

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, zatrдно pa vemo, da imajo ljudje pri 70-ih letih drugačen pogled na življenje kot mladi pri 20-ih (Ko, Bublej, 2001). Ko starejši človek izve za diagnozo rak, so njegove reakcije, odzivi in potrebe po zdravljenju drugačne od tistih pri mlajši osebi. Studije 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 prehrabne 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 oslabeledih 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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 5. difuzen pogled na raka 6. jasen pogled na raka
C) prilagajanje na vsakdanje življenje	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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 zavrjnene.

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 zavrjnene, 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: when, where, how. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 2000; 33: 45-56.
- Evers MM, Meier DE, Morrison RS. Assessing Differences 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 Standards 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.