilitacijski cilji	Viri in izvajalci rehabilitacijske oskrbe
Izobraževanje o raku bolezen zdravljenje prehrana družbeni viri stopnje oskrbe	Individualno ali skupinsko učenje: medicinska sestra zdravnik dietetik socialni delavec
Fizični – funkcionalni status samoskrba tehnične spretnosti oskrba stome lajšanje inkontinence podporne pripomočki lajšanje simptomov (npr. bolečine, slabosti, bruhanja)	fizioterapevt, delovni terapevt medicinska sestra, enterostomalni terapevt specialist za bolečino klinični farmacevt dietetik
Komunikacija / govor	logoped
Psihološka podpora spretnosti spopadanja spremembe stila življenja	socialni delavec MS specialistka za psihiatrijo psihater, spolni terapevt
Duhovna podpora, prepričanja, praksa	duhovni svetovalec, duhovnik
Ekonomski cilji finančni viri zavarovanje – življenjsko in zdravstveno koristi prizadetosti (invalidnina, odškodnina) zaposlovanje – poklicna diskriminacija	socialni delavec finančni svetovalec
Pravna in etična vprašanja bolnikove pravice vnaprejšnje direktive: želje, moč pooblaščenca	medicinska sestra, socialni delavec odvetnik pooblaščenec
Prebivanje	socialni delavec
Osebna oskrba negovanje, kopanje, oblačenje, odvajanje gibanje priprava obrokov nakupovanje, gospodinjska opravila, skrb za otroke prevozi, opremljenost	patronažna medicinska sestra fizioterapevt delovni terapevt delavci službe za oskrbo na domu

Če se bo koncept rehabilitacije in preživetja bolj učinkovito uveljavil v praksi, bo treba ponovno oblikovati rehabilitacijske vire in službe za izvajanje. Vesna Radonjič

Miholič (2008) opisuje pomen in možnosti psihosocialne rehabilitacije ob zdravljenju raka in po njem in se le delno približuje celostni oskrbi bolnikov z rakom, saj je kakovost življenja v prihodnosti preživelih odvisna tudi od lajšanja simptomov in ponovnega vzpostavljanja okvarjenih funkcij. Še posebej je pomembno sodelovanje z bolnikom in svojci, da skupaj pretehtamo prednosti in omejitve rehabilitacije in postavimo cilje, ki so za bolnika in njegovo družino realni in dosegljivi. Storitve morajo biti prilagojene posameznikovim potrebam na področju preventivne, obnovitvene, podporne in paliativne oskrbe.

Konec zdravljenja normalno sovпада s prenehanjem intenzivnega nadzora in nudenja podpore v bolnišnicah, kjer se je bolnik zdravil. Takrat so bolniki ponavadi odpuščeni v domačo oskrbo za nekaj tednov ali celo mesecev. Izkušnje kažejo, da ni nujno, da bi sledenje bolnikov po zaključenem zdravljenju sovpadalo s problemi, s katerimi se srečujejo. Zato taki rutinski pregledi morda niso učinkoviti v smislu odkrivanja ponovitev ali izboljšanja preživetja. Podan je bil predlog, da se taki bolnišnični in tradicionalno zdravniško naravnani pregledi nadomestijo s pregledi, na katerih bi bolniki povedali, kaj želijo in pričakujejo od oskrbe v času spremljanja ali sledenja (Brada, 1995). Na hitrih kontrolnih kliničnih pregledih, ki potekajo kot tekoči trak, se je težko posvetiti psihološkimi, podpornimi ali eksistencialnim problemom bolnikov. Večina je mnenja, da se jim zdravstveni profesionalci premalo posvečajo, tudi če je z njimi vse v redu (Bakitas et al., 2009; Pattison et al., 2007). Bolniki si tudi v takih primerih želijo podpore in pozornosti, ker je večina že nekaj dni pred bolnišničnim kontrolnim obiskom zaskrbljenih. Raziskovalci so poskušali priti do alternativne metode sledenja, katerega cilj bi bil zagotavljanje tolažbe, z nadzorom, ki bi nudil bolniku več podpore in fleksibilnosti (Moore et al., 2002). V Angliji so poskusno spremljali bolnike z rakom pljuč. OMS so jih spremljale tako kot zdravniki specialisti v bolnišničnih ambulantah ter ugotovljale njihovo zdravstveno stanje v obdobju preživetja in lajšale simptome na bolniku prilagojen način. Bolniki so bili s tako obravnavo zelo zadovoljni. Pokazalo se je, da so OMS bolj dovzetne za bolnikove potrebe in po mnenju raziskovalcev to lahko izboljša komunikacijo ter koordinacijo na vseh ravneh onkološke zdravstvene oskrbe. Posledica tega pa je tudi zmanjšano število ponovnih hospitalizacij in morda tudi umiranja v bolnišnici (Moore et al. 2002).

Zaključek

Vključevanje rehabilitacije v vsakdanjo prakso je bistveno za doseganje kakovosti življenja bolnikov z rakom. Rak spreminja življenje bolnikov, OMS pa so v posebnem položaju, da jih lahko ocenjujejo, jim nudijo podporo in s tem prispevajo k

izboljšanju kakovosti življenja, kot si ga določijo sami. Ponovno pridobivanje neke vrste normalnosti med zdravljenjem raka in po njem je izjemna priložnost. OMS že v okviru celostne zdravstvene nege za bolnike skrbijo na fizičnem, psihološkem, socialnem in duhovnem področju, tako da se njihove potrebe učinkovito rešujejo tudi v okviru rehabilitacije. S tem zagotavljamo kakovost in kvantiteta preživetja na način, kot si ga želijo bolniki.

Medtem ko narašča incidenca bolnikov z rakom, se izboljšuje zdravljenje in nadaljuje razvoj lajšanja toksičnosti, je onkološka zdravstvena nega usmerjena na potrebe bolnikov, ki živijo z rakom. OMS morajo začeti vključevati cilje rehabilitacije in preživetja bolj učinkovito v svoje delo in popolnoma priznavati izkušnje bolnikov z rakom znotraj konteksta preživetja v preostanku njihovega življenja. Odgovornost OMS je skrb za trenutne potrebe bolnika in hkrati tudi preprečevanje težav zaradi raka in zdravljenja, do katerih lahko pride v prihodnosti in vplivajo na kakovost življenja. Z večjim spodbujanjem vpeljevanja rehabilitacije v prakso, izobraževanjem in raziskavami so zagotovljene osnove, da se bo to zgodilo.

Literatura

1. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, Hull JG Li Z, Tosteson TD, Byock IR, Ahles TA. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA*. 2009; 302: 741–9.
2. Bobnar A. Nasproti smrti z neozdravljivo boleznijo – življenje v času umiranja [magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2006.
3. Brada M. Is there a need to follow-up cancer patients? *Eur J Cancer Care*. 1995; 31A: 655–7.
4. Calman KC. Quality of life in cancer patients – an hypothesis. *J Med Ethics*. 1984; 10(3): 124–7.
5. Cohen S, Mount B, Thomas J, Mount L. Existential wellbeing is an important determinant of quality of life. *Cancer*. 1996; 77(3): 576–86.
6. Dudas S, Carlson C. Cancer rehabilitation. *Oncol Nurs Forum*. 1988; 15: 83–8.
7. Frymark SL. Supportive Care: Rehabilitation and Resources. In: Itano JK, Taoka KN, eds. *Core Curriculum for Oncology Nursing*. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005: 127–36.
8. Grahn G. Coping with the cancer experience 1. *Eur J Cancer Care*. 1996; 5: 176–81.
9. Grahn G. Coping with the cancer experience 2. *Eur J Cancer Care*. 1996; 5: 182–7.

10. Incidenca raka v Sloveniji 2005. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Register raka za Slovenijo, 2008.
11. Kiebert GM. Manual for a Standard Training Course for Quality of Life Assessment in Clinical Trials. Brussels: EORTC; 1997.
12. Korstjens I, Mesters I, Gijssen B, Van den Borne B. Cancer patient's view on rehabilitation and quality of life: a programme audit. *Eur J Cancer Care*. 2008; 17: 290–7.
13. Mayer D, O'Connor L. Rehabilitation of persons with cancer: an ONS position statement. *Oncl Nurs Forum*. 1989; 16(3): 433.
14. Moore S, Corner J, Haviland J, et al. Nurse-led follow-up and conventional medical follow-up in management of patients with lung cancer: randomised trial. *BMJ*. 2002; 325:1145–7.
15. Pattison NA, Dolan S, Townsend P, Townsend R. After critical care; a study to explore patients' experiences of a follow-up service. *JCN*. 2007; 16: 2122–31.
16. Radonjič Miholič V. Življenje ob in po zdravljenju raka – pomen in možnosti psihosocialne rehabilitacije. In: Marinček Č, Burger H, eds. *Rehabilitacija bolnikov z rakom. Zbornik predavanj 19. dnevi rehabilitacijske medicine*, Ljubljana, 28.–29. marec 2008. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo; 2008; 7 Suppl 2: 87–92.
17. Ruta D, Garrat A, Leng M, Russell I, MacDonald L. A new approach to the measurement of quality of life. The Patient-Generated Index. *Med Care*. 1994; 32(11): 1109–26.
18. Seibaek L, Petersen LK. Nurse-led rehabilitation after gynaecological cancer surgery. Preliminary results from a clinically controlled, prospective questionnaire study. *Support Care Cancer*. 2009; 17: 601–5.
19. Škufca Smrdel AC. Celostna rehabilitacija v času zdravljenja rakave bolezni. In: Marinček Č, Burger H, eds. *Rehabilitacija bolnikov z rakom. Zbornik predavanj 19. dnevi rehabilitacijske medicine*, Ljubljana, 28.–29. marec 2008. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo; 2008; 7 Suppl 2: 83–6.
20. Tušek Bunc K, Kersnik J. Vloga zdravnika družinske medicine pri zdravljenju in rehabilitaciji bolnika z rakom. In: Marinček Č, Burger H, eds. *Rehabilitacija bolnikov z rakom. Zbornik predavanj 19. dnevi rehabilitacijske medicine*, Ljubljana, 28.–29. marec 2008. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo; 2008; 7 Suppl 2: 109–13.
21. Veach T, Nicholas D, Barton M. *Cancer and the family life cycle: a practitioner's guide*. New York: Brunner-Routledge; 2002.
22. Wells M, MacBride S. Rehabilitation and Survivorship. In: Kearney N, Richardson A, eds. *Nursing Patients With Cancer. Principles and Practice*. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone; 2006: 799–819.

REHABILITACIJA BOLNIKOV Z IZLOČALNO, HRANILNO IN DIHALNO STOMO TER TEŽAVE, S KATERIMI SE SOOČAJO PO ODPUSTU IZ BOLNIŠNICE

Helena Uršič, viš. med. ses., enterostomalni terapevt

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

V tem prispevku želimo predstaviti rehabilitacijo bolnikov s stomami in tudi težave, s katerimi se soočajo po odpustu v domače okolje. Glede na to, da so specifične negovalne diagnoze pri vseh vrstah stom enake, so tudi aktivnosti zdravstvene nege za reševanje problemov enake in usmerjene v isto smer. Čas, priporočila in raziskave v medicini in zdravstveni negi so usmerjene h krajšanju bivanja v bolnišnici in hitrejšemu odpuščanju v domače okolje. Današnje družine nimajo časa in možnosti skrbeti za svojega bolnega člana, saj so družine majhne, člani družine so v službah ali šolah in tako je velika teža oskrbe na osnovnem zdravstvu, predvsem na patronažnih medicinskih sestrah. Zaradi daljšanja življenjske dobe, napredka medicine in tehnike prihajajo domov bolniki z vedno večjimi potrebami, tako po osnovni kot tudi po specialni zdravstveni negi.

Ključne besede: prostovoljci, društvo, svojci

Uvod

Vzroki za operativne posege, pri katerih je narejena stoma, so različni, največkrat pa je to maligno obolenje. Bolniku operacijo predlaga kirurg, izvede pa jo lahko le z bolnikovim soglasjem. Poleg pregleda pri kirurgu je bolnik pred operacijo obravnavan tudi pri drugih strokovnjakih v medicinskem timu.

K dobri pripravi bolnika na operativni poseg vsekakor sodi dobra informiranost in ozaveščenost bolnika, pri kateri je bistvena ustrezna komunikacija med zdravnikom, medicinsko sestro in bolnikom (Uršič, Ostrožnik, 2006). Pomembno vlogo pri rehabilitaciji bolnikov s stomo imajo dobro rehabilitirani (nekdanji bolniki) prostovoljci, ki so opravili predpisano izobraževanje in lahko z njegovim dovoljenjem obiščejo bolnika že pred operacijo. Tak način obravnave pred operacijo je nujen pri bolnikih, kjer bo po operaciji spremenjena telesna podoba. Ugotavljamo, da sta okrevanje in rehabilitacija hitrejša in uspešnejša pri bolnikih, ki so sprejeli bolezen in posledično tudi stomo.

Zdravstvena nega in rehabilitacija bolnikov z črevesno izločalno stomo

Onkološki inštitut je terciarna ustanova, kjer se bolniki z rakom zdravijo z vsemi načini zdravljenja. Bolnike s stomami srečamo pred operacijo in po njej, med obsevanjem, med sistemsko terapijo, na prehranskem ali paliativnem zdravljenju. Letno je operiranih okoli 120 bolnikov, ki imajo pri operaciji narejeno kolostomo ali ileostomo. Ti bolniki potrebujejo veliko podporo zdravstvene nege – pred operacijo zdravstvenovzgojno delo in določanje mesta stome, po operaciji tudi zdravstvena vzgoja in aktivnosti zdravstvene nege oskrbe stome. Bolniki, ki so sprejeli bolezen in stomo, se hitreje naučijo nege stome, doba rehabilitacije je krajša. Z bolnikovim privoljenjem povabimo in naučimo nege stome tudi sorodnika.

Kadar je operacija kurativna in so bolniki v dobrem telesnem in duhovnem stanju, se hitro naučijo samooskrbe. Več negovalnih problemov imajo bolniki, pri katerih je operacija posledica ponovitve bolezni, imajo visok stadij bolezni in je operacija paliativna oziroma je operacija potrebna zaradi poznih stranskih učinkov specifičnega onkološkega zdravljenja.

Aktivnosti zdravstvene nege so usmerjene k oskrbi stome, nato k aktivnostim v zvezi s prehrano in pitjem, higieno telesa in stanjem kože. Socialna delavka izda naročilnice za obvezilni material, podloge, vrečke in drug potreben material za oskrbo stome. Ob odpustu obvestimo o bolnikovem prihodu patronažno medicinsko sestro ustno, pisno pa v odpustnem dokumentu zdravstvene nege. Napišemo vrsto stome, velikost podloge, vrečke, stanje kože ob stomi, datum zadnje menjave podloge in vrečke in datum zadnjega odvajanja. Zabeležimo tudi stopnjo bolnikove samostojnosti ali samooskrbe. Bolnike seznanimo tudi z društvi, ki jim prav tako pomagajo pri rehabilitaciji, in s stomaterapevtkami, ki so zaposlene pri podjetjih proizvajalcev pripomočkov.

Zdravstvena nega in rehabilitacija bolnikov s hranilnimi stomami

Hranilne stome so potrebne pri bolnikih, ki imajo moteno prehranjevanje po naravni poti. Najpogostejši hranilni stomi sta gastrostoma in jejunostoma. Na Onkološkem inštitutu so vsi bolniki, ki se hranijo po hranilnih stomah, obravnavani in vodeni v Prehranski ambulanti. Pri vsakem bolniku naredimo prehransko oceno (screening). Glede na ugotovljeno stanje vsakemu bolnik individualno predpišemo prehrano in po potrebi tudi prehranske dodatke.

V bolnišnici hranimo bolnike s pomočjo enteralne črpalke in s prehranskimi formulami. Za domače okolje bolnike in svojce naučimo hranjenja s pomočjo brizgalke ali po hranilni vrečki s pomočjo težnosti. Bolnika je treba poučiti o količini obroka, količini dnevno zaužite hrane in tekočine, konsistenci zaužite hrane in prehranskih

dodatkih. V prehranski ambulanti bolnike naučijo voditi prehranski dnevnik, ki ga prinesejo s seboj, ko prihajajo na naročene kontrole po odpustu.

Pri bolnikih, ki se hranijo samo z enteralno prehrano, je treba podati tudi predlog za zavarovalnico za nadomestilo stroškov.

Aktivnosti zdravstvene nege pri bolnikih s hranilnimi stomami so usmerjene v zdravstvenovzgojno delo, oskrbo stome in kože okoli stome.

Ob odpustu obvestimo o bolnikovem prihodu patronažno medicinsko sestro ustno in pisno. V odpustnem dokumentu zdravstvene nege zabeležimo vrsto hranilne stome, vrsto predpisane hrane, število obrokov, način hranjenja, stanje kože okoli stome in oskrbe. Patronažno medicinsko sestro seznanimo tudi s stopnjo bolnikove samooskrbe.

Zdravstvena nega in rehabilitacija bolnikov s traheostomo

Traheostoma je dihalna stoma. Lahko je narejena z laringotomijo ali laringektomijo. Večinoma so ti bolniki operirani na Otorinolaringološki kliniki, na Onkološki inštitut pa pridejo za nadaljevanje zdravljenja.

Ti bolniki potrebujejo veliko aktivnosti zdravstvene nege, posebno v zgodnjem pooperativnem obdobju. Bolnika, ki ima odstranjeno grlo, je treba naučiti čiščenja vložka kanile in menjave kanile.

Po odstranitvi grla ima bolnik moteno aktivnost komunikacije. Bolnike po laringektomiji naučijo drugih vrst govora (ezofagealni) ali uporabe pripomočkov za govorjenje.

Ob odpustu obvestimo o bolnikovem prihodu patronažno medicinsko sestro ustno in pisno v odpustnem dokumentu zdravstvene nege. Zabeležiti moramo vrsto dihalne stome, vrsto in številko kanile, pogostost menjave kanile, opis posebnosti v zvezi vstavitvijo kanile, samostojnost pri menjavi kanile, čiščenje vložka kanile, nego kože in posebnosti v okolici stome, vlaženje stome, inhalacije.

Socialna delavka izda naročilnico za obvezilni material in kanilo, naročilnico za inhalator.

Pomembno je, da bolnike seznanimo z možnostjo vključitve v društvo laringektomiranih, kjer se bolniki in njihovi svojci družijo, udeležujejo izobraževanj ali tudi organizirajo letovanja.

Zaključek

Rehabilitacija bolnikov s stomami je zelo pomemben del celostne obravnave bolnika. Že v uvodu smo poudarili, da je vzrok za operacijo stome večinoma maligna bolezen. Rak je bolezen, ki zelo pogosto vpliva na funkcijo zajetega organa, v razširjeni obliki pa močno poslabša bolnikovo zmogljivost celo pri opravljanju najosnovnejših opravil. Stres, ki ga za bolnike predstavlja že diagnoza sama, se ob napredovanju bolezni širi na vso družino in bližnjo okolico bolnika. Kakovosti bolnikovega preživetja zato ne smemo razumeti le kot terapevtsko uspešnost pri odstranjevanju raka v biološkem pomenu, temveč vse bolj tudi v smislu popolne medicinske, psihosocialne in poklicne rehabilitacije (Lešničar, 2009).

Od rehabilitacije je odvisna kakovost bolnikovega življenja po zaključenem zdravljenju. Za uspešno rehabilitacijo smo pomembni vsi, ki smo vključeni v njegovo zdravljenje. Nujna so druženja v društvih in združenjih bolnikov, kjer si izmenjujejo izkušnje, organizirajo izobraževanja, praznovanja, izlete in se veselijo napredka in uspeha vsakega člana.

Literatura

1. Batas R. Dobra priprava na operacijo - manj zapletov po njej: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Zdravilišče Radenci, 9. in 10. marec 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, 2006.
2. Lešničar H, Čufer T, Serša G. Splošna načela klinične onkologije. V: Novaković S., Hočevar M. Jezeršek Novaković B, Strojjan P, Žgajnar J. Onkologija: raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2009: 70.
3. Salter M. Spremenjena telesna podoba. London: John Wiley & Sons Ltd; 1988.
4. Uršič H, Ostrožnik V. Zdravstvena nega bolnika na onkološkem kirurškem zdravljenju ob odpustu iz bolnišnice in pri ambulantni obravnavi. In: Logončič M, Lokar K, Skela Bavič B. Zbornik predavanj 33. strokovnega seminarja sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, Rogla, 28. in 29. 9. 2006. Ljubljana. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v onkologiji, 2006.
5. Odpustni dokument zdravstvene nege - navodila. Interno gradivo - dokumentacija zdravstvene nege. Onkološki inštitut Ljubljana, Služba za zdravstveno nego in oskrbo 2006.

VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI LARINGEKTOMIRANEM BOLNIKU OB ODPUSTU IZ BOLNIŠNICE IN VKLJUČEVANJE V DOMAČE OKOLJE

Nada Urek Krajnc, zt

Univerzitetni klinični center Maribor,
Oddelek za otorinolaringologijo in maksilofacialno kirurgijo

Jožica Vrečko, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Maribor,
Oddelek za otorinolaringologijo in maksilofacialno kirurgijo

Povzetek

Namen članka je prikazati zdravstveno nego laringektomiranega bolnika predvsem pred odpustom iz bolnišnice in njegovo vključevanje v domače okolje. V članku je predstavljeno sodelovanje in timsko delo medicinske sestre pri zdravljenju in rehabilitaciji onkološkega bolnika s trajno traheostomo.

V prvem delu je kratek opis anatomije in fiziologije grla, ki se nadaljuje s postopki prepoznave bolezenskih sprememb na grlu, načini zdravljenja in opisom operativnega zdravljenja raka na grlu. Temu sledi predoperativna in pooperativna zdravstvena nega laringektomiranega bolnika. Članek se nadaljuje s pripravo bolnika s trajno traheostomo na odpust v domače okolje in nadaljnjo rehabilitacijo.

Ključne besede: laringektomirani bolnik, medicinska sestra, odpust bolnika, zdravstvena nega, rehabilitacija bolnika, društva laringektomiranih bolnikov

Uvod

S hitrim razvojem medicine in tehnike je pridobivanje novih znanj in izkušenj na področju zdravstvene nege vedno bolj pomembno. Za izvajanje zdravstvene nege in kasneje tudi rehabilitacije bolnikov po operaciji na grlu je poleg teoretičnega znanja potrebno še veliko praktičnega. Velikokrat se pokaže, da imajo medicinske sestre obojega veliko, vendar se morajo kontinuirano izobraževati in usposabljeni za zahtevno delo s traheotomiranimi bolniki.

V prvem delu članka je predstavljen medicinski del s teoretičnim opisom anatomije in delovanja grla ter razlago pojmov, ki pripomorejo k nastanku raka na grlu. Pred-

stavljani so operativni načini zdravljenja, ki so na voljo bolnikom, ki se za to vrsto zdravljenja odločijo.

Članek se nadaljuje z opisom predoperativne priprave bolnika in zdravstveno nego po opravljenem operativnem posegu. Tovrstna zdravstvena nega zahteva izkušeno medicinsko sestro, ki zna kakovostno obravnavati in sprejemati laringektomiranega bolnika kljub njegovi spremenjeni zunanji podobi in spremenjenemu načinu komuniciranja. Pomembno poglavje odpusta bolnika iz bolnišnice v domače okolje zajema celostno obravnavo laringektomiranega bolnika in njegovih bližnjih, ki se čim bolj vključijo v proces rehabilitacije bolnikov v domačem okolju.

Medicinski del

Anatomija in fiziologija grla

Grlo leži v sprednjem delu vratu in povezuje žrelo s sapnikom. Ogrodje grla oblikuje ščitasti hrustanec, prstanasti, dva piramidasta in poklopčev hrustanec, ki so z vezmi, opnami in mišicami povezani med seboj in okolico.

Mišice grla delimo na zunanje in notranje. Zunanje povezujejo grlo s podjezično koščjo, žrelom in prsnim košem; držijo ga v določenem položaju in premikajo navzgor in navzdol. Notranje mišice, ki so glavna sestavina glasilk, delimo na dihalne in glasotvorne, glede na delo, ki ga opravljajo. Omeniti je treba še lažni glasilki, to je ventrikularni gubi, ki sta položeni nad glasilkama in imata pomembno vlogo pri zaščitnem delovanju grla.

Notranjo površino stene grla pokriva sluznica z dihalnim in večskladnim ploščatočeličnim epitelijem, ki je še posebej pomemben za razvoj raka. Notranjost samega grla delimo na predel pod glasilkama in nad njima ter na področje, kjer sta sami glasilki. Poleg mišic, hrustancev in vezi omogočajo grlu opravljanje njegove naloge tudi gibalni in čutilni živci (Kambič, 1984).

Grlo opravlja tri naloge, in sicer dihalno, govorno in zaščitno. Pri vdihu se glasilki močno razmakneta in med njima nastane širok prostor, skozi katerega lahko zrak nemoteno prehaja po sapniku v pljuča.

Glas se tvori v grlu, ko izdihani zrak pri prehodu skozi režo, nastalo med nihajočima glasilkama, zaniha. Glasilki zanihata zaradi povečanja pritiska izdihanega zraka. Tako se nastali glas, ki je temeljni pogoj za govor, pod vplivom drugih organov (pljuča, prsni koš, žrelna, ustna, nosni in obnosne votline), ki sodelujejo pri njegovem tvorjenju, oplemeniti. Glas, katerega značilnosti so višina, glasnost in melodika, artikulacijski organi (žrelo, jezik, nebo in ustnice) preoblikujejo v govor.

Grlo sodeluje tudi pri hranjenju, saj preprečuje, da bi zalogaj hrane zašel v dihala in posledično povzročil zadušitev. Pri požiranju se glasilki primakneta, približata se tudi

lažni glasilki, grlo se dvigne pod koren jezika in poklopec pokrije vhod v dihalno pot, kar je zaščitno delovanje grla (Kambič, 2002).

Rak je prav gotovo ena najhujših bolezní, ki lahko prizadene človeka, vendar ga danes s sodobnimi oblikami zdravljenja velikokrat premagamo. Izjemen napredek molekularne patologije pa je novo upanje, da bomo tudi to bolezen natančneje spoznali in še uspešneje zdravili.

Rak je splošno ime za raznovrstne maligne novotvorbe, ki zaradi svoje nebrzdane rasti uničujejo organizem (Kambič, 2002). Po vrsti tkiva, iz katerega nastajajo maligne tvorbe, jih delimo v dve skupini, in sicer karcinome in sarkome. Po kraju nastanka, na katerega so vezana bolezenska znamenja, zdravljenje in tudi prognoza, delimo karcinome grla v tri skupine:

- supraglotisni (nad glasilkami),
- glotisni (glasilke),
- subglotisni (pod glasilkami).

Snovi, ki povzročajo raka, imenujemo karcinogene ali rakotvorne. Kronično draženje sluznice ali kože lahko po daljšem času sproži začetek raka. Zanesljivo so povzročitelji ali sprožitelji raka na grlu snovi v cigaretnem dimu in žganih alkoholnih pijačah. Med bolniki z rakom na grlu so tudi nekadilci in abstinenti (Kambič, 2002).

Preprečevanje in zgodnje odkrivanje raka na grlu

Za preprečevanje razvoja raka na grlu lahko izhajamo iz znanstveno-raziskovalnega in kliničnega dela. Pri slednjem naj bi sodelovali vsi ljudje, še zlasti zdravstveni delavci, z nalogo razvijati ukrepe za preprečevanje kajenja, prekomernega uživanja alkohola in za izboljšanje ekoloških pogojev ter dvigovanju zdravstvene prosvetljenosti ljudi.

Zgodnje odkrivanje raka na grlu je povezano z bolezenskimi znamenji, kot so: dolgotrajna hripavost, težje dihanje, bolečine pri požiranju, občutek suhega grla ali tujka, zadah iz ust, izguba teže, krvav izpljunek ali področni zasevki na bezgavkah. Začetnemu raku na grlu so po videzu in bolezenskih znamenjih zelo podobna tudi vnetja in benigne tvorbe, zato bo dokončen odgovor o naravi bolezni dal le mikroskopski pregled tkiva, odvzetega iz bolnega predela (Kambič, 2002).

Postopki za prepoznavo bolezenskih sprememb na grlu

Grlo se lahko pregleda v ambulanti posredno s pomočjo laringealnega zrcalca ali neposredno s pomočjo posebej prirejenega instrumenta – direktoskopa, kar poteka v lokalni anesteziji z odvzemom koščka bolnega tkiva za histološko preiskavo. Obe preiskavi se velikokrat dopolnita z panendoskopijo, to je pregledom grla v splošni anesteziji, kjer podrobno pregledajo celotno področje ust, žrela in grla. S to preiskavo dobi kirurg natančnejšo oceno o obsegu tumorja.

Operativno zdravljenje raka na grlu in posledice operacije

Za zdravljenje raka na grlu pride v poštev kirurško zdravljenje, obsevanje in kemoterapija. Vse te oblike lahko uporabljamo posamezno, povezano ali zapovrstno (Kambič, 2002). V začetni obliki raka na grlu se z operacijo odstrani le ena glasilka ali pa en del grla — parcialna laringektomija — in delovanje grla ostane zadovoljivo.

Pri raku, ki je tako razširjen, da je ohranitveni postopek nemogoč, je potrebna odstranitev celotnega organa — laringektomija (Kambič, 2002). Posledice operativne odstranitve grla — totalne laringektomije — se kažejo na govoru, ker ta ni več normalen. Prav tako se spremeni pot zraka skozi dihalno cev, saj laringektomirani bolnik diha skozi odprtino na vratu – traheostomo. Bolnik se mora zaradi novih anatomskih razmer naučiti novega izkašljevanja. Zaradi traheostome pri dihanju vonjave ne dosežejo vohalnih celic v nosni sluznici, zato je zmožnost voaha zelo zmanjšana.

Zdravstvena nega bolnika s trajno traheostomo

Predoperativna zdravstvena nega bolnika z rakom na grlu

Psihična priprava v procesu zdravljenja maligne bolezni ni nič manj pomembna od fizične. Ob dobri psihični pripravi bolnika z njemu razumljivo razlago o poteku zdravljenja in namenu preiskav se lahko izognemo morebitnim zapletom med zdravljenjem.

Medicinska sestra ugotavlja stopnjo bojazni bolnika pred posegom. Pri mnogih bolnikih se zaradi strahu pred operacijo pojavlja pogostejše uriniranje in nespečnost, nastopi lahko opaznejši nemir, ki ga poskušajo nekateri prikriti s pretiranim govorjenjem, bolnik dobi mokre dlani in začne hitreje dihati, pospeši se mu tudi srčni utrip (Ivanuša, Železnik, 2000). Sproščen neobvezujoč pogovor bolnika z zdravstvenim in negovalnim timom ter logopedom prinese bolniku novih moči in pomaga graditi njegovo zaupanje v izid zdravljenja.

Fizična priprava na operativni poseg obsega kondicijsko pripravo bolnika, predoperativne laboratorijske preiskave, pripravo prebavnega trakta ter higiensko pripravo bolnikove kože in britje operativnega polja.

Zdravstvena nega po odstranitvi grla

Prve dni po operaciji bolnik prebije v sobi za intenzivno pooperativno nego, saj ga tam lahko najboljše opazujemo in ob morebitnih zapletih takoj ukrepamo. Bolnik ima prve dni po operaciji drenažne cevke v operativni rani, ki odvajajo sekrecijo iz operativnega področja, diha skozi traheostomo s pomočjo vstavljene trahealne kanile, skozi nos pa ima vstavljeno nazogastrično sondo. Še nekaj dni po operaciji ima vstavljen trajni urinjski kateter. Prve dni po operaciji se nabira v sapniku in sapnicah veliko izločka, ki ga je treba redno aspirirati s pomočjo aspiratorja; prav tako tudi slino iz ust zaradi težkega

požiranja. Redno opazujemo bolnikove vitalne funkcije, njegov videz in operirano področje, da pravočasno opazimo morebitne zaplete (dušenje, krvavitev) in bolečino.

Prve dni po operaciji bolnika prevezuje in menjava kanilo zdravnik. Medicinska sestra skrbi za prehodnost notranjega dela kanile, skrbi za ustno nego, aspiracije izločkov, redne dihalne vaje in neprestano spodbuja bolnika pri premagovanju težav in prilagajanju na nove razmere.

Sporazumevanje z bolnikom je v prvih dneh po operaciji težavno in lahko vodi do nesporazumov. Zato je treba bolnika takoj, ko je za to sposoben, spodbuditi, da nam svoje želje in potrebe napiše v kratkih stavkih.

Že zelo zgodaj bolnika navajamo k samostojnosti pri negi okolice traheostome in čiščenju ter menjavi kanile. Čim prej vključimo bolnikove svojce, da se naučijo uporabljati kanilo in ukrepov, če se bolnik znajde v dihalni stiski.

Priprava laringektomiranega bolnika na odpust iz bolnišnice

Fizična priprava in psihična podpora bolniku pred odhodom

Bolnika med zdravljenjem postopoma pripravljamo na dan, ko bo zapustil bolnišnico. Naučimo ga, da se mora po operaciji znati opazovati tudi sam, da bo pravočasno odreagirala na spremljajočo težavo, naj bo to bolečina, oteklina ali oteženo dihanje. Laringektomiranega bolnika navajamo na nov način izkašljevanja, ga opozarjamo, da si pri kašljanju pokrije traheostomo, ne usta, in ga naučimo uporabljati kanilo. Bivalni prostor redno vlažimo, da se bolnik lažje izkašljuje.

Po odstranitvi nasogastrične sonde bolnik počasi preide na mehkejšo hrano, seveda po naročilu zdravnika. Če bolnik sluzi in izločkov ne more zadostno izkašljati, ga redno aspiriramo in ga učimo samostojnosti. V to vključimo svojce, ki mu bodo doma prvi priskočili na pomoč, tako da jih naučimo uporabljati aspirator.

Priprava dokumentacije ob odpustu v domače okolje ali v drugo ustanovo

Sobni zdravnik mora ob odpustu laringektomiranega bolnika temeljito pripraviti; dati mu mora ustrezna ustna navodila, pregledati mora stanje traheostome ter pripraviti naročilnico za material, ki bolniku pripada v okviru zdravstvenega zavarovanja.

Poleg odpustnega pisma bolniku pripravimo še: naročilnico za aspirator (ki dobi na izposajo v območni enoti ZZZS, za določeno dobo in ga je treba vnaprej rezervirati), naročilnico za obvezilni material (set za čiščenje kanile - srednji in lepilni trakovi), naročilnico za aspiracijske katetre (količina se predpiše glede na pogostost aspiracije), naročilnico za dve kanili (glede ustrezne velikosti in vrste kanile se odloči zdravnik), po presoji zdravnika tudi naročilnico za inhalator, ki ga predpiše pulmolog, ter obvestilo patronažni službi.

Bolniku razložimo, da so ostali pripomočki za nego in prekrivanje traheostome na voljo v prosti prodaji v specializiranih prodajalnah s tovrstnimi pripomočki, vendar se mora sam pozanimati, katere prodajalne so to, saj imenska promocija zakonsko ni dovoljena. Ko bolnik zapusti bolnišnico, mu naročilnice za potreben material izda osebni zdravnik. Bolnika že pred samim posegom predstavimo logopedu, ki ga spremlja tudi po operaciji. Smiselno in zelo zaželeno bi bilo v okvir zdravljenja laringektomiranega bolnika vključiti še psihologa.

Menjava dihalne cevke

Dihalna cevka (kanila)

V uporabi so kanile iz umetnih snovi, plastike in silikona. Poznamo kanile brez tesnilke in z njo (cuuf). Bolnik ima doma standardno plastično kanilo (kadar je grlo v celoti odstranjeno) ali govorno (kadar je grlo delno odstranjeno). Plastična kanila je sestavljena iz dveh delov: zunanja kanila in notranja (vloček), ki jo bolnik lahko po potrebi večkrat dnevno izvleče in očisti. Celo kanilo pa izvleče vsaj enkrat dnevno in jo zamenja s čisto. Pred čiščenjem bolnik kanilo razstavi, jo z milnico pod tekočo vodo z mehko krtačko ali vatirano palčko očisti ter kanilo položi v zato pripravljeno razkužilo, ki ga dobi v specializiranih prodajalnah. Kanile ne sme čistiti z vročo vodo, saj lahko spremeni obliko.

Menjava kanile

Bolnik si umije roke. Na čisti podlagi si pripravi: čisto kanilo, trakce za pričvrstitev kanile, prerezano gazico, gobice za čiščenje, razkužilo za kožo (nesladkan kamilični čaj), mazilo za okolico traheostome (po naročilu zdravnika).

Laringektomiran bolnik pri menjavi kanile stoji pred ogledalom. Najprej si odstrani umazano gazo med kanilo in traheostomo. Očisti okolico traheostome, po potrebi še z aspiratorjem odstrani sekret iz traheje. Nato počasi izvleče kanilo (dihalno cevko). Očisti zasušeni sekret, razkuži, osuši ter okolico traheostome namasti z mazilom. Kanilo rahlo namasti z mazilom, počasi vdahne, vstavi že naprej pripravljeno čisto kanilo ter jo zaveže na strani (če se kanila zamaši, jo lažje odveže). Stomo po želji prikrije z rutico ali gazico, ki so mu na voljo v specializiranih trgovinah.

Pomoč pri težkem dihanju

Osnovno in prvo pravilo je ukrepati takoj (že pri neobičajnih težavah s težkim, piskajočim ali sopihajočim dihanjem). Če je bolnik brez dihalne cevke in se je dihalna

odprtina nevarno zožila, je treba potisniti v odprtino manjšo kratko cevko. Sicer pa takoj odstranimo kanilo. Pomembno je, da istočasno odstranimo tudi morebitne kraste in zasušen sekret, saj je mnogokrat prav to vzrok za oteženo dihanje. Bolnik naj počasi vdihne in nato hitro izdihne (zakašlja), saj tako lahko z izdihom izloči suh izloček. To naj večkrat ponovi. Če vse to ne pomaga, je potrebna aspiracija skozi traheostomo. Kadar tudi z aspiracijo ne olajšamo bolniku dihanja, je treba izvesti Heimlichov prijem. Laringektomiran bolnik mora doma skrbeti, da je njegov bivalni prostor prezračen, topel ter dovolj vlažen.

Rehabilitacija bolnikov

Rehabilitacija laringektomiranih bolnikov je zelo pomembna, saj se jim je po operaciji spremenilo celotno življenje. Spremenjena je njihova zunanja podoba, način sporazumevanja. Okolica jih sprejema z začudenjem ali jih celo odklanja, deležni so spremenjenega odnosa svojcev in ne nazadnje, spremeniti morajo tudi svoj način življenja. Razumeti morajo, da je njihova kvaliteta življenja po operaciji odvisna od njihovega novega načina življenja. Ko omenimo besedo rehabilitacija, pomislimo na govorno rehabilitacijo, vendar sem prištevamo tudi socialno rehabilitacijo. Po končanem zdravljenju bolnika redno doživljenjsko spremljamo v onkološki ambulanti.

Govorna rehabilitacija

Za laringektomorane bolnika in njegovo družino je najpomembnejša čim hitrejša pridobitev ene od nadomestnih metod sporazumevanja.

Možne so kirurške in nekirurške metode govorne rehabilitacije:

- govor s pomočjo govorne traheozofagalne proteze,
- ezofagialni govor,
- govor s pomočjo elektronskega pomagala – elektrolarinksa,
- govor s pomočjo neoglotisa (Čuček, 1999).

Ezofagialni govor

Pridobivanje ezofagialnega govora je najstarejša metoda govorne rehabilitacije laringektomiranih bolnikov. Bolnika lahko začnemo učiti ezofagialnega govora takoj po odstranitvi nazogastrične sonde. Bolnik po odstranitvi grla nima več glasilk, zato za nastanek glasu ne more uporabljati zraka iz pljuč. Naučiti ga moramo zajemati zrak v požiralnik, zrak zadržati in iztisniti zrak iz požiralnika, tako da nastane ezofagialni glas.

Učenje tekočega in razumljivega ezofagialnega govora zahteva dolgotrajno govorno rehabilitacijo od dveh do šestih mesecev, včasih tudi dlje. Tako pridobljen govor je bolj hrapav, nižji, nekoliko tišji in slabše razumljiv kot normalen glas. Dobro osvojen ezofagialni govor omogoča uspešno komunikacijo v večini življenjskih situacij. Pri naših bolnikih uporabljamo to metodo govora.

Govor s pomočjo elektronskega pomagala (elektrolarinksa)

Pri nas je najbolj razširjen zunanji vratni aparat. Bolniki ga imenujejo tudi elektrolarinks. Elektronski govorni aparat ima lasten vir energije iz baterije ali akumulatorja. Govorni aparat prenaša vibracije preko opne na kožo in mišice na vratu oziroma na žrelo in ustno votlino. Kljub gumbu za uravnavanje glasnosti in višine tona je kvaliteta govora slabša kot pri ezofagialnem govoru.

Govorni aparat je lahko trajna ali začasna rešitev nadomestnega govora. Včasih zaradi zatrdlin in oteklina na vratu in glavi ni mogoče najti primerne mesta za namestitev aparata.

Govor s pomočjo neoglotisa

Je eden izmed operativnih načinov govorne rehabilitacije. Že med samo operacijo se naredi povezava med požiralnikom in žrelom ter se s tem oblikujeta nekakšni novi glasilki, ki potem pod vplivom zraka iz pljuč zanihata (Jeličić et al., 1999).

Socialni programi v rehabilitaciji laringektomiranih oseb v Sloveniji

V Sloveniji nimamo ustanove, ki bi se celostno ukvarjala z rehabilitacijo laringektomiranih bolnikov. Zato so toliko bolj pomembni socialni programi Društva laringektomiranih Slovenije. Programi so usmerjeni k celoviti rehabilitaciji, vzpodbujanju druženja in s tem k izboljšanju kakovosti življenja bolnikov in njihovih svojcev. V društvu so zbrani strokovnjaki različnih področij medicine: defektologije, logopedije, psihologije in sociologije.

Socialni program: naučimo se govoriti

Po odpustu iz bolnišnice laringektomirani bolniki pogosto zaradi različnih vzrokov (velika oddaljenost od bolnišnice, nimajo prevoza ali spremstva) ne nadaljujejo govorne rehabilitacije v logopedski ambulanti.

V šestdnevni program so vključeni predvsem tisti bolniki, ki se še niso naučili nobene metode nadomestne komunikacije ali jo slabo obvladajo. V ta program so vključeni tudi zakonci ali svojci. Namen programa je: osvajanje ali izboljšanje ene od govornih metod nadomestne komunikacije, spodbujanje k aktivnemu sodelovanju v skupini in

družabnih prireditvah, aktivno izkoriščanje prostega časa in razvijanje zdravega načina življenja. Dejavnosti v programu: delo v skupini, delo s posamezniki, razvijanje samo-iniciativnosti udeležencev, zakonsko svetovanje, predavanja, delavnice, družabne prireditve. Strokovni del predavanja izvajata dva logopeda (ter dva pomočnika logopedov, ki sta dobro rehabilitirani laringektomirani osebi).

Socialni program: psihosocialna rehabilitacija

Večina laringektomiranih oseb je izpostavljena močnim stresom, saj so obremenjeni s spoznanjem, da so oboleli z rakom na grlu. Prav tako mora preteči določeno časovno obdobje za zanesljivo ugotovitev, ali so ozdraveli. Te stresne situacije pogosto vodijo v depresijo, apatičnost in beg v izolacijo. Nekateri bolniki imajo zaradi drugačnega govora, spremenjenega videza in pogostega izkašljevanja bistveno spremenjeno samopodobo. Cilj tega programa je spodbuditi laringektomiranega člana in svojca k samoaktivnosti pri rehabilitaciji, izboljšati samopodobo, naučiti ga, kako premagati negativna čustva in razvijati zdrav način življenja. Strokovni vodja programa je specialist klinične psihologije, sodelujejo pa še sociolog, delovni terapevt, rekreacijski terapevt in pomočniki. Program traja sedem dni in se izvaja v primernem športno-rekreacijskem centru.

Socialni program: izboljšanje kvalitete življenja laringektomiranih oseb

Vemo, da je človek bio-psiho-socialno bitje (ima telo, dušo in potrebuje odnos z drugimi). Tako je vsebina tega programa telesna dejavnost, duševna sprostitiv in druženje. Namen programa je tudi aktivno vključevanje v družbo.

Socialni program: informativna dejavnost

Cilji programa so: obveščanje članov o dejavnosti društva, spodbujanje k vključevanju društva, seznanjanje z aktualno zakonodajo, z novostmi na področju zdravstvenih storitev in rehabilitacije, informiranje o delovanju drugih invalidskih organizacij...

Socialni program: delovanje zaupnikov – prostovoljcev in usposabljanje zaupnikov – prostovoljcev

Člani DLS so razpršeni po vsej Sloveniji. Skoraj polovica jih živi na podeželju. Cilj tega programa je pristopiti k čim večjemu številu ljudi, ki bi jim DLS lahko pomagalo s svojimi programi. Zaupniki – prostovoljci (ti so zelo dobro rehabilitirani člani DLS) ta cilj uresničujejo tako, da obiskujejo člane na domu, jim svetujejo v okviru kompetenc in navezujejo stike z bolniki, ki še niso člani DLS.

Socialni program: zagovorništvo in socialna pomoč

Ta program omogoča boljšo informiranost, lažji dostop do različnih storitev, zaščito in uveljavljanje pravic.

Društvo laringektomiranih Slovenije

Društvo je bilo ustanovljeno maja 1982 in je delovalo z zelo skromnimi sredstvi. Od leta 1991 se je društvo kadrovsko okrepilo in poiskalo stabilnejše finančne vire za izvajanje svoje dejavnosti. Kakovost socialnih programov je omogočilo tudi Ministrstvo za zdravje leta 1996, ko je društvu podelilo status društva, ki deluje v javnem interesu.

Zaključek

Na našem oddelku se zavedamo, da dobra priprava bolnika na odpust iz bolnišnice pomembno pripomore k hitrejši samooskrbi traheotomiranega bolnika. Trudimo se, da bolnikom že v bolnišnici pomagamo pri samosprejemanju, da lažje najdejo stik z domačim okoljem, ki naj bi jim nudilo toplino in varnost.

S svojim strokovnim znanjem, nesebičnostjo, empatijo, vztrajnostjo in odpuščanjem dajemo medicinske sestre vzgled tudi svojcem, ki se ob spremenjenem partnerju ne znajdejo.

Zavedamo se, da je naše poslanstvo zelo pomembno. Pomembno v tem smislu, ker smo del zdravstvenega tima, ki traheotomiranemu bolniku pomaga stopiti na novo življenjsko pot.

Literatura

1. Bilten DLS ob 20 letnici. Ljubljana: DZS; 2002.
2. Bilten DLS ob 25 letnici. Celje: DZS; 2007.
3. Čuček- Remic R, Jeličić M. Metode govorne rehabilitacije. Strokovni seminar Dihalne stome. Zbornik predavanj. SBM; 1999.
4. Ivanuša A, Železnik D. Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2000.
5. Kambič V. Hripavost. Ljubljana: Mladinska knjiga; 1984.
6. Kambič V. Tudi brez grla je vredno živeti. Ljubljana: Društvo laringektomiranih Slovenije; 2002.
7. Kolbl P. Komunikacija bolnika s traheostomo Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede. Diplomsko delo, 2008

OSKRBA POOPERATIVNE RANE NA DOMU

Ksenija Peterlin, dipl. m. s.

Onkološki inštitut Ljubljana

Vesna Ostrožnik, dipl. m. s.

Onkološki inštitut Ljubljana

Slavica Živić, viš. med. ses.

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Medicinska sestra (MS) se pri svojem vsakdanjem delu na Onkološkem inštitutu srečuje z najrazličnejšimi operativnimi ranami. Delo na kirurškem oddelku zaradi raznovrstnosti dela in okolja predstavlja za MS velik izziv. Zaradi vse večjega števila bolnikov, ki potrebujejo zdravljenje in hitrejših odpustov bolnikov iz bolnišnice v domače okolje, pa predstavlja za MS vse večjo odgovornost. Pri tem je njena glavna naloga dobro informiranje in ozaveščanje bolnika, pri katerem je bistvena ustrezna komunikacija med zdravnikom, medicinsko sestro in bolnikom.

Ključne besede: kirurška rana, zdravstvena vzgoja, odpust

Uvod

Kirurško zdravljenje je ena od osnovnih dejavnosti Onkološkega inštituta Ljubljana. Glede na medicinsko diagnozo, stopnjo bolezni, klinično stanje bolnika in sprejete klinične prakse je lahko operativno zdravljenje primarno ali pa sledi predhodnemu obsevanju in/ali sistemskemu zdravljenju (Uršič, Ostrožnik, 2006). Izvajamo kurativne in paliativne operativne posege, diagnostične operativne posege in posege za oceno razširjenosti bolezni, s katerimi rešujemo posebne zaplete po specifičnem onkološkem zdravljenju. Pri onkoloških bolnikih se srečujemo s postoperativnimi ranami, ranami, ki so specifične za onkološke bolnike (maligne kožne rane, radio-dermatitis, ekstravazacija) in tudi drugimi akutnimi ali kroničnimi ranami, ki so posledica drugih spremljajočih bolezni.

Rane lahko glede na vzrok nastanka delimo na:

- akutne (kirurška, poškodba, opeklinska rana),
- kronične (razjeda zaradi pritiska, rana zaradi malignega obolenja, razjeda, diabetično stopalo, infekcija kirurške rane).

Rane se celijo:

- primarno (zaprte),
- sekundarno (odprte).

Naloga medicinske sestre:

- Ugotavljamo stanje rane:
 - čista/suha,
 - krvavi,
 - gnojna,
 - vneti,
 - drenirana.
- Opazujemo/ beležimo izločeno vsebino:
 - barvo,
 - količino,
 - vonj.
- Spremljamo bolečino rane:
 - ni prisotna,
 - občasna,
 - stalna,
 - pri menjavi obloge (Lipovšek, Jokič 2008).

Prevez je negovalno-terapevtska aktivnost MS, s katero želimo preprečiti sekundarne okužbe rane, vzdrževati idealne mikroklimatske pogoje (temperaturo, vlago) in preprečiti ponovne mehanične in kemične poškodbe mladega vezivnega tkiva. Pri prevezi rane je pomembna individualna in celostna obravnava bolnika (Uran, Fabjan Rojko, 2008). Prvo prevezo rane praviloma naredi kirurg, ki je bolnika operiral, in sicer drugi do tretji dan po operativnem posegu. Nadaljnje preveze izvaja MS, razen ko je potrebna preveza glede na stanje rane s strani kirurga (Uršič, Ostrožnik, 2006). Pri delu z bolnikom je prvo vodilo preprečevanje okužbe rane. MS lahko uspešno pripomore k celjenju rane, če pozna patofiziološke mehanizme, zna prepoznati in oceniti stanje rane in njeno okolico, stopnjo bolečine in pravilno uporabiti nove, sodobne materiale za njeno oskrbo.

Zaradi krajšanja bolnišničnega zdravljenja in hitrejših odpustov bolnikov iz bolnišnice pa je vedno večja odgovornost na MS, kajti vsa skrb za dobro pooperativno okrevanje se je prenesla iz bolnišnic na dom. MS mora dati velik poudarek na zdravstvenovzgojnem delu bolnika in svojcev ter ustno in pisno obveščati patronažno sestro o bolnikovem prihodu domov in o njegovih zdravstvenih potrebah. Bolnika odpustimo domov z ustreznimi ustnimi in pisnimi navodili zdravniku (odpustno pismo) in patronažni sestri (odpustni dokument zdravstvene nege), saj je le na ta način mogoče bolnika varno odpustiti iz bolnišnice v zgodnjem pooperativnem obdobju. Tako je glede na potrebe vsak bolnik obravnavan individualno v multidisciplinarnem timu.

Med okrevanjem po operaciji le redko pride do zapletov (pri približno 10 % bolnikov). Pomembno je, da zaplete čim prej prepoznamo in primerno oskrbimo, da so bolniki in svojci dobro informirani in pozorni na možne zaplete, saj zgodnje zdravljenje precej omili težave.

MS bolnika in svojce pouči, na kaj morajo biti pozorni:

Krvavitev

Bolnik mora biti pozoren na operirani predel. Če opazi, da kri zamaka skozi obliž ali povoj, je treba ugotoviti obseg krvavitve in preprečiti nadaljnjo krvavitev. Izvajamo kompresijo. Kot posledica krvavitve v podkožje lahko nastane hematoma, kar bolnik čuti kot pritisk v predelu operativne rane. Prepoznamo ga po modrikasto-rdeči oteklini v okolici rane, posebej nevarno pa je večanje oteklina. Bolnik naj bo pozoren tudi na vsebino drenažne steklenice, če se nabira sveža in/ali strjena kri - sokrvica. Pri teh znakih je potrebna predčasna kontrola pri lečečem ali dežurnem kirurgu onkologu (Uršič, Ostrožnik, 2006).

Infekcija rane

Pri infekciji postane izloček rane obilnejši in včasih smrdeč. V okolici rane se razvije rdečina in oteklina. Celotno področje je bolj boleče in občutljivo. Lahko se pojavi povišana telesna temperatura, kri, gnoj v rani, dehiscenca rane (Kerin Povšič, 2008). Tako rano, ki se celi sekundarno, lahko previjamo tudi večkrat dnevno z ustreznimi oblogami; običajno zahteva uvedbo antibiotika, zato je potrebna predčasna kontrola pri lečečem ali dežurnem kirurgu.

Dreniranje seroma

Serom je pooperativno nabiranje limfne tekočine v rani, ki mora iztekati skozi kirurške drene v drenažno steklenico. Kirurški dreni so cevke ali trakovi, namenjeni

za odvajanje izcedka iz rane ali telesne votline (Lipovšek, Jokič, 2008). Običajno jih vstavimo že med samim operativnim posegom ali pa kasneje pri morebitni infekciji rane. Zaradi hitrih odpustov bolnikov iz bolnišnice večina bolnikov odhaja domov z drenažno steklenico s podtlakom. Bolnika in svojce poučimo o dnevni menjavi drenažne steklenice, pokažemo mu postopek menjave ter ga opozorimo, naj bo pozoren na količino in barvo izcedka. Bolnik naj dnevno ob menjavi drenažne steklenice zabeleži količino izločka, da ob kontroli kirurg vidi dinamiko. Posebej pozoren pa naj bo na delovanje in prisotnost podtlaka v drenažni steklenici; ob izpusta podtlaka naj ponovno zamenja drenažno steklenico. Če se bolnik tega ni sposoben naučiti in nima v bližini svojcev, ki bi mu pri tem pomagali, moramo poskrbeti, da o tem obvestimo patronažno službo, ki ji predamo ustrezna navodila (Uršič, Ostrožnik, 2006).

Prevez rane

Način preveza rane vedno odredi kirurg, MS pa ob odpustu bolnika domov preda pisna in ustna navodila bolniku in patronažni MS. Bolnik dobi tudi kartonček z določenim datumom kontrole pri lečečem kirurgu, ki ga določi kirurg, in telefonsko številko, na katero se lahko obrne ob zapletih. Zdravnik mu tudi pove, kdaj je predvidena odstranitev šivov. Onkološki bolniki odhajajo domov tudi s kroničnimi ranami, ki zahtevajo izbiro sodobnih oblog. Pogosto na domu nastajajo težave pri prevezih zaradi manjše izbire sodobnih oblog, kot so na razpolago v bolnišnicah, v patronažni službi pa pogosto ne oz. ne v zadostni količini ali kakovosti (Uršič, Ostrožnik, 2006). Bolnik s kronično rano se doma poleg strahu in tesnobe srečuje tudi z različnimi težavami, ki ga lahko dodatno obremenjujejo. Prisotne so lahko bolečina, velika količina izločka, neprijeten vonj, okužba rane, nekroza tkiva, srbež (Vrhovnik et al., 2008). Z izbiro sodobnih oblog lahko bolniku zmanjšamo trpljenje, saj pospešujejo hitrejše celjenje rane in nastajanje novih granulacij, manj pogosti so prevezi, boljša je zaščita pred okužbo, boljši je estetski videz in stroški zdravljenja so manjši, kljub dragim sodobnim materialom. Strokovna in učinkovita oskrba kroničnih ran je pokazatelj kakovosti dela zdravstvene nege in vpliva na bolnikovo počutje in zadovoljstvo. Zato je znanje MS o pravilni izbiri sodobnih oblog ključnega pomena in tudi njena dolžnost predaje navodil o oskrbi rane patronažni službi.

Bolečina

Osnovni simptom kirurške rane je akutna pooperativna bolečina. Zavedanje o potrebi učinkovitega lajšanja bolečine po operaciji narašča. Z učinkovitim lajšanjem pooperativne bolečine veliko doprinesemo h kakovosti oskrbe bolnika, izboljšamo izid operativnega zdravljenja, skrajšamo hospitalizacijo in rehabilitacijo. Edini zanesljivi pokazatelj pooperativne bolečine je bolnikova izpoved (Krčevski-Škvarč, 2010). Bolečina vpliva

na razpoloženje in zadovoljstvo bolnika, otežuje gibanje ter ovira počitek in spanje, zato je obvladovanje bolečine eden bistvenih ciljev pooperativnega obdobja. Zdravnik izbere zdravilo za lajšanje bolečine glede na jakost in vrsto bolečine (Lahajnar, 2010). Bolnik ob odpustu v domače okolje dobi recept za ustrezne analgetike ter natančna navodila glede jemanja zdravil proti bolečinam. Pri tem poudarimo, kako pomembno je redno jemanje predpisane analgetične terapije, zato da se bolnik zaveda, da jemanje zdravil pozitivno vpliva na celjenje rane in razgibavanje. Pri odpustu bolnikov z napredovalo boleznijo ali po večjih operativnih posegih, ko je prisotna kronična bolečina, pa take bolnike odpuščamo z že urejeno in obvladano bolečino. Bolnika in svojce v protibolečinski ambulanti poučimo glede ravnanja ob morebitnih ukrepih in o možnih zapletih, dobijo ustrezna pisna in ustna navodila. O tem pisno in ustno obvestimo tudi patronažno službo (Uršič, Ostrožnik, 2006). Zdravljenje bolečine je odgovornost celotnega tima. Dobra komunikacija in povezovanje med člani skupine, ki skrbijo za bolnika, pripomoreta k bolj uspešnemu zdravljenju bolečine.

Stome

Nekatera rakava obolenja in tudi druge bolezni zahtevajo operativni poseg, katerega posledica je dihalna stoma (traheostoma), hranilna stoma (gastrostoma, jejunostoma) ali izločalna stoma (kolostoma, jejunostoma, urostoma), ki bolniku docela spremeni telesno podobo (Uršič, Ostrožnik, 2006). Tako za MS kot za bolnika je izrednega pomena pravilna izbira pripomočkov za oskrbo stome, saj mu morajo zagotavljati udobje in varnost. Bolniku svetujemo pri izbiri najprimernejših pripomočkov za oskrbo stome in ga čim prej aktivno vključimo v oskrbo. Da vključimo družino v proces učenja negovanja stome, moramo imeti privolitev bolnika, vendar ne smemo pustiti, da bi vso skrb prevzeli svojci, če vemo, da se bo bolnik z našo pomočjo in pomočjo svojcev postopno naučil sam oskrbeti stomo (Jurgec, 2010). Večina vsaj na začetku potrebuje pomoč patronažne sestre in enterostomalnega terapevta, saj živijo sami, so slabo pokretni, zaradi starosti in bolezni se niso sposobni naučiti negovanja stome oz. menjave vrečke. Poučimo jih o možnih komplikacijah stome in okolice kože (paste, posipi, filtri) ter pravilni uporabi pripomočkov za večje udobje (pripomočki za čiščenje, robčki za zaščito kože, kožne podloge in vrečke za stomo...). Bolnika seznanimo s prostovoljnimi društvom, ki mu daje potrebno samozavest, omogoča nove stike in izmenjavo izkušenj, ter se na bolnikovo željo tudi dogovorimo za srečanje z dobro rehabilitiranim stomistom (Uršič, Ostrožnik, 2006). MS si prizadeva, da bolnika v času hospitalizacije usposobi, da bo ob odhodu domov sam sposoben skrbeti za svojo stomo, jo sprejel za svojo in se ponovno vključil v normalno življenje. Pred odpustom domov dobi bolnik naročilnico za brezplačne ortopedske pripomočke, ki jih lahko dobi v ortopedskih trgovinah. Ustno in pisno obvestimo patronažno sestro o nadaljnjih zdravstvenih potrebah bolnika. Če bomo ob svojem delu dosegli popolno neodvisnost bolnika s stomo, sprejetje

stome, ponovno vključitev v normalno aktivno življenje, čim hitrejšo zacelitev rane in preprečili okužbe rane, smo na pravi poti (Jurgec, 2010).

Zaključek

Zdravstvena nega bolnika na domu je svojevrstna, saj so doma drugačne razmere kot v bolnišnici ali ambulanti. Bolnik je zato odvisen od samooskrbe, obiskov patronažne službe in pomoči družinskih članov ter njihove pripravljenosti za sodelovanje. Zaradi vse hitrejših odpustih bolnikov iz bolnišnice je še toliko bolj pomembna dobra informiranost bolnikov in svojcev ter dobra povezava s patronažno službo, ki bolniku pomaga, da se ponovno vključi v aktivno življenje, zmanjšuje strah, krepi samozavest in ustvarja dobro rehabilitacijo v domačem okolju.

Literatura

1. Hajdinjak A. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana, 2006.
2. Henderson V. Osnovna načela zdravstvene nege. Geneva, 1997.
3. Ivanuša A, Železnik D. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: 2002.
4. Jurgec D., Revija Vita, Živeti s stomo. http://www.revija-vita.com/Patronaza/_iveti_s_stomo/_iveti_s_stomo.html (22.01.2010).
5. Kearney N, Richardson A (eds.). Nursing patients with cancer: principles and practice. Edinburgh, New York: Elsevier, Churchill Livingstone, 2006.
6. Kerin Povšič M. Okužbe malignih kožnih ran. In: Vilar (ur.) V. Mednarodni simpozij okužba ran, Postojna, 3. – 4. oktober 2008, Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije; 2008.
7. Kisner N., Rozman M., Klasinc M., Pernat S. Zdravstvena nega. Maribor: Obzorja, 2001.
8. Krčevski-Škvarč N, Lajšanje bolečine po operaciji. http://www.medicinski-mesecnik.com/strokovni_abstract/lajsanje_bolecine_poOP.htm (22.01.2010).
9. Lahajnar S., Revija Vita, Bolečina – pogost znak neozdravljive bolezni, http://www.revija-vita.com/Paliativna_oskrba/Bolecina_-_pogost_znak_neozdra/bolecina_-_pogost_znak_neozdra.html (22.01.2010).
10. Lipovšek B., Jokič R. Zdravstvena nega bolnika v kirurški intenzivni terapiji. In Vilar V. Mednarodni simpozij zdravstvene oskrbe in nege ran, Čatež, 7.-8. marec 2008, Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije; 2008.
11. Manley K, Bellman L (eds.). Surgical nursing: advancing practice. Edinburgh: Churchill Livingstone 2000.

12. Royal College of Nursing. Day surgery information. London: Royal College of Nursing, 2004.
13. Salter M. Spremenjena telesna podoba. London: John Wiley & Sons Ltd, 1988.
14. Uran M, Fabjan Rojko P. Zdravstvena nega okuženih ran. In: Vilar V. (ur.) Mednarodni simpozij okužba ran, Postojna, 3. – 4. oktober 2008, Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije; 2008.
15. Uršič H. Priporočila za oskrbo malignih kožnih ran Ljubljana, Društvo za oskrbo ran, 2005.
16. Uršič H, Ostrožnik V. Zdravstvena nega bolnika na onkološkem kirurškem zdravljenju ob odpustu iz bolnišnice in pri ambulantni obravnavi 2006.
17. Velepčič M., Skela Savič B. Priročnik iz onkologije in onkološke zdravstvene nege. Onkološki inštitut Ljubljana, 1995 in 2000.
18. Vrhovnik M, Uršič H., Breclj E., Oskrba vnete rane pri onkološkem pacientu. In Vilar V. Mednarodni simpozij okužba ran, Postojna, 3. – 4. oktober 2008, Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije; 2008.
19. Zbornik: seminar v Laškem, 4. in 5. oktober 1996. Ljubljana: Sekcija operacijskih medicinskih sester pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije, 1996.
20. Zbornik predavanj XXXIX. podiplomskega tečaja kirurgije, od 17. – 18. oktobra 2003. Ljubljana: Kirurška klinika, Klinični center, 2003.
21. 15. Onkološki vikend: Družinski zdravnik in rak: zbornik. Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega društva: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2000.
22. 17. Onkološki vikend: Novosti v onkologiji in smernice za obravnavo bolnic z rakom dojk in bolnikov z malignim melanomom: zbornik. Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega društva: Onkološki inštitut Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2004.

UPORABA TERAPIJE VAC NA DOMU

Slavica Živić, viš. med. ses.

Onkološki inštitut Ljubljana

Vesna Ostrožnik, dipl. m. s.

Onkološki inštitut Ljubljana

Ksenija Peterlin, dipl. m. s.

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Terapija z negativnim površinskim pritiskom (NPP) je podporna metoda zdravljenja akutnih in kroničnih ran. V zadnjih dveh desetletjih je z vakuumom podprto zapiranje rane (VAC) najbolj pomembna inovacija v postopku celjenja in zdravljenja kroničnih ran. Pri tem načinu zdravljenja so dokazani pozitivni rezultati: angiogeneza in izboljššan pretok krvi v rani, zmanjšanje edema, regulacija vlažnosti rane, odvajanje odvečnega izločka, stimulacija nastajanja granulacijskega tkiva in skrčenje rane. Tudi število bakterij se zmanjša. Terapija z NPP lahko vpliva na uspešnost celjenja ran ter na čas trajanja bolnišničnega zdravljenja.

Ključne besede: kronična rana, celjenje rane, terapija VAC

Uvod

NPP je pritisk, ki je nižji od normalnega atmosferskega pritiska. NPP dosežemo tako, da s pomočjo vakuumske črpalke prek poliuretanske ali polivinilne penaste alkoholne obloge iz rane izsesamo zračne molekule.

Klinična aplikacija negativnega površinskega pritiska sega že tisočletja nazaj. Prvič je bila uporabljena v kitajski tradicionalni medicini kot podpora akupunkturi. Tedaj so opazili, da povzroča pospešeno prekrvavitev. Kasneje, leta 1841, je Junod uporabil segrete steklene kozarce, ki jih je dal na kožo, da bi pospešil prekrvavitev. Hladen zrak v kozarcu naredi podtlak v njem, ta pa pospeši prekrvavitev. Uporaba kontroliranega NPP omogoča nastajanje novih krvnih žil.

NPP so prvič začeli uporabljati leta 1993. Uporabili so (Fleishman at al., 1993) terapijo z NPP v rani prek penaste obloge, s preprostim stenskim izsesovalnim aparatom

ali kirurškimi vakuumskimi steklenicami. Zdravljenje je potekalo pri bolnikih z odprtimi zlomi, da bi pospešili granulacijo in celjenje. Takrat so spoznali tudi učinkovito čiščenje rane, ne da bi prišlo do okužbe kosti.

Na področju raziskav o NPP sta Morykwas in Argeta (Vilhar, 2008) prva naredila serijo poskusov na živalih, pri katerih sta izvajala zdravljenje z NPP prek poliuretanske penaste obloge, ki deluje kot vmesna podloga med površino rane in izvorom vakuma. Ta pena je ključnega pomena in je vodila k razvoju sistema VAC. Struktura velikih odprtih por (400-600 nm) znotraj poliuretanske penaste obloge omogoča enakomerno porazdelitev pritiska prek celotne površine rane. Tudi pena pod pritiskom zmanjša svojo prostornino, celice se raztegnejo, rana se krči in odstranjuje se izloček iz rane.

Do pred dvema letoma je imel patentne pravice le en ponudnik, sedaj je na voljo več različnih sistemov. Nekateri ne uporabljajo poliuretanskih pen.

Danes obstaja več vrst aparatov za terapijo z NPP. Najstarejši in najbolj uporabljen je aparat VAC. Obstajajo še drugi aparati (Vista, Prodigy, Prospera), ki delujejo na istem principu kot VAC in naredijo negativen pritisk v komori.

Sestavni deli sistema VAC

Črno hidrofobno poliuretansko penasto oblogo z odprtimi porami namestimo v rano. Prozorno, delno nepropustno lepljivo folijo čvrsto pritrdimo prek penaste obloge na zdravo kožo okoli robov rane. S tem omogočimo nastanek delnega vakuumu znotraj pene in tako preprečimo vdor zraka. Prilepko, ki jo namestimo prek majhne odprtine, izrežemo v foliji tako, da se drži drenažne cevi. Prosti konec je povezan z aparatom. Del sistema je tudi zbiralnik za enkratno uporabo, v katerega se odvaja tekočina iz rane skozi drenažno cevko in pod vplivom negativnega pritiska preko pene. Črpalka je na električni pogon. Mikroprocesor nadzoruje delovanje aparata in sproži alarm, kadar je pritisk nezadosten ali kadar prihaja do uhajanja zraka. Vista ima dren različne oblike in velikosti, vazelinsko gazo ter gazo, namočeno v fiziološko raztopino.

Delovanje

Terapija z NPP je metoda zdravljenja ran, pri kateri na rano delujejo učinki negativnega pritiska. NPP dosežemo z izsesavanjem zraka iz področja rane. Sistem VAC zagotavlja sterilno, zaprto oblogo z lastnostmi, ki zagotavljajo vlažno okolje v rani, ki pospeši celjenje. Priporočen podtlak za zdravljenje ran je med 80 in 125 mm Hg. Način delovanja je lahko kontinuiran ali prekinjen.

Terapija z NPP ima naslednje učinke:

- zmanjšuje edem rane in okolice, ki povečuje lokalni pretok krvi - kapilarna perfuzija,
- kontrola vlažnosti rane - odvajanje odvečne sekrecije iz rane, ki pospešuje nastajanje granulacijskega tkiva,
- odstranjuje devitalizirano tkivo iz rane,
- stimulira celično proliferacijo,
- odstranjuje inhibitorje rasti iz rane,
- zmanjšuje bakterijsko obremenitev rane (zmanjšana potreba po antibiotikih),
- nevtralizira vonj iz rane,
- preprečuje poškodbo tkiva okoli rane,
- izolacija rane od okolice - preprečevanje sekundarne infekcije, nima stika z izločkom iz rane pri prevezi,
- zmanjšuje potrebe po kirurškem zdravljenju,
- zmanjšanje pogostost preveze rane,
- lažja oskrba rane pri nepokretnih bolnikih,
- možnost normalne osebne higiene,
- obvladovanje bolečine,
- retrakcija (krčenje) rane,
- pospešuje celjenje rane (tudi štirikrat hitreje),
- krajša ležalna doba – zmanjšanje stroškov zdravljenja.

Zmanjšanje edema in povečanje pretoka krvi

Slaba prekrvavitev je eden od osnovnih vzrokov za slabo celjenje rane. V poznih devetdesetih letih so (Morykwas at al., 2007) z eksperimentalnim delom v praksi dokazali, da maksimalno povečanje perfuzije dobimo na negativnem pritisku od 125 mm Hg. Če je pritisk večji, obstaja možnost poškodbe kapilar in s tem zmanjšanje pretoka krvi. Negativen pritisk odvaja medcelično tekočino in tako se zmanjša edem lokalnega tkiva. Zmanjšanje edema omogoča boljšo prekrvavitev rane.

Spodbujanje nastajanja granulacijskega tkiva

Granulacijsko tkivo je mešanica malih krvnih žil in vezivnega tkiva, ki formirajo matriks, ki omogoča migracijo epidermalnih celic v rani. Dobro granulirana rana omogoča optimalni pogoj za epidermalno migracijo, kot tudi idealno podlago za transplancijo kože.

Med zdravljenjem z NPP so (Morykwas at al., 2007) določali tudi hitrost nastajanja granulacijskega tkiva, tako da so merili zmanjšanje prostornine rane v času. V primerjavi z ranami, ki so bile prekrte z gazo, prepojeno s fiziološko raztopino, so dokazali, da se je hitrost nastajanja granulacijskega tkiva pri kontinuiranem in prekinjenem delovanju NPP povečala s 63 % na 103 % pri peni.

Dokazano je tudi, da so boljši rezultati pri prekinjenem delovanju NPP. Uporabo neprekinjenega delovanja NPP priporočamo prvih 48 ur, nato nadaljujemo s prekinjeno terapijo.

Kontrola vlažnosti rane

Terapija z NPP je učinkovita metoda za kontrolo izločka. Sistem odstranjuje izločke iz rane in ščiti okolico pred poškodbo tkiva. Pri vsaki rani, ki ima veliko izločka, je uporaba terapije z NPP upravičena.

Stimulacija celične proliferacije - delitve

Za bolj učinkovito zdravljenje z NPP se je izkazalo prekinitveno zdravljenje. Pri neprekinjenem, kontinuiranem se celice »navadijo« na stalen negativni pritisk in se ne odzivajo več na stalno fizikalno silo, ki je prisotna med neprekinjenim zdravljenjem z NPP. Prednost prekinitvenega zdravljenja z NPP je: povečan pretok skozi tkiva celicam, ki se aktivno delijo. Omogoča počitek med posameznimi cikli celične delitve, kar je potrebno za nastajanje novih sestavnih delov celice. Neprekinjeno delovanje NPP lahko zavre mitozo.

Obvladovanje bolečine

Zdravljenje z NPP je lahko učinkovito tudi v smislu obvladovanja bolečine, zlasti ko gre za rano, pri kateri se robovi izrazito premikajo in tako na rano delujejo strižne sile. Zdravljenje z NPP dobro prenašajo tudi otroci, saj obloge menjavamo redkeje. Če bolnik med menjavami oblog navaja bolečine, je treba med peno in rano namestiti nelepljivo vmesno folijo.

Ostali učinki

NPP pripelje do mehaničnega zmanjšanja velikosti rane, tako da pride do popolnega zapiranja rane, in olajša sekundarno rekonstrukcijo rane. Spodbudi aktivno celjene. Zdravljenje z NPP lahko zmanjša bakterijsko obremenitev.

Indikacije

Terapija z NPP se uporablja pri zdravljenju akutnih, kroničnih in kirurških ran. Indikacije za uporabo NPP so široke: inficirane rane, akutne poškodbe, dehiscirane kirurške rane, kronični venski in arterijski ulkusi, dekubitus, diabetično stopalo, gangrene, defekti trebušne stene, travmatske rane, sternalne rane, opekline. Še posebej je uporabna pri plastičnih rekonstrukcijah – transplantaciji kože, ko se namesti takoj po samem posegu za dva do tri dni.

Kontraindikacije

Terapija z NPP je kontraindicirana: pri malignih kožnih ranah, neraziskanih fistulah, neozdravljenih osteomielitisih, neprimerna je tudi za direktno namestitvev na žilne anastomoze in pri ranah z večjo količino nekrotičnega tkiva. Pri bolnikih, ki so na antikoagulantni terapiji, moramo biti posebno pozorni zaradi nevarnosti krvavitve. Pri terapiji z NPP je treba po 10-14 dneh preveriti učinkovitost Viste. Če je izboljšanje očitno, s terapijo nadaljujemo, če izboljšanja ni, je treba ponovno raziskati vse faktorje, ki vplivajo na samo celjenje rane.

Kdaj začeti s terapijo VAC?

NPP terapija je podporna metoda zdravljenja, zato je priporočeno, da z njo začnemo, ko so izčrpane vse metode klasičnega zdravljenja (neučinkovite približno en mesec).

Uporaba terapije VAC na domu

NPP kot podporna metoda zdravljenja se lahko izvaja tudi na domu. Razen klasičnih aparatov VAC, ki jih uporabljamo v bolnišnici, obstajajo tudi mini aparati, ki so popolnoma mobilni in so namenjeni domači uporabi. Bolniki jih lahko nosijo čez ramo, okoli pasu ali v torbici.

Z uporabo terapije VAC na domu se krajša ležalna doba in bolnik je vedno mobilni. Rane, primerne za terapijo VAC na domu, so večinoma manjše rane in rane z manj izločka.

Bolniki s terapijo VAC na domu, morajo biti usposobljeni oziroma informirani o delovanju aparata VAC. Imeti morajo kontaktno osebo, patronažno sestro ali sestro v bolnišnici, če pride do prekinitve delovanja. Pozorni morajo biti na rano, da je zaprta, ter na aparat, da res pravilno deluje. Od aparata je odvisen čas, ko je treba odstraniti peno in narediti prevez, če sam aparat preneha delovati. Ta čas je običajno dve do tri ure po končanem delovanju. Bolnik sam ali patronažna sestra morajo penasto oblogo odstraniti in rano klasično previti do ponovne menjave sistema VAC. Preveze so potrebne na dva do tri dni, lahko pa tudi na sedem, če rana nima veliko izločka. Uporaba terapije VAC na domu je zaenkrat še redka zaradi predragih aparatov in premajhne zaloge.

Vloga patronažne sestre je nadzor nad bolnikom in rano. Zato je potrebno izobraževanje in dobro sodelovanje s patronažno službo.

Pogostost menjave

Vsak drugi ali tretji dan (odvisno od izločka rane).

Optimalni pritisk

Priporočena je prekinjena terapija (15 minut kontinuirano in nato 5 minut pavza) z NPP 60-80 mm Hg pri sistemu Vista. Pri sistemu VAC je priporočen tlak 125 mm Hg. Pri starejših bolnikih, pri bolnikih na antikoagulantni terapiji ter pri bolnikih z nižjim pragom bolečine pa 75-100 mm Hg. Neprekinjena terapija je priporočena prvih 48 ur, če je veliko izločka in če se dvigujejo robovi rane.

Kaj narediti, če je prisotna bolečina?

Uporabljamo neprekinjen način dela, zmanjšamo negativen pritisk (na 50-70 mm Hg pri VAC), na dno rane damo propustno nelepljivo oblogo, zmočimo gobo pri odstranjevanju s fiziološko raztopino (odstranitev gobice po 10-15 minutah), bolnika aktivno vključimo pri sami prevezi, uporabljamo lokalne anestetike, podaljšamo interval preveze.

Koliko časa traja terapija?

Dokler so vidne izboljšave v celjenju rane.

Kdaj končati s terapijo?

Ko po določenem času ni več vidnega napredka v celjenju rane (običajno je to 2-3 tedne), ko je rana pripravljena za plastično rekonstrukcijo, ko je cela rana pokrita z granulacijskim tkivom ali so granulacije v nivoju kože ter ko se robovi rane prilegajo dnu in ni žepov.

Kdaj moramo prekiniti terapijo z NPP?

Terapijo prekinemo, ko je rana premajhna, saj ne moremo pravilno namestiti gobe. Prekinitev je potrebna ob neprimerni hemostazi, ob neprimerni lokalni perfuziji in ob pojavu hipergranulacije. Terapijo prekinemo tudi pri bolnikih, ki odklanjajo zdravljenje zaradi netolerance na bolečino, pri podhranjenih bolnikih in pri bolnikih, ki imajo alergijo na material, ki ga uporabljamo za terapijo.

Zaradi nevarnosti krvavitve moramo biti pozorni tudi pri bolnikih s spremembami v strjevanju krvi: začetek z neprekinjenim NPP je 50-70 mm Hg in če ni krvavitve, se postopoma zvišuje na 125 mm Hg.

Pri starejših bolnikih se terapija začne z NPP 75 mm Hg.

Način uporabe

Previdno odstranimo poliuretansko peno, da zmanjšamo bolečino in se izognemo poškodbi novonastalega granulacijskega tkiva in novonastalih krvnih žil. Če je treba, lahko pred odstranitvijo peno namočimo s fiziološko raztopino.

Rano dobro očistimo. Izperemo jo s fiziološko raztopino ali s Prontosanom. Izpiranje je pomembno zaradi odstranjevanja odmrlih celic. Če je treba, naredimo nekrekto-mijo (odstranimo nekrotično tkivo in fibrinske mase). Pomembna je tudi hemostaza, saj rana ne sme krvaveti. Pred samim posegom obrijemo dlake na robovih rane in s tem pripravimo okolico rane. Okolico rane očistimo, dezinficiramo in nato dobro posušimo. Suho kožo zaščitimo.

Pripravimo primerno poliuretansko peno. Črna poliuretanska pena je bolj učinkovita za stimulacijo granulacijskega tkiva in kontrakcijo rane. Bela (PVA) goba pa ima manj por in se priporoča pri ranah, pri katerih moramo zavirati nastajanje granulacijskega tkiva, ali pri bolnikih, ki imajo bolečine pri črni poliuretanski peni.

Pena se oblikuje na primerno velikost in obliko rane, saj ne sme segati čez rob rane ali biti v kontaktu z kožo, biti pa mora v kontaktu s celo površino rane. Lahko uporabljamo več delov pene, vendar morajo biti povezani med seboj, saj mora biti negativen pritisk v rani povsod enak. Treba je zapisati, koliko delov pene je v rani, da pri naslednjem previjanju vse odstranimo.

Pri nameščanju pene moramo biti pozorni, da jo pravilno namestimo v rano. Ne sme segati čez vidne žile, živce in tetive, zato je te treba pred nameščanjem zaščititi.

Pri oblikovanju folije mora ta pokrivati tudi okolico rane (približno 5 cm od robov rane), da je rana hermetično zaprta in da je onemogočen vstop zraka iz okolice.

Običajno prilepko namestimo na sredino pene. Na foliji se naredi manjša odprtina, na katero se namesti prilepka, tako da je povezana z aparatom.

Zaključek

Delovanje NPP je pozitivno pri celjenju rane. To je podporni način zdravljenja, ki ga lahko uporabljamo pri vseh standardnih načinih zdravljenja. Ob pravilni uporabi in pravilni indikaciji je zelo učinkovit za bolnika, zdravnika in za vse, ki se s tem srečujejo. Terapijo z NPP lahko izvajamo v bolnišnicah, ambulantah in na domu, zahvaljujoč mini aparatu VAC. Dokazano je, da je to varen način zdravljenja z velikim uspehom.

Naraščajoče število dokazov potrjuje, da obstajajo klinične in ekonomske prednosti zdravljenja z uporabo NPP. Podatki kažejo, da se prihranki povečujejo na račun hitrejšega celjenja ran, skrajšanega negovalnega časa in bivanja v bolnišnici in da ti prihranki upravičijo dodatne stroške obvezilnega materiala za zdravljenje z NPP. Kljub jasno dokazanim prednostim uporabe NPP pri zdravljenju ran je ovira v zdravljenju izven bolnišničnega okolja njegova cena.

Literatura

1. Argenta LC, Morykwas MJ. Vacuum – assisted closure: a new method for wound control and treatment: clinical experience. *Ann Plast Surg* 1997;38(6):6563-76.
2. Dubravko H. Hrvatska udruga za rane terapija negativnim tlakom. Dostopno na: <http://www.huzr.hr/> (5.1. 2010).
3. Dubravko H. Vaše zdravlje - vodič za zdraviji život. VAC terapija, inovacija u lečenju kronične rane. 2006. Dostopno na: <http://www.vasezdravje.com/izdanje/danak/987/> (5.1.2010).
4. Evropske smernice za oskrbo rane v praksi (prevod iz angleščine) Ljubljana, december 2007: Društvo za oskrbo ran Slovenije; 2007.
5. Filej B., Kersnič P. Zdravstvena in babiška nega - kakovostna, učinkovita in varna: Zbornik predavanj in posterjev 6. kongresa zdravstvene nege, Ljubljana, 10. - 11. maj 2007, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2007.
6. Fleischann W, Strecker W, Bombeli M, Kinzl L. Vacuum sealing as treatment of soft tissue damage in open fractures, *Unfallchirurg* 1993;6(9):488-92.
7. Gavrilov N. Trček M. Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije, Ljubljana, 2006 - 2007, Ljubljana: Klinični center Ljubljana, Področje za zdravstveno nego; 2007.
8. Morykwas MJ, Argenta LC, Shelton-Brown EL et al. Vacuum assisted closure: a new method for wound control and treatment: animal studies and basic foundation. *Ann Plast Surg* 1997;38(6):553-62.

9. Smrke D. 1. Simpozij o ranah z mednarodno udeležbo, Portorož, 2. - 3. junij 2006. Zbornik predavanj sodobni pristopi k zdravljenju akutne in kronične rane, Ljubljana: Klinični oddelek za kirurške infekcije, Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana; 2006.
10. Vilar V. Zbornik predavanj društva za oskrbo ran Slovenije 2008, Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije; 2008.

ZVEZA SLOVENSКИH DRUŠTEV ZA BOJ PROTI RAKU
Zaloška 2, 1000 LJUBLJANA

POSAVSKO IN OBSOTELJSKO DRUŠTVO ZA BOJ PROTI RAKU
8250 Brežice, Splošna bolnišnica Brežice, Černelčeva 15

DRUŠTVO ZA BOJ PROTI RAKU REGIJE CELJE
3000 Celje, Ipavčeva 18

OBALNO DRUŠTVO ZA BOJ PROTI RAKU
6000 Koper, Jurčičeva 2

GORENJSKO DRUŠTVO ZA BOJ PROTI RAKU
4000 Kranj, Gosposvetska 12

LJUBLJANSKO DRUŠTVO ZA BOJ PROTI RAKU
1000 Ljubljana, Zaloška 2

DRUŠTVO ZA BOJ PROTI RAKU ŠTAJERSKE-MARIBOR
2000 Maribor, Partizanska ul. 12

POMURSKO DRUŠTVO ZA BOJ PROTI RAKU MURSKA SOBOTA
9000 Murska Sobota, Ul. arh. Novaka 2

SEVERNO PRIMORSKO DRUŠTVO ZA BOJ PROTI RAKU
5000 Nova Gorica, Kostanjeviška 16 a

DOLENJSKO DRUŠTVO ZA BOJ PROTI RAKU
8000 Novo mesto, Rozmanova ul. 30

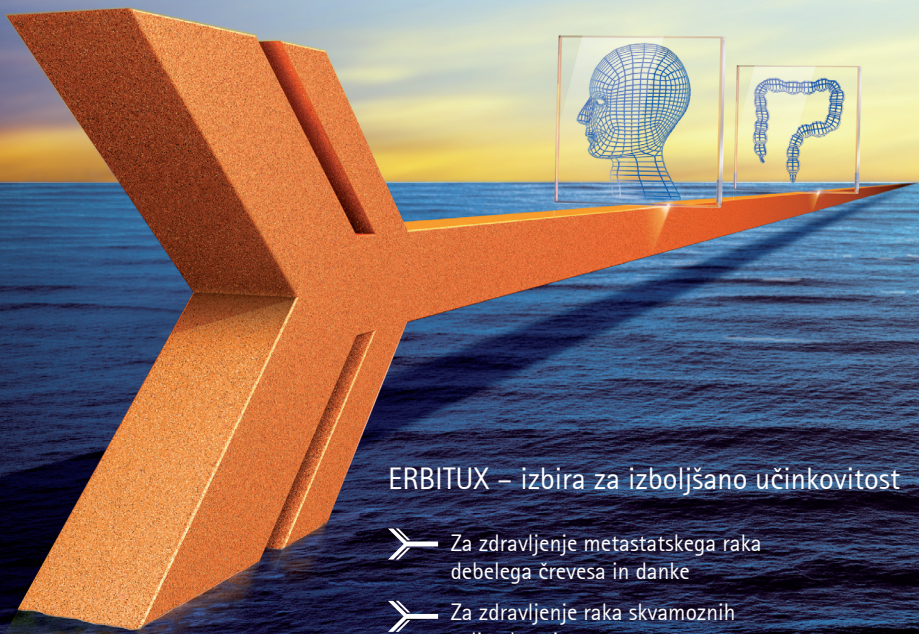
KOROŠKO DRUŠTVO ZA BOJ PROTI RAKU
2390 Ravne na Koroškem, Ob Suhi 11

DRUŠTVO ZA BOJ PROTI RAKU VELENJE
3320 Velenje, Vodnikova 1



**NEKATERIM RAKOM SE LAHKO IZOGNETE IN IZBOLJŠATE SVOJE
ZDRAVJE, ČE ZAČNETE ŽIVETI BOLJ ZDRAVO**

ERBITUX[®]
CETUKSIMAB



ERBITUX – izbira za izboljšano učinkovitost

- Za zdravljenje metastatskega raka debelega črevesa in danke
- Za zdravljenje raka skvamoznih celic glave in vratu

Merck Serono Onkologija / biološko zdravljenje za boljšo kakovost življenja

Erbitux 5 mg/ml raztopina za infundiranje (skrajšana navodila za uporabo)

Cetuksimab je monoklonsko IgG, protiteleso, usmerjeno proti receptorju za epidermalni rastni faktor (EGFR). **Terapevtske indikacije:** Zdravilo Erbitux je indicirano za zdravljenje bolnikov z metastatskim kolorektalnim rakom in nemutiranim tipom KRAS; v kombinaciji s kemoterapijo in kot samostojno zdravilo pri bolnikih, pri katerih zdravljenje z oksaliplatinom in irinotekanom ni bilo uspešno. Zdravilo Erbitux je indicirano za zdravljenje bolnikov z rakom skvamoznih celic glave in vratu; v kombinaciji z radioterapijo za lokalno napredovalo bolezen in v kombinaciji s kemoterapijo na osnovi platine za ponavljajočo se in/ali metastatsko bolezen. **Odmerjanje in način uporabe:** Zdravilo Erbitux pri vseh indikacijah infundirajte enkrat na teden. Začetni odmerek je 400 mg cetuksimaba na m² telesne površine. Vsi naslednji tedenski odmerki so vsak po 250 mg/m². **Kontraindikacije:** Zdravilo Erbitux je kontraindicirano pri bolnikih z znano hudo preobčutljivostno reakcijo (3. ali 4. stopnje) na cetuksimab. **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi:** Če pri bolniku nastopi blaga ali zmerna reakcija, povezana z infundiranjem, lahko zmanjšate hitrost infundiranja. Priporočljivo je, da ostane hitrost infundiranja na nižji vrednosti tudi pri vseh naslednjih infuzijah. Če se pri bolniku pojavi huda kožna reakcija (≥ 3. stopnje po kriterijih US National Cancer Institute, Common Toxicity Criteria; NCI-CTC), morate prekiniti terapijo s cetuksimabom. Z zdravljenjem smete nadaljevati le, če se je reakcija pomnila do 2. stopnje. Priporočila se določanje koncentracije elektrolitov v serumu pred zdravljenjem in periodično med zdravljenjem s cetuksimabom. Po potrebi se priporoča nadomeščanje elektrolitov. Posebna previdnost je potrebna pri oslabljenih bolnikih in pri tistih z obstoječo srčno-pljučno boleznijo. **Neželni učinki:** Zelo pogosti (≥ 1/10): dispneja, blago do zmerno povečanje jetrnih encimov, kožne reakcije, blage ali zmerne reakcije povezane z infundiranjem, blag do zmeren mukozitis. Pogosti (≥ 1/100, < 1/10): konjunktivitis, hude reakcije povezane z infundiranjem. Pogostost ni znana: Opazili so progresivno zniževanje nivoja magnezija v serumu, ki pri nekaterih bolnikih povzroča hudo hipomagnezijo. Glede na resnost so opazili tudi druge elektrolitske motnje, večina hipokalcemijo ali hipokalemijo. **Posebna navodila za shranjevanje:** Shranjujte v hladniku (2 °C - 8 °C). Ne zamrzujte. **Vrsta ovojnine in vsebina:** 1 viala po 20 ml ali 100 ml. Imetnik dovoljenja za promet: Merck KGaA, 64271 Darmstadt, Nemčija. Podrobne informacije o zdravilu so objavljene na spletni strani Evropske agencije za zdravila (EMA) <http://www.emea.europa.eu>.

PHARMA/0000000000

Dodatne informacije so vam na voljo pri: Merck d.o.o., Dunajska cesta 119, 1000 Ljubljana, tel.: 01 560 3810, faks: 01 560 3831, el. pošta: info@merck.si

www.oncology.merck.de

MERCK
SERONO



EGFR M+

Zadeli smo pravo tarčo

Izredno učinkovito zdravljenje prvega reda pri nedrobnoceličnem pljučnem raku z mutacijo EGFR

Iressa je prva in edina tarčna monoterapija, ki dokazano podaljša preživetje brez napredovanja bolezni v primerjavi z dvojno kemoterapijo kot zdravljenje prvega reda pri bolnikih z napredovalim nedrobnoceličnim pljučnim rakom z mutacijo EGFR.¹

IRESSA® (GEFITINIB)
SKRAJŠAN POVZETEK GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA

1. Povzetek glavnih značilnosti zdravila Iressa (gefitinib), Junij 2009.

Sestava: Filmsko obložene tablete vsebujejo 250 mg gefitiniba. **Indikacije:** zdravljenje odraslih bolnikov z lokalno napredovalim ali metastatskim nedrobnoceličnim pljučnim rakom z aktivacijskimi mutacijami EGFR-TK. **Odmernjeje in način uporabe:** Zdravljenje z gefitinibom mora uvesti in nadzorovati zdravnik, ki ima izkušnje z uporabo zdravil proti raku. Priporočeno odmerjanje zdravila IRESSA je ena 250-mg tableta enkrat na dan. Tableto je mogoče vzeti s hrano ali brez nje, vsak dan ob približno istem času. **Kontraindikacije:** preobčutljivost za zdravilno učinkovino ali katerokoli pomožno snov, dojenje. **Opozorila in previdnostni ukrepi:** Pri 1,3 % bolnikov, ki so dobivali gefitinib, so opažali intersticijsko bolezen pljuč (IBP). Ta se lahko pojavi akutno in je bila v nekaterih primerih smrtna. Če se bolniku poslabšajo dihalni simptomi, npr. dispneja, kašelj in zvišana telesna temperatura, morate zdravljenje z zdravilom IRESSA prekiniti in bolnika takoj preiskati, če je potrjena IBP, morate terapijo z zdravilom IRESSA končati in bolnika ustrezno zdraviti, čeprav so bile nepravilnosti testov jetrnih funkcij pogoste, so jih redko zabeležili kot hepatitis. Zato so priporočljive redne kontrole delovanja jeter. V primeru blagih do zmernih sprememb v delovanju jeter je treba zdravilo IRESSA uporabljati previdno. Če so spremembe hude, pride v postev prekinitve zdravljenja. Zdravilo IRESSA vsebuje laktozo. Bolniki z redko dedno intoleranco za galaktozo, laporsko obliko zmanjšane aktivnosti laktaze ali malabsorpcijo glukoze/galaktoze ne smejo jemati tega zdravila. Bolnikom naročite, da morajo takoj poiskati zdravniško pomoč, če se jim pojavijo kakršnikoli očesni simptomi, huda ali dolgotrajna driska, navzea, bruhanje ali anoreksija, ker lahko vse to posredno povzroči dehidracijo. **Medsebojno delovanje zdravil:** Induktorski CYP3A4 lahko povečajo presnovo gefitiniba in zmanjšajo njegovo koncentracijo v plazmi. Zato lahko sočasna uporaba induktorjev CYP3A4 (npr. fenitoina, karbamazepina, rifampicina, barbituratov ali zeliščnih pripravkov, ki vsebujejo šentjanževko/Hypericum perforatum) zmanjša učinkovitost zdravljenja in se ji je treba izogniti. Pri posameznih bolnikih, ki imajo genotip slabih metabolizatorjev s CYP2D6, lahko zdravljenje z močnim zaviralcem CYP3A4 poveča koncentracijo gefitiniba v plazmi. Na začetku zdravljenja z zaviralcem CYP3A4 je treba bolnike natančno kontrolirati glede neželenih učinkov gefitiniba. Pri nekaterih bolnikih, ki so jemali varfarin skupaj z gefitinibom, so se pojavili zvišanje internacionalnega normaliziranega razmerja (INR) in/ali krvavitve. Bolnike, ki sočasno jemljejo varfarin in gefitinib, morate redno kontrolirati glede sprememb protrombinskega časa (PT) ali INR. Zdravila, ki obično in dolgotrajno zvišajo pH v želodcu npr. zaviralci protonске črpalke in antagonisti H2, lahko zmanjšajo biološko uporabnost gefitiniba in njegovo koncentracijo v plazmi in tako zmanjšajo učinkovitost. Redno jemanje antiacidov, uporabljenih blizu časa jemanja zdravila IRESSA, ima lahko podoben učinek. **Neželeni učinki:** V kumulativnem naboru podatkov kliničnih preskušanj III. faze so bili najpogostejše opisani neželeni učinki, ki so se pojavili pri več kot 20 % bolnikov, driska in kožne reakcije (vključno z izpuškajem, srcaži, suho kožo in srbenjem). Neželeni učinki se ponavadi pojavijo prvi mesec zdravljenja in so praviloma reverzibilni. Ostali pogostejši neželeni učinki so: anoreksija, konjunktivitis, blefaritis in suho oko, krvavitve, npr. epistaksa in hematurija, intersticijska bolezen pljuč (1,3 %), navzea, bruhanje, stomatitis, dehidracija, suha usta, nepravilnosti testov jetrnih funkcij, boleznii nohtov, alopecija, asimptomatično laboratorijsko zvišanje kreatinina v krvi, proteinurija, astenija, piroksija. **Vrsta in vsebina ovojinine:** skatla s 30 tabletami po 250 mg gefitiniba **Način izdajanja zdravila:** samo na recept **Datum priprave besedila:** junij 2009 **Inetnik dovoljenja za promet:** AstraZeneca AB, S-151 85, Södertälje, Švedska **Pred predpisovanjem, prosimo, preberite celoten povzetek glavnih značilnosti zdravila.**

Dodatne informacije so na voljo pri: AstraZeneca UK Limited, Podružnica v Sloveniji, Verovškova 55, 1000 Ljubljana, telefon: 01/51 35 600.

AstraZeneca
ONKOLOGIJA

IRESSA®
gefitinib

BREZ ITELNI KONEKTI



- Popolnoma zaprt sistem
- Ni poškodb zaradi zbadov
- Zmanjšanje pogostosti kateterske sepse

Za več informacij se obrnite na www.icumed.com.

VBODNE IGLE brez filtra / s filtrom - za pripravo:



CS-51



CS-52



CS-53



CH 62



CH 70



CH 77 »Genie«



CH2000S »Spiros«



011-H1702



011-H2167



011-H1698



CH-13



011-H1267



011-H1268

PODALJŠKI in sistemi - za aplikacijo:

Zahvala sponzorjem za sodelovanje:

Abbott Laboratories d. o. o.
AstraZeneca UK Limited
Auremiana d.o.o.
DR. GORKIČ d. o. o.
Ecolab d.o.o.
KAM Oncology (GSK)
Kastor medical dental d. o. o.
Interpart d. o. o.
Medias International d. o. o. SI
Medis d. o. o.
Merck d. o. o.
Pharmamed – Mado d. o. o.
PharmaSwiss d. o. o.
Roche d. o. o.
Tosama d. d.
Valencia Stoma-Medical d. o. o.
Zveza slovenskih društev za boj proti raku

