

ZDRAVSTVENA VZGOJA BOLNIKA S PLJUČNIM RAKOM

Tatjana Jakhel

Zdravstvenovzgojno delo z bolnikom, ki ima pljučnega raka je zelo različno. Odvisno je od vrste pljučnega raka, razširjenosti, prejšnje terapije, prognoze bolezni in njegovega načina življenja. Pri bolniku s pljučnim rakom si pri seznanjanju z boleznijo postavimo kratkoročne in dolgoročne cilje.

Prognoza bolnika s pljučnim rakom je odvisna od vrste raka in njegove razširjenosti. Na splošno velja, da je prognoza slaba in prek 90% bolnikov ne moremo pozdraviti. Zato je ocena o tem, kdaj je zdravljenje končano zelo individualna. Bolnikov z drobnoceličnim pljučnim rakom ne uspemo pozdraviti. Tudi po končanem citostatskem zdravljenju in obsevanju se bolezen le izboljša in kmalu lahko pričakujemo poslabšanje. Povprečno preživetje je od 11 do 16 mesecev. Lahko rečemo, da pri teh bolnikih zdravljenje nikoli ni končano. 40% operiranih bolnikov s pljučnim rakom preživi petletno obdobje. Pri teh bolnikih govorimo o končanem zdravljenju po resekciji pljuč, ki ji sledi obsevanje, redkeje kemoterapija. Bolnik nima kliničnih in laboratorijskih znakov bolezni. 10% bolnikov je dokončno ozdravljenih. Pri preostalih lahko tudi po končanem zdravljenju pričakujemo vnovičen zagon bolezni.

Bolnikovo poznavanje diagnoze je osnovni pogoj za večino informacij o bolezni in zdravljenju in za vzgojo bolnikov. Te informacije izboljšujejo sodelovanje bolnika pri zdravljenju, mu življenje obogatijo in naredijo bolj kakovostno.

Spoštovanje bolnikove osebnosti in bolnikovih pravic pomembno vpliva na naše vzgojno delo z bolnikom. Naša naloga je posvetiti se bolniku, ga osveščati, vzpodbujati in mu dajati oporo. Ne smemo pa posegati v bolnikovo integriteto pri tistih osebah, ki ne želijo biti informirane in spremljane. Bolniki imajo pravico, da so obveščeni o tem, kaj se dogaja v njihovem telesu, vzgoja pa lahko pripomore, da so bolj prilagodljivi in spremljajo bolezen in njen razvoj. Enako velja tudi za družinske člane. Bolnik informacije o bolezni zaradi psihične prizadetosti različno sprejema, pogosto je zaradi njih tudi zbehan. Zato naj bi bile informacije načrtne in postopne.

Glede na probleme, ki jih opazujemo, nam pri oceni kakovosti življenja pomaga anketa, kjer so navedeni bolnikovi problemi (bolečina, dihanje, utrujenost, slabost, apetit, psihično stanje).

*Tatjana Jakhel, višja medicinska sestra, Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek
za pljučne bolezni in alergijo*

Anketa o kakovosti življenja vsebuje na primer naslednja vprašanja:

- Imate težave pri aktivnostih, kot je nošenje težje torbe ali kovčka?
- Imate težave pri krajših ali daljših sprehodih?
- Ali večino časa preživite v postelji ali na stolu?
- Ste zmanjšali opravljanje dela oziroma dnevne aktivnosti?
- Težje dihate?
- Imate težave s spanjem?
- Imate zmanjšan apetit ali se vam pojavljajo slabosti?
- Imate težave s prebavo (zaprtje, driska)?
- Ste utrujeni, razdražljivi, depresivni?
- Imate težave s spominom?
- Ali bolečine nastopijo v zvezi z aktivnostjo? Itd.

Odgovori so ocenjeni od 1 do 4. (ne - 1, malo - 2, nekoliko - 3, veliko - 4)

Delovanje medicinske sestre

1. Nadzor nad bolečino

- Bolnika naučimo pravilne uporabe predpisane terapije in zdravil proti bolečinam.
- Bolniku svetujemo, da ob bolečini lahko tudi sam ukrepa. Povemo mu, da ni nujno, da je bolečina povezana s sedanjo boleznijo. Vzrok bolečine je lahko tudi drugje.
- Naučimo ga uporabe pokazala o jakosti bolečine. Ocena bolečine je od 0 do 10. (ocena do 3 - rahla, do 6 - srednja, do 9 - močna bolečina). Poudarimo, da ukrepa že ob rahli ali srednji jakosti bolečine; s tem namreč prepreči, da bi se bolečina razbohotila.
- Uporaba tehnike sprostitve.
- Če je bolečina kljub predpisani terapiji še vedno navzoča, bolniku svetujemo, da se posvetuje s svojim zdravnikom ali obišče protibolečinsko ambulanto Onkološkega inštituta.

2. Nasveti medicinske sestre v zvezi z življenjsko aktivnostjo dihanja.

- Bolniku svetujemo, da preneha kaditi in se izogibati zakajenih prostorov. Svetujemo tudi svojem, da z zdravim načinom življenja pozitivno vplivajo na bolnika.
- Poučimo jih o pravilni uporabi razpršilcev prek buč ali podaljškov.
- Bolnika naučimo dihalnih vaj že pred operacijo in dosledno jih morajo izvajati po operaciji.
- Namestitev bolnika v razbremenilne položaje (dvignjeno vzglavje).

3. Skrbi za psihofizično koncijo

- Poskušamo ga naučiti, da spozna svoje zmožnosti in izvaja aktivnosti, kolikor to dopuščajo njegove sposobnosti.
- Svetujemo mu, da se ukvarja z aktivnostmi, ki ga sproščajo in jih je gojil že pred boleznijo. Odvisne so tudi od njegovega stila življenja. Priporočamo mu sprehode v naravi.

4. Skrb za bolnikovo okolje

- Izogibati se mora ljudem z vnetji zgornjih in spodnjih dihal, kajti vsako vnetje dihal lahko poslabša osnovno bolezen. Odsvetujemo velike temperaturne spremembe (izogiba naj se velike vročine, naj se ne izpostavlja sončenju, izogiba naj se prepihu, megli).
- Priporočamo sprehode v naravo v jutranjem in večernem času. Bolnika naučimo kako spozna vnetje dihal: produktivno, gnojno izkašljevanje, bolečina v prsih, težje dihanje, temperatura). Če se pojavi kateri od teh znakov, naj obišče svojega zdravnika.

5. Prehrana

Priporočamo mu uživanje lahke, zdrave prehrane in upoštevanje njegovih prehrabnih navad. Odsvetujemo alternativne, enostranske diete (post). Poudarek naj bo na beljakovinski in vitaminski hrani. Zaužije naj tudi dovolj tekočine. Obrokov naj bo več, manjših (5 - 6), prednost naj da jedem, ki mu teknejo. Poskrbljeno naj bo tudi za bolnikovo udobje. Pri jedi naj ima udoben položaj, je naj počasi. Poskrbimo tudi za dobro nego ust in proteze. Poskrbimo tudi, da bo hrana kulturno postrežena.

6. Zadovoljevanje čustvenih potreb

Bolniku veliko pomeni, da ga družina, prijatelji in sodelavci spodbujajo, mu stojijo ob strani in po njegovih zmožnostih vključujejo v vsakodnevno življenje. Rak še vedno velja za najbolj zastrašujočo bolezen in zato je premagovanje strahu pred tem, kako se bo bolezen razvijala, zelo pomemben dejavnik. Svetujemo mu, da se lahko vključi v skupine onkoloških bolnikov.

7. Zadovoljevanje socialnih potreb

Ureditev statusa na delovnem mestu (polovični delovni čas, prekvalifikacija, invalidska upokojitev). Upoštevajo naj se bolnikove želje in zmožnosti za razne družbene aktivnosti. Odsvetujemo aktivnosti, ki ga obremenjujejo.

Tudi ob slabi prognozi moramo bolnika ne glede na njegovo bolezen usmerjati k pozitivnemu mišljenju in mu pustiti "odprta vrata" - upanje. Zanimivo razmišljanje o upanju sem našla v knjigi Človek simbolično bitje, ki jo je napisal dr. Anton Trstenjak.

Glavna dimenzija prihodnosti je upanje, lahko bi rekli: Upanje je človekova odprtost v prihodnost. Obup je potemtakem pravo kontrastno nasprotje upanju. Človek živi iz preteklosti, še bolj pa iz prihodnosti, pravzaprav za prihodnost, najmanj pa v sedanosti. Človek sedanost nenehno zanika v skrbi za prihodnost, zanika pa jo tudi zato, ker je neugrabljiva, ker se mu stalno izmika v preteklost in ker vanjo stalno uhaja prihodnost. In vendar! Sedanost je gotova, ker nimamo od nje nič več pričakovati. Prihodnost pa je vedno negotova, zmeraj v pričakovanju negotovosti. Zato prihodnost vedno pričakujemo v strahu, čeprav tudi v upanju. Človek z upanjem v prihodnost je obenem edino bitje, ki tvega. Ob pogledu v prihodnost se vzbuja upanje v prihodnost, ob upanju pogum, ob pogumu tveganje.