

---

# BOLNIKOVO DOŽIVLJANJE RADIOTERAPEVTSKEGA ZDRAVLJENJA

Slavka Dular, Onkološki inštitut, Vrazov trg 3, 1000 Ljubljana

Članek je priredba diplomske naloge

študentke oddelka za radiologijo visoke šole za zdravstvo, Slavke Dular.

Mentor je bil doc. dr. Albert Peter Fras.

## **IZVLEČEK**

Komuniciranje v zdravstvu je izredno pomembno, saj je dobra komunikacija steber celotne terapije in le z njo lahko bolnik enakovredno sodeluje v procesu zdravljenja. Osnovni cilj je prikazati pomembnost komuniciranja kljub težavam, ki se pojavijo pri delu z onkološkimi bolniki, ki so psihično huje prizadeti. Ravno tako prihaja do težav pri komuniciranju s strani zdravstvenih delavcev, ki ob bolnikovi diagnozi ravno tako ne ostanejo neprizadeti. Rezultati ankete, opravljene na Onkološkem inštitutu, so bili dokaj pozitivni v smislu dobrega komuniciranja med zdravstvenim osebjem in bolniki, ki se zdravijo z obsevanjem. Iz tega sklepamo, da v kolikor so bolniki dobro informirani o svoji bolezni in zdravljenju z obsevanjem, je

## **ABSTRACT**

Communication in the field of healthcare is extremely important. Good communication is the pillar, which supports the entire treatment, and only with good communication can the patient participate as an equal in the healing process. The primary goal is to show the importance of communication, despite difficulties, when working with severely psychologically stressed cancer patients. Healthcare workers are themselves adversely affected by their patients' diagnoses, and this causes difficulties in communications. Results of a survey, conducted at the Institute of Oncology, were quite positive regarding good communication between healthcare workers and patients undergoing radiation treatment. From our results we deduce that patients

njihovo doživljanje radioterapevtskega zdravljenja tudi ugodnejše za končni izid terapije.

Ključne besede: komunikacija, informiranje, radioterapevtsko zdravljenje.

who are well informed about their illness and their radiation treatment achieve better results from the treatment.

Key words: communication, advising, and radiation treatment

## 1 UVOD

Namen diplomske naloge je prikazati, kako pomembno je komuniciranje z bolniki, kar je pravica vsakega bolnika v zdravstvenem varstvu. Komunikacija je velikega pomena za učinkovito vplivanje na bolnika, kajti pogovor bolnika pomiri, ga seznani z različnimi vidiki njegove bolezni in z različnimi načini zdravljenja. Pri samem komuniciranju pa se lahko pojavijo tako pri bolniku kot tudi pri zdravstvenem osebju razne težave, ki temeljijo predvsem na psihični bazi. Koliko so bolniki v resnici seznanjeni s svojo boleznijo, njenim zdravljenjem ter kakšne stiske doživljajo med zdravljenjem, pa nam bodo prikazali rezultati ankete, ki so jo izpolnjevali bolniki na teleradioterapevtskem oddelku Onkološkega inštituta.

## 2 POMEN IN VLOGA KOMUNIKACIJE

Pomen pravilnega, točnega in pravočasnega informiranja je postal odločilen na vseh področjih javnega in zasebnega življenja. Le tisti, ki je informiran, ima možnost smotrnega

odločanja in ravnanja, zato ni naključje, da moderne družbe vse množične komunikacije skrbno spremljajo in nadzorujejo.

O komunikaciji govorimo takrat, kadar kako sporočilo potuje od tistega, ki ga daje, k drugemu, ki ga sprejema, obenem pa je pogoj, da ga sprejemnik tudi sprejme in razume. Obstajati mora povratni tok sporočanja, ni dovolj le enosmerni pretok, potreben je dvosmeren, obstajati mora »feedback«, to je povratna zveza ali povratni vklop oziroma kar krožni pretok informacij. O medosebnem komuniciranju govorimo takrat, ko informacija prestopi prag zavesti tistega, ki mu je namenjena ali ko sproži njegovo reagiranje.

### 2.1 Pomen informiranosti v zdravstvu

Bolnik ima pravico, da ga obvestijo o vsem, kar ga zadeva, pravica obveščeni sodi v elementarno področje pravic in svoboščin, kajti le obveščen človek se lahko smotrno odloča, dosega avtonomijo, demokracijo in uspeva. Bolnik naj sodeluje in proces

zdravljenja naj poteka v interakciji, šele podrobnejša informiranost pa daje pogoje za sodelovanje, brez tega je bolnik le objekt, je zdravstveno zmanipuliran. Zdravnik in bolnik naj bi bila partnerja v boju z boleznijo, kajti znano je, da je za uspešno zdravljenje pomembno aktivno sodelovanje bolnika. Zato je potrebno informiranje bolnika. Informiranje pa ne pomeni le sporočila diagnoze, temveč pogovor o vsem, kar bolnik želi ali mora vedeti. Vsak odnos z bolnikom pa je individualen in gre za dolgotrajnejši proces, ki naj temelji na zaupanju. Če si zdravnik ne vzame dovolj časa za razgovor z bolnikom, potem ga tudi ne more pravilno informirati o stanju njegove bolezni, o diagnozi in načrtovanem zdravljenju. Zdravnik v razgovoru spozna bolnika in tudi bolnik sam mu bo olajšal pogovor, saj mu bo marsikaj zaupal, ga vprašal, podvomil in sporočil. Bolnik je zelo pozoren na vsako zdravnikovo besedo, zato si moramo za razgovor vedno vzeti čas, saj mimogrede izrečeno besedo lahko bolnik povsem napačno razume.

## **2.2 Komuniciranje z onkološkimi bolniki**

Zaradi negativnega čustvenega ozadja, ki opredeljuje odnos do bolezni rak, nastopajo problemi pri informiranju bolnikov in v komuniciranju z njimi tako s strani zdravstvenega osebja kot tudi s strani svojcev in širšega socialnega okolja. Za aktivno sodelovanje v procesu

zdravljenja potrebuje bolnik spodbude in informacije. V diagnostični fazi je običajno komunikacija med bolnikom in zdravnikom ter ostalim zdravstvenim osebjem zreducirana le na najnujnejše in predvsem zdravnik ohranja varnostno razdaljo. Bolnik pride tako na zdravljenje v bolnišnico večkrat nepripravljen. Informacije sicer sprejema, nima jih pa možnosti v razgovoru preveriti in izraziti svoje pomisleke, dvome in skrbi. Bolnika obhajajo strahovi, predvsem pa nejasen neopredeljen občutek, ko sta prisotna anksioznost in psihična kriza ob soočanju z mislijo o možnosti svoje lastne smrti. Na splošno je za zdravnika pomembno, da v stikih z bolnikom in njegovimi svojci ugotovi, v kakšni obliki in do kakšne mere lahko bolniku pove diagnozo. Za to so potrebne izkušnje, ki jih ne more pridobiti čez noč. Kako pojasniti, torej način komuniciranja je resnično odločilnega pomena. Ker vemo, da je razkritje diagnoze rak šok, ki povsem preobremeni vse komunikacijske kanale, bi naj pustili bolnika tako dolgo pri miru, da se turbulenca tega šoka poleže. Za nekaj minut bolnik ni sposoben ničesar ukreniti ali premisliti. Potem bi s pomočjo vprašanj morali ugotoviti, kaj je v teh preteklih minutah bolnik miselno in čustveno doživel. Tako dolgo bi ga morali spraševati, da bi to šokantno doživetje lahko čim bolj predelal. Šele takrat bo namreč bolnik ponovno sposoben sprejeti nove informacije. Pri tem bi morali paziti, da v teh prvih minutah bolniku ničesar ne sporočamo, še posebej ne v

poudarjeni obliki. Ko v usmerjenem pogovoru ugotovimo, da je bolnik ponovno sposoben sprejemati nadaljnje informacije, lahko v naslednjem koraku z njim govorimo o možnostih zdravljenja. To mu bo v glavnem vlilo notranjo moč še posebej takrat, če bo slišal, da se da bolezen uspešno zdraviti.

### **3 BOLNIKOVO DOŽIVLJANJE V PROCESU SOOČANJA Z BOLEZNIJO IN NJENIM ZDRAVLJENJEM**

Psihične reakcije na bolezen so odvisne tudi od starosti, vrste bolezni, izobrazbe, osebnosti in socialnega okolja. Vsi, ki sodelujejo pri zdravljenju onkoloških bolnikov, morajo vedeti, da doživi bolnik več psihičnih stanj potem, ko je izvedel za diagnozo. Psihična stanja se lahko med sabo tudi prepletajo in ni nujno, da si sledijo v nekem določenem vrstnem redu. Bolnik lahko preide vse opisane faze, lahko so daljše ali krajše, ali pa nekaterih sploh ne preseže. Prehodi med fazami niso povsem jasno razmejeni in v bolnikovem vedenju včasih prepoznavamo značilnosti dveh ali več faz hkrati. Bolniki doživljajo različna obdobja duševnih tisk, ki se izmenjujejo in ponavljajo v sorazmerju s stanjem telesne bolezni. Ločimo 5 faz značilnega psihološkega obrambnega vedenja: zanikanje, napadalnost, pogajanje, depresija in sprejetje.

#### **3.1 Zanikanje**

Nekateri bolniki težko sprejmejo realnost diagnoze in bolezni in zato potrebujejo več časa kot drugi. Iščejo različne vzroke, ki bi jim lahko pripisali simptome bolezni. Pogosto ne sodelujejo z zdravnikom v procesu postavljanja diagnoze in ravno tako nočejo sodelovati pri zdravljenju bolezni.

#### **3.2 Napadalnost, agresija**

V tej fazi vladajo kaotični občutki, kot so obup, jeza, žalost in strah, kar se v glavnem konča z vprašanjem: »Zakaj ravno jaz?« Bolnike muči vrsta vprašanj, na katera ni odgovora. Napeti in razdražljivi so, vsaka malenkost jih spravi iz tira. Pogosto se sprejo z najbližjimi, s svojci, z zdravstvenim osebjem, pokaže se nezadovoljstvo zaradi prehrane, nege ipd.

#### **3.3 Pogajanje**

Običajno je to kratkotrajna prehodna faza. Ko bolnik sprejme realnost svoje bolezni, je za ceno zdravja in življenja pripravljen storiti vse. Sprejme predlagano zdravljenje, ki se je sprva dostikrat zdelo pretežno in s svojimi posledicami preveč obremenjujoče.

#### **3.4 Duševna potrnost, depresija**

Bolnik ima veliko razlogov za depresivno reakcijo na svojo bolezen. Nahaja se v novi situaciji, ki razdira njegovo

dosedanje življenje, navade v družini in delovnem mestu, prihaja bolezen kot glavni predmet komunikacije. Bolnik z depresivno reakcijo je pogosto neaktiven, nima interesov za sodelovanje pri pregledih in zdravljenjih. Ko je bolezen že napredovala in se mora bolnik vedno znova vračati v bolnišnico in ko so izčrpani že vsi načini zdravljenja ter mu pojemajo telesne moči, zapade bolnik pogosto v stanje globoke duševne potrtosti. Občuti, da izgublja vse, njegovi interesi se zožijo, prevevata ga žalost in obup. Izključena ni celo misel na samomor. Bolnikom lahko pomagamo s pogovorom, pred tem pa moramo narediti vse potrebno za lajšanje bolečin in ostalo simptomatsko zdravljenje. Predvsem zaradi pomanjkanja časa potrebujeta bolnik in zdravnik zelo pogosto pomoč šolanega psihoterapevta.

### **3.5 Sprejetje, umiritev**

Če bolnika spremljamo skozi predhodne faze, vidimo, da se le - ta čustveno odzove, sprejme svoje stanje in se umiri. Komunikacija se zoži na tiho prisotnost. V tem obdobju potrebuje družina več pomoči kot bolnik sam. Svojci bi želeli za vsako ceno še kaj storiti za bolnika. Tudi zdravniki se dostikrat zatečejo še k zadnjim diagnostičnim in terapevtskim poskusom, ki dostikrat vodijo le v nepotrebno »mučenje« bolnika.

## **4 DOŽIVLJANJE IN STISKE ZDRAVSTVENEGA OSEBJA PRI DELU Z ONKOLOŠKIMI BOLNIKI**

Na odnos z bolnikom v pomembni meri vplivajo naše lastne predstave o raku, o smislu in namenu zdravljenja, o vrednosti življenja z boleznijo ter stališča do življenja in smrti nasploh. Tudi bolnik vnaša v ta odnos svoja stališča. Bolj ko se predstave, doživljanja in pričakovanja obeh strani razlikujejo in razhajajo, toliko bolj postaja medsebojni odnos obremenjujoč. V procesu izobraževanja se učimo predvsem o bolezni, o njenih simptomih in težavah, o metodah in tehnikah zdravljenja. Ko pa se pri delu soočimo z bolnikom, dobi vse dosedanje znanje novo razsežnost. Poleg bolnikove bolezni je tukaj še bolnik kot osebnost, z vso žalostjo, negativnimi čustvi, ranljivostjo in bolečino. Pretrese nas spoznanje: "Kaj pa, če se to zgodi tudi meni?" Zato se počutimo dostikrat nemočne, ker se nam je vzbudil strah pred lastno boleznijo in smrtjo. Da bi delo z bolniki ustrezno potekalo, moramo v pravem času ta strah prepoznati, ga obvladati, ker sicer nismo več zmožni sprejemati bolnikovega strahu in mu pomagati. Nevarno je, če strah potlačimo ali ga zanikamo. Med glavne obrambne mehanizme spadajo: empatija, identifikacija, projekcija, racionalizacija.

#### **4.1 Empatija – sposobnost vživljanja**

Da bi mu pri tem lahko pomagali, moramo zaznati njegovo vsakodnevno stisko. Pri tem se moramo znati vživeti v njegovo situacijo, to pa pomeni, da prepoznavamo in podoživljamo njegova čustva in razmišljanja. Sposobnost vživljanja, tako imenovana empatija, je za odnos bistvenega pomena in jo je potrebno nenehno razvijati. Empatija nima le diagnostične vloge (to je zaznavanje bolnikovih čustev, duševnih stisk, želja in agresivnosti), ampak tudi terapevtski pomen, bolniku pomaga začutiti, da ga npr. zdravnik razume, sprejema.

#### **4.2 Identifikacije – poistovetenje**

V procesu vživljanja obstoja nevarnost, da se preveč vživimo v bolnika ali se z njim celo poistovetimo, kar v nas sproži strah in depresijo v taki meri, da ju več ne obvladamo. To je tako imenovana identifikacija. V tem primeru se nadalje ukvarjamo le še sami s seboj, kar se lahko odraža tudi v našem vsakodnevnem življenju; ima lahko negativne posledice v strokovnem odločanju in ukrepanju.

#### **4.3 Projekcija**

Druga, tako imenovana projekcija, kjer je pogosta nevarnost, da svoja lastna doživljanja in strahove slikamo v bolnika in tako sploh več ne zaznavamo, kaj bolnik v resnici čuti.

#### **4.4 Racionalizacija**

Včasih v odnosu z bolnikom ne zmoremo vzeti nase bremena, ki ga predstavljajo bolnikove in naše čustvene stiske. Poskušamo jih odriniti iz zavesti. Če pa se kljub temu vrinejo, jih podzavestno želimo premagati in jim odvzeti smisel in težo z razumskimi razlagami, tako imenovanimi racionalizacijami, kot na primer: "Končno mora vsak človek enkrat umreti."

#### **4.5 Doživljanje in stiske ob umirajočem bolniku**

Ob srečanju z umirajočim bolnikom preplavijo človeško zavest vsi dotlej nepredelani in potlačeni strahovi in bojazni. Najpogostejša in prva jasno zaznana reakcija je želja po umiku, pobegu iz te situacije, ki jo še posebej obremenjuje dejstvo, da smo v vlogi strokovnega zdravstvenega delavca, od katerega pričakujejo, da bo situacijo obvladal. Ozdravljeni bolnik nam daje občutek zadovoljstva, uspeha, potrditve našega znanja in zmožnosti. Smrt pa vse to izniči. Zato jo pogosto doživljamo kot nasprotnika proti kateremu se moramo brezpogojno in vedno boriti. Vse to povzroča v nas hudo stisko, na katero se lahko odzovemo z različnim obrambnim vedenjem. Pogosto se zgodi, da zdravnik vedno znova predpisuje že umirajočemu bolniku številne diagnostične in terapevtske postopke, katerih smotnosti ni mogoče razložiti zgolj z bolnikovim stanjem. Nasprotna reakcija je umik in

izguba zanimanja za bolnika. Stopnjujoča se stiska ob umirajočem bolniku, ki jo povzroči občutek, da ne moremo in ne znamo ohraniti življenja, se lahko preoblikuje tudi v napadalnost in obtoževanje bolnika. Pri delu z umirajočimi se včasih zatekamo tudi k lažnemu optimizmu, ko se izognemo pristni komunikaciji z bolnikom in ga z zaigrano lahkotnostjo pretirano tolažimo in vzpodbujamo.

## **5 SEZNANJENOST BOLNIKA Z RADIOTERAPEVTSKIM ZDRAVLJENJEM**

Radioterapija je eden od načinov zdravljenja malignih bolezni. Približno 60 % bolnikov s karcinomom zdravniški konzilij napoti tudi na zdravljenje z obsevanjem.

Glede na bolnikov interes in njegovo izobrazbo je primerno, da bolnika seznanimo s tem, kako obsevanje deluje na naše telo. S frakcionacijo (delitvijo celotne doze obsevanja v več manjših odmerkov) dosežemo, da se poškodba v zdravem tkivu lahko popravi, v tumorju pa se zaradi nenadzorovane rasti ne more. Če bo obsevanje dobro usmerjeno le na oboleli predel, se bo poškodba kopičila predvsem v tumorju, ki bo zato odmril, okoliško zdravo tkivo pa bo preživelo. V organizmu imamo več vrst tkiv, katerih celice so slabo diferencirane in se hitro dele. Ta tkiva so seveda zelo radiosenzibilna in moramo na njih še posebej paziti. Takšna tkiva so: kostni

mozeg, limfatično tkivo, spolne žleze, pljuča, jetra, ledvice in sluznica prebavnih organov, predvsem tankega črevesja. Poleg teh moramo omeniti še dvoje zelo pomembnih tkiv: zelo radiosenzibilna je očesna leča, na kateri nastanejo okvare že pri nizkih sevalnih dozah ter spolne celice. Možgansko tkivo, hrbtni mozeg in periferno živčevje prenesejo sicer višje doze, vendar pa lahko pride do okvar zaradi okvare krvnih žil in posledično povzročene hipoksije. Pri vseh teh tkivih moramo poskrbeti, da se jim pri obsevanju po možnosti izognemo ali pa ne presežemo doze, ki jo lahko prenesejo.

Preden začnemo bolnika obsevati, mora biti poučen o načinu zdravljenja, o njegovih stranskih učinkih in o preprečevanju le - teh. Če bolnik s tem ni seznanjen, mu stranski učinki pomenijo poslabšanje oziroma napredovanje bolezni, kar pa zelo slabo vpliva na njegovo psihično stanje. Bolniku razložimo potek zdravljenja, in sicer da proces pričnemo na simulatorju, to je posebna rentgenska aparatura (ali na CT-računalniška tomografija), ki nam omogoča, da natančno določimo obsevalno polje oziroma volumen obsevanja. Zdravnik radioterapevt ob pomoči inženirjev radiologije izdelava podroben potek obsevanja, ki je prirejen vsakemu bolniku in njegovi bolezni. V strokovni skupini deluje tudi radiofizik, ki z računalnikom izbere najboljšo možnost uporabe določenih obsevalnih naprav in izriše plan obsevanja. Bolniku razložimo

smisel markiranega oziroma označenega polja, ki bo obsevano, položaj, v katerem bo obsevan, ter čas obsevanja. Opozorimo ga, da bo med obsevanjem v prostoru sam. Če je bolniku v interesu, mu razložimo tudi delovanje obsevalnega aparata, na katerem bo potekalo zdravljenje. Obsevalni aparati so nameščeni v posebnih prostorih, do katerih imajo dostop le pristojne osebe. Okolica prostorov je varna za vse bolnike in spremljevalce bolnikov ter zaposlene. Pomembno je bolnika seznaniti, da po obsevanju za okolico ni nevaren. Žarki, s katerimi je bil obsevan, so se absorbirali ali pa so prešli skozi organizem. Zato bolnik tudi takoj po končanem obsevanju »ne seva«. Lahko se vrne v bolniško sobo ali pa gre domov. Specifična navodila se razlikujejo glede na lokalizacijo in dozo obsevanja ter pričakovane stranske učinke.

## **6 SEZNANJENOST BOLNIKA S PSIHIČNIM DOŽIVLJANJEM ZDRAVLJENJA**

Obsevanje lahko spremlja cela vrsta občutkov, ki niso povezani z nobenim od telesnih stranskih učinkov.

Najpogostejši občutki so:

- strah pred stroji,
- strah, da obsevalni aparat sploh ne obseva oziroma obseva premočno,
- strah pred sevanjem in radioaktivnostjo,

- strah pred tehničnimi napakami,
- strah pred izolacijo,
- klavstrofobija – strah pred zaprtim prostorom,
- asociacije z atomsko bombo, nuklearno nesrečo,
- strah, kaj če se premaknem med obsevanjem, zakašljam.

## **7 METODA DELA**

Z anketo sem želela ugotoviti, kako uspešno je komuniciranje med zdravniki ter ostalim zdravstvenim osebjem in bolniki na TRT oddelku Onkološkega inštituta v Ljubljani. Namen ankete je bil tudi ugotoviti kako, bolniki doživljajo zdravljenje z obsevanjem, njihove najpogostejše strahove in neprijetne občutke, kako se počutijo med obsevanjem ter kakšne dodatne informacije bi potrebovali za boljše počutje med zdravljenjem.

Del dobljenih podatkov sem primerjala še z anketo iz leta 1994, ko sem podobno anketo na Onkološkem inštitutu opravljala prvič.

## 7.1 Rezultati in komentar k rezultatom

### 7.1.1 Seznanjenost bolnika z njegovo boleznijo in potekom zdravljenja

Na sklop vprašanj, ki se nanašajo na seznanjenost bolnika z njegovo boleznijo in potekom zdravljenja so rezultati ankete pokazali, da so bolniki v 59 % dovolj seznanjeni o svojem zdravstvenem stanju, vendar bi 36 % bolnikov potrebovalo še več informacij. 5 %

bolnikov pa meni, da niso bili dovolj seznanjenih o svojem zdravstvenem stanju.

Informacije bolnike o njihovi bolezni v 54 % prizadenejo, v 46 % pa ne. Nove in nepopolne informacije bolnikom povzročajo nov stres v življenju. Bolniki navajajo predvsem strah glede prognoze bolezni, strah glede samega zdravljenja oziroma uspeha zdravljenja. Dva bolnika pa sta navedla, da jih prizadene beseda »rak« kot grobi izraz.

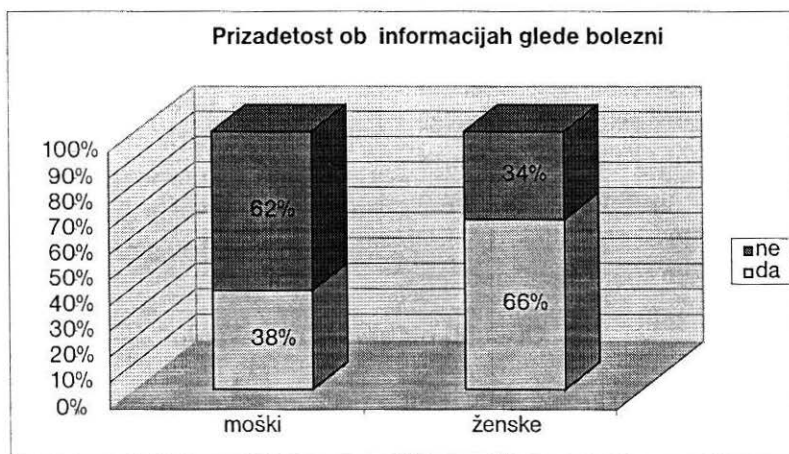


Diagram 1: Prikazuje razliko med bolniki glede informacij o bolezni po spolu

38 % bolnikov je bilo dobro seznanjenih o poteku zdravljenja svoje bolezni, medtem ko jih je bilo 6 % premalo seznanjenih. 18 % bolnikov je pričakovalo, da jim bo zdravnik povedal več informacij. Informacije o zdravljenju so poiskali tudi sami, in sicer v knjigah in na internetu ( 11 %) ter v pogovoru z drugimi bolniki, ki so že imeli izkušnje z zdravljenjem (18 %).

Od osnovnih načinov zdravljenja, ki jih zajema zdravljenje karcinoma, je v 40 % povzročala največ strahu in negotovosti kemoterapija, ne glede na to, katera zdravljenja je bolnik doslej že opravil, sledi ji operacija (30 %), nato obsevanje (29 %) ter hormonska terapija ( 1 %).

### 7.1.2 Bolnikovo doživljanje radioterapevtskega zdravljenja

Na sklop vprašanj, ki se nanašajo na bolnikovo doživljanje radioterapevtskega zdravljenja je anketa pokazala, da je pred samim začetkom zdravljenja z obsevanjem 35 % bolnikov že slišalo oziroma bralo karkoli o tovrstnem zdravljenju; bolniki so navajali informacijo: »da je obsevanje ionizirajoče žarčenje, ki pomaga pri uničevanju rakastih celic«. Slišali ali brali so tudi o poškodbah drugih organov zaradi obsevanja ter da je zdravljenje z obsevanjem neboleče. 65 % bolnikov pa še ni slišalo ali bralo ničesar o zdravljenju z obsevanjem. Največ so bolniki omenjali problematiko Onkološkega inštituta glede starosti in nakupov novih obsevalnih aparatov.

Bolniki so bili dokaj zadovoljivo seznanjeni, zakaj jim je zdravniški konzilij predlagal zdravljenje z obsevanjem, in sicer v 66 %. V 30 % so bili približno seznanjeni, v 4 % pa bolniki niso vedeli, zakaj naj bi se zdravili s tovrstno terapijo.

O samem postopku priprave in o prihodu na simulator so bili bolniki pretežno slabo seznanjeni (16 %). V 38 % so bili v naprej seznanjeni s postopki priprave na obsevanje, v 35 % so se s samim postopkom seznanili sproti. Dodatne informacije si je 9 % bolnikov poiskalo še v knjigah, 1 % pa tudi na internetu.

Ko bolnik prvič stopi v obsevalni prostor, je negotov in ponavadi prestrašen. Obhajajo ga različni mešani občutki, ki se seveda nanašajo predvsem na informacije, ki jih je dobil o zdravljenju z obsevanjem. Bolnikom je neprijetno ob

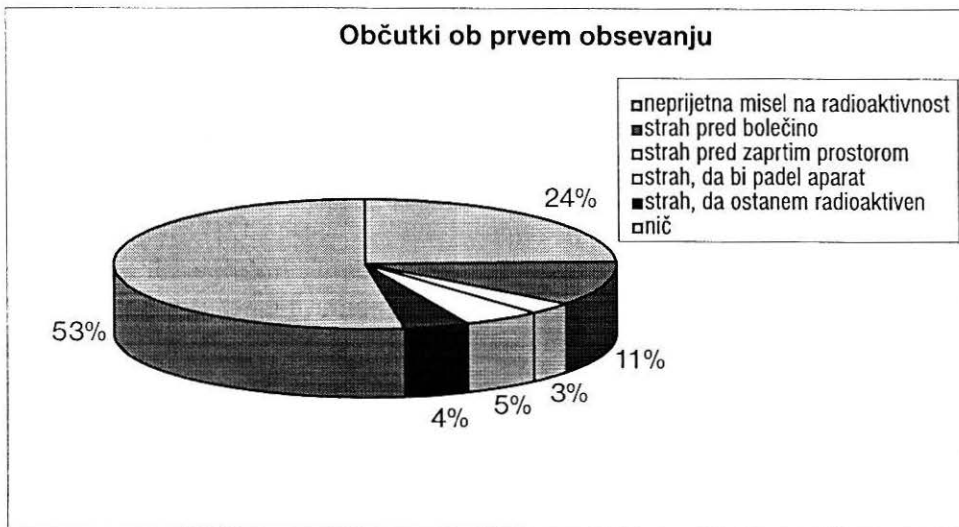


Diagram 2: Prikazuje kakšne občutke so imeli bolniki ob prvem obsevanju

misli na radioaktivnost ( 24 %). Bojijo se fizične bolečine, saj je 11 % bolnikov je mislilo, da jih bo bolelo. Strah jih je zaprtega prostora (3 %), strah jih je, da bi nanje padel obsevalni aparat (5 %), strah jih je tudi, da bi postali radioaktivni in s tem nevarni okolici (4 %). Bolniki so navajali občutek strahu glede posledic obsevanja na druge okolne organe, strah zaradi nevednosti glede izida zdravljenja ter strah, da ne bi preveč poškodovali kože ( »strah, me je da bi me preveč zažgali«). V 53 % pa niso imeli nobenih posebnih občutkov, kar je mogoče rezultat dobre seznanjenosti o samem zdravljenju.

Psihično počutje se bolnikom glede na prvi dan obsevanja, ko se prvi strahovi poležejo, lahko izboljša (16 %), lahko pa tudi poslabša (16 %). V 68 % pa ostaja enako.

Pri celotnem zdravljenju z obsevanjem bolnike najbolj motijo telesne težave, ki jih povzroča obsevanje (38 %), nato sledi strah, da nebi izbrisali narisanege obsevalnega polja (26 %). Neprijeten je tudi občutek, da so v območju radioaktivnosti (25 %), in mirno ležanje med samim obsevanjem (12 %).

Kot vsako drugo zdravljenje tudi zdravljenje z obsevanjem povzroča razne telesne težave, s katerimi naj bi bolnika seznanili že pred samim začetkom zdravljenja, saj same telesne težave pogojujejo tudi psihične težave. V 53 % so bili bolniki seznanjeni s telesnimi težavami, ki bodo sledile, in sicer v 74 % jih je seznanil zdravnik, ki vodi obsevanje. V 14 % so jih s težavami seznanili radiološki inženirji na obsevalnih aparatih, 12 % bolnikov pa je s tovrstnimi težavami seznanila oddelčna medicinska sestra. 28 % bolnikov se je opredelilo, da so bili le

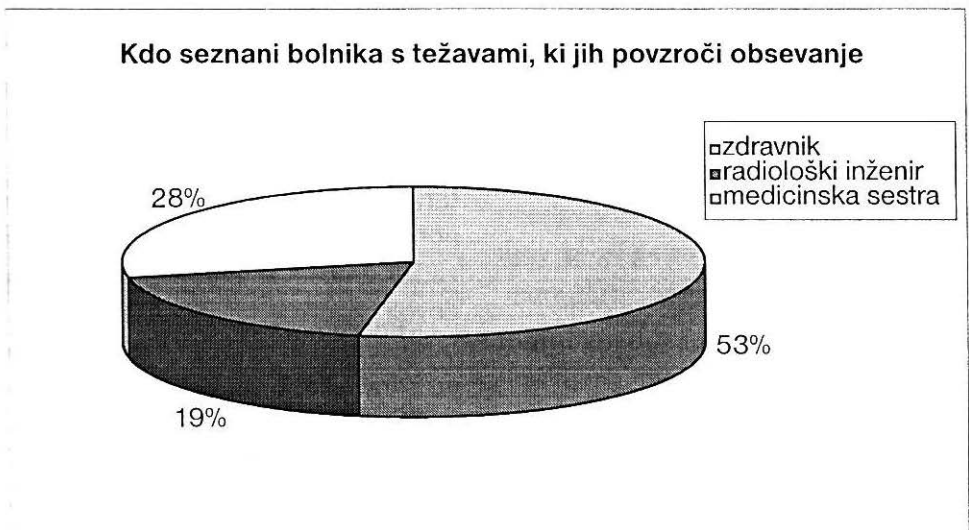


Diagram 3: Prikazuje kdo je seznanil bolnike o težavah, ki jih lahko povzroči obsevanje

delno seznanjeni s težavami, ki se lahko pojavijo, 19 % bolnikov pa sploh ni bilo seznanjenih, kar pa je razmeroma velik odstotek.

Zdravljenje z obsevanjem je v 16 % povzročilo telesne težave, s katerimi bolnik ni bil seznanjen, in sicer so bile te težave povezane z izpadom las, drisko, izgubo spomina, občutljivo (opečeno) kožo, zaprtjem, poslabšanjem vida, okvaro sluha, bruhanjem in povišano telesno temperaturo ter bolečino v prsih. V 83 % pa se ni pojavila nobena telesna težava, s katero bolniki ne bi bili seznanjeni.

Seznanjenost s tem, koliko dni/tednov bo trajalo zdravljenje z obsevanjem, je zadovoljiva. V 92 % so bolniki bili seznanjeni, v 8 % pa ne. V večini primerov jih s tem seznanili že zdravniki na simulatorju, sledijo pa radiološki inženirji na obsevalnem aparatu.

Tudi seznanjenost, kako dolgo traja posamezno obsevanje, je dobra, in sicer 50 % odgovorov je bilo pozitivnih, 27 % pa negativnih. V večini primerov jih s trajanjem posameznega obsevanja seznanili radiološki inženir na obsevalnem aparatu, sledi pa mu zdravnik, ki vodi obsevanje.

Bolnika med samim obsevanjem spremljamo preko TV ekrana, predvsem zaradi natančnosti samega obsevanja in bolnikove varnosti. V 58 % so bolniki seznanjeni s tem, da jih spremljamo preko ekrana, 42 % pa jih ni bilo seznanjenih.

Ko bolnik pride na simulator, mu na kožo narišemo obsevalno polje, ki si ga bolniki nemalokrat razlagajo po svoje (kot npr. »zakaj tako veliko narisano polje, saj nimam tako velikega tumorja«). Zaradi tega je izredno pomembno bolnika seznaniti s pomenom narisane polja, da mu ne povzročamo novega stresa. Bolniki so bili v 68 % dobro seznanjeni, kakšen pomen ima narisano polje, v 19 % le delno, v 14 % pa sploh niso bili seznanjeni. V 65 % jih je s pomenom narisane polja seznanil že sam zdravnik, ki vodi obsevanje, v 18 % radiološki inženirji na obsevalnem aparatu.

Izredno pomembna je tudi prehrana pri zdravljenju karcinoma. Glede na področje obsevanja je pomembna dieta in režim pitja. V 41 % so bolniki ocenili, da so dobili dovolj navodil glede prehrane v času zdravljenja z obsevanjem, v 23 % le delno, neugoden pa je podatek, da kar 36 % bolnikov ni dobilo nobenih navodil.

Pri zdravljenju z obsevanjem je izredno pomembna sama nega kože tako med samim obsevanjem kot tudi po končani terapiji. 10 % bolnikov še ni dobilo nobenih navodil za nego kože, ker so šele začeli z obsevanjem. V 35 % so dobili dovolj napotkov, kako negovati kožo med obsevanjem in po končanem obsevanju od zdravnika, ki vodi obsevanje, 18 % jih je dobilo navodila od radioloških inženirjev, 12 % bolnikov je podatke poiskalo v knjigi ali na internetu. 3 % bolnikov je vprašalo radiološke inženirje za napotke, kar 22 % bolnikov pa je

ocenilo, da niso dobili dovolj napotkov glede nege kože.

V času zdravljenja je bilo 30 % bolnikov v hujši duševni stiski, od tega jih 52 % strokovne pomoči ni poiskalo nikjer. Pri lečečem onkologu jih je poiskalo pomoč 16 %, ravno tako pri splošnem zdravniku

(16 %). Na oddelku za psihoonkologijo jih je poiskalo pomoč 12 %, v skupini za samopomoč pa le 4 %. 70 % bolnikov pa v času zdravljenja ni bilo v hujši duševni stiski. Več psihičnih težav so imele ženske bolnice (35 %), moški pa le v 24 %.



Diagram 4: Prikazuje razliko med moškimi in ženskami, ki so doživeli duševno stisko med zdravljenjem, vendar niso poiskali strokovne pomoči

V sami čakalnici, kjer bolniki čakajo na obsevanje, so bolniki v različni telesni kondiciji. Bolniki v izredno slabi kondiciji naj bi bili ločeni v čakalnici od drugih bolnikov, vendar to nemalokrat zaradi stiske s prostorom žal ni mogoče. 20 % bolnikov čakanje na obsevanje z drugimi bolniki psihično zelo obremenjuje, 80 % bolnikov pa čakanje na obsevanje z drugimi bolniki ne moti.

78 % bolnikov meni, da bi bilo potrebno, da bi pred obsevanjem dobili pisne informacije o vrsti njihove bolezni in njenega ustreznega zdravljenja. 12 % bolnikom je vseeno, 10 % bolnikov pa meni, da ne potrebujejo pisnih informacij.

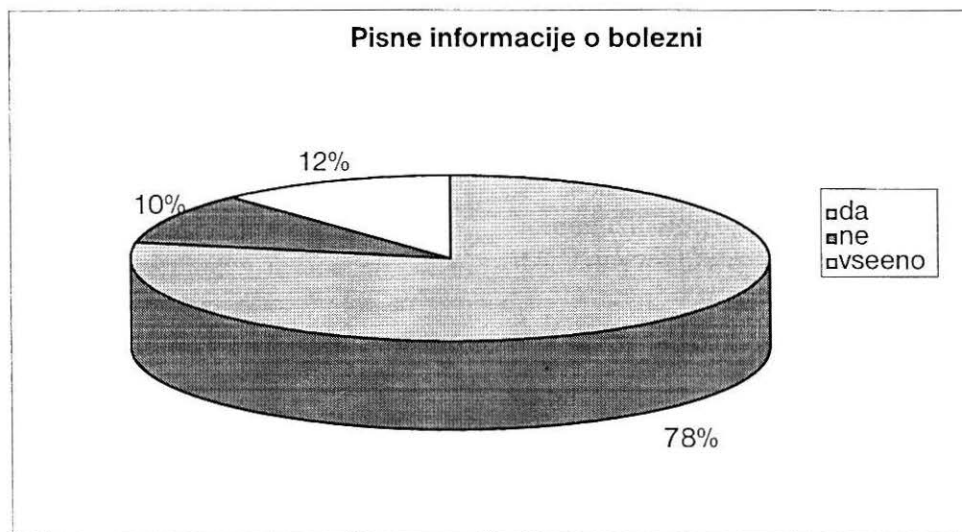


Diagram 5: Prikazuje želje bolnikov glede pisnih informacij o vrsti bolezni in njenem zdravljenju

### 7.1.3 Komunikacija med zdravstvenim osebjem in bolnikom

Na sklop vprašanj, ki se nanašajo na komuniciranje med zdravstvenim osebjem in bolnikom je anketale pokazala, da je komunikacija v zdravstvu med bolnikom in zdravstvenim osebjem izredno pomembna, se strinja tudi 55 % bolnikov. 43 % bolnikov meni, da če so dovolj informirani, se bolje počutijo in obenem lažje sodelujejo pri samem zdravljenju. Da komunikacija v zdravstvu ni pomembna, pa meni 2 % bolnikov.

Velik odstotek bolnikov (85 %) je na splošno zadovoljnih z odnosom zdravstvenega osebja do njih, 13 % le delno, 3 % pa jih ni bilo zadovoljnih z zdravstvenim osebjem.

Bolniki se med obsevanjem vsak dan srečujejo z radiološkim inženirjem, tako imajo priložnost, da se pogovorijo o svojih težavah. Med navedenimi trditvami, ki so bile v anketi na voljo, 77 % bolnikov meni, da se lahko pogovorijo o svojih težavah z radiološkim inženirjem, 14 % jih meni, da le delno, 9 % bolnikov pa se ne more pogovoriti z radiološkimi inženirji. 82 % bolnikov meni, da so odgovori na vprašanja v zvezi z obsevanjem radioloških inženirjev zadovoljivi, 8 % jih meni, da so njihovi odgovori preveč strokovni, ravno tako 9 % bolnikov meni, da si zaradi gneče v čakalnici ne vzamejo dovolj časa za pogovor. 1 % bolnikov meni, da imajo prepogosto slab dan, ravno tako 1 % bolnikov pa meni, da so zelo redkobesedni.

Bolniki, ki se zdravijo z obsevanjem, naj

bi imeli enkrat tedensko kontrolni pregled pri lečečem radioterapevtu. 68 % bolnikov meni, da si zdravnik vzame dovolj časa za bolnika in njegova

vprašanja na kontrolnem pregledu, 22 % meni, da le delno, 10 % bolnikov pa meni, da si zdravnik ne vzame dovolj časa za njih in njihove težave.

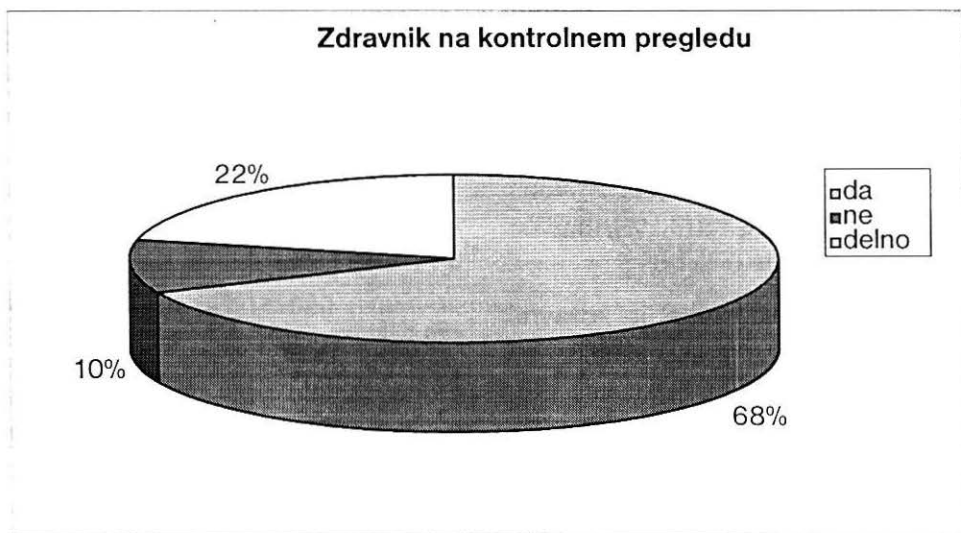


Diagram 6: Prikazuje ali si zdravnik vzame dovolj časa za bolnikova vprašanja na kontrolnem pregledu

Med trditvami, ki so bile navedene o zdravnikih, je 48 % bolnikov zadovoljnih z odnosom zdravnika, ker si le-ti vzamejo čas za bolnikove težave, 27 % bolnikov pozabi na vprašanja, ko pridejo do zdravnika, zato si nekateri vprašanja že doma zapišejo. 8 % bolnikov opazi, da je zdravnik pogosto z mislimi drugje, 8 % jih meni, da se mu vedno mudi, ker je polna čakalnica, 5 % jih meni, da se izogibajo določenim težjim vprašanjem, in 4 % jih meni, da si vzamejo čas za bolnika, vendar odgovarjajo preveč strokovno.

Med splošnimi trditvami, ki so bile navedene o zdravstvenem osebju,

vključno z zdravniki, bolniki menijo, da ima na splošno zdravstveno osebje pogosto slab dan (25 %). Kar 20 % bolnikov meni, da so prepogosto bolniki le »številke«. Bolniki se v 23 % najlažje pogovorijo o svojih težavah z medicinsko sestro na oddelku. 15 % bolnikov meni, da zdravstveno osebje na splošno premalo komunicira z bolniki, v 9 % pa menijo, da se jim zdijo zdravniki bolj nedostopni kot ostalo zdravstveno osebje. Najtežje pa se o svojih težavah pogovorijo s splošnim zdravnikom (8 %).

## **7.2 Primerjava z rezultati iz leta 1994**

Primerjava ankete je pokazala, da so danes bolniki bolj seznanjeni s svojim zdravstvenim stanjem (59 %), kot pa so bili leta 1994 (33 %). V letu 1994 kar 25 % bolnikov ni bilo dovolj seznanjenih, danes ja ta odstotek veliko manjši (5 %). Bolniki, ki so sodelovali v anketi leta 1994, so bili veliko slabše seznanjeni o samem zdravljenju svoje bolezni (30 %), medtem ko danes to meni le 6 % bolnikov.

Tudi informiranost, zakaj je zdravnik predlagal zdravljenje z obsevanjem, je v letošnji anketi boljša (66 %), iz leta 1994 pa je ta odstotek 51 %.

Bolniki iz obeh anket imajo odstotno približno enake občutke ob prvem obsevanju, le da je odstotek bolnikov, ki so mislili, da je obsevanje boleče, iz leta 1994 večji (34 %), bolnikov s takim mišljenjem pa je v letošnji anketi le 11 %.

Ravno tako ni večjih odstopanj pri vprašanju, kaj je bolnikom najbolj neprijetno pri zdravljenju z obsevanjem. V letu 1994 so bili bolniki veliko slabše seznanjeni s telesnimi težavami, ki jih obsevanje povzroči, in sicer so bili v 40% seznanjeni s tem (danes 53 %), 28 % jih ni bilo seznanjenih (danes 19 %).

Ravno tako so bili bolniki v preteklosti slabše seznanjeni o tem, koliko časa in koliko dni/tednov traja zdravljenje z obsevanjem.

Kar 78 % bolnikov je v preteklosti vedelo, da jih spremljamo preko ekrana med

obsevanjem, danes pa je ta odstotek nekoliko manjši (58 %).

Večjih odstopanj glede seznanjenosti s pomenom narančnega polja na koži med rezultati anket ni. Veliko manj navodil glede prehrane so bolniki dobili v preteklosti (61 %), danes pa je ta odstotek 36 %. Ravno tako je velika razlika glede napotkov za nego kože, in sicer so danes bolniki boljše informirani, kako negovati kožo med obsevanjem in po njem, kajti leta 1994 kar 56 % ni bilo dovolj poučenih, danes pa je ta odstotek manjši (22 %).

Odnos radiološkega inženirja do bolnika pa je glede na rezultate anket nekoliko slabši, kot je bil pred leti. Leta 1994 je bilo kar 88 % bolnikov zadovoljnih z odgovori na vprašanja, danes pa je ta odstotek manjši (77 %).

Da bi bil zdravnik večkrat prisoten pri obsevanju, si danes želi več bolnikov (43 %), leta 1994 pa si je to želelo le 14 % bolnikov. Rezultat letošnje ankete je pokazal, da si 10 % bolnikov ne želi zdravnika pri obsevanju, v preteklosti pa je bil odstotek teh bolnikov veliko večji, in sicer kar 69 %. Bolniki so na splošno enako zadovoljni z zdravstvenim osebjem, kot so bili pred leti.

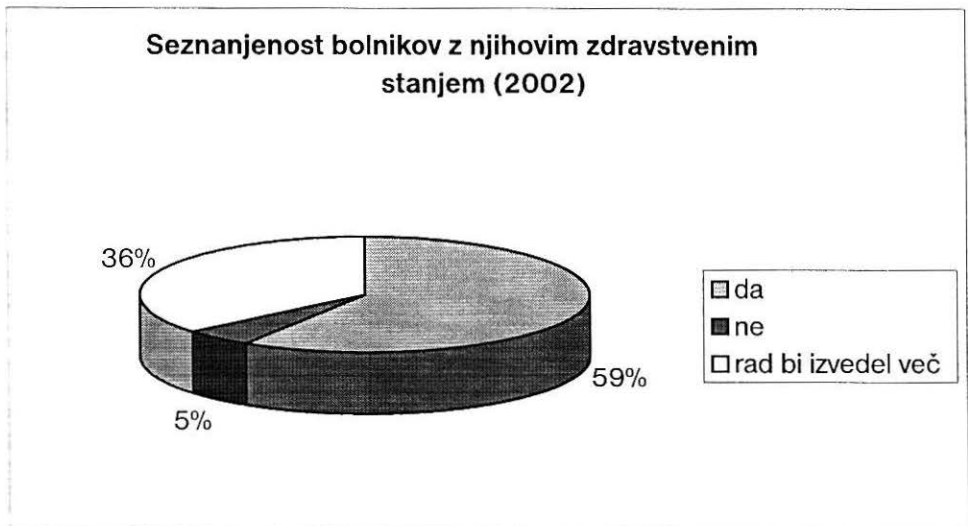
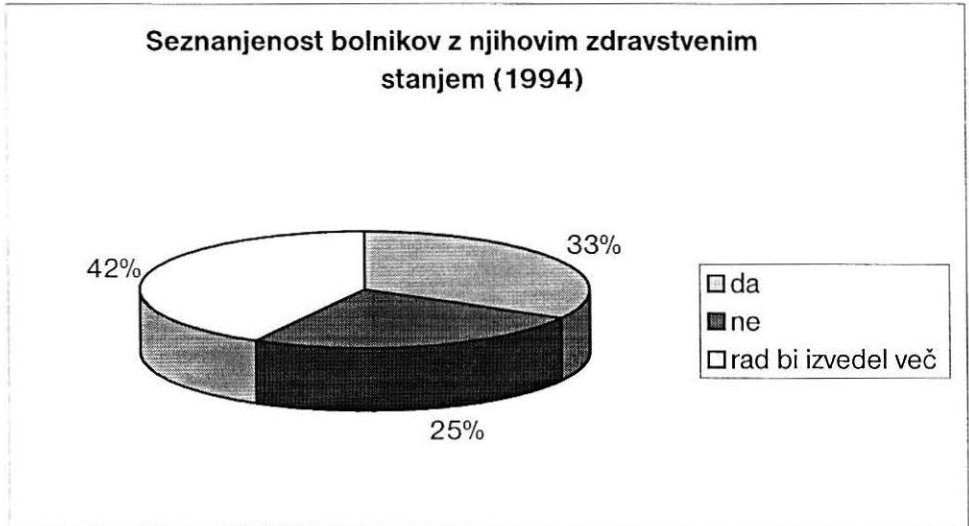


Diagram 7: Primerjava seznanjenosti bolnikov z njihovim zdravstvenim stanjem

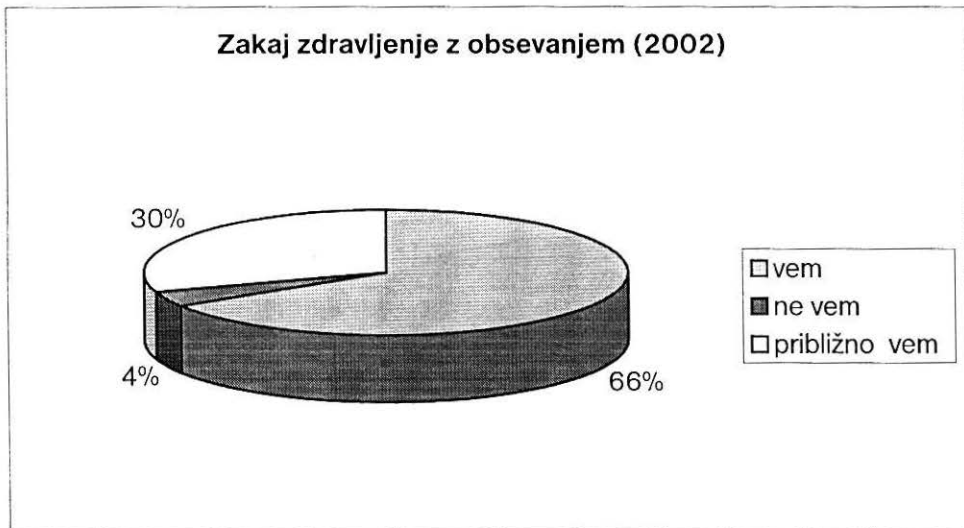
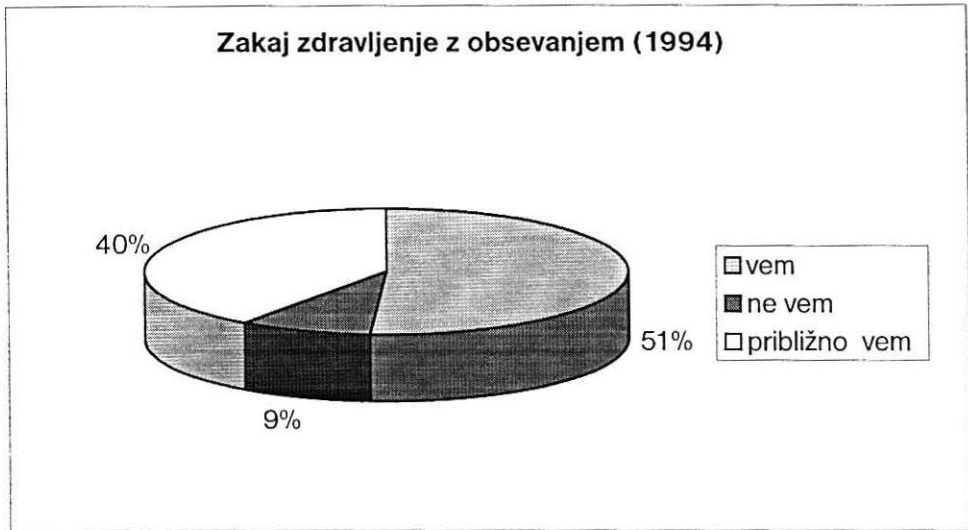


Diagram 8: Primerjava seznanjenosti zakaj je zdravnik predlagal zdravljenje z obsevanjem

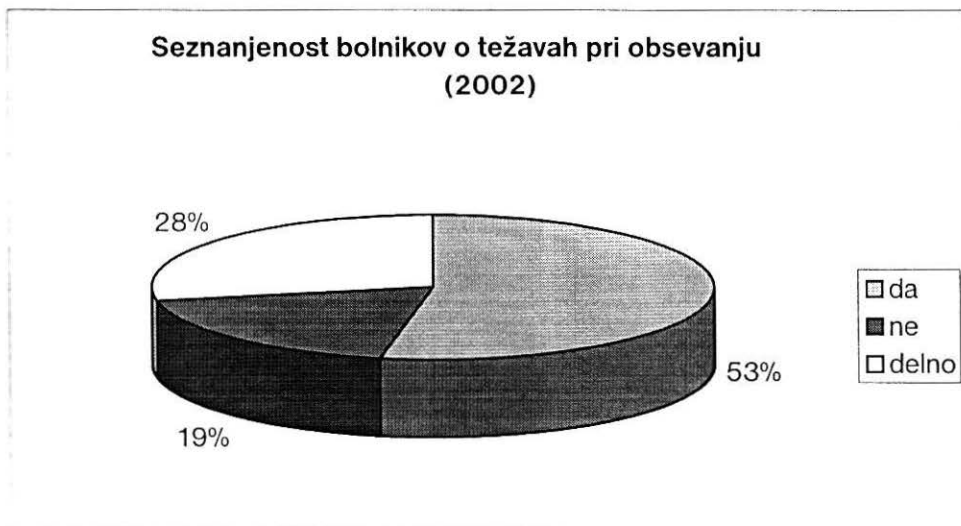
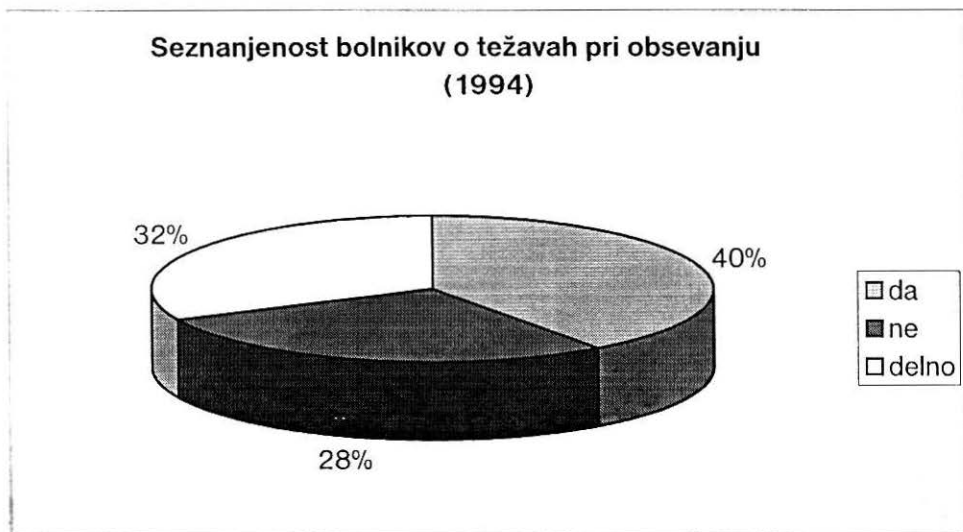


Diagram 9: Primerjava seznanjenosti bolnikov o telesnih težavah, ki jih zdravljenje z obsevanjem povzroči

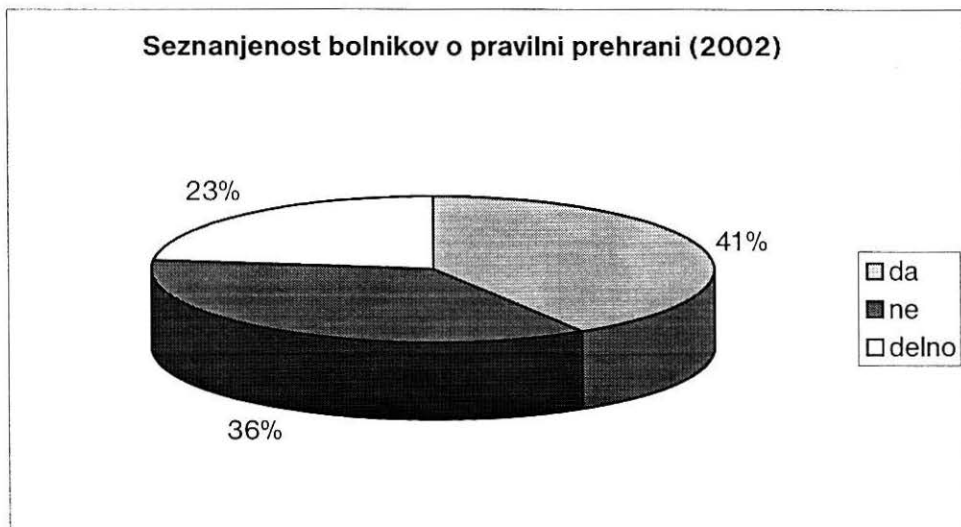
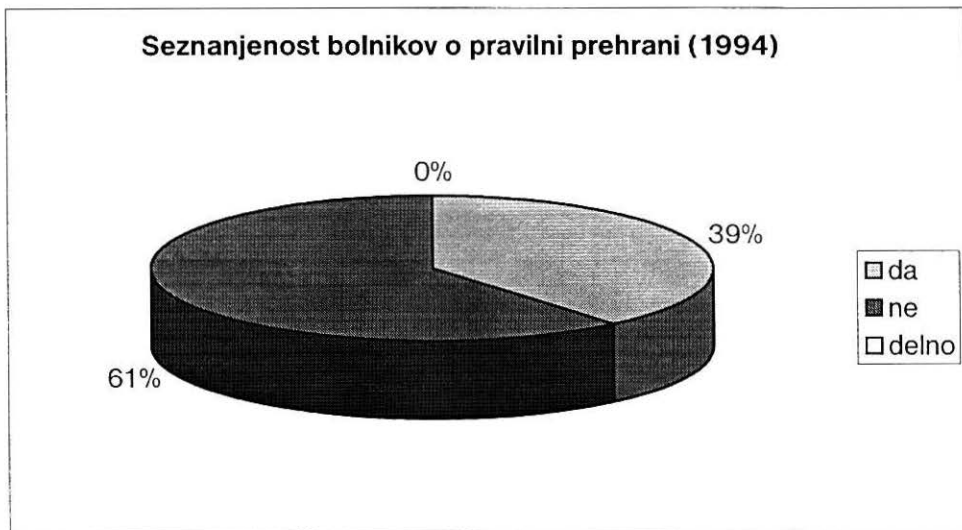


Diagram 10: Primerjava seznanjenosti bolnikov glede pravilne prehrane med zdravljenjem

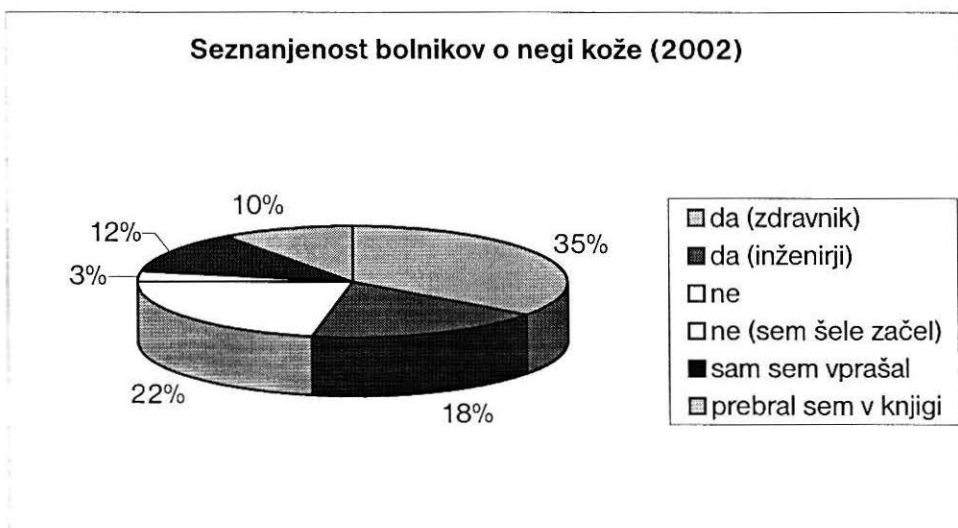


Diagram 11: Primerjava seznanjenosti bolnikov o negi kože med in po obsevanju

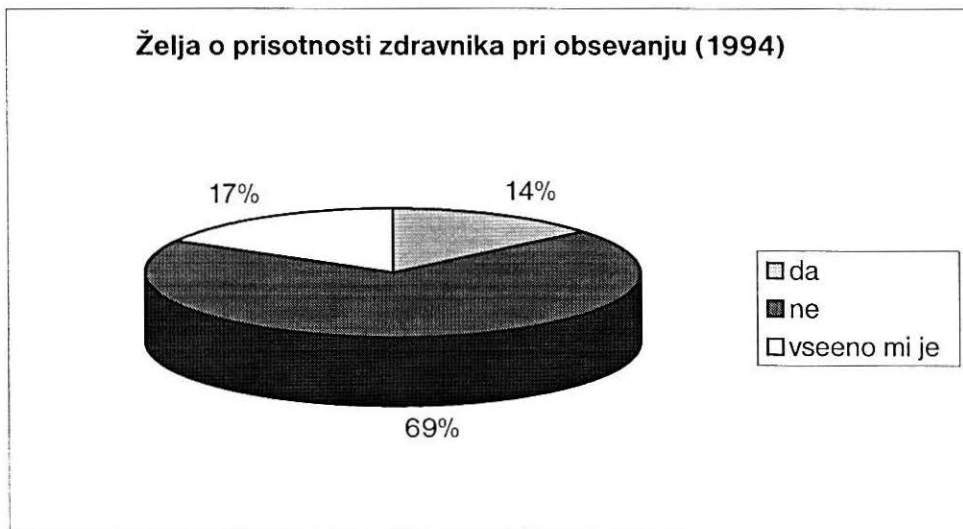


Diagram 12: Primerjava želja bolnikov o prisotnosti zdravnika pri obsevanju

## 8 ZAKLJUČEK

Kako bolnik doživlja zdravljenje svoje bolezni, vključno z radioterapevtskim zdravljenjem, je izredno pomembno pri končnem uspehu zdravljenja malignih

obolenj. Ker bolnik živi pod zelo velikim psihičnim pritiskom, ko izve za svojo bolezen, bi bilo potrebno bolnika izredno natančno seznaniti o poteku posameznega zdravljenja in vseh stranskih

težavah, ki jih tovrstno zdravljenje vključuje, s tem pa bi dosegli ugodnejši izid zdravljenja. Za bolnika doživljanje radioterapevtskega zdravljenja naj ne bi potekalo stresno, temveč bi ob izboljšani informiranosti terapijo lažje prestal. Bolnik v bodoče naj ne bi občutil strahu pri zdravljenju z obsevanjem, to pa bi dosegli le s še izboljšano informiranostjo bolnika. Večji poudarek bi morali dati v prihodnosti na psihično počutje bolnika, ga pred začetkom obsevanja pomiriti in se pogovoriti o njegovih neprijetnih občutkih glede obsevanja. Radiološki inženirji, ki so v vsakodnevnem stiku z bolniki, naj bi znali prepoznati bolnike s psihičnimi težavami in jih spodbuditi, da bi poiskali strokovno pomoč. Iz ankete je bilo razvidno, da so ženske bolj psihično prizadete kot moški, vendar ne glede na mogoče večjo čustveno obarvanost žensk bi bilo potrebno z obema spoloma ravnati enako občutljivo in primerno. Posebno pazljivo bi morali obravnavati bolnike, ki jih informacije o bolezni še posebej močno prizadenejo. Zelo pomembno pa je tudi primerno komuniciranje in ravnanje z otroki obolelimi s karcinomom, kateri sicer v tej anketi niso sodelovali. Razvidno je bilo, da so bolniki najmanj seznanjeni o zdravljenju s kemoterapijo, kajti tega zdravljenja, ne glede na kombinacijo zdravljenj, je bilo bolnike najbolj strah.

Ravno tako pa tudi odnosi zdravnika ter ostalega zdravstvenega osebja do bolnika niso nikoli tako dobri, da jih ne bi mogli še izboljšati, s tem pa bi nemalokrat

pripomogli k boljšemu počutju bolnika in najbrž uspešnejšemu izidu zdravljenja.

Da bi bilo informiranje v bodoče na TRT oddelku Onkološkega inštituta še boljše in temeljitejše, bi bilo potrebno, da bi bolniki pred obsevanjem dobili pisne informacije o vrsti bolezni in njenem zdravljenju.

## LITERATURA

1. Dovjak M. Pravice in dolžnosti pacientov. Ljubljana: Mednarodni inštitut za potrošniške raziskave, 1998: 1-23
2. Fras A.P. Onkologija. Ljubljana: katedra za onkologijo in radioterapijo: Onkološki inštitut, 1994: 104-147
3. Holland. Cancer medicine. London: B.C.Decker Inc, 2000: 943-955
4. Klain E. in sod. Psihološka medicina. Zagreb: Golden marketing, 1999: 62 - 264
5. Lešničar H. Radioterapija, kaj je to?: Onkologija 1997; 1: 4-12
6. Vegelj-Pirc M. Psihoonkologija. Priročnik iz onkološke zdravstvene nege in onkologije. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2000: 217-227
7. Trček J. Medosebno komuniciranje in kontaktna kultura. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 1998: 5-60