



Foto: Janez Koprivec

*Nihče ne ljubi domovine,
ker je velika, temveč,
ker je njegova.*

Slovenski pregovor

Želim, da bi s to mislijo sprejeli naše novo Okno za svoje. Spet nam odpira pogled v nova znanja in razmišljanja. Za oddih in popestritev med rubrikami bodo poskrbeli Pregovori in reki na Slovenskem (Elbin Bojc, DZS, Ljubljana, 1980). Upam, da nas bodo obogatili z našo ljudsko modrostjo. Saj so kot nauk izkušenega prijatelja in kot ogledalo narodovega mišljenja, v katerem se zrcalijo bistrost razuma in smotrnost ter bogate izkušnje in navade.

Glavna tema, ki se vleče kot rdeča nit skozi večino prispevkov je rak dojke. Strokovnjaki in ženske osvetljujejo to bolezen z različnih vidikov z željo, da bi jo znali čim bolj obvladovati. Posebej zanimivi so rezultati ankete o odnosu do bolezni in zdravljenja, ki smo jo izvedli med zdravstvenimi delavci in bolniki.

Želim Vam prijetno branje.

Vaša urednica
Marija Vegelj-Pirc



Tema je le obris luči

Med redkim drevjem, prasketanjem ognja in dimom, ki raznaša vonj po pečenem krompirju, se k zvezdam steguje noč in jih nikdar ne doseže. Sediva pod vertikalo stene in med besedami, ki skušajo odgnati nemir pričakovanja jutrišnjega, bezava v vročo žerjavico po pečenem krompirju.

Tišina in z drobnimi lučmi prebodena tema naju zapelje med nekaj milijard svetlobnih let oddaljene zvezde. Tja, kjer bo čez prav toliko let zažarel najin plamen in ob njem vzdrgetali dve že davno preminuli senci, ki sta se iskali med podobo številnih ogledal in razdvojenostjo lastne zamisli. In s prav te zvezde bodo slišne najine besede, razkrite vse zamolčane misli in z razdaljo precenjena dejanja. Ujeta sva v večnost. Nikjer ni vogala, ki bi zakril najin obraz, nikjer tišine, ki bi utopila razdivjane misli. Oči Sodnika so najine lastne oči, ki bodo gledale s teh zvezd na danes, včeraj in tudi jutri. Tudi jutri – ta je še pred nama.

Z nekoliko večjo zadržanostjo izrečeva še nekaj besed, ukrotiva preostale misli in ostanek noči prebediva vsak v svojem svetu.

Naslednje jutro, dan, večer in noč minevajo v vertikali stene. Le misli med gibi skušajo zajeti ravnino sedanjosti in večnost pregnati za naslednji večer ob prasketanju ognja pod nebom prebodenim z zvezdami. Stalna razdvojenost – večnost.

Janez Koprivec

Dragi bralci!

Tokrat smo prejeli številne odmeve na prispevke. Vide v prejšnji številki Okna, ki govori o postopkih na kontrolnem pregledu. Vsi so se strinjali z njo, saj so tudi sami doživeli predolgo čakanje v utesnjeni in zatohli kabini in slišali marsikaj skozi pretanke stene. Razumejo prostorsko stisko, vendar menijo, da bi jim z malo dobre volje in razumevanja lahko pomagali.

Odgovor smo poiskali pri dr. Damijanu Bergantu, vodji specialističnih ambulant Onkološkega inštituta, ki je povedal; da povsem razume stisko bolnikov ob kontrolah, ko jo neustrezni postopki in prostorske razmere še stopnjujejo. Po najboljših močeh si zdravniki in medicinske sestre prizadevajo, da bi jim preglede olajšali. V bodoče bodo še bolj pozorni tudi na to, da bolniki ne bi predolgo ostajali v kabinah.

Povedal pa je še nekaj zelo vzpodbudnega. Leta 2000 se bodo preselili v novo stavbo, kjer bo večje število sodobno opremljenih ambulant. Bolnik bo imel več zasebnosti in možnosti za pogovor, saj bo tudi seštra imela ločen prostor pred ambulanto.

Želimo, da bi se napovedi uresničile.

Marija Vegelj-Pirc

Vabilo k sodelovanju

Okno naj nas tudi v bodoče vodi, združuje in povezuje v znanju, da bomo s pogumom in z upanjem premagovali težave.

Sodelujte s svojimi mnenji, predlogi, izkušnjami in strokovnimi prispevki, ki jih pošiljajte na naslov: *Uredništvo revije Okno, Onkološki inštitut, Zaloška c. 2, 1105 Ljubljana, ali na elektronski naslov: PSIHO1@ONKO-i.si*

Glede na to, da so elektronski mediji vse bolj razširjeni, Vas prosimo, da nam sporočite, ali želite, da bi revija Okno izhajala tudi na svetovnem spletu Internet.

Prispevkov ne honoriramo, rokopisov ne vračamo, strokovnih člankov ne recenziramo - za vse navedbe odgovarja avtor. Vse delo pri Oknu je prostovoljno.

Uredništvo

POGOVARJALI SMO SE

Z MAJHNIMI KORAKI DO VELIKIH ODKRITIJ

Zdravnica onkologinja in bolnica z rakom dojke. Moč in ranljivost. Upanje in negotovost. Rešitev in poraz. Dva povsem drugačna in na prvi pogled tuja si svetova. Dva človeka, vsak na svoji strani, drug napram drugemu, ki pa vendarle živita s skupnimi strahovi, dvomi, veselji in bolečinami ter po isti poti stopata naprej...k istemu cilju.

Doc. dr. Tanja Čufer je zdravnica, internistka-onkologinja, ki se ukvarja s kemoterapijo ter kliničnimi študijami in sicer predvsem raka dojke. Poleg svojega kliničnega dela pa je tudi direktorica za strokovno delo na Onkološkem inštitutu v Ljubljani.

Bi nam lahko za uvod povedali, kje na svetu je največ raka dojke?

Raka dojke je največ v razvitih državah, torej v Evropi in severni Ameriki.

Kje bi lahko iskali razlog za ta podatek?

Raziskovalci se sicer s tem problemom ukvarja-jo že kar nekaj časa, a vendar še zdaj ne vedo z gotovostjo povedati, kje iskati vzrok temu podatku. Eden izmed razlogov je lahko v tem, da imajo v razvitem svetu ženske prej menstruacijo, da prej dozori in da imajo večjo telesno težo. Vse to so faktorji, ki prav gotovo povečajo tveganje zbole- vanja za rakom dojke. Vendar pa vzroka ne gre iskati le v naštetih dejavnikih, saj na to bolezen vpliva tu- di naš način življenja in naše okolje. Ugotovili so namreč, da npr. Azijke, ko se preselijo v Ameriko, že po dvajsetih letih pogosteje zbole vajo za rakom dojke, kot če bi ostale doma, saj v Aziji raka dojke skorajda ne poznajo. Ne smemo pa pozabiti, da je v manj razvitih državah več drugih bolezni, npr. in- fekcijskih, ki povečajo umrljivost v zgodnjem živ- ljenjskem obdobju, zaradi česar mnoge ženske ve- likokrat niti ne dočakajo starosti, ko je rak dojke najpogostejši.

In katera je tista starost, ko ženske največ obolevajo za to boleznijo?

Rak dojke je najpogostejši pri ženskah, starih okrog šestdeset let, čeprav so nekatere bolnice tudi mlajše kot trideset let.

Lahko za rakom dojke obolijo tudi moški?

Pri moških je rak dojke približno stokrat red- kejši kot pri ženskah. V Sloveniji tako letno ta bo- lezen prizadane okrog sedemsto žensk in sedem do deset moških.

PREVENTIVA

Kaj bi bilo potrebno storiti, da bi ti subopar- ni in moreči statistični podatki postali malo bolj prijazni in spodbujajoči?

Pri preprečevanju obolevnosti za rakom dojke igra nedvomno veliko vlogo preventiva. Poznamo primarno in sekundarno preventivo. Pri primarni poskušamo preprečiti nastanek rakavega obolenja z zdravim načinom življenja. Pomembno je, da se veliko gibljemo, se zdravo prehranjujemo in vzdr- žujemo primerno telesno težo. Žal pa zelo učinko- vite primarne preventive ni. Za raka pljuč lahko denimo rečemo, da če bi vsi opustili kajenje, bi bi- la obolevnost čez deset let bistveno manjša, za raka dojke pa takega vzročnega dejavnika ne poznamo.

Kaj pa sekundarna preventiva?

S sekundarno preventivo imamo v mislih zgod- nje odkrivanje raka. Tu igra pomembno vlogo sa- mopregledovanje, ki ga poudarjamo že leta in leta, saj je ozdravljivost raka v zgodnjem stadiju bistve- no večja. Drugi način sekundarne preventive pa je možnost presejanja, ko med zdravimi ženskami ak- tivno iščemo spremembe, ki bi lahko bile rakaste, čeprav v veliki večini primerov to niso.

Je to screening?

Ja, screeningu se slovensko reče presejanje.

Kaj pa je mamografija?

Da se dokažejo kakršnekoli spremembe v dojki, je potrebno opraviti določene preiskave, kot je denimo tudi mamografija dojke. Če se ob tem pregledu opazi karkoli sumljivega, je potrebno spremembe, ki so vidne na rentgenski sliki, nadalje proučiti. Poleg mamografije je zelo priporočljivo, da žensko tudi klinično pregleda zdravnik. Ali je pregled vključen v preiskavo ali ne, pa je zelo odvisno od sredstev, ki so namenjena tovrstnim preventivnim programom.

Je ta zakonodaja pri nas urejena?

Pri nas je zakonodaja sicer urejena, izvajanje le-te pa ni. Pravico do mamografije enkrat letno naj bi imele vse ženske po petdesetem letu, po štiridesetem letu pa le tise, ki imajo raka dojke v družini, oziroma če so enega raka dojke že prebolele, torej tiste, ki sodijo v rizično skupino. Za mlajše takega programa ni, tako kot ga tudi ni drugod po svetu. Če pa ženska zatipa kakršnokoli spremembo, vprašanj seveda ni in mora takoj na potrebne preiskave.

In če bi si želela ta preventivni pregled z mamografijo opraviti ženska pod štiridesetim letom?

Če stroške pregleda krije sama, se seveda mamografija lahko opravi, vendar pa se tu zastavlja vprašanje smiselnosti. Kot prvo je vsako slikanje nekoliko škodljivo, kot drugo pa je tkivo dojke zaradi obilice žleznega tkiva pri mlajših ženskah gosto, in na rentgenski sliki nepregledno.

DILEME KEMOPREVENCIJE

Ena izmed preventivnih metod je tudi kemoprevencija...

Kemoprevencija je prewencija s kemičnimi sredstvi, torej z zdravili. V zadnjem letu je bilo veliko napisanega prav o tamoxifenu. Članek sem objavila tudi v prejšnjem Oknu predvsem zato, ker je prišlo do nekaterih nejasnosti med bolnicami z rakom dojk. Tamoxifen je zelo uspešno zdravilo, ki ga pri bolnicah s hormonsko odvisnimi raki dojk uporabljamo že več ko dvajset let. Seveda pa ima

kot vsako zdravilo tudi svoje stranske učinke. Navadno nastanejo težave, ki so zelo podobne klimakteričnim problemom: navali vročice, potenje, osušena vaginalna sluznica, težave pri spolnem odnosu. V nekaterih primerih pa lahko pride ob dolgotrajnem jemanju tamoxifena tudi do zelo neprijetnega sopojava, saj lahko v sluznici maternice nastanejo predrakave ali celo rakave spremembe. Na srečo gre v večini primerov za začetne stadije, ki ne ogrožajo življenja bolnic in se jih da s pravilnim ginekološkim nadzorom in zdravljenjem učinkovito odpraviti. Trenutno prevladuje mnenje, da dobrobiti tamoxifena vsaj petdesetkrat prevladujejo slabosti, tako da v primeru, ko gre za zdravljenje, nimamo vprašanj. Smiselnost jemanja tega zdravila pa se postavlja pod vprašaj, ko govorimo o preventivnem jemanju pri sicer zdravih ženskah. Večina strokovnjakov se strinja, naj se zdravim ženskam tamoxifena zaradi prevelikega števila stranskih učinkov, ne daje. Prihajajo pa novi hormonski preparati, prav tako antiestrogeni, ki so po svoji sestavi podobni tamoxifenu, a delujejo bolj selektivno in z manj stranskimi učinki na sluznico materničnega telesa. Sicer pa so vsa vprašanja, tudi kar se tiče tamoxifena, predmet mnogih kliničnih raziskav po vsem svetu in za katere upamo, da bodo dale dokončne odgovore.

KLINIČNE RAZISKAVE - POT DO USPEHA

Besedi "klinične raziskave" ima kar nekoliko srhljiv prizvok. Mnogi še dandanes mislijo, da se z ljudmi, ki so vključeni v te raziskave, dela kot s poskusnimi zajčki. Povejte, kaj sploh so klinične raziskave in kakšen je njihov namen?

Ker uspeh zdravljenja v onkologiji danes še ni zadovoljiv in ni takšen, kot bi si ga želeli, se iščejo še bolj učinkovita sredstva, z manj stranskih sopojavov. Temu procesu iskanja pravimo klinične raziskave. Zgodovina nas uči, da v medicini ni čudežnih odkritij, ki bi čez noč omogočile ozdravitev bolnikov z določeno boleznijo. Napredek je praviloma veliko počasnejši in temelji na znanstveno

preverjenih podmenah. Učinkovitost in neškodljivost posameznega zdravljenja moramo preveriti, zato se poslužujemo kliničnih raziskav. Metoda mora biti preverljiva tako, da lahko vsak zdravi po isti metodi. Praviloma bi morali biti tudi enaki rezultati zdravljenja.

Klinične raziskave imajo več faz. Nam lahko opišete prvo...

V fazi 1 se ugotavlja varen in primeren odmerek zdravila v primeru, če gre za neko novo zdravilo. Ker pa so v onkologiji prav tako zelo pomembne kombinacije zdravil, moramo najti tudi primeren odmerek posamezne modalitete, npr. radioterapije in kemoterapije.

Kateri bolniki pa so vključeni v fazo 1, glede na to, da je le-ta začetna?

V prvo fazo se v onkologiji praviloma vključi bolnike, ki jim z zdravili, ki so danes na razpolago, ne moremo več pomagati. Povemo jim, da smo izčrpali vse možne načine zdravljenja, da pa imamo neko novo zdravilo, za katero pa ne vemo, ali bo učinkovito ali ne oz. kakšni bodo sopojavi. Z zdravljenjem in tveganjem so natančno seznanjeni in se v raziskavo vključijo povsem zavestno in prostovoljno. Taki bolniki sicer tvegajo še nepoznane stranske učinke, vendar pa imajo obenem tudi korist, če je novo zdravilo učinkovito.

Se klinične raziskave faza 1 opravljajo tudi na Onkološkem inštitutu?

Pri nas testiramo zelo malo novih zdravil. Študije faze 1 potekajo namreč v še večjih in še bolj preverjenih centrih, kot je naš, denimo v Nacionalnem inštitutu za zdravljenje raka v Ameriki. Na našem inštitutu izvajamo predvsem raziskave druge in tretje faze.

Kaj pa faza 2?

V fazi 2 ugotavljamo, kako učinkovit je v fazi 1 določen odmerek zdravila oz. kombinacija in kakšni so sopojavi, kako varno je zdravilo oz. določena kombinacija zdravljenja. Tudi ta druga faza ni

prva linija terapije, ki jo nudimo bolniku, ker še vedno nismo prepričani, da je novo zdravilo vsaj enako, če ne še bolj učinkovito od starega načina zdravljenja. Bolniki, ki so v to fazo vključeni, so navadno že prestali standardno zdravljenje, in če le-to ni bilo učinkovito, se jim ponudi še možnost vključitve v klinično raziskavo. Imajo torej več možnosti.

Kakšen pa je namen faze 3?

Namen raziskave faze 3 je ugotoviti, kakšna je učinkovitost novega zdravila oz. nove kombinacije zdravil v primerjavi s standardnim načinom zdravljenja. Novo zdravilo, ki se je v prejšnjih dveh fazah izkazalo za vsaj tako uspešno kot standardni način zdravljenja, postavimo ob bok standardnemu zdravilu ter primerjamo njun učinek. Bolnike, ki so pristali, da se bodo vključili v raziskavo, povsem naključno razdelimo v dve skupini. Naključen izbor je potreben, saj se lahko le na tak način vsi znani in neznani dejavniki, ki vplivajo na potek zdravljenja, enakomerno porazdelijo v obe skupini. En del naše izbrane populacije nato zdravimo s standardnim zdravilom oz. kombinacijo, drugi del pa z novo.

Kateri bolniki se lahko vključijo v klinično raziskavo faza 3?

Tudi v to fazo se navadno vključi bolnike, pri katerih standardno zdravljenje ni bilo učinkovito. Če se bolezen ponovi, jim povemo, da se lahko, če seveda želijo, vključijo v klinično raziskavo, ker jih bomo naključno razdelili v dve skupini. Ena bo prejela standardno, rutinsko kombinacijo zdravil, druga skupina pa novo kombinacijo zdravil. Poudariti pa velja, da velikih odstopanj ni, saj do večjih odkritij stopamo z majhnimi koraki.

Koliko bolnikov pa pristane na predlog vključitve v klinično raziskavo?

Moram reči, da se večina bolnikov z raziskavo strinja. Podatki pravijo, da se odklonitev vključitve v klinične raziskave v zahodni Evropi giblje okrog 28.5 odstotkov; v vzhodni Evropi pa je tistih, ki

tak način zdravljenja odklonijo še manj, in sicer 19.2 odstotkov.

Kaj pa bolnike najbolj zanima, o čem največ sprašujejo, ko jim ponudite možnost vključitve v raziskavo?

Navadno jih najbolj zanima, kakšni so sopojava. Nekateri bolniki zelo težko sprejemajo izgubo las in če je le-ta predvidena kot stranski učinek nove kombinacije zdravil, se za vključitev v raziskavo pogosto ne odločijo. Če pa v sopojavah ni velikih odstopanj, bolniki navadno sprejmejo naš predlog. Več o pogledu bolnika na tovrstne raziskave pa vam bo verjetno povedala ga. Irena Kosmač Zupančič, ki se je za tak način zdravljenja tudi sama odločila.

Ali imajo slovenski bolniki možnost vključitve v tuje raziskave, v inštitute, kjer opravljajo tudi fazo 1 ali fazo 2, oz. ali bi lahko tujci sodelovali v raziskavah v Sloveniji ?

Sama ne poznam nobenega bolnika, ki bi ga vključili v kakšne tuje raziskave, saj ob tem nastopijo problemi zaradi različnih regulativov, rednih kontrol, etičnih komisij ipd.

Raziskave pa verjetno potekajo tudi za uveljavljanje novih diagnostičnih metod?

Tudi diagnostične metode se razvijajo in preverjajo na podoben način, saj le-te zagotavljajo varnost bolnikov in kontinuiran razvoj medicine.

GENETIKA IGRA VSE VEČJO VLOGO

Znanost gre torej naprej z majhnimi, a gotovimi koraki. Ena izmed pomembnih stopnic so tudi genetske raziskave...

Genetika ima in bo tudi v prihodnosti imela še veliko vlogo v odkrivanju in zdravljenju raka. Danes poznamo dva gena, BRCA-1 in BRCA-2 (odkrivajo pa se še novi), katerih spremembe oz. mutacije pomenijo za žensko, ki so ji ga odkrili, večjo možnost zbolevanja za rakom dojke in rakom na

jajčnikih. Problem pa je, da določanje teh genov ni enostavno. Metode so različne in laboratorij, ki se s tem ukvarja, mora biti zelo izkušen in dober, da ta dva gena natančno določa. Zlasti je pomembno, da ne pride do lažno negativnih rezultatov, ki dajejo preiskovancu lažno sigurnost.

Kaj pa svetujete ženskam, pri katerih se ugotovijo spremembe na BRCA genu?

Ženskam, pri katerih se ugotovi ta gen, nimamo ponuditi nič več kot tistim, ki spadajo v rizično populacijo. Priporočamo jim redno samopregledovanje in letno mamografijo. Tudi če neka žena izve, da ima BRCA-1 ali BRCA-2, ji ta trenutek kaj več ne moremo ponuditi. V Ameriki se sicer pojavljajo zagovorniki bilateralne profilaktične mastektomije, torej kirurške odstranitve obeh dojk, seveda pa se moramo zavedati, da ta huda invalidnost in poseg na telesu povzroča težke psihične in fizične posledice. Ironija pa je, da tudi taka operacija ne pomeni 100-odstotne zaščite pred rakom dojk. Poleg tega pa so ženske s tema dvema genoma bolj ogrožene še za nastanek raka na jajčnikih in na debelem črevesju, kjer prav tako nimamo velike izbire med preventivnimi metodami.

Pojavlja se torej povsem etično vprašanje, ali je ženske smiselno obremenjevati z genetskimi informacijami, če jim še ne moremo ponuditi zanesljivih metod za preprečitev nastanka raka-obolenj?

Menim, da je le dobro, da ženska ve, da ima večjo možnost zbolevanja za določenimi rakavimi obolenji, saj bo tako bolj pozorna na svoje telo, redno bo hodila na preglede. Tako se bodo morebitne spremembe odkrile v zgodnejši fazi, ko je zdravljenje učinkovitejše.

Se te gene odkriva tudi pri nas?

Na Ginekološki kliniki je poseben laboratorij za genetiko, kjer se določa te gene. Vendar pa samo določanje in odkrivanje ni dovolj učinkovito, kar je bilo poudarjeno tudi na nedavni prvi evropski konferenci o raku dojke v Firencah. Sprejet je bil

zaključek, da se v Evropi genetskega testiranja ne sme izvajati, če ni poskrbljeno tudi za genetsko svetovanje. To, da ženski določiš BRCA-1, ob tem pa ji ne svetuješ in ne pomagaš premagati psihičnega pritiska, nima praktično nobenega smisla in ima prej negativne kot pozitivne posledice. Rečeno je bilo tudi, da se genetskega testiranja ne sme izvajati, dokler ni urejena zakonodaja, ki ščiti ženske pred osebno, poklicno, materialno ali katero koli drugo obliko diskriminacije. Lahko bi se npr. zgodilo, da bi taka ženska težje dobila službo, ne bi je hoteli zavarovati ipd., kar se je že začelo pojavljati. Ta problem je zelo občutljiv, in kjer ni urejene zakonodaje ter ni zagotovljeno tudi genetsko svetovanje, naj bi se po izjavi iz Firenc prepovedalo tudi samo genetsko testiranje.

Kako pa je s tovrstno zakonodajo pri nas?

Kolikor mi je poznano, zakonodaja, ki bi ščitila pred diskriminacijo, pri nas še ni urejena, tako kot še ni marsikje drugje po Evropi. Imamo pa genetsko svetovanje. To se pravi, če se ženska odloči, gre lahko na svetovanje v laboratorij za genetiko, kjer se po pogovoru in pretresu različnih podatkov odločijo, ali jo bodo testirali ali ne.

NAPREDEK KIRURŠKEGA ZDRAVLJENJA

Nam lahko opišete različne načine zdravljenja, ki se uporabljajo pri raku dojke?

Pri zdravljenju raka dojke uporabljamo kirurgijo, sistemsko terapijo, kamor spadata kemoterapija in hormonsko zdravljenje, ter radioterapijo.

Ena pomembnejših sprememb v zdravljenju raka dojke v zadnjih letih je uvedba manj radikalnih operacij, ki ne vodijo v veliko invalidnost...

Kirurgija je bila včasih ena vodilnih metod za zdravljenje raka, sedaj pa je vedno manj obsežna in je le ena od načinov zdravljenja. Včasih so ženski poleg dojke odstranili tudi celo prsno mišico in bezgavke, kar je vodilo v hudo invalidnost. Sedaj je



Dr. Tanja Čufer predava na mednarodni konferenci

medicina s pomočjo kliničnih raziskav tako napredovala, da se uspe pri veliki večini bolnic, če tumor ni zares velik, dojko ohraniti, ohranijo pa se lahko celo pazdušne bezgavke. Uveljavila se je namreč nova metoda: biopsija varovalne bezgavke.

Sliši se zelo učeno, nam lahko to metodo malo podrobneje razložite?

Pot, po kateri se limfa iz dojke steka v pazdušno bezgavčno ložo, ima več postaj. S posebnimi metodami pregledamo prvo postajo, t.j. prvo bezgavko, ki ji pravimo varovalna. Če je ta negativna, lahko predpostavljamo, da so negativne tudi bezgavke za njo, ki jih zaradi tega ni potrebno kirurško odstraniti. Prednosti so velike, saj je invalidnost manjša, manjše pa so tudi kasnejše posledice. Če pa je varovalna bezgavka pozitivna, moramo na žalost še vedno odstraniti tudi vse ostale bezgavke za njo.

Bolnicam je zadnje čase v veliko, predvsem psihično pomoč, tudi estetska kirurgija...

Rekonstruktivna kirurgija dojk, ki je precej uveljavljena tudi pri nas, je zelo napredovala in nudi mnogim bolnicam nedvomno veliko oporo.

Na Onkološkem inštitutu smo ustanovili tudi konzilij za rekonstruktivno kirurgijo, tako da se lahko ženska, katere dojko se ne bo dalo ohraniti, že pred operacijo dogovori s plastičnimi kirurgi, ki



Ko se zapro vrata Onkološkega inštituta...

ji rekonstrukcijo dojke opravijo med samo operacijo, torej neposredno po odstranitvi dojke. Iz narkoze se tako ta ženska zbudi z dojko in to je mnogim v veliko uteho.

Kako pa je rekonstrukcija priznana s strani zdravstvenega zavarovanja?

Rekonstrukcija se šteje kot del zdravljenja raka dojke in se tako tudi obravnava, torej sodi v okvir obveznega zdravstvenega zavarovanja.

KEMOTERAPIJA IN RADIOTERAPIJA

V zdravljenju raka dojk igra pomembno vlogo tudi sistemska terapija...

Z uvedbo sistemske terapije za zdravljenje raka dojk je bil narejen v zadnjih desetletjih pomemben korak k izboljšanju učinkovitosti zdravljenja. Tako dopolnilna kemoterapija in dopolnilna hormonska terapija sta namreč zmanjšali smrtnost za približno 30 %. Pri operabilnih rakih bolnico najprej operiramo, nato pa jo zdravimo še s kemoterapijo, medtem ko se pri lokalno napredovalih rakih bolnico najprej zdravi s kemoterapijo, ob čemer ji zmanjšamo obseg tumorja, ter nato operira.

Mnogi se kemoterapije bojijo predvsem zaradi stranskih učinkov, ki jih povzročajo...

Potrebno je povedati, da je z napredkom medicine neprijetnih pojavov, kot je npr. bruhanje, vse

manj. Manj pa je tudi kasnejših posledic zdravljenja, kot so denimo okvare srca, pljuč, sterilnost itd. Kemoterapije se zaradi različnih kombinacij citostatikov med seboj razlikujejo, prav tako pa se razlikujejo tudi stranski učinki, ki jih povzročajo. Sopotjavi pa niso odvisni le od zdravil, temveč tudi od subjektivnih reakcij posameznih bolnic. Tako je denimo za bolnice iz določenega kulturnega okolja izguba las deprimirajoča in boleča, po drugi strani pa nekatere ženske to sploh ne obremenjuje, saj izgubo las nadomestijo z lično lasuljo in modernim pokrivalom. Konec koncev pa so tudi v modi zelo kratke pričeske.

Eno izmed zdravljenj je tudi radioterapija oz. obsevanje...

V zdravljenju raka dojke ima veliko vlogo tudi radioterapija, ki je v zadnjem času prav tako kot vsi ostali načini zdravljenja precej napredovala. Tudi tu je vse manj stranskih učinkov. Včasih so bili ob obsevanju poškodovani tudi okolni organi, koža je bila opečena, danes pa tega praktično ni več. Tekom obsevanja je koža sicer nekoliko pordela, tako kot da bi se sončili, večjih posledic pa ni.

ZDRAVNIK IN BOLNIK

Kako bolezen in stranske učinke prenaša posamezna bolnica, pa je verjetno precej odvisno tudi od odnosa, ki ga ima z zdravnikom, ki jo zdravi...

Menim, da bo potrebno pri izbiri zdravljenja vse bolj prisluhniti tudi individualnim prioritetam posamezne bolnice in tako morata bolnica in zdravnik skupaj pretehtati dobrobiti in slabosti posamezne terapije ter se skupaj odločiti za najprimernejše zdravljenje. Časi se spreminjajo in predvsem mlajši bolniki želijo čim več vedeti o svoji diagnozi. To pa pomeni večjo odgovornost tako za bolnika kot tudi za zdravnika. Prav je, da je bolnik s svojim stanjem seznanjen, seveda pa moramo pri tem upoštevati, če si resnico zares želi slišati. Sicer pa sem v Firencah poslušala zanimivo predavanje,

kjer je bilo poudarjeno, da si bolnik zapomni oz. sliši predvsem tisto, kar želi.

Zakaj se vam zdi, da z odkritim pogovorom večjo odgovornost prevzame tudi zdravnik?

Odgovornost morda ni prava beseda za to, kar sem želela poudariti. Hotela se povedati, da je težko izreči vso resnico, saj smo tudi zdravniki le ljudje, ki nam je hudo, ko gledamo bolnika in svojce, ki so zelo prizadeti. S tem je dialog in pogovor veliko težji. Ob tem pa je zanimivo, da si mnogokrat najbolj brezizhodno situacijo predstavljajo tiste bolnice, ki imajo pravzaprav dobro prognozo. V tem primeru pa sem vesela, ko vidim, da jim je pogovor v veliko pomoč in v veliko tolažbo, saj jim na nek način lahko odzameš in razblineš njihove strahove in dvome. Po drugi strani pa bolnici z močno napredovalo boleznijo tako dobre novice ne moreš sporočiti in takrat je hudo. Kljub vsemu pa imam občutek, da se moramo pogovarjati in menim, da pogovor v večji meri deluje pozitivno kot negativno.

RAK JE NAJBOLJ OZDRAVLJIVA KRONIČNA BOLEZEN

Kolikšen pa je odstotek ozdravljenih bolnic z rakom dojke?

Pri raku, ki je še operabilen, torej se še ni razširil po telesu v oddaljene organe, je desetletno preživetje brez ponovitve bolezni tako v Evropi kot pri nas več kot okrog šestdeset odstotkov.

Poleg suboparnih statističnih podatkov se zadnje čase vse več pozornosti namenja tudi kvaliteti življenja bolnikov z rakavimi boleznimi...

To prav gotovo drži in kot je bilo poudarjeno tudi v Firencah, bi morali tako ob kliničnih raziskavah kot ob zdravljenju nasploh, vse bolj upoštevati tudi kvaliteto življenja. Tako moramo poleg varnosti in učinkovitosti zdravljenja nesporno upoštevati tudi, kako kvalitetno bo bolnik živel. Bolj ko postaja rak ozdravljiva bolezen, zahtevnejši po-

stajamo tako zdravniki kot bolniki. Ni nam dovolj, da se bolezen le pozdravi, temveč da se pozdravi tako, da se bolnik lahko vrne v normalno življenje.

In morda za konec...Pred leti mi je nek znanec povedal, da je rak najbolj ozdravljiva kronična bolezen. Je to res?

Ja, seveda! Rak je nedvomno najbolj ozdravljiva kronična bolezen. Izmed vseh rakavih obolenj danes ozdravi namreč več kot polovica bolnikov. Problem je samo v ljudeh, ki se te bolezni bojijo bolj kot česar koli drugega, in so prepričani ravno obratno, da je rak najmanj ozdravljiva bolezen. Pa to nikakor ni res in to le zapišite!!!



ŽIVLJENJE, KI TE LJUBIM

V zgodnjem jutru....intervju z zdravnico in ob večeru, ki je že skorajda utonil v noč,....srečanje z go. Ireno Kosmač Zupančič. Dve ženski, dva pogovora, nešteto misli, ena zgodba... Zgodba o življenju.

Pred leti ste zboleli za rakom na dojki. Bi nam lahko opisali tista prva občutja, ko ste pod prsti začutili zatrdlino, ko ste se zavedli, da je nekaj lahko hudo narobe?

Za rakom na dojki sem zbolela pred petimi leti. Sama sem si zatipala zatrdlino na desni dojki in bilo me je grozno strah. Vendar pa ta zatrdlina ni bila tipična, saj se je prosto gibala. Morda prav zaradi tega ali pa celo iz nekega podzavestnega strahu pomoči nisem poiskala takoj. Zatrdlino sem opazovala sama in ko sem po dveh mesecih ugotovila, da raste, sem se odločila in odšla na Onkološki inštitut. Prijavila sem se v Center za bolezni dojk,

POGOVARJALI SMO SE

kjer sem, ko sem prišla na vrsto, opravila vse potrebne preiskave. Zdravnik me je najprej klinično pregledal, sledila je mamografija, nato punkcija in do diagnoze ni bilo več daleč.

Gotovo ste že ves čas slutili, za kaj gre, a prvi šok verjetno nastopi šele, ko prav zares izveš za svojo resnico, ko brezpogojno odpadejo svetlejši in prijaznejši "scenariji"...

Že takoj ko sem prišla na prvi pregled, sem zdravnika vprašala, ali imam raka. Ni mi želel odgovoriti, saj sem morala še na nadaljnje preiskave. A vendarle... ko sem mu dejala, da sem pripravljena tudi na najslabšo novico, mi je dejal: "Gospa, midva se bova še srečala."

Prav zares, črno na belem, pa mi je diagnozo sporočil šele kirurg. Kljub temu da sem pričakovala in nekako vedela, za kaj gre, se mi je v tistem trenutku podrl svet. Bila sem na tleh. Posebno težko mi je bilo zaradi otrok, saj je najmlajši sin hodil šele v drugi, srednji v tretji, najstarejši pa v osmi razred. Mislim, da je za mater najhujše, če začuti, da bo morda morala pustiti svoje otroke same...

Kako pa je vse to spremljal vaš mož?

Kljub temu da ga je moja bolezen zelo prizadela in pretresla, je bil ves čas optimist in je bil na začetku celo bolj kot jaz prepričan v mojo ozdravitev.



Ga. Irena Kosmač Zupančič s svojimi sinovi ob Cerknškem jezeru

To ni bilo neko narejeno upanje, saj je prav zares verjel, da se bo vse dobro izteklo, tako kot se je pri mnogih, ki jih pozna. Sama pa nekje globoko v sebi, čeprav tega nisem nikoli pokazala, vseeno nisem bila prepričana, da bom izplavala.

PRVO ZDRAVLJENJE

Kmalu po diagnozi je sledilo tudi zdravljenje. Je bilo zelo naporno in utrujajoče?

Ko so natančno določili mojo diagnozo, sem odšla na operacijo. Kirurg mi je po strokovni utemeljitvi svetoval radikalno odstranitev desne dojke in pazdušnih bezgavk, s čimer sem soglašala tudi sama, saj sem verjela, da je to pač najboljša možna pot k ozdravitvi. Operacija je potekala brez kakšnih posebnih zapletov in moram reči, da resnično nisem imela nobenih težav.

Vas je izguba dojke zelo prizadela, ste kdaj pomislili tudi na rekonstrukcijo?

Ta izguba mi nikoli ni predstavljala prevelike obremenitve, k temu pa je prav gotovo veliko pripomogel tudi moj mož, ki je bil ves čas zelo ljubeč in razumevajoč. Morda je tudi to eden izmed razlogov, da o rekonstrukciji nisem nikoli premišljevala. Imam pa silikonski vložek in mislim, da se da tudi s tem zelo dobro živeti.

So vas po operaciji zdravili tudi s kemoterapijo in obsevanjem?

Moje zdravljenje je ob kirurškem posegu vključevalo tudi podporno kemoterapijo. Nisem pa imela obsevanja in hormonske terapije. Kemoterapijo sem prejela ambulantno na tri tedne, tako da je celoten postopek trajal približno pol leta.

Kemoterapija pri bolnikih navadno vzbuja strah in grozo zaradi sopojavov, ki jih povzroča. Kako pa ste se z njimi spopadli vi?

Spominjam se, da me je bilo prvič, ko sem stopila v prostore za ambulantno kemoterapijo, neznanostno strah, saj so citostatiki zaradi negativnih iz-

kušenj, ki sem jih imela v preteklosti, zame predstavljali nekaj strašnega in groznega. Precej let nazaj sem namreč obiskovala sodelavko, ki je imela raka na dojki in je tovrstno zdravljenje zelo težko prenašala. Kemoterapija je bila takrat seveda povsem nekaj drugega, stranski učinki so bili hujši, a vseeno je bil strah pred citostatiki zakoreninjen globoko v meni. No, na moje presenečenje pa sama večjih težav sploh nisem imela in kvaliteta življenja se mi v tistem času ni bistveno poslabšala. Moram pa reči, da sem se vseskozi natančno držala vseh napotkov, ki sem jih dobila v bolnišnici, in nasvetov, ki so zapisani v brošuri o kemoterapiji.

Vas je kaj obremenjevala tudi misel na izgubo las?

Od vsega je bila to še najmanjša težava. Žalost, če temu sploh lahko tako rečem, sva z možem premagovala s humorjem. Bolj sem se bala drugih komplikacij, ki lahko nastanejo.

KONČNO ZDRAVA

Ampak le-teh na srečo ni bilo preveč in s poljetjem je bilo tudi kemoterapije končno konec. Je bilo konec tudi vseh skrbi?

Zaključno terapijo sem imela nekje koncem junija in sledil je še pregled pri dr. Čuferjevi. Dobro se spominjam, da sem zbrala vso moč in ves pogum, da sem uspela iz sebe iztisniti nekaj kratkih besed in svojo zdravnico vprašati, ali imam še raka.

Povedala mi je, da so me pozdravili, da raka nimam več. Na vprašanje o prognozi pa mi je odgovorila, da imam dvajsetkrat večjo možnost, da ponovno zbolim kot ženske, ki še niso bile tako bolne. Bila sem zadovoljna in pripravljena zaživeti življenje, ki sem ga ljubila in ki sem ga bila navajena. Takoj sem odšla tudi v službo, saj imam zelo rada svoj poklic, ki mi je bil v najtežjih trenutkih v veliko uteho. Delala sem polni delovni čas, težav nisem imela nobenih in tudi roka me ni prav nič bolela. Moram pa povedati, da sem vseskozi pridno telovadila po navodilih fizioterapevta, ob tem pa redno hodila na preglede in leta so minevala...

PONOVITEV

A bilo jih je vse premalo...ko je bolezen spet pokazala svoje zobe...

Ja, leto nazaj, bil je prav tak december je bil, sem v prsnici začutila bolečino. Takoj sem pomislila na metastazo in bilo me je tako groza, da enostavno nisem mogla k zdravniku. Čakala sem in čakala, bolečina je minila. V začetku februarja pa se je hudo ponesrečil moj brat, in ko sem ga obiskala na oddelku za intenzivno terapijo, me je vse skupaj tako pretreslo, da sem že naslednji teden, ko sem zatipala tudi dve povečani bezgavki, le odšla na pregled. Sledila je punkcija... strahovi so dobili pravi obraz. Bolezen se je ponovila, imela sem metastaze v skeletu in mehkih tkivih.

KLINIČNA RAZISKAVA

Je bil to čas, ko vam je dr. Čuferjava predlagala sodelovanje v klinični raziskavi?

Po pregledu in diagnozi sem vedela, da me čaka kemoterapija, in na to sem bila pripravljena, nisem pa vedela za klinično raziskavo, ki je potekala na Onkološkem inštitutu. O tem me je obvestila dr. Čuferjeva. Ponudila mi je sodelovanje v projektu, kjer so ob povezavi s podobnimi institucijami iz tujine preizkušali citostatik paklitaksel. Povedala mi je, da bodo bolnice z metastaziranim rakom dojke, če to želijo, seveda, naključno razdeljene v dve skupini. Ena skupina naj bi bila zdravljena na standardni način, druga pa naj bi v kombinaciji citostatikov prejela tudi paklitaksel. Opozorila me je tudi na to, da bom morala v primeru, če padem v skupino paklitaksela, večkrat v bolnišnico, in da kemoterapije ne bom prejela ambulantno, temveč bom tisto noč hospitalizirana. Večje in večkratne kontrole pa naj bi sledile tudi ob uvrstitvi v skupino s standardnim zdravljenjem. Zdravnica me je zatem napotila k t.i. raziskovalni sestri Albini, ki mi je ponovno razložila bistvene stvari: o tem, kaj mi preiskava nudi, kakšne so moje pravice in kakšne dolžnosti, če na njo pristanem. Dobi-

la sem formular in kmalu zatem za pol leta "podpisala" svojo usodo.

ODLOČITEV

Je bil to težak korak?

Ne, saj nisem imela nikakršnih predsodkov ali velikih pomislekov. Odločila sem se pravzaprav zelo hitro. Tega nisem nikoli obžalovala. Zdi pa se mi, da so imele nekatere sobolnice, ki so ravno tako sodelovale v raziskavi, občutek, da se z njimi eksperimentira, seveda v slabšalnem pomenu besede. Sama tega občutka zares nisem imela, saj so me o vsem natančno poučili in vesela sem bila, da imam še "eno možnost več".

Kako pa so na vse to gledali vaši najbližji?

Mož me je veseskozi spremljal in se pred dokončnim korakom posvetoval tudi z znanci, ki so prav tako kot midva menili, da ni kaj pomišljati.

Kaj pa vas je pravzaprav prepričalo, da pristanete na klinično raziskavo?

K tej odločitvi je največ prispevalo dejstvo, da o razdelitvi v eno izmed dveh skupin ne odloča Onkološki inštitut ali katerikoli posameznik, ampak gre za naključno, računalniško določeno razdelitev. Standardno zdravljenje mi tako ali tako ne bi "ušlo", za paklitaksel pa sem slišala, da precej obeta. Pričakovanja so bila velika in menila sem, da nimam prav nič izgubiti. K moji odločitvi pa je morda še največ prispevalo zagotovilo dr. Čuferjeve in sestre Albine, da bodo v primeru, če bom uvrščena v skupino paklitaksel, in če se stanje po dveh ciklih ne bo popravilo, s paklitakselom prekinili in zdravljenje nadaljevali s standardno kemoterapijo oz. bi poiskovali najti kakšno bolj učinkovito varianto.

Ste se pozanimali tudi o stranskih učinkih enega ali drugega zdravljenja?

Sicer pa mi je sestra Albina sama pojasnila, kakšni so sopojavi pri standardni kombinaciji zdravil in kakšni pri kombinaciji s paklitakselom. Mislim

pa, da večjih razlik tako ali tako ni bilo. Sicer pa so stranski učinki med bolniki precej različni in odvisni od vsakega posameznika posebej. Vedela sem, da bom v obeh primerih izgubila lase, a me je to še najmanj motilo.

Odločitev je torej padla...v katero skupino pa ste bili razvrščeni?

Uvrščena sem bila v skupino s standardno kombinacijo citostatikov in ne v skupino paklitakselom.

PREDNOSTI IN SLABOSTI

Ko se ozrete nazaj..., bi lahko povzeli dobrobiti in slabosti takega načina zdravljenja? So vas motili pogostejši pregledi, kontrole, jemanja krvi?

Ne, večja pozornost me ni prav nič motila. Menim, da sem imela v primerjavi s prvim zdravljenjem celo več ugodnosti in vseč mi je bilo, da sem bila pod večjo kontrolo, saj sem se tako počutila zelo varno. Tovrstno zdravljenje pa se mi je zdelo tudi veliko bolj udobno. Ob ambulantni kemoterapiji sem morala namreč že zjutraj priti v sprejemnico, nato sem čakala pred laboratorijem in zatem še enkrat pred ambulanto za pregled. Bolniki s kemoterapijo imajo sicer prednost, a ena ali dve uri sta bili mimogrede naokoli. Tudi v ambulanti za kemoterapijo nisem vedno prišla takoj na vrsto, tako da sem se večkrat precej načakala. Vsak, ki je kdajkoli čakal na vbod igle, ve, da to ni ravno prijetna stvar. Sedaj ko sem bila vključena v raziskavo, pa sem morala priti le na oddelek, kjer me je pričakala prijazna in razumevajoča sestra Albina, ki je imela pripravljeno vso dokumentacijo, tako da mi je bilo čakanje pred sprejemno pisarno in ambulanto prihranjeno. Postelja je bila vedno prosta in odnos vsega osebja je bil neverjetno profesionalen in človeški. Večje zaupanje pa sem imela tudi zato, ker se bila vedno v stiku z istimi ljudmi, istimi sestrami in istimi zdravniki. Na oddelek sta ob vsakem ciklusu prihajali dr. Čuferjeva in dr. Borštnarjeva, ki sta me vedno natančno pregledali in izpra-

šali, več časa pa je bilo tudi za odprt in nekako bolj domač pogovor, ki v težkih trenutkih zelo pomaga.

So bili trenutki težji tudi zaradi bujših stranskih učinkov kemoterapije v primerjavi s tisto pred petimi leti?

Ja, tokrat pa je bilo res huje kot prvič, saj sem prejemale kemoterapijo prvega reda. Začetne tri cikle sem kar dobro prestala, potem pa mi je padla odpornost in dobila sem herpes zoster, zaradi katerega sem morala za kratek čas tudi prekiniti zdravljenje. Pri zadnjih treh ciklih sem tudi zelo bruhalo in lahko rečem, da je bilo precej hudo.

A vendarle... vsega hudega mora biti enkrat konec in končno je po cevkah stekla tudi zadnja kaplja citostatikov...

Srečen je bil ta julij, ko sem zaključila svoje zdravljenje. Da se mi stanje izboljšuje, se je pokazalo že po prvih dveh kemoterapijah, ko je bila rahlo tipna le še ena bezgavka. Sedaj sem brez zdravil, enkrat sem že bila na kontroli in upam na najboljše.

PRIHODNOST

Vas je strah prihodnosti, se bojite ponovitve?

Spominjam se tistega dne, ko sem odšla na operacijo. Bilo je pustno jutro. Zbrala sem vso moč in vso energijo, ki sem jo še premogla, in oblekla otroke v pustne obleke. Odšle so, te vesele maškare, a v meni je vse kričalo, se razpadalo in lomilo. Sedaj, ko pogledam nazaj, vidim, da morda ves ta trud sploh ne bi bil potreben. Oblekli bi se lahko sami, lahko bi konec koncev tudi "preskočili pust". A takrat sem želela narediti vse. Vse in za vse! Tako sem živela vse svoje življenje! Danes je drugače. Precej drugače. Ne vem, kakšna bo moja prihodnost, lahko pa rečem, da se mi je življenje po ponovitvi bolezni precej spremenilo. Od sebe sem odvrгла veliko bremen, poskušam ločevati med pomembnimi in tistimi, skoraj nevažnimi stvarmi. Vsakodnevno samopotrjevanje in izgorevanje v delu je izgubilo smisel.

Spoznala sem, da je človek odgovoren predvsem zase in ni poklican k pretiranemu urejanju življenja drugim. To mi pomaga tudi v mojem odnosu do otrok, ki jih gledam kot samostojna bitja, s svojimi cilji in z načrtano potjo. K uresničitvi njihovih želja jim seveda lahko veliko pomagam, nisem pa tista, ki bi jim morala urejati življenje. Zaradi spoznanja, da zmorejo in da lahko živijo sami, mi je bistveno lažje; tudi če dnevi, ki prihajajo, ne bodo preveč prijazni.

Pravzaprav ne vem zakaj, ampak danes sem veliko bolj mirna kot pred petimi leti. Spoznala pa sem, da verjetno vsak človek in tako tudi jaz, v najtežjih trenutkih potrebuje oporo. Lepo je tistim, ki verujejo v Boga, saj jim vera vliva neko posebno moč, upanje in pomiritev. Sama nisem bila tako vzgojena, uspela pa sem najti drugačnega, "svojega Boga". Pomaga mi in me vodi skozi življenje, ki je ne glede na odmerjena leta lahko tako čudovito in tako svetlo, če ga preživiš z ljudmi, ki jih ljubiš, in ob delu, ki ga imaš rad. Ob tem spoznanju me ničesar ni več tako strah. Tudi ponovitve ne. Prej sem otrpnila samo ob bežni misli na to možnost, a danes je drugače. Vem, da je še veliko zdravil, še veliko citostatikov, veliko načinov zdravljenja. Življenje je prelepo, da bi človek nosil v srcu temne misli.

Pogovarjala se je: Bronja Žakelj

Daleč od oči - daleč od srca.

*Ko bi človek več mater imel,
bi bilo preveč potuše na svetu.*

Več oči več vidi.

V očeh se zrcali duša.

*V očeh drugih vidimo smet,
v svojih pa bruna ne.*

STROKOVNJAKI GOVORIJO



dr. Janez Eržen

PLJUČNI RAK

*Številne akcije proti kajenju in o kulturi nekajenja potekajo tudi pri nas že med šolsko mladino. Nevarnost kajenja za nastanek pljučnega raka je splošno znana. Uspehov preventive pa, žal, še ne beležimo, saj je bolezen v porastu. Zato smo za osvetlitev nekaterih dejstev o tej bolezni zaprosili **dr. Janeza Eržena, spec. kirurga s Kliničnega oddelka za torakalno kirurgijo Kliničnega centra v Ljubljani.***

Strokovnjaki, ki se ukvarjajo s pljučnim rakom, že dalj časa opozarjajo na razširjenost in naraščanje te bolezni skoraj po vsem svetu. Leta 1989 je bila v Interlaknu v Švici svetovna konferenca o pljučnem raku, kjer sta dva epidemiologa opozorila, da bosta v prihodnjem tisočletju največja problema pljučni rak in AIDS. Bolezni sta zelo različni, imata pa skupni točki: mogoče ju je preprečiti in redko sta ozdravljivi.

S tem pa smo načeli bistveni problem, ki je tesno povezan z nastankom pljučnega raka. Kajenje je namreč tisti dejavnik, ki v 90 - 95 % povzroči to bolezen. Ker je pljučni rak težko ozdravljiv, se rešitev ponuja sama; opustitev kajenja, oziroma sploh ne pričeti. Teoretično bi na ta način za 90 - 95 % zmanjšali smrtnost, ki jo ta bolezen povzroči. Število umrlih za pljučnim rakom pa je veliko. V Evropi trenutno umre vsako leto zaradi pljučne-

ga raka okrog 800.000 ljudi, na svetu pa 3 milijone. Napovedujejo, da se bo leta 2015 to število povzpelo na 15 milijonov.

Bolezen ogroža moške in ženske, dejavnik tveganja je kajenje

V Sloveniji zbolijo vsako leto okrog 1000 ljudi za pljučnim rakom. Več je moških, vendar je zadnja leta pri ženskah hitrejša naraščanje te bolezni. Verjetnost, da bo kadilec zbolel za pljučnim rakom, je odvisna od intenzivnosti in časa trajanja kajenja. Tobak, poleg nikotina, ki povzroča zasvojenost in odvisnost, vsebuje več kot 10 kancerogenih snovi, tako da je pravzaprav čudno, da za rakom ne zbolijo še več kadilcev. Nikotin pa je snov, ki povzroča enako odvisnost in zasvojenost kot heroin ali kokain.

Kritična količina pokajenih cigaret je okrog 150.000, kar ustreza kajenju 20 let po 1 škatlico na dan. V tem času nastanejo na sluznici bronhijev in v pljučih take spremembe, da prične naraščati verjetnost nastanka pljučnega raka.

V zadnjem času je vedno več poročil o tem, da so ženske ki kadijo, bolj izpostavljene da zbolijo za pljučnim rakom kot moški kadilci. Čeprav to ni povsem zanesljivo, pa imajo ženske več drobno-celičnega in žleznega raka, ki sta bolj maligna od ostalih oblik pljučnega raka. Nedvomno pa drži, da estrogeni povečajo nevarnost pljučnega raka, kar so ugotovili pri skupini žensk kadilk, ki so bile zdravljene z estrogeni. Obratno pa so pri tistih z zgodnjo menopavzo zasledili redkejša obolenja za to boleznijo.

Opozoriti je treba še na nevarnost pasivnega kajenja. To je področje, ki se dotika vsakega kadilca. Ta s svojim ravnanjem namreč ogroža nekadilca v enaki meri kot sebe. Posebej nosečnice bi se morale zavedati, da s kajenjem znatno ogrožajo nerojenega otroka.

Bolezniški znaki so lahko splošni in/ali značilni kot: spremenjen kašelj, krvav izpljunek, bolečina v prsih, težko dihanje

Boleznska znamenja in znaki pri pljučnem raku so lahko zelo neznačilni in splošni. Sem spada: slabo počutje, utrujenost, zmanjšanje delovne zagnanosti in zmogljivosti, hujšanje. Lahko so prisotne bolečine v mišicah in sklepih, otekanje, spremenjena prebava, pogosto mokrenje. Med bolj značilnimi znamenji in znaki pa so: kašelj, posebno sumljiv, če postane drugačen, kot je bil, krvavi izpljunek; bolečine v prsnem košu; težko dihanje; vročina; znojenje.

Diagnostični postopki - rentgensko slikanje in bronhoskopija z odvzemom vzorca za mikroskopsko potrditev diagnoze in določitev vrste raka – odločajo o načinu zdravljenja

Med diagnostičnimi postopki sta najbolj pomembni bronhoskopija in rentgensko slikanje prsnega koša. Slednje nas običajno prvo opozori na bolezenske spremembe v pljučih ali medpljučju.

Bronhoskopska preiskava z odvzemom vzorcev za citološki in histološki pregled pa nam poleg razjasnitve o vrsti pljučnega raka pomaga pri oceni razširjenosti bolezni in odločanju o zdravljenju. Pljučnega raka je več vrst, kar je pomembno pri odločanju o načinu zdravljenja. Drobnocelični rak, ki se pojavlja pri približno 20-25 % bolnikov je svojevrstna oblika pljučnega raka, ki se zdravi s citostatiki in obsevanjem ter se le redko operira.

Ostale tri oblike pljučnega raka, ki jih s skupnim imenom imenujemo tudi nedrobnocelični, pa se zdravijo v prvi vrsti z operacijo.

Operativno zdravljenje daje možnost ozdravitve

Pred operacijo mora kirurg poznati odgovor na dve vprašanji; ali sme in ali lahko odstrani oboleli del pljuč s tumorjem. Pri prvem vprašanju mora kirurg vedeti, koliko bo operacija bolnika ogrožala zaradi njegove kondicije in spremljajočih bolezni; ter kakšno bo funkcionalno stanje bolnikovih pljuč potem, ko mu bo odstranil del pljuč.

Na drugo vprašanje pa skušamo odgovoriti z različnimi preiskavami, ki nam pomagajo oceniti lokalno razširjenost tumorja in odkriti oddaljene zasevke. Cilj kirurga je, da tumor s področnimi bezgavkami popolnoma odstrani. Le taka operacije je smiselna, ker nudi možnost ozdravitve. Operacija mora biti varna, bolnikovo življenje po operaciji pa čim bolj normalno.

Pljučni rak je v porastu, s popolnim prenehanjem kajenja pa bi lahko zbolewnost zmanjšali za 90 odstotkov

Pljučni rak je bolezen, ki skoraj po vsem svetu narašča. Težko jo je pozdraviti. Ker je tesno povezana s kajenjem tobaka, jo je mogoče učinkovito zdraviti s preventivo. S popolnim prenehanjem kajenja bi obolewnost za pljučnim rakom zmanjšali za okoli 90%, kar pomeni, da bi za toliko zmanjšali tudi smrtnost. Trenutno to pomeni, da bi v naši državi za pljučnim rakom na leto zbolelo in umrlo koli 800 ljudi manj.

dr. Janez Eržen

Vsakdo sam ve, kje ga čevelj žuli.

Vsakdo sebi gospodar.

*Kakor ni vrtnic brez trnja,
tako ni ljudi brez napak.*

*Ena beseda češče več škoduje
kakor toča po deželi.*





dr. Breda Jančar

DOPOLNILNI DIAGNOSTIČNI POSTOPKI PRI MAMOGRAFIJI

*Rak dojke je najpogostejši rak pri ženskah in v Sloveniji jih vsako leto prizadene okoli 800. Na uspešnost zdravljenja pomembno vpliva njegovo čim zgodnejše odkritje. Zato bi se morale vse ženske skrbno pregledovati in biti pozorne na vsako spremembo. Diagnostični centri s sodobno opremo in ustreznimi strokovnjaki pa bi morali biti vsem dostopni za čim hitrejšo razjasnitev diagnoze. Vloga radiologa je pri tem zelo pomembna. Zato smo za prispevek zaprosili **dr. Bredo Jančar, specialistko radiologije z Onkološkega inštituta, da bi podrobneje opisala posamezne diagnostične postopke.***

Kljub dejstvu, da je mamografija (rentgensko slikanje dojke) najuspešnejša slikovno diagnostična metoda za odkrivanje zgodnjega raka dojke, pa vzbuja ta metoda pri določenem številu žensk velik strah in razočaranje. Razlogi za to so predvsem v nezadostnem poznavanju klasične mamografije, kot tudi vseh dopolnilnih mamografskih postopkov, ki nam omogočajo dokončno oceno nejasnih sprememb v dojkah.

Na mamografski sliki ali t.i. mamogramu dobimo črno in belo sliko tkiva dojke. Tkivo dojke je

sestavljeno iz več delov, kot so žlezni mešički, žlezna izvodila, maščevje, vezivo, krvne žile,... Vsebnost posameznih delov tkiva se razlikuje od ženske do ženske in se precej spreminja skozi leta staranja. Pri ženskah v rodnem obdobju prevladujejo žlezni mešički in izvodila ter vezivo, pri ženskah pred menopavzo pa se kopiči maščevje, ki izrazito prevladuje v obdobju po menopavzi. Tako se mamogrami razlikujejo med seboj, lahko jih enačimo s prstnimi odtisi, ki so pri vsaki ženski nekoliko drugačni.

Tudi bolezenske spremembe se nam kažejo na več različnih načinov in lahko so znaki benignih (nerakavih) sprememb podobni malignim (rakavim) spremembam in obratno. Zato je ocenjevanje mamogramov dostikrat dokaj težavna naloga. Da bi lažje razumeli spremembe, ki so vidne na mamogramih, bomo v nadaljevanju opisali najpogostejše bolezni dojk.

Bolezenske spremembe dojk so benigne in naligne

Bolezenske spremembe dojk so zelo raznolike in jih v grobem delimo na benigne ali nerakave in na maligne ali rakave spremembe.

Nerakave spremembe so pogostejše in niso nevarne za življenje ženske. Lahko pa povzročajo različne nelagodnosti; nekatere, kot npr. vnetja in posamezne benigne tumorje je potrebno tudi zdraviti.

Maligne ali rakave spremembe ogrožajo življenje bolnice; zdravljenje je uspešno le, če ga pričnemo izvajati v zgodnjem stadiju bolezni. Zato je najpomembnejši cilj mamografije iskanje rakavih sprememb v najzgodnejšem stadiju.

Najpogostejše benigne spremembe dojk so mastopatije, fibroadenomi, papilomi, fibroze, vnetja in kalcinacije. Mikrokalcinacije zahtevajo posebno pazljivost.

- **Displazije ali mastopatije** so najpogostejše benigne spremembe dojk, pri katerih ne moremo govoriti o bolezni. Pri tem dejansko ne gre za

bolezenske spremembe tkiva dojke, temveč se leto spremeni zaradi hormonskega neravnovesja. Pojavljajo se tako pri mladi kot pri nekoliko starejših ženskah in lahko ostanejo do konca življenja. Lahko jih spremljajo bolečine in napetost dojk, ki se spreminjajo in so izrazito povezane z menstruacijskim ciklusom. Dojke so na otip izrazito vozljčaste.

- **Ciste** so najpogostejši "tumorji" dojk. To niso pravi tumorji; so vodne bulice različnih velikosti, od nekaj milimetrov do nekaj centimetrov. Približno polovica vseh žensk med tridesetim in štiridesetim letom starosti (ali tudi starejše), imajo posamezne ciste ali večje število cist, ki se tipajo kot elastične bulice z glatkimi robovi.
- **Fibroadenomi** so najpogostejši benigni tumorji dojk. Pojavljajo se v vseh starostnih obdobjih, vendar so za razliko od cist, pogostejši pri mlajših ženskah in jih najdemo lahko tudi pri dekleh v puberteti. Fibroadenom je na otip grčast, trši tumor.
- **Papilomi** so drobni benigni tumorji, ki se nahajajo v mlečnih vodih. Povzročajo izcedek iz bradavice, ki je lahko voden, rjavkast ali krvav. Nekateri papilomi se z leti lahko spremenijo v rakavo tvorbo, zato jih običajno kirurško odstranimo.
- **Fibroze** so brazgotinasto tkivo, ki najpogosteje nastane po poškodbah, operativnih posegih in po vnetju.
- **Vnetja** največkrat nastanejo med nosečnostjo in dojenjem. Razvijejo se naglo. Prisotna je bolečina, oteklina, rdečina in povišana temperatura obojelega dela dojke. Lahko je povišana tudi telesna temperatura. Nekatera vnetja se pojavljajo pri nedojčih ženskah in lahko tudi pri starejših, ki imajo razširjene mlečne vode, v katerih se zdržuje izloček.
- **Kalcinacije** so mineralni depoziti v tkivu dojk, ki so vidni samo na mamogramih, kot drobne bele pikice. Delimo jih v dve skupini: makrokalcinacije in mikrokalcinacije. Makrokalcinacije so večji bolj grobi depoziti kalcija, ki predstavljajo degenerativne nerakave spremembe tkiva. Ma-

krokalcinacije najdemo pri okoli petdesetih odstotkih žensk, starejših od petdeset let in pri okoli desetih odstotkih žensk, ki so mlajše.

Mikrokalcinacije so drobni, manj kot milimeter veliki mineralni depoziti, ki so raztreseni po tkivu dojke, lahko tudi obojestransko; ali pa je prisotnih več mikrokalcinacij na manjšem delu tkiva, takrat govorimo o gruči mikrokalcinacij. Mikrokalcinacije so največkrat znak benignih sprememb, vendar pa gručaste mikrokalcinacije lahko predstavljajo edini ali enega od znakov raka. Zato ravno mikrokalcinacije zahtevajo posebno pazljivost radiologa pri ocenjevanju mamogramov.

Rak dojke se na mamografski sliki kaže na več načinov. Pri nejasnih spremembah so potrebni dopolnilni diagnostični postopki

Rak dojke se tako klinično kot mamografsko kaže na več različnih načinov. Znaki so odvisni predvsem od velikosti, razširjenosti in histološkega tipa. Rak, ki je večji od enega centimetra, je običajno že klinično tipen, posebno še, če se nahaja bližje koži. Manjši raki pa so vidni le na mamografskih posnetkih.

Mamografske spremembe raka so lahko zelo značilne in takrat se kažejo kot masa, ki ima izrazito neravne robove. V štiridesetih odstotkih se v taki masi vidijo tudi gruče mikrokalcinacij.

Vendar pa znaki raka v večini primerov niso tako jasni. Lahko se kažejo kot zvezdaste nepravilnosti tkiva, ki pa so tudi znak mastopatije, vnetja ali brazgotine. Ne povsem jasno omejene mase vidimo tudi pri benignih tumorjih. Zgostitve posameznih delov tkiva dojke in zadebelitve kože se pojavljajo pri raku in pri mastopatijah. Mikrokalcinacije, katerih ocena je za radiologa najtrši oreh, se ravno tako pojavljajo v obeh primerih.

Žal pa okoli deset odstotkov raka v zgodnjem stadiju ne daje nikakršnih mamografskih znakov in jih opazimo šele v napredovalem stadiju.

Natančnost diagnoze pri nejasnih spremembah temelji predvsem na prikazu in oceni drobnih de-

tajlov, ki jih lahko prikažemo z dopolnilnimi diagnostičnimi postopki.

Dopolnilni diagnostični postopki so slikovni in invazivni

Dopolnilni diagnostični postopki so lahko slikovni in invazivni posegi. Katerega bomo uporabili, se odločimo po pregledu in analizi klasičnih mamogramov.

Slikovni diagnostični postopki so naslednji:

- **slikanje pod različnimi koti** - cele dojke ali posameznih delov – omogoča natančen prikaz mesta in obsega spremembe,
- **ciljana kompresija** manjšega dela tkiva omogoči razmik tkiva, ki se lahko prikaže kot normalno,
- **povečava** nam jasneje prikaže robove tumorske mase, obliko in razpored mikrokalcinacij ali drugih nepravilnosti,
- **ultrazvočni pregled** dojke je odlična dopolnilna metoda mamografiji. Posebno pomemben pa je za razlikovanje cist in posameznih vrst čvrstih tumorjev in za pregled dojke, ki vsebujejo gosto normalno ali mastopatično tkivo, kjer mamografija ne more prikazati manjših sprememb.

Večino sprememb pojasnimo z naštetimi postopki. V posebno pomoč so radiologu predhodni mamogrami, ki mu omogočajo **primerjavo** lezij. Če prejšnjih mamogramov ni ali pa novonastala sprememba ne kaže posebnih znakov malignosti, se lahko odločimo za **opazovanje** v določenih časovnih presledkih, največkrat po treh, šestih in dvanajstih mesecih.

Invazivni diagnostični posegi

Uporabljamo jih za prikaz bolezenskih sprememb v mlečnih izvodilih, za izpraznitev velikih cist in za citološko ali histološko potrditev raka ali benignih sprememb. Ti posegi so naslednji:

Duktografija

Duktografija prikaže mlečna izvodila. Opravljamo jo pri ženskah s seroznim ali krvavkastim iz-

cedkom iz bradavice. Poseg je enostaven. V izvodilo vstavimo tanko iglico in skozi njo vbrizgamo barvilo, ki napolni prizadeto izvodilo. Nato dojko slikamo. Z veliko zanesljivostjo tako pojasnimo vzrok izcedka in prikažemo mesto lezije. Največkrat gre za papilom, ki ga kirurg tako prikazanega lažje odstrani. Preiskovanko včasih boli uvajanje tanke igle in vbrizgavanje barvila, takrat predel bradavice predhodno anesteziramo.

Igelna biopsija ali punkcija

Igelna biopsija ali punkcija je postopek, pri katerem z iglo odvezamo celice ali manjši košček tkiva za pregled pod mikroskopom. Ločimo tankoigelnno citološko biopsijo in igelno histološko biopsijo. Obe vrsti izvajamo s pomočjo stereotaktične naprave, za katero se je udomačil izraz "**citoguide**". To je računalniška naprava, ki nam omogoča natančno vstavitve igle v nejasno, mamografsko vidno, spremembo. Pri tej preiskavi najprej s kompresorijem, ki ima okno, stisnemo preiskovani del dojke. Slikamo v dveh poševnih smereh na isti film. Nato nam računalnik izračuna točno lego lezije in pomakne vodilo igle v potreben položaj. Če izvajamo citološko punkcijo, radiolog zabode tanko iglo skozi vodilo v tkivo in aspirira celice. Pri histološki punkciji pa uporablja debelejšo iglo, kar je za žensko boleče, zato pred uvajanjem igle preiskovani del dojke anestezira. V obeh primerih opravi najmanj tri punkcije. Obe preiskavi trajata okoli pol ure. Ženska med preiskavo sedi in mora paziti, da se ne premika, kar je največja neprijetnost zanj. Če jo uvajanje igle boli, mora opozoriti zdravnika, ki po potrebi močnejše anestezira dojko.

Zapleti po igelnih biopsijah so redki. Lahko nastopi močnejša krvavitev in hematoma, ki po nekaj tednih izgine. Kolaps oziroma kratkotrajna nezavest lahko nastane zaradi vazovagalne reakcije, ker pacientka med preiskavo sedi. Tudi ta zaplet se hitro popravi, ko pacientka krajši čas odleži. Zelo redko se lahko na mestu vboda pojavi vnetje, ki se z uporabo antibiotika hitro pozdravi.

Ultrazvočno vodena punkcija

Ultrazvočno vodena punkcija se izvaja pri vseh tistih lezijah, ki so dobro vidne pod ultrazvokom.

Prednost te punkcije pred stereotaktično je predvsem v tem, da radiolog vidi konico igle ves čas preiskave, jo lahko premika v različnih smereh in zato lahko vzame tkivo z več mest. Preiskava je manj neprijetna za pacientko, ker ves čas leži in tudi zahteva po mirovanju ni tako stroga kot pri prejšnji preiskavi.

Predoperativno označevanje lezije v dojki z žico je potrebno pri netipnih tumorji

Netipljivo lezijo v dojki (najdeno z mamografijo, ki jo je potrebno kirurško odstraniti), moramo pred operacijo označiti, sicer je kirurg ne najde. Postopek označevanja take lezije se izvaja na enak način kot stereotaktična punkcija, le da radiolog skozi iglo uvede tanko žico, ki jo s kaveljčkom utrdi v leziji. Pri operaciji kirurg sledi žici, tako hitro najde lezijo in odstrani le potreben del tkiva.

Ob zaključku bi še enkrat poudarila, da je klasična mamografija že desetletja najuspešnejša metoda za odkrivanje raka dojk v zgodnjem stadiju. Spoznanje, da samo dva posnetka dostikrat ne zadoščata za dokončno oceno nepravilnosti tkiva dojke, pa je privedlo do razvoja številnih dopolnilnih postopkov, ki so opisani kot slikovni in invazivni. Žal ti dopolnilni postopki vzbujajo pri preiskovankah neupravičen strah, ki pa bo morda manjši, če bodo poznale njihov smisel.

Breda Jančar, dr. med.

Poreden človek se hudobije drugega veseli in nad čednostjo jezi.

Slab človek vse na slabo obrača.

Bolje, da ti zavidajo, kakor da te žalijo.

Toliko sme človek vsakemu privoščiti, kolikor samemu sebi.



prof. dr.
Zoran M. Arnež

REKONSTRUKCIJA DOJKE PO MASTEKTOMIJI

*Zaradi zdravljenja raka dojke je v mnogih primerih potrebno dojko v celoti operativno odstraniti. Izguba dela telesa in spremenjena telesna podoba sta za marsikatero žensko zelo boleči. Da bi se lažje odločale za plastično operacijo, je v pripravi knjižica z opisi vseh možnih načinov rekonstrukcije dojke. Svetovno priznanega strokovnjaka s tega področja, **prof. dr. Zorana M. Arneža**, predstojnika Kliničnega oddelka za plastično kirurgijo in opeklino, Kliničnega centra v Ljubljani, smo zaprosili, da nekaj o tem pove tudi bralcem Okna. Strokovnemu opisu dodaja svojo izkušnjo z rekonstrukcijo dojke ga. Miša Orel. V rubriki Pričevanja pa lahko preberete še izpoved ga. Bojane Milič.*

V zadnjih 25 letih je rekonstrukcija dojke prerasla iz izjemnega kirurškega posega v vsakdanji dogodek, ki je postal pomemben del rehabilitacijskega procesa po mastektomiji, to je po operativni odstranitvi cele dojke.

Tudi v estetskem smislu so rezultati rekonstrukcije dojke napredovali tako, da je "nova" dojka sedaj skoraj normalnega izgleda in skoraj simetrična z zdravo dojko.

Na sodobno rekonstrukcijo so vplivali številni dogodki: prehajanje od radikalne k modificirani radikalni mastektomiji, spremembe v obliki in sestavinah silikonskih vložkov in vložkov s fiziološko raztopino, tkivni ekspanderji ter mišično-kožni režnji, ki zagotavljajo velike kose dobro prekrvljenega tkiva za rekonstrukcijo dojke.

Vsi ti napredki omogočajo plastičnim kirurgom celo vrsto sprejemljivih nadomestnih rešitev za rekonstrukcijo pri bolnicah tako po najhujših radikalnih mastektomijah, kot pri drobnih bolnicah z majhnimi dojkami po modificirani radikalni mastektomiji.

Vse te različne tehnike rekonstrukcije lahko uporabimo za takojšnjo rekonstrukcijo, ki jo napravimo sočasno z mastektomijo ali pa za odloženo rekonstrukcijo, ki sledi mastektomiji po določenem času. Rekonstrukcija dojke bolnicam zmanjšuje psihološke težave, kot so: depresija in druge razpoloženske motnje, izguba želje po spolnosti, negativna telesna podoba, izguba ženskosti, moteno samozaupanje itd. Boljše duševno stanje pa omogoča učinkovitejšo spopadanje z boleznijo.

Izbiri načina rekonstrukcije določa več dejavnikov, za vsako bolnico posebej

Pri izbiri najprimernejše rekonstrukcijske metode se za vsako bolnico posebej odločamo predvsem glede na vrsto mastektomije in lokalno stanje tkiv na prsnem košu, splošno zdravstveno stanje bolnice in njeno telesno zgradbo, stanje druge, zdrave dojke in na posebne želje bolnice.

• Vrsta mastektomije in lokalno stanje tkiv na prsnem košu

Vrsta mastektomije ima velik vpliv na izbiro načina rekonstrukcije. Posledice radikalne mastektomije so vboklina pod ključnico, izguba sprednje pazdušne gube in pomanjkanje kožnega pokrova. Nasprotno pa lahko po modificirani radikalni mastektomiji ostane še obilica mehkih tkiv.

Oceniti je treba kolikšen del velike prsne mišice je bil odstranjen, koliko kože je ostalo na prsnem košu in kakšna je brazgotina po mastektomiji. Glede na ugotovitve take preproste fizikalne preiskave

lahko kirurg oceni, ali je mogoča enostavna rekonstrukcija z vstavitvijo silikonskega ali s fiziološko raztopino napolnjenega vložka. Oceniti, ali je potrebno obstoječo kožo in mišico pred tem razširiti s tkivnim ekspanderjem ali pa je mehkih tkiv tako malo, da jih je potrebno nadomestiti z režnjem.

Nato je treba pretehtati, katera izmed omenjenih rekonstrukcijskih metod bi v danem primeru zagotavljala najboljši estetski rezultat in ga oceniti glede na vse ostale pomembne dejavnike.

• Splošno zdravstveno stanje bolnice in njena telesna zgradba

Pri zdravih bolnicah se lahko odločimo za katerokoli rekonstrukcijsko metodo. Pri starejših in pri bolnicah s sistemskimi boleznimi pa je varneje poseči po enostavnejših metodah rekonstrukcije, kot so: vstavev vložka pod prsno mišico ali tkivna ekspanzija.

Zdrave bolnice z obilnim, vendar ne visečim trebuhom, so primerne za rekonstrukcijo s pecljati prečnim trebušnim mišično-kožnim (TRAM) režnjem. Seveda pa je pred tako odločitvijo treba izključiti bolnice, ki imajo brazgotino po različnih operacijah, kot so npr. odstranitev žolčnika, carski rez, odstranitev slepiča. Večina kirurgov odsvetuje rekonstrukcijo s pecljati TRAM režnjem tudi kadilkam in bolnicam s sladkorno boleznijo. Oceniti velja tudi tkiva na zgornjem delu trebuha med popkom in žličko. Čim bolj ohlapna so, tem lažje bo zapiranje dajalskega mesta pecljatega, pa tudi prostega TRAM režnja. S temi tkivi je namreč treba doseči spodnji trebuh in zapreti rano na podoben način kot pri estetski trebušni plastični operaciji.

Kadar pomislimo na rekonstrukcijo z režnjem najširše mišice na hrbtu, moramo najprej preveriti ali je mišica še oživčena. Ob tem smo pozorni tudi na barvo in teksturo kože na hrbtu. Primerjamo ju z barvo in otipom kože na prsnem košu.

Kadar so brazgotine po mastektomiji močno zadebeljene (hipertrofične), bi ob rekonstrukciji z režnji povzročili dodatne hipertrofične brazgotine, zato velja v takih primerih razmisliti o rekonstrukciji s pomočjo tkivnih ekspanderjev, ki zaradi no-

tranje kompresije lahko izboljšajo izgled obstoječih brazgotin, ne da bi bile za vstavev ekspanderja potrebne nove.

Na mikrokirurški način rekonstrukcije so včasih pomislili le, kadar ni prišla v poštev nobena od zgoraj naštetih metod, danes pa jo vse več kirurgov uporablja kot metodo prve izbire.

• Stanje zdrave dojke

Osnovni cilj rekonstrukcije dojke je doseči čim večjo simetrijo z nasprotno, zdravo dojko: Zato je potrebno oceniti, s katero metodo bo to mogoče najlažje in najbolje doseči. Pri tem so možni tudi posegi na zdravi dojki, s katerimi jo lahko po velikosti in obliki približamo rekonstruirani dojki. Vseskozi pa se je treba zavedati, da je pri teh bolnicah povečana nevarnost nastanka raka v nasprotni dojki.

Po mastektomiji je možnih več načinov rekonstrukcije dojke:

• Rekonstrukcija z vsadkom (protezo)

Tak način rekonstrukcije je primeren predvsem za ženske z majhnimi do srednje velikimi dojkami. Pri njih je mogoče doseči primerno velikost in obliko rekonstruirane dojke. Vsadek vstavimo bodisi pod kožo ali pod prsno mišico. Vstavev pod mišico ima za posledico mehkejši obris dojke in manj zapletov.

Danes je jasno, da vsadki, napolnjeni s silikonskim elastomerom ali s fiziološko raztopino, ne povzročajo raka ali drugih bolezni, niti ne ovirajo detekcije raka. Edina slabost je, da otežujejo oceno mamografije. Najnovejši dosežek na tem področju so anatomsko oblikovani teksturirani vsadki, ki se anatomsko prilegajo telesu.

Ko smo operativno izdoblili žep namenjen vsadku, dvignemo operacijsko mizo tako, da bolnico namestimo v skoraj sedeč položaj. V tem položaju preizkusimo različne velikosti in oblike vsadkov in izberemo najprimernejšega.

Najpogosteje opisani zapleti so infekcija okrog vsadka (včasih je potrebna odstranitev vsadka), kontrakcija kapsule okrog vsadka, pomanjkanje

gube pod dojko ter napačna namestitvev s posledično asimetrijo.

Po taki operaciji ostane bolnica v bolnišnici 3 do 4 dni. Z delom pa lahko prične po 14dneh.

• Rekonstrukcija s tkivno ekspanzijo

Tkivna ekspanzija pomeni razširjanje mehkih tkiv na prsnem košu, ki so po kakovosti sicer primerna, vendar jih za vstavev vsadkov pod prsno mišico ni dovolj. Glavne prednosti te popularne metode so, da gre za manjši operativni poseg, posebej primeren za starejše in bolne osebe, da dojko rekonstruiramo s kožo, ki je enake barve in otipa kot na zdravi strani in z minimalnimi novimi brazgotinami.

Slabosti tkivne ekspanzije pa so pogosti obiski zdravnika zaradi perkutane ekspanzije, neprijetni občutki zaradi pritiska ob ekspanziji ter asimetrija med hiperekspanzijo v kasnih obdobjih ekspanzije. Potrebno je sodelovanje bolnice, saj lahko ekspanzija do nadomestitve ekspanderja s protezo traja več mesecev.

Vstavev ekspanderja v žep je podobna kot pri vsadkih. Začetno polnjenje ekspanderja med operacijo samo je namenjeno izgladitvi baze ekspanderja, odpravi gub, ki bi lahko povzročile utrujenost materiala in puščanje tekočine ter ustvarjanju ravno toliko pritiska na kožne režnje, kot ga prenesajo, da istočasno brez napetosti zašijemo vse rane.

Perkutano polnjenje (skozi valvulo, ki je nameščena pod kožo) se začne, ko so vse rane zaceljene, ponavadi 2 tedna po operaciji. Do zaželenega volumna je potrebno priti čim hitreje. Celoten čas vbrizgavanja traja 4 – 6 mesecev.

Vstavev trajnega vsadka je včasih precej zapleten poseg in ne gre le za zamenjavo ekspanderja za vsadek

Velikost vsadka za zamenjavo tkivnega ekspanderja ne določimo na podlagi volumna vbrizgane tekočine v ekspander, pač pa izkustveno. Bolnico postavimo v sedeč položaj in izberemo najprimernejšo velikost vsadka po tem, ko smo preizkusili več velikosti in oblik vsadkov.

Bradavico in kolobar lahko rekonstruiramo istočasno ali čez nekaj mesecev. Istočasna rekon-

strukcija ima prednost, ker zmanjša število operativnih posegov na dva; odložena pa ima prednost lažje določitve natačnega položaja.

Skrbno načrtovanje in nežna operativna tehnika zmanjšata število pooperativnih zapletov.

Pri tem posegu je potrebna dolga odsotnost z dela, saj traja samo vbrizgavanje v ekspander 4 – 6 mesecev, nato pa sledi še zamenjava ekspanderja za vsadek.

• **Rekonstrukcija z režnjem (latissimus dorsi) najširše mišice na hrbtu**

Gre za metodo opisano na začetku tega stoletja, ki zagotavlja zanesljivo rekonstrukcijo dojke. Njena prednost je, da zagotavlja rekostrukcijo dojke na predvidljiv način iz mišice na hrbtu in nad njo ležeče kože istočasno z eno samo operacijo. Slabosti te metode sta novi brazgotini na prsnem košu in na hrbtu ter nujnost uporabe tkivnega vsadka (proteze) za dosego primerne projekcije dojke.

Mišica latissimus dorsi izhaja iz spodnjih prsnih vretenc, izrastkov križnih in trtičnih vretenc in grebena črevnice ter narašča v obliki ploske kite na manjšem tuberklu nadlaktnice. Je ploska in po površini največja mišica telesa.

Pri rekonstrukciji po radikalni mastektomiji situacija na prsnem košu zahteva mišico zgoraj, bližje ključnici, kožo pa spodaj, blizu gube pod dojko. Zato mora biti kožni otok visoko na hrbtu.

Pri rekonstrukciji po modificirani radikalni mastektomiji naj bi bila kožni otok in mišica čim bolj spodaj, zato otok načrtujemo poševno, čim nižje na hrbtu.

Po izdelavi žepa pod prsno mišico sledi namestitev režnja v željeni položaj. Zgornji rob mišice latissimus dorsi šivamo na spodnji rob prsne mišice. Pri rekonstrukcijah po radikalni mastektomiji šivamo mišico latissimus dorsi na pokostnico ključnice s čimer zapolnimo vrzel pod njo. Kožni del režnja pazljivo zašijemo v predel gube pod dojko. V žep namestimo vsadek, ekspander ali vsadek-ekspander najprimernejše velikosti.

Zapleti pri uporabi tega dobro prekrvljenega režnja so redki in so povezani s kombinacijo denervirane mišice, obsevanja pazduhe in grobe prepara-

cije v pazduhi s poškodbo ali nategom veje za mišico serratus. Med običajnejše zaplete štejemo hematomo, infekcijo, zdrs vsadka v višji položaj, kontrakturo kapsule okrog vsadka in serom na dajalskem mestu.

Morbiditeta v ramenskem in komolčnem sklepu je minimalna, a kljub vsemu prisotna, podobno kot rahla vdolbina na dajalskem mestu na hrbtu.

Bolnica ostane v bolnišnici 1 teden, nato prične z razgibavanjem rame in roke. Odsotnost z dela zaradi rekonstrukcije traja približno 1 mesec.

• **Rekonstrukcija s pecljatom transverzalnimi rektus abdominis (TRAM) režnjem (rekonstrukcija s pecljatom prečnim režnjem preme mišice trebuha)**

Glavni prednosti pecljatega TRAM režnja sta možnost popolnoma avtologne rekonstrukcije dojke brez uporabe vsadkov ter istočasna izboljšava estetskega videza trebuha zaradi odvzema režnja. Dolgoročno daje ta tehnika najboljše rezultate od vseh. Slabost pa je v tem, da predstavlja velik operativni poseg in da je pooperativna rehabilitacija daljša.

Parni mišici rektus abdominis izvirata s hrustancev šestega, sedmega in osmega rebra in naraščata na sramnično kost.

Za uspešno operacijo je pomembna pravilna izbira bolnic. Debele bolnice z visečim trebuhom niso primerne kandidatke, ker je nevarnost zapletov pri njih močno povečana. Enako velja za hude kadičke in bolnice s sladkorno boleznijo. Takim bolnicam nudi večjo varnost prosti prenos enakega režnja s pomočjo drobnoužilnih povezav.

Idealna bolnica za rekonstrukcijo s pecljatom TRAM režnjem je primerno motivirana ženska s primerno količino maščevja na trebuhu, ki bi ji koristila estetska operacija trebuha.

Pecljati TRAM reženj načrtujemo navadno na nasprotni strani mastektomije ker je treba mišico v predoru med prsnim košem in trebuhom manj zviti.

Zelo pomembno je natančno neposredno zašiti vrzeli sprednje pole rektusove ovojnice po odvzemu režnja. Neposredni šiv ima absolutno prednost pred fascijalnimi režnji ali uporabo aloplastičnih

sintetičnih mrež. Mogoč je celo pri obojestranskih TRAM režnjih. Nepravilen odvzem režnja ali zapiranje vrzeli sprednje pole ovojnice mišice rektus lahko povzroči nastanek prave pooperativne trebušne kile ali pa izbočenja trebušne stene zaradi denervacije mišice.

Operacijo začnemo v splošni anesteziji, pri čemer bolnica leži na hrbtu in najprej zarezemo okrog prej narisanih mej TRAM režnja. Postopek je zapleten in natančen, položaj bolnice je potrebno spreminjati, oz. prilagajati posegom.

Na koncu operacijsko mizo namestimo tako, da dvignemo prsni koš in pokrčimo kolena. Na ta način lahko istočasno oblikujemo reženj v prsnem košu in zapiramo odvzemno mesto na trebuhu.

Mogoči zapleti vključujejo: povrhnjo ali globoko vensko trombozo zaradi nepokretnosti bolnice, čemur se lahko izognemo s kompresijskim povijanjem nog, izvajanju vaj za goleni in zgodnjo hojo. Nekrozi režnja ali nekrozi maščevja se lahko izognemo s pazljivo izbiro bolnic in uporabo dvopecljatih režnjev. Nekrozam na kožno podkožnem režnju trebuha, izboklinam trebušne stene ali trebušnim kilam se izognemo z natančno operativno tehniko. Najpogostejši zaplet v rokah izurjenih kirurgov je ishemična nekroza dela režnja.

Bolnica ostane v bolnišnici en teden. Ko oddide domov mora vstajati iz postelje z boka in nositi elastični kilni pas 3 do 4 mesece. Izogibati se mora dvigovanju težjih bremen ter popolnoma opustiti vaje za trebušne mišice. Z delom lahko prične en mesec po operaciji.

• Mikrokirurška rekonstrukcija dojke

Vse več kirurgov meni, da je mikrokirurška rekonstrukcija boljša kot druge rekonstrukcijske tehnike in jo smatra za rekonstrukcijo izbire. Teoretične prednosti take rekonstrukcije so v boljši prekrvljenosti avtolognega tkiva režnja, lažjem oblikovanju tkiva in lepšem estetskem izgledu. Manj je tudi funkcijske motenosti na mestu odvzema, saj je moč trebušnih mišic po odvzemu prostega TRAM režnja večja kot pri dvopecljatem TRAM režnju.

V Ljubljani je rekonstrukcija s prostim prenosom tkiva rekonstrukcija izbire zaradi zgoraj ome-

njenih prednosti, pa tudi zaradi tega, ker se z njo izognemo uporabi vsadkov in zapletom v zvezi v njimi. Največkrat se odločimo za rekonstrukcijo z režnji s trebuha zaradi podobnosti tkiv kar se tiče otipa in barve. Samo v primerih kadar na trebuhu ni dovolj tkiva dojko rekonstruiramo z režnji iz zadnjične mišice regije ali s prostim režnjem najširše mišice na hrbtu in kože. O izbiri režnja s trebuha se odločimo na podlagi preoperativnih izvidov, predvsem Dopplerskih preiskav ožilja in na podlagi realne situacije, ki jo ugotovimo med samo operacijo.

Operacijo pričnemo s spodnjim rezom na trebuhu kot pri estetski operaciji trebuha. Zarezemo samo skozi kožo in najprej poiščemo povrhnje žilje. Žilju sledimo proti izstopišču iz femoralne arterije in vene. Reženj dvignemo, kadar je premer te arterije ob istopišču večji od 1,5 mm. Kadar je premer manjši, dvig celotnega kožno podkožnega TRAM režnja ni več varen. Dvigovanje TRAM reženj gre na enak način kot pri pecljati obliki. Če smo identificirali debele prebodnice v stranski vrsti, potem skušamo dvigniti reženj kot perforantni reženj (TRAM reženj brez mišice) na stranskih prebodnicah. Če smo identificirali pomembne prebodnice proti sredini, skušamo dvigniti sredinski prebodični reženj. Če pa nismo identificirali pomembnih prebodnic, bomo dvignili navadni prosti TRAM reženj z ohranitvijo osrednjega in stranskega pasu preme mišice. Tak način izbire omogoča dvig režnja s kar najmanjšo možnostjo pooperativnih zapletov na odvzemnem mestu. Pri zadnjih 25 rekonstrukcijah dojke smo dvignili 7 režnjev na povrhnjem spodnjem epigastričnem žilju, 2 prosta TRAM režnja in 16 prostih DIEP režnjev. V funkcionalnem smislu pri povrhnjem spodnjem epigastričnem režnju ne more priti do zapletov, saj ovojnica trebušnih mišič ni niti prerezana. Pri DIEP režnju je sprednja ovojnica mišiče rektus sicer prerezana, vendar ni izrezana, zaradi česar jo zlahka neposredno zašijemo brez napetosti na šivni črti. Zato je možnost nastanka kile majhna, večja pa je možnost denervacije trebušne stene zaradi prereza mišičnih vej spodnjih kostalnih živcev. Pogostnost zapletov pri odvzemu prostega TRAM režnja z

zmanjšanim izrezom mišice rektus in sprednje pole njene ovojnice (3x2 cm) je v Ljubljani majhna (manj kot 3%).

Pri prostem prenosu režnjev s trebuha na prsni koš je potrebno prerezano spodnje globoko ali povrhnjo epigastrično žilje zašiti na sprejemno žilje na prsnem košu ali v pazduhi. Pri nas je sprejemno žilje izbire arterija in vena mamaria interna, do katere pristopimo skozi brazgotino po mastektomiji, potem ko odstranimo del hrustanca tretjega ali četrtega rebra (približno 3 cm). Drobnost žilne povezave opravimo pod mikroskopom. Pogostnost drobnožilnih zapletov je majhna (< 5 odstotkov). Najpogostejši so v prvih 24 urah po operaciji. Če se krvni pretok ustavi, je potrebna takojšnja vzpostavitev pretoka s ponovno operacijo. Kadar ne uspemo vzpostaviti pretoka krvi, reženj v celoti odmre. Pri naših bolnicah se je to zgodilo v manj kot 5% primerov.

Po tej operaciji bolnica lahko po 14 dneh normalno obremenjuje trebušne mišice in dviguje tudi težje predmete, po operaciji z DIEP režnjem pa po 1 mesecu.

• Sekundarne rekonstrukcijske operacije

Približno 3 do 4 mesece po rekonstrukciji dojke rekonstruiramo bradavico in kolobar. Največkrat gre za ambulantni poseg v lokalni anesteziji. Bradavico najpogosteje rekonstruiramo iz tkiva režnja s pomočjo tako imenovanega ražastega režnja. Kolobar pa s prostim transplantatom cele debeline kože z notranjega, temneje pigmentiranega dela stegna ob zunanjem spolovilu. Druge popravne operacije so redkejše. Včasih je potrebno v lokalni anesteziji z liposukcijo odstraniti odvečno maščevje. Včasih je potrebno zmanjšanje rekonstruirane dojke ali pa natančnejša določitev položaja inframamarne črte. Včasih je potrebno odstraniti nekrotični (odmrli) del, ali slabše prekrvljeni del režnja. Spet drugič na odvzemnem mestu režnja preostanejo kožni uhlji, ki jih je potrebno odstraniti. Vedno večkrat se odločamo tudi za tetovažo novega kolobarja, s čimer dosežemo boljšo barvno skladnost z zdravo stranjo.

prof. dr. Zoran M. Arnež



Miša Orel

Ko sem leta 1980 zbolela zaradi raka in so mi odstranili dojko, sem imela 34 let. Pred tem sem bila športnica, živahna in polna življenja. Sprejela sem zdravljenje na Onkološkem inštitutu, tako kot so mi predlagali. Poleg operacije sem prejela še eno leto kemoterapijo. Najvažnejše mi je bilo, da preživim, vendar se kasneje nisem mogla sprijazniti s protezo. To je bila moja stalna nočna mora, vedno sem jo kje pozabila. Nisem nečimerna ženska, pa me je vseeno motilo. Na sto stvari sem morala paziti, se bolj počasi gibati in vedno misliti, kako se naj oblečem, da se ne bi kaj opazilo.

Tako je minilo 7 let. Nekega dne sem gledala televizijo. Pritegnila me je oddaja o rekonstrukciji dojke s prostim režnjem. Predstavljen je bil dr. Arnež kot plastični kirurg, inovator. Popolnoma me je prevzelo. "To je tisto, kar sem si ves čas želela", sem si rekla.

Komaj sem čakala, da se bom posvetovala z zdravniki. Na oddelku za psihoonkologijo sem dobila vso podporo. Moj kirurg pa mi je rekonstrukcijo odsvetoval, češ "naj bom srečna, da sem še živa, da pa mi itak ne more reči, da sem zdrava".

Tla so se mi zamajala pod nogami. Vendar sem vseeno vztrajala pri svoji odločitvi. Šla sem v Klinični center na oddelek za plastično kirurgijo k dr. Arnežu na pogovor in se posvetovala, če sploh pride taka operacija zame v poštev. Bilo me je strah, da bi se bolezen ponovila. Veliko sem premišljevala in končno prišla do spoznanja, da je vredno poskusiti. Če se operacija ne bi posrečila, pa mi še vedno ostane proteza. Uspelo je in sedaj mineva že 11 let.

Ni bilo lahko, kar nekaj operacij je bilo potrebnih. Vendar sem zelo zadovoljna in srečna. Če bi bilo potrebno, bi se še enkrat enako odločila.

Miša Orel



dr. Vesna Radonjič -
Miholič

RAK DOJKE IN SAMOPODOBA ŽENSKE

Mnogi bolniki doživljajo bolezen kot hudo razočaranje. Zdi se jim, da jih je telo izdalo, čeprav so zdravo živeli, skrbeli za prehrano in telesno vadbo. Doživljanje spremenjene telesne podobe lahko ruši samozavest in samospoštovanje ter ovira medsebojne odnose v ožjem in širšem socialnem okolju.

*Da bi lažje razumeli zapletena psihološka dogajanja pri ženskah z rakom dojke, smo za prispevek o tej temi zaprosili **klinično psihologinjo dr. Vesno Radonjič-Miholič** z Inštituta RS za rehabilitacijo.*

Telesna podoba in samopodoba se razvijata in spreminjata. Telesna shema je razumska predstava, telesna podoba pa je naše notranja podoba lastnega telesa

Duševnost in telo se ves čas neločljivo prepletata, vendar se njunega medsebojnega vplivanja le redko povsem jasno zavedamo. Doživljamo se eno s svojim telesom, občutimo ga kot neločljiv del sebe. V zgodnjem otroštvu pričnemo spoznavati svoje telo in z njim doživljamo prve izkušnje ugodja in nelagodja, svobode in oviranosti. Telo omogoča dejaven stik z okoljem. S temi izkušnjami razvijamo različne ravni zavedanja lastnega telesa. Telesna shema je razumska predstava, ki jo ima človek o svojem telesu. Sestavljajo jo predstave o posameznih delih telesa, o njihovem delovanju, medsebojni razporeditvi in povezanosti. Odvisna je od razumske zrelosti in spoznavnih sposobnosti ter od zna-

nja in poučenosti. Otrokova telesna shema je mnogo bolj preprosta kot telesna shema odraslega.

Prav tako razvijamo tudi telesno podobo, ki je naša notranja podoba lastnega telesa; je način, s katerim si predstavljamo svoje telo. Sestavljajo jo zavestna in podzavestna stališča, ki jih razvija posameznik do svojega telesa pod vplivom vzgoje in lastnih izkušenj. Samopodoba ni nekaj stalnega, saj se zelo tenkočutno odziva tako na spremembe v našem telesu kot tudi na spremembe v socialnem okolju.

V življenju vplivajo na naše telo številni dejavniki, od normalnih razvojnih do bolezenskih. Vsakdo na svoj način vgradi te spremembe v telesno podobo. Na ta proces vplivajo različni dejavniki: starost, spol, vrednote, nazori, pričakovanja, sociokulturni prostor in pričakovnost sprememb.

Velja torej poudariti, da telesno podobo oblikujejo tako resnične poteze in vidne značilnosti kot tudi čustven odnos do teh potez.

Težave s telesno podobo imajo predvsem mladostniki in odrasli, otroci pa le izjemoma.

Pozitivno sprejemanje telesne podobe ugodno vpliva na samospoštovanje. Naraven odnos do telesa je sestavni del zrele osebnosti

Telesna podoba pomembno oblikuje našo samopodobo in samozavest. Pozitivne izkušnje s telesom, ki jih doživljamo (bodisi neposredno preko občutkov ugodja med različnimi telesnimi aktivnostmi ali posredno preko uspešnosti v različnih telesnih spretnostih in veščinah), pomembno prispevajo k temu, da smo bolj zadovoljni sami s seboj. Telesni videz, ki se približuje vsakokratnim telesnim idealom v neki socialni skupini in to, da našo telesno podobo pozitivno sprejemajo drugi, še posebej za nas pomembni ljudje, sta prav tako pomembna dejavnika, ki vplivata na samospoštovanje. Med telesno podobo in samospoštovanjem obstaja vedno določena povezava. Pri tem je pomembno kakšno vlogo ima telesna podoba za doživljanje samega sebe.

Telesna podoba je zato pomembna tudi za naše duševno stanje, saj vpliva na odnos do samega sebe

kot tudi na medosebne odnose in na naše odzivanje v vsakodnevnem življenju. Nekateri s posebno pozornostjo negujejo svoje telo, drugi so do njega brezbrizni ali ga celo zanemarjajo. Vsak človek pa ima tudi nekaj, kar mu na njegovem lastnem telesu ni všeč, s čimer ni zadovoljen. To pomanjkljivost lahko sprejme in vgradi v svojo samopodobo, jo skuša popraviti ali prikriti. Včasih pa se iz tega razvijejo problemi, ki lahko povzročajo hude skrbi.

Hude stiske pa preživljajo ljudje, ki imajo izrazito negativen ali celo popačen pogled na svoje telo. Večine tega, kar vidijo pri sebi, ne marajo. To je lahko uničujoče za njihovo zdravje. Razumljivo je, da si prizadevajo za izboljšanje videza, vendar pa je prav, da so dovolj realni glede tega, kaj je potrebno in kaj se da doseči.

Obstajajo številni vzroki, ki vodijo do podcenjevanja lastnega telesa. Včasih je to posledica prevzetega stališča iz okolja, drugič spremembe telesa zaradi bolezni ali poškodbe, neuspeha v partnerskih odnosih, spolne zlorabe, neuspeha pri športu ali zasmeševanja v otroštvu ipd.

Večina ljudi ima jasno podobo o tem, kakšni bi želeli biti in kakšni so v resnici. Če sta predstavi usklajeni, sledi zadovoljstvo; če se razhajata, sledi tesnoba ali celo depresivnost. Na našo samopodobo vpliva tudi to, kako nas doživljajo drugi. Čeprav naj bi bili odrasli ljudje sposobni vzdrževati pozitivno podobo o sebi, ne glede na reakcije okolja, je to praktično skoraj nemogoče.

Positivno sprejemanje telesne podobe ugodno vpliva na samospoštovanje, velja pa tudi obratno. Človek z nizkim samospoštovanjem sebe nasploh zavrača, zato tudi ne mara niti svoje telesne podobe.

Naraven in nekonflikten odnos do telesa je sestavni del zrele osebnosti. Dejaven stik z lastnim telesom je neprekinjen proces, ki je vse življenje sestavni del celostnega odnosa do sebe.

Posamezni deli telesa imajo tudi določen simbolni pomen

Ko govorimo o odnosu do telesa, moramo upoštevati, da imajo posamezni deli telesa tudi določen

simbolni pomen. Ta simbolni pomen je lahko širše sprejet (glavo povezujemo z razumom) ali pa je značilen za posameznikovo izkušnjo (roke pri pianistu).

Ženske prsi prav gotovo sodijo med telesne dele z močno simbolno sporočilnostjo. Že skozi stoletja so tako v vsakodnevnem življenju kot tudi v umetnosti, ohranile svoj poseben pomen - simbolizirajo ženskost, ki vzbuja spolno poželenje in obljublja materinsko tolažbo.

Telesna lepota ima vselej posebno vrednost, saj nosilcu praviloma zagotavlja pozornost, naklonjenost ter olajšuje vzpostavljanje kontaktov v socialnem okolju.

Telesna podoba je za ženske zaradi zahtev okolja pomembnejša kot za moške. Odnos do telesa in njegov pomen za samopodobo in samospoštovanje se s starostjo različno spreminja

V vsakodnevnem življenju ima telesna podoba tudi pomembno vlogo, glede telesne privlačnosti postavljajo ljudje zahtevnejša pričakovanja ženskam kot moškim. Ženska lepota je veliko bolj opevana in ponuja iluzijo sreče; zato se uporablja v reklamah, navdihuje umetnike in je cilj donosne kozmetične industrije.

Zato dekleta že v zgodnjem razvoju iz okolja prevzamejo zahtevo po telesni privlačnosti, kot posebno vrednoto, ki ji morajo slediti, da bi bile v svojem okolju sprejete. Ko se trudijo, da bi čim bolj dosegle podobo, ki ustreza zunanjim kriterijem, pa lahko izgubijo resničen stik s svojo pravo podobo in pristen stik z lastnim telesom.

Telesna privlačnost nima v vseh medosebnih odnosih enako pomembne teže. V partnerskih odnosih se telesna privlačnost krepi, neguje in je znak medsebojnega upoštevanja.

S starostjo se spreminja odnos do telesa in njegov pomen za samopodobo in samospoštovanje, pa vendar ne enakomerno in v vseh okoljih. Običajno vidimo, da so moški bolj občutljivi na spremembo

zmogljivosti, ženske pa na spremembo zunanjega videza.

Zato nekatere ženske že zgodaj s skrbjo in strahom razmišljajo o staranju. Že naraven proces staranja jim ne pomeni postopnega prehoda v neko mirnejše obdobje, ko se lahko z zadovoljstvom soočajo z doseženim in se zavedajo polnosti svojega življenja; ampak jim je strah vzbujajoče obdobje, ko ne bodo več sprejete s tisto naklonjenostjo, ki jo potrebujejo.

Vedno več žensk pa črpa vzpodbude za samopoštovanje iz zelo raznolikih virov: zadovoljstva in uspešnosti v poklicu, uresničevanja svojih sposobnosti, interesov in iz kakovosti medosebnih odnosov z drugimi. Tako se jasneje zavedajo sebe in odkrijejo številne odgovore o smislu življenja v sebi ter pridobijo svobodo pri odločanju. Samopodoba in samozavest postaneta kompaktni, homogeni in sploh ne vemo več, kateri njihov element največ prispeva. V samopodobo postopoma vgrajujejo tako odvečne kilograme, prve sive lase, značilne gubice, kot tudi tveganja ali zmote kakšnih manj uspešnih odločitev.

Rak dojke pomembno vpliva na doživljanje telesne podobe ženske in vzbudi številna burna čustvena dogajanja

Soodvisnost telesnega in duševnega je posebej dramatična med boleznijo. Včasih je njuna prepletenost tolikšna, da je skorajda nemogoče ločiti njun odnos. Tako je lahko doživljanje tesnobe in nelagodja vzrok telesnemu neudobju, lahko je posledica telesne bolezni ali pa ga povzroča soočanje z boleznijo in njenimi posledicami.

Med boleznijo se telesna podoba spreminja zaradi telesnih sprememb, ki jih bolezen povzroča, kot tudi zaradi bolečin, strahu, posledic zdravljenja ipd. Te spremembe pa lahko vplivajo na bolnikov odnos do bolezni in zdravljenja kot tudi na okrevanje in kakovost življenja. Nekatere bolezni imajo še posebej pomemben vpliv na doživljanje telesne podobe. Med take bolezni prav gotovo sodi rak dojke pri ženskah.

Ženska, ki zboli za rakom dojke, se v trenutku znajde v situaciji, ki ji nenadoma in nepričakovano pomembno spremeni življenje. Bolezen poseže pri vsaki ženi v drugačno življenjsko zgodbo in v drugačno socialno mrežo, pa vendar vedno odpre nekatera skupna vprašanja, kot so:

- ali bom preživela,
- ali bom zmogla sprejeti svojo novo telesno podobo in ali me bodo tako sprejeli moji najbližji,
- koliko in kako bom morala spremeniti življenje.

Poleg številnih vprašanj, ki se ji odpirajo o boleznih in zdravljenju, se sooča tudi z raznovrstnimi čustvi, ki jim je včasih težko slediti in jih obvladovati. Soočanje z rakom dojke vzbudi v ženski številna burna čustva: strah, žalost, osamljenost, jezo, tesnobo, ranljivost, občutek krivde, sram, nemoč, zavist, sovraštvo.

Poleg tega, da vzbudi rak dojke tudi strah pred smrtjo, pa je zdravljenje raka (operacija, obsevanje, kemoterapija) praviloma težko in povzroča obremenjujoče posledice. Temu se pridruži še bolj ali manj jasen strah, kaj bo povzročila spremenjena telesna podoba v odnosu drugih do nje.

Vemo, kako pomembno je sodelovanje bolnice pri zdravljenju in okrevanju; a zavedati se moramo, kako je to zanjo težko. Poleg premagovanja fizičnih in psihičnih bremen bolezni in zdravljenja, se mora obolela ženska soočiti še s svojimi strahovi in dvomi vase. V doživljanju se izmenjujejo upanje in obup, potreba po bližnjih in strah pred zavrnitvijo, želja po življenju s hromečim strahom pred smrtjo, telesno nelagodje s psihično bolečino. To je proces, ki se začne, ko se bolnica zave bolezni in traja dokler je ne dojame; šele tedaj se lahko prične z njo spopadati in znova vzpostavljati svoje porušeno duševno ravnovesje.

Med zdravljenjem raka dojke so različne možnosti psihološke opore s strani strokovnjakov, svojcev in prostovoljk

Psihološka podpora bolnici se mora prilagajati njenim potrebam; zagotavljajo pa jo tako strokovnjaki kot tudi družinski člani in prijatelji.

Občutek osamljenosti je pogost spremljevalec bolezni. Pri tem gre bodisi za odsotnost bližnjih ali za občutek, da bolnice nihče ne razume. Podpora bližnjih je zelo pomembna, bolnice potrebujejo od bližnjih predvsem zagotovilo, da so zanje pomembne in da jim bodo stali ob strani.

Za bolnice je pomembno, da med zdravljenjem dobivajo jasne in dovolj natančne informacije o posegih, posledicah in možnih oblikah pomoči. Običajno potrebuje bolnica več pogovorov o bolezni, saj gre za čustveno obremenjujočo situacijo, ko je možnost razumevanja in dojemanja omejena. Med razgovorom je bolnica običajno ves čas na preži za neverbalnimi sporočili, ki jih zdravnik med pogovorom sporoča (usmerjenost pogleda, ton glasu, znaki nestrpnosti ipd.). Ob soočanju z boleznijo so zelo ugodna tudi srečanja s prostovoljkami, ženskami, ki so že prebolele raka dojke. Od njih lahko dobe veliko praktičnih informacij, še bolj pa je pomembna neposredna in pristna izkušnja, da je težave mogoče obvladati.

Po operaciji dojke, ki je zapustila spremembo telesne podobe (morda samo brazgotino), potrebuje bolnica podporo, ko se postopoma sooča z novo situacijo. Potrebuje čas in podporo, da lahko sprejme videz operiranega dela telesa, da se ga postopoma nauči dotikati in ga raziskovati ter da zmore vključiti nego operiranega dela v vsakodnevno običajno nego telesa. Za njo je pomembno, kako se odzivajo drugi, kako jo sprejemajo zdravstveni delavci in kako domači.

Žalovanje po amputaciji dojke in skrb v zvezi s spremenjeno telesno podobo časovno vedno ne sovпада s samo operacijo. Nekatere ženske v prvih dneh sila "pogumno" prenašajo telesne tegobe po operaciji in z veliko mero optimizma zrejo naprej, še posebej, ker so praviloma v prvih dneh deležne posebne pozornosti in vzpodbude bližnjih. V domačem okolju pa postopoma pozornost obledi, ženske postopoma zdrknejo v obveznosti vsakodnevnih opravkov. Skoraj neopazno poskušajo biti tako aktivne kot prej - saj naj bi bilo življenje čim bolj podobno tistemu pred boleznijo. Včasih se še bolj potrudijo, ker je to nek znak hvaležnosti svoj-

cem, da so jim stali ob strani in iz strahu, da jih preveč ne obremenijo. Pogosto pa te obremenitve presegajo nad njihove zmožnosti in postopoma se vse bolj izčrpavajo. Bolj ko se njihova pričakovana odmikajo od realnosti, toliko bolj silovito jih pričnejo preplavljati boleča čustva.

Pristnost in kakovost socialne mreže je v takih trenutkih še posebej na preizkušnji. Ob naklonjenosti in sprejetosti v svojem okolju bo ženska veliko lažje preoblikovala življenje skladno z novo situacijo.



Foto: Janez Koprivec

Bolezen je potrebno razumeti in dojeti, jo sprejeti tako razumsko kot čustveno. Čustveno okrevanje je običajno težje in počasnejše.

Nista pa bolečina in strah ob soočanju z rakom dojke prisotna le pri bolnici, temveč ju podobno silovito lahko doživljajo tudi bližnji.

Soočanje s spremenjeno telesno podobo po zdravljenju raka dojke je dolgotrajen proces in vsaka se odzove na svoj način. Mnoge razvijejo dober stik s seboj, odkrijejo nove vrednote in si življenje obogatijo

Zaskrbljenost zaradi spremenjene samopodobe pa lahko postane aktualna šele čez čas, morda celo ob zaključenem zdravljenju, ko se je potrebno vrniti v vsakodnevno okolje in življenje.

Torej je proces soočanja s spremenjeno telesno podobo zaradi raka dojke in po operaciji dokaj

zahteven in dolgotrajen proces in poteka kot valovanje v doživljanju še dolgo časa od obolenja. Ko se zdi, da je ženska že vse razrešila, da se je vrnila v vsakdanje življenje, da je pozabila bolečo izkušnjo, pa ji lahko kontrolni pregled v bolnišnici ali naključen dogodek ponovno obudi nelagodni občutek. Vsaka ženska se na bolezen odzove na svoj način. Včasih svoja čustva burno izrazi, drugič spet se zdi trdna in odločno usmerjena v življenje. Vsak od teh načinov je lahko v nekem trenutku ugoden in razbremenilen; vendar te izkušnje ni mogoče obvladati brez soočanja z njo. To pa pomeni tudi zaznavanje in obvladovanje žalosti, strahu in tesnobe.

Razvijanje dobrega stika s seboj je: zavedanje svojih potreb, čustev in občutij, zavestno odločanje o sebi, prevzemanje dejavnega odnosa do življenja (občutek, da jaz odločam, namesto da se doživljam kot žrtev okoliščin, na katere ne morem vplivati), aktivno soustvarjanje socialne mreže je dober predpogoj za razvijanje stabilne osebnosti, ki se bo učinkoviteje spopadala z večino stresov, ki jih nosi življenje.

Prav pri težko bolnih pa lahko vidimo, kako nekateri z veliko mero pozornosti upoštevajo svoje telesne zmogljivosti in z iskrenim veseljem do življenja znajo poiskati vrednote v sicer običajnih situacijah in rečeh. Vsaka resnična stiska, ki od nas terja globlje spremembe načina življenja, pomeni tudi priložnost, da se življenja bolje zavedamo, ga obogatimo, da odkrijemo nove vrednote.

Spremenjena telesna podoba pomembno vpliva na komunikacijo z drugimi, saj ima telo pomembno sporočilno moč

Kadar se ljudje srečajo, se med njimi vedno razvije neka komunikacija. Ta pa je zelo občutljiva in lahko ljudi tako zbližuje, kot jih razdvaja; jih povezuje ali še bolj ločuje.

Prav medsebojno sporazumevanje je tista najtrdnjša nitka, iz katere je stkana socialna mreža, ki nas varuje v najtežjih trenutkih in nam omogoča deliti najsrečnejše. Njen prispevek je pomemben

tudi pri oblikovanju in vrednotenju telesne podobe.

Telo ima pomembno sporočilno moč (govorica telesa, drža, dotik). Telesna govorica pripoveduje o človekovi osebnosti, značajskih potezah, razpoloženju, odnosu do sebe in do sogovornika.

Komunikacija zajema tako verbalna kot tudi neverbalna sporočila in prav ta neverbalna sporočila so toliko bolj povezana s telesom kot posredovalcem sporočil. Čimbolj je situacija za človeka pomembna, bolj bo sprejemljiv za govorico telesa pri drugih. Če telesno sporočilo (izražanje) ni v skladu z besedilom, so ljudje videti okorni, togi in nepričljivi. To je lahko pomemben razlog, da postane sporazumevanje neudobno, neprijetno, ker izgubi osnovni namen.

Podobo o nas, ki jo bodo drugi oblikovali in se bodo glede na nanjo do nas tudi vedli, v veliki meri tudi mi sooblikujemo. Za uspešno komunikacijo je treba vedeti, da jo oblikujeta oba udeleženca; tako tisti, ki posreduje, kot tisti, ki sprejema. Če svojih potreb in želja ne posredujemo jasno in neposredno, je majhna verjetnost, da jih bodo drugi razumeli in pomagali uresničiti. Branje iz oči, predvidevanje želja drugih je nezanesljivo in utrujajoče za tistega, ki skuša drugemu ustreči. Sčasoma lahko postane tak odnos zelo utesnjujoč tudi za tistega, ki mu je tovrstna skrb namenjena.

Kakor je za bolnico pomembno razumevanje in vzpodbuda drugih, zanj pomembnih oseb, pa je tudi sama soodgovorna tudi za kakovost tega odnosa. Samozavestnejša ženska bo lažje odkrito in neposredno posredovala svoja doživljanja in potrebe ter tako pomagala, da jo bodo bližnji prav razumeli in ji lažje nudili oporo. V pristnem odnosu nam neugodnih čustev sicer ne more drug odvzeti, lahko pa jih neposredno delimo, s tem pa postane odnos varnejši in udobnejši za vse.

dr. Vesna Radonjič-Miholič





Ureja:
prof. dr. Pavle Jezeršek

DOBRO JE VEDETI, KAJ POMENI

Drobnocelična oblika raka bronhialne stene: v pljučih, zlasti v bronhi je več vrsta raka; drobnocelična oblika raka bronhialne stene predstavlja najbolj maligno obliko, ki raste v steni bronhijev. Imenujemo ga tudi ovsenec. Ta oblika je dokazano najpogostejša oblika raka, ki je v zvezi s kajenjem.

Adenokarcinom pljuč: žlezni rak pljuč, ki je nekoliko manj maligna vrsta rakastih obolenj na pljučih.

Bronhoskopija: preiskovalna metoda, ki omogoča direkten vpogled v dihalne poti, ter odvzem materiala za nadaljnje preiskave (mikrobiološke, citološke, patološke). Med bronhoskopijo lahko zdravnik izvede tudi bronho-alveonarno drenažo.

Biopsija: postopek, pri katerem odvezamemo vzorec tkiva za citopatološke preiskave. Poznamo več načinov odvzema vzorca: navadna igelna biopsija, ultrazvočno vodena igelna biopsija, ekscizija tkiva ob endoskopiji.

Drenaža: vsak tumor ima poleg krvnih tudi limfne žile, ki drenirajo (odvajajo) limfo do najbližje bezgavke. Bezgavke so pa prve zapore maligne celice, da ne potujejo naprej po telesu.

Kvadrantektomija: operativni poseg pri raku dojke, ko se odstrani le prizadeta četrtina (kvadrant) dojke.

Tumorektomija: operativni poseg pri raku dojke, ko se odstrani samo rakasta tvorba.

Aksilarna limfadenektomija: operativni poseg pri raku dojke, kjer se odstrani še bezgavke v pazduhi (zlasti če obstaja sum, da je v njih zasevek raka). Tak operativni poseg ima za posledico določeno morbiditeto (zbolewnost), kot je limfedem (odtekanje zgornje okončine zaradi zastajanja limfe).

prof. dr. Pavle Jezeršek



V mošnji ni brata ne sestre.

*Tako ti privoščim,
kakor črnemu konju belo liso.*

*Tako je lakomen,
da bi boga s križa prodal.*

Povsod je vrag nevoščljivost raznesel.

*Za njega govoriš,
zase spravljaš.*

*Kjer zadostuje brv,
ne gradi mostu!*

Z REKONSTRUKCIJO DOJKE ŽIVIM SREČNO

To je moja zgodba o bolezni, kako sem jo doživljala in kako sem jo, upam, na koncu tudi premagala. To je tudi zgodba o dobrih ljudeh – zdravnikih in medicinskih sestrah, s katerimi sem se srečala v času svojega zdravljenja in so mi stali ob strani.

Bila sem še dokaj mlada, ko so mi leta 1986 odkrili raka na dojki. Ko mi je zdravnik to povedal, se mi je sesul svet. Najprej sem pomislila na svoji dve hčerki, kaj bosta brez mame, za moža pa sem si mislila, da se bo že kako znašel. Poseg na dojki je bil potreben čimprej, čeprav je zdravnik rekel, da ni kritično, ker je bolezen zgodaj odkrita. Začele so se priprave na operacijo, pri kateri je sodeloval tudi plastični kirurg in tako so mi istočasno po odstranitvi tumorja vstavili silikonsko protezo. Po operaciji sem težko čakala na izvide odstranjenih bezgavk iz pazduhe. Na moje in zdravnikovo veselje so bili ti izvidi negativni. Po operaciji sem si dokaj hitro opomogla. Zdravnik mi je dejal, da bom morala samo še na obsevanja, potem pa je vse odvisno od mene. Dal mi je nekaj življenjskih napotkov glede prehrane, vsakdanjega življenja. Dejal je, da življenje ni samo delo in skrb za druge, ampak je na prvem mestu lastno dobro počutje in tudi skrb zase. To sem si močno vzela k srcu. Moram še povedati, da sem v bolnišnici na nočno omarico dobivala razne reklamne papirje za čudežne kapljice in čudežne bio terapevte, ki rešujejo življenje. V take stvari nisem nikoli verjela, ker čudežev ni in vedno sem zaupala samo zdravnikovim napotkom. Nisem se hotela posluževati nobene alternativne medicine.

Po odpustu iz bolnišnice so me še nekaj časa tlačile nočne more. Venomer sem se spraševala, kaj bo z mano, koliko časa bom še živela. Take misli pridejo same od sebe in nič si ne moreš pomagati. Po štirih mesecih bolniškega dopusta sem šla ponovno v službo. Tam pa sem zopet doživela zelo čudne reakcije nekaterih sodelavcev. Ljudje, ki ne

vedo kaj dosti o tej bolezni, te lahko kar pokopljejo; menijo, da vsak, ki ima raka, umre.

Življenje pa je šlo naprej. Začela sem drugače živeti in ni bilo več časa za nočne more. Z možem sva začela hoditi v hribe; kupili smo si psička in tudi slabo vreme me ni ustavilo, da ne bi šla vsak dan vsaj za pol ure z njim na sprehod. Počasi sem začela pozabljati, kaj sem prestala. Na to me je še spominjala le samo silikonska dojka.



Družinsko veselje ob 25. obletnici poroke

Po nekaj letih pa je v mojem življenju ponovno prišlo do hudega šoka, ko sem izgubila službo, ki sem jo z veliko ljubeznijo opravljala. Bilo je še huje kot takrat, ko sem izvedela za svojo bolezen. Potrebovala sem pomoč na oddelku za psihoonkologijo in prejemale sem tudi zdravila. Kar nekaj mesecev je trajalo zdravljenje in zopet sem si opomogla.

Po šestih letih pa mi je popustila silikonska proteza v dojki. Dojka je postala nemogoče oblike in boleča. Začela sem se odločati o ponovni operaciji dojke.

Glede na izkušnje s silikonom nisem želela ponovne vstavitve delne silikonske proteze. Moje zanimanje je bilo bolj usmerjeno v plastično operacijo s presaditvijo lastnega tkiva, to je trebušnega reznja.

Dobila sem informacijo, da prof.dr. Zoran Arnež na Kliniki za plastično kirurgijo opravlja take operacije. Dogovorila sem se za posvet. Dejal mi je, da ni ovir za tak poseg. Predstavil mi je potek ope-



Bojana, srečna babica

racije in posega na mojem telesu. Dogovorila sva se za datum operacije, ki je bil določen čez 3 mesece. Tako sem se lahko nanjo psihično in fizično pripravila. Doživljala sem jo popolnoma drugače kot tisto pred leti, ko je prišlo vse tako nenadoma in čez noč. Sedaj sem imela dovolj časa, da sem o vsem razmislila in prepričala sama sebe, da bo vse v redu. Zdravniku sem zelo zaupala. Zdravnikom vedno zaupam in do sedaj me še nobeden ni razočaral. Vsak mi je vedno pomagal, kolikor je le mogel.

Nato je prišel dan operacije. Bil je krasen marčevski dan, sonce je toplo sijalo v sobo, kjer sem se po sedem urni operaciji zbudila iz narkoze. Bila sem priklopljena na vse mogoče aparature in šele takrat sem se zavedela, da to ni bila enostavna operacija. Hujših bolečin nisem čutila, ker sem dobivala sredstva proti bolečinam. Bila sem prerezana čez celoten spodnji del trebuha in na dojki. Sestre

so vestno kontrolirale moje pooperativno stanje, ki je bilo zadovoljivo in še isti dan je bilo jasno, da je operacija uspela. Zelo me je zanimalo, kakšna sem sedaj, toda morala sem počakati še dva dni, da sem se lahko videla. Toda kolikor sem že lahko občutila, so bili to krasni občutki. Drugi dan po operaciji sem tudi že vstala.

Trije dnevi po operaciji so bili res težki, potem pa je z mojo močjo hitro šlo na bolje. Ko pa sem zagledala svojo novo dojko, sem bila zelo zadovoljna. Bila je res lepo in estetsko oblikovana. Oba z zdravnikom sva bila silno zadovoljna. Na oddelku sem bila vseskozi pod skrbno kontrolo medicinskih sester in zdravnikov. Sestre so vseskozi prisotne in takoj priskočijo k bolniku, če kaj potrebuje.

Vsak dan je bil odklopljen kakšen aparat in osmi dan po operaciji sem že odšla domov. Bila sem kar pri močeh, bolečin nisem čutila. Doma sem še teden dni počivala in hodila vsak dan na kontrole k zdravniku. Rane so se dobro celile, odstranili so mi šive in štirinajsti dan po operaciji se mi je zdelo, kot da sploh nisem bila operirana. Seveda pa še mesec dni nisem smela nič težjega delati ali dvigovati. Potem sem zaživela normalno življenje. Od takrat sem s svojim izgledom zelo zadovoljna in niti enkrat mi ni bilo žal, da sem se odločila za tako vrsto operacije. Vseeno pa upam, da mi nikoli več ne bo treba še na kakšno operacijo, ker to je le težek poseg za vsakega človeka. Ljudje smo sicer zelo različni; mislim pa, da smo ženske zelo trdožive. Vsaj zase mislim, da sem.

Bojana Milič



MOJ NAHRBTNIK

Utrinek s poti na Triglav

2. – 3. september 1998

Ko sem na TV Slovenija ujela del reportaže o tem, kako so ameriške ženske z diagnozo raka dojke osvojile vrh šesttisočaka, sem se globoko zamislila. Začela sem razmišljati, kako bi bilo, če bi se Slovenke s to diagnozo podale na Triglav. Vendar sem pozneje pozabila na to misel.

Na 10. mednarodni konferenci Pot k okrevanju pa je misel na Triglav ponovno zaživela. Pri vseh članica samopomočnih skupin je bila pobuda dobro sprejeta in sklenile smo, da gremo na Triglav v začetku septembra.

Doma sem pregledala opremo. 20 let stari čevlji so bili pregledki, nahrbtnik na polici pa ves prašen in zame prevelik. Pred sedmimi leti sem ga odložila na polico v shrambo. To je bilo takrat, ko so mi potrdili diagnozo: rak dojke. Oživeli so spomini. Večno vprašanje: "Zakaj jaz?" Vedno sem zdravo živela. Gibanje v naravi, po čistem zraku, po ravnem, navkreber in navzdol, to je bilo najboljšo sredstvo za ohranjanje zdravja. Vodilo me je geslo, da brezdelje razkrajja duševno in telesno odpornost ter vodi v bolezen.

Vse to sva upoštevala jaz in moj nahrbtnik. Takrat je bil tako imeniten: živo oranžne barve, z dodatnimi žepi, zaščiten z dvojnimi spodnjimi delom v modri barvi, da se ne bi poškodoval; s širokimi naramnicami; s kapico na vrhu, ki je imela dva skrita žepka. V enega sem vedno skrila osebne dokumente, transverzalno knjižico, planinsko izkaznico za štampiljke osvojenih vrhov; v drugega pa dobrote kot so: čokolado, rozine, orehe, t.i. študentsko hrano. Tudi na tekočino nisem nikoli pozabila, saj je v gorah zelo pomembna. Nahrbtnik je bil res velik, vendar pred leti tega nisem opazila in sem ga vedno napolnila do vrha.

Ko sem se sedaj pripravljala na pohod na Triglav, pa se mi je moj stari nahrbtnik zazdel prevelik. Dejala sem si: "Kupila si bom lažjega, sodobnejšega. Imeti pa moram tudi nove čevlje. To je po-

goj za tako velik vzpon." Novi čevlji so bili takoj doma. Za nahrbtnik pa se nisem mogla odločiti. Nostalgija! Gledal me je tako žalostno, kot bi hotel reči: "Toliko sva skupaj prehodila in sedaj me boš zavrгла?" Tako je obveljala njegova volja in zopet sem ga napolnila do vrha.

Zaradi možnosti padavin je bilo treba vzeti še primerna oblačila. Ko sem ga dvignila na ramena, je bilo spet tako kot v tistih lepih časih. Bila sem srečna, vesela in razigrana. Z nahrbtnikom sva krenila na zbirno mesto in se s kombijem odpeljala do Rudnega polja. Od tu naju je vodila pot prek Studorskega prevala do Vodnikovega doma na Velem polju (1817 m), kjer smo imeli prvi večji postanek. Po poti sva imela tihi dialog. Breme, ki sem si ga naložila, je bilo zame preveliko. Nahrtnik je pritiskal name in ramena so bila vedno bolj boleča. Težo je občutila bolna roka in ves prsni koš. V Vodnikovi koči sem hotela odložiti odvečno obleko, pa



"Kakšen užitek, ko te nimam na hrbtu."

mi je spet prišepnil: "Kaj pa vremenska napoved?" Popustila sem mu.

Nadaljevala sva pot preko Konjskega sedla do Triglavskega doma na Kredarici (2515 m), kjer smo prenočevali. Ne vem, kako so noge stopile skozi vrata doma na Kredarici, ker mi je dobesedno vzelo vid. Neznosna bolečina iz hrbta, prsnega koša in roke se je prenesla v glavo. Želela sem si samo počitka. Spanca pa ni in ni bilo. Kljub neprepani noči sem se veselila vzpona na Triglav (2863 m), saj sem sklenila, da bom nahrbtnik pustila v domu na Kredarici.

Pot je bila ozka in zahtevna, s klini in zajlami, vendar mi ni delala težav. Lahkih nog sem jo premagovala. Vračali smo se po isti poti in že sama misel na nahrbtnik mi je vzela ves pogum. Vodniki so razbremenili nekatere, ki so imele večje težave. Tudi sama sem si želela pomoči, vendar sem vztrajala. Bil je vse težji in težji, bolečina v ramenih pa vse večja. Vendar sem potrpehla, stisnila zobe in prišla do Rudnega polja. "Ko ne bi bilo tebe," sem si govorila, "bi noge zmogle daljšo pot." Ko sem ga končno odložila, sem z lahkoto zaplesala na terasi blejskega hotela.

Doma pa sem si rekla: "Odložila tem bom nazaj na polico, zame si pretežak. Za naslednji vzpon, bom prav gotovo nosila lažji nahrbtnik."

Kljub naporom in težavam z nahrbtnikom pa je bil moj pohod le uspešen. Diploma mi bo ostala v trajnem spominu.

Hvala Ani Perše, vodnikom in dr. Gorjancu za požrtvovalno pomoč ter sponzorjem za majico in klobuček.

Anka Seles,

*Marsikateri je že dejal:
Jaz sem ti prijatelj zvest,
a v potrebi je naredil iz dlani pest.*

*Kdor na visok stol sede,
na nizkega sede.*



Ureja: Lili Sever

Pozdravljeni! Zopet smo skupaj v novi številki revije Okno. Za temo pisanja smo tokrat izbrali bolnišnico. Prihod v bolnišnico pomeni za otroka v prvi vrsti prekinitev stika s starši, ki mu dajejo varnost. Vsak otrok prinaša otrok s seboj izkušnje iz domačega okolja. Zdravstvene posege doživlja čustveno. Znajde se v njemu neznanem okolju, med tujimi vrstniki in odraslimi, ki boleče posegajo v njegovo najbolj intimno življenje. Splošni vznemirjenosti pa se pogosto pridruži še občutek zapuščenosti. Otrok izraža vsa ta doživetja na različne načine.

Otroci prihajajo iz različnih družbenih okolij in spremljajo jih različni problemi. Nekateri so iz neurejenih družinskih razmer ali iz rejniških družin. Otroci iz tega okolja nimajo tiste čustvene opore s strani doma za premagovanje težav hospitalizacije. Travmatske izkušnje, ki so jih prinesli s seboj v bolnišnico povzročajo, da so dodatno občutljivi. Humano je, da otrokom približamo bolnišnico, da jim bo čimbolj prijazna. Po drugi strani pa je čas bolezni v nekem smislu podoben "prostemu času", v katerem imajo svoje mesto dejavnosti in opravila, ki so vezana na notranji prostor. V skladu z interesi in zmogljivostmi otrok želimo vzgojitelji ta čas otroku smotrno izpolniti. Tako otrok, poleg drugih spoznanj, zadovolji željo po uspešnosti in doživlja veselje, kar ga dviga iz otopelosti. Vzgojitelji in učitelji smo pri bolnih otrocih

zato, da se dobro počutijo, da ohranjajo delovne in učne navade in da se po odhodu kar najhitreje vključijo v normalen tok življenja.

Sedaj pa si preberite še otroške misli o tem, kako se počutijo v bolnišnici, kaj jim je všeč in kaj ne ter seveda tudi to, kako si predstavljajo bolnišnico v prihodnosti.

Lili Sever,
viš. vzgojiteljica
z Dermatološke klinike

BOLNIŠNICA

Samo ime bolnišnica je bilo zame nekaj groznega; nekaj, česar sem se zmeraj bala. Že ko sem hodila k mami, sem si želela, da sama nikdar ne bi bila notri.

Vendar zaman! Tudi sama sem se znašla tu. In kaj ugotoviš? Da to sploh ni tako grozno in da bolnišnica ni noben bav-bav. Sestre so zelo prijazne in spoznaš veliko prijateljev – zamislite si, tudi vrtec in šolo imamo!

Vendar si kljub temu želim čimprejšnjega okrevanja, da se vrnem med svoje domače in sošolce. Želim si, da bi bilo čim manj bolnih otrok na svetu!

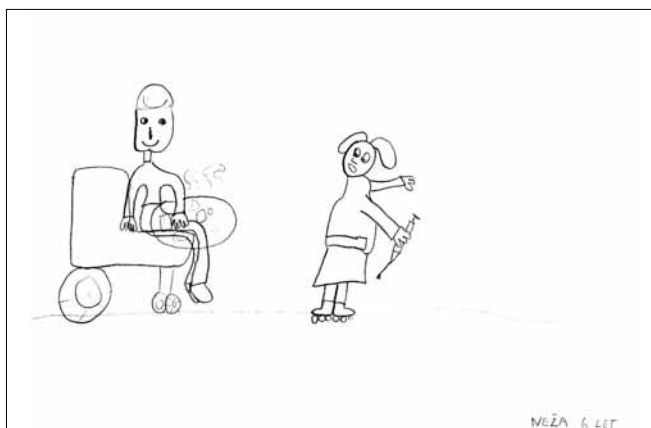
Petra, 9 let

V BOLNIŠNICI

V bolnišnici je prav prijetno,
šla je prišla,
učimo se do dna,
HA – HA – HA – HA – HA.
Če pa kaj noriš,
kar po riti dobiš.

V bolnišnici je res lepo,
sestre in zdravniki prav prijazni so.
Če injekcijo dobiš,
malo kislo se smejiš
in kot limona se držiš.

Le kadar ozdraviš,
lahko iz bolnišnice zbežiš.



Ljubo doma, kdor ga ima,
le ena je moja najljubša hišica.

Janja, 10 let

BOLNIŠNICA V PRIHODNOSTI (domišljijski spis)

Danes smo leta 1998. V sedanjem času zdravljenja v bolnišnicah poteka normalno. Kako pa v prihodnosti? Jaz si prihodnost v bolnišnici predstavljamo tako:

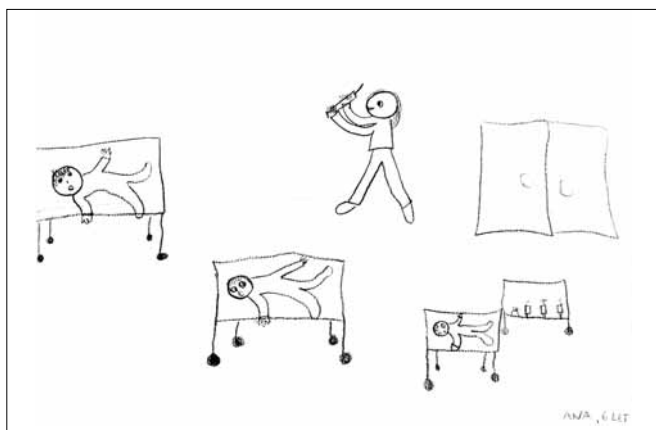
Ko boš po tekočem traku prišel v sprejemno sobo, se boš ulegel v skrinjo in avtomat bo ugotovil, katero bolezen imaš. Na normalni postelji boš ležal pol ure in že boš zdrav. Bolni ljudje se bodo tako vozili kar po tekočem traku – v skrinjo in iz nje domov.

Hana, 11 let

Bliža se leto 2500 in življenje v bolnišnici je popolnoma drugačno. Bolnišnice stojijo na kolesih in potujejo do doma, kjer je bolnik. Zdravniki, ki zdravijo, so roboti. Delujejo na mešanico motornega olja, bencina ter vode. Kadar človeka operirajo ali oživljajo, skoraj vedno na njem naredijo napako in nato ga oživljajo z različnimi poživili. Ampak tam ne zdravijo samo ljudi – zdravijo tudi robote, ki jih pa vedno v redu ozdravijo.

Mislím, da je bilo pred 500 ali več leti bolje kot v današnjem času, ko nikoli ne vemo, ali bomo preživeli ali ne.

Anže, 12 let



Ležim v poslopju ljubljanskega KC in razmišljam o mukah, ki so jih v 20. stoletju preživljali bolniki.

Danes se piše leto 2123 in ravno na današnji dan je svetovni dan bolnikov, zato so danes zdravniki še posebej prijazni. Najhujša bolečina v današnjem času je merjenje pritiska, ki se še edino opravlja na star način. Zdravnik, ki bi v tem času bolniku prebodel kožo kot v 20. stoletju, bi bil obsojen na smrtno kazen. Zaradi mnogih bolezni, ki so nastale v začetku 21. stoletja, je svetovno združenje (leta 1999 so se vse države združile) prepovedalo vsakršni stik s krvjo.

No, pa se vrnimo na današnji dan in se sprehodimo skozi bolnišnico. Zaradi mama, zdravila, ki so ga odkrili leta 2083, danes ni več nobenih bolezni. Edina težava ljudi v tem času so zlomi, toda pri tem pacient ne trpi nobenih bolečin, kajti vse je operirano z jigo-laserjem (odkrit leta 2050). Zaradi teh razlogov so bolnišnice precej manjše kot včasih.

Toda, to je bil le kratek vpogled v bolnišnice današnjega časa, kajti prihaja vizita. Ta v današnjih časih pomeni le pregled, če je bolnik pri zavesti.

Aleš, 14 let



UVAJANJE BIOPSIJE VAROVALNE BEZGAVKE

Z novo metodo bo invalidnost po operaciji dojke manjša

O biopsiji varovalne bezgavke smo v Oknu (št. 2, 1997) že pisali. Tokrat pa vas z veseljem obveščamo, da so novo metodo začeli uvajati na Onkološkem inštitutu pri bolnicah z rakom dojke, zato smo zaprosili za prispevek vodjo Oddelka za onkološko kirurgijo doc. dr. Marka Snoja.

Zamisel biopsije varovalne bezgavke je razmeroma nova in temelji na predpostavki, da poteka metastaziranje tumorjev v posamezno bezgavno področje zaporedno, enako kot se tudi drenira (odvaja) limfa iz tega področja. Varovalna bezgavka (v angleščini "SENTINEL NODE") je definirana kot tista prva bezgavka, v katero se drenira tumor. Z različnimi metodami poskušamo to bezgavko identificirati in jo odstraniti. Na podlagi histološkega izvida te bezgavke (to je mikroskopskega pregleda tkiva), se potem odločamo za nadaljnje zdravljenje.

Predpostavka, da ima prva varovalna bezgavka enak status kot ostale bezgavke v limfatičnem bazenu, se je v preteklih študijah v različnih centrih izkazala za pravilno. Torej, če je zajeta varovalna bezgavka z metastazo, lahko smatramo, da so zajete tudi ostale bezgavke v področnem bazenu in obratno, v kolikor ni zajeta ta bezgavka, potem smatramo, da tudi druge bezgavke niso zajete. Koncept varovalne bezgavke se ujema tudi z osnovnimi smernicami onkološke kirurgije, ki je v zadnjih desetletjih poizkušala delovati čim bolj usmerjeno in čim manj agresivno. To pomeni, da s kirurško metodo odstranjujemo samo tisto tkivo, ki je zajeto z rakom in v čim manjši meri tudi zdravo tkivo.

Pri raku dojke se je ta koncept še posebej uveljavil. V začetku so bili pri operativnem zdravljenju potrebni anatomsko obsežni posegi, pri katerih je bila odstranjena celotna dojka skupaj s prsnimi mišicami in pripadajočimi regionarnimi bezgavkami

v pazduhi. Ta obseg operacije se je skozi desetletja manjšal tako, da najprej niso več odstranjevali prsne mišice, kasneje, pa tudi ne več celotne dojke, temveč le oboleli del, govorimo o kvadrantektomiji ali tumorektomiji.

Z uvedbo biopsije varovalne bezgavke pa se bo obseg operacije zmanjšal tudi v področju pazduhe. Trenutno to metoda izvajamo pri bolnicah z manjšimi tumorji v dojki, pri katerih ni znakov za metastaze v pazdušnih bezgavkah ali drugje v telesu. Do sedaj je bila pri takih bolnicah standardna metoda zdravljenja popolna ali delna odstranitev doj-



Kirurška ekipa, ki izvaja biopsijo varovalne bezgavke

ke s popolno odstranitvijo vseh pazdušnih bezgavk. Pri teh bolnicah se je po opravljeni patohistološki preiskavi izkazalo, da so zasevki v pazdušnih bezgavkah bili prisotni v 40 do 60 odstotkih. Torej bi bila odstranitev pazdušnih bezgavk potrebna samo v teh primerih. Operativna odstranitev pazdušnih bezgavk prinaša vrsto težav kot so: možnost limfedema (to je zatekanje roke), razmeroma dolgotrajno celjenje rane, možnost infekta, dolgotrajno bivanje v bolnišnici. Zato pomeni uvedba metode, ki omogoča bolj ciljano odstranjevanje bezgavk v pazduhi, precejšen napredek pri zdravljenju bolnic z rakom dojke.

Sama tehnika operacije, ki jo izvajamo pri nas, je podobna, kot jo delajo na inštitutu Antoni van Leeuwenhoek v Amsterdamu, kjer smo se metode tudi naučili.

Dan pred operacijo vbrizgamo ob- ali v tumor majhno količino razmeroma nizko radioaktivnega koloida, ter opravimo scintigrafijo, ki nam prikaže tisto prvo bezgavko, v katero se drenira tumor. Leto označimo na koži. Drugi dan vbrizgamo v ali ob tumor posebno barvilo ter po določenem času zarežemo nad mestom, ki smo ga označili prejšnji dan. Bezgavki sledimo s posebno sondo, ki omogoča detekcijo zelo nizkih odmerkov sevanja. Na ta način si prikažemo bezgavko, ki mora biti radioaktivna in obarvana z modrilom. Tako bezgavko imenujemo varovalna bezgavka.

Na našem inštitutu šele uvajamo to metodo. Zato še vedno naredimo odstranitev vseh pazdušnih bezgavk, da bi tako dokazali, da odstranjujemo res pravo bezgavko. Po določenem številu opravljenih biopsij skupaj z odstranitvijo vseh pazdušnih bezgavk, bomo pričeli odstranjevati samo varovalno bezgavko. Po posebni metodi, jo bomo dali na histološko preiskavo. Če bo mikroskopski pregled potrdil, da je ta bezgavka zajeta s tumorjem, bo sledila odstranitev vseh ostalih bezgavk. V primeru negativnega izvida pa odstranjevanje pazdušnih bezgavk ne bo potrebno.

Z biopsijo varovalne bezgavke bi lahko zmanjšali število limfadenektomij (odstranitev pazdušnih bezgavk) pri bolnicah z zgodnjim rakom dojke tudi do 50 odstotkov, kar bi za polovico bolnic pomenilo bistveno boljše kakovost življenja.

Metodo bomo poizkušali uporabiti tudi pri drugih tumorjih, saj izkušnje kažejo, da bo ta metoda v temeljih spremenila onkološko kirurgijo. Upamo, da kmalu ne bo več področja onkološke kirurgije na katerem ne bi izvajali te metode.

doc.dr. Marko Snoj

*Kdor same sebe ne časti,
ni vreden nobene časti.*

*Ni bolj praznega človeka mimo tistega,
ki je sam sebe poln.*

PREDSTAVLJAMO VAM KNJIŽICO

“Sprejem in bivanje na Onkološkem inštitutu v Ljubljani”

V mesecu maju 1998 smo na Onkološkem inštitutu izdali knjižico, ki ste jo bolnice in bolniki prav gotovo težko pričakovali. V njej so zbrane najpomembnejše informacije, ki jih potrebuje vsak, ki se zdravi pri nas. Ker želimo izboljšati kakovost našega dela in vašega bivanja v inštitutu, smo knjižici dodali tudi anonimni vprašalnik. Prosimo vas, da ga ob odpustu izpolnite in oddate v posebej zato namenjene nabiralnike ob vhodu v stavbe.

V knjižici boste najprej poleg načrta stavb Onkološkega inštituta našli tudi lokacijo oddelkov in enot v posameznih stavbah, kar vam bo nedvoumno olajšalo nepotrebno iskanje, ko boste obiskali posamezne diagnostične in bolniške oddelke, vašim svojcem pa omogočilo lažjo pot do vas, ko vas bodo obiskovali.

Nato sledi Sprejem na zdravljenje, ko vas seznanjamo z administrativnim postopkom sprejema in vsem, kar boste potrebovali na zdravljenju, ter s postopkom sprejema na bolniškem oddelku.

Hišni red vsebuje osnovne podatke o bivanju pri nas, o času in načinu informacij o vašem zdravljenju, o zdravstveni negi in o času obiskov na bolniških oddelkih. Gotovo vam bodo dobrodošle tudi informacije o možnosti telefoniranja, o poštnih, bančnih in frizerskih storitvah in o tem, kako lahko sami ali z vašimi svojci obiščete tudi mali bar v stavbi D.

Seznanjamo vas tudi s postopki ob odpustu iz bolnišnice.

Še posebej pa je za vas in nas pomembno poglavje Pravice bolnikov. Povzeli smo deklaracijo o pravicah bolnikov v Evropi, ki jo je leta 1994 izdala Svetovna zdravstvena organizacija. Govori o človekovih pravicah in vrednotah v zdravstvenem varstvu, o pravicah do informiranosti in potrebnosti soglasja pri vseh posegih, o spoštovanju zaupnosti in zasebnosti ter še posebej o zdravljenju in zdravstveni negi.



Marina Velepič, direktorica za zdravstveno nego

Knjižici smo dodali še osnovne podatke o dejavnosti zdravstveno socialne službe, posvetovalnici za onkološko zdravstveno nego, oddelku za psihoonkologijo, o Društvu onkoloških bolnikov Slovenije, Slovenskem društvu Hospic.

Zaključili smo s telefonskimi številkami central v posameznih stavbah in pustili prazno vrstico, v katero boste vi ali vaša medicinska sestra vpisali številko oddelka, na katerem boste hospitalizirani.

Knjižico boste prejeli ob prvem pregledu v ambulanti oziroma na bolniškem oddelku. Prosimo vas, da jo shranite, ker vam bomo ob ponovnem sprejemu na zdravljenje ponudili le vprašalnik. Seveda vam jo bomo rade volje ponovno dali, če jo boste slučajno izgubili, ali bi jo želeli še za koga drugega. Prosimo vas, da jo pazljivo preberete in da nas opozorite na nejasnosti. Sestre vam bodo odgovorile na vsa vprašanja.

Ker želimo, da bo bili z zdravstveno oskrbo, z bivanjem in našim odnosom do vas čim bolj zadovoljni, pričakujemo, da nam boste s pisnimi in ustnimi pripombami pomagali doseči in uresničevati “prijazno bolnišnico”.

Marina Velepič, VMS
direktorica za zdravstveno nego

Prosimo, sodelujte z nami in izpolnite vprašalnik, ki je v knjižici.

šno življenje pravi zmazek, da to sploh ne bi bilo več pravo življenje, ampak neka umetna tvorba. Nikoli ne bi bili čisto zadovoljni, vedno bi živele z občutkom, da moramo še kaj popraviti, saj je izdelek odvisen od nas.

Morda pa je ravno to tisto, kar dela življenje lepo in zanimivo, pogosto prav napeto: da je vsak trenutek enkratno, neponovljiv, da hodi vsak svojo enkratno pot, ki je ne moreš in ne smeš primerjati s potjo nobenega drugega človeka. Ta pot je pogosto vijugava, se zdi včasih brez izhoda, ob določenih trenutkih težka, da misliš, da ne boš zmogel; potem pa spet drugič, ko se ti zdi, da imaš krila in da boš poletel visoko, visoko. Ko gledaš nazaj, se ti včasih zdi, da bi bila drugačna odločitev v nekem trenutku morda boljša, toda zdaj moraš iz tega, za kar si se odločil, narediti najboljše in to peljati naprej. Ravno v tem je vsaka skrivnost: iz vsake dane situacije narediti najboljše. Iz vsega, kar te doleti, se lahko učiš, tudi iz svojih napak in odločitev, ki se ti pozneje zdijo napačne. Pravzaprav ti vse lahko služi v dobro. In če znaš tako gledati na življenje in ga sprejemati, lahko nazadnje ugotoviš, da je bilo vse dobro; vse ravno prav, čeprav se ti v začetku sploh ni zdelo tako.

Ko človek hudo zboli, se še prav posebno ukvarja z vprašanjem, kaj bi morda lahko naredil drugače, kaj je morda bilo narobe, kaj je krivo, da je zbolel. Kaj bi bilo, če bi bilo ... Če bi morda imel možnost življenje ponavljati ... Takšna vprašanja se lahko vrstijo brez konca. Navadno pa takšna mučna vrtanja ne pripeljejo daleč. Gotovo ima vsaka bolezen svoje sporočilo, človeka lahko opomni nato, kaj je bistveno v življenju, in če jo kot takšno sprejmeš, ti je lažje. Pomembno je, da človek ne gleda nanjo kot na kazen za nekaj, kar je bilo narobe, ampak kot na dobrohotno opozorilo za naprej.

Velika umetnost življenja je v tem, da ga znamo sprejemati takšnega, kot je. Lahko smo veseli in hvaležni, da ga ne moremo ponavljati. Vsako življenje je unikat in kot takšno enkratna umetnina.

Metka Klevišar,
dr. med.

*Ureja:
dr. Metka Klevišar*

ŽIVLJENJA NE MOREŠ PONAVLJATI

Ob pripravi neke oddaje smo se pogovarjali, ali naj snemamo v živo, ali pa jo naj posnamemo v naprej. Vsaka od obeh možnosti ima razloge "ZA" in "PROTI". Če posnameš oddajo prej, imaš možnost, da se zmotiš, da sredi snemanja prekineš, kaj izbrišeš ali kaj ponoviš. Ni pa to oddaja tistega trenutka, kar ji daje poseben čar. Če snemaš v živo, pomeni to večji življenjski izziv, seveda pa vsebuje hkrati tudi nevarnost, da ga kaj polomiš, in bi rad kaj povedal drugače, toda kar je povedano, ostane tako. Po vsem tem tehtanju razlogov za in proti, smo se odločili, da bomo snemali v živo. Končno tudi življenja ne moreš ponavljati, vsak trenutek lahko živiš samo enkrat in ga ne moreš več priklicati nazaj. Tako smo utemeljili svojo odločitev.

Pogosto srečam ljudi, ki pravijo: "Če bi še enkrat živel, bi to ali ono naredil drugače, bi se odločil drugače." Verjetno se vsakomur od nas kdaj to dogaja. Toda ker živimo samo enkrat, se moramo pač sprijazniti s tem, da včasih delamo tudi napake, ga kaj polomimo, da nam je včasih žal, da se v nekem trenutku nismo odločili drugače. Iz napak se lahko naučimo za drugič, včasih pa niti to ne in jih ponavljamo. To je preprosto del življenja vsakega človeka.

Kdo ve, kakšno bi bilo naše življenje, če bi ga lahko popravljali, radirali dogodke in jih toliko časa izboljševali, da bi nam bili končno vsi všeč. Pravzaprav si tega sploh ne znam dobro predstavljati, ampak moj notranji glas mi pravi, da bi bilo tak-

SOJA

Soja je zelo stara poljščina, skromna v svojih zahtevah, pa kljub temu zanesljiva, saj vedno dobro rodi. Vzhodnjaški narodi so jo že od nekdaj cenili v enaki meri kot pšenico. V kitajskih zapisih, nastalih davnega leta 2800 pred našim štetjem, so omenjene ravno te njene odlike. Za čudo je prišla na Japonsko šele v šestem stoletju našega štetja. Nedvomno jo je takrat poznala tudi Evropa, vendar so jo znova začeli gojiti v osemnajstem stoletju, ko so jo z daljnega Vzhoda prinesli nazaj misijonarji.

Marsikateri onkološki bolnik, ki ga je v teku bolezni in zdravljenja pestil odpor do mesa, je že slišal, da je soja enakovredna in zdrava zamenjava za meso. Vse se je pričelo v Ameriki davnega leta 1954, ko so tamkajšnji tehnologi odkrili način, kako iz sojinih beljakovin narediti vlakna, podobna umetni svili. Ob tem se jim je posvetilo, da se dajo ta vlakna tudi zgnesti in oblikovati v podobo mesa, ki po videzu in okusu spominja na piščanca. Vendar se je takrat umetna svila bolje prodajala kot umetno meso. Tehnološki postopki so se od takrat izpopolnili, zato lahko danes naročimo okusen zrezek iz soje skoraj v vsaki krčmi. Vzhodnjaškemu narodom je soja dobesedno razburkala domišljijo, kar ni nič čudnega, saj so jo zaradi poceni pridelave gojili najrevnejši ljudje, ki razen soje in vode drugega niso imeli. Danes pozna tudi zahod celovrsto izdelkov iz soje, kot so:sojino mleko, sir, jogurt in moko, miso, tofu, tamari, šoju, tempeh, okaro, sufu, jobo.

Poglejmo, kaj pravijo znanstveniki o soji. Čeprav raziskave o soji še niso dale trdnega dokaza o njenem vplivu na zdravje, so nedvoumno potrdile, da ljudje, zlasti v azijskem delu sveta, kjer je soja tradicionalna hrana, mnogo manj zbolevajo za srčnimi obolenji in določenimi vrstami raka kot drugod po svetu. Največjo vrednost v soji predstavljajo kakovostne beljakovine in nenasičene maščobne kisline, vključno z omega tri maščobno kislino. Poleg tega je soja naravni vir lecitina, ki pomaga telesu ohranjati normalne vrednosti škodljivi-

*Piše:
Helena Drolc,
višja med. sestra*

vega LDL holesterola. Soja pomaga tudi pri vzdrževanju normalnih vrednosti inzulina in krvnega sladkorja. Vsebuje tako imenovane fitoestrogene, ki zavirajo delovanje telesnih estrogenov. Zato znanstveniki domnevajo, da na ta način zmanjšujejo možnost nastanka raka na dojki. Nizka pojavnost tega raka pri Japonkah govori temu v prid. Soja vsebuje tudi visok odstotek vlaknin in izboljšuje delovanje prebavil ter tako zmanjšuje tveganje za nastanek raka zlasti na želodcu in debelem črevesu.

Kadar govorimo o stročnicah, Slovenci najprej pomislimo na fižol in grah, ki nista nič manj zdrava. Kdor ju redno in pogosto uživa, se tudi zdravo prehranjuje. S sojinimi izdelki, ki nudijo nešteto možnosti za pripravo, si lahko dodatno popestrimo in obogatimo jedilnik, še zlasti takrat, ko zaradi zdravljenja in potrebe po dvigu odpornosti potrebujemo beljakovine, a se nam je meso uprlo.

Kuhana sojina zrna imajo prijeten okus, vendar ne takšne sočnosti, kot smo je vajeni pri fižolu. Soja sodi med težje prebavljive stročnice, ker vsebuje precej maščob in v prebavilih zavira delovanje prebavnega encima tripsina. Zato so izdelki, pridobljeni s pomočjo fermentiranja, kot so tofu, miso in sojine omake, lažje prebavljivi, bolj priljubljeni in kakovostni. Več o njih pa v prihodnji številki.

Helena Drolc

*T*ežko je voditi tistega,
ki sam noče hoditi.

*K*jer je močna luč,
je tudi močna senca.

JEDI IZ SOJE ZA VSAK DAN

Vsakdanje jedilnike lahko popestrimo tudi z jedmi iz soje. Resnici na ljubo pa niso vse jedi za vsak okus, vendar je vredno poizkusiti.

Sojin namaz

količine za 5 oseb:

20 dag kuhane soje

10 dag tunine – RIO MARE

½ dag česna

1 dag peteršilja

sol po okusu

Kuhano, ohlajeno sojo zmiksamo s tunino. Dodamo sesekljan česen in peteršilj. Po okusu dosolimo. Sojin namaz ponudimo s krekerji ali črnim kruhom.

Soja v solati

količine za 5 oseb:

20 dag kuhane zelene soje

10 dag kuhane rdeče soje

3 dag čebule

2 dag olivnega olja

10 dag gomolja zelene

limonin sok, peteršilj

3 dag sojinih kalčkov

5 dag kislih kumaric

Gomolj zelene skuhamo v slani vodi. Ohlajena ga zrežemo na rezance. Čebulo sesekljamo. V skledo damo kuhano sojo, na rezance narezane kumare, zeleno, dodamo sesekljano čebulo. Solato zmešamo, začini po okusu. Serviramo na solatni list ali v skodelico in potresemo s sojinimi kalčki. Namesto zelene lahko damo korenje, kolerabo.

Mesni čebularji s sojinimi kosmiči

30 dag zmletega mesa (perutnine, govedine, kunčjega mesa)

10 dag sojinih kosmičev

3 dag drobtin

5 dag olja

sol, poper, origano

Sesekljano čebulo prepražimo na olju. Meso zmeljemo. Sojine kosmiče namočimo v mrzli vodi in jih dobro ožmemo. Vse sestavine, meso, čebulo, kosmiče, peteršilj, jajce, česen, začimbe zmešamo. Mesno maso oblikujemo v cmoke 3 – 4 dag. Cmoke opečemo na olju. Na olju ocvremo na kolobarje narezano čebulo, zalijemo z vinom. Čebularja zdušimo 15 minut in serviramo.

Iz te mesne mase lahko naredimo sarme, zrezke, nadevamo papriko.

Sojini špageti z zeliščno omako

30 dag sojinih špagetov

Omaka:

2 dag olivnega olja

1 dag ovsenih kosmičev

2 dl vode

sol, poper, muškadni orešek, peteršilj, pehtran

½ dl kisle smetane

Špagete skuhamo v vreli slani vodi. Hladno olivno olje zalijemo z vodo, dodamo ovsene kosmiče in kuhamo, da dobimo gladko omako. Omaki dodamo zelišča in začimbe. Kuhamo še 10 minut. Z omako prelijemo špagete. Zraven lahko ponudimo tudi sir parmezan.

Sojini piškoti

30 dag kuhane pretlačene soje

0,3 dl ruma

4 dag kakava

1 jajce

6 dag masla

1 pecilni prašek

10 dag mandeljev ali lešnikov

10 dag rozin

Kuhano sojo zmiksamo. Hladni soji pridamo zgoraj navedene sestavine, vmešamo v testo. Testo z žlico oblikujemo v kupčke, polagamo jih na namazan pekač. Pečemo pri 170-180 stopinjah.

Iz soje lahko pripravljamo še različne napitke, solate, narastke, priloge.

Natalija Končina,
strok. učiteljica kuharstva

EVROPSKI KODEKS PROTI RAKU

1. Ne kadite. Kadilci, prenehajte s kajenjem čim prej in ne kadite v navzočnosti drugih. Tisti, ki ne kadite, ne poskušajte tobaka.
2. Omejite pitje alkoholnih pijač - vina, piva in žganih pijač.
3. Povečajte dnevno porabo zelenjave in svežega sadja. Pogosto jejte žitarice, ki imajo veliko vlaknin.
4. Pazite, da ne boste pretežki, povečajte telesno aktivnost in jejte čim manj mastnih živil.
5. Izogibajte se prekomernemu sončenju in pazite, da vas, predvsem pa ne otrok, sonce ne opeče.
6. Natančno spoštujte predpise, ki so namenjeni preprečevanju izpostavljenosti znanim karcinogenom. Upoštevajte vsa zdravstvena in varnostna navodila pri snoveh, ki bi lahko povzročale raka.
7. Obiščite zdravnika, če opazite bulo ali raničo, ki se ne zaceli (tudi v ustih), materino znamenje, ki je spremenilo obliko, velikost ali barvo; ali neobičajno krvavitev.
8. Obiščite zdravnika, če vas nadlegujejo dolgotrajne težave, npr. trdovraten kašelj, hripavost, spremembe pri mali ali veliki potrebi ali nepojasnjeno hujšanje.
9. Ženske, redno hodite na odvzem brisa materničnega vratu. Udeležujte se organiziranih presejalnih programov za raka materničnega vratu.
10. Ženske, redno si pregledujte dojke. Če ste starejši od 50 let, se udeležujte organiziranih mamografskih presejalnih programov. Če takega programa še ni, se o pregledu posvetujte s svojim zdravnikom.

ŽIVLJENJE S STOMO

Zaradi različnih bolezni in operativnih posegov izločanje blata ali urina ni več možno po naravni poti in bolnik se mora naučiti živeti s stomo.

Stoma je odprtina na koži, skozi katero telo izloča svoje izločke, zato te vrste stome imenujemo izločalne. Glede na vrsto izločka ločimo urinske in črevesne stome, glede na trajanje pa začasne in stalne.

Soočanje z operativnim posegom je težko in zato je potrebno bolnika na tovrstno operacijo pripraviti fizično in psihično. Zdravnik mu pove medicinsko diagnozo, razloži nujnost operativnega posega in vrsto operacije. Zelo koristno bi bilo, da bi se bolnik že pred operacijo seznanil tudi z medicinsko sestro, ki ga bo po operaciji negovala in da bi se seznanil tudi z vsemi pripomočki, ki jih bo kasneje potreboval.

Preoperativna priprava vključuje tudi določitev mesta stome. To mesto določata kirurg in medicinske sestra, t.i. enterostomalni terapevt. S tem se po operaciji izognemo morebitnim težavam pri negovanju stome in nameščanju pripomočkov.

Pri poperativni negi bolnika s stomo moramo pri opazovanju operativnega polja biti še posebej pozorni na izgled in funkcijo izločalne stome. Bolniku po operaciji namestimo sterilno prozorno vrečko za stomo. Bolnik opazuje medicinsko sestro pri negovanju stome. Postopoma pa ga začnemo vključevati v nego svoje stome. S tem želimo doseči, da bi si znal bolnik ob odpustu sam negovati stomo. To pomeni, da si zna zamenjati kožno podlogo in vrečko. Bolnik je rehabilitiran takrat, ko se neguje sam in ni odvisen od tuje pomoči in ko sprejme trajno telesno spremembo za svojo. Sprejemanje drugačnosti je fizično, razumsko, še zlasti pa je pomembno čustveno sprejemanje.

Učenje bolnika je vedno individualno. Vedeti moramo, da ljudje težko sprejemajo svojo spremenjeno telesno podobo. Potrebujejo čas, da se z njo spriznajo in naučijo živeti z njo. To je dolgotrajnejši proces in se nadaljuje tudi po odpustu iz bol-

nišnice. Zato je zelo pomembno sodelovanje bolnika, zdravstvenega tima in bolnikovih svojcev. Kar bolnik izrazi željo za odkrit pogovor skupaj s svojci že pred operacijo, je kasnejše sodelovanje veliko lažje. Večina bolnikov s stomo potrebuje pomoč svojcev.

O odpustu iz bolnišnice obvestimo tudi patронаžno službo, da zagotovimo nadaljevanje zdravstvene nege. V medikosocialni službi Onkološkega inštituta pa dobi naročilnico za ortopedske pripomočke.

Življenje s stomo zahteva od vsakega bolnika določene spremembe in veliko se mora na novo naučiti, predvsem o prehranjevanju, skrbi za odvajanje in osebno higieno. V bolnišnici je v času okrevanja predpisana dieta. Po odpustu pa bolniki s kolostomo ne potrebujejo več posebne diete. Potrebno pa je, da se opazujejo, kako prenašajo različne vrste hrane. Pomembno je, da poznajo živila in pijače, ki povzročajo napenjanje, ali povečujejo neprijeten vonj, da se jih bodo izogibali. Bolniki s stalno sigmoidno stomo dosežejo v dveh mesecih po operaciji enak ritem odvajanja blata, kot so ga imeli pred operacijo. Mnogi imajo dobre izkušnje z irigiranjem stome. To je t.i. samoklistiranje kolostome, ki jim omogoča, da ponovno lahko sami kontrolirajo odvajanje blata. S samoklistiranjem, ki ga izvajajo vedno ob istem času, dosežejo, da naslednjih 12 ur ni izločanja plinov in da se blato ne izloča 24 ur. Tak način samokontrole je zelo ugoden za aktivne in zaposlene ljudi. Po irigaciji si bolnik namesti na stomo le mini vrečko ali enterostomalni čep.

Bolniki s kolostomo se lahko normalno udeležujejo pri športnih aktivnostih in se lahko tudi kopajo v bazenu. Pri tem pa morajo imeti na stomi obvezno nameščeno vrečko ali čep. Spremembe so potrebne tudi v intimnih partnerskih odnosih. Kolostoma prizadene oba partnerja in potreben je čas, da se nanjo navadita in jo sprejmeta. Ključ do dobrih partnerskih odnosov pa je razumevanje in medsebojni pogovor. Pri tem lahko pomaga tudi pogovor z zdravnikom, enterostomalnim terapev-

tom ali s parom, ki je uspešno presegel začetne težave.



Sestra Helena Uršič pri delu.

Bolniki s stomo lahko poiščejo pomoč tudi v Društvu ILCO in Društvu onkoloških bolnikov Slovenije.

Ob tej priložnosti vas obveščam, da bo s februarjem 1999 začela delovati na Onkološkem inštitutu posvetovalnica za onkološko zdravstveno nego; kamor vljudno vabim tudi vas.

Ambulantni bolniki in njihovi svojci se bodo lahko posvetovali z medicinsko sestro vsak delavnik od 9. do 13. ure, v pritličju stavbe B. Lahko nas pokličete tudi po telefonu: (061) 323 063, int. 27-90.

Helena Uršič, VMS,
enterostomalna terapevtka

Vsaka beseda nima odgovora.

Več vidijo oči od očesa.

ČAR SAMOZAVESTI

Dr. Susan Jeffers, Čar samozavesti, Geneš, Ljubljana, 1994, 150 strani

Ta knjiga nam daje priložnost, da se naučimo razvijati spretnosti, ki nam bodo v pomoč pri soočanju z življenjskimi izzivi. Avtorica je priznana ameriška doktorica psihologije. Knjiga je napisana na podlagi lastnih izkušenj in izkušenj mnogih ljudi, ki so se udeležili njenih delavnic.

Tehnike, ki jih predstavlja, so preproste, vendar poglobljene in učinkovite. Če jih sprejmemo v svoje življenje, nam bodo ponudile bogate darove: pridobitev lastne notranje moči in samozavesti, spremembo negativnih mislih in vedenjskih vzorcev, spoznanje načinov uporabe besed, ki nas iz položaja žrtve predstavljajo v položaj obvladovalca; odkritje vira notranje izpopolnjenosti, pogled na življenje z drugega zornega kota, predvsem pa spoznanje lepote, ki jo prinaša zaupanje vase.

Največja nevarnost, s katero se srečujemo na poti osebnega razvoja, je STRAH, ki je postal nekakšna epidemija današnje družbe. Bojimo se sprememb ali tega, da bi "obtičali". Bojimo se uspehov in prav tako porazov. Bojimo se življenja in prav tako smrti.

Namesto da bi leteli na orlovih krilih, se zdi, da smo na strmi poti čez goro, pri tem pa nosimo dva kovčka in lubenico, ali kot je rekel star modrec: "Pot je gladka. Le zakaj mečeš skale predse?"

Ob branju knjige sem poznala, da lahko strah obvladujemo, ga celo premagamo. Želim, da bi to uspelo tudi vam.

KARKOLI SE VAM ZGODI, VSEMU STE LAHKO KOS!

Polona Dulc



IMENOVALI SO JO DVOJE SRC

Marlo Morgan: Imenovali so jo Dvoje src, Eno, Nova Gorica, 1996, 216 strani

"Ko boš listal po tej knjigi, naj se ljudje v njej dotaknejo tvojega srca. Moje besede so angleške, a njihova resnica je nebesedna.

Predlagam ti, da okusiš sporočilo, sprejmeš, kar je v njem dobrega zate, in izpljuneš preostalo; navsezadnje je to univerzalni zakon.

Nekje v suhi vročini avstralske divjine bije počasen, vztrajen, starodaven srčni utrip, izjemna skupina ljudi, ki se jih rasizem še dotika ne, saj jim je le do soljudi in okolja, razumeti ta utrip pomeni bolje razumeti človeško bit."

"Knjiga je leposlovno delo, navdihnjeno ob avstralski izkušnji. Lahko bi jo doživela tudi v Afriki ali Južni Ameriki, pravzaprav povsod tam, kjer je smisel civilizacije še zmeraj živ. Bralec naj v moji zgodbi sam prepozna sporočilo zase."

To je nekaj misli, ki jih je zapisala v svoji knjigi Marlo Morgan, ameriška zdravnica, ki ji je majhno pleme avstralskih aboridžinov izkazalo posebno zaupanje in čast, da so jo sprejeli medse in jo popeljali na pohod skozi puščavo, kjer se ji je odprl čisto nov pogled na življenje in njegov smisel.

"Domorodci verujejo, da vse na našem planetu obstaja iz nekega razloga. Vse ima smisel. Ni nesreč, kapric ali iztirjenosti, temveč le nerazumevanje in skrivnosti, ki smrtniku še niso razodete. Avstralijo naseljujejo najmanj petdeset tisoč let in presenetljivo je, da v petdeset tisoč letih niso uničili gozdov, onesnažili vode, ogrozili nobene vrste, pa tudi ničesar zastrepili in da so imeli ves čas na razpolago obilo hrane in zavetje. Živijo dolgo ustvarjalno, zdravo življenje in odidejo z duhovnim zaupanjem. Verujejo da je smisel minevanja časa v tem, da človek postane boljši, modrejši, da čedalje bolj izraža svojo bit. Verujejo, da so vse bolezni in motnje povezane z duhovnostjo. Če bi se ljudje, ki živimo v tako imenovani civilizaciji odprli in pri-

sluhnilo svojim telesom, bi prepoznali, kaj se dogaja z nami in bi si znali pomagati."

Pleme Resnično ljudstvo, ki je vzelo avtorico na pohod, je prepričano, da zemlja ni namenjena zasebni lastnini. Zemlja pripada vsem. Pravi človeški odnosi zajemajo deljenje in dogovor. Pred prihodom belcev v Avstralijo je bila zemlja last vseh. Za ljudi iz tako imenovane "civilizacije", ki jih Resnično ljudstvo imenuje mutante, je značilno omejeno razmišljanje, ker merijo čas po sebi. Ne prepoznajo drugega časa razen današnjega, zato brezobzirno uničujejo, ne da bi se zmenili za jutrišnjega.

Resnično ljudstvo že stoletja prenaša iz roda v rod stavek, ki ga izrečejo slehernemu novorojenčku v trenutku rojstva. Vsak človek sliši iste besede: "Ljubimo te in podpiramo na tvojem potovanju". Na poslovilni proslavi objamejo odhajajočega in ponovijo isti stavek. Nobene žalosti ali žalovanja ni za njim. Resnični ljudje vedo, kam odhajajo po poslednjem zemeljskem izdihu, večina mutantov ("civiliziranih ljudi") pa ne. Če veš, odideš mirno in zaupljivo; če ne veš, se seveda upiraš.

Res je, pleme Resničnega ljudstva odhaja, a ostaja nam njihovo sporočilo. Gre za to, da bi morali poskrbeti za udejanjanje njihovih miroljubnih, pomembnih vrednot. Imamo tehnologijo, ki lahko nahrani vse ljudi na svetu, in znanje, ki nam omogoča izražanje in uveljavljanje samega sebe; pa tudi zavetje, kar lahko nudimo tudi vsem drugim prebivalcem Zemlje, če nam je le do tega.

"Imenovali so jo Dvoje src" je izjemno zanimiva leposlovna pripoved o duhovni odisejadi Američanke v Avstraliji.

Zgodba o pogumni ženski, ki je potovala z avstralskimi domorodci in spoznala čudovite skrivnosti in modrosti zelo starega plemena: kako navezati stik z naravo in kako zaupati in verovati svojemu notranjemu vedenju in vodstvu.

"Imenovali so jo Dvoje src" predaja enkratno, pravočasno in pomembno sporočilo vsemu človeštvu; če se bomo naučili spoštovati vsa živa bitja in živeli v sozvočju z zemljo, lahko rešimo svet pred uničenjem, " je zapisala o tej knjigi Elizabeth Kubler Ross.

Avtorica pa zaključuje knjigo z naslednjimi mislimi:

"Resnični ljudje so mi povedali, da je preizkus mogoče opraviti samo tako, da se ga lotiš. Moje življenje je doseglo točko, ko prepoznavam priložnosti za opravljanje duhovnih preizkusov tudi v situacijah, ki se zdijo povsem negativne. Naučila sem se razlikovati med opazovanjem in sojenjem. Spoznala sem, da vsaka stvar daje priložnost za duhovno obogatitev".

Če razmišljam na podoben način, se pričenjamo zavedati, da je tako tudi v našem življenju. V bistvu je res, da nas vsaka bolezen, težava, neuspeh ali izguba sicer prizadene, vendar ob njej tudi na nek način dozorevamo in pričenjamo bolj ceniti vse, kar nam je dano v življenju!

Kristina Bajec



POSTAVITE SE ZASE

Anne Dickson: Postavite se zase - Veščine odločnosti, Iskanja, Ljubljana, 1998, 216 strani

"Biti odločen pomeni biti sposoben jasno, pošteno in neposredno komunicirati. Pomeni zahtevati svoje potrebe in želje ter izraziti svoje mnenje odločno in prepričljivo, spoštljivo in nenasilno, odprto in neposredno."

Ženske vse prevečkrat ne znamo biti odločne; namesto tega smo v svojem vedenju preveč pasiv-

PRIPOROČAMO BRANJE

ne, napadalne ali manipulativne. Naučiti se odločnega vedenja je cilj seminarjev, ki jih avtorica knjige, psihologinja Anne Dickson, vodi po številnih krajih v Evropi. V knjigi razložene tehnike in veščine odločnosti pa so namenjene tistim, ki se tečajev ne morejo udeleževati ali pa se želijo s tem znanjem seznaniti doma.

Knjiga je namenjena pretežno ženskam. Avtorica poudarja, da ne zato, ker bi potrebovale več veščin odločnosti kot moški, ampak zato, ker jih potrebujejo drugače.

Preberemo jo lahko na več načinov. Prvi je, da jo pač preberemo - in občudujemo v zgodbah opisane osebe, ki so "uspele".

Pri drugem načinu pa ob branju razmišljamo o sebi ter sledimo napotkom in vajam, ki so navedeni na koncu nekaterih poglavij.

Vendar pa avtorica pravi: "Pogovor in razmišljanje je začetek, ki pa ima omejeno vrednost. Način, da se spremenimo, je, da s spremembo začnemo. In z igranjem vlog lahko to tudi storite."

S to tehniko lahko vadimo, kako se želimo v določeni situaciji obnašati. Pri tem druga oseba sprejme dopolnilno vlogo, npr. partnerja, šefa, otroka... ter nam s povratnimi informacijami pomaga oblikovati vedenje. Mnogo je drobnih detajlov, ki jih sami ne opazimo (npr. ton glasu, drža telesa, pogled), a sooblikujejo naše obnašanje, ki nas "izdajo" in zaradi katerih še tako "odločno" vedenje drugi zaznajo kot neodločno.

Veščin odločnosti se lahko tudi naučimo. Te veščine so npr. oblikovanje jasnih in natančnih zahtev, sprejemanje in dajanje kritike, sposobnost reči "ne", usklajenost govornice telesa, obvladovanje izražanja čustev, posebno jeze, sprejemanje komplimentov...

Popolnoma odločnega človeka, odločne ženske, ni. Ne glede na to, kako odločna je videti, ima prav gotovo na katerem od področij življenja težave z odločnostjo. Vsi jih imamo. Avtorica pa poudarja, da je dobro, da ta področja prepoznamo. Je to odnos do partnerja, otrok, šefa? Odnos do svojega telesa? Odnos do zdravstvenega osebja?

"Naučimo se biti nenasilno odločni - brez sprenevedanja, samozatajevanja ali vzbujanja občutkov krivde v drugih. Namesto da nas vodi potreba po ugajanju in obtoževanju, povečujemo sposobnost, da v svojem življenju sami sprejemamo odločitve. Odločnost daje neverjeten občutek lastne vrednosti, samospoštovanja in gotovosti vase; svobodo, da smo to, kar smo, in ne to, kar drugi mislijo, da bi morali biti."

Knjigo Postaviti se zase lahko uporabimo kot neke vrste vodilo pri delu na sebi. Vendar nujno potrebujemo ob sebi še nekoga, vsaj še enega človeka (npr. prijateljico, partnerja), ki razume, kaj želimo pri sebi spremeniti, nas podpira ter nam s sodelovanjem pri igri vlog tudi pomaga.

Andreja Škufca



*Bolje z modrecem jokati,
kot z norcem prepevati.*

*Človek, ki je na nevarnost opozorjen,
je obenem polovično oborožen.*

*Kdor te skrivno obrekuje, se te boji;
kdor te očitno hvali, te zaničuje.*

ODNOS DO BOLEZNI IN ZDRAVLJENJA

Uvod

Rak je bolezen, ki je močno prisotna v predstavah in zavesti ljudi nasploh. Zdravi ljudje še prepogosto o njej mislijo, da je neozdravljiva in močno dvomijo v uspešnost zdravljenja.

Ko pa se posameznik sooči z njo, začne spreminjati svoj odnos do bolezni in do zdravljenja. V procesu zdravljenja postaja vse bolj aktiven, pozitivno naravnan. Upa v možnost ozdravitve, zaupa vase, zato začne iskati različne možnosti, kako bi tudi sam prispeval k ozdravitvi. Pozitiven odnos do bolezni in zdravljenja ugodno vpliva na sam proces zdravljenja in na kvaliteto življenja.



Metode

Da bi bolj podrobno raziskali odnos do bolezni in zdravljenja tako pri bolnikih, kot tudi pri zdravstvenem osebju, smo sestavili poseben vprašalnik. Poleg splošnih podatkov je vseboval še vprašanja, ki zadevajo odnos do bolezni, zdravljenja in alternativnih metod.

Vprašalnik je izpolnilo 217 bolnikov in 70 zdravstvenih delavcev. Bolniki so bili izbrani naključno izmed tistih, ki so se zvrstili na ambulantnih pregledih na Onkološkem inštitutu v obdobju enega tedna. Vsi anketirani zdravstveni delavci so bili z Onkološkega inštituta; med njimi je bilo 19 zdravnikov, 49 medicinskih sester in 2 študenta na praksi.

Povprečna starost v skupini bolnikov je bila 52 let, v skupini zdravstvenih delavcev pa 40. Osebnostno izkušnjo z rakom v družini je navajalo 46% anketiranih v skupini zdravstvenih delavcev in 62% v skupini bolnikov. Ozdravele bolnike z rakom poznajo v visokem odstotku v obeh skupinah; 78% v

skupini zdravstvenih delavcev in 73% v skupini bolnikov. 67% vprašanih bolnikov ter 10% zdravstvenih delavcev pa je navedlo, da so tudi sami že bili zdravljeni oz. se zdravijo zaradi raka.



Rezultati

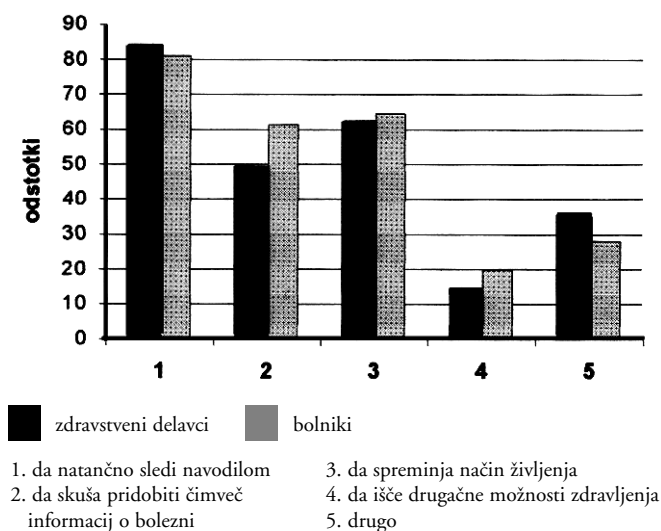
Na vprašanje: "**Ali bi pristali na dolgotrajno in obremenjujoče zdravljenje, tudi če je izid negotov?**", jih je v skupini bolnikov pritrdilno odgovorilo 85%, v skupini zdravstvenih delavcev pa le 61%.

V obeh skupinah pa so si bili skoraj stodontno enotni v pozitivnem odgovoru na vprašanje: "**Ali lahko bolnik s svojim aktivnim sodelovanjem pripomore k ugodnejšemu izidu zdravljenja?**".

Vprašanju: "**Kaj menite, kako lahko bolnik sam prispeva k svojemu zdravju?**", smo dodali več možnih odgovorov. Čez 80% v obeh skupinah se je odločilo za to, da s tem, da natančno sledijo navodilom (slika 1). Okoli 63% sodelujočih v obeh skupinah je menilo, da spremenjen način življenja pomembno prispeva k zdravju. Za pridobivanje čimveč informacij o bolezni se je v prvi skupini odločilo 50 % vprašanih, v drugi pa 61%. Za iskanje drugačnih možnosti zdravljenja pa se jih je odločilo 14% v skupini zdravstvenih delavcev ter 19% v skupini bolnikov. V obeh skupinah pa so dodatno še navajali predvsem pomen sprejemanja nove situacije, volje, upanja, pozitivnega odnosa in zaupanja do zdravljenja.



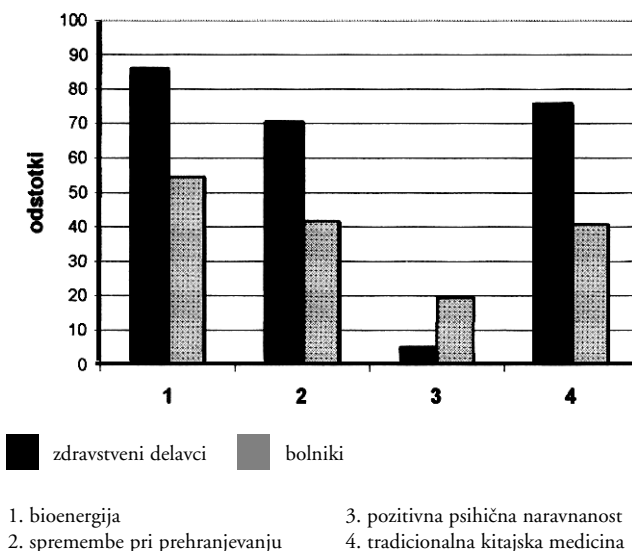
Slika 1: Odgovori na vprašanje: **Kaj menite, kako lahko bolnik sam prispeva k svojemu zdravju?**



Na vprašanje: "**Navedite, katere alternativne načine zdravljenja poznate?**", jih v skupini zdravstvenih delavcev ni odgovorilo 17%, v skupini bolnikov pa 50%. Ostali so navajali zelo različne odgovore, ki smo jih razvrstili v štiri skupine (slika 2). Za bioenergijo se je odločilo 86% v skupini zdravstvenih delavcev ter 54% v skupini bolnikov. Spremembe pri prehranjevanju je navajalo 71% vprašanih v prvi in 42% v drugi skupini. Različne načine tradicionalne kitajske medicine je navajalo 76% vprašanih v skupini zdravstvenih delavcev ter 41% v skupini bolnikov. Odgovore v smislu pozitivne psihične naravnosti je navajalo le 5% v prvi ter 19% v drugi skupini vprašanih. Poleg teh odgovorov je v skupini bolnikov 19% navajalo tudi kirurgijo, obsevanje in/ali kemoterapijo kot obliko alternativnega zdravljenja.



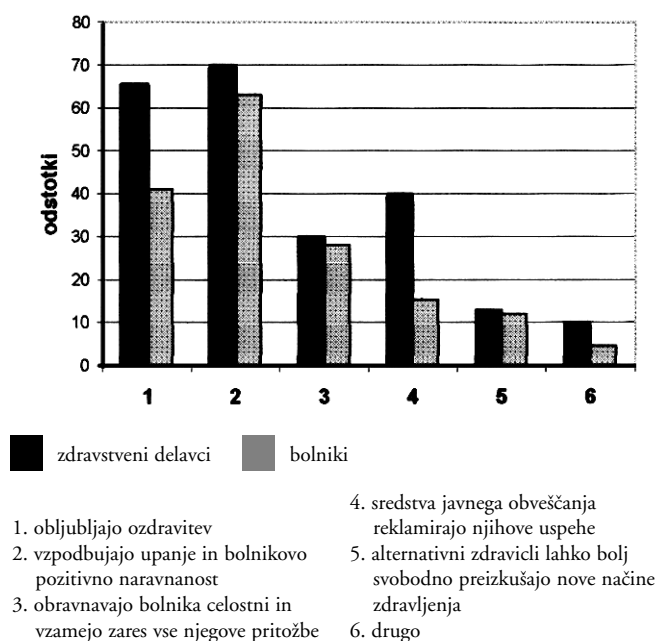
Slika 2: Odgovori na vprašanje: **Navedite, katere alternativne načine zdravljenja poznate!**



Na vprašanje: "**Ali ste sami že kdaj preizkusili katero od alternativnih metod?**", je pritrdilno odgovorilo 19% v skupini zdravstvenega osebja in 29% v skupini bolnikov.

Vprašanju: "**Zakaj so za bolnika alternativne tehnike tako privlačne?**" smo dodali več različnih možnih odgovorov (slika 3). Največ vprašanih se je odločilo za drugi ponujeni odgovor, to je za to, ker vzpodbujajo upanje in bolnikovo pozitivno naravnost. Za ta odgovor se je odločilo 70% vprašanih v prvi in 63% v drugi skupini. 65% zdravstvenih delavcev in le 41% bolnikov je menilo, da alternativne metode obljublajo ozdravitev. 40% v prvi in samo 15% v drugi skupini vprašanih je odgovorilo, da so te tehnike tako privlačne za bolnike zaradi reklamiranja njihovih uspehov v sredstvih javnega obveščanja. Za odgovor, da obravnavajo bolnika celostno ter vzamejo zares njegove pritožbe, se je odločilo v obeh skupinah okoli 29% vprašanih. Za odgovor, da so alternativne tehnike tako privlačne zato, ker lahko alternativni zdravniki bolj svobodno preizkušajo nove načine zdravljenja, se je v obeh skupinah odločilo najmanj sodelujočih, okoli 12%. V obeh skupinah pa so dodatno navajali še, da so te metode manj agresivne, so bolj naravne in da pri njih bolnikom posvetijo več časa.

Slika 3: Odgovori na vprašanje: **Zakaj so za bolnika alternativne tehnike lahko privlačne?**



Na vprašanje: **"Ali menite, da obstajajo alternativni načini zdravljenja, ki lahko nadomestijo medicinsko zdravljenje?"**, je pritrdilno odgovorilo 9% zdravstvenih delavcev, bolnikov pa kar 20%.

Na naslednje vprašanje: **"Ali alternativa lahko dopolnjuje medicinsko zdravljenje?"**, pa je pritrdilno odgovorilo nekoliko več zdravstvenih delavcev kot bolnikov; v prvi skupini 84%, v drugi pa 78% vprašanih.

Razprava

Z anketo smo ugotavljali odnos zdravstvenih delavcev in bolnikov do bolezni in zdravljenja, posebej še do alternativnih metod.

V skupini bolnikov jih je le 67% odgovorilo, da so bili zdravljeni ali se zdravijo zaradi raka. Podatek si razlagamo s tem, da so mnogi med njimi

lahko bili v diagnostičnem postopku, ali so čakali na začetek zdravljenja, ali pa se z boleznijo še niso mogli soočiti in so jo zanimali.

Veliko razliko med skupinama v pritrdilnih odgovorih na vprašanje: "Če bi zboleli za rakom, ali bi pristali na dolgotrajno in obremenjujoče zdravljenje, tudi če je izid negotov?" (zdravstveni delavci 61%, bolniki 85%), lahko razumemo kot odraz nepredelanih čustvenih stisk, ki jih doživljajo zdravstveni delavci ob svojem delu ter predstavlja njihov psihični obrambni mehanizem. Razlika v odgovorih pa lahko kaže tudi na to, kako hitro se spremeni naš odnos do bolezni in zdravljenja, ko sami zbolimo. Takrat se v nas okrepi pozitivna naravnost, želimo nekaj narediti zase, odločimo se za zdravljenje.

V obeh skupinah so se strinjali, da bolnikovo aktivno sodelovanje pri zdravljenju ugodno vpliva na izid bolezni. Ob tem pa se postavlja vprašanje, kako doseči čim boljše bolnikovo sodelovanje.

Zanimivo pa je, kako sta obe skupini odgovarjali na naslednje vprašanje o tem, kako lahko bolnik sam prispeva k svojemu zdravju. Zdravstveni delavci in bolniki so se največkrat odločili za odgovor, da natančno sledijo navodilom. Najbolj pa so se razlikovali v tem, da so bolniki v večji meri kot zdravstveni delavci menili, da je pomembno, da pridobijo čim več informacij. Morda odgovore zdravstvenih delavcev pogojujejo tudi njihove lastne stiske, ki jih doživljajo, ko se pogovarjajo z bolnikom o njegovi bolezni. Pri tem velja tudi upoštevati, da so se zdravstveni delavci v manjšem odstotku odločali za zdravljenje v primeru lastne bolezni z negotovim izidom. Tako lažje razumemo njihovo mnenje, da bi bili bolniki, ki bi izvedeli za svoje stanje, manj motivirani za sodelovanje. Verjetno menijo, da jih s tem ščitijo, ko jim ne povedo vsega o bolezni.

Zanimivo je, da kar 17% zdravstvenih delavcev ter 50% bolnikov ni podalo odgovora na vprašanje, katere alternativne metode poznajo. Tak rezultat je lahko posledica nepoznavanja alternativnih metod; za kar govori tudi dejstvo, da je 19% bolnikov kot metode alternativnega zdravljenja navedlo oblike standardnega medicinskega zdravljenja, kot so ke-

moterapija, radioterapija in kirurgija. Odgovori tudi nakazujejo trditev, da pojem "alternativne metode zdravljenja" ni enoznačen in si ga ljudje različno razlagajo.

Naslednji podatek govori o tem, da so alternativne metode že del našega vsakdanjega življenja, saj je skoraj ena petina zdravstvenih delavcev ter ena tretjina bolnikov pritrdilno odgovorila, kar pomeni, da so sami že preizkusili katero od alternativnih metod.

Zdravstveni delavci in bolniki se najbolj razlikujejo v svojem mnenju o tem, zakaj so alternativne tehnike lahko privlačne. Zdravstveni delavci so v večji meri kot bolniki menili, da je privlačnost alternativnih tehnik v tem, ker obljublajo ozdravitve in bolj reklamirajo svoje uspehe. Oboji pa so se strinjali, da so alternativne tehnike lahko privlačne tudi zato, ker vzpodbujajo upanje in bolnikovo pozitivno naravnost. Ta odgovor še dodatno utrjuje pomen, ki so ga vsi anketirani pripisali bolnikovemu sodelovanju pri zdravljenju.

Zdravstveni delavci in bolniki pa so nadalje tudi ocenjevali, da so alternativne tehnike lahko dopolnilo klasičnemu medicinskemu zdravljenju.



Zaključki

Rezultati ankete so pokazali, da aktivno sodelovanje bolnikov pomembno vpliva na ugoden izid zdravljenja. Odnos do bolezni in zdravljenja se pomembno spremeni, ko človek sam zbolí; takrat se z željo po preživetju usmeri k zdravljenju, tudi če je prej dvomil v njegovo uspešnost. Odgovori tudi nakazujejo, da je alternativno zdravljenje v precejšnji meri prisotno v našem vsakodnevem življenju in vstopa v proces zdravljenja kot dopolnilna tehnika.

Marija Vegelj-Pirc
Vesna Radonjič-Miholič
Andreja Škufca

Za sodelovanje se vsem iskreno zahvaljujemo.

VZPON NA VRH TRIGLAVA

2. - 3. september 1998

Srečo imam, da belino triglavskih gora lahko gledam skozi domače okno. V vsakem jasnem jutru je to prva živa podoba izza zaves. Veliko let sem si vsako pomlad, ko se začno pohajanja po planinah, hrepeneče želela gledati obratno: s Triglava navzdol, mogoče celo do doma. Lani mi je to spodletelo zaradi slabe pripravljenosti, zato sem letos, skupaj s prijateljico, začela nabirati moči že zelo zgodaj. Odločili sva se, da bova vse poti strnili v pot na Triglav. Ta cilj je postal še bolj trden, ko je prav taka zamisel vzniknila tudi med udeleženkami 10. mednarodne konference Pot k okrevanju, ki je bila maja 1998 v Ljubljani.

Uspelo nam je in v začetku avgusta sva bili obe s prijateljico prvič na vrhu Triglava. Doživetje je bilo enkratno. Sklenila sem, da se bom udeležila tu-



Z vztrajnostjo in potrpežljivostjo bodo zmogle tudi zadnji del poti do cilja.

di pohoda na Triglav, ki ga je za ženske z rakom dojke (članice Društva onkoloških bolnikov Slovenije) organizirala Ana Perše, voditeljica Skupine za samopomoč v Slovenj Gradcu. V vabilu, ki nam ga je poslala v začetku avgusta, je bil napisan potek poti, vsa potrebna navodila o obleki in hrani ter zagotovilo, da nas bodo vodili izurjeni gorski vodniki in zdravniki.

Ob napovedanem prvem terminu je deževalo, na Kredarici pa celo snežilo. Naš pohod se je zato začel 2. septembra. V skupini nas je bilo 42, poleg 22 žensk še 7 gorskih vodnikov z Ano na čelu, ostali pa so bili spremljevalci in prijatelji. V meglenem jutru poključskih gozdov smo odšli na pot v dveh skupinah: eni so odšli z Rudnega polja pri vojašnici, drugi pa čez planino Konjščica. Skupaj smo trčili po približno uri hoje, se veselo pozdravili in nadaljevali pot do doline pod Viševnikom, kjer je bil prvi počitek. Naslednji manjši postanek je bil v Vodnikovem domu. Tam nam je Ana pripravila prvo presenečenje. Vsi smo prejeli zelen klobuček z napisom: "Dober dan, življenje" in majico. Poleg zahtevnih priprav je poskrbela še za darila, zato: "Hvala, Ana!"

Pot je postajala zahtevnejša, vendar tudi vse bolj svetla in na Konjskem sedlu nam je posijalo sonce, ki nas je spremljalo do vrha in nam toplo sledilo še ves naslednji dan.

Prihod na Kredarico je bil za vsakega od nas nekaj posebnega. Ni bilo lahko. Na tej poti so trem toliko pošle moči, da so nahrbtnike prevzeli vodniki in jih potem srčno bodrili in spremljali do kočice na Kredarici. Vsak od nas se bo verjetno vedno spominjal olajšanja zadnjih korakov in drugih občutkov, ki jih pozna le vsak sam zase. Sprehajali smo se po kredariški plošči, gledali v oblake zavite doline pod nami in z različnimi občutki zrlili v vrh Triglava. Dan se je za nekatere zaključil z nemirnim spancem, ki je pomenil tremo pred zadnjo potjo na vrh.

Ob 7. uri zjutraj smo bili vsi na izhodišču za vzpon. Dr. Janez Gorjanc nas je poučil o tem, kako naj hodimo in se oprijemamo skal, za vzpodbudo pa je takole zaključil: "Na vrh so prišli že ljud-



"Dober dan, življenje" so si rekli na vrhu Triglava. Osvojili so goro in zmagali

je brez rok in brez nog in tudi ve boste prišle." In smo prišle, vseh 22 in tudi vsi drugi, ki so nas spremljali. Najstarejša med nami je bila 70-letna Tončka Mali s Tuhinja. Smejočih in vlažnih oči smo si stiskali roke, sledil je krst "s štrikom po zadnjici" tistih, ki so prišli prvič na vrh. Kmalu smo zbrano in počasi, v vrsti eden za drugim, odšli nazaj proti Kredarici.

Tu nas je v Kapeli čakalo drugo presenečenje, ki ga je pripravil gospod Urbanija, župnik iz Dovjega; nekateri mu pravijo kar "drugi Aljaž". Maša, ki jo je daroval za nas, je bila popotnica za miren in vesel povratek.

Zaključili smo v Kazini na Bledu. Tu je Ana s svojimi pomočniki poskrbela še za eno presenečenje: vsi smo dobili priznanje za vzpon na Triglav, s podpisi vseh vodnikov. Ob Ani, ki je opravila ogromno delo, se zahvaljujemo njenemu možu Vinku, bratu Tinetu Šmonu in prijatelju Dragu Šteklju, (ki so vsi izkušeni planinci) ter gorskim vodnikom in reševalcem: doktorju Janezu Gorjancu, Frančku Tomšetu in Danilu Keteju. Bili so enkratna ekipa, enkratni ljudje, ki so nas vodili in spremljali z velikim občutkom pazljivosti, srčnosti in potrpežljivosti. Obstaja močna želja, da bi se to ponovilo. Vendar prvič je vedno samo enkrat.

Nataša Kogovšek,
prostovoljka koordinatorka
skupine za samopomoč
v Radovljici

RAČUNALNIŠKA OPREMA ZA DRUŠTVO

Nakup računalniške opreme v septembru 1998 predstavlja za Društvo pomembno pridobitev. Delo bo odslej veliko lažje in sicer: evidenca članstva, medsebojna povezava, izdelava letakov in raznih obvestil ter priprava revije Okno.

Ob tej priložnosti se želimo podjetju Jerovšek Computers iskreno zahvaliti, ker nam je ob nakupu računalnika PC Pentium 233MMX tiskalnik podarilo.

MO



Foto: Ana Kukovec

ODDELEK ZA PSIHO- ONKOLOGIJO NA INTERNETU

Postavitev domače strani na svetovnem spletu Internet je nova pomembna pridobitev. Na njej boste našli tudi podatke o Društvu onkoloških bolnikov Slovenije in Europa Donna - Slovenskem nacionalnem združenju za boj proti raku dojke, ki imata svoj sedež na oddelku za psihoonkologiji.

Oglejte si naše strani na internet naslovu:
<http://www.onko-i.si/psihoonko/index.html>

Vaše pripombe, pohvale in predloge nam pošljite po elektronski pošti na naslov:

PSIHO1@ONKO-i.si

MO

4. MEDNARODNI KONGRES PSIHOONKOLOGIJE

“Celostni pristop k raziskovanju in zdravljenju raka”

Nemčija, Hamburg, 3.- 6. september 1998

Mednarodno združenje za psihoonkologijo je tokratno organizacijo kongresa zaupalo Oddelku za klinično psihologijo Univerzitetne klinike Hamburg-Eppendorf na severu Nemčije. V modernem poslopiju Kongresnega centra se je zbralo več kot 550 udeležencev z različnih koncev sveta. Predavanja so potekala paralelno v šestih dvoranah in so obravnavala različna tematska področja, kot so: potrebe, cilji in različne perspektive psihoonkologije, vloga stresa, psihologija in rak, psihosocialne intervencije.

Mednarodno združenje za psihoonkologijo je imelo tudi svojo redno skupščino.

Mednarodno strokovno srečanje je ponudilo veliko možnosti za izpopolnjevanje znanja, pridobivanja novih izkušenj in idej ter za srečanje z vodilnimi strokovnjaki s področja psihoonkologije. Med njimi zavzema pomembno mesto dr. Jimmie Holland iz New Yorka. Znana je kot avtorica številnih publikacij in učbenika psihoonkologije. Na kongresu je samostojno in s sodelavci nastopila z osmimi referati in poročili o raziskavah. V uvodnem predavanju je predstavila perspektive razvoja klinične psihoonkologije, ki so izjemne, saj ima psihoonkologija nepogrešljivo vlogo pri celostni in kakovostni obravnavi onkoloških bolnikov. Bolniki potrebujejo vse več psihosocialne pomoči in v naslednjem obdobju bo zato razvoj psihoonkologije še hitrejši in uspešnejši.

Zanimivo je bilo predavanje nemškega profesorja Nagela o vlogi zdravnika psihoonkologa pri celostni obravnavi onkološkega bolnika. Avtor ga je opisal kot specialista, ki nudi strokovno profesionalno pomoč onkološkim bolnikom s psihičnimi težavami in kot učitelja, ki izvaja dodatno izo-

braževanje zdravnikov in ostalih zdravstvenih delavcev s področja onkologije ter kot raziskovalca.

Na konferenci je bil zelo izpostavljen problem komunikacije med zdravnikom in bolnikom. Z velikim zanimanjem smo poslušali predavanja, v katerih je več avtorjev posredovalo svoja videnja in izkušnje pri ustvarjanju kakovostnih medsebojnih odnosov, ki so predpogoj za dobro sodelovanje pri zdravljenju. Poudarjali so potrebo po dodatni podiplomski izobrazbi zdravnikov, s katero bi pridobili potrebna znanja in veščine za zahtevno komunikacijo z onkološkim bolnikom.

Številni avtorji, ki se ukvarjajo z odnosi v družini, so poudarjali večplastno in zelo kompleksno vlogo družine pri nastanku in poteku bolezni ter opisovali njeno vlogo pri spremljanju kroničnega bolnika. Opozarjali so, da ne doživlja stiske le bolnik, temveč tudi njegovi družinski člani, ki so včasih še huje prizadeti.

Veliko zanimanja so vzbudile razprave o vlogi stresa pri nastanku maligne bolezni. Nekaterе študije so pokazale, da stres zavira imunsko obrambno sposobnost telesa. Kot najpogostejši psihosocialni stresni vrste so bile navedene izgube pomembnih čustvenih odnosov (npr. smrt zakonca, otroka). Posebej zanimivo predavanje v zvezi s tem je imel danski profesor dr. Johansena.

Škotska predavateljica Leslie G. Walker je predstavila rezultate raziskave, ki je pokazala vpliv terapevtskih vaj sprostitve z nazornim predstavljanjem. V raziskavo so bile vključene ženske z razširjenim ali lokalno napredovalim rakom dojke, ki so bile v času zdravljenja vključene tudi v program sprostitve. Klinične raziskave so pokazale pri vseh bolnicah zvišano imunsko obrambno sposobnost, ki je bila v pozitivnem sorazmerju s pogostnostjo sprostitvenih vaj.

Nekaj svojih doživetij in izkušenj so nam predstavili tudi nekdanji bolniki. Posebej zanimiva je bila predstavitev Iana Gawlerja, ustanovitelja istoimenske avstralske fundacije, ki pomaga obolelim za rakom. Opisal je 17 – letne izkušnje njihovega centra z raznimi sprostitvenimi, meditacijskimi in drugimi tehnikami.

Poleg številnih predavanj je bilo okoli 50 različnih tem predstavljenih na posterjih. Med njimi je tudi naš oddelek za psihoonkologijo predstavil dve raziskavi pri bolnicah z rakom dojke. Prva je raziskovala vpliv družinske klime v otroštvu na kasnejšo zboleznost za rakom dojke, druga pa je z logotestom ocenjevala smisel življenja. Zadnjo raziskavo smo podrobneje predstavili v prejšnji številki Okna. Ob tej priložnosti se še enkrat vsem sodelujočim bolnicam iskreno zahvaljujemo.

Želim, da bi vsa pridobljena znanja s pridom uporabljali v korist bolnikov in vse bolj uresničevali geslo konference o celostnem pristopu k raziskovanju in zdravljenju raka.

dr. Zvezdana Snoj



EVROPSKA KONFERENCA O RAKU DOJKE

Italija, Firenze, 29. 9.– 3. 10 1998

Rak dojke je najpogostejši rak pri ženskah v Evropi in tudi v Sloveniji. Število obolelih vsako leto narašča, po drugi strani pa so vse večje možnosti za zgodnje odkrivanje in uspešnejše zdravljenje. Da bi čimbolj celovito obvladovali ta problem je priznani onkolog prof. Umberto Veronesi že leta 1992 dal pobudo, da se morajo strokovnim prizadevanjem v boju proti raku dojke pridružiti vse ženske. Akcija je uspešno stekla in leta 1994 je bila ustanovljena Europa Donna - Evropska zveza za



Prof. dr. Umberto Veronesi prisrčno pozdravlja slovenske predstavnice Europa Donna na konferenci v Firencah.

boj proti raku dojke s sedežem v Milanu, ki trenutno združuje 20 aktivnih držav članic, med njimi je tudi Slovenija.

Pomemben dosežek delovanja Europa Donna je bila soorganizacija 1.evropske konference o raku dojke, ki je potekala v Firencah od 29. 9. do 3. 10. 1998.

Zgodilo se je prvič, da so skupaj s strokovnjaki in znanstveniki enakovredno sodelovale tudi predstavnice žensk. Sodelovale so pri pripravi in izvedbi konference, kot tudi pri sprejemanju zaključkov. Slovensko združenje Europa Donna je bilo vseskozi aktivno prisotno. Na konferenci je 3200 udeležencev iz 78 držav razpravljalo o različnih temah, zadnji dan pa jih je sodelovalo okoli 1000 pri sprejemanju zaključkov. Poleg predavanj, okroglih miz in simpozijev je bilo okoli 600 različnih tem predstavljenih tudi s posterji, s katerimi smo tudi mi sodelovali na konferenci.

Zaključki konference v Firencah (t.i. Florentinska) izjava določajo program zadolžitev za vse, ki se ukvarjajo z raziskovanjem, preventivo in zdravljenjem ter zagovorništvo. Dokument so podpisali predsedniki treh pomembnih organizacij, ki so konferenco pripravile. To so: Skupina za rak dojke pri Evropski organizaciji za raziskave in zdravljenje raka (EORTC-BCCG), Evropsko združenje za mastologijo (EUSOMA) in Europa Donna - evropska zveza za boj proti raku dojke.

Z jasno opredeljenimi cilji mora ta dokument vzpodbuditi prepotrebne spremembe na področju obravnave raka dojke. EORTC-BCCG, EUSOMA in zagovorniška dejavnost zveze Europa Donna si bodo prizadevali doseči zastavljene cilje z lobiranjem vlad evropskih držav za svoje dejavnosti, z mobilizacijo zdravstvene službe, kot tudi znanstveno-raziskovalnih ustanov in posameznikov ter proizvajalcev medicinske opreme in zdravil. Te nove akcije, ki so jih predlagali oz. zahtevali delegati 1. evropske konference o raku dojke, bodo ocenjene in dopolnjene čez dve leti na naslednji 2. konferenci, ki bo potekala od 26.-30.septembra 2000 v Bruslju.

Prva evropska konferenca o raku dojke je tudi pozvala Evropski parlament, da problematiki raka dojke posveti posebno plenarno zasedanje.

Slovenski udeleženci konference smo se strinjali, da mora biti Florentinska izjava zavezujoča tudi za Slovenijo. Zato posebej vabimo vse ženskem, da se pridružijo tem prizadevanjem.

Za čimboljšo splošno obveščenost v celoti objavljamo **v Florentinski izjavi sprejeta stališča:**

O raziskovalni dejavnosti:

- Klinične študije so osnova in pogoj za razvijanje optimalnih načinov zdravljenja raka dojke in ta konferenca si prizadeva vzpodbujati karseda široko sodelovanje v kliničnih raziskavah. Uporabniki morajo biti polno udeleženi na vseh stopnjah načrtovanja in izvajanja kliničnih raziskav s tem, da so o tem jasno in javno obveščeni, da sodelujejo pri razpravah v etičnih komisijah in da se poveča njihov dostop do sodelovanja v kliničnih študijah.
- Konferenca se zavzema, da je treba z ustreznim pritiskom na vlade, dobrodelne zdravstvene fundacije in proizvajalce zdravstvene opreme in zdravil doseči, da se večji del sredstev namenja raziskavam raka dojke, posebej še aplikativnim študijam. Najpomembnejše evropske dobrodelne organizacije so vabljeni, da sodelujejo pri koordinaciji teh prizadevanj, da bi se tako izognili nepotrebnemu podvajanju raziskovalnih

programov v različnih državah in s tem sprostili razpoložljiva sredstva za podporo evropskim študijam.

O genetski predispoziciji:

- Glede na to, da se pojavljajo vedno nova spoznanja o dedni predispoziciji za raka dojke ter da obstoječe možnosti za preprečevanje in zdravljenje pri rizičnih osebah niso dokazano učinkovite, Konferenca zagovarja stališče, da naj se genetski testi izvajajo le v okviru kliničnih raziskav. Za nadaljnje proučevanje psiholoških učinkov in kliničnih rezultatov takega testiranja pri osebah, ki v teh testih sodelujejo, morajo biti izpolnjeni določeni pogoji glede oseba in opreme.
- Genetsko testiranje potencialno ogroža zasebnost in varnost žensk in bi utegnilo privedi do komercialnega okoriščanja s pomočjo genskega patentiranja. Konferenca zato zahteva, da zakonodaje posameznih držav in Evropske direktive zaščitijo ženske pred osebno, poklicno, materialno ali katero koli drugo obliko diskriminacije.

O psihosocialnem stanju:

- Udeleženci te konference so prepričani, da mora biti ugotavljanje psiho-socialnega stanja obvezno prisotno pri ocenjevanju in obravnavi zdravja žensk na splošno in ne sme biti le sestavni del kliničnih študij.



Veselje ob naših posterjih (z leve proti desni) Vida Rudolf, Tanja Čufer, Marija Vegelj-Pirc

O zdravljenju:

- Konferenca zahteva od vseh, ki so zadolženi za organizacijo in financiranje zdravstvene oskrbe za rak dojke, da vsem ženskam zagotovijo dostop do ustrezno opremljenih multidisciplinarnih in multiprofesionalnih centrov za bolezni dojk, ki naj pokrivajo populacijo cca 250.000 prebivalcev.

O kvaliteti medicinske oskrbe:

- Glede na to, da kvaliteta zdravstvenih storitev (kirurgije, radioterapije in kemoterapije) odločilno vpliva na izid zdravljenja, morajo postati programi za zagotavljanje kvalitete obvezni predpogoj za upravičenost do plačila teh storitev iz skladov zdravstvenega zavarovanja.
- Izdelava smernic za multidisciplinarno obravnavo raka dojke, ki temelji na dosedaj pridobljenih izkušnjah in znanju, sprejetih na nacionalni kot tudi evropski ravni in s soglasjem medicinskih strokovnjakov, prostovoljnih organizacij, drugih zdravstvenih služb in uporabnikov, bo doprinesla k nadaljnjemu izboljšanju rezultatov.

Marija Vegelj-Pirc



*Dober premislek je boljši,
kakor uro hoda.*

*Dvakrat premisli, enkrat govori;
trikrat preudari, enkrat stori!*

*Kdor strah v glavi nosi,
temu je vsaka senca pošast.*

*Pomisli, preden kaj rečeš;
tudi beseda človeka ubije.*

DRUŠTVO ONKOLOŠKIH BOLNIKOV SLOVENIJE

Onkološki inštitut, Oddelek za psihoonkologijo

Zaloška 2, 1105 Ljubljana

tel. (061) 131 83 50

fax. 386 61 131 41 80

e-mail: psiho1@onko-i.si

internet:

<http://www.onko-i.si/psihoonko/index.html>

Postanite član tudi Vi!

Člani društva so lahko zdravljeni in ozdravljeni bolniki, njihovi svojci in prijatelji, zdravstveni strokovnjaki in vsi, ki so zainteresirani za varovanje zdravja in reševanje problematike raka.

Za včlanitev v društvo izpolnite prijavnico, ki jo dobite pri društvu.

Člani prejmejo člansko izkaznico, plačujejo članarino in so tekoče obveščeni o delu društva. Po potrebi in želji se lahko bolniki povezujejo v samopomočne skupine ali združujejo pri raznih drugih dejavnostih.



POT K OKREVANJU

organizirana samopomoč žensk z rakom dojke

- **Individualna pomoč** bolnicam po operaciji.

Redni obiski prostovoljk potekajo v splošnih bolnišnicah: v Celju, Mariboru, Slovenj Gradcu, Šempetru pri Novi Gorici in na Onkološkem inštitutu v Ljubljani.

- **Skupine za samopomoč**

imajo redna mesečna srečanja po naslednjem razporedu:

CELJE: Vsako 2. sredo v mesecu ob 15. uri v sejni sobi kirurške službe Splošne bolnišnice Celje.

IZOLA: Vsak 1. četrtek v mesecu ob 17. uri v prostorih Splošne bolnišnice Izola.

LJUBLJANA: Vsak 3. četrtek v mesecu ob 16. uri v sejni sobi Onkološkega inštituta, stavba C.

MARIBOR: Vsako 3. sredo v mesecu ob 17. uri v zdravstvenem domu, V. nad., v sejni sobi.

NOVA GORICA: Vsak 2. ponedeljek v mesecu ob 17. uri v prostorih zdravstvenega doma, nova stavba.

NOVO MESTO: Vsak 1. četrtek v mesecu ob 15.30 v prostorih zdravstvenega doma.

SLOVENJ GRADEC: Vsako 1. sredo v mesecu ob 16. uri v bolnišnici, kirurška raportna soba.

POSTOJNA: Vsak 1. torek v mesecu ob 18. uri v sejni dvorani zdravstvenega doma.

RADOVLJICA: Vsak 1. četrtek v mesecu ob 16. uri, knjižnica A. T. Linhart, Radovljica

TRBOVLJE: Vsak zadnji četrtek v mesecu ob 17. uri v prostorih zdravstvenega doma.

VELENJE: Vsak 3. torek v mesecu ob 18. uri v sejni sobi zdravstvenega doma.

VZAJEMNA POMOČ

Društvo onkoloških bolnikov Slovenije želi članom olajšati težave, ki jih povzroča bolezen. Zato je organizirana dejavnost Vzajemna pomoč, to je zbiranje in izposojanje ortopedskih pripomočkov. Prosimo vse, ki imate doma pripomočke, ki jih ne potrebujete več, to so: lasulje, prsne proteze, invalidske vozičke, vrečke za stome itd., da nam jih odstopite. Podrobnejše informacije dobite pri društvu.

*Noben žlahtni kamen ni toliko vreden
kot čisto srce.*

*Zgubil si denar - ničesar,
zgubil si čast - oblast,
zgubil zdravje - bogpomagaj,
zgubil voljo - vse.*

*Jemanja se nikdo ne naveliča;
kdor vse razda
ta se prepriča.*

*Kdor sam sebi ne privošči,
tudi drugim ne.*



KNJIGE ZA VAS

- Pokorn, S HRANO NAD RAKA, Ljubljana TDS Forma 7, 1991. V knjigi boste našli odgovore na zapletena vprašanja o pomembnosti prehrane v človekovem življenju.
- Pirc, A. Vodnik-Cerar, ŽIVETI Z RAKOM, Ljubljana TDS Forma 7, 1992. V knjigi boste zvedeli več o kemoterapiji in obsevanju, kot tu-

di o raku nasploh. Spoznanja so nepogrešljiva za bolnike, svojce in... še zdrave!

- Kaye, DOBER DAN, ŽIVLJENJE, Ljubljana TDS Forma 7, 1994. Psihologinja piše o raku dojke. Medicinska spoznanja se prepletajo s pričevanji bolnic in z njenim lastnim doživljanjem bolezni.
- Gerlanc, V. Zabric, POT K OKREVANJU, Ljubljana TLP, 1995. V knjižici so številni praktični nasveti in opisi telesih vaj za ženske po operaciji dojke.
- C. Simonton, OZDRAVETI, Ljubljana DZS, 1988. Priročnik za bolnike z rakom in njihove svojce uči, kako preseči bolezen z lastnimi močmi in se naučiti sprostitve z nazornim predstavljanjem.
- V pomoč so na voljo tudi avdiokasete POTI K ZDRAVJU (M. Vegelj-Pirc).



PSIHOONKOLOGIJA

Oddelek za psihoonkologijo deluje v stavbi D Onkološkega inštituta v Ljubljani. Bolniki in njihovi svojci se lahko dogovorijo za pogovor vsak dan (razen sobote) od 8. do 14. ure osebno ali po telefonu (061) 131-83-50.

Predhodni pogovor je tudi potreben za vključitev v skupinsko učenje sprostitve z nazornim predstavljanjem po Simontonovi metodi, ki obsega devet rednih tedenskih srečanj s praktičnimi vajami.

Psihoonkološke posvetovalnice delujejo tudi drugod po Sloveniji, pozanimajte se v svojem zdravstvenem domu.



*Zlato in srebro nista nič
proti zvestemu prijatelju.*

*Grdi dnevi so često šteti,
lepi zelo malo v misel vzeti.*

*Spomin je edini kraj,
iz katerega nas ne more nihče pregnati.*

Čistemu obrazu je malo vode treba.

*Kdor drugemu dobro stori,
sebi spravlja.*

SORODNA DRUŠTVA:

DRUŠTVO INKO - Slovensko društvo za pomoč inkontinentnim osebam.

Vse informacije lahko dobite na naslovu društva: Stožice 23/B, 1113 Ljubljana, tel. in fax. (061) 168 50 50.

DRUŠTVO LARINGEKTOMIRANIH SLOVENIJE

Društvo združuje vse bolnike, ki jim je bilo odstranjeno grlo in jih povezuje s svojim informativnim listom Obvestila.

Uradne ure so vsak ponedeljek od 10. do 12. ure v pritličju stavbe Lesnina na Parmovi cesti 53 v Ljubljani.

DRUŠTVO ILCO - sekcija za Koroško regijo

Redna mesečna srečanja stomistov so vsak drugi četrtek v mesecu od 16. ure dalje v prostorih bolnišnice Slovenj Gradec.

Če želite izmenjati svoje izkušnje z ljudmi, ki doživljajo enako kot vi, se nam pridružite.

SLOVENSKO DRUŠTVO HOSPIC

Slovensko društvo Hospic nudi pomoč prostovoljcev družinam z umirajočimi bolniki in individualno svetovanje ob umiranju in žalovanju.

Obveščamo vas, da imamo poslovne prostore v Ljubljani na Gosposvetski 10, 1. nadstropje, tel. 061/ 131 53 99. Stavba je nasproti evangeličanske cerkve.



*Ne sramuj se česa prositi,
kajti ves svet stoji na prošnji.*

*Pasti ni sramotno,
ampak obležati.*

*Kdor pameti noče slišati,
mora jo čutiti.*

Človek se v sili moliti uči.

*Zaupanje v zdravnika več premore
kot zdravila.*

STATUT

DRUŠTVA ONKOLOŠKIH BOLNIKOV SLOVENIJE

(nadaljevanje)

III. ČLANSTVO

8. člen

Članstvo v društvu je prostovoljno.

Društvo ima redne in častne člane.

Redni člani društva lahko postane vsak polnoletni državljan Republike Slovenije, ki je pripravljen delovati v skladu z določili tega statuta. V ta namen podpiše pristopno izjavo, ki je predložena upravnemu odboru društva.

Člani prejmejo člansko izkaznico, plačujejo simbolično članarino, ki pa ni obvezna.

Častni član lahko postane vsaka oseba, ki si je pridobila velike zasluge za uspešnost društva. Naslov častnega člana podeli upravni odbor. Članstvo pa lahko predlaga vsak redni član.

Član društva lahko postane pod enakimi pogoji tudi tuj državljan.

9. člen

Pravice članov so:

- da volijo in so voljeni v organe društva,
- da sodelujejo pri delu in odločajo v organih društva,
- da uporabljajo skupne dosežke in rezultate delovanja društva pri svojem delu,
- da uresničujejo svoje osebne interese na področju dejavnosti društva,
- da sodelujejo pri izdelavi programa društva in so seznanjeni s poslovanjem društva ter njegovim finančno-materialnim poslovanjem,
- da sprejemajo nagrade in pohvale za delo v društvu ter za dosežene uspehe.

10. člen

Dolžnosti članov so:

- da spoštujejo statut in druge akte ter sklepe organov društva,
- da po svojih močeh sodelujejo in s svojim delom prispevajo k uresničevanju ciljev in nalog društva,
- da dajejo društvu informacije, ki so potrebne za izvajanje skupnih dogovorjenih nalog,
- da prenašajo izkušnje in znanje na ostale člane društva,
- da varujejo ugled društva.

11. člen

Članstvo v društvu preneha:

- s prostovoljnim izstopom,
- z izključitvijo,
- s smrtjo.

Član prostovoljno izstopi iz društva, če upravnemu odboru pošlje pisno izjavo o izstopu. O izključitvi člana iz društva odloča častno razsodišče s sklepom. Sklep mora biti v skladu z disciplinskim pravilnikom.

(se nadaljuje)







*Kdor preveč obljublja,
zaupanje izgublja.*

*Kdor preveč zaupa,
večkrat obupa.*

*Še sam sebi nisi vselej zvest,
pa bi ti bili drugi.*

*Naj oči vidijo, ušesa čujejo;
samo da srce, jezik in solze mirujejo.*

KRIŽANKA

		PUNČICA OČESA	JUŽNO SADJE	NARAVNI GRADB. MATERIAL	PREDPONA TUJK	SLOVENSKA NARODNA JED	MESTO PRI ZADRU	ŽENA, KI GOVORI HRVAŠKO NAREČJE	ZLATO JABOLKO	
	KDOR ZALOŽI KNJIGO									
	TABORNIŠKO GESLO									
	SPOČETJE									
VEZNIK				OLGA NOVAK			OZIRALNI ZAIMEK			
		ZNAKI, OZNAČBE	KONJSKI DIRKAŠKI KORAK	KALCIJ ZIMSKA PDAVINA			AMER. OBVEŠČ. AGENCIJA OTOČJE V POLINEZIJI		ALPINISTIČNI ODSEK	
DRŽAVA V ZDA						SILVESTRA AVSTRIJEC				
ZDRAVILNA RASTLINA					PIPEC	DA		EKOLOGIJA EVGEN LAH		
NORVEŠKI DRAMATIK (HENRIK)						GRŠKA ČRKA FRNIKOLA				
GERHARD LEKŠE			ČOLN V BENETKAH KOS						FIGURA PRI ČETVORKI	DOLINA POD TRIGLAVOM
ZMRZNJENA VODA				ČLOVEKOVA CEV ZA KRI				ZDRAVILO LUDVIK ODAR		
KOLUMBOVO ODKRITJE							DVANAJST MESECEV			
STROJ ZA PREVAŽANJE TOVORA PO SKLADIŠČU							KIS			



Laž nima rok, vendar zaupanje razdere.

Vsak človek je v sebi najboljši zdravnik.

Vsakdo pravi: Daj, daj, daj, a zelo redek je, da bi rekel: Na, na, na.