KAKOVOST ŽIVLJENJA BOLNIKA Z GASTROSTOMO

Uvod

Kakovost življenja varovanca/bolnika, ki je odvisen od hranjenja po sondi (nazogastrični, gastrostomi ali jejunostomi), *se močno spremeni, seveda na slabše,* ugotavlja bolnica, ki se hrani po cevki neposredno v želodec – gastrostomi že 4. leto.

Gastrostomija je operacija, s katero se naredi odprtina skozi trebušno steno v želodec in višje cevka za prehrano bolnika (Slovenski medicinski slovar, 2002). Bolniki, ki imajo motnje pri požiranju (disfagija) hrane in tekočine, ali pa hrane ne morejo požirati (afagija) zaradi različnih vzrokov, prebavila pa jim normalno delujejo, potrebujejo sondo za hranjenje.

Zdravstvena nega takega bolnika zahteva veliko pozornosti zaradi spremenjenega načina hranjenja in oskrbe sonde ali stome, od bolnika pa veliko volje do življenja, potrpežljivosti in sodelovanja, tako pri prevezovanju stome in pri hranjenju kot tudi pri pripravi hrane.

V zvezi z ugotavljanjem kakovosti življenja bolnice z gastrostomo je bila na Univerzi v Mariboru – Visoki zdravstveni šoli opravljena diplomska naloga. Bolnico smo obravnavali po 14 življenjskih aktivnostih Virginije Henderson in vključili pomembne negovalne diagnoze. Uporabili smo tudi Allardtovo klasifikacijo potreb *imeti, ljubiti, biti.* Bolnica, ki ima gastrostomo, dovoljuje, da se naloga v ustrezni obliki objavi. Mogoče bodo njene izkušnje koristile tudi drugim bolnikom s podobnimi težavami.

Zdravljenje motenj požiranja je odvisno od vzrokov. Pri popolnoma onemogočenem požiranju in zdravih prebavilih je potrebno hranjenje po nazogastrični, gastrostomski ali jejunalni sondi.

Nazogastrična sonda

Hranjenje po nazogastrični sondi je dajanje hrane neposredno v želodec po posebni cevki – sondi.

Sonda je uvedena skozi nos prek požiralnika do želodca s posebno tehniko.

Bolnica se je pred vstavitvijo gastrostome 4 mesece hranila po nazogastrični sondi.

Perkutana endoskopska gastrostoma (v nadaljevanju PEG)

Tehniko perkutane gastrostomije je opisal Ganderer s sodelavci leta 1980 (Kocjančič, 2001)

Metoda je uporabna za zagotavljanje dolgotrajne enteralne prehrane in je zelo pogosta v ZDA, manj pa v Evropi.

PEG je primerna predvsem za bolnike s hudo stopnjo oralno motorične okvare, ki se hranijo po nazogastrični sondi več kot 6 mesecev in slabo pridobivajo na teži, predvideva pa se tudi dolgotrajno hranjenje po sondi. Gastrostomo priporočajo tudi bolnikom z nevarnostjo aspiracije med jedjo in tistim z boleznimi ust, žrela, grla ter požiralnika.

Za PEG niso primerni bolniki s hudim gastroezofagalnim refluksom, ascitesom in operativnimi posegi v trebuhu (Kocjančič, 2001).

Zapleti

Čeprav je uporaba PEG varna, učinkovita in so stroški primerni, so možni nekateri zapleti. Odvisni so od stanja bolnika. Pogostejši so pri tistih z organsko odpovedjo ali hudo podhranjenostjo. Hujši zapleti se pojavijo ob vstavitvi PEG ali kmalu po njej.

Lahko pride do raztrganine požiralnika, nabiranja zraka v trebušni votlini in perforacije debelega črevesa. Blažji zapleti, kot so kapljanje iz stome, vnetje kože in rast granulacij ob mestu vstavitve PEG, se pojavijo kasneje. Nevarnejši zaplet je premaknitev cevke iz želodca v trebušno votlino, ko ob nadaljevanju hranjenja lahko nastane peritonitis (Kocjančič, 2001).

Cevka pa se lahko pomakne tudi navznoter in zamaši želodčni izhod, kar se kaže z navzejo ali bruhanjem. Lahko pride tudi do perforacije želodčne stene in do peritonitisa (Harkness, Dincher, 1999).

Nadzor

Bolnika, ki ima PEG, je treba stalno nadzorovati. Pozornost velja predvsem hranjenju po PEG in negi sonde ter stome. Granulacije (ki se pojavijo kasneje) odstranjujemo z lapizacijo, lokalna vnetja pa preprečujemo s skrbno higieno in lokalno uporabo protivnetnih in antibiotičnih mazil. Zelo pomembna je sestava in količina hrane, ki jo dajemo po sondi (Kocjančič, 2001).

Zdravstvena nega bolnika s PEG

Posebna vloga medicinske sestre je pomoč bolnemu ali zdravemu posamezniku pri opravljanju tistih dejavnosti, ki pripomorejo k boljšemu zdravju (ali mirni smrti) in ki bi jih le-ta opravil brez tuje pomoči, če bi imel za to dovolj moči, volje ali znanja. Medicinska sestra vse to opravlja tako, da posamezniku pomaga k čimprejšnji samostojnosti (Henderson, 1998).

Medicinska sestra izvaja zdravstveno nego po procesni metodi, ki ji omogoča, da bolnika celostno obravnava, se pravi da upošteva telesne, duševne, družbene in duhovne potrebe zdravega, invalidnega in bolnega posameznika, družine in družbene skupnosti.

Pri ugotavljanju potreb posameznika, družine in družbene skupnosti medicinska sestra na osnovi svojega strokovnega znanja in izkušenj določa negovalne diagnoze. *Gre za klinično presojo o odzivu posameznika, družine ali skupnosti na dejanske ali možne zdravstvene probleme/ življenjske procese. Negovalna diagnoza je osnova terapevtskim postopkom, ki vodijo do rezultatov, za katere je odgovorna medicinska sestra (Gordon, 2003).*

Neprekinjena zdravstvena nega in načrtovanje bolnikovega odpusta

Pri bolniku s PEG je pomembna neprekinjena zdravstvena nega, ki se začne že ob sprejemu bolnika v bolnišnico. Naloga medicinske sestre je, da oceni bolnikove potrebe po zdravstveni negi v domačem okolju. V načrtovanje bolniko-

vega odpusta so vključeni vsi, ki so sodelovali pri zdravljenju.

Cilji zdravstvene nege pri načrtovanju odpusta opisane bolnice so bili: bolnico ustrezno pripraviti na samostojno življenje in hranjenje po gastrostomi, ji pokazati oskrbo rane in sonde, jo seznaniti z možnimi zapleti s sondo (nevarnost zamašitve) ali stomo (bolečina, sekrecija ob sondi), kako zaščititi sondo pred poškodbo ali izpadom. Seveda je to za bolnika velika obremenitev in potrebuje pomoč. Pomoč, ki je vedno *pri roki,* so najprej družinski člani, sodeluje pa tudi patronažna služba in drugi.

Pomembni so redni kontrolni pregledi in pogovori z osebnim zdravnikom glede zdravil, obvezilnega materiala in prehrane, vzdrževanja in morebitne zamenjave sonde.

Kakovost življenja

Zdravstvena nega ima pomembno vlogo pri zagotavljanju kakovosti bolnikovega življenja. *S pojmom kakovost življenja označujemo stopnjo razvitosti celotnih življenjskih pogojev v določeni družb. Kakovost življenja ni odvisna le od sredstev, ki jih imajo ljudje na voljo, temveč od tega, kako jih uporabljajo, če jih znajo in morejo uporabljati (Zaletel, 1999).*

V zdravstveni negi je za opredeljevanje kakovosti življenja posameznika primerna Allardtova trojna klasifikacija: imeti, ljubiti, in biti. Merimo jo lahko z objektivnimi in subjektivnimi kazalci (Zaletel, 1999).

Materialne razmere v smislu *imeti* so bivalne razmere, zaposlitev, delovne razmere, počutje, zdravstveno stanje posameznika. Kadar mlajši posameznik zboli, je to glede na potrebo *imeti* velik primanjkljaj. Ovira ga pri razvoju, delu, študiju. Starejšim pa se kakovost življenja v smislu *imeti* zmanjša zaradi kroničnih obolenj, težav s sluhom, vidom itd.

Pojem *ljubiti* ocenjujemo z odnosi v družini, sorodstvu, prijateljstvu, med člani različnih združenj (Zaletel, 1999). Ta pojem ima pomembno vlogo pri vseh ljudeh. Pomanjkanje teh odnosov lahko, posebno pri starejših in invalidnih osebah, privede do poslabšanja zdravstvenega stanja in fizičnega, psihičnega in socialnega propadanja.

Pojem *biti* opredeljujemo z vključenostjo posameznika v družbo, usklajenostjo življenja z naravo, doseženo stopnjo izobrazbe in njegov osebnostni razvoj. Posameznik je prizadet, kadar je brez službe; pa tudi, če je predčasno upokojen, ko bi še lahko delal. Za nekatere je to hud udarec, lahko celo zbolijo. Nekateri pa se posvetijo dejavnostim, ki so za njih nova priložnost.

Zdravstvena nega bolnice z gastrostomo po življenjskih aktivnostih Virginie Henderson

Hendersonova je razvila definicijo zdravstvene nege, ki pravi, da medicinska sestra pomaga posamezniku pri tistih aktivnostih, ki pripomorejo k zdravju, ozdravljenju ali mirni smrti. Glede na osnovne človekove potrebe je oblikovala 14 življenjskih aktivnosti. Medicinska sestra vse to opravlja tako, da posamezniku pomaga k čimprejšnji samostojnosti s pomočjo intervencij, ki so v njeni pristojnosti.

Medicinska anamneza bolnice M. S.

Leta 1969 so pri 22 letni bolnici, študentki slavistike, odkrili tumor (Schwannom) na očesnem živcu. Operativno zdravljenje ni bilo možno, zato so tumor samo obsevali in bolnici pripisali še 6 mesecev življenja. Bolnica je ostala živa in vsa leta živela brez težav ter dokončala študij. Kasneje se je pojavila atrofija obraznih kosti na desni strani, zato ji je desna stran obraza upadla. Pred 20 leti je na desno uho oglušela. Prišlo je tudi do odstopa mrežnice na desnem očesu in propadanje zrkla, ki so ga morali odstraniti. Zdravniki so domnevali, da so to posledice obsevanja.

Leta 2000 se je morala odločiti za operacijo sive mrene na levem očesu. Operacija je potekala v splošni anesteziji, brez vmesnih zapletov. Vid se ji je znatno izboljšal, dobro se je počutila in normalno jedla. Tretji dan je zapustila bolnišnico. Opažala je, da ji med govorom uhaja glas skozi nos. Drugi dan po odpustu ni mogla zaužiti nobene tekočine in hrane. Pojavile so se tudi nevralgične bolečine po levi strani telesa in izpad občutka za mrzlo in toplo na isti strani. Zaradi nezmožnosti požiranja je bila sprejeta na ušesni oddelek. Z raznimi preiskavami so ugotovili dobro prehodnost požiralnika in stanje želodca, vendar pa akta požiranja s kontrastnim sredstvom ni bila zmožna izvesti. Uvedli so ji nazogastrično sondo in jo premestili na nevrološki oddelek, kjer so preiskave nadaljevali. Ugotovili so obsežni tumor na desni strani lobanjskega dna in poškodbe možganskega debla. Zdravniki – nevrologi domnevajo, da je to vzrok za disfagijo. Bolnica je bila odpuščena domov z vstavljeno sondo in ustrezno terapijo.

Po 4 mesecih se je odločila za gastrostomo.

Najpomembnejše negovalne diagnoze pri bolnici z gastrostomo

Dihanje

– Nevarnost aspiracije zaradi nezmožnosti požiranja.
  Pri bolnikih z nazogastrično sondo (bolnica se je po njej hranila prve 4 mesece) oslabi tonus sfinktra požiralnika. Zato lahko pride do vračanja tekočine iz želodca nazaj v požiralnik (refluks). Prav tako pa je nevarnost, da hrana zaide v pljuča, ker bolnica večkrat poskuša hrano prežvečiti in požreti, pri tem ji drobci hrane zaidejo v sapnik, kar povzroči kašelj.

Hranjenje

– Bolečina v želodcu po hranjenju.
– Nevarnost zamašitve sonde zaradi slabo zmešane hrane.
  Bolnica sama pripravlja hrano, kar je za njo velik napor. Obrok hrane dobiva tudi iz glavne kuhinje Doma upokojencev Danice Vogrinec, Pobrežje. Občasno dodaja k hrani industrijske proizvode Nutricomp in Ensureplus. Redno pa uživa mešanico iz svežega sadja. Hrano skrbno zmeša z mešalnikom tako, da je tekoča, brez večjih delcev in ogreta na 37°C. Na dan ima 6 obrokov po 400 ml. Hrani se sama s 60 ml brizgalko (v bolusu). Ima dober apetit in je pridobila na teži. Večkrat ima po hranjenju bolečine v želodcu, ki jih blaži s predpisanimi zdravili. Pri nezadostnem mešanju hrane, posebno govejega mesa, ostanejo v hrani koščki, ki zamašijo sondo. Takrat mora ta košček povleči nazaj ali pa ga potisniti naprej. Včasih pri tem potrebuje pomoč.

Izločanje

– Napenjanje zaradi koncentrirane hrane, ki ni prepojena s slino.
  Bolniki, ki se hranijo po sondi, imajo lahko težave zaradi napenjanja ali driske, ker je hrana koncentrirana in ni pre-

pojena s slino. Kadar pride do teh težav, priporočajo (Harkness, Dincher, 1999) zmanjšanje količine in hitrosti dajanja ter razredčenje hrane z vodo.

Bolnica ima občasno tekoče blato in težave z napenjanjem. V takih primerih izloči določeno sestavino iz hrane in upošteva navodila.

Gibanje in ustrezna lega

- Bolečina v levi nogi zaradi hoje.
- Slaba fizična aktivnost zaradi oslabelosti leve strani in gastrostome.
- Oslabljeni socialni stiki, ker živi sama in je omejena pri gibanju.

Bolnica se sama prosto giblje. Med daljšo in hitrejšo hojo čuti bolečino v levi nogi in v predelu stome. Kljub temu hodi vsak dan na sprehod s psičko. Utrujajo jo nakupi in priprava hrane. Težko vzdrži daljšo odsotnost od doma, če nima možnosti za počitek. Izogiba se tudi srečavanju z znanci na kavi ali hrani izven doma. Tako so čuti omejena v socialnih stikih.

Spanje in počitek

- Moten ritem spanja zaradi bolečin ob stomi in ker ne more ležati na desni strani.
- Utrujenost zaradi pogostega zbujanja.

Telo si med dobrim spanjem nabira moči za vsakdanje aktivnosti. Bolnica sicer zaspi, ker vzame Xanax, vendar se večkrat prebuja, zato je utrujena.

Z rednim popoldanskim počitkom poskuša blažiti utrujenost. Uredila si je tudi klimatsko napravo za vzdrževanje enakomerne sobne temperature.

Pomoč pri izbiri oblačil

- Zmanjšana možnost izbire oblačil zaradi lokacije sonde in omejitve nakupov.

Obleka krepi samozavest, če človek meni, da ga polepša ali izraža določen družbeni položaj, pa tudi obratno (Henderson, 1998). Naša bolnica je bila glede izbire in barvne usklajenosti oblačil še posebej natančna in skrbna. Sedanje stanje jo omejuje pri obiskovanju trgovin in izbiri oblačil ter obutve, utruja pa jo tudi vzdrževanje in higiena oblačil. Sedaj je omejena na taka oblačila, ki je ne motijo med hranjenjem po sondi, med preoblačenjem pa mora sondo zaščititi, da je ne premakne.

Vzdrževanje normalne telesne temperature

- Težave z urejanjem telesne temperature.

Bolnica zelo težko prenaša visoke temperature okolja. Ima obdobja, ko ji je zelo vroče ali pa jo kljub ugodni temperaturi zebe. Zaradi posledic cerebrovaskularnega inzulta in poškodbe v predelu možganskega debla ima izpade za občutke temperature in mraza. Sončenja ne prenaša. Sobno temperaturo si ureja s klimatsko napravo, telesno temperaturo pa z ustrezno obleko.

Osebna higiena in urejenost

- Primanjkljaj v lastni negi (tuširanje, urejanje pričeske) zaradi oslabelosti in težav pri gibanju.

Bolnik v domačem okolju je prisiljen, da se sam higiensko uredi. Naša bolnica je imela težave s tuširanjem zaradi stome, bala se je, da jo bo zmočila, zato je na začetku potrebovala pomoč. Za ureditev pričeske in pedikuro se dogovarja s frizerskim salonom, tako da ji ni treba čakati.

Izogibanje nevarnostim v okolju

- Zvišana možnost infekcije zaradi rane, stresa.
- Velika nevarnost izpada stome zaradi nepredvidenega giba.
- Bolečina zaradi sekrecije ob sondi.
- Velika nevarnost poškodbe ali opekline kože zaradi zmanjšane senzibilitete.

V domačem okolju je nemočen bolnik izpostavljen raznim nevarnostim, katere mora sam obvladovati in jih pravočasno prepoznati, da se pred njimi zavaruje. Prevezovanje rane je lahko za bolnika preveč naporno, da bi to opravil sam. Bolnica je doživljala strah ob vsakem nenadnem gibu v bližini sonde ali med hranjenjem. Bala se je, da jo bo odstranila ali poškodovala. Sonda je bila pritrjena s kožnimi šivi, vendar so ti šivi popustili. Kirurg ji je ponovno namestil šive, ki so jo zelo motili (ker so vlekli kožo), zato jih je bilo treba odstraniti po naročilu zdravnika. Sedaj je brez šivov in sonda je še vedno na mestu.

Doživlja pa tudi neugodje zaradi sekrecije ob sondi. Zato je treba obveze menjavati vsak dan. Ker ima bolnica zmanjšan občutek za temperaturne razlike, je v veliki nevarnosti, da se opeče z vročo vodo.

Komunikacija, izražanje potreb in čustev

- Pomanjkanje stikov zaradi bolezni, nemoči.

Pomembno je, da bolnik lahko izrazi svoje potrebe nekomu, ki zna poslušati. Lahko je to medicinska sestra, zdravnik, psiholog, duhovnik, sorodnik, prijatelj… V pomoč pa je lahko tudi terapevtska skupina, v katero se bolnik vključi. Bolnica se je želela vključiti v terapevtsko skupino bolnikov s podobnimi težavami, poslala je tudi oglas v časopis. Oglasili sta se dve osebi, ki imata sicer težave s požiranjem, vendar nimata sonde. Razočarana je, ker ji razpoložljiva medicinska znanost ne more pomagati. Čeprav skuša stanje sprejemati takšno kot je, jemlje tudi pomirjevala.

Izražanje verskih čustev

- Duhovna stiska, ker ne vidi smisla svojega stanja.
- Brezup, ker se stanje ne izboljšuje.

Človek lahko najde smisel svojega življenja v ustvarjanju dobrin; v doživljanju kulturnih vrednot, narave, dobrote, lepote, resnice, ljubezni; in najplemenitejše vrednotenje smisla po Franklu (1994) je v vrednotenju stališč za tiste, ki so prikrajšani za priložnost, da bi našli smisel v dejanju, v delu ali v ljubezni … in prerastejo sami sebe, ... ko se morajo soočiti z usodo, ki je ne morejo spremeniti (Frankl, 1994). Mogoče verni človek to laže sprejme.

Bolnica čuti močno pripadnost veri in obiskuje verske obrede, če ji kdo omogoči prevoz. Sama vodi pogovorno-molitveno skupino starih za samopomoč v domu upokojencev in skupino starih za samopomoč v svoji krajevni skupnosti.

Koristno delo

- Občutek nekoristnosti zaradi nemoči.

Hendersonova (1998) pravi, da se večina ljudi čuti koristne in zadovoljne, če dobijo javno priznanje. Kadar se oseba, ki je bolnik, posveča drugim, je to gotovo koristna za-

poslitev. Bolnica ima veliko dela s pripravami na srečanje skupin in vodenje skupin, s pripravo hrane (ki je drugačna od navadne priprave), z urejanjem okolja in rož (bolnica živi v majhni hiši z vrtom), s psičko. Ali zdravi ljudje delajo kaj bolj koristnega?

Razvedrilo

– Nezmožnost obiskovanja raznih prireditev in srečanj, ker se hitro utrudi.
  Razvedrilo je aktivnost, v kateri človek uživa. Bolnica je rada obiskovala gledališke in druge glasbene predstave ter prireditve. Sedaj pa se hitro utrudi.
  Bolnica rešuje križanke, se ukvarja z rožami, hodi na krajše sprehode.

Učenje

– Zmanjšana zmožnost učenja zaradi jemanja zdravil in utrujenosti.
  V zdravstveni negi je zdravstvena vzgoja neizogibna. Potrebno je, da znamo motivirati bolnika, da se odloči za način zdravljenje, da sodeluje pri izvajanju načrtovanih intervencij, da se nauči določeno intervencijo izvesti samostojno. Bolnica se je naučila hranjenja po sondi skozi nos in po gastrostomi. Prav tako zna oceniti svoje zmožnosti glede gospodinjskih opravil. Kadar pa mora napisati članek, jo to zelo utrudi.

Rezultati

Pogovor z bolnico je bil opravljen osebno. Želeli smo ugotoviti, kako je bila bolnica pripravljena na hranjenje po sondi, kako je razumela pojasnila v zvezi z zapleti gastrostome, kako obvladuje svoje težave in kakšna je kakovost življenja, če se moraš hraniti po sondi.

Glede na kategorijo (po Allardtu) *imeti* živi bolnica v majhni predmestni hiši z vrtom, kjer goji rože in okrasno grmičevje. Ima urejeno centralno ogrevanje, sanitarne prostore in klimatsko napravo. Vzdržuje se s pokojnino.

Bolnica se čuti utrujeno, ima izpad senzibilitete, bolečine v želodcu in predelu gastrostome. Zadnje čase so ji odkrili tudi blago sladkorno bolezen. Ker ima samo eno oko, lahko gleda televizijo in bere knjige le krajši čas.

V zvezi s kategorijo *ljubiti* poudarja bolnica težavo, da je sama. Ima sicer dobre odnose s sorodniki in znanci, vendar ne živijo z njo. Večkrat jo obiščejo nečakinji in nečak, ki ji tudi občasno prevežejo stomo in pomagajo pri urejanju stanovanja in okolice. Vesela je tudi obiskov znancev in prijateljic. Občutek varnosti pa ji daje tudi obisk patronažne medicinske sestre. Veliko se pogovarja po telefonu. Močno je navezana na psičko.

Kategorija *biti.* Bolnica ima visoko izobrazbo. Hudi stresi v zvezi s kakovostjo življenja bolnice so se začeli z upokojitvijo zaradi delne invalidnosti. Čutila se je sposobno, da bi lahko še delala. Doživljala je strese, ki so pospešili razvoj nastalih težav.

Vodi skupino starih za samopomoč v domu upokojencev in v krajevni skupnosti. Prej je hodila k pevskemu zboru, na razna družabna srečanja, koncerte in druge prireditve. Bila je organizator srečanj skupin starih za samopomoč.

Razprava

Glede na pogovor z bolnico o zmožnostih obvladovanja gospodinjstva in hranjenja po sondi bi lahko potrdili domnevo, da je bila bolnica pripravljena na samostojno hranjene po stomi. Že v bolnišnici se je sama hranila, zdravila pa so ji dajale medicinske sestre.

Kar se tiče druge domneve, da so bile bolnici dovolj jasno in natančno pojasnjeni zapleti gastrostome, bi jo le delno potrdili, kajti na možnost granulacij, bolečin v želodcu, napenjanja in iztekanja želodčnega soka ob stomi ni bila opozorjena. Domnevamo, da tudi zdravnik o tem ni imel izkušenj, ker teh primerov ni veliko. Mariborska patronažna služba navaja primer še ene bolnice, ki pa ni želela navezati stikov z našo bolnico.

O uspešnosti vključevanja bolnice v življenje z gastrostomo bi lahko odgovorili pritrdilno. Če je dovolj, da rečemo: bolnica živi normalno, sama pripravlja hrano, sama se hrani, pridobiva na teži, hodi na redne kontrole k zdravniku, skrbi za gospodinjstvo in okolje, vodi skupine starih za samopomoč… Na podlagi tega bi lahko rekli, da ni nobenih sprememb ali težav.

Če pa ocenjujemo kakovost življenja bolnice z gastrostomo, lahko ugotovimo na podlagi pogovora z njo velike spremembe. Fiziološke potrebe, ki bi jih opredelili s kategorijo ***imeti***, kot so dihanje, hranjenje, odvajanje, gibanje, spanje in počitek, oblačenje, vzdrževanje telesne temperature, osebna higiena in urejenost, so v večini zadovoljene samostojno, vendar z večjim naporom. Bolnica mora biti neprestano pozorna na pravilno pripravljeno hrano in na redne obroke. Sama pove: »*Izločiti sem morala skoraj vso surovo zelenjavo, goveje meso, grozdje. Zaradi prehrane sem zelo omejena. Zavedam se, da je normalno hranjenje osnovna človekova potreba. Med hranjenjem manjka naravni užitek okušanja hrane. Ker se hrana ne meša s slino, se to kaže v prebavnih težavah. Hranim se 6 krat na dan, zato ne morem od doma za več kot 2 do 3 ure. Zato tudi ne morem na dopust ali v kopališče. Kdo pa bi na dopustu stregel mojim potrebam, pa tudi kopati se ne morem s sondo, ki mora ostati čista in suha*«. Pri hišnih opravili ji pomagajo svojci. »*Težko se pripogibam, težje delo in daljši sprehodi mi povzročajo bolečine v stomi. Vse omenjeno vpliva na psihično počutje. Pomagam si s pomirjevali in uspavali, ker zaradi bolečin ne bi mogla spati. Kakovost mojega življenja je slaba, čeprav imam najnujnejše za življenje*«.

S kategorijo *ljubiti* opredeljujemo človekovo potrebo po tem, da je ljubljen, zaželen, sprejet, upoštevan, cenjen, bodisi s strani svojcev, prijateljev ali znancev in se tudi sam ustrezno odziva. Bolnica navaja: »*Redna povezava s prijatelji je otežena. Prijateljske stike skušam ohraniti s pomočjo telefona ali pa prijatelji pridejo k meni. To so predvsem sorodniki, ki me redno obiskujejo. Vendar se počutim osamljeno in utesnjeno. Vsekakor se mi je po bolezni zmanjšal krog ljudi, s katerimi sem imela stike. Od tistih, ki me redno obiskujejo, pa se čutim ljubljena in sprejeta.*

S kategorijo *biti* opredeljujemo dejavnost posameznika glede na sposobnosti in zmožnosti navezovanja in vzdrževanja stikov. »*Zato, da nekoliko pozabim na svoje težave, vodim enkrat tedensko pogovorno-molitveno skupino v domu upokojencev in skupino starih za samopomoč v krajevni skupnosti. Prej sem se ukvarjala s socialno službo in pogrešam te stike*«.

Sklep

Razvoj tehnike in napredek znanosti, posebno še medicine, je pripomoglo k boljšemu zdravstvenemu stanju ljudi in posameznika. Nekatere bolezni, ki so bile prej neozdravljive,

so danes ozdravljive, če jih dovolj zgodaj odkrijemo. Tudi izpopolnjeni tehnični pripomočki, npr. hranilne sonde, ki ne dražijo tkiva; mešalci, ki dobro zmešajo hrano in ustrezna zdravila, pa tudi finančne možnosti pripomorejo k temu, da posameznik lažje obvladuje svoje težave. Poleg vsega tega pa so, za kakovost človekovega življenja, najpomembnejši pristni prijateljski odnosi, občutek, da si za nekoga dragocen, ne glede na zdravstveno stanje. To človeku vrne samospoštovanje. Izkušnja bolnice, ki živi zaradi gastrostome nekoliko drugače, je lahko za marsikoga poučna in vzpodbudna.

Literatura

1. Anon. Diseases of the esophagus. 1988: 75–761.
2. Berčič J. Otorinolaringologija. 2. izdaja. Visoka Zdravstvena šola Maribor, 2002.
3. Gordon M. Negovalne diagnoze – priročnik. Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego. Maribor, 2003.
4. Frankl E. V. Volja do smisla. Mohorjeva družba. Celje, 1994.
5. Harkness G. A., Dincher J.R. Medical – surgical nursing. Total patient care. 10th ed. Mosby. St. Louis, 1999.
6. Henderson V. Osnovna načela zdravstvene nege /prevod Kalčič D.). Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Ljubljana, 1998.
7. Ivanuša A. Železnik D. Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika. Visoka zdravstvena šola. Maribor, 2000.
8. Kocijančič A., Mrevlje F. Interna medicina. DZS. Ljubljana. 1998.
9. Kocijančič B. Perkutana stoma. Zbornik interne medicine. 2001: 251–7.
10. Kocijančič B. Perkutana gastrostoma, http. /vestnik.s.z.d.si./str. 5/ 305–16 pdf.
11. Matko I. Pirc J. Dieta pri boleznih želodca in črevesja. Lzng. Ljubljana. 1983.
12. Pajnkiher M. Osnove zdravstvene nege. Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, Maribor 1999.
13. Smrkolj V. Kirurgija. DZS. Ljubljana 1995.
14. Svetovna zdravstvena organizacija. Regionalni urad za Evropo. Proces zdravstvene nege. Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego. Maribor, 1993.
15. Tetičkovič E. Klinična nevrologija. Založba obzorja Maribor 1997.
16. Zaletel M. Kakovost življenja starostnikov in zdravstvena nega. Zdravstveno varstvo 1999, 38, 45–9, Ljubljana.
17. Železnik D. Ivanuša A. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Visoka zdravstvena šola, Maribor, 2002.
18. Http: //home.amis.net/ semrls/ - seemrl/prebava.htm.

Študentka Maja Šabeder, absolventka na Univerzi v Mariboru, Visoka zdravstvena šola

Mentorica, predav. Antonija Ivanuša, univerzitetni dipl. organizator, Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola
Somentorica, viš. predav. mag. Danica Železnik, prof. zdrav. vzgoje (prodekanica za izobraževanje), Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola