

ETIKA IN ZDRAVSTVENA NEGA STAROSTNIKA Z RAKOM

*Marina Velepč, 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 ageism-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 ageism 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, obolenih 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 Mandate 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 geriatric 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