Zbornica zdravstvene nege Slovenije - ZDMSZTS

SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER V ONKOLOGIJI

30. STROKOVNI SEMINAR

STAROST IN RAK

Pokrovitelja:
Fondacija doc. dr. Josip Choleva
Zveza slovenskih društev
za boj proti raku

Ljubljana, oktober 2003

Zbornica zdravstvene nege Slovenije - ZDMSZTS
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER V ONKOLOGIJI

30. STROKOVNI SEMINAR

STAROST IN RAK

Pokrovitelj prireditve:
Fondacija doc. dr. Josip Choleva

Ljubljana, 9. in 10. oktober 2003

Uredila:
mag. Brigita Skela Savič, univ.dipl.org., viš.med.ses.

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

Oblikovanje in računalniška priprava:
Studio N, Ljubljana

Tisk:
Grafiko d.o.o., 300 izvodov

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

616-006-083(082)
616-053.9(082)

ZBORNICA zdravstvene nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester v onkologiji. Strokovni seminar (30 ; 2003 ; Ljubljana)
Starost in rak / Zbornica zdravstvene nega Slovenije - ZDMSZTS, Sekcija medicinskih sester v onkologiji, 30. strokovni seminar, Ljubljana, 9. in 10. oktober 2003 ; [uredila Brigita Skela Savič]. - Ljubljana : Sekcija medicinskih sester v onkologiji pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije - Zvezi društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2003

1. Gl. stv. nasl. 2. Skela-Savič, Brigita
126114816

VSEBINA

Stran

Staranje prebivalstva in rak
Maja Primic Žakelj, Vesna Zadnik 5

Značilnosti starostnika, pomembne pri izvajanju zdravstvene nege
Danica Železnik 12

Problemi hospitalizacije starostnikov
Katarina Lokar 21

Življenje z rakom v starosti
Albina Bobnar 26

Zdravljenje raka v starosti
Bojana Pajk 33

Posebnosti v prehrani starostnika
Helena Drolc 38

Prehrambena podpora starostnika, ki se obseva
Nada Kozjek-Rotovnik 41

Zdravstvena nega starostnika, ki se zdravi z obsevanjem
Marjana Bernot, Gordana Marinček 50

Zdravstvena nega starostnika, ki prejema sistemsko terapijo
Gordana Lokajnar, Irena Križ 60

Zdravstvena nega starostnika na operativnem zdravljenju
Helena Jeraj Uršič, Nataša Knafelc 69

Etika in zdravstvena nega starostnika z rakom
Marina Velepič 78

Starost in rak
Diana Jeleč 82

Izgorelost pri medicinskih sestrah
Tjaša Pečnik Vavpotič 88

Negativni vplivi, s katerimi se srečujemo pri delu s starostniki in z bolniki z rakom
Jožica Gamse 96

STARANJE PREBIVALSTVA IN RAK

Prof. dr. Maja Primic Žakelj, dr. med., Vesna Zadnik, dr. med.,
Epidemiologija in registri raka, Onkološki inštitut

Demografske spremembe v zadnjem stoletju v razvitem svetu

Pričakovana življenjska doba se od začetka 20. stoletja stalno povečuje. V razvitih državah je bilo pričakovano trajanje življenja ob rojstvu leta 1900 v povprečju 48 let pri moških in 51 let pri ženskah, leta 1980 pa je doseglo 71 let pri moških in 78 let pri ženskah (Tabela 1). Življenjska doba se podaljšuje pri obeh spolih predvsem na račun zmanjševanja umrljivosti dojenčkov; pri ženskah je daljša kot pri moških predvsem zato, ker se je zmanjšala maternalna umrljivost, med moškimi pa so s kajenjem povezane smrti že v srednjem življenjskem obdobju preprečile tolikšno podaljševanje življenjske dobe kot pri ženskah.

Tabela 1. Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu v izbranih razvitih državah

Pričakovano trajanje življenja	**1900**		**1950**		**1980**	
	Moški	**Ženske**	**Moški**	**Ženske**	**Moški**	**Ženske**
Danska	52,9	56,2	69,2	71,7	71,8	77,9
Finska	45,3	48,1	61,4	68,1	70,2	78,5
Norveška	54,8	57,7	70,0	73,4	72,8	79,8
Švedska	54,5	57,0	69,9	72,4	73,5	79,6
Velika Britanija	48,5	52,4	66,5	71,3	71,3	77,3
Belgija	45,4	48,8	63,8	69,0	69,9	76,6
Nizozemska	51,0	53,7	70,5	72,8	73,0	79,8
Francija	45,3	48,7	63,9	69,7	70,9	79,1
Nemčija	44,8	48,3	64,4	68,3	71,3	78,1
Švica	49,3	52,2	66,9	71,3	73,8	80,8
Avstrija	39,1	41,1	62,2	67,3	69,5	76,6
Italija	44,2	44,8	64,3	67,9	71,0	77,7
Španija	33,9	35,7	59,8	64,3	71,8	78,0
Grčija	-	-	63,4	66,6	73,6	78,3
ZDA	47,9	50,7	65,6	71,2	70,9	78,4
Kanada	-	-	66,3	70,5	72,0	79,0
Japonska	44,0	44,0	57,5	60,8	74,8	80,7
Slovenija	-	-	65,56*	70,68*	67,42	67,42
Skupaj	**48,0**	**50,6**	**64,8**	**69,0**	**71,0**	**77,7**

** podatek je za leto 1960*

Ker je povprečno pričakovano trajanje življenja ob rojstvu odvisno predvsem od umrljivosti otrok, je zanimivo primerjati povprečno pričakovano trajanje življenja ljudi, starih 65 let. Leta 1980 je 65 let star moški v razvitem svetu lahko pričakoval, da bo živel še 14 let, enako stara ženska pa še 18 let (Tabela 2).

Tabela 2. Pričakovano trajanje življenja v starosti 65 let v izbranih razvitih državah

Pričakovano trajanje življenja	**1900**		**1950**		**1980**	
	Moški	**Ženske**	**Moški**	**Ženske**	**Moški**	**Ženske**
Danska	11,9	13,0	13,9	14,6	14,0	18,1
Finska	10,8	11,9	11,0	13,1	13,0	17,5
Norveška	13,5	14,4	14,9	16,0	14,5	18,7
Švedska	12,8	13,7	13,5	14,3	14,6	18,2
Velika Britanija	10,8	12,0	12,0	14,4	13,1	17,2
Belgija	10,6	11,6	12,3	13,9	12,9	16,9
Nizozemska	11,6	12,3	14,1	14,7	14,0	19,0
Francija	10,5	11,5	11,9	14,4	14,3	18,7
Nemčija	10,4	11,1	12,8	13,7	13,6	17,6
Švica	10,1	10,7	12,4	14,0	15,5	19,8
Avstrija	10,1	10,2	12,0	13,6	13,1	16,6
Italija	10,7	10,8	12,6	13,7	13,8	17,4
Španija	9,0	9,2	12,0	14,0	14,4	17,5
Grčija	-	-	13,0	14,4	15,4	17,6
ZDA	11,5	12,2	12,7	15,0	14,6	19,1
Kanada	-	-	13,3	15,0	14,5	18,7
Japonska	10,1	11,4	11,2	13,2	15,7	19,3
Skupaj	**11,1**	**11,9**	**12,7**	**14,3**	**14,0**	**17,9**

Ob koncu 20. stoletja je pričakovano trajanje življenja v državah v razvoju večje, kot je bilo v evropskih državah na začetku stoletja. Napovedi za naslednja desetletja kažejo nadaljnje podaljševanje življenja v vseh svetovnih regijah. Pričakovano izboljšanje leta 2020 je v razponu od štirih let za ženske v bivših socialističnih državah do trinajstih let v subsaharski Afriki; v razvitih državah lahko doseže 90 let. Pričakovano podaljšanje življenja pri moških je manjše, od nepredvidljivega v bivših socialističnih državah do desetih let v subsaharski Afriki. Razlika v pričakovanem življenju med spoloma se bo še povečevala na vseh svetovnih področjih, predvsem zaradi posledic tobačne epidemije med moškimi.

Zaradi podaljševanja življenjske dobe se povečuje tudi breme bolezni, ki so pogostejše v starosti, med njimi tudi raka.

Demografske značilnosti prebivalstva Slovenije

Osnovne demografske značilnosti slovenskega prebivalstva so, podobno kot v drugih razvitih evropskih državah, nizka rodnost, negativen naravni prirastek in staranje prebivalstva. Delež mlajše populacije, stare 0-14 let, se zmanjšuje, starejše od 65 let pa povečuje (Tabela 3).

Tabela 3. Odstotek prebivalcev v starosti 0-14 let in 65 in več let. Slovenija, 1985-2001

Starost	1985	1987	1989	1991	1993	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
0 - 14	22,0	21,4	20,9	20,0	19,1	17,9	17,5	17,4	16,7	16,2	15,9	15,5
65 in več	10,0	10,2	10,6	11,0	11,7	12,5	12,7	13,1	13,5	13,8	14,0	14,3

Stalno upadanje prebivalstva je posledica manjšega števila rojstev in ne povečane umrljivosti. Število živorojenih otrok med letoma 1985 in 2001 se je zmanjšalo s 25.835 na 17.417, torej kar za 33 %. Naravni prirastek je bil prvič negativen leta 1993, nato pa spet med leti 1997 in 2001. Leta 2001 je bilo pričakovano trajanje življenja ob rojstvu za moške 72 let, za ženske pa skoraj 80 let.

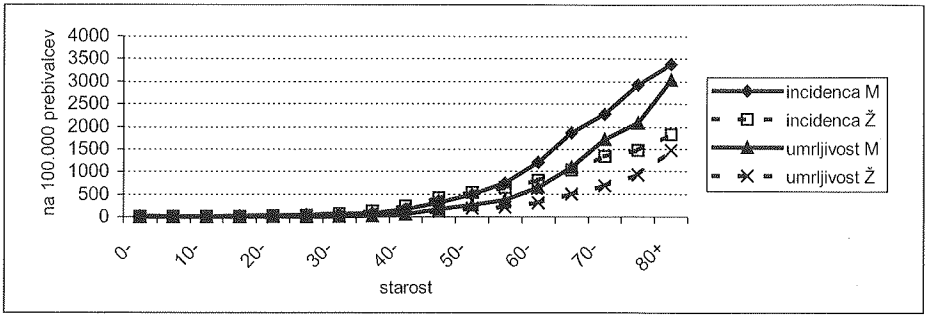
Nadaljevanje takega demografskega gibanja bo vodilo k vedno večjemu staranju prebivalstva, kar bo imelo vrsto negativnih posledic na raznih področjih, tudi na zdravstvenem.

V starosti prihaja do sprememb vseh organskih sistemov. Od različne stopnje prizadetosti so odvisne tudi težave starostnikov. Najpogostejše so bolezni srca in ožilja, rak, poškodbe, motnje na mišično-skeletnem sistemu, kronične bolezni dihal, duševne motnje in zastrupitve. Pešanje vida, sluha in drugih fizioloških funkcij so poleg demenc in depresije pomembni vzroki za socialno izolacijo, ki lahko peljejo v popolno odvisnost, bodisi doma ali v domovih za starejše.

V starosti potekajo bolezni praviloma drugače kot v mladosti ali srednji življenjski dobi, zato jih je pogosto težje odkriti, pa tudi zdraviti, saj je predpisovanje večjega števila zdravil lahko škodljivo, posebej zaradi interakcij in zmanjšane ledvične funkcije.

Rak med starejšimi

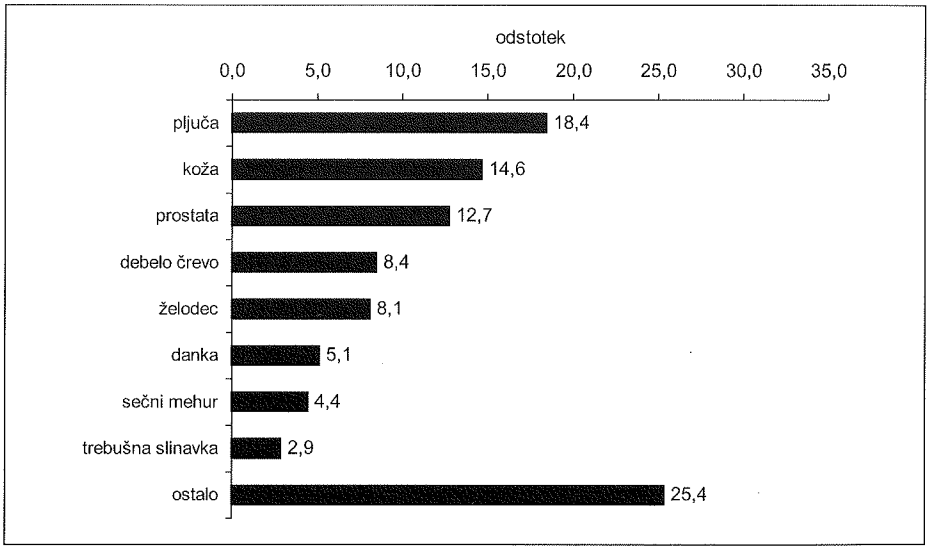
Rak je skupno ime za več kot 200 malignih bolezni, ki so po svetu, in tudi v Sloveniji različno pogoste. Značilno zanje je, da se ogroženost z rakom veča s starostjo. Od 8627 ljudi, ki so za njim zboleli v Sloveniji leta 2000, je bilo manj kot 1 % otrok, mlajših od 14 let, manj kot 3 % bolnikov je bilo starih 15-34 let, 13 % 35 do 49 let, 29 % 50 do 64 let, 55 % pa je bilo starih 65 let ali več (Slika 1). Razumljivo je torej, da je raka vedno več tudi zaradi staranja prebivalstva.



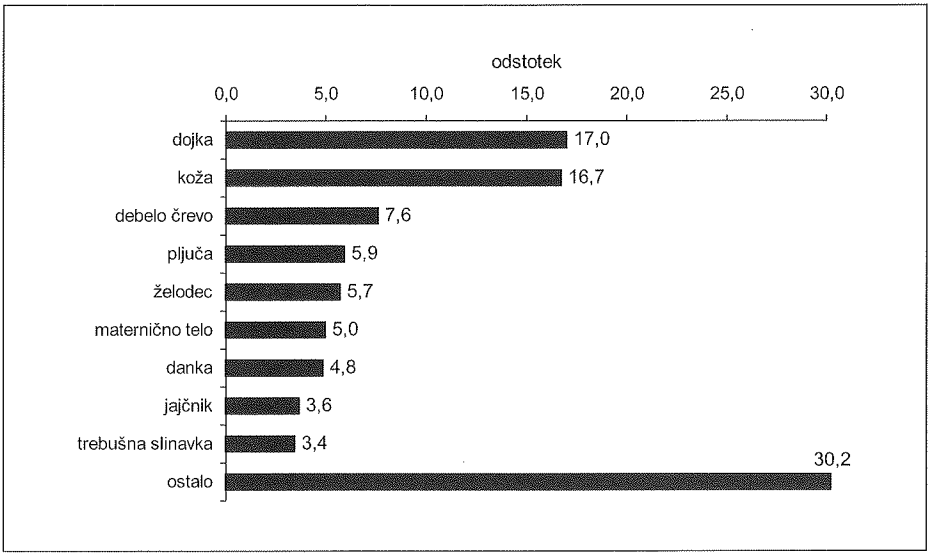
Slika 1: Groba incidenčna stopnja in specifična umrljivost bolnikov z rakom po starosti, Slovenija 2000

Med moškimi po 65. letu starosti prevladuje, podobno kot v mlajših letih, pljučni rak, ki mu sledita kožni rak in rak prostate, med ženskami je najpogostejši rak dojk (Sliki 2, 3). Pri obeh spolih po pogostosti sledijo rak debelega črevesa in danke ter želodčni rak. Umrljivost za rakom se tudi povečuje s starostjo in pri večini rakavih bolezni doseže vrh po 75. letu starosti.

Čeprav več kot polovica vseh rakov prizadene starejše od 65 let je zanimivo, da je bilo npr. v ZDA leta 1992 v klinične študije vključenih le 39 % bolnikov in 26 % bolnic v tej starosti, kar pomeni, da optimalnega priporočenega zdravljenja ni mogoče posplošiti na starejše.



Slika 2: Najpogostejši raki pri moških, starejših od 65 let, Slovenija 2000



Slika 3: Najpogostejši raki pri ženskah, starejših od 65 let, Slovenija 2000

Pridružene bolezni in rak

Poseben izziv za vsakega zdravnika, ki zdravi raka pri starejših, je druženje več bolezni hkrati, kar s tujko imenujemo komorbidnost. Pri starejših je težko ločevati težave, ki so povezane z rakom, od tistih, ki jih povzročajo normalno staranje ali kronične bolezni, ki jih ima bolnik ob diagnozi. Vse te dodatne spremembe vplivajo na odločitve o zdravljenju, pa tudi na prognozo.

V posebni raziskavi o raku in komorbidnosti v ZDA so med 7600 bolniki, starejšimi od 55 let, zbrali podatke o spremljajočih boleznih; v tabeli 4 so prikazane najpogostejše.

Ni presenetljivo, da se komorbidnost povečuje s starostjo. Povprečno število spremljajočih bolezni v tej študiji je bilo 2,9 v starosti 55-64 let, 3,6 v starosti 65-74 let in 4,2 pri starih 75 in več let. Največje število bolezni pri posameznih bolnikih je bilo 12-14.

Zaradi bolezni, ki jih že imajo starejši bolniki z rakom, in drugih značilnosti starostnikov je njihovo zdravljenje zahtevno, zato je zanj potrebno dodatno znanje s področja geriatrije. Osnovni cilj, ki mu morajo slediti vsi zdravstveni delavci, pa je gotovo neodvisen od starosti njihovih bolnikov in je predvsem zagotavljanje kakovostnega življenja.

Tabela 4. Najpogostejše pridružene bolezni pri bolnikih z rakom

Pridružena bolezen	%
Hipertenzija	42,9
Srčne bolezni	39,1
Artritis	34,9
Bolezni prebavil	31,0
Anemija	22,6
Očesne bolezni	19,0
Bolezni sečil	18,0
Poprejšnji rak	15,4
Bolezni žolčnika	14,9
KOPB	14,5
Sladkorna bolezen	12,8
Zlomi	10,8
Bolezni žlez	10,6

Preprečevanje in zgodnje odkrivanje raka med starejšimi

Epidemiološki podatki kažejo, da starost sama po sebi ni pomemben dejavnik tveganja raka, pač pa je kazalnik dolgotrajne izpostavljenosti karcinogenom. Večina preventivnih ukrepov je pomembnih ne glede na starost, kot npr. opuščanje kajenja, zdrava hrana, telesna dejavnost itd.

Prosvetljevanje ljudi morda zveni obrabljeno, vendar je kljub vsem modernim sredstvom informiranja vloga medicinskih sester na tem področju zelo pomembna in nepogrešljiva. Skrb za lastno zdravje, vzgoja zdravih življenjskih navad, telesna in duševna dejavnost, primerna prehrana, premagovanje stresa, preprečevanje bolezni, zgodnja diagnostika, pravočasno in racionalno zdravljenje, rehabilitacija, prijazno in stabilno okolje, socialna blaginja - vsi ti dejavniki morajo delovati v sozvočju, tako v mladosti kot v starosti. Nekateri so odvisni od posameznika, drugi od podsistemov, ki imajo svojo državno, regijsko in lokalno raven.

Odnos družbe do drugačnih je kazalnik njenih vrednot. Starostniki so v zdravju in bolezni drugačna skupina prebivalstva, ki potrebuje posebno skrb. Marsikdo od nas se bo verjetno še prekmalu znašel v tej skupini - ali smo naredili dovolj, da bi mlajšim generacijam posredovali osnovne življenjske vrednote in z njimi spoštovanje do te posebne skupine?

Uporabljena literatura:

- Balducci L, Beghe C. Cancer and age in the USA. Critical Rev in Oncol Hematol 2001; 37: 137-45.
- Extermann M. Measuring comorbidity in older cancer patients. Eur J Cancer 2000; 36: 453-71.
- Franceschi S, La Vecchia C. Cancer epidemiology in the elderly. Critical Rev in Oncol Hematol 2001; 39: 219-26.
- Inštitut za varovanje zdravja. Zdravje v Sloveniji 2001. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2002.
- Pompe Kirn V, Zakotnik B, Zadnik V. Preživetje bolnikov z rakom v Sloveniji. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2003.
- Incidenca raka v Sloveniji 2000. Ljubljana: Onkološki inštitut, Register raka za Slovenijo, 2003.
- Repetto L, Comandini S, Mammoliti S. Life expectancy, comorbidity and quality of life: the treatment equation in the older cancer patients. Critical Rev in Oncol Hematol 2001; 37: 147-52.
- Yancik R. Cancer burden in the aged. An epidemiologic and demographic overview. Cancer 1997; 80: 1273-83.

ZNAČILNOSTI STAROSTNIKA, POMEMBNE PRI IZVAJANJU ZDRAVSTVENE NEGE

mag. Danica Železnik, prof. zdr. vzg.
Visoka zdravstvena šola, Univerza v Mariboru

Uvod

Za starost in staranje lahko rečemo, da sta relativna pojma, saj sta dokaj odvisna od osebnosti in širšega okolja; stari ljudje lahko enako starost doživljajo in občutijo drugače, pa tudi drugi ljudje opažajo, da so spremembe med enako starimi pri različnih ljudeh različne.

Nasploh se danes doma in v svetu vedno več pozornosti posveča življenjskim razmeram starega človeka ter njegovemu zdravstvenemu stanju, kar pa sproža vedno nove in nove probleme, ki jih skoraj povsod povzroča pojav hitrega staranja prebivalstva.

Zaradi staranja prebivalstva je vse več ljudi, ki potrebujejo zdravstveno nego in sicer tako v ustanovah, kakor tudi v domačem okolju.

Tudi Slovenija hitro prehaja v kategorijo držav, v katerih je staranje prebivalstva čedalje bolj pereč problem. Vedno daljša povprečna življenjska doba s povečanjem števila starih ljudi je posledica splošnega napredka, boljših življenjskih razmer in napredka zdravstvenega varstva.

Slovenija se je pridružila evropskim državam, v katerih izrazito narašča število ljudi, starih nad 65 let. Če pogledamo leta nazaj, so bili ljudje te starosti velika izjema, prav tako kakor danes stoletniki. Pomikanje starostne meje navzgor pogojujejo: kakovostnejše zdravstveno stanje prebivalstva, spremembe v načinu življenja, moderno zdravljenje, zdravstvena nega in rehabilitacija bolnikov, varovanje okolja in razvoj preventivne dejavnosti v okviru zdravstvene vzgoje ljudi.

V Sloveniji, kakor po vsej Evropi, smo priča demografskemu neravnotežju. Število mladih se v primerjavi s starejšimi manjša. Zaradi tega vsesplošnega pojava naj bi se ljudje že v rani mladosti zavedali, da ima v starosti pomembno vlogo pri ohranjanju zdravja predvsem aktivnost (Rogelj, 1999).

Stari ljudje naj bi ostali čim dlje dejavni, skrbeli naj bi sami zase in živeli v okviru svoje družine. Prav zaradi fizične oslabelosti postane starejši človek manj samostojen, počuti se manj varnega, istočasno pa se zmanjšata tudi dostopnost do prijateljev in znancev.

Socialno in zdravstveno varstvo ima prav pri tej populaciji največji pomen.

Zdravo vedenje v starosti

Zdravo vedenje so vsa prizadevanja človeka, da bi ostal zdrav oziroma da bi se varoval pred boleznimi. Sestoji iz dveh delov:

1. iz zdravega načina življenja, ki ni odvisen od zdravstvenih delavcev (njegove kazalnike spremljamo na ravni skupnosti - nekateri med njimi so stanje prehranjenosti, uravnoteženost prehrane, telesna aktivnost, kajenje, poraba alkohola)

   in

2. iz preventivne dejavnosti - stik z zdravstvenimi delavci za zmanjšanje nevarnosti bolezni (včasih je bila ta dejavnost pri nas skoraj izključno družbena skrb, danes postaja vse bolj odvisna od možnosti in odločitve posameznika).

Vedenje bolnih starostnikov pa so vsa tista prizadevanja posameznika, da bi svojo bolezen prepoznal in ozdravel. Tudi to vedenje sestavljata dva dela:

1. samooskrba

   in

2. uporaba zdravstvene mreže: nanjo vplivajo poleg potreb (zdravstveno stanje in prizadetost) zlasti spol, starost, kulturno okolje in socialno-ekonomski status (dohodek, izobrazba in poklic) ter dostopnost zdravstvene mreže (geografska, ekonomska in kulturna). Vse to upoštevajo modeli, ki napovedujejo, kolikšno bo iskanje zdravstvenih storitev.

Nadzor pa nam omogoča sodobna tehnologija. Na zahodu v povezavi s starejšimi ljudmi vse bolj pogosto govorijo o t. i. »smart houses«. Pri tem gre za uporabo sodobne tehnologije in tehničnih rešitev v stanovanju, kjer biva starejša ali invalidna oseba.

Samooskrba

Ko se medicinska sestra sreča s starostnikom, najprej določi njegove sposobnosti, njegove morebitne omejitve glede neposredne zdravstvene nege (umivanje, oblačenje, hranjenje, odvajanje) in ugotovi njegove sposobnosti gospodinjskih opravil (nakupovanje, kuhanje, gospodinjenje, socializacija).

Zdravstvena nega je načrtovana glede na njegove potrebe in sposobnosti. Vprašanje pa je, ali je to vse, kar starostnik potrebuje. Preveriti je potrebno, ali ima starostnik pomoč samo toliko časa, kot jo potrebuje, ko lahko sam izvaja določeno aktivnost, ali nastopijo težave, ko odkloni pomoč, ali pomoč zahteva, ko je več ne potrebuje.

Težave pri uvajanju samooskrbe se pojavijo velikokrat pri bolnem starostniku.

Bolan starostnik se navadi svoje podrejene vloge pri zdravstveni negi in če ga medicinska sestra ne spodbuja, opusti poskuse, da bi razkril svoje možnosti v zvezi s skrbjo zase.

Sorodniki in zelo pogosto tudi medicinske sestre imajo velike težave, ko morajo ostati v ozadju in opazovati poskuse, ko se starostnik skuša na primer sam obriti ali obleči.

V večini primerov posredujejo prezgodaj in tako oropajo starejšega bolnika doživljanja lastnega napredka in uspeha.

Kakorkoli je omejena samostojnost, je potrebno krepiti čut za lastno rednost. To je še posebej pomembno, ko je starostnik v svojem domačem okolju, kjer je to vitalnega pomena. Dobro motiviran starostnik lahko prenese velike krize pri samooskrbi. Realno postavljeni negovalni cilji z obstoječo motivacijo in s spodbujanjem so cena za uspeh. Veliko težje je z nemotiviranimi ali s slabo motiviranimi starejšimi bolniki. Ne smemo jih takoj označiti, češ da nočejo sodelovati, vsak napor pelje k boljši zdravstveni negi. Za tako stanje lahko ostaja zdravstveni razlog - depresija, posledica možganske kapi, infekcije ali srčne bolezni.

Ker je bila izguba samooskrbe prisotna že pred boleznijo, je izboljševanje majhno.

Ko pa se starostnik vrne v znano domače okolje, ki mu nudi podporo, je učinek bistveno boljši.

Ko ugotovimo problem in ga analiziramo, je možna postopna rešitev, motivacija pri tem pa zelo pomaga (Garret, 1983).

Dorothea Orem je razkrila teorijo zdravstvene nege, ki jo je imenovala model samooskrbe. Samooskrbo opredeljuje kot hoteno aktivnost, ki jo človek izvaja za vzdrževanje življenja, zdravja in razvijanja lastne osebnosti.

Če posameznik ni sposoben obvladati dodatnih zahtev, se pojavi potreba po zdravstveni negi. Sledi postavljanje negovalnih ciljev in izvajanje negovalnih intervencij. Končni cilj pa je vzpostavitev ravnovesja med zahtevami in sposobnostmi posameznika.

Človek je tisti, ki spreminja oblike samooskrbe, na to pa vplivajo vzgoja, izobraževanje, nadzor in izkušnje (Aggleton, 1985).

V prvi vrsti je **edukacija pri starostnikih svetovanje**, nato se osredotočimo na praktični vidik poučevanja. Povečujemo znanje, ki ga starostnik potrebuje za prilagoditev na spremenjeno zdravstveno stanje, obvladovanje nezmožnosti za določena opravila, poučevanje o spremembi osnovnih življenjskih navad, in vplivamo nanj z omogočanjem psihične podpore (Katz, 1995).

Prvi korak v strategiji poučevanja je ugotavljanje pripravljenosti za učenje.

Starostnikove potrebe, ki izhajajo iz njegove nezmožnosti, in obvladovanje le-teh so osnova za programiranje učnega procesa. Nekateri starostniki v resnici niso zainteresirani za učenje: zahtevajo podporo in nadzor nad svojo nezmožnostjo. Veliko starejših ljudi se prilagodi, vendar mnogi z veliko porabo časa, posebno, ko je spremenjena podoba telesa ali ko je spremenjen socialni status. Svojci so morda

utrujeni ali zmedeni po dolgotrajni dobi negovanja ali v velikem stresu in se niso sposobni odzvati na učenje novih spretnosti.

Ravnanje s stomo ali dajanje injekcije je lahko čisto preprosto, vendar ne za vse ljudi. Medicinska sestra ne sme vedno pričakovati, da se svojci naučijo postopka in ne sme jih obsojati. Dati jim mora spodbujevalne napotke, ki jih lahko razumejo ali izvedejo.

Zelo pomembno je, koliko je starostnik sposoben za učenje. Pomemben dejavnik pri tem sta izobrazba in zanimanje za problem. Trenutna kondicija bolnega starostnika omejuje v fizični aktivnosti (na primer možganska kap)...

Kot navaja Hoyer (1995), morajo biti starostniki vedno enakopravni pri učenju, nikoli jih ne smemo ponižati ali od njih zahtevati pasivnosti.

Šušteršič (1997) trdi, da medicinska sestra z zdravstveno nego lahko vpliva na dejavnike kakovosti življenja starostnikov: medsebojni odnosi v družini, socialni stiki, finančno stanje, pomoč na domu, zdravstveno stanje, mentalno zdravje, prehranjevanje, komunikacija, gibljivost in varnost.

Samooskrba pri starostnikih ni popolnoma neodvisna od zdravstvenih delavcev. Starostniki namreč skrbijo sami zase v skladu z medicinskimi in s socialnimi normami, z vrednotami in s pogledi (Cocherman, 1996).

Z večanjem življenjske dobe se povečuje tudi število tistih starih oseb, ki imajo določeno bolezen ali prizadetost, ki jih ovira pri opravljanju dnevnih aktivnosti pri samooskrbi v domačem okolju.

Zaradi omejitev pri gibanju so stari ljudje pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti vse bolj odvisni od drugih in sčasoma niso več sposobni samostojnega življenja.

Starejši ljudje nimajo samo težav z gibanjem, temveč tudi številne druge težave, ki jim otežkočajo ali onemogočajo samostojno življenje. To so težave, povezane s slabšim spominom, z raztresenostjo, s pozabljivostjo, s slabšo prostorsko in časovno orientacijo itd. Ohranjene gibalne sposobnosti niso dovolj za samostojno življenje, če jih spremljajo naštete težave. Če take osebe živijo same, potrebujejo povečan nadzor.

Posledica zmanjšanih gibalnih sposobnosti pri starejših ljudeh kaže tudi na socialnem področju. Zaradi težav, povezanih z gibanjem, se stari ljudje manj vključujejo v svoje socialno okolje in postajajo vse bolj izolirani. Sodobna tehnologija pa tudi na tem področju prinaša številne olajšave in rešitve. V veliko pomoč pri vzdrževanju socialnih kontaktov je že telefon; posebno prednost pa predstavlja mobilna telefonija. Tudi telefoni imajo številne možnosti prilagajanj samega aparata in različne načine klicanja.

Spremembe v starosti

Stari ljudje so zaradi sprememb, ki jih prinaša starost, izpostavljeni različnim zdravstvenim in socialnim težavam, ki so zlasti:

- pešanje fizične in duševne sposobnosti,
- večje možnosti za razvoj akutnih in kroničnih bolezni,
- ovirano opravljanje gospodinjskih del in drugih opravil,
- prisotnost osamljenosti, ki jo še poglobi morebitna izguba partnerja,
- socialna izolacija,
- neurejeni odnosi v družini zaradi razkoraka generacij,
- večje potrebe po bolnišničnem zdravljenju,
- zlorabe in izkoriščanje starih ljudi

(Ramovš, 1995).

DEJAVNIKI BOLNEGA STARANJA

Na rizične dejavnike nastanka odvisnosti starih ljudi od tuje pomoči in zdravstvene nege vplivajo:

1. Stanje zobovja:

- neredna higiena zob in
- zobovja,
- nezdravo (karies) zobovje,
- brezzobost.

2. Motnje čutil:

- vid,
- sluh,
- voh,
- otip,
- okus.

3. Izpostavljanje zunanjim vplivom:

- mraz in vlažnost,
- prepih in vibracija,

- hitre vremenske spremembe,
- onesnažen zrak,
- izpostavljanje prehitremu naporu.

4. Slaba osebna higiena in nehigiena okolja:
- osebna neurejenost-neredno kopanje/tuširanje,
- neurejeni nohti na rokah in nogah,
- neurejeno okolje bivanja,
- neurejena in neudobna oblačila in obutev.

5. Nezdravljeno povečanje arterijskega krvnega tlaka:
- možganska kap,
- srčna kap,
- občasne cirkulacijske motnje.

6. Debelost, podhranjenost in nepravilen vnos hrane:
- dnevni vnos hrane do 1700 kcal,
- premastna hrana,
- indeks telesne mase nad 30=debelost,
- indeks telesne mase pod 18,5=podhranjenost,
- pomanjkanje rib, sadja in zelenjave,
- pomanjkanje vitaminov in mineralov,
- pomanjkanje beljakovin,
- pomanjkanje tekočine,
- dnevno prevelik vnos soli in sladkorja.

7. Psihične spremembe:
- osamljenost,
- zaprtost vase in nekomunikativnost,
- občutek zavrženosti in nekoristnosti,
- depresija in ostale psihične motnje,
- nezanimanje za nova spoznanja,
- nezanimanje za mlade in starejše,
- psihična neaktivnost,
- nesprejemanje delovne terapije.

8. Kajenje, alkoholizem in druge odvisnosti:

- kadilci,
- pasivno kajenje,
- odvisnost od opojnih in
- drugih drog,
- več kot 1 dcl vina dnevno,
- odvisnost od alkohola,
- odvisnost od zdravil.

9. Telesne motnje:

- slabokrvnost,
- povišan krvni sladkor,
- zaprtje,
- močenje,
- močenje z naporom,
- beljakovine v urinu,
- povečan slab holesterol in
- trigliceridi (maščobe) v krvi.

10. Kile-izpad organov

11. Telesna neaktivnost:

- poležavanje,
- nezadostno gibanje,
- dolgotrajno sedenje pred TV
- in računalnikom,
- dolgotrajno zadrževanje v
- zaprtem prostoru,
- osteoporoza, zlomi kosti,
- razjede zaradi pritiska,

12. Nespoštovanje predpisov zdravljenja in navodil zdravnika:

- nekoriščenje pripomočkov in izogibanje le-tem pripomočkom (plenice za starejše, bergle, palice, hodulje)

13. Nepravilno doziranje zdravil:

- istočasno jemanje več vrst zdravil,
- neupoštevanje navodil zdravnika.

Vedeti moramo:

V naši družbi bo vedno več starejših ljudi.

Ti ljudje pa:

- se bodo starali kakšnih deset ali dvajset let dlje,
- bodo bolje izobraženi kot pred leti,
- bodo imeli drugačno življenje kot starejši, ki jih poznamo,
- bodo imeli drugačne potrebe kot starejši, ki danes bivajo v naših domovih za starejše občane.

Imeli bodo drugačne potrebe, drugačne zahteve:

- želeli bodo ostati v lastnem domu in imeti samo zdravstveno nego na domu,
- hoteli bodo imeti možnosti do lastne izbire vrste varstva in izvajalca varstva,
- kadar bodo potrebovali varstvo v zavodu, bodo hoteli enoposteljno sobo,
- četudi bodo živeli v domu, se bodo odločali sami.

Staranje je normalno biološko dogajanje, ki ga doživi vsako živo bitje. Človekovo staranje ima mnogo bioloških, pa tudi socialnih, družbenih in ekonomskih značilnosti. Poteki bolezni so v starosti svojevrstni, obolevanje starostnikov pa je pogostejše. Z daljšanjem pričakovane življenjske dobe narašča tudi število starostnikov.

Medicinska sestra obravnava starostnika individualno in celostno, s psihofzičnega in socialnega vidika, skupaj z njegovo družino in s širšim okoljem. Starostnika zajame po načrtu, po naročilu ali slučajnostjo.

Zaključek

Upamo, da bomo dočakali visoko starost in da bomo takrat, ko bo to potrebno, bili deležni kakovostne zdravstvene nege, ki nam jo bo lahko nudila le dobro strokovno usposobljena medicinska sestra.

Ko govorimo o razvoju zdravstvene nege za starejše, govorimo tudi o lastni prihodnosti.

Vsakdo si želi svoje življenje preživeti kot samostojen človek, ki ga spoštuje družina, sosedje, družba... In vsi si želimo živeti dostojanstveno, da nas ljudje okrog nas spoštujejo.

Viri in literatura:

1. Abbey A, Andrews F. Modeling the psychological determinants of life quality. Social Indicators Research 1985; 16:1 - 34.
2. Aggleton P, Chalmers H. Models and theories. Nursing time 1985; 2: 36 - 38.
3. Allardt, E. (1993) Having, Loving, Being: An Alternative to the Swedish Model of Welfare Research. V: M. Nussbam, A. Sen (ur.) The Quality of Life, Oxford: Clarendon Press.
4. Andersson M, Gottfries C. Nursing home care: Factors influencing the quality of life in a restricted situation. Aging 1991; 3: 229 - 39.
5. Cocherman W. Health behaviour. Illness behaviour. In: Medical sociology, 6th ed. New Jersey: University of Alabama in Birmingham, 1996; 89 - 132.
6. Krach P, DeVaney S, DeTurk C, Zink MH. J Adv Nurs 1996 Sept; 24(3):456-64. Functional status of the oldest-old in a home seeting.
7. Gosman-Hedstrom G, Aniansson A, Persson GB:ADL-reduction and need for technical aids among 70-year-olds. From the population study of 70-year-olds in Goteborg. Compr Gerontol (B). 1998 ;2(1):16-23.
8. Jee M, Or Z. health outcomes in OECD countries:a framework of health indicators for outcome-oriented policymaking. Labour market and social policy. Occasional papers No. 36. DEELSA/ELSA/WD(98)7:14.
9. Firis 2000;8(10).
10. Strategy Project: Strategy deleopment Programme of Homes for the Elderly in Slovenia. Ljubljana, 1999.

PROBLEMI HOSPITALIZACIJE STAROSTNIKOV

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

UVOD

Z naraščanjem števila starostnikov v družbi narašča tudi število hospitalizacij in trajanje ležalne dobe. Starejši ljudje so še posebej nagnjeni k zbolevanju in k številnim komplikacijam, ki so posledica hospitalizacije. Mnogim koplikacijam se da izogniti ali pa jih je mogoče vsaj zmanjšati. S primernim usposabljanjem zdravstvenih delavcev, ki delajo v bolnišnicah, se lahko skrb za starostnike optimizira. To je zelo pomembno, saj je hospitaliziranih vse več starostnikov, v zdravstvu pa je na voljo vse manj resursov.

Večina starostnikov živi samostojno doma. Če so hospitalizirani, si veliko teh posameznikov opomore in se vrne v domače okolje. Hospitalizacija teh starostnikov se ne razlikuje dosti od hospitalizacije mlajših bolnikov. Vendar pa živi doma tudi veliko bolnih starostnikov, ki bolj ali manj potrebujejo pomoč pri oskrbi. Običajno jim to pomoč nudijo svojci, zato je pomembno, da so pri hospitalizaciji posameznika le-ti vključeni pri ocenjevanju zdravstvenih potreb starostnika in pri zmanjševanju posledic hospitalizacije.

Pri hospitalizaciji ležalna doba narašča s starostjo starostnika, prav tako pa število ponovnih hospitalizacij. K temu prispevajo teža bolezni ter multipli patološki in psihosocialni dejavniki.

BOLEZEN PRI STAROSTNIKU

Pri slabem počutju starostnika se lahko izraženi simptomi razlikujejo od klasičnih znakov bolezni, ki jih vidimo pri mlajših osebah, npr. neboleči miokardni infarkt, infekcija brez povišane temperature ali levkocitov, akuten abdomen brez močne bolečine. Prisotnost delirija, depresije, utrujenosti, izgube telesne teže pa še bolj otežkoča postavljanje pravilne diagnoze.

Starostniki imajo velikokrat tudi kakšno kronično bolezen ali drugo motnjo. Nepokretnost, intelektualna okrnjenost in inkontinenca so simptomi mnogih bolezenskih procesov pri starostniku in so lahko tudi razlog za hospitalizacijo. Hkrati pa ta soobstoj bolezenskih stanj lahko privede do napačne diagnoze.

Številčnost različnih bolezni pri starostniku vodi tudi k velikemu predpisovanju različnih zdravil. To še poveča možnost, da se pri starostniku pojavijo problemi, povezani s sopojavi zdravil. Večje kot je število predpisanih zdravil, večja je možnost, da do tega pride.

Akutna bolezen predstavlja veliko grožnjo neodvisnosti in avtonomiji starostnika, zato morajo biti vsi naši napori usmerjeni k preprečevanju posledic bolezni v času starostnikove hospitalizacije. Ko se ukvarjamo z boleznijo pri starostniku, je pomembno, da ugotovimo, kateri so predispozicijski dejavniki in kateri precipitirajoči dejavniki nekega bolezenskega stanja ter da pri obravnavi starostnika upoštevamo oboje. Predispozicijski dejavniki so tisti, ki zvišajo nevarnost ali ranljivost starostnika za določeno stanje, medtem ko so precipitirajoči dejavniki neposredni

Tabela 1. Fiziološke posledice fizične neaktivnosti in ležanja pri starostnikih

ORGANSKI SISTEM	POSLEDICE
mišice in skelet	zmanjšana mišična moč zmanjšana vzdržljivost mišična atrofija izguba spretnosti okorelost sklepov in kontrakture osteoporoza
živčevje	zmanjšana motorična koordinacija zmanjšano ravnotežje psihološke motnje delirij izguba samozavesti in zaupanja zatrtje spretnosti
srce in ožilje	ortostatska hipotenzija zmanjšana zmožnost fizičnega dela refleksna tahikardija venska staza/tromboza pljučna embolija
dihanje	okrnjen izkašljevalni mehanizem zmanjšano čiščenje izločkov zmanjšana pljučna ventilacija zmanjšana vitalna zmogljivost
sečila	urinska inkontinenca urinska retenca hiperkalciurija zmanjšana spolna funkcija
drugo	atrofija kože razjede zaradi pritiska obstipacija inkontinenca blata sopojavi zdravil

vzrok problema. Npr., mnoge starejše ženske imajo predispozicijo za razvoj urinske inkontinence, ki je posledica nosečnosti in postmenopavzalnega upada estrogena. Te ženske ostanejo kontinentne, dokler se ne pojavi nek precipitirajoči dogodek, kot npr. infekcija sečnih poti ali zmanjšana gibljivost. V tem primeru bi predispozicijske dejavnike reševali z boljšim prosvetljevanjem in učenjem preventivnih ukrepov, precipitirajoče dejavnike pa bi reševali neposredno.

Kombinacija normalnih procesov staranja in bolezni že sama po sebi predstavlja problem pri starostniku. Z dodatkom internističnih ali kirurških intervencij pa povzročimo podaljšano neaktivnost ali ležanje, kar lahko privede do mnogih fizioloških problemov (Tabela 1).

Kombiniran učinek procesa staranja, kroničnih bolezni in psihosocialnih dejavnikov lahko privede k večji funkcionalni okrnjenosti, kot jo običajno povzroči primarna bolezen. Če za starostnike ni na voljo dobre rehabilitacije, sproži hospitalizacija starostnika negativen proces, ki vodi v institucionalizacijo, in to kljub temu, da so bile internistične in kirurške intervencije same po sebi uspešne.

PREPREČEVANJE KOMPLIKACIJ HOSPITALIZACIJE

Bolnišnično okolje je za mnoge starostnike dezorientirajoče in ogrožajoče. Vsi starostniki so tudi izpostavljeni pojavu sekundarnih komplikacij. Poznavanje in razumevanje bolnikovih duševnih, fizičnih in socialnih sposobnosti pred hospitalizacijo je ključnega pomena za preprečevanje posledic hospitalizacije. Te informacije lahko pridobimo od svojcev, sosedov, osebnih zdravnikov. Podatki, ki nam jih posredujejo, se lahko razlikujejo od tistega, kar sami opazimo pri hospitaliziranem starostniku. S temi informacijami lahko tudi lažje ocenimo možnost sekundarnih komplikacij pri starostniku in načrtujemo ukrepe, ki bi le-te preprečili.

Ukrepi za preprečevanje komplikacij hospitalizacije starostnika so številni:

- zgodnja mobilizacija
- program pasivnih in aktivnih vaj za preprečevanje venostaze
- dihalne vaje in izkašljevanje za preprečevanje respiratornih komplikacij
- preprečevanje nastanka razjed zaradi pritiska in vzdrževanje intaktnosti kože
- vzdrževanje gibljivosti sklepov
- vzdrževanje kontinence
- ohranjanje mišične moči in vzdržljivosti
- izboljšanje kardiovaskularnih zmožnosti
- omogočanje bolnikom čim bolj samostojno izvajanje dnevnih aktivnosti
- preprečevanje socialne izolacije
- preprečevanje sopojavov zdravil

- zmanjševanje »sovražnosti« bolnišničnega okolja
- preprečevanje negativnega odnosa okolice do bolnika
- vzdrževanje osebnih socialnih odnosov.

Nekaj besed bi rada namenila še akutni zmedenosti oz. deliriju, ki se razvije pri starostnikih v bolnišnici. Delirij se kaže kot motnja zavesti, pozornosti, mišljenja, spomina, zaznavanja, orientacije, psihomotoričnega vedenja in čustvovanja, z motnjami ciklusa budnost-spanje, s fluktuiranjem simptomov ter z nenadnim začetkom motenj. Pazljivi moramo biti, da delirija ne zamenjujemo z demenco ali drugimi vzroki halucinacij in vedenjskih motenj. Vzrokov za delirij je več: razne bolezni, abstinenčna kriza zaradi alkohola ali drugih drog, odpoved organov, metabolične, endokrine ali elektrolitske motnje, nepoznano okolje, bolečina, stres, pomanjkanje spanja itd. Delirij poskušamo obvladovati z iskanjem vzrokov zanj in z odpravljanjem le-teh, ves čas delirija pa moramo bolniku zagotavljati varno okolje. Aktivno zdravljenje vzrokov delirija običajno privede do njegove izvenitve, vendar pa je to lahko dolgotrajen proces.

MULTIDISCIPLINARNI PRISTOP

Takoj, ko bolnikovo stanje to dovoljuje, bi morali pričeti z ukrepi, ki bi vodili k funkcionalni neodvisnosti starostnika. Bistven pri obravnavi starostnika pa je timski pristop. Na žalost večina bolnišnic pri nas nima možnosti, da bi v zdravstveni tim vključila vse potrebne strokovnjake. Poleg zdravnika, medicinske sestre in fizioterapevta, so to še delovni terapevt, socialni delavec, včasih pa tudi gerontolog. Skupni cilj vseh članov tima bi moral biti preprečevanje starostnikove institucionalizacije.

ZAKLJUČEK

Skrb za starostnika se razlikuje od bolnišnice do bolnišnice in od oddelka do oddelka ter je odvisna od rutine v bolnišnici ali na oddelku. Ob hospitalizaciji izgubijo starostniki del samostojnosti in svobode odločanja, zato je zelo pomembno, da so starostniki obravnavani glede na svoje individualne potrebe, okoliščine in prioritete. Ker smo medicinske sestre v času hospitalizacije starostnikov tisti profil zdravstvenih delavcev, ki največ časa preživi z njimi, lahko s kakovostno oskrbo pripomoremo k zmanjšanju komplikacij hospitalizacije.

Literatura:

- Chang E, Hancock K, Chenoweth L, Jeon YH, Glasson J, Gradidge K, Graham E. The influence of demographic variables and ward type on elderly patients perceptions of needs and satisfaction during acute hospitalization. International Journal of Nursing Practice 2003; 9: 191-201.
- Fagerberg I, Kihlgren M. Registered nurses' experiences of caring for the elderly in different health-care areas. International Journal of Nursing Practice 2001; 7: 229-236.
- National Health and Medical Research Council. Minimising adverse consequences of hospitalization in the older person. Series on clinical management problems in the elderly No 3. Canberra: Australian Government Publishing Service, 1994.
- Nyden K, Petersson M, Nystrom M. Unsatisfied basic needs of older patients in emergency care environments - obstacles to an active role in decision making. J Clin Nurs 2003; 12: 268-274.
- O'Hara R, Mumenthaler MS, Davies H, Cassidy EL, Buffum M, Namburi S, Shakoori R, Danielsen CE, Tsui P, Noda A, Kraemer HC, Sheikh JI. Cognitive status and behavioral problems in older hospitalized patients. Ann Gen Hosp Psychiatry 2002; 1: 1-11.
- Roš-Opaškar T. Akutna zmedenost in delirij pri bolniku z rakom. Onkologija 2001; 5: 15-18.
- Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudbe MA, Sebens H, Winograd CH. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. Arch Intern Med 1996; 156: 645-52.
- Schuurmans M, Duursma S, Shortridge-Baggett L. Early recognition of delirium: review of the literature. J Clin Nurs 2001; 10: 721-729.
- Wadensten B, Carlsson M. Theory-driven guidelines for practical care of older people, based on the theory of gerotranscendence. J Adv Nurs 2003; 41: 462-470.

ŽIVLJENJE Z RAKOM V STAROSTI

Albina Bobnar, prof. defect.,viš. med. ses.
Slovensko društvo Hospic, Ljubljana

UVOD

Ko postajamo starejši se naša življenjska pričakovanja povečujejo in za večino od nas so vrednote in stališča odvisna od različnih sprememb, ki se dogajajo v življenju. Težko je reči katere spremembe so to, zatrdno pa vemo, da imajo ljudje pri 70-ih letih drugačen pogled na življenje kot mladi pri 20-ih (Ko, Bubley, 2001). Ko starejši človek izve za diagnozo rak, so njegove reakcije, odzivi in potrebe po zdravljenju drugačne od tistih pri mlajši osebi. Študije so pokazale, da se starejši z diagnozo raka v življenju boljše spoprijemajo na psihosocialnem področju, kot mlajši (Thome in sod., 2003). Tak odgovor je morda povezan z večjimi življenjskimi izkušnjami, ki vodijo do večje sposobnosti spopadanja s težkimi situacijami. Starejšim, ki morda pravkar pričenjajo sprejemati svojo umrljivost, kakovost življenja postaja bolj pomembna kot kvantiteta. Mlajši so bolj pripravljeni prenašati neprijetnosti, ki so povezane z zdravljenjem raka in jim več pomeni kvantiteta življenja (Berglund, Ericsson, 2003).

V okviru tega, je prva vloga medicinske sestre in drugega zdravstvenega osebja, ki neguje starostnike z rakom, da se v času aktivnega zdravljenja vzdržuje zadovoljivo kakovost življenja, potem pa jim je potrebno povrniti najboljše možno zdravstveno stanje, ki ga v teh okoliščinah lahko dosežejo (Redmond, Aapro, 1997). Vzdrževanje kakovosti življenja zahteva veliko znanja o tem, kaj je za starostnike z rakom dobro kakovostno življenje. V različnih raziskavah so poskušali kakovost življenja ocenjevati z uporabo obstoječih vprašalnikov o kakovosti življenja ali pa so le-te priredili za uporabo pri starostnikih (Hanlon in sod., 2000; Poussin in sod., 2000). Standardizirani vprašalniki o kakovosti življenja so večinoma uporabni za odrasle, ki so aktivni in imajo polno zaposlitev, kar ni umestno za starejše. Imeti dobro življenje in biti sprejet ni najpomembnejše samo za posameznika (Kurtz in sod. 2002), ampak za celotno populacijo. Ganz s sodelavci (1991) je celo dokazal, da je kakovostno življenje boljši napovedovalec kakovostnega staranja - kot katerakoli zdravstvena merila ali ocena s pomočjo lestvice Karnofsky.

Izkušnje starejših ljudi, ki živijo z rakom nas učijo, da na kakovost življenja vplivajo: kombinacija let, spremljajoča obolenja ter zaznavanje sedanjega in predhodnega življenja (Thome in sod., 2003). Starejši, ki imajo še druge spremljajoče bolezni, so zaradi raka morda fizično manj prizadeti in zato tudi neradi priznajo, da so se poslabšale njihove fizične sposobnosti, potem ko so izvedeli za diagnozo. Zdravstveni delavci se moramo zavedati, da je naša glavna naloga, da pri oskrbi upoštevamo in razumemo proces staranja ter upoštevamo izkušnje z rakom.

Znanje o tem, kako starejši razumejo bolezen rak in kakšne izkušnje imajo z njo, kakšni so bili: njihov način življenja pred boleznijo, družbeni odnosi, kulturno okolje in prognoza bolezni, lahko veliko pripomore k učinkoviti individualni oskrbi starostnikov z rakom v času bolezni in zdravljenja. Tak način obravnave se dogodi bolj poredko, to je pri ljudeh, starih 75 let in več. V prispevku so zato prikazani različni pojmi o kakovosti življenja v starosti, ugotovitve raziskav o izkušnjah starostnikov, ki živijo z rakom, in o tem kako le-ta vpliva na njihovo vsakdanje življenje.

DEFINICIJA OSLABELOSTI

Starostno obdobje nekateri delijo v več skupin. Največkrat se uporablja klasifikacija, ki ljudi v letih od 60 do 74 šteje k mladim, od 75 in več k starim, 85- do 94-letni pa so zelo stari. Kdor je starejši, sodi k "preživelim" (Sinclair, Dangerfield, 1998). Še bolj pogosto pa je starost 65 let postala mejnik za obdobje staranja. Za to odločitev ni nobenega biološkega razloga, namreč pri teh letih se v mnogih kulturnih okoljih ljudje upokojijo in začne se novo obdobje, ki ga avtomatično povezujejo s poslabšanjem zdravstvenega stanja, ko se pričakuje krajša življenjska doba. Tak pogled na starost ne velja več, saj ljudje živijo dlje in so bolj zdravi kot kdajkoli prej.

Fiziološka starost človeka se slabo odraža v kronološki starosti, toda kronološko starost morda lahko uporabimo kot okvir za specialne intervencije s pomočjo obsežne geriatrične ocene (Comprehensive geriatric assessment - CGA) (Balducci, 2000). S to oceno, ki se uporablja zadnjih 15 let in jo je razvil Roberto Bernabei s sodelavci (2000), se ugotavlja funkcionalne sposobnosti in pričakovanja starostnikov ter odkriva funkcijske, zdravstvene, socialne, rehabilitacijske in prehrambene potrebe. Balducci (2000) pravi, da v praksi obstajata dva kronološka mejnika: 70 in 85 let. Sedemdeset let imamo za spodnjo mejo staranja, ker pogosto spremembe, nastajajoče zaradi starosti, hitro naraščajo med 70-im in 75-im letom. Petinosemdeset let pa predstavlja mejnik za tveganje, da postane človek slaboten, ker so vedno bolj prizadete njegove čutne zaznave (sluh in vid). Večina ljudi v teh letih postane funkcijsko odvisnih in več kot 50 % posameznikov po 85-em letu postane dementnih.

Izraz slabotnost je v osnovi razumljiv, vendar v onkološki literaturi nisem našla prave definicije, da bi lahko z določenimi merili ocenili slabotnost posameznika in kako bi se prilagodili pogostim intervencijam v onkološki zdravstveni negi za potrebe slabotnih. Bernabei s sodelavci (2000) v svojem prispevku, ko predstavlja obsežno geriatrično oceno, povzema, da je slabotnost stanje, ko je prisoten en ali več primanjkljajev, ki lahko povzročijo, da starejši bolnik postane odvisen od drugih. Običajno so slabotni starejši nad 75 let; imajo različne zdravstvene težave in so že odvisni ali pa obstaja tveganje, da bodo postali pri aktivnostih vsakdanjega življenja odvisni od drugih.

PREDHODNA NESPOSOBNOST ALI SOČASNE BOLEZNI

Znanstveniki so dokazali, da približno 80 % ljudi, starih nad 65 let, živi z eno ali več kroničnimi obolenji, ki povzročajo, da so staranje in stara leta bolj spremljana s strani procesa teh kroničnih obolenj kot pa s strani naravnega procesa staranja. Starostno spremenjen organizem je bolj dojemljiv za razvoj bolezni, čeprav njihovega pojava ne povzroči staranje. Obstaja pozitivna povratna zveza, ko bolezen v starosti pospešuje škodljive vplive bolezni (Perilleux, Anselme, Richard, 1999).

V Sloveniji največ ljudi (75 %) umre zaradi kroničnih nenalezljivih bolezni srca in ožilja, rakavih obolenj in bolezni dihal. Enaki vzroki smrti so tudi v drugih državah razvitega sveta (Pentek, 1999). Zaradi spremljajočih bolezni je pri oslabelih starejših bolnikih z rakom včasih težko dokazati pravo diagnozo in niso deležni pravilnega zdravljenja ali pa sploh ne pridejo do prave onkološke obravnave pri zdravniku specialistu onkologu (Redmond, Aapro, 1997).

Starejšim ljudem, ki neprestano jemljejo zdravila ali si dajejo injekcije, se zdi veliko bolj pomembno, da dobijo pravilno dozo standardnih zdravil kot pa kemoterapijo. V starosti se pojavi več srčno-žilnih obolenj, kar povzroča visok krvni pritisk, težave z dihanjem, slabšo mobilnost; večje je tudi tveganje za poškodbe, infekcije. Pri oceni bolnikovega stanja se velikokrat ugotovi nepojasnjene bolečine, utrujenost, pogosto odvajanje blata, zaprtje, slabost, bruhanje, motnje spanja, neješčnost in drugo (Redmond, Aapro, 1997). Starostniki tudi zelo neradi govorijo o stranskih učinkih, ki prizadenejo njihovo intimnost (izguba kontrole pri izločanju vode in blata, impotentnost, driska). V takih primerih je potrebno bolniku dati priložnost, da se aktivno vključi v reševanje svojih težav, da govori spontano in da nima občutka, da je v breme ali da izgleda, kot bi se pritoževal (Redmond, Aapro, 1997).

Starejši bolniki z rakom zelo pogosto trpijo zaradi akutne in kronične bolečine, ker menijo, da je neizogibna v njihovih letih in povezana z njihovo boleznijo. Lajšanje bolečine je nezadovoljivo pri ljudeh, starih nad 70 let, bolj pogosto pri ženskah, in pri bolečinah, ki niso povezane z rakom (Lefebvre-Chapiro in sod., 2001). Veliko oviro pri tem predstavlja nesposobnost komuniciranja, ki se pri starostnikih pojavi zaradi družbenih ovir sporazumevanja, obstoječe zmedenosti ali slabih kognitivnih sposobnosti, ali prizadetosti sluha in govora (Redmond, Aapro, 1997). Zelo malo se jih zaveda, da je zaradi tega prizadeta njihova mobilnost, da imajo motnje spanja, so depresivni, manj so družbeno aktivni, slabše se prehranjujejo, prizadete so miselne funkcije, jemati morajo več zdravil.

ŽIVLJENJE Z RAKOM V STAROSTI

Zelo malo je raziskav, ki bi lahko dale odgovor na to, kako živijo starejši ljudje z rakom. V zadnjih dveh desetletjih se je razširilo klinično raziskovanje in vzporedno s tem so se razvili različni vprašalniki o kakovosti življenja, s katerimi se ugotavlja kakovost življenja tako, da bolniki sami ocenijo, kako živijo, kako se spopadajo z

Tabela 1: Rezultati raziskave: Thome B, Dykes AK, Gunnars B, Halberg IR. The Experiences of Older People Living With Cancer. Cancer nursing, 2003; 26 (2): 85-96

GLAVNE KATEGORIJE	PODKATEGORIJE
A) življenje z rakom pomeni telesno, mentalno, socialno in eksistencialno doživetje	1. telesno doživetje (prisotnost ali odsotnost nesposobnosti in omejenosti) 2. mentalno doživetje (mentalna prizadetost zaradi raka, nihanje med upanjem in obupom) 3. socialno doživetje (družina, osamljenost, zavrženost, dednost, reakcije okolice) 4. eksistencialno doživetje (imeti dobro življenje, razmišljanje o življenju in smrti)
B) zavedanje ali nezavedanje bolezni	5. difuzen pogled na raka 6. jasen pogled na raka
C) prilagajanje na vsakdanje življenje	7. nadzor nad boleznijo 8. zanikanje bolezni 9. prilagoditev na bolezen 10. primerjanje z drugimi bolniki
D) občutek sprejetosti ali zavrnitve s strani zdravstvenih delavcev	11. občutek sprejetosti (upanje) 12. občutek zavrnitve (obup)

rakom, kakšne so njihove fizične, psihične in mentalne sposobnosti, kakšni so družinski in družbeni odnosi ter na splošno, kaj menijo o svojem zdravstvenem stanju in kakovosti življenja. Čeprav so ti vprašalniki standardizirani, velikokrat niso uporabni za starejše, ki imajo svoje potrebe in vrednote; v raziskavi se ali primerja skupino starostnikov z rakom z zdravo populacijo (Hanlon in sod., 2000) ali pa različne pomene o kakovosti življenja med starostniki in geriatričnim osebjem (Berglund, Ericsson, 2003). V nekaterih primerih je ocenjevanje kakovosti omejeno samo na določeno težavo, kot je depresija (Kurtz in sod., 2002) ali spopadanje z rakom dojke v starosti in pomoč religije (Feher, Maly, 1999), bolečina (Lefebvre-Chapiro in sod., 2001), ocena različnih negovalnih potreb pri starostnikih in mlajših odraslih (Evers in sod., 2002).

Na Švedskem se je skupina raziskovalcev odločila, da bo namesto vprašalnika o kakovosti življenja (pri ugotavljanju kakovosti življenja posameznikov, starih nad 75 let, z diagnozo rak) uporabila metodo intervjuja na domu (Thome in sod., 2003). S pomočjo odprtih vprašanj so ugotovili, kakšno je njihovo razumevanje raka, simptomov in težav, ki so povezane z njim. Hoteli so izvedeti kakšen je vpliv raka

na vsakdanje življenje, kakšne so njihove izkušnje s starostjo in prizadetostjo zaradi raka in drugih bolezni ter izkušnje z zdravstvenimi službami oziroma delavci. Bolniki so ocenili svoje življenje z rakom kot telesno, mentalno, socialno in eksistencialno doživetje. Nekateri se zavedajo bolezni - drugi ne, nekateri so sposobni imeti nadzor nad vsakdanjim življenjem in svobodno sprejemati odločitve - drugi ne, nekateri občutijo potrditev s strani zdravstvenih delavcev - drugi se počutijo zavrnjene.

V medicini že dolgo ni več glavni cilj samo preživetje, ampak se poskuša obravnavati bolnika holistično in s tem upoštevati načelo dostojnega življenja za vse ljudi (Kiebert, 1997). Uporabnost rezultatov raziskav o kakovosti življenja je zelo različna, zato se je vedno treba vprašati: ali tako dobimo pravi opis zdravljenja določene bolezni, ali lahko primerjamo zdravljenja med seboj, med populacijami, v različnih časovnih obdobjih, ali nam rezultati lahko služijo kot prognostični dejavniki. Kvalitativna analiza podatkov omenjene raziskave (Thome in sod., 2003) je privedla do rezultatov (tabela 1), ki kažejo na to, kako bi morali v prihodnje starostnike z rakom obravnavati holistično in se posluževati celovite geriatrične ocene, da bi lahko izvajali individualno onkološko zdravstveno nego.

ZAKLJUČEK

Živeti z rakom in biti star, pogosto s sočasnimi obolenji pomeni, da se starostniki z rakom v vsakdanjem življenju spopadajo s telesnimi, z mentalnimi, s socialnimi in z eksistencialnimi težavami, zaradi različnih omejitev in nesposobnosti, ki jih povzroči rak, zaradi sočasne bolezni, visoke življenjske starosti ali kombinacije vseh treh (Thome in sod., 2003). Način spoprijemanja s temi težavami je zelo različen od posameznika do posameznika. Nekateri se aktivno soočijo z rakom in se ga zavedajo, drugi pa so v tej vlogi zelo pasivni, bolezen zanikajo in se je ne zavedajo. V življenju sta oba načina kot dobra ali slaba, kar je odvisno od tega kaj starejši ljudje z rakom izberejo, da je za njih sprejemljivo ali nesprejemljivo in določene stvari ignorirajo. Oboje, razumevanje in možno izogibanje mislim na raka, naredi vsakdanje življenje lažje. Na njihove odločitve imajo velik vpliv mnenja zdravstvenih delavcev, ali se čutijo sprejete ali zavrnjene, ter njihove življenjske izkušnje, pridobljene z leti.

Starejši ljudje veliko govorijo o prihodnosti in vedno je pri tem prisoten strah pred smrtjo (Berglund, Ericsson, 2003). Ko ljudje govorijo o življenju kot celoti v pozitivnem smislu in o starosti kot stopnji zaključka, bolezen rak nima tako pomembne vloge. Veliko svojih težav pripisujejo spremembam zaradi visoke starosti in si želijo biti sprejeti in imeti kakovostno življenje. Kategorija kakovosti življenja se lahko spreminja preko razumevanja in informiranja o možnostih zdravljenja ter prek sprememb na področju zdravja, občutenja in socialne mreže v okviru onkološke zdravstvene nege. Starostniki poročajo, da so pomembni pozitivni občutki, ki privedejo do dobre kakovosti življenja.

V starosti, se ljudje z rakom prilagajajo novim situacijam in prevzemajo nadzor nad tem na različne načine. Običajno se primerjajo z ljudmi v slabši kondiciji, bodisi zaradi učinkov raka bodisi zaradi starosti same po sebi. To pomeni, da so žrtev okoliščin in pogosto poskušajo zaščititi samospoštovanje (Thome in sod., 2003). S strani zdravstvene nege je pomembno, da spoštujemo bolnikovo avtonomijo glede izbire strategije za prilagoditev novi situaciji v starostnem obdobju.

Obstoj in misli na življenje z rakom sprožijo občutke upanja in obupa (Thome in sod., 2003). To je individualno doživetje, potrebno za spopadanje z vsakdanjim življenjem. Pri starostnikih z rakom pa je verjetno čutiti vpliv omejenosti glede pričakovane življenjske dobe. Pri načrtovanju onkološke zdravstvene nege, bi bilo potrebno upoštevati podporo upanja s poslušanjem bolnikov, z dajanjem pomoči, kolikor jo potrebujejo, in takrat, ko jo potrebujejo, in z nudenjem pomoči, da se ne počutijo zapuščene in razvrednotene, zaradi osebne varnosti.

Zdravstveni delavci igramo pomembno vlogo pri tem, kako starejši z rakom živijo. Bolniki v pogovorih občutijo potrditev ali zavrnitev, kar je odvisno od tega, kako verjamejo zdravstvenim delavcem ali jih poslušajo. Sposobnost izbrati svoj način življenja z rakom je odločilnega pomena za ustvarjanje spopadanja z boleznijo in njenimi morebitnimi pozitivnimi ali negativnimi izidi. Starostnike z rakom je potrebno vzpodbujati, da sami izberejo način soočanja z novo situacijo v vsakdanjem življenju. Podporo jim moramo nuditi tako takrat, ko se odločijo za aktivno ali pasivno sodelovanje, kot takrat, ko se zavedajo ali se ne zavedajo svoje bolezni in prepuščajo stvari zdravstvenim delavcem.

Literatura:

- Balducci L. Geriatric oncology: challenges for the new century. European Journal of cancer, 2000; 36: 1741-54.
- Berglund AL, Ericsson K. Different meanings of quality of life: a comparison between what elderly persons and geriatric staff believe is of importance. International Journal of nursing Practice 2003; 9: 112-119.
- Bernabei R, Venturiero V, Tarsitani P, Gambassi G. The comprehensive geriatric assessment: whwn, where, how. Critical Reviews in Oncology/Hematology, 2000; 33: 45-56.
- Evers MM, Meier DE, Morrison RS. Assessing Diferences in Care Needs and Service Utilization in Geriatric Palliative Care Patients. Journal of Pain and Symptom Management, 2002; 23 (5): 424-432.
- Feher S, Maly R. Coping With Breast Cancer in Later Life: The Role of Religious Faith. Psycho Oncology, 1999; 8: 408-416.
- Ganz P, Lee JJ, Siau J. Quality of life assessments: An independent prognostic variable for survival in lung cancer. Cancer, 1991; 67: 3131-5.

- Hanlon AL, Watkins Bruner D, Peter R, Hanks GE. Quality of life study in prostate cancer patients treated with three-dimensional conformal radiation therapy: comparing late bowel and bladder quality of life symptoms to that of the normal population. Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys, 2001; 49 (1): 51-59.
- Kiebert W (on behalf of EORTC Quality of Life Unit). Manual for a Standars Training Course for Quality of Life Assessment in Clinical Trials. Brussels, 1997.
- Ko YJ, Bubley GJ. Prostate Cancer in the Older Man. Oncology, 2001;15 (9): 1113-31.
- Kurtz ME, Kurtz JC, Stommel M, Given CW, Given B. Predictors of depressive symptomatology of geriatric patients with colorectal cancer: A longitudinal view. Support Care Cancer, 2002; 10:494-501.
- Lefebvre-Chapiro S, Doloplus group. The DOLOPLUS 2 scale - evaluating pain in the elderly. European Journal of Palliative Care, 2001; 8 (5): 191-194.
- Pentek M. Stereotipi o značilnostih starejše populacije. Zdrav Var, 1999, 38: 1-4.
- Perilleux E, Anselme B, Richard D et al. Razvoj človeškega organizma. Biologija človeka: anatomija, fiziologija, zdravje. DZS, Ljubljana, 1999: 349-376.
- Poussin G, Manes Gallo MC, Monti R, Le Quang C, Jasso Mosqueda G, Guyot F. Can we talk of quality of life just before death? European J. of Palliative Care, 2000; 7 (6):218-220.
- Redmond K, Aapro MS (ur.).Cancer in the Elderly: A Nursing and Medical Perspective. ESO-EONS Scientific Updates, Vol. 2; Series Editors: Veronesi U, Aapro MS; 1997.
- Sinclair D, Dangerfield P. Old age. Human Growth after Birth; Oxford University, 1998: 216-240.
- Thome B, Dykes AK, Gunnars B, Halberg IR. The Experiences of Older People Living With Cancer. Cancer nursing, 2003; 26 (2): 85-96.

ZDRAVLJENJE RAKA V STAROSTI

mag. Bojana Pajk, dr. med.
Onkološki inštitut Ljubljana

UVOD

Dejstva so, da z naraščanjem starega prebivalstva naraščata tudi incidenca in smrtnost zaradi raka, da je v starosti presejanje za rakom redkost, da je rak pri starejših pogosto odkrit v napredovalem stadiju bolezni, da je zdravljenje raka v starosti pogosto neustrezno in da so starejši bolniki nemalokrat samo na podlagi kronološke starosti izključeni iz kliničnih raziskav.

Staranje je povezano s progresivnim upadanjem funkcionalne rezerve številnih organskih sistemov. Je zelo individualno in se slabo odraža v kronološki starosti. Kljub temu je meja, ko govorimo o starejši osebi, določena kronološko, navadno s starostjo 65 let. Starejše od 65 let delimo v tri starostne skupine: mlajše stare (65-74 let), stare (75-84 let) in zelo stare (85 let in več). Bolniki z rakom, ki sodijo v prvo starostno skupino so danes navadno zdravljeni podobno kot mlajši bolniki, medtem ko bolniki, starejši od 75 let, pogosto samo zaradi kronološke starosti niso deležni multidisciplinarnega pristopa tako v diagnostiki kot v zdravljenju raka.

Da mora biti obravnava starejših bolnikov z rakom drugačna in prilagojena starostnikom se v zadnjem desetletju v svetu vedno bolj zavedajo tako na področju preventive, zgodnjega odkrivanja raka, kot na področju zdravljenja. Novo hitro razvijajoče se področje klinične onkologije, ki že ima svoje posebno mesto v onkologiji tako v Ameriki kot številnih zahodnoevropskih državah, je področje geriatrične onkologije, ki poleg znanja iz onkologije vključuje še znanje geriatrične medicine.

Vprašanja, ki se nam zastavijo pri obravnavi starejšega bolnika z rakom, so:

- Ali je bolnik bolj ogrožen zaradi raka ali zaradi spremljajočih bolezni?
- Ali bo zdravljenje raka izboljšalo bolnikovo preživetje?
- Kako bo zdravljenje raka vplivalo na kvaliteto življenja bolnika?
- Ali je med zdravljenjem s citostatiki bolnik ogrožen zaradi hudih neželenih učinkov zdravljenja?

PREGLED STAREGA BOLNIKA Z RAKOM

Pri odločitvi o najprimerneješem načinu zdravljenja starega bolnika z rakom in iskanju odgovorov na zgornja vprašanja nam je v pomoč razširjeni geriatrični pregled (tabela 1). Z njim poleg zdravstvenega stanja bolnika, ki vključuje določitev

Tabela 1: Razširjeni geriatrični pregled

Funkcionalno stanje	**ADL** - sposobnost za opravljanje dnevnih aktivnosti: hranjenje, oblačenje, uporaba sanitarij, osebna nega, premikanje **IADL** - sposobnost za samostojno življenje: uporaba transportnih sredstev, ravnanje z denarjem, uporaba predpisanih zdravil, nakupovanje, priprava hrane, pranje, urejanje stanovanja, uporaba telefona **Stanje zmogljivosti**: Karnofski performance status (PS), ECOG-PS (WHO PS)
Spremljajoče bolezni	število spremljajočih bolezniresnost spremljajočih bolezni (komorbidnostni indeks)
Socio-ekonomsko stanje	bivalni pogoji, možnost pomoči svojcev ali drugih, prihodki, stroški, dostop do transporta
Geriatrični sindromi	demenca - mini mentalni status (MMS), drugi testi,depresija - geriatrična depresivna lestvica (GDS)delirij - ob blagi okužbi, zdravilihpadci (več kot enkrat mesečno)osteoporoza (spontane frakture)inkontinencazanemarjenost, odvisnostpolifarmacija (število zdravil, interakcije med zdravili)
Stanje prehranjenosti	prehrambene navade, telesna teža, albumini

stadija rakave bolezni in prizadetost bolnika zaradi raka in spremljajočih bolezni, s posebnimi testi ocenjujemo še funkcionalno stanje, stanje prehranjenosti, razumevanje, emocionalno, socialno in ekonomsko stanje. Poleg tega ocenimo navzočnost geriatričnih sindromov, med katere sodijo: delirij, demenca, depresija, inkontinenca, osteoporoza, poškodbe, polifarmacija. Pri odločanju o zdravljenju bolnika se moramo zavedati, da zaradi geriatričnih sindromov lahko pride do zapletov med zdravljenjem raka, oziroma, da se geriatrični sindromi lahko med zdravljenjem poslabšajo.

Na podlagi opravljenega razširjenega geriatričnega pregleda bolnike razvrstimo v tri skupine z različnim pričakovanim trajanjem življenja in tveganjem za zaplete ob predvidenem zdravljenju. V prvo skupino sodijo bolniki, ki so funkcionalno neodvisni in nimajo resnih spremljajočih bolezni, drugo skupino predstavljajo bolniki, ki imajo eno ali več funkcionalnih odvisnosti in stabilne spremljajoče bolezni (npr. stabilna angina pektoris, kronična renalna insuficienca in druge), tretjo skupino pa bolniki z zelo zmanjšano funkcionalno rezervo. Med bolnike z zelo zmanjšano funkcionalno rezervo po definiciji sodijo bolniki, starejši od 85 let, z enim ali več geriatričnimi sindromi, z več kot tremi kroničnimi spremljajočimi boleznimi in tisti, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti.

Medtem ko bolnike iz prve skupine zdravimo enako kot mlajše bolnike, bolnikom iz druge skupine zdravljenje prilagodimo. Pri bolnikih z zelo zmanjšano funkcijsko rezervo pa je glavni namen zdravljenja lajšanje simptomov in s tem boljša kvaliteta življenja.

Razširjeni geriatrični pregled v pravem smislu besede je zelo natančen in časovno zahteven, kar omejuje njegovo redno uporabo v vsakodnevni onkološki praksi. Glavni cilj izbrane skupine geriatrov in onkologov, ki deluje v okviru Združenja za geriatrično onkologijo (SIOG - Society for International Geriatric Oncology), je zato izoblikovati enostavna in poenotena priporočila za geriatrični pregled starega bolnika z rakom.

POSEBNOSTI ZDRAVLJENJA RAKA V STAROSTI

Sodobno zdravljenje rakavih bolezni je multidisciplinarno.

Kirurško zdravljenje in obsevanje sta lokalna načina zdravljenja in sta varna tudi pri zdravljenju starejših bolnikov. Pogosto že sama kronološka starost predstavlja strah pred neuspelim kirurškim posegom in starejši bolniki so še vedno neustrezno kirurško zdravljeni, čeprav raziskave kažejo, da je ob današnjem znanju anastezije in dobri pooperativni negi smrtnost pri načrtovanih kirurških posegih tudi pri starejših bolnikih nizka. Nasprotno so dokazali, da je pri operaciji zaradi urgentnega stanja, kot je npr. ileus, smrtnost 2-3 krat večja pri bolnikih, starejših od 70 let, kot pri mlajših od 70 let.

Tudi zdravljenje z obsevanjem je lokalna oblika zdravljenja raka. Ker ima relativno malo neželenih učinkov, je primeren način zdravljenja za starejše bolnike. Lahko pa tovrstno zdravljenje za starega bolnika predstavlja oviro, ker poteka vsak dan, običajno več dni ali tednov, kar zahteva hospitalizacijo bolnika ali naporno vsakodnevno vožnjo, saj obsevanje izvajajo v redkih pogosto od bolnikovega doma oddaljenih specializiranih centrih.

Učinkovita oblika zdravljenja, zlasti razširjenega raka, je sistemsko zdravljenje, kamor sodi zdravljenje s citostatiki (kemoterapija), hormonsko zdravljenje in zdravljenje z biološkimi zdravili. Pri zdravljenju starejših bolnikov z rakom s sistemsko kemoterapijo moramo upoštevati s starostjo pogojene spremembe v farmakokinetiki in farmakodinamiki citostatikov.

V starosti se lahko zmanjša absorpcija nekaterih oralno danih citostatikov (alkilirajoči agensi, pirimidini, folati, etopozid). Zaradi zmanjšanja celokupne vode v telesu, manjše koncentracije beljakovin in padca hemoglobina se zmanjša volumen porazdelitve za vodotopne citostatike, kot so taksani, antraciklini, epipodofilotoksini, in zveča se njihova toksičnost. Zaradi upada glomerulne filtracije, ki je ena glavnih fizioloških sprememb staranja, pride lahko do manjšega izločanja citostatikov, kot so cisplatin, metotreksat, bleomicin, karboplatin, ali njihovih metabolitov. Zato je pri starostnikih zelo pomembno, da ocenimo

ledvično funkcijo (endogeni očistek kreatinina) in ustrezno prilagodimo odmerek citostatikov pri zmanjšanem delovanju ledvic. Prav tako je v starosti lahko zmanjšano delovanje jeter, kar zveča toksičnost nekaterih zdravil, ki se metabolizirajo v jetrih (ciklofosfamid, metotreksat, gemcitabin, fluorouracil, citarabin, antraciklini), zato moramo pred vsakim ciklusom citostatskega zdravljenja preveriti delovanje jeter.

S starostjo se zmanjša število zarodnih celic v kostnem mozgu in gastrointestinalni sluznici, kar lahko povzroči bolj izraženo okvaro delovanja kostnega mozga (mielotoksičnost) in vnetje sluznic. Pomembno je, da pri zdravljenju to upoštevamo in izvajamo ustrezne preventivne ukrepe za preprečevanje, kot so uporaba rastnih dejavnikov za granulocite pri starejših bolnikih, ki prejemajo kombinirano kemoterapijo (npr. CHOP pri limfomskih bolnikih), zdravljenje anemije, intenzivna ustna nega in hidracija v primeru vnetih sluznic.

Starost sama po sebi pri zdravljenju z antraciklini pomeni večje tveganje za okvaro srca. Poleg tega so v starosti pogoste spremljajoče kardiovaskularne bolezni. Pred odločitvijo za zdravljenje z antraciklini moramo s kliničnim pregledom in preiskavami (EKG, ultrazvok srca ali ventrikulografija) oceniti funkcijo srca in leto spremljati tudi med zdravljenjem.

Zaradi s starostjo povezane izgube nevronov je pri starih bolj izražena tudi nevrotoksičnost, kar upoštevamo pri odločitvi o uporabi nevrotoksičnih citostatikov, kot so vinka alkaloidi, taksani, cisplatin.

Zaradi omenjenih farmakoloških sprememb zdravljenje s citostatiki pri starejših bolnikih predstavlja večje tveganje za morebitne zaplete v primerjavi z mlajšimi bolniki. Vsekakor pa zaradi tega starost sama po sebi ni kontraindikacija za zdravljenje s citostatiki in ob upoštevanju farmakoloških in fizioloških sprememb v starosti lahko tudi stare bolnike, kadar je potrebno s citostatiki varno zdravimo. V zadnjih letih tudi pri starejših bolnikih poteka več kliničnih raziskav, katerih namen je oceniti varnost in učinkovitost manj toksičnih citostatikov, kot so gemcitabin, vinorelbin, taksani, kapecitabin, liposomalni doksorubicin, pri različnih vrstah kemosenzitivnih rakov.

Hormonsko zdravljenje uporabljamo pri starejših bolnikih s hormonsko odvisnimi raki. Je učinkovito in ima relativno malo neželenih učinkov. Med hormonskimi zdravili uporabljamo antiestrogene, inhibitorje aromataze, LH-RH analoge, derivate progesterona, antiandrogene in estramustin. Tamoksifen je antiestrogen, ki ga največ uporabljamo za zdravljenje hormonsko odvisnega raka dojke. Za zdravljenje metastatskega raka dojke pa uporabljamo poleg tamoksifena še inhibitorje aromataze in derivate progesterona. LH-RH analoge, antiandrogene in estramustin uporabljamo za zdravljenje metastatskega raka prostate.

Biološka zdravila, kot so monoklonska protitelesa in inhibitorji tirozin kinaze, so novejša vedno bolj obetajoča oblika sistemskega zdravljenja, ki imajo zaradi delovanja neposredno na tumorske celice malo neželenih učinkov in nekatera od

teh zdravil so že dovolj preučena tudi za uporabo pri starejših bolnikih (npr. monoklonsko telo retuksimab za zdravljenje nekaterih oblik limfomov).

ZAKLJUČEK

Zdravljenje raka v starosti prilagodimo posameznemu bolniku, ko pretehtamo koristi in tveganja zdravljenja za bolnika. O najprimernejši obliki zdravljenja se odločimo po opravljenem geriatričnem pregledu bolnika, s katerim ocenimo spremljajoče bolezni, funkcionalno stanje, prehranjenost, razumevanje, emocionalno stanje in prisotnost geriatričnih sindromov. Pri zdravljenju raka v starosti se poslužujemo vseh oblik zdravljenja - kirurgije, obsevanja in sistemskega zdravljenja. Pri odločitvi o vrsti sistemskega zdravljenja upoštevamo vrsto raka, farmakokinetiko, farmakodinamiko in toksični profil zdravil. Bolnike z zelo zmanjšano funkcijsko rezervo zdravimo paliativno.

Literatura:

1. Cancer care in the older population. ASCO Curriculum; American Society for Clinical Oncology; 2003.
2. Balducci L., Yates J. General guidelines for the management of older patients with cancer. NCCN proceedings, Oncology; 2000: 1-6.
3. Kemeny M. Cancer surgery in the older cancer patient. Hematol Oncol Clin N Am 2000; 14:169-192.
4. Scalliet P., Pignon T. Radiotherapy in the elderly. V: Comprehensive geriatric oncology. Uredniki: Balducci L., Lyman G.H., Ershler W.B. Harwood Academic Publishers 1998; 32:421-429.
5. Balducci L., Corcoran M.B. Antineoplastic chemotherapy of the older cancer patient. Hematol Oncol Clin N Am 2000; 14:193-212.
6. Monfardini S. Prescribing anti-cancer drugs in elderly cancer patients. Eur J Cancer 2002; 38: 2341-2346.
7. Balducci L., Extermann M. Management of the frail person with advanced cancer. Crit Rev Oncol Hematol 2000; 33:343-348.
8. Balducci L. Geriatric Oncology. Crit Rev Oncol Hematol 2003; 14: 211-220.

POSEBNOSTI V PREHRANI STAROSTNIKA

Helena Drolc, viš. med. sestra
Onkološki inštitut Ljubljana

Staranje je nenehno potekajoč proces, ki ga spremlja pešanje telesnih funkcij zaradi sprememb na tkivih, organih in organskih sistemih. Mnoge od teh sprememb so posredni ali neposredni vzrok za nastanek slabe prehranjenosti. Zaradi propadanja celic upade telesna teža in mišična moč, degenerativne spremembe na kosteh in osteoporoza zmanjšujejo gibalne sposobnosti starega človeka. Zmanjšanje števila celic v centralnem živčnem sistemu povzroča opešanje sluha, vida pa tudi vonja. Velike spremembe se pojavijo na srcu in ožilju; delovanje srca se zmanjša zaradi molekularnih sprememb; žile postanejo neprožne, krvni pritisk se zviša, prekrvavljenost možganov, jeter, ledvic in mišic je zmanjšana. Zaradi okrnjene funkcije ledvic, ki jo povzroča skrčenje nefronskega sistema, so stari ljudje nagnjeni k dehidraciji ali k prekomerni hidraciji. Zmanjša se tudi funkcija vseh žlez z notranjim izločanjem, kar povzroči znižano presnovo in znižane energijske potrebe starega človeka. S starostjo se zniža izločanje prebavnih sokov, upočasni se peristaltika želodca in črevesja, zmanjša se vsrkavanje hranil iz zaužite hrane, zaradi oslabljenega delovanja jeter je okrnjena presnova in oskrba s hranljivimi snovmi. Limfno tkivo, tkivo vranice, priželjca in limfnih vozličev se bistveno zmanjša, funkcija T in B celic je okrnjena, imunski sistem je oslabljen. Morebitna slaba prehranjenost ali celo podhranjenost dodatno prispevata k znižanju odpornosti.

Starost je tudi obdobje, ko zaradi številnih kroničnih bolezni starejši ljudje pogosteje in v večjem številu jemljejo zdravila, ki lahko vplivajo na prehranjenost. Najpogosteje so to diuretiki, odvajala, sedativi, hipnotiki, beta blokatorji, analgetiki, aspirin in antirevmatiki. Nekatera od teh zdravil vplivajo na izkoristek hranljivih snovi v telesu, nekatera na možganske centre za uravnavanje teka in želje po hrani, zopet druga spreminjajo vonj in okus hrane, povzročajo suha usta, dražijo prebavila in zmanjšujejo vsrkavanje hranljivih snovi. Po drugi strani pa lahko različne diete, ki so v tem starostnem obdobju pogostejše, vplivajo na delovanje zdravil.

Prehrano starih ljudi moramo obravnavati tudi z ekonomskih, socialnih in psiholoških vidikov, ki so marsikdaj vzrok za to, da starostnik ne more zadovoljiti svojih prehranskih potreb kakovostno in v celoti. Pomembno je finančno stanje posameznika, saj jih večina v tem življenjskem obdobju razpolaga z omejenimi sredstvi, pomembna je prehranska kultura in tradicija okolja, v katerem živi, osebna izbira hrane, ki daje prednost bolj priljubljeni hrani, pripravljenost in odprtost

posameznika za nova znanja o prehrani in popestritvi jedilnikov. Za osebno zadovoljstvo in občutek neodvisnosti je nepogrešljiva fizična sposobnost starostnika, da pride do trgovine peš, s svojim avtom ali z javnim prevoznim sredstvom in da si pripravi hrano sam.

Bolezni, ki se pojavljajo v starosti, se ne razlikujejo mnogo od tistih, ki se pojavljajo pri mlajših ljudeh, vendar potekajo kronično, zdravljenje je pa dolgotrajnejše, zahtevnejše in bolj izčrpava starostnika. Stari ljudje pogosto zamudijo najprimernejši trenutek, ker simptome spregledajo ali podcenjujejo. Poleg tega ne želijo nadlegovati svojega zdravnika, ali so celo prepričani, da se jim bo posvetil manj kot mlajšim bolnikom. Žal ima mnogo kronično potekajočih bolezni, med njimi so tudi obolenja s področja onkologije, izrazit vpliv na prehranjenost bodisi zaradi znižanega vnosa hrane bodisi zaradi spremenjenih potreb organizma po energiji in hranilih. Mnogo starih ljudi je zato podhranjenih že na samem začetku zdravljenja. Hitra določitev vzrokov za to, ki so lahko fizične, fiziološke ali psihične narave, je bistvenega pomena za vzpostavitev pravočasne in ustrezne prehranske podpore.

Motnje, ki so specifične za kasno življenjsko obdobje in vplivajo na prehranski status, so naslednje:

- nezanimanje za hrano
- nezmožnost nositi hrano v usta
- problemi z usti
- težave s požiranjem
- slaba prebava
- slabljeno vsrkavanje hranilnih snovi (malabsorpcija)
- zaprtje
- inkontinenca

Pri prehranski podpori starostnika moramo torej upoštevati starost v letih, biološko starost in zahteve, ki jih narekujeta morebitna bolezen in njeno zdravljenje. Poleg energije, potrebne za vzdrževanje ustrezne telesne teže, moramo biti še zlasti pozorni na vnos kalcija in vitamina D, vitamina C, folatov, vitamina B 12, železa, cinka ter na skrb za ustrezen vnos tekočin in hidracijo.

Pri prehranski obravnavi starostnika nikakor ne smemo prezreti blagodejnega vpliva telesne aktivnosti. Telesna aktivnost ima v vsakem življenjskem obdobju nešteto dobrih vplivov na zdravje: porabimo odvečne kalorije, vplivamo na srce in

ožilje ter se psihično bolje počutimo. Starost ne sme biti ovira za redno aktivnost v okviru fizičnih in psihičnih sposobnosti posameznika, saj sprehod po svežem zraku pospeši tek in s tem pomaga preprečevati prehranske nezadostnosti, vzdržuje mišično napetost in ravnotežje, kar preprečuje padce, poškodbe in zlome ter ohranja starostnika samostojnega in neodvisnega od tuje pomoči in postrežbe.

ZAKLJUČEK

Obdobje starosti je specifično. Nedvomno predstavlja največji izziv enaindvajsetega stoletja, ko se trudimo še podaljšati življenje in mu dati kakovost v vseh pogledih in do konca. Zaradi posebnosti in izjemnosti tega življenjskega obdobja je prehranska podpora starostnikov vključena v multidisciplinarno in interdisciplinarno timsko delo v primarnem in sekundarnem zdravstvenem varstvu.

Ljubljana, dne 27. 8. 2003

Literatura:

1. Thomas B., Manual of Dietetic Practice, Blackwell Science, Oxford, 2001
2. Pokorn D., Oris zdrave prehrane, Priporočena prehrana, Zdravstveno varstvo 2001, letnik 40, Ljubljana, 2001
3. Pokorn D., Skrivnost skritih let, Prehrana v tretjem življenjskem obdobju, Forma 7, Ljubljana, 1999

PREHRAMBENA PODPORA STAROSTNIKA Z RAKASTIM OBOLENJEM

mag. Nada Kozjek-Rotovnik, dr. med.
Onkološki inštitut Ljubljana

UVOD

Rak je biološko heterogena bolezen.

Spremebe metabolizma zaradi sindroma rakaste kaheksije spadajo med osnovne značilnosti bolezenske slike bolnika z rakom.

PATOGENEZA KAHEKSIJE ZARADI RAKASTE BOLEZNI

Tako kot je sam rak bolezen s številnimi pojavnimi oblikami, ima tudi metabolna prizadetost zelo različne klinične manifestacije. Razvoj rakaste kaheksije je kompleksen in večslojen. Izguba telesne teže zaradi propada skeletnih mišic in deloma maščevja, je najbolj značilna (1,2), vendar je le ena izmed komponent tega sindroma. Bistvo sindroma kaheksije je na eni strani *vpliv rasti tumorja na bolnikov organizem in na drugi strani prizadetost organizma zaradi katabolnega vpliva protirakave terapije.* Oba dejavnika **skupaj** vplivata na metabolizem bolnika preko:

1. **sprememb v nevroendokrinem sistemu**
2. **razvoja SIRS (sistemskega vnetnega odziva)**
3. **snovi, ki jih tvorijo tumorske celice.**

Za spremembe v nevroendokrinem sistemu je značilno povečano izločanje stresnih hormonov: katekolaminov in občutljivosti na njih, kortizola, insulina zaradi pojava fenomene stresne insulinske resistence in rastnega hormona. Značilen je razvoj sindroma znižanega T3. Ta hormonska konstelacija vzdržuje katabolno stanje metabolizma in pomembno vpliva na razvoj **PEM (proteinsko-energetske malnutricije)**.

SIRS je sistemski vnetni odziv, ki se v organizmu razvije kot odgovor na poškodbo organizma. Osnovni mediatorji tega odziva so citokini. Citokini spadajo med glavne efektorske molekule patofiziologije rakaste kaheksije. Najbolj proučevani je verjetno TNF-α. Znano je, da pospešuje razgradnjo mišičnih proteinov in inhibira lipoproteinsko lipazo. Ta encim omogoča nalaganje trigliceridov iz krvi v maščobne celice. Zmanjšano aktivnost tega encime so pokazale študije na ljudeh in živalih s kahektičnim sindromom. Drugi znani citokini, ki ji povezujejo s sindromom rakave kaheksije so interlevkin-1, ki pospešuje sproščanje TNF-α iz makrofagov, interlevkin-6,

interferon alfa in gama in verjetno še številni drugi. V številnih kliničnih študijah so poskusili povezati serumski nivo citokinov in stopnjo kaheksije. Vzrok negativnih rezultatov teh študij je verjetno v tem, da te molekule delujejo kot avtokrini in parakrini prenašalci. Prav tako praviloma na celice telesa ne deluje en sam citokin, ampak je njihov vpliv skupen in kompleksen.

Tumorske celice tvorijo številne produkte, ki povzročajo najrazličnejše spremebe v organizmu. Nekatere poznamo in eden izmed značilnih produktov, ki prispeva k razvoju rakave kaheksije je PIF (proteolysis inducing factor). Ta faktor pospešuje razgradnjo telesnih proteinov in dodatno prispeva k razvoju PEM. V več raziskavah so potrdili obstoj kislega peptida z lipolitičnimi lastnostmi. Aktivnost tega peptida bi lahko razložila nekatere karakteristike kahektičnega sindroma (1). Potencialno terapevtsko sredstvo v terapiji kahektičnega sindroma naj bi bila EPA (eikozapentoična kislina), ki je antagonist tega tumorskega proteoglikana (3). To odkritje s področja farmakonutricije je pomembno predvsem, ker ponazarja smer razvoja sodobnih terapevtskih sredstev za zdravljenje rakaste kaheksije (4).

Pomembna oblika vpliva tumurskih dejavnikov na organizem je tudi stanje, ki ga opredelimo kot *paraneoplastični sindrom*. Faktorji, ki jih izločajo tumorske celice posnemajo delovanje nekaterih hormonov in povzročajo bolezenske spremebe, ki so značilne za pretirano izločanje teh hormonov. Klasičen primer je hipoglikemija, ki se lahko razvije pri tumorjih, ki sproščajo snov, ki je podobna insulinu IGF-II (insulinski rastni faktor II).

OSNOVNE METABOLNE SPREMEMBE PRI STAROSTNIKU Z RAKASTO BOLEZNIJO

Staranje je povezano z upadanjem mnogih funkcij telesa, ki so povezane s pešanjem telesnih tkiv in predvsem s propadanjem puste telesne mase. Raziskave pa vedno bolj kažejo, da je funkcionalno pešanje zaradi samega staranja veliko manjše kot smo mislili. V veliki meri so spremebe, ki spremljajo staranje povezane z neaktivnostjo, degenerativnimi boleznimi in preobremenitve telesnih struktur. Tako je popolnoma nemigoče ločiti učinek fiziološkega stranja in od staranja zaradi patoloških vzrokov. To pomeni, da starostniki niso uniformna skupina z enakimi prehrambenimi zahtevami, ampak so njihove potrebe po hranilih odvisne od njihove **starosti** in **zdravstvenega stanja**.

V nedavno objavljenih prehrambenih priporočilih ločijo starostnike v skupino mlajših starostnikov od 51-70 let in **starostnike nad 71 letom**, za katere tudi veljajo priporočila v tem tekstu. Prehrambene zahteve mlajših starostnikov niso zelo različne od normalnih odraslih.

Ko se spremembam zaradi staranja in drugih bolezni, ki jih ima rakast bolnik, pridružijo še metabolne spremebe ki spremljajo razvoj rakaste kaheksije, to vodi do kompleksnih metabolnih spremeb. V ospredju je predvsem negativna energetska in

dušikova bilanca v telesu. Patofiziološko opredelimo ta proces kot katabolno (razgraditveno) stanje metabolizma. Posledica tega procesa je, da se na starostne spremembe dogradi še dodatno zmanjšanje in/ali sprememba funkcije ševilnih tkiv in organov v organizmu.

Bazalni metabolizem in energetske potrebe starostnika z rakasto boleznijo

Starostne spremembe vodijo do zmanjšane bazalne porabe energije. Poglavitna dejavnika sta zmanjšanja puste telesne mase in manjša fizična aktivnost starostnikov. Zato je potreben nižji energetski vnos da preprečimo razvoj debelosti. Če je energetski vnos manjši kot 6.3MJ je ogrožen vnos nujnih mikrohranil, riziko slabše prehranjenosti je velik. Zato je priporočen energetski vnos vsaj **7,4MJ/dan (1760kcal)** je riziko slabše prehranjenosti bistveno manjši. Zato je pomembno, da starostnike vzpodbujamo k telesni aktivnosti. Tako bo zaradi večjega vnosa hrane manjša nevarnost slabše hranjenosti in hkrati pa bomo pripomogli k vzdrževanju mišične mase starostnika.

Ko starostnik zboli za rakom se pri **60 % bolnikov metabolizem patološko spremeni.** Ta je pri bolniku lahko zvišan ali znižan (5).Pod vplivom patogenetskih dejavnikov tumorske kaheksije se razvije bolezensko stradanje organizma. Najbolj pomebna značilnost tega stanja je ta, da pri stradanju zaradi rakaste (ali druge kronične bolezni) bolezni nevroendokrini in vnetni mediatorji preprečujejo adaptacijsko zmanjšanje bazalnega metabolizma. Včasi se navidezno zdi, da imajo bolniki z rakom znižan bazalni metabolizem zaradi tega, ker propadanje funkcionalnih tkiv vodi do zmanjšanja funkcionalne (lean, to je predvem mišična telesna masa) telesne mase. Poraba energije v mirovanju je namreč sorazmerna funkcionalni telesni masi. Bolniki z rakovo kaheksijo velikokrat izgledajo na videz »normalno« hranjeni. Če pa jim izmerimo sestavo telesnih tkiv, lahko ugotovimo, da so proteinske strukture v telesu bistveno zmanjšane. Bolniki imajo pri normalni telesni teži v bistvu relativno prevelik delež maščevja in telesne vode. Zaradi zmanjšanja mišičnega tkiva se navidezno zdi, da je pri njih metabolizem znižan glede na njihovo aktualno telesno težo.

Tumor sam prav tako neposredno lahko vpliva na to ali poraba bazalne energije povečana. V študijah, kjer so primerjali bazalno porabo energije pri bolnikih z rakom in zdravih prostovoljcih, so ugotovili, da je pri bolnikih z rakom trebušne slinavke in pljuč je bazalna poraba energije povečana, medtem ko pri bolnikih z rakom črevesa in želodca tega niso dokazali (1).

Metabolizem ogljikovih hidratov

Večina solidnih tumorjev je slabo prekrvljena, njihov metabolizem je pretežno anaeroben in zato odvisen predvsem od glukoze. Porabljena glukoza se pretvarja v laktat, ki se nato v jetrih v procesu Corijevega ciklusa pretvarja nazaj v glukozo. Aktivnost Corijeva ciklusa je pri bolnikih z rakom nekajkrat povečana (6). Ta

proces zaradi relativne energetske neučinkovitosti povzroča neto izgubo ATP molekul in tako posredno vpliva na izgubo funkcionalnih tkiv in telesne teže. Prav tako je pri bolnikih z rakom dokazano povečan proces glukoneogeneze. Vzrok te metabolne abnormalnosti ni polnoma jasen, verjetno pa k njemu prispevajo povečana periferna ponudba glukoneogenetskih prekurzorjev in indukcija glukoneogenetskih encimov.

Predvsem zaradi zelo aktivirane glukoneogeneze je potrebno zmanjšati obdobja stimulacije glukoneogeneze. Ker je ta največja takrat ko stradamo je pri bolniku z rakasto boleznijo potreben konstanten zunanji vnos ogljikovih hidratov. To dosežemo z pogostimi obroki, na dve do tri ure, in z uporabo kompleksnih ogljikovih hidratov in vlaknin (13). Pri razgradnji vlakninastih ogljikovih hidratov je prehod glukoze iz prebavil v kri počasen in bolj enakomeren. Tako zmanjšamo obdobja stradanja in hkrati preprečimo preveliko ponudbo glukoze tumorskim celicam. Prehrana bogata z vlakninami tudi spodbuja rast mikroflore v debelem črevesu. Posebej primerni sta topni vlaknini inulin in oligofruktoza. Te vlaknine imajo lastnost prebiotikov in presnovni produkti prispevajo k zmanjševanju SIRS.

Metabolizem maščob

Maščevje predstavlja okoli 90 % energetske rezerve v organizmu. Pri sindromu rakaste kaheksije bolnik izgublja telesno težo delno tudi zaradi povečane razgradnje maščevja. Vzrok povečane razgradnje tega tkiva je posledica delovanja tumorskih faktorjev in sprememb v organizmu gostitelja. Mobilizacija maščobnih kislin naj bi bila pomemben dejavnik, ki prispeva k rasti tumorja (1). Raziskave so pokazale, da imajo bolnice z ovarijskim in endometrijskim rakom nižje koncentracije linolenske kisline v podkožnem tkivu v primerjavi z zdravimi (7). Linolenska kislina naj bi preko levkotrienskega mehanizma, ki je del SIRS, stimulirala rast tumorskih celic »in vitro« in »in vivo«. Prostaglandini, ki nastanejo iz linolenske kisline naj bi imeli antiapoptotičen učinek (8).

Na splošno velja za starostnike da je največji priporočeni vnos nasičenih maščob največ 10 % (13). Ostale maščobe v prehrani naj bi bile nenasičena, predvem omega-3 maščobne kisline. Še posebej to velja za starostnike z rakasto boleznijo. Omega - 3 mščobne kisline in še posebej EPA imaj potencialno terapevtsko vlogo v terapiji rakaste kaheksije, predvsem naj bi pripomogle k zmanjševanju propadanja puste telesne mase. Na drugi strani pa je metabolni vpliv nasičenih maščobnih kislin za bolnika neugoden in zato je še posebej pomebno, da je prehrana rakastega bolnika bogata z nenasičenimi maščobnimi kislini. Kadar je prehranski vnos nezadosten se zelo priporoča dodatek v obliki pripravkov ribjega olja ali prehranski dodatek z visoko vsebnostjo maščob ali EPA.. Maščobe zelo povečajo energetsko gostoto hrano in je lahko energetski delez v prehrani starostnika z rakom tudi do 40 %.

Metabolizem proteinov

Izguba proteinskih struktur organizma je osnovna značilnost propadanje organizma pri razvoju rakave kaheksije.Glavno mesto izgube telesnih proteinov so skeletne mišice. Splošna značilnost metabolizma proteinov je njihov povečan »turnover«, pri katerem je povečana tako gradnja, kot razgradnja proteinskih struktur. Ker je razgradnja relativno večja, je neto učinek izgubljanje telesnih proteinov. Vzrok tega pojava je kompleksen. Bistveni regulatorji tega procesa so katabolni hormoni, citokini in tumurski produkti kot so katepsin D, PIF, TNF-α. Sinteza mišičnih proteinov naj bi bila pri bolniku z rakom samo 8 % totalne sintetske aktivnosti v telesu. Pri zdravih je ta delež 53 %.

Zaradi teh metabolnih sprememb je minimalen poteben dnevni vnos beljakovin starostnika z rakasto boleznijo je **1,5g/kg/tt** (13). Kadar je z normalno prehrano vnos beljakovin nezadosten, naj bolnik uživa beljakovinski prehranski dodatek ali beljakovinski prah, ki ga lahko dodajamo jedem.

Mikrohranila (vitamini, minerali)

Zaradi fizioloških sprememb starostnika se povečajo fiziološke potrebe potrebe posameznika po mikrohranilih, hkrati pa se tudi zoži terapevtska širina in toksičnost relativnega predoziranja je večja (13). Ponavadi je pri starostniku z rakasto boleznijo zaradi sprememb apetita in pogosto premajhnega energetskega vnosa in hkrati povečanih potreb zaradi bolezni, velik problem zadostitev minimalno potrebnih mikroelementov. Posledica nezadostnega vnosa mikrohranil je globalna: še dodatno zmanjšana metabolna učinkovitost, imunodeficienca in slabše funkcioniranje organizma. Za povečanje vnosa mikroelentov lahko uporabimo prehrambene dodatke, ki imajo poleg večje energetske ali proteinske gosteto dodana tudi mikrohranila v ustreznih količinah. Pomagagamo si lahko tudi meltivitaminskimi dodatki, bolniki naj jih jemljejo v kompletni obliki in ne le posameznih mikrohranil.

PPREPOZNAVA PODHRANJENEGA BOLNIKA Z RAKOM

Dokazano je, da ima podhranjeni bolnik povečan riziko morbiditete in mortalitete med zdravljenjem (9) **Med zdravljenjem je podhranjeno 85 % bolnikov z rakasto boleznijo** (10). K temu stanju pomembno (v 25-75 %) prispeva iatrogena podhranjenost. Osnovna oblika te podhranjenosti je zmanjšan vnos energije in proteinov, ki ga spremlja premajhen vnos mikrohranil. V prvi vrsti vodi k temu neustrezno znanje in neučinkovita organizacija prehrane bolnikov. Dodaten razlog je nespoznava podhranjenosti in nezadosten metabolni monitoring bolnikov z rakom.

Dokazali so, da povečanje in/ali ohranitev (9) funkcionalne telesne mase bolniku omogoči zmanjšanje zapletov med zdravljenjem. Zato je nujna pravočasna identifikacija podhranjenosti in ustrezna prehrambena podpora bolnikov z rakom. Zavedati

se moramo, da je funkcija hranil v našem telesu zmeraj kompleksna in ker se prepleta tudi funkcija hranil in njihovih presnovkov je metabolizem izjemno komplesno področje. **Nobeno hranilo ne deluje samo po sebi**. Povezavo med hrano, prehranjevanjem in posameznikom lahko ocenim na več načinov in v vsakodnevni klinični praksi uporabljamo oceno posameznikovega prehrambenega statusa.

Prehrambeni status bolnika moramo zmeraj ocenjevati **individualno**. Zmeraj moramo povezati stanje bolnikove prehranjenosti glede na njegovo splošno zdravstveno stanje in kako bo to vplivalo na zdravljenje njegove bolezni.

IDEALNA PREHRANJENOST

- idealna telesna teža glede na sestavo telesa (razmerje med mišičjem in maščobo) in njegovo višino,dobro razvite in napete mišice, živahnost, tako duševna kot fizična

Dobro prehranjen posameznik poleg tega, da zadosti dnevnim potrebam po hranilih, tudi vzdržuje določeno rezervo življensko važnih hranil v telesu.

SLABA PREHRANJENOST ALI MALNUTRICIJA

- Malnutricija ni samo podhranjenost, ampak je vsaka vrste slabše prehranjenosti, ko v telo ne vnašamo niti minimalne količine za življenje bistvenih hranil. Značilna oblika ka podhranjenosti je beljakovinska podhranjenost, ko je vnos hrane na videz sicer zadosten, vendar je beljakovinsko pomanjkljiv. Takšni posamezniki tudi na prvi pogled ne izgledajo podhranjeni, vendar če izmerimo njihovo telesno sestavo vidimo, da nimajo praktično nobenega mišičja ampak literano rečeno jih je sam špeh. Pomembna posledica malnutricije je motnja v intelektualnem doživljanuu in razvoju.

PRETIRANA PREHRANJENOST

- Nekateri strokovnjaki smatrajo pretirano prehranjenost, ki se kaže kot debelost, za obliko malnutricije, zlasti ko pretirana količina maščevja na telesu povzroči bolezensko debelost. Škodljiva pretirana hranjenost je prisotna tudi pri posameznikih, ki z megadozami raznih preparatov sčasoma povzročijo poškodbe tkiv zaradi toksičnega učinka posameznih količin določenih hranil.

MEJNA PREHRANJENOST

- to je stanje, ko posameznik zadosti minimalnim dnevnim potrebam po hranilih, vendar nima praktično nobenih rezerv. V stanjih, ko so povečane fiziološke ali presnovne potrebe organizma ne zmorejo vzdrževati normalnega delovanja organizma in je **odpornost za strese okolja bistveno manjša**.

Kadar so pri bolniku z rakom prisotni znaki kaheksije je **prepoznava malnutricije** lahka. Pomebna izguba telesne teže je po definiciji ASPEN (American Society for Parenteral and Enteral Nutrition) takrat, **ko bolnik izgubi več kot 10 % telesne teže**, ki jo je imel pred boleznijo.

Zahtevnejša je opredelitev PEM. Za njeno oceno je potrebno upoštevati več objektivnih in subjektivnih kazalcev. Najpogosteje upoštevamo nivo serumskih albuminov, transeritrin, telesno težo, BMI, antropometrijske meritve, moč stiska roke in indeks prehrambenega rizika (nutritional risk indeks).Nobena posamezna meritev ni zadosti občutljiva in specifična za identifikacijo podhranjenosti. Interpretacija teh meritev zahteva specializirano znanje in izkušnje. Vsak bolnik z rakom bi moral imeti možnost timske obravnave, ki bi vključevala tudi strokovnjaka s tega področja. Veliko bolnišnic ima zaradi tega posebne prehrambene skupine, ki se ukvarjajo s klinično prehrano, huje podhranjene bolnike pa obravnavajo v posebnih metabolnih enotah.

V vsakodnevni praksi je je najbolj pomembno vprašanje kateri bolnik z rakom bo imel resnične koristi s dodatno prehrano. Ko razmišljamo o tem, se moramo predvsem zavedati, da prehrambene intervencije predstavljajo metodo podpore v smislu vzdrževanja prehrambenega in funkcionalnega stanja med stresom zaradi rakavega obolenja in njene terapije. Mogoče - zdi se celo precej verjetno, bomo v prihodnosti zmožni modulirati tumorsko kinetiko in kinetiko kemo in radioterapevtikov preko prehrambenih modulacij vendar **to nikoli ne sme biti mišljeno kot osnovna funkcija prehrambene podpore**. Osnovna ideja je, da ne zdravimo raka, ampak predvsem podpiramo pacienta med zdravljenjem. Na splošno velja, da je prehrambena podpora smiselna pri (11, 12):

- Bolnikih s prepoznano malnutricijo in ima dobre možnosti za odgovor na protirakavo terapijo. Takšen bolnik je kandidat za prehrambeno podporo že pred zdravljenjem. Raziskave so pokazale ugoden učinek pri bolnikih z izgubo telesne teže 10-15 %.
- Bolnikih, ki niso zmožni uživati hrane 7-10 dni, zaradi narave bolezni ali posledic zdravljenja.
- Bolniki z resno disfunkcijo prebavil (sindrom kratkega črevesa, orofaringealna disfunkcija..)
- Bolniki, ki so sicer dobro prehranjeni, vendar njihov terapevstki plan vključuje multiple postopke zdravljenja in je za uspeh zdravljenja nujna metabolna podpora organizma.

Način prehrambene podpore je odvisen od bolnikovega stanja in njegove bolezni. *Na splošno velja da je bolj fiziološka pot vnosa hranil peroralna in enteralna.* Seveda pa je v določenih primerih indicirano tudi parenteralno prehrambeno zdravljenje. V deželah kjer je prehrambena terapija bolj razvita so deležni bolniki te metabolne podpore tudi na domu. O obliki prehrambene podpore naj odloči strokovnjak, ki

pozna možnosti in prednosti posameznih oblik metabolne podpore. Pri nas je to najpogosteje anesteziolog.

Ko razmišljamo o hranjenju bolnika z rakom, ne smemo pozabiti, da je **že sama PEM velikokrat vzrok imunodeficience**.

ZAKLJUČEK

Na splošno lahko povzamemo, da je bolnik z rakom slabo prilagojen zmanjšanemu vnosu hranil in povečanim potrebam metabolizma tumorja in njegovega gostitelja. Osnovne značilnosti so povečana tvorba glukoze v jetrih in njena zmanjšana periferna poraba. Zaradi tega je pospešena proteoliza in nastanek glukonegenetskih aminokislin. Povečana je poraba glukoze v tumorskih celicah in nastanek laktata.Povečana je lipoliza in tvorba maščobnih kislin in glicerola. To prispeva k energetski porabi in glukoneogenezi. Lahko bi rekli, da so zaradi vpliva tumorja na metabolizem, favorizirane energetske potrebe rakavih celic.

Pri starostniku se metabolne spremebe zaradi rakaste bolezni nadgradijo na metabolne spremebe zaradi staranja. Vpliv nekaterih metabolnih sprememb je sinergističen, zato je razvoj rakaste kaheksije lahko zelo hiter. Pri starostnikih je zato zelo pomebna zgodnja prehrambena intervencija in tako preprečitev razvoja splošnega slabega stanja, ki pomembno zmanjša možnost zdravljenja.

Zato mora biti metabolna podpora bolnika integralni del zdravljenja starostnika z rakom. Prehrambena terapija skupaj z dodatnim podpornim podpornim zdravljenjem s katerim moduliramo vnetne in metabolne spremebe rakave kaheksije, omogoča izboljšanje uspehov zdravljenja. Multimodalen paliativen pristop do znatne mere izboljša kvaliteto življenja tudi bolnikom z napredovalimi oblikami rakave bolezni.

Literatura:

1. Tisdale MJ. Biology of cachexia. J Nat Can Inst 1997;89:1763 -1773.
2. Puccio M, Nathason L. The cancer cachexia syndrome. Semin Oncol 1997;24(3):277 - 287.
3. Wigmore SJ, Fearon KHC, Maingay JP, Ross JA. Down-regulation of acute phase response in patients with pancreatic cancer cachexia reciving oral eikozapentaenoic acid is mediated via suppression of interleukin-6. Clinical Science 1997;92:215 - 221.
4. Wigmore SJ, Barber MD, Ross JA at al. The effect of polyunsaturated fatty acids on weight loss in patients with pancreatic cancer. Nutrition & Cancer 2000;36(2):177-184.
5. Knox LS, Crosby LO, Feuerer ID et al.Energy expenditure in malnourished cancer patients. Ann Surg 1983;197:152-162.
6. Tayek Ja. A rewiew of cancer cachexia and abnormal glukose metabolism in humans with cancer. J Am Coll Nutr 1992; 11:445 -456.
7. Hussey HJ, Tisdale MJ. Effect of polyunsaturated fatty acids on the growth of murine colon adenocarcinoma in vitro and in vivo. Br J Cancer 1994; 70:6 -7.
8. Tang DG, Chen YO, HonnKV. Arachidonate lipooxygenases as essential regulators of cell survival and apoptosis. Proc Nat Acad Sci USA 1996;93:5241-5246.
9. Ottery FD. Supportive nutrition to prevent cachexia and improve qulity of life. Semin Oncol 1995;22:98 -111.Rewiev.
10. BAPEN report. Hospital food as treatment.:Allison SP (ed)1999. ISBN 1-899467-35-1.
11. Ottery FD. Definition of standardized nutritional assesment and interventional pathways in oncology. Nutrition.1996;12(1 suppl):S15 - S19. Rewiev.
12. Souba WW. Nutritional support. N Engl J Med. 1997;336:41 -48. Rewiev.
13. Staveren WA, Groot L. Macro and micronutrient requirements. In: Espen congress, September 9-13, 2000. Madrid, Španija.

ZDRAVSTVENA NEGA STAROSTNIKA, KI SE ZDRAVI Z OBSEVANJEM

Marjana Bernot, uni. dipl. org., dipl. m. s., Gordana Marinček, dipl. m. s.
Onkološki inštitut Ljubljana

UVOD

Dejstvo je, da se povsod v razvitem svetu srečujemo s podaljšanjem življenjske dobe in z naraščanjem števila starih. Staranje spremljajo mnoge biološke, psihološke in socialne spremembe. S staranjem se pojavi vse več zdravstvenih problemov, med njimi so pogosta rakava obolenja. Kljub napredku gerontologije je v potrošniški družbi današnjega časa slika o starih ljudeh žal še vedno polna predsodkov, beseda rak pa jo še bolj prepoji z negativnimi občutki. Ko nastopi bolezen, se vidno zmanjša sposobnost samooskrbe in starostnik postaja vse bolj odvisen od okolice, v bolnišnici je to od zdravstvenega osebja.

Medicinske sestre (v nadaljevanju MS) se moramo kot nosilke zdravstvene nege (v nadaljevanju ZN) aktivno vključevati v iskanje in izvajanje najrazličnejših oblik pomoči in aktivnosti, ki bi starostnikom omogočile človeka vredno življenje tudi v pozni starosti oziroma tedaj, ko nimajo moči, volje in znanja za aktivno življenje. Pri izvajanju ZN starostnika je ena najpomembnejših nalog medicinskih sester zagotavljanje kakovosti življenja, s prizadevanjem za pospeševanje in ohranitev zdravja.

ZDRAVSTVENA NEGA STAROSTNIKA, KI SE ZDRAVI Z OBSEVANJEM

Težave, ki spremljajo obsevanje, lahko razdelimo na splošne in tiste, ki so značilne za obsevanje določenega dela telesa oziroma določenih organov. Na njihov nastanek močno vpliva individualna občutljivost bolnika. Stari ljudje so na splošno bolj občutljivi na do sedaj poznane načine zdravljenja rakavih obolenj. Razlog za to so mnoge organske (biološke) in psihološke spremembe, ki se pojavijo v procesu staranja. Od splošnih težav je najbolj značilna utrujenost bolnika (fatigue), ki jo povzročajo razpadli produkti rakastih celic. Neposredno je odvisna od velikosti obsevalnega polja, celokupne doze obsevanja in organa, ki je zajet v obsevalno polje.

Reakcije, ki spremljajo obsevanje, so lahko akutne ali kronične.

Akutne reakcije:

- SPLOŠNE: izguba teka (lahko odpor samo do nekatere vrste hrane), navzea, bruhanje, diareja, utrujenost, izčrpanost in spremembe v krvni sliki (padec

levkocitov, trombocitov in anemija), ki je posledica poškodbe kostnega mozga kot krvotvornega organa;

- LOKALNE: spremembe na koži in sluznici v obsevalnem področju; spremembe na organih, ki so zajeti v obsevalno polje.

Kronične reakcije:

- fibroza kože (nastane zaradi počasi napredujoče atrofije kapilar);
- hiperpigmentacija kože obsevalnega predela;
- kronične spremembe na organih (maternica, mehur,...) - pri starostnikih so težave na posameznih organih v splošnem prisotne že pred zdravljenjem (razlog je upad kondicije organizma kot posledica bioloških sprememb in nato še bolezni), z zdravljenjem pa lahko pride do potenciranja težav.

Bolniku, za katerega se načrtuje zdravljenje z radioterapijo, moramo najprej podati splošna navodila, ki so enaka ne glede na lokalizacijo ter dozo obsevanja in so vezana predvsem na nego kože in sluznic med obsevanjem. Sledijo specifična navodila, ki se razlikujejo glede na lokalizacijo obsevanja (Rt glave, Rt prebavil, Rt pljuč...), dozo obsevanja (večja kot je doza obsevanja, večji so stranski učinki) in glede na pričakovane stranske učinke.

Pri podajanju informacij starostniku moramo upoštevati njegove slušne, vidne in umske sposobnosti, pa tudi znanje in izkušnje. Starostniki večinoma slabše slišijo, lahko tudi slabo razumejo in dojemajo, zato moramo z njimi govoriti razločno in dovolj naglas, pri tem jih gledamo v obraz, najpomembnejše še posebej poudarimo in večkrat ponovimo. Dobiti moramo povratno informacijo o tem, kako nas slišijo in razumejo. Stari ljudje pogosto tudi slabše vidijo, nekateri pa morda ne znajo brati, zaradi tega je podajanje pisnih informacij MS bolniku starostniku pogosto neumestno.

SPLOŠNA NAVODILA:

Bolniku povemo, naj si obsevan predel umiva samo z mlačno vodo. Lahko se prha, ne sme pa se namakati v vodi. Uporablja lahko samo nevtralna mila in šampone, nikakor pa ne dražečih sredstev, kot so dezodoranti, laki za lase, parfumirane kreme in podobno. Barvila, s katerim je označeno obsevalno polje, naj si ne poskuša odstraniti z drgnjenjem, ampak naj si ga po prhanju nežno popivna. Moškim, ki si obsevajo glavo ali vrat, svetujemo, da se brijejo z električnim brivnikom in naj ne uporabljajo brivske pene in britvice.

Koža, ki pokriva pazduho, gube pod dojkami, površino v dimljah in med ritnicami, je zaradi večje vlage in toplote še posebej izpostavljena neželenim reakcijam. Bolniku svetujemo, da si v kožne gube, ki so v obsevalnem polju, podloži zloženec, ki sproti vpija nastalo vlago. Opozorimo ga, da mora biti koža pred obsevanjem suha in čista, saj vlaga poveča učinek ionizirajočih žarkov na celice. Prav tako na kožo ne

dajemo vročih ali mrzlih obkladkov. Koža postane v času obsevanja zelo občutljiva in se hitreje poškoduje kot običajno. Bolniku svetujemo, naj ne nosi obleke, ki bi drgnila in poškodovala kožo, izogiba naj se tudi soncu in mrzlemu vetru.

Za bolnike, ki si obsevajo glavo, je zelo pomembno, da vedo, da jim bodo na obsevalnem področju lasje izpadli. Po nekaj tednih jim bodo pričeli rasti novi, ki pa so običajno druge kakovosti. Med obsevanjem glave ni priporočljivo barvati las, ker to dodatno draži lasišče.

Neredko lahko pri starostniku opazimo opustitev navad v zvezi s čistočo, z oslabljenim občutkom za estetski videz in neurejenost, ki je posledica pešanja določenih sposobnosti ali pretirane varčnosti. Večji problem lahko predstavlja tudi spanje. Priporočamo mu, da je čez dan duševno in telesno dejaven. Da ponoči lažje spi, mu zagotovimo primerno posteljo, sobo prezračimo in primerno ogrejemo. Če ga nespečnost zelo moti, se o tem pogovorimo z zdravnikom.

AKUTNA REAKCIJA KOŽE NA OBSEVANJE

Negovalna diagnoza:

- Poškodba kože zaradi obsevanja, ki se kaže z različnimi simptomi glede na stopnjo prizadetosti (radiodermatitis I.,II.,III. stopnje).

Kadar obravnavamo bolnika starostnika, se moramo zavedati, da je zaradi določenih bioloških sprememb njegova koža veliko bolj občutljiva na obsevanje kot koža mladega bolnika. Tudi celi se mnogo počasneje, zaradi tega so lahko težave v zvezi z obsevanjem pri starostniku veliko večje kot bi sicer bile. Pri starostniku začnejo prevladovati procesi razgradnje, regeneracijska sposobnost pa se močno zmanjša. V tkivih upada količina tekočine, izginjajo elastična vlakna, namesto njih se kopičijo kolagenska vlakna. Stene kapilar postanejo manj prepustne (sklerotične), zaradi česar so tkiva slabše oskrbljena s kisikom in hranili. Koža je suha, atrofična in nagubana, zaradi tega je bolj izpostavljena raznim poškodbam, radiodermatitis se hitreje razvije in hitro napreduje, celi pa se zelo počasi. Prav zato potrebuje koža starostnika že nasploh več nege in oskrbe, kadar je obsevana, pa še toliko bolj.

ZDRAVSTVENA NEGA PRI OBSEVANJU MOŽGANSKIH TUMORJEV

Najpogosteje gre za radioterapevtsko obsevanje zasevkov v možganih iz oddaljenih žarišč (metastaz), obsevamo pa lahko tudi pooperativno. Težave, ki spremljajo bolnika z možganskim tumorjem, so glavobol, navzea, bruhanje, motnje zavesti in ravnotežja (nevrološka simptomatika). Razlog za težave je zvišan intrakranialni pritisk, ki je posledica rasti tumorja in edema.

Negovalne diagnoze:

- povečana možnost poškodb v zvezi z nevrološkimi motnjami;
- slaba fizična mobilnost v zvezi z nevrološkimi motnjami;
- deficit v samooskrbi v zvezi z nevrološkimi motnjami;
- neugodje v zvezi s simptomi povišanega intrakranialnega pritiska;
- nezadostna prehrana in pitje v zvezi s slabostmi in z bruhanjem.

Pri starostniku, ki si obseva možganske tumorje, je navadno močno izražen deficit v samooskrbi. Starostniku je v prvi vrsti potrebno zagotoviti udobno in varno okolje ter možnosti zadostnega počitka. Če ga spremlja tudi nevrološka simptomatika, je pogosto potrebna popolna pomoč pri zadovoljevanju potreb. Potreben je poostren in stalen nadzor bolnika. Prav tako redna in pravočasna aplikacija analgetikov, antiedematozne in antiemetske terapije. Pogosto je starostnika potrebno dodatno hidrirati v obliki infuzij. Ker je v obsevalno polje zajeto lasišče, je zelo pomembna nega lasišča. Med obsevanjem bolnik ne sme uporabljati dražečih šamponov in drugih kemičnih sredstev. Potrebno ga je seznaniti z začasno izgubo las in o možnostih uporabe lasulje in drugih pokrival (rute, kape).

ZDRAVSTVENA NEGA PRI OBSEVANJU GLAVE IN VRATU

Med tumorje glave in vratu uvrščamo malignome ustnic, ustne votline, žrela, grla, nosu in obnosnih votlin, žlez slinavk ter kožo omenjenega področja. Največkrat se tumorji pojavijo na križišču dihalne in prebavne poti, zaradi česar pogosto povzročajo motnje pri požiranju, dihanju in govoru. Obsevanje lahko te težave še poveča (pojav edema, luščenje sluznice epitela). Zaradi obsevanja so lahko poškodovane različne senzorične funkcije tega področja, to so okus, voh, sluh in ravnotežje. Pred pričetkom obsevanja mora bolnik poskrbeti za sanacijo zobovja, če je ta potrebna. Odpornost tkiva v obsevalnem polju namreč upade, zaradi česar se lahko ponovno razplamtijo že zastareli gnojni procesi okoli zobnih korenin, kar bi lahko privedlo do obsežnega vnetja. Ne smemo pozabiti, da je med obsevanjem tudi sicer odpornost organizma slabša in je bolnik zaradi tega bolj izpostavljen raznim infekcijam in vnetjem. Med obsevanjem starostniku odsvetujemo uporabo zobne proteze (če jo ima), ker bi le-ta lahko povzročila dodatno poškodbo ustne sluznice, otežena in manj učinkovita pa bi bila tudi ustna nega. Zobno protezo naj starostnik uporablja izključno samo za hranjenje.

Najpogostejše **akutne posledice** obsevanja so:

- vnetje sluznice v obsevalnem področju (radiomukozitis) s spremljajočo zmerno ali hudo disfagijo,
- vnetje kože v obsevalnem polju (radiodermatitis),
- poškodba žlez slinavk, če so zajete v obsevalno polje, kar privede do zmanjšanja izločanja sline,

- vnetje glasilk pri obsevanju grla (hripavost, dražeč kašelj),
- vneta koža in sluznica se razvije proti koncu prve tretjine obsevanja (radikalno obsevanje traja 5 - 6 tednov), mine pa v 2 - 4 tednih po končanem obsevanju.

Med **kronične posledice** obsevanja sodijo:

- kserostomija (suha usta),
- poobsevalna gniloba zob,
- osteoradionekroza mandibule,
- fibroza in edem v obsevalnem področju.

Negovalne diagnoze:

- poškodba ustne sluznice zaradi obsevanja, ki se kaže z različnimi simptomi glede na stopnjo prizadetosti (radiomukozitis I.,II.,III. stopnje);
- izsušena ustna sluznica zaradi poškodb žlez slinavk ob zdravljenju z obsevanjem;
- motnje pri prehranjevanju v zvezi z mukozitisom, s kserostomijo, spremembo okusa in z okvaro zobovja ob zdravljenju z obsevanjem;
- možne težave z dihanjem zaradi edema in suhe sluznice dihal ter zastoj izločkov ob zdravljenju z obsevanjem;
- oteženo govorno sporazumevanje zaradi vnetja glasilk, boleče ustne votline, suhe sluznice ali traheostome ob zdravljenju z obsevanjem;
- spremenjena telesna podoba zaradi sprememb zunanjega videza in okrnjenih življenjskih funkcij v zvezi z radioterapijo;
- povečana možnost socialne izolacije v zvezi z oteženim sporazumevanjem in s spremenjeno telesno podobo.

Zaradi bioloških sprememb, ki spremljajo starostnika, so določene, že prej omenjene težave še toliko večje. Pri starostnikih je normalno opaziti pešanje vida, sluha in občutka za okus. Opazimo lahko tudi izpadanje zob, neredko slabo ustno higieno. Pogosto pride do situacij, da starostnik odklanja ali opušča potrebo po hrani in tekočini. Razlogi za to so različni in niso vedno vezani na tumor ali obsevanje na tem področju. To so:

- težave z zobovjem,
- spremenjena prehrana (stari ljudje se težje prilagajajo in sprejemajo spremembe),
- če preveč pije, mora večkrat na stranišče, kar zaradi slabe pokretnosti težko stori,
- lahko se zgodi, da enostavno pozabi jesti, nima občutka lakote in žeje,
- včasih misli, da je hrana zastrupljena,
- ima težave s požiranjem (mišice postanejo ohlapnejše).

Ko imamo v obravnavi starostnika, moramo biti zato toliko bolj pozorni na zadostno uživanje hrane in tekočin, ob tem, da upoštevamo, da so njegove fiziološke potrebe v zvezi s hrano in tekočino manjše. Pomembno je, da redno kontroliramo telesno težo in nekatere krvne preiskave po naročilu zdravnika, sicer pa svetujemo, da uživa hrano večkrat na dan v manjših količinah.

ZDRAVSTVENA NEGA PRI OBSEVANJU PRSNEGA KOŠA

V prsnem košu se obseva pljuča, požiralnik, sapnik in bezgavke, ki ležijo med obema pljučnima kriloma. To obsevanje bolniki običajno dobro prenašajo. Upoštevati morajo splošna navodila glede nege kože, glede prehrane (ne smejo uživati vroče in začinjene hrane, piti morajo čim več bogato kaloričnih tekočin) in glede kajenja (odsvetujemo kajenje, ker draži sapnik oziroma pljuča). Kako izrazit je odziv organizma na obsevanje, je odvisno od razširjenosti bolezni, psihofizične kondicije bolnika in od radikalnosti obsevanja. Pomen obsevanja raka pljuč je predvsem v olajšanju bolnikovih težav. Težave, ki spremljajo pljučnega bolnika med obsevanjem, so:

splošne:

- slabo počutje, utrujenost, navzea, izguba apetita, nerazpoloženje, nespečnost (obsevalni maček);
- padec odpornosti zaradi supresije kostnega mozga (padec levkocitov, trombocitov, anemija);

lokalne:

- radioezofagitis (bolečina med požiranjem, pekoča bolečina za prsnico in v žrelu),
- iradiacijski pnevmonitis (težko dihanje, dražeč kašelj, zvišana temperatura, tiščanje za prsnico).

Pri obsevanju požiralnika se zaradi otekle sluznice pojavi težko požiranje. Normalno prehranjevanje je moteno tudi zaradi zožitve požiralnika s tumorjem. Največjo nevarnost predstavlja nastanek ezofagotrahealne fistule, ki onemogoča hranjenje po naravni poti. Veliko nevarnost pa predstavljajo tudi sekundarne infekcije, zlasti glivične.

Negovalne diagnoze:

- poškodba sluznice požiralnika zaradi obsevanja;
- zvišana možnost infekcije zaradi supresije kostnega mozga in slabše prehranjenosti organizma;
- neučinkovito dihanje zaradi radio-pnevmonitisa in/ali fibroze pljuč;

- prestrašenost in tesnoba zaradi občutka pomanjkanja zraka;
- moteno spanje in počitek zaradi dražečega kašlja in bolečine v prsih;
- zaskrbljenost v zvezi z boleznijo;
- utrujenost zaradi neučinkovitega dihanja ob fizični aktivnosti;
- motnje počitka in spanja zaradi bolečine in kašlja;
- zmanjšana sposobnost gibanja in samooskrbe zaradi splošne prizadetosti.

Stari ljudje imajo pri obsevanju prsnega koša bistveno več težav kot mlajši bolniki. Hitreje se utrudijo, težave z dihanjem so večje, pogosti so sekundarni pljučni infekti (zastojne pljučnice). Zaradi oslabljenih mišic prsnega koša in pritiska abdominalnih organov na prsni koš se zmanjša vitalna zmogljivost pljuč in s tem bazalni metabolizem. Prsni koš se pri dihanju ne more ustrezno širiti in krčiti, dihanje je oteženo. Potreba po kisiku je v starosti sicer manjša, poveča pa se tvorba sluzi (sekreta), hkrati pa se zmanjša sposobnost za čiščenje le-tega. Starostnika zato pogosto sili na kašelj (pogosteje pri kadilcih), vendar se ne more zadovoljivo odkašljati. S starostjo propada sapnični in bronhialni migetalčni epitelij (njegova vloga je prestrezanje prašnih delcev iz zgornjih dihalnih poti), ki ga nadomesti vezivno tkivo, kar lahko povzroči kronični bronhitis in druge okužbe. V starosti je pogost pljučni emfizem, ki mu pravimo tudi starostna pljuča, na motnje dihanja pa lahko vpliva tudi prevelika telesna teža.

Naloge MS so, da poskrbi za optimalen način prehrane (po potrebi prilagoditi prehrano) in primerno hidracijo bolnika. Bolnika je treba spodbujati k redni ustni negi in higieni celega telesa, ter mu nuditi pomoč, če jo potrebuje. Skrbno je treba nadzorovati telesno temperaturo in intenzivnost kašlja. Redno je treba ocenjevati stanje ustne sluznice, pozorne pa moramo biti na sputum (barva, gostota). Bolnika moramo spodbujati k rednemu izkašljevanju in izvajanju dihalnih vaj, ter mu nuditi pomoč, če jo potrebuje. Poskrbeti moramo za ureditev ustreznega terapevtskega položaja ob napadu kašlja ali ob bolečini.

ZDRAVSTVENA NEGA PRI OBSEVANJU TREBUHA

V zgornji tretjini trebuha se obseva tumorje želodca in jeter, v medenici pa zadnje črevo, mehur, pri moških prostato in testise, pri ženskah maternico z jajčniki. Obsevanje organov v trebuhu je za bolnika zaradi velikega obsevalnega polja in velike absorbirane doze zelo naporno. Pogosto je zaradi nastalih težav potrebna nekajdnevna prekinitev obsevanja. Najpogostejši stranski učinki pri obsevanju trebuha so:

- navzea z bruhanjem,
- okvara črevesne sluznice s posledično diarejo,

- bolečine v spodnjem delu trebuha, meteorizem,
- inapetenca,
- radioproktitis - vnetje sluznice zadnjega dela črevesja in analnega kanala, ki se kaže s pogostim tiščanjem na blato, z bolečino v spodnjem delu trebuha, diarejo, s krvavitvijo iz črevesja in tenezmi,
- radiocistitis - vnetje sluznice sečnega mehurja s pogostimi in velikokrat bolečimi mikcijami in s hematurijo, pogosti so tudi infekti na mehurju,
- levkopenija, trombocitopenija in anemija,
- pri ginekoloških obsevanjih: vnetje sluznice zunanjega spolovila,
- motnje v spolni funkciji.

Negovalne diagnoze:

- možnost slabše prehranjenosti organizma zaradi nauzee z bruhanjem, oslabljene prebave in znižane absorpcije hranil ob zdravljenju z radioterapijo;
- mogoč primanjkljaj telesnih tekočin zaradi driske in bruhanja (dehidracija);
- spremenjena funkcija črevesja: diareja zaradi okvare sluznice ob zdravljenju z radioterapijo;
- poškodba sluznice zadnjega dela črevesa in analnega kanala kot posledica obsevanja (proktitis);
- poškodba sluznice mehurja zaradi obsevanja (cistitis);
- nespečnost zaradi pogostega uriniranja in pekoče bolečine v zvezi z radiomukozitisom;
- motnje psihofizičnega udobja v zvezi s simptomi vnetja sluznic;
- prizadeto dostojanstvo bolnika zaradi inkontinence.

K biološkim spremembam, ki nastanejo v procesu staranja, sodijo spremembe pri izločanju blata in urina. Starostnik, ki se obseva, ima tako navadno več težav kot mlad človek, vse težave pa niso vedno povezane z bolezenskim stanjem. Pogosto opazimo obstipacijo in meteorizem, katerega vzrok je lahko v starostnem pešanju peristaltike, premalo gibanja, premajhnem vnosu tekočin, nepravilni in nezadostni prehrani, stresu, depresiji, zdravilih, ki jih starostnik jemlje. Pogosto so neješči ali slabo ješči, ob tem pa se moramo zavedati, da se energijske potrebe z leti zmanjšujejo. V starosti je skoraj obvezna inkontinenca urina, nekoliko manj pogosta je inkontinenca blata. Za starostnika, ki se obseva, lahko to predstavlja velik problem, saj je zaradi povečane izpostavljenosti kože vlagi le-ta vneta in poškodovana. Obsevanje tega predela poškodbo še stopnjuje (še posebej, če je koža tudi med obsevanjem vlažna) in kaj hitro se lahko razvije radiodermatitis. Dokaj

pogosta je tudi retenca urina (pri moškemu je lahko razlog hipertrofija prostate). V starosti se pojavijo tudi anacidnost želodčnega soka, motnje v funkciji prebavnih žlez in spremembe v črevesni flori, kar privede do motenj v resorpciji hranil, vitaminov in anorganskih snovi. Pri ZN starostnika, ki si obseva trebuh, moramo biti MS zaradi spremljajočih starostnih sprememb toliko bolj pozorne, da ne spregledamo kakšnega bolezenskega simptoma in da ne zamenjamo težav, ki jih ima zaradi starosti, s težavami, ki nastopijo med obsevanjem. Vsekakor potrebuje starostnik predvsem veliko nege, njegovim potrebam pa moramo prilagoditi prehrano (energijsko bogatejša hrana, več manjših obrokov dnevno), skrbeti je treba za redno odvajanje blata, zadovoljivo količino urina.

Posledice obsevanja predela medenice imajo navadno vpliv tudi na spolno funkcijo, zato je prav, da starostnika o tem seznanimo. Pri moškem se zmožnost erekcije zmanjša, lahko pa je motnja prisotna že pred zdravljenjem. Vzrok so okvare arterij, ki oskrbujejo moški spolni ud, in brazgotinjenje, ki nastane po končanem obsevanju. Pri ženskah se težave (vnetje nožnice, sluznice mehurja in danke) lahko pojavijo že med obsevanjem ali takoj po njem. Zaradi pekoče bolečine, ki se pojavi ob tem, bolnica odklanja spolne odnose. V obdobju sprememb po obsevanju, ko se začne brazgotinjenje, se nožnica lahko zlepi in kasneje povsem zaraste, tako da spolni odnosi niso več mogoči.

ZDRAVSTVENA NEGA PRI OBSEVANJU DOJKE

Dojko se najpogosteje obseva postoperativno, v kombinaciji s sistemskim in/ali kirurškim zdravljenjem pa jo obsevamo tudi pri inoperabilnem karcinomu dojke. Kadar gre za generalizirano bolezen, je namen obsevanja dojke paliativen - cilj je zmanjšati težave zaradi simptomov, ki jih povzročajo metastaze različnih lokacij, in tako izboljšati kakovost življenja bolnice. V tem primeru se izvaja obsevanje kostnih metastaz (s ciljem preprečiti zlome, blažiti bolečine, povečati mobilnost bolnice), obsevanje mediastinalnih bezgavk, ki pritiskajo na dihalne poti, nervus recurens ali velike žile, ter obsevanje regionalnih bezgavk zaradi krvavitve iz primarnega tumorja ali zaradi pritiska povečanih bezgavk na okolna tkiva. Pri generaliziranih kostnih metastazah se pogosto uporablja tehnika obsevanja zgornje ali spodnje polovice telesa, katere namen je zmanjšati bolečine za več mesecev do 60 %.

Splošne posledice obsevanja področja dojke so malo izražene in jih bolnica večinoma ne zazna. Lokalni učinek je omejen samo na obsevalno polje in mogoče na probleme s kožo, ki so predhodno že opisani. Zelo pa je izražena motena samopodoba bolnice, še posebej seksualna funkcija. Bolnica, ki si obseva dojko, potrebuje poleg ustrezne nege kože obsevalnega področja tudi veliko psihične podpore. Ne redko se mora MS postaviti tudi v vlogo psihoterapevta.

ZAKLJUČEK

Starost je čas, ko se človeku manjšajo telesne in duševne sposobnosti, veča pa se njegova duhovna dimenzija, med katere sodi pristen in poglobljen medčloveški odnos. Čeprav se navzven kaže neka humanost, so stari ljudje v mnogih življenjskih situacijah obravnavani kot drugorazredni državljani, odrinjeni na rob družbe, naloga nas vseh pa je, da starostniku nudimo pozitivne spodbude za aktivnosti, občutek koristnosti in spoštovanja, da dobi »korajžo« do življenja, ki jo potrebuje še posebno v prisotnosti bolezni. V onkološki zdravstveni negi obsega zdravstvena nega obsevanega bolnika starostnika prav gotovo pomembno področje.

MS, ki dela z ostarelim bolnikom, mora dobro poznati starostne spremembe in njihov vpliv na izvajanje temeljnih življenjskih aktivnosti. ZN, ki jo izvaja, je individualna in mora biti prilagojena potrebam starostnika.

Literatura:

- Fras A. P. Spolnost in rak II. In: Revija Okno 1997;11:št.1:14-6.
- Kladnik T. Starost.In: Revija Okno 2003;17:št.1:29-32.
- Kobentar R., Marinič M.Organske spremembe in motnje prehranjevanja v starosti.Obzor Zdr N 2000;34:209-14.
- Križaj M.Zdravstvena nega - pomemben dejavnik kakovosti življenja v tretjem življenjskem obdobju.Obzor Zdr N 1999;33:269-74.
- Lešničar H. Radioterapija - kaj je to? Onkologija 1997;1:4-12.
- Lešničar H. Osnove radioterapije. In: Velepič M., Skela-Savič B.Priročnik iz onkološke zdravstvene nege in onkologije. Ljubljana:Onkološki inštitut, 2000:139-46.
- Majdič E. Radioterapija pri raku dojke. In: Fras A. P,ed. Onkologija. Ljubljana: Katedra za onkologijo in radioterapijo, Onkološki inštitut,1994:185-90.
- Senič B., Erjavšek Z., Pouh T. Osnove zdravstvene nege pri teleradioterapiji in brahiradioterapiji. In: Velepič M., Skela-Savič B.Priročnik iz onkološke zdravstvene nege in onkologije. Ljubljana:Onkološki inštitut, 2000:139-46.
- Strojan P. Radioterapija - zdravljenje z obsevanjam.In: Revija Okno 2003;17: št.1:11-6.
- Http://www.cancerbacup.org.uk,juljij,2003:Cancer and Older People.
- Http://www.uni-lj.si,julij,2003: Zdravstvena nega starostnika.

ZDRAVSTVENA NEGA STAROSTNIKA, KI PREJEMA SISTEMSKO TERAPIJO

Gordana Lokajnar, viš. med. ses., Irena Križ, dipl. m. s.
Onkološki inštitut Ljubljana

Zdravstvena nega (ZN) starostnika v onkologiji je do sedaj relativno slabo predstavljena v akademskih in profesionalnih prispevkih pri nas in v tujini (Bailey, 2003). Z naraščanjem števila prebivalcev in s starajočo se populacijo, ki oboleva za različnimi oblikami raka, se povečuje potreba po tovrstnih znanjih predvsem po novih smernicah v ZN starostnika v onkologiji. Kompleksnost onkološke ZN starostnika je seveda vidna in veliko zanimanja MS v onkologiji je namenjenega temu relativno mlademu področju.

Sistemska terapija (SIS.TH.) je ena od oblik zdravljenja v onkologiji. Glavnina (90 %) sistemskega zdravljenja predstavlja citostatsko zdravljenje, zato bo večji del prispevka namenjen zdravstveni negi bolnika, ki prejema citostatike. Znanja na tem področju, ki jih MS potrebujejo, so široka in specifična ter zahtevajo od MS stalno spremljanje novosti. ZN starostnika, ki prejema sist.th., pa je malce bolj specifična in ne vključuje samo osnovnih znanj s področja ZN pri sist. th., temveč tudi specifiko starostnika in njegovih potreb.

Kakovostna ZN starostnika, ki prejema sist.th., se kaže v dobri psiho-fizični pripravljenosti starostnika na sistemsko terapijo in nadzoru, preprečevanju ter lajšanju stranskih učinkov in komplikacij sist.th. (Otto, 1998). Na tak način je bolniku omogočeno izboljšanje ali ohranjanje izvajanja osnovnih življenjskih aktivnosti ter ostalih aktivnosti, ki pripomorejo k čim hitrejši samostojnosti (Boyle, 1992).

ZN starostnika zato vljučuje pripravo bolnika na sist.th. in aktivno sodelovanje posameznika in njegove družine v procesu zdravljenja in nadaljnje rehabilitacije s člani zdravstvenega tima, kjer ima pomembno vlogo MS(Boyle, 1992).

Zdravstveno nego starostnika zato lahko razdelimo na tri večje sklope:

- priprava na sist. th.
- preprečevanje in obvladovanje stranskih učinkov in komplikacij sist. th.
- priprava na odpust v domačo oz. v domsko oskrbo.

ZNAČILNOSTI PRIPRAVE STAROSTNIKA NA SISTEMSKO TERAPIJO

Priprava bolnika-starostnika na prejem sistemske terapije ima velik vpliv na potek in rezultat zdravljenja. Le informiran bolnik lahko aktivno sodeluje pri zdravljenju in izvajanju ukrepov za zmanjšanje in preprečevanje stranskih učinkov citostatske

terapije. Pri starostnikih je namreč možnost nastanka stranskih učinkov 2-3 krat večja kot pri ostali populaciji (Miller, 1999).

Priprava na prejem citostatske terapije pri starostniku se zaradi specifičnih obolenj, ki so posledica degenerativnih sprememb in procesov staranja, loči od fizične priprave bolnikov ostalih starostnih skupin. Pri starostnikih onkoloških bolnikih se na posameznih organskih sistemih pričakuje večja možnost zapletov (Boyle, 1992):

kri in krvotvorni organi - zmanjšana možnost obnove kostnega mozga in s tem večja možnost za nastanek infekcije, anemije, splošne slabosti;

imunski sistem - zmanjšan imunski odgovor, avtoimunska obolenja, nevarnost infekcije;

koža in sluznice - stanjšanje kože in podkožja, morebitna možnost slabšega celjenja kože, interakcije z inkontinenco, nepokretnostjo in s slabšo prehranjenostjo;

nevrološka obolenja - zmanjšana hitrost živčnega odgovora, zmanjšana občutljivost živcev, zmanjšani vidni, slušni in taktilni čuti;

Pripravo na aplikacijo citostatske terapije pri starostniku lahko razdelimo na fizično in psihično (Koren, 1999).

Fizična priprava

1. sprejem bolnika;
2. ocena trenutnega stanja;
3. negovalna anamneza;
4. opazovanje bolnika;
5. pregled medicinske in negovalne dokumentacije (poudarek na morebitnih kroničnih obolenjih ter psihičnih in telesnih omejitvah);
6. priprava in napotitev bolnika na posamezne diagnostične preiskave po naročilu zdravnika (hematološke, imunološke, biokemične preiskave krvi in urina, endogeni kreatinin klirens, UZ srca, renografija, rentgenska slikanja pljuč in srca, CT preiskave, EKG;
7. »zbiranje izvidov«;
8. vzpostavitev venskega kanala (periferna venska kanila, centralni venski kateter, venska valvula);
9. hidracija bolnika (starejši pacienti so pogosto dehidrirani, prevelika hitrost infuzij je kontraindicirana)
10. aplikacija premedikacije (opazovanje bolnika zaradi stranskih učinkov
11. premedikacijskih zdravil,);
12. aplikacija citostatske terapije z monotoringom.

Psihična priprava

Pri psihični pripravi starostnika na terapijo mora medicinska sestra poleg bolnika vključiti tudi njegove svojce. Prav svojci so tisti, ki največkrat skrbijo za starostnika. Vendar se mora medicinska sestra zavedati pozitivne in negativne vloge svojcev starostnikov, ki se lahko odzovejo preveč zaščitniško oziroma so preveč željni odločati (Isaksen in sod., 2003).

S pomočjo bolniku razumljivega in sistematičnega pogovora medicinska sestra seznani starostnika o zdravilih, ki jih bo prejemal in o tem, na kakšen časovni interval bo zdravilo prejemal, kakšni so stranski učinki in kaj lahko sam naredi za omilitev in preprečevanje stranskih učinkov, kdaj mora poiskati zdravniško pomoč, kakšno prehrano naj bolnik uživa,...

Medicinska sestra naj bolniku povedano posreduje z besedami, ki so bolniku razumljive, ter v obliki pisnih navodil. Povedano naj večkrat ponovi in vzpodbuja bolnika k pogovoru z vprašanji. S tem zmanjša možnost, da bi starostnik, ki ima težave s spominom, pozabil pomembne informacije.

Bolnik mora imeti možnost, da postavi vprašanja, na katere mora dobiti odgovore. Prav tako naj bolnik dobi ime kontaktne osebe, na katero se bo lahko obrnil v primeru dodatnih vprašanj.

Starostnik pa potrebuje veliko psihične podpore in vzpodbude, ki mu jih delno lahko zagotovi medicinska sestra ali pa ga ta usmeri k psihologu.

ZDRAVSTVENA NEGA STAROSTNIKA, KI PREJEMA SISTEMSKO TERAPIJO

ZN starostnika, ki prejema sist.th., zajema široko področje pridobivanja podatkov o bolniku in načrtovanje ukrepov ob aplikaciji sist.th.

Prične se z ocenjevanjem stanja bolnika, cirvih terapije, doz zdravil, načina aplikacije in seveda možnih stranskih učinkov in komplikacij terapije (Otto, 1998).

ZN vključuje tudi opazovanje bolnika pred aplicirano terapijo, med njo in po njej. Vse te informacije morajo biti zapisane in na voljo vsem članom negovalnega in zdravstvenega tima, ki so vključeni v oskrbo bolnika.

Sistemska terapija (citostatsko zdravljenje, hormonska zdravila, imunsko zdravljenje) lahko povzroča ob ugodnih učinkih zdravljenja tudi stranske učinke ter komplikacije v delovanju organov in organskih sistemov. Seveda se le - ti med seboj razlikujejo od posameznika do posameznika in temu primerno pacienta individualno tudi obravnavamo.

Najbolj pogosti stranski učinki in komplikacije sist.th. so:

MIELOSUPRESIJA ali SUPRESIJA KOSTNEGA MOZGA

ANEMIJA
LEVKOPENIJA
TROMBOCITOPENIJA

MUKOZITIS ali TOKSIČNI VPLJIVI NA GASTROINTESTINALNI TRAKT

STOMATITIS
EZOFAGITIS
PROKTITIS
GASTROENTEROKOLITIS
ZAPRTJE
MOTNJE V OKUŠANJU
ANOREKSIJA
SLABOST IN BRUHANJE

ALOPECIJA

FATIGUE

EKSTRAVAZACIJA IN KOŽNE SPREMEMBE

VPLJIV NA OSTALE ORGANE IN ORGANSKE SISTEME

KARDIOTOKSIČNOST
NEVROTOKSIČNOST
NEFROTOKSIČNOST
HEPATOTOKSIČNOST
TOKSIČNOST NA RESPIRATORNIH ORGANIH

Pred samo aplikacijo je potrebno oceniti stanje bolnikove psiho-fizične kondicije in organskih sistemov, spremljajoča bolezenska stanja - kronične bolezni in stanja, predpisano standardno terapijo. Vsi ti podatki so izhodišče pri načrtovanju nadaljnjih ukrepov pri aplikaciji premedikacije in sistemske terapije.V času aplikacije sistemske terapije merimo vitalne funkcije (RR, pulz, temperaturo, dihanje, vnos in iznos tekočine) in funkcije ostalih organov (stanje kože in sluznic).

Z natančnim in s stalnim opazovanjem lahko hitro in pravočasno ugotovimo komplikacije sistemske terapije in pravočasno ukrepamo.

Zgodnji stranski učinki terapije, ki se pojavljajo sta navzea in bruhanje, ki ju s primerno predpripravo (aplikacija antiemetikov) pravočasno preprečimo in omogočimo bolniku boljšo kakovost življenja in velikokrat preprečimo nadaljnje komplikacije.

Navzea in bruhanje sta najbolj pogosta stranska učinka pri aplikaciji sistemske terapije in povzročata pri starostnikih največ težav, ki lahko vodijo v večje težave in komplikacije sistemske terapije (anoreksija, motnje v elektrolitskem ravnotežju, posledično v motnje ritma srca) (Marek, 2003).

Poznamo ancipiatorno navzeo in bruhanje (pred aplikacijo terapije - posledično izzvane zaradi slabih izkušenj s prejšnjimi terapijami), akutno (takoj po aplikaciji), podaljšano (6- 24 ur po aplikaciji in lahko traja do 7. dne) in perzistentno (kljub vsem predpisanim zdravilom se ne umiri).

Bolnik in njegovi svojci morajo biti seznanjeni z načini preprečevanja teh težav in ukrepov v času le - teh. Pri starostniku ocenimo sposobnost žvečenja ter ga spodbujamo in poučimo o:

- uživanju številnih, manjših obrokov,
- izogibanju mastni, začinjeni, kisli in presladki hrani,
- izogibanju ostrim vonjavam in okusom,
- uživanju hladne, suhe hrane (pudingi, krekerji, toast, inp.),
- uživanju zadostne količine bistre tekočine (brez CO_2) - juhe, čaji, voda v večjih količinah, če mu to njegove kronične bolezni ne omejujejo,
- uživanju polnovredne hrane.

Seznanjeni morajo biti tudi z možnostjo, da lahko kontaktirajo z osebo, ki jim bo lahko svetovala in tudi primerno ukrepala, kadar bi težave postale neobvladljive.

Mielosupresija ali supresija kostnega mozga je drugi, a ne tako nepomembni stranski učinek sistemske terapije, ki je lahko posledica nekaterih bolezni ali zdravljenja s sistemsko terapijo (Zajc, 1998) in zajema:

ANEMIJO - zmanjšano število eritrocitov,

LEVKOPENIJO - zmanjšano število levkocitov,

TROMBOCITOPENIJO - zmanjšano število trombocitov.

Anemija je ena od pogostejših spremljevalnih stanj pri starostniku že pred pričetkom terapije in je seveda kot stranski učinek sistemske terapije ter se kaže kot:

- vrtoglavica,
- omotica,
- splošna oslabelost,

- preutrujenost,
- razdražljivost,
- bleda koža,
- otežkočeno dihanje in
- tahikardija.

Bolnika je treba poučiti o načinu življenja in mu omogočiti, da ob hitrem prepoznavanju stranskih učinkov na kostni mozeg pravilno ukrepa. Če se anemiji pridružita še levkopenija in trombocitopenija, je lahko stanje starostnika življenjsko ogrožajoče. Starostnik in njegovi svojci morajo znati prepoznati tovrstna stanja, primerno ukrepati in poiskati zdravniško pomoč. V primerih, če se pojavijo blage težave v smislu supresije kostnega mozga, starostniku svetujemo:

- počitek,
- nadzor nad možnimi viri krvavitve (sluznica, koža, večje poškodbe),
- uživanje polnovredne termično obdelane hrane, bogate z beljakovinami, minerali in vitamini,
- poostreno osebno in ustno higieno, ter higieno rok,
- skrb za redno odvajanje (mehko blato, redno odvajanje, opazovanje urina in blata-okultna krvavitev),
- izogibanje morebitnmi viri infekta.

V primeru, če se pojavi temperatura (višja kot 38°), mrzlica, krvavitev ali težko dihanje, je potrebno nemudoma poiskati zdravniško pomoč.

Mukozitis je generalizirano vnetje sluznične membrane gastrointestinalnega trakta, ki nastane zaradi uničenja hitro se delečih celic sluznice pri bolnikih, ki prejemajo nekatere vrste citostatikov. Mukozitis lahko zajame sluznico celotnega gastrointestinalnega trakta (Skela-Savič,1998).

Vidni mukozitis je opazen kot vnetje sluznice zgornje prebavne cevi z dysfagijo, odinofagijo in zmanjšanim vnosom hrane in tekočine skozi zgornja prebavila ter drisko (Balducci, 1998).

Glede na lokalizacijo vnetja poznamo različne oblike mukozitisa:

- stomatitis
- ezofagitis
- proktitis
- gastroenterokolitis.

Najpogostejši stranski učinek je **stomatitis**. Prvi znaki mukozitisa se pojavijo že 5.- 7. dan po prijemu terapije. Standardiziran načrt zdravstvene nege se razlikuje glede na lokalizacijo mukozitisa. Osnovno vodilo pri načrtovanju zdravstvene nege je preventivno delovanje proti okvari sluznice in preprečevanje poslabšanja stanja sluznice, ko je ta že prizadeta (Skela-Savič,1998).

Klinični podatki kažejo, da so starostniki bolj nagnjeni k mukozitisu in diareji in so le- ti znaki velikokrat nepremagljivi v smislu preprečevanja nastanka (Belucci, 1998), a s primernimi strogimi standardnimi ukrepi lahko preprečujemo poslabšanje stanja poškodovane sluznice.

Preventivni ukrepi so:

- poostrena ustna higiena (umivanje zob oz. ustne proteze po vsakem zaužitem obroku);
- izpiranje ust 15X - 20X z žajbljevim čajem;
- uživanje večje količine tekočine;
- uživanje primerne hrane po konsistenci, temperaturi in začinjenosti;
- prepoved uživanja žganih pijač in kajenja.

Pri diareji so najbolj pomembni ukrepi:

- zadostno pitje elektrolitsko uravnoteženih tekočin,
- vodenje tekočinske bilance ter
- preprečevanje vnetja sluznice perianalnega predela.

Do sedaj so bili v prispevku omenjeni najbolj pogosti stranski učinki sistemske terapije in najbolj ogrožajoči za starostnika. To pa seveda nikakor ne pomeni, da ostali stranski učinki sistemske terapije, kot so fatigue, alopecija in kožne spremembe, ne vplivajo veliko na kakovost življenja starostnika, le toliko manj življenjsko ogrožajoči so. Zahtevajo dobro psihično podporo in vodenje starostnika skozi te spremembe. Le - te pa so lahko pogosto bolj zahtevne od vzdrževanja fizičnega počutja bolnika. Potrebno je izpostaviti tesno sodelovanje s svojci in aktivno sodelovanje starostnika v tem procesu, brez katerega se največkrat naš trud lahko izniči.

Komplikacije, ki se pojavljajo pri sistemski terapiji in vplivajo na različne organe ter so večinoma posledica toksičnih vplivov samih zdravil na te organe, so:

KARDIOTOKSIČNOST, ki se kaže v motnjah srčnega ritma in posledično pripelje do kongestivne odpovedi srca.

NEVROTOKSIČNOST- v smislu perifernih nevropatij, parestezij in poškodbe slušnega živca.

HEPATOTOKSIČNOST, ki lahko privede do kemičnega hepatitisa in v skrajnih primerih do odpovedi jeter.

NEFROTOKSIČNOST, ki se kaže v slabši ledvični funkciji in lahko privede do odpovedi ledvic.

Vsa ta stanja lahko pravočasno predvidimo in preprečimo s stalnim opazovanjem bolnika in z nadzorom krvnih preiskav.

PROCES PLANIRANJA ODPUSTA IN POTREB PO ZN STAROSTNIKA V NADALJNJI OSKRBI IN REHABILITACIJI

MS na kliničnih oddelkih imajo enkratno priložnost zbiranja podatkov o starostnikovih zmožnostih in omejitvah v samooskrbi. Obenem pa imajo možnost planiranja ukrepov, ki so nujni v nadaljnji oskrbi. Zatorej je potrebno planirati odpust starostnika v času hospitalizacije in ga prilagajati na potrebe po ukrepih ZN za čas, ko bo starostnik premeščen v drugo ustanovo ali domačo oskrbo, kjer bo to vlogo prevzela patronažna MS ali MS, zaposlena v teh ustanovah.

S pomočjo socialne službe, ki je vezni člen med timi na kliničnih oddelkih in zdravstvenimi delavci drugod, je omogočeno lažje komuniciranje in nadaljnje zbiranje podatkov, planiranje in izvajanje ukrepov ZN starostnika. Multidisciplinarni tim, ki obravnava starostnika, je logična odločitev. Velikokrat je zaradi zgodnjega odpusta nemogoče obvestiti vse člane teh timov, kar ne sme biti ovira, da se ta postopek ne izvede, ko je starostnik že v drugi oskrbi.

Potrebno je zagotoviti pretok informacij znotraj multidisciplinarnega tima za kakovostnejšo kontinuirano oskrbo starostnika po prijemanju sistemske terapije.

Pisna navodila ob odpustu pa so starostniku, njegovim svojcem in ostalim članom tima dobrodošli in dragoceni. Vsebujejo osnovna navodila za preprečevanje pogostih stranskih učinkov, navodila za jemanje zdravil ter imena kontaktnih oseb in njihove telefonske številke.

ZAKLJUČEK

Vloga MS je pri ZN starostnika, ki prejema sistemsko terapijo, kompleksna in večplastna. Njena vloga ni pomembna samo v kliničnem delu, ampak tudi izven njenega delovišča, kot informatorka, učiteljica, svetovalka starostniku, njegovim svojcem in predvsem je pomemben člen pri izmenjavi znanj in izkušenj z drugimi člani negovalnega tima.

Znanja, ki jih MS nujno potrebuje pri tem delu, so obširna in se razvijajo zelo hitro. Novi dosežki v medicini se nujno povezujejo z razvojem ZN, spremljanje novih smernic in standardnih postopkov ZN pa je nujno potrebno za kakovostno ZN, s katero so zadovoljni naši bolniki, njihovi svojci in navsezadnje me same s seboj!

Literatura:

1. Bailey C., Corner J. Care and the older person with cancer. European journal of cancer care, 2003;12:176-182.
2. Balducci L. in sod. Comprehensive geriatric oncology.Amsterdam:Harwood academic publisher,1998
3. Boyle D. in sod. Oncology nursing society position paper on cancer and aging: The mandate for oncology nursing. Oncology Nursing Forum, 1992;913-33.
4. Eliopoulos C. Gerontological nursing.Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1997.
5. Fieler V. K. in sod. Patients' use of prevention behaviors in managing side effects related to chemotherapy.Oncology Nursing Forum,1995;22:713-716
6. Gillespie T. W. Anemia in Cancer.Cancer Nursing,2003;26:119-128
7. Golant M. in sod.. Managing cancer side effects to improve quality of life. Cancer Nursing,2003;26:37-44
8. Isakesen A. in sod. Patiens with cancer and their close relatives, 2003;1:68-74.
9. Johnson F. M. G.Alterations in taste sensation.Cancer Nursing,2001;24:149-155
10. Koren P. Priprava bolnikov na citostatsko zdravljenje in opazovanje bolnika ob aplikaciji citostatske terapije, Interno izobraževanje na Onkološkem inštitutu, 1999.
11. Marek C. Antiemetic therapy in patients receiveing cancer chemotherapy.Oncology Nursing Forum,2003;30:259-269
12. McCorkle R. in sod. Cancer Nursing. 2 nd.edition. Philadelphia:W. B. Sunders company,1996
13. Miller M. Ageism within cancer care: a priority for nursing, 1999;3:25-30
14. O'Connor K. Gastric cancer.Seminars in Oncology Nursing,1999;15:26-35
15. Otto S. E. Oncology nursing.2 nd. Edition.St Louis:Mosby,1993
16. Skela Savič B.Zdravstvena nega bolnika pri gastrointestinalni toksičnosti citostatikov.ESMO-EONS Simposium,Ljubljana;1998
17. Skela Savič B.Standardi zdravstvene nege poškodovane ustne sluznice ob zdravljenju s citostatiki:19.izobraževalni dan iz onkologije za medicinske sestre.Ljubljana:Onkološki inštitut,1996:34-51
18. Skela Savič B. Zdravstvena nega bolnika, ki prejema citostatsko terapijo. Priročnik iz onkološke zdravstvne nege in onkologije, 2000:109-128.
19. Thorne B. in sod. The Experiences of older people living with cancer, 2003; 2:85-96.
20. Velepič M., Skela-Savič B., eds. Kemoterapija in vi. Ljubljana: Onkološki inštitut, 1998.
21. Zajc M. Zdravstvena nega bolnika s pancitopenijo. ESMO-EONS Simposium, Ljubljana;1998

ZDRAVSTVENA NEGA STAROSTNIKA NA OPERATIVNEM ZDRAVLJENJU

Helena Jeraj Uršič, viš. med. ses., Nataša Knafelc, viš. med. ses.
Onkološki inštitut Ljubljana

V zadnjih 100 letih razvoja človeštva smo iz povprečne življenjske dobe 50 let prešli v povsem novo obdobje civiliziranega sveta z visoko tehnologijo moderne medicine. Življenjska doba se je predvsem v razvitem svetu opazno podaljšala v osmo in deveto desetletje, zato naraščajo številne starostne spremembe, kot so omejena gibljivost, upočasnjenost, zmanjšanje senzomotoričnih sposobnosti ter bolezenske spremembe, kot so demenca, multimorbidnost in poškodbe.

Za nobeno drugo življenjsko obdobje ne velja tolikšna individualna različnost. Še v pozni starosti so lahko ljudje zdravi in duševno produktivni, čeprav je proces postopnega upadanja neustavljiv. V relativno oslabelem telesu je prožen, ustvarjalen duh in obratno, telo je lahko relativno dobro ohranjeno, mišljenje in duševno življenje pa je otopelo.

Namen prispevka je obravnava zdravstvene nege starostnika pri kirurškem zdravljenju.

Onkološka kirurgija je posebna vrsta kirurgije, zato je tudi zdravstvena nega onkološkega bolnika specifična. Z zgodnjo diagnostiko raka lahko izvajajo vedno manjše operativne posege z minimalno invazivnostjo ter pri tem uporabijo milejšo obliko anestezije, kar je za starostnika bistveno bolje. Sama starost ne predstavlja kontraindikacije za operativni poseg in anestezijo. Če je starostnik predhodno že zdravljen s kemoterapijo ali z obsevanjem in/ali ima poleg tega še druga obolenja (obolenja srca in ožilja, kronična pljučna obolenja, sladkorno bolezen, je slabo prehranjen,..) je možnost zapletov v pooperativnem obdobju veliko večja. Zaplete starostniki težje prenašajo, večinoma so vezani na ležanje.

Pogosti zapleti po operaciji starostnika so:

- preležanine,
- respiratorni zapleti-zastojna pljučnica,
- cirkulatorne motnje-tromboza, embolija,
- kontrakture,
- krvavitev na mestu operacije,
- dehiscenca rane,
- ileus,
- infekcija rane,
- slabosti in bruhanja,
- odpoved ledvic itd.

Že sama hospitalizacija pri starostniku povzroča stres zaradi težjega prilagajanja na novo okolje, zaradi občutka nemoči, slabe samokontrole in odvisnosti od tujih oseb. Operativni poseg in anestezija je dodaten stres za star organizem, saj se mora pogosto odločati o posegu, ki povzroča bolečino, invalidnost, nesamostojnost, ali pa starostniku celo ogroža življenje. Cilj je čim krajša hospitalizacija, da se izognemo morebitnim zapletom.

Uspeh kirurškega zdravljenja ni odvisen samo od dobre operacije in anestezije, ampak tudi od dobre predoperativne priprave in pooperativne zdravstvene nege starostnika.

Starejši imajo povečane potrebe po zdravstveni negi, ker se z nastopom starostnih sprememb in s pojavom bolezni vidno zmanjša njihova sposobnost samooskrbe in starostnik postaja vse bolj odvisen od okolice.

Medicinska sestra mora dobro poznati te spremembe in njihov vpliv na izvajanje osnovnih življenjskih aktivnosti, kar nam pomaga pri izvajanju zdravstvene nege po procesni metodi dela. Tako na stopnji ugotavljanja potreb po zdravstveni negi ocenjuje vpliv teh sprememb na izvajanje aktivnosti, da lahko načrtuje, izvaja in vrednoti zdravstveno nego.

Zdravstveno nego kirurškega bolnika delimo na predoperativno, medoperativno in pooperativno obdobje.

Zdravstvena nega bolnika pred operacijo

Pripravo na operacijo delimo na:

1. **Psihično pripravo**, ki je odvisna od vseh sodelujočih v zdravstvenem timu (operater, medicinska sestra na oddelku, anesteziolog, fizioterapevt, po potrebi še dietetik, stomaterapevt, psihoonkolog, socialni delavec). Odkrit pogovor da bolniku upanje na ozdravljenje in zaupanje, ki sta bistvenega pomena za dobro pooperativno okrevanje.
2. **Fizično pripravo**, ki pomeni pripravo organizma na operacijo in anestezijo z namenom zmanjšati oziroma preprečiti pooperativne zaplete.

Fizična priprava obsega:

- pregled pri operaterju (bolnik ali svojci morajo pisno potrditi, da se strinjajo z operacijo);
- pregled pri anesteziologu (anesteziolog pregleda izvide opravljenih preiskav, naroči količino krvi za operacijo in dodatne preiskave);
- predoperativne preiskave (rtg pljuč in srca, UZ, EKG, krvne preiskave, krvna skupina, preiskave urina, telesna teža in višina, vitalni znaki, CT, MR, pregled pri internistu, spirometrija,itd);

- ustrezen prehranski režim glede na vrsto operativnega posega (starostniki so velikokrat slabo prehranjeni, zato jim anestezist predpiše energetske napitke oziroma parenteralno dohrajevanje z visoko kalorično infuzijo);
- ustrezno pripravo prebavnega trakta glede na vrsto operacije, ki jo določi operater;
- pravilno tehniko dihanja, izkašljevanja in obračanja bolnika.ki je naloga fizioterapevta pred operacijo.

Najpogostejše negovalne diagnoze v predoperativnem obdobju so:

- morebitna nevarnost nastanka preležanin zaradi slabe gibljivosti, slabe prehranjenosti;
- spremenjena cirkulacija v tkivih, ki se kaže s hladnimi nogami; morebitna nevarnost nastanka tromboze zaradi slabe gibljivosti, slabe cirkulacije
- morebitna nevarnost nastanka respiratornih zapletov po operaciji zaradi kroničnih pljučnih obolenj;
- zmanjšana gibljivost zaradi starostnih sprememb;
- moteno odvajanje, ki nastane zaradi ohlapnosti mišičja, premajhnega vnosa tekočin in hrane ter neaktivnosti in se kaže z inkontinenco blata in /ali urina z obstipacijo;
- slaba prehranjenost zaradi majhnega vnosa hrane in tekočin, pomanjkljivega zobovja in se kaže z izsušenostjo ustne sluznice, neelastično,s suho in z nagubano kožo, shujšanostjo;
- motena je aktivnost po varnosti, ki se kaže z morebitno nevarnostjo poškodb, padcev zaradi spremenjenega okolja, pozabljivosti, slabe orientacije v prostoru, zmanjšane sposobnosti prilagajanja telesne temperature, zmanjšane sposobnosti vonja, dotika, okusa, bolečine, slabovidnosti, naglušnosti;
- motena je samooskrba zaradi splošne oslabelosti, ki se kaže v zmanjšani sposobnosti izvajanja dnevnih aktivnosti ali celo v odsotnosti le-te;
- strah pred neznanim, pred bolečino;
- pomanjkanje informacij v zvezi z boleznijo in operativnim posegom;
- zaskrbljenost zaradi operacije in diagnoze;
- pomanjkljiva komunikacija zaradi naglušnosti, duševnih sprememb.

Specifične aktivnosti medicinske sestre:

- medicinska sestra pri bolniku oceni njegovo stanje z anamnezo zdravstvene nege, pri kateri dobi informacije o predhodnih izkušnjah glede operacije in anestezije;o tem, kako razume in sprejema poseg; o drugih boleznih; o zdravilih, ki jih jemlje; o fizičnih in duševnih motnjah; o uporabi raznih pripomočkov (očala, očesne

leče, zobna proteza, slušni aparat, pripomočki za hojo itd); o alergijah; o kajenju;o pitju alkohola, o pomoči družine; o bolnikovem čustvenem stanju;

- pomoč in nadzor pri vseh aktivnostih zdravstvene nege;
- pomoč in nadzor pri jemanju peroralne terapije po naročilu zdravnika;
- merjenje vitalnih funkcij;
- spodbujanje k pitju in vodenje bilance tekočin;
- spodbujanje h gibanju in k hoji in nadzor pri aktivnosti oziroma obračanju v postelji;
- namestitev klicnih naprav ;
- namestitev ograje na posteljo pri nemirnem in nepomičnem bolniku;
- priprava prebavnega trakta po naročilu zdravnika (odvajalo per os, aplikacija klizme, svečke);
- aplikacija parenteralne prehrane po naročilu zdravnika;
- odvzem krvi po naročilu zdravnika;
- higienska priprava bolnika na operacijo;
- higienska priprava operativnega polja na dan operacije;
- aplikacija premedikacije na dan operacije;
- povijanje nog za preventivo tromboze, embolije na dan operacije;
- preventivna zaščita kritičnih točk pred preležaninami;
- ocenitev bolnikovih sposobnosti učenja o aktivnostih po operaciji;
- pridobivanje bolnikovega zaupanja k sodelovanju in pogovarjanje z njim.

Starostniki, ki so dobro psihično in fizično pripravljeni, se boljše počutijo, so v boljši psihičnofizični kondiciji, pooperativno obdobje poteka z manj zapleti in manj časa ostanejo v bolnišnici.

Zdravstvena nega bolnika po operaciji

Delimo jo na dve obdobji:

- obdobje zbujanja,
- obdobje okrevanja.

Obdobje zbujanja

Je obdobje takoj po operaciji in prvih 24 ur v sobi za prebujanje ali v intenzivni enoti do trenutka, ko je bolnikovo zdravstveno stanje ustaljeno in je lahko premeščen na oddelek.

Bolnik je takoj po operaciji in anesteziji zaspan ali ima zoženo zavest, psihomotoričen nemir, motnje v dojemanju, motnje v motoričnih funkcijah, navzeo in bruha. Ker imajo anestetiki podaljšano delovanje in ker zavirajo dihanje, je to najbolj kritično obdobje za vsakega bolnika, še posebej pa za starostnika, pri katerem ne vemo, kako se bo njegov organizem odzval na anestezijo, posebno če ima v anamnezi še druga kronična obolenja pljuč ter obolenja srca in ožilja ali če je operacija potekala dalj časa.

Takoj po operaciji je bolnik v celoti odvisen od medicinske sestre pri vseh življenjskih aktivnostih oziroma potrebuje njeno pomoč.

Operater in anestezist ji morata dati informacije o bolnikovem stanju med anestezijo in operacijo, nadaljnja navodila o terapiji, položaju, drenih, o nevarnosti krvavitve ali motnjah v ritmu srca in o drugih možnih zapletih.

Medicinska sestra mora imeti znanje in sposobnosti, da pravočasno zazna in pravilno ukrepa ob spremembah zdravstvenega stanja.

Najpogostejše negovalne diagnoze:

- motnje v dihanju zaradi podaljšanega učinka anestetikov;
- zmanjšan minutni volumen srca zaradi anestetikov ali izgube krvi, ki se kaže z znižanim krvnim tlakom;
- porušeno tekočinsko ravnovesje, ki se kaže s pomanjkanjem ali preobremenitvijo tekočin;
- velika nevarnost poškodb zaradi raznih drenov, katetrov;
- omejitve pri gibanju zaradi predpisanega terapevtskega položaja in bolečine zaradi raznih drenov in katetrov;
- morebitna nevarnost aspiracije zaradi oslabljenega požiralnega refleksa in posledično neučinkovitega čiščenja dihalnih poti pri bruhanju;
- motnje v čutilih in dojemanju kot posledica anestezije;
- bolečina zaradi operativne rane;
- motnje v prehranjevanju zaradi terapevtskega režima-karence;
- morebitna nevarnost hipovolemičnega šoka zaradi izgube krvi, ki se kaže z znižanim krvnim tlakom, s pospešenim pulzom, pospešenim dihanjem, z nemirom, bledico;
- motnje v vzdrževanju normalne telesne temperature, ki nastanejo zaradi upočasnjenega metabolizma med operacijo in se kažejo po operaciji s podhladitvijo redkokdaj s povišano telesno temperaturo;
- motnje v odvajanju urina zaradi anestetikov in analgetikov in se kažejo z zastojem urina.

Specifične aktivnosti medicinske sestre:

- medicinska sestra mora pripraviti pripomočke in ogreti posteljno enoto z električno blazino;
- poskrbeti mora, da je ogrožen bolnik priključen na monitor, pulzni oksimeter in po potrebi na respirator;
- meri vitalne funkcije in nasičenost s kisikom ter ugotavlja stanje zavesti na 15 minut ali pogosteje, dokler se stanje ne normalizira; v tem času mora biti medicinska sestra stalno prisotna pri bolniku;
- namesti bolnika v terapevtski položaj po naročilu zdravnika;
- pripravi in aplicira infuzije ter nadzira pretok infuzije in vbodnega mesta;
- nadzoruje bolnikovo dihanje, frekvenco, tip, dvigovanje prsnega koša in vzdržuje proste dihalne poti, ga spodbuja k dihanju in izkašljevanju, po potrebi izvaja aspiracijo skozi tubus ali usta; nekateri bolniki dihajo sami ali so intubirani in dihajo samostojno ali pa so priključeni na aspirator;
- aplicira kisik preko nazalnega katetra, maske ali tubusa po naročilu zdravnika;
- ocenjuje stanje cirkulacije nohtov, ustnic, kože;
- redno pregleduje obveze in rjuhe ter sekrecije po drenih, katetrih, sukcijah zaradi krvavitve; kontrolira količino, sestavo, barvo in vonj sekrecije ter prehodnost katetrov;
- kontrolira operativne rane zaradi hematoma;
- vse spremembe zdravstvenega stanja poroča zdravniku, po potrebi dodaja obveze oziroma jih menja po naročilu zdravnika;
- spremlja diurezo na 24 ur ali pogosteje pri ogroženem bolniku; če po 8-ih urah ne urinira, po naročilu zdravnika izvede enkratno katetrizacijo ali asistira pri izvedbi;
- meri bilanco tekočin na 6, 8, 12 ali 24 ur;
- izvaja osebno higieno in poostri ustno nego pri bruhanju;
- vlaži ustno sluznico z vatiranimi palčkami;
- aplicira analgetike, antiemetike in druga zdravila po naročilu zdravnika;
- odvzame kri za preiskave.

Obdobje okrevanja

Obdobje okrevanja se nadaljuje po uspešnem zbujanju. Traja od bolnikovega prihoda na oddelek do odpusta iz bolnišnice. Zdravstvena nega starostnika je usmerjena v neprekinjeno pomoč pri okrevanju, spremljanje in zmanjševanje morebitnih zapletov in pripravo na odpust. Okrevanje traja pri vsakem starostniku različno dolgo. V tem času je potrebno starostnika in svojce pripraviti na samostojno oskrbo, zagotoviti moramo dodatno pomoč in sredstva, ki jih bo bolnik potreboval pri negi.

Najpogostejše negovalne diagnoze:

- poškodba kože zaradi operativnega posega;
- pomanjkanje znanja o aktivnostih po operaciji;
- motnje v psihofizičnem udobju zaradi bolečine, prisiljenega položaja, oslabelosti;
- spremenjena telesna podoba zaradi operativnega posega;
- morebitna nevarnost infekcije operativne rane, ki se kaže s povišano temperaturo, z rdečino, oteklino, bolečino;
- motnje v komuniciranju z okolico, ki se kažejo v nerazumevanju navodil;
- moteno odvajanje blata, ki nastane kot posledica analgetikov in anestetikov ter ležanja in se kaže z obstipacijo;
- morebitna nevarnost nastanka preležanin, ki nastane zaradi starosti, operacije, položaja, dolgotrajnega ležanja, slabe prehranjenosti, inkontinence blata in/ali urina;
- morebitna nevarnost nastanka tromboze zaradi slabe cirkulacije pri dolgotrajnem ležanju, ki se kaže z bolečinami v mečih, oteklo, s toplo, pordelo nogo z razširjenimi venami;
- morebitna nevarnost nastanka zastojne pljučnice zaradi ležanja in slabe predihanosti pljuč;
- motnje hranjenja, ki so posledica operacije, diete in se kažejo z inapetenco, nauzeo, bruhanjem,s porušenim elektrolitskim in tekočinskim ravnovesjem;
- motnje gibljivosti, ki se kažejo z oslabelostjo, nemočjo,s slabostjo,z vrtoglavico;
- moteno je spanje in počitek zaradi diagnostično-terapevtskega režima, bolečine, spremenjenega okolja in se kaže z zamenjavo dneva z nočjo, utrujenostjo, nespečnostjo;
- motena je bolnikova samooskrba zaradi splošne oslabelosti;
- zvišana je možnost poškodb, ki se kaže s padci in je posledica oslabelosti, slabe orientacije v prostoru, slabovidnosti;
- strah, ki nastane zaradi občutka nemoči, zaskrbljenosti, kako bo po odpustu iz bolnišnice.

Specifične aktivnosti medicinske sestre:

- če je starostnik stabilen nekaj ur ali dni, ga spodbuja, mu pomaga in ga nadzoruje pri gibanju, posedanju, vstajanju in hoji, ker s tem bolniku izboljšuje dihanje, cirkulacijo, delovanje prebave in dobro počutje; pri tem sodeluje fizoterapevt, s katerim izvaja dihalne vaje, z njim tudi začne vstajati in hoditi;
- meri osnovne življenjske funkcije (pulz, krvni tlak, telesno temperaturo);

- spremlja celjenje rane, je pozorna na znake vnetja rane ter aseptično oskrbo rane;
- poskrbi za aseptično oskrbo drenažnih cevk in menjava vrečke ter opazuje in zapisuje količino in barvo tekočine, ki izteka po drenih;
- namesti klicne naprave in ograjo na posteljo, s tem poveča bolnikovo orientacijo in dobro počutje ter mu zagotavlja potrebo po varnosti;
- pozorna je na vnos hrane in tekočin ter bolnika spodbuja k pitju in hranjenju - bilanca tekočin; pomaga pri hranjenju;
- vodi bilanco odvajanja blata;
- pomaga pri osebni in ustni higieni in izvaja nadzor nad njo;
- aplicira analgetike, antiemetike in druga zdravila po naročilu zdravnika ali nadzira jemanje le-teh;
- skrbi za parenteralno nadomeščanje tekočin in elektrolitov po naročilu zdravnika;
- izvaja venski odvzem krvi za krvne preiskave;
- bolniku pomaga pri uriniranju in odvajanju blata;
- pomaga mu pri vsakodnevnih aktivnostih;
- bolniku namesti antidekubitusne blazine in nepokretnega bolnika pogosto obrača;
- z bolnikom se pogosto pogovarja in ga spodbuja k opravljanju vsakodnevnih aktivnosti ter mu vliva zaupanje v okrevanje;
- sodeluje s svojci in socialno sestro pri pripravi na odpust.

Povzetek

Starostniki so nedvomno posebna, drugačna skupina prebivalstva, ki potrebuje posebno skrb.

Z individualno in s celostno obravnavo starostnika ter z dobro pripravljenim načrtom zdravstvene nege lahko medicinska sestra veliko prispeva k čim boljšemu poteku zdravljenja in dobremu počutju starostnika.

Literatura:

1. Varl B. Notranje bolezni. Ljubljana: DZS, 1988: 353-5.
2. Uršič H. Specifičnosti zdravstvene nege onkološkega kirurškega bolnika. In: Papler N; ed. Zbornik seminarja, Laško. Ljubljana: Sekcija operacijskih medicinskih sester, 1996: 41-7.
3. Rebevšek M. Predoperativna in pooperativna nega onkološkega kirurškega bolnika. In: Velepič M., Bostič Pavlovič J., eds. Zbornik predavanj s področja onkologije za višje medicinske sestre. Ljubljana: Onkološki inštitut, 1993: 64-83.
4. Šalehar A. Specifičnosti zdravstvene nege onkološkega kirurškega bolnika. In: Velepič M., Skela Savič B., eds. Priročnik iz onkološke zdravstvene nege in onkologije. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2000: 78-88.
5. Balducci L., Lyman GH, Ershler WB. Comprehensive geriatric onkology. 393-4, 369-73, 377-82, 387-96, 743-777.
6. Ivanuša A., Železnik D. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2002: 449-78.
7. Pajnkihar M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 1999: 51-117.
8. Trček J. Medicinska psihologija. Ljubljana: Univerza Edvarda Kardelja, Višja šola za zdravstvene delavce, 1986: 136-50.
9. Knafelc N. Zdravstvena nega in ukrepi pri gastrointestinalnih urgentnih stanjih. In: Skela Savič B., Velepič M., eds. Urgentna stanja v onkologiji in hormonsko zdravljenje raka dojk. 28. strokovni seminar iz onkologije in onkološke zdravstvene nege, Radenci. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 2001: 26-32.

ETIKA IN ZDRAVSTVENA NEGA STAROSTNIKA Z RAKOM

Marina Velepič, viš. med. ses.
Onkološki inštitut Ljubljana

UVOD

V uvodu kodeksa etike za medicinske sestre ICN iz leta 2000 je zapisano: Medicinske sestre imajo štiri osnovne odgovornosti: krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje znanja in lajšanje trpljenja.

ZN je neločljivo povezana s spoštovanjem človekovih pravic, ki vključujejo pravico do življenja, dostojanstva, zasebnosti,pravico izbire in odločanja.

ZN in odločitve medicinskih sester morajo biti vedno le v korist bolnika in varovancev. Dejavniki, kot so rasa, narodnost, vera, socialni položaj, spol, **starost**, zdravstveno stanje in politično prepričanje ne smejo imeti nobenega vpliva na odnos medicinske sestre do bolnika - varovanca. (Kodeks etike med. sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije -1994).

PRISTRANSKOST ZARADI STAROSTI

Že same rakave bolezni so še v 20 stoletju marsikje pomenile določeno stigmo oz. zaznamovanost obolelega.

Dejstvo, da incidenca rakavih bolezni raste s starostjo in da je starost pravzaprav največji samostojni rizični faktor (Yancik, 1991) samo potrdi trditev, da so rakave bolezni bolezni starejših ljudi. Sodobna družba ceni predvsem mladost, visoko produktivnost, uspešnost in zdravje (Kladnik, 2003), zato ni čudno da v strokovni literaturi zasledimo vedno več člankov o zdravstveni diskriminaciji do starostnikov obolelih za rakom (Kearney et al, 2000).

Eden od razlogov za to je prav gotovo ageisem-pristranskost zaradi ostarelosti, efekt stigme, povzročen s strani negativnega odnosa družbe do starosti. Derby, 1991, navaja, da je del diskriminacije starejših skrit za fasado zaščite starejših bolnikov. Ravno v onkologiji ima ageisem globok vpliv na planiranje zdravljenja in posledično zdravstvene nege. Starejši bolnik je pogosto gledan kot slab kandidat za agresivno zdravljenje z visoko rizičnostjo za toksične efekte zdravljenja, s slabim socialnim suportom in majhno možnostjo za kvalitetno in dolgo preživetje. Takšno prepričanje je le eden od primerov ageisma, ki ga promovirajo tudi ekonomska predvidevanja o visokih stroških zdravljenja starejših. Starejši potrebujejo več angažiranosti zdravnika in medicinske sestre, porabijo več različnih zdravil, hospitalizirani so dalj časa kot mlajši. Slab vid, govor, sluh, pridružene bolezni, slabša mobilnost,

povzročajo daljšo hospitalizacijo. Uvedba DRG sistema v ZDA v letu 1984 ni bila le pozitivna (zmanjševanje stroškov za zdravljenje, zgodnji odpust bolnikov, zapiranje oddelkov) Povzročila je stigmo pristranskosti zaradi starosti v ameriškem zdravstvenem sistemu, ki so se je žal navzele tudi medicinske sestre. (Derby,1991)

Deklaracija o slabem ravnanju s starostniki, ki jo je izdalo Svetovno zdravniško društvo pomeni, da so se zdravniki med prvimi zavedali problema naraščanja števila starostnikov in vidnega zanemarjanja starostnikov v telesnem in duševnem pogledu (Mohar,1994)

ONKOLOŠKA ZDRAVSTVENA NEGA IN STAROSTNIK

Tisoči medicinskih sester po svetu izvajajo zdravstveno nego starejših in starostnikov, potencialno največje rizične skupine ljudi, ki bo zbolela za rakom ali ga že ima. Zato ne smemo prezreti vpliva geriatrije na onkološko zdravstveno nego in dejstva, da so medicinske sestre pravzaprav geriatrično-onkološke medicinske sestre.

Onkološka zdravstvena nega se je soočila s problemom nepripravljena in s pomanjkanjem znanja. V letih 1988 do 1992 je International Society on Nurses in Cancer Care kar na treh konferencah obravnavala to problematiko. Rezultat tega je bila izdelava osnovnih stališč zdravstvene nege pri obravnavi starejših, obolelih za rakom.

»Onkološke medicinske sestre so dolžne pripraviti formalno ogrodje za izvedbo oz. prilagoditev onkološke zdravstvene nege specifičnim problemom starostnikov z rakom« (ONS, 1992).

ETIČNE DILEME

Kodeksi etike nas seznanjajo z vrsto etičnih in moralnih načel, ne morejo pa odgovoriti na množico etičnih vprašanj. Pri izvajanju zdravstvene nege onkološkega bolnika starostnikA se dodatno potencirajo s samo diagnozo, zdravljenjem in množico problemov, specifičnih za starejše bolnike.

Vprašanje, kot je: »Sestra, ali bom umrl?« je mogoče eno najtežjih in zelo pogosto pri neozdravljivo bolnih bolnikov z rakom.

Mnogi se bodo strinjali, da moramo bolniku povedati resnico, toda principi strokovne odgovornosti so pogosto drugačni. Delati dobro in ne škodovati, sta dva osnovna principa. Vendar, ali oba pomenita isto? Pogosto smo prepričani, da za bolnika delamo le dobro, toda ali to vedno tudi pomeni, da mu ne škodujemo? V razmislek le nekaj primerov:

- S paravenozno aplikacijo poškodujemo tkivo
- Z antibiotikom povzročimo težko alergijo
- Kemoterapija izzove slabost, bruhanje, izgubo las, diarejo

Z mnogimi intervencijami medicinskih sester bolnikom povzročamo bolečino. Pogosto se sprašujemo o smiselnosti zdravljenja in kvaliteti bolnikovega življenja, pravici bolnika da o zdravljenju odloča, pravici nestrinjanja, pravici do varovanja zasebnosti in do dostojanstva in pogosto si zastavimo vprašanje Ali smo ravnali prav.

ZAKLJUČEK

Problemi etike, odločanja bolnikov in njegovo zaupanja, vključujejo resnico, pravico, pravičnost in svobodo ter bazirajo na zaupnosti. To so osnove na katerih je zgrajen civiliziran svet.

Kot medicinske sestre smo dolžni nuditi korektno in kompleksno skrb bolnim, ščititi človekove pravice in vrednote, ki jim pomagajo. Medicinske sestre morajo preprečiti kratenje pravic bolnikom tudi takrat, ko s tem povzročijo konflikt v zdravstvenem timu.

Starejši bolniki z rakom, kjer obstaja stigma pristranskosti zaradi same starosti so tisti, ki so dostikrat odrinjeni na rob družbe in so pomoči medicinske sestre še toliko bolj potrebni. Pri tem pa je vsekakor pomembno, da sami, do ostarelih, pristranskosti ne priznamo.

Literatura:

1. Susan Ellison Derby, Ageism in Cancer Care of the Elderly, Derby - vol 18,NO 5, 1991
2. Robert J. McKenna,Sr.,M.D., Clinical Aspects of Cancer in the Elderly, Treatment Decisions, Treatment Choices, and Follow-Up, Presented at the National Conference on Cancer and the Older Person, Atlanta Georgia, February 10-12,1994
3. Oncology Nursing Society Position Paper on Cancer and Aging: The Mondate for Oncology Nursing, Boyle - vol 19,NO 6,1992
4. C.Bailey c. & Corner J., Care and the older person with cancer, European Journal of Cancer Care, 2003, 12, 176-182
5. L.Fratino, L. Ferrario, K. Redmond, R.A. Audisio, Global health care: the role of geriatrician, general practitioner and oncology nurse, Critical Reviews in Oncology/Hematology 27 (1998) 101-109
6. Deborah McCaffrey Boyle, R.N., M.S.N., O.C.N., Realities to guide novel and necessary nursing care in geriatic oncology, Cancer Nursing 17(2):125-139, 1994
7. Marsha Lewis,PH.D., R.N., Valinda Pearson, M.S.,R.N., Shelia Concoran-Perry, PH.D.,F.A.A.N., and Suzanne Narayan,Ph,D.,R.N., Decision making by elderly patients with cancer and their caregivers, Cancer Nursing 20(6):389-397, 1997
8. Kevin Kendrick, Ethical pathways in cancer and palliative care, Cancer Care, Champmen & Hall, 1995
9. T. Kladnik, Starost, Okno št.1, 2003, glasilo Društva onkoloških bolnikov Slovenije
10. Pjerina Mohar, Temelji medicinske etike in deontologije, Zavod Republike Slovenije za šolstvo in šport

STAROST IN RAK

Diana Jeleč; dipl. soc. del.
Onkološki inštitut Ljubljana

STRAROST IN STARANJE KOT PROCES

Starost je stanje posameznika, staranje pa dinamični proces, ki traja od rojstva do smrti z različnimi spremembami v strukturi organizma.

Staranje je torej povsem normalen biološki proces v življenju, katerega značilnost je, da razkroj in odmiranje prevladata nad rojstvom in razvojem celic. Staranje se začne že ob rojstvu, le da so pri mladem organizmu analobni procesi (procesi novogradnje in rasti) bolj v ospredju kot katalobni (proces staranja in propadanja).

O staranju je veliko teorij.

Biološke teorije povezujejo proces staranja s pešanjem življenjskih funkcij.

Psihološke teorije staranja izhajajo razvojnih teorij in teorij osebnosti.

Socialne teorije govori o teoriji zmanjšane aktivnosti (nekateri avtorji trdijo, da staranje spremlja proces zmanjšane aktivnosti ter med starimi in družbo prihaja do zavračanja) in teorijo aktivnosti (večina starih ljudi ostane aktivna tudi v starosti).

V Sloveniji delež prebivalstva, starejšega od 65 let, nezadržno raste.

Leta 1997 je znašal 13,2 %, kar pomeni, da je bil vsak šesti prebivalec Slovenije star 65 let. Vsak dvainštirideseti pa najmanj osemdesetletnik. Tako visoka starost prebivalstva je lahko velik dosežek pa tudi izziv za družbo, ki zahteva spremembo ravnanja in miselnosti.

Pri nas se zadnja leta, predvsem zaradi sprememb v zvezi s spremembami invalidskega in pokojninskega zavarovanja, starost in problematika staranja stav vse bolj tematizirana.

SOCIALNI POLOŽAJ STARIH

Položaj starega človeka se je skozi zgodovino spreminjal, saj je bil odvisen od življenjskih razmer.

Odnos do starosti in razdvojenost generacij danes stare ljudi medčloveško, kulturno in bivanjsko potiskajo tako na rob in v osamo ter nekoristnost, da je ta stran njihovega socialnega položaja verjetno med najslabšimi v zgodovini.

Predvsem zaradi izgube socialne identitete in stigmatizacije in individualnih težav, ki so posledica bolezni, stresa, so med najbolj ranljivimi prav stri ljudje.

Ob dodelitvi naučene in vnaprej določene vloge starega človeka se samopodoba starih približuje diskriminirajoči podobi v družbi. V skladu s tem se začnejo tudi sami obnašati. Počutijo se nekoristne, prazne, zbolijo.

Družba mora poskrbeti za odvisne stare in v prepričanju, da opravlja pomembno nalogo, začne ustanavljati za njih domove. Pri tem pa pozablja, da so domovi prostor nove diskriminacije, saj kot svojevrstna geta pomenijo nenaraven način prevladujočih družbenih sterotipov o starosti.

PSIHOLOŠKA PRIPRAVA NA KAKOVOSTNO STAROST

Kakovostno starost omogočajo mnogi socialni, zdravstveni, psihološki in vedenjski dejavniki. Primeren dejavnik je zdravstveni dejavnik. Za človeka, ki ima starostne ali druge bolezni ne moremo reči, da doživlja kakovostno starost, čeprav je njegovo življenje bolj ali manj kakovostno.

Velja pa tudi obratno, saj dobro zdravje še ne zagotavlja kakovostnega življenja, če ga pri tem ne spremljajo zadovoljstvo s samim seboj, topli socialni odnosi in dobro počutje.

Občutljivost za kakovost življenja in za spoštovanje človekovih pravic se je v zadnjem času v svetu in pri nas povečala.

VLOGA SOCIALNEGA DELA V ZDRAVSTVU

Socialno delo v zdravstvu se je razvilo v začetku tega stoletja v ZDA kot specializacija oziroma posebno področje socialnega dela. Pobudnik tega je bil zdravnik Richard S. Cabot, ki je prišel do zaključka, da bi poleg zdravnika moral biti še kdo, ki obiskal bolnika na domu, preveril njegovo socialno - ekonomsko stanje in kako vplival na njegovo zdravstveno stanje.

Kasneje se je socialno delo uveljavljalo tudi v evropskih državah, pri nas se je začelo po letu 1957.

Posebnost socialnega dela v zdravstvu je v tem, da socialni delavec uporabnika - bolnika ne obravnava dolgo. Gre običajno za krajše intervencije ob krizah, ki nastopijo v zvezi z boleznijo ali pa tudi neodvisno od nje.

Temeljni cilj socialnega dela v zdravstvu je nudenje vsestranske pomoči bolnikom, s pomočjo komunikativnosti, čustvene uravnovešenosti, možnosti pozitivnega vpliva na njihovo osebnost...

Poslanstvo socialnega varstva (in socialnega dela) je v tem, da razvija in širi življenjske priložnosti za ljudi (bolnika), ne da bi jim pri tem predpisovali, kaj je najboljša rešitev za njihove potrebe.

Socialno delo je poslanstvo na treh področjih:

- Pomoč bolnikom za učinkovitejše reševanje problemov in odgovorno soočanje z različnimi življenjskimi situacijami
- Pomoč pri iskanju ustreznih oblik pomoči in storitev, kar socialni delvci lahko zagotavljajo saj delujejo v različnih sistemih, kot so socialne službe, lokalne in druge, državni organi
- Povezovanje bolnikov s sistemi, da bi si lahko zagotovili dostop do razpoložljivih virov in različnih življenjskih priložnosti

Na Onkološkem inštitut sva v zdravstveno socialni službi zaposleni dve delavki. Višja medicinska sestra in diplomirana socialna delavka.

DELO SOCIALNE DELVKE/SOCIALNEGA DELVCA V BOLNIŠNICI

a.) **Naloge v zvezi s sprejemom bolnika**: pomoč pri vključevanju v novo okolje, zbiranje podatkov o družinskih razmerah in seznanjanje zdravstvenega tima s tem.

b.) **Naloge v času bolnišničnega zdravljenja**: pomoč bolniku pri reševanju socialnih težav, pomoč pri vključevanju družine in ustreznih služb.

c.) **Delo ob odpustu iz bolnišnice**: pomoč bolniku pri namestitvi v dom, pomoč bolniku, da se prilagodi na nove razmere (invalidnost, predčasna upokojitev..), aktiviranje ustreznih služb.

Socialna delavka/socialni delavec nudi storitve in oblike pomoči opredeljene v Zakonu o socialnem varstvu, ki jih lahko ponudimo starostniku:

- Prva socialna pomoč
- Osebna pomoč
- Pomoč družini za dom
- Organizirane storitve v bivalnem okolju
- Institucionalno varstvo

Nudenje izveninstitucionalnih oblik pomoči:

Stanovanjske oblike:

- Dnevni centri (za tiste, ki potrebujejo nadzor, varovanje in pomoč)
- Stanovanja za stare (varovana stanovanja)

Oblike pomoči na domu:

- Pomoč na domu (socialna oskrba v okviru javne službe)
- Storitve v bivalnem okolju (dostava življenjskih potrebščin na dom)
- Storitve na domu (osebna nega, gospodinjska pomoč....)
- Storitve na daljavo - s pomočjo telekomunikacijske tehnologije (nujni klici)

Oblike pomoči starejšim ljudem:

a.) **neformalna oblika pomoči**. Pojem neformalne pomoči zajema vse tiste oblike pomoči med posamezniki, skupinami, ki se odvijajo v »naravnih« primarnih in sekundarnih skupinah in skupnostih.

b.) **Pomoč prostovoljcev**. Je nasprotje socialne službe in ga opravljajo prostovoljci, ki vnašajo v življenjski prostor bolnika, skupine, energijo...

Pri vsakdanjem delu z bolniki sem ugotovila, da prevladuje predvsem potreba po ureditvi domskega varstva.

V ospredju so predvsem **bolnice**, ki potrebujejo **namestitev v domu za starejše občane**. Glede na to, da živijo dlje in se poročajo z starejšimi moškimi je velika verjetnost, da bodo starost preživljale same. Za razliko od žensk imajo moški ob sebi žene, ki skrbijo in jih negujejo.

Bolnik- starostnik se sreča z **občutkom, da je z boleznijo izgubil samostojnost in moč**. V instituciji človeku odpade skrb zase, kar lahko pomeni tudi razkroj lastne identitete. Znajde se pred obilico prostega časa in ga brezdelje opominja, da je njegov čas minil.

Potrebe po domskem varstvu so predvsem v mestih in nekoliko manj na podeželju.

V mestih je manjša socialna mreža, svojci so prezaposleni, oviranje pri uprabi ortopedskih pripomočkov (voziček - blok brez dvigala).

Potreba po domskem varstvu se največkrat pojavi v fazi ponovitve bolezni.

Še zmeraj je prisotno prepričanje, da je dom »njihova zadnja postaja ».

Velikega pomena je družina.

Za bolnika je pomembna družina kor socialna opora in varnost. Občutek, da si tudi v starosti nekomu potreben daje starim in bolnim smisel življenja.

Skrbniki starostnika zaradi obremenilne situacije ob starostniku velikokrat mnogi izgubijo na področju čustvenih odnosov s svojci, prijatelji, na področju kulturnega družbenopolitičnega izobraževanja...

Zato je velikega pomena, da jim omogočimo nadomestiti ta primanjkljaj z vključitvijo skupine za samopomoč, razna društva. Predvsem, da se vključijo v skupine z ljudmi, ki so v podobnem položaju.

NAJPOGOSTEJŠI RAZLOGI, KI PRIVEDEJO STAROSTNIKA DO POTREBE PO POMOČI

Potreba po pomoči nastane takrat, ko delovanje naravne socialne mreže ni več harmonično. Vzrok za nastanek materialnih težav in osebnih stisk so motnje, ki se pojavijo v mrežah medsebojne povezanosti starih ljudi v njihovem naravnem okolju. Mreže medsebojne povezanosti potekajo na več ravneh:

Starostnik - ljudje,s katerimi je neposredno povezan (družina, sorodniki)

Starostnik - naravno okolje (prijatelji)

Starostni - družba s svojimi institucijami (vladnimi, nevladnimi, neprofitinimi..)

Starostni v odnosu do sebe

Najpogostejši problemi starih ljudi so: Fizična in duševna nesposobnost kljub urejenim materialnim razmeram, kronične bolezni, socialna izključenost, izguba partnerja, pomoč po bolnišnične zdravljenju, ki jim jo svojci ne morejo ponuditi.

Pri zagotavljanju pomoči moramo imeti v mislih tisto, kar je na razpolago v danem okolju oziroma poteka po programih lokalne skupnosti v vladnem, nevladnem in neprofitnem sektorju.

ZAKLJUČEK

Da bi dosegli čim boljšo kvaliteto življnja bolnikov - starostnikov je potrebno izboljšati komunikacijo med bolnikom in zdravstvenim timom. Bolnika obravnavati kot celostno bitje (ne samo bolezen)..

Za kvaliteto življenja v starosti pa je zelo pomembna priprava na starost in upokojitev že v aktivni dobi starostnika - bolnika.

Z ustreznim ukrepi družbe in posameznika bi lahko zagotovili starim življenje, ki so ga vredni..

Potrebno je razvijati formalne in neformalne oblike pomoči, ki bodo povečale sposobnost družin, da skrbijo za starejše člane družine. Potrebno je tudi zagotoviti dovolj ustreznih oblik pomoči, ki bi omogočile starostniku, da čim dlje ostane v svojem bivalnem okolju.

Literatura:

1. Acceto, B. (1968). Staranje, starost in starostno varstvo. Ljubljana. RK Slovenije.
2. Begić, N. (2001). Diplomska naloga. Kvaliteta življenja bolnikov v bolnišnici. Ljubljana: VŠSD.
3. Creagan, T.E. (2001). Zdravo staranje. Ljubljana: Educy,
4. Socialne delo letnik 39; številka 6 (2000); str. 433-439.
5. Socialno delo letnik 41; številka 5 (2002); str. 295-299.
6. Socialno delo letnik 42; številka 1 (2003) ; str. 33-42.
7. Jeleč,D. (2000): Socialno delo z starostniki, seminarska naloga, Ljubljana, VŠSD.

IZGORELOST PRI MEDICINSKIH SESTRAH

Tjaša Pečnik Vavpotič, prof. zdr. vzg.,viš. med. ses.
Onkološki inštitut Ljubljana

UVOD

Ko se odločamo za poklic medicinske sestre, so naše predstave o delu v zdravstveni negi pogosto idealistične. Že med šolanjem in kasneje ob samem delu na področju zdravstvene nege kaj kmalu spoznamo, da je naše delo odgovorno, naporno in pogosto povezano s številnimi stiskami. Medicinske sestre pesti preobremenjenost z delom v čustveno zahtevnih situacijah. Prevelike delovne obremenitve pa povzročajo »izgorelost«, ki se kaže v izgubi motiviranosti za delo, kronični izčrpanosti, obolevnosti.

To velja predvsem za medicinske sestre, zaposlene na oddelkih intenzivne nege in terapije, in na oddelkih, kjer se medicinske sestre pogosto srečujejo z neozdravljivo bolnimi, z umiranjem in s smrtjo (Cooper in Mitchell, 1990; Rakovec-Felser, 1996; Hainsworth, 1996; Schaufeli in Janczur, 1994).

Pojem izgorelost in njegovo proučevanje

Z izrazom »izgorelost« običajno poimenujemo specifični sindrom, ki je posledica daljše izpostavljenosti delovnemu stresu in je značilen predvsem za poklice, ki jih označuje obsežno delo z ljudmi v čustveno zahtevnih situacijah.

Samo proučevanje izgorelosti kot ločenega sindroma delovnega stresa se je pričelo v zgodnjih 70. letih in je bilo delno posledica skrbi zaradi pojavov, kot so fluktuacija, absentizem, znižanje kakovosti storitev, čustvena izčrpanost in apatija, fizična utrujenost, depresija, izbruhi jeze, psihosomatska obolenja, povečano uživanje drog in alkohola ipd. (Penko,1994).

Najbolj natančno je sindrom izgorelosti leta 1982 opredelila Christina Maslach (McGee,1989), in sicer kot sindrom čustvene izčrpanosti, depersonalizacije in znižane osebne izpolnitve, ki se pojavi pri osebah, ki delajo z ljudmi.

Čustveno izčrpanost povzročajo pretirane čustvene zahteve, s katerimi se posameznik sooča pri svojem delu in se kaže v občutkih preobremenjenosti in izčrpanosti, ki so odziv na pogosta stanja visoke vzburjenosti.

Depersonalizacija označuje stanje, ko posameznik namesto empatije, spoštovanja in pozitivnih čustev razvije cinično in dehumanizirano zaznavo ljudi in ravna z njimi na neoseben ali omalovažujoč način.

Znižana osebna izpolnitev se kaže v občutkih neučinkovitosti in neuspešnosti. Posameznik izgublja občutek osebne izpolnitve, kompetence in uspešnosti pri delu.

Kombinacija vseh treh sestavin sindroma pa vključuje posameznikove čustvene in spoznavne odzive na kronični stres.

Razlogi za izgorelost

Izgorelost, ki je sicer prvenstveno vezana na delovni stres, vpliva tudi na posameznikovo zdravje in splošno funkcioniranje. Pojav ne ogroža le psihosomatskega ravnovesja posameznika in znižuje njegovo delovno učinkovitost, pač pa se zrcali tudi v odnosih z ljudmi. Prav zato, ker so učinki kompleksni, so bili raziskovalci izgorelosti še bolj kot v ugotavljanje posledic izgorelosti usmerjeni v določanje razlogov, ki vplivajo na pojav. Večina strokovnjakov meni, da bi razloge za izgorelost lahko razvrstili v tri osnovne skupine:

- razlogi, ki jih je mogoče pripisati individualnim specifičnostim posameznika, torej njegovim osebnostnim potezam;
- razlogi, ki izhajajo iz narave dela ter posebnosti na delovnem mestu, kot so: vrsta dela, neustrezna organizacija dela, pomanjkanje strokovnega izpopolnjevanja; dokazano pa je, da so težki delovni pogoji manj stresni, če ima posameznik večji občutek lastne učinkovitosti in avtonomije;
- razlogi, ki so odsev širšega družbenega vzdušja oziroma razmer (Rakovec-Felser, 1996).

Vsi ti razlogi so obremenjujoči tudi za poklic medicinske sestre, saj je le-ta verjetno eden najbolj stresnih poklicev v zdravstvu in zato tudi pogosto proučevan v smislu delovnega stresa zaradi številnih stresnih dejavnikov, ki jih medicinska sestra doživlja pri svojem delu.

Izgorelost pri medicinskih sestrah

Pri iskanju odgovorov, kateri so možni vzroki stresa pri delu medicinske sestre, sta v strokovni literaturi zelo pogosto citirana kot najpomembnejša dejavnika stresa umiranje in smrt. Mnogi avtorji se celo strinjajo, da je zdravstvena nega terminalnega bolnika najbolj stresen dejavnik pri delu medicinske sestre (Cooper in Mitchell, 1990; Hainsworth, 1996). Jasno pa je, da je medicinska sestra, ki dela na oddelku, kjer je umrljivost bolnikov večja, mnogo bolj izpostavljena stresu. Kushnirjeva, Rabin in Azulaijeva (1997) poudarjajo, da so še posebej ogrožene mlade, neizkušene medicinske sestre, ki so zaposlene na področju onkološke zdravstvene nege, kjer je največ terminalnih bolnikov.

Splošne vzroke stresa pa predstavljajo težke delovne obremenitve, izjemna odgovornost pri delu, turnusno in nočno delo, pomanjkanje osebja, slaba razporeditev dela v skupini, pomanjkanje strokovnega izpopolnjevanja, različne in številne vloge, heteromorfnost poklica, konflikti s stanovskimi kolegicami in z zdravniškim osebjem (Cavanagh in Snape, 1993; Astudillo in Mendinueta, 1996).

Velik izvor stresa predstavlja tudi položaj medicinske sestre, ki je pogojen s hierarhijo. Njen položaj je izjemen, saj je nenehno v neposrednem stiku z nadrejenim zdravnikom in z bolnikom. Poleg tega se svojci bolnikov veliko več obračajo na medicinsko sestro kot pa na zdravnika. Medicinska sestra je tako pod

nenehnim pritiskom zahtev, naročil zdravnika ter zahtev bolnika in vprašanj njegovih sorodnikov. Ta splet odnosov lahko stopnjuje občutke odgovornosti ali nemoči (Pačnik, 1992).

Hierarhija v zdravstvu temelji predvsem na različni strokovni usposobljenosti zdravstvenih delavcev in predpostavlja njihovo usklajeno sodelovanje na osnovi nadzora in odgovornosti. Raziskovalci značilnosti hierarhije so prišli do zaključkov, da ima taka organizacija dela tudi negativne učinke na končni rezultat dela. Hierarhična organizacija vnaprej pripisanih vlog definira medicinsko sestro kot idealen ženski lik: poslušna in požrtvovalna, pripravljena na najglobljo uvidevnost in samoodrekanje, hkrati pa nesposobna za samostojno odločanje. Čeprav so ženske že nasploh socializirane za podrejanje, so medicinske sestre še dodatno socializirane za podrejanje zdravniku (Pahor, 1989).

Medicinske sestre namreč nimajo take profesionalne avtonomije in družbene veljave, ki bi dopuščala trditev, da imajo enak profesionalni status in enako vlogo kot zdravniki. Medicinske sestre se zato praviloma identificirajo z interesi ustanove ali zdravnikov. Raziskave govorijo o tem, da želijo medicinske sestre, ki šele začenjajo kariero, več avtonomije in imajo več želje po profesionalnem napredovanju. Z leti se sprijaznijo s hierarhično lestvico in privolijo v ustaljena »pravila igre« (Letica in Letica, 1991).

Kako bo stres vplival na delo medicinske sestre, je odvisno tudi od njenega zdravja, življenjskega stila, harmonije v privatnem življenju, socialnih spodbud, ekonomskega in socialnega statusa, starosti in njene osebnosti v celoti.

Glede na to, da sta prav umiranje in smrt v strokovni literaturi citirana kot najpomembnejša dejavnika stresa pri medicinskih sestrah, je bila v letu 1999 na Onkološkem inštitutu Ljubljana izvedena raziskava o pojavljanju sindroma izgorelosti.

Namen raziskave je bil proučiti, v kolikšni meri se izgorelost pojavlja pri medicinskih sestrah, zaposlenih na Onkološkem inštitutu, ter ugotoviti morebitne razlike v pojavljanju le-te pri medicinskih sestrah, zaposlenih v različnih dejavnostih, in glede na različne demografske značilnosti medicinskih sester.

VZOREC IN METODA DELA

V raziskavi je sodelovalo 110 medicinskih sester, ki so bile razdeljene v dve skupini, in sicer na skupino medicinskih sester, zaposlenih v hospitalni dejavnosti (n=67), in skupino medicinskih sester, zaposlenih v nehospitalni dejavnosti (n=43).

Podatki so bili zbrani z anketnim vprašalnikom. Vprašanja so bila zaprtega tipa, anketni vprašalnik pa je bil sestavljen iz dveh delov:

- iz demografskih podatkov o spolu, starosti, stanu, izobrazbi, skupni delovni dobi in delovni dobi na Onkološkem inštitutu;
- iz Maslachovega vprašalnika izgorelosti (MBI - The Maslach Burnout Inventory), ki meri tri sestavine izgorelosti: čustveno izčrpanost, depersonalizacijo in osebno izpolnitev. Sestavlja ga 22 trditev, s katerimi se ocenjuje pogostost

pojavljanja. Visoko izgorelost naj bi predstavljali rezultati, katerih položaj je v zgornji tretjini distribucij rezultatov na posameznih podlestvicah čustvene izčrpanosti in depersonalizacije ter v spodnji tretjini na podlestvicah osebne izpolnitve (Penko,1994).

REZULTATI

Demografske značilnosti vzorca

Večina sodelujočih je bila ženskega spola, zato je bilo v raziskavi opuščeno obravnavanje vzorca po spolu.

Starost je bila razvrščena v razrede v dolžini petih let, razen prvega (do 19 let) in zadnjega (50 in več let) razreda. V hospitalni dejavnosti je največ medicinskih sester, starih od 35 do 39 let in od 40 do 44 let (20,9 %), v nehospitalni dejavnosti pa od 35 do 39 let (37,2 %). Povprečna starost zaposlenih v hospitalni dejavnosti je 34 let, v nehospitalni dejavnosti pa 40 let, kar kaže na pomembne razlike skupin v starosti.

Največ sodelujočih v raziskavi je poročenih, tako v hospitalni (53,7 %) kot nehospitalni (83,7 %) dejavnosti, precej medicinskih sester v hospitalni dejavnosti pa je tudi samskih (35,8 %).

Večina medicinskih sester v hospitalni dejavnosti ima srednjo stopnjo izobrazbe (67,2 %), v nehospitalni dejavnosti pa višjo oziroma visoko stopnjo izobrazbe (65,1 %).

Skupna delovna doba in delovna doba na Onkološkem inštitutu je bila razdeljena v štiri skupine v dolžini desetih let, razen prve skupine, ki je v dolžini petih let.

Tako ima največ medicinskih sester od 15 do 24 let skupne delovne dobe, in sicer tako v hospitalni (38,8 %) kot v nehospitalni (37,2 %) dejavnosti. V hospitalni dejavnosti ima velik delež medicinskih sester od 0 do 4 (23,9 %) in od 5 do 14 (23,9 %) let skupne delovne dobe, medtem ko v nehospitalni dejavnosti nobena medicinska sestra nima manj kot 5 let skupne delovne dobe. Povprečna skupna delovna doba medicinskih sester v hospitalni dejavnosti je 14 let in je statistično značilno krajša od skupne delovne dobe v nehospitalni dejavnosti, ki je 19 let.

V hospitalni dejavnosti je največji delež medicinskih sester (37,3 %), zaposlenih na Onkološkem inštitutu do štirih let, v nehospitalni dejavnosti pa od 15 do 24 let (44,2 %).

Analiza vprašalnika izgorelosti

Z Maslachovim vprašalnikom izgorelosti ni bilo dokazanih statistično značilnih razlik v pogostosti pojavljanja izgorelosti pri medicinskih sestrah, zaposlenih v različnih dejavnostih, čeprav je bilo pričakovati, da medicinske sestre v hospitalni dejavnosti bolj pogosto doživljajo sindrom izgorelosti kot medicinske sestre v nehospitalni dejavnosti.

Prav tako medicinske sestre, zaposlene na Onkološkem inštitutu, visoke izgorelosti z rezultati, katerih položaj je v zgornji tretjini distribucije rezultatov na posameznih podlestvicah, praktično ne doživljajo, kar je v nasprotju z mnogimi študijami, ki poudarjajo, da je področje dela v onkologiji še posebej ogrožajoče. Le 16,3 % medicinskih sester v nehospitalni dejavnosti in 10 % medicinskih sester v hospitalni dejavnosti doživlja visoko čustveno izčrpanost, nobena medicinska sestra ne doživlja visoke depersonalizacije in le 1,5 % medicinskih sester v hospitalni dejavnosti doživlja zelo nizko osebno izpolnitev.

Demografske značilnosti in sindrom izgorelosti

Iz rezultatov raziskave tudi ni bilo dokazanega statistično pomembnega vpliva demografskih značilnosti vzorca na pogostost pojavljanja sindroma izgorelosti. Manjši statistično značilen vpliv imata le stan in izobrazba.

Medicinske sestre, ki so zaposlene v hospitalni dejavnosti in so poročene ali živijo v izvenzakonski skupnosti, občutijo večjo osebno izpolnitev pri svojem delu kot njihove samske kolegice, kar potrjuje navedbe mnogih avtorjev, da je pri obvladovanju stresa pomembna socialna opora družinskih članov. Prav tako medicinske sestre, ki so zaposlene v nehospitalni dejavnosti in so samske, občutijo statistično značilno večjo osebno izpolnitev pri delu kot njihove samske kolegice v hospitalni dejavnosti.

Stopnja izobrazbe vpliva le na sestavino čustvene izčrpanosti. Medicinske sestre s srednjo izobrazbo in zaposlene v hospitalni dejavnosti se počutijo bolj pogosto čustveno izčrpane kot pa medicinske sestre z višjo oziroma visoko izobrazbo. Morda je razlog v naravi dela, saj je pri srednjih medicinskih sestrah le-to povezano s pogostejšimi in z intenzivnejšimi stiki z bolniki, ali pa v različnem delovnem času, ki pri srednjih medicinskih sestrah poteka v treh izmenah, pri višjih medicinskih oziroma diplomiranih medicinskih sestrah pa le v dopoldanskem času z občasnimi dežurstvi v popoldanskem in nočnem času.

ZAKLJUČEK

Čeprav vse demografske značilnosti nimajo statistično pomembnega vpliva na pogostost pojavljanja sindroma izgorelosti, se je iz rezultatov povprečnih vrednosti sestavin sindroma izgorelosti izkazalo, da so za pojavljanje sindroma izgorelosti najbolj ogrožene medicinske sestre, stare od 25 do 29 let, in sicer tako v hospitalni kot nehospitalni dejavnosti, kar je morda povezano z usklajevanjem zahtev delovnega mesta in zasebnega življenja, saj je to obdobje, ko si večina medicinskih sester ustvarja družino.

Prav tako so ogrožene tudi medicinske sestre, ki so zaposlene na Onkološkem inštitutu do 5-ih let in bolj pogosto doživljajo čustveno izčrpanost kot njihove kolegice, ki so na Onkološkem inštitutu že dlje časa. To se dogaja verjetno zaradi prilagajanja na

zahtevnost novega delovnega mesta in naravo dela v onkološki zdravstveni negi. To pa na nek način kaže na zahtevnost dela v onkologiji, in sicer kljub temu, da ni bilo dokazanega statistično značilnega pojavljanja sindroma izgorelosti.

Zakaj pričujoča raziskava ni potrdila predvidenih tez?

Morda so bili rezultati odraz dejanskega stanja ali pa je šlo tudi za dajanje socialno zaželjenih odgovorov, kar pomeni, da na področju čustvene izčrpanosti, depersonalizacije in zadovoljstva z delom ni prišlo do dejanskega stanja, temveč do stanja idealizacije.

Seveda pa na podlagi te raziskave ne moremo trditi, da se pri medicinskih sestrah, zaposlenih na Onkološkem inštitutu, sindrom izgorelosti ne pojavlja. Vsekakor to področje odpira nove možnosti raziskovanja o vplivu posameznih dejavnikov delovnega stresa na pojavljanje sindroma izgorelosti in sistematičnejše preverjanje pojavljanja izgorelosti pri medicinskih sestrah.

Kaj storiti, da bo medicinska sestra pri delu zadovoljna, da poklicnega dela ne bo doživljala kot obremenitev, da se bo ob morebitni stresni situaciji znala z njo tudi soočiti?

Pomembno je predvsem ustrezno dodiplomsko in kontinuirano podiplomsko izobraževanje (specifično izobraževanje o umiranju in smrti), da bodo mlada dekleta, ki začenjajo delati kot medicinske sestre pri 19-ih in 23-ih letih in so pogosto še čustveno in socialno nezrele, znala sprejeti trpljenje in smrt kot del življenja.

Ključnega pomena je tudi socialna opora pri delu, ki jo lahko predstavljajo dobri medsebojni odnosi v kolektivu ali pa strokovna pomoč posamezniku, ki se znajde v stresni situaciji. To pomoč lahko predstavljajo psiholog, skupinska terapija ali pa supervizija.

Velik učinek pri zmanjševanju pojavljanja sindroma izgorelosti ima tudi posameznikov občutek lastne učinkovitosti in avtonomije, ki pa jo medicinske sestre v strogo hierarhični strukturi zdravstva težko dosežemo. Po mnenju Letice S. In Letice G. (1991) - hrvaških sociologov - so največja ovira za doseganje funkcionalne avtonomije sestrske profesije, medicinske sestre same, ker so socializirane za podrejanje, da izpolnjujejo ukaze drugih, da pomagajo in ničesar ne zahtevajo.

Pomembna pa je tudi ustrezna organizacija dela, ki vključuje:

- razmejitev dolžnosti in odgovornosti;
- ustrezno razporeditev delovnega časa;
- izboljšanje delovnih razmer;
- takojšnje odpravljanje nesoglasij;
- pogostejše pohvale posameznikov za dobro opravljeno delo.

Z vsemi temi dejavniki lahko medicinski sestri omogočimo večje zadovoljstvo pri delu. Le zadovoljna medicinska sestra lahko izvaja kakovostno zdravstveno nego, s katero lahko dosežemo večji ugled v ustanovi in v družbi, ter posledično tudi večjo profesionalno avtonomijo. Predvsem pa je pomembno, da se naučimo reči ne, kadar nam ob preobremenitvi nalagajo še dodatno delo.

Pri premagovanju stresa nam lahko pogosto pomaga lista človekovih pravic, ki jih poznamo vsi, le zavedati bi se jih morali v vsakem trenutku. Najpomembnejše med njimi so, da imamo pravico:

- izraziti svoje potrebe in pokazati na svoje odlike kot neodvisne osebnosti,
- da z nami ravnajo s spoštovanjem in kot z razumnim, drugačnim in enakovrednim človeškim bitjem,
- izražati svoja čustva,
- izražati lastno mnenje in vrednote,
- reči »da« ali »ne« po lastni presoji,
- reči »ne razumem« in vprašati za dodatna pojasnila,
- biti uspešni,
- odkloniti odgovornost za napake in probleme drugih (Pačnik, 1992).

Literatura:

- Astudillo W, Mendinueta C. Exhaustion syndrome in palliative care. Support Care Cancer 1996; 4: 408-15.
- Cavanagh S, Snape J. Nurses under stress. Senior Nurse 1993; 13: 40-2.
- Cooper CL, Mitchell S. Nursing the critically ill and dying. Human Relations 1990; 43: 297-311.
- Hainsworth DS. The effect of death education on attitudes of hospital nurses toward care of the dying. Oncology Nursing Forum 1996; 23: 963-7.
- Kushnir T, Rabin S, Azulai S. A descriptive study of stress management in a group of pediatric oncology nurses. Cancer Nursing 1997; 20: 414-21.
- Letica S, Letica G. Medicinska sestra kot profesionalka: družbeni položaj in etični problemi. Zdrav Obzor 1991; 25: 23-30.
- McGee RA. Burnout and professional decision making: An analogue study. Journal of Counseling Psychology 1989; 36: 345-51.
- Pahor M. Odnosi med zdravstvenimi delavci kot dejavnik razvoja zdravstva. Zdrav Obzor 1989; 23: 43-64.
- Pačnik T. Medicinska sestra in stres. Zdrav Obzor 1992; 26:15-20.
- Penko T. Izgorelost pri delu. V: Lamovec T. Psihodiagnostika osebnosti I. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Znanstveni inštitut Filozofske fakultete, 1994: 323-43.
- Rakovec-Felser Z. Človek v stiski, stres in tesnoba. Maribor: Založba Obzorja, 1991:48-9.
- Schaufeli WB, Janczur B. Burnout among nurses. A Polish - Dutch Comparison. Journal of Cross - Cultural Psychology 1994; 25: 95-113.
- Šlajmer-Japelj M. Kako v svetu rešujejo težave medicinskih sester zaradi dolgotrajnega težkega dela. Zdrav Obzor 1990; 24: 192-6.

NEGATIVNI VPLIVI, S KATERIMI SE SREČUJEMO PRI DELU S STAROSTNIKI IN Z BOLNIKI Z RAKOM

Jožica Gamse, dr. med., spec.psih.
Zdravstveni dom Maribor

Dejavniki, ki vplivajo na delo s starostniki, ki so zboleli za malignim obolenjem, so naslednji:

- spremembe na telesnem in psihičnem področju ter obolenja, ki jih prinaša starost
- maligna obolenja - sprejetje, odziv,
- okolje - dom, bolnišnica, svojci,
- medicinska sestra - odnos, posebnosti

STAROST je obdobje, ki se prične po 65. letu. Za to obdobje so značilne starostne spremembe, tako na somatskem, kot na psihičnem področju. Njihov potek je različen: nekateri ljudje se zelo hitro postarajo, drugi pa so še vrsto let mladostni, aktivni in polni energije. Na proces staranja vplivajo številni dejavniki: genetični, poklic, socialno-ekonomski položaj, psihosocialni, osebnostne značilnosti, zdravo okolje, prehrambene navade, razvade,....

TELESNE SPREMEMBE IN OBOLENJA

Stara se ves organizem, čeprav posamezni deli in organi različno hitro. Najbolj so vidne spremembe na zunanjih delih telesa in sicer se **koža** guba, v njej se pojavljajo starostne lise, **lasje** se redčijo, sivijo, zobje izpadajo, **mišična in kostna masa** se zmanjšuje, prav tako upada **mišična moč**, spremenijo se tudi količina **podkožnega maščevja**. Vse te spremembe vplivajo na človekovo **zunanjo podobo**. Kako se starostnik vidi, pa je zelo pomembno za njegovo psihično počutje:

- prenizko vrednotenje povzroča nastanek depresije in pasivnosti
- previsoko vrednotenje pa pogosto prinaša razočaranje
- stvarno vrednotenje ustreza dejanski starosti,

Z leti začne slabeti **srce**, zmanjšuje se srčna moč, pogostost utripa upada. S tem starostniku pri hoji navzgor primanjkuje sape. Staranje pa ne prizadene le srca, ampak tudi ožilja (arterije se odebele, na stenah se nabira kolagen in kalcij, razvija se arterioskleroza. Spremembe se nabirajo tudi v **pljučih** in ostalih delih dihalnega sistema, število dihov se zmanjšuje, s tem pa količina aerobnega kisika. Spremembe v **prebavnem traktu** prav tako znižujejo kvaliteto človekovega funkcioniranja. Manj sline pomeni manj gladko požiranje, predvsem suhe hrane.

Zaradi pomanjkanja sline šibkeje občutimo okusne kvalitete. Pomembna tegoba zaradi vseh teh sprememb sluznice in delovanja prebavil je motena prebava, najpogosteje kot zaprtje. Veliko starostnikov se počuti manjvredne zaradi starostnih sprememb v **uropoetskem organu** in sicer gre za nekontrolirano uhajanje urina. Starajo se tudi **senzorni organi**: vid, sluh, vonj, okus, tip, občutek za bolečino. Dvigne se prag za bolečino, kar je po svoje dobro, ker imajo šele močnejši dražljaji bolečinski učinek. Po svoje pa je slabo, ker prezrejo ali prepozno ugotovijo življenjsko pomembne signale. Nekateri starostniki pa z bolečinami izražajo vsa svoja negativna občutenja. **Možgani** so središče duševnosti, oziroma celotnega človekovega delovanja. S staranjem se število živčnih celic zmanjšuje in posledica le tega je:da se stari ljudje počasi in težko gibajo, težje ohranjajo ravnotežje in pokončno držo, muči jih vrtoglavice in omotice ter zaradi tega padajo. Drobni gibi postanejo nenatančni.

Pojavljajo se **obolenja**: hipertenzija, diabetes, hiperlipidemija, kronična obstruktivna pljučna obolenja, debelost, kronična srčna obolenja, obolenja hrbtenice in sklepov, osteoporoza,...

PSIHIČNE SPREMEMBE IN OBOLENJA

V starosti se pojavljajo spremembe na psihičnem področju. Njihov potek je različen, pri nekaterih se pojavijo že kmalu in poteka upad zelo hitro, drugi pa so še v globoki starosti duševno čili. **Upad inteligentnosti** nastopi zaradi samega staranja možganov in pa nerabe možganov - opuščanja intelektualnega dela, prenehanja učenja in izobraževanja. Prav tako prihaja do **motenj ustvarjalnosti, pozornosti, modrosti** in kar je zelo pomembno **spomina**. Starejši ljudje tožijo, da imajo zelo slab spomin, da si ničesar novega ne zapomnijo, da se ne morejo spomniti podatkov, zalagajo predmete, da vedno nekaj iščejo. Najprej prihaja do motenj kratkoročnega, šele kasneje pa dolgoročnega spomina. Tudi **čustva** se spreminjajo, prevladujejo negativna (jeza, žalost, strah, tesnoba, občutki sreče so redki, občutki nemoči in nebogljenosti). Za to obdobje so značilni **strahovi**, vsega jih je strah. Tako se bojijo prihodnosti, zmanjšanja sposobnosti. Zelo pogosto govore, da bi jim bila ohranjena pamet in bi še lahko skrbeli za sebe. Značilno je labilnost, ambivalentnost in kratkotrajnost čustev. Spremenijo se njihove vrednote in potrebe. Pogosto se umaknejo iz družbe. Študij **osebnosti** in osebnostnih sprememb v starosti so pokazale, da se nekatere osebnostne lastnosti stalne in vztrajajo celo življenje, druge pa se zelo spremenijo. Tako nekateri postanejo pravi skopuhi, nergači, nezadovoljneži, hipohondri,... Drugi pa postanejo umirjeni, dobrohotni, prijazni, radodarni, sugestibilni,...

Najpogostejša **psihična obolenja** so: depresija, demenca, paranoidna stanja, organske halucinoze, delirij,...

MALIGNA OBOLENJA

V svojem vsakdanu smo prepričani, da se nam in našim bližnjim ne more nič hudega zgoditi. Tako so tudi starejši pogosto nepripravljeni in se ob pojavu bolezni podre njihov svet. Ne glede na starost imajo občutek, da je bolezen prišla prehitro. Ko zvedo, da so zboleli, zapadejo v **šok**. To je prvo obdobje, ko so zmedeni in ne morejo misliti. Temu, hitro sledijo druga čustvena stanja. Ljudje pogosto **zanikajo** bolezen, saj to ne more biti res. Vedno so pošteno živeli in skrbeli zase. Gotovo so se zdravniki zmotili. Nato pa se pojavijo različna **čustva**: žalost, jeza, obup, agresivni izbruhi, očitki samemu sebi, obtoževanje. Pogosto se ta negativna čustva tako pogljabljajo, tako da se razvije **depresija**. Bolnik ne more sprejeti svoje bolezni in se prične **pogajati**. Obljublja, da bo daroval denar in podobno, samo da bi ozdravel. Po vsh teh osebnih bojih **sprejme** bolezen in se notranje umiri. Vsa ta obdobja lahko trajajo zelo kratek čas in se v teku dneva spreminjajo. Vse te reakcije se nadaljujejo, ko se bolezen slabša in prihaja do terminalnega stanja in umiranja. V tem obdobju bolnika spremlja strah, ki mu v veliki meri zmanjšuje kvaliteto življenja. Boji se predvsm bolečin in trpljenja. Strah pa stopnjujejo občutki osamljenosti, zapuščenosti.

Upanje

Vsak bolnik, ne glede na starost, mora v tem obdobju življenja v sebi imeti upanje. Upanje je dar, ki ga ne dobi od zunaj, temveč ga nosi v sebi.

V kaj upa umirajoči:

- da se bo v zadnjem trenutku vendar še nekaj zgodilo, da se bo obrnilo na boljše
- da ne bo trpel bolečine
- da ne bo žejen, da ne bo lačen,
- da mu bodo lajšali tudi druge težave, ki se bodo pojavile
- da ne bo sam, da bo ob sebi imel človeka, ki ga bo spremljal do konca
- da je njegovo življenje, kakršno je pač bilo, imelo smisel, da je opravil svojo življenjsko nalogo.

Resnica

Pogosto mislimo, da starejšim ni potrebno povedati o njegovi bolezni. Mislimo, da tako ne razumejo več. Vendar je tako razmišljanje napačno. Vedno je potrebno bolnika seznaniti z resnico. Dr. Metka Klevišar v svoji knjigi Spremljanje umirajočih pravi takole: Resnica naj bi bila kot kamen ob poti. Bolnik ga lahko vidi ali ne, kakor želi in kakor čuti v sebi. Ne sme pa biti resnica kamen na poti, ob katerega se bolnik spotakne, pade in se rani. Zelo važno je, kako povemo: da si vzamemo dovolj časa, da poiščemo primeren trenutek in tudi prostor. Povemo le toliko, koliko je bolnik pripravljen sprejeti. Zelo važno pa je, da se nikoli ne zlažemo.

OKOLJE

Bolniki si želijo, da bi lahko to svoje obdobje preživeli doma. Dom, ne glede na to, kakšen je, jim pomeni vse, predvsem varnost in domačnost. Bolnišnica jim pogosto vzbuja strah, smrt in zapuščenost. Da bolniki lahko ostanejo doma, pa potrebujejo pomoč svojcem. Ti pa niso vedno sposobni skrbeti za njih. Tukaj ne mislim, da nimajo bolnika dovolj radi, ampak so v ospredju strahovi:

- da ne bodo znali nuditi vso nego
- da ne bodo zanj vse naredili
- da ne bo imel dovolj oz. pravočasne protibolečinske terapije
- da mu v bolnišnici bodo strokovno lažje pomagali, da bo prejemal infuzijo
- da bodo sami zboleli, umrli,...

Tudi svojci doživljajo vsa že opisana stanja oziroma čustvene reakcije. Potrebujejo veliko podpore in pomoči. V primerih, ko bolniki ne morejo biti več doma, so nameščeni v bolnišnice ali pa v domove za ostarele. Takrat pa svojci pogosto doživljajo občutke krivde in razvijejo negativen odnos do osebja, kar tudi na bolnika negativno vpliva. Potrebno je veliko medsebojnega sodelovanja.

MEDICINSKA SESTRA

Osebje, ki skrbi za starostnike, za težko bolne in umirajoče, potrebujejo veliko energije, moči, pozitivnega odnosa do sebe in življenja, empatije in strokovnega znanja. Strokovni delavci morajo tudi spoznati bolnikovo telesno in duševno bolečino ter njegove posebnosti, ker to doprinese k bolj kvalitetnemu strokovnemu delu. To pa zahteva veliko sposobnost vživljanja v bolnika samega. Medicinska sestra si mora vzeti čas za pogovor z bolnikom. To pomeni, da se zna ob bolniku ustaviti in mu prisluhniti. Dr. Zdenka Zalokar Divjak pravi: Umetnost pa je vrjetno narediti ne samo, kar je prav, ampak opustiti, kar ni potrebno. Medicinska sestra preživi zelo veliko časa ob bolniku, saj ni le njegova negovalka, temveč tudi poslušalka, tolažnica. Tako lahko med njo in bolnikom nastajejo prisrčna in prav tesna razmerja, ki se zaključijo z njegovo smrtjo. Tako v njej nastaja žalost, čustvena izčrpanost, lahko pa pripelje do takšna situacije, ki v njej povzroči tudi psihično dekompenzacijo. To pa se ne sme dogoditi in zato mora poskrbeti zase. V tem ji mora biti v pomoč oz. v oporo delovna organizacija.

Literatura:

- Metka Klevišar: Spremljanje umirajočih
- Peter Fassler-Weibel: Blizu v težkem času
- Vid Pečjak: Psihologija tretjega življenjskega obdobja
- Zdenka Divjak Zalokar: Trpljenje in bolečina, umiranje in smrt (predavanje)

FONDACIJA
DR. J. CHOLEWA

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