



Veselības ministrija

NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA
Eiropas Sociālais
fonds

I E G U L D Ī J U M S T A V Ā N Ā K O T N Ē

Eiropas Sociālā fonda projekta Nr. 9.2.6.0/17/I/001 “Ārstniecības un ārstniecības
atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana”

REHABILITĀCIJA ONKOLOĢISKAJIEM PACIENTIEM AKŪTĀS, SUBAKŪTĀS UN ILGTERMIŅA REHABILITĀCIJAS PERIODĀ

Rīga

2019

ANOTĀCIJA

Mācību materiāls onkoloģisko pacientu rehabilitācijā ir domāts plašam ārstniecības personu lokam – ārstiem, funkcionālajiem speciālistiem, medicīnas māsām u.c. Materiālā ir aptverti visi galvenie jautājumi, kas kopumā attiecas uz plašo jomu par onkoloģiskajām slimībām un to ārstēšanu, un īpaši ir uzsvērti tie jautājumi, kas attiecas uz onkoloģisko pacientu rehabilitāciju. Aprakstītas tādas ārstniecības metodes kā ķirurģija, radioloģija, ķīmijterapija, kas ietekmē kopējo pacienta veselības stāvokli, izraisot nogurumu, sliktu dūšu, vemšanu. Apskatīts psiholoģiski stigmatizējošais slimības raksturs, kas samazina pacienta motivāciju aktīvi iesaistīties rehabilitācijā, kā arī bieži sastopamais atbalstošas sociālās vides trūkums un grūtības atgriezties darbā vai mācībās, kā arī sarežģījumi ģimenē.

Materiālā ir aprakstīta rehabilitācijas pasākumu organizēšana onkoloģiskajiem pacientiem, t. sk. akūtā rehabilitācija, subakūtā rehabilitācija, paliatīvā aprūpe, brīvprātīgo iesaistīšana u. c. Materiāla uzdevums ir papildināt zināšanas par šo tēmu un palīdzēt iesaistīties onkoloģisko pacientu rehabilitācijā.

Autore – Rīgas Stradiņa universitātes asociētā profesore *Dr. med.* Anita Vētra.

SATURA RĀDĪTAJS

IEVADS	5
1. REHABILITĀCIJA	7
1.1. Rehabilitācijas jēdziens	7
1.2. Rehabilitācijas iedalījums	9
1.3. Rehabilitācijas pakalpojumu organizācijas principi	10
2. ONKOLOĢISKO PACIENTU FUNKCIONĒŠANAS IEROBEŽOJUMU SPECIFIKA, PACIENTU ATLASE REHABILITĀCIJAI	11
2.1. Starptautiskā funkcionēšanas klasifikācija (SFK), tās uzbūve, daļas un jēdziens par tās kategorijām	11
2.2. SFK praktiskās pielietošanas principi – SFK mērķkopas funkcionēšanas novērtēšanas instrumentu rezultātu izteikšana SFK kategorijās, specifiskie SFK balstītie funkcionēšanas instrumenti	13
2.3. Pacientu atlase rehabilitācijai, rehabilitācijas mērķu un pakalpojuma organizēšanas vietas, laika un termiņu izvēle atbilstoši pacienta funkcionēšanas novērtējumam	14
3. AKŪTĀS REHABILITĀCIJAS ORGANIZĀCIJA ONKOLOĢISKIEM PACIENTIEM MULTIDISCIPLINĀRĀ ĀRSTNIECĪBAS VIDĒ	15
3.1. Akūtās rehabilitācijas principi	15
3.2. Onkoloģisko pacientu ārstēšanas metodes	16
3.2.1. Onkoloģisko slimību raksturojums rehabilitācijas aspektā	16
3.2.2. Onkoloģisko slimību klasifikācija no rehabilitācijas viedokļa	18
3.2.3. Onkoloģiskā ārstēšana	18
3.3. Onkoloģisko pacientu ārstēšana un rehabilitācijas kopsakarības	23
3.4. Akūtās rehabilitācijas pakalpojumu organizēšana	24
4. MONOPROFESIONĀLA UN MULTIPROFESIONĀLA REHABILITĀCIJA ONKOLOĢISKIEM PACIENTIEM	26
4.1. Onkoloģisko pacientu monoprofesionāla un multiprofesionāla rehabilitācija	26
4.1.1. Metastāzes kaulos	26
4.1.2. Mīksto audu fleksibilitātes veicināšana kontraktūru profilaksei	27
4.1.3. Limfedēmas problēmas	27
4.1.4. Ārstnieciskā vingrošana	27
4.2. Garīgā aprūpe un rehabilitācija paliatīvās aprūpes organizēšanā	28
5. ONKOLOĢISKO PACIENTU ORGANIZĀCIJU UN BRĪVPRĀTĪGO IESAISTE REHABILITĀCIJAS PAKALPOJUMU ORGANIZĒŠANĀ	30

6. ONKOLOĢISKĀS REHABILITĀCIJAS PAKALPOJUMU REZULTĀTU NOVĒRTĒŠANA	31
7. ERGONOMIJAS PRINCIPI ONKOLOĢISKO PACIENTU APRŪPĒ	32
IZMANTOTĀS LITERATŪRAS UN AVOTU SARAKSTS.....	33

IEVADS

Onkoloģisko pacientu rehabilitācija gan globālā, gan nacionālā līmenī ir ļoti svarīgs sabiedrības veselības jautājums, tā nozīmīgums pēdējos gados ir audzis – desmit gadu laikā no 2005. līdz 2015. gadam onkoloģisko slimību incidence ir palielinājusies par vienu trešo daļu – 33%, no kā 12% nosaka kopējais iedzīvotāju skaita pieaugums pasaulē, bet ap 16% – iedzīvotāju novecošana. Būtiski, ka sakarā ar agrīnu onkoloģisko pacientu atklāšanu, precīzāku diagnostiku, sekmīgu ārstēšanu, pilnīgāku aprūpi un veselīgāku dzīvesveidu, pieaug arī onkoloģisko pacientu piecu gadu izdzīvošanas rādītāji, kas var sasniegt pat ap 67% [15].

Neskatoties uz šo neapšaubāmi pozitīvo tendenci attiecībā uz izdzīvošanu un dzīvildzi, slimojot ar onkoloģiskām slimībām, vienlaikus rodas virkne citu problēmu, piemēram, emocionāli un kognitīvi traucējumi, kas saistīti gan ar pašu slimības faktu, gan ārstēšanu – invazīvu ķirurģiju, masīvu ķīmijterapiju, jaudīgu staru terapiju u.tml., kas kopumā var radīt ilgstošus cilvēka funkcionēšanas traucējumus mobilitātes un pašaprūpes aktivitāšu jomās. Ļoti svarīgi ir apzināties, ka onkoloģiskais process var attīstīties gandrīz visos organisma audos un orgānos, tādēļ orgānu sistēmas bojājums var izraisīt visdažādākos aktivitāšu un dalības traucējumus. Funkcionēšanas traucējumi var izpausties visdažādākajos veidos un pakāpēs, un tas ir jāņem vērā, vērtējot onkoloģiskās ārstēšanas rezultātus – tikai dzīvildzes palielināšana, nenodrošinot slimības iznākumam atbilstošu dzīves kvalitāti, samazina atdevi no onkoloģisko pacientu diagnostikā un ārstēšanā ieguldītajiem resursiem.

Mobilitātes ierobežojumi, sāpes, nogurums, fizisko darba spēju ierobežojums, pašaprūpes traucējumi, disfāģija, kognitīvie traucējumi, limfedēma, neiropātija, amputācijas u.tml. problēmas nosaka nepieciešamību bez jau noteiktajiem atvieglojumiem, piemēram, “zaļais koridors” onkoloģisko pacientu ārstēšanā savlaicīgi iesaistīt arī rehabilitācijas speciālistus. Pacientu atlasē ir svarīgi izvērtēt ne tikai funkcionēšanas ierobežojumus, bet arī pacienta motivāciju rehabilitācijai. Ja tā nav pietiekoša, par prioritāti izvirza adekvātus aprūpes (kopšanas) pasākumus. Jebkurā gadījumā svarīgs priekšnoteikums adekvātai rehabilitācijai ir laba onkoloģijas, aprūpes un rehabilitācijas speciālistu savstarpēja komunikācija un sadarbība [13].

Zinātniskas publikācijas liecina, ka onkoloģiskās slimības vismaz pusei no pacientiem rada problēmas fizisko spēju aspektā, un viena trešdaļa no izdzīvojušajiem onkoloģiskajiem pacientiem, kas nav vecāka gada gājuma cilvēki, turpmāk saskaras ar dalības ierobežojumiem atbilstoši savai sociālajai lomai [22].

Gandrīz pusei pacientu pēc 65 gadu vecuma blakusslimības rada ar onkoloģisko slimību ārstēšanas sekām saistītas papildus problēmas. Tādēļ sekmīgs onkoloģiskās ārstēšanas rezultāts ne vienmēr kļūst par sekmīgu sociālu ieguvumu [11].

Galvenās onkoloģisko pacientu sūdzības parasti ir saistītas ar mobilitātes un līdzsvara traucējumiem. Dzīves kvalitātes mērījuma *Health-related quality of life* (HR-QoL) rezultāti rāda, ka mentālas jeb psihiest problēmas ir ap 10% izdzīvojušajiem onkoloģiskajiem pacientiem, bet fiziski ierobežojumi – apmēram 25% [28].

Ļoti būtiski ir pētījumi par izdzīvojušo onkoloģisko pacientu algota darba strādāšanas darbspēju ierobežojumiem – daudziem pacientiem ir grūtības atgriezties darbā sakarā ar fizisku un emocionālu problēmu turpināšanos – drudzis, sāpes, kognitīvas problēmas, trauksme un depresija. Trešajai daļai pacientu astoņus mēnešus pēc diagnozes un ārstēšanas uzsākšanas joprojām ir problēmas ar atgriešanos darbā. [21]

Lai gan precīza un savlaicīga onkoloģisko slimību diagnostika un ārstēšana lielai daļai izdzīvojušo pacientu (šobrīd piecu gadu periodā vairāk kā divās trešdaļās gadījumu – 67% no pētījumā iekļautajiem pacientiem) dažādās onkoloģisko slimību grupās ir ar pozitīvu tendenci, tomēr nereti pacientu veselības stāvoklis ir saistīts ar ilgstošiem fiziskiem un mentāliem funkcionēšanas traucējumiem, kas traucē atgriezties iepriekšējā dzīvē un sociālajā lomā, t.sk., arī algota darba veikšanā, kas, savukārt, pamato onkoloģisko pacientu ārstēšanā iekļaut arī rehabilitācijas, t.sk. arodrehabilitācijas pakalpojumus (*vocational rehabilitation*) [17].

Rīgas Stradiņa universitātes Rehabilitācijas katedras piedāvātās programmas mērķis ir dažādu profesiju speciālistiem – ārstiem, māsām, funkcionālajiem speciālistiem, sociālajiem darbiniekiem, psihologiem, kā arī veselības aprūpes speciālistiem veidot izpratni par rehabilitācijas procesa organizēšanu onkoloģiskiem pacientiem akūtās, subakūtās un ilgtermiņa rehabilitācijas laikā, kā arī attīstīt iemaņas nodrošināt monoprofesionālus, multiprofesionālus un multidisciplinārus onkoloģisko pacientu rehabilitācijas pakalpojumus atbilstoši katra speciālista profesionālajai kompetencei.

1. REHABILITĀCIJA

1.1. Rehabilitācijas jēdziens

Rehabilitācijas jēdziena izpratne Latvijā ir ļoti dažāda, tādēļ mācību materiāla autori ir izvēlējušies galvenokārt balstīties uz Pasaules Veselības organizācijas (PVO) ieteikumiem. Atbilstoši PVO (2011) “rehabilitācija” tiek definēta kā pasākumu kopums, kas palīdz personām, kurām ir vai kurām var iestāties invaliditāte, atjaunot un uzturēt savu optimālo funkcionēšanu mijiedarbībā ar apkārtējo vidi.

Rehabilitācijas galvenais darbības mērķis ir pacienta funkcionēšanas uzlabošana jeb modificēšana personas interesēs, kas vairumā gadījumu prasa aktīvu personas pašas līdzdarbošanos rehabilitācijas procesā.

Rehabilitācijas pasākumu iedalījums atbilstoši PVO ieteikumiem:

- 1) rehabilitācijas medicīna;
- 2) terapijas;
- 3) palīgtechnoloģijas.

Rehabilitācijas medicīna atbilstoši medicīnas specialitāšu iedalījumam pasaulē un Eiropā, atbilstoši Eiropas Medicīnas speciālistu apvienības (*UEMS*) klasifikācijai, ir viena no medicīnas pamata specialitātēm. Rehabilitācijas profesionālos resursus veido fizikālās un rehabilitācijas medicīnas (FRM) ārsti, funkcionālie speciālisti – fizioterapeiti, ergoterapeiti, audiologopēdi, tehniskie ortopēdi, uztura speciālisti, mākslu terapeiti u. c., veselības vai klīniskie psihologi, sociālie darbinieki u. c.

Rehabilitācijas medicīna ārstniecībā izmanto divas galvenās stratēģijas:

- 1) **ārstējošo** jeb kuratīvo, kurā tiek pielietotas dažādas diagnostikas un ārstēšanas tehnoloģijas;
- 2) **rehabilitējošo** stratēģiju, kas balstās uz dažādu terapiju izmantošanu, pacienta un piederīgo apmācību, vides modificēšanu u.tml.

Onkoloģisko pacientu rehabilitācijā ir svarīgi nodrošināt pietiekošu rehabilitācijas un onkoloģisko speciālistu sadarbību un ārstēšanas plānu koordinēšanu [31]. Rehabilitācijas medicīnas pakalpojumu ordinēšanu un rehabilitācijas speciālistu darbības koordināciju ārstniecības procesa ietvaros nodrošina FRM ārsti. Rehabilitācijas pakalpojumus var sniegt monoprofesionālā vai multiprofesionālā veidā, t. sk. multidisciplinārā vidē [16].

Terapiju jēdziens pamatā ietver fizisko un psihes slimību ārstēšanu, izmantojot tādas medicīnas tehnoloģijas, kas nav ķirurģiskas (invazīvas) un nav saistītas ar medikamentu izmantošanu, un ko veic dažādu jomu funkcionālie speciālisti – terapeiti. Medicīnā nereti ir

runa arī par farmakoterapiju, kas ir kopīgs apzīmējums dažādu farmācijas produktu izmantošanai ārstniecībā, un rehabilitācijas gadījumā tā varētu tikt izmantota kā atbalsts rehabilitācijas terapijām [12].

Rehabilitācijā ar jēdzienu “terapijas” saprot ārstēšanu vai piedalīšanos ārstēšanā, ko veic dažādu profesiju vismaz pirmā līmeņa augstāko izglītību ieguvuši terapeiti (funkcionālie speciālisti) – fizioterapeiti, ergoterapeiti, audiologopēdi, tehniskie ortopēdi, uztura speciālisti un mākslas terapeiti, kā arī sociālie darbinieki un psihologi. Kaut arī Latvijā ārstu pamatspecialitāti – internistus – joprojām sarunu valodā nepareizi dēvē par terapeitiem, rehabilitācijas kontekstā terapeitu iegūtā izglītība neatbilst ne ārsta, ne māsas izglītībai. Ir arī terapijas, kuras drīkst veikt tikai ārsta izglītību ieguvuši mediķi, piemēram, manuālo terapiju, bet attiecībā uz fizioterapiju vai ergoterapiju u. c. ārsta izglītība neatbilst (ir citāda) minētajām profesijām.

Terapijas var sniegt atsevišķu konsultāciju vai terapijas kursu veidā. Terapijas kursu ilgums ir atkarīgs no izvirzītajiem rehabilitācijas mērķiem. Daudzos gadījumos terapijas var tikt uzsāktas un veiktas bez tiešas ārsta iesaistes, terapeitam pašam veicot pacienta funkcionēšanas novērtēšanu un izvirzot sasniedzamos rehabilitācijas mērķus – svarīgi, lai pacientam būtu uzstādīta diagnoze, un lai ārsts būtu definējis indikācijas un kontrindikācijas attiecībā uz slodzi, pieļaujamiem kustību apjomiem u.tml., kas ir jāievēro, veicot terapijas. Nesasniedzot izvirzītajos termiņos plānotos rehabilitācijas rezultātus, pacientam ir jānodrošina FRM ārsta konsultācija, jo, iespējams, ka pacienta funkcionēšanas problēmas prasa rehabilitāciju multiprofesionālas rehabilitācijas komandas veidā.

Palīgtechnoloģijas jeb tehnisko palīglīdzekļu pakalpojumi ir rehabilitācijas joma, kas pacienta funkcionēšanas kapacitātes vairošanai vai vides ierobežojumu mazināšanai izmanto dažādus tehniskos palīglīdzekļus. Tehnisko palīglīdzekļu klāsts ir ļoti plašs, un tas ietver visdažādākās ierīces un izstrādājumus, t. sk. datorprogrammas, ko pacients un viņa piederīgie var lietot paši bez speciālu medicīnisku izglītību ieguvušu mediķu klātbūtnes – “sākot ar spieķi un beidzot ar plaušu mākslīgās ventilācijas aparātiem”. Palīgtechnoloģiju pakalpojums ietver gan nepieciešamību izvērtēšanu, gan paša tehniskā palīglīdzekļa izsniegšanu. Palīgtechnoloģijas jēdziens ietver gan pašu tehnisko palīglīdzekli, gan tā izvēli, pielāgošanu un lietošanas apmācību. Palīgtechnoloģiju klasificēšanai izmanto ISSO klasifikāciju, ko var atrast Eiropas palīgtechnoloģiju nodrošinātāju tīklāja *EASTIN* mājas lapā [10].

1.2. Rehabilitācijas iedalījums

PVO rehabilitāciju iedala pēc dažādiem kritērijiem – veselības stāvokļa (*health condition*), veselības traucējumu rakstura (*health condition / impairment by pattern of progression*), traucējumu tipa (*types of impairment*), rehabilitācijas mērķa veida (*rehabilitation objectives*), rehabilitācijas uzdevumiem (*rehabilitation outcomes*), veselības aprūpes līmeņa (*levels of health care*), veselības aprūpes etapa (*phases of health care*), ārstniecisko pakalpojumu organizācijas veida (*models of service delivery*), rehabilitācijas pakalpojumu sarežģītības (*complexity of rehabilitation services*), prioritātes līmeņa (*priority*) u. c. [31].

Veselības stāvokli rehabilitācijas gadījumā var apzīmēt kā traucētu, slimības skartu vai izmainītu ievainojuma (traumas) dēļ. No rehabilitācijas pakalpojumu organizācijas viedokļa rehabilitāciju var iedalīt arī multiprofesionālā un monoprofesionālā rehabilitācijā, papildus izdalot multidisciplināru rehabilitāciju, kam raksturīga rehabilitācijas pakalpojumu sniegšana daudzprofilu slimnīcas vidē.

Monoprofesionālas rehabilitācijas pakalpojumi ir atsevišķu ārstu vai citu rehabilitācijas speciālistu individuālas nodarbības ar pacientu noteiktu rehabilitācijas mērķu sasniegšanai. Vienlaikus vairāku speciālistu nodarbības ar pacientu arī ir uzskatāmas par monoprofesionālu rehabilitāciju, ja šie speciālisti savstarpēji nesadarbojas rehabilitācijas komandas veidā.

Multiprofesionāla rehabilitācija balstās uz rehabilitācijas komandu, kuras ietvaros tiek risināti visi galvenie rehabilitācijas jautājumi – funkcionālā stāvokļa izvērtēšana, rehabilitācijas mērķu uzstādīšana, rehabilitācijas plāna izveidošana un realizācija (iesaistāmie speciālisti, termiņi, kursa pabeigšanas kritēriji u. tml.). Rehabilitācijas komandas darbu raksturo vienota telpa (teritorija) rehabilitācijas procesa organizēšanai, regulāras (vismaz reizi nedēļā) komandas sapulces un kopīga lēmumu pieņemšana, kaut arī medicīniskā un juridiskā atbildība par kopējiem lēmumiem ir fizikālās un rehabilitācijas medicīnas (FRM) ārsta atbildībā.

Multidisciplināras rehabilitācijas vide galvenokārt ir īstenojama daudzprofila ārstniecības iestādēs – universitāšu un reģionālajās slimnīcās, kur ikdienā septiņas dienas nedēļā strādā dažādu specialitāšu un profesiju mediķi, kas sniedz neierobežotu savstarpēju konsultāciju iespēju, pēc vajadzības kopīgi apskatot pacientus, t. sk. konsīliju veidā, kā arī kontaktējoties akadēmisku un pētniecisku aktivitāšu ietvaros. Multidisciplināra vide rehabilitācijas medicīnas gadījumā ļauj plaši izmantot ne tikai rehabilitējošās, bet arī ārstējošās medicīnas tehnoloģijas, kas onkoloģisko pacientu gadījumā ir īpaši svarīgas [23].

1.3. Rehabilitācijas pakalpojumu organizācijas principi

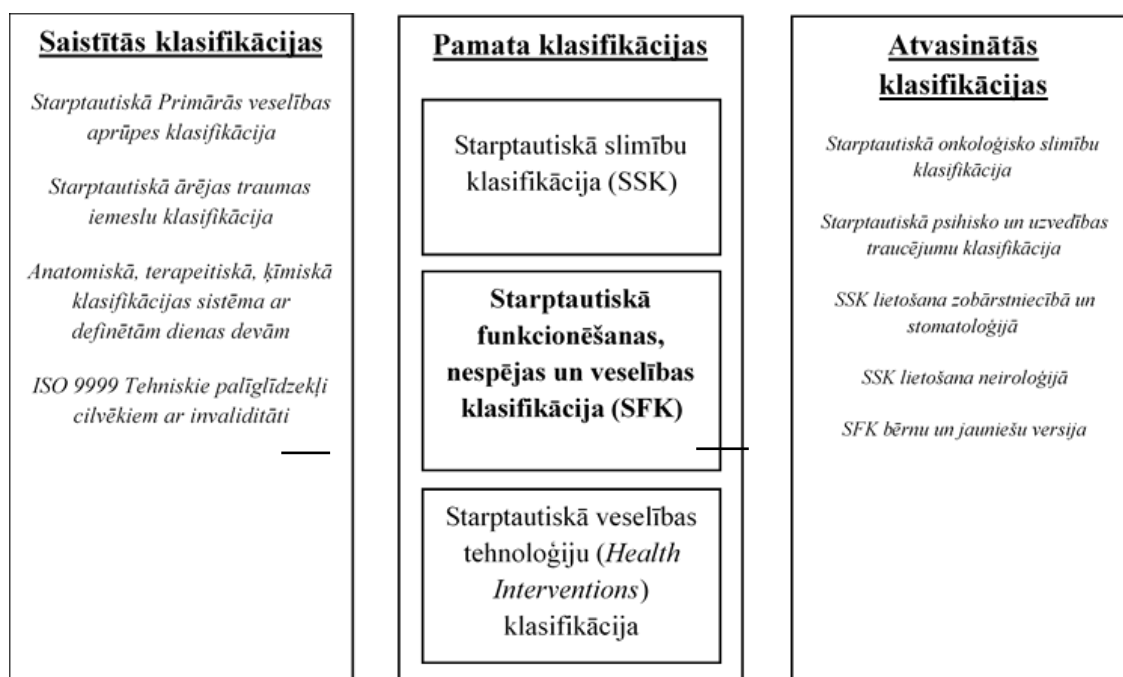
Rehabilitācijas pakalpojumu organizācija balstās uz biopsihosociālo pieeju pacientu problēmu risināšanā, kas nozīmē pacienta funkcionēšanas ierobežojumu novērtēšanu, izmantojot Starptautiskās funkcionēšanas klasifikācijas principus. Iegūtais novērtējums kalpo par pamatu rehabilitācijas īstermiņa vai startēģisko mērķu izvirzīšanai. Mērķu izvirzīšana notiek kopīgi ar pacientu, un, kad ir panākta vienošanās par tiem, nākamais solis ir rehabilitācijas komandas izvēle, noteiktā laika periodā terminētu uzdevumu izvirzīšana un pēc tam – etapa novērtējums, lai noskaidrotu, vai un kā izvirzītie mērķi īstermiņā ir sasniegti un sekojoša vēlino rezultātu novērtēšana pēc dažiem mēnešiem.

2. ONKOLOĢISKO PACIENTU FUNKCIONĒŠANAS IEROBEŽOJUMU SPECIFIKA, PACIENTU ATLASE REHABILITĀCIJAI

2.1. Starptautiskā funkcionēšanas klasifikācija (SFK), tās uzbūve, daļas un kategorijas jēdziens

Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija ir Pasaules Veselības organizācijas izveidota klasifikācija, kas pieder PVO Starptautisko klasifikāciju saimei.

PVO starptautisko klasifikāciju saime ir daļa no plašākas Apvienoto Nāciju ekonomisko un sociālo klasifikāciju saimes. Shematiska PVO starptautiskās klasifikāciju saimes struktūra attēlota 2.1. attēlā [20].



2.1.attēls. PVO starptautiskās klasifikāciju saimes struktūra

Starptautiskajās PVO klasifikācijās veselības stāvokļu (slimību, traucējumu, ievainojumu utt.) grupējumu pamatā nodrošina SSK-10 – Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas, 10. redakcija, kas nodrošina etioloģisko konstrukciju. Funkcionēšana un nespēja saistībā ar veselības stāvokļiem ir klasificēta SFK. Tāpēc SSK-10 un SFK papildina viena otru. SSK-10 nodrošina slimības, traucējuma vai cita veselības stāvokļa “diagnozi”, un šī informācija tiek bagātināta ar papildu informāciju par funkcionēšanu no SFK.

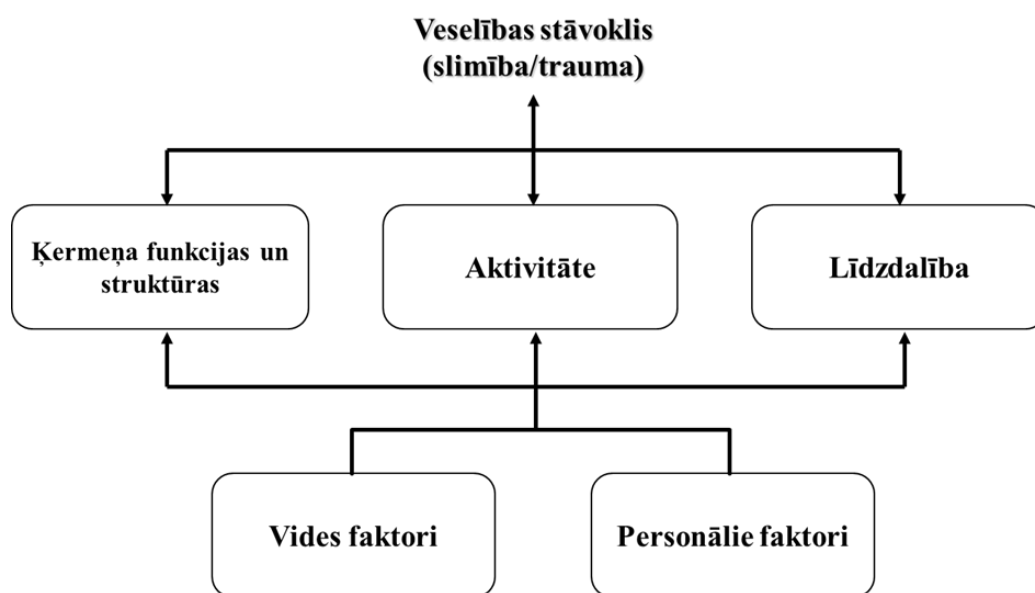
Kopā informācija par diagnozi un funkcionēšanu nodrošina plašāku un daudzpusīgāku skatījumu uz cilvēka vai populācijas veselību, kas var tikt lietota lēmumu pieņemšanas gaitā [34].

Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas 11. redakcija (SSK-11) ir publicēta 2018. gada 18. jūnijā. Salīdzinot ar SSK-10, tai ir uzlabota lietojamība (vairāk klīnisku detaļu, ar īsāku nepieciešamo apmācību laiku), atjaunots zinātniskais saturs un tā ļauj kodēt visas klīniskās detaļas. Klasifikācija ir sagatavota lietošanai dažādās e-veselības vidēs. Tā ir saistīta ar citām svarīgām klasifikācijām un terminoloģijām.

SFK praktiskās pielietojšanas iespējas

Starptautisko funkcionēšanas klasifikāciju PVO publicēja 2001. gadā. Tā ir izveidota balstoties uz Starptautiskās neveselības, nespējas un nevarības klasifikāciju (1980). SFK pamatā ir tā saucamais bio-siho-sociālais modelis. Šajā modelī integrētas dažādas nespējas (invaliditātes) perspektīvas: bioloģiskā, individuālā un sociālā un skaidro personas un viņa veselības stāvokļa mijiedarbību ar viņa apkārtējo vidi [9; 24; 33].

Vispārējais SFK konceptuālais ietvars redzams 2.2. attēlā.



2.2. attēls. SFK konceptuālais rāmis

Galvenie SFK mērķi:

- nodrošināt zinātnisko bāzi, lai saprastu un pētītu veselību un ar veselību saistītus stāvokļus, galarezultātus un determinantes;
- ieviest kopīgu valodu veselības un ar veselību saistītu stāvokļu aprakstīšanai, lai uzlabotu saziņu starp dažādiem lietotājiem, tādiem kā veselības aprūpes darbinieki, pētnieki, politikas veidotāji un sabiedrība, ieskaitot pašus cilvēkus ar nespēju;

- ļaut salīdzināt dažādu valstu, dažādu veselības aprūpes nozaru un dienestu datus laika gaitā;
- nodrošināt veselības informācijas sistēmas ar sistēmisku kodēšanas shēmu.

SFK nav attiecināma tikai uz cilvēkiem ar nespēju, bet tā ir attiecināma uz visiem cilvēkiem. Veselība un ar veselību saistītie stāvokļi var tikt aprakstīti, lietojot SFK, neatkarīgi no veselības stāvokļa izņemot sociālekonomiskos faktorus.

SFK apraksta personas funkcionēšanu un tās traucējumus, kā arī kontekstuālos faktorus tikai veselības stāvokļa (slimības/traumas) kontekstā. Veselības stāvoklis ir integratīvā funkcionēšanas, nespējas un veselības modeļa komponents un to var klasificēt izmantojot Starptautisko slimību klasifikāciju. Tādējādi SSK un SFK savstarpēji viena otru papildina un tiek ieteikts tās izmantot kopā, lai aprakstītu gan veselības stāvokli, gan tā ietekmi uz personas funkcionēšanu. [4; 32]

2.2. SFK praktiskās pielietošanas principi – SFK mērķkopas funkcionēšanas novērtēšanas instrumentu rezultātu izteikšana SFK kategorijās, specifiskie SFK balstītie funkcionēšanas instrumenti

Praktiskajā ikdienas lietošanā svarīgākais ir pielietot SFK principus funkcionēšanas novērtēšanā, funkcionēšanu uztverot kā multifaktoriālu procesu atbilstoši SFK struktūrai. Lai SFK izmantošanu atvieglotu, atsevišķām nozoloģiskajām vienībām atlasot tipiskākos funkcionēšanas ierobežojumus, izveidojot t. s. SFK mērķkopas (*ICF Core-Sets*). Attiecībā uz onkoloģiju šādas mērķkopas ir apstiprinātas krūts vēzim un galvas-kakla vēzim [14; 18].

Neskatoties uz šī funkcionēšanas koncepta nozīmi un attīstību, funkcionēšanas novērtēšanā visā pasaulē joprojām izmanto tradicionālus gadu desmitiem lietotus funkcionēšanas novērtēšanas instrumentus – kā Bartela indeksu, *Functional Independence Measurement (FIM)* u. c. un viena no aktuālām problēmām ir ar šiem instrumentiem iegūto novērtējumu kvalitatīvi un kvantitatīvi izteikt SFK kategorijās. Tādēļ tiek attīstīti speciāli uz SFK bāzes veidoti funkcionēšanas novērtēšanas instrumenti *WHODAS-2* un *WORQ*, kur rezultāti atbilst SFK.

2.3. Pacientu atlase rehabilitācijai, rehabilitācijas mērķu un pakalpojuma organizēšanas vietas, laika un termiņu izvēle atbilstoši pacienta funkcionēšanas novērtējumam

Rehabilitācijas procesa plānošana balstās uz funkcionēšanas novērtējumam un kontekstuālajiem faktoriem atbilstošu rehabilitācijas mērķu izvirzīšanu, kam ir jāatbilst t. s. SMART principiem, un tie ir:

- specifisks (*Specific*);
- izmērams (*Measurable*);
- sasniedzams (*Attainable*);
- svarīgs (*Relevant*);
- Terminēts laikā (*Timely*).

Rehabilitācijas mērķiem ir jāmotivē pacientu tos sasniegt, tiem ir jāatbilst reālajai pacienta fiziskajai un psihiskajai videi un tiem ir jāatbilst attiecīgajai rehabilitācijas iestādei, kas ir uzņēmusies atbildību par pacienta rehabilitāciju. Onkoloģisko pacientu gadījumā psiholoģiskie rehabilitācijas aspekti iegūst papildus nozīmi izvirzīto rehabilitācijas mērķu sasniegšanā [26].

3. AKŪTĀS REHABILITĀCIJAS ORGANIZĀCIJA ONKOLOĢISKAJIEM PACIENTIEM MULTIDISCIPLINĀRĀ ĀRSTNIECĪBAS VIDĒ

3.1. Akūtās rehabilitācijas principi

Rehabilitācija tradicionāli tiek uztverta kā pasākumu kopums, kas tiek plānots, īstenots tad, kad pacients ir jau izrakstīts no specializētas ārstēšanas nodaļas, to pašu var teikt arī par onkoloģisko pacientu ārstniecību. Akūtā rehabilitācija tiek definēta kā mērķtiecīgs multidisciplinārs rehabilitācijas process jau pirmajās slimības ārstēšanas dienās vai nedēļās, tādējādi akūtās rehabilitācijas process “pārklājas” ar ķirurģisku vai citu invazīvu vai konservatīvu ārstēšanu, aprūpi. Ir vairāki rehabilitācijas pakalpojumu organizācijas modeļi – slimnīcas rehabilitācijas dienesta mobilās vienības vai īpašas akūtās rehabilitācijas gultas, vēlākos termiņos ir iespējams arī pastāvīgs rehabilitācijas centra konsultatīvs atbalsts, bet onkoloģisko pacientu gadījumā ļoti svarīgi ir saglabāt multidisciplināro pieeju sadarbībā ar ķirurģiskās ārstēšanas, ķīmijterapijas un staru terapijas speciālistiem. Pacientu iekļaušana akūtās rehabilitācijas programmā izriet no multipliem funkcionēšanas traucējumiem, kas var būt par pamatu ne tikai akūtās rehabilitācijas uzsākšanai, bet arī rehabilitācijas turpināšanai vēlāk iesaistot ģimeni vai citus piederīgos, veicinot pielāgošanos jaunajai situācijai, kā arī videi. [29]

Akūtās rehabilitācijas rezultāti ir saistīti ar akūtās ārstēšanas ilguma samazināšanu un ātrāku pārvešanu tālākai pēc-akūtai vai subakūtai rehabilitācijai, kas Latvijas apstākļos ir attīstīta nepietiekoši. Problēmas var sagādāt arī nepieciešamība nodrošināt rehabilitācijas pakalpojumus septiņas dienas nedēļā vai pieredzes trūkums akūtās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanā.

Rehabilitācijas komandas locekļu uzdevumi atbilst profesionālajām kompetencēm:

- **Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas (FRM) ārsts** – pacienta funkcionālā stāvokļa novērtēšana, medicīniskās rehabilitācijas plāna sastādīšana, pacienta funkcionālā stāvokļa kontrole dinamikā, t. sk. rehabilitācijas komandas darba organizēšana, veikto terapiju efektivitātes izvērtēšana, lēmuma pieņemšana par pacientu atļaušanu tālākiem rehabilitācijas etapiem un rehabilitācijas komandas vadīšana.
- **Fizioterapeits** – pacienta fiziskā stāvokļa novērtēšana atbilstoši kompetencei un terapiju veikšana.

- **Ergoterapeits** – ikdienas aktivitāšu veikšanas novērtēšana, vides faktoru novērtēšana un modificēšana atbilstoši kompetencei, terapiju veikšana.
- **Audiologopēds** – komunikācijas, runas un valodas, fonācijas un rīšanas traucējumu novērtēšana atbilstoši kompetencei un terapiju veikšana.
- **Uztura speciālists** – pacienta stāvokļa un uztura paradumu novērtēšana atbilstoši kompetencei, un terapiju veikšana.
- **Sociālais darbinieks** – sociālo problēmu un sociālo vajadzību identificēšana, sociālās vides un apstākļu ietekmes novērtēšana, iekļaušanās stratēģiju un aprūpes mājās iespēju izvērtēšana atbilstoši kompetencei.
- **Klīniskais psihologs** – psiholoģiskā stāvokļa novērtēšana atbilstoši kompetencei, atbalsta sniegšana pacientam, viņa ģimenei un citiem rehabilitācijas komandas locekļiem.
- **Tehniskais ortopēds** – pacienta funkcionālā stāvokļa novērtēšana atbilstoši kompetencei, individuālo un rūpnieciski izgatavoto tehniskās ortopēdijas izstrādājumu nodrošināšana.

Onkoloģisko pacientu akūtās rehabilitācijas gadījumā pieejamība rehabilitācijas pakalpojumiem ir jānodrošina piecas vai sešas dienas nedēļā, terapeiti pacienta novērtēšanu uzsāk saskaņojot to ar ārstējošo onkologu vai FRM ārstu [8].

3.2. Onkoloģisko pacientu ārstēšanas metodes

3.2.1. Onkoloģisko slimību raksturojums rehabilitācijas aspektā

Audzējs ir patoloģiska, nekontrolējama un neierobežota šūnu proliferācija, kam piemīt noteikta uzbūve, morfoloģisks, bioķīmisks, fizikāls, funkcionāls, imunoloģisks un cita veida atipiskums vienlaikus ar relatīvu audzēja autonomiju, kas ir pamats visa organisma saslimšanai, izjaucot normālos šūnu augšanas, dalīšanās un iekšējas pārvietošanās procesu kontroles mehānismus. Gan morfoloģiski, gan klīniski audzēji var tikt iedalīti labdabīgos vai ļaundabīgos audzējos.

Attiecībā uz labdabīgiem audzējiem to “labdabīgums” izpaužas kā iekapsulēšanās – laba norobežošanās no pārējiem organisma audiem, tiem nav raksturīga invazīva neierobežota augšana un metastāžu veidošanās. Morfoloģiski tie ir pietiekoši augsti diferencēti, bet no klīniskā viedokļa tie, mehāniski iedarbojoties uz apkārtējiem audiem vai orgānu kopumā, tāpat var radīt organisma funkcionēšanas traucējumus, piemēram, audzēji smadzenēs atkarībā no to

lokalizācijas var būt cēlonis atbilstošiem fiziskiem vai psihiskiem traucējumiem, kas prasa plašu invazīvu ārstēšanu un multiprofesionālu ilgstošu rehabilitāciju.

Ļaunabīgo audzēju gadījumā tie morfoloģiski atšķiras no primārajiem audzēja veidošanās audiem, to sauc par morfoloģisko anaplāziju, parati tie nav iekapsulēti, augšana notiek invazīvi iznīcinot apkārtējos audus, un ir izteikta orgānu destrukcija, tiem raksturīga zema šūnu diferenciācija, neirobežota augšana un metastāžu veidošanās.

Audzēja ārstēšanas plānošanā jāņem vērā audzēja veids atkarībā no primārās audzēja rašanās vietas šūnu tipa:

- **karcinomas** – attīstās no epitēlija šūnām;
- **sarkomas** – attīstās no muskuļu, kaulaudu, taukaudu vai saistaudu šūnām;
- **limfomas** – attīstās no limfātiskās sistēmas šūnām;
- **leikēmijas** un **mielomas** – attīstās no kaulu smadzenēm un baltajām asins šūnām.

Ar **metastazēšanos** onkoloģijā saprot ļaundabīgo šūnu disimnāciju no primārās audzēja attīstības vietas uz attāliem orgāniem vai audiem. Galvenie disimnācijas ceļi ir saistīti ar limfātisko vai asins cirkulācijas sistēmu, kā arī tieši izplatoties ķermeņa orgānu dobumos, kas ir jāņem vērā plānojot audzēja ārstēšanu un arī rehabilitāciju – jo sevišķi tās akūtajā etapā. Visbiežāk metastazēšanās notiek pa limfātiskajiem ceļiem, tas tiek atspoguļots arī audzēju klasifikācijā aprakstot limfātiskās sistēmas iesaisti attiecībā pret primāro audzēja lokalizācijas vietu. Metastazēšanās intensitāte ir atkarīga arī no audzēja lieluma un augšanas ātruma. Svarīgi ir zināt, ka var būt situācijas, kad pirmās sūdzības par onkoloģisku procesu rodas tikai metastāžu klīnisko izpausmju gadījumā – piemēram, metastāzes galvas smadzeņu ķermeņa kustības vai līdzsvaru regulējošajās zonās, kad pacients vēršas pēc medicīniskas palīdzības saistībā ar sūdzībām par gaitas traucējumiem.

Audzēja ļaundabīgumu raksturo arī tā invāzija - audzēja šūnu ieaugšana apkārtējos audos, tos mehāniski nospiežot vai izdalot enzīmus, kas izraisa audu destrukciju, tā rodas klīniskas izpausmes no orgānu vai orgānu sistēmu darbības traucējumiem ar plašiem ādas, zemādas vai pieguļošo orgānu bojājumiem, līdz pat dažādiem cilvēka aktivitāšu vai dalības ierobežojumiem.

Onkoloģijai raksturīgās izmaiņas – nekontrolējamu šūnu vairošanās var skart jebkuru ķermeņa orgānu sistēmu un, tādējādi, izraisīt dažādus, visaptverošus funkcionēšanas traucējumus. Līdz ar to arī onkoloģisko pacientu rehabilitācija prasa visaptverošu pieeju svarīgāko funkcionēšanas traucējumu pazīšanā. Protams, no rehabilitācijas viedokļa vislielākā uzmanība jāpievērš mioskeletālajai un nervu sistēmai, bet onkoloģiskās slimības izraisa arī visaptverošus funkcionēšanas traucējumus, kas skar gan fizisko, gan psihisko cilvēka funkcionēšanu.

Invāzija, metastazēšanās un onkoloģiskā procesa skarto orgānu funkcionālais raksturojums ir galvenie faktori, kas nosaka slimības un funkcionēšanas ierobežojumu dinamiku un prognozi.

3.2.2. Onkoloģisko slimību klasifikācija no rehabilitācijas viedokļa

Kaut arī onkoloģisko slimību izpausmes var būt dažādas, lemjot par onkoloģisko pacientu rehabilitāciju, arī rehabilitācijas personālam jābūt skaidrībā par diagnozi, atbilstoši onkoloģijā pieņemtajai kārtībai, jo no tā lielā mērā ir atkarīga tālāko rehabilitācijas plānu atbilstība onkoloģiskās slimības ārstēšanas gaitai. Slimības pakāpes novērtēšanai pasaulē šobrīd visplašāk lieto tā saukto **TNM klasifikāciju**, kur T ietver ziņas par primāro audzēju (*tumor*), N – lokālo limfmezglu iesaisti (*node*), kā arī M, kas raksturo metastāzes (*metastases*).

TNM sistēmu papildina onkoloģiskās slimības stadijas vērtējums no pirmās (I) līdz ceturtajai (IV) stadijai, kur ar pirmo (I) stadiju saprot agrīni diagnosticētu lokālu procesu, ar otro (II) stadiju saprot audzēju, kura izmēri ir virs 2 cm, nav vai ir viena metastāze reģionālajos limfmezglos, ar trešo (III) stadiju saprot audzēju virs 5 cm, tas ir cauraudzis visas orgāna kārtas un ir vairākas metastāzes reģionālajos limfmezglos, ar ceturto (IV) – liela izmēra audzēju, nekustīgi ieaugušu apkārtējos audos, kas apgrūtina ķirurģisku ārstēšanu, un process ir plaši metastazējies.

Tajā pašā laikā rehabilitācijas speciālistiem vērtējot onkoloģisko pacientu funkcionēšanu, ir jāvadās pēc **Starptautiskās funkcionēšanas klasifikācijas (SFK)** principiem, novērtējot gan slimības radītos vispārējos veselības, gan funkcionēšanas traucējumus kontekstā ar pacienta personību un vidi. Funkcionēšanas novērtēšanā ir jālieto vispāratzīti objektīvi funkcionēšanas novērtēšanas instrumenti, kas rehabilitācijas uzsākšanas laikā var prasīt multiprofesionālu rehabilitācijas speciālistu pieeju, kuru sagatvotais funkcionēšanas vērtējums var kalpot par pamatu tālākajai rehabilitācijas plānu izstrādei. Līdz ar to, rehabilitācija jāuzsāk akūtas multiprofesionālas rehabilitācijas veidā vienlaikus ar onkoloģiskās ārstēšanas uzsākšanu, lai tā dotu maksimāli iespējamo rezultātu pacienta funkcionēšanas uzlabošanā.

3.2.3. Onkoloģiskā ārstēšana

Onkoloģisko pacientu ārstēšanā ļoti liela nozīme ir organisma potenciālam pretoties ļaundabīgajai slimībai, ko, pirmkārt, nosaka organisma imūnsistēma – humorālās un šūnu imūnsistēmas līmenī. Ir svarīgi apzināties arī to, ka gan pats onkoloģiskais process, gan staru un ķīmijterapija var nomākt imūnsistēmu, kas “atvieglo” onkoloģiskā procesa aktivizēšanos un

blakus slimību attīstību dažādu infekcijas slimību vai komplikāciju veidā, kas negatīvi ietekmē iespējamo rehabilitācijas pasākumu intensitāti.

Rehabilitācijas speciālistiem, iesaistoties onkoloģisko pacientu rehabilitācijā, būtu svarīgi respektēt to, ka katra jauna pacienta sūdzība vai no jauna parādījies slimības simptoms, pirmkārt, ir jāizvērtē kā onkoloģiskā procesa ļaundabīga izpausme, un tikai tad jāturpina uzsāktie rehabilitācijas pasākumi – ar vai bez kādām korekcijām.

Kā galvenie onkoloģisko pacientu etioloģiskie ārstēšanas virzieni ir:

- onkoloģiskā ķirurģija;
- staru terapija;
- ķīmijterapija;
- hormonterapija un imūnterapija;
- kaulu smadzeņu un asins cilmes šūnu pārstādīšana.

Ķirurģiskā onkoloģisko pacientu ārstēšana

Ķirurģija visa pasaulē kļūst aizvien saudzīgāka pret organisma audiem vai orgāniem. Onkoloģiskās operācijas joprojām var būt ļoti plašas, lai izoperētu visu slimības skarto orgānu līdz pat veselo audu robežām, kā arī tā limfātisko sistēmu. Ķirurģiskā ārstēšana ļauj cerēt uz iespēju uzreiz radikāli atrisināt onkoloģisko problēmu. Ja tas notiek savlaicīgi un tehniski pareizi, var cerēt arī uz onkoloģiskās slimības – audzēja izārstēšanu, kaut arī jebkura operācija ir saistīta ar zināmu risku dzīvībai. Tai pašā laikā, operācijas rezultāts ne vienmēr nodrošina sekmīgu visa audzēja izņemšanu, audzēja izplatības vai novietojuma dēļ nereti to vispār nevar radikāli izoperēt, un šī situācija var kļūt skaidra tikai pēc ārstēšanas uzsākšanas operācijas laikā, to pabeidzot tikai ar situācijas revīziju. Tas viss palielina pacienta psihisko funkcionēšanas traucējumu attīstības iespēju. Šo traucējumu attīstību var veicināt arī sagatavošanas periods onkoloģiskas slimnīcas vidē, kas nepieciešams pacienta sagatavošanai operācijai – dažādu blakus slimību, malnutrīcijas, kaheksijas kontrole, kā arī citi onkoloģiskās ārstēšanas paņēmieni, piemēram, sagatavojoša ķīmijterapija.

Onkoloģiskās operācijas var iedalīt radikālās, paliatīvās operācijās – to uzdevums ir vērsts uz tādu audzēja radīto komplikāciju, kā zarnu vai elpvadu necaurejamība, smadzeņu disfunkcija u.tml. mazināšanu, un diagnostiskās operācijās, kuru laikā iegūst audu paraugus tālākai histoloģiskai vai citoloģiskai izmeklēšanai diagnozes noskaidrošanai vai precizēšanai.

Staru terapija ietver radioterapiju, nukleāro medicīnu un radionukleāro terapiju.

Radioterapija šobrīd ir staru terapijas pamata metode, kas balstās uz īpaša starojuma viļņu graujošo ietekmi uz šūnām pēc iespējas lokāli apstarojot tikai audzēju. Audzēja šūnas uz apstarošanu var reaģēt dažādi, bet kopēja likumsakarība ir tā, ka mazāk diferencētās audzēja šūnas, kuras intensīvāk dalās, un kurām ir ilgāks dalīšanās periods, šīs starojums ietekmē vairāk,

samazinot šūnu spēju dalīties un vairoties, līdz pat audzēja veidošanās apturēšanai. Šīs ārstēšanas rezultāts ir atkarīgs arī no audzēja spējas reaģēt uz starojumu jeb selektīvās audzēja radiojūtības. Radioterapija ir sarežģīta metode, kas prasa īpašu personālu vai augstas kvalitātes tehniku, tā var būt radikāla, paliatīva vai simptomātiska.

Tehnoloģiski galvenās metodes ir dažādas distances staru terapija, kontaktpastarošana un lienārie paātrinātāji. Starojuma efekts balstās uz dažāda jonizējošā starojuma veidu izmantošanu – rentgena vai gamma starojums, vai elektronu plūsma, to ārstnieciskais efekts ir vienāds, un radiologa uzdevums ir izmatot optimālo konkrēta audzēja gadījumā. Radioterapija ir saistīta ar rūpīgu procedūras plānošanu, izmantojot ķermeņa marķēšanu ar datortomogrāfiju, kā arī terapijas lokalizācijas un virziena simulāciju. Terapijas laikā izmanto speciālas individuāli izgatavotas ortozes, vakumimobilizācijas maisus u.tml. ķermeņa un apstarojamās vietas imobilizācijai, lai panāktu pietiekoši nekustīgu pacienta pozicionēšanu.

Radikālā gadījumā tiek sagaidīta pilnīga audzēja un tā metastāžu iznīcināšana, un lai to panāktu parasti plāno maksimāli pieļaujamās starojuma devas. Galvenās indikācijas ir ādas vēzis, krūts vēzis, galvas vai kakla rajona audzēji, smadzeņu audzēji, prostatas vēzis u. c. Radioterapiju var veikt pirms vai pēc operatīvas ārstēšanas, kā arī pašas operācijas laikā.

Aprūpes personālam svarīgi ir pacienta ārstēšanas un rehabilitācijas laikā sekot iespējamo komplikāciju attīstībai – ādai, plaušām, zarnām, redzes un dzirdes traucējumiem, seksuālai disfunkcijai, urinācijas traucējumiem, vemšanai, fizisko spēju ierobežojumiem u.tml. Ir jāņem vērā, ka komplikācijas var būt gan agrīnas, gan vēlīnas, ar ko jārēķinās plānojot rehabilitācijas pasākumus.

Paliatīvā radioterapija tiek izmantota gadījumos, kad samazinot audzēju var pagarināt pacienta dzīvildzi un uzlabot atlikušās dzīves kvalitāti, kad pilnu izārstēšanos panākt nav iespējams. Galvenās indikācijas ir audzēja metastāzes kaulos, muguras un galvas smadzenēs, lai mazinātu metastāžu radīto spiedienu uz blakus esošajiem smadzeņu audiem u.c.

Simptomātiskā radioterapija tiek izmantota sāpju mazināšanai, rīšanas funkcijas uzlabošanai, elpošanas problēmas mazināšanai u.tml.

Kā visām ārstēšanas metodēm arī radioterapijai ir virkne kontrindikāciju – ar apstarošanu saistītas izmaiņas asinsainā (eritrocītu, leukocītu, limfocītu, trombocītu skaits), apstarojamā orgāna perforācijas draudi, ādas bojājumi, drudzis u. c.

Nukleārā medicīna un radionukleārā terapija

Nukleārā medicīnā tiek izmantoti radiofarmaceutiskie preparāti, kurus ievada diagnostiskos vai ārstnieciskos nolūkos. Ļoti plaši šo terapiju izmanto gan vairogdziedzera vēža, gan tireotoksikozes pacientiem. Plānojot šo terapiju ir svarīgi pārliecināties, ka apstarojamā lokalizācijā notiek pietiekoši intensīva attiecīgā preparāta uzkrāšanās. Attiecībā uz

šiem pacientiem ir svarīgi apzināties nepieciešamos drošības pasākumus personālam, jo paši pacienti un preparātu saturošie izdalījumi zināmā mērā kļūst par radioaktīvā starojuma avotu, kas, saskarē ar šiem pacientiem, prasa stingru specifisku higiēnas noteikumu ievērošanu – pacienta uzturēšanos tikai “savā” palātā, zināmu noteikumu vēmekļu un citu izdalījumu savākšanā ievērošana, regulāra mazgāšanās dušā u.t.t. Pacienta pārvietošanās ierobežošanu nosaka atkarībā no dozimetriskiem rādītājiem. Gan plānojot, gan veicot dažādus rehabilitācijas pasākumus, ir ļoti svarīgi iepazīties un ievērot visus šos noteikumus, jo zināmos apstākļos starojums var radīt problēmas arī pašam terapeutam.

Ķīmijterapija

Ķīmijterapijā izmanto citostatiskus preparātus, kas iedarbojas uz šūnu dalīšanās vai vairošanās procesiem – galvenokārt tām šūnām, kas intensīvi dalās un vairojas. Augsti diferencētās šūnas, kas dalās un vairojas minimāli, citostatiskie preparāti ietekmē maz, un šis apstāklis, līdzīgi kā radioterapijas gadījumā, ir ķīmijterapijas pamatā. Atkarībā no citostatiskās iedarbības mehānismiem, ķīmijterapijas preparātus iedala šūnu cikla specifiskos un nespecifiskos medikamentos. Kombinējot šos medikamentus var panākt gan augšanas frakcijas, gan audzēja kopējās masas samazināšanos.

Ķīmijterapijā tiek izmantotas dažādas stratēģijas:

- adjuvantā – ar īsiem, bet augstu devu ķīmijterapijas kursiem pabeidz ārstēšanu pēc ķirurģijas vai staru terapijas izmantošanas;
- konsolidācijas – izmanto sekmīgas audzēju ārstēšanas gadījumā, lai sasniegtu pilnu remisiju;
- indukcijas – lielu devu ķīmijterapija hematoloģisko malignitāšu ārstēšanas pabeigšanai;
- intensifikācijas – izmanto sekmīgas ķīmijterapijas kursa modificēšanai ar citu preparātu un devu paaugstināšanu jau panāktā efekta un remisijas nostiprināšanai;
- balstošā – ilgstoša citostatisko preparātu izmantošana nelielās devās ārstēšanās efekta nostiprināšanai un remisijas panākšanai;
- neoadjuvantā – paredz ķīmijterapijas kombinēšanu ar ķirurģisku audzēju ārstēšanu pirms vai pēc operācijas;
- paliatīvā – izmanto noteiktu pacienta funkciju uzlabošanai vai mokošu simptomu, piemēram, sāpju mazināšanai ierobežotas prognozējamās dzīvildzes gadījumā;
- izmisuma (glābjošā) – izmanto riskanti augstu citostatisko preparātu devu izmantošanu ļoti progresējošu audzēju gadījumā, kuriem līdzšinējā ārstēšana nav bijusi efektīva.

Ķīmijterapija prasa rūpīgu procesa monitorēšanu, kā arī savlaicīgu kursa modificēšanu tad, kad cerētais rezultāts neatbilst sasniegtajam. Kopīgi ar māsu aprūpes dienestu

rehabilitācijas speciālistiem ir jātiek skaidrībā par ķīmijterapijas preparātu ievades veidu, laikiem, lai varētu saplānot rehabilitācijas pasākumus. Tas pats attiecas arī uz ķīmijterapijas blakņu proaktīvu novērošanu. Var būt agrīnas blaknes, kas attīstās pirmajās dienās vai vēlīnas, kas sākas ar trešo ķīmijterapijas dienu. Ķīmijterapija izvirza īpašus noteikumus uztura uzņemšanai sākot ar pietiekošu šķidruma uzņemšanu, mazu porciju lēnu ēšanu, izvēloties viegli sagremojamus ēdienus, kā arī ēdiena uzņemšanas ierobežošana sliktas dūšas vai vemšanas gadījumos. Garšvielu vai iecienītāko ēdiena lietošana ir individuālas izvēles nosacīta, bet vajadzētu izvairīties no neadekvātu nosacījuma refleksu izveidošanās. Rehabilitācijas speciālistiem ir svarīgi orientēties šajos ķīmijterapijas jautājumos, saskaņot plānotos rehabilitācijas pakalpojumus. Ir svarīgi arī ievērot visus personīgās drošības noteikumus, jo citostatisko preparātu blaknes var būt ļoti smagas.

Hormonterapija un imūnterapija

Hormonterapija balstās uz noteikta audzēja veida spēju reaģēt uz noteiktiem hormoniem atbilstoši audzēja šūnu hormonreceptoru īpašībām.

Hormonterapijai ir vairāki veidi:

- ablatīva hormonterapija – mērķis ir panākt ārstējamā orgāna destrukciju;
- inhibējošā hormonterapija;
- konkurējošā hormonterapija;
- aditīvā hormonterapija.

Paralēli šiem hormonpreparātu veidiem joprojām tiek izmantoti arī glikokortikoīdi ārstēšanas potencēšanai.

Imūnterapijas mērķis ir atbalstīt paša organisma imūnsistēmas kapacitāti pretoties audzējam. Izšķir aktīvu nespecifisku, aktīvu specifisku un adaptīvu imūnterapiju. Aktīvas nespecifiskas imūnterapijas gadījumā, atkarībā no terapijas mērķiem, pacienta imūnsistēma tiek vai nu stimulēta, vai nomākta, kas ir jāievēro organizējot rehabilitācijas pakalpojumus. Aktīva specifiska imūnterapija ir tehnoloģija, kas izmanto no pārveidotām audzēju šūnām īpaši izgatavotas vakcīnas. Līdzīgs mehānisms ir arī adaptīvās imūnterapijas gadījumā. Atsevišķos gadījumos tiek izmantotas arī tādas ārstēšanas tehnoloģijas kā monoklonālo antivielu izmantošana, bet attiecībā uz rehabilitācijas pakalpojumu organizēšanu pašreiz nav pietiekoši daudz datu, lai īpaši plānotu pacientam nepieciešamos rehabilitācijas pasākumus.

Kaulu smadzeņu un asins cilmes šūnu pārstādīšana

Onkoloģisko pacientu ārstēšanā lielu nozīmi ieņem arī kaula smadzeņu un cilmes šūnu transplantācija. Transplantācijā izmanto paša pacienta vai donoru kaula smadzeņu, galvenās indikācijas saistās ar leikozī, limfomu vai tādiem atsevišķiem solidāriem audzējiem kā krūts vēzis, glioma, neuroblastoma, sarkoma mīkstajos audos u. c. Rehabilitācijas pakalpojumu laikā

ir svarīgi klīniski pazīt transplantācijas blaknes, kas saistās ar transplantāta leikocītu “vēršanos” pret recipienta audiem, kas klīniski nav viegli atpazīstama, un var skart ādu, kuņģa-zarnu traktu, aknas, acis, dzimumorgānus, plaušas u. c., kā arī kombinēties ar vispārējā veselības stāvokļa pasliktināšanos. Šo reakciju dēvē par *Graft-Versus-Host Disease* jeb *GVHD* sindromu kas var būt gan akūtā, gan hroniskā formā. Rehabilitācijas speciālistu uzdevums ir veicināt pacienta līdzestību ārstēšanas procesā, kā arī savlaicīgi informēt par izmaiņām savā veselības stāvoklī. Cita ar transplantāciju saistīta komplikācija ir t. s. *Veno-Oclusive-Disease (VOD)*, kas rodas sakarā ar mazo aknu vēnu fibrozu nosprostošanos, un var parādīties drīz pēc veiktās transplantācijas. Simptomi atbilst aknu darbības traucējumiem, tādēļ pacients ir laicīgi jāiepazīstina ar šiem simptomiem [3].

3.3. Onkoloģisko pacientu ārstēšana un rehabilitācijas kopsakarības

Kopīgais šīm galvenajām onkoloģisko pacientu ārstēšanas metodēm ir to radikālais raksturs, un bieži vien lielais ārstēšanas apjoms, kas saistās ar ievērojamu komplikāciju risku un rada būtiskas izmaiņas pacientu orgānos un orgānu sistēmās – kolostomas, amputācijas, ķīmijterapijas un staru terapijas blaknes u. tml., kas, savukārt ir pamats būtisku un stigmējošu funkcionēšanas ierobežojumu riskam aktivitāšu un līdzdalības līmenī. Vairumā gadījumu, neatkarīgi no tā, vai operatīvā ārstēšana ir radikāla vai paliatīva, operāciju apjoms, pacienta psihosociālie apstākļi izraisa multiplus funkcionēšanas traucējumus. Staru terapija daudzos gadījumos saistās ar fiziskās slodzes tolerances mazināšanos vai kardiopulmonālām problēmām akūtajā period, kā arī iespējamām respiratorām komplikācijām, kas prasa agrīnu rehabilitācijas pasākumu uzsākšanu. Ķīmijterapija principā balstās uz citotoksisku medikamentu izmantošanu, kuru izraisītie blakus efekti ir samērā līdzīgi, un var skart ādu, gremošanas traktu, aknas, hematoloģisko sistēmu, nieres, palaušas, sirdi, dzimumorgānus, nervu sistēmu u. c. Visas ķīmijterapijas blaknes iedala agrīnās un vēlīnās – tās sāk attīstīties tikai pēc divām dienām, kas saistās ar kardiopulmonālu mazspēju un neirotoksicitātes izpausmēm, izmaiņām gremošanas trakta gļotādās, kas prasa atbilstoša uztura izvēli un ēšanas paradumu pielāgošanu jaunajai situācijai. Kaulu smadzeņu vai asins cilmes šūnu pārstādīšana izraisa virkni blakus efektu, kas ir saistīti ar piesardzības pasākumiem saistībā ar kaula smadzeņu pārveides periodu. Blaknes ir arī glikokortikoīdu terapijai, sākot ar miopātiju vai osteoporozi, un beidzot ar paaugstinātu infekciju risku, Kušinga sindromu un psiholoģiskiem traucējumiem.

Psiholoģiskie traucējumi akūtās onkoloģiskās ārstēšanas laikā ir saistīti gan ar šo slimību stigmējošo raksturu, Dāmokla sindromu – pastiprinātu jūtīgumu attiecībā uz slimību un nāvi,

bailēm par sekmīgu terapiju pabeigšanu un neskaidrību par NVD apamksātās onkoloģiskās ārstēšanas pietiekamību un atbilstību aktuālajām vadlīnijām vai algoritmiem, grūtībām salāgot ilgstošu ārstēšanos ar attiecībām ar citiem cilvēkiem un iespējām starādāt algotu darbu, bažām par sadzīvošanu ar sāpēm un diskomfortu, izmaiņām ārējā izskatā u. c.

Ļoti svarīgs apstāklis funkcionēšans ierobežojumu attīstības aizkavēšanā ir pacienta izglītošana par iespējamo orgānu vai orgānu funkciju izmaiņu attīstības mehānismiem, kas ietver pacienta un viņa piederīgo izglītošanu par šiem jautājumiem.

Līdz ar to akūtās rehabilitācijas uzsākšana var tikt balstīta gan uz kopējo onkoloģisko pacientu ārstēšanas apjomu, gan intensitātes novērtējumu. Rehabilitācijas intensitāte ir atkarīga no pacienta vispārējā veselības stāvokļa stabilitātes, nepieciešamā aprūpes līmeņa un pacienta motivācijas, kas lielā mērā ir saistīta ar onkoloģisko pacientu specifiskajām rehabilitācijas vajadzībām.

3.4. Akūtās rehabilitācijas pakalpojumu organizēšana

Akūtā rehabilitācija, kas ir jāuzsāk vienlaikus ar onkoloģiskās ārstēšanas sākumu, tās organizēšanu atbilstoši starptautiskām rekomendācijām var veikt četros galvenajos veidos – atsevišķas agrīnās rehabilitācijas gultas daudzprofila slimnīcā, mobilās rehabilitācijas vienības, FRM ārsta konsultācijas onkoloģiskās ārstēšanas nodaļās, kā arī patstāvīgā rehabilitācijas centrā. Daudzprofila slimnīcās akūtās rehabilitācijas pakalpojumu organizēšana ir slimnīcas rehabilitācijas dienesta atbildībā. Mobilās vienības sastāvā ir FRM ārsts, fizioterapeiti, ergoterapeiti, audiologopēdi, uztura speciālisti, mākslas terapeiti, kā arī – atbilstoši onkoloģiskajam profilam – tehniskie ortopēdi. Mobilā vienība aktivitātes akūtajā rehabilitācijā harmonizē ar onkoloģiskās ārstēšanas aktivitātēm, kas šajā etapā ir prioritāras. Pētījumi liecina, ka onkoloģisko pacientu rehabilitācijā funkcionēšanas ierobežojumi, izvēlētais rehabilitācijas stratēģijas ir līdzīgas citu slimību un klīnisko stāvokļu radītajiem funkcionēšanas traucējumiem – muguras smadzeņu bojājuma, amputācijas sakarā ar traumu vai osteosarkomu u. c.

Rehabilitācijas uzsākšanai ir nepieciešams saskaņots ārstējošā ārsta (onkologs) un rehabilitācijas speciālistu (FRM ārsta vai komandas) lēmums par pacienta iekļaušanu onkoloģiskās rehabilitācijas programmā. Prioritāte ir pacienti ar kompleksiem fiziskās un psihiskās veselības traucējumiem, kam rehabilitācija varētu būt nepieciešama arī ilgstošā periodā – pabeidzot akūtās onkoloģiskās ārstēšanas etapu un turpinot šos pakalpojumus subakūtās rehabilitācijas programmās. Akūtās rehabilitācijas mērķi ir sniegt onkoloģiskajā ārstēšanā integrētus agrīnas multiprofesionālās īstermiņa rehabilitācijas pakalpojumus dažādu

onkoloģisko slimību pacientiem, kam akūtajā etapā ir uzsākta onkoloģiskā ārstēšana. Akūtās rehabilitācijas uzdevumi ir:

- izrakstīšanas brīdī no akūtās rehabilitācijas sagatavot kompleksu pacienta funkcionēšanas novērtējumu atbilstoši Starptautiskās funkcionēšanas klasifikācijas konceptam;
- rūpēties par komplikāciju profilaksi un funkcionālo traucējumu ierobežošanu;
- nodrošināt atlasīto tālākai rehabilitācijai un izrakstīšanās no akūtās rehabilitācijas plānošana, t. sk. mājas aprūpes un asistences nepieciešamības izvērtēšana;
- palīgtechnoloģiju nepieciešamības izvērtēšana un nepieciešamo tehnisko palīglīdzekļu izrakstīšana;
- pacienta un viņa ģimenes locekļu izglītošana pacienta funkcionēšanas saglabāšanai vai uzlabošanai izrakstoties no stacionāra.

FRM ārsts izvēlas galvenos rehabilitācijas speciālistus – fizioterapeitu, ergoterapeitu u. c., kā arī nosaka nepieciešamo rehabilitācijas intensitāti. Akūtās rehabilitācijas mobilā vienība lēmumus attiecībā uz rehabilitāciju pieņem komandas veidā, balstoties uz FRM ārstu, funkcionālo speciālistu, sociālo darbinieku un psihologu patstāvīgi iepriekš veiktu pacientu novērtējumu.

Izrakstīšanas brīdī, pacientu apspriežot, ir jāvērtē:

- funkcionēšanas līmenis atbilstoši SFK – apziņa, atmiņa, komunikācija, līdzsvars, pašaprūpes un citu ikdienas aktivitāšu iespējamība, motorās funkcijas, pārvietošanās un nogurums;
- tālākā psiholoģiskā atbalsta nepieciešamība;
- sekundāro komplikāciju un veselības stāvokļa ierobežojumu (izgulējumu, kontraktūru u. tml. dēļ) ārstēšanas nepieciešamība;
- tālākās rehabilitācijas nepieciešamība un šo pakalpojumu sniedzēju izvēle;
- tehnisko palīglīdzekļu nepieciešamība.

Akūtās rehabilitācijas pakalpojumus var nodrošināt arī specializēto onkoloģisko slimnīcu rehabilitācijas speciālisti, ja šo pakalpojumu sniegšanā ir iesaistīti FRM ārsti [29].

4. MONOPROFESIONĀLA UN MULTIPROFESIONĀLA REHABILITĀCIJA ONKOLOĢISKIEM PACIENTIEM

4.1. Onkoloģisko pacientu monoprofesionāla un multiprofesionāla rehabilitācija

Organizējot onkoloģisko rehabilitāciju, rehabilitācijas pakalpojumu sniedzējam ir jāievēro visi multiprofesionālas un monoprofesionālas rehabilitācijas organizācijas pamatprincipi. Vienlaikus onkoloģiskajā rehabilitācijā ir jāņem vērā vairāki īpaši apstākļi un uzdevumi, ko nosaka onkoloģisko saslimšanu raksturs.

4.1.1. Metastāzes kaulos

Dažādas izcelsmes audzēju metastāzes kaulos ir pietiekoši bieži sastopama onkoloģisko slimību izpausme. FRM ārstam rehabilitācijas process ir jāvirza vairākos virzienos.

Vispirms ir jāmazina slodze uz metastāžu skartajiem kauliem, lai mazinātu lūzuma risku, izmantojot dažādas palīgtehnoloģijas, to skaitā pirmām kārtām domājot dažādas atslogojošas ortozes, izpildot noteikta veida ārstnieciskos vingrojumus un modificējot vidi. Ortožu biomehāniskais uzdevums ir atkarīgs no kaula, kurā ir patoloģiskais process, rentgenoloģiskās izmeklēšanas rezultātiem, piemēram, individuālas vai gatavas torkolumbālās ortozes, kas ierobežo spinālo fleksiju, ja metastāzes ir mugurkaula skriemeļos; termoplasta vai printētas stabilizējošas ortozes augšējo un apakšējo ekstremitāšu metastāžu skartajiem segmentiem. Līdzās ortozēm var izmantot spieķus, kruķus, rolatorus, staigāšanas rāmjus u.tml. Vienlaikus ar palīgtehnoloģijām fizioterapeiti apmāca pacientu celties, stāvēt, iet un skriet tā, lai pēc iespējas mazinātu potenciālos kaulu lūzumu riskus, un ergoterapeiti iemāca dažādu ikdienas u. c. aktivitāšu veikšanu, kas mazina slodzi uz garajiem stobrkauliem u. c. Vienlaikus ir arī jātrenē līdzsvars, kas mazina kritienu risku. Būtiska ir arī pareiza apavu izvēle.

Nepieciešama arī fiziskās vai psihiskās vides modificēšana, kas ietver pārmērīgas fiziskās slodzes nepieciešamības ierobežošanu, dažādus kritienu risku mazināšanas pasākumus, kā arī gan piederīgo, gan pacienta apmācību par lūzumu profilaksei nepieciešamajiem pasākumiem.

4.1.2. Mīksto audu fleksibilitātes veicināšana kontraktūru profilaksei

Intensīva audzēju ārstēšana, izmantojot staru terapiju, kas iedarbojas ne tikai uz audzēju, bet skar arī apkārtējos mīkstos audus, kā arī staru terapijas un ķīmijterapijas blakus efekti, kas saistīti ar nogurumu un pacienta fizisko aktivitāšu mazināšanos, ir nopietns riska faktors audu rigiditātes pieaugšanai un kontraktūru attīstībai. Attiecībā uz kontraktūrām, lai arī patoloģiskie mehānismi ir citi, ir jāpielieto viss to profilakses “arsenāls” – līdzīgi kā attiecībā uz apdeguma seku – kontraktūru mazināšanu. Vienlaikus ir pētījumi, kas pierāda pareizi plānotas fiziskas slodzes pozitīvo ietekmi uz krūts vēža pacientu fiziskajām darbaspējām, kas, savukārt, ir pamats lielākai fiziskai aktivitātei un kontraktūru riska mazināšanai.

Krūts vēža gadījumā staru terapija vienlaikus izraisa pārmaiņas *m. pectoralis maior* un *minor*, kas savukārt rada biomehānisku disbalansu, kura mazināšanai var izmantot botulīna toksīna injekcijas. Ārstējot audzējus mazajā iegurnī ar staru terapiju, ir liels risks, ka cieš muskuļi, kuri nodrošina kustības gūžas locītavās, kas tālāk draud ar zināmu kustību ierobežojumu, kontraktūrām un sāpēm gūžas un sakroiliakālajās locītavās.

4.1.3. Limfedēmas problēmas

Limfedēma ir plaši pazīstama audzēju ārstēšanas blakne, kas saistīta ar limfātiskās sistēmas destrukciju un attiecībā uz šo blakni, pasaulē ir vairākas labi izstrādātas vadlīnijas kā, piemēram, *Complete decongestive therapy (CDT)* -2001. u.c. *CDT* ietver divas fāzes – pirmajā (I) fāzē, izmantojot manuālu limfātisko masāžu, īslaicīgu kompresijas nosaitēšanu, ārstniecisko vingrošanu un diennakts kompresijas apģērbus, tiek samazināts kopējais limfedēmas skartās ekstremitātes apjoms un tad otrajā etapās šis efekts nostiprināts turpinot lietot kompresijas apģērbu, speciālas ortozes, ievērojot režīmu u.c. Limfedēmas rehabilitācijā, lietojot masāžu, ir jāievēro limfas atces dabīgais virziens, secīga spiedina gradienta izmantošana u. c. Limfedēmas profilaksē un arī ārstēšanā var izmantot arī speciālas plūsmas masāžas ierīces. Svarīga ir sekošana limfedēmas dinamikai [5; 19].

4.1.4. Ārstnieciskā vingrošana

Adekvātas fiziskas slodzes nodrošināšana onkoloģisko pacientu rehabilitācijas laikā, ir ļoti svarīgs rehabilitācijas uzdevums t. sk. rēķinoties arī ar onkolģisko pacientu iespējamajām psiholoģiskajām problēmām sakarā ar diagnozi, ticību sekmīgam ārstēšanas rezultātam, kā arī iespējamajām onkoloģiskās ārstēšanas blaknēm, kas var izpausties kā nogurums, slikta dūša un

citas sūdzības. Līdz ar to ārstnieciskās vingrošanas programma ir jā sastāda individuāli un grupas veidā tā ir izmantojama vienīgi vēlākos periodos. Ārstnieciskajai vingrošanai ir jāveicina kopējā pacienta fiziskā izturība, muskuļu spēks, jānodrošina iespējamo kontraktūru profilakse, jātrennē līdzsvars un gaita. Ir pierādījumi par vingrojumu ar maksimālo spēka izmantošanu īslaicīgās sesijās lietderību onkoloģisko pacientu fiziskajā rehabilitācijā [6].

4.2. Garīgā aprūpe un rehabilitācija paliatīvās aprūpes organizēšanā

Paliatīvā aprūpe, t. sk. hospis ir neatņemama onkoloģiskās aprūpes sastāvdaļa. Tā ir indicēta pacientiem ar onkoloģisku saslimšanu situācijā, kad onkoloģisko procesu izārstēt ar vislielāko iespēju nav iespējams, pacienta prognozējamā dzīvildze ir līdz 6 mēnešiem, un pacients cieš no sāpēm, hidratācijas problēmām, kā arī viņam ir nepieciešams īpašs psiholoģisks atbalsts. Paliatīvā aprūpe pamatā tiek organizēta mājas aprūpes veidā, izmantojot māsu aprūpes dienestus paliatīvās aprūpes ārsta atbildībā, bet īpašas programmas veidā, kurai ir arī savs ambulators vai stacionārs atbalsta punkts, lai īslaicīgas stacionēšanas vai konsultāciju gadījumā nebūtu jāizmanto slimnīcu diennakts neatliekamās palīdzības nodaļu pakalpojumi. Galvenie paliatīvās aprūpes virzieni ir sāpju un šķidruma uzņemšanas normalizēšana, kā arī citu funkcionēšanu ierobežojošu sūdzību mazināšana. Rehabilitācijas pakalpojumi paliatīviem pacientiem ir nepieciešami, lai mazinātu imobilitātes sekas – fizioterapija, nodrošinātu adekvātu pašaprūpi – ergoterapija, un sniegtu psiholoģisku atbalstu pacientam un viņa ģimenei – veselības vai klīniskie psihologi. Liela nozīme šo pacientu aprūpē ir arī garīgās aprūpes speciālistiem – kapelāniem un garīdziniekiem, kuru atbildībā ir arī ģimenes atbalstīšana. Hospis ir īpašos apstākļos ārpus veselības aprūpes iestādēm organizēta paliatīvās aprūpes forma, kas konsultē veselības aprūpes sniedzējus un nodrošina arī stacionāru nepieciešamā apjomā. Svarīgi, ka paliatīvā aprūpe un, it īpaši hospis, pēc iespējas ir sniedzama bezpeļņas pakalpojumu formā [25].

4.3. Psihosociālā rehabilitācija Latvijā

Psihosociālā rehabilitācija ir Latvijā jauna onkoloģisko pacientu aprūpes forma jeb īpašs pakalpojums pacientiem, kuru onkoloģiskās slimības ārstēšana norit sekmīgi – slimība faktiski ir izārstēta, funkcionēšana orgānu vai orgānu sistēmu un aktivitāšu līmenī ir maksimāli iespējami augsta, bet ir ierobežota līdzdalība sabiedrības aktivitātēs, jo šiem pacientiem ir problēmas ar savu paštēlu pēc pārdzīvotās ārstēšanas, depresija, kā arī ir iespējama psihes

traucējumi. Psihosociālā rehabilitācija ir uzsākama subakūtās veselības aprūpes etapā pēc iespējas ārpus onkoloģiskās ārstēšanas iestādes sociālā atbalsta iestādē ar pacientu viesnīcu. Izmantotās tehnoloģijas galvenokārt saistās ar psiholoģiju, mākslas terapiju u.tml., bet šī pakalpojuma ietvaros var tikt turpinātas arī fizioterapijas, ergoterapijas un audiologopēdu nodarbības. Pakalpojuma mērķis ir psiholoģisko barjeru mazināšana, aktivitāšu atjaunošanai pietiekošas līdzdalības nodrošināšanai darbā un sadzīvē. Latvijā šāds pakalpojums pēc Biedrības “Dzīvības koks” iniciatīvas tiek apmaksāts no sociālo pakalpojumu valsts budžeta sākot ar 2018. gadu. [2].

5. ONKOLOĢISKO PACIENTU ORGANIZĀCIJU UN BRĪVPRĀTĪGO IESAISTE REHABILITĀCIJAS PAKALPOJUMU ORGANIZĒŠANĀ

Onkoloģisko pacientu biedrības ir svarīgs resurss onkoloģisko pacientu veselības aprūpes organizēšanā. Šādas biedrības var būt tikai pašiem onkoloģiskajiem pacientiem, t. sk. atsevišķām nozolģijām, kā arī tādas, kur līdzās pacientiem ir arī medicīnas speciālisti u. c. atbalstītāji. Onkoloģisko biedrību uzdevumi ir īpašu atbalsta grupu organizēšana onkoloģiskajās slimnīcās tikko ārstēšanos uzsākušo pacientu atbalstīšanai, vai arī pēc teritoriālā principa tuvāk pacientu sociālajai videi. Galvenās šāda veida biedrības ir Onkoloģisko pacientu atbalsta biedrība, Leikēmijas slimnieku atbalsta biedrība, Limfomas slimnieku atbalsta biedrība, Mielomas pacientu atbalsta biedrība u. c.

Šo un citu sabiedriskā labuma vai reliģisko aprūpes organizāciju uzdevums ir brīvprātīgo iesaiste. Viens no jautājumiem ir par šīs aprūpes etapiem, jo rehabilitācijas pakalpojumi, kas notiek ārstniecības ietvaros, stingri limitē aprūpē iesaistāmos. Tās var būt tikai ārstniecības personas, ārstniecības atbalsta personas vai psihologi, kas ierobežo brīvprātīgo tiesības nodarboties ar šo aprūpes veidu. Šobrīd ar brīvprātīgo piesaisti nodarbojas vairākas organizācijas, pamatā orientējoties uz atbalsta sniegšanu sociālo pakalpojumu gadījumā. Onkoloģiskajā jomā šobrīd aktīvi ar brīvprātīgo apmācību un iesaisti onkoloģisko pacientu aprūpē nodarbojas Caritas Latvija izveidotā organizācija “Svētās ģimenes māja”[1].

6. ONKOLOĢISKĀS REHABILITĀCIJAS PAKALPOJUMU REZULTĀTU NOVĒRTĒŠANA

Onkoloģisko pacientu rehabilitācijā, atšķirībā no onkoloģisko pacientu diagnostikas vai ārstēšanas, rezultātu novērtēšana bieži vien nav viennozīmīgi risināms jautājums, jo onkoloģijā ļoti liela nozīme ir atbalstošiem vai ierobežojošiem vides un personas faktoriem. Ir publikācijas, kas aicina onkoloģisko pacientu rehabilitāciju neatlikt uz ārstēšanas sākumu – *ASAP* princips, bet uzsākt to tā saucamajā prehabilitācijas veidā, kas ietver intervijas ar pacientu jau diagnostikas etapa laikā, psiholoģisko atbalstu un fizisko un psihisko funkcionēšanas spēju stiprināšanu.

Onkoloģiskās rehabilitācijas rezultāti ir jāvērtē dalības aspektā, kaut arī plānojot rehabilitāciju šie plāni galvenokārt tiek veidoti orgānu vai orgānu sistēmu un aktivitāšu līmenī, rēķinoties ar grūtībām novērtēt esošos un nākotnes veicinošos vai ierobežojošos faktoros dalības līmenī. Rezultātu vērtēšanai ir jābalstās gan uz izvirzīto, gan sasniegto rehabilitācijas mērķu analīzi, šim procesam ir jābūt ar zināmu laika distanci – vismaz 6 mēneši un rezultāti ir jāsadala gan atsevišķu personu rezultātu aspektā, gan vērtējot noteiktas onkoloģisko pacientu rehabilitācijas programmas. [27; 30]

7. ERGONOMIJAS PRINCIPI ONKOLOĢISKO PACIENTU APRŪPĒ

Onkoloģisko pacientu aprūpē personālam ir jāievēro tie paši ar darba aizsardzību saistītie piesardzības un darba organizācijas paņēmieni, kas vispār ir aktuāli pacientu aprūpē un rehabilitācijā.

Saistībā ar rehabilitācijas programmām viens no rehabilitācijas uzdevumiem ir apmācīt pacientu dzīvot un darboties ierobežotu psihisko un fizisko personisko resursu apstākļos. Kopumā par to rūpējas un atbild visa rehabilitācijas komanda, izvirzot atbilstošus mērķus un organizējot terapijas, izvēloties palīgtechnoloģijas un iekļaujot citas ārstnieciskās tehnoloģijas [7].

IZMANTOTĀS LITERATŪRAS UN AVOTU SARAKSTS

1. Biedrība "Svētās ģimenes māja". *Ģimeņu atbalsta programmas*. Pieejams: <http://svgimenesmaja.lv/>
2. Dzīvības koks, Onkoloģisko pacientu atbalsta biedrība. Pieejams: www.dzivibaskoks.lv
3. Laže, I., Gusakova, O. u. c. (2009). *Mācību materiāls. Onkoloģiskās aprūpes māsas papildspecialitāte*. Rīga, Nacionālais apgāds.
4. Birchenbach, J., Cieza, A., Rauch, A., Stucki, G. (2012). *ICF Core Sets. Manual for Clinical Practice*. ICF Research Branch in cooperation with the WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications in Germany (at DIMDI).
5. Branas, A. & Cohn, J. *Treatment for lymphedema: complete decongestive therapy*. (2018). Retrieved from: <https://www.oncolink.org/support/side-effects/lymphedema/lymphedema-what-you-need-to-know/treatment-for-lymphedema-complete-decongestive-therapy>
6. Ceseiko, R., Tomsone, S., Srebnijs, A., Vētra, A. (2018). Maximal Strength Training for Breast Cancer Patients Undergoing Adjuvant Treatment. *Journal of Global Oncology*, No 4 Suppl. 2. Retrieved from: <https://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/jgo.18.29400>
7. Chasen, M. R. & Dippenaar†, A. P. (2008). Cancer nutrition and rehabilitation – its time has come! *Curr Oncol*, 15(3): 117–122. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2442766/>
8. Cifu, D. X., Kaelin, D. L. et al. (2016). *Braddom's Physical Medicine & Rehabilitation*, 627–653, 5th edition, Philadelphia, ELSEVIR.
Retrieved from: <https://expertconsult.inkling.com/read/cifu-braddom-physical-medicine-rehabilitation-5/braddoms-physical-medicine-and/>
9. Colombetti, E., Osimani, B., Aluas, M., Pessina, A., Musio, A. (2012). Revision of International Classification of Functioning, Disability and Health ethical guidelines: International Classification of Functioning, Disability and Health-related ethical issues. *Am J Phys Med Rehabil*. 13 Suppl 1, S155–8.
10. EASTIN (The Global Assistive Technology Information Network). Retrieved from: www.eastin.eu
11. Deimling, G. T., Sterns, S., Bowman, K. F., Kahana, B. (2007). Functioning and activity participation restrictions among older adult, long-term cancer survivors. *Cancer Invest*, 25, 106–116. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17453822>

12. English Dictionary. Retrieved from: <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/therapy>
13. Gerber, L. H., Vargo, M. (1998). Rehabilitation for patients with Cancer Diagnosis In Joel A. DeLisa, Bruce M. Gans *Rehabilitation medicine: principles and practice* (pp. 1293–1317). Lippincott-Raven, Philadelphia, New York.
14. Gilchrist, L. S., Galantino, M. L. et al. (2009). A framework for assessment in oncology rehabilitation. *Physical Therapy*, 89(3). Retrieved from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.910.992&rep=rep1&type=pdf>
15. Global Burden of Disease Cancer Collaboration, Fitzmaurice, C., Allen, C., ...Naghavi, M. (2017). Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 32 cancer groups, 1990 to 2015: A systematic analysis for the global burden of disease study. *JAMA Oncol*, 3(4): 524–548. doi: 10.1001/jamaoncol.2016.5688.
16. Gutenbrunner, C., Meyer, T., Stucki, G. (2011). The field of competence in physical and rehabilitation medicine in light of health classifications: An international perspective. *Am J Phys Med Rehabil*, 90, 521Y525. Retrieved from: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-field-of-competence-in-physical-and-medicine-in-Gutenbrunner-Meyer/6027f115c0932f4eMeyer/6027f115c0932f4e30433aa684e3dde8f90da169>
17. Howlader, N., Noone, A. M., ... Cronin, K. A. (eds). *SEER Cancer Statistics Review, 1975–2014*. Bethesda, MD (USA): National Cancer Institute. Retrieved from: https://seer.cancer.gov/csr/1975_2014
18. ICF Research Branch. (2017). *ICF Core SETS Projects*. Retrieved from: <https://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects2/cancer/i>
19. Lymph Care by JOBST. (2018). *Complete Decongestive Therapy (CDT)*. Retrieved from: <https://www.lymphcareusa.com/professional/therapy-solutions/complete-decongestive-therapy.html>
20. Madden, R., Sykes, C., Ustun, B. T. *World Health Organization Family of International Classifications: definition, scope and purpose*. Retrieved from: <https://www.who.int/classifications/en/FamilyDocument2007.pdf?ua=1>
21. Mehnert, A. (2011). Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol*, 77, 109–130. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20117019>

22. Ness, K. K., Wall, M. M., Oakes, J. M., Robison, L. L., Gurney, J. G. (2006). Physical performance limitations and participation restrictions among cancer survivors: A population-based study. *Ann Epidemiol*, 16, 197–205. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16137893>
23. Norrefalk, J. R. (2003). How do we define multidisciplinary rehabilitation? *J Rehabil Med*, 35, 100–101. Retrieved from file:///C:/Users/User/Downloads/35100.pdf
24. Quintas, R., Cerniauskaite, M., Ajovalasit, D., Sattin, D., Boncoraglio, G., Parati, E. A. et al. (2012). Describing functioning, disability, and health with the International Classification of Functioning, Disability, and Health Brief Core Set for Stroke. *Am J Phys Med Rehabil*. 13 Suppl 1, S14–21.
25. Ripamonti, C. I., Giuntoli, F., Gonella, S., Miccinesi, G. (2018). Spiritual care in cancer patients: a need or an option? *Curr Opin Oncol*, 30(4), 212–218. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29746283>
26. Siegert, R. J., Levack, W. M. N. (2015). *Rehabilitation Goal Setting*, Boca Raton-London-New York, CRC Press.
27. Silver, J. K., Baima, J. (2013). Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. *Am J Phys Med Rehabil*, 92(8), 715–727. doi:10.1097/PHM.0b013e31829b4afe
28. Silver, J. K., Baima, J., Mayer, S. (2013). Impairment-driven cancer rehabilitation: an essential component of quality care and survivorship. *CA Cancer J Clin*, 63, 295–317. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23856764>
29. Stam, H. J., Buyruk, J. L., Muzaffer, H., Melvin, J. L. and Stucki, G. (2012). *Acute Medical Rehabilitation*. Volume I, Text Book. Ankara, Vital Med Medical Book Publishing.
30. Swenson, K. K., Nissen, M. J., ... Tsai, M. L. (2014). Cancer rehabilitation: outcome evaluation of a strengthening and conditioning program. *Cancer Nurs*, 37(3), 162–169. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23519042>
31. World Health Organization. (2011). *World report on disability*. Retrieved from https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf
32. World Health Organization. (2016). *ICD-10 Version*. Retrieved from: <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
33. World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva.

34. World Health Organization. (1980). International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. *A Manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva.