



Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije  
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic  
in zdravstvenih tehnikov Slovenije



Sekcija medicinskih sester  
in zdravstvenih tehnikov  
v kardiologiji in angiologiji

# *Paliativna oskrba srčno-žilnega bolnika*

*Zbornik prispevkov z recenzijo  
XXVIX. strokovno srečanje*

*Urednici: Tanja Žontar, Andreja Kvas*

*Šmarješke Toplice, 11. november 2011*





Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije  
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic  
in zdravstvenih tehnikov Slovenije



Sekcija medicinskih sester  
in zdravstvenih tehnikov  
v kardiologiji in angiologiji

# *Paliativna oskrba srčno-žilnega bolnika*

*Zbornik prispevkov z recenzijo  
XXVIX. strokovno srečanje*

*Urednici: Tanja Žontar, Andreja Kvas*

*Šmarješke Toplice, 11. november 2011*

**ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE –  
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC  
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE**

**Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji  
Zbornik prispevkov z recenzijo**

**PALIATIVNA OSKRBA SRČNO-ŽILNEGA BOLNIKA**

**Šmarješke Toplice, 11. november 2011**

**XXIX. strokovno srečanje**

**Urednik:** Tanja Žontar, mag. Andreja Kvas

**Recenzija prispevkov:** mag. Andreja Kvas

**Izdal in založil:** Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev  
medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov  
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji

**Lektoriranje prispevkov:** Anja Blažun

**Programski odbor:** Alenka Ostanek, Tanja Kukovec, Snežana Škorić, Ahbeer Al- Sayegh, Tanja  
Žontar

**Organizacijski odbor:** Irena Trampuš, Antonija Gazvoda, Sonja Skubic, Irena Planko, Irena Blažič

**Oblikovanje in priprava za tisk:** Trajanus d.o.o., Kranj

**Tisk:** Pro Grafika d.o.o., Žabnica

**Naklada:** 150 izvodov

*Izdano v Kranju, november 2011*

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616.1-036.8-083(082)

ZBORNICA zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih  
društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov  
Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v  
kardiologiji in angiologiji. Strokovno srečanje (29 ; 2011 ;  
Šmarješke Toplice)

Paliativna oskrba srčno-žilnega bolnika : zbornik prispevkov z  
recenzijo / Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza  
strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih  
tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih  
tehnikov v kardiologiji in angiologiji, XXIX. strokovno srečanje,  
Šmarješke Toplice, 11. november 2011 ; [urednik Tanja Žontar,  
Andreja Kvas]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege  
Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in  
zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in  
zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, 2011  
ISBN 978-961-92547-4-5

1. Gl. stv. nasl. 2. Žontar, Tanja  
258562816

## VSEBINSKO KAZALO:

<b>PALIATIVA PRI KRONIČNIH NERAKAVIH BOLEZNIH .....</b>	<b>5</b>
<i>Maja Šeruga</i>	
<b>VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI VKLJUČEVANJU BOLNIKA .....</b>	<b>15</b>
<b>S SRČNIM POPUŠČANJEM V PALIATIVNO OSKRBO</b>	
<i>Anita Vogrinčič Černezel</i>	
<b>ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA OB KONCU ŽIVLJENJA .....</b>	<b>21</b>
<i>Judita Slak</i>	
<b>VLOGA FIZIOTERAPIJE PRI OBRAVNAVI PALIATIVNEGA BOLNIKA .....</b>	<b>31</b>
<i>Anita Jaklič</i>	
<b>SRČNO POPUŠČANJE IN PREHRANSKA PODPORA .....</b>	<b>39</b>
<i>Ruža Pandel Mikuš</i>	
<b>DELOVNA TERAPIJA PRI OSKRBI PALIATIVNEGA BOLNIKA .....</b>	<b>49</b>
<i>Barbka Huzjan</i>	
<b>KOMUNIKACIJA JE ODNOS .....</b>	<b>55</b>
<i>Nada Wolf</i>	
<b>MED RESNICO IN NEGOTOVOSTJO: ETIČNA RAZMIŠLJANJA .....</b>	<b>61</b>
<b>OB SPOROČANJU SLABE NOVICE</b>	
<i>Darja Ovijač</i>	
<b>KVALITETA ŽIVLJENJA PRI BOLNIKI S POPUŠČANJEM SRCA .....</b>	<b>69</b>
<i>Zdenka Zalokar Divjak</i>	
<b>DUHOVNO SPREMLJANJE BOLNIKA .....</b>	<b>74</b>
<i>Miro Šlibar</i>	



# PALIATIVNA OSKRBA NERAKAVIH KRONIČNIH BOLNIKOV

*prim. mag. Maja Šeruga, dr. med., spec. internistka in gastroenterologinja*  
*Splošna Bolnišnica Murska Sobota*

## IZVLEČEK

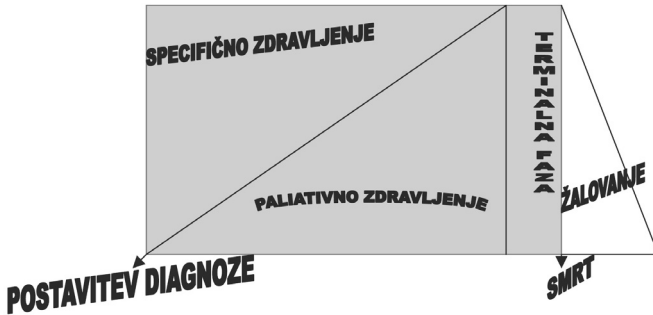
Paliativna oskrba je aktivna in vseobsegajoča oskrba bolnika z neozdravljivo in neobvladljivo boleznijo. Paliativna oskrba priznava življenje in umiranje za naravna procesa. Namen te mlade veje medicine je omogočiti najvišjo možno kakovost življenja in dostojno življenje do smrti in sprotno obveščanje, da s tem dosežemo sodelovanje bolnika in njegovih bližnjih. Treba je preučiti in nagovoriti celostno življenjsko situacijo, v kateri se bolnik nahaja, tako s psihološkega, socialnega in duhovnega vidika, za kar sta nujno potrebna sodelovanje različnih poklicev in koordiniranje celotnega paliativnega tima.

**Gljučne besede:** paliativna oskrba, nerakavi kronični bolniki, srčno popuščanje.

## UVOD

Paliativna oskrba je aktivna in vseobsegajoča oskrba bolnika z neozdravljivo in neobvladljivo boleznijo. Paliativna oskrba priznava življenje in umiranje za naravna procesa (Doyle in sod., 2004; Watson, Lucas, Hoy, Wells, 2009). Ne pospešuje smrti, niti je ne zavlačuje. Zajema nego bolnika, obvladovanje bolečine in drugih spremljajočih simptomov bolezni ter lajšanje psihičnih, socialnih in duhovnih težav. Namen te mlade veje medicine je omogočiti najvišjo možno kakovost življenja in dostojno življenje do smrti. Pomaga bolnikovi družini in njegovim bližnjim med boleznijo in po smrti, v času žalovanja. Njeni bistveni principi so individualno blaženje simptomov, dobra komunikacija, delo v timu, spoštovanje bolnikove volje in odločitev, dostojanstva, obveščenost bolnika o bolezni, zdravljenju in oskrbi, nudenje podpore in neprekinjene pomoči družini v času bolezni in v času žalovanja. V tim za paliativno oskrbo so vključeni različni poklici (zdravnik, medicinska sestra, socialni delavec, psiholog, fizioterapevt, delovni terapevt itd.), ki skrbijo za dobrobit bolnika in njegovih bližnjih. Paliativna medicina je del paliativne oskrbe in jo Evropska zveza za paliativno oskrbo definira kot primerno medicinsko oskrbo za bolnike z

napredovalo neozdravljivo boleznijo, za katere je prognoza omejena (včasih tudi več let), s ciljem oskrbe kakovosti življenja. Lahko se uvaja zgodaj v poteku kliničnih stopenj kronične neozdravljive bolezni skupaj z aktivnim zdravljenjem, na primer med procesom kemoterapije ali obsevanja, in zajema tiste preiskave, ki dopolnjujejo razumevanje kliničnih zapletov (slika 1).



Slika 1: Shematski prikaz vključevanja paliativne oskrbe v klinično obravnavo v poteku kronične neozdravljive bolezni.

Paliativna oskrba se je razvijala sočasno z velikim naraščanjem števila starejših bolnikov s kroničnimi in z napredujočimi neozdravljivimi obolenji (3–5). Skozi stoletja so ljudje umirali hitro in nezapleteno, največkrat v krogu domačih in doma. Danes pa se v Sloveniji več kot polovica smrti zgodi v bolnišnicah in domovih za starejše občane. Mnogi se bojijo, da bodo utrpeli težave, ki so v času napredovale neozdravljive bolezni najpogostejše: hude kronične bolečine, osamljenost oziroma velika medicinska gorečnost za ohranjanje življenja (Červek, 2009; Porter in sod., 2008). Dokazi o kakovosti ob koncu življenja navajajo, da bolniki kljub znanju, ki je na razpolago, ter razpoložljivimi zdravilom in metodam obravnave še vedno trpijo nepotrebne hude bolečine ob koncu življenja in imajo celo vrsto drugih motečih simptomov (Porter, 2008).

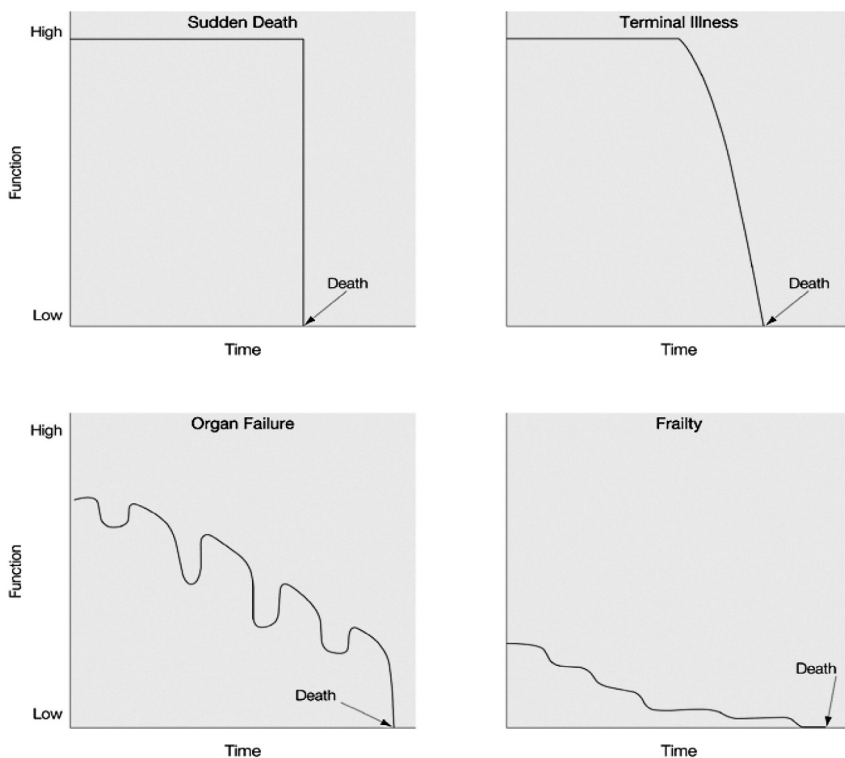
Običajno razmišljanje predvideva paliativno oskrbo predvsem pri bolnikih z onkološkim obolenjem v zadnjem napredovalem obdobju, saj je potek glede potreb bolnika in svojeve predvidljivejši in prepoznavnejši kot pri drugih kroničnih obolenjih, na primer pri odpovedi organov (srca, pljuč, ledvic, jeter) in pri nekaterih nevroloških in psihiatričnih obolenjih, kot so amiotrofična lateralna skleroza, demenca ali cerebrovaskularni dogodki. V današnjem času umiramo po dolgi kronični bolezni, večinoma zaradi pričakovanega toka treh najpogostejših napredovalih kroničnih obolenj, nenadna smrt zajema le 1 % vseh smrti (Porter in sod., 2008; Lunder in sod., 2009).

Beseda *paliativen* izhaja iz latinskega glagola *palliare* (*ogrnti s plaščem*, kar lahko razumemo kot *prekriti simptome*). Paliativna oskrba umirajočih dejavno uresničuje njihove pravice do strokovne podpore in humane smrti. Umirajoči so v našem zdravstvenem sistemu zanemarjena skupina. Prisotnost ob umirajočem spravlja zdravstvene delavce v zadrego – predvsem zaradi neznanja, kako pomagati (Červek, 2009).

Številne izgube, k jih povzroči neozdravljiva bolezen, kot so izguba zdravja, prihodnosti, samostojnosti, identitete in vrednot, povzročajo jezo, strah, občutek krivde ter osamlje-



nost. Fizični in psihosocialni simptomi bolezni so v medsebojni odvisnosti in pogosto otežujejo uspešen nadzor težav, zato bolnik ob lajšanju fizičnih težav potrebuje psihosocialno in duhovno podporo. Z napredovanjem maligne bolezni in kroničnih nerakavih bolezni število simptomov, ki jih moramo obvladati, narašča. Glede na vrsto bolezni, splošno telesno zmogljivost bolnika in zdravila, ki jih bolnik dobiva, lahko predvidevamo razvoj bolezni in napovemo nove simptome. Z ustreznimi in pravočasnimi ukrepi lahko preprečimo nepotrebne krizne okoliščine in se jim izognemo.



Slika 2: Modeli poteka najpogostejših bolezni in nenadne smrti.

Za razumevanje, prepoznavanje in obravnavo simptomov je potrebno ustrezno znanje. V paliativni oskrbi se izogibamo obremenilnih diagnostičnih postopkov, ki bi še dodatno poslabšali kakovost življenja. Za oceno bolnika in stanja bolezni je potrebna klinična ocena z natančno anamnezo in s skrbnim kliničnim pregledom. Simptome bolezni opredelimo stopenjsko po vizualni analogni lestvici VAL ali VAS z ocenami od 0 do 10 in to dokumentiramo. Pomembna sta dnevno sledenje uspešnosti obravnave simptomov in ugotavljanje novih (Červek, 2009; Červek, 2008).

Zdravniki, ki so večji v diagnostiki in zdravljenju, so zmotljivi pri oceni preživetja in iščejo vedno nove možnosti nadaljnjega zdravljenja. Posledice napačne ocene preživetja in precejevanja zmožnosti medicine so neustrezni agresivni postopki in nepotrebne hospitalizacije. Navedeni postopki zavajajo bolnika in svojce z lažnim upanjem. Bolnik umre kljub prizadevanjem, za svojce pa je taka smrt nepričakovana in nimajo možnosti, da se nanjo pripravijo.

Za pravilne odločitve pri obravnavi takega bolnika je ključna pravilna ocena preživetja. Pri oceni so nam v pomoč napovedni dejavniki preživetja. Dober napovedni dejavnik je merjenje funkcijske sposobnosti. Poznamo več takih ocenjevalnih lestvic, kot je na primer paliativna lestvica zmogljivosti oziroma ocena telesne zmogljivosti po Karnovskem (Crooks, Waller in sod., 1991).

<u><b>KARNOVSKY</b></u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100 %: normalna aktivnost, brez simptomov</li> <li>• 90 %: normalna aktivnost, blažji simptomi</li> <li>• 80 %: normalna aktivnost s trudom, simptomi</li> <li>• 70 %: nesposobnost opravljanja normalnih aktivnosti, še sposobnost skrbeti zase</li> <li>• 60 %: potrebuje občasno pomoč pri skrbi za osebne potrebe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50 %: potrebuje znatno pomoč, potrebna je pogosta medicinska oskrba</li> <li>• 40 %: nesposoben, posebna oskrba in pomoč</li> <li>• 30 %: težka nesposobnost, potrebna neprestana oskrba</li> <li>• 20 %: zelo prizadet, potrebna je aktivna neprestana oskrba</li> <li>• 10 %: proces umiranja</li> <li>• 0 %: mrtev</li> </ul>

Slika 3. Funkcijski status po Karnovskem.

Drugi podobni ocenjevalni lestvici sta še paliativni funkcijski status (PPS) in funkcijski status Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization); vse pa temeljijo na oceni, ali je bolnik sposoben izvajati običajne dnevne aktivnosti, ali lahko dela ali je to možnost izgubil in je vezan na dom, kjer potrebuje pomoč pri osebni higieni, ali celo leži v postelji in je popolnoma odvisen od drugih. Oceno funkcijskega razreda pri dementnih bolnikih ocenjujemo po tako imenovani lestvici FAST (*Functional Assessment Staging*; Reisberg, 1988).

Napovedni dejavniki kratkega preživetja so: terminalni delirij, splošna oslabeledost, težko dihanje in požiranje ter kaheksija. V laboratorijskih izvidih so slabi napovedni dejavniki

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nobene objektivne ali subjektivne težave.</li> <li>2. Pozabljanje nahajanja predmetov, subjektivne delovne težave.</li> <li>3. Zmanjšano funkcioniranje pri delu, ki je prepoznano tudi pri sodelavcih. Težave pri potovanjih na nove lokacije. Zmanjšana sposobnost organizacije.</li> <li>4. Zmanjšana sposobnost za zapletene dejavnosti (načrtovanje večerje za goste, urejanje osebnih financ – pozabljanje plačevanja računov), težave pri nakupovanju.</li> <li>5. Potrebna je pomoč pri izbiri oblačil za vsak dan, sezono ali dogodek (bolnik se oblači v ista oblačila, če nima pomoči).</li> <li>6. <b>A.</b> Nepravilno oblačenje (dnevna oblačila čez pižamo, čevlji na napačni nogi, težave pri zapenjanju), ki je občasno ali pogosto v zadnjih tednih. <b>B.</b> Nesposobnost umivanja ali kopanja (težave pri pripravi prave temperature vode), ki je občasna ali pogosta v zadnjih tednih.</li> </ol>	<p><b>C.</b> Nesposobnost za mehanska opravila ob odvajanju (pozablja na izplakovanje stranišča, se ne obriše primerno ali ne ve prav zavreči toaletnega papirja), ki je občasna ali pogostejša v zadnjem tednu.</p> <p><b>D.</b> Inkontinenca urina, ki je občasna ali pogostejša v zadnjem tednu.</p> <p><b>E.</b> Inkontinenca blata, ki je občasna ali pogostejša v zadnjem tednu.</p> <p><b>7. A.</b> Sposobnost govora okrnjena na šest jasnih različnih besed ali manj, povprečno v enem dnevu ali v času intenzivnega pogovora.</p> <p><b>B.</b> Sposobnost govora je omejena na eno jasno besedo v dnevu ali v času intenzivnega pogovora (oseba ponavlja besedo spet in spet).</p> <p><b>C. Ne more hoditi (le s pomočjo druge osebe).</b></p> <p><b>D. Ne more sedeti pokonci brez pomoči (oseba bi padla, če na stolu ali vozičku na straneh ni držajev za roke).</b></p> <p><b>E. Izguba sposobnosti smejanja.</b></p> <p><b>F. Izguba sposobnosti držanje glave pokonci.</b></p>
---	--

Slika 4: Lestvica FAST.

nizki serumski albumini, nizke vrednosti limfocitov, zvišane vrednosti levkocitov in laktat hidrogenaze – LDH (Červek, 2009; Červek, 2008; Benedik, 2011).

Za odpravo številnih simptomov je zdravljenje z zdravili ob ustrezni zdravstveni negi običajno temeljni kamen oskrbe. Pravila zdravljenja z zdravili so:

- zdravila dajemo v rednih časovnih odmerkih;
- kadar je le mogoče, zdravila dajemo v peroralni obliki, pod jezik, transkutano in rektalno, v terminalni fazi pa podkožno;
- dozo zdravila odločimo individualno in pri tem upoštevamo morebitno okvaro ledvic, jeter in drugih organov;
- izogibamo se uporabi velikega števila zdravil;
- izberemo zdravilo, ki odpravi več simptomov;
- vedno zagotovimo rešilni odmerek zdravila in
- smo pozorni na stranske učinke zdravil, da ne povzročamo nepotrebnih dodatnih težav.

V paliativni oskrbi, ki se lahko začne že zgodaj v poteku kronične rakave ali nerakave bolezni, obstaja krajše obdobje, za katerega je značilna odpoved življenjsko pomembnih organov in se konča z umiranjem in s smrtjo. Patofiziološka dogajanja pri umirajočem povzročajo značilne simptome: splošno oslabeledost, zmanjšan apetit, odklanjanje hrane in tekočin z dehidracijo, težko požiranje ter srčno, respiratorno in ledvično odpoved. Znaka nevrološke odpovedi sta zožena zavest in zmanjšana možnost komuniciranja. Značilni simptomi terminalnega obdobja bolezni so:

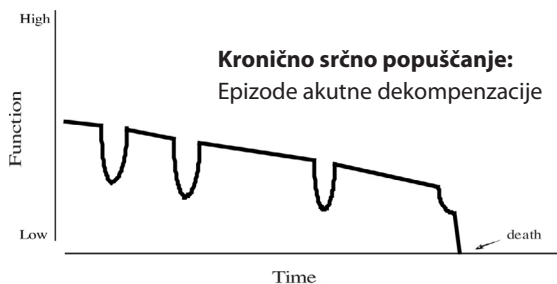
- terminalno hropenje, ki nastane zaradi nabiranja izločka v dihalnih poteh in nezmožnosti bolnika zaradi izgube žrelnega refleksa, da ta izloček izkašlja;
- dehidracija, ki je pogost vzrok zaskrbljenosti svojcev; v obdobju umiranja parenteralna rehidracija praviloma ni koristna, saj povzroča bruhanje in slabost, edeme, povečuje izlive v telesnih votlinah, kot sta plevralni izliv in ascites, in terminalno hropenje; dehidracija pa stimulira sproščanje endorfinov, kar izboljša počutje bolnikov;
- nevrološke spremembe, ki so posledica sočasnih in ireverzibilnih dejavnikov, ki prizadenejo živčni sistem; pri čemer obstajata dva vzorca poti do smrti:
  - običajna pot: pojevanje zavesti, nepremagljiv spanec, ki vodi v koma in smrt; globoka koma je enaka popolni anesteziji, kornealni refleks ni izziven;
  - težka pot: delirij, ki se izraža z agresivnostjo bolnika, zmedenost, nemir in razdražljivost.

Cilj oskrbe bolnika v tem terminalnem obdobju ni več kakovost življenja, ampak kakovost umiranja in skrb za svojce. Glede uporabe zdravil velja, da ukinemo vsa nepotrebna zdravila in ohranimo vsa ključna zdravila za obvladovanje simptomov. Pot vnosa zdravil je praviloma opioid pod kožo (subkutano). Pomembna klinična večšina je prepoznavna umiranja, za kar uporabljamo Liverpoolsko klinično pot umiranja, ki zagotavlja ustrezno fizično, čustveno in duhovno oskrbo umirajočega in svojcev.

Danes najpogosteje umiramo po dolgi kronični bolezni, večinoma zaradi pričakovanega toka treh najpogostejših bolezni: raka, odpovedi organa ali demence. Danes še vedno pogosto velja prepričanje, da je čas za paliativno oskrbo šele ob koncu življenja, ko so vsi postopki zdravljenja že izčrpani in ko gre samo še za oskrbo procesa umiranja, kar je glavna ovira pri vpeljavi kakovostne obravnave za bolnike z neozdravljivo kronično boleznijo in njihove bližnje. Proces umiranja je le manjši del celotne paliativne obravnave. Pogovor o vpeljavi paliativne oskrbe je mogoč na različnih točkah poteka napredovale neozdravljive kronične bolezni že v zgodnjem času in raziskave so pokazale, da ob tem lahko dosežemo manj potreb po intervencijah nujne zdravstvene pomoči. Za vpeljavo paliativne oskrbe je poleg znanja potrebna tudi večšina komuniciranja. Pomembni so izbira časa v poteku napredovale bolezni, urejen prostor za zasebnost, povabilo vsem prizadetim in sodelujočim v timski obravnavi.

## KDAJ SE ODLOČIMO ZA VPELJAVO PALIATIVNE OSKRBE PRI BOLNIKU S SRČNIM POPUŠČANJEM

Srčna odpoved je glavni vzrok smrti v razvitem delu sveta. Klinična slika napredovalega srčnega popuščanja zajema naslednje najpogostejše simptome: dispnejo, utrujenost, nezmožnost premagovanja najmanjšega napora in edeme. Poteka po vzorcu kroničnega odpovedovanja organa (Watson, Lucas, Hoy, Wells, 2009; Ward, 2002; Porter in sod., 2008, Lunder, 2008).



Slika 5: Model poteka odpovedovanja organa – srčno popuščanje.

Natančna ocena prognoze za obdobje 6–12 mesecev pri srčni odpovedi je praktično nemogoča, saj pri 25-50 odstotkih bolnikov pride do nepredvidene nenadne smrti.. V pomoč nam je klasifikacija ocene stopnje srčne odpovedi NYHA, ki navaja oceno enoletnega preživetja na temelju spodaj navedenih kazalnikov (Doyle in sod. 2004; Ward, 2002; Lunder, 2008).

### FUKCIONALNA KLASIFIKACIJA KRONIČNE SRČNE ODPOVEDI

NYHA	Opis	Umrljivost v enem letu (%)
I	Brez simptomov, nizek LVEF	5-10
II	Simptomi ob večji obremenitvi (lahko prehodi pribl. 100m)	15-30
III	Simptomi že ob manjšem naporu	15-30
IV	Simptomi v mirovanju	50-60m

Slika 6. Funkcionalna klasifikacija kronične srčne odpovedi – NYHA.

Navedena stanja neodvisno prispevajo k skrajšanju časa preživetja (Doyle in sod. 2004; Ward, 2002; Lunder, 2008):

- nedavna hospitalizacija zaradi srčnega popuščanja (potroji eno letno umrljivost);
- zvišana ureja in/ali kreatinin;
- sistolni krvni tlak pod 100 mg Hg in/ali utrip več kot 100 (podvoji eno letno umrljivost);
- znižan iztisni volumen levega prekata (linearna korelacija s preživetjem od vrednosti, manjše od 45 %);
- ventrikularne aritmije, odporne na zdravljenje;

- anemija;
- hiponatremija;
- kaheksija in
- spremljajoče bolezni: sladkorna bolezen, KOPB, ciroza jeter, žilne bolezni, rak.

Kljub neprestanim farmakološkimi napredkom v terapiji srčnega popuščanja in vpeljavi terapij s transplantacijo ali mehanskimi vsadki ostaja incidenca nenadne smrti zelo visoka. V zadnjih letih so razvili mnoge modele za oceno kratko- in dolgoročne prognoze, ki pa morajo prestati preverjanja in prilagoditve novim terapijam. V pomoč sta nam lahko spletna prognozerja: <http://depts.washington.edu/shfm> ali <http://www.hfsa.org>.

Kdaj v poteku kronične srčne bolezni se lahko pogovarjamo o prognozi bolezni, lahko razberemo s spodnje slike 7.

NYHA	I	II	III	IV
Telesni simptomi	AH (ACE inh), Lipidi Telesne vaje	+ beta blokerji, furosemid	+ Aldactone opioidi	+ prilagoditve ACE inh, diuretiki opioidi
Psihosocialna oskrba			Soc.izolac. Depres., ADL	+++
Duhovna oskrba		Pomen bolezni	Pomen trpljenja	Zaključevanje življenja
Praktična oskrba			ADL?	Pomoč ++++
Načrtovanje paliativne oskrbe		Načrt oskrbe v prihodnosti	Reanimac.?	
Informiranje bolnika in družine	Spremembe življenjskega sloga	dieta	+++	++++

Slika 7. Prognoza bolezni napredovalega srčnega popuščanja in vključevanje paliativne oskrbe.

Kljub velikim razlikam v nastanku bolezni so simptomi pri umirajočem s srčno odpovedjo podobni tistim simptomom, ki jih ob koncu življenja doživljajo bolniki z rakom. Najpogostejši simptomi pri srčnem popuščanju so (Doyle in sod. 2004; Porter in sod., 2008; Lunder, 2008):

- bolečina v 78 %;
- dispneja v 61 %;
- depresija v 59 %;
- nespečnost v 45 %;
- neješčnost v 30 %;
- anksioznost v 30 %;
- zaprtje v 37 %;

- slabost/bruhanje v 32 %;
- utrujenost;
- nepomičnost in
- edemi.

Lajšanja simptomov se lotimo v dveh korakih, in sicer s takojšnjo obravnavo nastalih simptomov in sočasno odpravo reverzibilnih vzrokov.

## SIMPTOMATSKO ZDRAVLJENJE

*Bolečina:* periferni edem lahko povzročajo bolečine, poleg tega so lahko pridruženi še vzroki, ki se pojavljajo pri vseh starejših bolnikih: artritis in diabetična nevropatija. Nesteroïdni analgetiki so kontraindicirani ob terapiji z diuretiki in inhibitorji ACE, ker znižujejo glumerulno filtracijo in na ta način slabšajo ledvično funkcijo, zato so opiodi zdravilo prvega izbora.

*Dispneja:* Ugotoviti je treba vzrok (plevralni ali perikardialni izliv, aritmije) in prilagoditi terapijo. Simptomatsko zdravljenje zajema uvedbo opiodov v nižjih odmerkih kot pri zdravljenju bolečine oziroma ob že predpisanih opiodih za bolečino zvišanje odmerka za 25 %.

*Depresija:* Pri teh bolnikih je antidepresiv prve izbire sertralin, ker ohranja iztiski volumen levega prekata, nima hipotenzivnega učinka, ne povzroča aritmij in ima malo interakcij z drugimi zdravili.

Prilagajanje obstoječe terapije srčne odpovedi:

- optimiziranje uporabe diuretikov – odmerki do 4000 mg/dan so dokazano varni in učinkoviti;
- zamenjava poti vnosa iz intravenskega v podkožno aplikacijo – 10–20 mg/h;
- dodajanje rešilnega odmerka tiazidnega diuretika po potrebi za ponovno vzpostavitev diureze pri bolnikih, ki postanejo odporni na diuretike Henlejeve zanke.

V obravnavi srčne odpovedi je poleg farmakoloških ukrepov zaradi telesnih simptomov izrednega pomena komuniciranje in sprotno obveščanje, da dosežemo sodelovanje bolnika in njegovih bližnjih. Treba je preučiti in nagovoriti celostno življenjsko situacijo, v kateri se bolnik nahaja, tako s psihološkega, socialnega in duhovnega vidika, za kar je nujno potrebno sodelovanje različnih poklicev in koordiniranje celotnega paliativnega tima.

## SKLEP

Veliko zanimanje za znanje v paliativni oskrbi dokazuje, da se zdravstveni delavci vedno bolj zavedamo odgovornosti do bolnikov v zadnjem času njihovega življenja ter do njihovih družin. Paliativna oskrba se lahko uvaja zgodaj v poteku kliničnih stopenj kronične neozdravljive bolezni skupaj z aktivnim zdravljenjem in zajema tiste preiskave, ki dopol-

njujejo razumevanje kliničnih zapletov. Za paliativno zdravstveno oskrbo je značilno dvoje: celostno lajšanje simptomov na vseh ravneh življenja bolnika in njegove družine v času obravnave in učinkovito preprečevanje trpljenja s sprotnim načrtovanjem ukrepov v pričakovanem poteku s poslabšanji boleznimi.

## LITERATURA

1. Doyle D (ed.) et al. *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford: University Press; 2004.
2. Watson M, Lucas C, Hoy A, Wells J. *Oxford handbook of palliative care*. 3rd ed. Oxford: University Press; 2009.
3. Littlewood CM, Smith J; Merseyside and Cheshire NHS Cancer Network Working Party. *Specialist palliative care referral guidelines and symptom control for patients with end stage chronic respiratory disease*. Liverpool, 2006.
4. Ward C. *The need for palliative care in the management of heart failure*. *Heart*. 2002; 87: 294-8.
5. Črvek J. *Bolnik ob koncu življenja*. V: Novaković S, Zakotnik B, Žgajnar J (ur.): *Paliativna oskrba bolnika ob koncu življenja: zbornik predavanj, 22. onkološki vikend, Portorož, 12.-13. junij 2009*. Ljubljana: Kancerološko združenje SZD: Onkološki inštitut: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2009: 5-13.
6. Porter SC (ed.). *The hospice and palliative medicine approach to selected chronic illnesses: dementia*. Unipac 9. *Hospice and palliative care training for physicians*. 3rd ed. American Academy of Hospice and Palliative Care; 2008.
7. Lunder U (ur.). *Paliativna oskrba v zadnjih dneh življenja, zbornik sestanka, Bled, 27. januar 2009*. Golnik : Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 2009.
8. Črvek J (ur.). *Šola za paliativno oskrbo bolnika ob koncu življenja: zbornik predavanj, Ljubljana, 7.-8. marec 2008*. Ljubljana: Onkološki inštitut; 2008.
9. Crooks V, Waller S, et al. *The use of the Karnofsky Performance Scale in determining outcomes and risk in geriatric outpatients*. *J Gerontol*. 1991; 46: M139-44.
10. Reisberg B. *Functional Assessment Staging (FAST)*. *Psychopharmacology Bulletin*. 1988; 24: 653-9.
11. Benedik J. *Oskrba bolnika ob koncu življenja*. *Onkologija*. 2011; 15: 52-8.
12. Lunder U. *Paliativna oskrba za bolnika z dispnejo ob koncu življenja*. V: Triller N, Marčun R (ur.). *Zbornik sestanka: simpozij o dispneji, Moravske toplice, 28.-29. november 2008*. Golnik: Združenje pneumologov Slovenije; 2008: 65-9.



# VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI VKLJUČEVANJU BOLNIKA S SRČNIM POPUŠČANJEM V PALIATIVNO OSKRBO

*Anita Vogrinčič Černezel, dipl. m. s.  
Bolnišnica Murska Sobota, Interni oddelek*

## IZVLEČEK

Medicinske sestre se pri svojem delu redno ali občasno srečujemo s težko bolnimi ali umirajočimi bolniki. Paliativna oskrba bolnika mora zato biti nepogrešljiv del zdravstvene nege; sicer pa pomeni izpolnjevanje vseh bolnikovih potreb v času neozdravljive bolezni ter umiranja. V uvodnem delu prispevka je poudarjeno, zakaj je nujno, da v paliativno oskrbo vključujemo tudi bolnike s poslabšanjem nerakavih kroničnih obolenj, kot je na primer bolnik s srčnim popuščanjem. V Splošni bolnišnici Murska Sobota se je v okviru projekta paliativne oskrbe oblikoval paliativni tim, ki je postavil temeljna izhodišča za paliativno obravnavo bolnika v bolnišnici. Posebno vlogo v tem timu ima prav medicinska sestra, ki je glavni koordinator med člani paliativnega tima, člani tima na oddelku, kjer se nahaja bolnik, ter tudi bolnikom in svojci. Imeti mora specialna znanja s področja paliativne oskrbe, katere cilj je dobro načrtovana zdravstvena nega paliativnega bolnika in s tem lajšanje bolnikovega trpljenja.

**Ključne besede:** paliativna oskrba, bolnik s srčnim popuščanjem

## UVOD

O srčnem popuščanju govorimo, ko srce ne zmore črpati krvi dovolj hitro in učinkovito in tako zagotoviti telesu zadostnega dotoka kisika in hranljivih snovi. Bolniki imajo običajno slabo prognozo. Pogosto so zaradi poslabšanja kliničnega stanja hospitalizirani. Podatki kažejo, da v prvem letu umre od 30 do 50 % bolnikov z najtežjo obliko bolezni. Petletno preživetje po postavitvi diagnoze je v povprečju 30 %, kar je slabše kot pri najpogostejših rakavih obolenjih. Povprečna starost bolnikov je 70 let, bolezen torej strmo narašča s starostjo (Lunder, 2009). Zanj je značilna manjša kakovost življenja, najbolj pri bolnikih, ki so v III. in IV. klasifikacijskem razredu NYHA. Bolniki s srčnim popuščanjem največkrat zelo malo vedo o svoji bolezni, predvsem niso seznanjeni z možnimi pogostimi

poslabšanji, ki zmanjšujejo kakovost življenja, in z možnostjo nenadne srčne smrti. Napredovala kronična neozdravljiva bolezen povzroča zapletene težave, ki so tako fizične, psihične, duhovne in tudi socialne narave. Večina bolnikov žal še vedno ne dobi zadovoljive obravnave, ki bi zmanjšala nepotrebno trpljenje ob koncu življenja na vseh omenjenih področjih. Zato je nujno, da je zdravstveni sistem organiziran tako, da omogoča vključevanje v paliativno oskrbo vsem tistim bolnikom, ki tako oskrbo nujno potrebujejo (Skela Savič, 2005).

Namen prispevka je prikazati vlogo in značilnosti dela medicinske sestre v paliativni zdravstveni negi, ki se nanaša na bolnika s srčnim popuščanjem.

## **PALIATIVNA OSKRBA V SPLOŠNI BOLNIŠNICI MURSKA SOBOTA**

V Splošni bolnišnici Murska Sobota so se v letu 2006 začele odvijati prve aktivnosti, povezane z organizacijo strokovne paliativne oskrbe v okviru pilotnega projekta. V ta namen so se oblikovale večpoklicne delovne skupine, v katere so vključeni zaposleni vseh bolnišničnih oddelkov. Razvijale so se tudi aktivnosti, ki so narekovala oblikovanje Pomurskega paliativnega tima z zunanjimi predstavniki. Namen je bil zagotoviti celovito, kakovostno in po strokovnih smernicah usklajeno paliativno oskrbo v vseh okoljih.

Aktivnosti je koordinirala projektna skupina v Splošni bolnišnici Murska Sobota, ki je zagotavljala neprekinjeno delovanje na vseh ravneh in neprekinjeno možnost sodelovanja in svetovanja. Izvedene so bile raziskave potreb po organizirani paliativni oskrbi, v katero so bili vključeni vsi izvajalci oskrbe bolnikov v bolnišničnem, domačem in institucionalnem okolju. Splošni cilj projekta so bili izboljšati kakovost življenja v obdobju neozdravljive bolezni in umiranja, zagotoviti ustrezno namestitve in oskrbo, zadovoljiti potrebe po zdravstveni negi, lajšanju bolečin, zdravstveni vzgoji bolnikov in njihovih svojcev ter reševanju socialnih težav in duhovne oskrbe (Kavaš in Flisar, 2008). V okviru projekta so potekala tudi številna izobraževanja in promocije v tako strokovnem kot tudi laičnem okolju (Kavaš, 2008).

## **VLOGA IN DELO MEDICINSKE SESTRE V PALIATIVNEM TIMU**

Bolnika z napredovalim kroničnim obolenjem zdravnik vključi v paliativno oskrbo na podlagi smernic in kriterijev. Bolniki so vključeni glede na oceno 6- do 12-mesečne prognoze preživetja ali manj. Kriteriji se nanašajo na dihalno odpoved, srčno odpoved in demenco. Glavne naloge paliativne oskrbe so ublažitev trpljenja, obvladovanje simptomov napredovale bolezni ter zadovoljevanje bolnikovih fizičnih, psihičnih, socialnih, duhovnih in negovalnih potreb. Pri tem sodelujejo vsi člani paliativnega tima. Timska obravnava se kaže v celotnem procesu oskrbe, in sicer kot prenos informacij, svetovanje, učenje bolnika in svojcev, zagotavljanje neprekinjene oskrbe in vrednotenje. Zdravstvena nega ima v tem procesu zelo pomembno mesto in vlogo. V paliativni zdravstveni negi so na prvem mestu

vedno bolnik in njegovi svojci in ne bolezen in njena prognoza. Medicinska sestra mora razumeti proces dožemanja in soočanja v času napredovale bolezni in vpliv bolnikovega stanja na družino (Skela Savič, 2005). Upanje je treba preoblikovati v realne cilje za bolnika in družino. Medicinske sestre, ki se vključujejo v proces paliativne oskrbe, morajo biti dobro usposobljene in izobražene. Področja, kjer so potrebna dodatna specialna znanja, so področje obvladovanja bolečine, izvajanje zdravstvene nege pri umirajočem bolniku, komunikacija, žalovanje in izguba, etična in pravna izhodišča, kulturne značilnosti, doseganje kakovosti v terminalni stopnji življenja (Skela Savič, 2005).

## **VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI VKLJUČEVANJU BOLNIKA S SRČNIM POPUŠČANJEM V PALIATIVNO OSKRBO**

Medicinska sestra, ki sodeluje pri vključevanju bolnika s srčnim popuščanjem v paliativno obravnavo, mora poznati tako teoretične značilnosti bolezni kot tudi obravnavo bolnika v stopnji poslabšanja (Skela Savič, 2005). Naloge medicinske sestre so:

- Zbiranje anamnestičnih podatkov bolnika. Medicinska sestra bolnika obravnava kot celoto. Ne zbira samo podatkov, ki se nanašajo na simptome bolezni, predvsem je pomembno, da ugotovi, kakšna so bolnikova občutja, želje, kakšne obravnave in kakšno okolje si želi, hkrati ugotavlja njemu moteče dejavnike itd.
- Sproti določa negovalne diagnoze. Na podlagi ugotovljenih potreb in ocene bolnikovega zdravstvenega stanja oblikuje negovalne probleme, kot so strah, bolečina, depresija, vnaprejšnje žalovanje, zmanjšana srčna funkcija, moten ritem spanja, zmanjšana samostojnosti pri opravljanju osebne nege.
- Postavi realne in jasne cilje, ki so vezani na bolnika in izhajajo iz negovalnih diagnoz. Cilje postavi skupaj z bolnikom, s člani negovalnega tima in z njegovimi svojci.
- Načrtuje aktivnosti zdravstvene nege, ki se nanašajo na lajšanje simptomov srčnega popuščanja, kot so dispneja, bolečina, depresija, neješčnost, zaprtje, utrujenost, nespečnost in bolnikove želje (Klanič, 2011).
- Izvaja postopke in posege zdravstvene nege ter sodeluje pri izvedbi diagnostično-terapevtskih postopkov in posegov po zdravnikovem naročilu. Če bolnikovo stanje in organizacija dela na oddelku to omogočata, pri izvajanju intervencij zdravstvene nege upošteva bolnikove želje, vendar morajo biti te realne. Izvede pogovor z bolnikom in njegovimi svojci.
- Sproti vrednoti paliativno zdravstveno nego. Sprotno vrednotenje je nujno potrebno, saj omogoča, da medicinska sestra ugotovi, kje in zakaj določen cilj ni bil dosežen. Tako lahko aktivnosti zdravstvene nege preusmeri k dosegu cilja.
- Nudi podporo družini; v paliativno obravnavo je nujno vključena vsa družina. Treba je doseči zaupanje med bolnikom, njegovimi svojci in člani paliativnega tima. Potrebe družine in načini razmišljanja so si med seboj različni. Pomembno je, da svojcem omogoči različne možnosti pomoči v tiski in jim je na razpolago za morebitna vprašanja.

- Izvajanje zdravstvenovzgojnega dela; bolnika in svojce pouči, kako obvladovati simptome bolezni in kaj narediti v primeru poslabšanja, pripravlja jih na življenje v domačem okolju in na obdobje terminalne stopnje bolezni.
- Koordinacija vključevanja ostalih članov tima; paliativna obravnava zahteva večpoklicen pristop. Naloga medicinske sestre je, da izvaja koordinacijo dela med posamezniki, ki se vključujejo v timsko paliativno obravnavo. Posebno mesto zavzemajo tudi hospici, ki nudijo pomoč bolnikom in svojcem težko bolnih in umirajočih.
- Dokumentiranje; tudi paliativno oskrbo je nujno dosledno dokumentirati. V ta namen je treba izdelati posebne obrazce, ki omogočajo preglednost dokumentiranja; predvsem je dobrodošla klinična pot paliativne oskrbe.
- Neprekinjena obravnava, kar pomeni nadaljevanje paliativne obravnave tudi po odpustu iz bolnišnice. Potreben je predvsem pravi pretok informacij o bolniku. Obvestilo službi zdravstvene nege mora biti v pisni obliki.
- Raziskovanje; za izboljšanje kakovosti obravnave je nujno tudi delo na raziskovalnem področju. Raziskovanje obenem pomeni tudi nenehno izobraževanje in s tem razvoj paliativne oskrbe.

## PRIKAZ PRIMERA

Bolnik, star 65 let, se že nekaj let zdravi zaradi kroničnega srčnega popuščanja. V zadnjih treh mesecih je bil ponovno hospitaliziran že tretjič. Bolnik ima zelo slab apetit, duši ga že ob najmanjšem naporu. Ob sprejemu je izredno nemiren, kaže znake jeze in agresije. Medicinski sestri ne dovoli nastavitve intravenskega kanala. Svojih pričakovanj ni sposoben razložiti. Prisotna je žena, ki takoj skuša navezati stik z osebjem. Iz razgovora je razvidno, da imata z bolnikom nerealna pričakovanja o poteku bolezni, saj pričakujeta takojšnje izboljšanje stanja.

Po natančnejšem razgovoru ugotovimo, da se bolnik in svojci niso zavedali pričakovanega poteka bolezni. Bolnik je trdil, da vse do zdaj ni bil seznanjen s tem, da so možna poslabšanja bolezni in nenadna srčna smrt. Trdil je tudi, da mu do zdaj ni nihče razložil, kako bo njegova bolezen potekala in kakšni so ukrepi obvladovanja bolezni. Oddelčna medicinska sestra je povedala, da so svojci te informacije dobili že večkrat. Tudi sobni zdravnik je potrdil, da je bolnika in svojce seznanil z bolnikovim zdravstvenim stanjem.

Bolnik je pričakoval, da bo bolezen obvladoval z ustaljenimi postopki, kot je na primer jemanje predpisane terapije. Ustvaril si je svojo predstavo o poteku bolezni. V zdravstveni dokumentaciji je bilo zapisanih le nekaj navodil glede jemanja predpisane terapije in omejitve zauživanja tekočine. V dokumentaciji, kjer se beleži izvajanje zdravstvene vzgoje, to ni bilo posebej zabeleženo.

V pogovoru bolnika in njegove žene z zdravnikom in medicinsko sestro je bil bolniku potek bolezni s stopnjami poslabšanja in izboljšanja predstavljen na razumljiv način. Medicinska sestra je ženi podala pisna in ustna navodila glede srčnega popuščanja. Bolnika sta medicinska sestra in zdravnik poučila o prehrani, rednem tehtanju, uživanju tekočine,

pravilnem jemanju predpisane terapije in merjenju krvnega tlaka. Ker je bolnik imel ne-realna pričakovanja, je ob poslabšanju čutil jezo in nemir. Med pogovorom sta zdravnik in medicinska sestra bolniku predstavila tudi verjeten potek bolezni z možnimi poslabšanji. Pogovor je zajemal tudi predloge, kako izboljšati kakovost življenja in lajšati simptome. Pri bolniku in njegovih svojcih smo v času bolnišnične obravnave uspeli vzpostaviti zaupanje. Bolniku se je med zadnjo bolnišnično obravnavo zdravstveno stanje zopet izboljšalo in lahko je zapustil bolnišnico. Po pogovoru s svojci se nismo odločili za obvestilo patронаžni službi, vendar smo svojcem dali vse potrebne informacije tudi o tej možnosti.

## SKLEP

Znanje o paliativni obravnavi gotovo zelo olajša delo medicinske sestre s hudo bolnimi in umirajočimi. Zato sta nenehno izobraževanje in prenašanje znanja v prakso nujni. Dobro načrtovana in vodena paliativna oskrba je gotovo zelo dobrodošla tako pri bolniku kot tudi pri njegovih svojcih. Brez paliativne oskrbe bi bili bolnik in njegovi svojci največkrat prepuščeni sami sebi in svojim odločitvam, ki bi temeljile le na nerealnih pričakovanjih. S pomočjo paliativne obravnave pa bolnik skupaj s svojci in paliativnim timom doseže boljšo kakovost življenja in podporo v času prestajanja hude bolezni in v terminalnem stadiju.

## LITERATURA

1. Kavaš E. *Projektna naloga: zagotavljanje paliativne oskrbe v Splošni bolnišnici Murska Sobota. Krog življenja, glasilo Splošne bolnišnice Murska Sobota. 2008; (8): 22–7.*
2. Kavaš E, Flisar M. *Projekt paliativne oskrbe v splošni bolnišnici Murska Sobota; 2008. Dostopno na: [http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres\\_zbn/pdf/232C.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres_zbn/pdf/232C.pdf) (Datum dostopa: 5. 10. 2011).*
3. Klančič D. *Paliativna oskrba. Dostopno na: <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/96ac6b040677490caac5e72dc9f5b3cb.pdf> (Datum dostopa: 5. 10. 2011).*
4. Lunder U. *Paliativna medicina – oskrba ob koncu življenja; 2009. Dostopno na: <http://zlataleta.com/paliativna-medicina-oskrba-ob-koncu-zivljenja/> (Datum dostopa: 5. 10. 2011).*
5. Skela Savič B. *Od besed k dejanju: zdravstvena nega kot integralni del paliativne oskrbe onkoloških bolnikov. Obzor Zdr N. 2005; 39: 245–53. Dostopno na: [http://www.obzornikzdravstvenene.si/Celoten\\_clanek.aspx?ID=fb804ff9-6c20-495a-a1ff-b6dc9a1a8028](http://www.obzornikzdravstvenene.si/Celoten_clanek.aspx?ID=fb804ff9-6c20-495a-a1ff-b6dc9a1a8028) (Datum dostopa: 5. 10. 2011).*



# ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA OB KONCU ŽIVLJENJA

*Judita Slak, dipl. m. s.*

*Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo*

*judita.slak@klinika-golnik.si*

## IZVLEČEK

Bolniki in njihove družine se med neozdravljivo kronično boleznijo, umiranjem in žalovanjem soočijo z mnogimi težavami, ki lahko povzročajo trpljenje. En sam strokovnjak ne more zadovoljiti vseh potreb bolnika in njegovih bližnjih, zato paliativna oskrba temelji na delu v timu, katerega član je tudi medicinska sestra. Vloge članov tima se prepletajo in glede na potrebe bolnika in njegovih bližnjih stopijo v ospredje različni člani tima. V Sloveniji, kjer je paliativna oskrba na samem začetku razvoja, je zelo malo bolnikov z napredovalo boleznijo srca in žilja primerno oskrbovanih ob koncu življenja, saj se prepogosto izvajajo postopki, ki ne koristijo, temveč bolniku v procesu umiranja celo škodijo. Razloga sta nepoznavanje potreb bolnika ob koncu življenja in nepredvidljivost prognoze bolezni. Namen prispevka je predstaviti posebnosti in potrebe bolnika z napredovalo neozdravljivo boleznijo srca in žilja ter njegovih svojcev, zdravstveno nego in vlogo medicinske sestre pri timski obravnavi takega bolnika. Zdravstvena nega predstavlja največji del paliativne oskrbe; medicinska sestra je ena ključnih članov paliativnega tima, saj je največ časa ob bolniku in prenaša svoja kritična opažanja na druge člane paliativnega tima. Medicinska sestra le z dobrim znanjem s področja potreb bolnika in njegovih svojcev ter komunikacije z neozdravljivo bolnim in s poznavanjem simptomov ter z ukrepanjem ob njihovem pojavu zagotavlja celostno in kakovostno zdravstveno nego ter skupaj s člani drugih timov izboljša kakovost življenja bolnika in njegovih bližnjih, ki se soočajo s težavami ob neozdravljivi bolezni.

**Ključne besede:** paliativna zdravstvena nega, paliativna oskrba, srčna odpoved.

## UVOD

Razvoj tehnike in napredek znanosti na področju medicine sta pripomogla k boljšemu zdravstvenemu stanju posameznika oziroma celotne družbene skupnosti. Nekatere bo-

lezni, ki so bile včasih neozdravljive in so vodile v hitro smrt, danes nadzorujemo s sodobnimi metodami zdravljenja in z izpopolnjenimi tehničnimi pripomočki. Napredek znanosti na področju medicine vodi tudi v velike demografske spremembe po vsem svetu, saj se z izboljševanjem zdravstvenega stanja prebivalstva izrazito povečujeta število in odstotek starejših.

Bolezni srca in žilja so najpogosteje obravnavane bolezni v razvitih deželah, v napredujejo stopnji pa privedejo do srčnega popuščanja, ki bolnika življenjsko ogroža. Število bolnikov, ki se zdravi zaradi srčnega popuščanja, v zadnjih letih strmo narašča; odpoved srca prizadene več kot desetino starejših po 70. letu starosti, bolezni srca in žilja pa so postale najpomembnejši vzrok umrljivosti v razvitih deželah (Štajer in Koželj, 2005).

Ko se bolezen razširi, ni več obvladljiva – medicinski postopki je ne zaustavijo in ne ublažijo težav, ki jih povzročajo, temveč predvsem obremenijo bolnika. V takih primerih se v klinično obravnavo kronične neozdravljive bolezni vključijo paliativna oskrba.

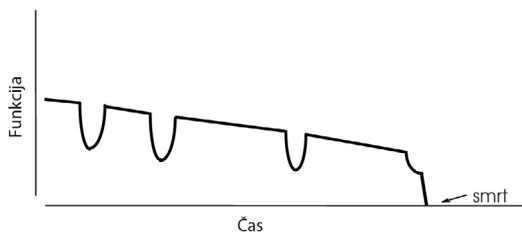
Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization) v definiciji iz leta 2002 navaja: »Paliativna oskrba izboljša kakovost življenja bolnika in njegovih bližnjih, ki se soočajo s problemi ob neozdravljivi bolezni, preprečuje in lajša trpljenje, ki ga zgodaj prepozna, oceni in obravnava bolečino ter druge telesne, psihosocialne ter duhovne probleme.« (World Health Organization, 2002)

Paliativne oskrbe ne definiramo z določeno boleznijo, starostjo bolnika, njegovim prepričanjem in podobnim, saj paliativna oskrba temelji na osnovi ocene stanja bolnika s katerokoli neozdravljivo boleznijo, ocene izida bolezni ter specifičnih potreb bolnika in njegovih bližnjih. Cilja oskrbe ob koncu življenja sta bolniku omogočiti najboljšo možno kakovost življenja (umiranja) in nuditi podporo družini med boleznijo in po smrti (Ellershaw in Ward, 2003).

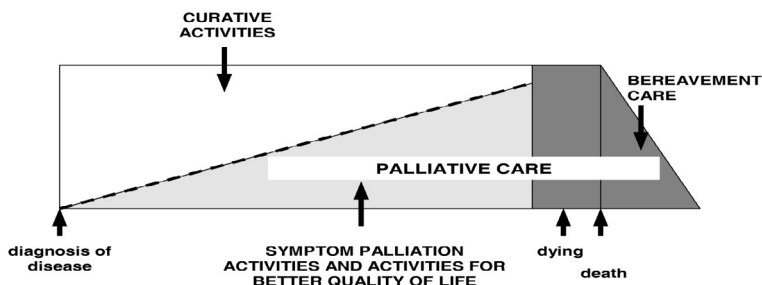
V primerjavi z rakavimi bolniki je zelo malo bolnikov z napredovalo boleznijo srca in žilja, ki so deležni paliativne oskrbe. Potek kroničnih bolezni z nenadnimi poslabšanji in resnimi zapleti, kjer so tipične bolezni z odpovedjo enega od organskih sistemov (na primer zastojna srčna odpoved), je težko predvidljiv. Osebe z napredovalo kronično odpovedjo organa so običajno bolne mesece ali najpogosteje leta in imajo relativno dolga obdobja zadovoljivega ravnesja, vendar vmesna in večkratna akutna, pogosto težavna poslabšanja, ki so povezana s sprejemom v bolnišnico in intenzivno obravnavo. Tako ima potek bolezni v funkcijskem smislu kakovosti življenja ostre padce. Vsako poslabšanje ima lahko za posledico smrtni izid, običajno pa bolniki preživijo več takšnih poslabšanj z vmesnim časom postopnega slabšanja funkcij vsakodnevnega življenja (slika 1).

Bolnikom in njihovim svojcem ravno sodelovanje v zapletenem zdravljenju in razumevanju kombinacije zdravil ter potrebnih postopkov za preprečevanje novih zapletov še vedno predstavlja zelo veliko težavo. Bolniki z odpovedjo srca imajo manj laičnega znanja o svoji bolezni in njeni prognozi kot povprečna javnost, zdravniki pa se o tem z bolnikom in njegovimi svojci pogosto ne pogovorijo dovolj temeljito. Napoved smrtnega izida je pri kronični odpovedi organa zelo negotova. Zato je pri kroničnih boleznih z odpovedjo organskega sistema paliativno oskrbo smiselno uvajati zgodaj v poteku bolezni, najbolj primerno v času pojava prvih simptomov, ki kljub zdravljenju vztrajajo in omejujejo vsakodnevno funkcioniranje (slika 2).





Slika 1. Model poteka odpovedi organa z občasnimi akutnimi poslabšanji (Lunder, 2009 a).



Slika 2. Shematski prikaz vključevanja paliativne oskrbe v klinično obravnavo v poteku kronične neozdravljive bolezni (Lunder, 2009 a).

Spremljanje bolezni na celosten način, kot ga omogoča paliativna oskrba, dokazano učinkovito zmanjšuje pogostnost akutnih poslabšanj in izboljša obdobje preživetja po postavitvi diagnoze odpovedi organskega sistema. Z vpeljavo vnaprejšnjega načrtovanja ob poslabšanjih se lahko učinkovito uporabijo vnaprej predvideni ukrepi. Ob naslednjem poslabšanju je bolnik lahko bolje pripravljen ter prejme medicinsko obravnavo, ki je ob njegovem vnaprejšnjem sodelovanju načrtovana po njegovih vrednotah in potrebah, s čimer se paliativni tim izogne pretirano agresivnim in bolniku neprimernim postopkom (Lunder, 2009 a).

Danes še vedno vse preveč ljudi trpi ob koncu svojega življenja. Razloga za to sta, da zdravstveni delavci na vseh ravneh zdravstvenega varstva premalo poznajo ukrepe, ki blažijo moteče simptome ob koncu življenja, in tudi ne prispevajo k zmanjšanju psihosocialnih težav bolnika in njegovih bližnjih. V procesu umiranja prepogosto izvajajo nekoristne in celo škodljive postopke. Zdravstveni delavci na vseh ravneh izobraževanja ne pridobijo dovolj znanj o potrebah umirajočih in o veščinah komuniciranja, ki so specifične v tem obdobju tako za oceno bolnikovega stanja kot za obveščanje in soodločanje v izbiri postopkov oskrbe (Lunder, 2009 b).

Zavedati se moramo dejstva, da bodo vsi naši bolniki umrli. Le majhen delež (10 %) jih bo umrl nenadne in nepričakovane smrti, večina (90 %) pa bo umrla po dolgotrajni bolezni s postopnim poslabševanjem in bo potrebovala terminalno paliativno oskrbo (<http://www.medenosrce.net>).

## SRČNA ODPOVED IN PALIATIVNA OSKRBA

Srčna odpoved je posledica različnih bolezni srca in žilja in je glavni vzrok smrti v vseh razvitih predelih sveta (Lunder, 2009 a; Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije, 2000; Štajer in Koželj, 2005). Paliativna oskrba se prične z oceno verjetne prognoze. Prognosticiranje pri napredovali kronični srčni odpovedi je zelo nezanesljivo, vendar je ocena prognoze za bolnika izrednega pomena, saj omogoča obveščeno in njegovi prihodnosti glede pričakovanih poslabšanj in stanj ter s tem primerno zaključevanje in vnaprejšnje načrtovanje oskrbe po željah bolnika in njegovih bližnjih. Omogoča tudi pravilno ravnanje ob prihodnjih poslabšanjih, specifične cilje obravnave, paliativno obravnavo ali akutno obravnavo v bolnišnici ter odločitve glede izbire postopkov z oživiljanjem ali brez njega (Lunder, 2009 a).

Bolnik ima na stopnji neozdravljive bolezni veliko telesnih, psihosocialnih in duševnih težav. Zdravljenje teh težav temelji na bolnikovih ciljih in potrebah, ki se ugotavljajo in rešujejo z večpoklicnim timskim pristopom, katerega osnova so dobre komunikacijske veščine, najpogosteje na družinskem sestanku, če se bolna oseba s tem strinja.

Lundrova (2009) navaja, da ima bolnik ob napredovali neozdravljivi kronični bolezni v povprečju pet do sedem motečih simptomov, pri napredovali srčni odpovedi so najpogostejši:

- bolečina (78 %),
- dispneja (61 %),
- depresija (59 %),
- nespečnost (45 %),
- neješčnost (43 %),
- zaprtje (37 %),
- slabost/bruhanje (32 %),
- anksioznost (30 %),
- utrujenost,
- nepomičnost in
- edemi.

Za uspešno zdravljenje simptomov je najprej potrebna natančna ocena, ki temelji na objektivizaciji subjektivnega izraza bolnika. Za merjenje simptomov lahko uporabljamo vizualno analogno lestvico (VAL) z ocenami od 0 do 10, slikovno ali barvno lestvico, razviti pa so tudi številni vprašalniki in druge lestvice za podrobnejšo oceno.

## ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA OB KONCU ŽIVLJENJA

Osnovno izhodišče paliativne zdravstvene nege je večpoklicni timski pristop. Prav posebno vlogo v timu ima medicinska sestra, ki vzpostavlja medsebojno komunikacijo med timom, bolnikom in družino ter večinsko uresničuje načrte tima ob bolniški postelji s pomočjo izvajanja aktivnosti zdravstvene nege, s pogovorom in z učenjem bolnika in svojcev.

Zdravstvena nega bolnika v paliativni oskrbi poteka po procesu zdravstvene nege po stopnjah: ugotavljanje bolnikovih potreb in potreb njegovih bližnjih – ocenjevanje, postavitve negovalne diagnoze in ciljev zdravstvene nege, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje zdravstvene nege glede na zastavljene cilje ter dokumentiranje.

Paliativna zdravstvena nega temelji na podpornem modelu zdravstvene nege, ki je bil razvit na osnovi analize dela medicinskih sester na področju bolečine. Raziskave so pokazale šest medsebojno prepletenih dimenzij paliativne zdravstvene nege:

- *spoštovanje ljudi* in vsakega posameznika, prepoznavanje njegovih značilnosti in sposobnosti;
- *medsebojno povezovanje* s posameznikom in njegovo družino spodbudi proces zaupanja, poznavanje potreb, predstavitev vlog;
- *spodbujanje*, dajanje podpore, dajanje informacij;
- *delati za* se nanaša na fizične simptome in nanje vezano zdravstveno nego, kot je obvladovanje bolečine in drugih simptomov;
- *pri iskanju pomena* se medicinska sestra usmerja v življenje in pričakovanje smrti, vodi odkrit razgovor na bolnikovo željo;
- *ohranjanje integritete* je usmerjeno tako na bolnika kot na medicinsko sestro; za učinkovito delovanje mora medicinska sestra obvladovati svoja čustva, imeti samospoštovanje in vzdrževati psihofizično pripravljenost za delo (Davies in Oberle, 1990).

Specifične naloge medicinske sestre v paliativni zdravstveni negi so:

- prepoznavanje in načrtovanje aktivnosti zdravstvene nege pri simptomih napredovale bolezni;
- načrtovanje in izvajanje postopkov za podporno zdravljenje in zdravstveno nego na stopnji paliativne oskrbe: spremljanje učinkov protibolečinske, antiemetične in antikonvulzivne terapije ter psihotropnih zdravil, rokovanje s podkožno elastomerno črpalko itd.;
- aktivno vključevanje bolnikov in njihovih svojcev v načrtovanje paliativne zdravstvene nege in oskrbe, ponujanje predlogov, pojasnjevanje možnosti, obveščanje, podpora pri odločitvah, opogumljanje bolnika in svojcev, da storijo tisto, kar želijo, kar jim veliko pomeni, spopadanje z negativnimi občutki bolnika in svojcev, omogočanje izražanja negativnih občutkov, aktivno poslušanje, pomoč pri vzpostavljanju odnosov med bolnikom in svojci, učenje in razlaganje o spremembah, simptomih itd.;
- prepoznavanje in načrtovanje aktivnosti ob bližajoči se smrti, socialnih potrebah, potrebah po duhovnosti ipd.;
- podpora družini in skrbnikom, poznavanje procesov žalovanja ter prepoznavanje in ukrepanje ob patoloških načinih žalovanja;
- vključevanje v tim za paliativno oskrbo v smislu predstavitve bolnikovih težav tako na fizični kot psihosocialni ravni s ciljem timskega in celovitega pristopa k reševanju bolnikovih simptomov;
- učenje in obveščanje bolnikov in svojcev za sodelovanje v procesu paliativne oskrbe ter preprečevanje zapletov zdravljenja in zdravstvene nege na stopnji paliativne obravnave;

- prakticanje holistične in z dokazi podprte zdravstvene nege (Skela Savič in sod., 2004);
- zagovorništvo, poudarjanje stališč bolnika in njegovih svojcev; zdravstvenovzgojno delo in
- povezovanje z izvenbolnišničnim paliativnim timom.

### **Bolnikove potrebe ob koncu življenja**

V paliativni oskrbi velja načelo, da življenja ne podaljšujemo in ne skrajšujemo, ampak ga izboljšujemo. O bolnikovih potrebah ob koncu življenja je treba spregovoriti že v času, ko bolnik lahko še sam odloča. Pomembno je, da so v odločanje, če je le možno, vključeni tudi bolnikovi svojci. Le na tak način bodo lahko pripravljeni na neizogiben konec. Imajo čas, da gredo čez vse stopnje sprejemanja bolezni. Prav tako tudi bolnik ve, kaj ga čaka, in se lahko pripravi na neizogibno slovo, pri čemer svojci poznajo njegove želje in so vnaprej pripravljeni na pričakovane zaplete.

Lajšanje simptomov je temelj paliativne oskrbe. Uporabljamo farmakološke in nefarmakološke ukrepe ter nudimo duhovno podporo bolniku in svojcem.

### **Bolečina**

Bolečino trpi od 50 do 70 odstotkov bolnikov s kronično neozdravljivo boleznijo, v terminalni stopnji pa je odstotek še višji. Uspešnost zdravljenja bolečine je odvisna predvsem od znanja vseh, ki skrbijo za bolnika, organizacije oskrbe in sodelovanja vseh sodelujočih, bolnika in njegovih bližnjih. Cilj protibolečinskega zdravljenja je doseganje optimalne analgezije v najkrajšem času in ob čim manj nezaželenih učinkih zdravljenja (Krčevski Skvarč, 2009).

Pri bolnikih s srčno odpovedjo neprijetno bolečino lahko povzročajo periferni edemi. Bolniki pri polni zavesti bolečino ocenijo in opišejo sami, sicer pa jo izražajo z obrazno mimiko, kar je predvsem vidno na čelu in med obrvema, lahko so tahikardni, nemirni, vzdihujejo in stokajo. Za zdravljenje bolečine so zdravila prvega izbora opiodi, izbrati je treba primerno pot vnosa: elastomerno črpalko, trajno podkožno infuzijo ali protibolečinske obliže. Pri zmanjšani ledvični in jetrni funkciji je potrebna previdnost pri odmerjanju, saj se v telesu lahko kopičijo metaboliti, kar pripelje do toksičnosti in poveča tveganje terminalnega delirija. Potrebna je skrb za redno odvajanje blata, dokler je to potrebno (Benedik, 2011).

### **Dispneja**

Vzrok za dispnejo pri bolniku s srčno odpovedjo so lahko plevralni ali perikardialni izliv ali disritmije. Pojavljajo se: zmanjšanje dihalnega volumna, apneja, uporaba pomožnega dihalnega mišičja, Cheyne-Stokesovo dihanje, takoj pred samo smrtjo tudi refleksni dihi. Te spremembe so lahko za družino umirajočega zelo mučne. Treba jih je potolažiti, da neodziven bolnik ne čuti zasoplosti oziroma dušenja (<http://www.medenosrce.net>).

Dispnejo ocenimo s pomočjo vizualne analogne lestvice v sodelovanju z bolnikom ter z opazovanjem (uporaba pomožnih dihalnih mišič, pospešeno dihanje). Pomembne so

nefarmakološke intervencije: sprememba položaja – dvignjeno vzglavje, stranska lega, odprto okno, omejitev števila ljudi v bolniški sobi, primerna vlažnost, opogumljanje in pomirjanje bolnika in svojcev, prisotnost ob bolniku. Zdravilo izbora je morfij, in sicer po naročilu zdravnika. Merjenje nasičenosti s kisikom ni potrebno, saj je dispneja subjektiven simptom. Če dodajanje kisika popravi občutek težkega dihanja, naj se to izvede prek nosnega katetra (Benedik, 2011).

Zaradi zmanjšanega žrelnega refleksa in refleksnega čiščenja pride do nabiranja izločkov v dihalih (zgornje dihalne poti, orofarinks), kar pa lahko pripelje do glasnega vlažnega dihanja, imenovanega terminalno hropenje (angl. death rattle). Tako dihanje napoveduje smrt v 48 urah. Za bolnikove svojce je takšno dihanje lahko zelo moteče, a povedati jim je treba, da je moteče le za njih, ne pa tudi za njihovega umirajočega svojca.

Aspiracija dihalnih poti je ponavadi neučinkovita, pomagajo pa sprememba bolnikove lege, prenehanje dajanja tekočin parenteralno, posturalna drenaža in uporaba zdravil za zmanjšanje izločanja (<http://www.medenosrce.net>).

### **Potreba po hrani in pijači**

Ob koncu življenja odpovedujejo centri za lakoto, sitost in žejo. Bolnikovi svojci pogosto prav s hranjenjem bolnika izražajo svoja čustva naklonjenosti. Treba jim je povedati, naj bolnika ne hranijo na silo in da naj ustrezajo njegovi želji po hrani in pijači. Večina bolnikov v terminalni stopnji bolezni preneha piti ali pije samo po požirkih. Nekateri pravijo, da je bolnik žejen in da parenteralna hidracija v določenih primerih prepreči oziroma olajša terminalni delirij. Bolniki s perifernim edemom ali z ascitesom imajo odvečno telesno tekočino in sol in niso dehidrirani.

Zanesljivih podatkov o ustreznosti nadomeščanja hrane in tekočine ni. Pri parenteralnem hranjenju se je treba zavedati možnih stranskih učinkov. Lahko pride do poslabšanja edemov s posledično dispnejo, kašljem in povečanim izločanjem, z vnetjem vbodnega mesta, venosko trombozo ter s težavnim in bolečim menjavanjem žilnih katetrov. Pri umetnem hranjenju lahko pride do zapletov, kot so vznemirjenost, aspiracijska pljučnica, vnetje nazofarinksa in požiralnika, zapora črevesja, napihnjenost želodca, slabost, bruhanje in driska.

Nekatere raziskave trdijo, da ni povezave med dehidracijo in kliničnimi simptomi, znano je celo mnenje, da dehidracija bolniku olajša trpljenje (Benedik, 2011).

Če bolnika že hidriramo (včasih tudi v tolažbo svojcev), se poslužujemo dovajanja tekočin v podkožje, skrbimo pa tudi za pogosto vlaženje ustne sluznice. V to opravilo vključimo tudi svojce, ki jim bo v uteho, da lahko naredijo nekaj dobrega za svojega najbližjega.

### **Delirij**

Delirij je pogosta nevropsihiatrična motnja predvsem v terminalni stopnji bolezni, saj se pojavlja pri 90 odstotkih primerov. Opremljen je kot zmanjšana stopnja zavesti, nesposobnost usmerjanja, vzdrževanja ali spremembe pozornosti ter motnja v mišljenju in zaznavanju. Delirij je lahko hipoaktiven, ko je bolnik zaspan in umaknjen ter je njegovo stanje zavesti spremenjeno, hiperaktivni delirij pa je povezan z vznemirjenostjo, agresivnostjo in s halucinacijami. Simptomi delirija se lahko spreminjajo, bolj so izraženi proti ve-

čeru in ponoči. Delirij ima zelo različne vzroke, lahko ga povzroča sam bolezenski proces, lahko pa so vzrok zdravila, okužbe, presnovne motnje, organske motnje, visoka telesna temperatura, zelo pogosto zastajanje urina in zaprtje, bolečina in drugo. Pri oskrbi delirantnega bolnika je treba najprej izključiti odpravljive vzroke, včasih je potrebna blaga sedacija (Krčevski Skvarč, 2009). Če svojci o deliriju niso bili predhodno poučeni, ima lahko tovrstno dogajanje nanje zelo slab vpliv, kar lahko povzroči, da bodo v spominu obdržali grozno smrt v nepopisnih mukah.

V zdravstveni negi je treba izvajati aktivnosti, povezane z zagotavljanjem bolnikove varnosti in poostrelega nadzora bolnika. Prisluhniti je treba bolnikovim fiziološkim potrebam, saj včasih že s potešitvijo teh obvladamo tudi delirantno stanje.

### **Šibkost**

Slabost in šibkost pojavit vzporedno z razvojem bolezni, pogojuje ju še slaba prehranjenost bolnika. Bolnik se v terminalnem stadiju ni več možen premikati, zaradi nepomičnosti in posledičnega pritiska na predele kože, kar mu povzroča bolečine, mu grozi nastanek razjede zaradi pritiska. Obračanje bolnika v postelji je boleče in neudobno, zato ga omejimo le na najnujnejše. Sočasno uporabljamo dobre protidekubitusne blazine.

### **Uporaba zdravil**

Ob koncu življenja je treba najti ravnotežje med potrebnim in nepotrebnim medicamentnim zdravljenjem. Pri tem se moramo zavedati, da je v tem obdobju glavni cilj zagotoviti dostojno umiranje. Lahko opustimo zdravila, ki prinašajo izboljšanje po dolgotrajnem zdravljenju ali pri katerih bi se posledice odtegnitve pojavile čez dalj časa, ko jih bolnik ne bi več doživel. Po odtegnitvi zdravil moramo bolnika vedno opazovati. Če se pojavijo zapleti zaradi ukinitve, zdravila znova uvedemo, če je to smiselno. Ključna zdravila, ki jih predpiše zdravnik, so: analgetiki, antiemetiki, pomirjevala, anksiolitiki, antiholinergiki, antipiretiki (Benedik, 2011).

### **Komuniciranje z nezavestnim bolnikom**

Veliko podatkov kaže na to, da je bolnik v terminalni stopnji sposoben slišati in razumeti več, kot se je zmožen odzvati. Njegovim svojcem svetujemo, naj se z njim pogovarjajo, naj povedo, kar čutijo in za kar menijo, da je umirajočemu treba povedati, naj ustvarijo domače okolje, poleg ljubečih besed v slovo pa so zaželeni tudi nežni, ljubeči dotiki in podobno izkazovanje naklonjenosti.

### **Žalovanje**

Paliativna oskrba se ne konča z bolnikovo smrtjo. Cilja paliativne oskrbe nista samo neozdravljivo bolnemu nuditi najboljšo možno kakovost življenja in mu zagotoviti dostojno umiranje, temveč cilji vključujejo tudi podporo družini med boleznijo in po smrti. Žalovanje je proces, v katerem žalujoči predelujejo svojo izgubo in se nanjo prilagajajo.

Način žalovanja je močno odvisen od osebnih, socialno-kulturnih ter situacijskih dejavnikov. Manifestacije, ki se pojavljajo v času žalovanja, lahko razdelimo na fizične (tiščanje

v prsih ali grlu, preobčutljivost za zvok, mišična oslabelost, pomanjkanje energije, suha usta), čustvene (šok in čustvena otopelost, jeza, občutek krivde, hrepenenje, brezup in dezorganizacija, občutek olajšanje in svobode), kognitivne (prehodna izguba občutka realnosti, vizualne ali slušne podobe umrlega, kratkoročni spomin in zmožnost koncentracije sta pogosto prizadeta) in vedenjske (motena apetit in spanec, sanje o umrlem, socialni umik, dramatične spremembe v načinu življenja).

Svojcem umrlega so na voljo različne oblike pomoči, od individualnega svetovanja, skupin za podporo žalujočim, delavnice in do predavanj še leto ali več po smrti ljubljene osebe (Vodopivec - Jamšek, 2002).

## SKLEP

Paliativna oskrba v ospredje postavlja bolnika z napredovalo neozdravljivo boleznijo in njegove bližnje, pri tem skuša preprečiti oziroma lajšati moteče telesne simptome in podpirati čim boljšo kakovost življenja tudi na psihosocialni in duhovni ravni. Oskrba ob koncu življenja predstavlja eno najtežjih področij v medicini in tudi v zdravstveni negi. Upoštevati skuša vse potrebe bolnika in njegovih svojcev, težave rešuje s pomočjo strokovnjakov v večpoklicnem timu. Ena najpomembnejših članic paliativnega tima je medicinska sestra, saj največji del paliativne oskrbe predstavlja prav zdravstvena nega. Empatičen in partnerski odnos, komunikacijske spretnosti, pravočasna vključitev bolnika in svojcev v paliativno oskrbo, poznavanje bolnikovih potreb in simptomov v procesu umiranja ter primerno ukrepanje in neprekinjena paliativna oskrba so ključni temelji za kakovostno oskrbo bolnikov ob koncu življenja in spremljanje svojcev v času bolezni, umiranja in žalovanja.

## LITERATURA

1. Benedik J. Oskrba bolnika ob koncu življenja. *Onkologija*. 2011; 15 (1): 52–8. Dostopno na: [www.onko.si/sil.../onkol.../Onkologija\\_junij\\_2011\\_web\\_2\\_16.pdf](http://www.onko.si/sil.../onkol.../Onkologija_junij_2011_web_2_16.pdf) (Datum dostopa: 15. 10. 2011).
2. Davies B, Oberle K. Dimension of supportive role of the nurse in palliative care. *Oncol Nurs Forum*. 1990; 17: 87–90.
3. Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ*. 2003; 326: 30–34.
4. Krčevski Skvarč N. Obravnava najpogostejših simptomov v zadnjih dneh življenja. V: Lunder U (ur.). *Paliativna oskrba v zadnjih dneh življenja: zbornik sestanka, Bled, 27. januar 2009*. Golnik: Bolnišnica Golnik – KOPA; 2009: 16–20.
5. Lunder U. Kriteriji za vstop v paliativno obravnavo pri najpogostejših ne-rakavih kroničnih boleznih: KOPB, srčna odpoved, demenca. V: Lunder U (ur.). *Paliativna oskrba v zadnjih dneh življenja: zbornik sestanka, Bled, 27. januar 2009*. Golnik: Bolnišnica Golnik – KOPA, 2009 a: 7–12.
6. Lunder U. Značilnosti poteka napredovalih kroničnih bolezni v paliativni oskrbi. V: Slak J (ur.). *Kronične neozdravljive bolezni na stičišču s paliativno oskrbo: zbornik predavanj, Šmarjetna gora nad Kranjem, 9. oktober 2009*. Kranj: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske; 2009 b: 35–40.

7. Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije – Zdravje za vse do leta 2004. Ur. l. RS, št. 49/2000:6650 &#8211; 77.
8. Skela Savič B, Lokar K, Bernot M, Lokajner G, Logonder M, Erjavšek Z. Vloga medicinske sestre v paliativni oskrbi. Interni dokument Službe za zdravstveno nego in oskrbo na Onkološkem inštitutu Ljubljana; 2004.
9. Štajer D, Koželj M, Ploj T, Pavčnik D, Milčinski M, Gužič - Salobir B, et al. Bolezni srca in ožilja. V: Kocijančič A, Mrevlje F, Štajer D (ur.). Interna medicina. 3. izd. Ljubljana: Littera Picta; 2005: 53-290.
10. Terminalna faza paliativnega zdravljenja. Dostopno na: <http://www.medenosrce.net/tiskaj.asp?id=1637> (Datum dostopa: 15. 10. 2011).
11. Vodopivec - Jamšek V. Družina z umirajočim bolnikom. V: Švab I, Rotar-Pavlič D (ur.). Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2002: 105–11.
12. World Health Organization. Report of five countries. Palliative care emerging in sub-Saharan Africa. Geneva; 2002.



# VLOGA FIZIOTERAPIJE PRI OSKRBI PALIATIVNEGA BOLNIKA

Anita Jaklič, dipl. fiziot.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za revmatologijo

## IZVLEČEK

Fizioterapevt naj bi bil kot del zdravstvenega tima vključen v paliativno oskrbo bolnika, katere cilj je kakovost življenja vseh bolnikov v času umiranja in smrti. Vsem članom zdravstvenega tima so cilji obravnave paliativnega bolnika skupni: zmanjšati bolečino in neudobje, ohranjati samostojnost in primerno kakovost življenja. Namen in cilj prispevka je izpostaviti najpogostejše simptome paliativnega bolnika in tiste fizioterapevtske metode, ki so za lajšanje simptomov umirajočega bolnika najučinkovitejše. Simptomi, na katere pri paliativnem bolniku lahko s fizioterapevtskimi metodami vplivamo, so predvsem utrujenost, telesna šibkost, bolečina, edemi, dispneja in zaprtost. Pri izbiri najprimernejšega terapevtskega postopka je fizioterapevt pogosto omejen zaradi prisotnih številnih bolezni in morebitnih kontraindikacij. Fizioterapevt se tako poslužuje predvsem pravih telesnih položajev pri bolniku, prilagojene telesne aktivnosti, učenja mobilizacije in gibanja, termoterapije, krioterapije, protibolečinske električne stimulacije, respiratorne fizioterapije, masaž in drugih sprostitvenih tehnik. Pomembno je, da med fizioterapevtsko obravnavo upoštevamo bolnikovo trenutno subjektivno počutje in terapije ne izvajamo za vsako ceno, če se bolnik ne počuti dobro.

**Ključne besede:** paliativna obravnava, bolezni srca in žilja, bolečina, telesna aktivnost, fizioterapevt.

## UVOD

Paliativna oskrba je oskrba bolnika v terminalni stopnji bolezni, ko je zdravljenje usmerjeno predvsem na obravnavo simptomov in ne na zdravljenje bolezni same. Njen cilj je zmanjšati bolečino in neudobje ter izboljšati kakovost življenja vseh bolnikov kljub napredovanju bolezni v času umiranja in smrti. Je zelo zahtevno področje zdravljenja tako za zdravstvene delavce in bolnike kot tudi njihove svojce. Dobra paliativna oskrba zahteva sodelovanje večpoklicnega tima, v katerega so poleg bolnika in svojcev vključeni zdravnik,

medicinska sestra, zdravstveni tehnik, fizioterapevt, delovni terapevt, socialni delavec, lahko tudi dietetik in duhovnik (Frymark in sod., 2011). Pri obravnavi bolnika v terminalni stopnji bolezni gre običajno za kombinacijo geriatrične in paliativne oskrbe, saj obravnava ni usmerjena zgolj na proces umiranja, ampak tudi na druge probleme, ki se pokažejo v starosti (sklepne bolečine, izguba sluha, vida, utrujenost, itd.).

Namen prispevka je iz literature povzeti, kakšno vlogo ima pri paliativni oskrbi fizioterapija, na katere simptome lahko z metodami fizioterapije vplivamo in kateri fizioterapevtski postopki so najpogostejše izvajani.

## **METODE DELA**

Uporabili smo deskriptivno metodo dela, in sicer s pregledom in kritično analizo literature. Pregledali smo zlasti literaturo, ki se navezuje na fizioterapijo pri paliativnem bolniku. Literaturo smo iskali s pomočjo iskalnika Google Učenjak po ključnih besedah: fizioterapija, paliativni bolnik, paliativna oskrba, srčno-žilna obolenja, bolezni srca in žilja.

## **FIZIOTERAPIJA PRI PALIATIVNEM BOLNIKU**

Danes bolniki v paliativni stopnji bolezni živijo mnogo dlje kot včasih, kar je posledica boljše zdravstvene oskrbe. Njihovo zdravstveno stanje se običajno postopno slabša, bodisi zaradi bolezni same ali posledično zaradi medicinskih ali kirurških postopkov. Fizioterapija ima pri takem bolniku pomembno vlogo, saj z različnimi fizioterapevtskimi metodami bolnika ohranja funkcionalnega čim dlje (Oldervoll in sod., 2011). Zmanjšanje bolnikove funkcionalnosti vodi v vedno večjo nesamostojnost in odvisnost od drugih, kar je stresno tako za bolnika kot njegove svojce. Fizioterapevt kot del zdravstvenega tima s fizioterapevtskimi postopki sledi skupnim ciljem rehabilitacijske obravnave bolnika. Pri postavljanju ciljev fizioterapevtske obravnave se je treba zavedati, da bolezen v terminalni stopnji kljub dobri obravnavi običajno napreduje. Na podlagi začetne ocene stanja je treba postaviti čim realnejše cilje obravnave. Pričakovani cilji obravnave se določijo na osnovi ocene bolnikove mišične moči in funkcionalnosti ter pogovora z bolnikom in s svojci o njihovih pričakovanjih. Pri oceni bolnikovega stanja in realizaciji ciljev rehabilitacije se je treba povezati z delovnim terapevtom, dokumentirati začetno stanje in pričakovane cilje obravnave. Vsi postopki obravnave so usmerjeni k enemu glavnemu cilju – ohranjati čim večjo neodvisnost paliativnega bolnika (Bobnar, 2008). Fizioterapevt mora bolniku zagotavljati največje možno udobje, medtem ko kljub napredovanju bolezni skuša doseči največjo stopnjo njegove funkcionalnosti.

Pri neozdravljivi bolezni morajo tako svojci kot zdravstveni delavci sprejeti dejstvo, da je izguba bolnikove funkcije neizogibna kljub dobri skrbi za bolnika. Pomembno je, da zdravstveno osebo ohranja visoko motivacijo za delo z umirajočim bolnikom. Kljub bolnikovemu vedno slabšemu stanju je zelo pomembno, da ga motiviramo za sodelovanje

pri postopkih zdravljenja. Umirajoči bolnik pogosto še vedno živi v upanju na izboljšanje zdravstvenega stanja kljub sprejetju dejstva, da je smrt neizogibna (Oldervoll in sod., 2011). Prisotnost fizioterapevta pri umirajočem bolniku je za bolnika zelo pozitivna, saj mu daje upanje, da smrt vendar še ni tako blizu (Dimeo, 1999). Mnogi diagnostično-terapevtski postopki so za bolnika neprijetni in boleči, zato sta delo fizioterapevta in njegov osebni kontakt običajno ena bolj prijetnih izkušenj za bolnika.

Na osnovi pregleda literature smo ugotovili, da je največ napisanega o paliativni oskrbi onkološkega bolnika. Bolniki v stopnji umiranja imajo pogosto podobne težave in simptome ne glede na bolezen, ki je pripeljala do potrebe po paliativni oskrbi. Ker je fizioterapija usmerjena v čim večjo samostojnost in funkcionalnost bolnika, se postopki obravnave glede na bolezen bistveno ne razlikujejo. Bolniki z napredovalo boleznijo srca in žilja so večinoma starejši, s sočasnimi boleznimi in z negotovo prognozo. Pogosto je napredovala bolezen srca in žilja zadnja stopnja mnogih drugih bolezni. Značilno je postopno funkcionalno upadanje, pojavljajo se novi simptomi, zato jemljejo bolniki veliko zdravil. Zdravljenje je zgolj simptomatsko. Fizioterapevt skuša s fizioterapevtskimi metodami bolniku lajšati simptome bolezni in ne zdraviti bolezni same. Med fizioterapevtskimi postopki je bolniku treba ves čas zagotavljati največje možno udobje. Bolnika je pri izvajanju fizioterapije treba poslušati ter upoštevati njegove želje in počutje. Pristop k vsakemu bolniku je individualen, cilji fizioterapije so kratkoročni in prilagodljivi glede na spreminjajoče se bolnikovo stanje. Pomembno je, da so cilji realni, da jih bolnik lahko doseže, kar ga še dodatno motivira za nadaljnje sodelovanje (Frymark, 2011, Bobnar; 2008).

Glede na najpogostejše težave umirajočega bolnika je obravnava fizioterapevta usmerjena k zmanjšanju bolečine, olajšanju dihanja, ohranjanju mišične moči in mobilnosti (pokretnosti), vzdrževanju samostojnosti pri opravljanju dnevnih aktivnosti, ohranjanju čim boljšega psihičnega stanja ter zagotavljanju primerne kakovosti življenja. Naloga fizioterapevta je tudi, da pouči ostale zdravstvene delavce in bolnikove svojce o pravih prijemih pri nudenju pomoči bolniku med njegovim gibanjem. Bolnik mora glede na svoje zmožnosti čim več narediti sam, tako pa so pred nepotrebnim dvigovanjem bolnika in poškodbami zaščiteni tudi zdravstveni delavci in svojci. Rehabilitacija je tako še uspešnejša, saj bolnik ohranja pravilno naučene gibalne vzorce (gibanje v postelji, posedanje, presejanje, vstajanje, hoja ipd.) ves dan in ne samo ob prisotnosti fizioterapevta.

Glede na cilje je treba izbrati ustrezne fizioterapevtske postopke, ki jih moramo sproti prilagajati in spreminjati glede na trenutno bolnikovo zdravstveno stanje. S fizioterapevtskimi metodami lahko vplivamo predvsem na spodaj navedene simptome paliativnega bolnika:

- utrujenost,
- fizično šibkost,
- bolečino,
- edem,
- težko dihanje – dispnejo,
- zaprtje.

**Utrujenost** je subjektiven občutek nemoči in pomanjkanja energije (Courneya in sod., 2000), ki pomembno vpliva na kakovost bolnikovega življenja. Razvije se lahko zaradi različnih simptomov bolezni, kot so anemija, okužbe, kaheksija, dispneja, anksioznost, stres, depresija itd. Na zmanjšanje utrujenosti dobro vpliva načrtovana telesna aktivnost, ki poveča energijo za opravljanje dnevnih aktivnosti. Bolniku svetujemo pogost kratek počitek večkrat dnevno. Priporočeno je, da so dnevne aktivnosti vnaprej načrtovane glede na njihovo pomembnost in bolnikovo fizično moč. Številne raziskave so namreč pokazale, da ima fizična aktivnost, ki vključuje tako vaje za moč in gibljivost kot tudi vadbo za aerobno vzdržljivost, najboljši učinek pri zmanjšanju utrujenosti (Dimeo in sod. 1999; Pedersen in Saltin, 2006).

**Telesna šibkost**, ki je eden od simptomov bolnika z napredovalo kronično boleznijo, se kaže kot upadanje mišične moči in vzdržljivosti. Običajno je posledica zmanjšane bolnikove aktivnosti, saj se bolnik zaradi različnih simptomov (utrujenost, bolečina, težko dihanje, zavračanje hrane, ki vodi v pomanjkanje energije, itd.) vse bolj izogiba aktivnemu gibanju. Opazno zmanjšana telesna zmogljivost je za bolnika lahko zelo stresna; utrujenost in skrb pa mu še dodatno zmanjšajo željo po aktivnem samostojnem gibanju. Vedno manj je zaupljiv do svojega šibkega telesa in postaja vse bolj odvisen od pomoči drugih. To vodi v začaran krog, ki ga pahne v pasivnost, odvisnost in nesrečo. Fizioterapevtova naloga je, da bolnika čim bolj spodbuja in motivira za samostojno gibanje in skrb zase. Pri gibanju v postelji, presedanju, vstajanju in opravljanju različnih dnevnih aktivnosti mu nudimo le toliko pomoči, kolikor je res nujno potrebno. Več kot sam vloži truda in energije v izvedbo gibalne aktivnosti, toliko bolj pridobiva na mišični moči in vzdržljivosti. Boljša mišična moč in vzdržljivost posledično izboljšata bolnikovo funkcionalnost. Če je bolnikova želja po samostojnosti dovolj velika in lepo sodeluje pri izvajanju telesne vadbe, je fizioterapevtski uspeh skoraj zagotovljen. Telesna aktivnost, ki je načrtovana, pravilno sestavljena in redna, je najučinkovitejše sredstvo za zmanjšanje telesne šibkosti. Usmerjena naj bo predvsem na vzdrževanje in izboljšanje določenih telesnih funkcij, potrebnih za samostojno opravljanje dnevnih aktivnosti. Vključuje naj vaje za mišično moč, telesno vzdržljivost, gibljivost, ravnotežje in koordinacijo. Redna telesna aktivnost ima mnoge druge pozitivne učinke: zmanjša tveganje za nastanek tromboze, stresa in preležanin, izboljša dihanje, pospeši prebavo ipd. Telesna vadba, ki je osredotočena na mobilnost in funkcijo, pri bolniku v paliativni stopnji bolezni izboljša njegovo splošno zdravstveno stanje in počutje, mišično moč, ravnotežje, anksioznost, depresijo in kakovost njegovega življenja (Frymark in sod. 2011; Pedersen in Saltin, 2006).

Bolečina je zapleten subjektiven odgovor, ki ga označuje nekaj značilnosti: intenzivnost, časovni potek, kakovost in osebno dožemanje. Poročanje o bolečini je socialna transakcija med fizioterapevtom in bolnikom; torej sta dobra ocena bolečine in nadzor nad njo v veliki meri odvisna od ustvarjenih pozitivnih odnosov med fizioterapevtom, bolnikom in – kadar je to potrebno – bolnikovimi svojci. Občutek bolečine je vedno subjektiven in je nujen varovalni mehanizem, saj preprečuje nadaljnje poškodbe in omogoča ustrezno obnašanje prizadetega, kadar gre za poškodovano tkivo v organizmu. Bolečina pomembno vpliva

na kakovost bolnikovega življenja, kar je za delo v holistični paliativni oskrbi zelo pomembno. Bolečina ni zgolj fizična, ampak ima tudi psihološko, socialno in eksistenčno dimenzijo. Obravnava bolečine je običajno najprej medikamentna, fizioterapija pa s svojimi postopki nudi nemedikamentno obravnavo bolečine. Bolečino je treba pred začetkom obravnave dobro analizirati (določiti vrsto, mesto, intenziteto bolečine itd.). Na podlagi dobre ocene bolečine se določijo postopki za njeno obravnavo (Jakovljević, 2001). Fizioterapevtska obravnava bolečine največkrat vključuje:

- fizično aktivnost (gibanje),
- masažo in druge sprostitvene tehnike,
- termoterapijo (terapija s toploto) in krioterapijo (terapija z mrazom),
- protibolečinsko električno stimulacijo (TENS, akupunktura ipd.).

Fizična aktivnost kot sredstvo za zmanjšanje bolečine pri paliativnem bolniku vključuje aktivne, aktivno podprte in pasivne vaje na blazini ali v postelji, pa tudi vaje v bazenu. Izvajanje vaj se razlikuje glede na bolnikovo težavo oziroma bolečino. Gibanje bolniku ne sme povzročati bolečine in mora biti zanj prijetno, kajti le tako bo še imel željo po nadaljnjem izvajanju vaj. Posledično izboljšanje mišične moči, vzdržljivosti, koordinacije in stabilnosti izboljša kronično bolečino (Frymark, 2011).

Masaža je za bolnika običajno prijetna izkušnja. Izvaja naj se ročno, s ciljem vplivati na bolnikov žilni, mišični in živčni sistem. Masaža ima na človeka tako fizičen kot psihološki učinek. Izločanje nekaterih telesnih snovi (oksitocin, serotonin) vpliva na zmanjšanje bolečine in učinkuje pomirjujoče. Masaža zmanjša bolečino napetih mišic na mestu, kjer se izvaja. Pred izvajanjem masaže je treba preveriti, v kakšnem stanju je bolzen, ali bolnik čuti bolečino ob dotiku, kakšno je stanje kože in ali bolnik masažo psihološko prenese. Masaža naj se pri paliativnem bolniku izvaja nežno, saj je koža običajno močno stanjšana in občutljiva. Izvaja se lahko v vseh stopnjah bolezni, olajšanje pa bolnik občuti tako med samo masažo kot tudi takoj po njej. Treba je upoštevati kontraindikacije za izvajanje masaže, ki so enake kot za vse druge osebe: vnetja in kožne bolezni (dermatitis, herpes, luskačica itd.), infekcijska stanja (gripa, angina itd.), rakaste bolezni, težje srčne okvare, okvare žil, težja ledvična obolenja, zlome in rane. Na zmanjšanje bolečine posredno lahko vplivajo tudi druge sprostitvene tehnike: meditacija, avtogeni trening, dihalne vaje, sproščanje po Jacobsonu ipd (Frymark, 2011, Wilkinson in sod., 2008).

Pri termoterapiji se največkrat uporabljajo tople obloge, ki povečajo cirkulacijo na mestu nanosa, zato imajo učinek sprostitve. Metode krioterapije (hladne obloge, masaža z ledom itd.) se največkrat uporabljajo za zmanjšanje akutne bolečine, ki je posledica poškodbe. Krioterapija vpliva tudi na zmanjšanje otekline in rdečine na mestu nanosa. Pred uporabo toplote ali mraza moramo vedno preveriti bolnikovo občutljivost in določiti najprimernejšo temperaturo (1).

Od metod protibolečinske elektrostimulacije je najpogosteje uporabljen TENS (angl. transcutaneous electrical nerve stimulation), ki je za bolnika najprijetnejši. Visokofrekvenčni impulzi vplivajo na zmanjšanje bolečine po sistemu kontrole vrat, nizkofrekvenčni impulzi pa stimulirajo endorfine, ki posledično zmanjšajo občutek bolečine. Pred uporabo TENS-a je treba natančno določiti mesto bolečine, mesto namestitve elektrod in moč stimulacije.

Upoštevati moramo kontraindikacije, ki so pri paliativnem bolniku enake kot pri drugih bolnikih (organske okvare srca, spodbujevalnik, občutljiva koža, subjektivno nelagodje, strah pred elektriko, nesodelujoč bolnik). Akupunktura je za bolnike manj prijetna oblika elektrostimulacije. Bolečino zavira centralno na podlagi povečanega izločanja endorfinov, serotoninov in noradrenalinov; na segmentni ravni pa poveča izločanje enkefalinov, kar zmanjša aktivnost simpatičnega sistema in mišično napetost ter posledično tudi bolečino. Akupunktura na podlagi stimulacije neuropeptidov, ki povečajo cirkulacijo, deluje tudi protivnetno (Frymark in sod., 2011).

Protibolečinska elektrostimulacija se običajno uporablja v kombinaciji z drugimi postopki za zmanjšanje bolečine. Vpliva na zmanjšanje različnih vrst bolečine, kratkoročno zmanjša tudi bolečino pri rakavem bolniku v paliativni stopnji bolezni (Pan in sod.2000).

**Edemi** so pri paliativnem bolniku pogosto prisotni. Običajno so posledica zmanjšane aktivnosti, globoke venske tromboze, slabšega delovanja srca, jeter, ledvic itd. Pogosto se razvije splošni edem telesa, ki predvsem prizadene noge. Bolnik ga občuti kot težo in napetost v nogah, kar ga dodatno onespособi za gibanje. Fizioterapija pri obravnavi edema vključuje:

- kompresijo (kompresijske nogavice, elastični povoj),
- ročno limfno drenažo (nudi olajšanje, zmanjšanje edema, sprostitvev),
- primerno skrb za kožo, da ne pride do okužb,
- telesno aktivnost (vaje) in
- nasvete za čim aktivnejše sodelovanje bolnika pri obravnavi edema (Frymark, 2011).

**Dispneja** je občutek hlastanja za zrakom in naporno, težko dihanje. Posledično je bolnik manj zmogljiv, hitro se zadaha in postaja ga strah. Dispneja se lahko pojavi že med govorjenjem, kar vpliva na zmanjšanje socialnih stikov z ljudmi. Občutek dispneje je subjektiven in zato objektivno težko merljiv. Fizioterapevt bolniku svetuje, kako naj si olajša dihanje. Svetujejo se sedeči položaji in gibanje s čim manj vložene napora (uporaba bergel, vozička). Zelo pomembno je izvajanje dihalnih vaj, ki vključujejo globoko dihanje z vdihom skozi nos in izdihom skozi ustnice. Med vadbo dihanja naj bolnik opazuje gibanje trebušne stene, ki se mora ob vdihu dvigniti in ob izdihu spustiti. Pri težjem izkašljevanju in oslabiljeni moči dihalnih mišic naj si bolnik pri izdihu pomaga z rokami, tako da objame prsni koš in ga ob izdihu z rokami stisne skupaj. Dihalne vaje in uporaba pripomočkov za hojo pri bolniku zmanjšajo občutek napora. Za vlaženje dihalnih poti in lažje izkašljevanje pomagajo inhalacije s fiziološko raztopino, z vajami za ramenski obroč in prsni koš pa bolnik ohranja mišično moč in gibljivost zgornjega dela telesa. Tudi masaža ramen in vratu zmanjša občutek napetosti in strahu. V zadnji stopnji bolezni paliativnega bolnika, ko so običajno tudi dihalne vaje prenaporne, se svetujejo pravilni položaji za počitek. Tako se sprostijo mišice, kar olajša dihanje in zmanjša anksioznost. Informacije o pravilnem ravnanju z bolnikom, ki ima težave z dihanjem, naj se podajo tudi bolnikovim svojcem. Tako je kakovost bolnikovega življenja boljša tudi, če je bolnik v domači oskrbi (Frymark, 2011).

**Zaprtje** je največkrat posledica protibolečinskih zdravil, diuretikov in antidepressivov, ki jih bolnik prejema (Frymark, 2011). Vsa ta zdravila upočasnijo peristaltiko in povzročijo zaprtost, kar močno poslabša kakovost bolnikovega življenja. Na podlagi pogovora z bolnikom in zbiranja informacij pri svojcih in medicinskih sestrah fizioterapevt lahko oceni stopnjo bolnikove prizadetosti. Fizioterapevska obravnava zaprtja je posredna, to je s fizičnimi dejavnostmi. Bolnik naj se čim več giba, kolikor mu to dopuščajo fizične zmožnosti. Različne oblike gibanja zmanjšajo zaprtje in napetost v trebuhu in tako dopolnjujejo ostale metode zdravljenja. Glede uporabe masaže pri zaprtju pa ni dovolj znanstvenih dokazov o njeni učinkovitosti (Preece, 2002).

## RAZPRAVA

Fizioterapevt igra pomembno vlogo kot del tima pri celostni oskrbi paliativnega bolnika. Z različnimi fizioterapevtskimi metodami lahko vpliva na zmanjšanje bolečine, ohranjanje telesne zmogljivosti in samostojnosti ter izboljša kakovost življenja umirajočega bolnika. Žal pa v paliativno oskrbo bolnika prepogosto sploh ni vključen; kar bi bilo glede na vse daljšo življenjsko dobo nujno potrebno. Zavedati se je treba, da ni pomembno zgolj število let, ki jih človek preživi, ampak predvsem kako kakovostno jih preživi. Ne glede na to, kje umirajoči bolnik preživlja zadnje dneve življenja, bi mu morala biti nudena tudi fizioterapevska obravnava.

## SKLEP

Sodelovanje fizioterapevta v paliativni oskrbi torej ni zanemarljivo. Fizioterapevt skupaj z ostalim zdravstvenim osebjem sledi skupnim ciljem paliativne oskrbe bolnika, ki so tako lažje dosegljivi.

## LITERATURA

1. Frymark U, Hallgren L, Reisberg A. *Physiotherapy in palliative care – a clinical handbook*. Dostopno na: <http://spn.nrpv.se/blanketter/Physiotherapy%20in%20palliative%20care%20-%20a%20clinical%20handbook.pdf> (Datum dostopa: 5. 10. 2011).
2. Oldervoll LM, Loge JH, Paltiel H, et al. *The effect of a physical exercise program in palliative care: a phase 2 study*. *J Pain Symptom Manage*. 2006; 31 (5): 421-30.
3. Bobnar A. *Paliativna oskrba in bolniki z napredovalo boleznijo srca in žilja*. *Obzr Zdr N*. 2008; 42 (4): 289–99.
4. Dimeo FC, Stieglitz RD, Novelli-Fischer U, Fetscher S, Keul J. *Effects of physical activity on the fatigue and psychologic status of cancer patients during chemotherapy*. *Cancer*. 1999; 85 (10): 2273-7.
5. Courneya KS, Mackey JR, Jones LW. *Coping with cancer: can exercise help?* *Phys Sportsmed*. 2000; 28 (5): 49-73.

6. Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scand J Med Sci Sports*. 2006; 16 (Suppl 1): 3-63.
7. Jakovljević M. Ocenjevalne metode v fizioterapiji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2001: 55.
8. Wilkinson S, Barnes K, Storey L. Massage for symptom relief in patients with cancer: systematic review. *J Adv Nurs*. 2008; 63 (5): 430-9.
9. Pan CX, Morrison RS, Ness J, Fugh-Berman A, Leipzig RM. Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnoea, and nausea and vomiting near end of life: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2000; 5 (20): 374-87.
10. Preece J. Introducing abdominal massage in palliative care for the relief of constipation. *Complement Ther Nurs Midwifery*. 2002; 8 (2): 101-5.



# PREHRANSKA PODPORA PRI POPUŠČANJU SRCA

*dr. Ruža Pandel Mikuš, viš. med. ses., prof. soc. ped.*

*Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta,*

*ruza.pandel@zf.uni-lj.si*

## IZVLEČEK

Srčno popuščanje je posledica oslabiljenega delovanja srca. Najpogostejši vzroki za to so: srčni infarkt, povišan krvni tlak, različne bolezni same srčne mišice, okvare srčnih zaklopk in sladkorna bolezen. Dejavniki, ki napovedujejo srčno popuščanje, in na katere lahko vplivamo, pa so: debelost, kajenje, čezmerno pitje alkohola, telesna nedejavnost in povišane maščobe v krvi.

Cilj zdravljenja je odpravljanje težav in izboljšanje kakovosti življenja. Pomemben je zdrav način življenja: upoštevanje načel zdrave prehrane, redne telesne dejavnosti in opustitev kajenja. Bolnik mora vzdrževati primerno telesno težo in mora shujšati, če je predebel. Pri napredovali bolezni mora omejiti sol in tekočino v hrani. Alkohol je v tem stadiju prepovedan, ker poslabšuje stanje.

Preventiva nastanka srčnega popuščanja je v prvi vrsti zdrav življenjski slog, ki narekuje zdravo, uravnoteženo prehrano, vzdrževanje normalne telesne teže in krvnega tlaka, ter preprečevanje sladkorne bolezni.

**Ključne besede:** srčno popuščanje, dejavniki tveganja za srčno popuščanje, zdravljenje srčnega popuščanja, zdrav življenjski slog.

## UVOD

Srčno popuščanje je posledica različnih srčno-žilnih bolezni, ki srce poškodujejo in oslabijo. Te bolezni so: koronarna bolezen (srčno-mišični infarkt, angina pectoris), različne oblike bolezni srčnih zaklopk in bolezni srčne mišice same (kardiomiopatije); zelo pogosta bolezen pri Slovencih je hipertenzija, v zadnjem času pa se kot vse pogostejši vzrok popuščanja srca pojavlja sladkorna bolezen.

Dejavniki, ki povečujejo tveganje za nastanek in poslabšanje srčnega popuščanja, so dejavniki za nastanek srčno-žilnih bolezni. Ti dejavniki so: kajenje, debelost, čezmerno pitje alkohola, pretirana raba soli, telesna nedejavnost in povišane vrednosti holesterola v krvi (Escott-Stump, 2008).

Število bolnikov s srčnim popuščanjem narašča povsod po svetu. Glavna razloga sta staranje prebivalstva in vse večje preživetje bolnikov po miokardnem infarktu. V ZDA je okoli 5 milijonov primerov srčnega popuščanja, vsako leto pa diagnosticirajo več kot 500.000 novih primerov (American Heart Association, 2005). Pogostost srčnega popuščanja v državah razvitega sveta znaša 1-2 odstotka. V Sloveniji nimamo natančnih epidemioloških podatkov, ker nimamo registra, toda če upoštevamo prejšnjo oceno, bi to pomenilo, da imamo 20.000-40.000 bolnikov s srčnim popuščanjem. Po zadnjih evropskih podatkih ima srčno popuščanje 10 odstotkov populacije, ki je starejša od 65 let. Pogosteje se pojavlja pri starejših, tudi koronarna bolezen in hipertenzija sta bolj pogosti pri starejših bolnikih, pri mlajših osebah pa pride do popuščanja srca največkrat v primeru miokarditisa in prirojenih srčnih napak.

Namen prispevka je predstaviti prehransko podporo pri popuščanju srca, ko je zaradi povečane presnove in slabega teka bolnika zelo pomembno, da so hranilni in kalorični vnosi hrane ustrezni, predvsem pa želimo seznaniti s prehrano, ki deluje preventivno in ščiti pred boleznimi srca in žilja, ter zmanjšuje njihov razvoj.

### **Prehranska podpora pri popuščanju srca**

Utrujenost, slabost in zmanjšana telesna zmogljivost so pogosti znaki srčnega popuščanja, ki nastanejo zaradi zmanjšane prekrvavitve skeletnih mišic. Bolniki imajo slab apetit, slabosti in bolečine v trebuhu, v katerem občutijo napetost zaradi zastoja krvi v jetrnem krvnem obtoku. Pri hudih oblikah popuščanja srca sta pogosta pojava tudi hidrotoraks in ascites. Zaradi popuščanja srca se pojavijo edemi, ki so običajno simetrični, na obeh nogah, posebno na golenih in gležnjih. Ikterus je pri bolniku s popuščanjem srca pozen znak in je povezan s porastom bilirubina (Escott-Stump, 2008).

Hujšanje in propadanje zaradi popuščanja srca (srčna kaheksija) nastane zaradi povečane razgradnje telesnih celic (nekroza okvarjenega tkiva), povečane presnove (povečanje katabolizem) in povečane potrebe po kisiku. Značilen je slab tek, slabosti in manjša, slabša absorpcija hranil iz okvarjene (zastojne) črevesne sluznice (Flack, Staffinelo, 2002).

Zaradi povečanega katabolizma so energetske potrebe lahko višje tudi za 50 %, vnos beljakovin je 1,0-1,5 g / kg telesne teže, ter se povečuje ali zmanjšuje odvisno od funkcije jeter. Dolgotrajna terapija brez zdravil, ki vključuje redukcijo telesne teže, fizično aktivnost, ter uporabo diete z manj soli in prepoved vnosa alkohola, je učinkovita strategija za izboljšanje bolezenskega stanja (Willett, 2001; Escott-Stump, 2008).

Pri patoloških vrednostih različnih mikroelementov v krvi je potrebno uvesti parenteralno in enteralno prehrano, da bi dosegli postopno normaliziranje stanja. (Flack, Staffinelo, 2002).

Vnos soli mora biti manjši (manj kot 5 g dnevno), pri hudih oblikah je vnos le 2 g dnevno. Dieta pri hipertenziji DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) - je kratica, ki jo je oblikoval National Heart, Lung and Blood Institute. Testirali so, kako vnos pravih živil v primerjavi s posameznimi prehranskimi dopolnili vpliva na nižanje krvnega tlaka. Rezultati so pokazali, da prehranjevanje z dieto bogato s sadjem, zelenjavo, živili z manj maščob skupaj z znižano količino maščob, rdečega mesa, sladkarij in pijač z dodanimi sladkorji,

pomembno znižuje tako sistolični kot diastolični tlak, tudi kadar ni zmanjšanega vnosa soli. Prav tako je klinično dokazano, da takšna DASH dieta znižuje holesterol (Bloch, 2007).

Druga študija z DASH dieto je ugotavljala, ali bi omejevanje soli skupaj z DASH dieto pokazalo boljše rezultate. Skupaj s kontrolno skupino brez diete in skupino, ki je bila na DASH dieti, so testirali tri stopnje povprečnega vnosa soli. Prvi vnos je bil 3300 mg (podoben vnosu v ZDA), drugi je bil 2400 mg (vnos, ki je vpisan na prehranskih tabelah) in tretji vnos, ki je bil 1500 mg. Rezultati so pokazali, da je nižanje soli v obeh skupinah (kontrolni in DASH) vplivalo na nižanje krvnega tlaka. Pri vsaki stopnji vnosa soli je bil ob DASH dieti krvni tlak nižji kot višina tlaka v kontrolni skupini. Največja razlika v krvnem tlaku se je pokazala pri vnosu 1500 mg soli. Največji napredek v zmanjšanju krvnega tlaka so imeli ljudje s hipertenzijo, padec krvnega tlaka pa je bil opazen tudi pri ljudeh z normalnim krvnim tlakom. DASH dieta je podobna TLC dieti (Therapeutic Lifestyle Changes), ki vsebuje malo nasičenih maščob in holesterola, ter veliko vlaknin. Za razliko od TLC diete pa je pri DASH dieti nižji vnos vseh maščob, vrednosti vnosa beljakovin pa so nekoliko višje od običajnih priporočenih vnosov. DASH dieta v primerjavi s TLC dieto priporoča veliko več sadja, zelenjave in živil z manj maščob, ter vključuje prehransko skupino oreščkov, semen in stročnic, ki jih priporoča 4-5 porcij tedensko (Bloch, 2007).

Pri popuščanju srca je zniževanje vnosa soli in omejitev vnosa tekočin zelo pomembno. Pri napredovali boleznih srca predvidimo zmanjšanje vnosa soli od 2-3 g dnevno ali tudi manj. Dietne vlaknine naj se vnašajo previdno. Potrebne so za preventivo obstopacije, toda treba je vnašati take vlaknine, ki ne napenjajo in ne povzročajo abdominalnih težav. Zaradi edemov jemljejo bolniki diuretike, ki omogočajo izplavljanje odvečne tekočine iz telesa. Pogosti so primeri popuščanja srca, ko je potrebna omejitev vnosa tekočine do 2000 ml ali celo samo 1000 ml na dan (Bendich, 2009).

### **Prehrana in preventiva bolezni srca**

V preventivi srčnožilnih obolenj American Heart Association (Lichenstein et al., 2006) priporoča poleg zdrave prehrane tudi skrb za telesno težo, primerno koncentracijo LDL in HDL holesterola ter trigliceridov, normalizacijo krvnega tlaka in krvne glukoze, redno in ustrezno fizično aktivnost ter izogibanje kajenju. Glede vnosa ogljikovih hidratov priporoča veliko zelenjave in sadja, ki vsebuje veliko mikronutrientov. Zelenjava in sadje naj bo sveže, zmrznjeno ali konzervirano, brez dosoljevanja, sladkanja ali visokokaloričnih omak. Pri pripravi hrane svetuje pečenje na rešetki ali v pečici. Odsvetuje sadne sokove, namesto njih priporoča uživanje celih sadežev ali cele zelenjave. Priporoča polnozrnata živila (vsaj polovica celodnevni žitnih produktov) in živila z veliko vlakninami kot npr. stročnice, izdelki iz celega zrna, sadje in zelenjava, pšenica, oves, rž, ječmen, kuzuza, pečena kuzuza, rjavi in divji riž, ajda, proso. Odsvetuje pijače in hrano z dodanim sladkorjem, ne glede na vrsto sladkorja, ter slaščice.

### **Uporaba vlaknin, probiotikov in prebiotikov - funkcionalna živila**

Funkcionalna živila so posebna kategorija živil, ki oskrbujejo naš organizem z osnovnimi hranilnimi snovmi in imajo ob tem še nek poseben zdravilen učinek na eno ali več telesnih

funkcij, na način vzdrževanja in/ali izboljšanja zdravja ter zmanjšanja tveganja bolezni (Pokorn, 2001; Mičetić-Turk, 2005). Vlaknine – balastne snovi spadajo med funkcionalno hrano, ker imajo dokazane številne blagodejne učinke in pozitivno vplivajo na zdravje. Upočasnijo resorpcijo ogljikovih hidratov in znižujejo glikemijski indeks, znižujejo LDL holesterol, nadalje preprečujejo zaprtje, vnetja sluznice in nastanek divertikuloz. Dnevno naj bi na vsakih 1000 kcal zaužili 15–20 g vlaknin (Pokorn, 1996). Vlaknine imajo med ogljikovimi hidrati poseben položaj. Glede na priporočila Evropskega združenja za klinično prehrano in metabolizem (ESPEN) so vlaknine zastopane v sadju, zelenjavi in polnozrnatih izdelkih pomemben del zdrave prehrane. Takšna prehrana nudi veliko vitaminov, mineralov in antioksidantov in v glavnem predstavlja energijsko redko hrano. Prehrana z dovolj veliko vsebnostjo vlaknin je zato lahko sinonim za zdrav način prehranjevanja. Prehrana z rednim vnosom zelenjave ima ugoden učinek na lipidni status in znižuje poraste glukoze po obroku, posredno pa ima ugoden učinek tudi pri preprečevanju srčnožilnih bolezni (Meier, Gassull, 2004).

American Diabetes Association (2006) s posebnim poudarkom na uravnavanju glikemije opozarja, da dietni režimi z manj kot 130 g dnevnega vnosa ogljikovih hidratov niso priporočljivi. V primarni preventivi sladkorne bolezni tipa 2 priporočajo dnevni vnos najmanj 14 g vlaknin /1000 kcal dnevnega kaloričnega vnosa, polovica žitnih proizvodov naj bo polnozrnatih. Diete, ki temeljijo samo na znižanem glikemičnem bremenu, niso priporočljive. V kolikor pa so bogate z vlakninami in ostalimi pomembnimi hranili, pa so seveda zaželene. V zdravljenju sladkorne bolezni tipa 2 priporočajo ogljikove hidrate, ki so v sadju, zelenjavi, polnozrnatih izdelkih, stročnicah in v posnetem mleku. Ocena količine ogljikovih hidratov v obroku je nujna za ustrezno vodenje glikemije, v pomoč pa je lahko tudi poznavanje glikemičnega indeksa in glikemičnega bremena obroka. Bolnike s sladkorno boleznijo je potrebno še bolj kot druge zdrave posameznike spodbujati k uživanju vlaknin v prehrani.

Novije raziskave na področju prehrane poudarjajo tudi večjo rabo mlečno kislinskih-probiotičnih bakterij (Mičetić-Turk, 2005; Bloch, 2007; Bendich, 2009). Probiotiki so prisotni v prehrani človeka že tisočletja. Doslej se je v znanosti večinoma govorilo o uničevanju bakterij ter izboljšanju zdravja in obvladovanju bolezni z antibiotiki, danes pa je gledanje na nekatere bakterije popolnoma drugačno.

Fermentacija kot način konzerviranja hrane s pomočjo bakterij se je uporabljala v vsej zgodovini človeštva. Uživanje fermentirane hrane je človeka izpostavljalo delovanju probiotičnih mikroorganizmov, ki so enaki ali podobni današnjim. V zadnjih 50. letih se je uživanje fermentirane hrane drastično zmanjšalo, vse več je sterilne hrane z dodatkom umetnih sladil in konzervansov, zato je človeški organizem izpostavljen le majhnemu številu probiotičnih bakterij in ne množici bakterij, katerim so bili izpostavljeni naši predniki.

Z izrazom probiotiki najpogosteje označujemo žive bakterije, fermentirane mlečne izdelke ali dodatke živilom, ki vsebujejo žive mlečno kislinske bakterije. Probiotični izdelki uravnavajo pH črevesne sluznice, proizvajajo proti bakterijske snovi, stimulirajo aktivnost makrofagov, znižujejo holesterol, povečajo resorpcijo Ca in drugo. Uspešno se uporabljajo tudi v primerih pomanjkljivega razvoja mikroflore, zato se uporabljajo tudi v prehrani no-

vorojencev. Številne raziskave so potrdile izjemno ugoden učinek probiotikov na akutno drisko otrok, potovalno drisko, preprečevanje driske pri dolgotrajni uporabi antibiotikov, na okužbo s *Helicobacter pylori*, Chronovo bolezen, atopični dermatitis in mnoge druge bolezni (Mičetić-Turk, 2005).

Tudi prebiotiki so sestavine hrane, ki jo definiramo kot funkcionalno. So neprebavljive sestavine (oligosaharidi), ki blagodejno vplivajo na zdravje gostitelja s stimulacijo rasti in/ali aktivnosti ene ali več bakterijskih vrst v širokem črevesju. Proizvodnja in uporaba hrane, ki so ji dodani oligosaharidi, iz leta v leto narašča. Najpogosteje se dodajajo pijačam, otroški hrani, pekovskim izdelkom, jogurtom in mlečnim izdelkom. Največkrat se dodaja inulin. Naravni viri oligosaharidov so sadje, zelenjava, mleko in med, predvsem pa pšenica, česen, čebula, cikorija in por (Mičetić-Turk, 2005).

### **Lipoproteini in tveganje za srčna obolenja**

Prehrana, ki ugodno vpliva na srce in žilje, naj vsebuje čim manj nasičenih maščob, ki jih najdemo predvsem v živilih živalskega izvora, zato priporočamo uživanje posnetih vrst mleka in mlečnih izdelkov z manj maščob, pustih vrst mesa in le 1 – 2 jajci tedensko. Ameriška priporočila v zvezi z uživanjem posnetega mleka so, da naj polnomastno mleko in izdelke iz polnomastnega mleka uživajo le še otroci do 2. leta starosti (Dudek, 2001), evropska priporočila pa te omejitve priporočajo po 3. letu otrokove starosti s poudarkom, da otrok do te starosti uživa že dovolj druge mešane hrane, s katero vnaša v telo dovolj v maščobah topnih vitaminov, predvsem pa kalcija (Živković, 2002).

Priporočila se raba rastlinskih olj v zmernih količinah zaradi nenasičenih maščobnih kislin (mono nenasičenih – oleinska in poli nenasičenih, med katerimi sta tudi esencialni maščobni kislini – linolna (omega 6) in linolenska (omega 3)). V prehrani se svetuje olivno olje pa tudi olje oljne ogrščice, ki ima tudi zelo dobro sestavo nenasičenih maščobnih kislin, je pa cenovno bolj dostopno širšemu prebivalstvu. Pomemben je vnos omega 3 poli nenasičenih maščobnih kislin, ki jih najdemo v ribah, morskih sadežih, v manjših koncentracijah pa tudi v rastlinskih oljih, ter omega 6 poli nenasičenih maščobnih kislin, ki se nahajajo v rastlinskih oljih, oreških, žitnih semenih. Priporočljiv dnevni vnos različnih semen in oreškov pa je najmanj 30 g (Pokorn, 2001).

Omega 3 maščobe so sestavni deli celičnih membran, zmanjšujejo izločanje prokoagulantna tromboksan in na ta način preprečujejo nastanek trombov, izboljšujejo elastičnost notranje žilne stene in vplivajo na stabilen krvni tlak, delujejo antidepresivno in protivnetno, omega 6 pa imajo vpliv na imunski sistem in tudi delujejo protivnetno (so prekurzor mnogih eikozanoidov, npr. prostaglandinov, levkotienov in tromboksanov).

Telo za prenašanje maščobe uporablja tri vrste lipoproteinov:

- lipoproteine z zelo nizko težo (very-low-density lipoproteins - VLDL), ki celicam nosijo trigliceride in ostale lipide, narejene v jetrih;
- lipoproteine z nizko težo (low-density lipoproteins - LDL), ki prenašajo holesterol in ostale lipide do tkiv. LDL so narejeni iz VLDL, potem ko slednje oddajo telesnim celicam veliko svojih trigliceridov;

- lipoproteine z visoko težo (high-density lipoprot. HDL) so ključni v procesu prenašanja holesterola od telesnih celic v zalogo, nazaj k jetrom (Sizer in Whitney, 2006).

Zadnja dva tipa lipoproteinov imata pomembno vlogo za zdravje srca in ugodno razmerje obeh v krvi, pri čemer mislimo na vrednosti LDL pod 3 mmol/l in HDL nad 1 mmol/l, je eno glavnih priporočil pri zniževanju tveganja za obolenja srca in žilja. Povišana koncentracija LDL v krvi je znak za resno tveganje srčnega obolenja. Vsakič, ko se vrednost LDL zmanjša za 1 mmol/l, se tveganje za nastanek miokardnega infarkta zmanjša za 2,5 odstotka.

Za nastanek srčnih in žilnih bolezni ni pomemben le skupen holesterol, ampak tudi razmerje med LDL in HDL holesterolom. Večji kot je delež dobrega HDL, več odvečnega holesterola se izloči iz telesa. Priporočeno razmerje med LDL in HDL naj ne preseže vrednosti 3:1 za dalj časa, ne glede na starost (Dudek, 2001; Sizer in Whitney, 2006).

### **Proteini v hrani**

V terminalnih stadijih popuščanja srca je opazno že slabše delovanje jeter, kar poleg stresa vpliva na porast beljakovinskih potreb (Escott-Stump, 2008). Za ljudi, ki redno jedo proteine z dosti esencialnih aminokislin (najdemo jih v jajcih, mesu, ribi, perutnini, siru, mleku in številnih sojinih izdelkih), vsrkavanje le-teh v telo ne predstavlja nikakršne težave. Proteinsko bogata živila se kombinirajo tako, da doprinesejo k ravni komplementarnih proteinov ali k ravni proteinov, ki vsebujejo esencialne aminokislino, v zdravju koristni količini. Komplementarnost se kaže tako, da proteini dograjujejo drug drugega na način, da se manjkajoča esencialna aminokislina v enem proteinu nadomesti z aminokislino v drugem proteinu. Omenjeni pristop se imenuje vzajemno nadomeščanje. Tako sploh ni potrebno, da komplementarne proteine zaužijemo skupaj in naenkrat, skrbeti moramo le, da obrok vsebuje vse vrste proteinov (predvsem rastlinske vire), da dieta zagotavlja dovolj energije in da so viri proteinov čim bolj raznoliki (Sizer in Whitney, 2006). Pri tem ni nujno, da oseba sploh uživa meso. Znanstveniki so opazili, da imajo ljudje v razvitem svetu, ki jedo dobro načrtovane vegetarijanske diete, večje možnosti v boju proti boleznim in lahko celo dlje živijo.

### **Vegetarijanske ali mesne diete – prednosti in slabosti**

V zadnjih nekaj letih so debelost, bolezni srca in visok krvni tlak močno načeli populacijo razvitega sveta. Je torej za zdravje bolj ustrezno, da prenehamo uživati meso, ali pa bi ga morali bolj vključevati? Kakšne pozitivne učinke na dieto imajo proizvodi živalskega izvora? Pomembno je, da ne glede na vrsto diete z njo pridobimo in ustvarimo najboljše za telo in zmanjšamo tveganje za nastanek številnih bolezni.

Vegetarijanstvo je pogostokrat napačno povezano s specifičnim kulturnim ali verskim sistemom, vseeno pa ga posamezniki izbirajo iz različnih vzrokov. Nekateri verjamejo, da živali ne bi smeli ubijati zaradi mesa, spet drugi menijo, da ne bi smeli uživati živalskih produktov kot so mleko, sir, jajca, med, ali uporabljati predmete narejene iz volne, usnja, svile. Mnogi ugovarjajo nehumanemu ravnanju na »živalskih tržnicah«, spet drugi se bojijo zaradi strahu pred razširjajočimi se boleznimi in okužbami prek mesa, kot je na primer "bo-

lezen norih krav" ali ptičja gripa. Prav tako kot vegetarijanci, se tudi ljudje, ki jedo meso, zanj odločajo iz večih razlogov. Nekaterim predstavlja nepogrešljiv del vsakodnevnega visokoenergetskega obroka, drugi spet ne vedo, kaj bi jedli, če bi prenehali uživati meso. Mnogi zmotno mislijo, da bodo z zamenjavo stročnic, krompirja in kruha za meso lažje in hitreje shujšali (Sizer in Whitney, 2006).

Močni dokazi in številne raziskave v povezavi z vegetarijanstvom kažejo na dejstvo, da takšna prehrana zmanjša možnost za nastanek srčno-žilnih bolezni (Sizer in Whitney, 2006; Bloch, 2007; Bendich, 2009). To dejstvo je precej spremenilo pogled tistih strokovnjakov, ki so strogo zaupali mesni dieti. Vegetarijanci pa se od ostalih ne razlikujejo samo v ne-uzivanju mesa, temveč tudi v veliki količini dnevno zaužitega sadja in zelenjave. Dnevno naj bi po priporočilih WHO zaužili vsaj 600 g sadja in zelenjave, ta količina pa je seveda pri vegetarijancih krepko presežena.

Vegetarijanske diete pogosto vsebujejo tudi več vlaknin, kalija in določene vitamine, povezane z zniževanjem tveganja za bolezni. Vegetarijanci praviloma, obstajajo seveda izjeme, ne uporabljajo tobaka, pa tudi alkohol uživajo le občasno, če sploh ga, in so po nekaterih podatkih (ZDA) praviloma bolj fizično aktivni kot ostali odrasli. Seveda pa morajo raziskave, preden lahko predvidijo vpliv diete na zdravje, upoštevati prispevek celostnega življenjskega stila k nastanku obolenj (Sizer in Whitney, 2006).

Najpomembnejši pozitivni vidiki vegetarijanske diete so:

1. nadzor nad težo - študije kažejo, da je telesna teža glede na telesno višino večja pri tistih ljudeh, ki jedo mešano dieto, ter da narašča premo-sorazmerno z zaužito količino mesa. Nižja telesna teža je povezana tudi z večjim vnosom vlaknin in manjšim vnosom maščob. Debelost na mnoge načine škoduje zdravju, zato so vegetarijanci, ki ohranjajo zdravo težo, v prednosti (Bloch, 2007).
2. zmanjšano tveganje za obolenjem srca in žilja - ljudje, ki uživajo rastlinsko dieto, manj pogosto umirajo za boleznimi srca in z njimi povezanimi obolenji kot ljudje, ki jedo meso. Vegetarijanske diete imajo nizko vsebnost maščob in s tem tudi manj holesterola. Zelenjava naj bi zaradi svojih fitoelementov delovala ugodno na zniževanje holesterola v krvi (Sizer in Whitney, 2006).

Kadar v dieti sojini proteini nadomestijo živalske proteine, se zniža celotna koncentracija holesterola v krvi, skupaj z LDL holesterolom, trigliceridi, krvnim tlakom, pogost pa je tudi porast HDL v krvi. Raziskave so pokazale, da bi že 25g sojinih proteinov vključenih v dnevno dieto lahko pripomoglo k zniževanju holesterola in s tem bi se zmanjšala tveganja za srčno-žilne bolezni. Rastlinske proteine pa najdemo še v drugih živilih, ne samo v zelenjavi. Celo gluten, ki se nahaja v kruhu, lahko zniža oksidacijo maščob in druge indikatorje tveganja. Podobno je z uživanjem posnetega mleka, ki nadomesti meso (Bloch, 2007).

3. zniževanje krvnega tlaka - čeprav naj bi imeli vegetarijanci nižji krvni tlak in manjše tveganje za hipertenzijo, pa poleg prehrane nanj vpliva tudi življenjski stil (morebitno kajenje in uživanje alkohola, ki krvni tlak zvišujeta, ter fizična aktivnost, ki ga znižuje) (Sizer in Whitney, 2006).

4. manjša tveganja za nastanek rakastih obolenj - poleg že omenjenih dejavnikov na tveganje za nastanek raka vpliva tudi prekomerno uživanje oluščenenih žitaric, premalo uživanja žitaric, ter premalo uživanja D-vitamina. Določene vrste raka se dokazano manjkrat pojavljajo pri ljudeh, ki v svojo prehrano vključujejo zelenjavo, sadje, neoluščene žitarice in stročnice (soja in druge). Pri tem igrajo pomembno vlogo že omenjeni fitoelementi v tovrstni hrani (Sizer in Whitney, 2006).

## RAZPRAVA

Beseda dieta ne pomeni vedno prehrano, ki jo uživamo pri določenih obolenjih, ali če želimo shujšati. Pri dieti DASH gre predvsem za preventivne prehranske metode, ki preprečujejo razvoj previsokega krvnega tlaka z manjšim vnosom soli in vnosom takih hranil v živilih, ki vsebujejo manj nasičenih maščob, več pa zdravih omega 3 in omega 6, ter manj škodljivih produktov, ki nastanejo pri industrijski predelavi hrane. Prehranjevanje, ki upošteva priporočila diete DASH, pomeni tudi, da ne rešujemo svojih vsakdanjih prehranskih težav tako, da mimogrede prigriznemo nekaj v bližnjem kiosku s hitro prehrano. Kakovostno prehranjevanje potrebuje svoj čas in izbrana živila, ki jih ustrezno pripravimo.

Dieta DASH temelji na ugotovitvah, da povečano uživanje sadja in zelenjave že po osmih tednih zniža krvni tlak. Dieta predstavlja preprost prehranjevalni režim, ki ne zahteva velikega odpovedovanja in sprememb v prehranjevanju, vendar z njo dokazano dosežemo boljši nadzor nad krvnim tlakom, zmanjša se raven celokupnega holesterola v krvi. S tako hrano varujemo srce in možgane, obenem pa telesu priskrbimo snovi, ki ščitijo pred rakom in mnogimi civilizacijskimi obolenji (Bloch, 2007; Bendich, 2009).

Največ zaslug za znižanje krvnega tlaka imajo vlaknine, kalcij, kalij in magnezij, ki jih je v tej prehrani v izobilju. Ljudje, ki pojedjo veliko sadja in zelenjave, telesu zagotovijo obilo fitokemikalij, ki predstavljajo obrambo pred virusi, bakterijami in glivicami.

Dieta DASH zagotavlja veliko likopena, ki ga je največ v paradizniku, in ščiti pred rakom prostate in dojke. Močni antioksidanti so še karotenoidi in flavonoidi iz sadja, zelenjave, čaja in rdečega vina ter snovi iz polnovrednih žitaric. DASH omogoča tudi zdravo hujšanje. Priporoča namreč uživanje zelenjave, ki vsebuje številne mikronutriente (vitamine in mineralne snovi), vlaknine, ki podaljšajo občutek sitosti, ima pa nizko energijsko vrednost. Tako je vzdrževanje stabilne telesne teže lažje. Zdrava izbira za zajtrk so tako živila iz integralnih žitaric, ki zagotovijo telesu številne koristne snovi, kot so minerali in vlaknine, nezdrava izbira pa bel kruh, ogrska salama in razni drugi predelani mesni proizvodi. Jedilnik DASH ne vsebuje industrijskih prigrizkov, sladkarij, gaziranih pijač in mastne hrane, poudarja pa stročnice, ki so dobre tako za prehrano kot tudi za splošno zdravje.

K programu DASH sodi tudi zmanjšan vnos soli. Številni ljudje dosolijo hrano, še predno poskusijo jed. Ko kuhamo, jed manj solimo, priporoča se nadomeščanje soli z drugimi začimbami in limono. Zelenjavo iz konzerve pred pripravo temeljito sperimo z vodo, saj bomo tako zmanjšali količino soli. Izogibajmo se salamam in klobasam ter vsem industrijskim prigrizkom, ki vsebujejo ogromno soli. Dnevno ne bi smeli zaužiti več kot ene žličke



soli na dan, kar predstavlja 5 g. Dieta DASH je dober model zdrave prehrane za vse, ki se zavedajo pomena preventive in želijo imeti čim manj zdravstvenih težav. Bistvo te diete so spremembe prehrane z dolgoročnimi cilji.

Po podatkih ameriških avtorjev, je potrebno poskrbeti za ugodno razmerje med omega 6 in omega 3 maščobnimi kislinami, ki naj bi bilo 5:1 do največ 10:1, v korist omega 6 (Bostick, 2001; Sizer in Whitney, 2006; Bendich, 2009;). Tako razmerje dobimo, če jemo uravnoteženo mešano prehrano, z uživanjem rib vsaj enkrat tedensko.

Oseba, ki izbere dieto z visoko stopnjo nasičenih maščob ali transmaščob, tvega boleznì srca in žilja. Te boleznì so najpogostejši »ubijalec« odraslih v ZDA in Kanadi, na drugem mestu pa so najrazličnejše oblike raka. Nekatere raziskave raka so pokazale, da obstaja povezava med boleznimi srca in ožilja in tveganjem za nastanek nekaterih vrst raka (Sizer in Whitney, 2006).

Veganske in druge oblike vegetarijanskih diet so pri bolnikih s popuščanjem srca uporabne. Poznani so številni pozitivni učinki teh diet, ki so bogate s sadjem, zelenjavo in polnozrnatimi izdelki. Bolniku omogočimo več manjših obrokov (5-6), tekočine s hrano in tekočine nasploh pa naj ne užije več kot 3 l na dan.

Spremenimo nakupovalne navade. Kupujmo več sadja in zelenjave in manj mesa. Za žejo je najbolje piti čaj in nesladkane sokove ter čim manj sladkih in gaziranih pijač.

## SKLEP

Dejavniki, ki povzročajo nastanek srčno-žilnih boleznì, in nanje lahko vplivamo, so debelost, nepravilna prehrana, kajenje, prekomerno pitje alkoholnih pijač in telesna nedejavnost. Isti dejavniki tudi poslabšujejo osnovno srčno obolenje in vodijo v popuščanje srca.

Prehranska podpora pri srčnem popuščanju se izvaja kot prehrana z manj soli, več sadja in zelenjave, ter polnozrnatih izdelkov. Vnos nasičenih maščob se zmanjša na 6% od celotnega dnevnega kaloričnega vnosa, poudarja se raba zdravih polinenasičenih omega 3 in omega 6 maščob, ki delujejo protivnetno, antilipidno in antihipertenzivno.

Kot primer dobre preventivne prehrane pri preprečevanju boleznì srca in žilja se v zadnjem času omenja DASH dieta. Ta dieta je dolgoročen vseživljenjski pristop k prehranskim navadam, ki varujejo zdravje. Predstavlja uravnotežen vnos hranil iz različnih skupin kakovostnih živil, s poudarkom na znižanem vnosu soli oziroma natrija, kar je osnovno splošno priporočilo za zdravo prehranjevanje. Posebnost te diete je predvsem nekoliko nižji vnos soli. Raziskave so pokazale, da ni potrebno, da bi manj slano hrano uvajali že pri otrocih. Primerna je za poznejša življenjska obdobja, ko začne naraščati nevarnost pojava povišanega krvnega tlaka, ali kadar krvni tlak začne prehajati mejo 120/80 mm Hg.

Obravnavo bolnikov s srčnim popuščanjem predstavlja finančno eno najdražjih področij, zato je dobra preventiva boleznì srca in žilja toliko bolj pomembna in potrebna. Učenje in izobraževanje za zdrav življenjski slog naj postane vseživljenjsko učenje vsakega posameznika v vseh življenjskih obdobjih.

## Literatura:

1. American Diabetes Association. *Nutrition Recommendations and interventions for diabetes 2006. A position statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care*, 2006;29:2140-57.
2. Bendich A. *Preventive Nutrition*. Totowa, New Jersey: Humana Press, 2009;302-21.
3. Bloch SA. *Issues and Choices in Clinical Nutrition Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007, 529-68.
4. Dudek S.G. *Lipids. V: Nutrition essentials for nursing practice. 4 th ed.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
5. Escott-Stump S. *Nutrition and Diagnosis – Related Care. 6 th ed.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008, 307-53.
6. Flack JM, Staffinelo BA. *Therapeutic strategiesfor hypertensiontreatment in patients with selected cardiovascular diseases. Drugs Today* 2002; 34: 813.
7. Lichenstein AH, Appel LJ, Brands M, et al. *Diet and lifestyle recommendations revision 2006: A scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. Circulation* 2006;114:82-96.
8. Meier R, Gassull MA. *Consensus recommendations on the effects and benefits of fibre inclinal practice. Clinical Nutrition Supplements* 2004;1:73-80.
9. Mičetić-Turk D. *Probiotiki in prebiotiki ter njihova vloga pri zdravljenju bolezni prebavil. V: Mičetić-Turk in sod. Klinična prehrana. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2005.*
10. Pokorn D. *Oris zdrave prehrane: priporočena prehrana. Ljubljana: Institut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2001.*
11. Pokorn D. *S prehrano do zdravja. Ljubljana: EWO, 1996.*
- 12.Sizer F, Whitney E (2006). *Nutrition concepts and controversises. Tenth edition. United States:Thomson Wadsworth, 2006.*
13. Živković R. *Dijetetika. Zagreb: Medicinska naklada, 2002.*
14. Willett W. C. *Potencial Benefits of Preventive Nutrition Strategies. V: Bendich A. Preventive Nutrition. Totowa, New Jersey: Humana Press, 2001, 210-6.*

# DELOVNA TERAPIJA PRI OSKRBI PALIATIVNEGA BOLNIKA

*Barbka Huzjan, dipl. delovna terapevtka  
strokovna sodelavka Zdravstvene fakultete  
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za revmatologijo  
barbka.huzjan@kclj.si*

## IZVLEČEK

Ko postane jasno, da je kronična srčno-žilna bolezen prešla v stopnjo paliativnega zdravljenja, se morajo vsi člani zdravstvenega tima osredotočiti na izboljšanje kakovosti bolnikovega življenja. Najpomembnejšo vlogo v njem imata bolnik in njegova družina. Na stopnji, ko se bolnik zave, da je njegova bolezen neozdravljiva, nastopijo zanj povsem nove okoliščine. Spozna, da potrebuje pomoč na vseh področjih svojega delovanja: pri skrbi za samega sebe, izvajanju vsakdanjih aktivnosti in prostem času. Pomembno je, da delovni terapevt postane del razvijajočega se paliativnega tima, ki s svojim znanjem pozitivno vpliva na kakovost bolnikovega življenja v zadnjem stadiju neozdravljive bolezni.

**Gljučne besede:** delovna terapija, paliativna oskrba, tim, terminalna kakovost življenja

## UVOD

Dandanes so pozitivni učinki paliativne oskrbe znanstveno dokazani glede na učinkovitost in ekonomičnost ter se izvajajo v mnogih razvitih deželah. Z naraščanjem kroničnih obolenj in s podaljšanjem življenjske dobe so potrebe po paliativni oskrbi vse večje. Paliativna oskrba je aktivna celostna pomoč bolnikom vseh starosti z napredovalo kronično neozdravljivo boleznijo ter njihovim bližnjim. Ni opredeljena z določenim obolenjem, z bolnikovo starostjo ali njegovim prepričanjem in podobnim, temveč temelji na oceni stanja bolnika s katerokoli neozdravljivo boleznijo, oceni prognoze njegove bolezni ter oceni specifičnih potreb bolnika in njegovih bližnjih. Lahko se začneja že zgodaj po diagnozi neozdravljive bolezni in se nadaljuje v procesu umiranja, smrti in žalovanja (Krčevski Škvarč in sod., 2010).

Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization) definira paliativno oskrbo kot izboljšanje kakovosti življenja bolnikov in njihovih bližnjih, ki se soočajo s te-

žavami neozdravljive bolezni, pa tudi kot preprečevanje in lajšanje bolečine in simptomov ter nudenje duhovne in psihosocialne podpore od diagnoze do konca življenja (World Health Organization, 2010).

Namen paliativne oskrbe je izboljšati kakovost življenja bolnikom in njihovim bližnjim s preventivnimi ukrepi in z lajšanjem trpljenja tako, da trpljenje zgodaj prepoznamo, ustrezno ocenimo in obravnavamo. Pri tem trpljenje ni omejeno le na bolečino, temveč zajema tudi druge telesne, psihološke, socialne ter duhovne stiske in težave. Paliativna oskrba zagotavlja spoštovanje veljavnih etičnih in pravnih norm: človekovih pravic, pravic bolnikov in umirajočih.

Paliativna oskrba je sestavni del zdravstvenega in socialnovarstvenega sistema na vseh ravneh in s tem neodtujljiv element človekove pravice do zdravstvenega in socialnega varstva. Zato mora Vlada Republike Slovenije zagotoviti dostop do paliativne oskrbe vsem, ki jo potrebujejo in želijo. Izvajanje načel paliativne oskrbe je treba prilagoditi okolju, v katerem jo izvajamo (Krčevski Škvarč in sod., 2010).

## **POMEN TIMSKEGA DELA PRI OSKRBI PALIATIVNEGA BOLNIKA**

Paliativna oskrba srčno-žilnega bolnika temelji na timskem delu in večpoklicnem pristopu skupine strokovnjakov, ki v terminalnem obdobju izvaja simptomatsko zdravljenje. Upoštevati človeka kot celoto v njegovem socialnem okolju, prepoznati in oslabiti vpliv negativnih dejavnikov in okrepiti moč pozitivnih dejavnikov, ki vplivajo na njegovo zdravje, so temelji timskega dela (Hall, 1998). Delo združuje strokovnjake z različnih področij, ki medsebojno sodelujejo. Uspešnost njihovega dela je odvisna od usklajenosti strokovnega znanja, obogatena s spoznanji drugih strok, in učinkovite uporabe znanja pri reševanju bolnikovih težav. Timsko delo je prisotno pri ugotavljanju prognoze obolenja ter skrbi za izboljšanje bolnikovega stanja, funkcionalnih sposobnosti in psiho-socialnega stanja. Bolnik je najpomembnejši član tima.

Pomembno je sodelovanje zdravstvenega tima z zunanjimi strokovnjaki, kot so delodajalci, socialni zavodi in prostovoljci, katerih povezave vplivajo na bolnikovo zdravstveno stanje in stopnjo osebnega zadovoljstva. Dober in učinkovit terapevtski tim potrebuje za svoj razvoj veliko časa in zavzetega dela, kar omogoča neprekinjen razvoj večpoklicnega dela.

## **MEDICINSKA REHABILITACIJA PALIATIVNEGA BOLNIKA**

Medicinska rehabilitacija je sestavni del paliativne oskrbe srčno-žilnega bolnika, ki jo izvajajo strokovnjaki večpoklicnega tima skupaj z bolnikom in predstavlja neprekinjen proces, ki se začne takoj ob izbruhu bolezni.

Cilji medicinske rehabilitacije temeljijo na zmanjševanju bolečine, ohranjanju funkcionalnih sposobnosti, varovanju in zaščiti sklepov, preprečevanju deformacij, vzdrževanju

psihofizičnega ravnovesja, zdravstveni vzgoji in svetovanju bolniku. Ohranjanje telesne zmogljivosti pripomore k vzdrževanju psihofizičnega ravnovesja in h krepitevi organizma za premagovanje težav, ki jih povzroči bolezen. Programi medicinske rehabilitacije temeljijo na vzdrževanju in ohranjanju gibljivosti in mišične moči.

Dnevne aktivnosti, ki vključujejo osebne in gospodinjske aktivnosti, so pomemben del rehabilitacijskega programa v delovni terapiji. Aktivnosti na področju samooskrbe zvišujejo bolnikovo samozavest, zato naj bi jih glede na svoje zmožnosti izvajali tudi med poslabšanjem bolezni. Zapletenost in vrste aktivnosti se postopno zvišujejo dozirajo glede na popuščanje bolečine, izboljšanje splošnega telesnega počutja ter ohranjanje gibljivosti in moči. Uporabljajo se za vzdrževanje in ohranjanje telesne gibljivosti, mišične moči, vzdržljivosti in koordinacije (Melvin, 1986).

## NAČRTOVANJE DELOVNOTERAPEVTSKE OBRAVNAVE PALIATIVNEGA BOLNIKA

Kanadsko združenje delovnih terapevtov (Canadian Association of Occupational Therapists) je izoblikovalo koncept, v katerem so bolnikove izkušnje in njegovo znanje postavljeni v središče delovnoterapevtskega procesa. Predstavlja ga enakovreden partnerski odnos med bolnikom in delovnim terapevtom. Sodobna teorija delovne terapije izpostavlja pomen resničnega partnerskega odnosa med bolnikom in delovnim terapevtom, ki poudarja bolnikovo aktivno vlogo v procesu opredeljevanja in vrednotenja težav, pri izvajanju okupacije in načrtovanju obravnave (Canadian Association of Occupational Therapy, 1996).

Odnos med bolnikom in delovnim terapevtom naj bi bil partnerski, kar pomeni sodelovanje in soodgovornosti človeka do človeka. Ustrezen odnos pomeni odnos, ki krepi samospoštovanje in samozaupanje ter podpira pobudo za prevzemanje tveganja ob iskanju novih oblik vedenja.

Učinkovita delovnoterapevtska obravnava je skupen cilj bolnika in delovnega terapevta, zato sta zanj soodgovorna. Bolnik prehaja iz pasivne vloge k sooblikovanju ciljev delovne terapije in prevzema soodgovornost za potek in izid učinkovite obravnave.

Življenje z omejitvami zahteva od paliativnega bolnika razvoj sposobnosti vzdrževanja ravnovesja med navideznimi nasprotji: med zdravjem in boleznijo, aktivnostjo in umikom, tveganjem in previdnostjo ter samostojnostjo in odvisnostjo.

Celostni pristop v delovni terapiji pomeni razumevanje človeka kot celovite osebnosti. Sooblikuje ga dinamično medsebojno delovanje telesnih, duševnih in socialnih dejavnikov, ki je v pomoč delovnim terapevtom, da v procesu načrtovanja delovnoterapevtske obravnave paliativnega bolnika:

- razumejo nastanek okvare, prizadetosti in oviranosti, ki vplivajo na paliativno oskrbo;
- ocenijo njihov vpliv na posameznikovo življenje;
- prepoznajo pozitivne dejavnike, ki vplivajo na paliativno oskrbo;
- izberejo najprimernejši pristop v obravnavi;

- vzpodbujajo bolnika h kakovostnemu življenju s spremembami, ki so posledica paliativne bolezni (Sheltonin sod., 2008).

Razumevanje nastanka in poteka paliativne bolezni delovnim terapevtom omogoča, da zmanjšujejo negativne vplive, ki jih povzročijo poslabšanje ali ponovni izbruh bolezni. Proučevanje nastanka bolezni, opredeljevanje vzrokov in poznavanje bolnika ter njegovega okolja potekajo vzporedno z začetkom paliativnega zdravljenja. Tako kot na nastanek in potek bolezni tudi na zdravljenje in okrevanje vpliva medsebojno ravnovesje duševnih, telesnih in socialnih dejavnikov.

## IZVAJANJE OBRAVNAVE GLEDE NA PODROČJE ČLOVEKOVEGA DELOVANJA

Delovna terapija je sestavni del zdravljenja paliativnega bolnika, ki vključuje namenske aktivnosti na vseh področjih človekovega delovanja, tj. pri skrbi za samega sebe, produktivnosti in prostem času.

### **Skrb za samega sebe**

Paliativni bolniki se v skrbi zase spopadajo z mnogimi težavami, ki jim jih povzročata bolečina in omejena gibljivost. Pogosto se zgodi, da potrebujejo pomoč pri umivanju, oblačenju, kopanju, uporabi stranišča, hranjenju ter gibanju v ožjem in širšem okolju. Naloga delovnega terapevta je, da na podlagi predhodnega intervjuja oceni bolnikovo samostojnost v dnevni aktivnostih. Skupaj poiščeta rešitve, ki pripomorejo k ohranjanju njegovih zmogljivosti in samostojnosti, delovni terapevt pa bolniku svetuje ter ga nauči rokovanja s prilagojeno opremo in pripomočki in spretnosti pri njihovi uporabi.

### **Področje vsakdanjih aktivnosti**

Ohranjanje in pridobivanje različnih spretnosti pri izvajanju aktivnosti, uporaba ustreznih pripomočkov in skrb za zaščito in varovanje sklepov pomagajo paliativnemu bolniku ohraniti moč in telesno vzdržljivost, zmanjšujejo bolečino in preprečujejo razvoj kontraktur. Navodila za zaščito sklepov, vključevanje v različne aktivnosti in ohranjanje telesne vzdržljivosti so bolniku predstavljeni na njemu običajen in razumljiv način. Bolnik si s pomočjo terapevta naredi časovni raspored opravil in počitka, prilagojen njegovemu bolezenskemu stanju in njegovim zmožnostim.

Nasveti za zaščito in varovaje sklepov nudijo bolnikom pomoč pri vzdrževanju neodvisnosti in vplivajo na njihovo funkcionalno sposobnost. Nasveti jim pomagajo pri premagovanju bolečine, razbremenitvi sklepov in ohranjanju funkcionalnih položajev. Pomembno vlogo na področju zaščite in varovanja sklepov imajo tudi opornice in ortoze.

Nasveti za zaščito in varovanje sklepov so:

- upoštevanje bolečine in praga bolečine;
- preprečevanje prisilnih položajev, ki obremenijo deformacije;
- ravnotežje med aktivnostjo in počitkom;
- obremenitev večjih sklepov;

- izvajanje soročnih aktivnosti;
- preprečevanje dolgotrajnih in ponavljajočih se aktivnosti;
- preprečevanje nošenja težkih bremen;
- prenašanje aktivnosti ene skupine sklepov na drugo;
- ohranjanje vzdržljivosti telesa;
- ohranjanje sklepne gibljivosti in mišične moči;
- uporaba pripomočkov za samostojno opravljanje dnevne aktivnosti;
- zaščita sklepov z nošenjem opornic in ortoz (Wade in Rimmer, 1998).

### **Področje prostočasnih aktivnosti**

Ohranjanje telesne vzdržljivosti in aktivnosti pripomore k vzdrževanju psihofizičnega ravnovesja, ki ga potrebuje paliativni bolnik ob premagovanju težav, ki so posledica neozdravljive bolezni. Moč in zmogljivost lahko bolniki ohranjajo s sedenjem med opravili, ki bi jih drugače opravljali stoje. Svetujemo uporabo stolov z nastavljivo višino, ki omogočajo spremembo višine med izvajanjem aktivnosti, podaljšani ročaji gospodinjskih pripomočkov pa preprečujejo prekomerne obremenitve sklepov. Izogibati se morajo obremenitvam posameznih sklepov, zato naj obremenitve prenesejo na večje sklepe s soročnimi aktivnostmi. Pogosto si bolniki pri opravilih, ki se jih veselijo, a se jim izogibajo zaradi obremenitev, ki jim povzročajo dodatno bolečino, lahko pomagajo s praktično rešitvijo; na primer branje in držanje knjige si lahko olajšajo z uporabo nastavka za knjigo, ki je pod ustreznim kotom položen na mizo in preprečuje prisilno držo vratne hrbtenice med branjem.

Vključevanje v aktivnosti prostega časa, kot so družabni obiski, hobiji in interesne aktivnosti, zahteva od bolnika gibanje in pogosto menjavo položajev telesa, kjer svetujemo uporabo prilagojenih držal ali ročajev. Ob tem se morajo bolniki izogibati trajajočim prisilnim držam, preobremenitvam sklepov in posledičnim preobremenitvam telesa.

## **OCENJEVANJE REZULTATOV DELOVNOTERAPEVTSKE OBRAVNAVE**

Ocenjevanje delovnoterapevtske obravnave paliativnega bolnika obsega spremljanje uspešnosti procesov delovne terapije in spremljanje uspešnosti kratko- in dolgoročno zastavljenih ciljev. Zadnji predstavljajo podaljševanje samostojnosti bolnika v skrbi zase in sposobnost vključevanja v ožje in širše okolje.

Ocenjevanje paliativnega bolnika je neprekinjen proces, ki ga narekuje kronična narava bolezni. Rezultati ocenjevanja nudijo primerjalno sliko obravnave bolnika v posameznih stopnjah terapevtskega procesa, ki jo je moč primerjati skozi daljše časovno obdobje.

### **SKLEP**

Cilj delovne terapije pri oskrbi paliativnega bolnika je izboljšanje kakovosti življenja neozdravljivo bolnega posameznika. V procesu delovnoterapevtske obravnave, ki je sestavni del timskega pristopa, razvije bolnik sposobnost nadzorovanja bolezni in vzdržuje

potrebo po pridobivanju nadomestnih spretnosti. Stopnjevanje samoučinkovitosti pogojuje vedenjske spremembe, ki se odražajo v naraščanju samozavesti, osebnem prepričanju, sposobnosti sprejemanja novih aktivnosti in nalog, reševanju težav in zaznavanju obremenilnih dejavnikov.

Delovna terapija na področju paliativne oskrbe ima pomembno vlogo pri reševanju težav in ohranjanju kakovosti življenja neozdravljivo bolnega. Njene zakonitosti so vpletene v proces celovitega zdravljenja. Pri razumevanju pomena delovne terapije je treba upoštevati težo obolenja ter fizične in psihosocialne spremembe, ki jih povzroči bolezen v življenju paliativnega bolnika in njegove družine.

## LITERATURA

1. *Canadian Association of Occupational Therapists. Profile of occupational therapy practice in Canada. Can J Occup Ther.* 1996; (2): 79-95.
2. Hall E. *Multidisciplinary team and patient* In: Carol D, Lloyd J, eds. *Rheumatological physiotherapy* London: Mosby; 1998: 3-8.
3. Krčevski Škvarč N, Pavlin Jež N, Žargi T in sod. *Državni program paliativne oskrbe*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2010. Dostopno na: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz\\_dokumenti/zakonodaja/Paliativa/Dr%C5%BEa\\_vni\\_program\\_paliativne\\_oskrbe\\_190410.doc](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/zakonodaja/Paliativa/Dr%C5%BEa_vni_program_paliativne_oskrbe_190410.doc) (Datum dostopa: 23. 08. 2011).
4. Melvin J. *Rheumatic disease: occupational therapy and rehabilitation*. 2nd ed. Philadelphia: FA Davis Company; 1986: 351-71.
5. Shelton ML, Lipoma JB, Oertli ES. *Oncology*. In: Radomski M, Trobly C, eds. *Occupational therapy and physical dysfunction*. 6th ed. Philadelphia, Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins; 2008: 1359-75.
6. Wade M, Rimmer S. *Joint protection advice and splinting*. In: David C, Lloyd J, eds. *Rheumatological physiotherapy*. London: Mosby; 1998: 45-53.
7. World Health Organization. *Definition of palliative care*; 2010. Dostopno na: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (Datum dostopa: 27. 08. 2011).



# KOMUNIKACIJA JE ODNOS

Nada Wolf, viš. med. ses.

Slovensko društvo hospic, OO Maribor

## IZVLEČEK

Spoštovanje življenja pomeni tudi sprejemanje naravnega procesa umiranja in smrti. Skrivnosti smrti in umiranja pa nam povzročajo številne bojzani in stiske, ki se poglobijo ob neozdravljivih boleznih, ko so izčrpane možnosti aktivnega zdravljenja. Namen prispevka je opozoriti zdravstvene delavce na prepoznavanje dogajanja ob paliativni oskrbi bolnikov in na pomen komunikacije kot odnosa z vsemi udeleženci v tej oskrbi. S pristopom paliativne oskrbe želimo dodati kakovost življenju v danih možnostih. Bolnikove potrebe nas vodijo pri spremljanju družine in bolnika. Tim zdravstvenih delavcev in sodelavcev *ne išče izhodov, temveč poti naprej*. Prepoznavanje in razumevanje telesnih in čustvenih sprememb sta nujni za pomoč in strokovno delo, pogoj za to pa je dobra komunikacija, to je odnos, ki doda kakovost delu ter prispeva k večjemu zadovoljstvu in dobrim medosebnim odnosom med bolniki in zdravstvenimi delavci in tudi k boljši kakovosti življenja med nami.

**Ključne besede:** naravni proces umiranja, komunikacija, bolnikove potrebe, potrebe družine, celostna oskrba.

## UVOD

Ko so možnosti aktivnega zdravljenja bolezni pri bolniku zaključene in se predvideva slabšanje bolezni ter se v doglednem času predvideva smrt, se paliativna oskrba, ki mora biti celostna, nadaljuje. Imenujemo jo tudi spremljanje bolnika in družine, ki ga izvajamo v Slovenskem društvu hospic.

Cilji celostne paliativne oskrbe:

- življenja ne skrajševati in ne podaljševati za vsako ceno;
- lajšanje najbolj motečih simptomov, na prvem mestu bolečine;
- psihosocialna podpora bolniku v smislu zmanjševanja strahu pred smrtjo;
- upoštevanje želja in ohranjanje dostojanstva;

- obogatitev prostega časa za boljšo kakovost življenja v danih možnostih;
- zdravstvena vzgoja bolnika in svojcev v času umiranja;
- opora v oskrbi in občutek varnosti;
- koordinacija družinske dinamike ter
- priprava na slovo in žalovanje.

Potrebe bolnika in družine so nam vodilo, v kolikšni meri bomo sledili ciljem, ki jih omogoča doseči celostna paliativna oskrba. Spremljanje tako pomeni ugotavljanje bolnikovih potreb in skrb, da jih glede na dane možnosti razvoja bolezni prepoznavamo in rešujemo. Naše načelo je: vedno se nekaj da storiti.

Prizadevamo si za zadovoljitev spodaj naštetih bolnikovih potreb:

- *fizičnih potreb*: lajšanje bolečine, menjava položaja, osebna higiena, drobne pozornosti;
- *socialnih potreb*: prehrabne navade, glasba, socialno okolje, prijatelji, družina, urejenost, pomoč pri urejanju staleža, finančne zadeve itd.;
- *čustvenih potreb*: preprečevanje osamljenosti, izolacija, možnost pogovora o nerazrešenih vprašanjih, vzpodbujanje pri izražanju čustev, pogovor med svojci ipd.;
- *duhovnih potreb*: pogovor, kjer je bolnik slišan, ureditev duhovne pomoči itd.;
- *potreb družine*: pogovor o stiskah, spodbujanje komunikacije, nerazrešeni spori, fizična razbremenitev, priprava na umiranje in smrt, itd.

Medicinske sestre pri svojem delu z bolnikom prepoznavamo in ocenimo njegove potrebe, prepoznavamo simptome (bolečina, slabost, nemir, nespečnost itd.), ocenjujemo učinkovitost simptomatske terapije ter ugotovitve posredujemo članom tima, ki sodelujejo v oskrbi bolnika (patronažna medicinska sestra, osebni zdravnik, specialist, socialni delavec in svojci). Tim, v katerem delujemo, je individualen posameznemu bolniku in se ponovno oblikuje glede na potrebe pri delovanju na duhovnem področju. Upoštevam načelo *biti eno samo uho*.

Z dobrim poslušanjem vzpostavimo zaupnost, spoznavamo druge dimenzije bolečine ter si upamo spregovoriti o bolezni, umiranju in smrti, če si bolnik tega želi. Govorimo o resnici, ki naj bo v taki meri, kot jo bolnik želi in zmore. Tega se ravnamo tudi pri zaupnih pogovorih o zadnji želji in urejanju medosebnih družinskih odnosov. Vedno nas vodi bolnik.

Novo kakovost v skrbi za umirajoče bolnike prinašajo prostovoljci. Naloge prostovoljca so številne neprofesionalne dejavnosti: družabnost, prisotnost in pomoč bolniku pri pitju, gibanju, hranjenju in osebni higieni ter opora svojcem. Medicinska sestra koordinira in vodi prostovoljce pri njihovem delu v družini.

Namen prispevka je opozoriti zdravstvene delavce na prepoznavanje dogajanja ob celostni paliativni oskrbi bolnikov in na pomen komunikacije kot odnosa z vsemi udeleženci v tej oskrbi.

## KOMUNIKACIJA S HUDO BOLNIM IN UMIRAJOČIM BOLNIKOM

Kadar želimo razumeti bolnika, ki nam govori o svojih strahovih in konfliktnih ob soočanju s težko boleznijo ali z umiranjem, se moramo najprej soočiti z lastnimi strahovi. Biti moramo pripravljene razmišljati in spregovoriti o svojem odnosu do bolezni, umiranja in smrti.

Ko vstopamo v odnos z bolnim ali umirajočim človekom in njegovimi svojci, se moramo zavedati, da je njihovo doživljanje in funkcioniranje spremenjeno. Nastane lahko zaradi stresnega doživljanja ob soočanju s težko boleznijo in z umiranjem ali pa zaradi bolnikovega pešanja in odpovedi čutil. Soočamo se z različnim čustvenim doživljanjem bolnika in njegovih svojcev.

Prepoznavanje dogajanja pri bolniku in družini nam omogoča razumeti in sprejeti reakcije, vedenje in komunikacijo. Omogočimo jim, da jih lahko podoživijo, jih v sebi predelajo in zmorejo pot naprej.

## NAJPOGOSTEJŠA ČUSTVENA DOŽIVLJANJA LJUDI OB SOOČANJU Z BOLEZNIJO

Nekateri avtorji najpogostejša čustvena doživljanja ob soočanju z boleznijo opisujejo kot faze procesa. Te so:

- faza zanikanja;
- faza jeze;
- faza pogajanja;
- faza depresije;
- faza nevednosti, zanikanja in
- faza sprejetja.

Doživljanja oziroma faze si ne sledijo po zaporedju ali časovnem obdobju. So zelo individualna in odvisna od številnih dejavnikov. Komunikacija lahko deluje kot zdravilo, če jo uporabimo v enakopravnem odnosu in ko je ne uporabljamo za dokazovanje premoči nad drugim.

Vsak ima pravico do svojega lastnega stališča. Mi želimo imeti pravico, da mislimo tako, kot se nam zdi prav, to pravico dajemo tudi drugim. Na prvem mestu upoštevamo vse splošne pogoje, ki veljajo za dobro medosebno komunikacijo.

Pogoji za dobro komunikacijo:

- spoštovanje sočloveka;
- zaupanje;
- spoštovanje drugačnosti ljudi;
- pristnost v odnosu;
- strpnost v odnosu;
- vljudnost, prijaznost, izkazovanje pozornosti;
- humor, pohvala, dobra volja;
- pozitiven odnos do življenja, pozitivno mišljenje;

- optimizem in
- pozorno poslušanje.

Ovire za dobro komunikacijo:

- strah, jeza, nenadzorovana čustva;
- netolerantnost;
- nerazrešeni lastni konflikti, predsodki;
- vrednotenje;
- siljenje v določeno smer z dobrimi nasveti;
- moraliziranje;
- pesimizem;
- površno poslušanje, takojšnje iskanje rešitve za težave;
- pomanjkanje časa;
- prekinjanje sogovornika;
- zmanjševanje, razvrednotenje sogovornikovih stisk in težav;
- preusmeritev teme pogovora, ki je neprijetna, beg od težave.

Prisotnost ob bolniku in upoštevanje dobrih pogojev za komunikacijo nam omogočita spoznati sogovornikov notranji svet, gradita zaupanje in dajeta pogum, da vprašanje postavimo mi ali pa ga postavi sogovornik. Ne razlagajmo si po svoje in ne interpretirajmo. Preverimo, ali smo pravilno razumeli sporočila, ki so nam posredovana na nam nerazumljiv način ali s simbolično govorico.

Ob bolnikih si večkrat postavljamo vprašanje: »Ali bodo besede, ki jih bomo izmenjali z njimi, zares prave, da bodo pomagale?« Heinrich Pera v svoji knjigi Razumeti umirajoče pravi: »Pomembneje od samih besed, ko spremljamo bolnega ali umirajočega, je sprejeti in zaznati občutja, čustva.« Kadar smo v stiku s čustvi, najdemo tudi pravo besedo.

Kadar je besedno sporazumevanje oteženo, si pomagamo sporazumevati s pomočjo slik, glasov, gibov, prstov, rok, mežikanja, pisanja in pogledov. Bolniki se izražajo tudi s simbolično govorico in z njo izražajo želje, strahove in upanje (želijo toplo juho, morajo pospraviti pridelek, ponuditi hrano obiskovalcem, oditi na pot itd.). V površnih pogovorih ne vidimo povezave in smiselnosti, če pa dobro poznamo bolnika, nam pogovori lahko pomagajo k boljšemu prepoznavanju njegovih potreb in doživljanja. S pogovorom o sanjah lahko zaznamo neizrečene stiske (sanje so kraljevska pot do podzavesti).

## OBLIKE NEBESEDNE KOMUNIKACIJE

Vedno je mogoča komunikacija z dotikom. S tipom ugotavljamo nekatere telesne potrebe – suha, vlažna, topla ali mrzla koža. Dotik pomirja, pomaga pregnati strah, daje občutek, da nismo sami. Prav je, da se zavedamo možnosti, ki nam jih daje nebesedna komunikacija, in jih v običajnih medosebnih odnosih neprestano preizkušamo; ko na pri-

mer srečujemo ljudi, ki jim je dotik tuj ali se ga bojijo. Prav tako je prav, da preverimo odziv na dotik ter se ravnamo po bolnikovih merilih in ne po lastni presoji.

Dotik naj dopolnjuje naše medosebne odnose. Znati ga moramo dajati in sprejemati. Z vsakim bolnikom, ne glede na starost ali obliko bolezni, ravnamo kot z odraslim človekom. Ko pristopamo k bolniku, tudi če je v komi ali spremenjeni zavesti, izražamo spoštovanje z uradnimi izrazi (potrkaemo pred vstopom v sobo, podamo roko in ga pogledamo v obraz). Dobrodošlo je tudi vprašati za dovoljenje, ali smemo prisesti ali na primer jim pomagati odpreti njihovo omaro.

Hrana ima v naši kulturi poseben pomen. Je pomembno sredstvo komunikacije (v družini mati z dobrim kosilom pokaže ljubezen do otrok; svojci prinašajo hrano, ker bi radi pokazali svojo naklonjenost; če bomo jedli, bomo zdravi ...). Z boleznijo se odnos do hrane spremeni in potrebe bolnikov se zmanjšajo. Bolniki lahko siljenje s hrano doživljajo kot nasilje in nastanejo lahko številne napetosti v odnosih. Iščimo druge načine, s katerimi bolnik in svojci lahko nadomestijo pomen hrane.

Težko bolnikovo stanje še otežujejo nedokončani konflikti– dediščina, občutki krivde, zamera ali izražanje ljubezni. Vedno bodimo pozorni na to, da je sluh čutilo, ki se najdlje ohrani. Zato se v bolnikovi prisotnosti ne pogovarjamo o stvareh, za katere ne želimo, da jih bolnik sliši, in povejmo to, kar želimo, da sliši.

Pri oteženi komunikaciji je prav, da smo pozorni na bolnikovo odzivanje s stokom, z ječanjem, s kriki ali smehom, kar imenujemo tudi sporočanje v parajeziku, ki nam dopolni informacijo o bolnikovem počutju.

Zdravstveni delavci smo včasih presenečeni in razočarani, ker se naši varovanci glede na naše delo, dobronamerno ravnanje in ves trud za dobro komunikacijo odzivajo drugače, kot bi pričakovali. Nekateri ljudje nikoli ne zmorejo sprejeti spremembe ob preselitvi v dom ali bolnišnico. Svoj upor, jezo ali strah ob tem lahko izražajo samo z možnostmi, ki so jim na voljo, na primer da ne izpolnjujejo zdravnikovih nasvetov, ne ubogajo hišnega reda, nagajajo osebjem, ki skrbi zanje itd. Tistim, ki jih ni ob njih, ne morejo pokazati svojega upora. Prav je, da tega ne razumemo kot osebno užaljenost in svoj neuspeh, marveč kot simbolično govorico in možnosti, ki jih ima bolnik. Strokovno znanje, celostna obravnava potreb bolnika ter empatija nam bodo v pomoč pri prepoznavanju in razumevanju odzivov.

## KOMUNIKACIJA S SVOJCI

Zaradi naših predstav, kakšen naj bo odnos svojcev do bolnih ali umirajočih, se prav svojci večkrat srečujejo s podobnimi ali celo večjimi stiskami kot bolnik. Njihovo doživljanje prehaja v različna čustvena doživljanja, ki največkrat niso enaka kot bolnikova. Že samo spremljanje bolnika zahteva velike fizične in psihične napore. Vsi jih ne zmorejo. Svojci potrebujejo spremljevalce. Ti naj jih opogumljajo in jim ponudijo pomoč za spremljanje v takšni obliki, kot jo želijo.

Odnosi in komunikacija med ljudmi (zdravstvenimi delavci in varovanci) so različno intenzivni. Na intenzivnost vplivajo različni dejavniki; eden najpomembnejših je človekova osebnost. Nujno je, da se zavedamo svojih čustev in odnosov in da znamo vstopiti v odnos in izstopiti iz njega. Najprej smo odgovorni za lastno življenje. Osebnostno zadovoljstvo bo izboljšalo naše medsebojne odnose in komunikacijo.

## SKLEP

Strokovno znanje komunikacijskih veščin in poznavanje procesa, ki se odvija pri ljudeh, ko se soočajo s težko boleznijo, sta zelo pomembna dejavnika pri zdravstveni negi in oskrbi. Na prvem mestu pa bi zdravstveni delavci morali upoštevati in preveriti svoj osebni odnos do življenja, bolezni, umiranja in smrti. Ob izbiri poklica za delo z bolniki je to pomemben vidik za doseganje dobrih odnosov med vsemi udeleženci zdravstvenega tima, katerega del so bolnik in njegovi svojci.

## PRIPOROČENA LITERATURA

1. Klevišar M. *Spremljanje umirajočih*. Ljubljana: Družina; 1994.
2. Lunder U. *Odprto srce: izkušnje in spoznanja ob umiranju in smrti*. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2010.
3. Ostaseski F. *Prijateljstvo s smrtjo*. Ljubljana: Slovensko društvo hospic; 2004.
4. Pera H. *Razumeti umirajoče*. Ljubljana: Župnijski urad Ljubljana - Dravlje; 1998.

# MED RESNICO IN NEGOTOVOSTJO: ETIČNA RAZMIŠLJANJA OB SPOROČANJU SLABE NOVICE

viš. pred. mag. Darja Ovijač, viš. med. ses., univ. dipl. org.  
Zdravstvena fakulteta Ljubljana  
darja.ovijac@zf.uni-lj.si

## IZVLEČEK

Skladno z vedno večjim pomenom, ki ga zlasti v zahodni družbi pripisujemo avtonomiji pacientov, narašča tudi zavedanje pomena iskrenega medsebojnega odnosa med zdravstvenimi delavci, pacienti ter njihovimi svojci. Le pacient, ki pozna resnico, lahko relevantno odloča o svojem zdravljenju ter o svojem nadaljnjem življenju v najširšem smislu, hkrati pa ima pravico tudi ne vedeti, če se tako odloči. V prispevku so prikazana izhodišča sporočanja slabe novice. Sporočanje medicinskih diagnoz in prognoz pacientom je zdravnikova naloga, medicinska sestra pa lahko, skladno s svojo omejeno vlogo, pomembno doprinese k človeški obravnavi pacientov tudi na tem področju.

**Gljučne besede:** zdravstvena nega, upanje, smisel.

## UVOD

Še pred nekaj desetletji so pacienti o svoji bolezni večinoma vedeli mnogo manj kot danes. Njihova prvenstvena vloga je bila, da so zaupali zdravstvenemu osebju ter ubogali njihova navodila ter nasvete. Ni bilo zaželeno, da bi preveč spraševali, še sploh pa ne dvomili ali *pametovali*. Mnogi niso vedeli, zakaj se zdravijo, zlasti usodne diagnoze so se (dobronamerno) pacientom prikrivale. Nema lokrat so resnico izvedeli svojci, pacient pa ne. To splošno mišljenje še ne tako daljnega časa odseva kot primer stavek iz 12. člena Kodeksa etike zdravstvenih delavcev Jugoslavije, ki navaja (Dolenc, 1993): »Kadar gre za hudo ali neozdravljivo bolezen, zdravnik pove diagnozo s primerno obzirnostjo in preudarnostjo bolnikovi družini, bolniku pa le, če je to nujno potrebno.«

V zahodnem svetu se danes vse bolj izpostavlja avtonomija tako posameznika v družbi kot tudi pacienta. Tschudinova (2004) pravi, da sta za avtonomnost in avtonomno odločanje potrebni prava vrsta in prava količina informacij ob pravem času.

Zakon o pacientovih pravicah (2008) navaja: »Pacientu se sme *le izjemoma* zamolčati podatke o njegovem zdravstvenem stanju, če zdravnik glede na okoliščine oceni, da bi mu takšno obvestilo povzročilo resno zdravstveno škodo, razen kadar pacient, ki je sposoben odločanja v svojo najboljšo zdravstveno korist, izrecno zahteva, da je o svojem zdravstvenem stanju popolnoma obveščen. Razloge za zamolčanje podatkov se ločeno dokumentira v zdravstveni dokumentaciji.«

O'Sullivan (2009) piše o zamolčanju resnice pacientom ter zaključuje, da obstajajo razlogi za sporočanje in proti sporočanju resnice pacientom. Opozarja tudi, da je treba vsako situacijo presojati posebej in pacienta vedno obravnavati celostno ob upoštevanju elementov etike skrbi in pravičnosti.

Tudi pravico posameznika, ki *ne želi vedeti*, moramo obzirno spoštovati. Zakon o pacientovih pravicah (2008) narekuje: »Zdravnik mora spoštovati pacientovo zahtevo, da se mu podatki o njegovem zdravstvenem stanju ne sporočijo, razen če bi mu grozila resna zdravstvena škoda. Zahteva pacienta se ločeno dokumentira v zdravstveni dokumentaciji.«

Vprašanje povedati pacientu resnico o njegovem zdravstvenem stanju se vendarle vse bolj iz ALI spreminja v KAKO. V nadaljevanju bomo odprli vprašanja o tem, kako, komu ter kdaj sporočiti slabo novico, v tem kontekstu bomo izpostavili têrmine STRAH, UPANJE in SMISEL.

## SLABA NOVICA

Kaj je to *slaba novica*? Buckman in Kason (1992, cit. po Palmer in Thain, 2010) pravita, da je to vsaka novica, ki izrazito in negativno vpliva na pacientov pogled na njegovo prihodnost.

### Komu povedati?

Zgoraj omenjeni kodeks Zdravstvenih delavcev Jugoslavije je nastal leta 1963. Vsaj kar se svojcev tiče, so se stvari danes postavile na glavo. Zakon o pacientovih pravicah (2008) postavlja v ospredje pacienta in izrecno navaja: »Pacient ima pravico, da je zaradi uresničevanja pravice do samostojnega odločanja o zdravljenju in pravice do sodelovanja v procesu zdravljenja obveščen o:

- svojem zdravstvenem stanju in verjetnem razvoju ter posledicah bolezni ali poškodbe,
- cilju, vrsti, načinu izvedbe, verjetnosti uspeha ter pričakovanih koristih in izidu predlaganega posega oz. predlaganega zdravljenja,
- možnih tveganjih, stranskih učinkih, negativnih posledicah in drugih neprijetnostih predlaganega medicinskega posega oz. predlaganega zdravljenja, vključno s posledicami njegove opustitve.

Pacient ima pravico do sprotnega in podrobnega obveščanja o poteku zdravljenja ter ob koncu medicinskega posega oz. zdravljenja pravico do obveščeniosti o rezultatu zdravljenja oziroma morebitnih zapletih.«



### **Kdaj povedati?**

Pri pacientih z napredovalimi boleznimi srca in žilja je napovedovanje prognoze zelo težavno, kar MacDonald in sod. (2006, cit. po Bobnar, 2008) navajajo kot enega ključnih vzrokov za slabo vključevanje teh pacientov v paliativno oskrbo. Mnogi pacienti umrejo, ne da bi bili prepoznani kot umirajoči ali terminalno bolni (Shah in sod., 2006, cit. po Bobnar, 2008). Simoničeva (2008) opozarja, da njihove psihološke, socialne in duhovne potrebe niso vedno ustrezno naslovljene. Lahko da čutijo in slutijo, kaj se bo zgodilo, a jasne informacije ne dobijo.

Negotovost neizrečene diagnoze ter prognoze je lahko hujša od obzirno sporočene resnice o bolezni. V preteklosti so pacienti, ki jim je bila resnica prikrita, iz nebesedne komunikacije nemalokrat jasno razbrali, da je nekaj zelo narobe, v svojih mislih pa so si zaradi pomanjkanja informacij ustvarili vse mogoče scenarije ter razlage, ki so bile lahko še hujše od realnosti. Z nesporočanjem resnice so bili taki pacienti lahko pahnjeni v še večjo negotovost in tudi osamo.

Tudi Rakovec - Felserjeva (2009) opozarja: »Hudo bo posebno v primerih, če prizadeti sploh ne bo prejel pravih informacij o svojem bolezenskem stanju, če mu zdravnik ne bo pojasnil, kaj lahko pričakuje, na kaj se bo moral navaditi, čemu odreči, kaj lahko sam stori za svoje zdravje, kam in na koga naj se obrne v primeru poslabšanja in podobno.«

Za sporočanje medicinske diagnoze ter prognoze so pristojni zdravniki. Medicinske sestre kot tiste profesionalke, ki imajo veliko neposrednega stika s pacientom, morda lahko prepoznajo čas za poglobljen pogovor pacienta z zdravnikom in to pobudo prenesejo zdravniku ter poskrbijo, da bo do pogovora tudi prišlo. Pred tem pogovorom zdravnika seznanijo s širšimi okoliščinami pacientovega bivanja ter počutja, da bo zdravnik že vnaprej lažje predvidel *ton* pogovora.

### **Vloga medicinskih sester**

Očitno imajo torej tudi medicinske sestre svojo vlogo ob sporočanju slabe novice pacientu. Warnock in sod. (2010) trdijo, da je ta vloga pogosto spregledana, prispevek medicinskih sester na tem področju pa ni dovolj prepoznan in cenjen. Rakovec-Felserjeva (2009) vlogo medicinske sestre prepoznava ter priznava z naslednjimi besedami: »V klinični praksi se običajno težko najde osebo in čas za tovrstne pogovore s pacienti, a je tudi kot oblika dopolnitve primerno, da se pacient ali svojec razen z zdravnikom pogovori še s kom iz zdravstvene ekipe. Najbolj primerna je medicinska sestra, ki obvladuje spretnosti terapevtskega komuniciranja in ki lahko pacientu oz. svojcem posreduje še drugačne, praktične informacije in nasvete (npr. naslove, telefonske številke služb pomoči, itd.).«

### **Kako povedati?**

Pojasnila mora zdravnik, odgovoren za zdravljenje, pojasniti v neposrednem stiku, obzirno, na pacientu razumljiv način oziroma skladno z individualnimi zmožnostmi sprejemanja informacij, v celoti in pravočasno (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

Palmer in Thain (2010) navajata tri različne, a sorodne protokole sporočanja slabe novice pacientom. V nadaljevanju sta v grobem povzeta dva od njih.

## McMaster

*Priprava:* preverite pacientovo dokumentacijo, pogovorite se z zdravstvenim timom; preverite, kaj je treba povedati; rezervirajte si dovolj časa; zagotovite prostor ter zasebnost.

*Pogovor:*

- Preverite, kaj pacient o svojem stanju že ve: »Kako razumete svojo bolezen ter diagnostične teste, ki so bili do zdaj že opravljeni?«
- Pacientu dajte možnost odločanja: »Rezultati preiskav so že znani. Ali bi želeli o njih več informacij?«
- Posredujte pacientu *warning shot* (opozorilno sporočilo): »Zelo mi je žal, a situacija je bolj resna, kot smo upali.«
- Omogočite pacientu, da zavrne informacijo: »Verjetno je za vas to zelo težko sprejeti.«
- Če pacient želi, razložite izvide. To storite v pacientu razumljivem jeziku, počasi, s presledki.
- Poslušajte pacienta: »Kaj vas ob vsem tem najbolj skrbi?« Poslušajte.
- Omogočite izražanje čustev: »Kako ta novica vpliva na vas?«
- Povzemite in podajte načrt za naprej: »Kot razumem, vas trenutno najbolj skrbi ..., ali se želite pogovoriti o načrtovanem zdravljenju?« Ponudite tudi pisne informacije.
- Ponudite svojo podporo, možnost nadaljnjih informacij, pogovora, datume, telefonske številke.

*Po pogovoru:* pogovorite se z zdravstvenim timom. Zabeležite pogovor v dokumentacijo in pisno obvestite lečečega zdravnika (Palmer in Thain, 2010).

## Spikes

*Priprava:* zagotovite intimnost, povabite pomembne pacientove bližnje, sédite, vzpostavite očesni kontakt, če je primerno, se pacients dotaknite, zagotovite si dovolj časa, zagotovite, da ne bo motenj (telefon, trkanje na vrata).

*Zaznavanje:* »Kako razumete svojo bolezen?«

*Povabilo:* nikoli ne dajte nezahtevane informacije: »Ali bi se radi pogovorili o rezultatih preiskav?« Naj vas vodijo pacientsvi odzivi. Če se ne želi pogovoriti, ponudite pripravljenost, da se lahko srečate in pogovorite drugič. Govorite s pomembnimi svojci.

*Podajanje informacije:* informacijo podajajte korak za korakom. V izogib nesporazumom uporabljajte prave besede (na primer besedo rak), uporabite *warning shot* (opozorilno sporočilo): »Zelo mi je žal, a vzorci, ki smo jih analizirali, so zelo neobičajni (pavza), prisotne so rakave celice.« Dovolite prekinitve pogovora kadarkoli – opazujte nebesedno komunikacijo. Preverite razumevanje: »Ali želite, da vam razložim od začetka?« Izogibajte se nerealnemu optimizmu. Odzivajte se empatično: poslušajte, naslovite čustva: »Vidim, da vas je novica pretresla.« (Palmer in Thain, 2010).

## OB BOK SPOROČANJU SLABE NOVICE

### Strah – negotovost

Vse prevečkrat zdravstveni delavci lahko spregledajo resnične stiske, s katerimi se soočajo pacienti. Preprosta, sočutno izrečena vprašanja (odprta vprašanja): »Ali vas je strah? Česa vas je (najbolj) strah? Kaj vas muči?« lahko ob primernem trenutku izreče tudi medicinska sestra, seveda ob predpostavki, da to ni puhlica in bo ob pacientu tudi počakala, da bo, če bo želel, spregovoril o svojih bolj ali manj perečih strahovih. Simoničeva (2008) navaja, da pacienti o svojih čustvenih stiskah sami ne spregovorijo, če niso vprašani, kljub temu da se mnogi soočajo z depresijo, anksioznostjo ter s težavami v spolnosti.

Ko zdravstveni delavci trpečim ter umirajočim pacientom gledajo dobesečno v obraz, se neizogibno soočajo tudi z lastnimi strahovi in minljivostjo. Ob tem lahko spregledamo, da je biti ob ljudeh v teh trenutkih tudi svojevrstna čast in privilegij, saj so to trenutki, ko maske in ves balast odpadajo. Takrat lahko s pomočjo ljudi, ki se poslavljajo, spoznavamo prave vrednote ter smisel bivanja. Vsi zdravstveni delavci, ki delajo s tako ranljivimi ljudmi, morajo krepiti svojo rahločutnost, nežnost, občutljivost in empatičnost, da lahko ostanejo ob potrebnih; hkrati pa jim bo to omogočilo, da ne bodo le izgorevali, ampak se bodo tudi notranje bogatili. In ne pozabimo: iz območja strahu vodi upanje.

### Upanje

*Dum spiro spero. (Dokler diham – upam.)*

Trstenjak (1989) pravi, da nihanje med upom in obupom sodi med odločilne dejavnike vsega človekovega življenja in da ju moramo videti kot dve prvinski gibali človekovega življenja. Sruk (1999) izpostavlja, da pri upanju še zdaleč ne gre le za človeško čustvo oziroma samo za fenomen zavesti, temveč za ontološko kategorijo. Upanje presega tisto, kar je dano, s koraki v prihodnost – v nekaj še nenastalega.

»Tem jasneje človek upa, tem bolj je človek,« navaja Trstenjak (1989) Blocka, ki ga imenuje filozof upanja, ter izpeljuje: »Ne le: Cogito ergo sum (Misli, torej sem), ampak tudi Spero ergo sum (Upam, torej sem). *Brez upanja človek ni človek!*«

Nasprotni pol upanja je obup. »Kadar pacient ne pozna svojega zdravstvenega stanja in nima vpogleda v postopke zdravljenja, ko ne dobi ustreznih informacij ali bolezen stoji ali napreduje, koliko učinkovita so bila njegova dotedanja prizadevanja, postaja ne le negotov, pač pa se ga loteva obup.« (Rakovec - Felser, 2009).

»Obupati pomeni izgubiti smisel in z njim moč življenja. Obup vidi pred seboj vsa pota zaprta, življenje brezizhodno. Obup pomeni zožitev obzorja, v katerem ni možno videti več nobenih drugih možnosti kakor samo tisto, ki se je trenutno zaprla. Obup je ožina za zavesti, upanje je širina zavesti, prva zapira pot v življenje, druga jo odpira.« (Trstenjak, 1989).

Kje najti prostor za upanje v primeru neozdravljive bolezni, v primeru izginjajoče prihodnosti, ki izpuhneva, če vemo, da je osnovna značilnost upanja njegova usmerjenost v prihodnost?

»Sestre so prihajale, se zadržale, kolikor je bilo nujno potrebno, in znova odšle.« Sporočila, *da nekdo čuti z nami* in nam je *tudi v dejanjih pripravljen stati ob strani*, imajo spodbudni učinek. Preprečijo, da bi prizadetega povsem preplavili občutki nemoči in brezupa. Znova

obudijo občutke pripadnosti. Prizadeti dobi občutek, da ni sam. Počuti se spodbujenega in v njem se znova oglasita upanje ter zaupanje vase. Odprejo se mu novi pogledi na krizo. V njem se spet oglasi želja, da se ne prepusti malodušju (Rakovec - Felser, 2009).

Trstenjak (1989) pravi: »Upanje brez upa, ki pa gre prek lastnega groba, ima redno svojo spodbudo in moč v ideji, v svetovnem nazoru.« Upanje bomo torej našli v širšem pogledu na dogajanje ter tudi prek iskanja smisla.«

### Smisel

Smo v času, ko že zdravi ljudje, tudi mladi, pogosto težko najdejo smisel življenja. Vse jim je *brez veze*, tj. brez smisla. Horvat (2008) navaja, da bolni ljudje trpijo zaradi izgube smisla in nadzora nad svojim življenjem.

Zdravstveni delavci, ki delamo s pacienti, se moramo truditi prepoznati smisel bivanja tudi v njegovih najbolj skrajnih oblikah, kar je v današnjem, s produktivnostjo obremenjenem svetu morda še težje kot v preteklosti. Frankl (2005), eden vodilnih teoretikov smisla, je zapisal: »Koristnost za skupnost naj nikdar in nikoli ne bo edino merilo, po katerem presojamo človeško bitje. Kako neproduktivna je eksistenca kakšne uboge starke, ki napol hroma sedi doma v naslanjaču pri oknu in drema – pa vendar. Kako njeni otroci in vnuki skrbijo zanjo in jo zasipajo z ljubeznijo! Kajti v tej ljubezni je ona pač edina babica – nič več in nič manj; kot taka je v tej ljubezni nenadomestljiva – ravno tako nenadomestljiva kot je kateri drug, še poklicno dejaven človek nenadomestljiv v svoji vlogi v družbi.« K temu dodaja: »Ni je življenjske situacije, ki bi bila nesmiselna.« Svoje mnenje pojasnjuje z besedami: »Nazadnje pa se pokaže, da je tudi takrat, ko se soočamo z usodo, ki je preprosto ni mogoče spremeniti, na primer z neozdravljivo boleznijo, z rakom, ki ga ni mogoče operirati, da je torej tudi takrat, ko smo nemočne žrtve sredi brezupne situacije, tudi takrat, prav takrat, še vedno mogoče smiselno oblikovati življenje. Kajti takrat lahko uresničimo najbolj človeško plat človeka in to je njegova sposobnost, da lahko tudi tragedijo – na človeški ravni – pretvori v zmago. To je namreč skrivnost brezpogojne smiselnosti življenja: da je človek ravno v mejnih situacijah svojega obstoja poklican, da tako rekoč dokaže, česa je sposoben le on. Tako ima življenje smisel dobesedno do zadnjega trenutka, do našega zadnjega diha. ././ Prav takrat, ko neke situacije ne moremo spremeniti, prav takrat smo primorani, da se spremenimo, da dozorimo, da rastemo, da zrastemo prek samih sebe! In to je mogoče vse do smrti.«

Zgodi se, da zdravstveni delavci gledamo na terminalne bolnike, kot da ti le še čakajo na smrt. Monteverde (2009) prikazuje primer desetletnega dečka z levkemijo po neuspešni presaditvi krvotvornih matičnih celic. Pred njim je bilo le še dobrih deset dni življenja. Čas, ki ga zdravstveni delavci lahko vidijo le kot *čakanje na smrt*, je za bolnika lahko globoko in polno doživetje življenja. Pojem časa lahko dobi druge dimenzije. Po nasvetu prostovoljke, ki je dečka vsakodnevno obiskovala, je ta pričel pisati dnevnik. Dogovorila sta se, da bo zdaj zanj vsak dan življenja predstavljal deset let. Iz dnevnika je razvidno, kako je deček miselno bogato in polno preživel svoje zadnje dni. Zadnji zapis v njegovem dnevniku se glasi: »Dragi Bog, zdaj imam 110 let. To je visoka starost. Mislim, da bom zdaj kmalu umrl.«

Iz dnevnika je prav tako razvidno, kako zdravstveni delavci, ki so skrbeli za dečka, niso bili sposobni prepoznati bogastva ter smisla dni, ki jih je ta umirajoči deček preživiljal.

Smisla ni mogoče nikomur dati, lahko pa zdravstveni delavci rahločutno stojimo ob strani tistim, ki ga iščejo. Frank (1995, cit. po Lindahl, 2005) opominja »*Pripovedovanje doživetih izkušenj*« ponuja priložnost, da se osmisli doživljanje bolezni, da se ustvari nov kontekst in vključi bolezenski razdor v življenjske dogodke, ki ga obdajajo, s tem pa se ponovno vzpostavi medsebojna povezanost. In nenazadnje: Poslušanje teh glasov je moralno dejanje.«

Posamezniki, ki so uporabljali strategije spoprijemanja z boleznijo, kot so na primere vera, sprejemanje in razumevanje svoje bolezni v bolj pozitivni luči, so čez čas doživljali višje ravni občutka smisla v življenju. Povečan občutek smisla v življenju pri teh bolnikih lahko razumemo kot vidik tako imenovane posttravmatske rasti (Tedeschi in Calhoun, 1994, cit. po Simonič, 2008).

**Pacient, ki je pravzaprav človek;** to so premisleka vredne besede slovenske zdravnice Marte Jerman. Vsak človek je svet zase, je neponovljivo, enkratno človeško bitje. Zato pri sporočanju slabe novice nikoli ne smemo le slepo slediti protokolom sporočanja, ampak je treba začutiti človeka, ki mu novico sporočamo, in slediti njegovim čustvenim ter miselnim, besednim in nebesednim odzivom. Zato je tako zelo pomembno, da osebe, ki je neposredno ali posredno vpleteno v sporočanje slabe novice, ima ter razvija sposobnost empatije; da s tako ranljivimi pacienti delajo rahločutni ljudje, ki se upajo soočiti s situacijo in ki ne bodo prisotni le fizično, ampak bodo s trpečimi vzpostavili globok medčloveški odnos. Tako vstopamo v osrčje tako imenovane etike skrbi, za katero Tschudinova (2004) pravi, da temelji na odnosu in sposobnosti, da se odzovemo.

Saj ljubiti pomeni OSTATI Z! V zdravstvu to pomeni biti prisoten, tudi ko je zdravljenje izčrpano in tudi ko preidemo v območje onkraj besed ter nam ostane le še dotik – skrbna roka, ki ostaja, pogled v oči, ki sporoča, da nismo pobegnili, ampak smo tu, v pomoč, pripravljeni blažiti bolečine, strah ter osamljenost, ne glede na vse, karkoli se ima zgoditi.

## RAZPRAVA

V literaturi se o sporočanju slabe novice največ piše v povezavi z rakavimi obolenji. Na primer Spikes (Palmer in Thain, 2010; Kaplan, 2010) je protokol sporočanja slabe novice pacientom z rakom, zato se ne more nekritično v celoti prenesti in posplošiti tudi na vse druge paciente. Strokovnjaki s kardiološkega področja bodo morali skupaj s kliničnimi psihologi razviti specifična orodja tudi za lastno strokovno področje, obstoječi protokoli pa jim lahko služijo kot izhodišče, da jim ne bo treba povsem na novo orati ledine.

Pacienti ter svojci so ob sporočanju slabe novice soočeni z izjemno velikim stresom. V takih trenutkih se vsaka beseda in kretnja ter vse okoliščine pogosto neizbrisno zapišejo vanje. Pogovor bo minil, ljudje pa ne bodo pozabili, zlasti ne sočutja ali grobosti, hladu ali topline vpletenih zdravstvenih delavcev. Prav je, da se zdravstveni delavci tega zavedamo.

Ni odveč pripomniti, da je moder človek tisti, ki se zaveda svojih omejitev. Zato tudi ob sporočanju slabe novice sprejmemo v zdravstveni tim psihologe, dajmo jim svojo vlogo, ne le v neposrednih pogovorih z pacienti, ampak se od njih tudi sami učimo.

## NAMESTO ZAKLJUČKA: KOMU ZVONI?

Osnovno vprašanje etike je: Kaj je pravo ravnanje? Pričujoči sestavek je odprl nekatere dimenzije tega vprašanja ob sporočanju slabe novice v zdravstvu. Zdravstveni delavci z obzirnim ter s spoštljivim sporočanjem slabe novice pomagajo določenemu pacientu in njegovim bližnjim soočiti se z resnim zdravstvenim stanjem ter živeti dalje. Hkrati s svojo držo soustvarjajo ter dvigajo kulturo dela s trpečimi v zdravstvenih ustanovah. Kajti prav lahko se zgodi, da jo bodo kot pacienti ali kot svojci prav kmalu izkusili tudi sami.

## LITERATURA

1. Bobnar A. Vključevanje paliativne oskrbe pri bolnikih z boleznimi srca in ožilja. InV: Kvas A, Bobnar A (ur.). Zdravstvena oskrba srčno-žilnega bolnika z napredovalo boleznijo: zbornik predavanj, Radenci, 30. in 31. maj 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 2008: 13–20.
2. Dolenc A. Medicinska etika in deontologija: dokumenti s komentarjem. Ljubljana: Tangram; 1993: 451.
3. Frankl EV. Človek pred vprašanjem o smislu: izbor iz zbranega dela. Ljubljana: Pasadena; 2005: 32.
4. Horvat M. Zdravstvena nega srčno-žilnega bolnika z napredovalo boleznijo na domu. V: Kvas A, Bobnar A (ur.). Zdravstvena oskrba srčno-žilnega bolnika z napredovalo boleznijo: zbornik predavanj, Radenci, 30. in 31. maj 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 2008: 45–54.
5. Kaplan M. SPIKES: A framework for breaking bad news to patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 2010; 14 (4): 514–16.
6. Lindahl E. Raziskovanje v podporo skrbi za ljudi. V: Filej B, Kvas A, Kersnič P (ur.). Skrb za človeka: zbornik predavanj in posterjev 5. kongresa zdravstvene in babiške nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2005: 17–23.
7. Monteverde S. The importance of time in ethical decision making. *Nurs Ethics*. 2009; 16 (5): 613–24.
8. O'Sullivan E. Withholding truth from patients. *Nurs Stand*. 2009; 23 (48): 35–40.
9. Palmer C, Thain C. Strategies to ensure effective and empathetic delivery of bad news. *Cancer Nurs*. 2010; 9 (9): 24–7.
10. Rakovec - Felser Z. Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja: razumeti in biti razumljen. Maribor: Založba Pivec; 2009: 163, 376.
11. Simonič A. Psihološke značilnosti bolnikov z napredovalim srčnim popuščanjem. V: Kvas A, Bobnar A (ur.). Zdravstvena oskrba srčno-žilnega bolnika z napredovalo boleznijo: zbornik predavanj, Radenci, 30. in 31. maj 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 2008: 69–78.
12. Srak V. Leksikon morale in etike. Maribor: Ekonomsko poslovna fakulteta; 1999: 510.
13. Trstenjak A. Biti človek. Ljubljana: Cankarjeva založba; 1989: 214–28.
14. Tschudin V. Etika v zdravstveni negi; razmerja skrbi. Ljubljana: Educy, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2004: 77, 134.
15. Warnock C, Tod A, Foster J, Soreny C. Breaking bad news in patient clinical settings: role of nurse. *J Adv Nurs*. 2010; 66 (7): 1543–55.
16. Zakon o bolnikovih pravicah. Ur. l. RS, št. 15/2008: 1045–61.

# KAKOVOST ŽIVLJENJA PRI BOLNIKI S POPUŠČANJEM SRCA

Izr. prof. dr. Zdenka Zalokar Divjak, univ. dipl. psih., specialistka logoterapije

Gora s. p., založništvo in izobraževanje

Gora\_sp@siol.net

## IZVLEČEK

Mogoče zveni kot tautologija, ko rečemo, da nam bolezen da *priložnost za trpljenje*. Namen eksistencialne analize je med drugim človeka narediti sposobnega tudi za trpljenje, medtem ko ga psihoanaliza želi narediti sposobnega samo za užitek in individualna psihologija za uspeh. Obstajajo namreč situacije, v katerih se človek lahko izpolni le v pravem trpljenju in samo v njem. A *priložnost za nekaj*, ki pomeni življenje, je lahko izpuščena tudi v primeru priložnosti za pravo trpljenje, torej tudi v primeru možnosti za uresničevanje vrednot stališč. Zdaj lahko razumemo, zakaj je Dostojevski rekel, da se boji le nečesa: da ne bo dostojen svojega trpljenja. V današnjem času se tudi ne znamo soočiti s temi stanji, kadar nas prizadenejo. Gre za stanja bolezní, prizadetosti, umiranja in žalovanja, ki spadajo v krog tako imenovanih usodnih stanj; stanja so usodna v tem smislu, da se ne morejo povrniti v prvotno stanje. Z vidika logoterapije se na takšna stanja odzovemo na dva načina. Ker razpolagamo s svojo duhovno svobodo, to pomeni, da lahko tudi v takšnih usodnih stanjih zavzamemo (na primer do hude bolezní) pozitivno ali negativno stališče. Negativno stališče nas gotovo vodi v obup in/ali vdajo, ki v končni stopnji pomeni poslabšanje bolezní in njen konec. Pozitivno stališče pa pomeni, da smo se pripravljene z boleznijo boriti, zdržati vse njene preizkušnje in na ta način dati takšnemu stanju svoj smisel. Govorimo o smislu trpljenja, ki nas po človeški plati lahko dvigne na najvišjo raven človeškega dostojanstva.

**Ključne besede:** upanje, trpljenje, kljubovalna moč duha, bolečina

## UVOD

Prispevek se bo osredotočil na razmišljanje o življenju kot največji vrednoti, ki je dana vsakemu posamezniku. Kadar znamo življenje ceniti, se v svoji duhovni naravnosti lahko tudi odločamo, kako bomo odgovarjali na izzive življenja, še zlasti tiste, ki nas doletijo iznenada in s katerimi moramo potem živeti.

Zdaj pa si pogloblje poglejmo, kaj pomeni, da je življenje vrednota? Že sama beseda pove, da gre za vrednost. Vrednost imajo stvari, dogodki in ljudje, ki so za nas posebnega pomena, so nekaj dragocenega, nekaj, kar želimo postaviti nad druge, običajne stvari.

Pomeni tudi, da ta vrednost ni odvisna od našega dela, ker je nismo ustvarili sami, povezana pa je z našim odnosom do te vrednosti. Gre torej za to, koliko smo kot posamezniki sposobni spoznati, začitati, dojeti in uporabiti to vrednost v svojem vsakdanu, ali pa te vrednosti sploh ne opazimo, ker za nas in naše dožemanje sveta ne pomeni nekaj bistvenega ali pa je sploh ne želimo vključiti v naše razmišljanje in delovanje.

Življenje je gotovo velika danost in velika vrednota za vse tiste, ki ga tako sprejemajo. Ker je danost, tudi pomeni, da nam je vsem enako na razpolago. Od nas posameznikov je odvisno, ali imamo v to življenje kaj položiti, ga obdariti z našim prispevkom. Življenje je namreč samo toliko naše, kolikor ga lahko uresničujemo s svojimi odnosi, s svojim delom in s svojim prenašanjem vseh stisk, naporov in boleznih, ki nas doletijo.

Če življenje ne bi bilo danost in vrednost, potem bi si lahko vsak izbral *svoje življenje*. Izbral bi si seveda najboljše, in to ponavadi najboljše zase. Tako bi se dogajale zelo krivične izbire. Ker to ni mogoče, smo kot posamezniki odgovorni za sprejemanje nalog in izzivov, ki se nam kažejo v slehernem trenutku. To pomeni, da se moramo in se tudi lahko trudimo iskati najboljše možnosti in najboljše rešitve za težavo, ki se nam trenutno pokaže.

Namen prispevka je torej s pomočjo logoterapije (terapija, ki se ukvarja s smislom življenja za smislom življenja) pokazati možnosti za kakovostno življenje ljudi s popuščanjem srca navkljub bolezni in trpljenju.

## UPANJE

Življenje se včasih zelo poigra z usodami posameznikov. Ti se takrat najprej odzovejo z različnimi čustvi: z jezo, strahom, razočaranjem in obupom. To so običajne reakcije, ki jih lahko s svojo duhovno naravnostjo – usmerjenostjo v pozitivne rešitve – tudi rešimo.

Zelo pomembna je zavest (Zalokar Divjak, 2001), da se nam ne more zgoditi nič tako hudega, česar ne bi zmogli prenesti in najti rešitve. Ko se posameznik umiri, ko začne dojemati svoj položaj tudi z drugih zornih kotov, se mu začno avtomatično porajati nove ideje in nove rešitve.

Upanje je sploh posebna kategorija, ki zahteva, da se mu malo bolj posvetimo. Že v laičnem jeziku poznamo izreke, ki pravi »Upanje umre zadnje« ali »Upanje vedno obstaja« ali »Nikoli ne smeš izgubiti upanja«.

Iz teh izrekov lahko spoznamo naravo upanja, ki ga postavljamo nad vsa druga stanja – nad čustva in nad mišljenje. Velikokrat dajemo prevelik poudarek našim čustvom, ker si vse prevečkrat dovolimo, da ona usmerjajo in vodijo naša življenja.

Naš namen je bil pokazati, da razpolagamo z duhovno močjo, ki lahko nadzira, preseže in uravnava naša čustva. Drugače se obnašamo in rešujemo veliko življenjskih nalog na otroški namesto na odrasli ravni in slabo je tudi, če ostali, ki so z nami v določenem odnosu, zaradi tega trpijo.



Torej upanje ni povezano z našim telesnim niti duševnim delom naše notranjosti, ampak z duhovnim. Na duhovni ravni lahko samo verjamemo v upanje ali pa ne. Gre za brezpogojno vero v smisel upanja, ki ga ne more ničesar omajati. Vmesne poti ni. Zato tudi vzpodbujamo posameznike: »Upaj!«, ker je to pozitivno, daje boljši občutek in ker s tem pošiljamo v svet pozitivne možnosti.

Zanimiva so pričevanja ljudi, ki so se znašli v težkih usodnih stanjih in ki povedo, da so vedno imeli pred očmi pozitivne možnosti, čeprav jih realno sploh ni bilo.

Pozitivna naravnost na življenje je sestavni del upanja in pomeni najprej, da smo se pripravljene z življenjem spopasti. V sleherni situaciji imamo za njegovo rešitev na razpolago dve možnosti – vdajo ali spopad.

Kadar se odločimo za vdajo, ponavadi mislimo, da uravnavanje in izid nista v naši moči. Vdaja vedno vodi do obupa na psihični ravni in do poslabšanja bolezni na telesni ravni.

Kadar se odločimo za spopad, celotna osebnost deluje v smeri pomoči samemu sebi. To pomeni, da smo se sproti pripravljene soočiti s težavami in jih tudi premagovati. Vedeti moramo, da z našo odločitvijo za pozitivno naravnost povečujemo upanje, da se bo vse dobro izteklo, gotovo pa to še ni stoddostno zagotovilo, da bo vse resnično v redu. Brez pozitivne naravnosti smo samodejno na negativni strani, kjer ni več upanja.

Tudi vsa stanja na psihični ravni, ki jih ni malo in so zelo neugodna, saj izhajajo iz našega najobčutljivejšega čustvenega dela osebnosti, nas pri tem ne smejo ovirati.

Za dožemanje življenja je pomembno tudi spoznanje, da je življenje vedno takšno, kot je, in nič drugačno. Prej ko ga sprejmemo *takšnega, kot je*, prej se rešimo svojih negativnih občutkov in začnemo iskati nove poti.

Kadar svojo duhovno moč in energijo porablamo za lastno pomilovanje, ju moramo obvezno preusmeriti k drugačnemu videnju življenja. Življenje ni še nikomur nič dalo niti nas ne more razočarati, ker smo mi tisti, ki ga oblikujemo, in zato tudi dobivamo njegove sadove v različnih oblikah.

Ko dojamemo, da je življenje velika vrednota in za vse nas enaka danost, nas to tudi obvezuje, da se do njega obnašamo odgovorno. Karkoli se nam zgodi na tej poti odkrivanja skrivnosti, vedno je treba iskati pozitivne možnosti in rešitve ter se doživljati kot svobodno in ustvarjalno bitje.

## KAKO KAKOVOSTNO ŽIVETI IN PREŽIVETI S TRPLJENJEM IN BOLEČINO

Prvi psihiatrični kredo v logoterapiji (Frankl, 2006) govori o smiselnosti življenja v vsakršnih pogojih. Ker je človek svobodno bitje, lahko s svojo svobodno voljo tudi zavzame stališče do svoje usode.

Vrednote stališč se nanašajo na srečanje z **nespremenjeno usodo in na človekovo stališče do nje**. Gre za vprašanje, **kako** kdo sprejme svojo usodo – besno ali zbrano, velikodušno ali pikolovsko, junaško ali strahopetno, primerno za druge ali tako, da vliva strah okolici?

Z načinom, kako posameznik prenaša trpljenje, določa vrednost svojega trpljenja in tudi svojo človeško vrednost. Trpljenje je vrednota zase, skrita v globinah človekove narave,

njene rasti in razvoja. Veliko je odvisno od tega, s kakšnim notranjim ustrojem sprejemamo vase zunanji svet in vse, kar nas doleti. Posamezniki, ki imajo svojo usodo za zapečateni, je ne morejo premagati.

Strokovni delavci morajo spoznati bolnikovo duševno in telesno bolečino, ker to doprine k bolnikovemu kvalitetnejšemu življenju. Seveda pa po drugi strani zahteva veliko sposobnost vživljanja in poguma za pogovor z bolnikom. Boriti se za kvaliteto življenja pomeni boriti se z vsemi razpoložljivimi sredstvi proti bolečini. Umetnost je verjetno ne samo narediti, kar je prav, ampak tudi opustiti, kar ni potrebno.

Vsako človeško življenje je lahko v znamenju kljubovanja kakšni usodi, kar pomeni, da spremeni svojo usodno stanje v pravi dosežek.

Logoterapija (Lukas, 2007) teži k temu, da **trpljenje spreobrne v dosežek** s pozitivnim stališčem. To daje prizadetemu ne samo moč in spodbudo, ampak tudi občudovanje okolice. Zato poskuša terapevt najbolj nesrečno situacijo, ki se ne da spremeniti, prevesti v smiselno zvezo, ki jo bolnik lahko sprejme, kar pa ni lahko.

Najboljše obnašanje proti neizbežnemu trpljenju se kaže v *heroizmu*, najboljše obnašanje proti sreči in uspehu pa v *humanizmu*. Tisti, ki se sam znajde v stiski, se mora soočiti s svojo usodo, ki lahko postane drugačna in boljša. Tisti, ki se znajde v sreči, pa bi moral opazovati tujo, žalostno usodo, ki bi lahko bila tudi njegova lastna.

Logoterapija Fizzoti (2002) ob tem opozarja na nevarnost pojava **pretirane pozornosti**, ki nastane, ko se kdo s težavo, ki jo ima, močno poistoveti ter vse svoje misli in prizadevanja osredotoča na to težavo. Takšna situacija ni življenjsko normalna, zato so tudi posledice hude. Gre namreč za to, da vse drugo, kar z obravnavano temo ni povezano, izgublja pomembnost, medtem ko težava, na katero je oseba pretirano pozorna, gigantsko narašča in si kmalu prilasti celotno življenjsko perspektivo prizadete družine.

Začne se oblikovati začaran krog, ko takšne psihične obremenitve začnejo napadati telesno odpornost posameznikov in prej zdravi člani družine obolijo.

Ameriška raziskava, ki je trajala več kot 14 let, je pokazala, da se v prvem letu po izgubi partnerja zaradi smrti ali ločitve za pet- do desetkrat poveča tveganje za rakasto obolenje. Gre torej za primere, kjer se izgubi posveča pretirana pozornost, če se tisti, ki je ostal sam, ne more sprijazniti z izgubo ali še kar naprej razglablja o njenih vzrokih.

Najpomembnejše je torej **zbrati moči in usmeriti misli** na tisto, kar je **pozitivno**, da bi iz danih okoliščin napravili najboljše. To pa je prava umetnost in spoštovanja vredno človeško ravnanje. **Najboljše lahko uresničimo samo z izborom med dobrimi stvarmi**. Najprej moramo torej spoznati dobro, kar je možno le s sprejetjem tistega, kar že imamo na razpolago, in nato dojeti celo vrsto smiselnih možnosti, ki se v tem, kar imamo, nahajajo.

S tem se smislu trpljenja doda še smisel pomoči. Vsaka stiska in trpljenje se ne moreta terapevtsko popraviti, temveč se mora trpljenje enostavno prenesti. Čim hitreje posameznik spozna, čemu trpeti, tem lažje bo trpljenje prenesel. Zato mora obstajati ljubljeni oseba, določena dolžnost ali naloga, za katero je posameznik potreben in zaradi katere lahko sprejme celo težko trpljenje.

Nobeno trpljenje ne more položiti človeka, ki je pripravljen iskati smisel tega trpljenja, in ni si mogoče zamisliti nobene izgube, kjer ne bi bilo mogoče najti vsaj najmanjše možnost smisla. Logoterapija nas uči *kljub vsemu reči življenju »da«*.

## SKLEP

Na biološkem polju je bolečina tista, ki čuva naš organizem, na duševno-duhovnem področju pa ima analogno funkcijo. **Trpljenje** mora človeka **zaščititi** pred **apatijo**. Dokler trpimo, smo psihično živi. Še več, v trpljenju rastemo, dozorevamo in postanemo bogatejši in močnejši.

Smisel in moč žalosti je narediti, da minulo še vedno obstaja. Oboje torej nekako popravlja preteklost.

Na ta način se torej rešuje težava – v nasprotju z odvrčanjem in omamljanjem. Človek, ki se poskuša odvrniti od neke nesreče ali se omamiti, težave ne rešuje in ne zbriše nesreče. Na ta način odvrča samo posledico nesreče – občuteno stanje neugodja.

Iz čustvene *logike srca* človek v stvarnosti, tj. v radostnem ali v žalostnem razpoloženju, vedno teži k temu, da bi bil in ostal v vsakem primeru duševno živ, zato da ne zapade v apatijo. Trpljenje in stiska spadata k življenju kot usoda in smrt. Nobena od njiju se ne more ločiti od življenja in pri tem se njun smisel prav nič ne razruši. **Stisko** in **smrt** ter **usodo** in **trpljenje** oddvojiti od življenja bi pomenilo **odzeti življenju obliko**.

## LITERATURA

1. Fizzoti E. *Logoterapia per tutti*. Catanzaro: Rubbettino; 2002.
2. Frankl EV. *Človek pred vprašanjem o smislu*: Pasadena; 2006.
3. Lukas E. *Heute is der erste Tag vom Rest deines Lebens. Schritte zu einer erfüllten Existenz*. Gütersloher Verlagsbau: Gütersloh; 2007.
4. Zalokar Divjak Z. *Jaz in ti – medosebni odnosi v sodobnem času*. Gora: Krško; 2001.

# PALIATIVNA OSKRBA SRČNO-ŽILNEGA BOLNIKA: DUHOVNO SPREMLJANJE BOLNIKA

Miro Šlibardipl. teolog, bolnišnični duhovnik  
Bolniška župnija Ljubljana

*“Iskalec sem poti.*

*Iskalec poti za več, kot sem jaz.”*

*(Günter Kunert)*

## IZVLEČEK

Ob verski in duhovni oskrbi bolnikov v bolnišnicah in drugod je treba poudariti, da ta dejavnost v prvi vrsti zadeva bolnike same, v širšem smislu pa tudi njihove domače, svojce in prijatelje, kolikor je to mogoče, in seveda zdravstveno osebje, ki je v neposrednem stiku z bolnikom. Sodelovanje z domačimi, zdravstvenim osebjem in duhovnikom je nujno potrebno v primerih hude in neozdravljive bolezni, ko so domači zaradi bolezni svojca neposredno prizadeti in ne vedo, kako naj se vedejo do bolnika. Za kristjana je vsebina verske oskrbe vprašanje vere, ki je razodeta v Svetem pismu in učenju Cerkve. Uresničuje se v dejavnem življenju kristjana. Duhovna oskrba je usmerjena na posameznika in se udejanja v duhovnem uravnovešenju človekovega stanja. V Sloveniji ima vsak bolnik, ne glede na to, kateri veroizpovedi pripada, pravico, da ga v bolnišnici ali podobnem zdravstvenem zavodu obišče duhovnik.

**Ključne besede:** duhovna oskrba, biti blizu bolniku, bolnišnični duhovnik

## UVOD

\* Izjava zdravnika z Onkološkega inštituta Ljubljana: »Bogatejši odhajam po srečanju z duhovnikom.«

»Gospod pa je spet, tretjič, poklical Samuela. Vstal je, šel k Eliju in rekel: „Tukaj sem, kajti klical si me.“ Tedaj je Eli spoznal, da Gospod kliče dečka. In Eli je rekel Samuelemu: „Pojdi, spi! In če te bo poklical, reci: ‘Govori, Gospod, kajti tvoj hlapec posluša.’“ In Samuel je šel ter zaspal na svojem prostoru (1 Sam 8–9).«

## 1. KDO SEM? ZAKAJ DELAM, KAR DELAM?

Preden spregovorim o svojem spremljanju bolnikov, umirajočih, njihovih svojcev, tudi otrok in njihovih družin, bi se rad zahvalil vsem, ki so mi dovolili srečanja in spremljanje (zakramente prejme približno 800 bolnikov na leto). V Bolniški župniji sem 27. leto.

Ko govorimo o verski in duhovni oskrbi bolnikov v bolnišnicah in drugod, je treba poudariti, da ta dejavnost zadeva v prvi vrsti bolnike same, v širšem smislu pa tudi njihove domače, svojce in prijatelje, kolikor je to mogoče, ter seveda zdravstveno osebje, ki je v neposrednem stiku z bolnikom.

Sodelovanje z domačimi, zdravstvenim osebjem in duhovnikom pa je nujno potrebno v primerih hude in neozdravljive bolezni, ko so domači zaradi bolezni svojca neposredno prizadeti in ne vedo, kako naj se vedejo do bolnika (Navodila slovenskih škofov za obhajanje zakramentov v bolnišnicah in drugih podobnih zavodih, 1998).

## 2. SKRB CERKVE ZA PALIATIVNE BOLNIKE

Pred štirimi leti, leta 2007, je Cerkev s papežem Benediktom XVI. ob svetovnem dnevu bolnikov namenila posebno pozornost neozdravljivo bolnim in umirajočim. Navajam nekaj poudarkov iz papeževe poslanice (Poslanica za XV. svetovni dan bolnikov, 2007):

- Naše življenje je omejeno in se prej ali slej konča s smrtjo ...
- Te bolnike želi Cerkev podpreti tako, da se zavzema za pravično socialno politiko, ki ljudem z neozdravljivimi boleznimi zagotavlja pogoje za prenašanje trpljenja in dostojanstvenega umiranja ...
- Neozdravljivo bolni naj bodo skupaj s svojimi družinami deležni ustrezne in ljubeče nege ...
- Prek posameznikov kakor tudi prek raznih svojih ustanov stoji Cerkev ob strani trpečim in jih spremlja v procesu njihovega umiranja, tako da tudi v trenutkih iztekanja človeškega življenja varuje njihovo dostojanstvo ...
- Bolniki z neozdravljivo boleznijo naj zrejo na trpljenje križanega Kristusa in se, povezani z Njim, v popolnem zaupanju obračajo na nebeškega Očeta, ki ima vsako življenje, še posebej pa njihovo, v svojih rokah ...

## 3. DUHOVNIKOVO SPREMLJANJE BOLNIKA

Spominjam se številnih bolnikov in njihovih družin. Spremljal sem sedemletno Nino, ki je bila v bolnišnici več kot pet let, in njeno družino. Štirinajstletni Uroš z nepojasnjeno diagnozo je bil moj sosed na Pediatrični kliniki več kot leto dni. Med bolniki so bili možje in žene srednjih let in tudi starejši. Pa mnogi duhovniki in škofje. Srečeval sem tudi bolnike različnih ver in neverujoče.

Veliko sem se pogovarjal z ženama, ki sta imeli skoraj dve leti svoja moža na zdravljenju v Univerzitetnem kliničnem centru (UKC) Ljubljana. Popolnoma nič se nista zavedala. Na

vprašanje, kako ob službi zmoreta biti blizu bolnikoma, sta poudarili: »Pri poroki sva obljubili zvestobo v dobrem in slabem, v bolezni in zdravju ... tu ni nobene filozofije ... ne razmišljava, kakšen je smisel tega spremljanja, niti do kdaj bo to trajalo. Bolnik potrebuje bližino, to je vse, kar mu moreva dati ...« Ob večkratnem pogovoru sem opazil, da sta bili vedno optimistični. Ena od njiju ni bila kristjanka.

V nadaljevanju se bom omejil še na konkreten primer bolnika mojih let. Poznal sem ga že vrsto let, še preden je zbolel. Občasno je bil sodelavec v Bolniški župniji. Ko je prihajal na preglede in nekajdnevno terapijo v bolnišnico, sem ga obiskoval še na domu. Odkrito smo se pogovarjali o bolezni, zdravljenju, prihodnosti ... Ob poslabšanju sem ga za kratek čas obiskoval v bolniški sobi – kar tako, kot prijatelja. Brez zakramentov. Ob srečanjih je začutil, da sem mu poleg domačih tudi kot duhovnik bližnji. Kot bolniški duhovnik sem imel možnost obiska tudi ob dolgih večerih, ko ni mogel spati. Pogovarjala sva se o stvareh, dogodkih, ljudeh, preteklosti ..., skratka o vsem, kar je imel rad. To je bila posebna *življenjska inventura*. Ob določenem času je želel prejeti zakramente, ne da bi ga jaz k temu silil. Vesel je bil, da sem bil pri njem tudi v času obiskov domačih. Ko se je ob koncih tedna vračal domov, sem ga obiskal na domu; tudi potem, ko so v bolnišnici končali zdravljenje. Vedno smo skupaj z domačimi kratko pomolili. Na večer, par ur pred smrtjo, sem se še dlje zadržal pri njem. Po smrti sem ga šel pokropit, se ustavil pri domačih in se udeležil pogreba, na katerem sem odkrito spregovoril o prijateljevanju v hudi bolezni. Z njegovimi domačimi sem ohranil stik še po smrti.

#### *Kaj je najtežje, ko stopam pred težke bolnike?*

Po telefonu me je poklicala žena in povedala, da ima moža v bolnišnici. Prosila me je, da bi šel na obisk ter mu podelil zakramente. Dodala je še, naj ne spozna, da sem duhovnik. Začuden sem jo vprašal, če naj torej pristopim k njenemu možu kot angel. Njen odgovor je bil pritrdilen. Kar čudno se ji je zdelo, ko sem ji odgovoril, da sem samo človek, duhovnik. Primer ni osamljen.

Spominjam se duhovnika, ki me je v šali predstavil drugemu takole: »To je pa tisti, ki prodaja vstopnice za večnost.« Stopil sem v dvigalo. V njem je bil tudi mlajši fant. Prepoznal me je po obleki. S strahom me je vprašal: »Ali je kdo umrl?« Odgovoril sem mu: »Kako to misliš?« On: »Saj ste duhovnik. Najbrž so vas poklicali k bolniku, ki je umrl.« Nisem mogel drugače, kot da sem ga posvaril, naj se brž umakne, da ne bo še sam umrl, ker je v bolnišnici srečal duhovnika.

Omenjeni primeri govorijo, kako napačno je gledanje bolnikov in tudi svojcev na obisk duhovnika. V tak *ogenj* ni lahko vstopiti. Težko je stopiti pred bolne otroke in mlade ljudi pa tudi bolnike z rakom. V srečevanju s takimi bolniki in njihovimi svojci največkrat ostajam brez besed.

#### 4. DUHOVNA IN VERSKA OSKRBA V BOLNIŠNICI

Glede na versko usmerjenost človeka je duhovna oskrba zelo širok pojem, obenem pa je osebna stvar vsakega človeka, seveda tudi bolnika. Bolniku se postavlja vprašanje o smislu takega življenja, bivanja, zdravljenja ...

Kdo daje duhovno oskrbo? Vsak: vratar, strežnica, družina, prijatelji, bolniki, zdravnik, duhovnik ... Spodaj je naveden primer, kako lahko zdravnik ponudi duhovno pomoč bolniku – zdravniku (Beseda – bolnikom in prijateljem, 2010):

*K zdravniku pride kolega, zdravnik, zaradi zdravstvenih težav. Izvidi pokažejo hudo bolezen. »Koliko življenja imam še pred seboj? Leto, dve?«*

*»Upam, da dve, mogoče še kakšno več ...« Zgrožen sem pomislil na mlado ženo, na majhne otroke.*

*In potem se je zgodilo nekaj neverjetnega, kar mi bo ostalo v spominu do konca mojih dni. Bolnik – zdravnik me je začel tolažiti. Rekel mi je: »Nikar! Ni se ti treba žalostiti. Bog tako hoče. Ogromno dobrega mi je že dal, nimam pravice, da bi zahteval še kaj več. On bo poskrbel tudi za mojo družino!«*

*»Duhovni element v človeški naravi moramo prepoznati in ga negovati, če hočemo, da vse sposobnosti človeške duše delujejo skupaj v prepornem ravnovesju in harmoniji.« (Zorec, 2006; Planck, 1932).*

Za kristjana je vsebina verske oskrbe vprašanje vere, ki je razodeta v Svetem pismu in učenju Cerkve. Verska oskrba se uresničuje v dejavnem življenju kristjana. Kaže se v duhovno-molitvenem poglobljanju in zakramentalnem življenju iz vere. Verska oskrba je ožji pojem kakor duhovna oskrba. Pri prvi gre za dejavnost znotraj Cerkve, duhovna oskrba pa je prilagojena na posameznika in se udejanja v duhovnem uravnovešenju človekovega stanja. Duhovna in verska oskrba se zelo prepletata.

#### 5. PASTORALA KOT SPREMLJANJE

*“Oznanil ti je, o, človek, kaj je dobro,  
kaj Gospod boče od tebe:  
nič drugega, kakor da ravnáš pravično,  
da ljubiš dobrohotnost  
in ponižno bodiš s svojim Bogom.” (Mib 6, 8)*

*»V državi Sloveniji ima vsak bolnik, ne glede na to, kateri veroizpovedi pripada, pravico, da ga v bolnišnici ali podobnem zdravstvenem zavodu obišče duhovnik. Temeljno delo bolnišničnih duhovnikov so duhovni pogovori z bolniki, ki to želijo. Izjemnega pomena pa je tudi podeljevanje zakramentov, ki jih Cerkev deli bolnikom in z njimi posreduje nadnaravni zaklad*

*Božje milosti. Tudi do zakramentov ima bolnik neodtujljivo pravico.*« (Navodila slovenskih škofov za obhajanje zakramentov v bolnišnicah in drugih podobnih zavodih, 1998, 1999).

Sedemindvajseto leto vstopam v življenje preizkušenih z boleznijo. Moj urnik zapolnjuje želje svojcev bolnikov po telefonu pa tudi klici zdravstvenih delavcev in bolnikov. Kot duhovnika me želijo ljudje z različnimi boleznimi, da bi telesnemu zdravljenju pristavil še duhovno razsežnost. K tistim, ki to želijo, prihajam brez velikih besed, se z njimi pogovarjam, največkrat poslušam, z njimi molim in obhajam zakramente. Bolnik postane miren, vdan v Božjo voljo čaka na zadnje srečanje s Stvarnikom. Veliko jih tudi ozdravi.

Delam to, kar dela Cerkev. To pa ne dopušča, grdo rečeno, *osebne obrti*. Vse, kar delam, delam kot duhovnik katoliške Cerkve. Skrb Cerkve je utemeljena v Jezusovem odnosu do bolnikov, za katere je imel čuteče srce. Veliko jih je ozdravil, jim vlil upanja in jih potolažil. Pred bolečino je znal umolkniti. Ni ozdravil vseh, ker to ni bil cilj njegovega učlovečenja; ozdravljenja in osvobojenja so bila znamenja, ki so potrjevala njegovo oznanjevanje blagovesti in so napovedovala prihod Božjega kraljestva.

Pri svojem delu sem pozoren na bolnika, ki se mu zdi, da je zaradi bolezni izločen iz življenja. Čuti, kot da mu vse uhaja iz rok: stik z ljudmi in stvarmi, včasih celo stik z Bogom. Bolnik je osamljen, več razmišlja in drugače ceni vrednote.

Duhovnik želi bolniku prisluhniti in se z njim pogovoriti. Pomaga mu odkrivati smisel življenja tudi v bolezni. Spodbuja ga k upanju, to je k zavesti, da je življenje neprecenljiva dobrina in da ga je zato treba ohranjati. Istočasno vabi bolnika k sodelovanju z zdravstvenim osebjem.

Duhovnik pomaga tudi pri odločitvah v kritičnih trenutkih. Vprašanja o prenehanju zdravljenja ali darovanju organov postavljajo bolnikove najbližje pred težke odločitve. Tudi v tem duhovnik deluje kot pomočnik in posrednik.

Bolniku skušam *dopovedati*, da bolezni ne sme jemati kot kazen, ki bi nam bila naložena za osebne grehe. Jezus, ki je bil brez greha, je bil (in je) deležen bolečin vseh ljudi. »Kaj sem tako hudega storil, da me je Bog tako kaznoval?« pogosto slišim ob obisku pri bolnikih. To se sprašujejo bolniki in tudi sorodniki. Večno vprašanje, na katerega nimam odgovora. V smislu besed iz knjige Heinricha Pera preprosto prisluhnem bolniku, ki prihaja s temi vprašanji. Postopoma, korak z korakom odkrivava, da je bolezen čas, ko se lahko ustavim. Naredim svojo življenjsko bilanco. Svoje bližnje *navovorim* s trpljenjem, da drugače ovrednotijo življenje (Pera, 1998).

Doživljam sprejemanje in zavračanje bolnikov. Ob spremljanju bolnikov doživljam čudovite stvari. Če znam le prisluhniti in videti, odkrivam, kako Bog je, posebej tam, kjer je stiska, in vsakemu govori na svoj način. To je hkrati odgovor tudi tistim, ki me sprašujejo, kako zmorem to delo in videti *na kupu* toliko gorja: bolnikom ne le dajem, ampak od njih še več prejemanj. To lažje storim tudi zato, ker sem sam šel skozi lastno bolezen. Že kot bogoslovec sem se zdravil v bolnišnici, prav tako še kot kaplan. Ob tem sem videl bolnišnico od znotraj, predvsem pa bolnike. Tem sem na župniji posvečal več pozornosti. Zato sem po desetih letih kaplanovanja rad sprejel službo bolniškega župnika.



## 6. NAJPOGOSTEJŠA VPRAŠANJA

### *Zakaj sem zbolel?*

Bolniki ne govorijo veliko, odvisno od počutja in stanja bolezn. V pogovor rad vpletem aktualne dogodke. Ob srečanju je primerna tudi beseda o vremenu, ki se stopnjuje v pogovor o delu, ki ga je bolnik opravljal, in o njegovi družini. Bolniku zelo dobro dene, če lahko pove, kaj ga je v življenju zelo razveseljevalo, bodisi ljudje, delo ali zaposlitev v prostem času.

Tak pogovor kar zmanjša število vprašanj. Najbolj pogosti so *večni* zakaji: Zakaj je to doletelo prav mene? Kaj sem v življenju takega storil, da me je Bog tako kaznoval? Zakaj gre drugim tako dobro, tudi tistim, ki so v življenju *slabši* od mene? Se bom še kdaj pozdravil? Kako to, da moji najbližji tako malo pridejo? Kje so tisti, s katerimi sem skupaj delal? Sem že tako slab, da moram prejeti zakramente, še zlasti ko gre za zakrament bolniškega maziljenja? Le kako bo potem, ko se bo končalo to življenje? – Vprašanj ni konec. Vprašanje se postavlja tudi meni – ali sem pripravljen poslušati? Kaj pa odgovoriti na zastavljena vprašanja? V večini primerov je dovolj, da vprašanjem le prisluhnemo. Bolnik sam ve, da odgovora ni. Potolažen pa bo, če začuti, da čutimo z njim, tudi glede negotovega poteka zdravljenja in bolnikove prihodnosti.

### *Kako pomirim strah pred smrtjo?*

Ne smemo pozabiti, da je vsak zase povsem svoja osebnost, zato odgovor ni lahek. Najprej je treba bolniku prisluhniti. Še prej moramo moliti za pravo razsvetljenje in potem kaj reči, kaj natančno, je odvisno od številnih zunanjih in notranjih bolnikovih razpoloženj in sposobnosti, pa tudi »*naravnosti*« na Boga oziroma prakticiranje vere.

Če se le da, se z bolnikom pogovorimo o tem, da ne sme misliti, da nam je dan en sam *scenarij*, kakor pravi dr. Metka Klevišar. Kaj hočem reči? Z bolnikom se pogovarjava, da nihče ne more predvideti, kako se bo bolezen končala, in da bo za bolnika v vsakem primeru dobro, da se bo vse dobro končalo ter da lahko računa na izboljšanje ... Le zakaj ne bi, če je bolnik veren, zasidran v Bogu, rekel, da bo na koncu najboljše, da bodo izpolnjena vsa naša hrepenjenja in pričakovanja? Pa bolečin ne bo več. Pa srečali se bomo s starši, otroki in znanci, ki so že odšli.

Zanimiva izkušnja: ženo srednjih let z rakom sem prosil, naj v večnosti pozdravi moje starše. Odgovorila mi je: »Tako dolgo bom iskala mamo, da jo najdem, potem pa jo bom poljubila ...« Prosila me je tudi, naj njenim trem otrokom posredujem njeno sporočilo, ker jih gotovo ne bo več videla. Zapisal sem si ga. Naslednji dan smo se znašli vsi, tudi otroci, pri njej. Ker je lahko še sama povedala, kar ji je ležalo na srcu, sem ji pustil do besede. Naslednji dan je umrla. Strah pred smrtjo je bil premagan v tako veliki meri, da je lahko svojim najbližjim povedala zadnjo željo.

### *Kaj umirajoče najbolj skrbi?*

Res je, da so umirajoči zaskrbljeni za svojce, ki jih zapuščajo, še zlasti če se poslavlja mlad človek. Skrbi jih tudi dediščina, kar bi morali urediti prej, da bi bil bolnik te skrbi rešen in bi se lažje *zaposlil* s seboj, z zdravljenjem in s sprejemanjem tudi težkih položajev.

Pogosto se bojijo tudi tega, da jih bodo svojci upepelili, predvsem če se prej premalo seznanijo s tem ali če menijo, da to ni primerno za verne ljudi. Česa vsega se umirajoči boji, je težko reči, saj naj bi se prej o tem ne govorilo, vendar pa ko pride *zadnja ura*, bolnik ni več sposoben izraziti svojih strahov. Pri tem naj dodam, da imajo več strahov bolnikov svojci in prav oni delajo več skrbi in težav tudi duhovniku.

*Ali se svojci in, bolni pogosto obračajo name?*

Rekel bi, da premalo in preveč. Ob tolikšnem številu bolnikov v Univerzitetnem kliničnem centru in na Onkološkem inštitutu, vseh je čez 2000, bi pričakoval več klicev. Vse preveč so ljudje prepričani, da je duhovnik za *konec*, in premalo, da je spremljevalec v bolezni. O tem govori tudi podatek, da je tretjina teh, ki jim podelimo zakrament bolniškega maziljenja, v nezavesti. To pomeni, da so domači in bolni predolgo čakali na duhovnikov obisk in da so z njim odlašali. Precejšen odstotek bolnikov je tudi takih po kapi ali z drugimi boleznimi; ti so že ob prihodu v bolnišnico v stanju, ko se ne morejo pogovarjati z duhovnikom.

Pisanje in govorjenje v medijih, predvsem pa na župniji v različnih skupinah in pri bogoslužju, počasi odstirata tančico strahu pred duhovnikovim obiskom v bolezni. Kličejo pogosto tudi sami bolniki ali za to prosijo zdravstveno osebje.

*Kako se sam soočam s smrtjo in težavami pri delu z bolnimi?*

V pomoč mi je srečanje z boleznijo in smrtjo staršev pri 46. in 64. letih ter brata pri 50. letih. Slovo od najbližjih gotovo pusti sledi, tudi v pozitivnem smislu, in zato vpliva na srečevanja z bolniki in njihovo smrtjo. Kljub pogostemu spremljanju umirajočih je vsako slovo zelo osebno in ne morem reči, da sem tega že navajen, čeprav so včasih kar trije primeri v enem dnevu. V veri, da je človek ustvarjen za večnost, in v upanju lažje sprejemam tudi poslavljanja od tega življenja.

Nekaj težav sem omenil že prej. Dodajam še to, da v večini bolnišnic ni primernih prostorov, kjer bi bil umirajoči sam v sobi in bi ob njem lahko bili svojci, čeprav niso obiski, tudi ponoči. Težave so še druge – na primer da se v bolezni domači z bolnikom premalo pogovarjajo in včasih tudi ne znajo ali nočejo razumeti njegove *simbolične* govornice, ko bolnik sluti bližajočo se smrt, ter pogovor obrnejo na to, da bo šel kmalu domov in se bo pozdravil. Svojci so tudi premalo pozorni na to, da bolnik dobro sliši in razume, čeprav tega ne pokaže na zunaj, oni pa se vpriči njega pogovarjajo o, na primer, dediščini, pogrebu in podobnem.

*Kaj je najbolj pomembno, da duhovnik naredi pri bolniku?*

Ni najbolj pomembno to, da nekaj naredi, ampak da **je zraven njega**. Naj zakramentov ne uporabi kot *instrumente*, s katerimi pride k bolniku. Ti naj mu bodo pomoč v sprejemanju in prenašanju težav bolezni in umiranja. Seveda naj bo duhovnik potrpežljiv poslušalec z malo *poceni* tolažbami. Zna naj slišati tudi pomen neizgovorjenih besed in zunanjih znamenj, ki jih bolnik izrazi z nemo govorico.

Bolniku naj pomaga, da se *zazre v preteklo življenje*, obnovi, če je mogoče, vse lepo in napravi *življenjsko inventuro* ter tako gleda v prihodnost in je predvsem v sedanjem trenutku manj obremenjen s preteklostjo. Duhovnik naj bolniku da razumeti, da ga Gospod Jezus, ki je sam trpel, razume in ga ne pušča samega.

Spominjam se prof. Franceta Rozmana, velikega strokovnjaka za Sveto pismo. Na vprašanje, kaj najraje bere v bolezni, mi je odgovoril, da Jezusovo trpljenje, saj mu je to najbližje.

#### *Kako sprejema moje delo zdravniško osebje?*

Duhovnik vedno bolj postaja sestavni del zdravniškega tima. Odnosi so dobri. Posledično duhovnik v Ljubljani že vrsto let hodi v Srednjo zdravstveno šolo in dijakom pri pouku etike pove, kaj duhovnik dela v bolnišnici in kako naj mu zaposleni pri tem pomagajo. Zanimanje je veliko in sprejem mladih je pozitiven. Prav tako je duhovnik povabljen, da spregovori specialistom družinske medicine. Duhovi so se razvneli ob Pravilniku duhovne oskrbe v bolnišnicah (2008), kar pa je prineslo tudi nekaj koristi, saj se je o tem govorilo in pisalo.

#### *Kaj storim, če je bolnik sicer krščen, a ni živel v cerkveni skupnosti?*

Kaj naredim, ko je bolnik v tako slabem stanju, da se ne more sam trezno odločiti za zakramente, svojci pa želijo obisk duhovnika? Čigavo željo upoštevam? Krst daje možnost prejema zakramentov Cerkve. Svojci ali bližnji, ki bolnika poznajo, najbolj vedo, kaj bi bolnik storil, če bi lahko sam odločal. Pošteno je, da tako tudi storimo in ne delamo nasilja. Pri tem mi pride prav misel sobrata duhovnika, ki še bolje pozna bolnika, da v takem primeru, ko bolnik ni prakticiral vere, zakramenta bolniškega maziljenja ne prejme. .

Res je veliko svojcev, ki želijo, da tudi v takem stanju podelim zakramente. Nočem soditi, a najbrž bolj zato, da potolažijo svojo vest, kakor da bi bolniku želeli dobrine Cerkve. V praksi jim ustrezem in si rečem, da sam nisem gospodar zakramentov, saj so to Jezusovi darovi vernikom, tokrat trpečim, in pogojno podelim tudi zakrament bolniškega maziljenja in odvezo. Seveda je to v primeru, kadar bolnik sam pri tem ne more sodelovati.

#### *Ali moram imeti kot duhovnik v spremljanju bolnih in hudo bolnih za tovrstno tolažbo posebne vrline in katere bi še posebej izpostavil?*

Duhovnik v spremljanju bolnih naj bi bil najprej duhovnik v pravem pomenu besede. Bil naj bi popolnoma usmerjen v Kristusa in ga tudi posnemal. Bil naj bi pastir, povezovalec v edinosti. Imel naj bi občečloveške kakovosti, kot so na primer pozornost do človeka, razpoložljivost za potrebe sočloveka, razumevanje človeka, sposobnost in ustvarjalnost v odnosih s ljudmi, poštenost, zaupanje v bolnika, prijaznost, razsodnost, srčnost (čut za človeka), pripravljenost za sporazumevanje (komunikacijo) in sodelovanje.

#### *Ali se name obračajo tudi medicinske sestre in zdravniki kot soudeleženci pri zdravljenju?*

O tem, da zdravstveni delavci prosijo za duhovnika na željo bolnikov in svojcev, sem že pisal. Večkrat si tudi zdravstveni delavci želijo duhovnikove pomoči. Veliko je smrti otrok, ki zelo prizadane zdravstveno osebje. Osebje, ki se srečuje z umirajočimi bolniki, torej ni

imuno za stisko in potrebuje besedo, pogovor, bližino ... To je potrdila tudi prejšnja generalna direktorica UKC Ljubljana, ki je izrazila željo, da bomo duhovniki v bolnišnici večkrat prisotni tudi za zdravstvene delavce.

*Na kakšen način pomagajo duhovniku v bolniški oskrbi prostovoljci?*

Najprej je vprašanje primerne izobrazbe. Po kriterijih v svetu ni dovolj le teološka fakulteta, ampak je potrebno dodatno izpopolnjevanje. Če so prostovoljci bili deležni takšne izobrazbe so duhovniku lahko v veliko pomoč. spremlja bolnika na oddelku, se z njim pogovarja (ženska lažje razume onkološko bolnico), mu prinaša primerno literaturo, z njim moli in se z njim pripravi na zakramente ter nato pokliče duhovnika. Pomaga lahko tudi v pisarni, pri urejanju literature za bolnike, dežurstvu v kapeli ...

*Ali se za delo na tem področju posebej izobražujem?*

Izobražujem se s sprotnimi tečaji in seminarji, ki so splošni za vse duhovnike, prav posebej pa se udeležujem srečanj duhovnikov bolnišnic na Dunaju in prebiram primerno literaturo. Bolniki in svojci ter tudi osebje so dobri učitelji za delo na tem področju. Koristni so tudi pogovori in refleksije med duhovniki, ki delamo v slovenskih bolnišnicah in v Bolniški župniji.

*Kako poskrbim za pripadnike drugih ver?*

Ponudim jim pomoč, in sicer na njihovo željo pokličem duhovnike in druge voditelje vere, ki ji pripadajo. Na voljo jim je tudi prostor v obeh kapelah.

*Ali kdaj na smrtni postelji podeljujem krst?*

V bolnišnicah, ki jih obiskujem, je redno na zdravljenju približno 300 otroških bolnikov; obiskujem tudi porodnišnice. Povprečno je na leto nad dvajset krstov v sili, kar pomeni, da so starši tako zelo zaskrbljeni, ali bo njihov otrok preživel ali ne, da poskrbijo za krst. Včasih otroka krstijo tudi sami ali ga krsti kdo od osebja. Podatke posredujem matični župniji. Krste opravljam v prostorih porodnišnice ali tudi na drugih klinikah, kjer so otroci. Otroke le redko – kadar so v boljšem stanju – krstim v kapeli.

Včasih, teh krstov je malo, na željo najbližjih krstim odraslo osebo, ki sama ne more odločati zaradi bolezni. Če pa odrasla oseba sama želi prejeti krst in je dlje časa v bolnišnici, se na zakramente pripravljamo primeren čas. Včasih v bolnišnici odrasli osebi v smrtni nevarnosti podelim tudi zakrament svete birmе. Redkokdaj pa v bolnišnici prisostvujem tudi podelitvi zakramenta svetega zakona (eden izmed bodočih zakoncev je bolnik).

## 7. NAMESTO SKLEPA

Te misli bi rad sklenil z zgodbo zena:

*\* V krogu učencev učitelja zena so živahno razpravljali, kdo je učitelj zena. Nekdo, ki ve vse bolje? Nekdo, ki pozna življenje kot sicer komaj kdo? Nekdo, ki pozna nebeške zakone? Ali nekdo, ki je ljubeč? Da, tudi to, ampak predvsem: učitelj zena je kot ljubezniv koš za smeti.*

Hvala sodelavcema, dr. Jožetu Štupnikarju, voditelju Medškofijskega odbora za pastoralno zdravje pri Slovenski škofovski konferenci, in novemu župnijskemu upravitelju Bolniške župnije, minoritu patru Toniju Brinjavcu. Hvala približno tridesetim duhovnikom, ki opravljajo podobno delo kakor sam v drugih slovenskih bolnišnicah, ter duhovnikom na župnijah, ki namenjajo veliko skrbi bolnikom in spremljajo tudi umirajoče.

Hvala vam, drage medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci, in vsem, ki nas *duhovne asistente največjega Zdravnika* – kakor nas je imenoval eden od naših zdravnikov – spodbujate in učite. Da, vedno se učimo, ob vsakem bolniku in tudi ob današnjem srečanju. Izkušnje srečanj z bolniki, s svojci in z zdravstvenim osebjem želim podariti tudi vam.

## LITERATURA

1. *Beseda – bolnikom in prijateljem*, 5/2010. (interno glasilo Bolniške župnije)
2. *Navodila slovenskih škofov za obhajanje zakramentov v bolnišnicah in drugih podobnih zavodih. Sporočilo slovenskih škofij*; 1998: 30.
3. *Navodila slovenskih škofov za obhajanje zakramentov v bolnišnicah in drugih podobnih zavodih. Sporočilo slovenskih škofij*; 1999: 82.
4. *Per H. Razumeti umirajoče. Ljubljana – Dravljje*; 1998: 184.
5. *Poslanica za XV. svetovni dan bolnikov, 11. februarja 2007. (interno glasilo Cerkve na Slovenskem)*



Cordis **EMPIRA**<sup>™</sup>

RX PTCA Pre-Dilatation Catheter

Cordis **EMPIRA**<sup>™</sup> **NC**

RX PTCA Post-Dilatation Catheter

Simplify the Complex.  
Control the Intervention.

*Crossability*

*Recrossability*

- **Crossability:** Proprietary folding & pleating reduce the primary profile, helping you reach even hard-to-treat lesions<sup>1</sup>
- **Recrossability:** Innovative hydrophilic coating improves lubricity & durability through multiple crosses
- **Flexibility:** Next-generation DURALYN<sup>®</sup> Flex balloon material & kink-resistant shaft improve deliverability & trackability
- **Best-in-class controlled growth:** Perform intervention with the most non-compliant post-dilatation balloon available<sup>1</sup>

**Cordis**<sup>®</sup>

a Johnson & Johnson company

*Ground breaking. Life changing<sup>®</sup>*

**Important Information:**

Prior to use, refer to the Instructions for Use supplied with these devices for indications, contraindications, side effects, suggested procedure, warnings and precautions. As part of the Cordis policy of continuous product development, we reserve the right to change product specifications without prior notification.

© Cordis Europe, a division of Johnson & Johnson Medical N.V. - July 2011 - 2E-840-0129-1





## Terme Šmarješke Toplice

Sredi mirne in neokrnjene dolenske pokrajine, daleč stran od urbanih središč živi svojo zgodbo eno najsodobnejših in priljubljenih slovenskih zdravilišč. Terme Šmarješke Toplice so danes vodilni center za rehabilitacijo bolezni srca in ožilja, hkrati pa oaza, v kateri je najlažje **ohraniti ali spet pridobiti zdravje** in voljo do zdravega načina življenja.

Lepote narave in blagodejnost klime dopolnjujejo zdravilni učinki vrelna, ki ima 32 °C. Prvi pisni viri o zdravilnosti termalne vode so stari 200 let, danes pa jo vrhunska zdravstvena ekipa skupaj z najsodobnejšo opremo uporablja za zdravljenje bolezni srca in ožilja, rehabilitacijo športnih poškodb ter rehabilitacijo bolezni in poškodb gibalnega sistema.

Sodoben diagnostični center s specialističnimi ambulantami, medicinski wellness center ter pestra ponudba sprostitev in športnih aktivnosti - tu prav vsakdo najde, kar potrebuje in si želi.

Dobrodošli.

TERME  KRKA

šmarješke toplice

Iz srca za srce

T: 07/ 38 43 400, E: [booking.smarjeske@terme-krka.si](mailto:booking.smarjeske@terme-krka.si), [www.terme-smarjeske.si](http://www.terme-smarjeske.si)