

Mediko-socialna dejavnost v onkologiji

Potek malignih obolenj je dobil z napredkom medicine več ali manj kroničen pomen, kronična obolenja pa prinašajo s seboj specifično problematiko, ki ima hkrati medicinski in socialni značaj. Kajti človek, ki je bolan za kronično boleznijo, je izločen iz delovnega procesa in ne more ustvarjati sredstev niti zase niti za družbo. Namesto da bi družbi dajal, ji jemlje ogromna sredstva za zdravljenje in rehabilitacijo.

V sodobnem načinu zdravljenja, ko bolnika obravnava več specialistov, je njihova pozornost usmerjena predvsem na določeni organ. Psihična in socialna terapija pa pogosto izostane, čeprav bolezen prizadene tudi psihični in socialni status bolnika. Zato se mora s socialnega vidika delo prav tako začeti že ob samem prihodu bolnika na zdravljenje.

Mediko-socialna služba je bila na onkološkem inštitutu ustanovljena že leta 1959, in sicer kot samostojna delovna enota, ki navznoter z drugo delovno skupino sodeluje pri zdravljenju in rehabilitaciji naših bolnikov, navzven pa s patronažno službo in zavodi za socialno delo rešuje probleme bolnikov, ki so bodisi medicinske bodisi socialne narave. Metoda dela te službe je individualna, torej v bistvu metoda razgovora, s katerim dosežemo najpristnejši kontakt tako z bolniki kot z njihovimi svojci.

Organizacija bolniške nege po odpustu z inštituta

Bolnikova nega na domu je ena izmed oblik strokovnega dela zdravstvene in socialne službe na terenu. Z dobro organizirano nego na domu bi marsikateremu bolniku prihranili oddajo v dom počitka, hkrati pa bi močno razbremenili bolnišnični posteljni fond, ki ga dostikrat zasedajo bolniki, ki jim oskrba v bolnišnici ni več potrebna in bi lahko brez kakršnega koli tveganja nadaljevali s simptomatičnim zdravljenjem in pa z nego doma. Vzrok, da v marsikaterem zdravstvenem domu nega še vedno ni organizirana tako, kot bi morala biti, je v tem, da primanjkuje zdravstvenega in socialnega kadra, finančnih sredstev in da je zavzetost oziroma poučenost odgovornih družbenopolitičnih služb o pomembnosti te dejavnosti premajhna.

Nega na domu je strokovna in laična. Strokovno nego izvajajo patronažne med. sestre in terenski zdravniki, in sicer v primerih, ko gre za nego obsežnih eksulceracij, fistul, za kontrolo, izpiranje in menjavo stalnih katetrov, za kontrolo bolnikov, ki imajo urinarije, kadar gre za bolnike, pri katerih je potrebna intenzivna analgezija in sploh v primerih, ko gre za zahtevnejšo nego in posege.

Tudi laična nega je organizirana v okviru zdravstvenih domov, vendar ne povsod, temveč le tam, kjer imajo finančna sredstva za plačilo kadra, ki sicer ni strokovno šolan, ima pa smisel in veselje do dela z bolniki. Te osebe negujejo teže gibljive, negibljive in osamljene bolnike ter skrbe za prehrano, red in čistočo njihovega neposrednega okolja. Na ta način je laična nega organizirana trenutno le v večjih mestih, kot sta na primer Ljubljana in Maribor, poizkušajo pa jo organizirati v okviru Rdečega križa, krajevnih skupnosti, centrov za socialno delo, društev prijateljev mladine in drugih humanitarnih organizacij tudi v manjših mestih.

Laično nego organiziramo tudi prek bolnikovih svojcev, zlasti v primerih, ko gre za nego in hranjenje bolnika po Witzlovi metodi, za nego bolnika z anusom praeternaturalisom, kanilo in v primerih, ko gre za preveze manjših eksulceracij. Seveda je tak način laične nege pod stalno kontrolo patronažne službe in terenskega zdravnika.

Če vidimo, da je bolnik psihično in fizično dovolj dojemljiv, ga že med hospitalizacijo naučimo, da se neguje sam. Ker mu s tem vlijemo občutek samostojnosti in neodvisnosti, menimo, da je takšen postopek, ki je obenem tudi psihoterapija, pri naših bolnikih neogibno potreben. Predvsem so pa to bolniki z anusom praeternaturalisom, ki jih takoj po operaciji naučimo ravnanja s pasom za blato, ter v redkih primerih, ko ni nevarnosti za nenadno zadušitev ali izkrvavitve, tudi bolniki s kanilo, ki si jo sami čistijo in menjavajo. Ob odhodu bolnika iz bolnišnice obvestimo patronažno službo, tako da je nega tudi doma pod občasno strokovno kontrolo.

Kadar je bolnik neposredno vezan na določeno aparaturo (aspirator, kisik, gastrična sukcijska, trajna drenaža), na parenteralno prehrano in v primerih, ko potrebuje intenzivno analgezijo ali nadaljevalno nespecifično oziroma simptomatično terapijo, uredimo premestitev bolnika v področno bolnišnico. Žal pa moram ob tem povedati tudi to, da področne bolnišnice nerade sprejemajo naše onkološke bolnike. Velikokrat je vzrok za to v prezasedenosti, dostikrat pa tudi v nerazumevanju za težave onkološkega inštituta. Ker je to edina ustanova te vrste v Sloveniji, se tudi ta sleherni dan otepa s prezasedenostjo. Naše posteljne zmogljivosti so glede na vedno večje obolevanje za rakom premajhne (330 standardnih postelj), da bi lahko bolnike v terminalnem stadiju oskrbeli s simptomatično terapijo in nego do konca. Tako smo primorani, da sprejemamo predvsem bolnike, pri katerih pride v poštev specifična terapija (obsevanja, cito- in kemoterapija). Omeniti moram tudi domove počitka, ki prav tako neradi sprejemajo onkološke bolnike, češ da nimajo kadra, ki bi bil usposobljen za nego onkološkega bolnika; skratka zatrjujejo, da onkološki bolnik glede na stopnjo bolezni ne sodi med zdrave ostarele osebe. Vendar bi bilo prav, da bi se osebi, ki je bila nad polovico svojega življenja vključena v delovni proces in je s svojim delom soustvarjala družbeni dohodek, na starost, zlasti pa v bolezni, zagotovila v domu počitka vsa oskrba. Seveda so tu mišljeni predvsem bolniki, ki nimajo svojcev, da bi jim dajali ustrezno pomoč in nego doma, in pa bolniki v terminalnem stadiju. Zato bomo morali ob gradnji novih domov misliti tudi na postelje oziroma na oddelke, ki bodo namenjeni predvsem kroničnim bolnikom, pa naj bodo onkološki ali drugačni, ter bolnikom v terminalnem stadiju, katerim je potrebna zgolj osnovna nega. Žal je gradnja novih domov

počitka vse prepočasna, da bi lahko zadovoljivo reševali tovrstno problematiko, zlasti še, če upoštevamo dejstvo, da je zaradi vedno daljše življenjske dobe starih ljudi vedno več.

Bolezen in hospitalizacija kot psihična obremenitev za bolnika

Ker se znajde onkološki bolnik pred celo vrsto problemov in težav, katerim se mora psihično in telesno prilagoditi, pomenita zanj bolezen in hospitalizacija na inštitutu hudo duševno obremenitev. Na hospitalizacijo reagirajo bolniki različno. Zrela in uravnotežena osebnost je odpornejša proti novim oziroma izjemnim obremenitvam. Podredi se navodilom zdravstvenega osebja in zahtevam terapije. Sposobna je kontrolirati in obvladovati svoja čustva in odnose do drugih, do sebe in do svoje bolezni. Drugače je z osebami z neuravnovešenim čustvovanjem. Delo s takimi bolniki je težavnejše, vendar pa so toliko bolj potrebni našega razumevanja, spodbudnega ravnanja in pomoči.

Diagnoza rak za večino ljudi še danes pomeni obsodbo na smrt. Zato mnogi bolniki doživljajo ob hospitalizaciji psihično neugodje in napetost, ki se izražata v neprilagojenih reakcijah oziroma v čezmerni občutljivosti, nemiru, zapiranju vase, pasivizaciji, socialni osamitvi in podobno.

Seveda psihična priprava bolnika za zdravljenje na inštitutu oziroma za določeni poseg, ki poteka v okviru tima s sobno med. sestro, zdravnikom in med. sestro za soc. delo niti ni tako enostavna, kajti intelektualna raven bolnikov je zelo različna. V bolnika se moramo poglobiti, ga psihološko proučiti, predvsem pa težimo za tem, da ga pritegnemo k aktivnemu sodelovanju, da mu dajemo moralno oporo ter mu krepimo voljo do zdravljenja. Ker je človek psihosomatična celota, lahko rečemo, da uspešno reševanje psihičnih težav pripomore bolniku k ugodnejšemu počutju in k uspešnejšemu zdravljenju.

Sodelovanje mediko-socialne službe pri rehabilitaciji naših bolnikov

Pojem rehabilitacije pomeni prizadevanje vrniti bolniku ali ozdravljenemu tisto, kar je zaradi svoje bolezni izgubil. Pomeni nadomestitev oziroma preusmeritev njegove delovne zmožnosti. Zato je rehabilitacija pogosto prav tako pomembna kot zdravljenje samo.

Rehabilitacija onkološkega bolnika je predvsem medicinska in vključuje somatično rehabilitacijo, psihoterapijo in oskrbo bolnika z ortopedskimi pripomočki. Delo med. sestre za socialno delo se začne s psihično pripravo na neprijetnosti, ki so združene z zdravljenjem, in na morebitne posledice bolezni, kajti posledice in invalidnost pri raku postanejo del bolnikovega vsakdanjega življenja, v katerega se mora vživeti. Dostikrat je bolnik obupan, ko spozna, da bo ostal trajen invalid. Misli, da zanj življenje nima nobenega pomena več. V tem primeru mu bo prijateljski razgovor z med. sestro mnogo koristil, predvsem v tem smislu, da mu bo vrnil samozavest in spoznanje koristnosti v družini in družbi.

Marsikateri bolnik se boji nevidevnosti svoje okolice, zato se moramo pogovoriti tudi z njegovimi svojci. Tako ima bolnik npr. z umetnim izhodom za blato občutek manjvrednosti, ker se boji, da vsem smrdi; žene, ki so jim ampu-

tirali dojko, so psihično zelo prizadete, kajti s kozmetičnim defektom po operaciji je prizadeta predvsem njihova ženskost. Naša služba je, da tem bolnikom že med hospitalizacijo preskrbi ustrezne ortopedske pripomočke (npr. zadrževalec za blato, nadomestilo za amputirano dojko, lasuljo po citostatični terapiji), ki bolnikom vrnejo samozavest in jih usposobijo za ponovno vključitev v normalno življenje.

Večina bolnikov se po končani rehabilitaciji vrne na svoje delovno mesto, veliko pa je tudi takšnih, ki jih moramo zaradi posledic bolezni in terapije (zlasti operativne) ter izgube telesnih funkcij preusmeriti v druge dejavnosti. Profesionalno rehabilitacijo rešujemo neposredno z delovnimi organizacijami in ustanovami, kjer so bolniki zaposleni, ter s komunalnimi zavodi za socialno zavarovanje. Le-tem seveda na predlog lečečega zdravnika nakažemo potrebo po premestitvi bolnika na lažje delovno mesto ali po skrajšanem delovnem času oziroma potrebo po invalidski upokojitvi. Vzporedno s tem poteka tudi socialna rehabilitacija teh bolnikov.

Maligna obolenja so po svoji naravi takšna, da jih prištevamo v skupino socialnih bolezni. Zaradi svoje specifičnosti porajajo svojevrstno problematiko, kar loči rakavega bolnika od drugih bolnikov. Zato moramo bolnika obravnavati kompleksno, kar pomeni, da za uspešno zdravljenje ni potrebna le medikamentozna terapija, ampak tudi uspešno reševanje bolnikovih psihičnih in socialnih problemov.

VPLIV KRONIČNEGA ALKOHOLIZMA NA NOTRANJE ORGANE

Kronični alkoholizem povzroči hipersenzitivnost pankreasa nasproti holecistokininu, pri čemer so ugotovili, da je glavni mediator tega procesa želodčna faza ingestije alkohola. Tako povzročena hipersekrecija in hiperkoncentracija pankreatičnih proteinov sproži nastajanje proteinskih čepkov in kamnov s sekundarnimi obstruktivnimi spremembami v duktularnem sistemu in specifičnem pankreatičnem parenhimu. Poleg možnih faktorjev, vpletenih v mehanizme bolečine in vnetja, se omenja predvsem v drugi fazi bolezenskega procesa na pankreasu pomemben inhibitorni efekt alkohola na pankreatično sekrecijo.

Vse pogosteje odkrivamo alkoholno miokardiopatijo, to je kronično degenerativno bolezen srčne mišice pri kroničnih alkoholikih. V zadnjih petih letih se je 55 teh bolnikov zdravilo na interni kliniki I v Ljubljani s sliko hude insuficience miokarda. Obsežne degenerativne spremembe, ki jih najdemo na miokardu, niso za to bolezen povsem specifične. Zahtevne preiskave so za diagnozo nujno potrebne in se lahko izvajajo v samo za to opremljenih centrih. Abstinenca utegne v znatni meri bolezen izboljšati.

Dr. Jože Satler, dr. Borut Pust
Zdrav. vestn. št. 6 ((1975)