

Zbornica zdravstvene nege Slovenije - ZDMSZTS



SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER V ONKOLOGIJI



31. STROKOVNI SEMINAR

**"UKREPAJMO DANES,
DA BOMO ŽIVELI JUTRI"**

Pokrovitelj:
Fondacija doc. dr. Josip Cholewa
Terme 3000

Moravske toplice, oktober 2004

31. STROKOVNI SEMINAR

*»UKREPAJMO DANES,
DA BOMO ŽIVELI JUTRI«*

POPRAVEK:

Stran 3 (Vsebina), vrstica 14:

Pravilno se glasi: Prehrambena podpora starostnika z rakastim obolenjem

Pokrovitelja prireditve:
Fondacija doc. dr. Josip Cholewa
Terme 3000

Moravske toplice, 30. 9. in 1. 10. 2004

Uredile:

mag. Brigita Skela Savič, univ. dipl. org.

Mira Logonder, viš. med. ses.

Katarina Lokar, prof. zdr. vzg.

Izdala:

Sekcija medicinskih sester v onkologiji pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije -
Zvezi društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Založila:

Sekcija medicinskih sester v onkologiji pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije -
Zvezi društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Lektorirala:

Sonja Petranovič

Računalniška priprava:

Studio N, Ljubljana

Tisk:

Grafiko d.o.o., 300 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana
616-006(063)

ZBORNICA zdravstvene nege Slovenije - Zveza društev medicinskih
sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih
sester v onkologiji. Strokovni seminar (31 ; 2004 ; Moravske
Toplice)

Ukrepijmo danes, da bomo živeli jutri / Zbornica zdravstvene
nega Slovenije - ZDMSZTS, Sekcija medicinskih sester v
onkologiji, 31. strokovni seminar, Moravske Toplice, 30. 9. in 1.
10. 2004 ; [uredila Brigita Skela Savič]. - Ljubljana : Sekcija
medicinskih sester v onkologiji pri Zbornici zdravstvene nege
Slovenije - Zvezi društev medicinskih sester in zdravstvenih
tehnikov Slovenije, 2004

ISBN 961-6424-13-0

1. Gl. stv. nasl. 2. Skela-Savič, Brigita
215652352

VSEBINA	Stran
Vloga države v boju proti raku	
Jožica Maučec Zakotnik	5
Promocija zdravja in kronične nenalezljive bolezni	
Nedeljka Luznar	10
Opuščanje kajenja v praksi - Delavnice "Da, opuščam kajenje"	
Ida Hafner, Erika Povšnar	15
Karcinogene snovi na delovnih mestih v zdravstveni negi	
Simon Pavšek	20
Smernice za zgodnje odkrivanje raka	
Maja Primic Žakelj	28
ZORA - Državni program zgodnjega odkrivanje predrakavih sprememb materničnega vratu	
Mojca Florjančič, Ana Polajnar	34
Zgodnje odkrivanje raka dojk	
Janez Žgajnar	40
Sodobni principi systemskega zdravljenja raka in preprečevanje komplikacij	
Branko Zakotnik	45
Psihološki vidiki zdravljenja in rehabilitacije bolnikov z rakom	
Andreja Škufca, Petra Bavčar	53
Znanje in stališča onkoloških bolnikov o prehrani	
Denis Mlakar Mastnak	60
Prehrabena podpora onkološkega bolnika v času zdravljenja	
Nada Kozjek	69
Praktične izkušnje vpliva prehrabnih dodatkov na celjenje ran	
Nataša Knafelc	78
Vpliv zdravstvenovzgojnega dela na kakovost življenja bolnika s stomo	
Helena Jeraj Uršič	81
Preventiva razjede zaradi pritiska	
Suzana Majcen Dvoršak	85
Preprečevanje in lajšanje bolečin pri prevezah ran	
Helena Peric	92
Socialna rehabilitacija bolnika z rakom	
Gabi Čačinovič Vogrinčič	98
Socialna rehabilitacija bolnika z rakom - standardi socialnega dela v onkologiji	
Janja Babič	103
Zadovoljstvo bolnikov v bolnišnični obravnavi na Onkološkem inštitutu Ljubljana	
Brigita Skela-Savič	108
Z dokazi podprta zdravstvena nega (Evidence-Based Nursing)	
Katarina Lokar	116
Predstavitev razpisanih projektov:	
Vzgoja mladih za življenje	
Marija Verbič	120
Pregledujem si dojke-potrjujem si zdravje	
Krepimo zdravje in ga varujemo	
Majda Šmit	123
Zdravstvena vzgoja bolnic, ki prejemajo citostatsko terapijo	
Danijela Pušnik, Suzana Mlakar	125

Vloga države v boju proti raku

Jožica Maučec Zakotnik

V idealnem svetu bi po izračunih strokovnjakov lahko z uresničevanjem vseh znanih učinkovitih ukrepov in postopkov ter z uporabo obstoječega znanja pri vseh vidikih obvladovanja raka v naslednjih 15 letih prepolovili število smrti zaradi raka. Vendar žal ne živimo v idealnem svetu. Idealen ni niti zdravstveni sistem, še manj pa ljudje, zato je po dosedanjih izkušnjah obvladovanja raka iz različnih delov sveta možno pričakovati zmanjšanje umrljivosti zaradi raka v naslednjih 15 letih za 15 %. To pomeni v Evropi 320.000 ohranjenih življenj letno, v Sloveniji pa letno 710 manj, večinoma prezgodnjih smrti.

Velikemu številu rakavih bolezni bi se lahko izognili, oziroma lahko bi preprečili njihov nastanek s primerno preventivo oziroma z zdravim načinom življenja. Tobak povzroča 16 % vseh rakov (pri moških 25 % in 4 % pri ženskah), pretirano uživanje alkohola 3 - 5 % rakov, nezdrava prehrana 30 % vseh rakov, izpostavljenost škodljivim vplivom na delovnem mestu 4 - 5 % in izpostavljenost škodljivim vplivom v okolju 1 - 4 % rakov. Telesna neaktivnost pomembno pripomore k raku debelega črevesa. Pomembno je vedeti, da tobak ne povzroča le raka na pljuči, ampak tudi na grlu, trebušni slinavki, ledvicah in sečnem mehurju, da pretirano uživanje alkohola povzroča raka ustne votline, žrela, grla in požiralnika in da nezdrava prehrana, ki vključuje pretirano uživanje živalskih maščob, kalorij in premajhno uživanje zelenjave in sadja poveča tveganje za raka na debelem črevesu, dojki, prostati, maternični sluznici in drugih lokacijah.

Spreminjanje življenjskega sloga, opuščanje navad in odločanje za varovanje zdravja z zdravim življenjem je v sodobnem svetu težavno ob številnih stresih, pomanjkanju časa, številnih pasteh in skušnjavah, ob tveganih vedenjih na eni strani in ob neinformiranosti, neznanju in pomanjkanju možnosti, posebej pri manj izobraženih in socialno-ekonomsko ogroženih skupinah, na drugi strani.

Za učinkovito preventivo sta zato zelo pomembna sistemski pristop na ravni države, ki omogoča informiranost, izobraženost in zavezanost za zdravo življenje in varovanje zdravja na eni strani, ter ustrezna podpora socialnega okolja, ki omogočajo in olajšujejo odločitve za zdrave izbire (zdravo prehrano, ustrezno telesno dejavnost in aktiven življenjski slog, za nekajenje in izogibanje tveganjem, povezanih z alkoholom in drugimi drogami) na drugi strani.

Razlike v zdravju med socialnimi skupinami so se v zadnjih desetih letih povečale. Opažamo velike razlike v zdravju in v nezdravem življenjskem slogu med izobraženimi, tistimi, ki so višje na socialni lestvici, in slabo izobraženimi in socialno- ekonomsko ogroženimi skupinami. Dejstvo je, da je revščina slaba popotnica zdravja, zato je za

Jožica Maučec Zakotnik, dr. med., državna sekretarka za javno zdravje
Ministrstvo za zdravje

zmanjševanje razlik v zdravju ključno zmanjševanje socialno - ekonomskih razlik med ljudmi in ustrezno izobraževanje.

Ministrstvo za zdravje veliko pozornosti namenja pripravi in spremljanju tako zakonodaje kot tudi strategij in programov na področju učinkovite primarne preventive. Poudariti je potrebno, da bomo lahko s izvajanjem učinkovite primarne preventive bolje obvladovali ne le raka, ampak večino kroničnih bolezni, tudi srčno-žilne bolezni, debelost, sladkorno bolezen in bolezni kosti in sklepov.

Ministrstvo za zdravje je že leta 1996 pripravilo Zakon o zmanjševanju rabe tobačnih izdelkov, leta 2003 pa njegove dopolnitve. Podprti so številni programi in aktivnosti za zmanjševanje rabe tobaka. Delež kadičev je med odraslo populacijo upadel od 42 % leta 1991 na 23 % leta 2001. Padec deleža kadičev, predvsem med moškimi, se že kaže v zmanjšani obolevnosti in umrljivosti za rakom med moško populacijo. V letih od 2000 do 2001 se je zmanjšala obolevnost zaradi raka pljuč med moškimi za 100 primerov, kar predstavlja zmanjševanje prezgodnjih smrti in izgubljenih let potencialnega življenja ter prihranek vsaj 200 mio SIT na letni ravni. Znanost in praksa v svetu je pokazala, da se vsak tolar, vložen v preventivo, vsaj štirikratno obrestuje. Upada kajenja, obolevnosti in umrljivosti zaradi raka pljuč pa žal ne opažamo pri ženskah. Med ženskami in mladimi kajenje pri nas in tudi v drugih državah zahodne in vzhodne Evrope narašča. Potrebni bodo novi inovativni in učinkoviti programi za obvladovanje tega problema.

Ministrstvo za zdravje pripravlja skupaj z drugimi ministrstvi, strokovnjaki in nevladnimi organizacijami celovito strategijo prehranske politike in akcijske načrte, vključno s strategijo promocije gibanja za zdravje. Prehranska politika vključuje sektor kmetijstva in živilske predelovalne industrije, celovit sistem varne hrane in zagotavljanje zdravega prehranjevanja preko zdrave ponudbe znotraj vrtcev, šol, dijaških domov, gostinske in turistične ponudbe. Prehranska politika vključuje tudi sistematično in kontinuirano izobraževanje vseh starostnih skupin in skupin, ki so posebej ogrožene zaradi zdravja in nezdravega prehranjevanja, še posebej slabše izobražene in socialno-ekonomsko šibkejša.

Obvladovanje škode, ki jo povzroča »mokra« alkoholna kultura slovenskega naroda, je poseben problem in poseben izziv. Poleg alkoholnega zakona, ki je omejil dostop do alkoholnih pijač predvsem mladim, na Ministrstvu za zdravje pripravljamo medresorsko celovito alkoholno politiko, s ciljem zmanjševanja škode, povzročene s pretiranim uživanjem alkohola. Da bi cilje dosegli, je potrebno medresorsko in interdisciplinarno delovanje na vseh ravneh in v vseh okoljih, od šol do delovnih mest in zdravstvene službe, vključevanje varnostnih ukrepov v cestnem prometu, izobraževanje ponudnikov alkohola, obvladovanje prodaje na črno, kot tudi davčno in cenovno politiko.

Poleg informiranosti in ozaveščenosti ter primarne preventive so za učinkovito obvladovanje problema raka pomembni presejalni (skrining) programi. Učinkoviti so presejalni programi za raka materničnega vratu, dojke in debelega črevesa in danke.

V letu 2002 je bil vzpostavljen program ZORA, ki pomeni vzpostavitev organiziranega presejanja za raka materničnega vratu na ozemlju cele Slovenije. Takšnih programov zlasti na ravni celih držav v svetu ni veliko. Program je poenotil strokovna priporočila v zvezi s presejanjem, z odkrivanjem in zdravljenjem predrakavih sprememb materničnega vratu za ginekologe in laboratorije. Vzpostavili smo učinkovit sistem nadzora kakovosti vseh postopkov v zvezi s presejanjem raka z registracijo vseh izvidov brisov materničnega vratu. Ženske so obravnavane po enakih strokovnih merilih, še zlasti tiste v ogroženih skupinah. Eden od ciljev programa je tudi povečanje preventivne pregledanosti žensk v starostni skupini 20-74 let, predvsem pa odpravljanje ovir v dostopu do izbire osebnega ginekologa, ki so bile prisotne pred uvedbo programa ZORA. Ob celoviti obravnavi in pristopu varovanja reproduktivnega zdravja, ki ga zagovarjamo, bi olajšan dostop do ginekologa izboljšal dostop tudi do drugih preventivnih programov, ki jih izvajajo ginekološki dispanzerji v osnovnem zdravstvu. V prvih treh letih je cilj programa ZORA povečati preventivno pregledanost žensk zaradi zgodnjega odkrivanja raka materničnega vratu iz 50 % na 70 % populacije ter povečati stopnjo opredeljenosti žensk za osebnega izbranega ginekologa iz 60 % na 80 % po vsej državi. Ta cilj se že uresničuje, saj so v začetku leta 2003 ginekologi pričeli pošiljati vabila na preglede najprej tistim ženskam, ki so si že izbrale osebnega ginekologa, medtem ko je regijska in centralna usklajevalna mreža podprla izvajanje aktivnosti novega presejalnega centra, ki so ga vzpostavili na Onkološkem inštitutu Ljubljana. Uresničevanje državnega programa ZORA že kaže ugodne rezultate. Rak materničnega vratu ne narašča več.

Vsak uspešen presejalni program mora seveda zagotavljati množičnost (pokritost vsaj 70 % ciljne populacije), periodično presejanje populacije v definiranem časovnem obdobju in kakovost vseh členov programa oz. sistema za presejanje.

Organiziran skринing za presejanje presejalni program za raka dojke z mamografijo na 2 leti za ženske od 50. - 69. leta starosti se bo na nacionalni ravni vzpostavil v prihodnjih dveh letih. V naslednjem letu bo zastavljen kot pilotni program v dveh regijah v Sloveniji. Učinkovito presejanje z mamografijo lahko zmanjša umrljivost zaradi raka dojke za 25 %. Podobno velja za presejanje za raka na debelem črevesu in danki, za katerega so že pripravljene strokovne smernice.

Za celovito obvladovanje problematike raka je seveda poleg preventive in presejalnih programov potrebna hitra in kakovostna diagnostika in ustrezno zdravljenje z učinkovitimi postopki in zdravili oziroma njihovimi kombinacijami. Pomembna je tudi zdravstvena nega rakavih bolnikov ter organizacija paliativne skrbi za rakave bolnike; le-ta pa zahteva ustrezno strokovno usposobljenost, organiziranost in ustrezna finančna sredstva.

Rakave bolezni se še vedno niso povsem otresle stigme, da gre za neozdravljive bolezni. Odprtost, empatija, psihološka podpora in socialna rehabilitacija so nujni sestavni del procesa zdravljenja.

Nevladne organizacije, kot so Zveza društev za boj proti raku, Evropa Donna in ostale, lahko pomembno pripomorejo k učinkoviti primarni preventivi, ozaveščanju in izobraževanju populacije o tveganjih za raka in o tem, kako se tem tveganjem lahko izognemo. Vzpostavitev učinkovitejšega sodelovanja med vladnimi strukturami in civilno družbo bo prispevala k sinergiji učinkov pri obvladovanju naraščajočega bremena sodobne družbe - to je raka.

Uporabljena literatura:

- Boyle P et al. Measuring progress against cancer in Europe: has the 15% decline targeted for 2000 come about? *Ann Oncol* 2003; 14: 1312-1325.
- Boyle P et al. European Code Against Cancer and scientific justification: third version *Ann Oncol* 2003; 14: 973-1005
- Breast cancer screening. IARC handbooks of cancer prevention. Vol. 7 Lyon: IARCPress, 2002.
- Fruits and vegetables. IARC handbooks of cancer prevention. Vol. 8 Lyon: IARCPress, 2003.
- Incidenca raka v Sloveniji 2001. Onkološki inštitut - Register raka za Slovenijo 2004.
- Markota M ed. Zdravje v Sloveniji 2001. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja 2003.
- Maučec-Zakotnik J, Hlastan-Ribič C. Nacionalna strategija prehranske politike. Dostopno na URL: <http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>
- Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije - zdravje za vse do leta 2004. Ur. l. RS 2000/49.
- National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines. Geneva: WHO, 2002. Dostopno na URL: <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>
- Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni - Reprodukivno zdravstveno varstvo. Ur. l. 2002/33.
- Parkin M. Global cancer statistics in the year 2000. *The Lancet Oncology* 2001; 2: 533-43.
- Riboli E, Lambert R eds. Nutrition and lifestyle: opportunities for cancer prevention. IARC Scientific Publication 156. Lyon: IARCPress, 2002.
- Stewart BW, Kleihues Peds. World cancer report. Lyon: IARCPress, 2003.
- Strategija prehranske politike od leta 2003 do 2008 - DOKUMENT V JAVNI RAZPRAVI. Promocijska kampanja povečanega uživanja zelenjave in sadja. Dostopno na URL: <http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>
- Uršič-Vrščaj M, Primic-Žakelj M, Kirar-Fazarinc I, Pogačnik A, Obršnel-Kveder D. Navodila za izvajanje programa ZORA. 3. prenovljena izdaja. Ljubljana:

Onkološki inštitut, 2003. Dostopno na URL: http://www.onko-i.si/Slo/Zora/00za_izvajalce.html

- Vardy J, Tannock IF. Quality of cancer care. *Ann Oncol* 2004; 15: 1001-1006.
- Weight control and physical activity. IARC handbooks of cancer prevention. Vol. 6. Lyon: IARCPress, 2002.
- Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov. Ur. l. RS 2002/119.
- Zakon o omejevanju porabe alkohola. Ur. L. RS, 2003/15.
- Zaletel Kragelj L, Fras Z, Maučec-Zakotnik J eds. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. Ljubljana: Katedra za javno zdravje, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, 2004.
- Andolšek-Jeras L. Pomen reproduktivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. *Zdrav vestn* 2003; II-61-3.

Projekt promocije zdravja in preprečevanja srčnožilnih in drugih kroničnih bolezni

Nedeljka Luznar

Uvod

Znano je, da uvrščamo zdravje v najvišjo kategorijo vrednot na lestvicah, ko ocenjujemo lastno kakovost življenja. Pričakuje se, da bomo medicinske sestre to vrednoto dejansko umeščale v najvišji vrh vrednot. Pa je to v vsakdanjem življenju resnica, ali so to pričakovanja drugih? Pogosto razmišljamo o zdravju, vendar samo kot o kategoriji odsotnosti bolezni. Kaj pa pomeni zdravje kot kakovost življenja nas posameznikov ali družbe kot celote, pa bolj redko razmišljamo.

Pričujoči prispevek ima namen spodbuditi širše razmišljanje o osebnem zdravju in o tem, kako skrbimo za zdravje v naših okoljih (delovno, domače, ...), ter o tem kako prenašamo to vrednoto tudi na vse, s katerimi prihajamo v stik na naši poklicni poti. Predstaviti želi tudi nacionalni program preventive za srčnožilne bolezni na primarni ravni in spodbuditi vse, da se aktivno vključijo vanj.

Kaj je zdravje?

Vsak od nas ima svoje vedenje in doživljanje kaj je zdravje. Na zdravje gledamo različno v različnih obdobjih življenja in v različnih okoliščinah in okoljih. Naše doživljanje je lahko zelo osebno ali mu dodamo tudi poklicno vedenje ali izkušnje naših bližnjih.

Na zdravje lahko gledamo kot na zdravje posameznika, skupnosti ali naroda. Nekateri odgovornost za zdravje nalagamo na ramena posameznika, drugi pa na državne službe in politiko.

Katere so glavne determinante zdravja?

Nespremenljive (spol, starost, družinska obremenjenost).

Osebno spremenljive (kajenje, neaktivnost, prehrana, alkohol).

Družbeno spremenljive (brezposelnost, izobrazba, okolje, prikrašdanost, stanovanjski pogoji).

Kaj je promocija zdravja?

Model krepitve zdravja (health promotion model) temelji na poznavanju vseh determinant zdravja in upoštevanju odvisnosti le-teh med seboj.

Nedeljka Luznar, prof. zdr. vzg.

CINDI Slovenije

Za varovanje in krepitev zdravja je odgovoren celoten sistem zdravstvenega varstva. Znotraj tega sistema pa vsak posameznik ne glede na to, kakšna je njegova funkcija. Zdravje mora biti ena izmed osnovnih vrednot vseh družbenopolitičnih, ekonomskih, socialnih, kulturnih in vseh drugih za življenje pomembnih dejavnikov.

Kaj je vrednota?

Naša prepričanja, pričakovanja, stališča, naravnost, ter vedenja in dejanja so posledica naših osebnih vrednot. Vrednote so naša prepričanja o tem, kaj je pozitivno, zaželeno in cenjeno, in vodijo in usmerjajo naše delovanje.

Proces spreminjanja življenjskega sloga

V okviru projekta »Preprečevanje srčno-žilnih in drugih kroničnih bolezni« gre za pomoč ljudem pri spreminjanju življenjskega sloga. Proces spreminjanja (Prochaska in DiClemente, 1986) zajema stopnje razmišljanja o spremembi, priprave na spremembo, izvajanje spremembe, vztrajanje pri spremembi in ponovitev (recidiv).

Veliko ljudi, s katerimi pride medicinska sestra vsakodnevno v stik, nima interesa za spremembo tveganega življenjskega sloga. V takem kontaktu je smiselno podati informacijo o škodljivem vplivu določene razvade na zdravje, posebno če je dana v kontekstu nekega zdravstvenega problema, in zagotovilo, da smo pripravljeni nuditi pomoč, če se odloči za spremembo.

Na stopnji razmišljanja o spremembi gre za tehtanje med dejavniki za ali proti tako obstoječega načina življenja kot, za ali proti morebitnim spremembam, ki naj bi jih posameznik vpeljal v svoj slog življenja. Na ravnotežje odločitve lahko na tej stopnji ugodno vplivajo pozitivni vzgledi in spodbude. Vloga medicinske sestre je predvsem v aktivnem poslušanju, da se prepreči vsiljevanje lastne presoje na odločitev posameznika.

Iskanje alternativnih oblik obnašanja za zadovoljitev potreb predstavlja temelj za učinkovito in dolgotrajno spremembo obnašanja.

Izvajanje sprememb je stopnja v procesu spreminjanja, kjer igrajo pomembno vlogo za uspeh jasen cilj, realen načrt, podpora okolice in nagrajevanje za dosežen uspeh. Dober načrt za izvajanje sprememb mora biti specifičen (sprememba prehrane na določen način, zmanjšanje pitja alkohola na določeno število enot na teden, ...), rezultati morajo biti merljivi, načrt mora biti sprejemljiv za posameznika (ujemati se mora z navadami, s kulturo, ...). Realen načrt je tak, da se posamezniku zdi izvedljiv.

Časovna opredeljenost je pomembna za vrednotenje in doseganje načrtovanega. Pri tem je podpora osnovni element na vseh stopnjah v procesu spreminjanja, bodisi aktivna v smislu praktične pomoči, spodbude ali kot pasivna (vzglede zdravstvenih delavcev, timsko delo v osnovnem zdravstvu, pozitivno okolje, oprema čakalnic, zdravstveno vzgojna gradiva, ...).

Recidiv ali povrnitev v prejšnjo obliko obnašanja je ena od stopenj v procesu spreminjanja, vendar ni njegov neizogiben del. Približno 70 % tistih, ki vstopijo v proces spreminjanja, se prej ali slej znajde na stopnji recidiva. Vendar ne smemo smatrati recidiv kot nekaj negativnega. Oseba, ki je šla skozi proces, se nekaj nauči, ko začne ponovno razmišljati in izvajati spremembo, mu naučeno koristi.

Dejavniki tveganja za kronične bolezni

(CINDI Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention programme - Projekt promocije zdravja in preprečevanja kroničnih bolezni)

Za bolezni srca in ožilja (BSO) in druge kronične bolezni je značilno, da imajo skupne dejavnike tveganja (zvišan skupni in LDL holesterol, znižan HDL holesterol, zvišan krvni pritisk in krvni sladkor, nepravilna prehrana, telesna nedejavnost, kajenje, prekomerno pitje alkohola, debelost in stres), ki pospešujejo njihov nastanek in razvoj in se jih da z zdravim načinom življenja in zdravo prehrano uspešno preprečevati ali vsaj odložiti njihov nastanek v kasnejše življenjsko obdobje.

Projekt promocije zdravja in preprečevanja srčnožilnih in drugih kroničnih bolezni je projekt, ki ima zastavljene merljive cilje, nacionalno načrtovane aktivnosti, ki se vpletajo ne le na področje zdravstvene službe, ampak tudi v politiko oblikovanja zdravih pogojev življenja (zdrava prehranska politika, nacionalna strategija promocije gibanja, zdravje na delovnem mestu, kadijska in alkoholna politika), v zagotavljanje podpornega okolja za spreminjanje življenjskega sloga, v medijske aktivnosti in v interventne programe v lokalni skupnosti.

Preventivno zdravstveno varstvo odraslih na področju bolezni srca in ožilja na primarni ravni

Namen preventivnih zdravstvenih pregledov je aktivni nadzor nad zdravjem ljudi, zgodnje odkrivanje visoko ogroženih za razvoj bolezni srca in ožilja in ustrezno ukrepanje, vključno s svetovanjem glede dejavnikov tveganja in spremembo življenjskega sloga.

Glavni cilj programa je zmanjšanje ogroženosti za bolezni srca in ožilja v srednjem življenjskem obdobju in zmanjšanje zgodnje obolevnosti, umrljivosti in invalidnosti zaradi bolezni srca in ožilja. Z zmanjšanjem bioloških dejavnikov tveganja in dejavnikov tveganja nezdravega življenjskega sloga pa istočasno vplivamo tudi na druge kronične bolezni.

Pravico do preventivnega zdravstvenega varstva uveljavlja ciljna populacija odraslih v ambulantah splošne/družinske medicine v zdravstvenih domovih in pri zasebnih zdravnikih. Ciljna populacija odraslih zajema moške v starosti od 35 do vključno 65 let in ženske v starosti od 45 do vključno 70 let.

Preventivno zdravstveno varstvo obsega:

- preventivne preglede
- programirano zdravstvenovzgojno delo
- usklajevanje

Preventivni pregled

Preventivni pregled odraslega za zgodnje odkrivanje in preprečevanje bolezni srca in ožilja zajema:

a) Anamnezo

— Družinska anamneza:

- pojavljanje družinske hiper/dislipidemije in srčno-žilnih bolezni v družini pri moških pred 55. letom in ženskah pred 65. letom starosti in pojavljanje drugih kroničnih nenalezljivih bolezni v družini.

— Osebna anamneza:

- življenjski slog oziroma zdrave in nezdrave življenjske navade (orientacijska anamneza življenjskega sloga za vse vključene v preventivni pregled, za ogrožene 20 % ali več pa poglobljena anamneza življenjskega sloga s pomočjo priloženega vprašalnika),
- zdravstvene težave,
- morebitne kronične bolezni,
- bolezni odvisnosti .

b) Klinični pregled z obveznim:

- določanjem indeksa telesne mase,
- merjenjem obsega pasu v višini popka,
- merjenjem krvnega pritiska,
- tipanjem perifernih pulzov,
- avskultiranjem srca.

c) Zaključek in obravnava

Ovrednotenje morebitnih odstopanj tako pri anamnezi kot kliničnem pregledu in laboratorijskih presejalnih testih (skupni holesterol, krvni sladkor) vodi v zaključek preventivnega pregleda odraslega, ki vključuje:

- že prisotne **kronične nenalezljive bolezni**,
- ugotavljanje prisotnosti **dejavnikov tveganja** za razvoj bolezni srca in ožilja,
- izračun **srčno-žilnega tveganja** (v %),
- **ukrepanje**: svetovanje, zdravstvena vzgoja (nemedikamentozni ukrepi) oziroma ustrezno zdravljenje z zdravili (medikamentozni ukrepi),
- naročanje na **kontrolne** preglede pri tistih, kjer je potrebno,
- **beleženje in poročanje**.

Zdravstvenovzgojni programi:

Namen zdravstvene vzgoje je spodbuditi posameznike (individualni pristop) ali skupine prebivalcev (skupinski pristop), da bi začeli aktivno skrbeti za svoje zdravje.

Zdravstvenovzgojni programi naj pomagajo posamezniku oblikovati znanja, stališča in vedenjske vzorce za zdrav način življenja. Program se izvaja v 60 zdravstvenih domovih, ki jih je Ministrstvo za zdravje imenovalo za zdravstvenovzgojne centre (ZVC).

Celoten program je razdeljen na posamezne dele. Posameznik naj bi osvojil znanja v okviru krajših predavanj, kjer bi se seznanil z osnovnimi informacijami o ogroženosti, dejavnikih tveganja in zdravem življenjskem slogu. Za samo spreminjanje življenjskega sloga pa dobi pomoč v učnih delavnicah:

1. delavnica: zdravo hujšanje,
2. delavnica: zdrava prehrana,
3. delavnica: telesna dejavnost,
4. delavnica: da, opuščam kajenje.

Obstaja tudi možnost individualne obravnave:

1. individualno svetovanje za posameznike, ki želijo opustiti kajenje,
2. individualno svetovanje za posameznike za zmanjšanje tveganega pitja alkohola.

Zaključek

V sodobnem načinu življenja je vedno bolj pomembno, da imamo posamezniki veliko informacij, znanja in spretnosti, ki jih lahko dobro uporabimo, kadar gre za varovanje, izboljšanje zdravja oziroma izboljšanje kakovosti življenja nas samih in naših bližnjih ter naših pacientov/varovancev. Pri tem je pomembno, da gledamo na zdravje celostno in upoštevamo celostni pristop do vseh. Poznavanje možnosti, ki se v tej smeri izvaja v našem zdravstvenem sistemu, predstavlja temelj za doseganje cilja zdravje kot vrednota, ki zagotavlja kakovostnejše življenje vseh.

Literatura:

- Zaletel-Kragelj L.;Fras Z.;Maučec- Zakotnik J. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. Ljubljana: CINDI Slovenija, 2004
- Kraševac Ravnik E. et al. Zdravstvene razmere v Ljubljani. Ljubljana IVZ,1996
- Navodila o spremembah in dopolnitvah navodil za izvajanje preventivnega varstva na primarni ravni, Ur. l. RS, 67/1;3579

Opuščanje kajenja v praksi

Delavnice »Da, opuščam kajenje«

Ida Hafner, Erika Povšnar

Ko sta Kolumbova mornarja Rodrigo de Jerez in Luis Tores oktobra leta 1492 opazovala domorodce na Kubi, kako so prižigali posušene liste rastline (cohobba) in njen dim vlekli vase po cevčici (tabaco), si verjetno nista predstavljala, da bo kajenje postalo ena najbolj množičnih razvad in odvisnosti sodobnega človeštva.

Kajenje ni naravna, pač pa škodljiva, umetna potreba človeka. Prve izkušnje s cigareto človek dobi relativno zgodaj. Rezultati raziskave ESPAD (evropska raziskava o razširjenosti alkohola in preostalih drog med srednješolsko mladino - opravljena tudi med slovenskimi srednješolci) je pokazala, da mladi začnejo posegati po cigaretah pri enajstih letih, nekateri tudi prej. Tobak potem počasi pokaže svoj pravi »ubijalski« značaj z vsemi telesnimi, socialnimi, duševnimi, vedenjskimi spremembami in komplikacijami. Z navado in razvado se (lahko) razvije odvisnost. Mednarodna klasifikacija bolezni uvršča kajenje med bolezni odvisnosti (sindrom odvisnosti zaradi uživanja tobaka). Nikotin je »težka« droga; v možgane pride dvakrat hitreje kot heroin. Povzroča večjo odvisnost kot heroin, kokain, alkohol, kofein in marihuana.

Izkušnje kažejo, da preko 75 % kadilcev želi opustiti kajenje, vsaj 60 % kadilcev je tudi že kdaj poskusilo prenehati kaditi. V prvem poskusu uspe približno 20 % kadilcev. Večina kadilcev pa kajenja ne more opustiti brez ustrezne strokovne pomoči in podpore. Obstajajo različni načini, metode in tehnike posredovanja pri opuščanju kajenja, in sicer od psiholoških (individualne, skupinske, zgled posameznika, vedenjska psihoterapija, komercialne kot hipnoza, ...) do farmakoloških (nikotinski nadomestki, zdravila, ...).

Poleg individualnega svetovanja oz. pomoči pri opuščanju kajenja, ki jo izvajajo zdravniki in drugi usposobljeni zdravstveni delavci v zdravstvenih domovih in nekaterih bolnišnicah, so se kot pomoč pri opuščanju kajenja dobro obnesle skupinske oblike dela. Ena od njih so tudi delavnice »Da, opuščam kajenje«. Te so nekoliko modificirana oblika programa, ki so ga na temelju izkušenj in strokovnega znanja razvili strokovnjaki za promocijo zdravja v Kanadi. Delavnice »Da, opuščam kajenje« so na voljo in dostopne vsem, ki bi želeli opustiti kajenje. Potekajo v zdravstvenovzgojnih centrih v zdravstvenih domovih po vsej Sloveniji, pa tudi v nekaterih bolnišnicah. Njihova prednost je v tem, da zajamejo več metod odvajanja od kajenja, kar omogoča posamezniku, da poišče sebi najustreznejši način.

Ida Hafner, dipl. med. sestra

Bolnišnica Golnik - Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo (KOPA)

Erika Povšnar, univ. dipl. ped. - andragog

Zdravstveni dom Kranj

Glavni namen delavnic je pomoč kadilcem, da bi lažje opustili kajenje. Cilj je povečati znanje, razvijati in spodbujati veščine, ki so potrebne za uspešno reševanje problema. Najpomembnejše je, da posameznik odkrije svojo lastno vrednost in poveča spoznanje o svojih sposobnostih za rešitev problema kajenja; zmanjša neustrezne napetosti in zaskrbljenosti in poveča gotovost pri iskanju in izbiranju odločitev.

Delavnice so sorazmerno kratke, obsegajo šest srečanj. Posamezno srečanje traja uro in pol. Med vsakim srečanjem je predviden nekajminutni odmor, v katerem lahko udeleženci sproščeno poklepetajo. Med prvimi petimi srečanji je časovni razmik teden dni, zadnje srečanje je po 14-dnevnem premoru. V skupini je običajno od deset do petnajst udeležencev. Na vsakem srečanju udeleženci dobijo tudi pisna gradiva in pripomočke, ki so jim v pomoč tudi pozneje, ko zaključijo program.

Kako delavnice potekajo v praksi - vsebina, teme posameznih srečanj

V prvi delavnici se udeleženci seznanijo med seboj, spoznajo »filozofijo« delavnic in potek oz. vsebino posameznih srečanj. Pomembno je, da udeleženci sprejmejo in se držijo osnovnih pravil vedenja za dobro delo in počutje v skupini. Pravila segajo od dogovora o točnem pričetku in zaključku posameznega srečanja do pravil govorjenja, poslušanja in molčanja. Vsakdo v skupini ima »pravico« povedati svojo misel, izkušnjo in spoznanje; vsakdo ima pravico biti poslušan; v skupini udeleženci nikogar ne ocenjujejo; velja spoštovanje »molčečnosti« izven skupine, to pomeni, da vse, kar se osebnega govori, ostane v skupini; spoštuje se dogovore in naloge.

Delavnice so strukturirane tako, da udeleženci prenehajo kaditi, ko se skupina sestane tretjič (lahko seveda tudi prej). Na prvi delavnici se seznanijo z različnimi načini odvajanja od kajenja (prenehanje »naenkrat« ali postopno zmanjševanje števila pokajenih cigaret) in s »pripomočki«, ki jih lahko uporabijo za zmanjšanje stisk pri opuščanju kajenja, npr. »škafca čarovnij« z različnimi predmeti, npr. za zaposlitev rok (ključi, žogice, ...) in ust (žvečilni gumi brez sladkorja). Spodbudimo jih tudi k razmišljanju, kako se bodo nagradili, npr. po tednu dni brez cigarete.

Drugo srečanje skupine je namenjeno pripravi in utrjevanju namere opustitve kajenja (krepitvi motivacije). Udeleženci poskušajo razumeti, zakaj kadijo in kakšne so njihove želje in konkretni razlogi za prenehanje, kakšne prednosti vidijo v nekajenju. Za uspešnejše obvladovanje težav, razpoloženja in napetosti se naučijo tehnike sproščanja s pomočjo globokega dihanja. V trenutkih osamljenosti in skušnjav lahko posamezniku odločilno pomaga tudi oseba, ki si jo izbere, jo prosi za pomoč in mu je pripravljena stati ob strani.

Tretjemu srečanju skupine pravijo udeleženci dan »D«, to je VELIKI DAN BREZ CIGARETE. Uspeh je odvisen od predhodnega vložka posameznika na prejšnjih srečanjih. Vsebina delavnice so telesni znaki, ki se pri posamezniku lahko pojavijo pri opuščanju kajenja, učenju prepoznavanja okoliščin in priložnosti, v katerih se lahko sproži v njih želja po cigaretah, in iskanju alternativnih možnosti, kako se upreti skušnjavi in se tako izogniti kajenju. Ker je dan, ko nekdo opusti kajenje,

eden izmed najpomembnejših v njegovem življenju, spodbujamo udeležence, da svojo odločitev in dejanje podkrepijo s primerno nagrado. Poskušamo poudariti pomen osebne odločitve za nekajenje in ukvarjanje z vsakim dnevom posebej - za današnji dan se odločim in zavežujem, da ne bom kadil/a, jutri zavezo ponovim (»dovolj je dnevu lastna teža«).

Pri četrtem srečanju v skupino običajno povabimo gosta, nekdanjo kadilko ali kadilca, ki deli svoje izkušnje z udeleženci. Praviloma v živahnem razgovoru udeleženci pridobijo marsikateri uvid, razrešijo problem, dilemo. Ker je pri opuščanju kajenja pridobivanje telesne teže pogost pojav, je del vsebine četrtega srečanja namenjen nadzorovanju in preprečevanju pridobivanja telesne teže s poudarkom na zdravi prehrani in telesni aktivnosti. Telesna aktivnost je tudi sicer zelo pomembno sredstvo, s katerim si lahko posameznik pomaga pri opuščanju kajenja.

Vsebina petega srečanja je, kako obvladati stres. Poudarek je na pozitivnem mišljenju (kako zamenjati negativne misli s pozitivnimi) in učenju načinov ravnanja v težavnih okoliščinah. To so lahko bodisi stresne okoliščine bodisi različne družabne situacije (novi prijatelji, družabne priložnosti, povezane z alkoholom in s kajenjem). Naučiti se reči »NE« - mala besedica in veliko dejanje - je pogosto ključ do uspeha. Udeležence z vsem tem seznanimo in izvedemo izbrano tehniko sproščanja (npr. vizualizacija ali progresivna mišična relaksacija).

Šesto srečanje je učna delavnica oz. srečanje, ki je namenjeno opori udeležencev pri odvijanju od kajenja. Bistvo vsebine je, kako ostati nekadilec, nekadilka. Pogovor se nanaša na vsebine, kot so: prednosti življenja brez cigarete, spremembe v celotnem življenju posameznika, obvladovanje želje po kajenju in morebitnih spremljajočih občutkov potrnosti in osamljenosti, družabnih in drugih pritiskov, ki jih ali pa jih bodo doživljali in se z njimi srečevali. Cilj je motivirati posameznika, da ostane nekadilec.

Opuščanje kajenja z vidika učenja

Da smo se sposobni učiti celo življenje, je ena od glavnih človeških značilnosti, ki nam omogoča življenje. Z učenjem se spreminjamo. Na učenju temeljijo: celotna vzgoja, prevzgoja in osebnotna rast posameznika.

V procesu dela v delavnicah lahko z vidika izobraževanja, učenja in osebnotnega razvoja odraslih sledimo dvema med seboj tesno prepletenima tokovima: edukativnemu in izkustvenemu. Edukativni, izobraževalni del je namenjen učenju splošnih zakonitosti odvisnosti od kajenja (nastanek, razvoj, posledice, ...). Študij ustrezne literature, informiranje in kratka predavanja omogočajo pridobivanje splošnega znanja in širijo obzorje, kar posledično omogoča zorenje osebnosti udeleženca, ki bo tako lažje in uspešneje kljuboval, obvladoval in se rešil odvisnosti.

Velik del učenja v skupini poteka v obliki izkustvenega učenja in ljudem pomaga razvijati lastnosti, ki jih bodo potrebovali ne le danes, pač pa tudi v prihodnosti.

Gre za zmožnost, da se npr. bivši kadilec dobro »znajde« in smiselno odloča v nepredvidljivih, kompleksnih situacijah, za katere ni vnaprej znanih rešitev.

Ljudje nosimo v sebi bogato zalogo izkušenj, ki so neprecenljivega pomena za reševanje problemov. Člani v skupini posredujejo drug drugemu lastne izkušnje, spoznanja in doživljanja, kar je pogosto odločilno pri zorenju in notranjih premikih. Skupina z bogatim potencialom izkušenj tako vsakemu svojemu članu omogoča, da pridobi novo, ustvarjalnejše izkustvo.

Delo v skupini oz. delavnici se odvija po ustaljeni metodiki, ki omogoča in pospešuje pogovor, sporazumevanje, komunikacijo med posamezniki in povezanost med člani skupine. Izhodišče izkustvenega učenja je delovanje udeležencev v konkretni situaciji. Ena od osrednjih metod izkustvenega učenja je metoda igranja vlog. Ker je uporabna za delo v manjših skupinah, jo v delavnicah »Da, opuščam kajenje« uporabljamo pogosto. To je tehnika, s katero posameznik v skupini odigra dogodek ali situacijo iz življenja, tako kot bi sicer ravnal oziroma bi moral ravnati. Varno okolje skupine omogoča udeležencem, da se osredotočijo na določen problem (npr. kako odkloniti ponujeno cigareto). Uporabijo znanje in vadijo spretnosti, obvladujejo čustva in s tem določajo potek vedenja in ravnanja. Poistovetijo se z vlogo in tako pridobijo izkušnjo, ki jo bodo s pridom uporabili v življenju. Metoda je preprosta in uspešna. Udeležencem praviloma prinaša zadovoljstvo in zabavo.

Naše dosedanje izkušnje

V delavnice posameznika napoti običajno lečeči zdravnik ali pride po lastni želji. Dobrodošel je kdorkoli, pomembno je le, da razmišlja o spremembi kadilskih navad in se je pripravljen vključiti v skupino.

V ZD Kranj smo z delavnicami pričeli prvič v letu 2002, v Bolnišnici Golnik so v lanskem letu organizirali prvo učno delavnico za zaposlene. Med udeleženci je bilo nekoliko več moških (54 %) kot žensk (46 %). Starostna struktura udeležencev je bila od 25-65 let. Za seboj so imeli 10-40 let aktivnega kajenja. Moški so povprečno pokadili 32 cigaret dnevno (od 10-70 cigaret) in ženske 20 cigaret dnevno (10-40 cigaret). Večina, predvsem moški, je začela kaditi zgodaj, med 15. in 18. letom, posamezniki tudi prej. Za 25 % udeležencev je bilo sodelovanje v skupini prvi poskus opuščanja kajenja, 47 % je pred tem že enkrat poskušalo opustiti kajenje, 28 % ima za seboj več poskusov opuščanja kajenja. Ob koncu delavnic je kajenje opustilo 39 % udeležencev.

V času poteka skupine smo poskušali poiskati odgovore na nekatera vprašanja. Povprašali smo udeležence, zakaj želijo prenehati kaditi? Zdaleč najpogostejši odgovor je bil zaradi zdravja (3/4 udeležencev). Bistveno manj so navajali druge razloge, kot npr., da želijo opustiti suženjsko razvado, izboljšati svoje finančno stanje, zaradi priporočila zdravstvenega delavca, na željo partnerja, zaradi cigarettega smradu.

Najpogostejše težave, ki so jih navajali udeleženci v času poteka delavnic, so bile poleg klasičnih abstinenčnih simptomov še težave kam z rokami, kako piti kavo brez cigarete, kako preseči pomanjkanje užitka, premagovanje stresa, ali in kako povedati domačim, znancem, sodelavcem, da opuščajo kajenje.

V delavnicah so bili udeležencem najbolj všeč odkrit pogovor, sproščeno vzdušje, občutek, da »niso sami«, pomoč drugih članov skupine, spoznanje, da niso »mučenci«, uvid, da je možno vztrajati pri odločitvi, sistematičen način dela.

Kaj jim ni bilo všeč? Premalo časa je bilo namenjeno posameznemu srečanju in celotnemu programu, nekatere je motila neodločnost posameznikov, da opustijo kajenje, pogrešali so občutek zadovoljstva po prenehanju kajenja. Ocenili so, da je bilo premalo izkušenj tistih, ki so že prenehali kaditi, želeli bi več pogovora med člani skupine, nekateri več »teorije«, več sprostitev in vaj.

Naučili so se obvladovati željo po cigaretah, vztrajnosti in trdnosti, spoznali so, da »se da živeti tudi brez cigaret«, naučili so se pozitivnega razmišljanja, umirjanja in sproščanja, poslušati druge, strpnosti.

Tako kot pri ostalih odvisnostih se je tudi pri opuščanju kajenja v naših skupinah pokazala pomembnost motivacije in celostnega pristopa k problemu. Kajenje je vtkano v »vsako poro« človekovega življenja, je problem človeka v vseh njegovih razsežnostih: telesni, duševni, duhovni, medosebni. Podpora in odnosi z domačimi in bližnjimi so bili v skupini pomembni, za nekatere morda odločilen dejavnik pri opuščanju kajenja. Psihološka abstinenčna kriza se je izkazala za mnogo težjo in dolgotrajnejšo od telesnih znakov opuščanja kajenja. Mnogo težje je zapolniti čustveno praznino, spremeniti vedenje (kam z rokami, kako zavrtniti ponujeno cigareto, ...), kot pa premagati telesne znake zasvojenosti.

Osnovno spoznanje in sporočilo delavnic pa je zajeto v misli ene od udeleženk, ki je med drugim zapisala: »Delo je trdo, na trenutke težaško, vendar pa je življenje brez cigarete možno, pa tudi lepo«.

Priporočena literatura:

1. Latkovič B. Kako pomagati kadilcem, da prenehajo kaditi. Ljubljana: Društvo pljučnih bolnikov Slovenije, 2000.
2. Učne delavnice, Da opuščam kajenje: Priročnik za vodje - CINDI Slovenija, 2000.
3. Čakš, T. (1996) Kajenje V: Stanič - Stefan, N.: Preprečevanje kroničnih nalezljivih bolezni. Ljubljana: ZD Ljubljana, CINDI Slovenija, str. 5 - 51.
4. Grobovšek Opara S., Švab I., Šelb J. (1996). Koliko smrti zaradi kajenja v Sloveniji? Zdravstveni vestnik, 65: 393 -7.
5. Lobnik Zorko, A. (2001). Ciciban opazuje - odpovejmo se cigaret. Ljubljana: CINDI Slovenija.

Karcinogene snovi na delovnih mestih v zdravstveni negi

Simon Pavšek

Uvod

Osebe v zdravstveni negi na Onkološkem inštitutu Ljubljana je pri svojem delu izpostavljeno raznim snovem oziroma pripravkom, ki glede na svoje lastnosti lahko predstavljajo tudi določeno nevarnost za njihovo zdravje. Nekatere med njimi so tudi kancerogene. Kancerogene snovi, katerim je izpostavljeno osebje zdravstvene nege, na grobo delimo na:

1. radioaktivne snovi (Tc-99, I-123, I-131 Sr-89, Cs-137, Ir-192, uporaba v brahiterapiji, teleterapiji in za potrebe diagnostike), ki pa se pravzaprav obravnavajo kot viri ionizirajočega sevanja
2. določena »nevarna zdravila«.

Vrste virov sevanja, ukrepe in postopke za varovanje zelo natančno obravnava Zakon o varstvu pred ionizirajočimi sevanji in jedrski varnosti (Ur. list št. 38/00) ter njemu podrejeni akti. Varstvo pred ionizirajočim sevanjem na Onkološkem inštitutu Ljubljana ureja odgovorna oseba za varstvo pred sevanji.

Pri nevarnih zdravilih pa ni tako, saj se ustavimo že pri vprašanju: katera zdravila so »nevarna« oziroma katera med njimi so kancerogena? Zdravila namreč ne spadajo med kemikalije, posebnih predpisov, ki bi pri nas obravnavala »nevarna zdravila«, ni.

Katera zdravila so »nevarna« in katera med njimi so kancerogena?

Po definiciji ameriške ustanove NIOSH (National Institut for Occupationoal Safety and Health) med nevarna zdravila spadajo tista, ki imajo eno ali več naslednjih lastnosti:

1. kancerogenost,
2. teratogenost,
3. strupen vpliv na razmnoževanje,
4. strupen vpliv na organe v nizkih koncentracijah,
5. genotoksičnost,
6. nova zdravila, ki imajo podobno strukturo, kot zdravila, ki so že uvrščena med nevarna zdravila

Simon Pavšek, varnostni inženir
Onkološki inštitut Ljubljana

Zdravila (med njimi tudi kancerogena) ne spadajo pod Zakon o kemikalijah (Ur. list, št. 110/03), zato jih bomo zamenjali v podrejenem predpisu Pravilnik o varovanju delavcev pred tveganji zaradi izpostavljenosti rakotvornim in/ali mutagenim snovem (Ur. list, št. 38/00).

Podatek, katero zdravilo je kancerogeno, je možno dobiti na seznamu kancerogenih snovi Mednarodne organizacije za raziskovanje raka IARC (International Agency for Research on Cancer) ter na varnostnih listih.

V spodnji tabeli so navedena nevarna zdravila, ki se uporabljajo na Onkološkem inštitutu Ljubljana. Večinoma so citostatiki oz. zdravila, ki so namenjena zdravljenju raka.

NEVARNO ZDRAVILO	KLASIFIKACIJA IARC
Anastrozole	N
Asparaginase	N
Azathioprine	1
Bicalutamide	N
Bleomycin	2B
Capecitabine	N
Carboplatin	N
Chlorambucil	1
Chloramphenicol	2A
Cisplatin	2A
Cyclophosphamide	1
Cytarabine	N
Cyclosporin	N
Dacarbazine	2B
Dactinomycin	3
Daunorubicin	2B
Dienestrol	N
Docetaxel	N
Doxorubicin	2A
Epirubicin	N
Estradiol	3
Estramustine phosphate sodium	N
Etoposide	2A
Exemestane	N
Finasteride	N
Fludarabine	N

Fluorouracil	3
Flutamide	N
Gemcitabine	N
Goserelin	N
Hydroxyurea	3
Ifosfamide	3
Imatinib mesylate	N
Interferon alfa-2a	N
Interferon alfa-2b	N
Irinotecan HCl	N
Leflunomide	N
Letrozole	N
Lomustine	N
Mechlorethamine	N
Megestrol	N
Melphalan	1
Mercaptopurine	3
Methotrexate	3
Mitomycin	2B
Mitoxantrone HCl	2B
Oxaliplatin	N
Paclitaxel	N
Procarbazine	2A
Progesterone	3
Tamoxifen	1
Temozolomide	N
Testosterone	N
Thalidomide	N
Thioguanine	N
Topotecan	N
Toremifene citrate	3
Triptorelin	N
Vinblastine sulfate	3
Vincristine sulfate	3
Vinorelbine tartrate	3

Legenda:

IARC	<i>International Agency for Research on Cancer - Mednarodna agencija za raziskovanje raka</i>
Skupina 1:	<i>snov (pripravek) je rakotvorna za človeka;</i>
Skupina 2A:	<i>snov (pripravek) je verjetno rakotvorna za človeka;</i>
Skupina 2B:	<i>snov (pripravek) je morda (verjetnost je manjša kot pri 2A) rakotvorna za človeka;</i>
Skupina 3:	<i>snov (pripravek) ni razvrstljiva kot rakotvorna za človeka.</i>
N:	<i>Snov ni na seznam IARC</i>

Možne poti vnosa nevarnih zdravil v telo

Možne poti vnosa citostatikov v telo so:

- **Skozi pljuča**, med pripravo in apliciranjem lahko pride do inhalacije nevarnih zdravil v obliki prašnih delcev in aerosola.
- **Skozi prebavni trakt**, do zaužitja lahko pride, če so bile roke ali hrana onesnaženi z zdravili.
- **Preko kože in sluznic**, do absorpcije lahko pride zaradi onesnaženja ob razlitju ali ravsutju ter tudi pri kontaktu z onesnaženo površino.
- **Preko injekcijske igle ob vvodu zaradi nezgode.**

Potrebna sredstva in oprema za varno delo

Komora za pripravo nevarnih zdravil

Nevarna zdravila se lahko pripravljajo le v biološko varni komori z vertikalnim zračnim pretokom razreda II tipa B2 ali B3. Ta vrsta komor zagotavlja maksimalno zaščito materiala pred biološkim onesnaženjem, kot tudi preprečuje izstop onesnaženega oziroma onesnaženega zraka v delovni prostor. Ves sistem filtracije je izveden s HEPA filtri. Priprava izven komor se lahko izvaja le izjemoma.

Rok za validacijo komor, v katerih se redno pripravlja nevarna zdravila, je 6 mesecev.

Rok za validacijo komor, v katerih se občasno pripravlja nevarna zdravila, je 12 mesecev.

Ob validaciji se izvajajo redni servisi ter menjave vseh filtrov.

Oprema za pripravo zdravil

Za pripravo zdravil so potrebni naslednji pripomočki in oprema:

- triplastna delovna podloga,
- komprese in zloženci,
- brizge za enkratno uporabo,

- igle,
- zabojsnik za uporabljene igle,
- zabojsnik za odpadke,
- zamaški za brizge za enkratno uporabo,
- filtrske kanile oziroma filtrske slamice,
- transfuzijske kanile in igle za transfer,
- adapterji,
- PhaSeal[®], Securmix[®],
- sistemi za odvajanje pritiska, hidrofolni filtri, nasadne konice,

Oseba varovalna oprema pri delu z nevarnimi zdravili

	Priprava	Aplikacija	čiščenje/nezgodno razlivanje
Zaščitna halja	DA	DA	DA
Zaščitni plašč za enkratno uporabo	DA	NE	DA
Zaščitni narokavniki	DA	NE	DA
Zaščitne rokavice menjajo se vsake pol ure / ob onesnaženju)	Dvojne latex netalk. z oznako 	Latex netalkane z oznako 	Dvojne latex netalk. z oznako 
Respirator	Priporočljivo Oznaka P2	NE	DA oznaka P3
Zaščitna očala in obrazni ščit	NE	NE	DA
Zaščitna obutev- poliuretan	NE	NE	DA
Zaščitno prekrivalo za obutev	NE	NE	DA
Zaščitna kapa	DA	NE	DA

Pribor za prvo pomoč

Pribor za prvo pomoč za primer osebnega onesnaženja mora biti na voljo v vseh prostorih, kjer se uporabljajo nevarna zdravila.

Pribor mora vsebovati:

- sredstva za hlajenje mesta vboda (velja za večino citostatikov, razen za vinkristin, vinblastin, vindesin),
- sredstva za gretje mesta vboda (vinkristin, vinblastin, vindesin),
- raztopino natrijevega trisulfata v vodi - 3 odstotno (za klorometin, estramustin),
- raztopino askorbinske kisline v vodi - 5 odstotno (za mytomicin),

- 90 odstotno DMSO + 10 odstoten alfa tokoferol za površinsko uporabo (za mitoksantron),
- raztopino vodikovega prekisa - 3 odstotno,
- raztopino natrijevega hipoklorita 1-3 odstotno,
- natrijev karbonat v vodi 3 odstotno,
- klorovodikovo kislino 0.1 N.

Pribor za čiščenje v primeru naključnega razlitja

Pribor za čiščenje mora biti na voljo v vseh prostorih, kjer se uporabljajo nevarna zdravila.

Pribor mora vsebovati:

- respirator s P3 filtrom,
- gumijaste rokavice,
- polietilenske natikače,
- zaščitna očala,
- halje/obleke za enkratno uporabo,
- vpojni material (podloge, prah),
- močne plastične vreče za odpadke,
- pincete,
- papirnate brisače,
- pH-nevtralno milo,
- trak za označevanje.

Ukrepi v primeru onesnaženje

Splošna pravila za ukrepanje:

Glede na to, da se nekatera nevarna zdravila, predvsem citostatiki, izredno hitro absorbirajo skozi kožo, je pomembno hitro ukrepanje.

Če je koža onesnažena, je potrebno prizadeta področja hitro sprati z velikimi količinami tekoče mrzle vode. Mokra oz. onesnažena oblačila je potrebno takoj odstraniti. V kolikor je curek zašel v oči, jih je treba takoj temeljito izpirati z vodo ali izotonično raztopino najmanj 10 minut, nakar je treba prizadetega takoj odpeljati k okulistu.

Če je onesnaženo večje področje telesa je potrebno osebo napotiti na pregled k zdravniku medicine dela.

Za primer nezgode s citostatikom je Služba zdravstvene nege Onkološkega inštituta Ljubljana pripravila izvleček postopkov v primeru nesreče s citostatiki.

Zdravstveno varstvo zaposlenih

Preventivni zdravstveni pregledi medicine dela se morajo opravljati pred nastopom na delo ter nato obdobjno. Roki za obdobjne preglede so od 1-2 leti odvisno, od dela, ki ga oseba opravlja.

Nosečnicam in doječim materam pa je po naši zakonodaji namenjeno posebno varstvo in jim ni dovoljeno delo pri pripravi nevarnih zdravil.

Usposabljanje za varno delo

Usposabljanje se mora izvajati teoretično in praktično, in sicer pred nastopom dela, pa tudi periodično na dve leti.

Program usposabljanja mora imeti naslednjo vsebino:

- Tveganje izpostavljenosti citostatikom - možni učinki izpostavljenosti (mutagenost, kancerogenost, teratogenost, ...).
- Poti oz. načini vnosa citostatikov v telo oseba pri pripravi.
- Prehajanje citostatikov v neposredno delovno okolje pri pripravi.
- Zdravstveno varstvo.
- Transport in shranjevanje citostatikov.
- Prostor in delovna oprema.
- Ukrepi v primeru osebnega onesnaženja.
- Osebna varovalna oprema za delo s citostatiki.
- Ravnanje z odpadki.
- Vrste citostatikov, ki se uporabljajo na Onkološkem inštitutu.
- Izpostavljenost - način vnosa.
- Način označevanja.
- Ukrepi za preprečevanje tveganja.
- Ravnanje v primeru nezgode, razlitja oz. razsutja.
- Praktični prikaz načina varne priprave citostatikov v BSC komori razreda II tipa B in izven nje.
- Praktični prikaz tehnik odzračevanja.
- Praktični prikaz uporabe osebne varovalne opreme za delo s citostatiki.
- Simulacije nezgod in ustrezno ukrepanje:
 - ravnanje v primeru nezgode, razlitja oz. razsutja,
 - ukrepi v primeru osebnega onesnaženja.

Viri:

1. ASHP Technical Assistance Bulletin on Handling Cytotoxic and Hazardous Drugs. Am J Hosp Pharm. 1990; 47: 1033-1049.
2. Brošura - Merkblatt M 620 »Sichere Handhabung von Zytostatica«. April 2000
3. IARC Monographs on the Evolution of Carcinogenic Risks to Humans. Complete list of Agents, mixtures and Exposures Evaluated and their classificationc. July 2004
4. NIOSH - Preventing Occupational Exposures to Antineoplastic and other Hazardous Drugs in Healthcare Settings. July 2004
5. OSHA work - practice guidelines for personal deling with cytotoxic (antineoplastic) drugs. Am J Hosp Pharm. 1986; 43: 1193-1204.
6. Pravilnik o osebni varovalni opremi (Uradni list RS, št. 97/00, 73/09, 2/04)
7. Pravilnik o varovanju zdravja pri delu nosečih delavk, delavk, ki so pred kratkim rodile, ter doječih delavk (Uradni list RS, št. 82/03).
8. QuapoS 2000 - Quality Standard for the Oncology Pharmacy Service. Januar 1999.
9. SIST EN 420:2003 - Varovalne rokavice - splošne zahteve in preskusne metode
10. Standard zdravstvene nege Onkološkega inštituta Ljubljana - varno rokovanje s citostatiki; Služba za zdravstveno nego.
11. Zakon o varnosti in zdravju pri delu (Uradni list RS, št. 56/99).
12. Zakon o kemikalijah - prečiščeno besedilo (Uradni list RS, št. 110/03)

Smernice za zgodnje odkrivanje raka

Maja Primic-Žakelj

Uvod

Sekundarna preventiva pomeni **čim zgodnejše odkrivanje** raka ali sprememb, ki večinoma preidejo v to bolezen. Zdravljenje večine rakov je namreč uspešnejše, če so le-ti odkriti na začetni stopnji.

Po eni strani naj bi z zdravstveno vzgojo opozarjali prebivalstvo na **zgodnje simptome in znake raka**, po drugi pa zdravnike usposobili, da bi tovrstne znake čim prej diagnostično ovrednotili. Seveda rakave bolezni nimajo povsem svojih, za raka tipičnih znakov. V resnici se za njimi večinoma ne skriva rak, ker pa se lahko, naj o naravi sprememb presoja zdravnik. Izkušnje po svetu, pa tudi naše, namreč kažejo, da ljudje predolgo odlašajo z obiskom pri zdravniku in s tem zamudijo čas, ko bi bolezen lahko še uspešno zdravili.

Med znake in simptome, na katere je treba ljudi opozarjati, sodijo naslednji:

1. bula v dojki ali kjer koli v telesu,
2. ranica, ki se ne zaceli (tudi v ustih),
3. materino znamenje, ki je spremenilo obliko, velikost ali barvo,
4. neobičajna krvavitev iz katere koli telesne votline (kri v izpljunku, urinu, blatu ali izcedku iz maternice),
5. trdovraten kašelj,
6. hripavost,
7. spremembe pri mali ali veliki potrebi,
8. nepojasnjeno hujšanje.

Presejanje pomeni uporabo čim preprostejših preiskav, ki med ljudmi **brez kliničnih težav** odkrijejo tiste, pri katerih je velika verjetnost, da imajo predinvazijsko ali zgodnjo invazijsko obliko raka, ki sama po sebi še ne povzroča kliničnih težav. V angleščini za tak način odkrivanja raka uporabljajo izraz »screening«, v slovenščini pa presejanje, saj nam take preiskave kot s sitom izmed navidezno zdravih izločijo tiste, ki bi lahko bili bolni; v bistvu gre za preventivne preglede. Nobena od presejalnih preiskav ne da končne diagnoze; presejalna preiskava samo odkriva tiste, pri katerih so smiselne in potrebne še dodatne, diagnostične preiskave.

O tem, ali bi bilo smotrno opraviti katero od presejalnih preiskav, se lahko vsakdo posvetuje s svojim zdravnikom, ki mu po presoji, ali sodi v ogroženo skupino, lahko

Prof. dr. Maja Primic-Žakelj, dr. med.
Onkološki inštitut Ljubljana

svetuje preiskavo. Takemu načinu pravimo tudi individualno presejanje. V ogrožene skupine sodijo tisti, za katere vemo, da nanje deluje kateri od znanih nevarnostnih dejavnikov; za rak dojke npr. družinska obremenitev in prvi porod po 30. letu starosti. Za večino rakov pa je najpomembnejši nevarnostni dejavnik starost, saj zbolijo tudi veliko tistih, ki niso bili izpostavljeni nobenemu od drugih znanih nevarnostnih dejavnikov. Za odločitev o tem, ali uporabiti presejalni test ali ne, je zato najpomembnejša starost preiskovanca.

Slaba stran individualnega presejanja je, da je večinoma tako pregledan le manjši, zdravstveno bolj ozaveščen del ljudi; njegov učinek v zdravju prebivalstva nasploh je zato majhen. Organizirano uporabo presejalnih preiskav v večjih skupinah prebivalstva imenujemo populacijsko presejanje. Na preiskave vabimo skupine ljudi bodisi z osebnimi vabilom bodisi z oglaševanjem v sredstvih javnega obveščanja. Smotrno je za tiste rake, ki so pogosti, ki jih je mogoče s preiskavo preprosto odkriti, z znanimi načini dobro zdraviti in je tako možno zmanjšati umrljivost za njimi v celotnem prebivalstvu, če se le večina povabljenih odzove vabilu na preiskavo.

Presejanje je treba ločiti od diagnostike, ki je v domeni klinične medicine, saj presejalni testi praviloma niso diagnostični. Predvsem pa je pomembno, da je za zmanjšanje umrljivosti treba pregledati pretežni del (vsaj 70 %) ciljne skupine prebivalstva. Presejanje mora biti zato organizirano, prebivalstvo pa je na pregled večinoma povabljen z osebnimi vabili.

Pri ocenjevanju, ali je bolezen primerna, da zanjo uvedemo presejanje, še danes veljajo merila, ki sta jih postavila Wilson in Junger (1): bolezen mora biti pomemben javnozdravstveni problem, zdravljenje mora biti uspešno, na voljo je treba imeti dovolj opreme in osebja za diagnostiko pri presejanju odkritih sprememb in za njihovo zdravljenje, preiskava mora biti zanesljiva, cenena, preprosta za izvedbo in za preiskovance sprejemljiva.

Iskanje raka pri velikem številu ljudi, od katerih mnogi sploh ne bodo zboleli ali umrli za rakom, ima tudi svojo slabo stran: če drugega ne, lahko povzroči zaskrbljenost ob misli na morebitno bolezen, pa tudi sama preiskava je lahko neugodna ali boleča. Kot večina preiskav v medicini imajo tudi presejalne nekaj napačno pozitivnih in napačno negativnih rezultatov. Njihov delež je sicer majhen, vendar če je rezultat napačno negativen, lahko preiskovancu nepravilno zagotovimo, da je zdrav, pa v resnici že ima začetno bolezen. Napačno pozitivni rezultati pa povzročajo po nepotrebnem zaskrbljenost in nadaljnje preiskave. Prav zato je v presejanju pomembna čim večja kakovost, ki zagotavlja kar najmanjši delež napačnih izvidov.

Priporočila Sveta Evropske unije o presejanju za raka

Decembra 2003 je Svet Evropske unije sprejel priporočila o presejanju za raka, ki obvezujejo države članice, da uvedejo priporočene ukrepe in čez najkasneje 4 leta poročajo o njihovi uvedbi (2).

Svet Evropske unije priporoča državam članicam naslednje ukrepe v zvezi s presejanjem:

1. Implementacija presejalnih programov

- a) države naj uvedejo tiste sistematične populacijske presejalne programe, za katere je znanstveno potrjeno, da zmanjšujejo umrljivost za rakom;
- b) presejalni programi naj bodo organizirani v skladu z Evropskimi smernicami za zagotavljanje kakovosti;
- c) udeleženci programov morajo biti seznanjeni z vsemi prednostmi in pomanjkljivostmi presejanja;
- d) zagotoviti je treba vse nadaljnje diagnostične postopke, zdravljenje in psihološko podporo v skladu z enotnimi, na dokazih temelječimi smernicami;
- e) zagotoviti je treba dovolj človeških in finančnih virov za primerno organizacijo in za nadziranje kakovosti;
- f) pri odločanju o uvedbi presejalnih programov na državni ali regijski ravni naj države upoštevajo breme bolezni in zdravstvene zmogljivosti, ki so na voljo, možne stranske učinke presejanja in njegove stroške ter izkušnje iz raziskav in pilotnih projektov;
- g) vzpostaviti je treba sistem za vabljenje ljudi in za zagotavljanje kakovosti na vseh ravneh;
- h) pred uvedbo presejanja je treba poskrbeti za ustrezno zakonodajo v zvezi z varovanjem osebnih podatkov.

2. Registracija in upravljanje s podatki

- a) za vodenje organiziranih presejalnih programov je treba zagotoviti centraliziran informacijski sistem;
- b) poskrbeti je treba, da so vsi ljudje iz ciljne skupine povabljeni na presejalni pregled in da je udeležba čim večja;
- c) zbirati in obdelati je treba vse podatke, ki se nanašajo na izvide presejalne preiskave in diagnostičnih preiskav;
- d) podatke je treba zbirati in obdelati v skladu z zakonskimi predpisi o varovanju osebnih podatkov.

3. Nadzorovanje

- a) redno je treba spremljati in nadzirati kazalce uspešnosti programa in o njih seznanjati javnost in osebe, ki sodeluje pri presejanju;

- b) pri vzpostavitvi in vzdrževanju presejalne baze podatkov je treba upoštevati standarde, opredeljene v Evropskem omrežju registrov raka, seveda v skladu z zakonodajo o varovanju osebnih podatkov;
- c) presejalne programe je treba nadzirati v rednih intervalih.

4. Izobraževanje

- a) vse osebe, ki sodeluje pri presejanju, mora biti ustrezno usposobljeno, da lahko zagotavlja čim kakovostnejše presejanje.

5. Odziv

- a) pri organiziranem presejanju je treba zagotoviti čim večji odziv ciljne skupine, ki mora biti z vsemi postopki ustrezno seznanjena;
- b) posebej je treba paziti na enako dostopnost presejanja za vse skupine prebivalstva, pri čemer je treba upoštevati tudi posebne potrebe nekaterih skupin.

6. Uvajanje novih presejalnih testov

- a) nove presejalne teste naj bi v rutinsko zdravstveno varstvo uvedli šele potem, ko bi se izkazali za učinkovite v randomiziranih kliničnih raziskavah in ko je dovolj dokazov o njihovi stroškovni učinkovitosti;
- b) pri novih presejalnih testih je treba raziskovati ne le vpliv na umrljivost, pač pa tudi na zdravljenje, stranske učinke in na kakovost življenja;
- c) pri raziskovanju novih metod je treba združiti izsledke več različnih raziskav;
- d) tudi pred uvajanjem modifikacij že obstoječih presejalnih testov je treba počakati na oceno njihove učinkovitosti.

7. Poročanje o uvedbi presejalnih programov

- a) tri leta po objavi teh priporočil bodo države poročale Komisiji Evropske unije o tem, kaj so ukrenile v svojih državah v zvezi s temi priporočili.

Presejalni testi, ki izpolnjujejo pogoje iz teh priporočil (omenjene starostne skupine so maksimum - države naj same določijo starostni razpon glede na epidemiološke značilnosti bolezni in zdravstvene prednosti):

1. pregledovanje celic v brisu materničnega vratu oz. test PAP za ugotavljanje predrakavih sprememb materničnega vratu naj se ne začne pred dvajsetim letom starosti in ne kasneje kot po 30. letu starosti;
2. mamografski pregled za odkrivanje raka dojke pri ženskah v starosti 50-69 let v skladu z Evropskimi priporočili o zagotavljanju kakovosti (3);
3. test blata na prikrito krvavitev za odkrivanje raka debelega črevesa in danke pri moških in ženskah v starosti 50 do 74 let.

Svet Evropske unije se ni odločil, da bi priporočil tudi intervale, v katerih naj bi presejalne preiskave ponavljali. Odločitev o njih je prepustil posameznim državam. Izsledki raziskav po svetu pa vseeno omogočajo določiti tudi primeren interval, v katerem je treba ponavljati presejalne preiskave, da se pokaže njihov končni učinek, zmanjšanje umrljivosti. Te intervale so zapisali v leta 2003 ponovno prenovljenem **Evropskem kodeksu proti raku** (4).

Evropski kodeks proti raku priporoča, naj države uvedejo kot del zagotovljenega zdravstvenega varstva naslednje presejalne preiskave:

1. pregledovanje celic v brisu materničnega vratu vsako 5. leto pri ženskah od 25. leta starosti
2. mamografski pregled dojk vsako 3. leto pri ženskah od 50. leta starosti
3. pregled blata na prikrito krvavitev vsako drugo leto pri moških in ženskah od 50. leta starosti.

Za vse ostale preiskave pa strokovnjaki, ki so pripravljali Evropski kodeks, menijo, da jih ne bi smeli izvajati v rednem zdravstvenem varstvu. Če že, naj se izvajajo samo kot raziskovalni programi, ki morajo šele ovrednotiti vpliv tovrstnih preiskav na zdravje prebivalstva.

Zaenkrat še ni dovolj dokazov, da so kot presejalne umestne naslednje preiskave za rake:

1. prostate: določanje za prostato specifičnega antigena (PSA)
2. želodca: ugotavljanje okužbe z bakterijo *Helicobacter pylori*, radiološka / endoskopska preiskava
3. debelega črevesa in danke: fleksibilna sigmoidoskopija
4. jajčnikov: določanje CA125 in/ali ultrazvočna preiskava
5. materničnega vratu: ugotavljanje okužbe z onkogenimi humanimi papilomskimi virusi (HPV)
6. pljuč: spiralna računalniška tomografija
7. kože (maligni melanom): pregledovanje kožnih znamenj
8. ustne votline in žrela: klinični pregled ustne votline.

Vsekakor pa za presejanje niso učinkovite preiskave za naslednje rake:

1. nevroblastom: določanje homovanilinske in vanilmandljeve kisline v urinu
2. pljuč: rentgenska preiskava
3. dojk: samopregledovanje
4. mod: samopregledovanje.

Presejanje v Sloveniji

Kdor želi, lahko katero koli od omenjenih preiskav opravi tudi pri nas, seveda po posvetu s svojim zdravnikom. Večina preiskav, razen mamografije in pregleda brisa materničnega vratu, se lahko opravi samo v okviru kurativne in ne preventivne obravnave, torej le, če je utemeljen sum na maligno bolezen; na nekatere preiskave (npr. PSA) lahko napotijo samo specialisti.

Organizirano presejanje s pisnimi vabili je kot državni program zaenkrat uveljavljeno le za odkrivanje raka oz. predrakavih sprememb materničnega vratu (Program ZORA), že več let pa pripravljamo organizirano presejanje za raka dojk. Načrtujemo tudi presejanje za raka debelega črevesa in danke, saj bi zaradi bremena te bolezni to gotovo bilo umestno.

Literatura:

1. Wilson JMG, Junger JJ. Principles and practice of screening for disease. Geneva: World Health Organisation, 1968:34.
2. Commission of the European Communities: Proposal for a council recommendation on cancer screening. Brussels: COM(2003) 230 final, 2003.
3. Perry N, Broeders M, deWolf, Tornberg S eds. European guidelines for quality assurance in mammography screening. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities, 2001.
4. Boyle P et al. European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003). Ann Oncol 2003; 14: 973-1005.

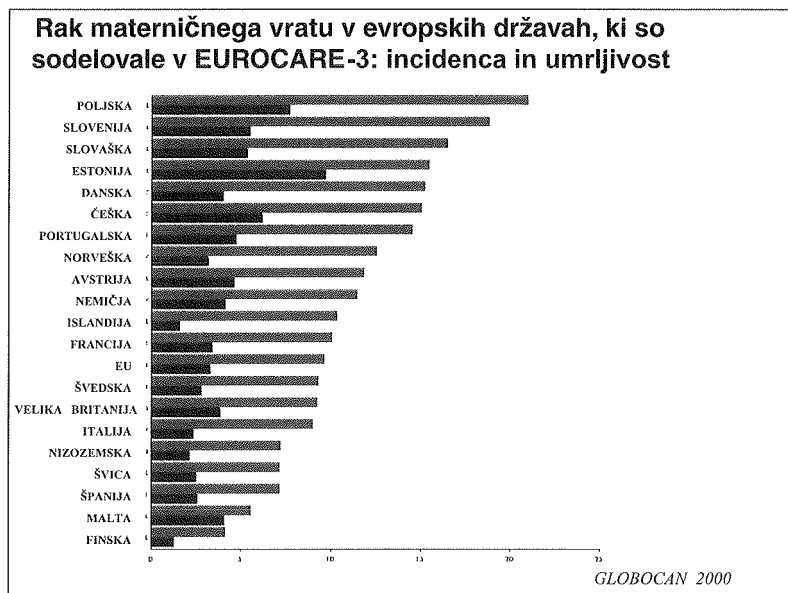
ZORA - Državni program zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu

Mojca Florjančič, Ana Marija Polajnar

Uvod

Potreba po organiziranem presejanju raka materničnega vratu se je pokazala pred leti, ko se je po podatkih Registra raka Slovenije izkazalo, da se incidenca raka materničnega vratu (RMV) povečuje, predvsem pri ženskah, mlajših od 54 let. Tudi po podatkih držav, ki so sodelovale v EUROCARE -3, se Slovenija uvršča v sam vrh po obolevnosti za RMV.

Rak materničnega vratu v evropskih državah, ki so sodelovale v EUROCARE-3: incidenca in umrljivost



Ko so raziskovali vzroke za visoko incidenco RMV, so ugotovili, da v neorganiziranem programu presejanja RMV prihaja redno na preventivne ginekološke preglede z odvzemom brisa materničnega vratu manj kot polovica žensk, zato se je pokazala potreba po organiziranem pristopu k tej problematiki.

Mojca Florjančič, viš. med. ses., Ana Marija Polajnar, viš. med. ses.
Onkološki inštitut Ljubljana

Program Zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb ZORA je pričel s svojimi aktivnostmi v letu 1998, ko so bile v okviru pilotne študije na ginekološki pregled z odvzemom brisa materničnega vratu povabljene ženske, stare 25-64 let, s stalnim prebivališčem v ljubljanski in obalni regiji. Na osnovi ugotovitev pilotne stopnje je delovna skupina pripravila program organiziranega presejanja, ki je postal eden izmed preventivnih programov za varovanje reproduktivnega zdravja žensk, ki ga izvajajo ginekologi v primarnem zdravstvenem varstvu. Program podpirajo pravni akti: Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list, št. 65, 2000), Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Uradni list, št. 33,1391/2002), Pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za pregledovanje brisov materničnega vratu (Uradni list, št. 68, 3652/2001), Navodila za poenotenje izvidov BMV in informacijskega sistema ginekološke citopatologije, Priporočila za odkrivanje, zdravljenje in nadzor bolnic s predrakavimi spremembami materničnega vratu (leto 2000).

V letu 2003 je program pričel z aktivnostmi na področju celotne Slovenije. Da bi bil sistem vabljenja žensk čim bolj usklajen, je Ministrstvo za zdravje vzpostavilo mrežo regijskih usklajevalcev (regijski Zavodi za zdravstveno varstvo) in odgovornih območnih ginekologov ter nacionalno usklajevalko. Imenovana je bila projektna skupina DP ZORA, ki strokovno vodi program ter pripravlja smernice in gradiva.

V program ZORA so vključene vse ženske, stare od 20 do 64 let, ne glede na to, ali že imajo izbranega osebnega ginekologa ali ne. Ženske, ki imajo izbranega ginekologa, vendar že več kot tri leta niso bile na ginekološkem pregledu oz. odvzemu brisa materničnega vratu, prejmejo vabilo od svojega ginekologa, tiste, ki pa nimajo izbranega ginekologa in v registru nimajo podatkov o izvidu brisa materničnega vratu (BMV), pa iz Registra ZORA, ki je lociran na Onkološkem inštitutu Ljubljana. Tako organiziran pristop omogoča, da imajo vse ženske enako možnost dostopa do strokovne obravnave.

Naloge Registra ZORA

Register ZORA na Onkološkem inštitutu Ljubljana izvaja usklajevanje programa, zbiranje podatkov o izvidih BMV iz vseh laboratorijev v Sloveniji (približno 239.000 letno), spremlja kakovost podatkov, sodeluje z laboratoriji v smislu kakovostnejšega dela, pripravlja in pošilja polletne in letne analize laboratorijem ter ginekologom, ki izvajajo program ZORA.

V enoti poteka tudi tiskanje in pošiljanje vabil za ginekologa neopredeljenim ženskam, usklajevanje dela ginekoloških timov preko območnih usklajevalcev za reproduktivno zdravje in odgovornih ginekologov, priprava in distribucija vzgojno - izobraževalnih materialov ter gradiv, potrebnih za vabljenje žensk.

Potek dela in naloge VMS v Registru ZORA

a) Zbiranje podatkov o izvidih BMV

Ob ginekološkem pregledu ginekolog odvzame bris materničnega vratu ter ga na predpisan način skupaj s pravilno izpolnjenim spremnim listom (Citološki izvid) odpošlje enemu od laboratorijev, ki ustrezajo predpisanim pogojem za delovanje. Izvid se vpiše na dokument Citološki izvid ter se vnese v lokalni informacijski sistem laboratorija. Enkrat mesečno vsi laboratoriji pošljejo podatke v enotni, zakonsko predpisani in zaščiteni obliki v Register Zora. Po pregledu kakovosti in števila podatkov datoteke uvozimo v Register. To pomeni, da podatke z izvida vsake ženske združimo z osnovnimi podatki ustrezne ženske. Podatke ločimo po enoličnem ključu, kar je v našem primeru enotna matična številka občana. Če so podatki iz laboratorijev vnešeni točno in v celoti, se izvid avtomatično prilepi k ustrezni ženski. Kadar so podatki nepopolni ali celo napačni, pa moramo ustrezno žensko iskati ročno. Ta postopek je precej zamuden, saj iščemo ustrezno žensko po datumu rojstva in po naslovu, včasih pa za natančnejše podatke celo pokličemo v laboratorij ali v ginekološko ordinacijo. Pomanjkljive zapise s podatki vrnemo v laboratorije, ki morajo ustrezne podatke pridobiti od ginekologov, jih vnesti v svoj lokalni informacijski sistem ter dopolnitve in popravke posredovati v Register ZORA.

b) Sodelovanje z laboratoriji

Laboratoriji do 10. v mesecu v Register ZORA pošljejo podatke z izvidi BMV, seveda v zakonsko predpisani in zaščiteni obliki. Pomanjkljivosti podatkov sproti odpravljamo. Po pregledu in analizi podatkov vsakemu laboratoriju pošljemo polletno in letno poročilo, ki vsebuje podatke posameznega laboratorija in zbirnik vseh laboratorijev v državi. Tako lahko sami laboratoriji primerjajo kakovost svojega dela z delom ostalih laboratorijev.

c) Priprava in pošiljanje vabil

Sprotno uvažanje podatkov v Register je zelo pomembno, saj hkrati poteka tudi tiskanje in pošiljanje vabil za ginekologa neopredeljenim ženskam, starim 20-64 let. Seznam ustreznih žensk pripravljamo sistematično, po zdravstvenih regijah in starostnih skupinah. Da bi zajeli in preventivni pregled omogočili kar največ ženskam, smo prva vabila poslali ženskam, starim med 60 in 64 let, v drugem krogu pa ženskam, starim od 55 do 59 let. Vabila pošiljamo periodično po posameznih zdravstvenih regijah, po petletnih starostnih skupinah. Na območja dvojezičnih občin smo z dvojezičnimi vabili in gradivi povabili že vse ustrezne ženske. Do julija 2004 smo tako iz usklajevalnega centra povabili 36.664 žensk, skupaj pa je bilo povabljenih že več kot 70.000 žensk.

Poleg vabila z vprašalnikom ženski iz našega registra pošljemo tudi zgibanko, seznam ginekologov z delovnim časom in s predvidenimi čakalnimi dobami ter frankirano ovojnico za odgovor. Ženska, ki prejme vabilo, se sama naroči na pregled, v Register ZORA pa v priloženi ovojnici vrne izpolnjen vprašalnik.

d) Vprašanja in odgovori vabljenih žensk

Vsaka ženska, ki prejme vabilo iz našega centra in se aktivno odzove nanj, nam vrne izpolnjen vprašalnik. V odgovoru nam sporoči, kam bo šla na pregled ali pa označi razlog, zaradi katerega je ne bo (nima maternice, šla bo drugam, bris že ima pregledan, prestavi pregled za eno leto, ne želi sodelovati v programu ZORA). Iz odgovorov je razvidno, da večina žensk podpira program, približno 25 % žensk, ki vrnejo izpolnjen vprašalnik, nima maternice, zato ne sodijo v preventivni program. Nekaj žensk ne želi sodelovati v programu, vendar je takih zelo malo. Vse odgovore takoj vnesemo v bazo podatkov.

Telefonska številka, na katero se ženske lahko obrnejo s svojimi vprašanji, pohvalami ali pritožbami, je objavljena na vabilu. Odgovore posreduje višja medicinska sestra, ki aktivno pomaga pri reševanju predstavljenih težav (težave pri naročanju na pregled, zdravstvenovzgojno delo, sodelovanje z ginekologi). Ženske pogosto zanima, ali lahko pridejo na pregled tudi tiste, ki še niso dobile vabila, kaj storiti v primeru, če je prisotna onkološka diagnoza. Mnogo se jih pritoži tudi nad neprijaznostjo zaposlenih v zdravstvenih ustanovah. Predvsem jih moti, če se na telefonski številki zdravstvene ustanove, ki je navedena na priloženem seznamu, nihče ne javi, ali pa, če je čakalna doba precej daljša od ocenjene. V takih primerih pokličemo v ustrezno ambulantno in se pogovorimo z medicinsko sestro ali, po potrebi, tudi z ginekologom.

Odprli smo tudi elektronski naslov zora@onko-i.si, na katerega nam spletni obiskovalci pošiljajo vprašanja.

e) Obvestilo po ginekološkem pregledu

Za vsako neopredeljeno žensko, ki pride na preventivni pregled z vabilom, ginekolog izpolni dokument Obvestilo po ginekološkem pregledu in ga posreduje v Register ZORA. Tu ga vnesemo v informacijski sistem. Aktivnost ginekoloških ordinacij lahko merimo tudi po tem parametru. Z vsemi ginekološkimi timi zelo dobro sodelujemo in sproti odpravljamo morebitne težave.

f) Sodelovanje z ginekološkimi dispanzerji

Ginekologi pošiljajo vabila svojim pacientkam, ki že dalj časa niso bile na pregledu. Pri tem je kar nekaj naslovnih neznanih, nekatere pa so tudi že pokojne. Vsa ta vabila se vrnejo v Register ZORA, kjer poiščemo prave naslove žensk ter jih vrnemo nazaj v ginekološke ordinacije. V Registru ZORA vodimo evidenco posredovanih podatkov.

g) Sodelovanje z območnimi usklajevalci za reproduktivno zdravje žensk

Usklajevanje dela ginekoloških timov poteka preko območnih usklajevalcev iz Zavodov za zdravstveno varstvo. Delo obsega predvsem zbiranje potreb po gradivih za vabljenje opredeljenih žensk, ki jih vabijo ginekologi, ter izdelavo in ažuriranje seznama ginekologov z osnovnimi podatki za vabljenje neopredeljenih žensk.

h) Posodabljanje šifrantov v Registru ZORA

Za kakovostno delo Registra so potrebni ažurirani šifranti. Iz Centralnega registra prebivalstva mesečno prejemamo vsa spremenjena stanja žensk, ki vplivajo na status za tiskanje vabila (smrt, sprememba prebivališča, stanu, rojstva, ...).

Za nemoteno delo potrebujemo tudi uradne šifre ginekologov, napotnih ambulant, citologov, šifre Registra prostorskih enot in ostalih manjših šifrantov (ocena po PAP, neoplastične spremembe ipd.).

Vloga in pomen medicinskih sester v Državnem programu zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu

Vloga in pomen medicinske sestre v ginekološki ordinaciji se kaže predvsem v prijaznem sprejemu ženske, zdravstvenovzgojnem delu ter spodbujanju žensk, da bodo prihajale na pregled v določenih intervalih. Ženske, ki jih vabimo iz usklajevalnega centra ali pa jih vabijo ginekologi sami, namreč že več let ali pa celo desetletje niso bile na pregledu. Pri njih se pojavljajo neprijetni občutki in strah pred pregledom in diagnozo, ki ga ponavadi zaupajo medicinski sestre, zato je pomen prvega kontakta še toliko večji.

Zaključek

Za učinkovito izvajanje Državnega programa ZORA je potrebno doseči, da bo imelo vsaj 70 % žensk, starih med 20 in 64 let, pregledan bris materničnega vratu enkrat v treh letih, po dveh negativnih brisih v razmaku enega leta. Ob morebitnih težavah ženska vedno lahko pride na ginekološki pregled.

Uspešnost programa lahko povečamo z aktivnim ozaveščanjem žensk o učinkovitosti preventivnega programa za preprečevanje nastanka raka materničnega vratu in s spodbujanjem k rednemu prihajanju na pregled v predpisanih časovnih intervalih.

Zavedamo se, da je uspešnost izvajanja programa odvisna tudi od aktivnosti dela Registra ZORA, sodelovanja z izvajalci preventivnega programa, dobrega usklajevanja dela, pravilnega pošiljanja vabil ženskam, stalnega izobraževanja vseh sodelujočih v procesu vabljenja, odkrivanja in zdravljenja predrakavih sprememb materničnega vratu, sodelovanja z laboratoriji, ginekološkimi ordinacijami, regijskimi Zavodi za zdravstveno varstvo in seveda Ministrstvom za zdravje.

Po pozitivnih odzivih žensk in zdravstvenih delavcev lahko sklepamo, da je naše delo obrodilo pozitivne sadove, zato se bomo tudi v prihodnje trudili, da bomo s svojim delom kar največ prispevali k zdravju žensk.

Literatura

1. Incidenca raka v Sloveniji 2000. Ljubljana: Onkološki inštitut, Register raka za Slovenijo, 2003.
2. Navodila za izvajanje programa ZORA, 3. prenovljena izdaja. Ljubljana: Onkološki inštitut, Registri in epidemiologija raka, 2003.
3. Navodila za poenotenje izvidov BMV in informacijskega sistema ginekološke citopatologije. Ljubljana: Zdravniška zbornica, 2002.
4. Priporočila za odkrivanje, zdravljenje in nadzor bolnic s predrakavimi spremembami materničnega vratu. Ljubljana: Zdravniška zbornica, 2000.
5. Rak materničnega vratu. Globocan 2000.

Zgodnje odkrivanje raka dojk

Janez Žgajnar

Rak dojk je v Sloveniji (enako kot v drugih razvitih državah) najpogostejši rak žensk. Letno v Sloveniji zbolijo za rakom dojk približno 1000 žensk, pojavnost bolezni pa se še veča. Letno v Sloveniji umre za rakom dojk približno 400 bolnic.

Medtem ko je v nekaterih državah umrljivost za rakom dojk že začela upadati (V. Britanija, ZDA, Avstrija), tega žal ne moremo trditi za Slovenijo. Padec umrljivosti pripisujejo tako organiziranemu zgodnjemu odkrivanju raka dojk (skriningu) kot napredku v zdravljenju bolezni. Da bi zmanjšali zaostanek za razvitimi državami, pripravljamo v Sloveniji več ukrepov: organiziran skrining raka dojk, poenotenje kakovosti zdravljenja raka dojk (v sekundarnih centrih) skladno z evropskimi zahtevami in uvajanje novih dejavnosti za posebej ogrožene skupine.

Presejanje (skrining)

Namen presejanja je **nizanje umrljivosti** za določeno boleznijo. Dokazano je, da organizirano zgodnje odkrivanje raka dojk (mamografski skrining) zniža umrljivost za približno 30 %. V Sloveniji trenutno nimamo organiziranega skrininga raka dojk. Obstaja sicer več deset ambulant za bolezni dojk, preko katerih poteka tako imenovani »oportunistični skrining«. Kakovost obravnave v teh ambulantah je zelo različna, tako zaradi razlik v opremljenosti kot v usposobljenosti osebja. Za ureditev razmer na tem področju sprejema zato Ministrstvo za zdravje pravilnik, ki določa pogoje t. i. »primarnih centrov za dojke«, v katerih bo potekal organiziran skrining. Ti centri bodo obenem tudi vstopno mesto za ženske s težavami z dojkami. Primarni centri bodo tesno povezani s sekundarnimi centri, kjer bo potekala zahtevna diagnostika in zdravljenje bolezni dojk.

Trenutno so v Sloveniji veljavna naslednja priporočila za zgodnje odkrivanje raka dojk:

1. Priporočila za redno mesečno samopregledovanje dojk
 - Ženske v rodni dobi
vsaka ženska po 20. letu starosti naj si dojke pregleda enkrat mesečno, najbolje po končani menstruaciji
 - Ženske v meniju
dojke naj si pregledajo na isti dan v mesecu
2. Redni preventivni pregledi (klinični pregled, mamografija) dojk
 - povprečno ogrožene ženske
klinični pregled z mamografjo na dve leti od 50. do 69. leta starosti
 - bolj ogrožene ženske
- klinični pregled z mamografjo na 12 do 18 mesecev od 40. do 49. leta starosti

Asist. dr. Janez Žgajnar, dr. med.
Onkološki inštitut Ljubljana

Poudariti je potrebno, da bo organiziran skrining samo mamografski. Ni namreč dokazano, da klinični pregled prispeva k zmanjšanju smrtnosti za rakom dojk.

Sekundarni centri

Sekundarni centri bodo tiste bolnišnice, kjer bo potekalo zdravljenje raka dojk skladno z evropskimi priporočili. Merila za sekundarne centre so enaka merilom, ki veljajo za »breast units«, kot jih priporoča EUSOMA. V njih bo potekalo kirurško in sistemsko zdravljenje vseh stadijev bolezni, rehabilitacija in paliativna oskrba. Najzahtevnejša sistemska terapija in radioterapija bo še vedno potekala v terciarnem centru, na Onkološkem inštitutu Ljubljana.

Sekundarni center bo moral izpolnjevati stroge pogoje: zdraviti bo moral najmanj 150 novih rakov dojk letno, kirurgi bodo morali operirati najmanj 50 bolnic letno, imeti bo moral najmanj dva internista onkologa, dodatno izobraženega patologa, zahtevana bo dodatna izobrazba ostalega osebja. Zelo pomembno vlogo ima po evropskih priporočilih »breast cancer nurse«. Po priporočilih EUSOMA naj bi imela bolnišnica eno posebej izobraženo medicinsko sestro na vsakih 50 novih rakov dojk na leto. V Sloveniji trenutno tega profila še nimamo, zato je skrajni čas, da pripravimo izobraževalni program.

Ob upoštevanju strogih pogojev in ob dosledni kontroli kakovosti zdravljenja želimo omogočiti vsem ženskam enake možnosti za najboljše zdravljenje.

Onkološko genetsko svetovanje za dednega raka dojk in jajčnikov

Rak je bolezen, ki ima svoj vzrok v mutaciji ali mutacijah DNK (deoksiribonukleinska kislina), zaradi katerih se celice nenadzorovano delijo in postanejo nesmrtno. Večinoma gre za mutacije, ki se v celici nakopičijo sčasoma. Ob kombinaciji ravno pravih mutacij celica postane maligna. Takim rakom pravimo **sporadični** raki.

Pri okoli 10% bolnikov z rakom ugotavljamo kopičenje istih vrst raka v družini, bolniki zbolevaro mlajši od povprečja za posameznega raka, pogostejši so bilateralni raki parnih organov. Takim rakom pravimo **familiarni** raki. Sumimo lahko, da je vzrok za tak vzorec zbolevarja deden. Familiarni raki, za katere poznamo gen (ali gene), ki mutirani privedejo do bolezni, se imenujejo dedni raki. Familiarni in **dedni** raki so predmet onkološkega genetskega svetovanja.

Namen onkološkega genetskega svetovanja je poiskati posameznike in družine, kjer bi bil vzrok za pogosto zbolevarje za nekaterimi raki lahko deden, in jim svetovati najprimernejše ukrepe. Z ukrepi želimo zmanjšati zbolevarje in/ali umrljivost za rakom ter olajšati življenjsko stisko oseb iz ogroženih družin.

Enako kot za druge rake tudi za raka dojk velja, da jih je velika večina sporadičnih in le okoli 5% dednih. Med dednimi so večinoma posledica mutacij genov BRCA 1 in BRCA 2 in le redko drugih genov v sklopu nekaterih sindromov (Li-Fraumeni,

Cowden, Muir Torre in še nekaterih). Dednega raka dojk ne moremo obravnavati ločeno od dednega raka jajčnikov, ker so vzrok za obe bolezni mutacije istih genov, BRCA 1 in BRCA 2.

Gena BRCA 1 (BREAST CANCER) in BRCA 2 so odkrili sredi 90. let pri družinah s kopičenjem raka dojk in jajčnikov. Spadata med t. i. tumorske zaviralce (angleško »tumor suppressor gene«).

Posledica mutacij genov BRCA 1 in BRCA 2 je pogostejše zbolevanje za nekaterimi raki pri nosilcih teh okvar. Verjetnost, da bo ženska, nosilka take okvare, v svojem življenju zbolela za rakom dojk, je kar med 60-85 % (sicer med 6-10 %); zelo velika je tudi verjetnost, da bo zbolela za rakom jajčnikov, in sicer med 20-40 % (sicer med 1-2 %). Zapisane številke so zgolj orientacijske; pomembno je namreč, kateri od obeh genov je mutiran in kakšna je mutacija. Pri mutacijah gena BRCA 1 je ogroženost za raka dojk in jajčnikov bližja zgornjim vrednostim, pri BRCA 2 pa, vsaj za rak jajčnikov, spodnjim.

Mutacija gena BRCA 2 močno poveča ogroženost za raka dojk tudi pri moških. Rak dojk je med moškimi sicer zelo redka bolezen in predstavlja manj kot 1 % rakov dojk. Med nosilci mutacije BRCA 2 pa jih zboli kar 15 %.

V nekaterih zaključenih in zaprtih skupinah ljudi (narodnostnih ali zemljepisnih) se pojavljajo za to skupino tipične mutacije. Take mutacije so našli pri Judih, Islandcih, Nizozemcih in, kot kaže, tudi pri Slovencih.

Mutacije genov BRCA 1 in BRCA 2 so povezane z večjo ogroženostjo tudi za nekatere druge rake. Pri nosilcih mutacije gena BRCA 1 je ogroženost za raka širokega črevesa 3-4 krat večja kot pri nenosilcih. Mutacija gena BRCA 2 je povezana s 3-4 krat večjo ogroženostjo za raka prostate pri moških. Zdi se, da je mutacija gena BRCA 2 povezana tudi s povečano ogroženostjo za raka trebušne slinavke, želodca in ustne votline.

Gledano s strogimi genetskimi merili se bolezen prenaša avtosomno recesivno, glede na visoko verjetnost zbolevanja nosilcev mutacij pa govorimo kar o avtosomno dominantnem načinu dedovanja.

Družinam, katerih člani pogosto zbolijo za rakom dojk in/ali jajčnikov, priporočamo onkološko genetsko svetovanje. Namena svetovanja sta dva. Prvi namen je ugotoviti ali gre v ogroženi družini za dednega raka, in svetovati primerne ukrepe. Drugi namen je svetovanje ukrepov pri nedednem raku; takrat, ko kljub pogostemu zbolevanju v družini dednega raka ne odkrijemo.

Indikacije za svetovanje

Za svetovanje pri dednem raku dojk in jajčnikov se odločimo pri osebah, ki ustrezajo vsaj enemu od naštetih pogojev:

- rak dojk pred 40. letom,
- obojestranski rak dojk,

- rak dojk in jajčnikov,
- moški z rakom dojk,
- pozitivna družinska anamneza;
 - sorodnica v prvem kolenu z rakom dojk pred 40. letom,
 - sorodnik moškega spola v prvem kolenu z rakom dojk,
 - sorodnica v prvem kolenu z obojestranskim rakom dojk,
 - dve sorodnici v prvem ali drugem kolenu z rakom dojk pred 60. letom ali z rakom jajčnikov ne glede na starost,
 - tri sorodnice v prvem ali drugem kolenu z rakom dojk ali jajčnikov, ne glede na starost.

Potek genetskega svetovanja in testiranja

Prvi korak je ocena verjetnosti, da je pogosto zbolevanje v družini posledica dedovanja mutiranih genov BRCA 1 ali BRCA 2. Temelj take ocene je natančna družinska anamneza (krvni sorodniki do tretjega kolena). Po temeljitnem pogovoru s preiskovancem o vseh plateh svetovanja in testiranja izračunamo verjetnost mutacije genov BRCA 1 in BRCA 2 za preiskovanca. V ta namen uporabljamo razvit računalniški program (CaGene 3.3). Kadar je verjetnost, da je preiskovana oseba nosilec mutacij genov BRCA 1 ali BRCA 2 nad 10 %, svetujemo genetsko testiranje.

Po podpisu soglasja preiskovana oseba odda kri za testiranje.

Kadar je le mogoče, kot prvo v družini obravnavamo že zbolelo osebo. Možnost, da bomo v družini našli mutacijo genov BRCA 1 ali BRCA 2, je namreč tako kar dvakrat večja, kot če preiskujemo sorodnika v prvem kolenu, ki doslej še ni zbolel. Prav zato je pri onkološkem genetskem svetovanju sodelovanje cele družine izjemno pomembno.

Izidi testiranja niso enoznačni.

1. Najdemo okvaro genov BRCA 1 ali BRCA 2. V tem primeru je preiskovana oseba bolj ogrožena za raka dojk in jajčnikov.
2. Okvare genov BRCA 1 ali BRCA 2 ne najdemo. Razlogi za to so lahko trije:
 - preiskovana oseba nima mutacije genov BRCA 1 ali BRCA 2,
 - mutacije nismo našli zaradi tehničnih omejitev testa (v 15-20 % primerov),
 - vzrok za povečano zbolevanje v družini je kak drug, še neodkrit gen.
3. Odkrijemo mutacijo genov BRCA 1 ali BRCA 2, katere pomen je še neznan.

O izidih testiranja se ponovno skrbno pogovorimo s preiskovancem in mu svetujemo ukrepe.

Ukrepi pri nosilcih mutacij genov BRCA 1 ali BRCA 2

- Pogoste redne kontrole
 - Dojke
 - mesečno samopregledovanje (10. dan od začetka zadnje menstruacije) z začetkom med 18. in 21. letom
 - klinični pregled dojk na pol leta (prvi pregled med 25. in 35. letom)
 - mamografija v kombinaciji z ultrazvokom 1x letno (prvi pregled med 25. in 35. letom)
 - Jajčniki
 - transvaginalni UZ (z barvnim Dopplerjem) na pol leta (prvi pregled med 25. in 35. letom)
 - transvaginalni UZ 1x letno od 30. do 35. leta naprej
 - Ca 125 na pol leta (prvi pregled med 25. in 35. letom)
 - Kemopreventiva
samo v okviru kliničnih raziskav
- Kirurgija
 - Dojke
 - profilaktična bilateralna mastektomija
(možna takojšnja ali odložena rekonstrukcija)
 - Jajčniki
 - kirurška odstranitev jajčnikov
po končanem rodnem obdobju oz. v starosti, ki je 5 let nižja od najmlajše zbolele sorodnice

Ukrepi pri družinsko močno ogroženih (mutacija ni bila dokazana)

enak program kontrol kot pri nosilcih mutacij genov BRCA 1 ali BRCA 2

Ukrepi pri zmerno ogroženih osebah

testiranje ni bilo indicirano, doživljenjska ogroženost po Clausovem modelu >15 %

- Pogoste redne kontrole
 - Dojke
 - mesečno samopregledovanje (10. dan od začetka zadnje menstruacije) z začetkom med 18. in 21. letom
 - klinični pregled dojk 1x letno (prvi pregled med 25. in 35. letom)
 - mamografija v kombinaciji z ultrazvokom letno (med 35. in 50. letom), kasneje na 18 mesecev
 - Jajčniki
 - transvaginalni UZ (z barvnim Dopplerjem) 1x letno (prvi pregled med 25. in 35. letom)
 - Ca 125 1x letno (prvi pregled med 25. in 35. letom)

Sodobni principi sistemskega zdravljenja raka in preprečevanje komplikacij

Branko Zakotnik

Uvod

S podaljševanjem življenjske dobe bo vedno večje število prebivalcev zbolelo za rakom. Nobena družba ne bo tako bogata, da bo lahko zagotovila najsodobnejše zdravljenje vsem, ki bodo zboleli za rakom, kot zaenkrat to še velja v socialnih državah. Zato bo še kako pomemben moto tega srečanja »Ukrepajmo danes, da bomo živeli jutri«. To pomeni, da bo potrebno z zdravim načinom življenja čim večje število rakov preprečiti s presejanjem ugotoviti čim večje število rakov v najzgodnejših stadijih, za rake, kjer to ni možno, pa uporabiti najsodobnejše in najučinkovitejše načine zdravljenja, saj je le-to najbolj učinkovito in najceneje. O primarni preventivi in presejanju je dovolj povedanega v drugih prispevkih, v svojem prispevku želim podati sodobne principe sistemskega zdravljenja raka in preprečevanje komplikacij tega zdravljenja.

Sodobni principi sistemskega zdravljenja raka

Ko danes raka odkrijemo, je le-ta že pri večini bolnikov razširjen po celem telesu, bodisi kot metastaze ugotovljene z različnimi slikovnimi prikazi, še pogosteje pa kot mikrometastaze. Danes zato večino bolnikov zdravimo dodatno (dopolnilno) z zdravili in/ali obsevanjem, kajti lokalno zdravljenje zagotavlja le začasno ozdravitev, seveda velikokrat na račun hujše mutilacije.

Zdravljenje malignih bolezni danes vključuje pri večini bolnikov kombinacijo lokalnega zdravljenja (kirurgija, obsevanje in dopolnilno zdravljenje z zdravili). Pri nekaterih boleznih je dopolnilno zdravljenje tudi kombinacija sočasnega obsevanja in zdravil. Ker do danes zdravljenje malignih bolezni z zdravili, razen izjem, ni bilo dovolj specifično in učinkovito, je delež bolnikov, pri katerih se bolezen ponovi še vedno previsok. Zaradi majhne specifičnosti, predvsem kemoterapije, pa so bili velikokrat tudi sopojavi pred dobo sodobnih antiemetikov precej neprijetni. Z razvojem molekularne biologije in novih zdravil, ki so večinoma usmerjena samo proti maligno spremenjeni celici, pa lahko upamo, da se bosta tako učinkovitost kot specifičnost (manj sopojavov) močno izboljšali.

Če so bili še pred kratkim v razvojnih oddelkih farmacevtskih podjetij v glavnem citostatiki, so le-ti danes bolj izjema. Danes so to predvsem zdravila, ki temeljijo na sodobnih dognanjih molekularne biologije maligne celice.

*doc. dr. Branko Zakotnik, dr. med.
Onkološki inštitut Ljubljana*

Usklajenost med rastjo in odmiranjem celic v telesu je nujno za zdravje posameznika. Ravno v tem procesu pa zaradi izredne zapletenosti mehanizmov, ki so se z evolucijo razvili, prihaja do napak. Če so te mutacije takšne narave, da takšna celica lahko preživi in se razlikuje od matične celice tako, da se nekontrolirano deli in lahko raste tudi v drugih organskih sistemih (metastazira), govorimo o maligni celici. V tem procesu sodeluje seveda vrsta molekularnih mehanizmov, ki močno presegajo obseg tega prispevka, vendar se želim zaradi lažjega razumevanja osredotočiti na tiste, o katerih danes največ vemo in so že pomembni tudi na kliniki. V praksi še vedno sestavljajo večji del zdravil, ki jih uporabljamo za zdravljenje raka, citostatiki, katerih glavna tarča je ponavadi DNA v jedru celice, redkeje delitveno vreteno. Možnih tarč je seveda več. Verjetno bo potrebno uporabljati za obvladovanje določenega raka več zdravil hkrati, ki bodo delovala na različne tarče, ki so pa za preživetje celice seveda med seboj povezane. Na katere tarče bo potrebno pri posameznem bolniku ciljati, bo verjetno lahko razbrati iz genskega podpisa raka pri posameznem bolniku.

Tarče na katere so usmerjena nova zdravila so: rastni dejavniki (zdravila: monoklonalna protitelesa proti ravnim dejavnikom), receptorji za rastne dejavnike na celični membrani maligne celice (zdravila: monoklonalna protitelesa proti receptorjem za rastne dejavnike), intracelularne signalne poti (zdravila: tirozin kinazni inhibitorji, ...), angigeneza (zdravila: monoklonalna protitelesa proti vaskularnim ravnim dejavnikom), celični matriks (zdravila: inhibitorji matriks metaloproteaze), apoptoza, kontrola celičnega ciklusa.

Podrobneje bi želel omeniti nekaj novih zdravil, ki so že nekaj let v uporabi v praksi: monoklonalna protitelesa in inhibitorje tirozin kinaze (tako imenovane male molekule).

Monoklonalna protitelesa

Na kliniki so se uveljavila monoklonalna protitelesa proti ravnim dejavnikom družine c-erb2 (trastuzumab) pri raku dojke in proti receptorjem na membrani B celičnih limfomov (rituksimab) pri limfomih. Pred kratkim je registriranih več monoklonalnih protiteles proti receptorjem na membrani B celičnih limfomov za zdravljenje limfomov in EGFR - epidermal growth factor receptor (cetuksimab) in VEGF - vaskular epidermal growth factor (bevacizumab) za zdravljenje kolorektalnega raka.

Monoklonalni protitelesi, s katerima imamo v praksi (tudi pri nas) zares iskušnje sta rituksimab pri zdravljenju limfomov, bodisi sam ali še bolje v kombinaciji z že uveljavljeno kemoterapijo, in trastuzumab pri zdravljenju c-erb2 pozitivnega razsejanega raka dojke, sam ali v kombinaciji s kemoterapijo.

Inhibitorji tirozin kinaze

Kot magična krogla v boju proti raku se je pojavil inhibitor tirozin kinaze imatinib mesilat, ki se uporablja za zdravljenje kronične mieloične levkemije in gastrointestinalnega stromalnega tumorja (redka vrsta sarkoma, ki se pojavlja v prebavnem traktu).

V prospektivni klinični raziskavi pri kronični mieloični levkemiji, ki je primerjala standardno zdravljenje z interferonom in citarabinom z imatinib mesilatom, so ugotavljali za 0.183 manjšo verjetnost progressa pri bolnikih, ki so prejeli imatinib mesilat.

V moderni medicini je izredna redkost, da je neko zdravilo registrirano, če ni opravljena prospektivna randomizirana klinična raziskava. Izboljšanje zdravljenja je ponavadi tako majhno, da ga moramo dokazovati z raziskavami, ki vključujejo izredno veliko število bolnikov. Ravno to se je zgodilo na primeru imatinib mesilata pri zdravljenju razsejanega gastrointestinalnega stromalnega tumorja. Odgovor na zdravljenje, pri tej sicer neozdravljivi bolezni, opazamo v 80 %. Srednji čas do progressa bolezni trenutno zanesljivo še ni znan, saj se zdravilo uporablja v klinični praksi komaj nekaj let.

Takšnega uspeha pa niso dosegli s tirozin kinaznim inhibitorjem gefitinibom, saj sta bili veliki prospektivni klinični raziskavi pri nemikrocelularnem raku pljuč v kombinaciji s kemoterapijo veliko razočaranje. Dodatek gefitiniba namreč ni izboljšal izhoda zdravljenja. Novejši podatki pa kažejo, da je gefitinib učinkovit le pri določenih bolnikih z določeno mutacijo (podpis tumorja).

Razvijajo še veliko novih tirozin kinaznih inhibitorjev. Velika prednost teh zdravil je enostavno peroralno jemanje in blagi sopojava.

Preprečevanje komplikacij sistemskega zdravljenja

Komplikacije sistemskega zdravljenja so najbolj znane in raziskane za citostatike, o tem bom v glavnem govoril. Zelo je pomembno, da medicinska sestra pozna te sopojava, saj je vedno več bolnikov, ki prejema kemoterapijo, večina ambulantno, in zaradi komplikacij iščejo pomoč bodisi v zdravstvenem domu ali regionalni bolnišnici. Akutni sopojava po kemoterapiji so podani v tabeli 1.

Tabela 1

AKUTNI SOPOJAVI PO KEMOTERAPIJI

1. SLABOST IN BRUHANJE
 2. MIELOSUPRESIJA IN INFEKCIJE
 3. OKVARE SLUZNIC (MUKOZITIS) IN PREBAVNE MOTNJE
 4. OSTALI AKUTNI SOPOJAVI
-

Slabost in bruhanje

Preprečevanje in zdravljenje slabosti in bruhanja (S/B) pri bolniku z maligno boleznijo je izrednega pomena, saj le-to lahko povzroči metabolna neravnovesja, podhranjenost in anoreksijo, poslabšanje bolnikovega psihofizičnega počutja in opustitev zdravljenja.

- **Slabost** je neprijeten občutek valovanja v žrelu in/ali epigastriju. Ob tem je salivacija povečana, ni motilitete želodca, manjša je sekrecija želodčne kisline in pojavlja se retroperistaltika dvanajstnika. Bolniki so bledi, potni in tahikardni.
- **Bruhanje** je prisilno izločanje vsebine želodca, dvanajstnika in jejunuma skozi usta. Ob tem nastopa kontrakcija respiratornih mišic in m. rectus abdominis.

Slabost je za bolnike mnogo bolj moteča kot **bruhanje**.

Raziskave kažejo, da sta slabost in bruhanje dve različni entiteti.

Kljub velikemu napredku pri farmakološkem zdravljenju slabosti in bruhanja, sta to še vedno dva najbolj moteča sopojava za bolnike z rakom in njihove družine.

Pri bolnikih, ki jih zdravimo s kemoterapijo (KT) S/B običajno delimo na:

- **anticipatorna** - pred ali med aplikacijo KT
- **akutna** - 0-24h po KT
- **kasna** - 24h do več dni po KT

Najpogostejši vzroki S/B pri bolnikih z rakom so emetogena kemoterapija in obsevanje gastrointestinalnega trakta (GIT), jeter ali možganov. Drugi možni razlogi so elektrolitne motnje, kot so hiperkalcemija, hipovolemija in intoksikacija z vodo; rast tumorja v GIT, jetrih ali centralnem živčnem sistemu; zaprtje; nekatera zdravila kot npr. opiat; infekt ali sepsa; uremija in psihološki dejavniki. Za uspešno zdravljenje S/B moramo ugotoviti pravi vzrok, vzrokov pa je lahko tudi več hkrati.

Anticipatorna S/B se pojavi pred zdravljenjem kot pogojni refleks na specifične dražljaje iz okolice (določeni predmeti, vonji, okusi). Približno 10 % - 44 % bolnikov, ki prejema kemoterapijo ima anticipatorno S/B pred infuzijo KT ali med njo. Pojavlja se zelo različno, ponavadi pa ob četrtem ali petem krogu kemoterapije. Anticipatorna S/B se bo bolj verjetno pojavila pri bolnikih, ki prejemajo močno emetogeno KT, pri anksioznih bolnikih, pri tistih z motnjami razpoloženja in z manjšo sposobnostjo prilagajanja na stres. Nefarmakološki ukrepi, kot so hipnoza, relaksacija in druge sprostitvene tehnike lahko omilijo anticipatorno S/B, kakor tudi nekatera anksiolitična zdravila, kot so benzodiazepini, posebno še lorazepam.

Kemoterapija je najčešči vzrok S/B kot posledica zdravljenja. Kako pogosto se S/B pojavlja in kako huda je, je odvisno od vrste dejavnikov: emetogenosti citostatika, doze, sheme in načina aplikacije ter bolnika (manj so podvrženi S/B moški kot ženske, alkoholiki, tisti, ki v anamnezi nimajo S/B v nosečnosti ali pri vožnji). Pri večini bolnikov lahko danes S/B in bruhanje po KT in obsevanju s pravilnim in pravočasnim zdravljenjem preprečimo. To velja predvsem za akutno S/B, manj za

kasno. Najpomembnejši ukrep, s katerim lahko kasno S/B preprečimo, je dobra kontrola akutne S/B. Z zdravili, ki jih imamo danes na voljo lahko preprečujemo bruhanje bolj uspešno kot slabost.

Radioterapija: Bolniki, ki se obsevajo, imajo lahko tudi anticipatorno S/B, v glavnem se pa S/B pojavlja najčešče pri bolnikih, ki si obsevajo GIT ali možgane. Podobno kot pri kemoterapiji tudi pri obsevanju pomembno vpliva na pojav S/B doza obsevanja. V glavnem velja, da večja kot je dnevna frakcija doze in večji kot je volumen tkiva, ki ga obsevamo, večji vpliv bo to imelo na pojav S/B. Še posebno to velja za polja, ki vključujejo GIT (posebno še tanko črevo in želodec). S/B po obsevanju je ponavadi akutna in se pojavi pol ure do nekaj ur po obsevanju.

Zdravljenje

Najpogosteje zdravimo S/B z antiemetiki. Veliko antiemetikov deluje preko kompetitivne inhibicije serotonina, histamina, dopamina, acetilholina in številnih drugih nevrottransmiterjev. Mehanizem delovanja kortikosteroidov ni poznan, verjetno pa vplivajo na aktivnost prostaglandinov v možganih. Benzodiazepini nimajo intrinzične antiemetične aktivnosti v monoterapiji, izboljšajo pa učinek ostalih antiemetikov v kombinaciji. Najverjetneje delujejo na centre v možganih, možganskem deblu in hrbtenjači. Delujejo anksiolitično, sedativno in imajo anterogradni amnestični učinek. Poleg tega močno ublažijo ekstrapiramidne sopojava, še posebno akatizijo (subjektivni občutek nemira), ki nastopajo kot stranski učinek blokatorjev receptorjev dopamina. Antiemetike uporabljamo ali same ali v kombinaciji. Smiselno je kombinirati iz različnih skupin - dopaminski antagonisti, 5HT3 antagonisti, kortikosteroidi, anksiolitiki in inhibitor substance P, ki še dodatno izboljša kontrolo S/B (pri nas še neregistriran).

Mielosupresija in infekcije

Mielosupresija je posledica delovanja citostatikov na tvorbo krvnih celic v kostnem mozgu in kot posledico opazamo lahko: znižano število nevtrofilcev (nevtropenija), znižano število trombocitov (trombopenija) in znižano število eritrocitov (anemijo). Sopojava so najbolj izraženi 7.-14. dan po KT, izzvenijo pa ponavadi v 21-28 dneh.

Nevtropenija

V času nevtropenije so bolniki ogroženi najbolj zaradi bakterijskih infektov, če le-ta traja dlje pa zaradi glivičnih infektov. Trajanje nevtropenije pri ambulantnem zdravljenju je ponavadi manj kot teden dni. Tveganje za okužbo je odvisno od stopnje nevtropenije, ki jo opredelimo po stopnji svetovne zdravstvene organizacije (WHO) in je prikazana v tabeli 2.

Tabela 2. Stopnja nevtropenije

STOPNJA (WHO)	0	1	2	3	4
Nevtrofilci (x109/l)	≥ 2,0	1,5- 1,9	1,0- 1,4	0,5- 0,9	< 0,5

Če nastopi pri bolniku, ki ima 4. stopnjo nevtropenije, vročina nad 38,5°C, je to



FEBRILNA NEVTROPENIJA



URGENTNO STANJE!

Tak bolnik je življenjsko ogrožen in mora **takoj** k zdravniku. Jasno je torej, da moramo bolnika, ki prejema kemoterapijo in dobi vročino seveda klinično pregledati in mu **odvzeti tudi kri!** Tak bolnik potrebuje širokospektralne antibiotike in glede na klinično stanje velikokrat tudi sprejem v bolnišnico.

Trombopenija

Klinični znaki trombopenije so purpura (pikčaste krvavitve v koži, ki izgledajo kot izpuščaj), petehije, krvavitve. Tveganje krvavitve je večje, čim večja je stopnja trombopenije (tabela 3). Bolniki z znaki krvavitve potrebujejo transfuzijo koncentriranih trombocitov.

Tabela 3. Stopnja trombopenije

STOPNJA (WHO)	0	1	2	3	4
Trombociti (x109/l)	≥ 100	75- 99	50-74	25-49	< 25

Anemija

Klinični znaki anemije se kažejo kot utrujenost, glavobol, težka sapa, najprej ob naporu, bolečine v prsih, bledica. Ukrepamo glede na klinične znake, ki so pogosto pogojeni s spremljajočimi boleznimi, ki jih ima bolnik. Delitev anemije na stopnje svetovne zdravstvene organizacije prikazuje tabela 4. Terapevtski ukrep je transfuzija koncentriranih eritrocitov, lahko se odločimo tudi za zdravljenje z eritropoetinom.

Tabela 4. Stopnja anemije

STOPNJA (WHO)	0	1	2	3	4
Hemoglobin (g/l)	≥ 110	95- 109	80-94	65-79	< 65

Okvare sluznic in prebavne motnje

Stomatitis je okvara ustne sluznice. Nastopi po kemoterapiji in po obsevanju, če so sluznice v polju obsevanja, najhuje pa je izražen pri sočasnem obsevanju in kemoterapiji zaradi raka na področju glave in vratu. V terapiji uporabljamo adstringense, antibiotike, antimikotike in analgetike. V primeru povišane temperature apliciramo zdravila sistemske (vedno preverimo nevtrofilce, saj je nevtropenija velikokrat povezana z mukozitisom).

Ezofagitis okvara sluznice požiralnika. Pogostejša je pri obsevanju in sočasnem obsevanju in kemoterapiji. Bolniki imajo težave pri požiranju, bolečine v prsnem košu. Ukrepi so podobni kot pri mukozitisu, velikokrat je potrebna popolna parenteralna prehrana.

Driske pri uporabi kemoterapije, predvsem 5-FU, kapecitabina in CPT-11. Pozorni moramo biti, da zdravljenje takoj prekinemo, apliciramo infuzije, da ne pride do dehidracije in pri CPT-11 uvedemo zdravljenje po predpisani shemi z loperamidom.

Zaprto povzročajo nekateri citostatiki (vinka alkaloidi, ki okvarjajo avtonomno živčevje). Uporabljamo odvajala in mehčalce stolice.

OSTALI AKUTNI SOPOJAVI

- **NEFROTOKSIČNOST** (znaki opovedi ledvic- cisplatin)
- **KARDIOTOKSIČNOST** (srčno popuščanje - antraciklini)
- **NEVROTOKSIČNOST, OTOTOKSIČNOST** (cisplatin)
- **EKSTRAVAZACIJA** (vezikanti!)
- **NEZNANI SOPOJAVI PRI BOLNIKI, KI SO VKLJUČENI V KLINIČNE RAZISKAVE Z NOVIMI ZDRAVILI!!!**

Glavna komplikacija zdravljenja z monoklonalnimi protitelesi so alergične reakcije, zato mora tako zdravljenje potekati v centrih, ki so primerno opremljeni in izobraženi za pravilno ukrepanje. Ukrepi se ne razlikujejo od zdravljenja drugih alergičnih reakcij, zato na tem mestu tega ne bom podajal. Sopojava zdravljenja s tirozin kinaznimi inhibitorji so blagi in ponavadi prehodni. Pojavljajo se alergični izpuščaj, edemi, najpogostejše okoli oči in krči v mišicah.

Zaključek

Rak postaja tudi v naši družbi vedno bolj pogosta bolezen in tudi več načinov zdravljenja je na razpolago. Zdravljenje raka in skrb za bolnike s komplikacijami takega zdravljenja ne bo več možen le v eni centralni ustanovi, zato bodo morali biti vsi zdravniki in medicinske sestre, ki delajo z bolniki natančno seznanjeni z vsemi možnostmi zdravljenja kakor tudi možnimi komplikacijami in ustreznim ukrepanjem.

Literatura

- Coiffier B, Lepage E, Briere J, et al. CHOP chemotherapy plus rituximab compared with CHOP alone in elderly patients with diffuse large-B-cell lymphoma. *N Engl J Med* 346 (4): 235-42, 2002.
- Montemurro F, Choa G, Faggiuolo R, Donadio M, Minischetti M, Durando A, Capaldi A, Vietti-Ramus G, Alabiso O, Aglietta M A phase II study of three-weekly docetaxel and weekly trastuzumab in HER2-overexpressing advanced breast cancer. *Oncology*. 2004;66(1):38-45
- Drucker B: STI571 (Imatinib) versus interferon (IFN) + cytarabine as initial therapy for patients with CML: results of a randomized study. *Proceedings of the American Society of Clinical Oncology* 21: A-1, 1a, 2002
- Joensuu H, Fletcher C, Dimitrijevic S, Silberman S, Roberts P, Demetri G. Management of malignant gastrointestinal stromal tumours. *Lancet Oncol*. 2002 Nov;3(11):655-64.
- Cancer: Principles & Practice of Oncology, Fifth Edition; edited by Vincent T. DeVita, Jr. M.D., Samuel Hellman, M.D., Steven A. Rosenberg, M.D. Ph.D.; Chapter 53, str. 2705-2806, Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia 1997
- Zakotnik, B. Zdravljenje slabosti in bruhanja pri bolnikih z rakom. *Onkologija* (Ljubl.), 2000, letn. 4, št. 1, str. 24-26.
- R.J. Gralla, D. Osoba, M.G. Kris et al., Recommendations for the use of antiemetics: evidence-based, clinical practice guidelines. *American Society of Clinical Oncology. J. Clin. Oncol.* 17 (1999), pp. 2971-2994
- de Wit R, Herrstedt J, Rapoport B, Carides AD, Carides G, Elmer M, Schmidt C, Evans JK, Horgan KJ. Addition of the oral NK1 antagonist aprepitant to standard antiemetics provides protection against nausea and vomiting during multiple cycles of cisplatin-based chemotherapy. *J Clin Oncol*. 2003 Nov 15;21(22):4105-11. Epub 2003 Oct 14.
- Thomas G, Dembo A, Fyles A, Gadalla T, Beale F, Bean H, Pringle J, Rawlings G, Bush R, Black B. Concurrent chemoradiation in advanced cervical cancer *Gynecol Oncol*; 38(3):446-51 1990

Psihološki vidiki zdravljenja in rehabilitacije bolnikov z rakom

Andreja Cirila Škufca Smrdel, Petra Bavčar

Bolezen rak poseže v življenje največkrat nenadoma in nepričakovano. Običajen, utečen red življenja se prekine z vstopom v zdravljenje, ki je kot nov svet - poteka po nekem pravilu, redu, ki pa je za posameznika popolnoma neznan, hkrati pa se srečuje še z zanj novo in velikokrat tujo govorico. Med odkritjem bolezni in začetkom zdravljenja lahko včasih preteče zelo malo časa; samo zdravljenje pa je običajno dolgotrajno, kombinirano in bolnike še dodatno prizadene s stranskimi učinki.

Nekateri bolniki lahko zelo hitro razumejo, kaj se dogaja v zvezi z boleznijo in zdravljenjem, sicer pa je dojemanje bolezni in spoprijemanje z njo dolgotrajen in postopen proces. Poleg tega je ta proces zelo individualen, nanj vplivajo mnogi dejavniki.

Na začetku so središče bolnikovega soočanja sama diagnoza rak, obremenitve, ki jih prinaša zdravljenje, in fiziološke omejitve. Prej enostavne aktivnosti (npr. osebna higiena) lahko zahtevajo kar precej prilagajanja in motivacije. V času rehabilitacije prihajajo v ospredje nove posledice bolezni, kot so na primer vrnitev na delo, ponovno vključevanje v družinsko in socialno okolje. Bolnikovo zavedanje teh sprememb je lahko enako stresno kot sama diagnoza.

Dejavniki psihosocialne prilagoditve na bolezen

Kako se bo posameznik prilagodil na bolezen in spremembe, ki jih prinašajo posledice bolezni in njenega zdravljenja, je odvisno od številnih dejavnikov; tako dejavnikov same bolezni in zdravljenja kot tudi osebnostnih dejavnikov ter dejavnikov socialnega okolja.

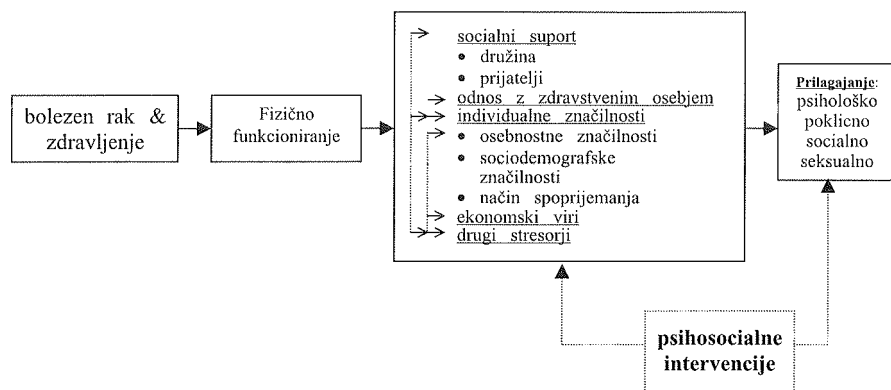
Mnogi bolniki zmorejo sami aktivno sodelovati pri zdravljenju in se dobro rehabilitirati, drugi pa potrebujejo pri tem pomoč in spodbudo. Ob soočanju z boleznijo lahko bolnikom in/ali njihovim družinskim članom pomoč nudijo zdravstveni strokovnjaki; med njimi ima pomembno mesto medicinska sestra, saj je tisti član zdravstvenega tima, ki preživi neposredno ob bolniku največ časa. Pomembno podporo in pomoč lahko nudijo bolniku tudi ljudje s podobno izkušnjo bolezni; poleg neformalnih oblik imajo na področju terciarne preventivne pomembno vlogo organizirane oblike medsebojne pomoči bolnikov.

Andreja Cirila Škufca Smrdel, spec. klin. psih.

Onkološki inštitut Ljubljana

Petra Bavčar, univ. dipl. psih.

KC - Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo Ljubljana



SLIKA 1: Model psihosocialnega prilagajanja bolnikov z rakom (Kornblith AB in sod., 1995; po Holland, 1998)

Način spoprijemanja z boleznijo kot dejavnik prilagajanja

Že v našem vsakdanjem življenju mrgoli izkušenj, ki kažejo na to, da posameznikov odziv na stresno situacijo ni odvisen toliko od situacije same, kot od tega, kako jo posameznik vidi, kako jo ocenjuje. Zato se lahko na enako situacijo dve osebi popolnoma različno odzoveta.

Podobno je v bolezni. Simptomi bolezni ali učinki zdravljenja ne pogojujejo čustvenega odziva sami po sebi, pač pa ga pogojuje **pomen**, ki jim ga posameznik pripiše; pogojuje ga vsakokratni odgovor na vprašanja: »Kako velika je grožnja bolezni? Kaj lahko v zvezi s tem naredim? Kakšna je prognoza bolezni?«

Raziskovalca Greer in Moorey (1987) sta prepoznala pet značilnih stilov spoprijemanja z boleznijo: bojevanje (fighting spirit), izogibanje/zanikanje, fatalizem/stoično sprejemanje, nemoč/brezup ter anksiozne preokupacije. Način spoprijemanja s stresom oblikujemo tekom življenja; posameznik se na različne strese podobno odziva. Na opisane mehanizme pa ne moremo gledati kot na »boljše« ali »slabše«; način spoprijemanja postane nefunkcionalen takrat, kadar je neprožen, nespremenljiv in znižuje sposobnost posameznika za reševanje problema. Namen poznavanja stilov spoprijemanja ni v tem, da bolnike »predalčkamo«, ampak da razumemo njihovo včasih na prvi pogled nerazumljivo ali celo proti zdravstvenim delavcem naperjeno vedenje.

Pri bolnikih, ki se aktivno spoprijemajo z boleznijo (**bojevanje / fighting spirit**), se to pogosto izraža v izjavah: »Svojo bolezen vidim kot izziv.«, »Poskušam živeti naprej

tako, kot do sedaj.«. Tak bolnik na bolezen gleda kot na izziv in ima pozitiven odnos do izhoda bolezni, lahko tudi preveč optimističen glede na okoliščine. Verjame, da lahko sam pripomore k zdravljenju, zato sprejema v njem aktivno vlogo, skuša pridobiti čim več informacij v zvezi z boleznijo in ostati čim bolj vključen v svoje normalne aktivnosti.

Zdravstveni delavci lahko doživljajo stisko in imajo težave v komunikaciji takrat, ko je razhajanje med dejanskim stanjem bolnika in njegovim optimističnim pogledom preveliko.

Zanikanje / izogibanje se odraža v izjavah: *»Dojko so mi odstranili samo preventivno.«*, *»Saj ni tako resno.«*. Funkcija mehanizma zanikanja je v tem, da zaščiti bolnika pred situacijo, ki je v tistem trenutku zanj preboleča in bi resno ogrozila njegovo psihično ravnovesje. Tako pa ob zanikanju grožnjo bolezni doživlja kot majhno, po njegovem je prognoza dobra.

Zdravstvenim delavcem je velikokrat težko delati z bolnikom, ki zanika situacijo; ki ves jezen trdi, da mu o bolezni ni nihče nič povedal. Da se odnos ne zaostri, je potrebno ohranjanje nevtralne drže, v komunikaciji pa podajanje pomembnih in resničnih informacij, ki so po potrebi lahko delne in postopne.

Poznamo pa še posebno obliko, t. i. **pozitivno izogibanje**, kjer posameznik živi, ne da bi mislil na raka in uporablja različne oblike preusmerjanja (misli in vedenja), da bi to dosegel. O sebi pa lahko pove: *»Preveč sem zaposlen-a, da bi o tem lahko razmišljal-a.«*

Tak bolnik se bo izogibal komunikaciji z drugimi bolniki, branju literature s tega področja, zadostujejo mu informacije, ki jih pove zdravnik. Raziskave so pokazale, da bolniki s to obliko spoprijemanja redkeje razvijejo anksiozno depresivno stanje.

Fatalizem / stoično sprejemanje se odraža v prepričanjih: *»Vse je v rokah zdravnikov / Boga / usode.«*, *»Imela sem dobro življenje; vse, kar je morebiti še ostalo, je bonus.«*. Tak posameznik pasivno sprejema bolezen in ne razvije aktivnih strategij spoprijemanja z njo. Verjame, da sam na svojo situacijo ne more vplivati, grožnjo bolezni zaznava ali kot majhno ali pa kot veliko; v slednjem primeru lahko pogosto pride do anksiozno depresivne simptomatike.

Kadar v spoprijemanju bolnikov z boleznijo prevladujeta **brezup / nemoč**, je posameznik preplavljen z grožnjo bolezni. Vsa njegova pozornost je usmerjena na možno izgubo življenja ali na bolezen kot poraz; pri tem doživlja, da nima pomembne kontrole nad situacijo. Posameznik se lahko popolnoma *»vda«*, preneha z ostalimi aktivnostmi. Pogosto bo rekel: *»Ničesar ni, kar bi mi lahko še pomagalo.«*, *»Kakšen smisel še ima nadaljevati?«*. Ti bolniki so rizični v smislu razvoja klinične depresije, zato mora biti pozornost zdravstvenega osebja usmerjena na pravočasno napotitev le-teh v strokovno obravnavo.

Anksiozno doživljanje in misli so tipične za stil spoprijemanja z boleznijo, ki se imenuje **anksiozne preokupacije**. Bolniki npr. povedo: *»Bojim se, da bi se vse skupaj ponovilo.«*, *»Težko mi je živeti s tem, da ne vem, kaj se bo zgodilo v prihodnosti.«*. V

ospredju doživljanja je strah, da bi se bolezen ponovila, da bi se simptomi stopnjevali, vsaka fizična sprememba je prepoznavna kot znak nove bolezni. Bolnike je strah tudi, ali bodo zmogli obvladovati vsakodnevne zahteve v družinskem, poklicnem in socialnem življenju. Njihovo vedenje usmerja predvsem potreba po iskanju varnosti, kot so npr. zagotovila zdravnika. Pogosteje se poslužujejo alternativnih oblik terapije, hlatajo po informacijah o raku. Isto vprašanje zastavljajo več strokovnjakom in primerjajo njihove odgovore med seboj. Ob bolezni, ki jo bolnik doživlja kot veliko grožnjo, je taka oseba negotova glede lastnih zmožnosti kontrole nad situacijo in tudi prihodnost doživlja kot nepredvidljivo. Tudi ti bolniki so bolj nagnjeni k razvoju anksiozno depresivne simptomatike.

Raziskovalci so iskali povezavo med načinom spoprijemanja z boleznijo ter preživetjem; našli so pozitivno povezavo med preživetjem in strategijo bojevanja, pa tudi s strategijo pozitivnega izogibanja. Zaradi nekaterih metodoloških pomanjkljivosti izsledki teh raziskav niso popolnoma zanesljivi; enoznačno pa so dokazali povezavo med temi aktivnimi načini spoprijemanja na eni strani ter psihološkim distresom in kvaliteto življenja na drugi strani (Moorey in Greer, 1987).

Nekatere posebne skupine bolnikov

Za medicinske sestre in ostalo zdravstveno osebje je pomembno, da zaznajo tako bolnike z nefunkcionalnim načinom spoprijemanja kot tudi tiste, ki zaradi specifičnih okoliščin bolezni in zdravljenja večkrat potrebujejo dodatno pomoč in obravnavo. V nadaljevanju so navedene nekatere od posebnih skupin bolnikov, pri tem pa ne smemo pozabiti na drugačnost in enkratnost vsakega bolnika, ki zato zahteva tudi individualni pristop v obravnavi.

Bolečina je pri bolnikih z rakom močno povezana s čustvenim stanjem. Pri diagnozi rak dobi vsaka bolečina velik psihološki pomen. Bolnik se namreč na vsako nelagodno občutje osredotoči z največjo pozornostjo, velikokrat zaradi strahu, da to lahko pomeni ponovitev ali razširitev raka.

Bolečina je zelo kompleksen občutek; na njen nastanek vplivajo v prvi vrsti tako fiziološki vzroki kot tudi psihološki in socialni dejavniki; slednji lahko zmanjšujejo ali povečujejo moč doživljanja bolečine. Tudi če z medicinskimi diagnostičnimi postopki fiziološkega vzroka bolečine ni moč odkriti, to nikakor ne pomeni, da bolnika ne boli oziroma da si »izmišlja«. Poleg medikamentozne terapije je pri obravnavi bolečine pomemben odnos med bolnikom in zdravstvenim osebjem ter ustrezna edukacija bolnika. Velikokrat mora namreč bolnik bolečino sprejeti in se z njo naučiti živeti.

Specifične okoliščine so lahko vezane tudi na starost bolnika; posebno pozornost je potrebno posvetiti zelo mladim in starejšim bolnikom. Pri zelo mladih bolnikih so situacija bolezni in zdravljenja ter simbolni pomen bolezni (npr. rak dojke ali testisov za področje seksualnosti) v konfliktu s siceršnjimi razvojnimi nalogami tega obdobja, kot so vzpostavlanje partnerske zveze, načrtovanje družine, vzgoja

otrok, poklicno udejstvovanje ipd. Starejši bolniki pa so v tem obdobju že v osnovi lahko izpostavljeni različnim stresnim situacijam, kot so upokožitev, odhod otrok od doma, izguba partnerja, večkrat je njihova skrb zaradi fizioloških omejitev usmerjana tudi v zmožnost vsakodnevnega funkcioniranja.

Proces soočanja z boleznijo močno zaznamuje tudi nedavna *izguba bližnje osebe*. Bolnik, ki je še v tem procesu žalovanja, je že postavljen pred nove izgube (izguba zdravja, dela telesa, izguba telesne funkcije, dohodka) ter nove spremembe (znižana samopodoba, spremenjene utečene življenjske vloge). Tako nakopičeni veliki stresni dogodki lahko presežejo osebnostno plastičnost posameznika, ki lahko razvije simptomatiko psihiatrične motnje.

Posebna skupina bolnikov so tisti, ki so pred nastopom bolezni že imeli kakšno *psihiatrično motnjo* in/ali imeli težave z odvisnostjo od alkohola ali drugih substanc. V teh primerih je v prvi vrsti potrebno, da bolnik nadaljuje z že začeto psihiatrično obravnavo oziroma se vanjo vključi. Pri zdravljenju raka pa je potrebno, da se zdravstveni delavci zavedajo mogočih lastnih predsodkov, ki se lahko izražajo npr. v misli »saj ta je pa psihiatričen«.

Raziskave potrjujejo, da **psihosocialni suport**, ki je nujen bolnikom med zdravljenjem in po njem, izboljšuje njihovo kvaliteto življenja (Holland, 1998); to torej pomeni, da je socialni suport pomembna okoliščina bolezni in zdravljenja. Pomanjkljiv suport s strani ožje in širše socialne okolice lahko pomeni, da bolnik nima emocionalnega suporta (bolnik nima možnosti, da podeli svoje doživljanje z nekom, ki ga posluša in ga razume), instrumentalnega suporta (nima konkretne pomoči pri negi in drugih vsakodnevnih aktivnostih, nima potrebne finančne pomoči) ter informacijskega suporta (bolnik nima nikogar, ki bi mu pridobil pomembne informacije, s katerim bi se pogovoril o svojih odločitvah glede zdravljenja, ipd.). Lažje je prepoznati tiste bolnike, ki so socialno izolirani, kot pa bolnike, ki imajo okoli sebe ljudi, vendar jim ti ne nudijo ustreznega suporta (npr. ob konfliktnih družinskih odnosih).

Medicinska sestra kot pomemben del zdravstvenega tima

Pri delu z bolnikom na vseh stopnjah zdravljenja in rehabilitacije sta enako pomembna tako ustrezna strokovna obravnava kot tudi primeren odnos do bolnika. Medicinska sestra je pri tem še posebej pomembna, saj preživi neposredno ob bolniku največ časa. Poleg tega pa je medicinska sestra pri svojem delu z bolniki zelo izpostavljena, zato nekateri avtorji za njeno delo uporabljajo prisposodobeno »prve bojne črte«.

Odnos zdravstvenega osebja naj bi bolniku vzbujal občutja varnosti, zaupanja do posegov in terapije ter s tem postavljajl osnovo za bolnikovo aktivno sodelovanje v zdravljenju; odnos osebja je tisti, ki daje bolniku občutek, da je obravnavan kot oseba in ne kot številka - in sicer tudi v polnih ambulantah in prenapolnjenih oddelkih. Tak sprejemajoč in pozitivni odnos se lahko kaže v čisto vsakodnevnih kontaktih in komunikaciji - da bolnika pozdravimo; ga povprašamo, kako mu gre

(kadar imamo čas, da prisluhnemo njegovemu odgovoru); ob posegih spoštljivo vstopamo v njegov osebni prostor, mu glede na dane prostorske možnosti zagotovimo intimnost pri pregledu, mu sprotno vnaprej povemo, kaj delamo pri posameznem posegu, ipd.

Komunikacija z bolnikom ima pomembno informacijsko funkcijo; podajanje nasvetov, napotkov in edukacija je naloga vsakega člana zdravstvenega tima, kjer vsakdo informira s svojega poklicnega vidika. V najširšem smislu pa ima komunikacija z bolnikom tudi pomembno psihološko funkcijo, saj lahko na primer že natančno informiranje o planiranem posegu zmanjša negativno emocionalno stanje tesnobe in napetosti. Raziskave so pokazale, da informativne intervencije posredno izboljšujejo občutek kontrole nad situacijo bolezni in zdravljenja pri bolnikih in njihovih družinah in prispevajo k boljšemu funkcioniranju in splošnemu počutju (Holland, 1998).

V komunikaciji člani zdravstvenega tima niso samo dajalci, ampak tudi prejemniki informacij, podanih tako v besedni kot v nebesedni obliki s strani bolnikov in/ali njihovih svojcev. Poleg informacij o poteku zdravljenja ter težavah, ki se pri tem pojavljajo, pa so pomembna tudi sporočila o bolnikovem počutju in psihičnem stanju.

Raziskovalci s področja psihoonkologije v zadnjih letih opozarjajo, da prav zato, ker sta anksioznost in depresivnost ob procesu spoprijemanja z boleznijo tako običajni in pričakovani doživljanji, velikokrat spregledamo tiste bolnike, ki ob tem potrebujejo še dodatno pomoč, več pogovora in spodbude s strani medicinskih sester in lečečih onkologov, pa do tiste, ki potrebujejo obravnavo pri ustreznih strokovnjakih, kot so klinični psihologi, psihiatri in socialni delavci.

Organizirane oblike samopomoči na področju terciarne preventive

V zadnjih dvajsetih letih se tudi v naši državi kot dopolnilo zdravstveni oskrbi bolnikov vse bolj razvijajo različne oblike organizirane samopomoči. Gre za društva bolnikov, ki s svojimi strokovnimi programi sledijo najnovejšim izsledkom medicinske znanosti s področja, na katerem delujejo. Njihovi programi obsegajo organizirano samopomoč, publicistično dejavnost ter zavzemanje za spremembe v zdravstveni politiki.

Programi organizirane samopomoči omogočajo bolnikom, da svoje doživljanje podelijo z ljudmi s podobnimi izkušnjami, saj bolniki velikokrat čutijo, da jih zgolj le-ti lahko tudi razumejo. Ob izkušnji, da niso sami s svojimi težavami in s svojim doživljanjem, tudi premagujejo socialno stigmatizacijo ali izoliranost. Programi pomenijo tudi dobro priložnost za pretok informacij med bolniki, njihovimi svojci in zdravstvenimi delavci.

Raznovrstno je tudi sodelovanje zdravstvenih delavcev s programi društev. Za vse pa je pomembno, da so seznanjeni s tem, kateri programi so na voljo in kam je bolnike

z določeno lokalizacijo bolezni mogoče napotiti (društva bolnikov so večinoma organizirana po vrstah obolenj).

V Sloveniji se bolniki lahko vključujejo v naslednja društva:

- Društvo onkoloških bolnikov Slovenije, ki združuje vse onkološke bolnike z različnimi vrstami obolenj ter njihove svojce; največ programov je razvitih za ženske z rakom dojke,
- Društvo laringektomiranih Slovenije, kjer se združujejo bolniki po laringektomiji in njihovi svojci,
- Invalidsko društvo ILCO, namenjeno osebam s stomo,
- ustanova Mali Vitez, ki je fundacija za pomoč mladim, ozdravelim od raka.

Poleg društev, v katera se združujejo onkološki bolniki, lahko omenimo še društva, katerih programi so usmerjeni pretežno v preventivo raka in spreminjanje zdravstvene politike, kot sta npr. Europa Donna - Slovensko nacionalno združenje za boj proti raku dojke in Zveza društev za boj proti raku.

Zaključek:

Psihološki vidiki zdravljenja in rehabilitacije pomembno prispevajo k celostni obravnavi bolnikov z rakom. Za medicinsko sestro, ki preživi neposredno ob bolniku največ časa in je pri svojem delu tudi zelo izpostavljena, je zato pomembno, da razume bolnikovo doživljanje ob soočanju z boleznijo in njenim zdravljenjem ter dejavnike, ki nanj pomembno vplivajo. Celostno obravnavo bolnikov ter učinkovito terciarno preventivo lahko omogočimo le s poznavanjem različnih oblik pomoči bolnikom ter z njihovo medsebojno strokovno povezanostjo.

Viri:

- Havelka M. *Zdravstvena psihologija*. Jastrebarsko: Slap, 1998.
- Holland J. *Psycho-Oncology*. Oxford, New York: Oxford University Press, 1998.
- Moorey S., Greer S. *Cognitive Behaviour Therapy for People with Cancer*. Oxford, New York: Oxford University Press, 2002.
- Vegelj Pirc M., Škufca AC. Psihoonkologija. V: Velepč M, Skela Savič B (ur.): *Priročnik iz onkološke zdravstvene nege in onkologije*. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, 2000: 217-226.

Znanje in stališča bolnikov o prehrani

Denis Mlakar-Mastnak

Uvod

Med boleznimi, ki so povezane z neustrezno prehrano, spadajo predvsem civilizacijske bolezni, kot so: kardiovaskularne bolezni, bolezni presnove, bolezni lokomotornega sistema in rak. Številne raziskave zadnjih dveh desetletij kažejo, da ima ustrezna prehrana pomembno mesto v preventivi rakavih bolezni. Prav tako raziskave vse bolj poudarjajo zdravo prehrano kot zaščitni in manj nezdravo prehrano kot nevarnostni dejavnik.

Podatki kažejo, da imajo dejavniki tveganja, ki so povezani z nezdravo prehrano in nezdravim načinom življenja, pri prebivalcih Slovenije velik vpliv na pojavljanje kroničnih nenalezljivih bolezni.

Rezultati različnih raziskav CINDI in raziskave prehranskih navad Slovencev so pokazali, da so prehranske navade povprečnega odraslega prebivalca Slovenije neustrezne, saj v primerjavi s priporočili WHO (World health organization) in WCRF (World cancer research found) ne sledijo osnovnim smernicam varovalne prehrane. Dve tretjini Slovencev ne zajtrkuje redno, uživa premalo obrokov, zaužije premalo sadja in zelenjave, zaužije preveč živalskih maščob, preveč rdečega mesa in polnomastnega mleka.

Obolevnost in umrljivost za rakom je mogoče zmanjšati s preventivnim ukrepanjem na treh nivojih, in sicer na nivoju primarne, sekundarne in terciarne preventive.

Primarna preventiva pomeni preprečevanje obolenja za rakom in obsega odkrivanje dejavnikov tveganja za razvoj raka ter zmanjševanje izpostavljenosti tem dejavnikom. Tako imata v primarni preventivi pomembno vlogo izobraževanje strokovnjakov in javnosti ter zakonodaja. Z zdravstveno vzgojo je potrebno spodbujati zdravo uravnoteženo prehranjevanje, vzdrževanje primerne telesne teže in večjo telesno aktivnost.

Sekundarna preventiva pomeni zgodnje odkrivanje raka.

Terciarna preventiva pa pomeni kakovostno zdravljenje in skrb za dobro kakovost življenja bolnikov z rakom med zdravljenjem ter ohranjanje ali izboljšanje kakovosti življenja po zaključenem zdravljenju.

Da bodo znali bolniki po zaključenem onkološkem zdravljenju ohranjati svoje zdravje in izboljšati svoje prehranjevalne navade, ki so lahko bile eden ključnih dejavnikov razvoja rakaste bolezni, morajo onkološke medicinske sestre poleg vsebin o priporočilih prehranjevanja med specifičnim onkološkim zdravljenjem v

Denis Mlakar-Mastnak, dipl. m. s.
Onkološki inštitut Ljubljana

zdravstveno vzgojo vključiti še vsebine o pomenu in prednostih uravnotežene varovalne prehrane.

Življenjske navade ljudi so rezultat osvojenih vzgojnih modelov, zato jih lahko v zdravstvenovzgojnem procesu spremenimo in celo izboljšamo. Zdravstvena vzgoja je integralni del zdravstvene nege. Medicinska sestra mora ugotoviti bolnikove potrebe po zdravstveni vzgoji, prepoznati probleme, jih razreševati in ovrednotiti izvedene aktivnosti zdravstvene vzgoje. Pri svojem zdravstvenovzgojnem delu medicinska sestra bolnika informira, mu svetuje, mu pomaga pri osvajanju različnih veščin in znanj ter ga usmerja pri oblikovanju vrednot in stališč.

Prehranska zdravstvena vzgoja, ki jo pri bolniku z rakom izvajajo medicinske sestre, mora obsegati tri različna področja, in sicer:

1. Zdravstvena vzgoja o načelih in pomenu prilagojene uravnotežene varovalne prehrane bolnika z rakom.
2. Prehranska zdravstvena vzgoja bolnika z rakom, ki je na specifičnem onkološkem zdravljenju in ima težave v zvezi s prehranjevanjem.
3. Prehranska zdravstvena vzgoja bolnika z rakom, usmerjena v ohranjanje zdravja po zaključenem onkološkem zdravljenju.

Pri bolniku z rakom je prehrana ena bistvenih sestavin onkološkega zdravljenja, zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje. Prehrana, ki bolniku zagotavlja vse potrebne hranilne (energijske in neenergijske) in zaščitne snovi v optimalni količini, lahko vzdržuje normalno prehranjenost, kondicijo in dobro počutje. Predvsem pa ustrezna prehrana med zahtevnim onkološkim zdravljenjem lahko zmanjša negativne učinke zdravljenja, krepi imunsko odpornost in izboljša izid zdravljenja. V osnovi se prehrana bolnika z rakom bistveno ne razlikuje od uravnotežene varovalne prehrane zdravega človeka, vendar pa mora zagotoviti povečane energijske potrebe in povečane potrebe po beljakovinah.

Pogosto sta tako že sama bolezen kakor tudi onkološko zdravljenje povezana z različnimi prehranskimi zapleti, kot so: izguba apetita, slabost, bruhanje, spremembe v okušanju in vonjanju hrane, odpor do določene hrane, vneta ustna sluznica in/ali sluznica požiralnika, oteženo požiranje, zaprtje, odvajanje tekočega blata, hujšanje idr. V takih primerih si mora bolnik znati prehrano prilagoditi tako, da bo hrana, ki jo zaužije, še zmeraj zagotavljala zadostno količino potrebnih hranilnih snovi. Prav zato potrebuje strokovne nasvete in podporo.

Pomembno je, da bodo bolniki po zaključenem onkološkem zdravljenju vzdrževali primerno telesno težo, kondicijo, odpornost in splošno dobro počutje, torej z eno besedo svoje zdravje, zato morajo poznati osnovna načela uravnotežene varovalne prehrane zdravega človeka.

Cilj raziskave

Poglavitni cilj raziskave je bil ugotoviti znanje bolnikov o načelih zdrave prehrane, ki lahko pripomore k izboljšanju in ohranjanju zdravja, ter ugotoviti stališča bolnikov do prehrane. Iz odgovorov smo lahko ugotavljali učinkovitost in uspešnost prehranskega zdravstvenovzgojnega dela medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev.

Metode dela

Uporabili smo deskriptivno metodo dela. V obdobju od 21. 6. 2004 do 24. 6. 2004 smo na šestih hospitalnih oddelkih in v ambulantni kemoterapiji Onkološkega inštituta Ljubljana izvedli anketo z vprašalnikom, ki je obsegal 37 vprašanj. Izpolnjevali so jih naključno izbrani hospitalizirani bolniki in naključno izbrani bolniki v ambulantni kemoterapiji.

Bolnikom je bila pri izpolnjevanju vprašalnika zagotovljena anonimnost, za sodelovanje so se odločali prostovoljno.

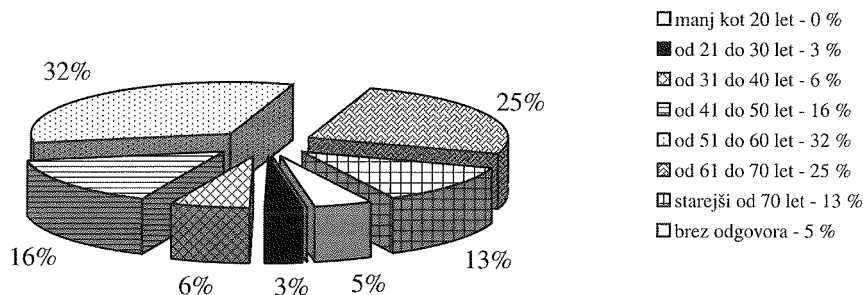
Rezultati so v članku prikazani v odstotkih, večina v obliki grafov. V prispevku je predstavljen del vprašanj, s katerimi smo ugotavljali znanje in stališča bolnikov o prehrani.

Rezultati

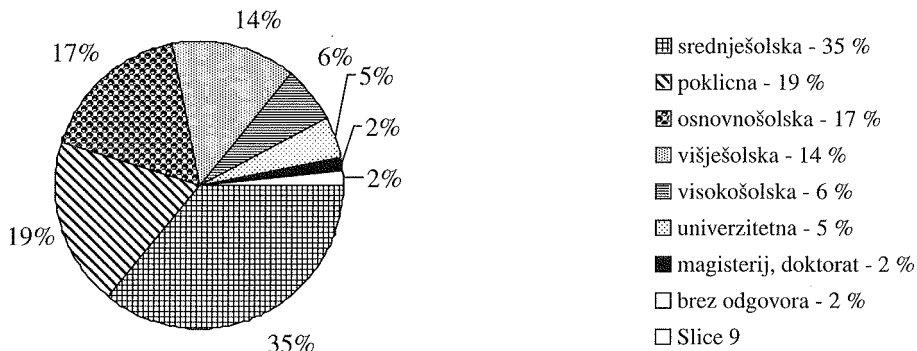
Anketiranih je bilo 64 bolnikov, in sicer 8 bolnikov v ambulantni kemoterapiji, ostali so bili hospitalizirani.

Anketiranih je bilo 54 % žensk in 44 % moških.

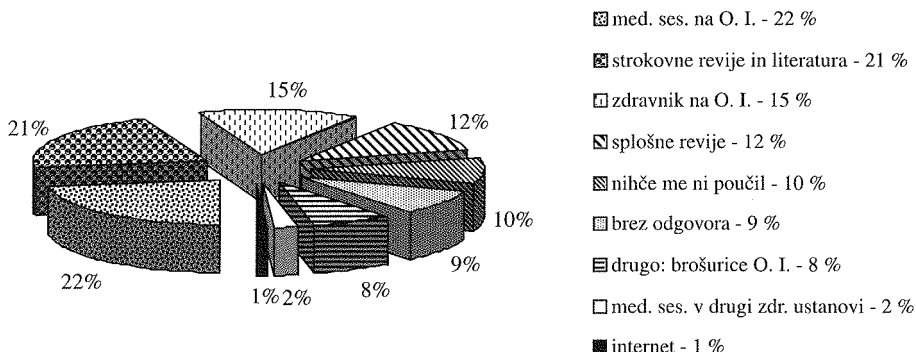
Graf 1: Starost bolnikov v različnih starostnih obdobjih



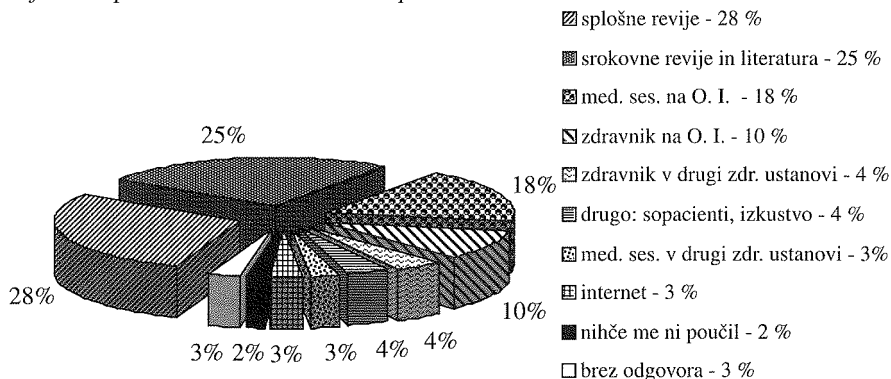
Graf 2: Najvišja pridobljena izobrazba



Graf 3: Vir podatkov o posebnostih prehranjevanja med zdravljenjem

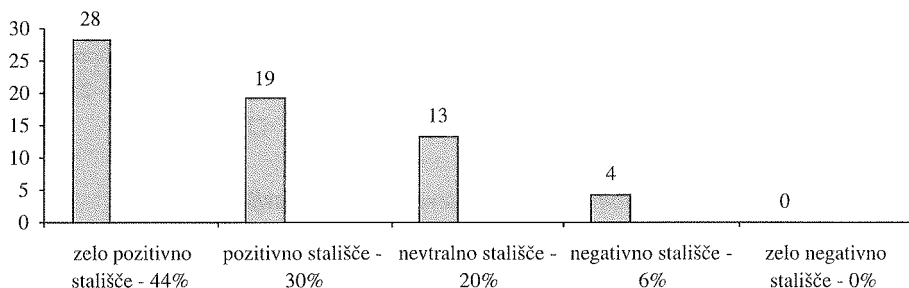


Graf 4: Vir podatkov o načelih zdrave prehrane



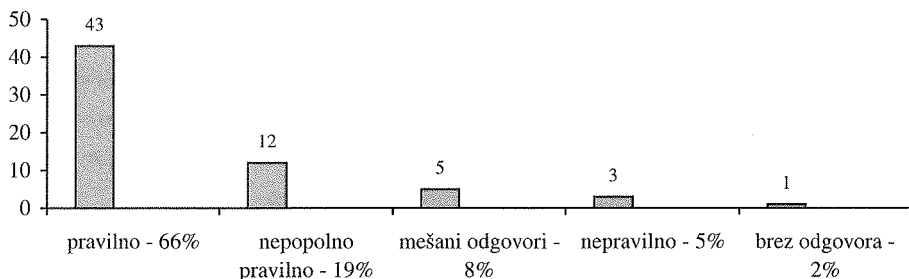
Bolnikom smo predstavili 12 trditev o prehrani. Šest trditev je bilo pozitivno usmerjenih in šest negativno usmerjenih. Splošno stališče bolnikov do prehrane je prikazano v grafu 5.

Graf 5: Splošno stališče bolnikov do prehrane

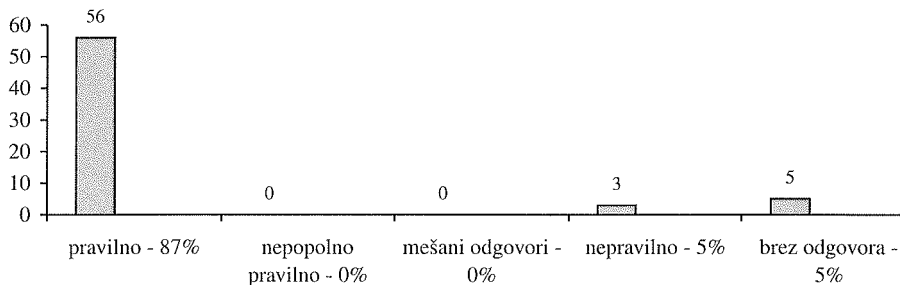


Bolnikom smo postavili šest vprašanj o načelih zdrave prehrane. Deleži odgovorov (pravilni, nepopolno pravilni, mešani, nepravilni, brez odgovora) so prikazani v odstotkih v grafih 6,7,8,9,10 in 11. V naslovu grafa je navedeno postavljeno vprašanje.

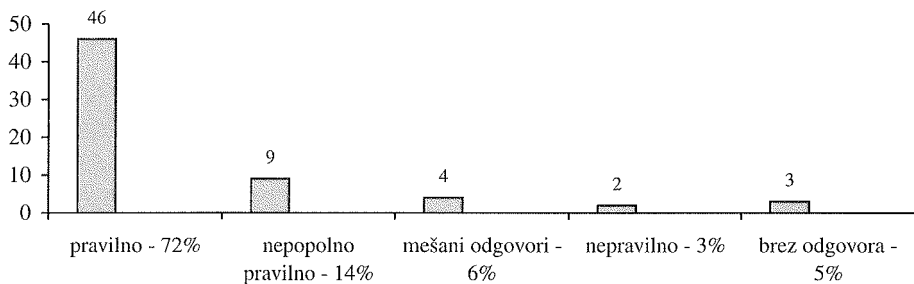
Graf 6: Katero od naštetih vrst mesa (divjačino, morske ribe, perutnino, svinjino) je priporočljivo pogosteje uživati kot zamenjavo za rdeče meso klavnih živali?



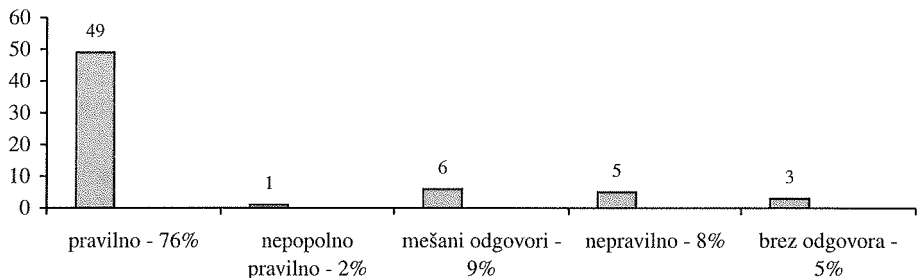
Graf 7: Zakaj so polnozrnatni izdelki zdravju koristni?



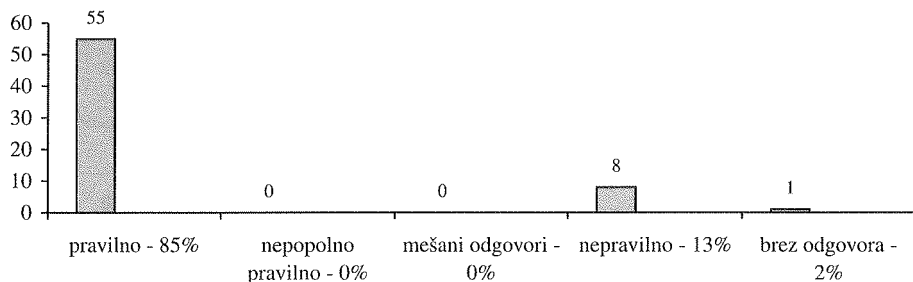
Graf 8: Kakšni so učinki sadja in zelenjave na zdravje posameznika?



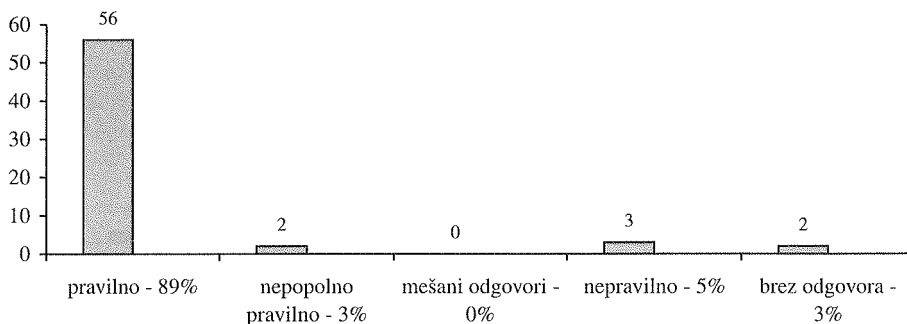
Graf 9: Zakaj je mleko v prehrani posebej pomembno živilo?



Graf 10: Kateri odstotek mlečne maščobe je v zdravi prehrani najbolj priporočljiv?



Graf 11: Katera od navedenih maščob lahko škodi, če jo uživamo v prekomernih količinah?



Razprava

Raziskava na temo Znanje in stališča bolnikov o prehrani je potekala na Onkološkem inštitutu Ljubljana. Anketiranih je bilo 10 % več žensk kot moških, povprečna starost anketirancev je bila 54 let, največ je bilo starih od 51 do 60 let (32 %), mlajši od 20 let ni bil nihče od anketirancev, starejših od 71 let je bilo 13 % anketiranih bolnikov. Največ anketiranih bolnikov (35 %) je imelo srednješolsko izobrazbo.

Anketirani bolniki so kot največji delež vira podatkov o posebnostih prehranjevanja med, zdravljenjem navedli medicinske sestre Onkološkega inštituta Ljubljana medtem ko so kot največji delež vira podatkov o načelih zdrave prehrane navedli splošne revije, sledile so strokovne revije in literatura, v tem primeru so bile medicinske sestre Onkološkega inštituta Ljubljana na tretjem mestu.

Bolniki imajo pozitivno stališče (44 % zelo pozitivno stališče in 30 % pozitivno stališče) do prehrane in se zavedajo njenega učinka na zdravje posameznika.

Iz sklopa šestih vprašanj o znanju zdrave prehrane smo ugotovili, da so bolniki prehransko dobro ozaveščeni. Na vprašanja so odgovarjali večinoma pravilno od 72 % do 87 %, le pri enem vprašanju je bilo 66 % pravih odgovorov. Nepravih odgovorov je bilo zelo malo, večinoma 5 - 8 %, le pri enem vprašanju 13 %.

Sklep

Z anketo smo ugotovili, da so medicinske sestre Onkološkega inštituta Ljubljana pri izvajanju prehranske zdravstvene vzgoje aktivne, predvsem na področju zdravstvene vzgoje bolnikov o posebnostih prehranjevanja bolnika z rakom med specifičnim onkološkim zdravljenjem. Manj so aktivne na področju zdravstvene vzgoje bolnikov o načelih zdrave prehrane, vendar smo iz ankete ugotovili, da bolniki že imajo osvojena znanja o načelih zdrave prehrane in izoblikovana pozitivna stališča do prehrane. Pomembno bi bilo predvsem utrjevati prepričanja bolnikov o prednostih uravnotežene varovalne prehrane za vzdrževanje zdravja, tudi po zaključenem zdravljenju, in dopolnjevati njihove vrzeli v znanju.

Da bo prehransko zdravstvenovzgojno delo medicinskih sester kakovostno in učinkovito, morajo le - te svoje znanje o načelih prehrane bolnika z rakom med zdravljenjem in o načelih varovalne uravnotežene prehrane nenehno izpopolnjevati. Slediti morajo novostim na področju prehranske podpore bolnika z rakom in prehranski politiki v smislu promocije zdravja. Utrjevati, posodabljati in izpopolnjevati morajo svoje zdravstvenovzgojno delo z bolniki, da bo le - to postalo učinkovitejše, da bodo upoštevane individualne potrebe bolnika po zdravstveni vzgoji, da bodo bolniki ne le informirani in prosvetljeni, temveč jim bodo medicinske sestre znale pomagali pri osvajanju različnih veščin, izoblikovanju vrednot in stališč.

Prav tako lahko medicinske sestre prispevajo k širjenju in utrjevanju znanj v strokovni in laični javnosti o: pomenu ustrezne prehrane kot zaščitnega dejavnika pred malignimi boleznimi, pomenu zgodnjega odkrivanja raka, pomenu ustrezne prehrane med specifičnim onkološkim zdravljenjem in po zaključenem zdravljenju.

Literatura

1. Barker HM. Nutrition and Dietetics for Health Care. New York: Churchill Livingstone, 1996
2. Briony T. Manual of dietetic practice. Oxford: Blackwell Science Ltd, 2001
3. Drolc H, Fras AP. Kaheksija pri bolniku z rakom. V: Skela-Savič B (ur), Velepič M (ur), Drolc H (ur). Pomen prehrane pri nastanku in zdravljenju malignih obolenj, Radenci 14. in 15. oktober 1999. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester v onkologiji pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije, 1999: 28- 29
4. Erjavšek Z, Senič B. Motnje prehranjevanja v zvezi z obsevalno terapijo. V: Skela-Savič B (ur), Velepič M (ur), Drolc H (ur). Pomen prehrane pri nastanku in zdravljenju malignih obolenj, Radenci 14. in 15. oktober 1999. Ljubljana:

Sekcija medicinskih sester v onkologiji pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije, 1999: 50-56

5. Hoyer S. Zdravstvena vzgoja in zdravstvena prosveta. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 1995
6. Jelenc S. ABC izobraževanja odraslih. Ljubljana: Andragoški center Republike slovenije, 1996
7. Kiger AM. Teaching for health. New York: Churchill Livingstone, 1995
8. Koch V. Kako se prehranjujejo Slovenci. V: Skela-Savič B (ur), Velepich M (ur), Drolc H (ur). Pomen prehrane pri nastanku in zdravljenju malignih obolenj, Radenci 14. in 15. oktober 1999. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester v onkologiji pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije, 1999: 5-10
9. Mayer D. Cancer overview. American Journal of Nursing 2000; Vol. 100: pp 24D, 24E, 24H
10. Pokorn D. Načela zdrave prehrane pri bolniku z rakom. V: Skela-Savič B (ur), Velepich M (ur), Drolc H (ur). Pomen prehrane pri nastanku in zdravljenju malignih obolenj, Radenci 14. in 15. oktober 1999. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester v onkologiji pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije, 1999: 22-27
11. Pokorn D. Prehrana v različnih življenjskih obdobjih. Ljubljana: Marbona, 2003
12. Primic Žakelj M. Prehrana in rak. V: Skela-Savič B (ur), Velepich M (ur), Drolc H (ur). Pomen prehrane pri nastanku in zdravljenju malignih obolenj, Radenci 14. in 15. oktober 1999. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester v onkologiji pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije, 1999:11-14
13. Skela-Savič B. Motnje prehranjevanja v zvezi s toksičnostjo citostatikov. V: Skela-Savič B (ur), Velepich M (ur), Drolc H (ur). Pomen prehrane pri nastanku in zdravljenju malignih obolenj, Radenci 14. in 15. oktober 1999. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester v onkologiji pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije, 1999: 39-49
14. Wilkes G. Nutrition: the forgotten ingredient in cancer care. American Journal of Nursing, 2000; vol. 100; 46-51
15. <http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>, julij 2004: Nacionalna strategija prehranske politike.
16. <http://www.mf.uni-lj.si/isis/isis97-6/html/cufer63.html>, julij 2004: Posvetovanje o državnem programu nadziranja raka.

Prehrambena podpora onkološkega bolnika v času zdravljenja

Nada Rotovnik Kozjek

Povzetek

Slaba prehranjenost je pogost sopojav, ki spremlja onkološkega bolnika med zdravljenjem. Stanje prehranjenosti pomembno vpliva na bolnikovo kakovost življenja in tudi uspešnost zdravljenja. Pri večini bolnikov se problemi hranjenja, zlasti anoreksija in izguba telesne teže, pojavijo skupaj z razvojem bolezni in so med zdravljenjem še poudarjeni. Organizem onkološkega bolnika propada predvsem zaradi spleta presnovnih sprememb, katerih razvoj povzroči rakasto obolenje in vodi do razvoja sindroma rakaste kaheksije. Na njegov razvoj, razen presnovnih sprememb, vpliva tudi stres zaradi zdravljenja bolezni: kirurški posegi, kemoterapija in radioterapija.

Prehrambena podpora ne zdravi rakaste bolezni; maligne celice morajo biti eradicirane s protitumorsko terapijo, je pa prehranska terapija kplementarna osnovnemu zdravljenju in preprečuje slabšanje splošnega stanja bolnika, izboljša njegovo imunsko stanje bolnika in zelo pomaga manjšati sopojave zdravljenja, zlasti infekcije. Prehranska terapija neposredno in posredno izboljša kvaliteto življenja onkološkega bolnika.

Prehrambena podpora mora biti skrbno individualno načrtovana za vsakega onkološkega bolnika posebej. Teoretično jo načrtujemo kot prehransko terapijo rakaste kaheksije in pri vsakem bolniku se je potrebno lotiti celostno. Poznati je potrebno splošno stanje bolnika, njegov prehrambeni status, tip tumorja, pričakovani odziv na zdravljenje in sposobnost bolnika za zdravljenje. Način prehranske podpore je odvisen od bolnikove klinične slike in je lahko oralen, enteralen ali parenteralen. Najvarnejša pot vnosa hranil je oralna in če poteka pod nadzorom dobrega in izkušenega prehrabenega tima, je takšna prehrambena podpora tudi najbolj učinkovita. Uporabimo jo zmeraj, kadar je delovanje bolnikovih prebavil takšno, da omogoča zadosten vnos kalorij in proteinov. Če oralna prehrana ni zadostna ali možna, jo lahko dopolnimo ali nadomestimo z enteralno preko cevke (sonde) ali s parenteralno.

Posebno pozornost moramo posvetiti paliativnim bolnikom. Prehrambena podpora teh bolnikov naj bo čim bolj enostavna, namenjena pa je predvsem izboljšanju kvalitete preostalega življenja. Zelo učinkoviti so lahko že enostavni prehranski nasveti, po strokovni presoji pa je včasih smiselna tudi enteralna in parenteralna prehrana, ki jo lahko izvajamo tudi na domu.

Mag. Nada Rotovnik Kozjek, dr. med.
Onkološki inštitut Ljubljana

Uvod

Slaba prehranjenost je pogost sopojav, ki spremlja onkološkega bolnika med zdravljenjem in pomembno vpliva na njegovo kvaliteto življenja in tudi preživetje. Večina onkoloških bolnikov se med razvojem bolezni sreča s problemi prehranjenosti. Najpogostejši težavi sta neješčnost (anoreksija) in izguba telesne teže.

Spoznanje, da lahko bolnika z rakom s skrbno načrtovano prehrano in prehrabenimi dodatki velikokrat dobro pripravimo na naporno zdravljenje, ga s prehransko terapijo med zdravljenjem podpiramo in mu tudi v napredovalih oblikah bolezni izboljšamo telesno zdravje in kakovost življenja, k nam prodira bolj počasi. A ne samo to. Kar je še huje, je to, da je med ljudmi precej razširjeno celo mnenje, da mora onkološki bolnik stradati, saj bo s stradanjem izstradal rakaste celice.

V tem sestavku bom zato omenila osnovne mehanizme, ki vodijo do razvoja rakaste kaheksije pri rakastem bolniku, in osnovna načela in možnosti prehranske terapije oziroma prehradbene podpore onkološkega bolnika.

Rakast bolnik hujša predvsem zaradi sprememb presnove, ki so posledica rakastega obolenja

Organizem bolnika z rakom propada predvsem zaradi presnovnih sprememb, ki se razvijejo kot odziv organizma na poškodbo, v tem primeru na rakasto bolezen. Te presnovne spremembe vodijo v razgradnjo telesa. Propadanje organizma pospeši še stres, ki mu je organizem bolnika izpostavljen zaradi zdravljenja. Rakaste celice k tej razgradnji telesa neposredno ne prispevajo veliko, kajti za svoje preživetje ne porabijo veliko energije, saj imajo razmeroma enostavno presnovo. Njihova energetska poraba je kvečjemu nekaj sto kalorij pri zelo razširjenih tumorjih. Po drugi strani pa organizem v stresu potrebuje veliko različnih hranil za podporo hitro delečih se obrambnih celic imunskega in vnetnega odziva, ki skušajo zamejiti rast in učinke tumorskih celic na telo. Energetske potrebe telesa so vsaj 10-20 krat večje kot energetske potrebe tumorskih celic in jasno je, da s stradanjem prizadenemo predvsem bolnikovo telo, tumorske celice so namreč tako organizirane, da svoja enostavna hranila z lahkoto dobijo. Še bistveno večje potrebe po hranilih in energiji ima bolnikovo telo med agresivnim zdravljenjem, kot so kemoterapija, obsevanje, veliki operativni posegi. Takrat je potrebno tudi popraviti škodo na organizmu, ki nastane zaradi zdravljenja in če bolnik takrat strada še med zdravljenjem, se praviloma razvijejo življensko nevarni zapleti.

Rakasta kaheksija je posledica presnovnih sprememb

Beseda kaheksija izhaja iz grške besede »kakos«, kar pomeni »slab« in »hexis«, kar pomeni »stanje«. Sindrom rakaste kaheksije spada med osnovne značilnosti rakaste bolezni in z njo opredelimo propadanje funkcionalnih tkiv organizma, predvsem mišice. To vodi do šibkosti in slabega počutja. Več kot polovica bolnikov z rakasto boleznijo umre ravno zaradi napredovale kaheksije. To pomeni, da je vzrok smrti huda splošna oslabeledost, ki je posledica presnovnih sprememb zaradi rakaste kaheksije. Bolnikov torej ne požre rak, ampak jih pokoplje splošno slabo stanje.

Zaradi spremenjene presnove rakasti bolniki izgubljajo telesno težo kljub temu, da uživajo normalne količine hrane in pri nekaterih oblikah raka, kot je na primer rak trebušne slinavke, tudi če zelo veliko jedo. Še veliko večji je problem izgube telesne teže, če bolniki ne jedo zadosti, bodisi da nimajo apetita, pravimo da imajo anoreksijo, ali pa jedo enolično hrano ali se celo postijo. V teh primerih je izguba funkcionalnih telesnih struktur še veliko hitrejša. Organizem bolnika z rakasto kaheksijo se za razliko od zdravega ne zmore prilagoditi na stradanje. Zdrav organizem zmanjša porabo energije, preklopi na varčevanje, bolnikov organizem pa zaradi bolezenskih presnovnih sprememb tega ne zmore. Zato so posledice slabega hranjenja ali celo postenja pri bolnikih z rakasto boleznijo kažejo s pospešenim propadanjem organizma, zlasti pri napredovalih oblikah raka.

Osnovna načela podporne prehrabene terapije onkološkega bolnika

Prehrabena podpora ne pozdravi raka, tisto, kar bolnika pozdravi, je protitumorska specifična terapija in prehrabena terapija je dopolnilna terapija osnovnemu zdravljenju bolezni.

Praktično lahko rečemo, da s prehransko terapijo omogočimo najboljši možni odziv bolnika na dano zdravljenje, izboljšamo njegovo splošno stanje in kvaliteto življenja. Osnovni cilji prehranske terapije so zato predvsem dvojni:

1. Preprečiti prezgodnjo smrt zaradi podhranjenosti bolnika, zlasti pa preprečiti imunsko disfunkcijo.
2. Zagotoviti bolniku optimalno kvaliteto življenja med kurabilnim in paliativnim zdravljenjem.

Iz osnovnih ciljev prehranske terapije izvirajo sekundarni cilji, ki so predvsem:

1. Izboljšati bolnikovo toleranco tumorja in zagotoviti čimboljši odziv na terapijo.
2. Optimalno izboljšati preživetje bolnika.
3. Zmanjšati zaplete pri zdravljenju.
4. Skrajšati čas hospitalizacije.

Pristop k prehrambeni podpori onkološkega bolnika

Večina onkoloških bolnikov se med boleznijo in njenim zdravljenjem sreča s problemi hranjenja. Brez ustrezne prehrabene podpore je razvoj sindroma rakaste kaheksije hitrejši in klinična slika je slabša.

Po podatkih iz literature je pomembna izguba telesne teže pri bolnicah z rakom dojke, nelimfocitnih levkemijah, sarkomih in neHodgingovem limfomu prisotna v 30-40 %. Pri bolnikih s Hodkingovim limfomom, karcinomom črevesja, prostate in pljuč je prisotna v 45-60 % bolnikov. Največja prevalenca takšne telesne teže, ki kaže na podhranjenost, pa je pri bolnikih s tumorji požiralnika, želodca in trebušne slinavke in sicer v 80-85 %. Pri napredovalih oblikah rakastih obolenj je na splošno pri več kot 50 % bolnikov prisotna podhranjenost.

Prehrabena podpora vsakega onkološkega bolnika mora biti zato skrbno individualno načrtovana. Teoretično jo načrtujemo kot prehransko terapijo rakaste kaheksije in pri vsakem bolniku se je je potrebno lotiti celostno. Poznati je potrebno splošno stanje bolnika, njegov prehrabeni status, tip tumorja, pričakovani odziv na zdravljenje in sposobnost bolnika za zdravljenje. Način prehrabene podpore je odvisen od bolnikove klinične slike in je lahko oralen, enteralen ali parenteralen. Najvarnejša pot vnosa hranil je oralna in če poteka pod nadzorom dobrega in izkušenega prehrabnega tima, je takšna prehrabena podpora tudi najbolj učinkovita. Uporabimo jo zmeraj kadar je delovanje bolnikovih prebavil takšno, da omogoča zadosten vnos kalorij in proteinov. Če oralna prehrana ni zadostna ali možna, jo lahko dopolnimo ali nadomestimo z enteralno preko cevke (sonde) ali s parenteralno.

Nujno je potrebno zdraviti vse simptome, ki vodijo do zmanjšanega vnosa hrane, na primer slabost in bruhanje, zaprtje in driske in ob tem tudi upoštevati, na kakšen način je bolnik sposoben zaužiti hrano. Velikokrat ima bolnik ob zdravljenju spremenjen okus, hrana mu smrdi, zato si moramo takrat prizadevati, da uživa hrano v skoncentrirani obliki, prilagajamo okuse in če ne gre drugače, ga hranimo preko sond ali celo infuzij. Bistveno je, da poskrbimo, da bolnik uživa zadosti kalorično in beljakovinsko bogato hrano. Zaradi novih znanj o presnovnih spremembah rakaste kaheksije, ki prizadenejo bolj ali manj vse bolnike z rakom, danes vemo, da je takšna prehrana nujna, ni pa zadostna. Za zdravljenje rakaste kaheksije uporabljamo zato še posebna hranila, ki delujejo kot zdravila. S tujko jim pravimo farmakonutrienti. Značilen primer farmakonutrienta so antioksidanti, s katerimi podpremo v bolezenskih stanjih mnoge funkcije v organizmu. Pri rakastem bolniku je še posebej pomembna podpora imunskega sistema. Ta koncept, ko s posameznimi hranili podpiramo delovanje bistvenih tkiv in organov v bolezni, in na ta način zaviramo slabenje organizma, imenujemo s tujko »substratna prehrabena podpora« in pomeni predvsem to, da normalno hrano obogatimo še z najbolj nujnimi hranili in tako ne obremenimo organizma z vso hrano, ki je zaradi spremenjene presnove velikokrat tudi ne more izkoristiti.

Še posebej pa je uspešna nova oblika zdravljenja rakaste kaheksije z omega -3 maščobnimi kislinami. Do sedaj poznamo vsaj eno omega -3 maščobno kislino, ki se imenuje EPA (eikozapentoična kislina), in v dozi 2 g neposredno in posredno blokira škodljiv vpliv tumorja na telo. Neposredno EPA zavira poseben tumorski faktor, ki pospešuje razgradnjo proteinov v telesu, posredno pa zmanjšuje presnovne in vnetne spremembe kaheksije. EPA najdemo v ribah, ribjem olju, na našem tržišču pa je na voljo tudi napitek, ki razen EPA vsebuje še proteine in koristne mikroelemente.

Seveda so rakasto kaheksijo poskusili zdraviti s hormoni in z različnimi zdravili. Hormoni se do sedaj niso izkazali za uspešne, tudi hormoni ki jih uporabljamo za spodbujanje apetita, še poslabšajo presnovne spremembe rakaste kaheksije. Še relativno najbolj uspešna so protivnetna zdravila, ki jih poznamo kot analgetike ali antirevmatike. Ta zdravila bolniki z rakom tudi sicer velikokrat uporabljajo za zdravljenje bolečine, vendar imajo številne stranske učinke, zlasti na želodec in ledvice.

Prehransko terapijo je smiselno kombinirati z drugimi metodami, ki zavirajo propadanje funkcionalne telesne mase. Zelo in velikokrat spregledana in zapostavljena metoda, ki zavira propadanje funkcionalne telesne mase, je fizična aktivnost. Za bolnika z rakom je zmerna telesna aktivnost izjemno pomembna tudi med zdravljenjem in v napredujočih oblikah bolezni. Pretirano počivanje namreč organizem še dodatno slabi in pripomore k slabši splošni odpornosti bolnika.

Kirurški poseg in prehransko zdravljenje

Pri kirurškem zdravljenju (operaciji) nastanejo rane. Da bi jih telo zacelilo, se ubranilo okužbam in si od posega čim hitreje opomoglo, potrebuje dovolj hranilnih snovi. Če je bolnik podhranjen že pred operacijo, je vse naštet otežkočeno. Prehransko zdravljenje naj se torej začne že pred operacijo.

Stranski učinki operacije, ki lahko povzročajo težave s prehranjevanjem, so: zaradi zdravljenja v glavi ali vratu ima lahko bolnik težave s požiranjem, poleg tega lahko izgubi tek tudi zaradi duševnega stresa, ki ga je utrpel npr. zaradi posega na obrazu.

Operacije organov prebavil zmanjšajo sposobnost prebavljanja. Zaradi operacije želodca, ki pomeni zmanjšanje njegove prostornine, ima bolnik občutek, da je njegov želodec poln, v resnici pa ni jedel dovolj. Prav tako se lahko ti bolniki soočajo s težavo, da zaužita hrana odpotuje v črevesje, še preden jo želodec delno prebavi. Nekateri organi prebavnega trakta izločajo hormone, ki so pomembni za prebavo. Če so pri operaciji prizadeti ali celo odstranjeni, telo določenih hranilnih snovi ne more pravilno vsrkati (absorbirati): npr. beljakovin, maščob, vitaminov in mineralov. Prav tako se lahko porušijo normalne ravni vrednosti sladkorja, soli in telesnih tekočin. Individualno načrtovano prehransko zdravljenje pomaga bolniku premagati ali omiliti težave, ki nastanejo zaradi operacije, ko je prizadet bodisi njegov apetit bodisi izkoriščanje prehranskih snovi. Pri tem so pomembni

prehranski dodatki v obliki tekočin, enteralno hranjenje po sondi (cevki, ki jo bolniku vstavijo skozi nosnico in požiralnik naravnost v želodec ali v črevesje); dalje intravensko (parenteralno) hranjenje s pomočjo katetra naravnost v krvni obtok.

Zaradi izčrpanosti, bolečin in izgube teka bolniki nekaj časa po operaciji ne morejo jesti običajne hrane. Težave lahko uspešneje prebrodijo, če upoštevajo nekaj pravil. Jedo naj večkrat, 5-6 krat na dan manjše lahko prebavljive obroke, ki so zadosti kalorični, bogati z beljakovinami in mikroelementi. Izogibajo naj se hrani, ki napenja, za nekatere so to gazirane pijače, stročnice, zelene paprike, redkev... Postopno naj povečujejo količino vlaknin v prehrani, ob tem naj pijejo zadosti tekočin, zlasti vode. Na ta način tudi laže uredimo prebavo, zlasti zaprtje.

Kalorično vrednost živil povečamo dodatno z uporabo kvalitetnih olj, zlasti lanenega in olivnega. Na voljo so tudi prehranski dodatki, s katerimi lahko povečamo vnos kalorij, beljakovin ali mikroelementov. Lahko jih kupimo v obliki praškov ali pa že pripravljene v priročni obliki napitkov. Kupimo jih lahko v lekarnah, zelo uporabni so tudi beljakovinski in energetski praški in ploščice, ki jih prodajajo v športnih trgovinah. Prehranski dodatki niso nadomestilo za obroke, ampak so njihovo dopolnilo: kot malice ali pred spanjem.

Kemoterapija in radioterapija in prehransko zdravljenje

Tudi med kemoterapijo in radioterapijo veljajo podobna prehranska načela kot med zdravljenjem raka s kirurgijo.

Kemoterapija, to je zdravljenje z zdravili, ki preprečujejo razmnoževanje rakastih celic, na žalost do neke stopnje prizadene tudi zdrave celice, katerih razmnoževanja seveda ne želimo preprečiti. To se zgodi seveda tudi celicam v ustih in prebavilih. Stranski učinki kemoterapije, ki lahko povzročajo težave s prehranjevanjem, so: anoreksija, slabost, bruhanje, driska ali zaprtje, vnetje in rane v ustih, motnje v okušanju hrane in okužbe.

Med kemoterapijo je zelo prizadet imunski obrambni sistem telesa, zato je takrat priporočljivo, da se vnaša čim manj hrane ki je potencialno okužena. Vsa hrana naj bo prekuhana, lahka, da ni dodatne obremenitve presnove. Zlasti so uporabni prej opisani prehrambeni dodatki, še posebej, ker vemo za njihovo sestavo in vsebujejo tudi mikrohranila, vitamine in minerale, ki jih je s prekuhano hrano težje zagotoviti.

Obsevanje pa ne prizadene samo rakastih celic, ampak tudi zdrave v neposredni okolici, kar povzroči stranske učinke. Ti so odvisni predvsem od doze žarčenja in dela telesa, ki ga obsevamo.

Stranski učinki obsevanja katerega koli dela prebavil, ki lahko povzročajo težave s prehranjevanjem, so:

- pri obsevanju glave ali vratu anoreksija, spremembe okušanja, suha usta, vnetje ust in dlesni, težave s požiranjem, krči v čeljustih, luknje v zobeh ali okužbe;

- pri obsevanju prsnega koša lahko pride do okužb požiralnika, težav pri požiranju, vračanja hrane iz želodca v požiralnik (refluks), slabosti in bruhanja;
- pri obsevanju trebuha ali medeničnega predela lahko nastopijo driska, slabost in bruhanje, vnetje črevesja ali zadnjika (rektum), luknje (fistule) v želodcu ali črevesju, kronično vnetje črevesja, slaba absorpcija črevesja ali zapora v želodcu ali črevesju;
- obsevanje lahko povzroči tudi utrujenost, zaradi česar lahko nastopi pomanjkanje teka in s tem manjša želja po hrani.

K prehranskemu zdravljenju, ki bolniku pomaga premagati ali omiliti stranske učinke obsevanja, s čimer bo dobil dovolj beljakovin in kalorij, ne bo hušal in bo ohranil dobro splošno zdravje, sodijo prehranski napitki med obroki, hranjenje po cevki in druge spremembe v načinu uživanja hrane, kot so manjši dnevni obroki in izbira določenih vrst živil.

Imunoterapija in prehransko zdravljenje

Imunoterapija je postopek, pri katerem za zdravljenje raka »izkoristimo« človekov imunski sistem. Snovi, ki jih dobimo v organizmu ali naredimo v laboratoriju, nato organizmu vrnemo oziroma mu jih damo, da neposredno ali posredno podpremo njegovo naravno obrambo pred rakom. Ta način zdravljenja raka imenujemo tudi biološka ali bioterapija.

Stranski učinki imunoterapije, ki lahko povzročajo težave s prehranjevanjem, so: povišana telesna temperatura, slabost, bruhanje, driska, anoreksija in utrujenost.

Tudi stranske učinke imunoterapije lahko olajšamo s pravilno izbrano prehrano, s čimer pripomoremo k večji odpornosti telesa in sposobnosti, da se brani pred rakom.

Kako načrtujemo prehransko terapijo onkoloških bolnikov?

Prehranska terapija mora biti integralni del onkološkega zdravljenja. Ob sprejemu bolnika na zdravljenje opredelimo bolnikovo splošno in prehrabeno stanje. Na osnovi tega in glede na načrtovano zdravljenje določimo nivo ukrepanja.

1. Preventivno prehrabeno terapijo uporabimo predvsem v času diagnostike in pri bolnikih, ki imajo dobro splošno stanje, in obsega predvsem prehrabene nasvete za podporo organizma med zdravljenjem.
2. Podporno prehrabeno terapijo uporabimo kot adjuvantno terapijo takrat, ko se bolnikovo prehrabeno stanje začne slabšati ali predvidevamo, da se bo poslabšalo zaradi agresivnega zdravljenja. S tem skušamo zagotoviti optimalen odziv na zdravljenje. Način je odvisen od funkcionalnosti prebavil in zmeraj kadar je možno, uporabimo oralno prehrabeno podporo.
3. Paliativna prehrabena terapija je usmerjena predvsem v izboljševanje kvalitete življenja. Ponavadi se srečujemo z multiplimi in kompleksnimi prehranskimi

problemi. Skušamo jih reševati čim bolj enostavno in zmeraj pretehtamo, kaj je za bolnika optimalno. Če je le mogoče nudimo prehrabeno podporo na domu, tudi če je v zahtevnejši obliki, kot je na primer parenteralen vnos hranil.

Za izvajanje prehranske terapije bolnikov je potrebno specifično strokovno znanje in organiziranost, med najboljše načine spada organizacija v obliki prehranskih timov, ki so multidisciplinarni. Prehranski timi delujejo na nivoju celotne ustanove in nudijo osnovne ukrepe prehranske terapije in možnost posvetcov.

Zaključki:

- Slaba hranjenost onkoloških bolnikov je pogost sopojav bolezni in zdravljenja in vpliva na kvaliteto življenja in preživetje. Vzroki so povezani s presnovnimi spremembami zaradi rakastega obolenja in zdravljenja.
- Rezultati številnih študij dokazujejo učinkovitost prehrabene podpore pri zdravljenju onkoloških bolnikov. Prehranska terapija onkološkega bolnika je dopolnilna osnovni protitumorski terapiji in izboljša učinek zdravljenja.
- Prehransko terapijo onkološkega bolnika smatramo kot individualno usmerjeno adjuvantno terapijo, ki podpira onkološko zdravljenje, tako da z izboljšanjem ali vzdrževanjem prehranjenosti bolnika izboljšamo njegovo splošno telesno, imunsko in psihično stanje.
- Ko bolnik prejme protitumorsko zdravljenje, je osnovni namen prehranske terapije zagotoviti takšno stanje prehranjenosti bolnika, da je toleranca zdravljenja in odziv nanj optimalna, hkrati pa zagotavljamo optimalno okrevanje po zdravljenju.
- Pri paliativnih bolnikih prehranska terapija pomaga izboljšati njihovo splošno telesno in psihično stanje, podpira vsakodnevne aktivnosti in tako izboljša kvaliteto življenja.
- Za izvajanje prehranske terapije bolnikov je potrebno specifično strokovno znanje in organiziranost.

Viri in priporočeno branje:

- Klein S, Kinney J, Jeejeebhoy K et al. Nutritional support in clinical practice: review of published data and recommendations for future research directions. JPEN, 1997;21:133-156.
- Ottery FD. Definition of standardized nutritional assesment and interventional pathways in oncology. Nutrition.1996;12(1 suppl): S15 - S19. Rewiev.
- DeWys et al,1980, Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Eastern Cooperative oncology Group. Am J Med 69:491-471.

- Brennan MF. Uncomplicated starvation versus cancer cachexia. *Cancer Res.* 1977;37:2359-2364.
- Nixon DW, Lawson DH, Kutner M, et al. Hyperalimentation of the cancer patient with protein-calorie undernutrition. *Cancer Res.* 1981;41:2038-2045.
- Warren S. The immediate cause of death in cancer. *Am J Med Sci* 1932; 184: 610-5.
- Harnett WL. British Empire Cancer Campaign: a survey of cancer in London. London: British Empire Cancer Campaign, 1952.
- Perez Celaya S, Valero Zany MA. Tratamiento nutricional en paciente oncológico. *Nutr Hosp* 1999;XIV(S2):43-52.

Praktične izkušnje vpliva prehrambenih dodatkov na celjenje ran

Nataša Knafelc

Celjenje ran navadno poteka hitro, če so rane pravilno in pravočasno oskrbljene in če se ne okužijo. Na samo celjenje vplivajo: splošno stanje organizma, starost, imunsko stanje, predhodno zdravljenje s kemoterapijo in z obsevanjem, razna kronična obolenja (sladkorna bolezen), pooperativne komplikacije (tromboze, pljučnice, peritonitis, ileus, uremija), razna zdravila (kortikosteroidi), lokalno stanje tkiva in njegova prekrvavitev ter prehransko stanje organizma.

Zaradi posledic rakave bolezni in njenega zdravljenja so bolniki dalj časa brez apetita, imajo spremenjen okus, suha usta, so brez sline, imajo občutljiva usta in žrelo, težko žvečijo in požirajo, imajo drisko ali so zaprti, vse to privede do podhranjenosti organizma - kaheksije. Med boleznijo in njenim zdravljenjem telo zato potrebuje več hranilnih snovi in energije kot sicer. Hrana naj bo dovolj bogata z beljakovinami, ogljikovimi hidrati, vitamini, minerali in vlakninami.

Mnoge študije so pokazale, da dobra prehranjenost bolnika pozitivno vpliva na pooperativno zdravljenje in s tem tudi na dobro celjenje ran. Tako mora biti malnutricija pri bolniku prepoznana in zdravljena, saj je kar 85 % bolnikov z rakom, ki bodo operirani podhranjenih, kar povečuje morbidnost in umrljivost po operaciji.

Vsaka posamezna hranilna snov, tako beljakovine, maščobe, ogljikovi hidrati, minerali in vitamini, igra pomembno vlogo pri celjenju ran in njihovo pomanjkanje lahko privede do tega, da rane postanejo kronične.

Beljakovine so najpomembnejša hranilna snov pri celjenju ran, pri obnovi celic in pri izgradnji mišične mase. Njihovo pomanjkanje zaviralno vpliva na imunske reakcije, fagocitozo in sintezo kolagena. Pri obilni sekreciji rane pride do velike izgube beljakovin. Ogljikovi hidrati in maščobe dajejo telesu energijo. Vitamini so potrebni kot koencimi za različne biokemične reakcije. Tako je vitamin C potreben zlasti za sintezo kolagena in za angiogenezo. Tudi vitamin A je potreben za nastajanje kolagena in njegovo stabilnost, pa tudi za epitelizacijo in za odpornost proti okužbam. Najpomembnejši minerali so železo, baker in cink. Železo in baker sta potrebna za nastajanje prečnih povezav med kolagenskimi vlakni. Cink pa je potreben za sintezo proteinov in za proliferacijo fibroblastov ter epiteljskih celic.

Slabše celjenje se bolj opaža pri prekomerno hranjenih, kot pri tistih, ki so normalno hranjeni. Tudi debeli so lahko podhranjeni, prav zaradi slabega pretoka krvi in s tem pretoka hranilnih snovi ter kisika skozi obilo maščobnega tkiva. Prav tako je opazno slabše celjenje pri tistih, ki se jim je telesna teža v kratkem času zmanjšala za 10 do 20 % normalne.

*Nataša Knafelc, viš. med. ses.
Onkološki inštitut Ljubljana*

Podhranjenost bolnikov preprečujemo z ustrežno prehransko podporo in s tem vplivamo na boljše celjenje ran. Prehranska podpora mora biti zagotovljena dovolj zgodaj in v bolniku najbolj primerni obliki. Obravnava je individualna in pri procesu prehranske podpore mora sodelovati celoten terapevtski tim.

Način prehranske podpore je odvisen od bolnikovega stanja in njegove bolezni.

Glede na posebno presnovno stanje bolnika (anoreksija, povečana presnova, izguba hranil) nudimo visokokalorično in visokobeljakovinsko hrano v obliki napitkov. Ti omogočajo optimalno pokrivanje specifičnih potreb pri celjenju ran. 200 ml napitka vsebuje zgoščeno energijo in proteine, obogatene z arginom, večjo količino vitaminov, mineralov in elementov v sledih, ki imajo pomembno vlogo pri celjenju ran.

Količina potrebnih dodatnih hranilnih snovi je močno odvisna od velikosti rane in količine izcedka. Okužena rana podvoji zahteve po hranilnih snoveh. Za hitrejše celjenje je potrebna dovolj velika količina beljakovin, da se vzpostavi pozitivno dušično ravnovesje.

Slaba prehranjenost vodi do zmanjšane dotoka hranil v telo in koriščenja telesnih zalog maščob in mišične mase ter do tanjšanja kože, kritične točke so bolj izpostavljene, pojavijo se preležanine.

Primer:

Na rutinski ultrazvočni preiskavi trebuha pri 61-letni bolnici je bil odkrit tumor pankreasa. Junija 2001 je bila narejena eksplorativna laparotomija z odvzemom tkiva za histopatološko preiskavo. Septembra istega leta je bila ponovno operirana, narejena je bila parcialna duodenopankreatomija. Zaradi težav je bila spomladi 2004 operirana, izkazalo se je, da so bile prisotne adhezije.

Na vsako operacijo je šla v dobri psihofizični kondiciji. Pred tem je teden dni uživala 1 do 2 napitka dnevno (Supportan, Prosure). Pooperativno obdobje je potekalo brez težav. Že mesec dni po operaciji se je tako dobro počutila, da se je vrnila na delo za 4 ure 2x tedensko.

Zaključek

Dobra prehranska podpora bolnika predstavlja velik korak k uspešnosti pooperativnega zdravljenja, večanju odpornosti, boljšemu celjenju ran in splošnemu dobremu počutju.

Literatura:

1. Kozjek Rotovnik N. Prehrambena podpora starostnika, ki se obseva. V: Skela Savič B., ed. Starost in rak. 30. strokovni seminar iz onkologije in onkološke zdravstvene nege, Roga. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 2003: 41-49.

2. Pokorn D. S prehrano do zdravja. EWO: d.o.o.; Ljubljana, 1996: 449-467.
3. Ivanuša A., Železnik D. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2002: 463-478.
4. Rotovnik Kozjek N. Metabolne spremembe pri rakasti kaheksiji in novi trendi v prehranski podpori rakasti kaheksiji. Zbornik: Novosti v onkologiji in smernice za obravnavo bolnic z rakom dojk in bolnikov z malignim melanomom. 17. onkološki vikend, Laško. Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega društva, Onkološki inštitut, Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2004: 145-146.
5. McIlwaine C. Importance of holistic nutritional assessment in wound healing. Journal of Wound Care, volume 12, numbers 8, september 2003: 285-288.
6. Demling R.H., DeSanti L. Protein - Energy Malnutrition, and the Nonhealing Cutaneous Wound. http://www.medscape.com/viewprogram/714_pnt, page 1 of 52.

Vpliv zdravstvenovzgojnega dela na kakovost življenja bolnika s stomo

Helena Jeraj Uršič

Uvod

Zdravstvena vzgoja je permanenten proces, ki spremlja človeka od spočetja, prek nosečnosti, rojstva, dobe otroštva in odrasčanja do odraslosti in starosti. Zdravstvena vzgoja na **terciarni** ravni je namenjena **bolnikom, invalidom in njihovim svojcem**. Z zdravstveno vzgojo želimo posameznika usposobiti za polno, bogato življenje z obstoječim osnovnim obolenjem (4).

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, načelo V. se glasi: »Medicinska sestra je dolžna delovati zdravstvenovzgojno. Zdravstvena vzgoja je ena njenih temeljnih nalog«.

Stoma (gr.: usta) je kirurško napravljena odprtina na telesni površini in se imenuje po tistem cevastem organu, iz katerega izhaja (ezofagostoma, traheostoma, gastrostoma, jejunostoma, ileostoma, kolostoma, urostoma).

Kakovost življenja za osebo, ki ima stomo, pomeni sprejetje nove telesne podobe, obvladovanje nege stome in ponovno vključitev v družino in družbo.

Kodeks medicinske deontologije Slovenije nalaga zdravnikom in tudi drugim zdravstvenim delavcem, da delujejo zdravstvenovzgojno na svojem delovnem mestu ali v javnem življenju in tako pomagajo ljudem k boljši kakovosti življenja.

Zdravstvenovzgojno delo pred operacijo

Zdravstvenovzgojno delo pred operacijo zajema psihično in fizično pripravo bolnika na operacijo. Dobro informiranje in pomirjevalna predoperativna priprava bolnika in njegovih svojcev bistveno pomagata pri okrevanju in rehabilitaciji bolnika. Pomembno je, da ima bolnik možnost obravnave pri multidisciplinarnem timu (zdravnik, medicinska sestra, socialni delavec, psiholog, ...).

Psihična priprava

Za ta proces je najbolje, da se začne že pred sprejemom v bolnišnico. Bolnik mora biti obravnavan celostno (ocenjen fizično, psihično in socialno). Tudi primeren družinski član naj bi bil vključen v ta proces. Ugotoviti je potrebno bolnikove potrebe glede na spol, starost, stan, aktivnosti in njegova pričakovanja. Veliko ljudi

Helena Jeraj Uršič, viš. med. ses., ET
Onkološki inštitut Ljubljana

želi vedeti, kako jih bo operacija prizadela in kako se bodo počutili po operaciji. Imeti želijo čim več informacij, ki jih posredujemo s pogovorom, z brošurami in zloženkami in tudi videokaseto. Pogovor prilagodimo bolnikovi sposobnosti sprejemanja in razumevanja. Bolnik mora imeti možnost postavljati vprašanja glede nove telesne podobe, družinskih odnosov, spolnih odnosov, imeti mora možnost izraziti čustva strahu, jeze, zanikanja, depresije in strahu pred smrtjo. Kadar bolnik želi, mu omogočimo srečanje s prostovoljcem, ki ima stomo in prihaja iz skupine za samopomoč. S prostovoljcem se bolnik lahko osebno pogovori, odgovarja mu na vprašanja in dileme glede stome. Ponavadi tak pogovor deluje pomirjevalno. Čustvena in duhovna podpora, posebno v zgodnjem predoperativnem obdobju, je pomembna za uspešen izid operacije.

Fizična priprava bolnika na operacijo

Fizična priprava zajema pripravo prebavnega trakta in označitev mesta stome. **Cilji dobrega čiščenja črevesja** so: izboljšati kirurško vidljivost, preprečiti poškodbo anastomoze z blatom, preprečiti kontaminacijo operativnega mesta z blatom, preprečiti motnje pasaže blata po operaciji zaradi črevesne vsebine.

Pravilno izbrano mesto stome je bistvenega pomena pri negi in funkciji stome. Stoma mora biti napravljena na mestu, ki je za bolnika dobro vidno in lahko dosegljivo. Upoštevati je potrebno pas krila in hlač, izogibati se je potrebno gub, brazgotin, znamenj in bradavic. Mesto stome se označuje v stoječem, sedečem in ležečem položaju en dan pred operacijo z vodoodpornim svinčnikom. Bolniku lahko tudi nalepimo vrečko, da jo bo videl in občutil na svojem telesu.

Zdravstvenovzgojno delo in zdravstvena nega po operaciji

Prve dni po operaciji bolnik ni sposoben sodelovati pri oskrbi stome. V tem času je bolnik popolnoma ali delno odvisen od medicinske sestre v vseh življenjskih aktivnostih. Medicinska sestra mora poznati bolnikove potrebe, pozorna mora biti na besedno in nebesedno komunikacijo. Življenjske aktivnosti, pri katerih bolnik s stomo potrebuje zdravstvenovzgojno delo medicinske sestre, so: prehranjevanje in pitje, izločanje in odvajanje, skrb za čistočo, skrb za varnost, komuniciranje, izražanje čustev, potreb in mnenj, opravljanje koristnega dela, rekreacije in učenja. Kdaj bomo pričeli z učenjem bolnika o negi stome, se odločimo glede na starost, pripravljenost na sodelovanje in njegovo sposobnost dojetja. Kadar bolnik sam ne bo sposoben negovati stome (starost, invalidnost, druge bolezni), moramo naučiti nege nekoga od svojcev. V začetku po operaciji nas bolnik opazuje pri zdravstveni negi stome. Ker je bolnik v predoperativni pripravi dobil brošuro o negi in življenju s stomo in se je tudi seznanil s pripomočki, sedaj po operaciji lažje postavlja vprašanja, na katera mu medicinska sestra odgovarja med zdravstveno nego stome. Najprej učimo spuščanja vsebine iz vrečke in pritrdjevanje sponke. Nato

sledi menjava vrečke (kadar uporabljamo dvodelni sistem) in opazovanje stome. Naslednji korak je menjava kožne podloge. Pred tem moramo izmeriti velikost stome, da se lahko pravilno odločimo za primeren pripomoček in na želatini izrežemo primerno odprtino, ki je lahko le 4 mm večja od velikosti stome. Ob tem bolnika učimo pravilnega čiščenja kože ob stomi in tudi pravilne nege kože, kadar je poškodovana zaradi zatekanja izločkov.

Med zdravstveno nego in ko opazujemo izloček (količino, kakovost) se pogovarjamo tudi o prehrani. Bolnik dobi tudi spisek, kako živila delujejo na prebavo (katera napenja, delajo vonjave, dušijo vonjave, delujejo zapiralno, ...)

Zdravstvenovzgojno delo in zdravstvena nega po operaciji morata biti skrbno načrtovana. Omogočiti morata sistematično, ciljno, individualno celostno obravnavo bolnika.

Preden lahko rečemo, da je bolnik sposoben samooskrbe, mora sam napraviti cel postopek oskrbe stome (pred ogledalom) pod kontrolo, nato pa še samostojno brez nadzora.

Pri učenju so vedno potrebni: spodbujanje, pozitivni pristop in vaje (ponavljanje).

Najpogostejša vprašanja, ki jih zastavlja bolnik ob oskrbi stome, so:

- ali se želatina na vrečki ne bo odlepila ob tuširanju
- ali se bom lahko kopal v banji, bazenu, morju
- ali bo vrečka motila mene in partnerja pri spolnih odnosih
- kakšne kopalke, oblačila naj uporabljam (posebno, če stoma ni napravljena na najbolj primernem delu trebuha)
- ali so pripomočki zastoj in ali jih dobim dovolj
- ali bom čutil, da blato izhaja, in kako bo s plini (ob tem bolnika seznanimo tudi o irigiranju (klistiranju črevesa skozi stomo)
- ali so pripomočki varni
- ali bom neprijetno zaudarjal

Na veliko vprašanj lahko medicinska sestra odgovori samostojno, sicer pa opozori na zdravstvene težave zdravnika, ki lahko bolnika napoti k ustreznemu specialistu (urolog, psiholog, seksolog, ...)

Pri bolnikih, pri katerih doma vlada pozitivno družinsko vzdušje, je rehabilitacija zelo hitra in uspešna. V tem primeru se vsaj eden od domačih nauči nege stome (če bolnik sam ne bi mogel).

Za dobro rehabilitacijo je pomembno, da ljudi s stomo seznanimo z društvi ILCO, Češnjevi cvet, ... in jih spodbudimo k včlanitvi. Bolnik s stomo mora poznati tudi vlogo prostovoljcev, ki jih lahko pokličemo k bolniku pred operacijo (če bolnik želi) ali jih kasneje sam poišče. Bolniku damo o vsem navedenem zloženke - pisne informacije.

Bolnika seznanimo tudi z vlogo posvetovalnice za zdravstveno nego stom.

Zaključek

Zdravstvenovzgojno delo pri stomiranih bolnikih je potrebno od postavitve medicinske diagnoze preko predoperativnega in pooperativnega obdobja do odpusta domov, kjer se še nadaljuje. Uspešno zdravstvenovzgojno delo se kaže v dobro rehabilitirani osebi s stomo, ki tudi po operaciji živi kakovostno življenje. Dobra rehabilitacija vključuje psihično, fizično, socialno in duhovno podporo, ki bolniku pomaga, da se vrne v normalno življenje in v nadaljevanje družbenega življenja.

Literatura in viri:

1. Coloplast, An introduction to Stoma Care, a guide to health care professionals
2. Gavrilov N., Zbornik predavanj šole za enterostomalno terapijo, Ljubljana-KC, 2002
3. Helios, 2001/vol.9, No1, 7
4. Hoyer S., Zdravstvena vzgoja in prosveta, TZ Slovenije, 1995, 51-55
5. Klemenc D., Živeti s stomo - 2.popravljena in dopolnjena izdaja, Ljubljana: Coloplast, 2001
6. Myers C., Stoma care nursing, London: Arnold, 1996
7. Salter M., Spremenjena telesna podoba in vloga medicinske sestre, DZ Slovenije, 1992.

Preventiva razjede zaradi pritiska

Suzana Majcen Dvoršak

Problem nastanka razjede zaradi pritiska je prisoten na vseh področjih dela, kjer se srečujemo z bolniki in varovanci. Tako v svetu kot tudi pri nas ni natančnih statističnih podatkov o obsežnosti problema, predvideva pa se, da prizadane 4-10 % bolnikov v bolnišnicah. Pojav razjede zaradi pritiska predstavlja veliko nevarnost za bolnika, finančno obremenitev zdravstvene blagajne in je, navsezadnje lahko osnova za tožbo zaradi »zanemarjanja« bolnika oz. varovanca.

Razlogov, da se lahko pogovarjamo o pomenu preventive razjede zaradi pritiska, je več kot dovolj in se jih tudi pri nas, vsaj ponekod, vedno bolj zavedamo. Vse bolj se seznanjamo z ukrepi, ki lahko preprečijo nastanek razjede, in jih pri vsakdanjem delu tudi upoštevamo.

Mehanizem nastanka, rizični dejavniki in ocenitev stanja

Problem nastanka razjede je celovit problem, ki lahko prizadane ljudi z akutnimi ali s kroničnimi boleznimi oz. stanji in je posledica skupnega delovanja več dejavnikov, ki jih delimo na:

1. Notranje:

- nepokretnost oz. zmanjšana pokretnost osebe,
- neaktivnost prizadetega - npr. sedenje,
- slaba prehranjenost,
- spremljajoče bolezni (bolezni presnove, slabokrvnost),
- prisotnost urinske in/ali fekalne inkontinence,
- zmanjšane senzorične zaznave,
- motnje zavesti,
- visoka starost (70 in več let).

2. Zunanje:

- nerazbremenjen pritisk,
- strižne sile,
- trenje,
- ponavljajoč se pritisk.

Razjedo zaradi pritiska torej definiramo kot lokalizirano področje poškodbe tkiva, ki nastane bodisi zaradi neposrednega pritiska bodisi zaradi delovanja strižne sile ali

Suzana Majcen Dvoršak, viš. med. ses., ET
Valencia Stoma-Medical, d. o. o.

trenja združeno z lokalno slabim stanjem kože (npr. pretirano vlažna koža, izsušena koža) in s splošno prizadetostjo posameznika (slaba prehranjenost, spremljajoče bolezni). Pritisk in strižne sile preprečijo lokalni pretok krvi v tkivu in tako zmanjšajo prehranjenost, preskrbo s kisikom in tekočino. Otežkočeno je izločanje odpadnih snovi, kar privede do odmrtja tkiva na tem predelu in nastane razjeda.

Nastanek razjede prinaša vrsto spremljajočih težav:

- bolečine,
- možnost infekcije,
- drago oskrbo rane,
- morebitno dolgotrajno hospitalizacijo za odpravo nastalega stanja.

Naopogostejša mesta nastanka razjede so na predelih, kjer je tkivo stisnjeno med kosti in zunanjo trdo površino, npr.: zatilje, ušesa, lopatica, križnica, sednična grča, pete, prsti, predel med koleni.

Velik problem preprečevanja in spremljanja razjede zaradi pritiska predstavljajo tudi naslednja dejstva:

- O tem, koliko časa lahko traja določen pritisk, ne da bi prišlo do okvare tkiva, ni enotnega mnenja. Najpogosteje se priporoča obračanje na 2 uri.
- Do okvare tkiva pride veliko prej, preden se to pokaže navzven.
- Težko oz. ne moremo oceniti obsežnosti in globine poškodbe tkiva.

Večinoma se pri ocenjevanju stanja poškodovanega predela poslužujemo 5-stopenjske klasifikacije:

I. stopnja: povratna rdečina

II. stopnja: stalna rdečina

III. stopnja: razjeda prizadene kožo

IV. stopnja: razjeda sega v podkožno maščevje

V. stopnja: inficirana razjeda sega v globino

Ocena tveganja in preprečevanje nastanka razjede zaradi pritiska

Odgovornost za preprečevanje razjede zaradi pritiska je na strani zdravstvenega osebja oziroma se deli med zdravstveno osebje (patronažna sestra, zdravnik) in svojce, ki skrbе za prizadeto osebo, če je le-ta v domači oskrbi.

Zgodnje preprečevanje tako zajema:

1. Pri posamezniku oceno tveganja za nastanek razjede. Ocenitev naj opravi strokovno usposobljena oseba:
 - ob prihodu bolnika,

- periodično za ocenitev trenutnega stanja,
- ob večjih spremembah v zdravstvenem stanju oskrbovanca.

Pri ocenitvi si pomagamo s pripravljenimi in z uveljavljenimi modeli za ocenjevanje, taka sta npr. enostavna Nortonova ali obsežnejša Waterlowova shema.

Ocenjevanje tveganja vključuje spremljanje bolnika kot celote, kar zajema (odvisno od modela ocenjevanja) ocenitev:

- splošne telesne kondicije,
- videza kože,
- pokretnosti,
- stanja prehranjenosti,
- kontinence,
- spremljajočih bolezni,
- delovanja čutil,
- stanja srca in ožilja,
- stanja zavesti,
- fizičnega in socialnega okolja.

2. Vzdrževanje in izboljšanje stanja kože, saj nudi zdrava koža zaščito pred izsušitvijo tkiva in vdorom bakterij. Koža zaznava zunanje dražljaje, kot so bolečina, pritisk, temperatura in draženje, skladišči maščobe, tvori vitamin D in izloča odpadne snovi.

Zdrava koža je gladka, prožna in dobro prekrvavljena. Za poškodbe je bolj dojemljiva suha koža (posledica uporabe agresivnih mil, ogrevanje z lučko) ali koža, ki je pogosto ali za dalj časa izpostavljena vlagi (urinska in/ali fekalna inkontinenca).

Kožo umivamo z mlačno vodo in blagim milom. Pri umivanju kože ne drgnemo, prav tako ne priporočamo masaže, še posebej ne v bližini kosti. Za zaščito uporabljamo kreme, ki ne vsebujejo alkohola.

Preventivno lahko za zaščito uporabljamo tudi prozorne filme in hidrokoloidne obloge, ki vzdržujejo vlažnost in obnavljajo poškodovano tkivo.

Granuflex Extra thin

Stanjšana oblika hidrokoloidne okluzivne obloge Granuflex - **Granuflex Extra thin** - ima enake lastnosti kot osnovna obloga. Zaradi stanjšane plasti hidrokoloidov ima zmanjšano sposobnost vpijanja in zadrževanja eksudata, zato je primerna za:

- oskrbo ran z minimalno sekrecijo / akutne, kronične /,
- zaščito novonastalega tkiva,

- zaščito tkiva na izpostavljenih predelih, kjer obstaja nevarnost nastanka razjede zaradi pritiska,
- sekundarno oblogo pri oskrbi ran z močnejšo sekrecijo.

Preventiva razjede zaradi pritiska

Granuflex Extra thin vzdržuje lokalno optimalne pogoje za zaščito in regeneracijo tkiva, zadržuje vlago in tako prepreči izsušitev tkiva, zaradi česar se zmanjša verjetnost poškodbe kože, in regenerira tkivo:

- z zagotavljanjem okluzije izboljša angiogenezo in tako izboljša prekrvavitev tkiva in oskrbo tkiva s kisikom,
- vpija manjše količine eksudata in tako prepreči maceracijo poškodovanega tkiva in zmanjša možnost razrasta bakterij in infekcije,
- mehanično zmanjša vpliv trenja,
- pri inkontinentnih bolnikih zaščiti kožo pred urinom in blatom,
- je mehak in prilagodljiv in omogoča enostavno namestitev tudi na predele, kamor je druge obloge težko namestiti / peta, komolci, trtica, ušesa, ... ne potrebuje sekundarne pritrditve,
- lahko ostane nameščen dlje časa:
 - rane z minimalno sekrecijo - spremljajmo pojav »mehurčka« na oblogi;
 - nepoškodovana koža / preventiva razjede zaradi pritiska, povratna rdečina /;
 - obloga lahko ostane nameščena 7-10 dni:
- hidrokoloidi v sestavi obloge zagotavljajo dobro pritrditev, z vpijanjem znoja iz kože pa postopoma popuščajo in tako ob menjavi ne poškodujejo kože v predelu, kjer so nameščeni.

Navodila za uporabo:

- Z blagim sredstvom očistimo kožo in jo dobro osušimo - koža ne sme biti mastna!
- Pod oblogo ne priporočamo uporabe različnih mazil in krem.
- Odrežemo primerno velikost obloge - glede na predel, ki ga želimo zaščititi.
- Odstranimo zaščitni papir na zadnji strani obloge.
- Namestimo oblogo na predel, ki ga želimo zaščititi.
- Oblogo rahlo pogladimo, da se segreje na temperaturo telesa in se tako lepše prilagodi.
- Menjamo jo v skladu z videzom oz. najkasneje po 7-10 dneh.
- Ob odstranitvi primemo rob obloge in jo nežno dvignemo s kože.
- Predel očistimo / ostankov gela ne odstranjujemo mehanično / in namestimo novo oblogo.

Granuflex Extra thin pripomore k izboljšanju stanja kože in NE nadomešča razbremenitve izpostavljenih predelov !

3. Zaščita pred dolgotrajnim pritiskom, trenjem in strižno silo oz. razbremenitev izpostavljenih predelov je bistvenega pomena za preprečitev nastanka razjede.

Za nepokretne je potrebno, tudi doma, pripraviti razpored obračanja. Pogostost obračanja določimo individualno, vendar pa, kot je bilo že omenjeno, vsaj na 2 uri.

Posebno pozornost je potrebno nameniti invalidom na vozičkih, pri katerih je izpostavljen predel sednične grče, ki ga je potrebno razbremeniti vsakih 15-20 minut - če je to le mogoče.

Uporabe razbremenilnih blazin v obliki obročev ne priporočamo, ker lahko povzročijo slabšo prekrvavljenost predela.

V splošnem razbremenilne pripomočke delimo v (Vilar,1995):

- statične - zmanjšujejo pritisk tako, da ga porazdelijo na večje področje,
- dinamične - za svoje delovanje uporabljajo elektriko.

Najenostavnejši pripomočki so različne blazine in bombažne odeje, ki jih uporabimo za zmanjšanje pritiska npr. med koleni, pod petami, komolci. Blazine so lahko polnjene z različnimi polnili (pena, voda, gel).

Posteljne blazine zmanjšujejo pritisk na ležalno površino. Sem uvrščamo: penaste blazine (problem inkontinence), vodne in zračne blazine (problem predrtja), nadomestne žimnice.

Specialne postelje omogočajo odstranitev pritiska in strižne sile. Za svoje delovanje potrebujejo elektriko.

Problem strižne sile lahko omilimo s pravilnim posedanjem v postelji ali z uporabo specialnih postelj.

Trenje kože ob podlogo lahko preprečimo s pravilnim načinom obračanja in premeščanja, pri katerem naj vedno sodeluje več oseb ali pa si pri tem pomagamo z različnimi pripomočki (trapez nad posteljo, sobna dvigala).

Razjedo lahko povzroči že manjši, a dolgotrajen pritisk. Nenatančno urejena postelja, npr. nagubana posteljina ali pritisk odeje na prste noge, drgnjenje stopal ob stranico postelje je lahko vzrok za nastanek razjede, ki zahteva dolgotrajno zdravljenje - zato natančnost ni nikoli odveč.

4. Poučevanje svojcev o pomenu in načinu preprečevanja razjede zaradi pritiska, bi moralo biti bistven del pomoči pri oskrbi v domačem okolju.

Vključevati bi moralo informacije o:

- vzrokih nastanka razjede zaradi pritiska,
- načinu in namenu pregleda stanja kože,
- pravilnem in varnem čiščenju kože in njeni zaščiti,
- možnostih zmanjšanja rizičnih dejavnikov,

- pomenu pravilne prehrane,
- pomenu obračanja, pravih načinov obračanja in premeščanja,
- pravilni uporabi razbremenilnih pripomočkov,
- vseh spremembah, o katerih bi bilo potrebno obvestiti zdravstvene delavce,
- pravicah in možnostih, ki izhajajo iz zdravstvenega zavarovanja.

Vpliv drugih dejavnikov na nastanek razjede

V posameznih modelih za ocenitev tveganja za nastanek razjede so opredeljeni različni kazalci. Večinoma se med najpomembnejšimi pojavljata tudi:

1. Stanje prehranjenosti oskrbovanca, ki neposredno ne povzroča razjede, predstavlja pa bistven dejavnik poslabšanja.

Znaki slabe prehranjenosti so:

- hitro zmanjšanje telesne teže,
- nezadosten vnos hrane in tekočine,
- znižanje nivoja albuminov, globulinov in hemoglobina v krvi.

Problem je pomanjkanje beljakovin, kalorij, vitaminov A, C in E, ter cinka in železa.

Zagotoviti moramo vnos zadostne količine kalorične in proteinsko bogate hrane ter tekočin. Vitamine in minerale lahko dodajamo v obliki preparatov. Poslužujemo se lahko tudi različnih dodatkov.

Seveda pa je pri pripravi jedilnika potrebno upoštevati specifičnosti oskrbovanca (težave pri požiranju, diete, želje, spremljajoča obolenja).

2. Prisotnost urinske in/ali fekalne inkontinence predstavlja pri preprečevanju razjede zaradi pritiska velik problem, saj povzroča prekomerno vlažnost in draženje kože.

Če oskrbovanec ne zadržuje urina in/ali blata, je najprej potrebno izključiti povratna stanja (infekcijo sečil, zdravila).

Pri trajnem problemu se odločimo za način oskrbe, ki ohranja oskrbovančevo dostojanstvo v največji možni meri, hkrati pa nudi zadovoljive rezultate nege.

V pomoč so nam lahko vložki, plenične predloge, urinal kondomi (moška urinska inkontinenca), trajni katetri (samo v najnujnejših primerih).

Redno čiščenje in zaščita kože je v tem primeru bistvenega pomena.

Zaključek

Velja, da je preprečevanje nastanka razjede zaradi pritiska najboljša rešitev problema. Žal pogosto ne moremo odpraviti vseh sistemskih dejavnikov, ki pripeljejo do njenega nastanka, lahko pa zelo veliko naredimo za izboljšanje stanja tkiva na predelih, kjer se razjede najpogosteje pojavljajo.

V članku sem zato posebej poudarila pomen in uporabo hidrokoloidnih okluzivnih oblog Granuflex Extra thin, ki s svojo sestavo in z delovanjem nudijo kakovostno lokalno zaščito izpostavljenih predelov in tako predstavljajo pomemben kamen v mozaiku preventive razjede zaradi pritiska.

Literatura:

1. Preležanine; vzroki za nastanek, preprečevanje in zdravljenje; promocijska literatura Convatec
2. V. Vilar; Decubitus; študijsko gradivo tečaja ET, 1995
3. Priročnik za izvajanje zdravstvenega zavarovanja, ZZZS, 1995
4. Pressure ulcers: Prevention and Management; www.mayo.edu/geriatrics, 2001
5. Statement on Pressure Ulcer Prevention; www.npuap.org, 2001
6. A Patient/Carers Guide to Skin Care; www.tvs.org.uk/Booklets/skincare, 2000

Preprečevanje in lajšanje bolečin pri prevezah ran

Helena Kristina Peric

Uvod

Shakespeare je nekoč zapisal, da bolečina naredi eno uro za desetkrat daljšo. Leriche meni, da z lahkoto prenašamo le eno bolečino, to je bolečino drugih. Voltaire pa pravi, da je bolečina prav tako neizogibna kot smrt. Montaigne bolečino povečuje z navedbami, da kdor bi izkoreninil občutek za bolečino, bi izkoreninil hkrati občutek užitka in s tem uničil človeka.

Tako kot znani pisci in filozofi, tudi zdravstveni delavci bolečino obravnavamo ter definiramo na različne načine. V medicini prevladuje definicija bolečine kot neprijetnega senzoričnega in emocijskega občutka, povezanega z dejansko ali s potencialno okvaro tkiva¹. Bolečino lahko smatramo kot celovit pojav, ki zajema fizične, psihološke, socialne in duševne sestavine². V zdravstveni negi prevladuje definicija, ki jo je postavila Margo McCaffery leta 1999. Navaja, da je bolečina vse, kar tisti, ki jo občuti, pravi, da je, ter da obstaja takrat, ko tisti, ki jo občuti, pravi, da obstaja. Vendar se vse pogostejše pojavljajo mnenja, ki očitajo tej definiciji pomanjkljivosti. Težava je v tem, da bolniki mnogokrat ne povedo, da občutijo bolečino, oziroma prikrivajo dejstva, povezana z njo. Učinkovita in celostna obravnava bolečine, ki zajema tudi sistematični pristop ocenjevanja bolečine, je nujna, saj bolečina močno vpliva na kakovost življenja³.

Incidenca bolečin je zelo visoka. Znana je raziskava, ki je pokazala, da do 80 % prebivalcev domov za ostarele trpi zaradi bolečin, ki so podcenjene in jim zdravstveni delavci ne posvečajo pozornosti⁴.

V zadnjem času se strokovnjaki strinjajo, da je bolečina najbolj pereče vprašanje tudi pri ljudeh z različnimi vrstami ran⁵. Medtem ko so bolečine pri akutnih ranah v večini primerov kratkotrajne, predstavljajo pri bolnikih s kroničnimi ranami dolgotrajen pojav, ki močno ogroža njihovo kakovost življenja. Raziskave so pokazale, da večina bolnikov občuti največ bolečin ob prevezah ran^{6,7}. Preprečevanje bolečin pri prevezah ran, ki je povezano s preprečevanjem dodatnih poškodb rane, je ključna naloga medicinskih sester pri izvajanju preveze.

Konsenz o bolečinah pri prevezah ran

Pretekli dve leti sta bili za področje preprečevanja in lajšanja bolečin pri prevezah ran izjemno plodni. Predvsem sta za to področje pomembna dva dokumenta, ki

Helena Kristina Peric, viš. med. ses., univ. dipl. org.

Simps'S d. o. o.

predstavljata evropski in svetovni konsenz o lajšanju in preprečevanju bolečin pri oskrbi ran.

Prvi dokument je leta 2002 na podlagi mnogih raziskav in znanstvenih dognanj izdala **Evropska zveza za oskrbo ran (EWMA) kot svoje prvo uradno stališče (Position document)**⁸. Naslov dokumenta je **Bolečine ob prevezah ran (Pain at wound dressing changes)**. Dokument obsega sedemnajst strani in je razdeljen na tri dele. Prvi del govori o izsledkih raziskave, ki je potekala v državah zahodne in severne Evrope (Francija, Finska, Velika Britanija, Švica, Švedska, Španija, Avstrija, Nemčija, Nizozemska) ter v severnoameriških državah (Kanada, ZDA). Raziskava se nanaša na stališča in mnenja medicinskih sester o bolečinah pri prevezah ran ter o obravnavi le-teh. V tem delu EWMA ugotavlja, da je zelo pomembno nadaljnje raziskovanje na tem področju. Čeprav se mnogi zdravstveni delavci zavedajo pomembnosti preprečevanja bolečin pri prevezah ran, posebno pri bolnikih s kroničnimi ranami, je potrebno izboljšati dosedanje prakso, vpeljati bolj sistematiziran pristop ter standardizirati smernice za dobro prakso, ki naj temeljijo na dokaznem gradivu.

Drugi del dokumenta obravnava teorijo o bolečinah. Razlaga mehanizem nastanka bolečine. Posebno pozornost posveča različnim vrstam bolečin, ki nastopajo pri bolnikih z ranami, kot so inflamatorne in nevropatske bolečine. Opozarja zdravstvene delavce, da je težko verjeti v nekaj, česar ne vidimo, ne občutimo in ne razumemo, zato je zelo pomembno, da poznamo teorijo o bolečini ter gradimo svojo prakso na teoretični osnovi.

Tretji del dokumenta daje konkretna navodila za obravnavo bolečin ter opozarja na posledice neustrezne obravnave bolečin. Opisuje, kako prepoznati in oceniti bolečine. Posveča se farmakološkemu ter nefarmakološkemu obvladovanju bolečin. Posebno skrbno obravnava izbor oblog za rane z vidika preprečevanja in lajšanja bolečin ter omenja mehke silikonske obloge (Mepitel, Mepilex, Mepilex Border, ...) kot najbolj priporočljive za ta namen. Opozarja, da je vedno potrebno izbrati drugo oblogo, če ugotovimo, da obloga, ki jo uporabljamo, povzroča bolečine pri odstranjevanju, poškodbe tkiva ali kože v okolici rane ter v primeru, ko moramo oblogo namakati, da jo lahko odstranimo.

Dokument vsebuje tudi seznam preverjene in zanesljive strokovne literature s področja oskrbe ran ter obravnave bolečin. Celotno besedilo dokumenta se nahaja na spletni strani EWMA (www.ewma.org).

Julija letos je na 2. svetovnem srečanju društev za oskrbo ran (**WUWHS - World Union of Wound Healing Societies**) izšel **svetovni konsenz o lajšanju bolečin pri oskrbi ran (Minimising pain at wound dressing-related procedures- A consensus document)**⁹. Dokument kratko, jasno in sistematično povzema znanstvena dognanja o bolečinah ter daje navodila za njihovo lajšanje in preprečevanje. Prične s kratkim pregledom najosnovnejših načel, ki jih moramo upoštevati v dobri klinični praksi, sledi poglavje o vzrokih bolečine. Ocenjevanju bolečine in opisu različnih strategij ocenjevanja je posvečeno več pozornosti, saj ustvarjalci

dokumenta prepoznavajo pomanjkanje ocenjevanja bolečine kot enega bistvenih problemov, ki preprečujejo učinkovit pristop k tej problematiki. Zadnje poglavje je posvečeno obvladovanju bolečine. Govori o farmakoloških in nefarmakoloških ukrepih, ki preprečijo ali olajšajo bolečino: o učinkoviti pripravi okolja in bolnika na poseg, o odstranjevanju obloge ter o izbiri primerne obloge. Mehke silikonske obloge so omenjene kot zgleden primer atravmatskih oblog. Dokument v tem delu navaja tudi nekaj najbolj običajnih mitov, ki so žal v praksi še dandanes zelo močno prisotni, in razlage, ki te mite razblinjajo.

Slovenska raziskava o bolečinah pri prevezah ran

Ob prebiranju evropskih priporočil, posebno izsledkov raziskave, sem želela ugotoviti, kako se obravnavajo bolečine pri prevezah ran v Sloveniji in ali obstajajo pomembne razlike med obravnavo bolečin pri nas ter v prej naštetih državah. Delovna domneva pravi, da so bolečine pri prevezah ran v Sloveniji podcenjene ter mnogokrat neustrezno obravnavane, predvsem zaradi omejenega dostopa do sodobnih oblog ter zaradi omejenih pristojnosti medicinskih sester na področju oskrbe ran.

Rezultati raziskave

Raziskava o obravnavi bolečin pri prevezah ran na področju zdravstvene nege je bila izvedena s pomočjo anonimne ankete, ki je vsebovala 16 vprašanj zaprtega tipa ter eno opisno. Anketa je bila povzeta po anketi, uporabljeni v mednarodni raziskavi, vendar z ustreznimi modifikacijami glede na nacionalne značilnosti.

Medicinskim sestram, ki se ukvarjajo z oskrbo ran na različnih področjih zdravstvene nege (patronaža, bolnišnice, socialni zavodi - geriatrija), je bilo poslanih 100 anket (n=100). Vrnjenih anket je bilo 48 (48 %), od tega 61 % iz patronažne zdravstvene nege, 30 % iz bolnišnic ter 16 % iz socialnih zavodov. 56 % anketiranih medicinskih sester opravi več kot 10 prevez tedensko, 23 % med 5 in 10 prevez ter 16 % do 5 prevez tedensko. 18,7 % je enterostomalnih terapevtk.

Medicinske sestre smatrajo, da je najpomembnejša naloga pri prevezah ran preprečevanje bolečin (48 %). Temu sledi preprečevanje poškodbe rane (25 %), šele nato pa preprečevanje prenosa okužbe (14 %) in preprečevanje poškodb kože.

Raziskava je pokazala, da le 8 % medicinskih sester uporablja za ocenjevanje bolečine ob prevezah ran posebno shemo. Najpogosteje medicinske sestre ocenjujejo bolečino glede na besedno izražanje bolnika, sledi opazovanje mimike in telesne govorice. Večina medicinskih sester meni, da je najbolj boleče odstranjevanje obloge, tretjina pa meni, da je najbolj boleče čiščenje rane.

Večina medicinskih sester (91 %) je navedla, da za preprečevanje bolečin pri prevezah ran uporablja obloge, ki ne povzročajo bolečin in poškodb tkivu. Obenem je 43 %

medicinskih sester navedlo, da se pogosto oziroma vedno poslužujejo namakanja oblog za odstranitev le-teh z rane. 66 % nikoli oziroma redko uporablja farmakološka sredstva za ublažitev bolečin (analgetiki), 93 % se izogiba lepljivim oblogam, 64 % pa uporablja za ublažitev bolečin pri izpiranju ran tople tekočine. Samo 2 % anketirank uporablja ostale metode za preprečevanje bolečin, kot je npr. distrakcija.

Najbolj boleče rane so po mnenju medicinskih sester površinske opekline, pediatrične rane in ulkusi na nogah, manj boleče pa so razjede zaradi pritiska, površinske vreznine in fungirajoče rane.

Medicinske sestre so izrazile enotno mnenje, da največ bolečin in poškodb pri prevezah ran povzročajo gaza, nadalje netkani materiali ter poliuretanski filmi. Sledijo hidrokoloidi ter vazelinske mrežice. Najmanj bolečin in poškodb pri prevezah ran pa po njihovem mnenju povzročajo mehke silikonske obloge, sledijo jim poliuretanske pene, nato alginati in geli.

31 % medicinskih sester pravi, da jim je vedno omogočena strokovna izbira obloge, 64 % pa, da le včasih. Največje omejitve pri izbiri obloge so finančne omejitve (85 %), pravila ZZSZ (70 %) in navodila zdravnikov (66 %) (opomba: možnih je bilo več odgovorov).

Zadnje vprašanje se je nanašalo na obravnavo bolečin pri prevezah ran v širšem družbenem okolju. Mnenja so močno deljena - 60 % medicinskih sester meni, da se bolečine smatrajo za običajen pojav, ki ga je potrebno pretrpeti, 40 % pa jih meni, da je bolečine potrebno ustrezno obravnavati in preprečevati.

Primerjava raziskave z mednarodnimi izsledki in razprava

Anketirani vzorec medicinskih sester glede na število prebivalcev ustreza vzorcu iz mednarodne raziskave. Odstotek vrnjenih anket je znatno višji v Sloveniji (48 %) kot v ostalih državah, kjer je bilo v povprečju 27 % vrnjenih anket. To najbrž nakazuje zainteresiranost medicinskih sester za obravnavano tematiko.

Tako kot slovenske medicinske sestre tudi tuje kolegice opredeljujejo kot najpomembnejši nalogi pri prevezi ran preprečevanje poškodb novonastalega tkiva ter bolečin. Razlike nastopijo pri posameznih državah, izstopajo predvsem švicarske medicinske sestre, ki so kot prednostno nalogo opredelile preprečevanje prenosa okužb.

Pri metodah za ocenjevanje bolečin so opazne razlike glede na nacionalne značilnosti - severnjaki se zanašajo predvsem na telesno govorico in mimiko, v večini držav pa se medicinske sestre zanašajo na besedno izražanje bolečine, tako kot pri nas. Predvsem v angleško govorečih državah vse bolj uporabljajo sheme za ocenjevanje bolečine, kar zagotavlja bolj sistematično in usmerjeno obravnavo bolečine.

V tujih državah prevladuje namakanje oblog kot najpogostejša strategija za preprečevanje bolečin med prevezami. Tudi v Sloveniji je odstotek medicinskih

sester, ki uporablja to strategijo, visok (43 %). Ta rezultat je presenetljiv, saj je že dolgo znano, da je namakanje strokovno zelo sporno in ni priporočljivo, poleg tega pa temelji sodobna doktrina oskrbe rane na vlažnem celjenju. V Sloveniji je ta rezultat presenetljiv tudi v primerjavi z rezultatom, kjer medicinske sestre v visokem odstotku navajajo, da uporabljajo obloge, ki ne povzročajo bolečin in poškodb tkiva pri prevezah. Takšne obloge potemtakem ne bi potrebovale namakanja. Opazne so tudi razlike pri uporabi farmakološke terapije - v Franciji in Veliki Britaniji je to najpogostejša strategija za ublažitev bolečin pri prevezah, pri nas pa razen alternativnih metod najmanj pogosta.

Nekaj manjših razlik je opaziti pri razvrstitvi bolečih ran. Medtem ko so medicinske sestre v Sloveniji razvrstile pediatrične rane zelo visoko (na 2. mesto), kot ene izmed najbolj bolečih ran, so jih tuje kolegice razvrstile na 6. mesto. Med tujimi medicinskimi sestrami veljajo ulkusi na nogah kot najbolj boleče rane, precej visoko so se uvrstile tudi razjede zaradi pritiska. Med slovenskimi medicinskimi sestrami veljajo razjede zaradi pritiska za manj boleče rane.

Zelo enotna mnenja si delimo glede oblog, ki povzročajo največ bolečin in poškodb pri prevezah ran. Gaza, netkane komprese in poliuretanski filmi si delijo prva tri mesta pri vseh raziskavah. Enotno mnenje nastopa tudi glede mehkih silikonskih oblog, ki jih tako tuje kot domače medicinske sestre navajajo kot obloge, ki povzročajo najmanj bolečin in poškodb pri prevezah ran. Razlike so opazne le pri poliuretanskih penah, ki so po slovenski raziskavi uvrščene kot druga najboljša izbira obloge za preprečevanje bolečin, po mednarodni raziskavi pa jih glede na to lastnost prehitijo alginati in geli.

Slovenske medicinske sestre so v zelo visokem odstotku odgovarjale, da jim je omogočena strokovna izbire obloge. Glede na rezultate imamo prednost pred državami, kot so Kanada, Nemčija in Švica. Ta rezultat je presenetljiv, posebno ob dejstvu, da so v naštetih državah sodobne obloge bolj dostopne, če primerjamo življenjski standard ter pravila obveznih in prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Vse medicinske sestre pa se čutimo enako omejene zaradi finančnih restrikcij, pravil zavarovalnic ter zdravnikovih navodil. V Španiji in Franciji so medicinske sestre navedle zdravnikova navodila kot največjo omejitev pri izbiri obloge, v Švici pa je največja omejitev pomanjkanje znanja.

Mnenja glede obravnave bolečin v širšem družbenem okolju so močno deljena. Predvsem patronažne medicinske sestre in enterostomalne terapevteke so prepričane, da bi jih bilo potrebno bolj ustrezno obravnavati, medicinske sestre v socialnih zavodih in v bolnišnicah pa so glede teh stališč popolnoma razdeljene. Ta rezultat kaže na potrebo po nadaljnjem raziskovanju, izobraževanju, razpravljanju o tej temi ter na pomanjkanje jasnih stališč in standardov s tega področja. Rezultati raziskave potrjujejo postavljeno delovno domnevo, da so bolečine pri prevezah ran v Sloveniji podcenjene ter mnogokrat neustrezno obravnavane, tudi zaradi omejenega dostopa do sodobnih oblog.

Celostno gledano nam primerjava slovenske in mednarodne raziskave kaže, da smo si mnogo bolj podobni kot različni. Stališča slovenskih medicinskih sester in obravnava bolečin pri nas ne odstopajo bistveno od stališč in obravnave v razvitih državah Evrope in Severne Amerike.

Zaključek

Kakovost življenja bolnikov z ranami je močno odvisna tudi od bolečin, ki jih morajo pretrpeti pri prevezah. To dejstvo je potrjeno z mnogimi raziskavami, na podlagi katerih sta nastala tudi dva pomembna dokumenta za to področje - evropski in svetovni konsenz za obravnavo bolečin pri prevezah ran.

Vsi zdravstveni delavci, ki se srečujemo z oskrbo ran, imamo pomembno nalogo obravnave bolečin s ciljem, da jih preprečimo ali vsaj olajšamo. Zavedati se moramo, da so bolečine pri prevezah ran običajno najbolj pereč problem bolnika, zato ne smemo zanemariti njihove obravnave (ocenjevanje, planiranje, izvajanje, ...). Kot advokati bolnikov se moramo zavzemati za ustrezno obravnavo bolečin v svojem lastnem ter tudi v širšem družbenem okolju. Zavzemati se moramo za odpravo omejitev, ki preprečujejo ustrezno obravnavo bolečine. Področje obravnave bolečin pri bolnikih z ranami zahteva nadaljnje raziskovanje ter izobraževanje. Potrebno je multidisciplinarno timsko sodelovanje in oblikovanje nacionalnih stališč ter standardov, saj vsi bolniki zaslužijo življenje brez bolečin.

- ¹ International Association for the study of pain (IASP). www.iaspworld.org
- ² www.pc.maricopa.edu/departments/nursing/spring%202003
- ³ Franks PJ, Moffat CJ. Quality of life issues in patients with wounds. *Wounds* 1998;10 (Suppl E):1E-9E
- ⁴ Ferrell BA. Pain evaluation and management in the nursing home. *Annals of Internal Medicine*. 1995;123(9):681-687
- ⁵ Briggs M, Hoffman D. Pain management. 9th European conference in advances in wound management. Harrogate 1999.
- ⁶ Moffat CJ, Franks PJ, Hollinworth H. Understanding wound pain and trauma: an international perspective. EWMA Position Document: Pain at wound dressing changes 2002:2-7
- ⁷ Collier M, Hollinworth H. Pain and tissue trauma during dressing change. *Nursing standard* 2000.14,40,71-73
- ⁸ EWMA Position document: Pain at wound dressing changes. London: MEP Ltd. 2002
- ⁹ Principles of best practice: Minimising pain at wound dressing-related procedures. A consensus document. London:MEP Ltd, 2004
- ¹⁰ Hollinworth H, Collier M. Nurses' views about pain and trauma at dressing changes; results of a national survey. *J Wound Care* 2000;9:369-73

Socialna rehabilitacija bolnika z rakom

Gabi Čačinovič Vogrincič

Uvod

Naslov moram takoj dopolniti: govorim o prispevku socialnega dela v procesu socialne rehabilitacije bolnika z rakom. Kolegica Janja Babič predstavlja standarde socialnega dela v onkologiji, moja naloga pa je, da predstavim podrobnosti pojmovanja procesa pomoči v socialnem delu, saj v postmodernih pojmovanjih odnosa med socialnim delavcem, socialno delavko, in bolnikom vidim zagotovilo za soustvarjanje procesa socialne rehabilitacije in za soustvarjanje gre: *za proces socialne rehabilitacije, ki temelji na raziskovanju, razumevanju, sporazumevanju in odkrivanju novih zgodb v odnosih spoštovanja in varovanja osebnega dostojanstva.*

Izredno pomembno je, da so socialne delavke, socialni delavci, odlično opremljeni za vzpostavljanje in vzdrževanje dialoga in sodelovanja, tako, da se socialna rehabilitacija lahko soustvari. V socialnem delu govorimo o delovnem odnosu, ki smo ga jasno definirali, tako, da se strokovnjaki pri delu z ljudmi lahko naslonimo nanj. Predstavila bom koncept pomoči v socialnem delu in koncept delovnega odnosa. Tako bo mogoče razločiti poseben prispevek socialnega dela v procesih pomoči, ki bolniku z rakom dodajajo moč, da ostane kompetenten za svoje življenje, v dostojanstvu in spoštovanju.

Koncept pomoči v socialnem delu

Koncept *etike udeležенosti* Lynn Hoffman (1994), (the ethics of participation), in koncept *perspektive moči* Denisa Saleebeya (1997), (strength perspective), sta dva temeljna koncepta, ki najbolj ponazarjata paradigmatске spremembe v konceptu pomoči v socialnem delu.

Etika udeležенosti nas usmerja v to, da objektivnega opazovalca, socialnega delavca, socialne delavke, nadomesti sodelovanje, v katerem nihče nima končne besede, sodelovanje, v katerem nihče ne potrebuje končne besede, temveč pogovor, ki se lahko nadaljuje. Soglasje, razumevanje, določa naslednji korak. Socialmodelavske delovne okoliščine se definirajo kot začetek razgovora o sedanjosti za prihodnost. Raziskuje se zgodba, soustvarja se nova. Uporabljene besede so sporazum, razumevanje, lokalni jezik, soustvarjanje resničnosti, odkrivanje sveta drugega.

Citiram: »... kot nova osrednja vrednota socialne misli in akcije se pojavlja etika udeležенosti in ne več iskanje »vzroka« ali »resnice« (Hoffman, 1994:23).

prof. dr. Gabi Čačinovič Vogrincič

UNIVERZA V LJUBLJANI, Fakulteta za socialno delo

V moji razlagi je pozornost docela usmerjena na proces razgovora v vsakokratni sedanosti, v soustvarjanje razgovora, razlag, razumevanja in gre za drugačno odgovornost, za odgovornost za soustvarjanje pomenov in za soustvarjanje sporazuma. Raziskuje se zgodba, soustvarja se nova.

Dogaja se proces ustvarjanja in konfrontiranja pomenov in omogočanje alternativnih pomenov, ki dobijo smisel in uporabnost. Potrebni so spoštljiva radovednost, odprtost in sodelovanje za ustvarjanje novih razlag, razumevanj, dogovorov.

Pomembna je sedanost »tukaj in zdaj«, v njej se soustvarjajo zgodbe za prihodnost, se odkrivajo in poimenujejo možne spremembe.

Lynn Hoffman jasno opozori, da gre za to, da strokovnjak odstopi od moči, ki mu ne pripada: od moči, ki mu daje posedovanje resnic in rešitev. Nadomešča ga občutljivo skupno iskanje, raziskovanje, sorazlaganje. Strokovnjak zdaj mora zdržati negotovost iskanja in osebno udeleženo, ki ostaja osebna udeleženo strokovnjaka in soiskalca, sogovornika hkrati. Etiki socialnega dela se dodaja etika udeležnosti v raziskovanju, ustvarjanju in razlaganju zgodbe, ki nastaja.

Koncept etike udeležnosti je dober temelj za oblikovanje trdnega konteksta socialnega dela od brezpogojnega spoštovanja edinstvenosti človeka, ki soustvarja projekte pomoči, preko tkanja socialnih mrež v skupnosti, in politične akcije.

Drugi pomembni paradigmatški premik v znanju za ravnanje v socialnem delu predstavlja koncept *perspektive moči*, tako kot ga za socialno delo definira Denis Saleebey (1997).

V Lussijevem konceptu instrumentalne definicije problema je zajet produktivni delovni premik od definicije problema skupaj s stranko k definiciji deleža stranke k rešitvi. Premik k perspektivi moči nas usmeri, da v prispevku stranke spoštljivo iščemo njeno moč, njene vire.

Dennis Saleebey (1997:3) pravi: »Praksa, ki temelji na perspektivi moči, pomeni, da bo vse kar delaš kot socialni delavec, utemeljeno s tem, da pomagaš odkriti, olepšati, raziskati in izkoristiti klientovo moč in vire, ko mu pomagaš, da doseže svoje cilje, uresniči svoje sanje in razbije okove oviranosti in nesreč.«

Ravnati iz perspektive moči je najprej zelo osebna odločitev socialnega delavca, socialne delavke, ki omogoča sodelovanje v procesu, ki ga strokovnjak vodi v smeri moči. Fokus socialnega dela se premakne od problemov in rešitev zanje k novim možnostim v življenju. Ali kot pravi D. Saleebey (ibid., str. 4): »Formula je preprosta: mobiliziraj moč strank (talente, znanja, sposobnosti, vire) s ciljem, da podpreš njihova prizadevanja, da dosežejo svoje cilje in vizije, in stranke bodo imele boljšo kakovost življenja, tako, ki bo v skladu z njihovimi koncepti kakovosti. Čeprav je recept preprost, mu sledi trdo delo.«

Koncept pomoči, ki temelji na etiki udeležnosti in perspektivi moči proces socialne rehabilitacije soustvarja kot proces, kjer se ubesedi sedanost na novo, in

sicer tako, da se ubesedijo novi viri moči in smisla, tako, da se obnovijo stari. Za filigranski proces soustvarjanja moči in smisla gre.

Delovni odnos v socialnem delu

Predmet socialnega dela je reševanje celovitih socialnih problemov. Ključni pojmi so pomoč, reševanje problema, soustvaranje novih rešitev v socialnodelavskem delovnem odnosu, s katerim lahko mobiliziramo moč, ki jo ima bolnik. V temelju gre vedno za projekt sodelovanja, ki ga oblikujemo s sporazumevanjem, z dogovarjanjem in s skupnim ustvarjanjem rešitev, da bi udeleženci v problemu postali udeleženci pri rešitvi, kot pravi Peter Lüssi (1991). Odnos med socialnim delavcem, socialno delavko, in stranko je torej *delovni odnos* in prva naloga socialnega delavca, socialne delavke je, da delovni odnos vzpostavi. Mislim, da sem v letih »prevajanja« teoretičnih konceptov v prakso in iz prakse v teorijo izbrala in zbrala elemente delovnega odnosa, ki so:

Dogovor; instrumentalna definicija problema (P. Lüssi, 1991); *osebno vodenje* (Bouwkamp, de Vries, 1995).

Vendar tako opredeljen delovni odnos težko vzdržujemo in ohranimo, če se v praksi ne naslonimo še na štiri pomembne sodobne koncepte v socialnem delu, ki so: *perspektiva moči* (D. Saleebey, 1997); *etika udeleženosti* (L. Hoffman, 1994); *znanje za ravnanje* (I. Rosenfeld, 1993); *ravnanje s sedanostjo ali koncept so-prisotnosti* (T. Anderson, 1994).

V tem kontekstu ni mogoče podrobno obrazložiti vseh elementov, zato jih bom predstavila le toliko, da bo mogoče razložiti posebnosti procesa pomoči. Koncept etike udeleženosti in koncept perspektive moči sem obrazložila v pojasnjevanju posebnosti koncepta pomoči.

Dogovor o sodelovanju je nedvomno prvi korak. Projekta pomoči v socialnem delu ni mogoče začeti drugače kot z jasnimi in izrečenimi dogovorom o sodelovanju, ki šele omogoči vzpostavljanje delovnega odnosa. Dobro je, če se dogovora udeležijo vsi udeleženi v problemu na začetku dela, sicer je treba skrbno opraviti dogovor z vsemi, ki se v projekt vključujejo. V našem kontekstu so to bolnik, njegova družina, zdravniki, medicinske sestre, ... Dogovor zahteva postanek, čas in prostor. Dogovor je dogovor o vzpostavljanju delovnega odnosa in se torej nadaljuje v *instrumentalno definicijo problema*. Dogovor ima pomen obreda, ki vzpostavlja prostor za sodelovanje. Dogovor se nanaša najprej na konkretno srečanje. Tako je tudi strukturiran: vsebuje pristanek za sodelovanje danes, »tukaj in zdaj«, dogovor o času (za delovni pogovor z družino je to ura, ura in pol) o tem, kako bomo delali. Dogovor o obliki sodelovanja, o tem pomembnem KAKO, uvede socialna delavka, socialni delavec, s pojasnilom koncepta delovnega odnosa, ki ga vzpostavljamo.

Socialnodelavski delovni odnos temelji na *instrumentalni definiciji problema* (Lüssi, 1991): prva naloga, za katero je usposobljen socialni delavec, socialna delavka, je

vzpostaviti pogoje za pogovor, da bi bolnik lahko vstopil s svojo definicijo problema, sam-a pa doda strokovno razlago in v prvem delovnem pogovoru začne proces oblikovanja delovne definicije mogočega, uresničljivega. Koncept pomoči temelji na paradigmatiski postavki, da morajo prav udeleženci v problemu sodelovati pri oblikovanju in uresničevanju rešitve. Naloga socialnega dela je najprej ta, da omogoči sodelovanje oziroma izkušnjo sodelovanja.

Osebnostno vodenje je de Vriesov koncept. De Vries (1995) imenuje to nalogo socialne delavke, socialnega delavca, *osebno vodenje*, saj socialnodelavsko ravnanje pomeni vodenje, in sicer vodenje k dogovorjenim ciljem, rešitvam, oblikam pomoči. Vendar je socialni delavec, socialna delavka, v tej vlogi hkrati režiser in udeleženi opazovalec. Osebnostno se odziva v odnosih, ki se vzpostavljajo, in soustvarja pogoje za razvoj novih izkušenj, alternativnih pomenov. V vlogi usmerjevalca prispeva potrebne informacije, tehta preizkušene rešitve, raziskuje nove poti. V vlogi udeležene opazovalca pa v delovni proces vnaša izkušnjo iz odnosov, ki se oblikujejo in spreminjajo kot element delovnega procesa.

Kako vzpostaviti delovni odnos, kako začeti, na kaj se lahko socialne delavke, socialni delavci, oprejo, da bi zastavili osebno vodenje k razvoju zelenih razpletov, k ugodnim rešitvam? Walter Kempler (1991) in S. de Vries (1995) pravita »osebno, konkretno, tukaj in zdaj« - tako označita ravnanje strokovnjaka. Navodilo »tukaj in zdaj« nalaga socialnemu delavcu, socialni delavki, da se loti problema v sedanjosti. V sedanjosti in za sedanjost definiramo probleme in raziskujemo rešitve, v sedanjosti lahko načrtujemo prihodnost. Pomembno delo v procesu vzpostavljanja delovnega odnosa je refleksija svojega ravnanja. »Konkretno« usmerja socialne delavke, socialne delavce v to, da govorijo o konkretnih okoliščinah, dogodkih, načrtih tako, da se lahko med pogovorom o njih sporazumemo, pojasnimo nepojasnjeno in odkrijemo nove priložnosti, ki so uresničljive. »Osebnostno« poudari udeleženosť socialnega delavca, socialne delavke, v dialogu, razgovoru, sodelovanju. Osebnostno se kaže v zavzeti komunikaciji za ustvarjanje rešitev, v udeleženi odzivu na dogajanje »tu in zdaj«, v skrbi za ohranjanje odprtih prostorov za pogovor, v osebni prispevku k novim izkušnjam v procesu dela.

Koncept pomoči v socialnem delu postavlja v središče pomen odnosa med bolnikom in socialnim delavcem, socialno delavko. To je odnos, ki mora ustvariti in varovati odprt prostor za pogovor, ki bolniku omogoči novo izkušnjo o lastni kompetentnosti, ki je osnova za soustvarjanje edinstvenega procesa socialne rehabilitacije.

Literatura:

- R., Adams, L., Dominelli, M., Payne, (ed) (1998) Social Work, Themes, Issues and Critical Debates. London: McMillan Press Ltd.
- H. Anderson, H. Goolishian (1994) The Client is the Expert. In: Mc Namee, K.J. Gergen Therapy as Social Construction. London: Sage.

- R. Blundo, R.R. Greene, P. Gallant (1994) A Constructionist Approach with Diverse Populations. In: R.R. Greene Human Behavior Theory, A Diversity Framework. New York: Aldine de Gruyter.
- G. Čačinovič Vogrinčič (2003) Jezik socialnega dela (2003), Socialno delo, 42, 4-5, 199 -203.
- G. Čačinovič Vogrinčič (2003) Socialno delo z družino, študijsko gradivo. Ljubljana: FSD
- L. Hoffman (1994) A Reflexive Stance for Family Therapy. In: McNamee, K.J. Gergen Therapy as Social Construction. London: Sage.
- S., Kvale (1992) (ed.) Psychology and Postmodernism. London: Sage.
- P. Lussi (1992) Systemische Sozialarbeit. Bern: Haupt.
- Sh. Mc Namee, K.J., Gergen (1994) Therapy as Social Construction. London: Sage.
- O'Hanlon (1933) Possibility Therapy: From iatrogenic injury to estrogenic healing. In: S., Gilligan, R., Price, (ed) Therapeutic Conversations. New York: Norton.
- N. Parton, P. O'Byrne (2000) Constructive Social Work, Towards a New Practice .London: McMillans Press Ltd., St. Martins Press Inc.
- B. Pease, J. Fook (1999) (ed) Transforming Social Work Practice: Postmodern critical perspectives. London: Routledge
- H. - U., Pfeiffer- Schaupp (1995) Jenseits der Familientherapie. Freiburg in Breisgau: Lambertus.
- E., D., Polkinghorne (1992) Post-modernism and the Social Sciences, Insights, Inroads and Intrusions. In: S., Kvale (1992) Psychology and Postmodernism. London: Sage.
- I., Rosaenfeld (1993) Abstracts, EASSW Conference, Torino.
- D. Saleebey (1997) The Strength Perspective in Social Work Practice. New York: Longman

Socialna rehabilitacija bolnika z rakom

Standardi socialnega dela v onkologiji

Janja Babič

V društvu "Association of Oncology Social Work" (AOSW) imajo izdelane standarde, po katerih priporočajo razvijanje in opravljanje prakse socialnega dela v onkologiji. Društvo ima sedež v Baltimoreu. Iz zgodovinskega dogajanja v Baltimoreu je razpoznavna tradicionalna vloga, ki jo ima mesto na področju socialnega dela. Mesto ima pomembne zasluge za to, da so se socialnemu delu začeli graditi strokovni temelji. "Na kratko lahko rečemo, da se je potreba po novih strokovnih znanjih o socialnem delu pojavila šele v trenutku, ko so mladi, zavzeti ljudje zapustili svoja varna prebivališča in stopili med najrevnejše ljudi" (Stritih, 1998: 11) Spoznali so okoliščine, v katerih ljudje živijo, in neposredno spoznali težave in rešitve le teh. Socialno delo danes še nadalje razvija dialog z uporabniki uslug socialnega dela. Probleme spoznavajo strokovnjaki po različnih starih in novih poteh. Dialog, v katerem uporabniki nastopajo iz enake pozicije moči, je dialog, v katerem je dopustno, da le ti skupaj s strokovnjaki neugodne okoliščine kot take sami zaznajo in spoznajo možnosti, kako bi jih lahko spremenili. "Bistvo našega dela je pomagati ljudem razkriti svoje osebne zgodbe in jim povedati, kakšne vrste pomoči lahko pričakujejo od drugih." (D., A. Brandon, 1994: 6) S tem je izpolnjen pogoj, da ponujena pomoč izhaja iz potreb in moči sočloveka. Ponujeno pomoč ima človek možnost sprejeti ali tudi odkloniti. Mi ne vemo, kaj predstavlja za drugega izboljšanje kakovosti njegovega življenja. Vsakdo mora nasprotno od tega, da pasivno sprejema pomoč po presoji drugih, imeti podporo, da lahko izbira, če sploh, kdo in kako mu bo pomagal pri spreminjanju pogojev, v katerih živi. To je vodilo, po katerem bodo bolniki ohranili moč, da bodo odločali o sebi, kar je njihova osnovna pravica. "Če hočejo nove strukture utelesiti resnične in revolucionarne spremembe, morajo pokazati edinstvene in prilagodljive načine odzivanja na številne in raznovrstne potrebe prizadetih. Moč mora preiti od strokovnjaka k morebitnemu uporabniku in to je velikanski izziv." (D., A. Brandon, 1994: 5) Vodilo premika moči k uporabniku podpira socialno delo z vizijo vzpostavljanja delovnega odnosa, v katerem se rešitev soustvarja. "Gre za drugačno odgovornost, za odgovornost za soustvarjanje pomenov in za soustvarjanje sporazuma. Raziskujemo obstoječo zgodbo, soustvarjamo novo." (Čačinovič Vogrinčič, 2003: 25)

Socialno delo v onkologiji ima razvite zasnove, ki se prepletajo z dejavnostjo zdravstvene stroke. Kot vsaka ustanova, ima tudi bolnišnica vpliv na ravnanje vsakogar, ki je zaposlen v njej. Le do določene mere se zaposleni v ustanovi lahko

Janja Babič, viš. med. ses., dipl. soc. del.
Onkološki inštitut Ljubljana

odločajo neodvisno od njenega vpliva. Tudi socialni delavec, ki je zagovornik koristi uporabnika v ustanovi, se temu vplivu ne more izogniti. "(...) da imaš v vsaki ustanovi kakšno svetlo lučko, ko stvari jemlje z vidika uporabnika, ko pusti sama sebi, da sliši uporabnika. To je problem v teh ustanovah. Ker ti ljudje niso več ljudje sami po sebi, ampak so ljudje sistemov. In če bi ona mal drugač stopla, bolj malo na mojo stran, kot pa ne vem koga, mogoče države, je lahk tud po njem ali po njej." Odstavek je vzet iz pričevanja študentke, ki je svoje otroštvo in zgodnjo mladost preživela v zavodu za usposabljanje invalidne mladine.

Socialno delo je v bolnišnici pogosto podrejeno okvirom, ki jih predpisuje zdravstvena stroka. Teh okvirov se mora osvoboditi in nastopati neodvisno po načelih lastnih strokovnih principov in izkušenj, obenem pa upoštevati pravila zdravstva, ki pomenijo okoliščine, v katerih se nahaja uporabnik, to je bolnik. Šele potem bo sposobno socialno delo v bolnišnici deliti svojo moč z bolniki in jih v tem podpreti. Iz tega razloga se mi zdi pomembno, da spoznamo standarde, kot so jih razvili v zgoraj omenjeni organizaciji. Standardi so osnova in opora, po kateri se oblikuje socialna rehabilitacija onkološkega bolnika v vsej potrebni širini. V tej se srečujejo tako interesi bolnikov in zanj pomembnih oseb kot zdravstvenih, socialnih delavcev in drugih strokovnjakov.

V uvodnem delu "Standradov socialnega dela v onkologiji" je citirano: "Socialno delo v onkologiji je najpomembnejša strokovna disciplina, ki nudi psihosocialno pomoč bolnikom, svojcem in drugim pomembnim osebam, ki se morajo soočiti z grožnjo bolezni ali z že potrjeno diagnozo rak." Socialno delo v onkologiji mora vključevati klinično prakso, izobraževanje, upravljanje in raziskovalno delo.

STANDARDI ZA PRAKTIČNO DELO

STANDARD I.

Usposobljenost

Socialni delavci v onkologiji morajo biti izobraženi v smeri poznavanja same bolezni rak in načinov zdravljenja raka, psihosocialnih posegov za posamezne bolnike in njegovo družino, ustreznih intervencij in državnih virov ter virov v skupnosti.

Socialni delavci v onkologiji morajo imeti znanje, ki ga lahko nudijo že osnovni tečaji o raku in zdravljenju raka, kar jim daje sposobnost pomagati bolniku in njegovim svojcem sprejeti bolezen in ravnati ob spremembah, nastalih v družinskem življenju.

Socialni delavci v onkologiji morajo pridobiti diplomski izpit, ki ga predvideva Socialna zbornica Slovenije. Zaželeno pa je, da imajo diplomanti predhodno znanje in izkušnje, pridobljene z zaposlitvijo v zdravstvu.

STANDARD II.

Oblike pomoči bolnikom in njihovim družinam

Program socialnega dela v onkologiji mora nuditi naslednje klinične in splošno koristne oblike pomoči:

- A. Zaključeno psihosocialno ocenitev odgovora bolnika in njegovih sorodnikov na diagnozo rak, ki vključuje:
 1. stopnjo v razvoju, ki jo je oseba dosegla
 2. poznavanje bolezni rak in načinov zdravljenja raka, vključno s sposobnostjo razumevanja, z možnimi reakcijami in pričakovanji
 3. psihosocialno učinkovitost bolnika in njegove družine, ki vključuje njihove moči, spretnosti obvladovanja in dajanja podpore
 4. značilnosti bolnikove družine in/ali socialnega in ekonomskega okolja
 5. etnične, duhovne in kulturne vplive ter povezave
 6. vir, razpoložljivost in ustreznost skupnostnih sredstev
- B. Oblikovanje individualnega načrta z bolnikom in družino temelji na vzajemnem strinjanju v ciljih, s poudarkom vzdrževanja in pospeševanja optimalnega psihosocialnega delovanja v času zdravljenja raka in ob posledicah bolezni.
- C. Uporaba širokega razpona kliničnih intervencij, usmerjenih na samo zdravljenje in/ali pričakovane probleme, ki se bodo razvili pri bolniku ob njegovih zdravstvenih in psihosocialnih potrebah.
- D. Uporaba merila za ugotavljanje visoke rizičnosti, z namenom zgodnjega odkrivanja primerov in načrtovanje aktivnosti.
- E. Razvijanje poznavanje raka, zdravljenja raka in sodobnih trendov.
- F. Vzdrževanje poznavanja resursov v skupnosti in programov vlade, ki so na voljo v okviru določenih zdravstvenih, področnih in javnih ustanov in služb (agencij), namenjenih za dobrobit vseh občanov, kar vključuje raziskave o dosegljivosti resursov za bolnike in njihove družine.
- G. Organiziranje in olajševanje dostopnosti do izobraževanja bolnikom in njihovim svojem.
- H. Sodelovanje z drugimi strokovnimi disciplinami v načrtovanju in zagotavljanju pomoči bolnikom in njihovim družinam.
- I. Podpiranje in varovanje dostojanstva bolnika, zaupnosti podatkov, njegovih pravic in dostopa do oblik pomoči (razpoložljivih uslug).
- J. Razvijanje znanja, ki temelji na raziskavah kliničnih razprav, intervencij in rezultatov.

STANDARD III.

Pomoč ustanovam in agencijam.

Program socialnega dela v onkologiji se mora nanašati na potrebe ustanov in agencij in mora vsebovati naslednje:

- A. Zagotovitev izobrazbe in svetovanja drugim disciplinam in osebju, ki nudijo bajpassocialne usluge, vključujejo ekološke dejavnike, dejavnike duhovnosti in vplive kulture na onkološko oskrbo.
- B. Sodelovaje z drugimi disciplinami in osebjem z različnih področij obsežne oskrbe bolnikov in njihovih družin, sodelovanje v raziskavah in v izobraževanju na področju psihosocialnega delovanja.
- C. Zagotovitev pomoči strokovnim delavcem, ki so predvideni za pomoč osebju v neizogibno stresni klinični praksi.
- D. Uporaba klinične dokumentacije, strateških poročil in evalvacij, da se izboljša pomoč, zagotovi njena kakovost in razvijanje programov.

STANDARD IV.

Pomoč skupnosti.

Program socialnega dela v onkologiji se mora nanašati na potrebe skupnosti, kar vključuje:

- A. Ugotovitev pregrad do učinkovite ponudbe pomoči, obenem pa udeležенosti ustanov in skupnosti v odzivanju na te probleme.
- B. Zagotovitev pomoči rizični populaciji, kar vključuje pomoč pri dostopu do informacij o raku, do ustreznih preiskav in zdravljenja.
- C. Zagotovitev svetovanja in pridobivanja pomoči prostovoljcev v ustanovah, prostovoljnih zdravstvenih organizacij in skupnostnih služb za izboljševanje zdravja, zagotavljanje izobrazbe in razvoj programov za bolj učinkovito služenje skupnosti.

STANDARD V.

Pomoč stroki

Program socialnega dela v onkologiji se mora nanašati na naslednje potrebe stroke in njenih izvajalcev:

- A. Zagotovitev ustrezne orientacije, supervizije in evalvacije dela izvajalcev socialnega dela, ki naj jo izvajajo klinični socialni delavci, za katere pa je še posebej zaželeno, da imajo izkušnje v onkologiji.

- B. Obveznost nadaljnega strokovnega izobraževanja.
- C. Zagotovitev strokovne prakse v skladu s kodeksom etike National Association of Social Workers (NASW).
- D. Udeleževanje pri pripravljanju študentov in strokovnjakov, izobraževanje na področju socialnega dela v onkologiji in udeležba v profesionalnih društvih.

LITERATURA:

- AOSW - Association of Oncology Social Work (2001), Standards. Philadelphia.
- D., A. Brandon (1994), Jin in Jang načrtovanja psihosocialne skrbi. VŠSD, Ljubljana.
- G. Čačinovič Vogrinčič (2003), Socialno delo z družino: predavanja v šolskem letu 2003/2004. FSD, Ljubljana.
- B. Stritih, M. Možina (1998), Nova strategija pomoči v socialnem delu: študijsko gradivo za predmet teorije pomoči. VŠSD, Ljubljana.

Zadovoljstvo bolnikov v bolnišnični obravnavi na Onkološkem inštitutu Ljubljana

Brigita Skela Savič

Uvod

Na Onkološkem inštitutu Ljubljana smo v novembru 2003 izvedli raziskavo zadovoljstva bolnikov s storitvami v bolnišnični dejavnosti. Metodologija raziskave ima elemente celovitega obvladovanja kakovosti v zdravstvu, ki ga opredeljuje:

- spremljanje kakovosti dela vseh strok v zdravstvenem zavodu,
- spremljanje kakovosti dela menedžmenta zdravstvenega zavoda in
- spremljanje zadovoljstva uporabnikov storitev v zavodu.

Bolniki so na osnovi svojih izkušenj na Onkološkem inštitutu Ljubljana ocenjevali delo zdravnikov, medicinskih sester ter drugih članov zdravstvenega tima, s katerimi so se srečali med obravnavo v našem zavodu. Raziskavo je predlagala in vodila Služba za zdravstveno nego in oskrbo.

V anketni vprašalnik smo zapisali 21 trditev oziroma kazalcev kakovosti iz dela in nalog dveh najštevilnejših poklicnih skupin v zdravstvu, to so zdravniki in medicinske sestre/zdravstveni tehniki. Vsebina trditev je bila vezana na naslednja področja dela:

– delo zdravnikov

- pogovor in podajanje informacij bolniku o bolezni in načrtu zdravljenja,
- seznanjanje bolnika s stranskimi učinki specifičnega onkološkega zdravljenja,
- dnevno opravljanje vizite pri bolniku,
- varovanje zasebnosti pri pogovoru, viziti in posegih,
- izražanje spoštovanja do bolnika kot enakopravnega partnerja v procesu zdravljenja,
- splošno zadovoljstvo bolnikov z delom zdravnika in zdravljenjem v zavodu.

– delo medicinskih sester

- podajanje navodil o preprečevanju stranskih učinkov specifičnega onkološkega zdravljenja,
- dostopnost pisnih gradiv o stranskih učinkih zdravljenja,
- varovanje zasebnosti pri pogovoru, viziti in posegih,
- posredovanje zdravil ob predpisanem času,

mag. Brigita Skela Savič, univ. dipl. org.
Onkološki inštitut Ljubljana

- odziv medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov na klic obstojnega zvonca,
- izražanje spoštovanja do bolnika kot enakopravnega partnerja v procesu zdravstvene nege,
- splošno zadovoljstvo bolnikov z delom medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov in zdravstveno nego v zavodu.

Poleg tega smo s pomočjo 12 trditev preverili še izkušnje bolnikov s prehrano v zavodu in s tem povezanimi storitvami ter s pomočjo 11 trditev še hotelske usluge v bolnišnici. Na koncu vprašalnika so bolniki ocenili še čas čakanja na diagnostičnih in drugih enotah v bolnišnici.

Bolniki so na vprašanja odgovarjali z ocenami od 1 do 5, kjer 1 pomeni, da trditev sploh ne drži (neželeno stanje kazalca kakovosti) in 5, da trditev popolnoma drži (želeno stanje kazalca kakovosti).

Rezultati raziskave

V raziskavi je sodelovalo 181 bolnikov, kar pomeni 16 % vseh sprejemov (1119), ki smo jih opravili v novembru 2003.

Bolnikov, ki so bili v času anketiranja prvič sprejeti na bolnišnični oddelek je bilo 51 % (92 bolnikov), 42,5 % (77 bolnikov) je bilo takšnih, ki so bili pri nas ponovno, 12 (6,6 %) bolnikov ni odgovorilo na to vprašanje.

V raziskavi je sodelovalo 67 žensk in 99 moških, 15 bolnikov rubrike za spol ni izpolnilo. Raziskava je zajela vse (9) bolnišnične oddelke, z enakomerno zastopanostjo anketnih vprašalnikov na vseh bolnišničnih oddelkih.

Največ (42,5 %) bolnikov je bilo starih med 51. in 60. letom starosti, sledijo bolniki v starosti med 36. in 50. letom (21,5 %) ter bolniki med 66. in 80. letom (21 %).

Tabela 1: Starost bolnikov

Starost v letih	Frekvenca	Delež (%)
20 - 35	10	5,8
36 -50	39	22,7
51 - 65	77	44,8
66 - 80	38	22,1
več kot 80	8	4,7
Skupaj	181	100

Stopnja izobrazbe anketirancev je prikazana v tabeli 2. Največ anketirancev ima srednješolsko izobrazbo (35,4 %), sledijo s poklicno izobrazbo (23,8 %) in z osnovnošolsko izobrazbo (17,8 %).

Tabela 2: Stopnja izobrazbe bolnikov

Izobrazba	Frekvenca	Delež (%)
osnovnošolska	31	17,8
poklicna	43	24,7
srednja	64	36,8
višja	15	8,6
univerzitet.	17	9,8
mag./dr.	4	2,3
Skupaj	174	100,0

Povprečno število dni hospitalizacije za bolnike v raziskavi je 4,1 dneva.

Podatke smo obdelali s statističnim programom SPSS, poleg osnovne deskriptivne analize smo podatke obdelali še po naslednjih parametrih:

- vpliv stopnje izobrazbe bolnikov,
- vpliv starosti bolnikov in
- vpliv spola na izražanje zadovoljstva s storitvami v zavodu.

Delo zdravnikov

Pri kazalcu »podajanje informacij bolniku« ugotavljamo, da so na splošno izkušnje bolnikov z delom zdravnikov na tem področju zelo dobre (povprečna vrednost (PV) = 4,6 na lestvici od 1-5). Povprečna vrednost pri preverjanju kazalca »dnevno opravljanje vizite« je 4,74, kar pomeni, da zdravniki redno opravljajo vizito. Kazalec »varovanje zasebnosti pri pogovoru, viziti in opravljanju posegov« zdravniki po mnenju bolnikov izpolnjujejo s PV=4,72. Prav tako zdravniki dosegajo visoko PV=4,62 pri kazalcu »razlaga posegov, tveganja pri posegu in možni zapleti«. Pri kazalcu »splošno zadovoljstvo z delom zdravnika in zdravljenjem v zavodu« je PV 4,80, pri tistih bolnikih, ki niso izpolnili demografskih podatkov (5,5 % bolnikov), pa je PV 4,36.

Vpliv stopnje izobrazbe bolnikov na rezultate dela zdravnikov

Analiza podatkov po stopnji izobrazbe bolnikov nam pokaže, da bolniki z nižjo stopnjo izobrazbe ocenjujejo podajanje informacij s statistično pomembno nižjo povprečno vrednostjo (4,40) kot bolniki z univerzitetno izobrazbo (PV=4,9).

Enako velja za kazalec »spoštovanje enakovrednosti v odnosu zdravnik-bolnik«, kar pomeni, da je potrebno zdravnike opozoriti, da morajo podajanje informacij prilagoditi stopnji bolnikovega razumevanja in dojemanja.

Bolniki, ki niso označili stopnje izobrazbe, so še nekoliko bolj kritični do dela zdravnikov, saj njihovi odgovori za omenjena kazalca dosegaajo še nižje povprečne vrednosti (4,1) kot pri bolnikih z osnovnošolsko izobrazbo. Stopnja zadovoljstva »z delom zdravnika in zdravljenjem na splošno« se ravno tako spreminja glede na stopnjo izobrazbe in PV znaša od 4,70 do 5, pri bolnikih, ki niso označili stopnje izobrazbe, pa je PV 4,35.

Vpliv starosti bolnikov na rezultate dela zdravnikov

V kazalcu »podajanje informacij bolniku« obstaja tudi statistično pomembna razlika glede na starost bolnikov, in sicer mlajši bolniki (starost med 20 in 35 let) ocenjujejo zadovoljstvo s podajanjem informacij o zdravljenju z oceno 4,87, najstarejši bolniki (starost več kot 80 let) pa s 4,58, kar nas vodi v sklepanje, da mlajši bolniki več sprašujejo in dobijo zato več odgovorov.

Zdravnike je potrebno opozoriti na ta rezultat in jih pozvati, da starejše bolnike spodbujajo k postavljanju vprašanj in da tudi njihovo razumevanje preverjajo v zvezi s povedanim. Poleg tega je potrebno vedeti, da mlajša populacija bolnikov zna pridobiti informacije tudi iz drugih virov (internet), ki so osnova za postavitev vprašanj zdravnikom.

Ugotavljamo, da zdravniki preverjene kazalce kakovosti po mnenju bolnikov opravljajo zelo dobro. Pri svojem nadaljnjem delu na tem področju pa morajo posvetiti več časa podajanju informacij bolnikom z nižjo stopnjo izobrazbe oziroma komunikacijo prilagoditi stopnji razumevanja in starosti bolnikov.

Delo medicinskih sester / zdravstvenih tehnikov

Medicinske sestre kazalec »enotno podajanje navodil za preprečevanje stranskih učinkov zdravljenja« izpolnjujejo po mnenju bolnikov s PV 4,5.

Kazalec »varovanje zasebnosti pri pogovoru, viziti in opravljanju posegov« je ocenjen s PV 4,76. »Odzivnost medicinske sestre na obposteljni zvonec« so bolniki ocenili s PV 4,83, »razlago posega, ki ga medicinske sestre opravijo pri bolniku« pa s 4,77.

Bolniki zelo zaupajo v »delo medicinskih sester pri razdeljevanju zdravil in naročil, ki jih predpiše zdravnik«, saj so ta kazalec ocenili s PV 4,79.

Medicinske sestre imajo še kar nekaj priložnosti, da izboljšajo svoje delo pri sprejemu bolnika, kjer smo preverjali kazalec »seznanitev z oddelkom in bolniki v bolniški sobi«, saj so bolniki ta kazalec ocenili s PV 3,80, ter pri kazalcu »izročanje pisnega gradiva bolnikom«, ki je na voljo v zavodu, saj ta kazalec dosegaajo s PV 4,17, na to so opozorili zlasti mlajši bolniki, ki so ta kazalec ocenili s PV 3,60 PV=3,60.

Kazalec »splošno zadovoljstvo z delom medicinskih sester in izvajano zdravstveno nego« je 4,80, pri tistih bolnikih, ki niso izpolnili demografskih podatkov (5 % bolnikov), pa 4,33.

Stopnja izobrazbe bolnikov nima statistično pomembnega vpliva na ocenjevanje dela medicinskih sester, starost bolnikov pa ima vpliv samo na kazalec »izročanje pisnih gradiv«.

Prehrana v bolnišnici

Bolniki s povprečno vrednostjo 3,97 ocenjujejo, da je hrana v bolnišnici dobra. Analiza po oddelkih pokaže statistično pomembno odstopanje za oddlek B2 (bolniki z rakom na prebavilih), in sicer je PV zadovoljstva s hrano v bolnišnici 3,66. Bolniki so zadovoljni tako s temperaturo hrane (PV=4,31) kot z raznolikostjo in pestrostjo hrane (PV=4,16) ter s količino hrane (PV=4,76) in številom dnevnih obrokov (PV=4,79).

Analiza podatkov po starostnih skupinah pa pokaže, da so mlajši bolniki občutno manj zadovoljni s hrano (PV=3,30), predvsem glede raznolikosti in napitkov, ki jih imajo na voljo, enako pokaže analiza po spolu, kjer ženske izrazijo potrebo po večji raznovrstnosti napitkov (PV=3,66).

Bolniki menijo, da lahko izrazijo individualne potrebe v zvezi s prehrano, ki se tudi upoštevajo (PV=4,16) pri pripravi njihovih obrokov. Bolniki močno podpirajo (PV=4,50) obstoječi način delitve hrane, to je porcioniranje hrane na bolnišničnem oddelku, kjer se potrebe bolnikov upoštevajo glede na njihovo trenutno stanje in željo po hrani. Prav tako osebje zelo upošteva (PV=4,95), da se v času hranjenja v bolniški sobi ne izvajajo posegi in vizite.

Hotelske usluge

Bolniki izražajo veliko stopnjo zadovoljstva (PV=4,65) s hotelskimi uslugami (čistost bolniških sob, sanitarij) in prijaznostjo čistilnega osebja (PV=4,55), razen mlajša populacija bolnikov, ki oceni sanitarije s statistično pomembno nižjo povprečno vrednostjo 3,50, in ženska populacija, ki si želi več intimnosti v sanitarijah (PV=3,76). Prostorsko so bolniki v bolnišnici dobro orientirani (PV=4,67). Bolniki opozorijo na izrabo prostega časa v bolnišnici (PV=3,85), ki bi jo bilo potrebno izboljšati.

Odzivni časi - čakalne vrste

Bolniki so ocenili tudi čakalne čase pri opravljanju diagnostičnih in terapevtskih posegov, ki se odvijajo v okviru obravnave v naši bolnišnici. Ugotovimo, da je največ anketiranih bolnikov (139) imelo izkušnjo s sprejemno pisarno, kjer so povprečni čakalni čas ocenili na 22 minut. 137 bolnikov je obiskalo Hematološki laboratorij, kjer so povprečni čas čakanja ocenili na 27 minut. 100 bolnikov je

obiskalo Rentgenski oddelek, kjer je povprečni čakalni čas 30 minut. Ostali čakalni časi so vidni v tabeli. Povprečni čakalni čas na izvedbo diagnostičnih ali terapevtskih ter drugih postopkov v zavodu je 31 minut.

Tabela 3: Čakalni časi po oceni bolnikov

	Število odgovorov	Povprečni čakalni čas v minutah	Standardna deviacija
Protibolečinska ambulantna	29	33	1,10
Citološke punkcije	50	36	1,01
Izotopi	51	36	1,02
Rentgen	100	30	0,88
Ultrazvok	68	33	0,89
Obsevalne aparature	66	31	0,86
Odvzem krvi - laboratorij	137	27	0,77
Sprejemna pisarna	139	22	0,74
Prevoz z reševalnim vozilom	69	33	1,11
Specialistične ambulate	60	39	0,93
Ambulantna kemoterapija	46	33	0,96
Kirurška ambulantna v stavbi A	39	32	0,99
Psihoonkologija	22	30	0,94
Posvetovalnica za zdravstveno nego	17	27	0,88
Svetovanje v zvezi s prehrano	17	24	0,87
Center za bolezni dojk - CBD	23	35	0,97

Zaključek ali omejitev raziskave

Rezultati raziskave so izjemno spodbudni, vendar je pri razumevanju teh rezultatov potrebno upoštevati še naslednja dejstva:

- Onkološki inštitut Ljubljana je zelena lokacija za vse tiste bolnike, ki imajo rakavo obolenje,
- Medijsko je dovolj prepoznavno, da strokovnjaki inštituta delajo v težkih prostorskih razmerah,
- ni primerljive bolnišnice v državi, da bi anketiranci lahko izvajali primerjavo, zato je mnenje bolnikov lahko tudi vedno ne dovolj kritično, kar so pokazali rezultati pri mlajši populaciji bolnikov. Mlada populacija bolnikov (med 20. in 35. letom

starosti) kaže prve zametke pravega sodelovanja med bolniki in zdravstvenimi delavci, kjer uporabniki storitev vedo, kaj od zdravstvenih delavcev smejo pričakovati, in znajo oceniti, kaj so dobili.

Tako kot so pokazale raziskave v svetu, velja tudi za naš prostor, da imajo zdravniki in medicinske sestre ter drugo osebje premalo znanj s področja učinkovite komunikacije z bolniki, kar zlasti pride do izraza pri delu s težko bolnimi bolniki.

Zaključek je naslednji:

- rezultati so izhodiščna analiza na tem področju in osnova za načrt izvajanja izboljšav v zavodu,
- mlajša populacija onkoloških bolnikov kaže željo po partnerskem odnosu v procesu zdravljenja,
- posebno pozornost je potrebno nameniti informiranju in komunikaciji s starejšimi bolniki in tistimi z nižjo stopnjo izobrazbe,
- ženske so bolj kritične od moških pri ocenjevanju prehrane in hotelskih uslug v bolnišnici,
- v zavodu je potrebno izboljšati izrabo prostega časa za bolnike, ki so na daljših hospitalizacijah,
- statistično pomembno so bolj kritični tisti bolniki, ki niso izpolnili demografskih podatkov.

Uporabljena in priporočena strokovna literatura:

- Fallowfield, L., (2001): Participation of patients in decision about treatment for cancer, *British Medical Journal*; 323 (11): 1144.
- Fallowfield, L., in ostali, (2002): Efficacy of cancer research UK communication skills training model for oncologists: A randomised controlled trial, *The Lancet*, 359 (9307): 650-656.
- Fitzpatrick, R., (1991): Surveys on patient satisfaction standards into quality of care measures, *Journal of Nursing Administration*, 18: 5-6.
- Grahn, G., (1996): Patient information as necessary therapeutic intervention, *European Journal of Cancer*; 5(1): 7-8.
- Grbec, V., (1999): Ob petdesetletnici splošne deklaracije človekovih pravic, Uvodnik, *Obzornik zdravstvene nege*, 33 (1-2): 1-2.
- Harper, Chelf, J., Dose, A., M., (2002): Learning and Support Preferences of Adult Patients With Cancer at a Comprehensive Cancer Center; 29 (5): 863-867.
- Koopmeiners, L., in ostali, (1997): How Healthcare Professionals Contribute to Hope in Patients With Cancer; 24 (9): 1507-1513.
- Kersnik, J., (1998): Izboljšanje kakovosti oskrbe bolnikov, *Medicinski razgledi*; 37: 77-87.

- Levine, A., (1997): Transforming Patient Feedback into Strategic Action Plans, *Quality Management in Health Care*, letnik 5, številka 3: 28-38.
- Linder-Pelz, S., (1982): Toward the theory of patient satisfaction, *Social Science and Medicine*, 16: 577-82.
- Meredith, C., in ostali (1996): Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients views, *British Medical Journal*; 313: 724-725.
- Pimental, F., L., in ostali, (1999): Quantity and quality of information desired by Portuguese cancer patients, *Support Care Cancer*; 7: 407-412.
- Pleterski-Rigler, D., Trontelj, J., (2001): Ko bolnik ne sodeluje ali ne more sodelovati, *Zdravstveni vestnik*; 70: 477-480.
- Skela Savič, B., (2003): Informiranje bolnika z rakom kot element celovitega upravljanja kakovosti, *Obzornik zdravstvene nege*; 37: 107-115.
- Treacy, J., T., Mayer, D., K., (2000): Perspectives on cancer patient education, *Seminars in Oncology Nursing*; 16 (1): 47-56.
- Vouri, H., (1982): Quality assurance of health services, WHO, Regional Office for Europe, Geneva.
- Yaniv, G., (2000): Withholding information from cancer patients as a physicians decision under risk, *Medical Decision Making, NLM - MEDLINE*; 20 (2): 216-227.
- Walker, L., G., (1996): Communication Skills: When, Not If, To Teach, *European Journal of Cancer*; 32A(9): 1457-1459.
- Webb, L., G., (1996): Issues that influence information-giving in Europe, *European Journal of Cancer*; 5 (1): 1-2.
- Zastowny, T., (1995): Patient satisfaction and Experience with Health Services and Quality of Care, *Quality Management in Health Care*, letnik 3, številka 3: 50-61.
- Zwitter, M., (1998): Etično načelo spoštovanja avtonomije in njegove omejitve, *Medicinski razgledi*; 37: 101-115.

Z dokazi podprta zdravstvena nega (evidence - based nursing)

Katarina Lokar

Uvod

Stroka zdravstvene nege je že pred mnogimi leti prepoznala raziskovanje kot temelj za svoj razvoj. Nedavno je to ponovno v središče postavilo gibanje, ki se zavzema za z dokazi podprto prakso zdravstvene nege (Retsas, 2000). Pomen integriranja izsledkov raziskav v prakso zdravstvene nege je potrebno neprestano poudarjati. Vrednotenje prakse zdravstvene nege ter pripravljenost in zmožnost medicinskih sester za potrebne spremembe so bistvenega pomena za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege pacienta, hkrati pa omogočajo medicinskim sestram, da se pri svojem delu informirano in strokovno odločajo ter za to nosijo tudi odgovornost (Chapman, 1996).

Kaj je to z dokazi podprta zdravstvena nega?

Z dokazi podprta zdravstvena nega je proces, pri katerem medicinska sestra sprejema strokovne odločitve na podlagi najboljših dostopnih izsledkov raziskav, na podlagi svojega strokovnega znanja, z upoštevanjem potreb in želja pacienta ter v okviru dostopnih virov (DiCienso in sod., 1998).

Z dokazi podprta zdravstvena nega temelji na treh pomembnih področjih, povezanih z raziskovanjem: na razlagi in uporabi izsledkov raziskav, na vrednotenju prakse zdravstvene nege in na raziskovanju (<http://evidence.ahc.umn.edu/ebn.htm> (18/06/2004)).

Zakaj potrebujemo z dokazi podprto zdravstveno nego?

Danes je potreba po zagotovitvi najboljše možne zdravstvene oskrbe večini ljudi ob pomanjkanju finančnih in drugih virov očitna. Z dokazi podprta zdravstvena nega je trenutni pristop zagotavljanja najboljše oskrbe pacientom na področju zdravstvene nege. V stroki namreč prevladuje domneva, da nam bodo znanstveni dokazi povedali, kakšni so najuspešnejši in finančno upravičeni pristopi pri izvajanju zdravstvene nege v praksi. Tako bo možno zagotoviti najboljšo oskrbo v okolju omejenih virov (Closs in Cheater, 1999).

*Katarina Lokar, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.
Onkološki inštitut Ljubljana*

Kako izvajati z dokazi podprto zdravstveno nego?

Pri vključevanju z dokazi podprte zdravstvene nege v prakso je potrebno pomisliti na naslednje dejavnike (<http://evidence.ahc.umn.edu/ebn.htm> (18/06/2004)):

- objavljenih mora biti dovolj izsledkov raziskav z določenega področja;
- medicinska sestra mora biti izurjena v ocenjevanju in kritičnem analiziranju izsledkov raziskav;
- praksa zdravstvene nege mora »dovoliti« medicinski sestri, da uvede v prakso spremembe, ki temeljijo na izsledkih raziskav.

Z dokazi podprta praksa zdravstvene nege pomaga medicinski sestri rešiti strokovni problem z izvedbo naslednjih korakov (<http://evidence.ahc.umn.edu/ebn.htm> (18/06/2004)):

- jasna opredelitev problema, ki temelji na natančni analizi veljavnega znanja in prakse zdravstvene nege;
- pregled literature
- vrednotenje dognanj raziskav z uporabo uveljavljenih znanstvenih metod
- izbira intervencij in utemeljitev izbire z najbolj veljavnimi izsledki raziskav.

Zakaj medicinske sestre v praksi ne uporabljajo izsledkov raziskav?

Stroka zdravstvene nege je spoznala, da je raziskovanje osnova za razvoj znanj. Z dokazi podprta zdravstvena nega podpira to spoznanje, vendar pa je narejenih malo raziskav, ki bi prepoznale ovire, ki vplivajo na medicinske sestre, da bi izvajale z dokazi podprto zdravstveno nego (<http://evidence.ahc.umn.edu/ebn.htm> (18/06/2004)). Medicinske sestre so sicer prepričane o pomembnosti raziskav za prakso, vendar pa ne uporabljajo izsledkov raziskav v praksi tako pogosto kot bi morale. Razloge za to lahko najdemo v načinu, s katerim se raziskovanje izvaja, posreduje, razlaga in sprejema pri medicinskih sestrah (Brown, 1995). Pomanjkanje dostopnih, za klinično prakso pomembnih raziskav, nedostopnost »raziskovalnega jezika« večini medicinskih sester, stopnja znanja učiteljev o raziskovanju in znanje medicinskih sester v praksi o raziskovanju so tudi pomembni dejavniki (Veeramah, 1995). Omenja se še pomanjkanje znanja o tem, kako priti do raziskovalnih člankov in kako jih kritično analizirati (Pearcey, 1995). Pomembni motivatorji so stališča medicinskih sester v praksi do raziskovanja, pomen, ki mu ga pripisujejo, kako se jim obrestuje, če ga uporabljajo, in pripravljenost delodajalcev zagotavljati finančne in druge vire, ki so potrebni za zagotavljanje dostopnosti izsledkov raziskav zaposlenim (Chapman, 1996). Retsas (2000) pa je s svojo raziskavo pri 400 avstralskih medicinskih sestrah ugotovil naslednje ovire za uporabo izsledkov raziskav: medicinske sestre so kot glavno oviro imenovalе pomanjkanje časa na delovnem mestu za uvajanje novih idej, na drugem mestu je pomanjkanje časa za branje raziskovalnih člankov, na tretje mesto so uvrstile

pomanjkanje podpore organizacije, na četrto mesto pa razumevanje statističnih podatkov. Retsas je tudi ugotovil, da imajo medicinske sestre slabe bralne navade raziskovalnih člankov. Čeprav je kar dve tretjini medicinskih sester bralo strokovne revije vsaj enkrat mesečno, so izbrane revije vsebovale zelo malo ali nič raziskav. Tako nizka izpostavljenost izsledkom raziskav pa lahko vodi le v nizko uporabo teh izsledkov v praksi. Nagy s sod. (2001) pa je s svojo raziskavo ugotovila štiri ovire za uporabo izsledkov raziskav v praksi: večini medicinskih sester se izsledki raziskav niso zdeli pomembni za opravljanje vsakodnevnega dela, medicinskim sestram manjka samozavedi glede njihovih sposobnostih za iskanje, razumevanje in vrednotenje raziskovalnih poročil, problem je tudi pomanjkanje časa, medicinske sestre ne verjamejo v pripravljenost organizacije podpirati z dokazi podprto prakso zdravstvene nege.

Zaključek

Z dokazi podprta zdravstvena nega je način razmišljanja in strokovnega dela, ki zahteva od stroke zdravstvene nege neprestano preverjanje »Kje je dokaz za to?« in tehtanje veljavnosti in zanesljivosti dnevnih aktivnosti zdravstvene nege. Ko je osnovno razumevanje z dokazi podprte zdravstvene nege pridobljeno, je potrebno neprestano izpopolnjevanje medicinskih sester. Medicinske sestre se dnevno srečujejo z vprašanji v zvezi z oceno stanja, zdravljenjem, preventivo in stroški zdravstvene oskrbe. Z višanjem stroškov zdravstvene oskrbe bo ta pristop prišel še bolj v ospredje. In kar je najpomembnejše, naši pacienti od nas pričakujejo zdravstveno nego, ki temelji na najboljših znanstvenih dognanjih (<http://evidence.ahc.umn.edu/ebn.htm> (18/06/2004)).

Literatura in viri

1. Brown G. Understanding barriers to basing nursing practice upon research: a communication model approach. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 21: 154-157.
2. Chapman H. Why do nurses not make use of a solid research base? *Nursing times* 1996; 92: 38-39.
3. Closs SJ, Cheater FM. Evidence for nursing practice: a clarification of the issues. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 30: 10-17.
4. DiCenso A, Cullum N, Ciliska D. Implementing evidence based nursing: some misconceptions. *Evidence Based Nursing* 1998; 1: 38-40.
5. Evidence based nursing. <http://evidence.ahc.umn.edu/ebn.htm> (18/06/2004)
6. Nagy S, Lumby J, McKinley S, Macfarlane C. Nurses' beliefs about the conditions that hinder or support evidence-based nursing. *International Journal of Nursing Practice* 2001; 7: 314-321.

7. Pearcey P. Achieving research-based nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 22: 33-39.
8. Retsas A. Barriers to using research evidence in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31: 599-606.
9. Veeramah V. A study to identify the attitudes and needs of qualified staff concerning the use of research findings in clinical practice within mental health care settings. *Journal of advanced Nursing* 1995; 22: 855-861.

Predstavitev razpisanih projektov

Vzgoja mladih za življenje

Marija Verbič

Predstavitev nekaterih projektov, ki jih realiziramo v okviru interesnih dejavnosti na Srednji zdravstveni šoli Ljubljana v programu srednjega strokovnega izobraževanja za poklic tehnik zdravstvene nege in v programu srednjega poklicnega izobraževanja za poklic bolničar negovalec.

Proti drogam za zdravo življenje:

program vključuje dijake 1. in 2. letnikov, njihove starše in učitelje. Cilj programa je usmeritev dijakov v zdrav način življenja, oblikovanje njihovih stališč, vzpodbujati jih k samostojnim dejavnostim in razvijati pozitivno samopodobo. Seznanitev vseh udeležencev s posledicami zasvojenosti, naučiti jih prepoznavati znake zasvojenosti, opozoriti jih na nevarnosti in posledice zasvojenosti ter svetovati kje poiskati pomoč.

Prostovoljno socialno delo:

Definicija dejavnosti se glasi: organizirano prostovoljno delo je socialna tvorba, v kateri ljudje dobre volje na osnovi svobodne odločitve delujejo brezplačno v korist sočloveka, skupine ali širše skupnosti. Odziv dijakov vseh letnikov je velik, saj vsako leto sodeluje od 160 do 250 dijakov. Dijaki in dijakinje razvijajo občutek solidarnosti in socialne odgovornosti do posameznika in skupnosti, osebnostno zorijo, dvigujejo si samospoštovanje in samostojnost pri odločanju o problemih in njihovem reševanju. Povezujemo se z organizacijami na terenu in nevladnimi društvi, ki delujejo na področju prostovoljnega dela. Svoje varovance v vrtcih, bolnišnicah, domovih za starejše občane, ustanovah s prizadetimi in tudi v domačem okolju obiskujejo vsaj 1x tedensko. Dijake usmerjajo in vodijo njihovi mentorji, večinoma učitelji, ki dijake dobro poznajo in jih pomagajo skozi različne preizkušnje, zadrege, negotovosti.

Samopregledovanje dojk in mod:

Ker se zavedamo kako pomembno je ravno v tem obdobju mlade naučiti o zgodnjem odkrivanju sprememb, o pravilnem reagiranju in prenašanju znanja na druge, smo za dijake 4. letnikov pripravili učne delavnice z demonstracijo samopregledovanje mod, za dijakinje 4. letnikov pa učne delavnice z demonstracijo samopregledovanja dojk.

Marija Verbič, prof. defektologije
Srednja zdravstvena šola Ljubljana

Modeli, ki so namenjeni učenju je Ljubljansko društvo za boj proti raku nabavilo s pomočjo sponzorjev, velik del je prispevalo društvo in Mestna občina Ljubljana. Aprila 2003 sta SŠFZ Ljubljana in SZŠ Ljubljana modele dobili v trajno last.

Tako vsako leto izvedemo in bomo pripravljali učne delavnice za nove generacije dijakov, njihove starše, druge srednje šole in prebivalce okoliša šole.

Ob koncu projekta izvedemo evalvacijo, dijaki in dijakinje odgovarjajo na anketni vprašalnik, da ugotovimo rezultate našega dela in lahko vplivamo na izboljšanje projekta.

- Predstavljam vam rezultate evalvacije:
- do sedaj je bilo anketiranih 560 dijakinj in dijakinj, vključeni so tudi kandidati izobraževanja odraslih,
- z vsebino predavanj so bili dijaki že delno seznanjeni pri različnih strokovnih predmetih,
- na vprašanje ali opravljajo dijaki samopregledovanje mod in dijakinje samopregledovanje dojk jih je večina odgovorila negativno,
- večina dijakov in dijakinj bi po demonstraciji z modeli znala ugotoviti spremembe in pravilno ukrepati,
- izvedeli so toliko, da bodo znali sami opraviti pregledovanje,
- večina dijakov in dijakinj bo znanje o pregledu dojk in mod prenašala na druge, predvsem družino, prijatelje, znance,
- zavedajo se pomena samopregledovanja dojk in mod in večina jih bo to opravljala redno,
- pohvalili so modele namenjene učenju, demonstracijo in vsebino delavnic.

Skrb za hudo bolne in umirajoče:

Za dijake 3. letnikov organiziramo učne delavnice na temo odnos do smrti, komunikacija z umirajočimi in njihovimi svojci, zdravstvena nega v družini z umirajočim in duhovnost v času bolezni. V Društvu Hospic so se za to dejavnost usposobile tri naše učiteljice strokovnih predmetov, ki sedaj izvajajo učne delavnice.

Komunikacija z gluhihimi:

Vsaka drugačnost postavi človeka v posebno socialno skupino, gluhi in naglušni tu niso izjema. Lahko trdim, da je odnos družbe do posameznih socialnih skupin danes še vedno nezaupljiv in poln predsodkov. Ravno zato smo pripravili za dijake 2. letnikov učne delavnice na temo kako komunicirati z gluhihimi, ravno z namenom, da bodo znali vse drugačne, nam enakopravne sprejeti brez predsodkov.

Zdrava šola:

Šola je od vsega začetka vključena v mrežo Zdravih šol Slovenije. V okviru tega projekta skrbimo za informiranje dijakov in učiteljev, s poudarkom na preventivnih dejavnostih. Pri pouku strokovno teoretičnih predmetov, predvsem pri predmetu vzgoja za zdravje, načrtno pripravljamo ure s temami o zdravem načinu življenja. Ker se zavedamo, da je v obdobju mladostništva vpliv vrstnikov močnejši kot v katerem koli drugem življenjskem odboju, tako v pozitivnem kot v negativnem smislu, pripravljajo dijaki 4. letnikov učne ure, z zanimivimi didaktičnimi pripomočki, ki jih uporabijo pri posredovanju znanja na mlajše -1. letnike. Rezultati takega dela so dobro sprejeti med mladimi.

Ob vrtoglavem tempu dogajanj, medijski poplavi informacij, podrejanju množičnim vzorcem potrošništva, se trudimo, da jih naučimo živeti in da so med množico opaženi kot posamezniki.

Želimo, da bi vsak izmed dijakov šolo doživljal kot svojo, bil ponosen, da je v njej aktivno udeležen v dejavnosti, ki ga osebno bogati in mu omogoča lastno izražanje, ustvarjalnost in oblikovanje celovite osebnosti.

Pregledujem si dojke - potrjujem si zdravje

Krepimo zdravje in ga varujemo - tudi lokalna skupnost lahko prispeva

Majda Šmit

V Zdravstvenem domu Ljubljana - Vič - Rudnik, so se prvi širši poskusi programiranega zdravstvenovzgojnega ozaveščanja prebivalcev pričeli po letu 1990. Organizirana so bila predavanja z različnimi zdravstveno-vzgojnimi vsebinami, na katera so bili vabljeni prebivalci in zaposleni na območju Ljubljana-Vič-Rudnik.

S programom »**Potrjujem si zdravje - pregledujem si dojke**« (odgovorna nosilka programa Majda Šmit, dipl. m. s.) je skupina za zdravstveno vzgojo kandidirala na javnem razpisu sofinanciranja programov v Ljubljani za leto 2002 in za leto 2003 s programom »**Krepimo zdravje in ga varujemo - tudi lokalna skupnost lahko prispeva**« (odgovorna nosilka programa Darja Arhar, dipl. m. s.).

Cilj prvega programa je razvijati zavedanje žensk od 20 leta starosti dalje, da je samopregledovanje dojk potrjevanje lastnega zdravja vsake ženske in njenega odgovornega odnosa do lastnega telesa.

Cilj drugega programa je predstaviti prebivalcem in zaposlenim na območju Ljubljana-Vič-Rudnik pojem zdravja, poudarjati pomen ohranjanja in vzpodbujanja telesnega in duševnega zdravja z zdravim načinom življenja.

Oba programa se izvajata v prostorih lokalnih skupnosti, osnovnih in srednjih šol in v zdravstvenem domu nekajkrat letno. Z namenom promocije zdravja so aktivnosti, v katerih se prepletata oba programa, poimenovane Dan preventive. Udeleženci so vabljeni k aktivnemu sodelovanju s pomočjo plakatov, vabil, lokalnih časopisov, lokalnega radia, lokalne kableske televizije in interneta. Preko celega dneva se odvijajo različne aktivnosti s pomočjo motivacijskih gesel:

1. Spreminjam slabe navade!
2. Spremljam in spoznavam svoje zdravje!
3. Ne pustim se presenetiti!
4. Potrjujem si zdravje-pregledujem si dojke!
5. Zaupam si!

Organizirana so predavanja z naslovi: Zdrava prehrana, Dejavniki tveganja, Opuščanje kajenja, Obvladovanje stresa, Rak dojke in učne delavnice z demonstracijo in aktivnim učenjem samopregleda dojk in mod. V prostoru se odvijajo video projekcije, pripravijo se kotički, kjer si udeleženci lahko vzamejo zdravstveno vzgojne tiskovine.

Pri izvedbi Dneva preventive s timskih pristopom sodeluje skupina za zdravstveno vzgojo (prof. zdr. vzg. Kirn Mojca, medicinske sestre: Arhar Darja, Šmit Majda,

Majda Šmit, dipl. m. s.
Zdravstveni dom Ljubljana-Vič-Rudnik

Romanič Marta, Zorman Diana, socialna delavka Podbevšek Alenka in zdravnica as. mag. Rotar-Pavlič Danica). S pomočjo sponzorjev (Pfeizer, Zaloker-Zaloker, Medex) in zunanjimi sodelavci (Društvo za srce) je Dan preventive v zadnjih dveh letih obiskalo približno 1500 prebivalcev v lokalnih skupnostih in zaposlenih v osnovnih in srednjih šolah.

Delo je sproti evalvirano z anketnim vprašalnikom. Število udeležencev, njihove pohvale in pobude so velika vzpodbuda za naprej.

Zdravstvena vzgoja bolnic, ki prejemajo citostatsko terapijo

Danijela Pušnik, Suzana Mlakar

Zdravstvena vzgoja sodi med najpomembnejše naloge medicinske sestre in se izvaja v vseh nivojih zdravstvenega varstva, saj je v veliki meri ravno pomanjkljivo znanje prebivalstva vzrok za nastanek številnih bolezni in slabše okrevanje med in po zdravljenju.

Spremljanje bolnic, ki se zdravijo zaradi raka in prejemajo citostatika, je odgovorno delo. Medicinske sestre moramo ves čas delovati zdravstveno vzgojno, saj bo uspeh zdravljenja zagotovljen le takrat, ko bodo bolnica pa tudi svojci sprejemali bolezen, zdravljenje ter obvladovanje stranskih učinkov in sopojavov bolezni.

Na oddelku za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk izvajamo zdravstveno vzgojo bolnic, ki prejemajo citostatika individualno v ustni in pisni obliki.

Bolnice poučujemo:

- o citostatikih, ki jih bo prejemale, o načinu prejemanja zdravil in o delovanju
- o stranskih učinkih teh zdravil
- svetovanje o prehrani med zdravljenjem
- ukrepi za prebavo (zaprtje, diareje)
- ukrepi in nasveti za zdravo ustno sluznico
- način življenja v času zdravljenja s citostatiki
- o zdravljenju stranskih pojavov

Zavedamo se, da sprejemanje informacije o raku ni enostavno, velikokrat je v začetku negativno. Iz izkušenj vemo, da je potrebno večkratno informiranje bolnic. Za to pa si moramo vzeti čas in se v miru pogovoriti v za to primernem prostoru. Razmišljamo o 24 - urnem telefonu, kamor bi lahko klicale bolnice tudi po končanem zdravljenju in jim na ta način pomagale k samozavestnejšemu vračanju v socialno sredino.

Uspešno zdravstveno vzgojo lahko opravlja samo tista medicinska sestra, ki ima dovolj znanja s področja, ki ga izvaja. Za to pa je potrebno neprestano izpopolnjevanje medicinskih sester - o novih citostatikih in njihovih stranskih učinkih, o varnem delu s citostatiki, o komunikacijskih veščinah, ...

Danijela Pušnik, dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo

Suzana Mlakar, dipl. m. s.

*Splošna bolnišnica Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo
Klinični oddelek za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk*

SPONZORJI:

ABBOTT

DZS

FUNDACIJA DR. J. CHOLEWA

COLOPLAST A/S

HOFFMANN - La ROCHE

GlaxoSmithKline

IRIS

KRKA

MEDIS

NOVARTIS - PHARMA

SIMPS'S

Stoma - medical VALENCIA

VPD Bled

Zveza slovenskih društev za boj proti raku

Zofran

ondansetronum

Zofran® 4 mg/2 ml raztopina za injiciranje ali infundiranje

Zofran® 8 mg/4 ml raztopina za injiciranje ali infundiranje

Zofran® 4 mg tablete

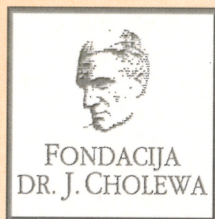
Zofran® 8 mg tablete

Zofran je indiciran za preprečevanje slabosti in bruhanja, ki ju povzročata citostatična kemoterapija in radioterapija ter za preprečevanje in zdravljenje pooperativne slabosti in bruhanja.



GlaxoSmithKline

*Dodatne informacije so na voljo pri: GlaxoSmithKline d.o.o., družba za promet s farmacevtskimi izdelki;
Knezov štiradon 90; 1000 Ljubljana.*



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