



Zbornica zdravstvene nege Slovenije
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER V ONKOLOGIJI



24. STROKOVNI SEMINAR IZ ONKOLOGIJE
IN ONKOLOŠKE ZDRAVSTVENE NEGE
ZA MEDICINSKE SESTRE

RAK MOD

Ljubljana, 18. maj 1999

Pokrovitelja prireditve

Zveza slovenskih društev za boj proti raku
Onkološki inštitut Ljubljana - Služba za zdravstveno nego

Zbornica zdravstvene nege Slovenije
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER V ONKOLOGIJI

24. STROKOVNI SEMINAR IZ ONKOLOGIJE
IN ONKOLOŠKE ZDRAVSTVENE NEGE
ZA MEDICINSKE SESTRE

RAK MOD

Ljubljana, 18. maj 1999

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

616.68-006(063)

STROKOVNI seminar iz onkologije in onkološke zdravstvene nege za medicinske sestre (23; 1998; Radenci)

Rak mod - / 24. strokovni seminar iz onkologije in onkološke zdravstvene nege za medicinske sestre, Ljubljana, 18. maj 1999; [izdala] Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester v onkologiji; pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije, 1998 [uredile Brigita Skela Savič, Marina Velepčič, Albina Bobnar]. - Ljubljana : Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 1999

ISBN 961-90324-6-2

1. Gl. stv. nasl. 2. Skela-Savič, Brigita 3. Velepčič, Marija 4.

Zbornica zdravstvene nege Slovenije. Sekcija medicinskih sester v onkologiji. - I. Savič, Brigita Skela - glej Skela-Savič, Brigita. - II. Velepčič, Marina glej Velepčič, Marija
99599616

Uredile:

Brigita Skela-Savič, Marina Velepčič, Albina Bobnar

Recenzenti:

Marjeta Stanovnik, dr. med.,
Marina Velepčič, Brigita Skela-Savič za članke iz področja ZN

Izdala:

Sekcija medicinskih sester v onkologiji pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije

Založila:

Zveza slovenskih društev za boj proti raku

Lektorirala:

Cvetka Šeruga - Prek

Tehnično uredila:

Slavica Hodžič

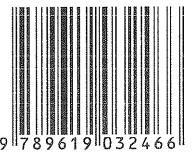
Naklada:

300 izvodov

Natisnila:

Tiskarna Atlantik d.o.o.

ISBN 961-90324-6-2



Noben del te knjižice se ne sme reproducirati v kakršnikoli obliki ali s kakršnimikoli sredstvi, brez pisnega dovoljenja izdajatelja.

Na podlagi mnenja Ministrstva za kulturo Republike Slovenije št. 415-556/99 z dne 22. 04. 1999 sodi Zbornik 24. Strokovnega seminarja iz onkologije in onkološke zdravstvene nege za medicinske sestre med proizvode, za katere se plačuje 5-odstotni davek od prometa proizvodov.

VSEBINA

	stran
EPIDEMIOLOŠKE ZNAČILNOSTI RAKA MOD V SLOVENIJI	
Vera Pompe Kim	5
DIAGNOSTIKA IN KLASIFIKACIJA RAKA NA MODIH	
Marjeta Stanovnik	7
KIRURŠKO ZDRAVLJENJE TUMORJA NA MODIH	
Andrej Kmetec	11
ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA PRI KIRURŠKEM ZDRAVLJENJU RAKA NA MODIH	
Stane Grabljevec	16
ZDRAVLJENJE RAKA NA MODIH S CISTOSTATIKI	
Marjeta Stanovnik	34
VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI SISTEMSKEM ZDRAVLJENJU RAKA NA MODIH	
Metka Bricelj	36
ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA PRI SISTEMSKEM ZDRAVLJENJU RAKA NA MODIH	
Katarina Lokar	43
STISKE BOLNIKOV Z RAKOM NA MODIH	
Marija Vegelj Pirc	65
MOŠKI, KAJ LAHKO SAMI STORITE ZA ZGODNJE ODKRIVANJE RAKA NA MODIH?	
Brigita Skela Savič, Marina Velepč	72

EPIDEMIOLOŠKE ZNAČILNOSTI RAKA MOD V SLOVENIJI

Vera Pompe Kirn

Rak mod je v Sloveniji pa tudi v razvitejših državah najpogostejši rak pri mladih moških, starih od 20-34 let. Incidenca se še vedno povsod veča. Po podatkih Registra raka za Slovenijo je v Sloveniji v letih 1963-1967 povprečno letno zbolelo 14 moških, v letih 1993-1996 pa že 64. Leta 1996 smo registrirali 75 novih bolnikov. Incidenca se je najbolj povečala v starosti 25-34 let. Povečalo se je število obeh najbolj pogostih histoloških vrst raka mod: seminomov in malignih teratomov; leta 1996 smo registrirali 33 seminomov, 38 malignih teratomov in 4 druge, manj pogostne maligne tumorje.

Ločevanje med posameznimi histološkimi vrstami je pomembno zaradi različne prognoze in načina zdravljenja bolezni. Petletno preživetje bolnikov z rakom mod sodi sicer med najboljše, v letih 1988-1992 je bilo pri bolnikih z omejeno boleznijo 96-odstotno, pri vseh skupaj pa 90-odstotno, pri tistih s seminomi - boljše kot pri zbolelih za drugimi histološkimi vrstami raka mod. V primerjavi z drugimi bolj razvitimi evropskimi državami pa bi bilo preživetje lahko še boljše, če bi bilo odkritih več bolnikov z omejeno boleznijo. V Sloveniji se ob stalnem večanju incidence od leta 1950 dalje odstotek bolnikov z omejeno boleznijo ni pomembno povečal (leta 1996 je bil 52 %), zmanjšal pa se je delež bolnikov odkritih z razsejano boleznijo. Ker je preživetje bolnikov dolgo, moramo kot posledico specifičnega onkološkega zdravljenja misliti tudi na večjo nevarnost zbolevanj za drugim primarnim rakom kot v splošni populaciji.

Med dejavniki, ki zvečujejo tveganje zbolevanja za rakom mod, je že dolgo znano 7-krat povečano tveganje pri fantih z nespuščenim modom (s kriptorhizmom). Če je nekdo zbolel za rakom na enem modu, je verjetnost, da bo zbolel še na drugem, večja. Raziskujejo še marsikaj: družinsko kopičenje bolezni, zgodnjo puberteto, mikrolitiazno mod, starost matere ob porodu, porodno težo, kajenje matere med nosečnostjo, poklic očeta in elektromagnetno sevanje nizkih frekvenc. Možnosti za učinkovito primarno preventivo (preprečevanje bolezni) zaenkrat ni, sekundarna preventiva (zgodnje odkrivanje) pa je možna. Mladim moškim priporočajo samopregledovanje mod (vsaj 1-krat na tri mesece in še posebej pri družinski

obremenitvi); splošnim zdravnikom ozaveščanje o vse večjem številu te bolezni ter ustrezno znanje o klinični sliki in nadaljnji diagnostiki. Zdravljenje pa sodi v delokrog dodatno izobraženega tima urologov in onkologov.

DIAGNOSTIKA IN KLASIFIKACIJA RAKA NA MODIH

Marjeta Stanovnik

Veliko preveč bolnikov pride do zdravnika zelo pozno, ko je tumor moda že velik, ali pa je bolezen že močno napredovala. Zakaj je tako, ni razumljivo, saj vemo, da je tumor v modu lahko otipati in tudi nadaljnja diagnostika je lahka in preprosta.

Pri večini bolnikov se bolezen pojavi kot trša zatrdlina v enem delu moda, nato se počasi veča in v začetku po navadi ne boli. Ko tumor zajame večji del moda, se lahko pojavi tudi bolečina. Pogosto šele bolečina privede bolnika k zdravniku, zgodi pa se tudi, da bolečina zdravnika zavede, da najprej pomisli na vnetje, ki ga prav tako spremlja bolečina, in ne na morebitni tumor.

Najkrajša in najpreprostejša pot do prave diagnoze je ultrazvočna preiskava moda. Z ultrazvokom lahko dobro ločimo benigne spremembe na modu od malignih. Predvsem pa moramo bolnika natančno pregledati in izprašati (kriptorhizem, ginekomastija, povečane bezgavke). Ko tumor potrdi tudi preiskava z ultrazvokom (UZ), je diagnoza skoraj zanesljiva. Pred predvideno operativno odstranitvijo moda, moramo opraviti še nekaj dodatnih preiskav, kot so: rentgenski pregled prsnih organov, UZ retroperitoneja, odvzeti moramo kri za določitev tumorskih označevalcev, alfafetoprotein (AFP), beta-horiogonadotropin (βHCG), laktat-dehidrogenazo(LDH). Vrednosti tumorskih označevalcev pred operacijo so zelo pomembne pri zdravljenju in tudi odkrivanju morebitnih mikroskopskih zasevkov. Samo približno 10% bolnikov nima zvišanih vrednosti tumorskih označevalcev pred začetkom zdravljenja. Če so vrednosti tumorskih označevalcev pred operacijo zvišane in se po njej ne zmanjšajo na normalno vrednost, je to dokaj zanesljiv znak, da ima bolnik mikroskopske zasevke nekje drugje v telesu, a jih s preiskavami ne moremo odkriti.

Če bolniki to želijo, jih po orhidektomiji napotimo na ginekološko kliniko za odvzem semena za kriokonzervacijo. Pregledamo histološki izvid.

Patohistološka klasifikacija

Rak moda nastane iz germinalnih celic, ki obdajajo kanalčke v modu in iz katerih se normalno razvijejo semenčice. Zato se rak moda imenuje tudi germinalni rak, ker nastane iz germinalnega epitela v kanalčkih. Celica se lahko spremeni v maligno na katerikoli stopnji razvoja iz matične celice v semenčico. Na osnovi tega ločimo več histoloških tipov. Pomembni sta dve glavni skupini: seminomi in ne seminomi. Seminome delimo še na spermatocitne (90%) in anaplastične (10%). Ne seminome pa na: zrele teratome, embrionalne karcinome, teratokarcinome, horiokarcinome in tumorje rumenjake vreče (tumorje Yolk-sac). Pogoste so tudi kombinacije več podvrst ne seminomskih tumorjev (npr. embrionalni karcinom in terato karcinom) ali kombinacije s seminomi (npr. seminom in teratokarcinom).

Razlika med seminomi in ne seminomi se kaže ne samo v morfologiji celice, temveč tudi v poteku bolezni in zdravljenju. Seminomi se pojavljajo pri nekoliko starejših moških, nastanejo in zasevajo počasneje, so bolj občutljivi na citostatike in obsevanje. Zato je tudi zdravljenje, vsaj v začetnem stadiju bolezni, manj intenzivno in uspešnejše.

Zelo redki so negerminalni, stromalni tumorji moda, ki nastanejo iz opornih celic v tkivu moda in iz celic, ki proizvajajo testosteron.

Določanje stadija bolezni

Vsak rakav bolnik ima pred začetkom zdravljenja določen stadij bolezni. Tumorji zasevajo po krvnih in limfnih poteh, zato iščemo zasevke v bezgavkah in parenhimskih organih. Najpogosteje zasevajo po krvi v pljuča, po limfi pa v retroperitonealne bezgavke. Z rentgenom, ultrazvokom in računalniško tomografijo (CT) odkrijemo zasevke v trebušni in prsni votlini. Znova odvzamemo kri za pregled tumorskih označevalcev, ter za osnovne hematološke in biokemične preiskave. Ko imamo vse podatke o razširjenosti bolezni, lahko določimo klinični stadij.

Uporabljamo dva različna načina določanja stadija:

1. glede na razsežnost bolezni po velikosti, lokalizaciji in številu zasevkov in
2. po prognostičnih kazalcih.

Po prvem načinu delimo bolezen na štiri stadije. Razvrstitev velja za seminome in ne seminome.

KLINIČNO RENTGENOLOŠKI STADIJI:

- Stadij I testis z okoliškimi strukturami - T1-4NoMo
M: zvišani TM pred OE
- Stadij II lokoregionalne bezgavke - T1-4N1-3Mo
A - bezgavke < 2 cm
B - bezgavke od 2-5 cm
C - bezgavke > 5 cm
- Stadij III mediastinalne in supraklavikularne bezgavke - T 1-4N1-3M1
- Stadij IV metastaze v parenhimskih organih - T 1-4N1-3M1
(pljuča, jetra, kosti, možgani)

Po prognostičnih kazalcih lahko razvrstimo bolnike na tiste z dobro, srednje dobro in slabo prognozo.

STADIJI PO PROGNOŠTIČNIH KAZALCIH:

Dobra prognoza

- NESEMINOMI: - primarni tumor testis ali retroperitonej
- brez metastaz v visceralnih organih (razen pljuč)
- AFP < 1000 ng/ml
- BHCG < 5000 IU/l
- LDH < 1,5 x normalna vrednost

56 % ne seminomov

5-letno skupno preživetje znaša 92 %

- SEMINOMI: - kateri koli primarni tumor
- brez visceralnih metastaz (razen pljuč)
- normalen AFP
- zvišan BHCG - LDH

90 % seminomov

5-letno preživetje znaša 86 %

Srednjedobra prognoza

- NESEMINOMI: - primarni tumor testisa ali retroperitoneja
- brez visceralnih metastaz (razen pljuč)
- AFP od 1000 do 10000 ng/ml
- BHCG od 5000 do 50000 IU/l
- LDH od 1,5 - 10 x normalna vrednost

28 % ne seminomov

5-letno preživetje znaša 80 %

- SEMINOMI:**
- kateri koli primarni tumor
 - brez visceralnih metastaz (razen pljuč)
 - normalni AFP
 - zvišan BHCG in LDH

10 % seminomov

5-letno preživetje znaša 72 %

Slaba prognoza

- NESEMINOMI:**
- primarni tumor v mediastinumu
 - visceralne metastaze (razen pljuč)
 - AFP > 10000 ng/ml
 - BHCG > 50000 IU/l
 - LDH > 10 x normalna vrednost

16 % ne seminomov

5-letno preživetje znaša 48%

KIRURŠKO ZDRAVLJENJE TUMORJEV NA MODIH

Andrej Kmetec

IZVLEČEK

Kirurško zdravljenje pomeni predvsem čimprejšnjo radikalno semikastracijo, ki ji po dokončni diagnostični obdelavi sledi limfadenektomija. Večji del teh posegov je danes selektiven, enostranski, če je le mogoče, ohranimo simpatične živce L I, II, III, ki so pomembni za ohranitev ejakulacije. Zapleti po operaciji so danes redki in obvladljivi.

UVOD

Tumorji na modih zajemajo le 1-2% vseh malignih tumorjev pri moškem, torej se bolezen pojavi nekako pri 4 osebah na 100 000 moških prebivalcev. Gre za najpogostejši maligni tumor moških med 25. in 35. letom starosti. Po 40. letu starosti se redko pojavlja, po 60. letu starosti pa ga skoraj ne opažamo več. V zadnjih 20 letih opažamo nenehno vsakoletno naraščanje števila bolnikov. Vzrokov za nastanek danes ne moremo razložiti. Znana je povezava med nastankom malignega tumorja na modih in kriptorhizmom. Modo se v embrionalnem razvoju spušča iz trebušne votline v možnjo. Pri kriptorhizmu gre za nespuščeno modo, ki lahko zastane v spuščanju, najpogosteje v trebušni votlini ali pa v dimeljskem kanalu. Nekateri avtorji navajajo, da je možen razvoj malignoma pri 1 od 80 nespuščenih mod, zastalih v dimeljskem kanalu, in pri 1 od 40 mod, zastalih v trebušni votlini. To se pravi, da je možnost razvoja tumorja v nespuščenih modih 10- do 14-krat večja kot v normalno ležečih.

Metastaziranje

Maligni tumorji mod lahko že zgodaj metastazirajo, saj so lahko že, ko ugotovijo, da gre za tumor, kar v 35 % navzoče metastaze. Ugotavljanje razširjenosti bolezni je za prognozo in načrtovanje nadaljnjega zdravljenja zelo pomembno. Tumorji mod metastazirajo po limfnih poteh, ki potekajo od semenske povesme, vzdolž arterij, ven,

ob veni kavi in aorti vse do hilusa ledvic. Modo se namreč "spominja" glede prekrvitve, oživčenja in limfne drenaže mesta svojega embrionalnega nastanka od koder se kasneje spusti navzdol v mošnjo. V povezavi z embrionalnim mestom nastanka moda se je pokazala pomembnost limfatičnega centra, kjer se metastaze tumorja najprej pojavijo in od koder se širijo navzdol in lateralno. Limfatični center za desno modo je ob izlivu desne spermatične vene v veno kavo, za levo modo pa ob izlivu leve spermatične vene v ledvično veno. Od limfatičnega centra se metastaze v 80% širijo navzdol in lateralno, prek retroperitonealnih bezgavk pa v mediastinalne in supraklavikularne bezgavke. Metastaziranje v ingvinalne bezgavke je možno samo v primeru, kadar se tumor razraste prek ovojnice moda v okoliško tkivo in podkožje mošnje.

Klinični znaki tumorjev testisov

Bolniki pridejo k zdravniku na pregled povprečno po treh mesecih, potem ko opazijo oteklino moda. Včasih se bolniki dolgo zdravijo po diagnozi vnetja obmodka ali hidrocele. Nekateri opazijo oteklino šele po kakšni manjši nepomembni poškodbi. Značilne so štiri oblike klinične slike:

- neboleče, na otip trdo modo, ki počasi raste; bolnik čuti le povečano težo in nelagodnost;
- oblika akutnega vnetja z naglo rastočo oteklino, ki je navadno boleča;
- kronična oblika: samo v delu moda lahko otipamo zatrdlino, ki je dolgo nespremenjena, nato se nenadoma poveča;
- na modu ni tipljivih zatrdlin, prvi simptom so metastaze.

Drugi znaki so redkejši; huda bolečina v modu, ki nastane zaradi krvavitve ali razpadanja tumorja. Bolečine v križu, ki nastanejo zaradi razsoja boleznin v retroperitonealne bezgavke. Bolečine v trebuhu z bruhanjem in subfebrilnimi temperaturami nastanejo zaradi podobnih vzrokov. Ginekomastija se pojavi pri 2-4% tumorjev in izgine po odstranitvi prizadetega moda. Bolnika moramo v celoti pregledati, saj lahko zatipljemo tumorske mase tudi v trebuhu ali skupke bezgavk nad ključnico.

Diagnostična obdelava

Zatrdlina na modu je pri tipanju trda in navadno neboleča, tako da ni težko postaviti prave diagnoze. Po celotnem pregledu so potrebne še naslednje preiskave:

- ultrazvočni pregled mod in celotnega trebuha
- rentgenogram pljuč
- določitev tumorskih označevalcev v krvi: alfafetoproteinov, LDH, horiagonadotropinov beta
- urografijo
- računalniško tomografijo (CT) retroperitoneja
- limfografije za prikaz povečanih in infiltriranih bezgavk danes skoraj več ne delamo.

Kirurško zdravljenje malignih tumorjev moda

Zdravljenje malignih tumorjev je kombinacija kirurškega zdravljenja ter zdravljenja s citostatiki in z radioterapijo. Omejil se bom na kirurško zdravljenje, ki poteka v treh stopnjah:

- odstranitev moda, na katerem je primarni tumor, s semensko povescmo
- odstranitev bezgavk oziroma metastaz v retroperitonealnem prostoru
- odstranitev oddaljenih metastaz

Primarni tumor odstranimo z radikalno semikastracijo z ingvinalnim pristopom, tako da semensko povescmo podvežemo visoko ob notranjem ingvinalnem obroču. Posebej podvežemo semenovod in posebej žilje semenske povescme. Tak pristop zagotovi radikalnost posega, patologu pa omogoča natančno histološko diagnozo in ugotavljanje lokalne razširjenosti procesa.

Ko dobimo natančno histološko diagnozo, se odločimo na skupnih onkološkouroloških konzilijih za nadaljevanje terapije. Pri malignih neseminomskih tumorjih napravimo na drugi stopnji kirurškega zdravljenja limfadenektomijo s pristopom skozi trebušno steno in skozi zadnji del peritoneja, kjer so razvrščene skupine bezgavk ob velikih žilah: aorti in veni kavi. V tem predelu poteka vse od notranjega ingvinalnega obroča prek iliakalnih žil 6-8 skupin limfnih vodov, ki se prek bezgavk limfatičnega centra nadaljujejo v cisterno (chyli) in v mediastinum. Če so po diagnostični obdelavi ugotovljene bezgavke manjše od 2 cm, se odločimo za primarno limfadenektomijo. Do leta 1984 smo pri vseh bolnikih v I., II. a in b stadiju popolnoma odstranili vse bezgavke od notranjega dimeljskega obroča vse do ledvičnih žil, med aorto in veno kavo in pod njo, čeprav ima le 30% bolnikov v II. stadiju zajete bezgavke z obeh strani retroperitoneja. Poseg je bil radikalen, ker pa smo pri tem odstranili tudi simpatične ganglije ThXII, LI, LII in L III, so bolniki izgubili sposobnost ejakulacije skoraj v 90%, kar je za mladega človeka lahko zelo

neprijetno. Zato smo se pozneje v tem stadiju bolezní odločali za *selektivno limfadenektomijo*. Prednost le-te je, da je poseg manjši, odstranimo le bezgavke limfatičnega centra in del bezgavk prizadete strani. Poseg je minimalen, vendar ga opravimo le, če “zmrzli rez” pokaže, da niso prizadete bezgavke v limfatičnem centru. Predvsem pa pri enostranski odstranitvi bezgavk ohranimo simpatično živčevje druge strani, kar zadostuje za ohranitev ejakulacije. Pri tumorjih desnega testisa odstranimo parakavalne, prekavalne, retrokavalne, aortokavalne in retroaortalne bezgavke. Pri tumorjih leve strani pa retroaortalne, preaortalne in paraortalne bezgavke. Torej so pogoj za selektivno limfadenektomijo predvsem bezgavke z makroskopsko velikostjo do dveh centimetrov in opravljen “zmrzli rez” bezgavk med operacijo. Ejakulacijo lahko ohranimo v 95% primerov.

V zadnjih letih se v svetu in tudi pri nas uveljavlja *selektivna limfadenektomija z ohranjanjem živcev (nerve sparing)*. Med operacijo je mogoče natančno preparirati živčno nitje L I, II, III in ga prikazati, vmes pa dokaj radikalno odstraniti vse bezgavke tega področja. Ohranitev spolnih funkcij oziroma ejakulacije dosežemo v 100%. Če so tumorske mase v retroperitoneju prevelike, zlasti pa če gre že za oddaljene zasevke, se po citostatskem zdravljenju mase zmanjšajo, nato preostanke tumorja odstranimo z obojestransko radikalno popolno limfadenektomijo. Operativno lahko odstranimo tudi preostanke metastaz v pljučih, če zasevki niso razpršeni po vseh pljučih.

S kombinacijo omenjenih načinov zdravljenja lahko ozdravimo že 90% bolnikov.

Komplikacije

Možni zapleti po limfadenektomiji so danes relativno redki, ker gre redkeje za obsežne radikalne obojestranske limfadenektomije.

Naj pogosteje gre za nekajdnevno *parezo* črevesja, ki se pa postopoma popravi v času štirih do petih dni. Pareze, ki trajajo dalj časa, kažejo na navzočnost retroperitonealnega *hematoma* ali *limfociste*. Kljub temu se navadno ne odločimo za dreniranje retroperitoneja, ker se limfa prek peritoneja navadno v desetih dneh sama resorbira. Med drugimi zapleti je možen *ileus*, navadno v času sedem do deset dni po posegu in v tem času se lahko razvijeta tudi pljučna embolija in tromboza.

Rezultati

Število semikastracij, narejenih na Kliničnem oddelku za urologijo:

leto	število
1994	30
1995	26
1996	41
1997	42
1998	45

Limfadenektomije 1994 - 1998

	1994	1995	1996	1997	1998
enostranske	24	20	18	28	15
obojsstranske	3	4	3	1	1
skupaj	27	24	21	29	16

Literatura

1. Mašera A, Ovčak Z. Patologija sečnih poti in moškega spolovila. Ljubljana: Medicinski razgledi, 1981; 20: Suppl 20-II.
2. Wheeler JE. Testicular tumors. In: Hill SG. Urothology. Vol 2. New York: Churchill Livingstone, 1989: 1047-100.
3. Skinner GD. Management of Nonseminomatous Tumors of the Testis. In: Skinner GD, deKernion BJ. Genitourinary cancer. Philadelphia: W.B. Saunders company, 1978: 470-93.

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA PRI KIRURŠKEM ZDRAVLJENJU RAKA NA MODIH

Stane Grabljevec

Uvod

Pri malignih tumorjih mod je transingvinalna orhidektomija osnovno zdravljenje. Pogosto pa moramo opraviti še retroperitonealno limfadenektomijo. V prispevku je opisana zdravstvena nega bolnika, ki je zdravljen kirurško z enim od prej omenjenih kirurških posegov, in sicer skupne poteze ter značilnosti zdravstvene nege pri posameznem kirurškem posegu.

1. Obdobja zdravstvene nege kirurškega bolnika

Predoperativno obdobje se začne z bolnikovo privolitvijo v operacijo, konča pa se, ko bolnika preložijo na operativno mizo. Aktivnosti medicinske sestre/zdravstvenega tehnika (v nadaljevanju MS/ZT) v tem obdobju so: negovalna anamneza, ugotovitev aktualnih in potencialnih negovalnih problemov, načrtovanje zdravstvene nege bolnika na osnovi bolnikovih individualnih potreb, psihoedukacijska priprava bolnika in njegovih bližnjih ter fizična priprava bolnika.

Medoperativno obdobje zajema čas od namestitve bolnika na operativno mizo do premestitve bolnika v prebujevalnico. Aktivnosti MS/ZT v tem obdobju zajemajo raznovrstne specifične postopke, ki ustvarjajo in vzdržujejo varno terapevtsko okolje za bolnika in zdravstveno osebje.

Pooperativno obdobje se začne s sprejemom bolnika v prebujevalnici in konča z odpustom bolnika iz bolnišnice. Aktivnosti MS/ZT zajemajo številne dejavnosti: opazovanje bolnikovih reakcij (fizičnih in psihičnih) na operacijo, izkazovanje podpore bolniku in podpornim osebam ter njihovo tovrstno izobraževanje. Končni cilj je, da v danih razmerah pomagamo doseči čim boljše zdravstveno stanje.

Stane Grabljevec, višji medicinski tehnik, Klinični center Ljubljana

2. Priprava bolnika na operativni poseg po procesu zdravstvene nege v predoperativnem obdobju

2.1. Ugotavljanje potreb

Zajema:

1. Zbiranje potrebnih informacij:

- dotodanje medicinske diagnoze in terapije; zdravila (redna uporaba nekaterih zdravil lahko povečuje tveganost operacije, kot npr. zdravljenje z antikoagulanti, s trunkvilizanti, z depresorji centralnega živčnega sistema ...);
- fizično stanje in fiziološki odzivi (zdravstveni problemi, ki povečujejo tveganost operacije, so: kardiovaskularna obolenja, motnje hemostaze, infekcije dihal ali kronične obstruktivne pljučne bolezni, ledvična obolenja, sladkorna bolezen, jetrna obolenja, nevrološka obolenja., motnje elektrolitskega, acido-bazičnega ali tekočinskega stanja, slaba prehranjenost, debelost, pretirano uživanje alkohola, kajenje);
- bolnikov psihosocialni položaj: njegovo čustveno stanje, komuniciranje, odzivanje na bolezen in bolnišnično okolje, sredstva za obvladovanje stresa oziroma bolečine, bolnikova prepričanja in vrednote (vštevši verska prepričanja in verske običaje), občutek za samospoštovanje in vrednotenje, notranje življenje in občutek za dobro počutje, kako je organizirana družbena podpora družine in prijateljev, kakšne so stanovanjske razmere, dohodek, poklic, rekreacija oziroma interesne dejavnosti, bolnikove potrebe po komuniciranju...);
- prejšnji odzivi na morebitne bolezni, operativne posege, hospitalizacijo;
- bolnikovo razumevanje, zaznavanje in pričakovanja glede na predviden operativni poseg;
- rezultati diagnostičnih testov (rezultati preiskav, rentgenski izvidi, laboratorijski izvidi itn.; naloga MS/ZT je, da se opravijo vse potrebne preiskave ter da so izvidi zbrani v popisu bolnikovega stanja).

Ustrezne informacije lahko zbiramo na različne načine in iz številnih virov:

- lastna opazovanja in meritve,
 - bolnik / varovanec,
 - bolnikovi prijatelji in sorodniki,
 - druge informacije, ki se nanašajo na zdravstveno nego, dobljene npr. iz prejšnjih zapiskov o zdravstveni negi ali pa od drugih članov negovalne strokovne skupine.
- Zbiranje podatkov je sistematičen, stalen proces, ki mora biti dokumentiran.

2. Razlaga zbranih podatkov.
3. Identifikacija bolnikovih aktualnih in potencialnih potreb po zdravstveni negi.
4. Razvrstitev prednostnih aktivnosti zdravstvene nege.
5. Preverjanje ugotovljenih potreb in njihove razvrstitve po pomembnosti, oboje ugotavljamo skupaj z bolnikom.

2.2. Načrtovanje

Načrtovanje zdravstvene nege v predoperativnem obdobju bi moralo zajemati tako bolnika kot tudi podporne osebe (Kozier in sod.,1995).

Načrtovanje obsega:

1. Odločanje o rezultatih, ki jih želimo doseči skupaj z bolnikom in podpornimi osebami.
2. Odločanje o tistih postopkih zdravstvene nege, ki jih bolnik in podporne osebe potrebujejo glede na ugotovljene potrebe.
3. Pregled načrta zdravstvene nege, ki ga opravimo skupaj z bolnikom in s podpornimi osebami in pogovor o načrtu.
4. Posredovanje načrta zdravstvene nege preostalim članom negovalne in zdravstvene strokovne skupine ter razgovor.

Bistvene so naslednje odgovornosti MS/ZT:

- zagotoviti primerno fizično pripravo, da bi preprečili aspiracijo, poškodbe, infekcije in druge zaplete;
- zagotoviti mirno okolje in bolnikov duševni mir;
- ugotoviti in zadovoljiti učne potrebe bolnika in podpornih oseb;
- varovati bolnikovo lastnino v času operacije (Kozier in sod.1995).

Navajam nekatere cilje, ki jih skušamo doseči s pravilno zdravstveno nego in ki so pomembni za vsako načrtovanje zdravstvene nege v predoperativnem obdobju:

- bolnik bo znal v glavnih besedah razložiti: predviden operativni poseg ter razloge zanj, dodatno terapijo ter predviden čas hospitalizacije;
- bolnik bo razumel predvidene postopke (npr.prevoz v prebujevalnico ali enoto intenzivne terapije) in terapevtske pripomočke (monitorji, infuzije, terapija s kisikom, epiduralni kateter...);
- bolnik bo razumel pomen predoperativnih priprav (priprava kože, predoperativno čiščenje črevesja) in vaj (dihalne vaje, vaje z nogami, obračanje v postelji, izkašljevanje, vstajanje);

- bolnik bo prikazal izvajanje omenjenih vaj;
- bolnik bo izrazil svoja pričakovanja glede kooperativne analgezije; razumel bo aktivnosti glede obravnavanja bolečine;
- bolnik bo izrazil občutke glede operacije in pričakovanega izida;
- bolniku bosta zagotovljena počitek in spanje;
- bolnikova tekočinska bilanca bo uravnotežena;
- bolnik bo obvarovan infekcije.

Standardni negovalni načrti in protokoli zdravstveno-negovalne oskrbe bolnika so lahko koristen pripomoček za načrtovanje bolnikove oskrbe; vedno pa jih moramo prilagoditi bolnikovim individualnim potrebam.

2.3. Izvajanje

Obsega:

1. Usklajevanje in izvajanje zdravstvene nege po načrtu, ki smo ga sprejeli skupaj z bolnikom.
2. Prilagajanje načrta v primeru nepredvidenih zapletov med izvajanjem zdravstvene nege oziroma v primeru nenačrtovanih, vendar potrebnih aktivnosti zdravstvene nege.

2.3.1. Psihoedukacijska priprava

Vsaka ločitev posameznika od njegovega vsakdanjega okolja, na katero je navajen, je za posameznika stresna. Ta stres je tem večji, čim bolj je novo okolje neznano in čim bolj negativna čustva izzove. Odhod v bolnišnico je tudi takšna ločitev od vsakdanjega okolja, spremljajo jo negotovost, neugodni dražljaji in neugodna čustvena stanja. Bolnik je prenehal opravljati vsakodnevne aktivnosti na katere je bil navajen, ločen je od družine, prijateljev in znancev, spremljajo ga neugodni bolezenski simptomi, negotovost glede zdravljenja, neugodje pri zaznavanju trpljenja drugih in različne oblike strahu pred bolnišničnimi postopki, vse to so razlogi za močan stres, ki ga doživlja.

Razlogi za zaskrbljenost bolnikov po sprejemu v bolnišnico so različni. Občutki nemoči in izgubljenosti v bolnišničnem okolju; skrbi glede posledic operacije (strah pred infertiliteto in manjšo spolno močjo, strah in negotovost glede nadaljnega razmerja s soprogo oziroma dekletom, strah pred spremenjeno telesno podobo; velikokrat gre tudi za napačne predstave); skrbi glede družine; bojazen, da bo bivanje

v bolnišnici poslabšalo gmotne razmere družine; strah pred bolečimi diagnostično-terapevtskimi posegi; strah pred operacijo-to so nekateri najpogostejši razlogi, ki lahko pri bolniku izzovejo visoko stopnjo splošne anksioznosti.

Popolna ločitev bolnika od njegovega vsakodnevnega okolja in socialne vloge, ki jo je dotlej imel, zahteva velike napore pri prilagajanju in povzroča emocionalno napetost, to pa še dodatno pogloblja bolnikovo anksioznost. Novo okolje, ki obdaja bolnika v bolnišnici, s specifičnimi hierarhičnimi odnosi, ki uvrščajo bolnika na nizko mesto, spremeni prej samostojno in samozavestno osebo v človeka, ki je popolnoma odvisen od zdravstvenih delavcev, pogosto celo pri najpreprostejših opravilih (umivanje, oblačenje ...). Ta nagla sprememba družbene vloge posameznika izzove velike težave pri prilagajanju.

Tudi odnos zdravstvenih delavcev do bolnika je pogosto vzrok za bolnikove frustracije in nezadovoljstvo. Študije, s katerimi so hoteli ugotoviti, kateri vidiki bolnišničnega okolja povzročajo največje nezadovoljstvo pri bolnikih, so pokazale, da se bolniki najbolj pritožujejo nad pomanjkanjem informacij, ki jih o svoji boleznici dobijo od zdravstvenih delavcev. Neinformiranje ali slabo informiranje bolnikov o tem, kaj se z njimi dogaja, ter nezadostno informiranje bolnikov o predvidenih postopkih izzove pri bolnikih občutke izgubljenosti in strahu, da jim kaj prikrivajo. Pojavi se tudi občutek manjvrednosti, ker bolniki lahko pomislijo, da jim zdravstveni delavci ničesar ne povedo, ker jih imajo za tako nepoučene o medicini, da jim nima smisla karkoli razlagati.

Prav tako se bolniki pogosto pritožujejo, da v bolnišnici nimajo česa početi, da so popolnoma pasivni in da trpijo zaradi dolgočasje in monotonije. Mnogi bolniki menijo, da so bolnišnice popolnoma dehumanizirane ustanove, v katerih so medosebni odnosi, še posebno odnosi med zdravstvenimi delavci in bolniki, preveč hladni in zadržani. Ugotavljajo, da osebje v bolnišnicah na bolnika ne gleda kot na celovito osebnost, temveč kot na "nosilca bolezni", ki jo je potrebno čimprej odstraniti ali v kar najkrajšem času ublažiti. Takšno mišljenje še dodatno podkrepi tudi vedenje nekaterih zdravstvenih delavcev do bolnika. Včasih se namreč celo dogaja, da o bolniku sploh ne govorijo tako, da bi omenjali njegovo ime, temveč ga imenujejo le z njegovo diagnozo (Havelka, 1982).

Bolnikovo anksioznost lahko ublažimo na več načinov. Najbolje je, da anksioznost začnemo blažiti že pri sprejemu bolnika v bolnišnico.

Pri sprejemu v bolnišnico dobi bolnik prve vtise o novem okolju, v katerem bo nekaj časa bival. Že po načinu sprejema lahko slutiti, kakšen bo nadaljnji odnos zdravstvenih delavcev do njega. Te slutnje lahko pri bolniku povečajo anksioznost, če so zdravstveni delavci ob sprejemu do bolnika emocionalno hladni, preveč uradni ter se ne zanimajo zanj kot za osebnost, temveč le rutinsko opravljajo administrativno-tehnične postopke glede sprejema bolnika na bolnišnični oddelek. Eksperimentalne raziskave kažejo, da so najmanj anksiozni tisti bolniki, ki so bili ob sprejemu v bolnišnico izčrpno obveščeni o vseh vidikih rutinskih postopkov; in ki so bili seznanjeni z bolnišničnim okoljem, z drugimi bolniki ter z osebjem (Havelka,1982).

Na zmanjšanje anksioznosti pomembno vpliva tudi prvi pogovor z bolnikom. V pogovoru se poleg splošnih informacij dotaknemo tudi sociopsiholoških vidikov bolezni, s tem pa bolniku omogočimo, da izrazi zaskrbljenost glede vseh vidikov svoje bolezni.

Informacijo o predvidenem operativnem posega bolniku posreduje zdravnik. Bolnik pogosto vpraša MS/ZT kaj v zvezi z operacijo, a šele potem, ko je zdravnik, ki je dobil od bolnika soglasje za operacijo, že zapustil njegovo sobo. MS/ZTZ mora obvestiti kirurga o tem, ali je bolnik prestrašen glede operacije in ali ima vprašanja, na katera MS/ZT ne more odgovoriti.

Bolnika in njegove podporne osebe tudi zanima, kdaj bo poseg izveden. Če MS/ZT tedaj še ne ve točno, kdaj bo poseg izveden, mora o tem obvestiti bolnika in podporne osebe, takoj ko bo čas operacije določen.

MS/ZT mora pozorno prisluhni bolnikovim skrbem ter se o njih pogovoriti z bolnikom. Tipična vprašanja so: Kaj se bo dogajalo med operacijo? Kako se bom počutil po operaciji? Kaj bo kirurg odkril? Kako dolgo bom ostal v bolnišnici? V tem času moramo tudi razrešiti napačne predstave, ki jih morebiti ima bolnik. S točnimi informacijami in z dajanjem vsestranske podpore pomagamo bolniku razrešiti skrbi. MS/ZT nikakor ne sme odsloviti bolnika rekoč "saj bo vse dobro".

Pri učenju bolnika mora MS/ZT upoštevati bolnikovo dožemanje sveta, njegove vrednote in verovanja (Brumfield in sod.,1996).

Splošno predoperativno učenje hospitaliziranega bolnika obsega:

Predoperativni postopki

Bolniku pojasnimo:

- zakaj so potrebni predoperativni diagnostični testi (laboratorijski testi, rentgensko slikanje, EKG).
- pripravo črevesja;
- pripravo kože;
- predoperativno medikacijo;
- morebitno individualno terapijo, ki jo je predpisal zdravnik;
- obisk pri anesteziistu;
- potrebo po prenehanju uživanja tekočine in hrane (če je predvidena limfadenektomija, bolnik ne uživa hrane dan pred operacijo), drugače pa ne uživa tekočine in hrane zadnjih 6-8 ur pred operacijo;
- splošen urnik dogodkov pred operacijo, med njo in po njej;
- potrebo po odstranitvi nakita, vseh zdravstvenih in kozmetičnih pripomočkov (kontaktne leče, očala, slušni aparat, popolna ali delna zobna proteza, lasulja ...) neposredno pred operacijo.

Bolnika informiramo tudi glede:

- časa izvedbe operacije,
- vstopa v operacijski blok (" filter za bolnika "),
- čakalnice za podporne osebe (Kozier in sod.1995).

Pooperativni postopki

Bolniku pojasnimo:

- postopke v prebujevalnici;
- dihalne vaje, vaje z nogami, tehniko izkašljevanja, obračanje v postelji, vstajanje s postelje;
- obravnavo bolečine (merjenje jakosti bolečine, protibolečinska terapija in metode);
- infuzijsko terapijo, terapijo s kisikom, merjenje vitalnih funkcij, nazogastrično sondo, stalni urinski kateter, oskrbo rane ...

2.3.2. Fizična priprava

Prehrana, tekočine

Ker anestetiki delujejo zaviralno na gastrointestinalni trakt in ker lahko bolnik med splošno anestezijo bruha in aspirira izbruhano maso, je običajno potrebno, da je bolnik zadnjih 6-8 ur pred operacijo tešč (pred retroperitonealno limfadenektomijo ne uživa hrane dan pred operacijo, pred orhidektomijo pa je zadnji obrok čista juha za večerjo). Kirurški bolniki in podporne osebe se morajo zavedati pomena te omejitve. Bolnik si lahko z vatiranimi paličicami vlaži usta, vendar ne sme požirati tekočine. Če bolnik užije hrano ali tekočino v času, ko bi moral biti tešč, mora MS/ZT o tem obvestiti kirurga.

Izločanje

Če bolnik odvaja blato redno, uporabljamo za čiščenje črevesja pred orhidektomijo odvajalne svečke oziroma odvajalni sirup, če bolnik odvaja blato neredno, elektrolitsko raztopino Golitely pa uporabljamo pred retroperitonealno limfadenektomijo.

Po retroperitonealni limfadenektomiji se peristaltika povrne šele po 24 do 48 urah.

Osebna higiena

Bolniki se oprhajo zvečer na predoperativni dan ali zjutraj na dan operacije.

Spanje in počitek

MS/ZT mora narediti vse, da zagotovi bolniku pred operacijo primeren počitek in spanje. Pogosto zdravnik predpiše uspavalo. Ustrezen počitek in spanje pomagata bolniku pri premagovanju stresa.

Premedikacija

Premedikacija bolnika pomiri ter olajša uvod v anestezijo. Zadnje čase se premedikacija opušča, a kadar je predpisana, jo mora MS/ZT aplicirati ob določenem času. To je pomembno, ker tako dosežemo želen kombiniran učinek z anestetikom.

Dragocenosti in zdravstveni pripomočki

Če podporne osebe ne morejo odnesti domov dragocenosti (npr. nakita in denarja), moramo te stvari shraniti v bolnišničnem trezorju.

Vse zdravstvene pripomočke, proteze in kozmetične pripomočke moramo odstraniti pred operacijo: kontaktne leče, očala, slušni aparat, umetne okončine, delno ali popolno zobno protezo, umetno oko, lasuljo ...

Posebna navodila

MS/ZT preveri, ali je zdravnik odredil kakšne posebne ukrepe, npr. aplikacijo zdravil (inzulin, heparin ...) ali namestitvev elastičnih nogavic ali povojev.

Priprava kože

Kirurška priprava kože obsega odstranitev dlak (bolnika obrijemo že na bolniškem oddelku na operativni dan, po možnosti čim krajši čas pred operacijo) in nanos antimikrobnega sredstva. Namen kirurške priprave kože je zmanjšati tveganje za pooperativno okužbo rane. Pred pripravo kože se mora MS/ZT prepričati, da sta operativno območje in okolica čista. Organizacija AORN (Association of Operating Room Nurses) je predlagala, da naj bi čistočo zagotovili tako, da bi se bolnik na bolniškem oddelku oprhal, tam bi umili tudi operativno območje in/ali pa bi operativno območje umili v operacijski sobi tik pred nanosom antimikrobnega sredstva. MS/ZT tudi pozorno pregleda kožo, o vsaki spremembi obvesti kirurga ter to tudi dokumentira. Prav tako mora MS/ZT ugotoviti, ali je bolnik alergičen na katero od raztopin, ki je bila uporabljena v pripravi.

2.4. Evalvacija

Zajema:

1. Oceno bolnikovega stanja in preverjanje uspešnosti zdravstvene nege glede na želene in pričakovane rezultate.
2. Merjenje učinkovitosti načrtovanih postopkov zdravstvene nege.
3. Nadaljnje ocenjevanje in ugotavljanje potreb ter načrtovnje, če niso bili doseženi želeni rezultati.
4. Kritično analizo stopenj v omenjenem procesu in po potrebi prilagoditev novim potrebam.

Načrt zdravstvene nege je uspešen in cilji so doseženi, če je bolnik telesno in duševno pripravljen za operacijo.

3. Medoperativno obdobje

V medoperativnem obdobju izvaja operacijska sestra številne postopke zdravstvene nege, da bi zagotovila celostno, varno in uspešno oskrbo bolnika med operacijo. Omenjene postopke in pričakovane izide je organizacija AORN opredelila s standardi. Ti pa se ne nanašajo samo strogo na medoperativno obdobje, saj naj bi se operacijska sestra vključila tudi v proces zdravstvene nege na oddelku.

Standardi izidov, ki jih je predlagala organizacija AORN in z njimi povezani postopki (Kleinbeck. 1996):

Standard 1: Bolnik bo poznal fiziološke in psihološke reakcije na operativni poseg.

Postopki zdravstvene nege:

- ugotovimo ovire pri komunikaciji,
- preverimo, za kateri operativni poseg je predviden bolnik,
- ugotovimo bolnikov pogled na operativni poseg,
- ugotovimo stopnjo bolnikovega znanja,
- ugotovimo bolnikove kulturne, verske navade, filozofska stališča,
- ugotovimo bolnikovo pripravljenost za učenje,
- ugotovimo bolnikov psihosocialni status,
- bolnika poučimo o vsem potrebnem, primerno njegovi starosti in ugotovljenim potrebam,
- ugotovimo stopnjo naučenega pri bolniku (bolnikov prikaz vaj, bolnik s svojimi besedami obnovi pridobljeno znanje ...),
- ugotovimo bolnikovo telesno stanje,
- bolniku opišemo in razložimo predvidene dogodke, postopke,
- razvijemo individualen načrt za zdravstveno nego,
- ugotovimo bolnikove obrambne mehanizme,
- preverimo bolnikovo identiteto,
- vključimo bolnikove svojce ali druge, za bolnika pomembne osebe, v predoperativno učenje.

Standard 2: Bolnik ne bo dobil infekcije.

Postopki zdravstvene nege:

- uporabljamo aseptično tehniko,
- ugotovimo bolnikovo dovzetnost za infekcijo,
- kategoriziramo kirurške rane,
- nadzorujemo sterilno območje,
- pripravimo bolnikovo kožo za operacijo,
- opozarjamo na napake v zvezi z aseptično tehniko in jih popravljamo,
- pozorni smo na znake in simptome infekcije pri bolniku,
- varujemo bolnika pred okužbo,
- pri načrtovanju bolnikove oskrbe kar se da zmanjšamo trajanje invazivnih postopkov,
- upoštevamo običajna opozorila,
- pazimo na higieno okolja,
- preverimo profilaktične ukrepe.

Standard 3: Bolnikova integriteta kože bo ohranjena

Postopki zdravstvene nege:

- ugotovimo stanje bolnikove kože,
- ugotovimo dejavnike tveganja,
- izvedemo preventivne ukrepe, da se koža ne poškoduje,
- ovrednotimo bolnikovo reakcijo na namestitvev.

Standard 4: Bolnik bo brez znakov in simptomov fizičnih, električnih ali kemičnih poškodb in ne bo dobil poškodb zaradi namestitve ali tujkov.

Postopki zdravstvene nege:

- izvajamo potrebna štetja,
- upoštevamo bolnikove zaznavne motnje,
- uporabljamo varne pripomočke,
- ugotovimo gibljivost bolnikovih okončin,
- upoštevamo poškodbe, prejšnje operacije,

- ugotovimo, ali ima bolnik zunanje, notranje proteze ali implantate,
- ugotovimo, kakšno je stanje bolnikovega mišičja in okostja,
- ugotovimo, ali so navedene alergije,
- ugotovimo morebitno navzočnost znakov fizične zlorabe,
- pri bolniku smo pozorni na znake in simptome zlorabe snovi,
- nadzorujemo okolje,
- apliciramo zdravila,
- namestimo elektrodo za ozemljitev bolnika,
- opazujemo telesne spremembe pri bolniku,
- transportiramo bolnika v skladu z njegovimi potrebami,
- namestimo manšete,
- ovrednotimo bolnikove reakcije na postopke,
- pred operacijo preverimo bolnikovo identiteto,
- varno uporabljamo pripomočke,
- ugotavljamo spremembe bolnikovega vedenja,
- uporabljamo naprave za ugotavljanje in nadzor bolnikovega stanja,
- naredimo negovalni načrt v skladu z bolnikovimi potrebami in njegovimi odločitvami,
- izvajamo specialna opravila glede na kirurški poseg,
- uporabljamo pripomočke za namestitev bolnika,
- zapišemo vstavitev vsadkov,
- izvajamo termoregulacijske ukrepe.

Standard 5: Vzdrževano bo bolnikovo tekočinsko in elektrolitsko stanje.

Postopki zdravstvene nege:

- poročamo o razhajanjih pri rezultatih diagnostičnih testov,
- nadzorujemo bolnikove vitalne funkcije,
- dajemo infuzijske in transfuzijske tekočine za nadomeščanje izgubljene telesne tekočine,
- zapišemo bolnikovo tekočinsko stanje,
- skrbimo za tekočinsko bilanco,
- ovrednotimo bolnikov odziv na tekočinsko terapijo.

Glede razdelitve del v predoperativni pripravi bolnika na operacijo med MS/ZT na kirurškem oddelku, anestezijsko MS/ZT ter operacijsko MS/ZT so različnega mnenja tudi tuji avtorji. Nekateri menijo, da je dovolj, če opravi pripravo le “oddelčna” MS/ZT, veliko pa jih meni, da je zelo koristno, če se vključita tudi operacijska in anestezijska MS/ZT, kar so potrdile tudi nekatere raziskave. Tudi sam menim, da bi bilo idealno, če bi vse tri vrste MS/ZT opravile dobro in natančno usklajeno pripravo. Ena od pomembnih prednosti za bolnika bi bila tudi ta, da tako ne bi prišel med povsem nepoznane ljudi v operacijskih prostorih; seveda pa mora pripravo opraviti tista MS/ZT, ki bo potem navzoča tudi pri operaciji bolnika, ki ga je obiskala pred operacijo.

“Sestrskih” vizit anestezijskih ter operacijskih MS/ZT v Kliničnem centru v Ljubljani ne izvajajo. Mislim, da sta glavna razloga za to veliko pomanjkanje osebja ter dejstvo, da je operativni program večinoma sestavljen zelo pozno.

4. Pooperativno obdobje

Anestezist in MS/ZT pripeljeta bolnika v prebujevalnico, kjer ostane bolnik približno dve uri. V tem času MS/ZT nenehno nadzoruje vse vitalne funkcije, skrbi za tekočinsko bilanco, po potrebi in po zdravnikovem naročilu vzame vzorce krvi za laboratorijske preiskave, ukrene vse potrebno za lajšanje bolečine ...

4.1. Pooperativno obdobje pri retroperitonealni limfadenektomiji

Bolnika iz prebujevalnice prepeljemo na bolniški oddelek v sobo intenzivne nege. Naloge in opravila MS/ZT v operativnem in prvem pooperativnem dnevu prikazuje protokol zdravstvenonegovalne oskrbe bolnika, ki pa ga moramo seveda prilagoditi bolnikovim individualnim potrebam.

Tabela 1: Protokol zdravstvenonegovalne oskrbe bolnika po retroperitonealni limfadenektomiji (operativni dan)

Datum _____	
Operativni dan	
Prevoz bolnika iz prebujevalnice na bolniški oddelek (v sobo intenzivne nege)	<ul style="list-style-type: none"> • ogreta postelja, kisikova bomba, »ambu», • obzirna vožnja, da bolniku ne povzročamo nepotrebnih dodatnih bolečin, • nenehno opazovanje bolnika med prevozom
Merjenje vitalnih funkcij	<p><i>Krvni pritisk:</i> prvo uro na 15 minut, dvakrat na pol ure, dvakrat na eno uro, potem na dve uri.</p> <p><i>Srčni utrip:</i> frekvenca, kvaliteta; pogostost meritev kot pri merjenju krvnega pritiska.</p> <p><i>Dihanje:</i> frekvenca, globina; pogostost meritev kot pri merjenju krvnega pritiska in srčnega utripa.</p> <p><i>Telesna temperatura</i></p> <p>Prva meritev:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) normotermija: merimo na 4 ure, b) hipotermija: dodatno pokrivanje, dovajanje ogretyh infuzijskih tekočin, merimo na pol ure dokler se ne povrne stanje normotermije, c) hipertermija: ohlajanje bolnika, medikamentozna terapija po zdravnikovem naročilu. <p><i>Nasičenost krvi s kisikom:</i> stalno merjenje z oksimetrom.</p>
Opazovanje bolnika	Krvavitev, šok, zavest, motorika in senzorika spodnjih okončin, videz rane, neverbalna komunikacija (obrazna mimika, drža telesa, barva kože in vidnih sluznic, znojenje ...)
Dihanje	Spodbujamo bolnika, da izvaja dihalne vaje na eno uro. Pomoč pri izkašljevanju.
Gibanje	Bolnika spodbujamo in mu pomagamo,

Vnos tekočin	<p>da se obrača v postelji na 1-2 uri.</p> <ul style="list-style-type: none"> • nič per os, • vlaženje ustne votline z navlaženimi vatiranimi paličicami, • infuzijske tekočine po naročilu zdravnika.
Izločanje	<ul style="list-style-type: none"> • merjenje urne diureze, • pričvrstitev stalnega urinskega katetra na stegno, • spiranje stalnega urinskega katetra, če sumimo, da je le-ta zamašen (glej zbirko standardov KC), • skrbimo za tekočinsko bilanco, • preverimo lego nazogastrične sonde, • medikamentozna terapija za pospešitev peristaltike črevesja po naročilu zdravnika.
Protibolečinska medikamentozna terapija in ukrepi	<ul style="list-style-type: none"> • epiduralna analgezija po navodilih anesteziista (glej navodila anestezijske službe za ukrepanje ob zapletih) • dodatna medikamentozna terapija pri VAS >3 • pomoč bolniku pri namestitvi v najugodnejši telesni položaj, • zagotovimo mirno okolje, • ustvarimo pozitivno komunikacijsko razpoloženje, ki bolniku omogoča, da brez bojazni ob vsakem trenutku potoži o bolečinah, • merjenje VAS na 2 uri.
Komunikacija	<ul style="list-style-type: none"> • spodbujamo bolnikovo izražanje čustev, • neverbalna komunikacija (glej zgoraj), • bolniku omogočimo komunikacijo s podpornimi osebami, če si bolnik to želi (obisk, uporaba brezžičnega telefona).

Medikamentozna terapija in drugi ukrepi	<ul style="list-style-type: none"> • medikamentozna terapija po navodilih zdravnika, • odvzem krvnih vzorcev za laboratorijsko preiskavo po navodilih zdravnika, • bolniku odstranimo z nog elastične povoje oziroma elastične nogavice.
Fizično okolje	<ul style="list-style-type: none"> • skrbimo za urejenost bolnikove postelje, • poskrbimo za najboljše razmere v okolju (temperatura, vlažnost, prezračevanje ...).

Tabela 2: Protokol zdravstvenonegovalne oskrbe bolnika po retroperitonealni limfadenektomiji (prvi pooperativni dan)

Datum _____	
Prvi pooperativni dan	
Merjenje vitalnih funkcij	Merjenje krvnega pritiska, srčnega utripa, telesne temperature, frekvence in globine dihanja na 4 ure. Z oksimetrom stalno merimo nasičenosti krvi s kisikom.
Opazovanje bolnika	Glej operativni dan.
Dihanje	Glej operativni dan.
Gibanje	<ul style="list-style-type: none"> • pomagamo bolniku pri jutranjem vstajanju s postelje (sodeluje tudi fizioterapevt); pred tem bolniku na noge namestimo elastične povoje oz. elastične nogavice ter poskrbimo za dodatno medikamentozno analgezijo, • spodbujamo bolnika, da vsako uro menja položaj v postelji, • bolniku omogočimo vstajanje s postelje vsaj še enkrat v istem dnevu.
Vnos tekočin	Glej operativni dan.

Izločanje	<ul style="list-style-type: none"> • oskrba stalnega urinskega katetra (glej zbirko standardov KC), • odstranitev nazogastrične sonde po zdravnikovem navodilu, • spiranje stalnega urinskega katetra, če sumimo, da je zamašen, • skrbimo za tekočinsko bilanco, • merjenje diureze.
Protibolečinska medikamentozna terapija in ukrepi	Glej operativni dan.
Komunikacija	Glej operativni dan.
Medikamentozna terapija, odvzem krvi za laboratorijske preiskave	Po naročilu zdravnika.
Skrb za osebno higieno	Stopnjo pomoči prilagodimo bolnikovim močem. Spodbujamo bolnika k čim večji samostojnosti.
Fizično okolje	Glej operativni dan.

V naslednjih pooperativnih dnevih se intenzivnost ukrepov zdravstvene nege postopno zmanjšuje. Šive oziroma sponke odstranimo bolniku v osmem ali devetem pooperativnem dnevu, takrat je bolnik običajno tudi odpuščen iz bolnišnice.

Bolnik šest tednov ne sme dvigovati težjih predmetov, avto lahko spet vozi takrat, ko ne čuti več bolečin in se mu povrnejo reakcijske sposobnosti. S spolnimi odnosi lahko začne takoj, ko je fizično sposoben; bolnik ima po tej operaciji normalno erekcijo in orgazem, vendar brez izliva semena (če pa lahko opravijo samo selektivno limfadenektomijo, je ejakulacija ohranjena pri več kot 75 % bolnikov (Kralj,1990)).

4.2. Pooperativno obdobje pri transingvinalni orhidektomiji

S kirurškega stališča je transingvinalna orhidektomija veliko bolj preprost poseg kot pa retroperitonealna limfadenektomija. Vendar pa MS/ZT nikakor ne sme že vnaprej določiti (ne)navzočnosti negovalnih problemov zgolj s tega stališča. Prav gotovo je zdravstvena nega bolnika po transingvinalni orhidektomiji s somatske plati veliko manj zahtevna (bolnik je iz prebujevalnice pripeljan nazaj na bolniški oddelek in ne v sobo intenzivne nege; MS/ZT na bolniškem oddelku je prve ure po operaciji pozorna predvsem na morebitno krvavitev ter na motoriko in senzoriko spodnjih okončin, ker je uporabljena spinalna anestezija; bolnik je že drugi ali tretji dan po operaciji odpuščen iz bolnišnice), vendar pa so lahko negovalni problemi s psihosocialnega stališča včasih celo večji kot pri retroperitonealni limfadenektomiji, saj je od

postavitve začetne medicinske diagnoze minilo malo časa. Bolnik je zelo negotov in prestrašen glede poteka zdravljenja, poznejših ugotovitev med zdravljenjem ter končnega rezultata zdravljenja. Zaskrbljen je glede fertlne sposobnosti ter nadaljnjeega odnosa s partnerko, porušena je njegova telesna samopodoba ...

Veliko problemov povzroča bolnikova (ne)seznanjenost z boleznijo in s potekom zdravljenja ter morebitne napačne predstave glede bolezni in zdravljenja. MS/ZT mora ugotoviti negovalne probleme s tega področja, rešujeta pa jih sama v okviru svojih pristojnosti ter s pomočjo sodelavcev v zdravstveni strokovni skupini.

Sklep

Če želimo bolnikom pri kirurškem zdravljenju raka na modih zagotoviti kar najboljšo zdravstveno nego, jih moramo obravnavati celostno. V naši vsakdanji klinični praksi se vse premalo zavedamo dejstva, da je človek fizično, duševno, socialno in tudi duhovno bitje, zato je naša zdravstvenonegovalna oskrba usmerjena največkrat le k fizični sestavini bolnikove osebnosti. To se kaže že ob sprejemu bolnika na kirurški oddelek, ko smo medicinske sestre oziroma zdravstveni tehniki vse prepogosto preveč uradni ter usmerjeni le k rutinskim administrativno-tehničnim opravilom, ne zanimamo pa se dovolj za bolnika kot osebnost; kaže se v tem, da ne opravljamo psihoedukacijske priprave bolnika na operacijo, zanemarjamo psihološko prvino pri bolečini...

Vendar se na srečo zadnje čase tudi v naši zdravstveni negi le začenjamo zavedati teh pomanjkljivosti ter izboljšujemo kakovost zdravstvenonegovalne oskrbe bolnikov s postopnim uvajanjem procesa zdravstvene nege, z uvedbo negovalnih vizit, s permanentnim izobraževanjem MS/ZT, z anketiranjem bolnikov glede tega, kako so zadovoljni z oskrbo ...

Literatura

1. Brumfield V. C, Kee C. C, Johnson J.Y. Preoperative Patient Teaching in Ambulatory Surgery Settings. AORN J 1996;64:941-952.
2. Havelka M. Zdravstvena psihologija. Zagreb: Sveučilišna naklada Liber, 1982:263-277.
3. Kleinbeck S.V.M. In Search of Perioperative Nursing Data Elements. AORN J 1996;63:926-931
4. Kozier B, Glenora E, Blais K, Wilkinson M. J. Fundamentals of nursing: concepts, process and practice. 5.th ed. Redwood City: Addison-Wesley Publishing Company, Inc., 1995:162-183,1397-1424
5. Kralj M. Kirurško zdravljenje tumorjev moda. Maligni tumorji testisa. Onkološki inštitut Ljubljana 1990: 14.

ZDRAVLJENJE RAKA NA MODIH S CITOSTATIKI

Marjeta Stanovnik

Bolniki s seminomom in začetnim stadijem bolezni I in II A dobijo po orhidektomiji (OE) kot dopolnilno zdravljenje 2-3 krat paraplatin (carboplatin). Bolnike z višjim stadijem bolezni (II B, C, III, IV) zdravimo s kombinacijo več citostatikov, prav tako tudi bolnike z ne seminomi.

Bolniki z ne seminomnim tumorjem in začetnim stadijem bolezni I in II A gredo po OE na retroperitonealno limfadenektomijo (LE). Če v bezgavkah odkrijemo zasevke, bolnika zdravimo z dopolnilno citostatsko terapijo v dveh ciklih po shemi BEP.

BEP: cisplatin 25 mg/m² 1-5 dni
 etoposid 100 mg/m² 1-5 dni na 21 dni
 bleomicin 15 mg/24h 1-3 dni

Pri bolnikih, katerih bolezen je že napredovala in ki imajo slabe prognostične kazalce, se odločimo za uvodno citostatsko zdravljenje s kombinacijo najučinkovitejših citostatikov kot so: cisplatin, etoposid, bleomicin, ifosfamid, vinblastin, vinkristin, MTX, ciklofosfamid.

Intenzivno citostatsko zdravljenje spremljajo nezaželeni stranski učinki, kot so: nauzea, bruhanje, inapetenca, ki so sicer zelo neprijetni za bolnika, a jih lahko učinkovito ublažimo z antagonisti receptorjev 5HT₃. Manj pogosti so toksični učinki na druge organe, ledvice, pljuča, živce. Največji problem pa predstavlja toksični učinek na kostni mozeg, kar povzroči zmanjšanje števila levkocitov, eritrocitov in trombocitov v periferni krvi. Eritrocite in trombocite lahko nadomeščamo z ustreznimi krvnimi elementi, za stimulacijo rasti nevtrofilne vrste pa imamo danes na voljo snovi za spodbujanje rasti granulocitov (granulocite stimulirajoči faktor - GCSF), ki so pomembni za obrambo organizma. Pri febrilni nevtropeniji moramo dodati še ustrezne antibiotike.

Novejši načini zdravljenja z visokimi odmerki citostatikov ob podpori z rastnimi faktorji, s perifernimi matičnimi celicami, z avtologno transplantacijo kostnega mozga ipd., pridejo v poštev samo pri bolnikih, pri katerih je bolezen že močno napredovala in pri tistih, pri katerih se je bolezen hitro ponovila. Tako zdravljenje je

Marjeta Stanovnik, dr. med., Onkološki inštitut Ljubljana

drago, zelo zahtevno glede prostorov in zdravstvenega osebja, močno toksično in le nekoliko bolj uspešno, kot je klasično zdravljenje. Tudi zato je še vedno omejeno samo na študije.

Potekajo tudi študije z novimi vrstami citostatikov, kot so taksani in gemcitabin, dosedanja rezultata pa niso pokazali pričakovanega boljšega uspeha zdravljenja.

Germinalni tumor se lahko primarno pojavi tudi zunaj moda, najpogosteje v retroperitoneju, v mediastinu in hipofizi. Zdravljenje je podobno kot pri tumorjih moda. Prognoza pa je slabša, saj te tumorje kasneje odkrijemo in so težko dostopni za operacijo.

Rezultati zdravljenja raka na modih so danes zelo dobri, še posebno pri bolnikih z začetnim stadijem bolezni. Skoraj vsi taki bolniki lahko ozdravijo. Tudi če se bolezen ponovi (v manj kot 10%), še vedno velika večina bolnikov ozdravi.

Uspehi zdravljenja so slabši pri bolnikih, katerih bolezen je že napredovala. Ozdravitev je odvisna od številnih prognostičnih kazalcev, kot so velikost in lokalizacija primarnega tumorja in zasevkov, vrednosti tumorskih označevalcev, histološka sestava tumorja, bolnikov odziv na prvo zdravljenje. Kljub temu še vedno ozdravi od 50-80% bolnikov z napredovalo boleznijo.

Če se bolezen ponovi, se to zgodi najpogosteje v prvem ali drugem letu po končanem zdravljenju. Ponovi pa se lahko tudi po petih, desetih in več letih. Da bi pravočasno ugotovili, ali se je bolezen ponovila, in jo začeli zdraviti, so potrebne redne in skrbne kontrole. V prvih letih bolnike kontroliramo vsakih nekaj mesecev, po petih letih pa enkrat na leto.

Zdravljenje bolnikov z rakom na modih z obsevanjem

Rak na modih je občutljiv tudi na obsevanje. Po OE preventivno obsevamo bezgavke v retroperitoneju. Obsevamo pa samo bolnike s seminomom v I. in II A stadiju bolezni. Obsevanje ali dopolnilno citostatsko zdravljenje s paraplatinom ima pri bolnikih s seminomom v I. in II. A stadiju bolezni enak učinek glede na ponovitev bolezni in preživetje.

Citostatsko zdravljenje je za bolnikovo počutje ugodnejše od obsevanja, saj se bolniki zdravijo ambulantno in ni potrebna dolgotrajna hospitalizacija. Obsevamo tudi bolnike, pri katerih drugi načini zdravljenja niso več mogoči.

VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI SISTEMSKEM ZDRAVLJENJU RAKA NA MODIH

Metka Bricelj
Katarina Lokar

Za rakom na modih obolevajo predvsem mladi moški v starosti od 18-40 let. Spremembe ali zatrdlino na modu po navadi odkrijejo sami. Po pregledu pri urologu sledi operacija. Bolnik je odpuščen domov in čaka na dokončne izvide, od katerih je odvisen nadaljnji potek zdravljenja. Sporočilo o potrebnem zdravljenju sprejme največkrat pasivno, ker nima možnosti izbire.

Na onkološko bolnišnično zdravljenje prihajajo največkrat v spremstvu svojih najbližjih. So prestrašeni, razburjeni, nekateri objokani. Pot v bolnišnico je zanje pot v neznano, tuje okolje. Imajo nedoločene predstave o zdravljenju, o poteku raznih preiskav, bojijo se bolečine, nevarnosti same bolezni in terapije, morebitnih zapletov. Zaskrbljeni so, ker ne vedo, ali jim bodo zdravstveni delavci naklonjeni oziroma ali bodo do njih prijazni. Ob vnovičnem sprejemu je njihova zaskrbljenost odvisna od izkušenj pri prejšnjih hospitalizacijah.

Medicinska sestra mora biti bolniku vzgojitelj, svetovalec in njegov zagovornik. Pripraviti ga mora na aktivno sodelovanje pri zdravljenju in zdravstveni negi. Pomembno je, da zdravnik bolnika seznanj z njegovo boleznijo, s potekom zdravljenja in stranskimi učinki zdravljenja. Onkološka medicinska sestra mora biti dovolj strokovno usposobljena, da lahko bolniku na njemu sprejemljiv in razumljiv način poda vse informacije v zvezi z njegovim bivanjem v bolnišnici, ga seznanj s postopki zdravstvene nege, ki izvirajo iz zdravljenja in stranskih učinkov, ki jih povzroča zdravljenje raka na modih.

Pacienti so zelo radovedni in imajo vrsto vprašanj. Vprašanja se pojavljajo iz stiske in obupa ali pa zato, ker hočejo od medicinske sestre slišati spodbudne besede.

Če medicinski sestri uspe ustvariti primeren profesionalen odnos z bolnikom, ji bolnik zaupa in lažje sprejme svojo bolezen in zdravljenje. Medicinska sestra je lahko kos tem nalogam le, če je osebnost, ki ima vse lastnosti in nagnjenja, ki so potrebni za delo v zdravstvu:

- čutiti mora ljubezen in obzirnost do ljudi,
- biti mora inteligentna, imeti mora dober spomin in široko strokovno znanje,

Metka Bricelj, višja medicinska sestra, Onkološki inštitut Ljubljana,
Katarina Lokar, višja medicinska sestra, Onkološki inštitut Ljubljana.

- pri svojem delu mora biti vestna in odgovorna
- biti mora iznajdljiva, sposobna opazovati in presojeti v kritičnih trenutkih, itd.

Ena izmed vlog medicinske sestre pri zdravljenju bolnika z rakom na modih se kaže predvsem v njenem odnosu do bolnika. Pred izvedbo kemoterapije mora medicinska sestra poskrbeti, da se bolnik v bolnišnici dobro počuti, zato je silno pomemben prvi stik med bolnikom in medicinsko sestro, takoj ob bolnikovem prihodu v bolnišnico.

Na podlagi negovalne anamneze, opazovanja bolnika in medicinske dokumentacije oblikuje aktualne in potencialne negovalne diagnoze. Zlasti pomembna negovalna diagnoza je bolnikovo pomanjkljivo poznavanje stranskih učinkov zdravljenja in preprečevanja le-teh. Prav tako je pomembna psihična in fizična priprava bolnika na diagnostične preiskave.

Medicinska sestra mora zelo dobro poznati citostatike, ki se uporabljajo pri sistemskem zdravljenju raka na modih. Pomembno je poznavanje osebne zaščite, načina priprave in aplikacije zdravil, poznavanje akutnih in poznih stranskih učinkov citostatikov in ukrepanje pri morebitnih incidentih, ki se lahko pojavijo pri delu.

Tabela 1. Citostatiki, ki se uporabljajo pri sistemskem zdravljenju raka mod

CITOSTATIKI	VRSTA	NAČIN APLIKACIJE	ZGODNJI STRANSKI UČINKI	POZNI STRANSKI UČINKI
bleomicin ¹	antibiotik	v kontinuirani infuziji	povišana telesna temperatura in mrzlica, preobčutljivostne reakcije, slabost in bruhanje, anoreksija in izguba telesne teže (pogosto)	pulmonarna toksičnost, pnevmonitis, luščenje kože, alopecija, stomatitis

karboplatin ³	alkilirajoči agens	v kratki infuziji	slabost in bruhanje	mielosupresija : levkopenija, trombocitopenija, eritropenija; ototoksičnost, odpoved ledvic (reverzibilna), urikemija
cisplatin ³	alkilirajoči agens	v kratki infuziji	slabost in bruhanje, preobčutljivostne reakcije	mielosupresija : levkopenija, trombocitopenija, anemija, nefrotoksičnost, atotoksičnost, nevtrotoksičnost
etoposid ²	rastlinski alkaloid	v kratki infuziji	slabost in bruhanje, diareja, anoreksija, anafilaktične reakcije, hipotenzija, stomatitis	mielosupresija : levkopenija, trombocitopenija, alopecija, hepatotoksičnost, somnolenca in utrujenost, periferna nevropatija
ifosfamide ³	alkilirajoči agens	v kratki infuziji	slabost in bruhanje, hematurija	mielosupresija : levkopenija, trombocitopenija, hemoragičen cistitis, reverzibilna alopecija, nevtrotoksičnost pri visokih dozah

vinkristine ²	rastlinski alkaloid	v i.v. bolusu	slabost, povišana telesna temperatura, bolečina v čeljusti, lokalna iritacija vene	periferni nevritis, arefleksija, reverzibilna alopecija, prebavne motnje, paralitični ileus, mielosupresija : levkopenija, stomatitis, hiperurikemija, azoospermija
--------------------------	---------------------	---------------	--	---

- ¹ Povzroča okvaro DNK in deluje v določeni fazi celičnega ciklusa.
- ² Deluje na delitveno vreteno in je povezan z določeno fazo celičnega ciklusa
- ³ Povzroča okvaro DNK in deluje na celico v času njene aktivnosti, vendar ni povezan z določeno fazo celičnega ciklusa

Proces aplikacije kemoterapije je zelo zahtevna strokovna naloga, pri čemer je vloga medicinske sestre izredno velika tudi v bolnikovih očeh.

Proces lahko razdelimo na:

1. Privolitev bolnika v zdravljenje s kemoterapijo (KT)

Preden bolnik privoli v zdravljenje, je potrebno storiti naslednje:

- bolniku pojasniti pričakovane koristi in cilje zdravljenja,
- bolniku pojasniti možne stranske učinke kemoterapije,
- bolnika obvestiti, ali je zdravljenje še v fazi raziskovanja,
- bolniku razložiti, ali so na voljo tudi druge oblike zdravljenja,
- bolnika obvestiti o pravici, da zavrne zdravljenje.

2. Učenje bolnika v zvezi s kemoterapijo

Čeprav pričakujemo, da se bo onkološki bolnik želel zdraviti, je pomembno, da pri načrtovanju zdravljenja upoštevamo tudi njegove potrebe. Oceniti moramo

sposobnost bolnika in njegove družine za sodelovanje pri zdravljenju in za prepoznavanje pričakovanih neugodnih stranskih učinkov zdravljenja.

Bolnikovo učenje se začne, ko mu zdravnik predstavi obliko zdravljenja. Zelo pomembno je, da si vzamemo čas za bolnikova vprašanja. Učenje bolnika in njegove družine mora biti individualno in specifično glede na izbrani način zdravljenja.

Bolniku moramo opisati načrt zdravljenja in zdravstvene nege, razložiti mu moramo kaj je kemoterapija, ga seznaniti z imeni zdravil ter mu povedati, na kakšen način in kako dolgo bo ta zdravila prejemal. Prav tako je pomembno, da se z bolnikom pogovarjamo o njegovih stiskah, strahovih, skrbih, o njegovem soočanju z boleznijo in zdravljenjem. Pri bolniku moramo poznati njegov odziv na diagnozo, njegov komunikacijski in življenjski slog, sposobnost branja in razumevanja informacij, družinski status in njegova pričakovanja v zvezi z zdravljenjem.

Učenje bolnika naj poteka v mirnem in prijetnem prostoru. Proces učenja moramo dokumentirati. Bolnik naj dobi informacije še v pisni obliki, kar bo v pomoč tudi svojcem, ki niso bili navzoči pri učenju. Omenjeno informiranje in poučevanje bolnika in njegove družine opravljata zdravnik in medicinska sestra, vendar v okviru svojih pristojnosti.

3. Zbiranje informacij in aktivnosti pred začetkom aplikacije kemoterapije

Pred začetkom aplikacije zdravil moramo preveriti naslednje stvari:

- Če bolnik prvič prejema kemoterapijo, preverimo ali ga je zdravnik seznanil s potekom zdravljenja.
- Preverimo bolnikovo negovalno anamnezo ter aktualne in potencialne težave pri zdravstveni negi.
- Preverimo priimek in ime bolnika, ime zdravila, predpisano dozo zdravila, obstojnost zdravila, način aplikacije, vrstni red aplikacije citostatikov, vrsto in količino infuzijske raztopine in čas trajanja aplikacije določenega citostatika.
- Prepričati se moramo, ali so na voljo zdravila in material, ki bi bili potrebni v primeru alergične reakcije, anafilaktičnega šoka ali ekstrasvajacije.
- Po zdravnikovem naročilu pred kemoterapijo apliciramo antiemetike, hidracijo in ukrenemo vse potrebno, da bi zmanjšali možnost nastanka ekstrasvajacije.
- Ob vstavljanju i.v. kanile moramo zagotoviti primerno razsvetljava in vedno skrbeti za bolnikovo udobje. Med kemoterapijo ves čas opazujemo bolnika.

4. Priprava in aplikacija kemoterapije

Aplikacija kemoterapije je sestavljena iz priprave citostatika za posameznega bolnika in aplikacije citostatikov po zdravnikovem navodilu.

Pri pripravi citostatikov moramo upoštevati vse zaščitne ukrepe, ki so v ta namen standardizirani, in skrbeti za varno tehniko dela. Cilj priprave je aseptična raztopina citostatika, ne da bi prišlo do kontaminacije pripravljalca ali prostora.

Pri aplikaciji upoštevamo standard za vstavitev i.v. kanile. Mesto aplikacije opazujemo in nadziramo. Citostatike apliciramo v ustreznem vrstnem redu: najprej vezikanti, nato iritanti. V primeru ekstravazacije ravnamo po standardu za ekstravazacijo.

5. Izvajanje preventivnih ukrepov zdravstvene nege v zvezi s stranskimi učinki kemoterapije

Bolnika poučimo o možnih stranskih učinkih kemoterapije in o preventivnih ukrepih za zmanjševanje le-teh. Tudi preventivni postopki zdravstvene nege so že sestavni del načrta zdravstvene nege.

Bolniku tudi pojasnimo, kakšna je njegova vloga in vloga družine pri preprečevanju in zdravljenju stranskih učinkov zdravljenja.

Ni pametno, da bolnika že na začetku zastrašimo s slabostjo, stomatitisom, levkopenijo itd., prednost ima postopno podajanje informacij z aktivnim vključevanjem bolnika v zdravstveno nego. Pomembno je bolnikovo sodelovanje pri aplikaciji citostatikov in pri skrbi za preprečevanje ekstravazacije.

Medicinska sestra mora imeti izjemen posluš za neverbalno komunikacijo, biti mora taktna, kadar se pogovarja z bolnikom o stranskih učinkih, ki vplivajo na njegovo samopodobo, kot sta alopecija in vpliv kemoterapije na seksualnost.

Sklep

Pot do konca zdravljenja je za bolnika dolga in težka. Zadnjo kemoterapijo bolniki pričakujejo z velikimi upi in olajšanjem.

Po končanem zdravljenju se za bolnika začne novo obdobje. Spet bo lahko zaživel normalno življenje. Strah pred ponovitvijo bolezni pa bo v njem ostal še dolgo časa. Redno bo hodil na kontrolne preglede. V začetku pogosto, nato vedno bolj poredko. Vedeti mora, da so kontrole zelo pomembne, saj ga lahko bolezen znova preseneti. To je sicer malo verjetno, lahko pa se zgodi. Zato mu mora biti onkološko zdravstveno osebje v pomoč tudi takrat, kadar ob kakšni sicer banalni akutni bolezni pomisli na najhujše. Pogosto se namreč zgodi, da namesto, da bi pomoč poiskal pri svojem izbranem osebnem zdravniku, pokliče kar na Onkološki inštitut.

Literatura:

1. Barton Burke M., Wilkes G.M., Berg D., Bean C.K., Ingwersen K. Cancer Chemotherapy. A nursing process approach. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 1991.
2. Ria Dubbelman. Most common ways of administration: i.v., p.o. and i.t. Cytostatic agents-delivery and toxicity. Ljubljana: ESMO-EONS courses, 8.-10. april, 1999.
3. Tenenbaum L. Cancer chemotherapy. A reference guide. Canada: W.B. Saunders company, 1989.
4. McCorkle R., Grant M., Frank-Stromborg M., Baird S.B. Cancer Nursing. A comprehensive textbook. Second edition. Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo: W.B. Saunders company, 1996.

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA PRI SISTEMSKEM ZDRAVLJENJU RAKA NA MODIH

Katarina Lokar

1. UVOD

Kemoterapija je učinkovita pri zdravljenju raka zaradi učinka, ki ga ima na hitro se deleče celice. Citostatiki pa poleg tumorskih celic prizadenejo tudi normalne hitro se deleče celice. Mielosupresija, slabost in bruhanje, anoreksija, alopecija, nefrotoksičnost ter spremembe na koži in nohtih so zaradi toksičnosti citostatikov pogosti spremljevalci kemoterapije. Ti stranski učinki so posledica delovanja citostatikov na hematološki in gastrointestinalni sistem ter na kožo in sluznice, kjer najdemo hitro se deleče celice. Manj pogosto se toksičnost pojavlja na reproduktivnih organih, ledvicah, srcu, pljučih, živčnem sistemu in jetrih. Nekateri citostatiki povzročajo spremembe tudi v tekočinskem in elektrolitskem ravnotežju. Manjše število citostatikov pa lahko povzroči tudi psihične spremembe, kot sta anksioznost in depresija. Ta prispevek vsebuje informacije, ki bodo medicinskim sestram pomagale pri prepoznavanju in ocenjevanju problemov, ki se lahko razvijejo pri bolniku z rakom na modih, ki prejema kemoterapijo.

2. ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA PRI SISTEMSKEM ZDRAVLJENJU RAKA NA MODIH

2.1. ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA PRI MIELOSUPRESIJI

Mielosupresija je inhibicija aktivnosti kostnega mozga in je pričakovan stranski učinek pri večini citostatikov. Citostatiki ne prizadenejo zrelih krvnih celic, ki so v krvnem obtoku, ampak zavirajo rast novih levkocitov, trombocitov in eritrocitov, ki poteka v kostnem mozgu. Čas, v katerem doseže število krvnih celic najnižjo točko, se razlikuje glede na vrsto citostatika, po navadi pa se pojavi med sedmim in štirinajstim dnevom po kemoterapiji in običajno prizadene vse tri vrste krvnih celic. Pri zdravljenju raka na modih sta glavna povzročitelja mielosupresije etoposid in ifosfamid.

2.1.1. NAČRT ZDRAVSTVENE NEGE PRI BOLNIKU Z LEVKOPENIJO

Tabela 1. Standardni načrt zdravstvene nege pri bolniku z levkopenijo

Negovalna diagnoza: Zvišana možnost okužbe v zvezi z levkopenijo.

Razlaga: Citostatik zavira celično/humoralno imunost do določene stopnje.

Cilj: Bolnik in svojci imajo dovolj znanja za preprečevanje, prepoznavanje in ukrepanje, če se pojavijo simptomi okužbe.

SIMPTOMI / ZNAKI	AKTIVNOSTI ZN	RAZLAGA
Povišana telesna temp. nad 38,5°C več kot 24 ur Znaki sepse	1. Merimo in zapisujemo telesno temp. 3-krat na dan. O dvigu telesne temperature obvestimo zdravnika. Apliciramo antibiotike po zdravnikovem naročilu.	1. Dvig telesne temp. je lahko znak za začetek okužbe.
Levkopenija Nevtropenija	2. Kontroliramo število levkocitov in nevtrofilcev po zdravnikovem naročilu. 3. Bolnika po zdravnikovem naročilu zaščitno izoliramo.	2. Vrednosti so kazalec možne okužbe. 3. Možnost okužbe je manjša.
Kašelj Motnje dihanja Boleče grlo	4. Ocenimo bolnikovo dihalno funkcijo, bolnika spodbujamo in mu pomagamo pri izkašljevanju, izvajamo ukrepe za predihanost pljuč, po zdravnikovem naročilu odvezamemo sputum in brise grla.	4. Vzdrževanje optimalne funkcije dihalnega sistema in preprečevanje okužb.
Pogosta mikcija Moten, smrdeč urin Hematurija	5. Ocenimo stanje uropoetskega sistema, bolnika hidriramo s 3-4 litri tekočine na dan, če ni kontraindicirano, po zdravnikovem naročilu	5. Izogibanje invazivnim posegom, redna anogenitalna nega in hidracija zmanjšujejo število patogenih klic.

	odvzamemo urin za preiskave, poostriamo anogenitalno nego bolnika, izogibamo se invazivnim posegom (kateterizacija).	Preiskave urina pa so kazalci okužbe.
Vnetne spremembe kože	6. Ocenimo stanje kože in izvajamo ukrepe za pospešeno celjenje ran 7. Bolnika zaščitimo pred viri okužbe z rednim umivanjem rok, z omejevanjem obiskov in z uporabo aseptične tehnike pri izvajanju invazivnih posegov.	6. Vzdrževana in nepoškodovana koža deluje kot ovira za patogene klice. 7. Možnost okužbe je manjša.
Utrujenost	8. Bolnika spodbujamo k izmenjavi počitka in telesne aktivnosti. 9. Izvajamo dodatne preventivne ukrepe, kot so: poostrena osebna higiena, poostrena ustna nega, bolniku odsvetujemo uporabo deodorantov, ki zavirajo potenje, bolniku svetujemo uporabo električnih brivnikov, skrbimo za dobro hidracijo, pozorni smo na bolnikovo redno odvajanje blata, izogibamo se rektalnemu merjenju telesne temp., vbodna mesta kontroliramo zaradi morebitnih znakov okužbe.	8. Telesna aktivnost preprečuje zaplete, ki se pojavijo pri mirovanju 9. Z ukrepi zmanjšamo možnost nastanka okužbe.

10. Pozorni smo na vsako spremembo v vedenju bolnika, ki je lahko posledica izolacije.	10. Izolacija lahko povzroči depresijo.
11. Bolniku zagotovimo uživanje hrane, ki je kalorična in ima visoko beljakovinsko vrednost	11. Taka prehrana je potrebna za zadovoljevanje povečanih energijskih potreb, za preprečevanje izgube telesne teže in za boj proti okužbi.

2.1.2. NAČRT ZDRAVSTVENE NEGE PRI BOLNIKU S TROMBOCITOPENIJO

Tabela 2. Standardni načrt zdravstvene nege pri bolniku s trombocitopenijo

Negovalna diagnoza: Zvišana možnost krvavitve v zvezi s trombocitopenijo.

Razlaga: Zaradi toksičnega učinka kemoterapije pride do zmanjšane delovanja kostnega mozga.

Cilj: Bolnik in svojci imajo dovolj znanja za preprečevanje, prepoznavanje in pravilno ukrepanje, če se pojavijo simptomi krvavitve.

SIMPTOMI/ZNAKI	AKTIVNOSTI ZN	RAZLAGA
Zmanjšano število trombocitov Hitrejši nastanek modric	1. Nadziramo število trombocitov in druge teste strjevanja krvi po zdravnikovem naročilu.	1. To so kazalci motenj pri strjevanju krvi.
Petehije Krvaveče dlesni	2. Merimo krvni pritisk in srčni utrip 3-krat na dan.	2. Hipotenzija in tahikardija sta lahko znak krvavitve.
Črno blato Hematurija Kri v izbruhani masi Hemoptiza	3. Po zdravnikovem naročilu testiramo blato, urin in izbruhano maso, da ugotovimo, ali gre za skrito krvavitev.	3. S temi preiskavami ugotovimo spontane krvavitve iz želodca, črevesja in mehurja.

4. Izvajamo tudi naslednje preventivne ukrepe: bolnika varujemo pred možnostjo nastanka poškodb, svetujemo mu uporabo mehke zobne ščetke in blage zobne paste, svetujemo mu previdno uporabo zobne nitke (z njo naj se ne dotika dlesni), svetujemo mu mazanje ustnic z blagim mazilom, uživa naj lahko hrano, odsvetujemo mu močno začinjeno hrano in alkohol, odsvetujemo mu čezmerno fizično aktivnost (nevarnost poškodbe), svetujemo mu, naj nosi udobna oblačila in obutev, damo mu navodila za striženje nohtov (uporaba pilice, odsvetujemo ščipalnik), za britje mu svetujemo uporabo električnega brivnika, če je mogoče, zmanjšamo pogostnost vbodov v veno ali mišico (pri tem uporabljamo tanke igle), krvavitev na vbodnem mestu zaustavimo s pritiskom prstov na mesto krvavitve (3-5 minut), bolniku odsvetujemo močno izpihovanje skozi nos, pozorni smo na njegovo

4. Preprečujemo možnosti za nastanek krvavitve

redno odvajanje blata,
 izogibamo se uporabi
 klistirja, rektalnih svečk,
 grobih laksativov in
 rektalnega merjenja
 telesne temp., skrbimo za
 zadostno hidracijo,
 izogibamo se uporabi
 urinskega katetra in
 črevesne cevke, bolniku
 omogočimo počitek .

2.1.3. NAČRT ZDRAVSTVENE NEGE PRI BOLNIKU Z ANEMIJO

Tabela 3. Standardni načrt zdravstvene nege pri bolniku z anemijo.

Negovalna diagnoza: Zmanjšan prenos kisika v zvezi z anemijo.

Razlaga: Število eritrocitov in hemoglobina je zmanjšano zaradi zmanjšanega delovanja kostnega mozga, to pa je posledica kemoterapije.

Cilji:

1. Bolnik se bo držal načrta dnevnih aktivnosti, ki je usmerjen k ohranjanju energije.
2. Bolnik bo prepoznal vzroke za oteženo dihanje, kot je npr. znižana vrednost hemoglobina.
3. Bolnik bo opisal ukrepe, ki pridejo v poštev pri spremembi dihanja.

SIMPTOMI/ZNAKI	AKTIVNOSTI ZN	RAZLAGA
Zmanjšane vrednosti Hb, Ht in eritrocitov	1. Po zdravnikovem naročilu nadzorujemo Hb, Ht in število eritrocitov.	1. To so pokazatelji stopnje anemije.
Vrtoglavica	2. Po zdravnikovem naročilu apliciramo	
Omedlevica	transfuzijo.	
Razdražljivost	3. Med transfuzijo smo	3. Zapleti pri transfuziji so
Izguba barve na nohtih in	pozorni na morebitni	lahko zelo nevarni, zato
ustni sluznici	pojav mrzlice, vročine,	moramo pri aplikaciji
Tahikardija	bolečine v križu, alergične	
Dispneja		
Bledica		

Oslabelost Zmanjšana aktivnost	reakcije, sopenja, hipotenzije, dispneje, ortopneje in nastanek edema, in če se pojavijo, nemudoma obvestimo zdravnika.	upoštevati vse preventivne ukrepe
	4. Po zdravnikovem naročilu nadzorujemo urin, blato in sputum zaradi morebitnih znakov krvavitve.	4. Poskušamo identificirati tudi druge vzroke anemije. Dehidracija lahko zviša vrednost Ht in zasenči znake nemije. Nizke vrednosti Hb so lahko posledica trombocitopenije in krvavitve. Bolnik je lahko anemičen po Naravi.
	5. Med dnevnimi aktivnostmi zagotovimo bolniku tudi čas za počitek.	
	6. Po zdravnikovem naročilu apliciramo kisik.	5. Povečana aktivnost zviša potrebo celic po kisiku.

2.2. ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA PRI GASTROINTESTINALNI TOKSIČNOSTI CITOSTATIKOV

Najpogostejši gastrointestinalni problemi pri kemoterapiji so slabost in bruhanje, anoreksija, motnje v okušanju, obstipacija in diareja.

2.2.1. SLABOST IN BRUHANJE

Preprečevanje in kontrola slabosti in bruhanja sta pri kemoterapiji ključnega pomena, ker lahko vodita v resne metabolične motnje, v slab prehrambni status in v anoreksijo.

Slabost in bruhanje lahko razvrstimo na anticipatorno, akutno in pozno, kadar govorimo o simptomih, ki so posledica kemoterapije. Anticipatorna slabost in bruhanje se pojavita pred ali med kemoterapijo in jo povzročajo stimulusi v okolju (npr. določeni predmeti, vonji, okusi). Akutna slabost in bruhanje se pojavita v 24 urah po aplikaciji zdravila. Pozna slabost in bruhanje pa se pojavita po več kot 24 urah po aplikaciji citostatika in lahko trajata nekaj dni.

Od citostatikov, ki se uporabljajo za zdravljenje raka na modih sta najbolj emetogena cisplatin in carboplatin in povzročata pozno slabost in bruhanje.

Tabela 4. Standardni načrt zdravstvene nege bolnika pri slabosti in bruhanju.

Negovalne diagnoze:

1. Možni primanjkljaj telesnih tekočin v zvezi z bolezenskim procesom in/ali zdravljenjem.
2. Možen deficit v uživanju hrane v zvezi s slabostjo in bruhanjem.

Razlaga: Citostatiki delujejo neposredno na center za bruhanje, ki je v podaljšani hrbtnjači.

Cilji:

1. Bolnik bo razumel potrebo po uživanju večje količine tekočin in/ali zakaj je potrebna intravenozna infuzija.
2. Bolnik bo zaužil vsaj 2 l tekočine na dan, če to ni kontraindicirano.
3. Bolnik bo znal naštetih hrano in tekočino, ki jo je sposoben uživati v času, ko ga mučita slabost in bruhanje.

SIMPTOMI/ZNAKI	AKTIVNOSTI ZN	RAZLAGA
Slabost, ki jo lahko spremlja bruhanje	<ol style="list-style-type: none"> 1. Po zdravnikovem naročilu apliciramo intravenozno infuzijo. 2. Bolniku razložimo, zakaj je infuzija potrebna, in mu pojasnimo, da to ni nadomestilo za uživanje tekočine per os. 3. Po naročilu zdravnika apliciramo antiemetično terapijo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Za vzdrževanje primerne hidracije. 2. Bolnik bo sodeloval pri ZN, če mu razložimo postopke ZN. 3. ,4. Preprečimo ali zmanjšamo slabost in bruhanje.

-
- | | |
|---|--|
| 4. Bolniku svetujemo, naj se izogiba uživanju hrane in tekočine neposredno pred aplikaciji kemoterapije ali po njej. | |
| 5. Merimo bilanco tekočin in vnos hrane. | 5.,6. Ocenjujemo hidriranost bolnika. |
| 6. Bolniku vsak dan merimo telesno težo. | |
| 7. Redno zračimo prostore in poskrbimo, da je v prostoru čim manj močnih vonjav. | 7. Vonj lahko stimulatивно učinkuje na center za bruhanje. |
| 8. Bolniku svetujemo, naj se izogiba uživanju zelo sladke, mastne, ocvrte in močno začinjene hrane ter hrane z močnimi vonjavami. | 8. S tem zmanjšamo dražljaje, ki lahko povzročijo slabost in bruhanje. |
| 9. Vzdržujemo tiho, mimo okolje in skrbimo za bolnikovo udobje. | 9. Bolnik bo lažje počival ali spal. |
| 10. Bolnika spodbujamo k redni ustni higieni. | 10. Vzdržujemo dobro ustno higieno. |
| 11. Bolnika spodbujamo k uživanju hladne tekočine po požirkih. | 11. Zmanjšamo možnost slabosti. |
| 12. Kontroliramo in zapišemo pogostnost bruhanja ter količino in vsebnost izbruhane mase. | 12. Ocenjujemo izgubo telesnih tekočin. |
| 13. Ko bolnik bruha, smo ob njem. | 13. S tem smo bolniku v psihično oporo. |
| 14. Nadzorujemo, koliko bolnik poje. | 14. Tako ugotovimo, ali bolnik zadovolji potrebo po energiji. |
-

2.2.2. SPREMEMBE NA USTNI SLUZNICI

Citostatsko zdravljenje lahko učinkuje tudi na zdrave celice. Sluznica prebavnega trakta, skupaj z ustno sluznico, je zaradi hitre delitve celic glavna tarča toksičnega delovanja citostatikov na zdrave celice.

Najbolj pogosti zapleti na ustni sluznici po kemoterapiji so mukozitis, lokalne okužbe, bolečina in krvavitve. Posledica teh zapletov pa je lahko tudi dehidracija in slaba prehranjenost bolnika.

Tabela 5. Standardni načrt zdravstvene nege bolnika s spremenjeno ustno sluznico.

Negovalne diagnoze:

1. Zvišana možnost sprememb v integriteti tkiva ustne sluznice v zvezi s kemoterapijo.
2. Spremembe v udobju zaradi bolečine in pekočega občutka v zvezi s stomatitisom.
3. Zvišana možnost pojava dehidracije in slabe prehranjenosti v zvezi s stomatitisom.
4. Pomankanje znanja v zvezi z ukrepi, ki bi lahko olajšali simptome.

Razlaga: Spremembe na ustni sluznici so posledica delovanja citostatikov tudi na zdrave celice.

Cilji:

1. Bolnik bo poznal ukrepe za preprečevanje nastanka stomatitisa in jih bo izvajal.
2. Bolnik bo opisal vir neugodja.
3. Bolnik bo poznal ukrepe za lajšanje simptomov, ki spremljajo stomatitis.

SIMPTOMI/ZNAKI	AKTIVNOSTI ZN	RAZLAGA
Rdečina	1. Vsak dan ocenimo stanje ustne sluznice	1. Tako odkrijemo stomatitis in določimo njegovo stopnjo.
Oteklina	bolnika.	
Razjede	2. Izvajamo poostrene preventivne ali	2. Pri bolniku z levkopenijo so usta pogost
Bolečina pri hranjenju	terapevtske ukrepe med aplikacijo kemoterapije in	vir okužbe.
Bele zaplate	po njej po standardu.	
Hemoragične ulceracije	3. Bolnika spodbujamo k izvajanju dobre ustne	3. Možnost nastanka stomatitisa je manjša.
	higiene.	

-
- | | |
|---|---|
| 4. Bolnika spodbujamo k rednemu izpiranju ustne sluznice in grgranju večkrat na dan. | 4. Izpiranje ust razmoči ostanke hrane v ustih, zato jih bolnik tudi lažje odstrani. |
| 5. Bolnika spodbujamo k umivanju zob po vsakem obroku. Pri tem naj uporablja mehko zobno ščetko. | 5. Z umivanjem zob bolnik odstrani ostanke hrane. Mehka zobna ščetka manj poškoduje dlesni. |
| 6. Bolniku v času zdravljenja odsvetujemo obiske pri zobozdravniku. | 6. Lahko pride do poškodb ustne sluznice, ki postane vir okužbe. |
| 7. Bolniku odsvetujemo tobak in alkohol. | 7. Dražita ustno sluznico. |
| 8. Pri nastanku stomatitisa (od 1. do 4. stopnje) izvajamo ustno nego po zdravnikovem naročilu in po standardu. | |
| 9. Če se pojavi stomatitis, moramo poskrbeti, da bo bolnik zaužil zadostno količino hrane in tekočine. | 9. Da preprečimo dehidracijo in izgubo telesne teže. |
-

2.2.3. ANOREKSIJA IN / ALI MOTNJE V OKUŠANJU

Anoreksija je izguba apetita ali želje po hranjenju in je najpogostejši simptom, ki se pojavlja pri ljudeh z rakom. Je tudi najpogostejši vzrok za nezadostno prehrano. Do anoreksije pride zaradi bolezni in kemoterapije.

Motnje v okušanju se kažejo kot motnje v intenzivnosti zaznavanja okusov ali pa kot popačeno zaznavanje okusov. Motnje v okušanju so predvsem posledica toksičnosti nekaterih citostatikov. Pri raku na modih povzročata motnje v okušanju cisplatin in carboplatin.

Tabela 6. Standardni načrt zdravstvene nege bolnika z anoreksijo in/ali motnjo v okušanju.

Negovalne diagnoze:

1. Možen deficit v uživanju hrane v zvezi z anoreksijo.
2. Možen deficit v uživanju hrane v zvezi z motnjo v okušanju.

Razloga: Prehrambeni status bolnika je spremenjen zaradi patofiziologije raka in zaradi zdravljenja.

Cilji:

1. Če bolnik ne prenaša določene hrane, bo izbral druge primerne prehranjevalne možnosti, da bo zadostil prehrabnim potrebam.
2. Bolnik bo opisal postopke, s katerimi lahko spremeni sestavo, okus in količino hranilnih snovi, da bo zadovoljil potrebo po energiji.
3. Bolnik bo opisal spremembe v prehranjevanju, ki ustrezajo njegovim kulturnim, socialnim in etničnim navadam.
4. Bolnik bo poznal mehanizme, s katerimi bo ocenil svojo potrebo po zaužitju zadostne količine hrane.

Negovalna diagnoza: Možno uživanje premajhnih količin hrane v zvezi z anoreksijo.

SIMPTOMI/ZNAKI	AKTIVNOSTI ZN	RAZLAGA
Zmanjšana želja po uživanju hrane in tekočine	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ocenimo prehrabni status bolnika. 2. Bolnika spodbujamo k rednemu uživanju hrane. Zaužije naj šest majhnih, a privlačnih obrokov hrane. Hrana naj bo kalorična in naj vsebuje veliko beljakovin. 3. Bolniku odsvetujemo pitje v času obroka, spodujemo pa ga k pitju med obroki. 4. Svetujemo mu, naj pred obroki opravi ustno nego. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dobimo podatke za vrednotenje in načrtovanje prehranjevalnega režima. 2. Vzdržujemo ali izboljšamo prehrabni status bolnika. 3. Da ne pride do prehitre sitosti. 4. Stimulira izločanje sline in bolnik ima v ustih prijeten okus.

Negovalna diagnoza: Možno uživanje premajhnih količin hrane v zvezi z motnjo v okušanju.

SIMPTOMI/ZNAKI	AKTIVNOSTI ZN	RAZLAGA
Spremembe v okušanju	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bolniku pojasnimo, da so spremembe v okušanju, npr. kovinski okus, stranski učinek kemoterapije. 2. Bolniku svetujemo, naj pred obrokom opravi ustno nego. 3. Bolniku svetujemo, naj pred obroki žveči mehak bonbon ali žvečilni gumi. 4. Bolnika spodbujamo k uživanju rib, hladne perutnine, jajc in sira. 5. Če pride do spremembe pri okušanju mesa, iz bolnikove prehrane izločimo govedino in svinjino. 6. Hrano postrezimo toplo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bolniki z rakom imajo pogosto motnje v okušanju zaradi pomanjkanja cinka, ki poveča ali zmanjša prag okušanja. 2. Bolnik ima v ustih prijeten okus. 3. Stimulira izločanje sline in izboljša okus v ustih. 4. Bolnik dobi dodatne beljakovine. 5. Ker lahko povzročita grenak ali žarek okus. 6. Stimulira čutilo za voh.

2.2.4. OBSTIPACIJA

Pri rakavih bolnikih obstaja več vzrokov za obstipacijo: tumor, bolečina, učinki kemoterapije, zdravila, odpoved organov, nezadostno gibanje, depresija, nezadosten vnos hranilnih snovi in dehidracija. Vzrok obstipacije je lahko tudi okvara avtonomnega živčevja, ki jo povzroča citostatik vinkristin.

Tabela 7. Standardni načrt zdravstvene nege pri bolniku z obstipacijo.

Negovalna diagnoza: Spremenjen ritem defekacije: obstipacija v zvezi z aplikacijo kemoterapije.

Razlaga: Do obstipacije lahko pride po aplikaciji vinkristina.

Cilji:

1. Bolnik bo prepoznal obstipacijo.
2. Bolnik bo prepoznal dejavnike, ki vplivajo na izločanje blata.
3. Bolnik bo, če pride do obstipacije, znal pravilno ukrepati.

SIMPTOMI/ZNAKI	AKTIVNOSTI ZN	RAZLAGA
Zmanjšana peristaltika, ki spremeni vzorec izločanja blata	<ol style="list-style-type: none">1. Bolnika spodbujamo k telesni aktivnosti.2. Pozorni smo na znake in simptome dehidracije (slab turgor kože, suhe sluznice, suha koža).3. Bolnika spodbujamo k uživanju 2-3 litrov tekočine dnevno, če ni kontraindicirano.4. Bolniku svetujemo in ga spodbujamo k uživanju hrane z veliko vlaknin.5. Po zdravnikovem naročilu apliciramo odvajala.6. Opazujemo pogostnost stolice in to zapisujemo.7. Če bolnik odvaja v bolniški sobi, mu zagotovimo mirno okolje in intimnost.	<ol style="list-style-type: none">1. Telesna aktivnost pospeši prehod blata skozi črevesje.2. Z zgodnjim prepoznavanjem lahko problem hitreje rešimo.3. Stolica je mehkejša. Preprečimo dehidracijo.4. Blato hitreje potuje po črevesju. Resorpcija tekočin v črevesju je manjša in blato je mehkejše.6. Opazujemo aktivnost črevesja in prepoznamo problem v zgodnji fazi.7. Bolnik bo lažje odvajal.

2.2.5. DIAREJA

Diareja nastane pri citostatskem zdravljenju največkrat zaradi okvare sluznice prebavnega trakta.

Tabela 8. Standardni načrt zdravstvene nege pri bolniku z diarejo.

Negovalna diagnoza: Spremenjena funkcija črevesja: diareja v zvezi z aplikacijo kemoterapije.

Razlaga: Citostatiki dražijo sluznico prebavnega trakta.

Cilj: Bolnik prepozna diarejo in zna primerno ukrepati.

SIMPTOMI/ZNAKI	AKTIVNOSTI ZN	RAZLAGA
Pogoste stolice Mehko, tekoče blato Abdominalna bolečina Krči	<ol style="list-style-type: none">1. Ocenimo pogostnost, količino in koesistenco stolic.2. Po zdravnikovem naročilu nadzorujemo bolnikovo telesno težo in elektrolite.3. Spremenimo bolnikov prehranjevalni režim.4. Bolniku svetujemo, naj se izogiba pijačam, ki vsebujejo kofein.5. Bolnika spodbujamo k pitju .6. Spodbujamo ga k uživanju več manjših obrokov.7. Svetujemo mu, naj se izogiba prevroči ali premrzli hrani.8. Svetujemo mu pogostejšo anogenitalno nego.9. Svetujemo mu, naj ne kadi.	<ol style="list-style-type: none">1. Ugotovimo spremembe pri odvajanju in ocenimo stopnjo diareje.2. Izguba telesne teže, tekočinsko in elektrolitsko neravnotežje ter dehidracija so komplikacije diareje.3.,4. Bolnik se izogiba hrani in tekočini, ki draži ali stimulira prebavni trakt.5. Nadomestiti mora izgubljeno tekočino in elektrolite.7. Lahko poslabšata diarejo.8. Pazimo, da ne pride do poškodb kože v rektalnem predelu.9. Nikotin stimulatивно vpliva na prebavni trakt.

2.3. ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA PRI SPREMEMBAH NA KOŽI, LASEH IN NOHTIH

Pri kemoterapiji pride pogosto do sprememb na koži (eritem, urtikarija, fotosenzitivnost, hiperpigmentacija), na nohtih, sluznicah (stomatitis, esofagitis) ter do alopecije. Tudi citostatiki, ki se uporabljajo za zdravljenje raka na modih povzročajo te spremembe. Spremembe na koži in nohtih povzroča bleomicin, alopecijo povzročata etoposid in vinkristin, spremembe na ustni sluznici pa povzročajo bleomicin, etoposid in vinkristin.

Do poškodbe tkiva pa lahko pride tudi zaradi ekstravazacije, ki je eden izmed zapletov pri kemoterapiji.

2.3.1. SPREMEMBE NA KOŽI IN NOHTIH

Tabela 9. Standardni načrt zdravstvene nege bolnika pri spremembah na koži in nohtih.

Negovalne diagnoze:

1. Možne spremembe na koži v zvezi z aplikacijo bleomycina.
2. Možne spremembe v udobju v zvezi s spremembami na koži in nohtih.
3. Zvišana možnost okužbe zaradi sprememb na koži in nohtih.

Razlaga: Do sprememb na koži in nohtih pride zaradi koncentracije bleomycina v koži in nohtih.

Cilji:

1. Bolnik bo poznal ukrepe, ki preprečujejo poškodbo kože ali okužbo.
2. Bolnik bo prepoznal znake in simptome sprememb na koži.
3. Bolnik bo izrazil svoje občutke zaradi spremenjene telesne podobe, ki je posledica kemoterapije.

SIMPTOMI/ZNAKI	AKTIVNOSTI ZN	RAZLAGA
Eritem Dermatitis Srbečica	1. Bolniku svetujemo uporabo blagega mila, nežno umivanje spremenjenih predelov kože, izogiba naj se tesnim oblačilom, in izpostavljanju kože	1. S temi ukrepi varujemo kožo pred poškodbo.

	<p>ekstremni vročini ali mrazu, odsvetujemo uporabo deodorantov.</p> <p>2. Vsak dan ocenjujemo stanje bolnikove kože.</p> <p>3. Po zdravnikovem naročilu apliciramo zdravila.</p> <p>4. Bolniku svetujemo, naj ne praska srbeče kože.</p>	<p>2. Mnoge spremembe na koži izginejo po končani kemoterapiji.</p> <p>3. Za blažitev bolečine in draženja.</p> <p>4. Lahko pride do poškodbe kože in nevarnost okužbe je večja.</p>
Fotosenzitivnost	<p>1. Bolniku svetujemo, naj se ne izpostavlja soncu. Zaščiti naj se s kremo za sončenje, izpostavljene dele telesa naj zaščiti z oblačili.</p>	<p>1. Da ne pride do sončnih opeklin.</p>
Hiperpigmentacija kože na členkih	<p>1. Bolnika seznanimo, da je to stranski učinek citostatika in da bo po končani kemoterapiji obarvanost manj intenzivna.</p>	<p>1. Bolnik se bo tako mogoče lažje privadil na spremembo.</p>
Pigmentne spremembe na nohtih	<p>1. Bolnika informiramo o spremembah na nohtih. Povemo mu, da so te spremembe običajno prehodne.</p>	<p>1. Bolnik bo tako mogoče lažje sprejel spremembo.</p>

2.3.2. ALOPECIJA

Zaradi zdravljenja s citostatiki lahko pride do popolne ali delne poškodbe lasne korenine. Lasje izpadajo spontano ali pri česanju, pogosto kar v velikih šopih.

Izpadanje las se prične v obdobju od 2-6 tednov po začetni kemoterapiji in je po navadi omejeno na lase, včasih pa lahko izpadejo tudi obrvi, trepalnice, sramne dlake, dlake pod pazduho in drugod po telesu. Izpadanje dlak na ostalih delih telesa je manj pogosto, ker imajo folikli dlak krajši čas rasti. Lasje po koncu kemoterapije znova zrastejo.

Tabela 10. Standardni načrt zdravstvene nege pri bolniku z alopecijo.

Negovalne diagnoze:

1. Spremenjen odnos do lastne telesne podobe v zvezi z izgubo las.

2. Zvišana možnost seksualnih motenj v zvezi z izgubo las.

Razlaga: Do alopecije pride zaradi delovanja citostatikov na lasne korenine. V obdobju adolescence in pri mlajših odraslih lahko to vodi v spremenjen odnos do lastne telesne podobe, posledica tega pa so različne težave.

Cilji:

1. Bolnik se bo v okviru svojih zmožnosti soočil z izgubo las.

2. Bolnik bo prepoznal učinke alopecije na njegovo seksualnost.

3. Bolnik bo vzdrževal svojo spolno identiteto.

SIMPTOMI/ZNAKI	AKTIVNOSTI ZN	RAZLAGA
Alopecija	<p>1. Bolnika seznanimo, da določen citostatik povzroči izgubo las.</p> <p>2. Če bolnik želi lasuljo, mu priskrbimo recept za lasuljo in mu svetujemo, naj si jo nabavi že po prvi aplikaciji kemoterapije.</p> <p>3. Bolniku svetujemo, naj si na kratko postrizže lase.</p> <p>4. Bolnika spodbujamo k verbalizaciji občutkov glede izgube las.</p> <p>5. Bolniku zagotovimo psihično podporo.</p>	<p>1. Priprava bolnika lahko ublaži udarec, ki ga povzroči izguba las.</p> <p>2. Da bo bolniku lasulja na razpolago takoj, ko mu začnejo lasje izpadati.</p> <p>3. Tako bo izgubljanje las manj nadležno.</p> <p>4. To lahko vpliva na njegovo pripravljenost za sodelovanje pri zdravljenju.</p> <p>5. S psihično podporo lahko zmanjšamo bolnikovo zaskrbljenost in povečamo njegov občutek varnosti.</p>

2.4. VPLIV KIRURŠKEGA ZDRAVLJENJA IN KEMOTERAPIJE NA SEKSUALNOST

Vidiki seksualnosti, ki so lahko prizadeti ob kemoterapevtskem zdravljenju raka na modih, so: samopodoba, spolna identiteta, spolna vloga, odnosi s partnerjem, delovanje žlez, rodnost in spolna zmožnost.

Učinki citostatikov na delovanje žlez, rodnost in spolno funkcijo so odvisni od vrste citostatika, od skupne doze, od trajanja zdravljenja ter od spola in starosti bolnika.

Tabela 11. Standardni načrt zdravstvene nege bolnika glede na učinke kemoterapije na seksualnost.

Negovalne diagnoze:

1. Zvišana možnost pojava spremenjenega odnosa do lastne telesne podobe.
2. Seksualne motnje v zvezi z boleznijo in zdravljenjem.
3. Neplodnost v zvezi z aplikacijo kemoterapije/kirurškim posegom.
4. Pomankanje znanja v zvezi s kontracepcijo.

Razlaga: Kemoterapija je vzrok fizičnih in psihičnih težav pri izražanju bolnikove potrebe po spolnosti.

Cilji:

1. Bolnik bo identificiral aktualne spremembe v spolnosti in spolni funkciji.
2. Bolnik bo identificiral mehanizme za ohranjanje spolne identitete.
3. Bolnik bo identificiral zadovoljive alternativne metode za izražanje seksualnosti.

Negovalna diagnoza: Zvišana možnost pojava spremenjenega odnosa do lastne telesne podobe.

SIMPTOMI/ZNAKI	AKTIVNOSTI ZN	RAZLAGA
Alopecija Slabost in bruhanje Izguba ali pridobitev telesne teže Utrujenost Šibkost Diareja Kožne spremembe	1. Ocenimo bolnikovo samospoštovanje, odnos do svoje telesne podobe, spolno identiteto, spolno vlogo, odnos s partnerjem in stopnjo spolne zmožnosti. 2. Bolnika poučimo o aktualnih in potencialnih	2., 3. Učenje o učinkih zdravljenja lahko

učinkih zdravljenja na spolnost.

pospeši bolnikovo sprejemanje in prilagajanje.

Negovalne diagnoze:

1. Seksualne motnje v zvezi z boleznijo in zdravljenjem.
2. Neplodnost v zvezi z aplikacijo kemoterapije/kirurškim posegom.
3. Pomankanje znanja v zvezi s kontracepcijo.

SIMPTOMI/ZNAKI	AKTIVNOSTI ZN	RAZLAGA
Zmanjšan libido Začasne motnje v erekciji Možna retrogradna ejakulacija Začasna neplodnost Sterilnost Možna mutacija sperme	<ol style="list-style-type: none">1. Zdravnik v sodelovanju z medicinsko sestro naredi reproduktivno anamnezo, oceni genitourinarno funkcijo, uporabo kontracepcije, spolno zmožnost.2. V sodelovanju z zdravnikom bolnika poučimo o učinkih zdravljenja na rodnost in spolnost.3. Bolniku pogosto svetujemo kriokonzervacijo sperme.4. Bolniku svetujemo uporabo primerne kontracepcije.	<ol style="list-style-type: none">3. Za poznejšo umetno oploditev.4. Bolnik mora uporabljati kontracepcijo še 1-2 leti po zdravljenju, da preprečimo morebiten mutagenski učinek.

2.5. NEFROTOKSIČNOST CITOSTATIKOV

Citostatiki, ki pri sistemskem zdravljenju raka na modih povzročajo nefrotoksičnost, so cisplatin, carboplatin in ifosfamid. Zato moramo pred začetkom zdravljenja s kemoterapijo oceniti ledvično funkcijo bolnika z renografijo. Pred vsakim ciklusom

kemoterapije zbiramo tudi urin za ECC (endogeni očistek kreatinina) in odvzamemo kri za določitev serumskega kreatinina. Med kemoterapijo zapisujemo bilanco tekočin in o vsaki nepravilnosti obvestimo zdravnika. Pri ifosfamidu apliciramo tudi uroprotektor za preprečevanje hemoragičnega cistitisa.

2.6. NEVROTOKSIČNOST CITOSTATIKOV

Nevrotoksičnost je posledica zdravljenja z vinkristinom v kombinaciji s cisplatinom. Pojavlja se kot parestezija in mialgija. Bolnik mora biti obveščen o tem stranskem učinku kemoterapije in o kroničnosti težav.

2.7. OTOTOKSIČNOST

Ototoksičnost je posledica aplikacije cisplatina. Pojavi se zaradi izgube celic v ušesnem polžu. Pri bolniku smo pozorni na vsako spremembo slušnosti. Bolnika moramo tudi seznaniti z možnostjo tega stranskega učinka in ga spodbujati, da nam sporoči vsako spremembo v slušnosti.

3. Sklep

Znanje, ki ga imamo danes o raku na modih, o sistemskem zdravljenju in o stranskih učinkih zdravljenja je izredno pomembno za zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege in za načrtovanje učinkovitega učenja bolnika in njegove družine. Ker se rak na modih pojavlja predvsem pri mladih moških, je zdravstvena nega še posebno zahtevna. Reševanje problemov psihosocialne narave, kot so npr. rodnost, seksualnost, samospoštovanje in vprašanje preživetja zahteva multidisciplinaren pristop k zdravljenju in izkušnost zdravstvenega in negovalnega tima. Pri tem pa ne smemo pozabiti, da ima bolnik pravico enakopravno sodelovati in odločati pri zdravljenju.

Literatura:

Bobnar A. Spremembe na koži zaradi zdravljenja s citostatiki. Cytostatic agents - delivery and toxicity. Ljubljana: ESMO-EONS courses, 8. - 10. april, 1999.

Čufer T. Stranski učinki citostatskega zdravljenja - gastrointestinalna toksičnost. Cytostatic agents - delivery and toxicity. Ljubljana: ESMO-EONS courses, 8. - 10. april, 1999.

Čufer T. Stranski učinki citostatskega zdravljenja. Cytostatic agents - delivery and toxicity. Ljubljana: ESMO-EONS courses, 8. - 10. april, 1999.

Higgs D.J. The patient with testicular cancer: nursing management of chemotherapy. Oncology Nursing Forum 1990; 17: 243-249.

Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego. Negovalne diagnoze (Uvod v študij negovalnih diagnoz). Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 1993.

Skela-Savič B. Zdravstvena nega bolnika pri gastrointestinalni toksičnosti citostatikov. Cytostatic agents - delivery and toxicity. Ljubljana: ESMO-EONS courses, 8. - 10. april, 1999.

Tenenbaum L. Cancer chemotherapy. A reference guide. Canada: W. B. Saunders company, 1989.

Zajc M. Zdravstvena nega bolnika s pancitopenijo. Cytostatic agents - delivery and toxicity. Ljubljana: ESMO-EONS courses, 8. - 10. april, 1999.

Joyce M. Yasko, Medicinska njega bolnika sa simptomima vezanim uz kemoterapiju.

STISKE BOLNIKOV Z RAKOM NA MODIH

Marija Vegelj Pirc

Uvod

Rak na modih je bolezen mlajših moških, ki globoko poseže v njihova življenja. Prizadet je spolni organ, zato je prisoten strah pred motnjami spolnih funkcij, vendar je strah pred rakom, življenje ogrožujočo boleznijo, prevladujoč.

Pot do postavitve diagnoze je različno dolga, vrsta in stadij bolezni nato določita način zdravljenja. Le-to je večinoma kombinirano in dolgotrajno. Prvi stik z zdravnikom, ki bolnika zdravi, odločilno vpliva na nadaljnje bolnikovo doživljanje. Zdravnik in bolnik naj bi bila partnerja pri obvladovanju bolezenskih težav. Pri tem je pravilno informiranje bolnika zelo pomembno. Informiranje ne pomeni le sporočila diagnoze, temveč pogovor o vsem, kar bolnik želi in mora vedeti. Pri razreševanju različnih bolnikovih stisk je tudi vloga medicinske sestre zelo pomembna.

Nekatere psihološke značilnosti bolnikov z rakom

Da bi lahko razumeli, včasih na prvi pogled nerazumljivo bolnikovo vedenje, moramo poznati nekatere skupne psihološke značilnosti bolnikov, pri tem pa upoštevati enkratnost vsakega posameznika v določeni situaciji.

Številne psihosomatske raziskave so v zadnjih desetletjih raziskovale osebnostne lastnosti bolnikov z rakom, usmerjale so se v njihov psihodinamski razvoj in odkrивale pomen psihosocialnih stresov in izgub v vlogi sprožilne situacije za nastanek in razvoj bolezni.

V primerjavi z drugimi bolniki in z zdravo populacijo avtorji raziskav ugotavljajo razlike, saj se pri bolnikih z rakom kaže nekaj značilnih skupnih osebnostnih lastnosti v zaničanju in izrivanju negativnega čustvovanja, v občutju nemoči in brezupnosti, v nesposobnosti, da bi se aktivno spoprijemali s stresom ali prebolevali hude čustvene izgube, pripravljeni so na samožrtvovanje, kažejo pomanjkljivo samozaupanje, konformno izpolnjujejo družbene norme.

Prim. Marija Vegelj Pirc, dr. med., Onkološki inštitut Ljubljana

Mnogi avtorji pa nadalje tudi navajajo, da razni psihoterapevtski ukrepi bolnikom lahko pomagajo pri preoblikovanju miselnih in vedenjskih vzorcev ter pri sprejemanju smiselnih odločitev. Z aktivnejšim sodelovanjem pri svojem zdravljenju in rehabilitaciji lahko spremenijo in izboljšajo potek bolezni ter kakovost življenja.

Naše klinične izkušnje potrjujejo dognanja mednarodnih raziskav.

Da bi navedene trditve preverili tudi pri bolnikih z rakom na modih, smo pred leti izvedli raziskavo in spremljali skupino 42 bolnikov, starih od 20 do 46 let. V psihološko obravnavo smo jih vključevali takoj po operaciji. Uporabljali smo hemistrukturiran intervju, vprašalnik o družinskem vzdušju v otroštvu (FAQ) in vprašalnik za ugotavljanje kontrole izražanja čustev (CECS). Psihoterapevtsko pomoč smo ponudili bolnikom in njihovim svojcem. Spremljali smo jih med zdravljenjem in kasneje po potrebi sodelovali pri njihovi rehabilitaciji in ocenjevanju delazmožnosti.

Znano je, da kvaliteta prvih odnosov pomembno sooblikuje človekovo osebnost in njegov kasnejši način odzivanja na strese. Mnogi avtorji ugotavljajo pri bolnikih z rakom v primerjavi z zdravo populacijo pomembne razlike v smislu bolj "hladnega otroštva." Podobni so bili tudi naši rezultati. Z vprašalnikom FAQ smo dobili ocene čustvene navezanosti na starše, zmožnosti izražanja čustev in dominantne vloge matere, ki so pokazale čustveno prikrajšanost, hladno otroštvo in težave pri izražanju čustev.

Z drugim vprašalnikom (CECS) smo ugotavljali kontrolo izražanja čustev jeze, anksioznosti in depresije. Rezultati so pokazali zvišane vrednosti, ki pomenijo povečano kontrolo izražanja čustev oz. potlačevanje čustev.

Opisana spoznanja so nam lahko koristno vodilo pri komunikaciji z bolnikom, ki pa ga moramo vedno obravnavati kot človeka, kot nedeljivo celoto, upoštevajoč njegovo duševno-telesno celovitost in duhovno razsežnost.

Stiske ob soočanju z boleznijo in njenim zdravljenjem

Večinoma si bolniki spremembo ali zatrdlino na modih odkrijejo sami. Po pregledu pri urologu sledi operacija. Vse poteka hitro, za pogovor ni dovolj možnosti. Ob odhodu domov ostaja vprašanje o diagnozi in nadaljnjem zdravljenju še odprto.

Zdravnik odloži pogovor, ker še nima vseh izvidov. Bolnik je, čakajoč na dokončne izvide, kontrolo in onkološki konzilij, prestrašen in zmeden.

Sporočilo diagnoze in nadaljnega zdravljenja nato sprejema pasivno, saj nima možnosti izbire in vsak si želi, da bi se zdravljenje čimprej nadaljevalo in končalo.

Zavedati se moramo, da je bolnik pod čustvenim stresom, zato je pri vseh informacijah, ki se nanašajo na njegovo bolezen in zdravljenje, še toliko bolj pozoren na nebesedni del komunikacije. Kadar je v hujši stiski, anksiozen ali depresiven, se lahko zapre v tolikšni meri, da besed niti ne dojema več. Ostane pa mu vtis nebesednih sporočil, ki jih kasneje po svoje razlaga.

20-letni študent je zato takole potožil:

“Vem, da je z mano hudo, čeprav me želijo prepričati o nasprotnem. Ne morem jim verjeti. Nikakor ne morem pozabiti pomenljive kretnje medicinske sestre in zdravnikovega resnobnega izraza, ko je pri viziti bral moj izvid.”

Vse, kar se z bolnikom dogaja, je nekaj povsem novega in neznanega. Prvič v življenju se sooča s stvarmi, za katere marsikdo niti ni vedel, da obstajajo.

O tem je 33-letni bolnik takole razmišljal:

“O tem še nikoli nisem slišal. Za ženske je poskrbljeno, veliko se piše in govori, hodijo na redne ginekološke preglede. Ne vem, zakaj za moške ni ničesar. O teh stvareh smo bili navajeni govoriti neresno, v šalah. Čudno se mi zdi, da se zdravnik ni z meno j resno pogovoril in mi razložil, za kaj gre. Vprašal me je le, če privolim v operacijo, če hočem.

Šele na Onkološkem inštitutu sem zvedel, da gre za rakavo bolezen na modu. Zdaj vem, da je to huda in nevarna bolezen, in vem, da se moram bojevati. Čeprav vsega še ne razumem, kar so mi povedali, in tudi ne vem, kaj vse to prinaša. Čaka me še ena operacija – odstranitev bezgavk v trebuhu in kemoterapija, v inštitutu za načrtovanje družine pa odvzem semenčic za shranitev. Preveč je vsega in o vsem še ne morem premišljevati. Imam družino, ženo in dva otroka, zanje moram še živeti.”

Soočanje z boleznijo in njenim zdravljenjem je dolgotrajen proces. Bolnik doživlja različne stiske, ki so odvisne ne le od stanja telesne bolezni, temveč tudi od razmer v

katerih živi in dela; ali si je že ustvaril dom in lastno družino, ali pa je še odvisen od staršev, sredi priprav in načrtov za prihodnost, v strahu, da ga bo zapustilo dekle. Mnoge skrbi lahko begajo bolnika in mu jemljejo moč za spopadanje z boleznijo. O svojih stiskah bolnik najlaže spregovori z medicinsko sestro, ki je največ časa ob njem. Če dobi možnost, da spregovori o vsem, kar ga teži, spozna, da ga obravnavamo kot človeka in ne le kot "primer", ki se zdravi po določeni "shemi". To mu v pomembni meri pomaga ohranjati z boleznijo prizadeto samozavest.

Bolnik mora imeti tudi možnost sprejete informacije o svoji bolezni v razgovorih preverjati, dvome in odpore razreševati, da bi se kasneje lahko aktivno vključil v dogajanje. Včasih postane zdravnik začuden in nejevoljen, ko bolnik vedno znova sprašuje stvari, za katere meni, da mu jih je že ob sprejemu na zdravljenje dovolj obširno predočil.

Bolnikova čustvena stiska dojemanje otežuje in na prvi pogled nam ni vedno prepoznavna, saj bolnik sam o njej le težko spregovori. Zato je vedno potreben individualen pristop. Ustrezno prepoznavanje bolnika v dani situaciji nam je vodilo pri izbiri lastnega načina komuniciranja, z usklajenim besednim in nebesednim sporočanjem.

Posebno pozornost moramo posvečati bolnikom, pri katerih je ob postavitvi diagnoze bolezen že v napredovalem stadiju. Potrebujejo več pomoči in vzpodbude, dodatno jih mučijo še občutki krivde in enako hudo je tudi s svojci, včasih celo huje.

Žena 36-letnega bolnika je zapadla v hujšo depresijo zaradi možgane bolezni. Več kot eno leto je opazal spremembo na modu, pa je odlašal s pregledom in bolezen se je razširila z metastazami v pljuča.

Žena je v obupu izjavljala:

"Počutim se, kot da sem zagrešila umor iz malomarnosti. Tega si ne bom nikoli odpustila. Zakaj ga nisem prisilila, da bi šel na pregled? Mož je po naravi bolj vase zaprt, ne govori o sebi, preveč vesten in delaven je."

Po enem letu je bila dosežena popolna remisija, bolnik se je tudi poklicno rehabilitiral in takole razmišljal:

"Žena bi še kar naprej premlevala stvari za nazaj – kaj bi bilo, če bi bila bolezen pravočasno odkrita, pa ne bi bilo . . . , vendar ji tega ne dovolim govoriti. Take stvari me zares razjezijo. Jaz mislim za naprej, treniram, da bom spet pridobil kondicijo."

Osvojil sem nekatere bolj zdrave življenjske navade, tudi v prehrani, in zamenjal bom službo, da bom imel manj stresov in bolj ustvarjalno delo."

Uspelo mu je uresničiti zadane cilje in že osem let živi zdravo in srečno.

Celostna rehabilitacija in življenje z boleznijo

Rehabilitacija je sestavni del zdravljenja; bolniku skuša pomagati, da bi ponovno dosegel kar najvišjo možno stopnjo telesne, duševne, socialne in delovne usposobljenosti. Zato zajema človeka celostno, prek svojih treh področij rehabilitacije: medicinskega, psihosocialnega in poklicnega, ki pa se med seboj prepletajo. Rehabilitacija se lahko izvaja le multidisciplinarno, v obliki timskega sodelovanja različnih strokovnjakov.

Celostna rehabilitacija poteka neprekinjeno od diagnostične faze prek zdravljenja do okrevanja in vrnitve v socialno okolje. Potreben je individualen pristop. Bolnik mora ponovno prevrednotiti svoje življenje, razširiti interese, poiskati smisel življenja, se znova naučiti biti zadovoljen, čeprav se včasih zdi, da je cena za življenje zelo visoka. Bolnik potrebuje pomoč pri obvladovanju težav, kot so: polinevropatija, slabost, bruhanje, izguba las, spolne disfunkcije, večja nihanja v razpoloženju in čustvovanju, stanja anksioznosti, strahu in depresije.

Živeti z boleznijo pomeni realno dojeti in sprejeti bolezen z vsemi njenimi posledicami. Ob ustrezni sprejetosti v družini in razumevajočem odnosu žene bo bolnik lažje spet pridobil potrebno samospoštovanje in samozavest. To mu bo omogočalo lažjo vrnitev v širše socialno okolje in na delo. Večinoma se bolniki veselijo življenja, če nam le uspe zmanjšati posledice bolezni in zdravljenja. Nekaterim celo uspe zaživeti bolj polnovredno in življenje dobi nov smisel.

48-letni bolnik po 14 letih življenja z boleznijo pravi, da je njegovo življenje kljub vsem težavam lepo. Če ne bi zbolel, nekaterih vrednot ne bi nikoli spoznal in dojel. Med drugim je povedal:

"Začelo se je pri urologu, ko me je tja poslal zdravnik zaradi otekline. Urolog ti ničesar ne pove, reče samo, da bo treba odpreti in videti, kaj je. Po operaciji ti povedo, da so vse odstranili, da bodo potrebne še preiskave, pa spet nič. Odpustijo te in na kontroli ti povedo, da bo treba na Onkološki inštitut. Ko si prvič tam se niti ne spomniš, kaj bi vprašal. Na raka nisem pomislil. Poznal sem take primere, pa ni bil

rak. Ko sem opravljal urografijo in limfografijo, sem bil prvič na oddelku, in ko sem dobil kemoterapijo, sem dobil veliko informacij od zdravnice. Rekla je, kot da to ni kaj hudega, da pa bo potrebna terapija. Sem pa takoj videl pri drugih bolnikih, da to ni navadna bolezen. Sobolniki so me tudi strašili, kot češ, da bom že videl, kako bom bruhal, pa izgubil lase . . . Če bi se sam bolj pozanimal, bi dobil več informacij, ampak ne veš, pa še strah te je.

Pred limfadenektomijo mi tudi niso ničesar povedali. Zdravnik me je samo vprašal, če sem bil na odvzemu sperme, pa je bilo že prepozno, ker sem bil že na kemoterapiji. Ne vem, če mi je kdo kaj povedal. Zame osebno je bilo to zelo tragično. Težave so nastopile takoj. Po operaciji so vsi brez izliva.. Meni pa so vse spolne funkcije ugasnile za 80%. Urolog je rekel, da do tega ne bi smelo priti, da je to psihično. Zame je bilo to zelo hudo, potreboval sem veliko časa, da sem to sploh lahko sprejel. Bil sem tudi pri psihologu, pa je rekel, da nima čarobne formule in da ni pomoči.

Splošni zdravnik me je še enkrat poslal k drugemu psihologu. Bil sem v zelo neprijetnem položaju. Dal mi je en test in vse je izpadlo tako banalno. Za vsakega moškega je to strašno.

Zdravniki sploh ne vedo, kaj pomeni, ko ti rečejo, da gre za eno vrsto raka, da ni nič hudega. Takrat se pri tebi vse zablokira, vidiš samo raka, misliš na stvari, ki jih mogoče sploh ni.

Po dveh letih se je bolezen ponovila z metastazami na pljučih. Spet je bila potrebna kemoterapija. To je bilo resnično naporno, ampak mi je rešilo življenje. Najhujše je bilo mirovanje. Biti na infuziji 5 dni noč in dan, to je grozno, mučijo te slabosti, bruhanje, občutki lebdenja ob zidu, spreletava te vročina, pa spet mraz. Nobene hrane nisem mogel zaužiti. Vse to pusti posledice in strah pred bodočnostjo te še bolj dotolče.

Bolniku bi olajšali bivanje, če bi ga prišli večkrat pogledat, se kaj pogovorili, ne pa opravljali samo tisto ozko službeno dolžnost. Nekaterim veliko pomagajo svojci, duhovnik. Jaz nisem iskal pogovorov, težko se odprem. Hčerka je bila stara eno leto, ženi sem raje rekel, naj ne prihaja na obisk. Pogovorila sva se lahko, svoje težave pa sem težko zaupal.

Pomoč sem poiskal na oddelku za psihoonkologijo, se vključil v skupino in se učil sprostitve. Knjiga Ozdraveti mi je veliko pomagala. Tudi premišljevanje o smrti mi je koristilo. Doživel sem resnično veliko spremembo v načinu življenja in mišljenja.

Ko se nehaš spraševati zakaj in bolezen sprejmeš, potem ti tudi ona nekaj nazaj daje in vrača za življenje. Moraš biti pošten do sebe in gojiti pozitivno mišljenje. Če se sam sebi smiliš, ni izhoda. Hčerka hodi sedaj v osmi razred, v veliko veselje mi je. Hčerki lahko posredujem vrednote, ki jih sicer brez izkušnje boleznici ne bi znal. Sedaj na vse gledam drugače. Bolezen me je naučila, da več razmišljam o sebi, o družini, znam živeti z omejitvami, znam se odrekati. Z boleznijo dobiš znanje in izkušnjo za življenje.

Vendar še pridejo trenutki, ko popolnoma padeš na tla. Takrat rabim čas, zatečem se v naravo. Nase se pa več ne jezim, to ni dobro, tudi sam sebe znam pohvaliti.

Še vedno pa pri vsakem pregledu ostaja strah, kaj bo.”

Sklep

Sodobni načini zdravljenja so bolnikom z rakom na modih znatno podaljšali čas preživetja. Da pa bi jim lahko zagotavljali tudi čim boljše kakovost življenja, je potrebno poznati in upoštevati tudi psihološke vidike boleznici in razreševati njihove najrazličnejše stiske. Le celostna obravnava in bolnikovo aktivno sodelovanje zagotavljata optimalne možnosti zdravljenja in rehabilitacije.

MOŠKI, KAJ LAHKO SAMI STORITE ZA ZGODNJE ODKRIVANJE RAKA NA MODIH?

(zloženska)

Brigita Skela Savič, Marina Velepč

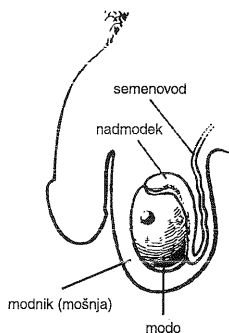
UVOD

Rak na modih je precej redka bolezen, saj zajema le približno 1 % vseh vrst raka, ki se pojavijo pri moških, vendar moramo poudariti, da je to najpogostejša vrsta raka pri moških med 20. in 34. letom. Lahko pa se pojavi tudi pri mlajših ali starejših. **Spodbudno pa je dejstvo, da je zdravljenje zelo uspešno, če bolezen odkrijemo dovolj zgodaj.**

Z zloženko vam želimo prikazati, kakšna je vaša vloga pri zgodnjem odkrivanju raka na modih.

OBLIKA IN DELOVANJE MOD

Modi sta podobni golobjemu jajcu. Žlezi ležita v kožni vrečki, ki ji pravimo mošnja. V modih so semenski kanalčki, v katerih se porajajo semenčice, ki se izlivajo v kanalčke obmodka in končno v en sam semenovod, ki jih po obsečnici vodi v sečnico. Zdrava moda so na otip čvrsta, prožna, premakljiva in gladka.



Brigita Skela-Savič, višja medicinska sestra, Onkološki inštitut Ljubljana
Marina Velepč, višja medicinska sestra, Onkološki inštitut Ljubljana
prof. dr. Franc Lukič, dr. Med., recenzent zloženske

KATERA SO NEVARNA ZNAMENJA ZA RAKAVO OBOLENJE?

- povečana moda, oteklina mod,
- sprememba v strukturi mod (bula, zatrdlina),
- bolečina pri otipu,
- pri tumorjih na modih, ki so hormonsko aktivni, to se pravi, da proizvajajo hormone, včasih opažamo povečane in boleče dojke.

Oteklina, zatrdlina ali bolečina lahko nastanejo tudi kot posledica udarca, lokalnega draženja (kolesarjenje) ali lokalnega vnetja. Kadar opisana znamenja postopoma ne izvenijo, morate poiskati pomoč in nasvet pri svojem osebnem zdravniku.

ALI LAHKO OZDRAVIMO RAKA NA MODIH?

Če bolezen odkrijemo pravočasno, je lahko ozdravljiva.

KAJ LAHKO SAMI NAREDITE ZA ZGODNJE ODKRIVANJE BOLEZNI?

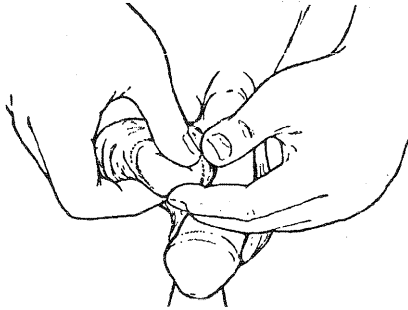
S samopregledovanjem mod enkrat na mesec močno povečate možnost, da bolezen odkrijete v zgodnji fazi. Če poznate obliko in strukturo svojih mod, boste dovolj zgodaj prepoznali nevarna znamenja bolezni.

Svetujemo vam, da si izberete datum oziroma dan v mesecu, ko se boste pregledovali. V modih, ki zastanejo v trebušni steni ali dimeljskem kanalu in se v razvojnem obdobju ne spustijo v mošnjo, je rak štirikrat pogostejši. Zato je prav, da se modo, ki je zastalo in se ni spustilo v mošnjo, operativno pričvrsti v predel mošnje, ker se tako zmanjša možnost za nastanek rakavega obolenja.

KAKŠEN JE POSTOPEK PRI SAMOPREGLEDOVANJU MOD?

Najbolj primerno je, da si moda pregledate med toplo kopeljo, po njej ali po prhanju. Takrat je koža na modih voljna, mehka in se lahko hitro in natančno pregledate. Pri tem uporabljajte obe roki.

POSTOPEK:



1. Primate mošnjo v obe dlani, tako da so palec in drugi prsti obeh rok prosti, da lahko otipate moda.
2. Preglejte vsako modo posebej. Pregledujte nežno, po naslednjem vrstnem redu.

Najprej preglejte nadmodek. Čutite ga kot mehko in na dotik rahlo občutljivo tkivo nad modi.

Nato poiščite semenovod, ki izhaja iz nadmodka in poteka za modom v sečnico. Čutite ga kot trdno, čvrsto in gladko cevko.

Končno preglejte še samo modo. Biti mora gladko brez oteklin ali zatrdlin. Zatrdlina ali oteklina se najpogosteje pojavi na sprednji strani moda.

Obe modi preglejte po enakem postopku.

Če opazite kakšno spremembo, ki je prejšnji mesec še ni bilo, se čimprej posvetujte s svojim osebnim zdravnikom.

SPONZORJI

24. strokovni seminar iz onkologije in onkološke zdravstvene nege za medicinske sestre so gmotno podprli:

poleg pokroviteljev

**Zveza slovenskih društev za boj proti raku
Onkološki inštitut Ljubljana - Služba za zdravstveno nego
Fondacija "doc. dr. J. Cholewa"**

še

BAYER PHARMA D.O.O.
BEIERSDORF MEDICAL
ČISTOČA D.O.O., TRZIN
ELI LILLY (Suisse) S. A.
GLAXO WELCCOME EXPORT LTD
HOFFMAN-LA ROCHE
ISS SERVISYSTEM D.O.O., MARIBOR
KASTOR M.D., LJUBLJANA
KEMOFARMACIJA, LJUBLJANA
LEK, LJUBLAJNA
3M AG, LJUBLJANA
NITKA, ŠIVALNICA, CELJE
NOVARTIS PHARMA SERVICES INC.
TOSAMA, DOMŽALE
ZENECA International Ltd



ČISTOČA d.o.o.

**PODJETJE ZA ČIŠČENJE, UPRAVLJANJE IN
VAROVANJE OBJEKTOV**

Lobodova 18, 1236 Trzin

Telefon, 061/ 715 710 Fax: 061 / 714 821

VRSTE ČIŠČENJA, KI JIH OPRAVLJAMO

- REDNA DNEVNA ČIŠČENJA ZDRAVSTVENIH, PISARNIŠKIH, VZGOJNOVARSTVENIH, ŠOLSkih IN OSTALIH PROSTOROV
- ČIŠČENJA PO ADAPTACIJAH IN NOVOGRADNJAH
- ČIŠČENJA STEKEL IN OKENSKIH OKVIRJEV
- ČIŠČENJA NA VIŠINAH
- GENERALNA ČIŠČENJA TALNIH OBLOG (TAPISOM, PREPROGE, PVC, KAMEN...)
- PLASTIFICIRANJE TALNIH OBLOG
- KRISTALIZACIJA IN IMPREGNACIJA MARMORJA
- ČIŠČENJE OBLAZINJENEGA POHIŠTVA
- ČIŠČENJE IN POPRAVILO ŽALUZIJ
- ČIŠČENJE NAVADNIH IN LAMELNIH ZAVES
- ČIŠČENJE IN VZDRŽEVANJE POČITNIŠKIH OBJEKTOV

ZUNANJA ČISTILNA DELA

- KOŠNJA TRAVE PO ZELENICAH IN VRTOVIH
- ROČNO IN STROJNO ČIŠČENJE SNEGA
- ČIŠČENJE GRAFITOV

PREVOZNA IN SELITVENA DELA

- OPRAVLJAMO VSE VRSTE SELITEV
- OBRJNIŠKA DELA S POMOČJO PODIZVAJALCEV

VAROVANJE OBJEKTOV

- ZAPOSLUJEMO VARNOSTNIKE IN RECEPTORJE

ZAŠČITNE IN DEZINFEKCIJSKA DELA

- OPRAVLJAMO DEZINFEKCIJO ZDRAVSTVENIH, PISARNIŠKIH, VZGOJNOVARSTVENIH, ŠOLSkih IN OSTALIH PROSTOROV

.....IN ŠE OSTALA DELA !

ODZIVNI ČAS NAJVEČ 1 URO

SE PRIPOROČAMO.

**V KOLIKOR BI ŽELELI PODROBNEJŠO PONUDBO NAS POKLIČITE NA SEDEŽ
PODJETJA IN Z VESELJEM VAM BOMO USTREGLI.**

Zdravje ne pozna meja

Bolezni centralnega živčevja

Permax pergolid
Prozac fluoksetin
Zyprexa olanzapin

Infekcijske bolezni

Ceclor, Ceclor MR cefaklor
Dynabac diritromicin
Keflex cefaleksin
Kefzol cefazolin
Keroxime cefuroksim
Mandol cefamandol
Nebcin tobramicin
Vancocin CP vankomicin

Endokrine bolezni

Humalog inzulin lispro
Humatrope somatropin
Humulin humani inzulin

Kardiovaskularne bolezni

Cynt moksonidin
Dobutrex dobutamin
Nu-Seals acetilsalicilna kislina
ReoPro abciksimab

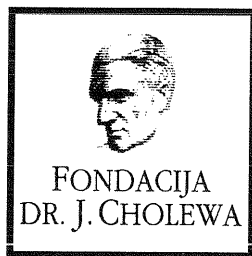
Rakaste novotvorbe

Gemazar gemcitabin
Oncovin vinkristin
Velbe vinblastin



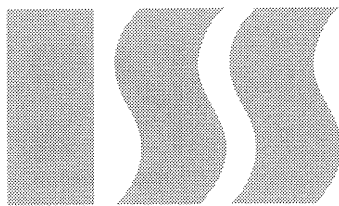
Eli Lilly (Suisse) S.A., Podružnica v Ljubljani, Vošnjakova 2, 1000 Ljubljana
Telefon: (061) 319-648, faks: (061) 319-767

Vse dodatne informacije o zdravilih dobite na našem naslovu.

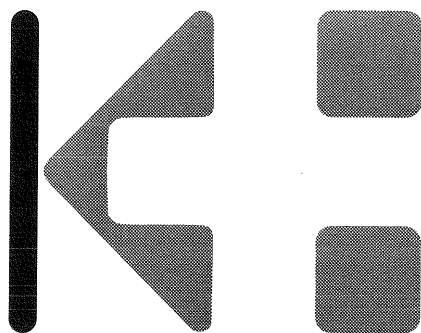


*Za
raziskovanje
rakastih
bolezni je
treba veliko
naporov,
sposobnosti
in sredstev*

Več kot 1500 zaposlenih
družbe ISS Servisystem zagotavlja
čisto, varno, udobno in
ljudem prijazno okolje
za življenje in delo



ISS Servisystem



KEMOFARMACIJA

Lekarne, bolnišnice, zdravstveni domovi in
veterinarske ustanove večino svojih
nakupov opravijo pri nas.

Uspeh našega poslovanja temelji na
kakovostni ponudbi, ki pokriva vsa
področja humane medicine in veterine, pa
tudi na hitrem in natančnem odzivu na
zahteve naših kupcev.

KEMOFARMACIJA - VAŠ ZANESLJIVI DOBAVITELJI!



KEMOFARMACIJA

Veletrgovina za oskrbo zdravstva, d.d. / 1000 Ljubljana, Cesta na Brdo 100
Telefon: 061 12-32-145 / Telefax: 271-588, 271-362



KETONAL®

ketoprofen

*Ustavimo
bolečino
zdaj!*

**HITER IN
UČINKOVIT
nesteroidni
antirevmatik in
analgetik**

Indikacije

Protirevmatske

- revmatoidni artritis
- serološko negativni spondilartritis
- protin, psevdoprotin
- artroza
- izvensklepni revmatizem

Analgetične

- pooperacijske bolečine
- boleča menstruacija
- bolečine pri kostnih zasevkih novotvorb
- bolečine pri poškodbah



Lek, tovarna farmacevtskih
in kemičnih izdelkov, d.d.

1526 Ljubljana
Slovenija

3MSteri Drape™

3M Steri Drape™ - inovativno operacijsko perilo s pametnim lepilom, ki omogoča ponovno nameščanje

3M Tegaderm™ I.V. učinkovita, hitra, enostavna in zanesljiva pričvrstitev perifernih in centralnih katetrov

3M maske in respiratorji - širok izbor učinkovitih mask in respiratorjev - tudi za zaščito pri delu s citostatiki

3M - partner pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene nege!

3M Inovacije

Nitka
ŠIVALNICA



Ana Spat

Jamova 2/b, 3000 Celje

tel.: (063) 4.25.240, fax: (063) 4.25.24 14

E-mail: ana.spat@siel.net

Obstoj in razvoj Nitke temelji na stalnici v njeni poslovni strategiji

- biti razvojno usmerjen,*
- dosegati potrditve na tržišču*
- in doživljati uspehe v zadovoljstvu naročnika!*

V svojem 10-letnem delovanju je vidno zaznamovala razvoj bolnišnične tekstilne opreme na slovenskem tržišču.

Nitkin program

- posteljnega in osebnega perila je izpopolnjen v smislu funkcionalnega nošenja in enostavnosti vzdrževanja ter z dopadlivejšim designom približan potrebam za bolnikovo dobro počutje*
- operacijskega perila je izdelan iz tkanine, ki ustreza vsem zahtevam operacijskega programa*
- delovnih oblačil pa je Nitki prinesel najštevilnejša priznanja; odlikuje jih izvirnost, kvaliteta materiala, udobnost nošenja in eleganca!*



karbapenem v monoterapiji

širokospektralen

prikladna aplikacija

dobro prenašanje

Podrobnejše informacije so na razpolago pri:

ZENECA

ZENECA International Ltd

Podružnica v Sloveniji

1000 Ljubljana, Einspielerjeva 6

tel.: 061 132 20 74

fax: 061 132 12 08

SLOVENIJA 2000 IN RAK

Desetletni zdravstvenovzgojni program za 15-odstotno zmanjšanje zbolevnosti in umrljivosti za rakom



ZVEZA SLOVENSkih DRUŠTEV ZA BOJ PROTI RAKU