

DISPANZERSKA OBRAVNAVA BOLNIKA S PLJUČNIM KARCINOMOM

Teja Pulko

UDK/UDC 616.24-006.6-07-039.57

DESKRIPTORJI: *pljučne novotvorbe-diagnostika; dispanzerji*

IZVLEČEK – *Opisano je zgodnje odkrivanje pljučnega karcinoma, ki je prednostna naloga pnevmofizioloških dispanzerjev. To zajema ciljno anamnezo, radiografijo in citološko preiskavo sputuma, osrednji pomen pa ima zdravstvena vzgoja prebivalstva. Orisana je vloga medicinske sestre pri zgodnjem odkrivanju bolezni in pri dispanzerski obravnavi bolnikov s pljučnim karcinomom.*

OUTPATIENT CARE OF PATIENTS WITH LUNG CANCER

DESCRIPTORS: *lung diseases-diagnosis; outpatient clinics*

ABSTRACT – *The author describes early detection of lung cancer which is one of the leading functions performed by the outpatient clinics for lung diseases. The diagnostic procedures employed are the following: a problem-oriented history taking, roentgenography and cytologic study of sputum. The role of the nurse in early diagnosis of the disease and in the outpatient care of patients with lung cancer, is outlined.*

Temeljno načelo za izboljšanje zdravljenja pljučnega raka je pravočasno odkrivanje bolezni. Edino uspešno zdravljenje v sedanjem obdobju je radikalna odstranitev rakastega tkiva, seveda če gre za pravočasno odkrito bolezen. V kratkem času skoraj ne moremo pričakovati pomembnih dosežkov pri izboljšanju zgodnje diagnostike in terapevtskih metod. Najuspešnejša je še vedno preventiva – boj proti kajenju cigaret. Zdravstvena vzgoja in zdravstvena prosveta je dolgotrajen in zahteven proces, ki je vezan na razvoj splošne kulture, standarda in drugih dejavnikov. Uspeh tega dela lahko pričakujemo šele čez desetletja.

Ko govorimo o odkrivanju (detekciji) raka na pljučih, moramo omeniti naslednje: edini učinkovit dosežek, s katerim se lahko meri uspešnost odkrivanja, je manjša smrtnost za pljučnim rakom. Dokazati je treba, ali je podaljšanje življenja odraz zgodnjega odkritja. Od rentgensko vidne sence ali prvih bolezenskih znakov raka do stanja, ko radikalna operacija ni več mogoča, včasih mine zelo kratek čas. K odkrivanju pljučnega raka lahko pristopimo na dva načina: z dispanzerskim pregledovanjem sumljive skupine prebivalstva in pravočasnim odkrivanjem bolnikov v zgodnjem obdobju bolezni v dispanzerju.

Dispanzersko odkrivanje

Za uspešno dispanzersko odkrivanje pljučnega raka morajo biti izpolnjeni naslednji pogoji:

– akcija mora biti vezana na stalno rutinsko delo dispanzerske, stacionarne in epidemiološke službe, ki dela na področju pulmološke problematike;

- akcija mora biti izvedena zaradi odkrivanja vseh bolezenskih sprememb organov prsnega koša;
- izvajati jo moramo neprekinjeno najmanj 5 do 6 let;
- stalni popis ogrožene skupine (obnavljanje popisa). Osebe vabimo na pregled dvakrat letno (na šest mesecev).

Akcijo moramo izvajati v koordinaciji z zdravnikom splošne prakse. Registrirati in spremljati moramo skupine v celoti. Pred akcijo in med njo je nujna zdravstvena vzgoja in prosveta.

Doslej znane metode zgodnjega odkrivanja so: anketa, radiografija in citološke preiskave sputuma.

Prednostna naloga pnevmoftiziološkega dispanzerja naj bo predvsem pravočasno odkrivanje pljučnega raka.

Medicinska sestra sodeluje pri teh nalogah v timu. Pri svojem delu mora biti vestna in se mora stalno strokovno izobraževati in izpopolnjevati. Največ bolnikov v naši populaciji odkrivamo na podlagi izraženih simptomov. Vedeti moramo, da je rak pravzaprav bolezen ogrožene skupine, to je moških, predvsem kadilcev, starih nad 40 let. Najbolj pogosti simptomi v ogroženi skupini so kašelj, ki traja več kot tri tedne (druge bolezni bronhijev in pljuč niso dokazane), spremembe v intenzivnosti kašlja pri dotedanjem kadilskem kašlju, neopredeljene bolečine, dispnea ob navedenih simptomih in hemoptize.

Dobra anamneza z metodo intervjuja nam daje značilne podatke:

- kadilec – število pokajenih cigaret; leto starosti, ko je začel kaditi,
- kašelj – karakteristike kašlja,
- hemoptize,
- dispnea,
- subjektivne težave (bolečina, hujšanje).

Med jemanjem anamneze so zelo pomembne nekatere ugotovitve medicinske sestre, ki timu veliko koristijo pri nadaljnjem delu, na primer anksioznost bolnika, strah itn. Kljub današnjim težjim pogojem dela v dispanzerju (uspešnost dela se sicer statistično izraža s številkami, premalo pa se vrednoti kvaliteta zdravstvenih storitev in način, kako so naloge opravljene) naj bo medicinska sestra z bolnikom obzirna, korektna, ljubezniva, čustveno zrela. Zelo pozorna naj bo na bolnike, ki jih mora klicati na redne kontrole v dispanzer, in sicer:

- na ogroženo skupino (kadilci, stari nad 40 let),
- na bolnike s ponavljajočo se pljučnico na istem mestu,
- na bolnike s ponavljajočimi se hemoptizami in
- na bolnike, ki imajo kronični obstruktivni bronhitis.

Z dobrim sodelovanjem patronažne službe lahko poiščemo tudi bolnika, ki se našemu vabilu ni odzval.

Sodelovanje pri zdravljenju

Ko je ugotovljen sum na maligno obolenje, dispanzerski zdravnik napoti bolnika v bolnišnico. Kljub slabemu počutju se bolnik ne zaveda resnosti svoje bolezni. Razumljivo je, da je pozornost zdravstvenega tima usmerjena na preučevanje bolezni in v ospredje stopa človekov organizem. Manjše pozornosti pa je bolnik deležen kot osebnost. S psihološkega stališča je potrebno bolezen oceniti

tudi z vidika bolnikovega doživljanja bolezní. Bolezen ruši človekovo ravnovesje in položaj v življenju. Zdravje daje človeku občutek varnosti, medtem ko ga bolezen ogroža. Bolezen povzroča na eni strani človeku trpljenje, po drugi strani pa ga čustveno vznemirja; človek je negotov, boji se posledic. Bolezen neposredno ogroža življenje in vzbuja strah pred smrtjo. Bolezen posega torej globoko v človekovo doživljanje in sproži različne duševne odzive. Medicinska sestra naj bi poznala več psihologije, da bi ob spremenjenem reagiranju bolnika bila bolj tolerantna. Ko bolniku izročimo napotnico za bolnišnico, ne bodimo kot avtomat, togi, brezbržni; naj bolnik čuti, da nismo indiferentni do njegovega novega položaja. Bolniku, ki je nazaupljiv, plah, boječ, posvetimo nekoliko več časa. Skušajmo mu predstaviti ustanovo, v katero je napoten, da ni to hram groze; da so tam ljudje, ki bodo zanj naredili vse, kar se narediti da. Bolnik pogosto nerad gre v bolnišnico. Prisluhnimo tudi njegovim problemom. Marsikaj lahko uredimo zanj prek socialne službe. Bolniki z malignim obolenjem so velikokrat preobčutljivi in jih netaktnost zdravstvenih delavcev naredi še bolj pasivne. Ko bolnika napotimo v bolnišnico, upamo, da ga bodo tudi tam dostojno sprejeli in obravnavali, ne samo kot človeka (številko) z diagnozo, temveč kot celovito osebnost.

Osnovni karton bolnika, ki je odšel v bolnišnico, damo v evidenco sumljivih bolnikov.

Po prejeti odpustnici v dispanzerju za bolnika s pljučnim rakom uvedemo nov karton – bolniški list pljučnega bolnika. Na omot diagnoze ne pišemo, temveč se označi s številko 1. Vemo, da je le 12% pljučnih karcinomov operabilnih, drugi so po končani diagnostiki obravnavani po ustaljeni medicinski doktrini.

Bolnika po odpustu iz bolnišnice sprejmemo in ga napotimo na pogovor z zdravnikom. Medicinska sestra naj ne razpravlja o diagnozi. Bolniki reagirajo na svojo bolezen svojevrstno: eni so agresivni, drugi vase zaprti. Zelo pomembna je starost in razgledanost bolnika. Čim mlajši je bolnik, težje se sprijazni s svojo boleznijo. Idealno bi bilo, če bi v dispanzerskem timu sodeloval tudi psiholog, na katerega bi se ti bolniki lahko obračali predvsem v hudih duševnih stiskah.

Vsi zdravstveni delavci vemo, da v današnjih časih ni lahko ustreči vsem željam bolnikov, vseeno pa se najde trenutek in primeren odnos, da bolnika s slabo prognozo sprejmemo, ga obravnavamo in da med svojim delom upoštevamo pravila človečnosti.