

WYŻSZA SZKOŁA GOSPODARKI KRAJOWEJ W KUTNIE
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU

BADANIA NAD OPIEKĄ PIELĘGNIARSKĄ W POPRAWIE JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTA

**Praca zbiorowa pod redakcją
Prof. dr hab. Bogdan Matvichuk, mgr Agnieszka Komorowska**

KUTNO 2019

BADANIA NAD OPIEKĄ PIEŁĘGNIARSKĄ W POPRAWIE JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTA

Redakcja wydawnicza:

Prof. dr hab. Bogdan Matvichuk, mgr Agnieszka Komorowska

Korekta

Aneta Moszczyńska

Skład

Łukasz Różyński

Wydanie I

ISBN 978-83-63484-35-4

Druk i oprawa

Mazowieckie Centrum Poligrafii
ul. Mikołaja Ciurlionisa 4
05-260 Marki

© Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej w Kutnie – Kutno 2019

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, przedrukowywanie i rozpowszechnianie całości lub fragmentów publikacji bez zgody wydawcy zabronione.

SPIS TREŚCI

| | |
|---|-----|
| <i>Andrzej Hyżyk, Aneta Jankowska, Teresa Branica-Bielecka</i> OCENA JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW PO OPERACJI USUNIĘCIA ZAĆMY I WSZCZEPIENIU SOCZEWKI WEWNĄTRZGAŁKOWEJ | 5 |
| <i>Andrzej Hyżyk, Elżbieta Stanisławska, Teresa Branica-Bielecka</i> PIELĘGNACJA I REHABILITACJA PACJENTÓW PO LARYNGEKTOMII CAŁKOWITEJ W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH | 57 |
| <i>Tadeusz Pietras, Anna Kajkowska, Andrzej Witusik</i> WYBRANE PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTÓW W TERMINALNYM STADIUM CHOROBY NOWOTWOROWEJ W OCENIE PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO | 113 |

dr Andrzej Hyżyk, Aneta Jankowska, dr Teresa Branica-Bielecka

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW PO OPERACJI USUNIĘCIA ZAĆMY I WSZCZEPIENIU SOCZEWKI WEWNĄTRZGAŁKOWEJ

WSTĘP

Choroby oczu czy utrata wzroku porażają każdego człowieka i to zarówno fizycznie, jak i psychicznie. Zaburzają wszystkie obszary życia, wpływając na pracę zawodową, życie społeczne, codzienne funkcjonowanie, oraz generując zwiększone ryzyko wystąpienia urazów. Obecnie na całym świecie najczęstszą przyczyną utraty wzroku u osób w różnym wieku jest zaćma i stanowi 48% przypadków niedowidzenia.¹

Najczęściej jednak choroba dotyka ludzi starszych, dotkniętych różnymi schorzeniami, z obniżoną sprawnością ruchową. Te ograniczenia wpływają na indywidualną ocenę jakości życia.² Niestety choroba postępuje i prowadzi do obniżenia ostrości wzroku a w konsekwencji do jego utraty. Jedynym skutecznym sposobem na poprawę ostrości wzroku jest chirurgiczne usunięcie zmętniałej soczewki i zastąpienie jej sztuczną soczewką.

W związku z powyższym, celem niniejszej pracy jest ocena jakości życia pacjentów po operacji usunięcia zaćmy i wszczepienia soczewki wewnątrzgałkowej. W pracy wyodrębniono cztery rozdziały, z czego w pierwszych trzech została opisana złożoność podjętej problematyki, a rozdział czwarty dotyczy metodologii badań własnych. W części teoretycznej pracy omówiono problematykę jakości życia i wpływających na nią czynników. W drugim rozdziale podjęto tematykę anatomii i fizjologii narządu wzroku oraz scharakteryzowano chorobę jaką jest zaćma. W części badawczej pracy przedstawiono

¹ B. Woynarowska, *Jakość życia związana ze zdrowiem*, [w] *Edukacja zdrowotna : podręcznik akademicki*, B. Woynarowska, (red.), Wydawnictwo PWN, Warszawa 2012, str. 41–43.

² K. Kurowska, I. Celmer-Ozdowska, *Depresyjność a jakość życia u osób z rozpoznaną zaćmą*, *Hygeia Public Health* 2014, 49(3): str. 554–559.

cele, problemy i hipotezy badawcze, metodę, technikę i narzędzie badawcze oraz dokonano charakterystyki badanej zbiorowości. Pozyskane dane przedstawiono za pomocą wykresów oraz poddano dyskusji, po której wysunięto wnioski końcowe.

1. JAKOŚĆ ŻYCIA W ŚWIETLE LITERATURY

1.1. POJĘCIE I MODELE JAKOŚCI ŻYCIA

Istotnym elementem niniejszej pracy jest dokonanie krótkiego przeglądu podstawowych pojęć związanych z jakością życia, która wiąże się z funkcjonowaniem człowieka i ma duży wpływ na jego samopoczucie, chęci do działania i potrzebę kontaktu z innymi ludźmi.

Jakość życia jest pojęciem rozumianym bardzo szeroko, ma charakter interdyscyplinarny i dlatego trudno jednoznacznie je zdefiniować. Jest pojęciem wielowymiarowym i skupia różne dziedziny życia.³

Powtarzając za R. Kolman jakością życia to „(...) stopień zaspokojenia potrzeb duchowych imaterialnych człowieka, stopień zaspokojenia wymagań określający poziom materialnego, i duchowego bytu jednostek, i całego społeczeństwa, stopień spełnienia oczekiwań umownej normalności w działaniach, i sytuacji codziennego życia jednostek, i społeczeństwa”.⁴

Natomiast według A. Bańki jakością życia to „(...) efekt rozwoju jednostki, czyli skutek procesu konstruowania standardów porównań dla osiągalnych w czasie informacji, z jednej strony oraz wypadkowa rozłożonego w czasie procesu konstruowania sądów o życiu, będących mentalnymi reprezentacjami życia i regulatorami procesu przetwarzania napływających informacji”.⁵

Zdaniem Bańki człowiek jakością życia rozpatruje biorąc pod uwagę cztery źródła:

- dawne doświadczenia,
- aktualne przeżycia,
- przyszłe oczekiwania,
- opinię społeczną.⁶

³ N. Janusek-Krysińska, *Jakość życia w województwie opolskim w świetle danych statystycznych i diagnozy społecznej*, Zeszyty naukowe Politechniki Śląskiej 2017, Seria: Organizacja i zarządzanie z. 104 Nr kol. 1979.

⁴ R. Kolman, *Zespoły badawcze jakości życia*, Problemy Jakości, 2000, nr 2, str. 2.

⁵ A. Bańka, *Psychologia jakości życia*, Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań 2005.

⁶ K. Bauman K., *Jakość życia w okresie późnej dorosłości – dyskurs teoretyczny*, Gerontologia Polska, 4, 14. str.165–171.

Aby lepiej zrozumieć termin przytoczę definicję według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO – World Health Organization), która mówi, że jakości życia to „spostreżenie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemów wartości w jakich żyje oraz w relacji do jej celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań”.⁷

Z kolei S. Otok, twierdzi, że jakość życia to „zespół czynników przestrzenno-środowiskowych, produkcyjnych i kulturowych, składających się na rzeczywistość, w której człowiek żyje”.⁸

Jakość życia ma niewątpliwie duży związek z psychiczną sferą życia każdego człowieka, jego potrzebą zaspokajania potrzeb materialnych, potrzebą więzi społecznych, kontaktu z drugą osobą oraz potrzebą związaną z zapewnieniem bezpieczeństwa.⁹

Jakość życia to poczucie zadowolenia jednostek czy grup społecznych, które związane jest z zaspokojeniem potrzeb społecznych, emocjonalnych czy realizacją własnych potrzeb.¹⁰

Jakość życia to także pojęcie filozoficzne i dotyczy zarówno wartości duchowych, materialnych jak i niematerialnych.¹¹

Jakość życia jest uwarunkowana czynnikami subiektywnymi i obiektywnymi. Na warunki obiektywne wpływ mają takie czynniki jak; środowisko, w którym żyje człowiek, jego sytuacja materialna, mieszkaniowa, poczucie bezpieczeństwa, czas wolny oraz zdrowie. Mówiąc o warunkach subiektywnych mamy na myśli postrzeganie przez każdego człowieka jego warunków życia, stanu psychicznego, osiągnięć, pragnień czy też niepowodzeń i porażek.¹²

1.2. JAKOŚĆ ŻYCIA ZWIĄZANA ZE ZDROWIEM

Życie stanowi największą wartość dla każdego człowieka i dlatego ważne jest, aby stworzyć właściwe warunki dla poprawy jakości życia. Utrzymanie zdrowia, dbanie o dobre samopoczucie ma ogromny wpływ na odczuwanie przez jednostkę jakości życia.¹³

⁷ E. Papuń, *Jakość życia – definicje i sposoby jej ujmowania*, „Current Problems of Psychiatry”, No. 12(2), 2011, str. 143.

⁸ J.W. Owsiański, T.Tarchalski, *Współczesne Problemy Zarządzania, Pomiar jakości życia, Uwagi na marginesie pewnego rankingu*, Nr 1/2008.

⁹ K. Bauman, *Jakość życia w okresie późnej dorosłości – dyskurs teoretyczny*, Gerontologia Polska, 4, 14.

¹⁰ K. Bauman, *Jakość życia w okresie późnej dorosłości – dyskurs teoretyczny*, Gerontologia Polska, 4, 14.

¹¹ E. Skrzypek, *Czynniki kształtujące jakość życia*, Zakład Ekonomiki Jakości i Zarządzania Wiedzą, Instytut Zarządzania i Marketingu, Wydawnictwo UMCS Lublin, str. 1.

¹² E. Skrzypek, *Czynniki kształtujące jakość życia*, Zakład Ekonomiki Jakości i Zarządzania Wiedzą, Instytut Zarządzania i Marketingu, Wydawnictwo UMCS Lublin, str.1.

¹³ H. Sokolnicka, W. Mikuła, *Medycyna a pojęcie jakości życia*, Medycyna rodzinna, 3–4/2003, s.126–128.

Choroba prowadzi do znacznej utraty jakości życia. Człowiek traci siły fizyczne, traci zdolność do działania, czuje się bezwartościowy, traci poczucie bezpieczeństwa. W chorobie trudno dostrzec i nadać jakiś sens życiu.¹⁴

Dla wielu ludzi jakość życia nieodłącznie wiąże się ze zdrowiem, szczęśliwym życiem rodzinnym, społecznym, poczuciem bezpieczeństwa i własnej wartości. Zaspokojenie przez jednostkę potrzeb, które motywują do działania dają spełnienie i zadowolenie wpływają na jakość życia.¹⁵

W latach dziewięćdziesiątych nastąpiło duże zainteresowanie problematyką jakości życia ludzi zdrowych i chorych. Przeprowadzane badania naukowe nad jakością życia w wymiarze subiektywnym i obiektywnym są bardzo przydatne i wykorzystywane w medycynie i ochronie zdrowia.¹⁶ Badania wyłoniły dwa rodzaje jakości życia:

- Zależną od stanu zdrowia,
- Niezależną od stanu zdrowia.¹⁷

W 1990 roku w naukach medycznych pojawiło się pojęcie jakości życia zależne od stanu zdrowia. H. Schipper i wsp. zdefiniowali je jako „funkcjonalny efekt choroby i leczenia, subiektywnie lub obiektywnie odbierany przez pacjenta”.¹⁸

Obejmuje cztery wymiary:

1. Stan psychiczny,
2. Sprawność ruchowa i stan fizyczny,
3. Doznania somatyczne,
4. Warunki ekonomiczne i sytuację społeczną.¹⁹

Dla wielu autorów jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia powinna być rozpatrywana w znaczeniu subiektywnym i obiektywnym.

Kunsbeck wskazuje na elementy subiektywne, do których zalicza takie elementy jak:

- psychiczne – lęk, poczucie własnej wartości,
- fizyczne – ból, sprawność, niedomaganie,
- międzyludzkie – pomoc społeczna, konflikty,
- społeczne – zadowolenie z pracy, czas wolny,

¹⁴ L. Wołowicka, (red.), *Jakość życia w naukach medycznych*, Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej im. K. Marcinkiewicza, Poznań 2001, str.194.

¹⁵ H. Sokolnicka, W. Mikuła, *Medycyna a pojęcie jakości życia*, *Medycyna rodzinna*, 3–4/2003, str.126–128.

¹⁶ L. Wołowicka, (red.), *Jakość życia w naukach medycznych*, Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej im. K. Marcinkiewicza, Poznań 2001, str.3.

¹⁷ H. Sokolnicka Mikuła, *Medycyna a pojęcie jakości życia*, *Medycyna rodzinna*, 3–4/2003, s.126–128.

¹⁸ I.Wrońska, R. Stępień, G. Wiraszka, *Badanie jakości życia w naukach medycznych, Część I, Pielęgniarstwo XXI wieku, 2004. 1(6), 5–9.*

¹⁹ A. Dziurawicz-Kozłowska, *Wokół pojęcia jakości życia, Psychologia Jakości Życia*, 200, 2, 88.

Z kolei do komponentów obiektywnych zalicza się:

- stan zdrowia podparty badaniami specjalistycznymi,
- diagnozę lekarską opartą o psychopatologię,
- status społeczno – ekonomiczny.²⁰

1.3. CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA JAKOŚĆ ŻYCIA

Na jakość życia wpływa wiele czynników, które mają wpływ na zadowolenie, samopoczucie, realizację stawianych zadań, które wypełniamy w różnych okresach życia. O postrzeganiu przez nas jakości wiąże się z wypełnieniem siebie na tle rodzinnym, społecznym i zawodowym.²¹

J. Rutkowski wyłonił czynniki kształtujące jakość życia, do których zalicza się:

1. Czynniki obiektywne:
 - Warunki, w których aktualnie żyjemy,
 - Warunki demograficzne i społeczno – ekonomiczne badanych,
2. Czynniki subiektywne:
 - Oczekiwania,
 - Istotne wartości, które wpływają na satysfakcję z życia,
 - Stawiane punkty odniesienia,
 - Aspiracje, porównywanie do tego co było,
 - Ocena perspektyw i postrzeganie przeszłości.²²

Na jakość życia osób starszych wpływ mają czynniki: fizyczne, psychiczne, funkcjonowanie społeczne, satysfakcja życiowa, warunki ekonomiczne, postrzeganie zdrowia, seksualność, dobrostan osobisty i wykorzystanie czasu wolnego.²³

Jakość życia rozpatrywana jest nie tylko w sensie fizycznym, ale również w aspekcie rozwoju duchowego, umysłowego, możliwości nauki, kreatywności oraz rozwoju twórczego. W ujęciu filozoficznym jakość życia dotyczy wartości duchowych, materialnych i niematerialnych.²⁴ Potrzeby motywują do działania wpływają na naszą aktywność

²⁰ M. Szewczyk, M. Stachowska, D. Talarzka, *Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym – przegląd piśmiennictwa*, Nowiny Lekarskie 2012, 81, 1, str. 96–100.

²¹ E. Skrzypek, *Czynniki kształtujące jakość życia*, Zakład Ekonomiki Jakości i Zarządzania Wiedzą, Instytut Zarządzania i Marketingu, Wydawnictwo UMCS Lublin.

²² E. Skrzypek, *Czynniki kształtujące jakość życia*, Zakład Ekonomiki Jakości i Zarządzania Wiedzą, Instytut Zarządzania i Marketingu, Wydawnictwo UMCS Lublin.

²³ K. Bauman, *Jakość życia w okresie późnej dorosłości – dyskurs teoretyczny*, Gerontologia Polska, 4, 14, str. 165–171.

²⁴ E. Skrzypek, *Czynniki kształtujące jakość życia*, Zakład Ekonomiki Jakości i Zarządzania Wiedzą, Instytut Zarządzania i Marketingu, Wydawnictwo UMCS Lublin.

i dążenie do osiągnięcia celu. Jakość życia jest istotnym celem każdego społeczeństwa, jest wspólnym dobrem, a wypełnienie ważnych celów jednostki – priorytetem.²⁵

2. NARZĄD WZROKU – ANATOMIA I FIZJOLOGIA

Narząd wzroku stanowi:

- Gałka oczna, która służy do odbioru obrazu.
- Korowe ośrodki wzrokowe, tam dociera obraz i dalej przesyłane są impulsy do centralnego układu nerwowego. Jest to wielopłaszczyznowy fizyczno – psychiczny proces gdzie trzy etapy – „*recepto, transmissio, et perceptio*” umożliwiają powstanie właściwych wrażeń wzrokowych.²⁶
- Część przewodząca, na którą składa się: pasmo wzrokowe, nerw wzrokowy i promienistość wzrokowa.
- Narządy dodatkowe, które mają za zadanie ochronę oraz nawilżenie gałki ocznej. Narządy dodatkowe ułatwiają ruchy gałki ocznej oraz chronią nerw wzrokowy. Zalicza się do nich układ ochronny oka oraz aparat ruchowy. Układ ochronny oka składa się z kostnej ściany, oczodołu, narządu łzowego, spojówki i powiek. Natomiast aparat ruchowy stanowią zewnętrzne mięśnie gałki ocznej.²⁷

2.1. GAŁKA OCZNA – BUDOWA

Gałka oczna kształtem przypomina kulę. Dla oka normowzrocznego promień krzywizny stanowi ok. 12 mm, w wymiarze przednio – tylnej to 24 mm., w poziomej 23, 5 mm. i pionowej 23 mm. Gałka oczna waży średnio 7–8 g, a objętość wynosi ok. 7 cm³.²⁸

Do opisu gałki ocznej stosuje się następujące pojęcia, które pomagają zlokalizować zmiany patologicznie zmienione lub umiejscowić anatomiczne szczegóły.

Aby zlokalizować zmiany patologicznie zmienione lub umiejscowić anatomiczne szczegóły do opisu gałki ocznej stosuje się następujące pojęcia:

- Biegun przedni – leży w szczycie rogówki.
- Biegun tylny – leży w geometrycznym środku tylnej części twardówki, położonym skroniowo od nerwu wzrokowego.

²⁵ E. Skrzypek, *Czynniki kształtujące jakość życia*, Zakład Ekonomiki Jakości i Zarządzania Wiedzą, Instytut Zarządzania i Marketingu, Wydawnictwo UMCS Lublin.

²⁶ M.H. Niżankowska, *Podstawy okulistyki*, Wydawnictwo Volumed, Wrocław 2000, str.8.

²⁷ B. Zatorska, (red.), *Anatomia i fizjologia narządu wzroku, (w)*, M.S. Pojda, *Okulistyka w kropelce*, Śląska Akademia Medyczna, Katowice 2006, str. 17.

²⁸ B. Zatorska, (red.), *Anatomia i fizjologia narządu wzroku, (w)*, M.S. Pojda, *Okulistyka w kropelce*, Śląska Akademia Medyczna, Katowice 2006, str. 19.

- Oś gałki – jest to linia, która łączy biegun przedni i tylny, i pokrywa się zego. Południki oznaczone są odpowiednio do tarczy zegarowej liczbami od 1 do 12.²⁹

W gałce ocznej można wyróżnić:

1. Trzy błony:
 - a. Błona włóknista, która tworzy ścianę i chroni gałkę oczną od zewnątrz. Błonę włóknistą tworzą twardówka, która jest nieprzezroczysta a w przedniej części rogówka, która jest przezroczysta.
 - b. Błona naczyniowa, środkowa, która składa się z trzech części:
 - tęczówki, położonej z przodu
 - naczyniówki, położonej z tyłu między twardówką a siatkówką
 - ciała rzęskowego leżącego pośrednio.
 - c. Błony nerwowej, wewnętrznej czyli siatkówki.³⁰
2. Trzy komory:
 - a. Komora przednia znajduje się pomiędzy płaszczyzną tęczówki a rogówką.
 - b. Komora tylna zawarta jest za tęczówką. Z boku ograniczona jest przez ciało rzęskowe z tyłu natomiast przez ciało szkliste i soczewkę. Obie komory wypełnione są wodnistą cieczą.
 - c. Komora szklista stanowi największy obszar i wypełnia je ciało szkliste.³¹
3. Zawartość gałki ocznej:
 - a. Soczewka
 - b. Ciecz wodnista
 - c. Ciało szkliste.³²

Gałkę oczną z klinicznego punktu widzenia można podzielić na **odcinek przedni i tylny**. **Odcinek przedni** stanowi: komora przednia, rogówka, tęczówka, soczewka i ciało rzęskowe, natomiast **odcinek tylny** utworzony jest przez naczyniówkę, twardówkę, siatkówkę, ciało szkliste i gałkową część nerwu wzrokowego.³³

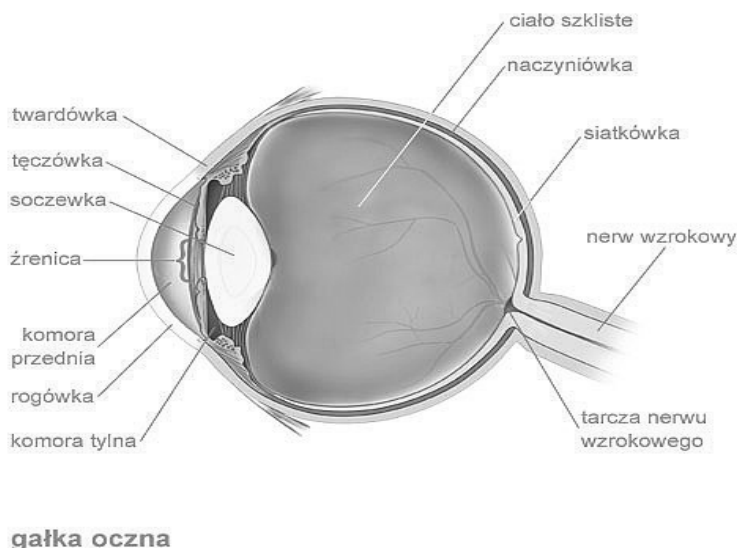
²⁹ M.H. Niżankowska, *Podstawy okulistyki*, Wydawnictwo Volumed, Wrocław 2000, str. 3.

³⁰ B. Zatorska, (red.), *Anatomia i fizjologia narządu wzroku, (w)*, M.S. Pojda, *Okulistyka w kropelce*, Śląska Akademia Medyczna, Katowice 2006, str. 19.

³¹ M.H. Niżankowska, *Podstawy okulistyki*, Wydawnictwo Volumed, Wrocław 2000, str.3.

³² B. Zatorska, (red.), *Anatomia i fizjologia narządu wzroku, (w)*, M.S. Pojda, *Okulistyka w kropelce*, Śląska Akademia Medyczna, Katowice 2006, str. 19.

³³ M.H. Niżankowska, *Podstawy okulistyki*, Wydawnictwo Volumed, Wrocław 2000, str.3.



Ryc. 1. Gałka oczna

[Źródło:https://www.doz.pl/zdrowie/h10738-Galka_oczna_oko (30.04.2019.)]

2.2. UKŁAD OPTYCZNY OKA

Układ optyczny oka stanowią te elementy gałki ocznej, które dostosowane są do odbioru obrazu, przechodzą przez nie promienie świetlne, które ulegają załamaniu i dzięki temu powstaje obraz. Na układ optyczny oka składają się:

- Rogówka,
- Komora przednia,
- Ciało szkliste,
- Soczewka,
- Siatkówka,

Na moc układu optycznego duży wpływ ma moc rogówki, soczewki oraz głębokość przedniej komory, czyli odległość między rogówką a soczewką.³⁴

³⁴ Michalski A, *Ocena wybranych parametrów narządu wzroku i jakości życia u pacjentów po operacji zaćmy*, Rozprawa doktorska, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2013, str. 9.

2.2.1. ROGÓWKA

Rogówka jest wypukła, pokrywa gałkę oczną od przodu ma średnicę w poziomie 11–12 mm, natomiast średnica w pionie jest krótsza o 1 mm, promień krzywizny to średnio 7, 8 mm. Rogówka to przezroczysta tkanka, która w układzie optycznym oka tworzy ośrodek, który wraz z filmem łzowym skupia promienie świetlne. Na prawidłową funkcję optyczną ma wpływ odpowiednia wielkość rogówki, jej równa powierzchnia oraz właściwa przejrzystość i krzywizna.³⁵

Rogówka jest bardzo unerwioną tkanką, ale pozbawiona jest naczyń krwionośnych, aby nie zaburzyć jej przejrzystości. Rogówka jest odżywiona dzięki dyfuzji łez i cieczy wodnistej, która mieści się za rogówką.

Rogówka zbudowana jest z sześciu kolejno ułożonych warstw:

- Nabłonka rogówki – jest to płaski, wielowarstwowy nabłonek, który nie rogowacieje i nawilżany jest przez łzy. Nabłonek ten szybko się regeneruje.
- Błazki granicznej przedniej – zwanej również warstwą Bowmana, składa się z włókien kolagenowych.
- Istoty właściwej – najgrubszej warstwy rogówki, zbudowanej z włóknistej tkanki łącznej, między którą znajdują się leukocyty i korneocyty.
- Warstwy duży
- Błazki granicznej tylnej – zwanej również błoną Descemeta. Błona ta jest wytrzymała na urazy i ma zdolność do regeneracji. Tworzą ją włókna kolagenowe.
- Śródbłonka rogówki – tworzy go płaski nabłonek zbudowanego z jednej warstwy komórek

W rogówce wyodrębnić można rąbek rogówki – tworzy go wąski pas przejściowy leżący między rogówką a twardówką.³⁶

2.2.2. KOMORA PRZEDNIA OKA

Komora przednia znajduje się pomiędzy płaszczyzną tęczęwki a rogówką, z tyłu ograniczona jest częścią tęczęwki, ciała rzęskowego oraz powierzchnią soczewki jej przednią częścią. Przestrzeń komory przedniej wypełniona jest cieczą wodnistą. Skrajną część obwodową stanowi kąt (przesączania) tęczęwkowo-rogówkowy, przez który ciecz wodnista odpływa do zatoki żyłnej twardówki.³⁷

³⁵ B. Zatorska, (red.), *Anatomia i fizjologia narządu wzroku, (w)*, M.S. Pojda, *Okulistyka w kropelce*, Śląska Akademia Medyczna, Katowice 2006, str. 20.

³⁶ T. Cichocki, *Kompendium histologii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016.

³⁷ A. Bochenek, M. Reicher, *Anatomia człowieka*, tom V, wyd. 5, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.

2.2.3. CIAŁO SZKLISTE

Ciało szkliste ma galaretowatą strukturę i wypełnia dużą przestrzeń gałki ocznej. Ciało szkliste leży między powierzchnią siatkówki, tylną częścią soczewki i ciałem rzęskowym. W przedniej części ciała szklistego widnieje wgłębienie zwane dołem ciała szklistego, tylna część ma kształt kuli a po środku leży kanał. Na obwodzie ciało szkliste ma gęściejszą konsystencję i nazwane jest błoną szklistą. W ciele szklistym wyróżniamy również zrąb szklisty utworzony z włókienek kolagenowych oraz ciecz szklistą, która składa się w 99% z wody, a resztę stanowią białka, kwas hialuronowy, kolagen, glukozę oraz hialocyty.³⁸

Ciało szkliste pełni bardzo ważną funkcję optyczną, utrzymuje siatkówkę w odpowiedniej pozycji. Bierze również udział w metabolizmie siatkówki i soczewki. Utrzymuje siatkówkę w odpowiednim położeniu a promienie świetlne, które do niej docierają dają ostry obraz.³⁹

2.2.4. SOCZEWKA

Soczewka – stanowi część oka, jest elastyczna i przezroczysta. Ma kształt krążka i jest dwuwypukła.⁴⁰ Położona jest między tęczówką a ciałem szklistym w przedniej części oka. Soczewka jest narządem nie unerwionym i nie posiada naczyń krwionośnych. Zawieszona jest na włóknach tworzących obwódkę rzęskową, która przymocowuje soczewkę do ciała rzęskowego.⁴¹

Wyodrębnić możemy powierzchnię przednią i tylną soczewki. W ich środku znajdują się biegun przedni i biegun tylni, które łączą oś soczewki.⁴²

Soczewka zbudowana jest z :

- Torebki – przytwierdzają się do niej włókna obwódkowe.
- Nabłonka soczewki – znajduje się pod torebką soczewki i jest w formie warstwy komórek, które zamieniają się we włókna soczewki.
- Istoty soczewki – to włókna soczewki tworzące jądro i korę. Z czasem odcinek jądrowy staje się twardszy i mniej sprężysty. W efekcie dochodzi do zaburzeń współczynnika załamania soczewki.

³⁸ B. Zatorska, (red.), *Anatomia i fizjologia narządu wzroku, (w)*, M.S. Pojda, *Okulistyka w kropelce*, Śląska Akademia Medyczna, Katowice 2006, str. 34.

³⁹ <https://zdrowie.tvn.pl/a/cialo-szkliste-oka-budowa-funkcje-i-najc> (dostęp 02.03.2019r.)

⁴⁰ W.Sawicki, *Histologia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, str. 407–408.

⁴¹ Z. Urbanowicz, *Mała encyklopedia anatomii człowieka*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003, str. 516.

⁴² M.H. Niżankowska, *Okulistyka Podstawy kliniczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, str. 279.

Soczewka pełni bardzo ważną funkcję optyczną, na jej powierzchni dochodzi do załamania światła i dzięki temu, że jest elastyczna i zmienia kształt możliwe jest widzenie przedmiotów z bliska i z daleka. Jest to tzw. zjawisko akomodacji oka.⁴³

2.2.5. SIATKÓWKA

Siatkówka wyściela gałkę oczną i jest światłoczułą błoną. Składa się z 10 warstw a w ich składzie wyróżniamy komórki nerwowe, które łączą się z mózgiem nerwem wzrokowym. Wśród komórek nerwowych wyróżniamy między innymi światłoczułe receptory: czopki i pręciki. Pręciki, których w oku ludzkim jest 100 mln. są wrażliwe na światło i umożliwiają czarno-białe widzenie. Natomiast czopki, których jest ok. 6 mln. i znajdują się w środku soczewki pozwalają na ostre i barwne widzenie.⁴⁴

2.3. APARAT OCHRONNY OKA

Aparat ochronny oka składa się z:

- Powieki,
- Spojówki,
- Narządu łzowego

2.3.1. POWIEKI

Powieki to dwa ruchome fałdy skóry, które osłaniają gałkę oczną, tym samym chronią ją przed urazami i nawilżają chroniąc oko przed wysychaniem. Dzieje się tak dzięki fizjologicznemu mruganiu. Powieki mają za zadanie rozprowadzić ciecz łzową na powierzchni spojówki i rogówki. Dzięki temu gałka oczna jest nawilżona.⁴⁵ Kiedy oko jest zagrożone powieki mechanicznie się zamykają.⁴⁶

Powieki ograniczają szparę powiek, która jest poprzecznie owalna i ma ok. 10 mm szerokości. Szpara powiek jest ograniczona kątem bocznym, który jest ostry i przyśrodkowym, który jest zaokrąglony. Obie powieki połączone są przez spoidła powiekowe: boczne i przyśrodkowe. Nad górną powieką wyrastają brwi, natomiast na brzegach powieki górnej i dolnej osadzone są rzęsy. Szkielet powiek składa się z tarczki zbudowane są z tkanki łącznej, która utrzymuje odpowiedni kształt powieki i umożliwia poruszanie powieki.⁴⁷

⁴³ B. Zatorska, (red.), *Anatomia i fizjologia narządu wzroku, (w)*, M.S. Pojda, *Okulistyka w kropelce*, Śląska Akademia Medyczna, str. 33.

⁴⁴ M.H. Niżankowska, *Okulistyka Podstawy kliniczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, str. 379–424.

⁴⁵ M.H. Niżankowska, *Okulistyka Podstawy kliniczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, str. 9.

⁴⁶ C. Bradford, *Okulistyka. Podręcznik dla studentów*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2006, str. 104.

⁴⁷ M.H. Niżankowska, *Okulistyka Podstawy kliniczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, str. 9.

2.3.2. SPOJÓWKA

Spojówka to przezroczysta błona śluzowa, która pokrywa całą wewnętrzną powierzchnię powiek a także powierzchnię gałki sięgając do rąbka rogówki. Spojówka ma za zadanie chronić gałkę przed zakażeniem, cechuje ją duża ilość naczyń limfatycznych i bytność immunokompetentnych komórek.

Spojówka składa się z trzech części:

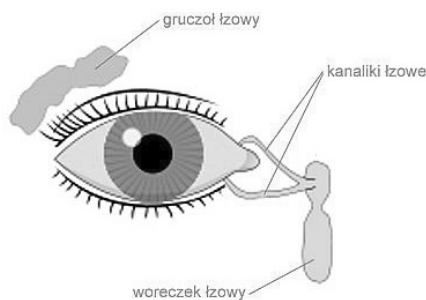
1. Powiekowej – rozpoczyna się od brzegu powieki i szczelnie przywiera do tarczki, tylnej jej powierzchni.
2. Gałkowej – osłania twardówkę od przodu i w rąbku przechodzi w nabłonek rogówki.
3. Załamków – ma luźny charakter, jest jej dużo i może tworzyć fałdy.⁴⁸

Szczelina włosowata znajdująca się między spojówką gałki ocznej a spojówką powiek tworzy worek spojówkowy.⁴⁹

Spojówka jest bardzo wrażliwym narządem dlatego pocieranie zanieczyszczonymi rękami czy mocne światło może spowodować jej podrażnienie a w konsekwencji może dojść do wystąpienia zapalenia spojówek.⁵⁰

2.3.3. NARZĄD ŁZOWY

Narząd łzowy – jego zadaniem jest nawilżanie i odżywianie rogówki i spojówki a także odkażanie i oczyszczanie ich z zanieczyszczeń.⁵¹



Ryc. 2. Narząd łzowy.

Źródło: https://pl.wikipedia.org/wiki/Kanalik_%C5%82zowy (26.04.2019.)

⁴⁸ J.J. Kański, B. Bowling, *Okulistyka kliniczna*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013, str. 130.

⁴⁹ M.H. Niżankowska, *Okulistyka Podstawy kliniczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, str. 10.

⁵⁰ H.P. Abrahams, *Atlas anatomi: ciało człowieka: budowa i funkcjonowanie*, Świat książki, Warszawa 2004, str.44.

⁵¹ A. Bochenek, M. Reicher, *Anatomia człowieka*, tom V, wyd. 5, PZWL, Warszawa 2008, str. 564–566.

W skład narządu łzowego wchodzi:

- Gruczoł łzowy – dzieli się na dwie części:
 - Część górną większą – oczodołową
 - Część dolną mniejszą – powiekową.⁵²

W skład gruczołu łzowego wchodzi również przewodniki odprowadzające ciecz łzową do worka spojówkowego.

- Drogi łzowe

Łzy odprowadzane są w obszarze przyśrodkowego kąta oka. Na tylnym brzegu powiek położona jest brodawka łzowa zakończona punktem łzowym. Z punktu łzowego do woreczka uchodzi kanalik łzowy.⁵³

3. ZAĆMA – KLASYFIKACJA I LECZENIE

3.1. CHARAKTERYSTYKA CHOROBY

Zaćma to choroba oczu, która prowadzi do zmętnienia soczewki oka. Zmętnienie soczewki może być częściowe lub całkowite. Niestety postępujące zmętnienie soczewki może doprowadzić do upośledzenia widzenia a w konsekwencji doprowadza do ślepoty. Dlatego też bardzo ważne jest podjęcie leczenia.

Objawem zaćmy jest zaburzenie ostrości wzroku. Soczewka ulega stopniowemu ztwardnieniu i pogrubieniu przez co jest mniej elastyczna. Skutkiem tego dochodzące promienie świetlne do oka są zniekształcone lub też nie docierają do tylnej jego części. Chory słabiej widzi, obraz jest zamglony, występuje mniejsza ostrość i wyrazistość, widzenie kolorów jest słabsze. Widzenie w ciemności jest ograniczone, ale też jasne światło powoduje nadwrażliwość.⁵⁴

Zaćmę dzielimy na dwa typy ze względu na przyczynę wystąpienia oraz w zależności od usytuowania zmętnień.⁵⁵

⁵² K. Pecold, M. Krawczyński M, *Oczodół, powieki i układ łzowy*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2003, str. 17.

⁵³ M.H. Niżankowska, *Podstawy okulistyki*, Wydawnictwo Volumed, Wrocław 2000, str. 10.

⁵⁴ J. Szaflik, J. Izdebska, A. Zaleska, *Zaćma – najczęstsza przyczyna uleczalnej ślepoty*, *Przewodnik Lekarza*. 2000; 2(10):str.78–86.

⁵⁵ J. Szaflik, J. Izdebska, A. Zaleska, *Zaćma – najczęstsza przyczyna uleczalnej ślepoty*, *Przewodnik Lekarza*. 2000; 2(10):str. 78–86.

3.2. PODZIAŁ ZAĆMY ZE WZGLĘDU NA PRZYCZYNĘ WYSTĄPIENIA

3.2.1. ZAĆMA WRODZONA

Zaćma wrodzona to zmętnienie soczewki, które pojawia się już w chwili urodzenia i dalej się rozwija. Do jej powstania przyczyniają się niżej wymienione czynniki:

- Zakażenia pasożytnicze, np: toksoplazmoza,
- Uszkodzenia płodu w okresie organogenezy,
- Infekcje wirusowe, np: różyczka, ospa wietrzna,
- Zaburzenia metaboliczne,
- Zatrucia,
- Niedożywienie, brak witamin,
- Leki, np:kortykosteroidy,
- Promieniowanie jonizujące.⁵⁶

Zaćma wrodzona występuje jako:

- Częściowa
 - jednostronna
 - obustronna
- Całkowita
 - jednostronna
 - obustronna

Zaćma wrodzona występuje zazwyczaj jako zaćma błoniasta lub około jądrowa. Zaćma wrodzona częściowa – diagnozuje się ją najczęściej w wieku szkolnym podczas badań profilaktycznych. Ostrość wzroku jest delikatnie obniżona.

W zaćmie wrodzonej całkowicie jednostronnej występuje:

- oczopląs
- oko ustawione jest w zezie zbieżnym
- źrenica ma biały odcień.⁵⁷

Leczenie zależy głównie od charakteru i zaawansowania zmian. Najważniejszym wskazaniem do zabiegu jest zaćma, w której zmiany zaburzają właściwy rozwój widzenia.

⁵⁶ O. Pałac, *Zarys podstawowych problemów współczesnej okulistyki*, Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Medycznej, Szczecin 2003, str. 19–20.

⁵⁷ E. Herba, *Patologia soczewki, (w)*, M.S. Pojda, *Okulistyka w kropelce*, Śląska Akademia Medyczna, Katowice 2006, str.115–116.

Przebieg operacji zaćmy u dzieci jest bardziej skomplikowany niż u dorosłych. Szybkie wykrycie choroby, leczenie oraz pomoc rodziców wpływa na powodzenie w leczeniu.⁵⁸

3.2.2. ZAĆMA NABYTA

Powstają na skutek starzenia się organizmu jak również w przebiegu różnych zaburzeń metabolicznych soczewki. Zmiany degeneracyjne soczewki mogą być spowodowane czynnikami zewnętrznymi o charakterze chemicznym czy fizycznym i wewnętrznymi na skutek różnych chorób.⁵⁹

Zaćma nabyta jest wynikiem zmian jakie zachodzą w soczewce w związku z procesem starzenia się organizmu, ale może pojawić się również na skutek różnych nieprawidłowości soczewki spowodowanych czynnikami endogennymi czyli do zaburzeń dochodzi na skutek różnych chorób ogólnych i miejscowych oraz czynnikami egzogennymi o tle fizycznym lub chemicznym.⁶⁰

a) Zaćma pierwotna starcza

Zaćma starcza jest najczęstszą i najbardziej znaną postacią zaćmy nabytej. Choroba dotyka osób około 50 – 60 roku życia, ale pierwsze objawy możemy zaobserwować już po 40 roku życia.

Zaćmy starcze w większości przypadków mają charakter mieszany i mogą być w postaci zaćmy korowo-jądrowej czy podtorebkowo- korowej. Proces rozwoju zmian występujących w soczewce pozwala wyodrębnić zaćmę początkową, całkowitą, pęczniającą, przejrzałą w postaci zaćmy Morgagniego i zaćmy przejrzałej obkurczonej.⁶¹

b) Zaćma wtórna

Zaćma wtórna powstaje w wyniku:

1. Zaburzeń ogólnoustrojowych m.in.:

- W cukrzycy – podwyższone wartości glukozy we krwi oraz cieczy wodnistej wpływają na zmiany refrakcji a później glukoza wnika do soczewki i jest tam metabolizowana do postaci sorbitolu. który podnosi ciśnienie osmotyczne w soczewce, skutkuje to zmianą współczynnika refrakcji i dochodzi do krótkowzroczności oka.

Możemy wyróżnić:

⁵⁸ A. Bryl, A. Bakunowicz-Lazarczyk, M. Mrugacz, B. Urban, *Współczesne aspekty postępowania w zaćmie wrodzonej*, Magazyn Lekarza Okulisty, 7 (2) 2013.

⁵⁹ M.H. Niżankowska, *Podstawy okulistyki*, Wydawnictwo Volumed, Wrocław 2000, str. 214.

⁶⁰ M.H. Niżankowska, *Okulistyka Podstawy kliniczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, str. 289.

⁶¹ M.H. Niżankowska, *Okulistyka Podstawy kliniczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, str. 289.

- Zaćmę cukrzycową rzeczywistą – dotyczy młodych osób, zmętnienia w postaci „płatków śniegu” pojawiają się w korze soczewki. Co ciekawe zmiany mogą szybko postępować i w ciągu kilku dni może dojść do zaćmy dojrzałej lub przy uregulowaniu poziomów glukozy zmiany mogą się cofnąć, rzadko występuje.
 - Zaćmę starczą w cukrzycy – u osób chorych na cukrzycę pojawia się wcześniej i zmiany szybciej się rozwijają.
 - Zaćmę tężyczkową – jest wynikiem operacji przytarczyc.⁶²
 - Zaćmę miotoniczną – na skutek upośledzenia ruchów gałki ocznej, około 30 roku życia niewielkie zmiany soczewki nie dają objawów, natomiast około 50 roku życia dochodzi do dużych zmian, widzenie pogarsza się i dochodzi do zaćmy podtorebkowej tylnej.⁶³
- Hipokalcemi
2. Różnych patologii gałki ocznej a szczególnie w wyniku:
- przewlekłego zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego, zmętnienia występują na skutek powstałych zrostów,
 - zapalenia rogówki, zmiany dotyczą fragmentu soczewki leżącego w obszarze źrenicy,
 - zapalenia twardówki,
 - chorób siatkówki,
 - nowotworów, guzów wewnątrzgałkowych,
 - przy dużej krótkowzroczności patologicznej,
 - w ostrym ataku jaskry, zmiany pojawiają się w postaci delikatnych plamek pod przednią torebką soczewki.⁶⁴

c) Zaćma pourazowa

Do powstania zaćmy pourazowej najczęściej dochodzi na skutek urazu. Uraz może być:

- tępy – dochodzi do niego na skutek gwałtownego urazu mechanicznego, zmętnienie soczewki może swoim kształtem przypominać gwiazdę,
- perforujący – dochodzi do niego na skutek rozerwania bądź przekłucia torebki soczewki,
- na skutek obrażeń chemicznych,⁶⁵

⁶² M.H. Niżankowska, *Okulistyka Podstawy kliniczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, str. 293.

⁶³ J.J. Kański B. Bowling, *Okulistyka kliniczna*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013, str. 272–273.

⁶⁴ E. Herba, *Patologia soczewki*, (w), M.S. Pojda, *Okulistyka w kropelce.*, Śląska Akademia Medyczna, Katowice 2006, str.117–118.

⁶⁵ E. Herba, *Patologia soczewki*, (w), M.S. Pojda, *Okulistyka w kropelce.*, Śląska Akademia Medyczna, Katowice 2006, str. 118.

- wywołany promieniowaniem jonizującym, podczerwonym i rentgenowskim,
- w wyniku porażenia prądem lub od uderzenia piorunem.⁶⁶

d) Zaćma toksyczna

Zaćma toksyczna powstaje przeważnie w wyniku długotrwałego stosowania steroidów ogólnie lub miejscowo. Zaćma posteroïdowa wywołuje zmiany w osi widzenia i tym samym upośledza ostrość wzroku. Długotrwałe stosowanie hormonów kory nadnerczy może spowodować zupełne zmętnienie soczewki. Natomiast odstawienie lub zmniejszenie podawania leków może powstrzymać tworzące się zmiany lub je cofnąć.⁶⁷

e) Zaćma resztkowa

Zaćma resztkowa powstaje w wyniku pozostawienia resztek soczewki po pozatorebkowym usunięciu zaćmy lub też na skutek resorpcji samoistnej. Widzenie jest osłabione i zależy od umiejscowienia zmętnień.⁶⁸

3.3. PODZIAŁ ZAĆMY W ZALEŻNOŚCI OD USYTUOWANIA ZMĘTNIĘĆ

3.3.1. ZAĆMA JĄDROWA

W zaćmie jądrowej zmiany dotyczą jądra soczewki. Kiedy dojdzie do zmętnienia jądra oraz kory soczewka może mieć bursztynowy albo żółty kolor.⁶⁹ Zmiany pojawiają się powoli i początkowo nie zaburzą ostrości widzenia. Z czasem jądro soczewki twardnieje i w efekcie dochodzi do krótkowzroczności spowodowanej zwiększeniem mocy łamiącej stwardniałego jądra soczewki.⁷⁰

U pacjentów dochodzi do gorszego widzenia do dali. Natomiast pacjenci ze starczowzrocznością widzą lepiej z bliska i podstawowe czynności mogą wykonywać bez okularów korekcyjnych. Soczewka z czasem zmienia kolor na żółty zaburzając przy tym rozpoznawania barw. Brunatna barwa jądra soczewki wskazuje na zaćmę brunatną.⁷¹

Postępujące zmiany jądra soczewki prowadzą do istotnego pogorszenia widzenia w dal i do bliży. Zaburzenia trudno skorygować okularami i zaćmę należy usunąć operacyjnie.⁷²

⁶⁶ J.J. Kański, B. Bowling, *Okulistyka kliniczna*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013, str. 273.

⁶⁷ M.H. Niżankowska, *Podstawy okulistyki*, Wydawnictwo Volumed, Wrocław 2000, str. 220.

⁶⁸ M.H. Niżankowska, *Podstawy okulistyki*, Wydawnictwo Volumed, Wrocław 2000, str. 220.

⁶⁹ C. Bradford, *Okulistyka Podręcznik dla studentów*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2006, str.60.

⁷⁰ M.H. Niżankowska, *Okulistyka Podstawy kliniczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, str. 290.

⁷¹ J. Kałużny, *Soczewka i zaćma*, (Seria: Basic and Clinical Science Course, część 11) Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007.

⁷² M.H. Niżankowska, *Okulistyka Podstawy kliniczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, str. 290.

3.3.2. ZAĆMA KOROWA

Zmętnienia w zaćmie korowej obserwuje się na obwodzie soczewki. Występują w postaci klina lub mają kształt szprychowaty. Stopniowo dochodzi do zmętnienia całej kory soczewki i wtedy mówimy o zaćmie dojrzałej. Natomiast kiedy masa korowa wydobywa się z torebki soczewki mamy do czynienia z zaćmą przejrzłą.⁷³

Zmiany morfologiczne w zaćmie korowej są duże. Początkowo zmiany dotyczą obwodu soczewki ale kiedy zmętnienia pojawiają się w osi widzenia dochodzi do upośledzenia widzenia. Ostrość wzroku jest zaburzona i się nasila. Pacjenci chorym okiem widza podwójne kontury obserwowanego przedmiotu i mają podwójnie widzenie.⁷⁴

3.3.3. ZAĆMA PODTOREBKOWA TYLNA

Zmiany mają charakter ziarnistych zmętnień usytuowanych pod tylną torebką soczewki. Zaćma podtorebkowa rozwija się powoli jednak zmianyzlokalizowane w osi widzenia bardzo mocno wpływają na osłabienie wzroku. Pacjenci mają duże problemy patrząc z bliska. Przy silnym świetle, dochodzi do zwężenia źrenicy, co niekorzystnie wpływa na widzenie. Szczególnie uciążliwa jest przy nocnej jeździe samochodem. Zaćma podtorebkowa znacznie wpływa na codzienne funkcjonowanie i jest wskazaniem do wcześniejszej operacji.⁷⁵

Ta forma zaćmy częściej występuje u młodych osób. Pacjenci skarżą się na większe zaburzenia widzenia przy jasnym świetle, ponieważ w takich okolicznościach zmiany dotyczą otworu źrenicy. Zaćma podtorebkowa tylna może być wynikiem przyjmowania leków steroidowych, przebytych stanów zapalnych, promieniowania jonizującego a także na skutek urazu.⁷⁶

3.4. PODZIAŁ ZAĆMY W ZALEŻNOŚCI OD ZAAWANSOWANIA

Wspomniany podział obejmuje:

1. Zaćmę dojrzałą – soczewka ulega całkowitemu zmętnieniu.
2. Zaćmę niedojrzałą – nie obejmuje całej kory, jest tylko częściowo zmętniała.
3. Zaćmę przejrzłą – torebka przednia oka na skutek ograniczonego uwodnienia soczewki jest pomarszczona i obkurczona.

⁷³ J. Kałużny, *Soczewka i zaćma*, (Seria: Basic and Clinical Science Course, część 11) Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007.

⁷⁴ M.H. Niżankowska, *Okulistyka Podstawy kliniczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, str. 289.

⁷⁵ M.H. Niżankowska, *Okulistyka Podstawy kliniczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, str.290.

⁷⁶ J. Kałużny, *Soczewka i zaćma*, (Seria: Basic and Clinical Science Course, część 11) Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007.

4. Zaćmę Morgagniego – to przejrząca postać zaćmy, dochodzi do opadnięcia jądra na skutek zupełnego rozpuszczenia kory.⁷⁷

3.5. LECZENIE ZAĆMY – TECHNIKI

Bardzo ważnym elementem leczenia jest dokładne wytłumaczenie pacjentowi istoty problemu oraz przedstawienie wszystkich możliwych metod leczenia. Należy w zrozumiałym sposobie zapoznać pacjenta z możliwością leczenia zachowawczego oraz chirurgicznego. Lekarz okulista powinien przedstawić pacjentowi jakie są rokowania przeprowadzenia operacji, wskazać pozytywne aspekty zabiegu oraz poinformować pacjenta o mogących wystąpić powikłaniach i ryzyku utraty wzroku.⁷⁸

Jedyną i najskuteczniejszą metodą leczenia zaćmy jest leczenie operacyjne. Zmiany, które powstały w wyniku zmętnienia soczewki są nieodwracalne i leczenie zachowawcze nie daje żadnych efektów. Dlatego też, aby przywrócić widzenie niezbędne jest przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego usunięcia zmętniałej soczewki i wszczepienie implantu.⁷⁹

W zależności od stopnia zaawansowania choroby lekarz decyduje o przeprowadzeniu operacji. We wczesnym etapie zaburzenia widzenia można korygować okularami. Ważne zatem, aby regularnie kontrolować wzrok przez okulistę, ponieważ zbyt późne wykonanie zabiegu może skutkować poważnymi powikłaniami i może dojść do uszkodzenia wzroku.⁸⁰

Rozwój medycyny i nowoczesne techniki umożliwiają wykonanie zabiegu w ciągu kilkunastu minut w znieczuleniu miejscowym. Dzięki temu ryzyko powikłań jest mniejsze i pacjent szybciej wraca do zdrowia.⁸¹

Wśród technik usunięcia zaćmy możemy wyróżnić:

- Usunięcie zaćmy zewnątrz torebkowe,
- Usunięcie zaćmy metodą fakoemulsyfikacji to metoda najczęściej stosowana, mało inwazyjna. Polega na minimalnym nacięciu rogówki i wprowadzeniu ultradźwiękowej końcówki do przedniej komory oka, która rozbija jądro soczewki.⁸²

⁷⁷ J.J. Kański, B. Bowling, *Okulistyka kliniczna*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013, str. 271.

⁷⁸ J. Szafflik, J. Izdebska, *Chirurgia okulistyczna*, Edra Urban & Partner, Wrocław 2016, str. 7

⁷⁹ J. Wilczyńska, S. Bogusławski, R. Plisko, *Leczenie zaćmy jedną z największych niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa*, Polskie Towarzystwo Okulistyczne, Warszawa, Kraków 2012, str. 13.

⁸⁰ J. Wilczyńska, S. Bogusławski, R. Plisko, *Leczenie zaćmy jedną z największych niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa*, Polskie Towarzystwo Okulistyczne, Warszawa, Kraków 2012, str. 13.

⁸¹ S. Nieszporska, *Efektywność leczenia zaćmy w Polsce*, *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 14(10, cz. 3 Zarządzanie w ochronie zdrowia-wybrane aspekty), (2013). Str. 69–82.

⁸² E. Herba, *Patologia soczewki*, (w), M.S. Pojda, *Okulistyka w kropelce*., Śląska Akademia Medyczna, Katowice 2006, str. 119.

Wskazania do operacyjnego leczenia zaćmy obejmują:

1. Polepszenie ostrości wzroku, kiedy zaćma wpływa w znacznym stopniu na pogorszenie komfortu życia i zaburza codzienne funkcjonowanie.
2. W przypadku, kiedy objawy zaćmy uniemożliwiają ocenę dna oka, obserwację siatkówki czy też wpływają niekorzystnie na stan oka w przebiegu, np. jaskry wtórnej.

Powikłania pooperacyjne dzieli się na:

1. Śródoperacyjne:
 - Utopienie jądra soczewki,
 - Pociągnięcie tęczówki,
 - Rozerwanie torebki tylnej soczewki,
 - Wypadnięcie ciała szklistego,
2. Wczesne pooperacyjne:
 - Rana nieuszczelna,
 - Zakażenie,
 - Wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego,
 - Niewyflukanie resztek mas korowych,⁸³
3. Późne pooperacyjne:
 - Odwarstwienie siatkówki,
 - Zmętnienie tylnej torebki soczewki,
 - Zapalenie wnętrza gałki ocznej,
 - Przemieszczenie się implantu,
 - Torbielowaty obrzęk płamki,⁸⁴

Operacje zaćmy przeważnie wykonywane są w miejscowym znieczuleniu a w szczególnych przypadkach stosuje się znieczulenie ogólne. Dotyczy to głównie dzieci, pacjentów z upośledzeniem umysłowym, chorych na padaczkę czy mocno pobudzonych. Stosowane znieczulenie to:⁸⁵

1. Znieczulenie kroplowo-dokomorowe – polega na wkropieniu do operowanego kropli 0, 5% proksymetakainy a następnie 1% tetrakainy. W dalszej kolejności do komory przedniej oka poprzez nacięcie rogówki wstrzykuje się z użyciem kaniuli wewnątrzgałkowej 1% lidokainę.⁸⁶

⁸³ R. A. Hitchings, D. J. Spalton, P.A. Hunter (red. wyd. pol. J. Szaflik), *Atlas okulistyki klinicznej*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007, str. 353.

⁸⁴ M, H, Niżankowska, *Okulistyka Podstawy kliniczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, str.300.

⁸⁵ J.J.Kański, B. Bowling, *Okulistyka kliniczna*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013, str. 280.

⁸⁶ J.Szaflik, J.Izdebska, *Chirurgia okulistyczna*, Edra Urban& Partner, Wrocław 2016, str. 44.

2. Znieczulenie okołogałkowe – technika często wykorzystywana. Igłą 25 mm przez spojówkę lub skórę powieki podaje się znieczulenie. Duża skuteczność znieczulenia i akinezji oka.⁸⁷
3. Znieczulenie pod torebkę Tenona – podawane z pomocą tępej kaniuli przez nacięcie spojówki pod torebkę Tenona. Duża skuteczność znieczulenia.⁸⁸

3.6. SOCZEWKI WEWNĄTRZGAŁKOWE I ICH RODZAJE

Soczewka wewnątrzgałkowa to implant wykonany z tworzywa sztucznego mający zdolność skupiania i rozpraszania promieni świetlnych.

Soczewka składa się z dwóch części:

- Optycznej, czyli głównego elementu, który ma zdolności refrakcyjne.
- Haptycznej, która odpowiada za stabilne i optymalne umocowanie optycznej części.

Postęp w dziedzinie chirurgii zaćmy pozwala na umieszczeniu implantu w części zachowanej torebki soczewki.

Soczewki wewnątrzgałkowe można podzielić na:

1. Soczewki zwijalne – są najbardziej popularne i najczęściej stosowane. Wszczepia się je przez małe nacięcie i za pomocą prowadnicy injectora lub wprowadza do torebki. Po wszczępieniu soczewka rozwija się. Soczewki zwijalne mogą być:
 - a. Silikonowe – są dobrze tolerowane przez oko, przez co rzadziej dochodzi do stanów zapalnych.
 - b. Akrylowe – składają się z jednej lub trzech części i wyróżniamy:
 - soczewki hydrofobowe – zawierają < 1% wody
 - hydrofilne – zawierają > 18–35% wody
 - c. Soczewki kolamerowe – mają bardzo wysoką biokompatybilność czyli są bardzo dobrze tolerowane przez oko.
2. Soczewki wewnątrzgałkowe sztywne – wykonane są z PMMA (szkło akrylowe i 4-metoksymetamfetamina), wymagają większego cięcia rogówki i częściej dochodzi do zmętnienia tylnej torby soczewki niż przy wszczępiu implantów z innych materiałów.
3. Filtry światła niebieskiego – zawierają je wszystkie soczewki wewnątrzgałkowe, mają na celu ochronę siatkówki przed promieniowaniem UV.

⁸⁷ J.J.Kański, B. Bowling, *Okulistyka kliniczna*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013, str. 280.

⁸⁸ J.J.Kański, B. Bowling, *Okulistyka kliniczna*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013, str. 280.

4. Budowa asferyczna części optycznej – ogranicza aberracje sferyczne oka polepsza kontrast obrazu, mają szczególne znaczenie dla pacjentów pracujących w złych warunkach oświetleniowych i dla kierowców, którzy kierują w nocy.
5. Heparynizowanie powierzchni – ma na celu ograniczenie przyciągania komórek zapalnych. Stosowane są najczęściej u pacjentów podatnych na zapalenia błony naczyniowej.
6. Soczewki toryczne – pozwalają skorygować astygmatyzm rogówkowy, wymagają jednak dokładnego badania oraz doboru mocy soczewki. Soczewki te muszą być stabilne i dobranetak aby po operacji nie doszło do rotacji soczewki w torebce.
7. Soczewki dopasowywane – mają na celu polepszenie refrakcyjnej mocy po założeniu implantu.⁸⁹
8. Soczewki wieloogniskowe – pozwalają na uzyskanie dobrego widzenia zarówno z bliska, jak i z daleka.

Wyróżniamy soczewki:

- a. Refrakcyjne – przednia powierzchnia jest refrakcyjnie zróżnicowana tworząc liczne ogniska. Ta wieloogniskowość daje bardzo dobrą ostrość widzenia. Minusem jednak jest to, że przy dużym oświetleniu może być zaburzone czytanie z powodu zwężonej źrenicy.
- b. Dyfrakcyjne – siatka dyfrakcyjna znajdująca się na przedniej powierzchni soczewki daje efekt dwuogniskowości. Soczewki te dają znakomitą ostrość zarówno do dali, jak i do bliży. Natomiast do odległości pośrednich ostrość widzenia jest słaba.
- c. Akomodacyjne – czyli zmienno ogniskowe. Soczewkę wszczepia się do torebki soczewki i na zasadzie interakcji z ciałem rzęskowym soczewka przesuwana się do przodu lub do tyłu powodując akomodację.⁹⁰

4. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

4.1. CEL I PRZEDMIOT BADAŃ

W Słowniku Języka Polskiego czytamy, iż cel to: „miejsce, do którego się zmierza: to do czego się dąży, co się chce osiągnąć.”⁹¹

⁸⁹ J.J. Kański, B. Bowling, *Okulistyka kliniczna*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013, str. 279–280.

⁹⁰ J.Szaflik, J.Lzdebska, *Chirurgia okulistyczna*, Edra Urban& Partner, Wrocław 2016, str. 73–74.

⁹¹ Słownik Języka Polskiego, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1994, str. 76

Inaczej cel można określić jako „zdobycie wiedzy maksymalnie ścisłej, maksymalnie pewnej, maksymalnie ogólnej, maksymalnie prostej, o maksymalnej zawartości informacji.”⁹²

Natomiast Rubacha K. przedstawia cel badań jako „wyjaśnienie, przez które rozumie się szacowanie związków między badanymi zjawiskami.”⁹³

Celem przeprowadzonych przeze mnie badań jest pozyskanie wiedzy na temat jakości życia pacjentów przed i po zabiegu usunięcia zaćmy oraz wszczępieniu soczewki wewnątrzgałkowej.

Cele szczegółowe:

1. Ocena stopnia ograniczenia w zakresie codziennego funkcjonowania pacjenta w przebiegu zaćmy.
2. Ocena dolegliwości po operacji zaćmy i wszczępieniu soczewki wewnątrzgałkowej.
3. Ocena jakości życia i codziennego funkcjonowania po operacji zaćmy.
4. Zdobycie wiedzy na temat ponownego poddania się przez respondentów operacji drugiego oka.

Z kolei przedmiot badań według Skornego Z. to „określony zbiór zjawisk, przedmiotów lub osób. Badania psychologiczne i pedagogiczne dotyczą wybranej kategorii osób określanej mianem populacji.”⁹⁴

Zatem przedmiotem realizowanych przeze mnie badań jest jakość życia pacjentów przed i po zabiegu usunięcia zaćmy oraz wszczępieniu soczewki wewnątrzgałkowej.

4.2. PROBLEMY BADAWCZE I HIPOTEZY BADAWCZE

Powtarzając za Pilchem T. sformułowanie problemów to „zasięg werbalny polegający na precyzyjnym rozbiciu tematu na pytania, problemy”.⁹⁵ Z kolei według Nowaka S. problem badawczy „to tyle, co pewne pytanie lub zespół pytań, na które odpowiedzi ma dostarczyć badanie”.⁹⁶

W przeprowadzonych przeze mnie badaniach szukałam odpowiedzi na pytanie główne:

W jaki sposób operacja usunięcia zaćmy wpływa na odczucie przez pacjenta jakości życia?

Aby lepiej wyjaśnić problem główny wyróżniłam następujące problemy szczegółowe.

⁹² T. Pilch, „Zasady badań pedagogicznych: strategię ilościowe i jakościowe”, Wydawnictwo „Żak” 2001, str. 23

⁹³ K. Rubacha K., *Metodologia badań nad edukacją*, Warszawa 2008, str. 15.

⁹⁴ Z. Skorny., *Prace magisterskie z psychologii i pedagogiki: przewodnik metodyczny dla studiujących nauczycieli*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1984, str. 102.

⁹⁵ T. Pilch., *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1998, str. 43.

⁹⁶ M. Łobocki., *Wprowadzenie do metod badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2007, str. 103.

1. Czy zaćma miała znaczący wpływ na funkcjonowanie pacjenta?
2. Czy z powodu zabiegu usunięcia zaćmy pacjenci odczuwali jakikolwiek dyskomfort?
3. Czy poprzez zabieg usunięcia zaćmy codzienne życie pacjentów uległo znacznym zmianom?
4. Czy respondenci ponownie poddiliby się zabiegowi drugiego oka?

Według Okonia W. hipoteza „stwierdza spodziewaną relację między jakimiś zjawiskami, propozycja twierdzenia naukowego, które zakłada możliwą lub oczekiwaną w danym kontekście sytuacyjnym naturę związku.”⁹⁷

Hipoteza główna jest twierdzeniem, że usunięcie zaćmy i wszczepienie soczewki wewnątrzgałkowej poprawi odczuwanie przez pacjenta jakości życia.

Hipotezy szczegółowe:

1. Zaćma ogranicza codzienne funkcjonowanie pacjenta.
2. Z powodu zabiegu usunięcia zaćmy część pacjentów odczuwała pewnego rodzaju dyskomfort.
3. Poprzez zabieg usunięcia zaćmy codzienne życie pacjentów uległo znacznym zmianom.
4. Ze względu na możliwość wystąpienia powikłań respondenci nie chętnie poddiliby się operacji drugiego oka.

4.3. METODY, TECHNIKI I NARZĘDZIA BADAWCZE

Do prawidłowego przeprowadzenia badań naukowych konieczne jest dobranie odpowiedniej metody.

Najogólniej mówiąc metoda to:

1. Sposób postępowania dla osiągnięcia określonego celu.
2. Sposób naukowego badania rzeczy, zjawisk i przedstawiania wyników tych badań.”⁹⁸

Natomiast Pilch T. metodę badawczą określa jako „zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych obejmujących najogólniej całość postępowania badacza, zmierzającego do rozwiązania określonego problemu naukowego.”⁹⁹

⁹⁷ W. Okoń., *Nowy słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001, str. 128.

⁹⁸ Słownik Języka Polskiego, PWN Warszawa 1994, str. 431.

⁹⁹ T. Pilch., *Zasady badań pedagogicznych.*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1998, str. 43.

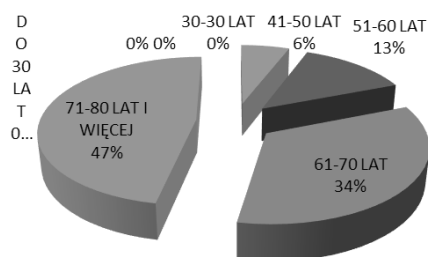
W moich badaniach zastosowałam metodę sondażu diagnostycznego, która polega na „zgrupowaniu opinii badanych o różnych kwestiach, istotnych z punktu widzenia przeprowadzonych badań.”¹⁰⁰

W niniejszej pracy wykorzystałam technikę badawczą, w postaci badań ankietowych. Jako narzędzie badawcze posłużył mi kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, zawierający pytania zamknięte i otwarte. Pięć pytań stanowiła metryczka, pozostałe pytania dotyczyły wybranych aspektów życia badanych osób przed i po operacji zaćmy oraz pytania służące do oceny ogólnego stanu zdrowia, postrzegania jakości życia, trudności podczas wykonywanych czynności i ograniczeń spowodowanych chorobą.

4.4. CHARAKTERYSTYKA GRUPY BADAWCZEJ I TERENU BADAŃ

Badania zostały przeprowadzone w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Zgierzu na oddziale okulistycznym wśród pacjentów, którzy byli po operacji zaćmy przynajmniej jednego oka. Badania zostały przeprowadzone w maju 2019 roku. Na przeprowadzenie badań uzyskano pisemną zgodę dyrektora placówki. Badanych pacjentów poinformowano o celu badania oraz zapewniono o jego anonimowości.

W badaniach wzięło udział 66 respondentów (44 kobiety i 22 mężczyzn).



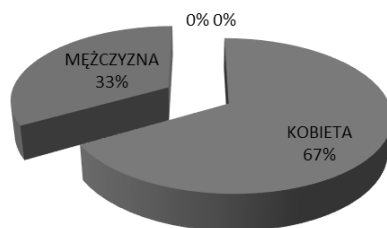
Wykres nr 1 Wiek respondentów

[Źródło: badania własne]

Jak wynika z powyższych danych najliczniejszą grupę ankietowanych (47%) stanowiły osoby starsze w wieku 71 – 80 lat. Co trzeci badany (34%) był w wieku 61 – 70 lat, natomiast najmniej liczną grupę stanowili respondenci w wieku 51 – 60 lat (13%) i w wieku 41 – 50 lat (6%).

W badaniu nie uczestniczyły osoby poniżej 40 roku życia.

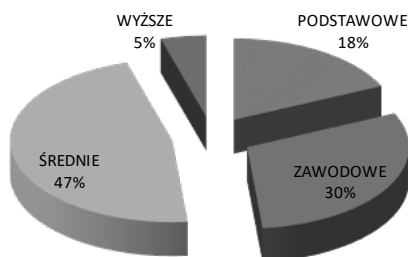
¹⁰⁰ Mieczysław Ł., *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Kraków 2009, str.233.



Wykres nr 2 Płeć respondentów

[Źródło: badania własne]

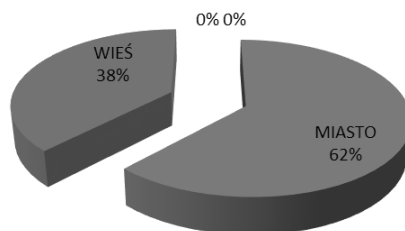
Zdecydowana większość badanych osób to kobiety, które stanowiły 67 % respondentów.



Wykres nr 3 Wykształcenie respondentów

[Źródło: badania własne]

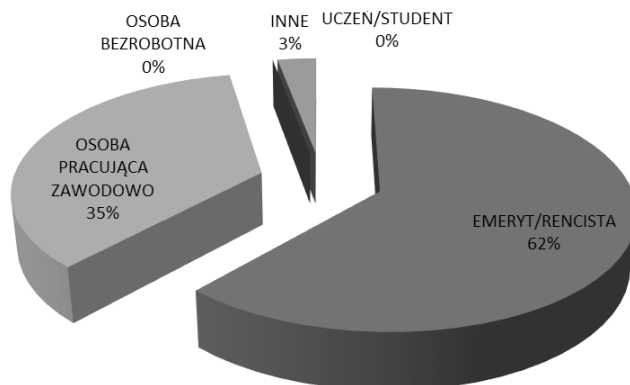
Jeśli chodzi o wykształcenie, niemal połowa badanych 47% posiadała wykształcenie średnie, 30% badanych osób zdobyło wykształcenie zawodowe. Spośród badanych były osoby, które ukończyły szkołę podstawową (18%), i studia (5%).



Wykres nr 4 Miejsce zamieszkania

[Źródło: badania własne]

Jak wynika z danych większość ankietowanych (62%) mieszkała w mieście.

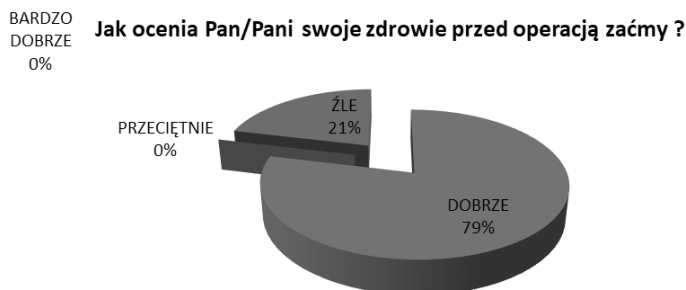


Wykres nr 5 Aktywność zawodowa

[Źródło: badania własne]

Powyższe dane wskazują, iż zdecydowana większość badanych, którzy poddali się operacji zaćmy to osoby będące na emeryturze 62%. Osoby pracujące zawodowo stanowiły 35%. Wśród respondentów (2 osoby) wskazywały, że nadal udzielają się zawodowo.

WYNIKI BADAŃ

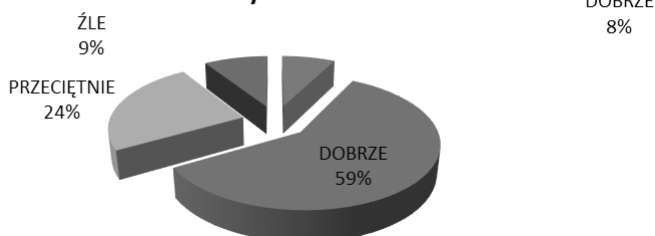


Wykres nr 6 Ocena stanu zdrowia przed operacją zaćmy

[Źródło: badania własne]

Przed zabiegiem operacyjnym zaćmy 79% badanych osób oceniło swój stan zdrowia jako dobry. Żaden z badanych nie ocenił swojego zdrowia jako bardzo dobrego czy przeciętnego.

Jak ocenia Pan/Pani swoją jakość życia przed operacją zaćmy ?

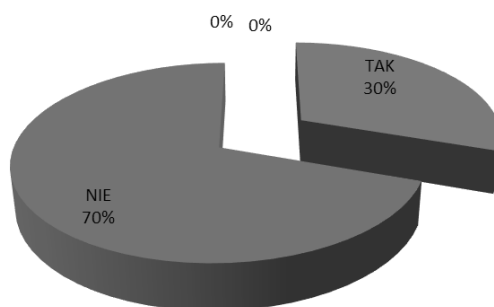


Wykres nr 7 Ocena jakości życia przed operacją zaćmy

[Źródło: badania własne]

Ponad połowa (59%) dobrze ocenia swoją jakość życia przed zabiegiem operacji zaćmy. Z kolei 29% ankietowanych uważa, że ich jakość życia była przeciętna, a 9%, że zła. Bardzo dobrze swoją jakość życia przed zabiegiem postrzegali zaledwie 8% respondentów.

Czy wystąpienie zaćmy wpłynęło na Pana/Pani aktywność fizyczną ?

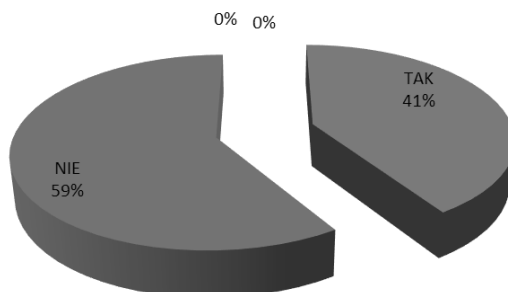


Wykres nr 8 Wpływ zaćmy na aktywność

[Źródło: badania własne]

W pytaniu dotyczącym wpływu zaćmy na aktywność fizyczną, badani mieli do wyboru odpowiedź „tak” lub „nie”. Zdecydowana większość badanych (70%) przyznała, że choroba nie ograniczyła ich aktywności fizycznej. Wśród osób, które na pytanie odpowiedziały twierdząco, cztery osoby uznały, że niedowidzenie utrudniło aktywność fizyczną w średnim stopniu, trzy, że w znacznym, natomiast jedna osoba przyznała, że z powodu złej ostrości wzroku potykała się.

Czy choroba ograniczyła Pana/Pani samodzielność podczas wykonywania czynności dnia codziennego?

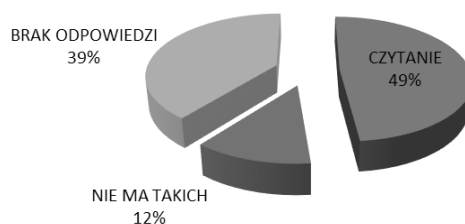


Wykres nr 9 Ograniczenie samodzielności podczas wykonywania czynności dnia codziennego

[Źródło: badania własne]

Dla 59% badanych choroba nie ograniczyła samodzielności podczas wykonywania czynności dnia codziennego. Pozostałe 41% odczuło niedogodności spowodowane skutkami choroby i przyznali, że ograniczyło to ich samodzielność podczas wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego, a dla trzech osób jedynie w niewielkim stopniu, dla czterech w średnim, natomiast jedna osoba przy wykonywaniu podstawowych czynności musiała zasłaniać chore oko, aby lepiej widzieć i odczuwała przy tym bóle głowy.

Jakie czynności sprawiały Panu/Pani największą trudność ?

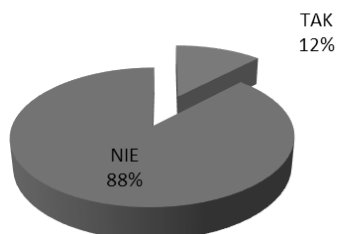


Wykres nr 10 Czynności sprawiające największą trudność

[Źródło: badania własne]

W kolejnym pytaniu badani mieli samodzielnie wskazać te czynności, które przysparzały im najwięcej kłopotów. Część z respondentów (39%) nie udzieliło żadnej odpowiedzi. Niemal połowa badanych (49%) odpowiedziała, że największą trudność sprawiało im czytanie, a 12% deklorowało, że nie było czynności utrudniających funkcjonowanie.

Czy choroba ograniczyła Pana/Pani funkcjonowanie w życiu społecznym ?

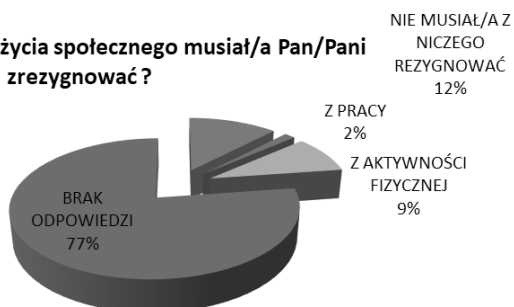


Wykres nr 11 Ograniczenia w funkcjonowaniu, w życiu społecznym z powodu choroby

[Źródło: badania własne]

Zapytałam ankietowanych czy i w jakim stopniu choroba ograniczyła ich funkcjonowanie w życiu społecznym. Zdecydowana większość badanych (88%) nie musiała rezygnować z życia społecznego. Odmiennego zdania było 12% badanych.

Z jakich elementów życia społecznego musiał/a Pan/Pani zrezygnować ?

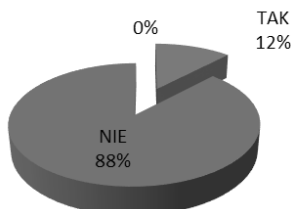


Wykres nr 12 Elementy życia społecznego, z których musieli zrezygnować badani

[Źródło: badania własne]

W tym pytaniu ankietowani mieli samodzielnie wskazać z jakich elementów życia musieli zrezygnować z powodu choroby. Większość badanych (77%) nie odpowiedziała na to pytanie. Zaledwie 12% respondentów przyznała, że nie musieli z niczego zrezygnować, 9% z aktywności fizycznej, a jedna osoba z pracy.

Czy upośledzenie widzenia wywołało u Pana/Pani negatywne stany emocjonalne, jak np.: zrezygnowanie, brak sensu życia, obniżenie własnej wartości ?

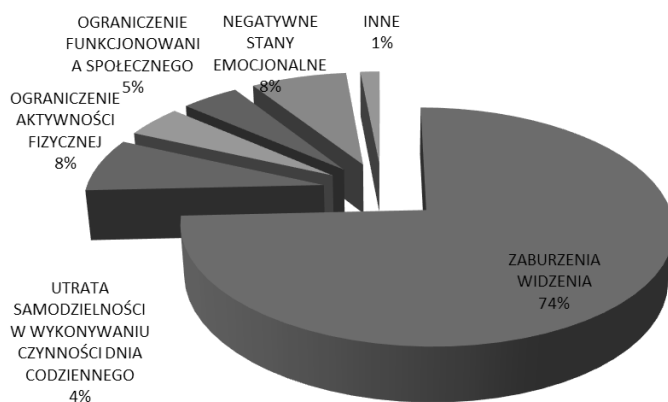


Wykres nr 13 Negatywne stany emocjonalne z powodu upośledzenia widzenia

[Źródło: badania własne]

Wyniki pokazują, że u 88% badanych upośledzenie widzenia nie wywołało negatywnych stanów emocjonalnych, takich jak. U pozostałych respondentów choroba wywołała negatywne stany emocjonalne w tym strach o upadek.

Który aspekt życia z zaćmą był szczególnie uciążliwy i negatywnie wpłynął na postrzeganie przez Pana/Panią jakości życia ?



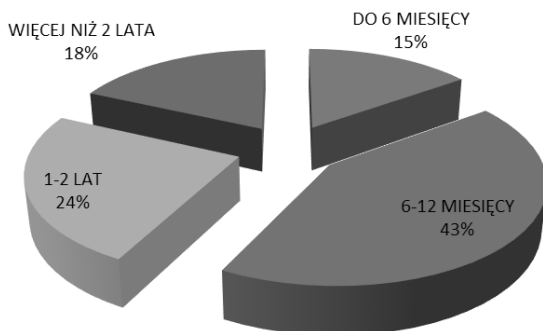
Wykres nr 14 Szczególnie uciążliwe aspekty życia z zaćmą negatywnie wpływające na postrzeganie jakości życia

[Źródło: badania własne]

Zdecydowana większość respondentów(74%) za najbardziej uciążliwy objaw w przebiegu zaćmy uznała zaburzenia widzenia. Negatywne stany emocjonalne i ograniczenie aktywności fizycznej jako negatywny aspekt wskazało po 8% badanych, ograniczenie funkcjonowania społecznego 5%, utrata samodzielności w wykonywaniu czynności

dnia codziennego 4%. Ponadto jedna osoba wskazała odpowiedź „inne” wyjaśniając, iż choroba i jej aspekty nie wpłynęły negatywnie na postrzeganie przez nią jakości życia.

Jak długo oczekiwał /a Pan/Pani na operację usunięcia zaćmy ?

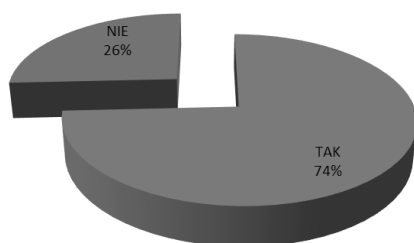


Wykres nr 15 Długość oczekiwania na operację usunięcia zaćmy

[Źródło: badania własne]

Przeważająca liczba respondentów (43%) na zabieg usunięcia zaćmy oczekiwała od 6–12 miesięcy. Najkrócej na operację zaćmy do 6 miesięcy oczekiwało 15% badanych, 24% respondentów 1–2 lata, a najdłużej czyli ponad 2 latana zabieg czekało 18% ankietowanych.

Czy przed operacją został Pan/Pani poinformowany/a o ewentualnych powikłaniach ?



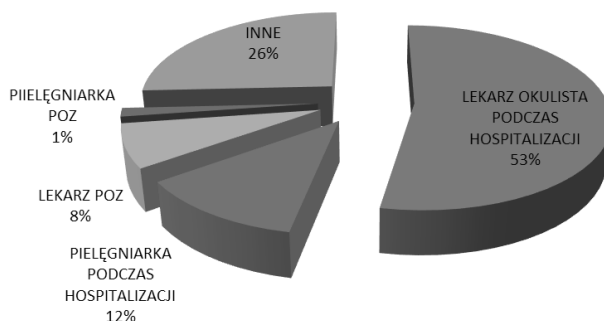
Wykres nr 16 Informacja na temat ewentualnych powikłań po operacji zaćmy

[Źródło: badania własne]

Jak wynika z powyższego wykresu o ewentualnych powikłaniach po operacji zaćmy poinformowanych zostało 74% badanych. Wśród osób, które dowiedziały się o mogących wystąpić powikłaniach, wymienili zaćmę wtórną – 2 osoby, wzrost ciśnienia

wewnątrzgłokowego – 2 osoby, odwarstwienie siatkówki i krwotok – 1 osoba. Cztery osoby podały, iż powikłania po operacji mogą wynikać również z nieprzestrzegania zaleceń lekarskich po zabiegu. Pozostali badani przyznali, że nie uzyskali informacji na temat mogących wystąpić powikłań po operacji zaćmy.

Kto przekazał Panu/Pani powyższe informacje?

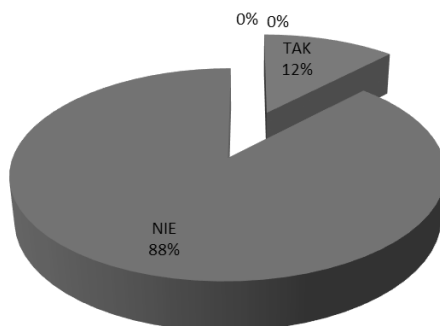


Wykres nr 17 Źródło informacji na temat powikłań po operacji zaćmy

[Źródło: badania własne]

Powyższe dane wskazują, iż ponad połowa ankietowanych (53%) informacje o ewentualnych powikłaniach po operacji zaćmy uzyskała od lekarza okulisty podczas hospitalizacji. Na drugim miejscu respondenci (12%) wskazali pielęgniarkę pracującą na oddziale okulistycznym. Najmniej informacji pacjenci uzyskali od lekarza POZ – 8% i pielęgniarki POZ – 1%. Pozostali badani (26%) zaznaczyli odpowiedź „inne”, wyjaśniając, że nikt nie udzielił im informacji na temat powikłań, które mogą wystąpić po operacji zaćmy.

Czy wystąpiły jakiegokolwiek powikłania?

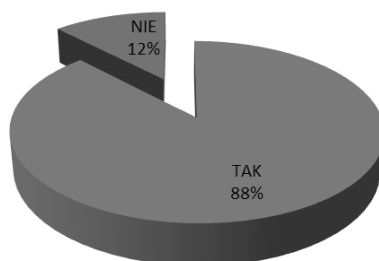


Wykres nr 18 Występowanie powikłań po operacji zaćmy

[Źródło: badania własne]

Na pytanie o powikłania po operacji zaćmy zdecydowana większość badanych (88%) odpowiedziała, że operacja przebiegła bez powikłań. U 12% respondentów wystąpiły dolegliwości tj: ból oka (2 osoby), wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego (3 osoby), gorsze widzenie (2 osoby).

Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z efektów leczenia?

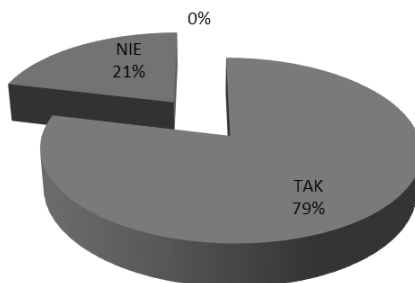


Wykres nr 19 Zadowolenie z efektów leczenia

[Źródło: badania własne]

Z powyższego wykresu wynika, że zdecydowana większość (88%) ankietowanych, którzy poddali się operacji zaćmy byli zadowoleni z efektów leczenia. Pozostali respondenci 12% nie odczuwali satysfakcji po operacji.

Czy takiego efektu Pan/Pani oczekiwał/a ?

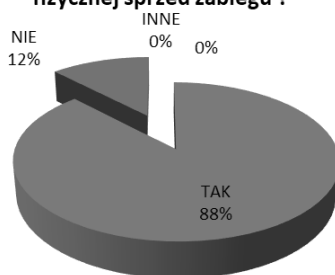


Wykres nr 20 Oczekiwania po operacji zaćmy

[Źródło: badania własne]

Ankietowani zapytani o spodziewane efekty po operacji zaćmy w 79% twierdzili, że zostały spełnione ich oczekiwania. Jednakże 21% respondentów twierdziło, że nadal źle widzi i musi korygować wzrok okularami.

Czy po operacji zaćmy wrócił/a Pan/Pani do aktywności fizycznej sprzed zabiegu ?

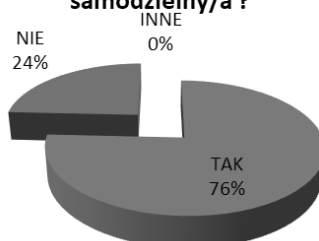


Wykres nr 21 Powrót do aktywności fizycznej sprzed zabiegu

[Źródło: badania własne]

Zdecydowana większość badanych 88% deklarowała, że po operacji zaćmy wróciła do aktywności fizycznej sprzed zabiegu, a tylko 12% nie odzyskała formy w zakresie aktywności fizycznej.

Czy po operacji zaćmy stał/a się Pan/Pani bardziej samodzielny/a ?

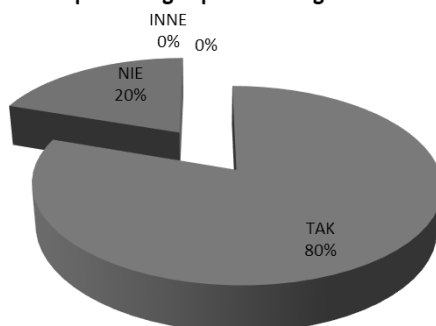


Wykres nr 22 Wzrost samodzielności po operacji zaćmy

[Źródło: badania własne]

Jak wynika z powyższego wykresu 76% ankietowanych deklarowało, że po operacji zaćmy stali się bardziej samodzielnymi, natomiast 24% nie zauważyło zmian w tym zakresie.

Czy powrócił/a Pan/Pani do aktywności w zakresie życia społecznego sprzed zabiegu?

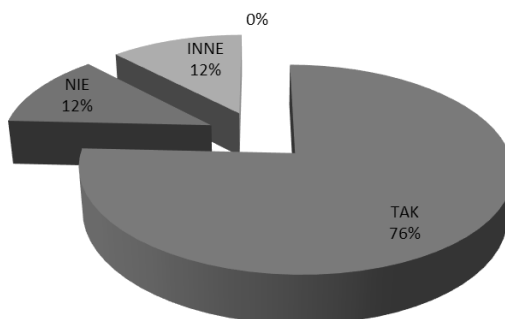


Wykres nr 23 Powrót do aktywności w zakresie życia społecznego

[Źródło: badania własne]

Powyższe dane wskazują, że znaczna większość respondentów 80% powróciła do aktywności w zakresie życia społecznego, a 20% nie odzyskało aktywności w tym zakresie.

Czy samopoczucie psychiczne po zabiegu poprawiło się ?

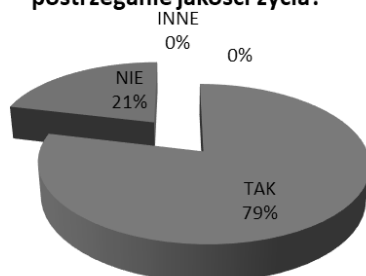


Wykres nr 24 Samopoczucie psychiczne po zabiegu

[Źródło: badania własne]

Zdecydowana większość badanych 76% przyznała, że operacja zaćmy pozytywnie wpłynęła na ich psychikę, tj. 9 osób uznało że, po operacji odczuły bardzo dużą poprawę, a czterech respondentów samopoczucie opisywało jako dobre. Jednakże po 12% ankietowanych nie zauważyło żadnej poprawy i tyle samo wskazywało, że ich samopoczucie psychiczne jest takie same, jak przed zabiegiem.

Czy w Pana/Pani ocenie zabieg operacji zaćmy podniósł postrzeżenie jakości życia?

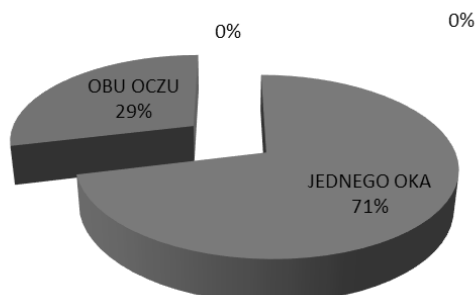


Wykres nr 25 Postrzeżenie jakości życia po operacji zaćmy

[Źródło: badania własne]

Zdecydowana większość (79%) ankietowanych twierdziła, że zabieg operacji zaćmy podniósł ich postrzeżenie jakości życia, natomiast 21% osób było przeciwnego zdania.

Jakiej operacji się Pan/Pani poddał/a ?

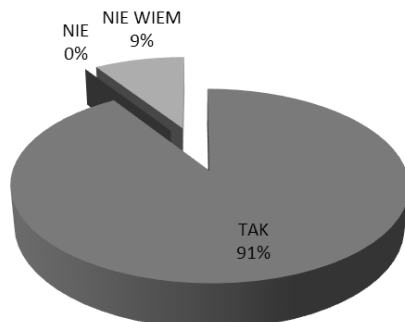


Wykres nr 26 Operacja jednego lub obojga oczu

[Źródło: badania własne]

Z powyższego wykresu wynika, iż 71% ankietowanych jest po operacji jednego oka, natomiast 29% poddało się operacji obu oczu.

Czy w przypadku wystąpienia zaćmy drugiego oka poddałby/poddałaby się Pan/Pani ponownie zabiegowi operacyjnemu?

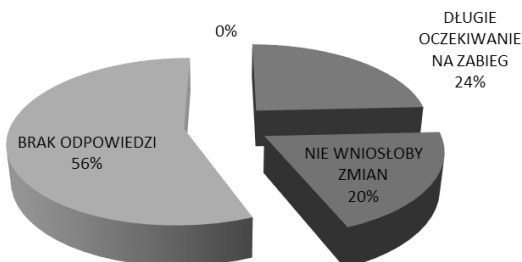


Wykres nr 27 Konieczność poddania się operacji drugiego oka

[Źródło: badania własne]

Zdecydowana większość badanych 91% zadeklarowała, że w przypadku wystąpienia zaćmy drugiego oka poddałaby się ponownie operacji zaćmy, nie wiem odpowiedziało 9% ankietowanych.

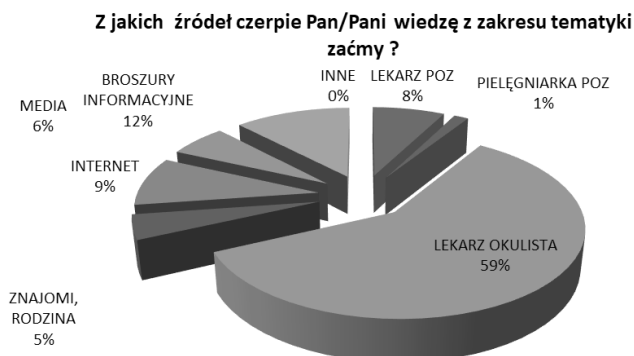
Co w Pana/Pani ocenie stanowi największą trudność w zakresie konieczności podjęcia leczenia zaćmy? Jakie zmiany Pan/Pani mógłby/mogłaby zaproponować?



Wykres nr 28 Trudności w zakresie konieczności podjęcia leczenia zaćmy

[Źródło: badania własne]

Zapytałam badanych co w ich ocenie stanowi największą trudność w zakresie konieczności podjęcia leczenia zaćmy i jakie zmiany mogłoby zaproponować. Ponad połowa badanych (56%) nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie. Odpowiedź, którą wskazało 24% ankietowanych to zbyt długie oczekiwanie na zabieg. Pozostali respondenci 20% nie wnieśli żadnych zmian.



Wykres nr 29 Źródła wiedzy z zakresu tematyki zaćmy

[Źródło: badania własne]

Na pytanie dotyczące źródeł wiedzy w zakresie tematyki zaćmy, osoby badane wskazały, iż informacje uzyskali głównie od lekarza okulisty (59%). Broszury informacyjne stanowiły źródło wiedzy dla 12% badanych Internet, znajomi i rodzina dostarczali wiedzy dla 9% ankietowanych. Ponadto (8%) badanych informację uzyskał od lekarza POZ, 6% – z mediów i zaledwie 1% przyznał, iż na temat zaćmy uzyskał informację od pielęgniarki POZ.

DYSKUSJA

Z analizy badań przeprowadzonych wśród pacjentów po operacji zaćmy wynika, iż ankietowani dobrze ocenili swoje zdrowie i jakość życia przed operacją biorąc pod uwagę, iż prawie połowa badanych (47%) znajdowała się w wieku powyżej 71 lat. Powyższe spostrzeżenie dowodzi, że zaćma najczęściej dotyka ludzi starszych. Ponadto na tak dobrą ocenę swojego zdrowia może mieć również wpływ miejsce zamieszkania i odczucie dostępności do systemu opieki zdrowotnej. Podobne wyniki z 2014r. przedstawia J. Rosińczuk, która zapytała respondentów z dysfunkcją wzroku o ich zadowolenie z życia otrzymując potwierdzenie blisko 60% badanych.¹⁰¹

Również badania I. Jaworskiej dowodzą, że pacjenci chorujący na zaćmę jakoś życia ocenili jako „zadowalającą” – (71, 3%), analizując wszystkie dziedziny życia, tj. społeczne, psychologiczne, środowiskowe i somatyczne.¹⁰²

¹⁰¹ Rosińczuk J., Szalotka K., *Pomiar jakości życia osób z dysfunkcją narządu wzroku.*, Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Wrocławski.

¹⁰² Jaworska I., Wrońska I., *Jakość życia pacjentów z zaćmą.*, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa. Uniwersytet Medyczny w Lublinie., 2015;5(3), str. 229–246.

Badania E. Płacheckiej dowodzą jednak, że zaćma ma znaczący wpływ na obniżenie jakości życia pacjentów.¹⁰³

Wyniki, które uzyskałam w badaniach własnych trochę różnią się od powyższego stwierdzenia. Jak już wcześniej wspomniałam większość badanych to osoby starsze i bardzo możliwe, że z tego względu mają trochę mniejsze oczekiwania związane z aktywnością życiową.

Warto również zaznaczyć, że ankietowani zapytani o to, który aspekt życia z zaćmą był szczególnie uciążliwy, zdecydowana większość (74%) wskazała na zaburzenia widzenia co również nie wpłynęło na negatywną ocenę zdrowia i ich jakość życia.

Warto także wspomnieć, iż zaćma nie wpłynęła zbyt mocno na aktywność fizyczną respondentów, bo aż 70% nie odczuło negatywnego wpływu choroby.

Podobne wyniki przedstawiła B. Kubik badając wybrane aspekty jakości życia u pacjentów w przedziale wiekowym 55–75 lat, przed i po zabiegu. Stwierdziła, iż objawy choroby nie wpłynęły na aktywność fizyczną zdecydowanej większości (90%) badanych przez nią osób.¹⁰⁴

Badania U. Bojakowskiej dotyczące satysfakcji pacjentów po operacji usunięcia zaćmy również dowodzą, że zaburzenia wzroku dla większości badanych negatywnie wpłynęły na aktywność fizyczną.¹⁰⁵

Podobne wyniki ukazała K. Kurowska, gdzie najwięcej badanych sferę fizyczną oceniło przeciętnie, tym samym podkreślając jej negatywny wpływ na jakość życia. Czytamy więc w artykule, że pogorszenie widzenia wpływa negatywnie na jakość życia.¹⁰⁶

Trochę gorzej badani ocenili swoją samodzielność podczas wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego, gdzie 59% ankietowanych miała problemy w tym zakresie. Zapytałam także o to jakie czynności sprawiły im największą trudność. Respondenci najczęściej wskazywali na kłopoty z czytaniem 49%. Duża grupa badanych (39%) nie odpowiedziała na to pytanie, a zaledwie 12% uznało, że nie ma takich czynności, które sprawiają im trudności.

Upośledzenie widzenia wpływa na samodzielność, ale również na funkcjonowanie w życiu społecznym, jednakże większość badanych (88%)

przyznała, że choroba nie miała wpływu na ich aktywność społeczną. Tyle samo badanych przyznało również, że choroba nie wywołała u nich negatywnych stanów

¹⁰³ Płachecka E., Malukiewicz G., *Ocena jakości życia pacjentów przed operacją zaćmy i po operacji zaćmy*, Klinika Oczna 2009, 111(7/9), str. 212–216.

¹⁰⁴ Kubik B., Tabiś A., *Ocena wybranych aspektów jakości życia u pacjentów w przedziale wiekowym 55–75 lat przed i po zabiegu usunięcia zaćmy*, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2015;3, str. 157–164.

¹⁰⁵ P.Kalinowski., U.Bojakowska., *Ocena satysfakcji z opieki pielęgniarstwa wśród pacjentów po operacji zaćmy w prywatnej klinice okulistycznej*, Problemy Pielęgniarstwa 2013;21 (2), str. 164–172.

¹⁰⁶ Kurowska K., Celmer-Ozdowska I., *Depresyjność a jakość życia u osób z rozpoznaną zaćmą*, Hygeia Public Health 2014, 49(3), str. 554–559.

emocjonalnych. Jednakże u 12% badanych zaćma negatywnie wpłynęła na ich zdrowie psychiczne, wymuszała konieczność rezygnacji z funkcjonowania w życiu społecznym.

Wyniki B. Kubiak kształtowały się podobnie, gdyż przeważająca grupa respondentów (77%) nie miała problemów z uczestnictwem w życiu kulturalnym i społecznym, natomiast już czynne angażowanie się w działania społeczne sprawiały problem 23% badanych.

Niestety pytając pacjentów o to z jakich elementów życia społecznego musieli zrezygnować, duża część 77% nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie, 12% odpowiedziało, że nie musiało z niczego zrezygnować, a 9% z aktywności fizycznej.

Następną kwestią, o którą zapytałam pacjentów, to jak długo oczekiwali na zabieg usunięcia zaćmy. Muszę stwierdzić, iż najdłużej bo ponad 2 lata na zabieg oczekiwali 18% pacjentów a najkrócej do 6 miesięcy – 15% chorych. Najczęściej na operację zaćmy pacjenci musieli oczekiwać 6–12 miesięcy. Niestety choroba postępuje prowadząc często do ślepoty, dlatego czas jest tu bardzo ważny, co potwierdzają badania K. Kurowskiej. Powołuje się na raport J. Leinonen, który potwierdza, że obniża odczuwaną jakość życia.¹⁰⁷

Jeśli chodzi o powikłania jakie mogą pojawić się po operacji zaćmy, 74% ankietowanych przyznało, że została o nich poinformowana, jednak większość nie potrafi ich wymienić. Nie wiele osób wskazuje na mogącą wystąpić zaćmę wtórną, wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego, krwotok czy odwarstwienie siatkówki. Najwięcej pacjentów wskazało, że powikłania mogą wynikać z nieprzestrzegania zaleceń lekarskich przez pacjenta. Niestety, niemal co czwarty badany twierdzi, że nie został poinformowany o mogących wystąpić powikłaniach.

Informacje na temat ewentualnych powikłań po operacji zaćmy pacjenci uzyskiwali najczęściej od lekarza okulisty podczas hospitalizacji (53%), oraz od pielęgniarki na oddziale okulistycznym (12%).

Jeśli chodzi o powikłania pooperacyjne u badanych pacjentów, 88% przyznaje, że nie wystąpiły u nich żadne niepokojące objawy, tyle samo badanych wyraziło zadowolenie z efektów leczenia. Pozostałe 12% skarżyło się na bóle oka, wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego oraz na gorsze widzenie oka operowanego.

Podsumowując 79% badanych stwierdziła, że jest zadowolona z efektu leczniczego po operacji zaćmy, natomiast niezadowolone zgłosiło 21% badanych ze względu na zaburzenia wzroku i konieczność stosowania okularów.

Analiza wyników dowiodła, że znaczna grupa operowanych pacjentów 88%, po operacji zaćmy wróciła do aktywności fizycznej sprzed zabiegu, a 76% deklaruowała większą samodzielność. Do aktywności w zakresie życia społecznego powróciło 80% ankietowanych.

Samopoczucie psychiczne po operacji uległo poprawie u 76% respondentów, a 12% twierdziło, że jest takie samo jak przed zabiegiem.

¹⁰⁷ Kurowska K., Celmer-Ozdowska I., *Depresyjność a jakość życia u osób z rozpoznaną zaćmą*, Hygeia Public Health 2014, 49(3), str. 554–559.

Reasumując, większość badanych osób(79%) oznajmiło, że zabieg operacji zaćmy podniósł postrzeganie przez nich jakości życia.

W artykule K. Kurowskiej „Depresyjność a jakość życia u osób z rozpoznaną zaćmą”, czytamy, iż po operacji zaćmy w dużym stopniu odczuli poprawę jakości życia w każdej dziedzinie życia społecznego. Pacjenci odzyskują poczucie bezpieczeństwa w sferze fizycznej i psychicznej.¹⁰⁸

W przeprowadzonym przeze mnie badaniu 71% badanych było po operacji jednego oka, natomiast 29% poddało się operacji obu oczu. Co ciekawe, aż 91% badanych w przypadku wystąpienia zaćmy drugiego oka poddałaby się ponownie zabiegowi operacyjnemu.

Na pytanie dotyczące trudności w zakresie konieczności podjęcia leczenia zaćmy oraz ewentualnych zmian jakie badani mogliby zaproponować, 56% respondentów nie udzieliła odpowiedzi, 20% nie wprowadziłoby żadnych zmian, natomiast 24% ankietowanych wskazało na zbyt długie oczekiwanie na operację zaćmy.

Ostatnie pytanie, które zadałam badanym dotyczyło źródeł wiedzy z zakresu tematyki zaćmy. Dla 59% ankietowanych najczęstszym źródłem wiedzy był lekarz okulista, a pozostali wskazywali na rodzinę, znajomych, Internet, lekarza POZ.

WNIOSKI

Na podstawie analizy wyników badania wyciągnięto następujące wnioski:

1. Osoby z zaćmą, mimo zaburzeń widzenia i problemów z czytaniem, dość wysoko oceniły swoją jakość życia i choroba nie wpłynęła znacząco na ich codzienne funkcjonowanie.
2. Zdecydowana większość badanych wyraziła zadowolenie z efektów leczenia i przyznała, że takich właśnie oczekiwała.
3. Badani pacjenci wykazali, iż po zabiegu usunięcia zaćmy ich codzienne funkcjonowanie nie uległo znacznym zmianom, ponieważ większość badanych przed zabiegiem nie miała problemów z codziennym funkcjonowaniem.
4. Pomimo ryzyka wystąpienia powikłań, respondenci poddali się operacji drugiego oka.

¹⁰⁸ Kurowska K., Celmer-Ozdowska I., *Depresyjność a jakość życia u osób z rozpoznaną zaćmą.*, Hygeia Public Health 2014, 49(3), str. 554–559.

STRESZCZENIE

Zaćma jest chorobą, która przyczynia się do pogorszenia ostrości wzroku a w konsekwencji nieleczona prowadzi do jego utraty. Narząd wzroku jest szczególnie ważny dla każdego człowieka. Wpływa na nasze bezpieczeństwo, a jego upośledzenie znacznie obniża jakość życia w niemal każdej dziedzinie.

Jedynym skutecznym sposobem leczenia zaćmy jest operacja i wszczepienie soczewki wewnątrzgałkowej. Operacja zaćmy daje wyraźną poprawę ostrości widzenia a tym samym podnosi jakość życia pacjentów. Poprawa wzroku wpływa na wzrost samodzielności w codziennym funkcjonowaniu społecznym, poprawiając stan emocjonalny pacjenta.

Celem głównym niniejszej pracy była ocena jakości życia pacjentów po operacji zaćmy i wszczepieniu soczewki wewnątrzgałkowej.

Badania przeprowadzono w maju 2019 roku na oddziale okulistycznym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Zgierzu. Badaniem objęto tylko tych pacjentów, którzy byli już po operacji zaćmy przynajmniej jednego oka.

Zastosowaną w pracy metodą badawczą w pracy był sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem techniki badań ankietowych. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Prezentowana przeze mnie praca magisterska ukazuje jakość życia pacjentów po operacji zaćmy i wszczepieniu soczewki wewnątrzgałkowej. Uzyskane wyniki dowiodły, że większość badanych zarówno przed, jak i po operacji odczuwała dobry poziom jakości życia. Jednakże poprawa widzenia przełożyła się na lepsze funkcjonowanie w życiu codziennym, jednocześnie podnosząc komfort psychiczny.

Słowa kluczowe: zaćma, soczewka wewnątrzgałkowa, jakość życia

SUMMARY

A cataract is a disease that contributes to the deterioration of visual acuity and, if it is untreated, leads to its loss. The visual organ is especially important for every human being. It affects our safety and, its disability significantly reduces the quality of life in almost every area.

The only effective method of cataract treatment is surgery and intraocular lens implementation. Cataract surgery gives a clear improvement in visual acuity and thus improves the quality of life of patients. Improvement of vision affects the increase of independence in every day social functioning, improving the patient's emotional state.

The main aim of this study was to evaluate the quality of life of patients after cataract surgery and intraocular lens implementation.

The researches were carried out in the ophthalmologic ward of the Provincial Specialist Hospital in Zgierz, in May 2019. Only those patients who were after cataract surgery of at least one eye were included in the study.

In the thesis, diagnostic survey was applied as a research method with the use of survey technique. The research tool was a questionnaire of my own authorship.

My master's thesis shows the quality of life of patients after cataract surgery and intraocular lens implementation. The results proved that the majority of respondents, both before and after the surgery, felt a good quality of life.

However, the improvement of vision has caused better functioning in everyday life, at the same time improving mental comfort.

Key words: cataract, intraocular lens, quality of life

BIBLIOGRAFIA

1. Abrahams H.P., *Atlas anatomii: ciało człowieka: budowa i funkcjonowanie*. Świat książki., Warszawa 2004.
2. Bańka A., *Psychologia jakości życia*., Stowarzyszenie Psychologia i Architektura., Poznań 2005.
3. Bauman K., *Jakość życia w okresie późnej dorosłości – dyskurs teoretyczny*. Gerontologia Polska., 4, 14.165–171.
4. Bradford C., *Okulistyka. Podręcznik dla studentów*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2006.
5. Bryl A., Bakunowicz-Łazarczyk A., Mrugacz M., Urban B., *Współczesne aspekty postępowania w zaćmie wrodzone*., Magazyn Lekarza Okulisty 7 (2) 2013.
6. Cichocki T., *Kompendium histologii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego., Kraków 2016
Jan Litwin j. mirecka
7. Drabik L., Kubiak-Sokół A., Sobol E., *Słownik Języka Polskiego*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2017.
8. Dziurawicz- Kozłowska A., *Wokół pojęcia jakości życia*., *Psychologia Jakości Życia*., 202., 2, 88.
9. Gawor A., Głębocka A., (red.), *Jakość życia współczesnego człowieka*., Oficyna Wydawnicza „Impuls”., Kraków 2008.
10. Hitchings R.A., Spalton D.J., Hunter P.A., (red. wyd. pol. J. Szaflik): *Atlas okulistyki klinicznej*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007.
11. Iwaszkiewicz- Bilikiewicz B., *Zaćma (cataracta)*., *Geriatrics* 2008; 2: 252–254.
12. Janusek-Krysińska N., *Jakość życia w województwie opolskim w świetle danych statystycznych i diagnozy społecznej*. Zeszyty naukowe Politechniki Śląskiej 2017., Seria: Organizacja i zarządzanie z. 104 Nr kol. 1979.

13. Jaworska I., Wrońska I., *Jakość życia pacjentów z zaćmą.*, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa. Uniwersytet Medyczny w Lublinie., 2015;5(3):229–246.
14. Kalinowski P., Bojakowska U., *Ocena satysfakcji z opieki pielęgniarstwa wśród pacjentów po operacji zaćmy w prywatnej klinice okulistycznej.* Problemy Pielęgniarstwa 2013;21 (2): 164–172. Kałużny J., *Soczewka i zaćma.*, (Seria: Basic and Clinical Science Course, część 11) Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007.
15. Kański J.J., B.Bowling., *Okulistyka kliniczna.*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013.
16. Kolman R., *Zespoły badawcze jakości życia.*, Problemy Jakości., 2000., nr 2.
17. Kubik B., Tabiś A., *Ocena wybranych aspektów jakości życia u pacjentów w przedziale wiekowym 55–75 lat przed i po zabiegu usunięcia zaćmy.* Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2015;3: 157–164.
18. Kurowska K., Celmer-Ozdowska I., *Depresyjność a jakość życia u osób z rozpoznaną zaćmą.*, Hygeia Public Health 2014, 49(3): 554–559.
19. Michalski A., *Ocena wybranych parametrów narządu wzroku i jakości życia u pacjentów po operacji zaćmy.*, Rozprawa doktorska., Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu., Poznań 2013.
20. Łobocki M., *Metody badań pedagogicznych.*, PWN, Warszawa 1984.
21. Łobocki M., *Wprowadzenie do metod badań pedagogicznych.*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2007.
22. Mieczysław Ł., *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Kraków 2009.
23. Maszke A.W., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2008.
24. Nieszporska, S., *Efektywność leczenia zaćmy w Polsce.* Przedsiębiorczość i Zarządzanie, 14(10, cz. 3 Zarządzanie w ochronie zdrowia-wybrane aspekty), (2013). 69–82.
25. Niżankowska M, H., *Okulistyka Podstawy kliniczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
26. Niżankowska M.H., *Podstawy okulistyki.*, Wydawnictwo Volumed., Wrocław 2000.
27. Owsiniński J.W., Tarchalski T., *Współczesne Problemy Zarządzania.*, *Pomiar jakości życia. Uwagi na marginesie pewnego rankingu.*, Nr 1/2008.
28. Nowak S., *Metodologia badań społecznych*, Warszawa 1985.
29. Okoń W., *Nowy słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001.
30. Papuć E.: *Jakość życia – definicje i sposoby jej ujmowania.* „Current Problems of Psychiatry”, No. 12(2), 2011.
31. Pecold K., Krawczyński M., *Oczodół, powieki i układ łzowy.*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2003.
32. Pilch T., *„Zasady badań pedagogicznych: strategie ilościowe i jakościowe”*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001.
33. Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych.*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1998.
34. Płachecka E., Malukiewicz G., *Ocena jakości życia pacjentów przed operacją zaćmy i po operacji zaćmy.*, Klinika Oczna 2009, 111(7/9): 212–216.

35. Pojda M.S., red. Zatorska.B., *Okulistyka w kropelce.*, Śląska Akademia Medyczna., Katowice 2006.
36. Pałac O., *Zarys podstawowych problemów współczesnej okulistyki.*, Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Medycznej., Szczecin 2003.
37. Rosińczuk J., Szalonka K., *Pomiar jakości życia osób z dysfunkcją narządu wzroku.*, Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Wrocławski.
38. Rostowska T., *Rozwojowe aspekty jakości życia rodzinnego.* W: Jakość życia rodzinnego. Wybrane zagadnienia., T.Rostowska (red): Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Informatyki., Łódź 2006.
39. Rubacha K., *Metodologia badań nad edukacją.*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.
40. Sawicki W., *Histologia.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 407–408.
41. Skrzypek E., *Czynniki kształtujące jakość życia.*, Zakład Ekonomiki Jakości i Zarządzania Wiedzą., Instytut Zarządzania i Marketingu., Wydawnictwo UMCS Lublin.
42. Sokolnicka H., Mikuła W., *Medycyna a pojęcie jakości życia.*, Medycyna rodzinna., 3–4/2003, s126–128.
43. Skorny Z., *Prace magisterskie z psychologii i pedagogiki: przewodnik metodyczny dla studiujących nauczycieli.*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1984.
44. Słownik Języka Polskiego, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1994.
45. Szaflik J., Izdebska J., *Chirurgia okulistyczna.*, Edra Urban& Partner, 2016.
46. Szaflik J, Izdebska J, Zaleska A. Zaćma – najczęstsza przyczyna uleczalnej ślepoty. *Przewodnik Lekarza.* 2000; 2(10):78–86.
47. Szewczyk M., Stachowska M., Talarska D., *Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym – przegląd piśmiennictwa.*, Nowiny Lekarskie 2012, 81, 1, 96–100.
48. Urbanowicz Z., *Mała encyklopedia anatomii człowieka.* Wydawnictwo Czelej., Lublin 2003.
49. Wilczyńska J., Bogusławski S., Plisko R., *Leczenie zaćmy jedną z największych niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa.*, Polskie Towarzystwo Okulistyczne., Warszawa, Kraków 2012.
50. Wołowicka L., (red)., *Jakość życia w naukach medycznych.*, Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej im. K. Marcinkiewicza., Poznań 2001.
51. Woynarowska B., *Jakość życia związana ze zdrowiem. [w]Edukacja zdrowotna : podręcznik akademicki.*, Woynarowska B., (red). Wydawnictwo PWN., Warszawa 2012.
52. Wrońska I., Stępień R., Wiraszka G., *Badanie jakości życia w naukach medycznych.*, Część I., *Pielęgniarstwo XXI wieku.*, 2004. 1(6), 5–9.

Strony internetowe:

https://www.doz.pl/zdrowie/h10738-Galka_oczna_oko (30.04.2019.)

https://pl.wikipedia.org/wiki/Kanalik_%C5%82zowy (26.04.2019.)

<https://zdrowie.tvn.pl/a/cialo-szkliste-oka-budowa-funkcje-i-najc> (02.03.2019r.)

ANKIETA – WZÓR

Szanowni Państwo!

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższego kwestionariusza ankiety. Uzyskane dane posłużą mi do sporządzenia pracy magisterskiej na kierunku pielęgniarstwo w Wyższej Szkole Gospodarki Krajowej w Kutnie. Udział w badaniu jest dobrowolny i anonimowy.

Proszę postawić znak „x” przy wybranej odpowiedzi lub ją wpisać w wykropkowanym miejscu. Bardzo dziękuję za poświęcony czas i rzetelne odpowiedzi.

1. Wiek

- do 30 lat
- 30 – 40 lat
- 41 – 50 lat
- 51 – 60 lat
- 61 – 70 lat
- 71 – 80 lat i więcej

2. Płeć

- Kobieta
- Mężczyzna

3. Wykształcenie

- Podstawowe
- Zawodowe
- Średnie
- Wyższe

4. Miejsce zamieszkania

- Miasto
- Wieś

5. Aktywność zawodowa:

- Uczeń/student
- Emeryt/rencista
- Osoba pracująca zawodowo

- Osoba bezrobotna
- Inne, jakie?

6. Jak ocenia Pan/Pani swoje zdrowie przed operacją zaćmy ?

- Bardzo dobrze
- Dobrze
- Przeciętnie
- źle

7. Jak ocenia Pan/Pani swoją jakość życia przed operacją zaćmy ?

- Bardzo dobrze
- Dobrze
- Przeciętnie
- źle

8. Czy wystąpienie zaćmy wpłynęło na Pana/Pani aktywność fizyczną ?

- Tak, w jakim stopniu?
- Nie

9. Czy choroba ograniczyła Pana/Pani samodzielność podczas wykonywania czynności dnia codziennego?

- Tak, w jakim stopniu ?
- Nie

10. Jakie czynności sprawiają Panu/Pani największą trudność?

.....

11. Czy choroba ograniczyła Pana/Pani funkcjonowanie w życiu społecznym ?

- Tak, w jakim stopniu?
- Nie

12. Z jakich elementów życia społecznego musiał/a Pan/Pani zrezygnować?

.....
.....
.....
.....
.....

13. Czy upośledzenie widzenia wywołało u Pana/Pani negatywne stany emocjonalne, jak np.: zrezygnowanie, brak sensu życia, obniżenie własnej wartości ?

- Tak, w jakim stopniu?
- Nie

14. Który aspekt życia z zaćmą był szczególnie uciążliwy i negatywnie wpłynął na postrzeganie przez Pana/Panią jakości życia?

- Zaburzenia widzenia
- Ograniczenie aktywności fizycznej
- Utrata samodzielności w wykonywaniu czynności dnia codziennego
- Ograniczenie funkcjonowania społecznego
- Negatywne stany emocjonalne
- Inne, jakie?

15. Jak długo oczekiwał /a Pan/Pani na operację usunięcia zaćmy ?

- Do 6 miesięcy
- 6 – 12 miesięcy
- 1 – 2 lat
- więcej niż 2 lata

16. Czy przed operacją został Pan/Pani poinformowany/a o ewentualnych powikłaniach ?

- Tak, jakich?
- Nie

17. Kto przekazał Panu/Pani powyższe informacje?

- Lekarz okulista podczas hospitalizacji
- Pielęgniarka podczas hospitalizacji
- Lekarz POZ
- Pielęgniarka POZ
- Inne, jakie?

18. Czy wystąpiły jakiegokolwiek powikłania ?

- Tak, jakie?
- Nie

19. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z efektów leczenia?

- Tak
 Nie, dlaczego?

20. Czy takiego efektu Pan/Pani oczekiwał/a ?

- Tak
 Nie, dlaczego?

21. Czy po operacji zaćmy wrócił/a Pan/Pani do aktywności fizycznej sprzed zabiegu ?

- Tak, w jakim stopniu?
 Nie
 Inne, jakie?

22. Czy po operacji zaćmy stał/a się Pan/Pani bardziej samodzielny/a ?

- Tak, w jakim stopniu?
 Nie
 Inne, jakie?

23. Czy powrócił/a Pan/Pani do aktywności w zakresie życia społecznego sprzed zabiegu?

- Tak, w jakim stopniu?
 Nie
 Inne, jakie?

24. Czy samopoczucie psychiczne po zabiegu poprawiło się ?

- Tak, w jakim stopniu?
 Nie
 Inne, jakie?

25. Czy w Pana/Pani ocenie zabieg operacji zaćmy podniósł postrzeganie jakości życia?

- Tak
 Nie
 Inne, jakie?

26. Jakiej operacji się Pan/Pani poddał/a ?

- Jednego oka
- Obu oczu

27. Czy w przypadku wystąpienia zaćmy drugiego oka poddałby/poddałaby się Pan/Pani ponownie zabiegowi operacyjnemu?

- Tak
- Nie, dlaczego?
- Nie wiem

28. Co w Pana/Pani ocenie stanowi największą trudność w zakresie konieczności podjęcia leczenia zaćmy ? Jakie zmiany Pan/Pani mógłby/mogłaby zaproponować?

.....
.....
.....

29. Z jakich źródeł czerpie Pan/Pani wiedzę z zakresu tematyki zaćmy ?

- Lekarz POZ
- Pielęgniarka POZ
- Lekarz okulista
- Znajomi, rodzina
- Internet
- Media
- Broszury informacyjne
- Inne, jakie?

dr Andrzej Hyżyk, Elżbieta Stanisławska, dr Teresa Branica-Bielecka

PIELĘGNACJA I REHABILITACJA PACJENTÓW PO LARYNGEKTOMII CAŁKOWITEJ W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH

WSTĘP

Nowotwory głowy i szyi dotyczą wszystkich nowotworów zlokalizowanych w obrębie tego rejonu z pominięciem obszaru mózgu. Każdego roku w Europie rozpoznaje się je u 350 000 osób, są one przyczyną zgonów u 62 000 chorych.

W Polsce znajdują się one na szóstym miejscu pod względem częstotliwości występowania. W 2014r rozpoznano je u 9% mężczyzn a w wśród kobiet stanowiły 5% wszystkich zachorowań na raka. Były one przyczyną zgonu u prawie 6 000 osób. W ciągu ostatnich 20 lat zaobserwowano 20% wzrost ogólnej liczby zachorowań[28].

Rak krtani jest najczęściej występującym nowotworem w tej grupie określony symbolem C32. Każdego roku diagnozuje się około 2200 nowych przypadków zachorowania na raka krtani. Wykrywany jest głównie u osób powyżej 65 roku życia przeważnie u mężczyzn [9]. Według Krajowego Rejestru Nowotworów w roku 2010 wystąpił u 1900 mężczyzn i u około 300 kobiet[27]. W województwie łódzkim w 2014 roku wśród mężczyzn było 164 nowych zachorowań, natomiast u kobiet zdiagnozowano go w 30 przypadkach[1].

Za główne czynniki ryzyka zachorowania na raka krtani uważa się niehigieniczny tryb życia tj. palenie tytoniu i spożywanie alkoholu. Równoczesne narażenie na obydwie czynniki zwiększa się 300-krotnie ryzyko zachorowania[10].

W ostatnich latach zwiększyła się liczba zachorowań na raka krtani u osób młodszych między 30–50 rokiem życia i to wśród abstynentów alkoholu i tytoniu. Za czynnik karcynogeny w tym przypadku uważa się wirus brodawczaka ludzkiego HPV. Nowotwory te,

szybciej dają przerzuty do węzłów chłonnych, ale dobrze reagują na leczenie. Na częstość ich występowania mają wpływ pewne zachowania seksualne np. częsta zmiana partnerów, czy wczesna inicjacja seksualna[12, 27, 28].

Niestety mimo wielu akcji profilaktycznych i większej świadomości, osoby zniepokojącymi objawami zbyt późno zasięga porady lekarskiej.

W 2012 roku 12 grudnia w Poznaniu prof. zw. dr hab. n. med. Wojciech Galusiński przeprowadził po raz pierwszy w Polsce akcję badania osób pod kątem wykrycia nowotworów rejonu głowy i szyi w ramach Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi. Obecnie program ten jest przeprowadzany w całej Polsce i jego przewodnią myślą jest „Jeden przez trzy”, tzn. że niepokojącym jest fakt gdy jeden objawów występuje przez trzy tygodnie. W ramach programu na konsultację lekarską mogą zgłaszać się osoby w przedziale wiekowym 40 – 65 lat z grupy ryzyka: nadużywający alkohol, palacze papierosów i osoby potencjalnie zagrożone wirusem brodawczaka ludzkiego[28].

W związku z tym, że leczenie jest podjęte zazwyczaj zbyt późno najczęściej polega ono na radykalnej resekcji krtani czyli laryngiektomii całkowitej, co jest przyczyną trwałego kalectwa i w konsekwencji całkowitej zmiany stylu życia. Współcześnie oprócz diagnostyki i leczenia docenia się dużą rolę rehabilitacji pacjentów onkologicznych. Trwa ona często kilka lat i w wielu przypadkach chorzy nigdy nie mogą pogodzić się z zaistniałą sytuacją i przystosować do nowych warunków.

Znajomość odpowiednich czynności związanych z pielęgnacją tracheostomy oraz ćwiczeń rozwijających mowę zastępczą powinna być przekazywana pacjentom w celu przygotowania ich do samodzielności i samoopieki. Wpływa to na szybszą akceptację kalectwa, zwiększa poczucie bezpieczeństwa i niezależności oraz przyczynia się do poprawy jakości życia.

Pierwsza część pracy to część informacyjna. W pierwszym rozdziale przybliżyłam anatomię i rolę krtani, aby w pełni zrozumieć co oznacza dla chorego brak tego narządu. Drugi rozdział zawiera informację na temat istoty choroby nowotworowej krtani i sposobów jej leczenia. Trzeci i czwarty rozdział poświęcony jest roli pielęgniarki w zabiegach pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych mających na celu przystosowanie do nowych warunków życiowych. Druga część pracy to część badawcza, którą przeprowadzono za pomocą ankiety i dokonano analizy uzyskanych odpowiedzi. Niniejsza praca ma na celu określenie stopnia wiedzy pacjentów odnośnie stosowania zabiegów pielęgnacyjno-rehabilitacyjnych oraz ich wpływ na poprawę komfortu życia. Może ona stanowić materiał edukacyjny dla pacjentów i ich rodzin.

1. ANATOMIA I FIZJOLOGIA KRTANI

1.1. BUDOWA KRTANI

Krtań (łac. larynx; laryngidzein – krzyczeń) leży w części środkowej szyi, sięga od IV do VII kręgu szyjnego o długości 4–6 cm. Kształtem przypomina odwróconą, ściętą piramidę [2, 31]. Od góry znajduje się wejście do krtani zaś od dołu krtań połączona jest z tchawicą. Takie jej położenie oraz mięśnie, błony i więzadła stanowią jej umocowanie i rusztowanie. Mimo tych przyczepów krtań może wykonywać ruchy ku górze i ku dołowi oraz do tyłu i do przodu. Ruchy boczne są ruchami biernymi tzn. wykonywanymi bez udziału mięśni. Ruchy skierowane ku górze wykonywane są podczas połykania, mowy czy śpiewu. W trakcie aktu oddychania krtań porusza się w niewielkim zakresie, w czasie dużego wdechu nieznacznie się opuszcza, natomiast podczas głębokiego wydechu unosi się [2].

Krtań składa się z chrząstek, mięśni i więzadeł, które tworzą jamę krtani. Chrząstki tworzą szkielet krtani. Występują trzy chrząstki parzyste i trzy nieparzyste.

Chrząstki nieparzyste: chrząstka tarczowata składa się z dwóch płytek, które połączone są pod kątem tworząc wyniosłość krtaniową tzw. jabłko Adama. Jest to największa chrząstka krtani. Pełni ona rolę ochronną dla krtani i drogi oddechowej, oraz chrząstka pierścieniowata i chrząstka nagłośniowa.

Chrząstki parzyste: chrząstki nalewkowate, chrząstki klinowate, chrząstki trzeszczkowate (występują one w innych strukturach krtani),

Chrząstki klinowate są to dwie ruchome małe chrząstki o zmiennym kształcie. Chrząstki trzeszczkowate są to małe i niestałe chrząstki. Występują w różnych miejscach, np. między innymi chrząstkami czy więzadłami.

Chrząstki od zewnątrz pokryte są mocną ochrzęstną, która posiada dużo włókien sprężystych. Z wiekiem chrząstki ulegają skostnieniu, u mężczyzn proces ten rozpoczyna się ok. 20 roku życia, u kobiet nieco później, około 22 roku życia. Procesowi temu nigdy nie ulega chrząstka nagłośniowa oraz wyrostki chrząstek nalewkowatych. Połączenie chrząstek może być ściśle, stawowe, błoniaste lub więzadłowe, niektóre położone są między innymi chrząstkami lub położone wewnątrz krtani [2, 31].

Mięśnie krtani

Krtań w swej budowie posiada mięśnie właściwe, które stanowią stałe umocowanie chrząstek oraz mięśnie zewnętrzne, które mają za zadanie poruszanie narządem.

W zależności od pełnionych funkcji mięśnie krtani można podzielić na mięśnie biorące udział w procesie powstawania głosu. Napinają one fałdy głosowe, zmieniają kształt szpary głośni, dzięki temu powstający głos ma różną wysokość, barwę i siłę[2, 31].

Drugą grupę stanowią mięśnie które biorą udział w akcie połykania, należą do nich mięśnie znajdujące się u wejścia do krtani :

- mięsień tarczowo-nagłośniowy
- mięsień nalewkowo-nagłośniowy[2]

Wnętrze krtani to jama, która wyścielona jest błoną śluzową. Łączy się ona na powierzchni przedniej z błoną śluzową nasady języka, a od tyłu przechodzi w tchawicę bez wyraźnie zaznaczonego miejsca.

W jamie krtani wytwarzany jest głos – dzięki głośni, którą tworzą fałdy głosowe zwane inaczej strunami głosowymi. Ograniczają one szparę głośni, która stanowi granicę pomiędzy górnymi i dolnymi drogami oddechowymi. Z obu stron fałdów głosowych znajduje się przestrzeń zwana kieszonką krtaniową, która przy nadmiernym napinaniu mięśni tłoczni brzusznej wypełnia się powietrzem a opróżnia się przy ucisku[2, 31].

1.2. ROLA KRTANI

Funkcje krtani:

- funkcja oddechowa – przez szparę głośni powietrze przechodzi do tchawicy i płuc oraz w odwrotną stronę (ryc.1, 2),
- funkcja fonacyjna zwana inaczej głosową – uważana jest za najważniejszą funkcję tego narządu[18, 24]. Podczas przechodzącego powietrza z płuc i do płuc wargi głosowe zwierają się lub rozwierają, w wyniku czego dochodzi do drgań powietrza i powstawania dźwięku. Wysokość głosu uzależniona jest od długości, grubości i przede wszystkim od napięcia strun głosowych a jego moc uzależniona jest od siły przepływającego powietrza i zakresu odchylenia warg głosowych[2, 31]. Każdy powstały głos ma odosobnioną barwę, która uzależniona jest od wprawionego w drgania powietrza powyżej szpary głośni tj. w jamie nosowej, jamie ustnej i gardle[2].
- funkcja ochronna drogi powietrza – w przypadku dostania się ciała obcego czy w momencie połykania, krtani odruchowo się zamyka co chroni przed zakrzuszeniem się [2, 18, 24].
- funkcja odruchowa – krtani to zawór, na który ma wpływ układ sercowo-naczyniowy. Dzięki zbliżeniu się do siebie fałdów głosowych zachodzi tzw. zjawisko tłoczni brzusznej, m.in. w trakcie takich czynności jak defekacja, oddawaniu moczu, kaszel czy poród[24]



Ryc. 1 Krtąń podczas wydechu (zdjęcie dzięki uprzejmości dr J.Zimmer-Nowickiej)



Ryc. 2 Krtąń podczas wdechu (zdjęcie dzięki uprzejmości dr J.Zimmer-Nowickiej)

2. CHOROBA NOWOTWOROWA KRTANI.

Nowotwór jest niekontrolowanym rozrostem własnych, lecz zmienionych morfologicznie i czynnościowo komórek organizmu, a przyczyną tego rozrostu są zmiany w kodzie genetycznym tych komórek[7].

W zależności od szybkości rozrostu zmiany chorobowej oraz tendencji do występowania przerzutów i przenoszenia się nacieczeń guza na sąsiednie narządy, nowotwory dzielimy na łagodne i złośliwe – czyli powszechnie zwane rakami[7].

Rak krtani jest to najczęściej występujący nowotwór rejonu głowy i szyi. Częściej spotykany jest u mężczyzn. W ostatnim czasie zaznaczył się wzrost zachorowań wśród

kobiet m.in. ze względu na zmianę stylu życia i większą ilość kobiet palących papierosy. Pod względem położenia geograficznego częściej występuje w Europie południowej i środkowej. W Polsce obserwuje się tendencję częstszego występowania raka krtani u osób z podstawowym wykształceniem zamieszkałych w miastach [10, 16, 17, 28].

Niestety jest on często diagnozowany w momencie istniejących już przerzutów do sąsiednich węzłów chłonnych, ze względu na dużą obecność naczyń limfatycznych w tej okolicy. Wyjątek stanowi rak zajmujący głośnię, który powoduje mniej przerzutów do węzłów, ze względu na małą sieć naczyń limfatycznych w tym miejscu [16].

Podłoże raka krtani mogą stanowić zmiany przedrakowe, które występują często nawet kilka lat wcześniej przed rozwinięciem się pełnoobjawowej choroby nowotworowej [17].

Według WHO Zmiany przedrakowe są to ogniskowe zmiany morfologiczne, niosące ze sobą zwiększone ryzyko wystąpienia nowotworu złośliwego [10].

W przypadku raka krtani do takich zmian zalicza się :

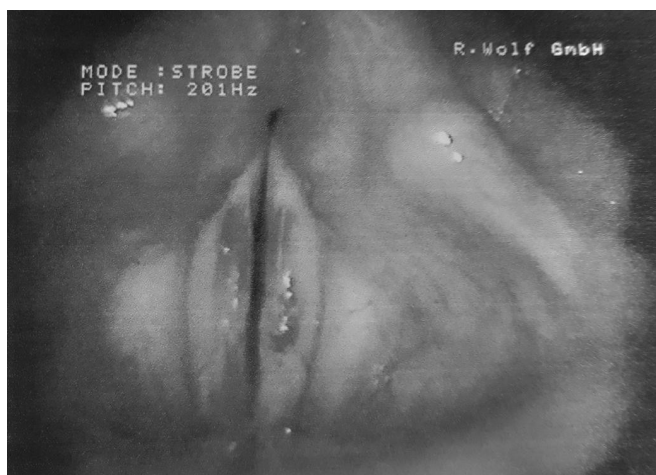
- rogowacenie białe zwane inaczej leukoplakią,
- rogowacenie czerwone zwane inaczej erytroplakia,
- brodawczaki krtani,
- dysplazja – jest to bezpośrednia zmiana przedrakowa.

Leukoplakia (rogowacenie białe) – zostało po raz pierwszy opisane przez Schwimmera w 1877 roku określając białą plamę na języku (ryc.3). Pod względem histopatologicznym nie ma typowych cech rakowych. Następuje rozrost nabłonka wielowarstwowego płaskiego rogowaciejącego. Najczęstszym objawem jest chrypka. Zazwyczaj z tą zmianą występuje przewlekłe zapalenie krtani, polipy czy guzki śpiewacze. Czynnikiem wywołującymi leukoplakię jest palenie papierosów, alkohol, wirus brodawczaka ludzkiego HPV [10, 17].



Ryc. 3 Leukoplakia (zdjęcie dzięki uprzejmości dr J.Zimmer-Nowickiej)

Erytroplakia – jest to jaskrawa czerwona zmiana występująca na błonie śluzowej (ryc.4). Występuje ona stosunkowo rzadko, zazwyczaj towarzyszy jej dysplazja. Objawy to chrypka i zmiana jakości głosu. Przeistacza się w zmianę rakową w 51 %[7, 10, 17].



Ryc. 4 Erytroplakia (zdjęcie dzięki uprzejmości dr J.Zimmer-Nowickiej).

Brodawczaki krtani – patogennym czynnikiem jest wirus brodawczaka ludzkiego. Dolegliwość objawia się często chrypką o różnym nasileniu, w przypadku występowania dużych, licznych zmian brodawkowatych w okolicy podgłośnia może wystąpić nawet duszność. Zmiany te mają skłonność do szerzenia się na błonę śluzową okolicznych narządów[17].

Przewlekłe przerostowe zapalenie krtani – zmiana ta występuje w wyniku częstych i długotrwałych nieżytowych zapaleń krtani. Nabłonek ulega rozrostowi, jest nierówny i pogrubiały. Objawem tej zmiany może być duszność[9, 10]. Przyczyną przewlekłego zapalenia krtani może być długo utrzymujący się refluks żołądkowo-przełykowy[17].

Dysplazja – jest to zmiana przedrakowa pod względem budowy histopatologicznej. Następuje nieprawidłowy proces dojrzewania komórek, widoczne są zmiany w ich jądrach. Proces ten dotyczy warstwy nabłonka. Wyróżniamy dysplazję łagodną, umiarkowaną i ciężką[10].

Leczenie zmian przedrakowych polega na usunięciu chorobowo zmienionych miejsc. Przeciwwskazaniem jest przebyta wcześniej radioterapia, gdyż może ona uaktywnić i przyspieszyć proces nowotworowy[9, 10].

Pacjenci ze stwierdzonymi zmianami przednowotworowymi wymagają stałego nadzoru lekarskiego, muszą prowadzić higieniczny styl życia- całkowicie wyeliminować czynniki drażniące błonę śluzową jak papierosy, alkohol, zanieczyszczone powietrze, gorące posiłki i inne podrażniające substancje, a także ograniczyć w miarę możliwości długotrwałe i intensywne mówienie.

Rak krtani (ryc.5) pod względem histologicznym to głównie rak płaskonabłonkowy. Najczęściej proces chorobowy zajmuje głośnię i okolice nagłośniową. Stosunkowo rzadko występują przerzuty nowotworów do krtani. Najczęściej szerzą się one drogą krwionośną, np.: guz pierwotny skóry, nerki, piersi czy płuc. Krtań może być też nacieczona guzem nowotworowego z okolicznych narządów np. tarczycy, przełyku czy tchawicy [9].



Ryc 5. Rak krtani(zdjęcie dzięki uprzejmości dr J.Zimmer-Nowickiej).

Stopień zaawansowania miejscowego raka krtani pod względem jego wielkości określa się na podstawie klasyfikacji TNM gdzie:

- T – oznacza wielkość guza
- N – obecność zmian nowotworowych w węzłach chłonnych
- M – odległe przerzuty

Stopień złośliwości raka pod względem rogowacenia dzieli się na: G1- I stopień – dobrze zróżnicowany

G2- II stopień – średnio zróżnicowany G3 – III stopień – mało zróżnicowany G4 – IV stopień – anaplastyczny.

Wynik badania histologicznego oraz umiejscowienie raka ma wpływ na rodzaj dalszego leczenia i prognozowanie efektów leczenia[9, 16, 17].

2.1. CZYNNIKI RYZYKA RAKA KRTANI.

Wiodącym czynnikiem ryzyka są predyspozycje genetyczne i długotrwałe narażenie na szkodliwe, drażniące czynniki jak np. dym tytoniowy, który w swym składzie zawiera substancje chemiczne o stwierdzonych właściwościach rakotwórczych.

Kolejnym znaczącym czynnikiem ryzyka jest wysokoprocentowy alkohol. Częste spożywanie jego działa drażniąco na błonę śluzową krtani. Narażenie na te czynniki w bardzo dużym stopniu zwiększa ryzyko zachorowania.

Do innych bodźców karcynogennych zalicza się zjawisko zgagi czyli refluksu żołądkowo-przełykowego, w wyniku którego dochodzi do długotrwałego narażenia na drażniące działanie soku żołądkowego co jest przyczyną powstania przewlekłego stanu zapalnego [16, 17, 24].

W ostatnim czasie wyodrębniono nową grupę nowotworów występujących w tym rejonie, gdzie czynnikiem wywołującym jest wirus brodawczaka ludzkiego HPV. Nowotwory te występują częściej u młodszych osób głównie w przedziale 30- 50 lat, o wyższym statusie socjalno-ekonomicznym. Raki HPV- zależne są mniej zróżnicowane i dają lepsze rokowania, gdyż bardziej reagują na leczenie[12]. Na zwiększone ryzyko infekcji wirusem HPV narażone są osoby mające wielu partnerów, uprawiający seks oralny czy osoby, które wcześniej rozpoczęły współżycie[27].

Na rozwój procesu nowotworowego może mieć wpływ: niewłaściwa higiena jamy ustnej, niesystematyczne kontrole stomatologiczne, przebywanie w zadymionych i zapyłonych pomieszczeniach, narażenie na działanie środków drażniących, np. nawozy, azbest, pyły, chemikalia, smog, nieodpowiednia i mało urozmaicona dieta z małą ilością witamin i białka[24].

2.2. OBJAWY RAKA KRTANI.

Chorzy na pierwsze symptomy choroby i dolegliwości zazwyczaj nie zwracają uwagi i w konsekwencji leczenie jest podejmowane przy znacznie posuniętym procesie chorobowym i konieczne jest wówczas podjęcie radykalnego leczenia. Dlatego tak ważne jest kształtowanie odpowiednich postaw u ludzi w celu podniesienia ich świadomości. W tym celu m.in. przeprowadzane są akcje profilaktyczne np. "Tydzień Świadomości Nowotworów Głowy i Szyi", podczas których zaniepokojone osoby swoim zdrowiem, mogą skorzystać z konsultacji i badania lekarskiego.

Pierwszym zwiastunem choroby, który powinien zaniepokoić jest zmęczenie głosu. Osoba podczas mówienia robi przerwy, zatrzymuje się, często odchrząkuje. Zmienia się barwa głosu, staje się on zazwyczaj grubszy i niższy. Może zdarzyć się, że pierwszym

symptodem są powiększone okoliczne węzły chłonne. Kolejnym niepokojącym objawem jest dysfonia czyli chrypka i dysfagia czyli uczucie przeszkody, bólu przy połykaniu lub bólu w okolicy ucha. Może pojawić się krwioplucie, pogorszenie apetytu i łaknienia, a w konsekwencji zmniejszenie masy ciała. W zaawansowanym stadium choroby może wystąpić duszność. Objawem, który występuje stosunkowo rzadko jest powiększenie i rozdęcie krtani. Często następuje pogrubienie szyi co jest wynikiem naciekania guza nowotworowego na okoliczne tkanki[8].

Rozrost nowotworowy uzależniony jest od lokalizacji guza i czasu trwania choroby. Objawem, który występuje w przypadku raka krtani w każdym umiejscowieniu ale często zbyt późno, jest duszność i wówczas konieczne jest przeprowadzenie tracheotomii. Zazwyczaj progresja zmiany rakowej jest bardzo zaawansowana i wymagane jest radykalne usunięcie krtani[9].

2.3. LECZENIE RAKA KRTANI.

Metoda leczenia raka krtani zależy od różnych czynników, głównie od wyniku badania histopatologicznego guza nowotworowego, jego umiejscowienia i stanu ogólnego pacjenta. Na wybór metody leczenia ma wpływ rokowanie, możliwość wyleczenia i zachowania narządu. Pacjent powinien być poinformowany o sposobie i konsekwencjach zastosowanego leczenia i świadomie wyrazić zgodę na zaproponowaną terapię[9]. Lekarz po przeanalizowaniu dokumentacji medycznej przed uzyskaniem zgody pacjenta jest zobowiązany wyjaśnić choremu ewentualną terapię, zakres i konsekwencje podejmowanego leczenia. W leczeniu raka krtani stosowane są: radioterapia, leczenie chirurgiczne i chemioterapia. Metoda leczenia może być samodzielna (jedna forma) lub skojarzona (połączenie kilku form np. radiochemioterapia)[24].

Leczenie powinno być kompleksowe i rozpocząć się już w okresie przedoperacyjnym zwłaszcza psychoterapia. Ma to wpływ na szybszy powrót do normalnego funkcjonowania i lepszej akceptacji własnego kalectwa.

2.3.1. CHEMIOTERAPIA.

Zadaniem leków cytostatycznych stosowanych w czasie chemioterapii jest zahamowanie podziału komórek nowotworowych. Leki te podawane są w sposób okresowy lub ciągły. Nowotwory rejonu głowy i szyi należą do grupy nowotworów poddających się leczeniu paliatywnemu [16].

W przypadku raka krtani chemioterapia stosowana jest w połączeniu z radioterapią, czyli tzw. leczenie skojarzone. Nie jest stosowana jako samodzielna forma leczenia. Zastosowanie radiochemioterapii i zareagowanie na tą formę leczenia może być szansą

na zachowanie krtani, jej funkcji a w przypadku nawrotu choroby daje możliwość podjęcia leczenia chirurgicznego[4].

2.3.2. RADIOTERAPIA.

Radioterapia jest to leczenie miejscowe, którego zadaniem jest zniszczenie komórek nowotworowych. Podczas tego sposobu leczenia dochodzi do uszkodzenia sąsiednich zdrowych tkanek. Reakcja komórek na napromieniowanie zależy od ich promieniowrażliwości. Obecnie w celu osiągnięcia jak najlepszych efektów napromieniowanie łączone jest zazwyczaj z inną metodą leczenia. Rzadko stosowana jest radioterapia radykalna[32]. W I i II stopniu raka (G1 i G2) radioterapia jest skuteczna i w 75–90% przypadków daje możliwość zachowania narządu. Radioterapia będąca uzupełnieniem zabiegu chirurgicznego zwiększa szanse miejscowego wyleczenia. Napromieniowanie jest przeciwwskazane w przypadku guzów z rozpadem martwiczym i nacieku nowotworowego do kości [4].

Po radioterapii mogą wystąpić wczesne i późne powikłania. Odczyn popromienny wczesny może pojawić się już w trakcie naświetlań lub do 3 miesięcy po zastosowanej terapii i dotyczy głównie błony śluzowej. Późne reakcje popromienne mogą mieć miejsce po kilku miesiącach a nawet latach po zastosowanym leczeniu. Najczęściej występują:

- blizny na tkance podskórnej i skórze
- przykurcze w stawach
- zwłóknienia mięśni
- dysfunkcje jamy ustnej jak suchość błony śluzowej spowodowana brakiem śliny, nadżerki, brak uzębienia, problemy z połykaniem, obrzęki spowodowane zaburzeniem odpływu chłonki[4, 32].

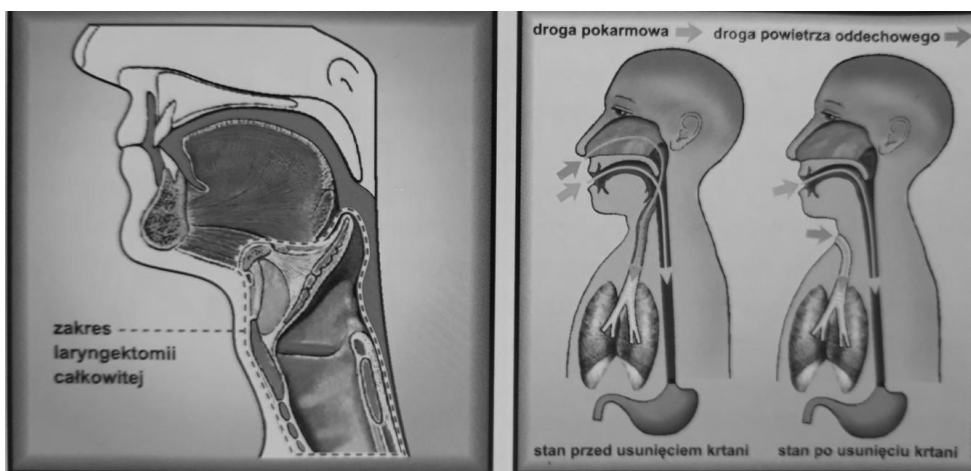
W okresie radioterapii i rekonwalescencji po niej pacjent powinien prowadzić oszczędzający tryb życia, dużo odpoczywać i spać. Unikać dźwigania ciężarów a ze swego jadłospisu wyeliminować gorące, pikantne i drażniące potrawy.

2.3.3. LECZENIE CHIRURGICZNE – LARYNGEKTOMIA.

Leczenie chirurgiczne raka krtani jest to częściowe lub całkowite usunięcie krtani wraz ze strunami głosowymi i nagłośnią – laryngektomia całkowita (ryc.6). Obecnie dąży się do przeprowadzania oszczędzających operacji krtani z zachowaniem narządu co wpływa na poprawę jakości życia pacjentów. Resekcję krtani przeprowadza się w przypadku nowotworów o dużym stopniu zaawansowania, w przypadku naciekania na inne narządy lub gdy inne metody okazały się nieskuteczne[17].

Pierwsza amputacja krtani została przeprowadzona już ponad 140 lat temu – 1873r. przez dr Theodora Billrotha.

Wraz z usunięciem krtani następuje stałe odłączenie drogi pokarmowej i oddechowej. Wytworzona zostaje tracheostomia – czyli przetoka zewnętrzna poprzez połączenie kikuta tchawicy z powłokami skórnymi szyi, przez którą wprowadzona zostaje rurka tracheostomijna[9, 17].



Ryc. 6 Zakres laryngektomii całkowitej, rozdział drogi oddechowej i pokarmowej[24].

Zabieg usunięcia krtani jest dla pacjenta bardzo ciężkim przeżyciem. Ulega całkowitej zmianie jego dotychczasowe funkcjonowanie.

Do głównych problemów chorego należą:

- utrata dotychczasowego głosu
- psudoszept
- mowa zastępcza. Głos jest to odosobniona i indywidualna cecha każdej osoby. Stanowi podstawowy element kontaktu z otoczeniem. Po zabiegu chory komunikuje się zazwyczaj środkami niewerbalnymi, np. pismo, gestykulacja. Jest to jednak dość uciążliwe bo pacjent nie jest w pełni wyrazić swych uczuć, potrzeb[5]. Niemożność werbalnego porozumiewania się z otoczeniem jest często powodem niskiej samooceny, wycofywania się z życia społecznego, unikania kontaktów z innymi.
- zmiana toru oddechowego – powietrze z otoczenia bezpośrednio przez rurkę tracheotomijną trafia prosto do tchawicy, w związku z tym nie jest ono nawilżane, oczyszczane i ogrzewane. Dochodzi do podrażnień błony śluzowej, na której zasycha wydzielina tworząc strupy, mogą występować krwawienia i podrażnienia nabłonka[24].

Pacjenci narażeni są na większe ryzyko infekcji dróg oddechowych. Zmienia się droga ewakuacji odkrztuszonej wydzieliny. Wypływa ona na zewnątrz przez tracheostomię,

w związku z tym konieczne jest częste jej oczyszczanie. Wydzielina może tworzyć czopy, które częściowo lub całkowicie zamykają światło dróg oddechowych[3].

- duże osłabienie lub zupełna utrata zmysłu węchu i smaku. Wywołane jest to zmianą toru przepływu powietrza. W wyniku tracheostomii następuje zamknięcie drogi oddechowej przez nos, w którym znajdują się receptory węchowe[38]. Zmysł węchu odgrywa dużą rolę w odczuwaniu smaków. Często konsekwencją jest spadek masy ciała. Odczucie smaku zazwyczaj wraca po pewnym czasie[20].
- zaburzenia parcia i prawidłowej pracy tłoczni brzusznej – fizjologicznie krtąń pełni rolę zwieracza podczas takich czynności jak np. wypróżnianie czy kaszel. Konsekwencją laryngektomii jest upośledzone funkcjonowanie tego mechanizmu, które może doprowadzić do zaporć lub trudności z odkrztuszeniem wydzieliny. Kobiety będące w wieku rozrodczym po usunięciu krtani nie mogą rodzić siłami natury[24]
- zaburzenia połykania – leczenie chirurgiczne krtani oraz radioterapia może doprowadzić do powstania blizn, zrostów, suchości w jamie ustnej i gardle. Może dojść do pogorszenia ruchomości języka czy szyi a konsekwencją tego są utrudnienia w połykaniu. Koniecznością jest zmiana diety[39]. Zalecane jest wolne, spokojne spożywanie rozdrobnionych pokarmów, w małych ilościach. Posiłki powinny być chłodne, gdyż zostaje ograniczone dmuchanie ze względu na zmianę toru oddechowego. Po przebytej laryngektomii u chorego nie ma odruchu krztuszenia się a jest to wynikiem utraty połączenia między jamą ustną a tchawicą.
- konsekwencje psycho-społeczne – brak możliwości swobodnej komunikacji z otoczeniem oraz zmiana wyglądu, obawa przed odtrąceniem wpływa na pogorszenie jakości życia, pesymistyczne nastawienie do życia, doprowadzające niejednokrotnie do depresji[3].
- życie seksualne – po laryngektomii sprawność seksualna jest zachowana, jednak dochodzi często do ograniczeń w tej sferze życiowej. Wiele osób rezygnuje z kontaktów intymnych, wynika to m.in. z lęku przed problemami oddechowymi mogącymi wystąpić w czasie zbliżenia oraz obniżeniem poczucia atrakcyjności[3, 24].

Chorzy, u których ze wskazań klinicznych doszło do konieczności usunięcia węzłów chłonnych szyi często zgłaszają:

- zmniejszenie zakresu w wykonywaniu ruchów kończynami górnymi i głową
- blizny i twarde zrosty, określane deskowatymi
- utrudnienia w odpływie chłonki doprowadzające do powstania obrzęków limfatycznych[23, 26].

3. ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTAMI PO LARYNGEKTOMII CAŁKOWITEJ W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH.

Opieka ambulatoryjna to składnik opieki medycznej łączący środowisko domowe ze środowiskiem szpitalnym. Świadczenia zdrowotne udzielane są pacjentom w poradniach specjalistycznych[14]. Personel pielęgniarski pracujący w ambulatorium jako część zespołu wielodyscyplinarnego, oprócz świadczenia pomocy chorym w czasie wykonywania procedur leczniczych, udziela wsparcia emocjonalnego pacjentowi i jego rodzinie oraz uczy samodzielnego wykonywania podstawowych czynności pielęgnacyjnych. Pielęgniarka uczestniczy podczas wizyty lekarskiej, udzielając w razie konieczności pomocy zarówno pacjentowi jak i lekarzowi. Zbiera wywiad pielęgniarski i uzyskane informacje, które mogą być potrzebne w dalszym procesie leczenia, przekazuje innym członkom zespołu terapeutycznego[7].

Odpowiednia komunikacja pacjent – pielęgniarka stanowi ważny element w dalszej współpracy, ma wpływ na samopoczucie psychiczne czy przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

Pielęgniarka w kontakcie powinna być miła, troskliwa i opiekuńcza. Zapewnia to pacjentowi poczucie bezpieczeństwa. Powinna umieć słuchać, gdyż wiele osób odczuwa potrzebę opowiedzenia o swoich obawach czy wątpliwościach. Okazanie choremu zainteresowania, umiejętne pokierowanie rozmową wpływa na budowanie lepszych relacji z pacjentem. Chory nabiera zaufania do personelu medycznego. Staje się on bardziej otwarty i chętny na wykonywanie zaleceń[29].

Pacjent powinien być traktowany indywidualnie, podmiotowo, gdyż ma to wpływ na wytworzenie postawy odpowiedzialnej za swoje zdrowie oraz wywołuje poczucie decyzyjności w czynnościach pielęgnacyjnych. W efekcie następuje szybsze przystosowanie się chorego do nowej rzeczywistości[14].

Osobom po laryngektomii należy zapewnić szczególną pomoc, gdyż jest to trwałe okaleczenie prowadzące do całkowitej zmiany dotychczasowego życia. Nie ma określonych reguł, schematów, gotowych rozwiązań w edukacji chorych jakie powinien realizować zespół pielęgniarski.

Ważne jest aby miała holistyczne podejście do problemów pacjenta i umiała udzielić mu odpowiedzi w prosty, przejrzysty sposób na nurtujące go pytania nawet jeśli wydają się błahie i oczywiste. Powinna umieć zauważyć deficyt w czynnościach mających wpływ na lepsze funkcjonowanie i przystosowanie się do nowych warunków. Powinna dostrzegać i minimalizować braki w samoopiece oraz starać się rozwiązać problemy pielęgnacyjne, które mogą występować.

3.1. PIELĘGNACJA TRACHEOSTOMII.

Tracheostomia jest to stałe wyłonienie przetoki (ryc.7) między górnym brzegiem tchawicy a skórą szyi w celu utrzymania drożności dróg oddechowych, przez który zostaje wprowadzona rurka tracheotomijna [38].



Ryc. 7 Otwór tracheostomijny (zdjęcie dzięki uprzejmości członkini Łódzkiego Stowarzyszenia Laryngektomowanych).

Brzegi stomii i skóra wokół otworu powinny być czyste i suche. Należy zapobiegać stanom zapalnym lub odkładaniu się zaschniętej wydzieliny na powierzchni tracheostomii poprzez podkładanie pod kołnierz rurki jednorazowych kompresów i ich wymianie przy każdorazowym zanieczyszczeniu. Wypływająca przez rurkę wydzielina może stanowić źródło infekcji, gdyż mogą namnażać się w niej bakterie[13].

Usuwa się ją za pomocą kompresów, chusteczek o delikatnej strukturze nasączonych solą fizjologiczną lub przegotowaną wodą. Czynność tę należy wykonywać delikatnie, ruchami okrężnymi i zgarniającymi wypływającą wydzielinę z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki.

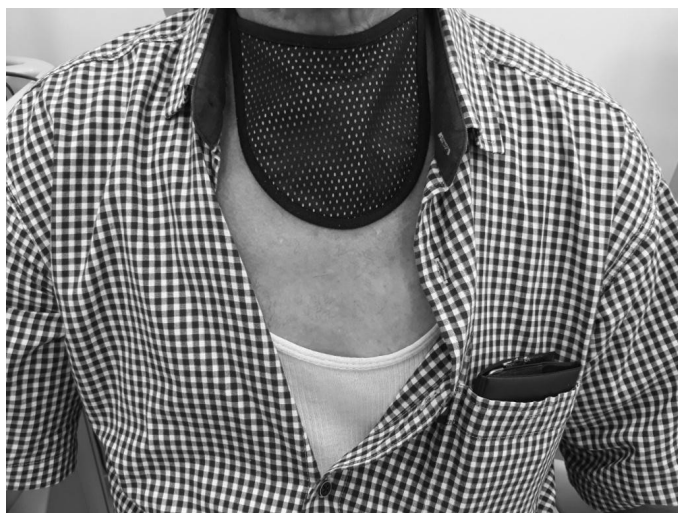
Osoby nie noszące na stałe rurki również muszą odpowiednio pielęgnować okolice otworu stomijnego. Do pielęgnacji nie stosuje się waty, środków drażniących, mydła, wody utlenionej i pudrów, gdyż ich zaaspirowanie do dróg oddechowych, mogłoby doprowadzić do wystąpienia duszności[24].

Tracheostomię należy chronić przed chłodnym, zanieczyszczonym powietrzem oraz przed przypadkowym dostaniem się ciał obcych czy owadów do tchawicy. Służą do tego różnego (ryc.8, 9, 10) rodzaju apaszki, chustki oraz specjalistyczne filtry[38].

Należy bardzo uważać, aby podczas zabiegów higienicznych do tracheostomy nie dostała się woda czy inne środki higieniczne, bowiem mogą one wywołać podrażnienie i gwałtowny napad kaszlu doprowadzający do duszności. W tym celu należy zabezpieczyć stomię różnego rodzaju osłonami a mężczyźni do golenia zarostu powinni najlepiej używać maszynek elektrycznych[24, 38].



Ryc. 8 Tracheostomia z założoną rurką zaopatrzoną w wymiennik ciepła.(Zdjęcie dzięki uprzejmości członka Łódzkiego Stowarzyszenia Laryngektomowanych).



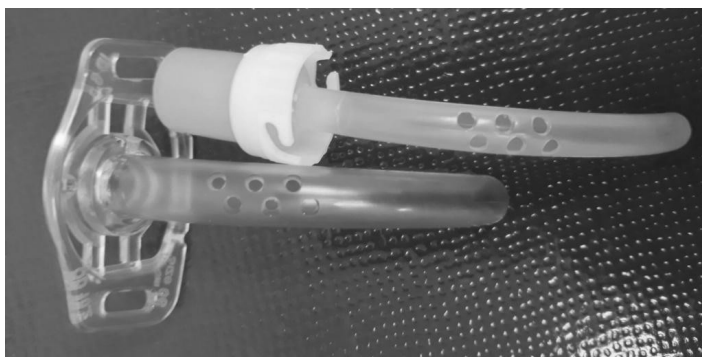
Ryc. 9 Osłona na tracheostomię dla mężczyzn.(Zdjęcie dzięki uprzejmości członka Stowarzyszenia Laryngektomowanych w Łodzi).



Ryc. 10 Finezyjnie zawiązana apaszka zakrywająca otwór tracheostomijny. (Zdjęcie dzięki uprzejmości członkini Stowarzyszenia Laryngektomowanych w Łodzi).

3.2. RURKA TRACHEOSTOMIJNA.

Rurka tracheostomijna (ryc.11, 12, 13, 14) ma na celu ochronę przed zwężeniem się otworu stomijnego, co mogłoby doprowadzić do uduszenia się. Rurki są w różnych rozmiarach, długościach i z różnego materiału. Mogą być metalowe, plastikowe lub silikonowe. W zależności od przeznaczenia rurki mogą posiadać otwory tzw. rurki fenestracyjne lub okienko. Rurki te inaczej zwane są fonacyjnymi, gdyż umożliwiają przepływ powietrza podczas mowy.



Ryc. 11 Rurka tracheotomijna, fonacyjna, fenestracyjna (źródło własne).



Ryc.12 Rurka tracheostomijna, fonacyjna z okienkiem (źródło własne).

O rozmiarze i długości rurki decyduje lekarz, który podczas wizyt kontrolnych ocenia wielkość i wygląd otworu stomijnego. O rodzaju materiału z którego wykonana jest rurka decyduje sam pacjent. Uzależnione to jest od jego komfortu, upodobań i zasobów finansowych, gdyż zakup rurek jest tylko częściowo refundowany

Rurka tracheostomijna składa się z :

- kaniuli zewnętrznej – znajduje się ona bezpośrednio w tchawicy i zapobiega obkurczeniu się otworu stomijnego. Rurka zakończona jest na zewnętrznym końcu tzw. kołnierzem w którym po obu stronach są otwory potrzebne do zamocowania pasków mających na celu unieruchomienie rurki.
- kaniuli wewnętrznej – jest to wyjmowana część, która znajduje się w rurce zewnętrznej,
- przewodnicy – która, używana jest w celu sprawnego wkładania rurki zewnętrznej do tchawicy. Po założeniu rurki należy ją natychmiast usunąć[24, 34].



Ryc. 13 Metalowa rurka tracheostomijna(źródło własne).



Ryc. 14 Silikonowe rurki tracheotomijne (źródło własne).

Powierzchnię rurki przed założeniem pokrywa się środkiem poślizgowym, natłuszczającym np. olejem parafinowym czy 2% żelem Lidocainy. Ma to na celu zapobieganie uszkodzeniom delikatnej błony śluzowej tchawicy. Rurka tracheotomijna zakładana jest bezpośrednio podczas zabiegu laryngektomii i stosuje się ją przez około 6 – 12 miesięcy, gdy nie ma już obawy zwężenia stomii.

Proces odzwyczajania się od rurki powinien przebiegać powoli i stopniowo, zawsze po konsultacji z lekarzem. Początkowo rurkę wyjmuje się na kilka minut w obecności lekarza, wydłużając stopniowo czas do kilku godzin a następnie rurka zakładana jest tylko na noc[14].

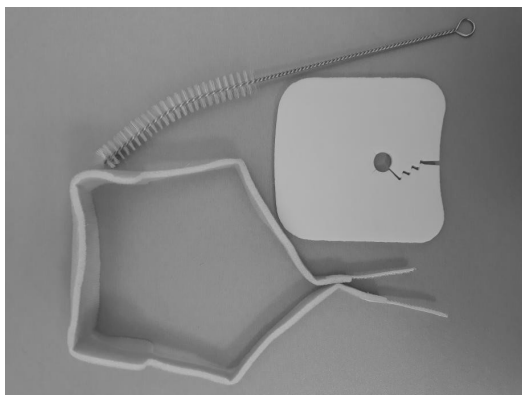
Z czasem po ukształtowaniu się otworu stomijnego nie ma potrzeby ciągłego noszenia rurki. Jednak pacjenci muszą posiadać rurkę gdyż w pewnych sytuacjach może zaistnieć konieczność jej zastosowania.

Rurka tracheotomijna może zostać zaczopowana przez wypływającą wydzielinę, dlatego konieczne jest systematyczne jej oczyszczanie. Rurkę wewnętrzną należy myć specjalną szczoteczką zawsze kiedy jest taka potrzeba pod bieżącą wodą a zewnętrzną raz dziennie. Zalecane jest posiadanie dwóch rurek tracheotomijnych, które zakładane są naprzemiennie podczas czynności higienicznych co stanowi zabezpieczenie przed zwężeniem otworu stomijnego[14, 24].

Rurkę mocuje się paskiem lub tasiemką, którą wiąże się wokół szyi co chroni przed przypadkowym wpadnięciem rurki do tchawicy lub jej wypadnięciem na zewnątrz.

Ze względów sanitarno-epidemiologicznych należy pacjenta nauczyć i poinformować o konieczności zakrywania otworu tracheotomijnego podczas kaszlu i nie kierowaniu strumienia powietrza na inne osoby. Po każdorazowym kontakcie z tracheostomą konieczne jest umycie rąk. Właściwym rozwiązaniem jest samodzielna pielęgnacja tracheostomy i rurki (ryc.15), gdyż wydzielina z otworu tracheostomijnego dla pacjenta nie stanowi

tak dużego potencjalnego zagrożenia jak dla osób drugih. Rodzina pomagająca przy pielęgnacji powinna być poinformowana i nauczona właściwych zasad postępowania z zachowaniem aseptyki i antyseptyki w przypadku kontaktu z materiałem biologicznym.

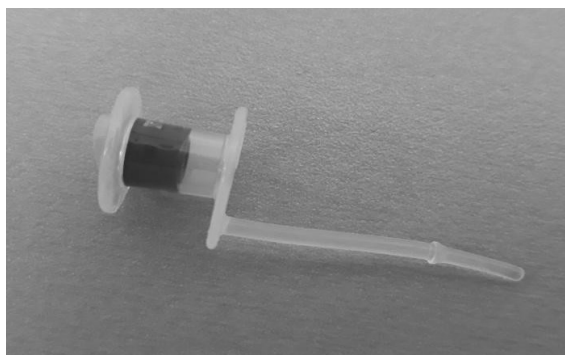


Ryc. 15 Akcesoria do pielęgnacji rurki tracheostomijnej(źródło własne).

3.3. PROTEZA GŁOSOWA I JEJ PIELĘGNACJA.

Proteza głosowa (ryc.16) to jednokierunkowy zawór wszczepiony w powstałą przetokę tchawiczo-przełykową. Jej zadaniem jest doprowadzenie strumienia powietrza z płuc do przełyku wywołując drgania pseudogłosni oraz zapobieganie aspiracji treści pokarmowej z przełyku[24, 33].

Za prekursora protezy głosowej uważa się profesora Erwina Mozalewskiego, który w 1972 roku skonstruował małe protezy w formie drenów. Jednak ze względu na ówczesną sytuację gospodarczą nie została upowszechniona. Obecne protezy opierają się protezach wykonanych przez Bloma i Singera w 1980 roku[19].

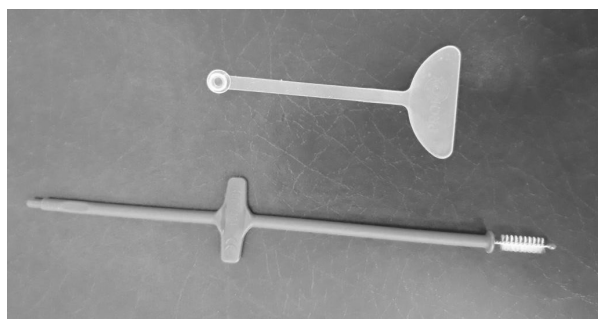


Ryc. 16 Proteza głosowa(źródło własne).

Implantacji protezy nie wykonuje się w przypadku stwierdzonych niektórych chorób, np.: niewyrównana cukrzyca, obniżona odporność, niewydolność nerek czy dolegliwości miejscowych, jak zwężenie tchawicy, refluks żołądkowo – przełykowy, nieodpowiednie nawyki higieniczne[33].

Proteza głosowa wymaga okresowej wymiany. Długość przerwy między wymianami jest sprawą indywidualną. Zabieg ten wykonywany jest zazwyczaj w znieczuleniu miejscowym i jest bezbolesny. Właściwa dbałość o protezę, systematyczne jej oczyszczanie wydłuża czas jej użytkowania [33].

Każda proteza jest w zestawie z instrukcją i z akcesoriami do jej pielęgnacji (ryc.17). Pacjent zostaje w nie wyposażony podczas wszczepiania lub wymiany protezy. Są to specjalne szczoteczki służące do usuwania śluzu i resztek pokarmowych z wnętrza protezy, gruszka do przedmuchiwania mniejszych zanieczyszczeń i zatyczka, którą stosuje się w przypadku przecieków przez protezę. Osoby po laryngektomii zazwyczaj potrafią samodzielnie czyścić protezę, jednak korzystają też z pomocy innych i dlatego wskazane jest, aby członkowie rodziny uczestniczyli podczas wizyt kontrolnych w poradniach, w których mogą uzyskać wskazówki dotyczące prawidłowej pielęgnacji a ponadto mają możliwość wykonania czynności pielęgnacyjnych pod nadzorem personelu medycznego.



Ryc. 17 Akcesoria do pielęgnacji protezy głosowej(źródło własne).

3.4. UDZIAŁ PIELĘGNIARKI W EDUKACJI ZDROWOTNEJ PACJENTÓW LARYNGEKTOMOWANYCH.

Według Williamsa *Edukacja zdrowotna to proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i społeczności, w której żyją*[35].

Jest to postępowanie w określonym kierunku, które ma na celu odpowiednie przygotowanie pacjenta do czynnego udziału w pielęgnowaniu, rehabilitacji i samoopiece. Dotyczy działań, które kształtują odpowiednią postawę chorego i jego rodziny do życia z chorobą i ograniczeń z nią związanych[25].

Pielęgniarka jako członek zespołu interdyscyplinarnego pomaga pacjentowi w rozwiązywaniu problemów pielęgnacyjnych, swoje działania kieruje na chorego i jego rodzinę[27].

Pielęgniarka opiekująca się pacjentem ambulatoryjnym jest poinformowana o jego problemach zdrowotnych i pielęgnacyjnych, określa deficyt wiedzy chorego dotyczący właściwej postawy wobec choroby poza tym sugeruje i namawia do zmiany pewnych nawyków czy zachowań[14].

Wymaga to od personelu pielęgniarskiego zaangażowania, profesjonalnego i fachowego przygotowania i dużego poczucia empatii.

Stosuje się różne formy edukacji. Udzielane są wskazówki, informacje, instruktaże. Jakość opieki świadczonej podczas wizyt ambulatoryjnych w bardzo w dużym stopniu uzależniona jest od pielęgniarki. W swych czynnościach powinna być ona ukierunkowana na sferę psychiczną pacjenta i jego rodziny[14].

Wsparcie chorego i jego bliskich powinno mieć charakter indywidualny i zależeć od etapu choroby, stanu zdrowia pacjenta i relacji między członkami rodziny. Można wyróżnić :

- wsparcie wewnętrzne – pomoc w znalezieniu sił i sensu do dalszego leczenia,
- wsparcie zewnętrzne – to umiejętność słuchania, empatia, stworzenie przyjaznej, życzliwej atmosfery,
- wsparcie informacyjne – umiejętność przekazywania informacji dotyczących choroby, rokowania i dalszego jej przebiegu,
- wsparcie instrumentalne czyli edukowanie – przekazywanie informacji dotyczących pielęgnacji, właściwego postępowania a także radzenia sobie w trudnych sytuacjach.

Informacje powinny być przekazywane w prosty, zrozumiały sposób, zachęcający do pytań ze strony słuchaczy[30].

Porozumiewanie się z pacjentem po całkowitej resekcji krtani jest zazwyczaj utrudnione i rolą pielęgniarki jest umożliwienie mu kontaktu z otoczeniem. Wymaga to od personelu pielęgniarskiego umiejętności poprowadzenia rozmowy, rozpoznawania znaków niewerbalnych, motywowania chorego do dalszej rehabilitacji i czynności samopielęgnacyjnych[28].

Pacjent w kontaktach często przyjmuje postawę zrezygnowaną, zdarza się że jego zachowanie jest nerwowe i lekko agresywne a to wynika z trudności w komunikacji.

4. REHABILITACJA PACJENTÓW PO LARYNGEKTOMII CAŁKOWITEJ.

Rehabilitacja wg. WHO to „użycie wszystkich środków mających na celu zmniejszenie wpływu niepełnosprawności i stanów upośledzających i stworzenie warunków, w których osoby z niepełnosprawnością osiągną optymalny poziom integracji społecznej” [20].

Za początek rehabilitacji medycznej jako odrębnej dyscypliny medycznej w Polsce uznaje się rok 1959. Głównym celem współczesnego postępowania rehabilitacyjnego jest indywidualne traktowanie pacjenta, opierające się na jego możliwościach, predyspozycjach, umiejętnościach i potrzebach[18].

Leczenie onkologiczne wymaga podjęcia kompleksowego postępowania całego zespołu interdyscyplinarnego w skład, którego oprócz zespołu lekarskiego i pielęgniarstwa wchodzi m.in. rehabilitant medyczny, psycholog kliniczny, specjaliści fizjoterapii, logopeda i rodzina chorego. Całościowe leczenie raka oprócz metod leczniczych duży nacisk kładzie na fizjoterapię, która ma na celu przywrócenie prawidłowego funkcjonowania stanu psychicznego i fizycznego podopiecznego. Leczenie nowotworów rejonu głowy i szyi wiąże się z dużymi konsekwencjami, które znacznie pogarszają wykonywanie zwykłych, codziennych czynności, jak mowa, oddychanie, węch, smak, defekacja czy ograniczenia w zakresie ruchowym. Zmiany te mogą mieć negatywny wpływ na życie zawodowe i społeczne, dlatego oprócz stałych kontroli lekarskich powinno być stosowane odpowiednie postępowanie fizjoterapeutyczne[6].

Fizjoterapeuci po dokonaniu bieżącej oceny, określeniu braków, ustalają odpowiedni plan działania, który ma na celu doprowadzić do większej wydolności i samodzielności chorych.

Postępowanie fizjoterapeutyczne u pacjentów onkologicznych powinno być ukierunkowane na:

- usprawnienie ruchowe chorego,
- zabiegi poprawiające proces oddychania,
- terapię fizykalną np. ręczne odprowadzenie zalegającej limfy, ćwiczenia zapobiegające powstawaniu obrzęków i przykurczy,
- naukę i odpowiednie zmotywowanie pacjentów do wykonywania ćwiczeń usprawniających dostosowanych do ich stanu i możliwości, redukujących w jak największym stopniu dysfunkcję,
- nauka odpowiednich technik pomagających w radzeniu sobie w trudnych sytuacjach lękowych wywołanych obecnym stanem zdrowia, powikłaniami zastosowanej terapii onkologicznej czy wynikającymi z pojawienia się zaostrzenia lub wznowy procesu nowotworowego,

- edukację rodziny w celu wyrobienia odpowiedniej postawy wobec choroby bliskiej osoby bez nadmiernej nadopiekuńczości, umiejętności reagowania w trudnych sytuacjach[20]

Zaburzenia w funkcjonowaniu zarówno pod względem fizycznym jak i psychicznym wynikające z procesu leczenia choroby nowotworowej występują bardzo często. Dlatego postępowanie fizjoterapeutyczne powinno być prowadzone w sposób ciągły co wpływa na poprawę komfortu życia pacjentów po leczeniu onkologicznym.[6]

4.1. REHABILITACJA RUCHOWA.

Na poprawę jakości życia ma wpływ aktywność fizyczna. Rehabilitacja ruchowa powinna być zaczęta jeszcze przed zabiegiem resekcji krtani i być ciągle kontynuowana po zakończonym leczeniu[20].

Rodzaj ćwiczeń, ich stopień trudności i częstotliwość wymaga indywidualnego podejścia. Jest to uzależnione od stanu ogólnego chorego, chorób współistniejących i zaangażowania chorego. Wysiłek powinien być dawkowany stopniowo. W początkowym okresie po zabiegu chory powinien unikać ciężkich, wysiłkowych prac domowych, dźwigania ciężarów, ćwiczeń o dużym natężeniu prowadzących do szybkiego męczenia się[6].

Wskazaniem rodzajem ćwiczeń usprawniających dla pacjentów po resekcji krtani są ćwiczenia mające wpływ na oddychanie i perystaltykę jelit, np. spacerów oraz ostatnio popularny nordic walking czyli marsz z kijkami. Szczególną ostrożność należy zachować przy uprawianiu sportów wodnych i pływaniu. Obecnie stosowane są nakładki, które umożliwiają oddychanie i zabezpieczają przed dostaniem się wody do tracheostomii[14, 24].

Umiejscowienie procesu nowotworowego oraz zastosowane leczenie onkologiczne może być przyczyną znacznego ograniczenia ruchomości szyi, zmniejszenie ruchomości w stawie barkowym oraz zaburzeń czynnościowych mięśni mimicznych, języka i żwaczy [6].

Dochodzi do deformacji szyi, w wyniku przerwania ciągłości naczyń limfatycznych lub zastosowanej limfadenektomii, których konsekwencją jest powstanie obrzęku limfatycznego szyi oraz powstania blizn i zrostów pooperacyjnych[33].

Najczęstszymi problemami jest zapadnięta klatka piersiowa pochylona do przodu oraz odginanie szyi wymuszające napinanie mięśni szyi wokół otworu tracheotomijnego[21]. Ruchomość klatki piersiowej bywa ograniczona co wpływa negatywnie na naukę mowy zastępczej. Ćwiczenia usprawniające mogą być wykonywane samodzielnie po wcześniejszym instruktazie, jednak należy zachować dużą ostrożność, gdyż ze względu na skrócenie drogi oddechowej pacjent szybciej się męczy i najlepiej wykonywać je w pozycji

siedzącej i z przerwami, najlepiej w towarzystwie członka rodziny w celu zapewnienia poczucia bezpieczeństwa.

4.2. REHABILITACJA ODDECHOWA.

Rehabilitacja oddechowa, ma na celu nauczenie chorego i wyrobienie nawyku oddychania z wykorzystaniem przepony. Przeponowy tor oddychania w znacznym stopniu ułatwia naukę mowy przelykowej. Jedną z zalecanych form rehabilitacji oddechowej jest nauka efektywnego kaszlu. Po opanowaniu techniki pacjent łatwiej ewakuuje zalegającą w drogach oddechowych wydzielinę [11].

Najbardziej korzystną formą usunięcia zalegającego śluzu jest jego samodzielne odkrztuszenie. W tym celu stosuje się techniki wspomagające, jak oklepywanie czy drenaż ułożeniowy. Pomocne jest również wykonywanie inhalacji czy zakroplenie kilku kropli soli fizjologicznej bezpośrednio do tracheostomy w celu nawilżenia zalegającej wydzieliny i wywołania odruchu kaszlowego[14, 24].

Głównym celem rehabilitacji oddechowej jest nauczenie pewnych nawyków, ich utrwalenie oraz doprowadzenie do ich odruchowego wykonywania, w sposób nie kontrolowany.

4.3. NAUKA MOWY ZASTĘPCZEJ.

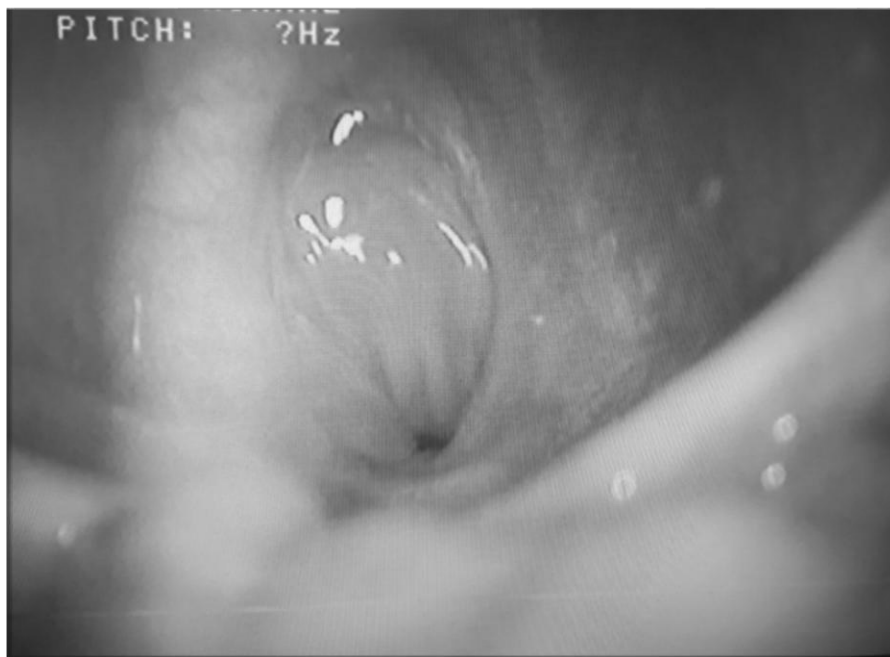
Wg. Milewskiego – 1975 rok – *Mowa to dźwiękowe porozumiewanie się dwóch osób, w którym jedna druga o czymś powiadamia*” [37].

Wiele osób po przebytej operacji wycięcia krtani posługuje się pseudoszeptem. Powstaje on w wyniku przemieszczania się powietrza w jamie ustnej między narządami artykulacyjnymi jak nos, usta, zęby czy język. Minusem tej formy mowy jest konieczność utrzymania kontaktu wzrokowego z rozmówcą i ciszy w otoczeniu[24].

Do powstawania głosu konieczne jest wytworzenie tzw. pseudogłośni (ryc.18). Zjawisko to pierwszy opisał Seeman, który na podstawie oceny zdjęć radiologicznych zauważył obecność powietrza w przelyku, które przemieszczając się ku górze wprawia w drgania struktury zastępujące krtani[24].

Pseudogłośnia może być umiejscowiona:

- w górnej części przelyku, tworzą ją fałdy błony śluzowej przelyku. Powstający głos jest niski i ma małą rozpiętość a sama mowa jest męcząca i wymaga od pacjenta robienia przerw,
- w części ustnej gardła, między nasadą języka a tylną ścianą gardła. Głos ma brzmienie skrzeczące, dość wyraźny ale tworzony jest z zauważalnym wysiłkiem[14].



Ryc. 18 Pseudogłośnia (zdjęcie dzięki uprzejmości dr Zimmer-Nowickiej).

Obecnie stosuje się trzy formy rehabilitacji głosu i mowy:

- mowa przełykowa,
- mowa uzyskana przy pomocy protezy głosowej,
- mowa z wykorzystaniem elektronicznego generatora drgań tzw. krtań elektroniczna.

4.3.1. MOWA PRZEŁYKOWA.

Głos przełykowy jest niski i stosunkowo krótki. Mówienie tą metodą jest stosunkowo trudne i wymaga dużego wysiłku, zazwyczaj pacjenci opanowują tę technikę po około 6 miesiącach[33].

Mowa przełykowa opiera się na wykorzystaniu głośnego odbicia powietrza znajdującego się w przełyku tzw. rectusu i wprawienia w drgania pseudogłośni.

Istnieją trzy metody gromadzenia powietrza w przełyku:

- iniekcji – powietrze wprowadzane jest za pomocą języka i prowokowanie głośnego odbicia,
- aspiracji – zaaspirowanie powietrza do przełyku w wyniku wytworzonej różnicy ciśnienia między klatką piersiową a przełykiem,
- połykania – polega na połykaniu powietrza[23, 24].

Naukę mowy przełykowej rozpoczynają spokojne ćwiczenia oddechowe i rozluźniające mięśni szyi, które powinny być dobrane indywidualnie. Wskazana jest równoczesna kinezyterapia[33].

Ćwiczenia należy wykonywać powoli, najlepiej w pozycji siedzącej, zbyt duży wysiłek może wywołać zawroty głowy co może wpłynąć negatywnie i zniechęcająco na chorego. Zaletą tej formy mowy jest swoboda rąk, nie ma konieczności zatykania otworu tracheotomijnego.

4.3.2. MOWA ZA POMOCĄ PROTEZY GŁOSOWEJ.

Jest to chirurgiczne metoda rehabilitacji głosu, polegająca na wytworzeniu przetoki tchawiczo – przełykowej i zaimplantowanie protezy głosowej(ryc.19). Wszczepienie protezy można wykonać równocześnie w czasie usunięcia krtani – implantacja pierwotna lub w dowolnym czasie po zabiegu – implantacja wtórna [18, 33].

Głos protezowy powstaje przez szczelne zamknięciu otworu tracheostomijnego, w celu skierowania strumienia wydechowego powietrza przez protezę do przełyku. Odbywa się to bez wysiłku i może być rozpoczęte stosunkowo wcześniej, już po około dwu tygodniach po leczeniu chirurgicznym[33].

Na efekty nauki mowy tchawiczo – protezowej mają wpływ:

- umiejętność szczelnego zamykania tracheostomy,
- przyjęcie prawidłowej postawy ciała – rozluźniona, wyprostowana, w początkowym okresie najlepiej w pozycji siedzącej,
- oddychanie przy udziale przepony,
- umiejętność tworzenia głosu w czasie wydechu a wdech w przerwach między wypowiedzianymi słowami[24].

Minusem mowy protezowej jest konieczność zakrywania tracheostomy. Wymagane są okresowe wymienianie protezy[18, 33]. Przyczyną może być jej nieszczelność, wypadnięcie lub przemieszczenie. Rzadziej występuje zakażenie bakteryjne lub grzybicze oraz powstanie zmian ziarninowatych i przetok okołoprotezowych, które:

- prawdopodobnie powstają w wyniku poszerzenia się miejsca wszczepiania protezy[22].

Pacjent z założoną protezą wymaga stałego nadzoru lekarskiego, kontrolowania jej stanu i drożności, w celu uniknięcia komplikacji i nieprawidłowości.



Ryc. 19 Tracheostoma z zaimplantowaną protezą głosową(zdjęcie dzięki uprzejmości dr Zimmer-Nowickiej).

4.3.3. MOWA ZA POMOCĄ LARYNGOFONU.

Krtań elektroniczna, inaczej sztuczna krtań czy laryngofon to urządzenie, które wykorzystuje drgania powstające podczas pseudoszeptu. Powstały głos jest niski, sztuczny i wymaga używania rąk [21, 23].

Laryngofon (ryc.20) jest alternatywną metodą dla osób, które nie są w stanie nauczyć się i osiągnąć umiejętności posługiwania się głosem protezowym lub przeponowym[24].



Ryc. 20 Laryngofon (źródło własne).

4.4. REHABILITACJA WRAŻEŃ WĘCHOWO – SMAKOWYCH.

Zmysł węchu ulega osłabieniu w wyniku zmiany drogi oddechowej. Nieodczuwanie zapachów wpływa znacząco na jakość życia, wiąże się to bowiem z doznawaniem odczuć smakowych a konsekwencją tych niedoborów może być brak apetytu i spadek masy ciała[20, 21].

Węch można poprawić wykonując ćwiczenia powodujące dotarcie cząstek zapachowych do nabłonka węchowego. Pomocne jest wykonywanie ruchów żucia przy zamkniętych ustach, wciąganie powietrza przy zakrytym jednym przewodzie nosowym, powodując ruch podniebienia miękkiego a następnie zwalnianie ucisku, prowokowanie odbicia przy zamkniętych ustach. Jednak najbardziej popularną metodą jest wykonywanie kilku, szybkich ruchów przypominających manewr ziewania przy zamkniętych ustach, jest to tzw. „grzeczne ziewanie”[20].

Odzyskanie zdolności odbierania wrażeń węchowych, wpływa na poprawę jakości i komfortu życia, a ćwiczenia nie są trudne, nie zajmują dużo czasu, są tanie i nie wymagają użycia specjalistycznego sprzętu a pacjent po wcześniejszym instruktażu może je wykonywać samodzielnie.

4.5. REHABILITACJA PSYCHOSPOŁECZNA PACJENTÓW PO USUNIĘCIU KRTANI.

Wg profesora Jacka Łuczaka „*Choroba nowotworowa obejmuje cały obszar osobowości, dotyczy wielorakich odczuć całej osoby ludzkiej, zarówno somy, obszaru psychosocjalnego, jak i duchowego*” [24].

Podejrzanie choroby nowotworowej, czas oczekiwania na wyniki badań, postawienie diagnozy oraz czas leczenia jest dla większości pacjentów szokiem, ciosem, traumatycznym przeżyciem. Początkowo czują się zrozpaczeni, bezradni, osamotnieni. Przekonani są o niesprawiedliwości, zaczyna się „licytacja” z losem. Przebycie choroby nowotworowej, może oddziaływać na chorych motywująco lub przygnębiająco. Pacjent bardziej dba o własne zdrowie, chętniej wykonuje zabiegi pielęgnacyjne i rehabilitacyjne ale niestety może doprowadzić do zaburzeń depresyjnych.

Laryngektomia całkowita jest ciężkim zabiegiem doprowadzającym do trwałego kalectwa, niosącym ciężkie konsekwencje w sferze zdrowotnej, osobistej, rodzinnej, zawodowej, towarzyskiej i psychicznej.

Utrata głosu, zmiana w wyglądzie, okaleczenie fizyczne, zmiana drogi oddechowej, podatność na infekcje, większa męczliwość to tylko niektóre skutki laryngektomii, wpływające negatywnie na stan psychospołeczny pacjenta. Brak swobodnej komunikacji

z otoczeniem, obawa przed odrzuceniem wywołują w pacjencie lęk, stan przygnębienia, myśli samobójcze a nawet depresję[3, 24].

Usunięcie krtani może mieć wpływ na pogorszenie kontaktów intymnych. Często chorzy i ich partnerzy unikają zbliżeń z obawy przed ograniczeniami powstałymi w wyniku laryngektomii. Może mieć to wpływ na kryzys w związku. Wymaga to cierpliwości, szczerości i wyrozumiałości. Wskazane jest uzyskanie specjalistycznej pomocy[24].

Choroba wywiera wpływ na życie zawodowe, społeczne, osobiste i rodzinne. Chorzy powinni mieć zapewnione wsparcie psychologiczne. Pomocą specjalistyczną należy również otoczyć ich rodzinę. W swych relacjach często odczuwają strach i stres. Przyjmują postawę nadopiekuńczą, pacjenci czują się nadmiernie uzależnieni od rodziny[3].

4.5.1. ZNACZENIE STOWARZYSZEŃ CHORYCH W REHABILITACJI PACJENTÓW PO LARYNGEKTOMII.

W rehabilitacji psychospołecznej bardzo dużą rolę odgrywa kontakt z osobami, które zakończyły już proces leczenia i przystosowały się w jak największym stopniu do nowej sytuacji [33].

W Polsce działają ruchy wzajemnej pomocy i stowarzyszenia zrzeszające pacjentów po laryngektomii całkowitej, gdzie pacjenci otrzymują wsparcie pod względem merytorycznym i emocjonalnym.

W swej pracy zawodowej spotykam się z pacjentami zrzeszonymi w Łódzkim Stowarzyszeniu Pacjentów Laryngektomowanych, które w tym roku obchodziło 15-lecie swego istnienia. Osobiście dostrzegam dużą potrzebę funkcjonowania takich Stowarzyszeń, gdyż spotykający się na nich członkowie nie tylko przekazują sobie cenne rady dotyczące pielęgnacji i odpowiednich zachowań a także wspierają się wzajemnie psychicznie i są cennym źródłem wiedzy. Nowi członkowie uzyskują pomoc w nauce mowy, poznają środowisko osób laryngektomowanych a także uzyskują informację o instytucjach w których mogą uzyskać pomoc.

5. METODY BADAŃ WŁASNYCH

5.1. CEL I PRZEDMIOT BADAŃ

Odpowiednio prowadzona pielęgnacja i rehabilitacja pacjentów laryngektomowanych w warunkach ambulatoryjnych stanowi główny składnik kompleksowego postępowania

po resekcji krtani. W znacznym stopniu przyczynia się do poprawy jakości życia, poczucia bezpieczeństwa osób po laryngektomii i szybszej akceptacji nowej rzeczywistości.

Celem badań jest:

1. Ocena poziomu wiedzy pacjentów po laryngektomii całkowitej dotyczącej technik i sposobów wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych.
2. Ustalenie czy posiadana przez pacjentów wiedza i umiejętności są wystarczające do samodzielnego wykonywania czynności pielęgnacyjnych.
3. Określenie najważniejszych potrzeb w edukacji pacjentów w zakresie technik i sposobów przeprowadzania zabiegów pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych.

5.2. PROBLEMATYKA BADAŃ

Poruszane zagadnienia w przeprowadzonych badaniach dotyczą niezbędnej wiedzy i umiejętności pacjentów po laryngektomii radykalnej potrzebnej do prawidłowej pielęgnacji, która umożliwi funkcjonowanie i wykonywanie codziennych czynności życiowych oraz radzenia sobie w trudnych sytuacjach.

5.3. MATERIAŁ, METODY I NARZĘDZIA BADAWCZE

Badaniem objęto grupę pacjentów po całkowitym usunięciu krtani zrzeszonych w Łódzkim Stowarzyszeniu Laryngektomowanych, które działa przy Klinice Laryngologii Onkologicznej w Łodzi. Materiał badawczy stanowiła grupa 30 pacjentów (5 kobiet i 25 mężczyzn).

Istotnym składnikiem postępowania badawczego był wybór metody badawczej, techniki, narzędzia badawczego, które pozwoliły w najlepszy sposób poznać i określić badane w pracy zagadnienia.

Użytym narzędziem w mojej pracy był osobiście przeze mnie ułożony kwestionariusz ankiety. Była ona anonimowa i zawierała 24 pytania zamknięte, dotyczące wiedzy i umiejętności praktycznych w zakresie pielęgnacji i rehabilitacji po laryngektomii. Pytania zawierały jedną poprawną odpowiedź.

Respondenci odpowiadali na pytania zawarte w ankiecie podczas spotkań Stowarzyszenia. Mieli oni możliwość wyjaśniania na bieżąco wątpliwości dotyczących interpretacji sformułowanych pytań i odpowiedzi.

Kwestionariusz ankiety obejmował następujące informacje:

- dane demograficzne (wiek pacjenta, płeć, przedział czasowy po przeprowadzonej laryngektomii, miejsce zamieszkania, wykształcenie, aktywność zawodowa i sytuacja rodzinna),

- wiedza na temat higieny i pielęgnacji tracheostomy i rurki tracheostomijnej
- technika i wskazania do stosowania leków drogą wziewną, w celu ułatwienia ewakuacji wydzieliny,
- ogólne informacje dotyczące stylu życia jak: aktywność fizyczna, dieta czy stosowane codzienne środki kosmetyczne,
- jedno pytanie nr 20, dotyczące maszynek do golenia skierowane było do mężczyzn.

Pacjenci zostali zakwalifikowani do czterech przedziałów wiekowych:

- poniżej 50-roku życia
- 51 – 60 lat
- 61 – 70 lat
- powyżej 70 roku życia

Miejsce zamieszkania pacjentów podzielono na trzy kategorie:

- wieś
- małe miasteczko
- duże miasto

Poziom wykształcenia respondentów podzielono na :

- podstawowe
- zawodowe
- średnie
- wyższe

W zależności od statusu rodzinnego osoby zostały podzielone na :

- mieszkające samotnie
- mieszkające z żoną/mężem, partnerem/partnerką
- z dziećmi

6. ANALIZA OSIĄGNIĘTYCH WYNIKÓW BADANIA.

Wyniki przeprowadzonych badań obejmowały ocenę wiedzy na temat zasad pielęgnacji tracheostomy i rurki tracheostomijnej oraz właściwych postaw prozdrowotnych pacjentów po laryngiektomii całkowitej mających wpływ samopielęgnację. Rozdział ten zawiera analizę danych z ankiet.

6.1. OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY

Przedstawione wyniki przeprowadzonych badań, odnoszą się do przebadanej grupy osób po dokonanej laryngektomii całkowitej, zrzeszonych w Łódzkim Stowarzyszeniu Laryngektomowanych. Do badania przystąpiło 30 osób. Respondenci to osoby w różnym wieku, zarówno kobiety i mężczyźni.

Większość osób badanej populacji znajduje się w przedziale wiekowym od 51 roku życia do 60lat (43, 3%), w przedziałach 61–70 lat (26, 7%) oraz powyżej 71 roku życia (16, 7%). Najmniejszą grupę stanowiły osoby poniżej 50 roku życia (13, 3%). Rozkład płci to przede wszystkim mężczyźni (83, 3%) a kobiety stanowiły 16, 7%. Największa grupa badanych osób deklarowała wykształcenie zawodowe – 19, osoby ze średnim – 7, z wyższym – 3 osoby i 1 z podstawowym. Ankietowani mieszkający w dużym mieście stanowili 36, 7%, osoby mieszkające w małym miasteczku stanowiły 40% a na wsi 23, 3%. Większość ankietowanych mieszka z małżonkiem/partnerem 70%, osób mieszkających z dziećmi jest około 16, 7% a samotnych 13, 3%.

Strukturę badanej grupy pokazano w tabeli 1 z uwzględnieniem wieku, płci, wykształcenia oraz miejsca zamieszkania i przedstawiono w wartościach liczbowych i procentowych.

Tabela 1 „Struktura badanej grupy”

| | X (liczba) | % |
|--|---------------|-------|
| Przedział wiekowy | | |
| poniżej 50-go roku życia | 4 | 13, 3 |
| 51–60 lat | 13 | 43, 3 |
| 61- 70 lat | 8 | 26, 7 |
| powyżej 71 roku życia | 5 | 16, 7 |
| Płeć | | |
| kobieta | 5 | 16, 7 |
| mężczyzna | 25 | 83, 3 |
| Wykształcenie | | |
| podstawowe | 1 | 3, 3 |
| zawodowe | 19 | 63, 4 |
| średnie | 7 | 23, 3 |
| wyższe | 3 | 10 |
| Miejsce zamieszkania | | |
| wieś | 7 | 23, 3 |
| małe miasteczko | 12 | 40 |
| duże miasto | 11 | 36, 7 |
| Status rodzinny | | |
| osoba samotna | 4 | 13, 3 |
| mieszkająca z mężem/ żoną, partnerem/ partnerką | 21 | 70 |
| mieszkająca z dziećmi | 5 | 16, 7 |

6.2. ANALIZA CZĘŚCI KWESTIONARIUSZOWEJ ANKIETY.

Wiek pacjenta, w którym przeprowadzono laryngektomię

Dane przedstawiono przy pomocy liczby (X) i odsetka obserwacji(%), tabela 2

Tabela 2 „Okres wiekowy, w którym została przeprowadzona laryngektomia”

| Kiedy przeprowadzono u Pani/ Pana laryngektomię? | X (liczba) | % |
|---|---------------|-------|
| poniżej jednego roku | 6 | 20 |
| 1- 3 lata temu | 4 | 13, 3 |
| 4 – 5 lat temu | 6 | 20 |
| powyżej 6 lat | 14 | 46, 7 |

Prawie połowę (46, 7%) badanej populacji stanowiły osoby z przeprowadzoną resekcją krtani ponad sześć lat temu, osoby po laryngektomii przeprowadzonej 4–5 lat temu i pacjenci z przeprowadzonym zabiegiem w krótszym okresie czasowym – poniżej jednego roku stanowili 20%, natomiast 13, 3% to osoby z wyłonioną tracheostomią od 1–3 lat (tabela 2).

Aktywność zawodowa respondentów.

Dane przedstawiono przy pomocy liczby (X) i odsetka obserwacji (%), w tabeli 3

Tabela 3 „Aktywność zawodowa respondentów”.

| Czy pracuje Pan/ Pani zawodowo | X (liczba) | % |
|--------------------------------|---------------|-------|
| tak | 5 | 16, 7 |
| nie | 25 | 83, 3 |

Większość osób (83, 3%) nie pracuje zawodowo, natomiast 16.7% jest aktywna zawodowo (tabela3).

Dane określające umiejętność samodzielnej wymiany rurki tracheotomijnej

Dane przedstawiono przy pomocy liczby (X) i odsetka obserwacji(%) i zestawiono w tabeli 4

Tabela 4 „Osoby potrafiące samodzielnie wymieniać/założyć rurkę tracheotomijną.”

| Czy potrafi Pan/Pani samodzielnie wymenić/ założyć rurkę tracheotomijną? | X (liczba) | % |
|--|------------|-------|
| tak | 22 | 73, 3 |
| nie | 8 | 26, 7 |

Umiejętność samodzielnej wymiany rurki tracheostomijnej deklarują 22 osoby (73, 3%) a 8 badanych (26, 7%) nie ma tej umiejętności –wymiany czy założenia rurki tracheostomijnej (tabela 4).

Wiedza dotycząca częstotliwości czyszczenia wewnętrznej rurki tracheotomijnej

Dane przedstawiono przy pomocy liczby (X) i odsetka obserwacji (%)- tabela

Tabela 5 „Wiedza dotycząca częstotliwości czyszczenia wewnętrznej rurki tracheotomijnej.”

| Jak często powinno się czyścić wewnętrzną rurkę tracheostomijną? | X (liczba) | % |
|--|------------|-------|
| nie ma konieczności czyszczenia rurki | 1 | 3, 3 |
| jeden raz dziennie | 10 | 33, 4 |
| w zależności od potrzeby, nawet kilka razy dziennie | 18 | 60 |
| jeden raz w tygodniu | 1 | 3, 3 |

Na pytanie czy rurkę czyści się w zależności od potrzeby – 18 osób udzieliło poprawnej odpowiedzi, 1/3 badanej grupy stanowią osoby uważające, że rurkę wewnętrzną czyści się jeden raz dziennie, jedna osoba uważa że nie ma konieczności czyszczenia rurki w ogóle a jeden respondent, że czynność tą wystarczy wykonać raz na tydzień (tabela).

Wiedza dotycząca odpowiedniego postępowania z uszkodzoną rurką.

Dane przedstawiono przy pomocy liczby (X) i odsetka obserwacji (%) – tabela 6

Tabela 6 „Możliwość korzystania z uszkodzonej rurki tracheotomijnej”.

| Czy w przypadku widocznego uszkodzenia rurki można nadal z niej korzystać? | X (liczba) | % |
|--|------------|-------|
| tak, jeśli rurka jest nieznacznie uszkodzona | 5 | 16, 6 |
| należy rurkę wymienić na nową | 22 | 73, 4 |
| rurkę wymieniamy dopiero wtedy, gdy jest bardzo uszkodzona | 2 | 6, 7 |
| rurkę wymieniamy po roku użytkowania niezależnie od stopnia jej uszkodzenia, ponieważ po tym czasie refundowany jest zakup nowej | 1 | 3, 3 |

Większość respondentów 22 uważa, że konieczna jest wymiana rurki w przypadku jej uszkodzenia, 5 osób dopuszcza korzystanie z rurki, która jest nieznacznie uszkodzona, 2 osoby decydują się na wymianę rurki wtedy kiedy jest bardzo uszkodzona a 1 osoba dokonuje wymiany po roku użytkowania niezależnie od stopnia jej uszkodzenia (tabela6).

Wiedza dotycząca znajomości preparatów stosowanych do toalety skóry wokół tracheostomy.

Dane przedstawiono przy pomocy liczby (X) i odsetka obserwacji (%) – tabela 7

Tabela 7 „Znajomość preparatów stosowanych do toalety skóry wokół tracheostomy”

| Z wymienionych preparatów co Pan/Pani zastosowałaby do toalety skóry wokół tracheostomy? | X (liczba) | % |
|--|------------|------|
| watę zwilżoną wodą z mydłem | 2 | 6,6 |
| puder, talk | 0 | 0 |
| gaziki zwilżone wodą lub fizjologicznym roztworem NaCl | 27 | 90,1 |
| wodę utlenioną w przypadku widocznego podrażnienia | 1 | 3,3 |

Praktycznie wszyscy respondenci (27 osób) stosują prawidłowe środki – gaziki zwilżone wodą lub fizjologicznym roztworem NaCl – do toalety skóry wokół tracheostomy, a z kolei 2 osoby używają watę zwilżoną wodą z mydłem i niewielki odsetek (3,3% – czyli 1 osoba) używa w tym celu wodę utlenioną (tabela7).

Określenie konieczności stosowania środka poślizgowego na powierzchnię rurki tracheotomijnej.

Dane przedstawiono przy pomocy liczby (X) i odsetka obserwacji (%) – tabela 8

Tabela 8 „Określenie konieczności stosowania środka poślizgowego na powierzchnię rurki tracheotomijnej”.

| Czy powinno się stosować środek poślizgowy na powierzchnię rurki tracheotomijnej? | X (liczba) | % |
|---|------------|-----|
| tak | 30 | 100 |
| nie | 0 | 0 |

Wszystkie badane osoby (100%) udzieliły poprawnej odpowiedzi na postawione pytanie dotyczące wiedzy o konieczności smarowania powierzchni rurki (tabela8).

Wiedza dotycząca możliwości profilaktycznego, samodzielnego wykonania inhalacji.

Dane przedstawiono przy pomocy liczby(X) i odsetka obserwacji(%) – tabela 9,

Tabela 9 „Wiedza dotycząca możliwości profilaktycznego, samodzielnego wykonania inhalacji”.

| Czy można samemu profilaktycznie stosować inhalację w celu rozrzedzenia wydzieliny w drzewie oskrzelowym: | X(liczba) | % |
|---|-----------|------|
| tak | 27 | 90 |
| nie, inhalację stosuje się tylko na zlecenie lekarza, w przypadku infekcji dróg oddechowych | 2 | 6, 7 |
| inhalacja u pacjenta po laryngektomii jest przeciwwskazana | 1 | 3, 3 |

Większość badanych samodzielnie decyduje o konieczności profilaktycznego stosowania inhalacji. Jest to grupa 27 osób (90%), natomiast 2 osoby (6, 7%) wykonują inhalację tylko w okresach infekcji na zlecenie lekarza a 1 osoba (3, 3%) uważa, że jest to technika przeciwwskazana u osób po laryngektomii (tabela9).

Znajomość drogi podawania leków wziewnych i inhalacji.

Dane przedstawiono przy pomocy liczby (X) i odsetka obserwacji(%) – tabela 10

Tabela 10 „Znajomość drogi podawania leków wziewnych i inhalacji”

| Leki wziewne i inhalacje po usunięciu krtani powinny być stosowane: | X (liczba) | % |
|---|------------|-----|
| bezpośrednio do otworu tracheotomijnego | 30 | 100 |
| bezpośrednio do jamy ustnej | 0 | 0 |
| bezpośrednio do nosa | 0 | 0 |

Respondenci właściwie wskazali drogę podawania leków wziewnych i inhalacji – 100% badanych(tabela10).

Wiedza określająca znajomość właściwej techniki wykonywania inhalacji.

Dane przedstawiono przy pomocy liczby (X) i odsetka obserwacji (%) – tabela 11

Tabela 11 „Wiedza określająca znajomość właściwej techniki wykonywania inhalacji”

| Prawidłowa technika wykonania inhalacji to: | X (liczba) | % |
|--|-----------------------|----------|
| wykonywanie głębokich, szybkich wdechów do momentu całkowitego opróżnienia się lekarstwa | 6 | 20 |
| wykonywanie kilku spokojnych wdechów z przerwami | 24 | 80 |

Znaczny odsetek badanych osób umie właściwie wykonać inhalację – 80% ankietowanych. Natomiast nieprawidłową odpowiedź zaznaczyło 6 osób co stanowi 20% badanych (tabela11).

Wiedza określająca sposób postępowania w przypadku nasilonej duszności

Dane przedstawiono przy pomocy liczby (X) i odsetka obserwacji (%) – tabela 12.

Tabela 12 „Sposób postępowania w przypadku nasilonej duszności”

| Jak Pana/Pani zdaniem należy się zachować w pierwszym momencie w przypadku nasilonej duszności: | X (liczba) | % |
|---|-----------------------|----------|
| zachować spokój, przyjąć wygodną, półsiedzącą pozycję ułatwiającą oddychanie, można wykonać inhalację w celu nawilżenia drzewa oskrzelowego i łatwiejszej ewakuacji wydzieliny zachować spokój, | 28 | 93, 3 |
| nie można nic samemu stosować, należy bezzwłocznie skorzystać z pomocy lekarskiej | 2 | 6, 7 |
| wziąć gorącą kąpiel, ponieważ ciepłe wilgotne powietrze rozrzedza zalegającą wydzielinę w drzewie oskrzelowym i łatwiej jest ją odkrztusić | 0 | 0 |

Większość respondentów (93, 3%) jest zorientowana i potrafi podjąć właściwe działania w pierwszym momencie nasilonej duszności. Natomiast 2 badane osoby (6, 7%) uważa że nie powinno podejmować się żadnych działań a wyłącznie powinien uczynić to lekarz (tabela12).

Wiedza odnośnie wyboru zalecanej aktywności fizycznej osobom po laryngektomii.

Dane przedstawiono przy pomocy liczby (X) i odsetka obserwacji(%) – tabela 13

Tabela 13 „Określenie wiedzy dotyczącej wyboru zalecanej aktywności fizycznej osobom po laryngektomii”.

| Rodzaj jakiej aktywności fizycznej zalecany jest najbardziej osobom po laryngektomii? | X (liczba) | % |
|---|---------------|-------|
| podnoszenie ciężarów | 0 | 0 |
| pływanie | 0 | 0 |
| długie spacery | 25 | 83, 3 |
| bieganie | 2 | 6, 7 |
| nie powinno uprawiać się żadnego sportu | 3 | 10 |

Znaczny odsetek badanych wskazuje na długie spacery jako zalecaną formę aktywności fizycznej – jest to grupa 25 osób (83, 3%), natomiast 6, 7% respondentów bieganie. Niestety grupa 3 osób (10%) uważa, że po resekcji krtani nie powinno uprawiać się żadnego sportu. Ponadto żadna z badanych osób nie wskazała pływania i podnoszenia ciężarów jako zalecanej formy aktywności fizycznej (tabela13).

Określenie znajomości zalecanych składników pokarmowych w diecie osób po resekcji krtani.

Dane przedstawiono przy pomocy liczby (X) i odsetka obserwacji (%) – tabela 14

Tabela 14 „Znajomość zalecanych składników pokarmowych dla osób laryngektomowanych”.

| Dieta osób po laryngektomii powinna być bogata w: | X (liczba) | % |
|--|---------------|-------|
| błonnik | 16 | 53, 3 |
| słodycze | 0 | 0 |
| tłuszcze | 2 | 6, 4 |
| nie ma żadnych wymogów odnośnie zawartości składników w pożywieniu | 12 | 40 |

Ponad połowa (53, 3%) badanej grupy wskazuje w zaleceniach dietetycznych na błonnik, z kolei 40% uważa że w diecie laryngektomowanych nie ma żadnych zaleceń dietetycznych dotyczących składników pożywienia, natomiast dwie osoby wskazują na tłuszcze co stanowi 6, 4% ankietowanych (tabela14).

Wiedza dotycząca stosowania środków kosmetycznych w postaci aerozoli i pianek.

Dane przedstawiono przy pomocy liczby (N) i odsetka obserwacji(%) – tabela 15

Tabela 15 „Stosowanie środków kosmetycznych w postaci aerozoli i pianek przez osoby po laryngektomii”.

| Czy osoby po laryngektomii mogą stosować dezodoranty i inne środki kosmetyczne w postaci aerozoli i pianek? | X (liczba) | % |
|---|---------------|-------|
| nie, ponieważ mogą zostać zaaspirowane do dolnych dróg oddechowych wywołując ich podrażnienie | 16 | 53, 3 |
| tak, nie ma żadnych ograniczeń w tej kwestii | 14 | 46, 7 |

Niestety badana grupa praktycznie udzieliła w równym stopniu poprawną i błędną odpowiedź. Duży odsetek respondentów (46, 7%) uważa że nie ma ograniczeń w zakresie stosowania środków kosmetycznych w postaci aerozoli i pianek a tylko 53, 3% nie stosuje podobnych środków(tabela15).

Praktyczna wiedza odnośnie rodzaju maszynek używanych do golenia zarostu

Dane przedstawiono przy pomocy liczby (X) i odsetka obserwacji (%) – tabela 16

Tabela 16 „Rodzaj maszynek używanych do golenia zarostu”.

| Do golenia zarostu na twarzy Pan użyje: | X (liczba) | % |
|---|---------------|----|
| golarki elektrycznej | 17 | 68 |
| golarki jednorazowej | 2 | 8 |
| golarki wielorazowej | 6 | 24 |

Przeważająca część respondentów (83, 4%) ma odpowiednią wiedzę dotyczącą rodzaju używanych maszynek do golenia zarostu na twarzy, z przeprowadzonego badania wynika, że 10% stanowią respondenci używający golarek wielorazowych a 6, 6 % używa golarek jednorazowych (tabela 16).

Wiedza odnośnie celowości stosowania osłon na tracheostomię.

Dane przedstawiono przy pomocy liczby (X) i odsetka obserwacji (%) – tabela 17

Tabela 17 „Stosowanie osłon na tracheostomię”.

| Czy Pana/Pani zdaniem osłony na tracheostomię stosuje się w celu: | X (liczba) | % |
|---|---------------|----|
| ze względów estetycznych | 6 | 20 |
| stanowią zabezpieczenie na tracheostomę (przed zanieczyszczeniem, zimnym powietrzem, owadami itd.) | 21 | 70 |
| w celu ukrycia faktu dokonanej tracheostomii przed innymi osobami | 3 | 10 |

Zastosowanie osłon ma na celu zabezpieczenie przed szkodliwymi czynnikami zewnętrznymi. Z uzyskane wyniki wskazują, że 70% respondentów stosuje osłony na tracheostomię z tego powodu, natomiast prawie 20% badanych używa ich ze względów estetycznych, a 10% kieruje się potrzebą zasłonięcia jej przed innymi osobami (tabela17).

Wiedza dotycząca zagrożenia epidemiologicznego dla innych osób wynikającego z bezpośredniego kontaktu ze sprzętem i czynnościami pielęgnacyjnymi wokół tracheostomii.

Dane przedstawiono przy pomocy liczby (X) i odsetka obserwacji(%) – tabela 18

Tabela 18 „Zagrożenie epidemiologiczne dla innych osób wynikające z kontaktu z wydzieliną z drzewa oskrzelowego”.

| Czy Pana/Pani zdaniem kontakt z wydzieliną z drzewa oskrzelowego podczas pielęgnacji tracheostomy może stanowić źródło zagrożenia epidemiologicznego dla innych osób? | X (liczba) | % |
|---|---------------|-------|
| nie stanowi zagrożenia, jest bezpieczne tak samo jak dla mnie | 10 | 33, 4 |
| jest niebezpieczne dla drugich osób ze względów epidemiologicznych dlatego nie powinni mi pomagać | 5 | 16, 6 |
| przy zachowaniu odpowiednich postaw aseptycznych i antyseptycznych nie stanowi źródła zagrożenia dla innych | 15 | 50 |

Połowa badanych osób (15) korzystających z pomocy w pielęgnacji tracheostomy ma świadomość o zagrożeniach epidemiologicznych dla innych osób, wynikających z kontaktu z wydzieliną z drzewa oskrzelowego, 5 osób z tego względu nie korzysta z pomocy innych ale niestety aż 10 respondentów uważa że jest to bezpieczne dla innych osób (tabela18).

Źródło nabycia wiedzy w kwestii pielęgnacji tracheostomy.

Dane przedstawiono przy pomocy liczby (X) i odsetka obserwacji (%) – tabela 19

Tabela 19 „Źródło nabycia wiedzy w kwestii pielęgnacji tracheostomy”.

| Kto Pana/Panią uczył pielęgnacji tracheostomy? | X(liczba) | % |
|--|-----------|-------|
| lekarz | 12 | 40 |
| pielęgniarka | 7 | 23, 3 |
| sam czerpałem wiedzę np. internetu, czasopism medycznych | 6 | 20 |
| inni pacjenci | 5 | 16, 7 |

Przeważająca część badanych wskazówki odnośnie pielęgnacji tracheostomy otrzymała od lekarza (40%), od pielęgniarek ponad 23% respondentów. A jednakże znaczny odsetek badanych pielęgnacji tracheostomii uczył się we własnym zakresie i stanowiło to prawie 20%. Źródłem wiedzy dla innych osób byli także pacjenci i stanowili oni 16, 7% (tabela19).

Określenie stopnia samodzielności respondentów w czynnościach pielęgnacyjnych.

Dane określono przy pomocy liczby (X) i odsetka obserwacji (%) – tabela 20

Tabela 20 „Określenie samodzielności w czynnościach samopielęgnacyjnych”.

| Czy uważa Pan/Pani, że jest samodzielna we wszystkich zabiegach związanych z pielęgnacją tracheostomy? | X(liczba) | % |
|--|-----------|-------|
| tak | 17 | 56, 6 |
| nie | 6 | 20 |
| raczej tak, ale potrzebuję jednak pomocy rodziny w wykonywaniu niektórych czynności | 7 | 23, 4 |

Większość respondentów uważa, że jest całkowicie samodzielna w wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych i stanowią grupę 56, 6%, z pomocy innych w wykonywaniu niektórych czynności korzysta ponad 23, 4%. Niestety całkowicie uzależnionych od pomocy innych osób jest prawie 20% badanych (tabela20).

Ocena skumulowana prawidłowych odpowiedzi

W 15 pytaniach ankietowych oceniono wiedzę i umiejętności praktyczne dotyczące wykonywania czynności pielęgnacyjnych po przebytej laryngektomii. Dla całkowitej oceny wiedzy i umiejętności badanej populacji pacjentów zsumowano poprawne odpowiedzi na udzielone na pytania ankietowe. Zaznaczyć można było 15 prawidłowych odpowiedzi świadczących o praktycznym wykorzystaniu posiadanej wiedzy i umiejętności – tabela 21, wykres 20.

Dane przedstawiono przy pomocy liczby prawidłowych odpowiedzi(X) i odsetka obserwacji(%)- tabela 21.

Tabela 21 „Ocena skumulowana prawidłowych odpowiedzi”.

| Numer pytania | X | % |
|---------------|----|-------|
| 8 | 22 | 73, 3 |
| 9 | 18 | 60 |
| 10 | 22 | 73, 3 |
| 11 | 27 | 90 |
| 12 | 30 | 100 |
| 13 | 27 | 90 |
| 14 | 30 | 100 |
| 15 | 24 | 80 |
| 16 | 28 | 93, 3 |
| 17 | 25 | 83, 3 |
| 18 | 16 | 53, 3 |
| 19 | 16 | 53, 3 |
| 20 | 17 | 56, 7 |
| 21 | 21 | 70 |
| 22 | 15 | 50 |

Uzyskane wyniki badania wskazują na względnie wysoki poziom wiedzy pacjentów po przeprowadzonej laryngektomii całkowitej oraz umiejętność praktycznego wykorzystania posiadanych wiadomości czynnościach samopielęgnacyjnych.

PODSUMOWANIE

Laryngektomia całkowita jest jedną z metod leczenia raka krtani. Usunięcie krtani jest dla pacjenta traumatycznym przeżyciem. Następuje całkowita zmiana jego życia i życia jego bliskich. Chory musi nie tylko pogodzić się z nową jakże trudną rzeczywistością ale także nauczyć się nowych nawyków. Na zminimalizowanie konsekwencji przeprowadzonego zabiegu ma ogromny wpływ odpowiednia pielęgnacja i rehabilitacja. Jest to istotny czynnik właściwego, kompleksowego postępowania po laryngektomii, który w znacznym stopniu przyczynia się do zwolnienia progresji zmian występujących w organizmie i poprawia ogólną kondycję fizyczną i psychiczną pacjentów.

Moja praca miała na celu ocenę umiejętności i wiedzy pacjentów na temat właściwego postępowania, stosowania zabiegów pielęgnacyjnych i radzenia sobie w określonych sytuacjach. Osoby posiadające odpowiednie przygotowanie w tym zakresie szybciej i w większym stopniu są samodzielne, samowystarczalne i decyzyjne w zakresie

samoopieki. Ma to bardzo duży wpływ na poprawę jakości ich życia, funkcjonowanie w rodzinie i w społeczeństwie.

W dostępnej mi literaturze znalazłam wskazówki, porady odnośnie czynności pielęgnacyjnych ale niestety nie znalazłam badań oceniających wiedzę i umiejętności osób laryngektomowanych w tym zakresie. Również takich danych nie było w literaturze naukowej, także anglojęzycznej.

W swoim badaniu wykorzystałam kwestionariusz ankietowy, który był rozwiązywany przez osoby zrzeszone w Łódzkim Stowarzyszeniu Laryngektomowanych. W badaniu wzięło udział 30 osób (5 kobiet i 25 mężczyzn), głównie wieku 51 – 60 lat (43, 3%), poniżej 50 roku życia były 4 osoby, co może potwierdzać fakt, że w ostatnim czasie obserwuje się wzrost zachorowań wśród osób młodszych. Wynikać to może ze zmiany stylu życia i często wynikającym stąd nasileniem stresu. Zdecydowaną największą grupę stanowili pacjenci, u których resekcja krtani była przeprowadzona ponad 6 lata temu. Uczestniczenie w spotkaniach Stowarzyszenia jest jedną z form rehabilitacji społecznej. Międzyczłonkami nawiązują się przyjaźnie, wzajemnie się wspierają i mają poczucie przynależności.

Większość respondentów zamieszkiwała w dużych i małych miasteczkach – łącznie były to 23 osoby, mieszkańcy wsi stanowili mniejszość, zaledwie 7 osób. Wynika to najprawdopodobniej z faktu, że mogą oni mieć problem z systematyczną frekwencją na spotkaniach Stowarzyszenia z powodu dużych odległości, z konieczności dojazdów i kosztów, które są z tym związane a tylko niewielki odsetek badanych osób (16, 7%) jest aktywnych zawodowo. Zdecydowana większość badanych to osoby o wykształceniu zawodowym (63, 4%) i średnim (23, 3%). Kilka osób ankietowanych miało wykształcenie wyższe (10%).Może mieć to swoje źródło w tym, że osoby z wyższym wykształceniem same potrafią szukać informacji na temat właściwych zachowań prozdrowotnych i uzyskane wiadomości właściwie interpretują i stosują w życiu codziennym. Zdecydowaną mniejszość badanych stanowili pacjenci mieszkający samotnie (13, 3%), mieszkających z rodziną było łącznie 86, 7%. Według Cieślak K. i współautorów bliscy bardzo często czynnie angażują się w pomoc przy czynnościach pielęgnacyjnych przyjmując nawet postawę nadopiekuńczą. Podobne wnioski wynikały z przeprowadzonego badania. Tylko niewiele ponad połowa respondentów uważała, że jest całkowicie samodzielna w czynnościach związanych z dbaniem o tracheostomię (56, 6%). Prawie połowa pacjentów(40%), którzy odpowiadali na pytania ankietowe podało, że to zespół lekarski był głównym źródłem wskazówek i informacji odnośnie prawidłowego postępowania przy pielęgnacji tracheostomy. Wynikać to może z faktu, że chorzy i ich opiekunowie czują się bezradni, zagubieni, a lekarz w takiej sytuacji jest dla nich autorytetem i podporą. Udział pielęgniarki w tym zakresie jest praktycznie równy z informacjami uzyskanymi z Internetu,

czy od innych pacjentów. Wskazuje to na konieczność podjęcia szeregu działań niwelujących ten deficyt poprzez większe angażowanie zespołu pielęgniarskiego w proces przekazywania elementarnych wiadomości dotyczących samopielęgnacji pacjentów jeszcze na etapie szpitalnym i dalsze ich uzupełnianie w czasie wizyt ambulatoryjnych oraz organizowanie w ramach Stowarzyszenia cyklu wykładów, pogadanek, warsztatów realizowanych przez pielęgniarki zapraszane na te spotkania.

Na podstawie przeprowadzonego badania i analizy otrzymanych wyników można określić, że poziom wiedzy pacjentów na temat zabiegów samopielęgnacyjnych był zadowalający. Najwięcej poprawnych odpowiedzi dotyczyło pielęgnacji tracheostomy, sposobu stosowania inhalacji i zalecanej aktywności fizycznej. Na każde z tych pytań większość respondentów udzielała właściwych odpowiedzi, a na pytania dotyczące stosowania środka poślizgowego na powierzchnię rurki tracheostomijnej i drogi podawania leków wziewnych wszyscy, co stanowiło 100% ankietowanych, którzy bezbłędnie wskazali prawidłową odpowiedź. Z kolei niezbyt korzystnie wypadły pytania związane z pielęgnacją rurki tracheotomijnej, mimo że duży odsetek badanych osób (73, 3%) deklaruje, iż potrafi samodzielnie wymienić rurkę. Część pacjentów dopuszcza stosowanie uszkodzonej rurki mimo niebezpieczeństwa, które może być z tym związane. Może to wynikać z faktu, że 1x w roku pacjenci mają dofinansowanie na zakup nowej rurki tracheotomijnej.

Największe niedobory wiedzy dotyczyły stosowanych środków kosmetycznych używanych do codziennych zabiegów higienicznych, zaleceń dietetycznych i odpowiedniego zachowania pod względem epidemiologicznym. Tylko połowa ankietowanych była zorientowana, że kontakt z ich wydzieliną może stanowić źródło potencjalnego zagrożenia dla innych. Prawie połowa ankietowanych (46, 7%) dopuszcza stosowanie pianek i aerozoli a tylko 17-stu badanych mężczyzn używa elektryczne maszynki do golenia zarostu. Nie są to zalecane preparaty, gdyż łatwo mogą zostać zaaspirowane do dróg oddechowych wywołując podrażnienie i atak uporczywego kaszlu. Tylko 16 osób odpowiedziało poprawnie na pytanie dotyczące składu odpowiedniej diety a jest to ważny składnik całościowego postępowania dotyczącego profilaktyki, bowiem osoby laryngektomowane mają tendencje do zaparc z powodu usunięcia krtani, która wcześniej odgrywała dużą rolę podczas czynności związanych z działaniem tłoczni brzusznej.

Badanie ankietowe było rozłożone w czasie. Wynikało to z tego, że spotkania Stowarzyszenia odbywają się raz w miesiącu i nie wszyscy z różnych powodów uczestniczyli systematycznie w spotkaniach. Podczas wypełniania kwestionariusza ankietowego zauważyłam, że często członkowie rodziny (żony), próbowały odpowiadać na pytania, wyręczając swoich mężów, wówczas starałam się delikatnie interweniować, aby udzielane odpowiedzi były samodzielne. Uzyskane wyniki niejednokrotnie były dla mnie

zaskakujące, gdyż przewagę badanych, stanowiły osoby, u których resekcja krtani była przeprowadzona dość dawno – powyżej 5 lat(łącznie była to grupa 66, 7%), czyli pacjenci objęci wieloletnim leczeniem, którzy wydawaliby się że posiadają odpowiednią wiedzę i umiejętności z zakresu właściwej pielęgnacji, a jednak nie zawsze właściwie odpowiadali na pytania zawarte w kwestionariuszu.

Pozwala to zasugerować, że w edukacji osób laryngektomowanych istnieją pewne niedociągnięcia. Nasuwa to potrzebę stworzenia programu edukacyjnego w zakresie pielęgnacji osób po laryngektomii. W rezultacie może to wpłynąć na większe zaangażowanie w czynności samopielęgnacyjne, być dodatkowym elementem poprawiającym jakość ich życia i wpłynąć na wydłużenie okresu przeżycia.

WNIOSKI

W zakresie postawionych celów, które założyłam na początku mojej pracy badawczej oraz na podstawie analizy kwestionariusza ankietowego i otrzymanych odpowiedzi mogłam stwierdzić, że:

1. Poziom wiedzy pacjentów po laryngektomii dotyczący metod i technik wykonywanych zabiegów oraz czynności pielęgnacyjnych jest dość dobry, lecz nadal istnieją obszary wymagające dalszej poszerzonej edukacji.
2. Wszystkie ankietowane osoby udzieliły poprawnych odpowiedzi na pytania dotyczące konieczności stosowania środka poślizgowego na powierzchnię rurki tracheostomijnej oraz drogi podawania leków wziewnych.
3. Najwięcej poprawnych odpowiedzi uzyskano na pytania związane z pielęgnacją tracheostomy, zasad i wskazań do stosowania leków drogą wziewną, odpowiedniego postępowania w przypadku wystąpienia duszności oraz zalecanej formy aktywności fizycznej.
4. Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę edukacji osób laryngektomowanych w zakresie czynności związanych z pielęgnacją rurki tracheostomijnej, zaleceń dietetycznych, doboru odpowiednich środków kosmetycznych oraz wykształcenia właściwej postawy pod względem epidemiologicznym.
5. Znaczny odsetek badanych nie jest w pełni przekonany co do własnej wiedzy i umiejętności w zakresie samodzielnego wykonywania czynności pielęgnacyjnych.
6. Głównym źródłem uzyskiwania informacji dla pacjentów laryngektomowanych jest lekarz.

STRESZCZENIE

Rak krtani jest najczęściej występującym typem nowotworów regionu głowy i szyi. Mimo większej świadomości społeczeństwa, łatwiejszej dostępności i różnych akcji profilaktycznych pacjenci zbyt późno zgłaszają się na konsultację lekarską. Niestety często jedyną szansą na przeżycie jest radykalne usunięcie krtani. Jest to okaleczający zabieg związany z trwałym kalectwem w wyniku, którego następuje wiele zaburzeń funkcjonalnych, strukturalnych i wizualnych.

Tematem mojej pracy była „Pielęgnacja i rehabilitacja pacjentów po laryngektomii całkowitej w warunkach ambulatoryjnych”.

W pierwszym rozdziale mojej pracy przybliżyłam anatomię krtani, gdyż utrata tego narządu jest dla pacjenta traumatycznym przeżyciem, aby móc w pełni to zrozumieć należy poznać jej budowę i funkcje jaką pełni w organizmie. Drugi rozdział to informacje na temat choroby nowotworowej krtani, czynniki ryzyka, obraz kliniczny oraz metody leczenia raka krtani. Dwa następne rozdziały omawiają rolę pielęgniarki w pielęgnacji i rehabilitacji nad pacjentami laryngektomowanymi. Właściwie stosowane zabiegi pielęgnacyjne i rehabilitacyjne w dużym stopniu niwelują skutki laryngektomii i pomagają szybciej przystosować się do nowych warunków życiowych. Czynności te powinny rozpocząć się wcześnie, jeszcze w okresie przedoperacyjnym i być kontynuowane w późniejszym czasie w warunkach ambulatoryjnych. W piątym rozdziale przedstawiłam cel, problematykę oraz metody mojej pracy badawczej. Moim celem była ocena wiedzy na temat metod pielęgnacyjnych pacjentów po laryngektomii, ich umiejętności i przygotowanie do czynności samopielęgnacyjnych. Uzyskałam to za pomocą kwestionariusza ankietowego, który składał się z 24 pytań na temat danych demograficznych i wiedzy praktycznej. W badaniu wzięło udział trzydziestu członków zrzeszonych w Łódzkim Stowarzyszeniu Chorych Laryngektomowanych. Po przeanalizowaniu uzyskanych danych, poziom wiedzy pacjentów oceniam dość wysoko, jednak istnieją obszary, które wymagają rozszerzenia postępowania edukacyjnego i większego zaangażowania zespołu pielęgniarskiego.

Pracę kończy aneks, który zawiera kwestionariusz ankietowy, zgodę prezesa i członkini zarządu Łódzkiego Stowarzyszenia Chorych Laryngektomowanych na przeprowadzenie badania ankietowego wśród jego członków.

Słowa kluczowe: Laryngektomia, tracheostomia, krtień, pielęgnacja, rehabilitacja, rurka tracheostomijna, mowa zastępcza, proteza głosowa

BIBLIOGRAFIA

53. Biliński P., Szewczyk S., Rosińska A. *Biuletyn zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie łódzkim. Dane za rok 2014*, Łódź, 2016, nr 11 s.28 – 30
54. Bochenek A., Reicher A. *Anatomia człowieka*, Tom II, Warszawa PZWL 2016 s. 342 – 378
55. Cieślak K., Golusiński W., Wegner A. i współautorzy *Psychospołeczne konsekwencje laryngektomii*, *Otolaryngologia* 2017 nr 16, s. 58 – 61
56. Fijuth J., *Nowoczesne podejście do radioterapii nowotworów głowy i szyi* [w:] Morawiec – Sztandera A., *Laryngologia onkologiczna*, Warszawa PZWL 2017, s 220 – 235
57. Hamerlińska- Latecka A. Mowa zastępcza. *Psychologiczne spojrzenie na terapię logopedyczną osób po laryngektomii całkowitej*, *Forum logopedy* 2017 nr 10 s. 19 – 22
58. Hawro R., Mierzwa – Dudek D., Golusiński W. *Fizjoterapia po leczeniu nowotworów głowy i szyi. Poradnik dla pacjentów* Wrocław 2015 s. 6 – 25
59. Jeziorski A., *Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek* Warszawa PZWL 2014 s.11, 147 – 150, 227 – 229
60. Jeziorski A., Szawłowski A.W., Towpik E. *Chirurgia onkologiczna*, Tom III, Warszawa PZWL 2009 s. 564 – 581
61. Kaczmarczyk D. *Operacje chirurgiczne nowotworów krtani*, [w:] Morawiec – Sztandera A. *Laryngologia onkologiczna* Warszawa PZWL 2017 s. 126 – 144
62. Kaczmarczyk D., Bruzgielewicz A., Osuch- Wójcikiewicz E. *Histopatologia i zmiany przedrakowe w raku krtani*, *Polski Przegląd Otorinolaryngologiczny* 2014 nr 3 s. 132 – 139
63. Kaczmarczyk D., Świątkowska A., *Fizjoterapia chorych po leczeniu nowotworów głowy i szyi* [w:] Morawiec – Sztandera A. *Laryngologia onkologiczna*, Warszawa PZWL 2017 s. 266 – 276
64. Kawecki A. *Nowotwory głowy i szyi – kluczowa rola wczesnego rozpoznania*, *Świat lekarza* 2018 nr 4 s. 45 – 47
65. Klimaszewska K., Baranowska A., Krajewska – Kułak E. *Podstawowe czynności medyczne i pielęgnacyjne* Warszawa PZWL 2017 s.546 – 551
66. Koper A. *Pielęgniarstwo onkologiczne* Warszawa PZWL 2019 s. 7 – 10, 90 – 94, 171–174, 395
67. Kuśnierkiewicz D., Kędziora- Antkowiak J., Cieślak K. *Emocjonalne konsekwencje zaburzeń komunikacji u osób leczonych z powodu nowotworów głowy i szyi* *Forum logopedy* 2017 nr 10, s. 34- 37
68. Kułakowski A., Skowrońska – Gardas A. *Onkologia* Warszawa PZWL 2014 s. 66 – 71, 127 – 134
69. Latkowski J.B. *Otorinolaryngologia* Warszawa PZWL 2017 s. 310 – 324
70. Latkowski J.B., Lukas, Godycki – Ćwirko M. *Medycyna rodzinna* Warszawa PZWL 2017 s. 799- 822
71. Markowski J., Piotrowska – Seweryn A., Witkowska M. i współautorzy *Ocena skuteczności rehabilitacji głosu po zabiegu implantacji protez głosowych typu Provox 2 u pacjentów laryngektomowanych* *Otorinolaryngologia* 2014 nr 13, s. 163–168

72. Morawiec – Sztandera A. *Laryngologia onkologiczna* Warszawa PZWL 2017 s. 260 – 264, 239 – 246
73. Morawiec – Sztandera A. *Rehabilitacja głosu u laryngektomowanych* [w:] Latkowski J.B., Otolaryngologia Warszawa PZWL 2017 s.541 – 549
74. Nyckowska J., Chęciński P., Bruzgielewicz A., *Powikłania po wytworzeniu przetok głosowych u chorych po całkowitym usunięciu krtani w materiale Kliniki Otolaryngologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego* Polski Przegląd Otolaryngologiczny 2014 nr 3, s. 71 – 74
75. Olszewski J. *Fizjoterapia w wybranych dziedzinach medycyny. Kompendium*
76. Warszawa PZWL 2015 s. 138 – 140, 236 – 239
77. Osuch – Wójcikiewicz, Bruzgielewicz A. *Rak krtani o czym warto wiedzieć, jak postępować. Poradnik dla chorych* Warszawa Gemini – Art., 2014, s. 4 – 66
78. Strugała M., Talarska D. *Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych* Warszawa PZWL 2013 s. 81 – 82
79. Szawłowski A.W. *Powikłania chirurgii onkologicznej* Warszawa PZWL 2014
80. s.38 – 39
81. Szymańska A. *Innowacyjne metody leczenia u chorych z nowotworami głowy i szyi jako wyzwanie dla pielęgniarek oddziałów laryngologicznych. Materiały konferencyjne XXII Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo – Szkoleniowej PSPO Białystok* 2018 s. 32 – 33
82. Szymańska A. *Specyfika opieki pielęgniarskiej nad chorymi leczonymi z powodu nowotworów głowy i szyi, Pielęgniarstwo onkologiczne w praktyce* 2018 nr 6 s. 10 – 15
83. Talarska D., Zozulińska – Ziółkiewicz D. *Pielęgniarstwo internistyczne*
84. Warszawa PZWL 2017, s. 29 – 34
85. Walden – Gołuszko K., Kopacz A. *Pielęgniarstwo opieki paliatywnej*
86. Warszawa PZWL 2016 s.341 – 343
87. Wołocha J., Skawina A., Gorczyca J i współautorzy, *Szyja i głowa, [w:]Anatomia prawidłowa człowieka* Kraków Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2013 s. 234 – 256
88. Woźnicki M., Galusiński W. *Fizjoterapia w onkologii* Warszawa PZWL 2014 s. 22 – 23
89. Zimmer-Nowicka J., *Rehabilitacja głosu u chorych po laryngektomii*, [w:] Morawiec–Sztandera A., *Laryngologia onkologiczna*, Warszawa PZWL 2017 s. 248 – 259
90. <https://Cyberbiomed.com/dokumenty/ECOMkatalogonline2017.pdf> z dnia 03.03.2019
91. <https://www.docsity.com/pl/definicje-edukacji-zdrowotnej-notatki-edukacja- zdrowotna/267873/> dostęp dnia 07.11.2018
92. <https://docplayer.pl/33235076-wplyw-cwiczen-wymuszajacych-przeplyw- powietrza-przez-jame-nosowa-na-funkcje-zmyslu-wechu-po-calkowitym- usuniecie-krtani.html> dostęp dnia 07.11.2018
93. www.eduteka.pl/doc/co-oznacza-termin-mowa-i-jakie-sa-skladniki-mowy dostęp dnia 04.01.2019
94. https://repozytorium.ka.edu.pl/bitstream/handle/11315/824/Interdyscyplinarna_opieka_nad_pacjentem_z_choroba_nowotworowa_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y dostęp dnia 22.01.2019
95. <https://otoryngologypol.com/api/files/view/5435.pdf> dostęp dnia 03.12.2018

SPIS RYCIN

- Ryc. 1.** Krtani podczas wydechu
- Ryc. 2.** Krtani podczas wdechu
- Ryc. 3.** Leukoplakia
- Ryc. 4.** Erytroplakia
- Ryc. 5.** Rak krtani
- Ryc. 6.** Zakres laryngektomii całkowitej, rozdział drogi oddechowej i pokarmowej
- Ryc. 7.** Otwór tracheotomijny
- Ryc. 8.** Tracheostomia z założoną rurką zaopatrzoną w wymiennik ciepła
- Ryc. 9.** Osłona na tracheostomię dla mężczyzn
- Ryc. 10.** Finezyjnie zawiązana apaszka zakrywająca otwór tracheotomijny
- Ryc. 11.** Rurka tracheotomijna, fonacyjna, fenestracyjna
- Ryc. 12.** Rurka tracheotomijna, fonacyjna z okienkiem
- Ryc. 13.** Metalowa rurka tracheotomijna
- Ryc. 14.** Silikonowe rurki tracheotomijne
- Ryc. 15.** Akcesoria do pielęgnacji rurki tracheotomijnej
- Ryc. 16.** Proteza głosowa
- Ryc. 17.** Akcesoria do pielęgnacji protezy głosowej
- Ryc. 18.** Pseudogłosnia
- Ryc. 19.** Tracheostomia z zaimplantowaną protezą głosową
- Ryc. 20.** Laryngofon

SPIS TABEL

- Tabela nr 1.** *Struktura badanej grupy*
- Tabela nr 2.** *Okres wiekowy, w którym przeprowadzono laryngektomię*
- Tabela nr 3.** *Aktywność zawodowa respondentów*
- Tabela nr 4.** *Osoby potrafiące samodzielnie zmienić/złożyć rurkę tracheotomijną.*
- Tabela nr 5.** *Wiedza dotycząca częstotliwości czyszczenia wewnętrznej rurki tracheotomijnej*
- Tabela nr 6.** *Postępowanie z uszkodzoną rurką tracheotomijną*
- Tabela nr 7.** *Znajomość preparatów stosowanych do toalety skóry wokół tracheostomy*
- Tabela nr 8.** *Określenie konieczności stosowania środka poślizgowego na powierzchnię rurki tracheotomijnej*
- Tabela nr 9.** *Wiedza dotycząca możliwości profilaktycznego, samodzielnego wykonania inhalacji*
- Tabela nr 10.** *Znajomość drogi podawania leków wziewnych i inhalacji*

Tabela nr 11. *Wiedza określająca znajomość właściwej techniki wykonywania inhalacji*

Tabela nr 12. *Sposób postępowania w przypadku nasilonej duszności*

Tabela nr 13. *Określenie wiedzy dotyczącej zalecanej aktywności fizycznej osobom po laryngektomii*

Tabela nr 14. *Znajomość zalecanych składników pokarmowych dla osób laryngektomowanych*

Tabela nr 15. *Stosowanie środków kosmetycznych w postaci aerozolów i pianek przez osoby po laryngektomii*

Tabela nr 16. *Rodzaj maszynek używanych do golenia zarostu*

Tabela nr 17. *Stosowanie osłon na tracheostomię*

Tabela nr 18. *Zagrożenie epidemiologiczne dla innych osób wynikające z kontaktu z wydzieliną z drzewa oskrzelowego*

Tabela nr 19. *Źródło nabycia wiedzy w kwestii pielęgnacji tracheostomy*

Tabela nr 20. *Określenie samodzielności w czynnościach samo pielęgnacyjnych*

Tabela nr 21. *Ocena skumulowana prawidłowych odpowiedzi*

ANEKS

ANKIETA DLA PACJENTÓW

Jestem studentką II roku studiów pielęgniarstwa w Wyższej Szkole Gospodarki Krajowej w Kutnie. Dla potrzeb pracy magisterskiej prowadzę badania na temat „Pielęgnacja i rehabilitacja pacjentów po laryngiektomii całkowitej w warunkach ambulatoryjnych”.

Ankieta jest anonimowa. Bardzo proszę o udzielenie rzetelnych odpowiedzi. Materiał ankietowy będzie opracowany i zostanie wykorzystany przeze mnie tylko do celów naukowych.

Bardzo dziękuję

1. W jakim jest Pan/Pani przedziale wiekowym?

- a. poniżej 50-go roku życia
- b. 51–60 lat
- c. 61–70 lat
- d. powyżej 71 roku życia

2. Płeć

- a. kobieta
- b. mężczyzna

3. Wykształcenie

- a. podstawowe
- b. zawodowe
- c. średnie
- d. wyższe

4. Miejsce zamieszkania

- a. wieś
- b. małe miasteczko
- c. duże miasto

- 5. Czy Pan/Pani mieszka samotnie?**
 - a. tak
 - b. nie, z mężem/żoną lub partnerem/partnerką
 - c. nie, z dziećmi

- 6. Kiedy przeprowadzono u Pana/Pani laryngotomię?**
 - a. poniżej jednego roku
 - b. 1–3 lata temu
 - c. 4–5 lat temu
 - d. powyżej 6 lat

- 7. Czy pracuje Pan/Pani zawodowo?**
 - a. tak
 - b. nie

- 8. Czy potrafi Pan/Pani samodzielnie wymienić/założyć rurkę tracheostomijną?**
 - a. tak
 - b. nie

- 9. Jak często powinno się czyścić wewnętrzną rurkę tracheostomijną?**
 - a. nie ma konieczności czyszczenia rurki
 - b. jeden raz dziennie
 - c. w zależności od potrzeby nawet kilka razy dziennie
 - d. jeden raz w tygodniu

- 10. Czy w przypadku widocznego uszkodzenia rurki można nadal z niej korzystać ?**
 - a. tak, jeśli rurka jest nieznacznie uszkodzona
 - b. należy rurkę wymienić na nową
 - c. rurkę wymieniamy dopiero wtedy, gdy jest bardzo uszkodzona
 - d. rurkę wymieniamy po roku użytkowania niezależnie od stopnia jej uszkodzenia, ponieważ w tym czasie refundowany jest zakup nowej

- 11. Z wymienionych preparatów co Pan/Pani zastosowałoby do toalety skóry wokół tracheostomy:**
 - a. watę zwilżoną mydłem
 - b. puder, talk
 - c. gaziki zwilżone wodą lub fizjologicznym roztworem NaCl

d. wodę utlenioną

12. Czy powinno się stosować środek poślizgowy na powierzchnię rurki tracheotomijnej?

- a. tak
- b. nie

13. Czy można samemu profilaktycznie stosować inhalację w celu rozrzedzenia wydzieliny w drzewie oskrzelowym :

- a. tak
- b. nie, inhalację stosuje się tylko na zlecenie lekarza w przypadku infekcji dróg oddechowych
- c. inhalacja u pacjenta po laryngektomii jest przeciwwskazana

14. Leki wziewne i inhalacje po usunięciu krtani powinny być stosowane:

- a. bezpośrednio do otworu tracheotomijnego
- b. bezpośrednio do jamy ustnej
- c. bezpośrednio do nosa

15. Prawidłowa technika wykonania inhalacji to:

- a. wykonywanie głębokich, szybkich wdechów do momentu całkowitego opróżnienia się lekarstwa
- b. wykonywanie kilku spokojnych wdechów z przerwami

16. Jak Pana/Pani zdaniem należy się zachować w pierwszym momencie w przypadku nasilonej duszności :

- a. zachować spokój, przyjąć wygodną, półsiedzącą pozycję ułatwiającą oddychanie, można wykonać inhalację w celu nawilżenia drzewa oskrzelowego i łatwiejszej ewakuacji wydzieliny
- b. nie można nic samemu stosować, należy bezzwłocznie skorzystać z pomocy lekarskiej
- c. wziąć gorącą kąpiel, ponieważ ciepłe, wilgotne powietrze rozrzedza zalegającą wydzielinę w drzewie oskrzelowym i łatwiej jest ją odkrztusić

17. Rodzaj jakiej aktywności fizycznej zalecany jest najbardziej osobom po laryngektomii?

- a. podnoszenie ciężarów, judo
- b. pływanie
- c. długie spacery
- d. bieganie
- e. nie powinno uprawiać się żadnego sportu

18. Dieta osób po laryngektomii powinna być bogata w:

- a. błonnik
- b. słodycze
- c. tłuszcze
- d. nie ma żadnych wymogów odnośnie zawartości składników w pożywieniu

19. Czy osoby po laryngektomii mogą stosować dezodoranty i inne środki kosmetyczne w postaci aerozoli i pianek?

- a. nie, ponieważ mogą zostać zaainspirowane do dolnych dróg oddechowych wywołując ich podrażnienie
- b. tak, nie ma żadnych ograniczeń w tej kwestii

20. Do golenia zarostu na twarzy Pan użyje :

- a. golarki elektrycznej
- b. golarki jednorazowej
- c. golarki wielorazowej

21. Czy Pana/Pani zdaniem osłony na tracheostomię stosuje się w celu:

- a. ze względów estetycznych
- b. stanowią zabezpieczenie na tracheostomę (przed zanieczyszczeniem, zimnym powietrzem, owadami itd.)
- c. w celu ukrycia faktu dokonanej tracheostomii przed innymi osobami

22. Czy Pana/Pani zdaniem kontakt z wydzieliną z drzewa oskrzelowego podczas pielęgnacji tracheostomy może stanowić źródło zagrożenia epidemiologicznego dla innych?

- a. nie stanowi zagrożenia, jest bezpieczne tak samo jak dla mnie
- b. jest niebezpieczne dla innych osób ze względów epidemiologicznych dlatego nie powinni mi pomagać
- c. przy zachowaniu odpowiednich postaw aseptycznych i antyseptycznych nie stanowi źródła zagrożenia dla innych

23. Kto Pana/Panią uczył pielęgnacji tracheostomy ?

- a. lekarz
- b. pielęgniarka
- c. sam czerpałem wiedzę np. z internetu, czasopism medycznych
- d. inni pacjenci

24. Czy uważa Pan/Pani, że jest samodzielna we wszystkich zabiegach związanych z pielęgnacją tracheostomy?

- a. tak
- b. nie
- c. raczej tak, ale potrzebuję jednak w niektórych czynnościach pomocy rodziny

Prof. dr hab. Tadeusz Pietras, Anna Kajkowska, dr Andrzej Witusik

WYBRANĘ PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTÓW W TERMINALNYM STADIUM CHOROBY NOWOTWOROWEJ W OCENIE PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO

WSTĘP

Życie ludzkie składa się z wielu różnych problemów, które dotyczą wszystkich bez względu na płeć, pochodzenie lub status społeczny. Wydawać by się mogło, że śmierć jest czymś oczywistym, wiemy o jej istnieniu, jednak nigdy nie jesteśmy w pełni gotowi na jej przyjście. Współczesny człowiek staje się bezradny w obliczu śmierci i bezbronny w chwili ostatecznego spotkania z nią. Opieka paliatywna to służenie człowiekowi nieuleczalnie choremu, pomaganie mu w jego cierpieniu i umieraniu. Praca z ludźmi w terminalnym okresie choroby nowotworowej to jedna z najtrudniejszych form opieki medycznej. Wymaga nie tylko szczególnej wrażliwości, poświęcenia drugiemu człowiekowi, ale przede wszystkim umiejętności łączenia empatii ze skutecznością podejmowanych działań. Różnorodność tych czynników sprawia, że opieką nad pacjentem u schyłku życia powinien zajmować się zespół interdyscyplinarny, w skład którego wchodzi: lekarz, pielęgniarka, psycholog, pracownik socjalny, ksiądz. Opieka ta obejmuje zarówno pacjenta jak i jego rodzinę. Ma na celu nie tylko zminimalizować dolegliwości fizyczne, ale także duchowo i emocjonalnie przygotować na ten najtrudniejszy moment, jakim jest śmierć. Zapewnienie komfortu życia pacjentów jest naczelną zasadą opieki paliatywnej i moralnym obowiązkiem każdego członka zespołu terapeutycznego.

Celem pracy była próba analizy wybranych problemów pielęgnacyjnych pacjentów w terminalnym stadium choroby nowotworowej w ocenie personelu pielęgniarskiego. Niewątpliwie pielęgnacja ludzi cierpiących wymaga wielu poświęceń, szczególnej

wrażliwości oraz umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Pielęgniarka opiekując się chorym umierającym stara się zaspokajać jego potrzeby, łagodzić dolegliwości, nie może jednak dać mu nadziei na powrót do zdrowia, ale jednocześnie nie może go tej nadziei ostatecznie pozbawić. Znając problemy pacjentów, istnieje możliwość szybkiej reakcji, zapobiegania a ty samym poprawy jakości życia chorych.

1. CHOROBA NOWOTWOROWA I JEJ WYMIAR W ŚWIETLE LITERATURY

1.1. PODSTAWOWE POJĘCIA DOTYCZĄCE CHOROBY NOWOTWOROWEJ – EPIDEMIOLOGIA

Nowotwór jest niekontrolowanym rozrostem własnych, lecz zmienionych morfologicznie i czynnościowo komórek organizmu, a przyczyną tego rozrostu są zmiany w kodzie genetycznym tych komórek. Brak kontroli rozrostu wynika przede wszystkim z zaburzeń molekularnych w komórkach nowotworu, tzn. z zaburzeń genetycznych i regulacyjnych, które powodują brak samokontroli komórek i ich niewłaściwe reagowanie na bodźce płynące z zewnątrz. Podstawową przyczyną powstawania nowotworów są mutacje genów, czyli zmiany w kodzie genetycznym DNA. Znamy liczne typy mutacji onkogennych i setki genów, których zmiany prowadzą do powstania nowotworów. Geny biorące udział w karcinogenezie dzieli się zwyczajowo na trzy główne grupy: proktoonkogeny, antyonkogeny (geny supresorowe)¹⁰⁹ i geny mutatorowe. *Proktoonkogeny* występują w każdej prawidłowej komórce organizmu.

Są niezbędne do życia. Odgrywają kluczową rolę w regulacji wzrostu, dojrzewania i różnicowania komórek. Proktoonkogeny zmienione przez mutację nazywa się onkogenami.

Geny supresorowe (antyonkogeny) w komórkach prawidłowych są strażnikami genomu. Kontrolują proliferację i zapobiegają nowotworzeniu na poziomie komórki. Mutacje w genach supresorowych mają charakter recesywny. Odpowiadają za rozwój 5 – 10% nowotworów przekazywanych dziedzicznie.¹¹⁰

¹⁰⁹ Kordek R.: Co to jest nowotwór? [w:] Jeziorski A.: Onkologia. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2005, s. 11–13

¹¹⁰ Tyczyński J: Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce. [w:] Chmielewska E., Dziukowa J., Kawecki A.: Onkologia. Wydawnictwo lekarskie PZWL. Warszawa 2003, s. 17–19

Geny mutatorowe które kodują białka, biorące udział w procesach naprawy DNA. Powstają zaburzenia procesów naprawczych i zwiększa się podatność na rozwój nowotworów. Zwane są „opiekunami genomu”.

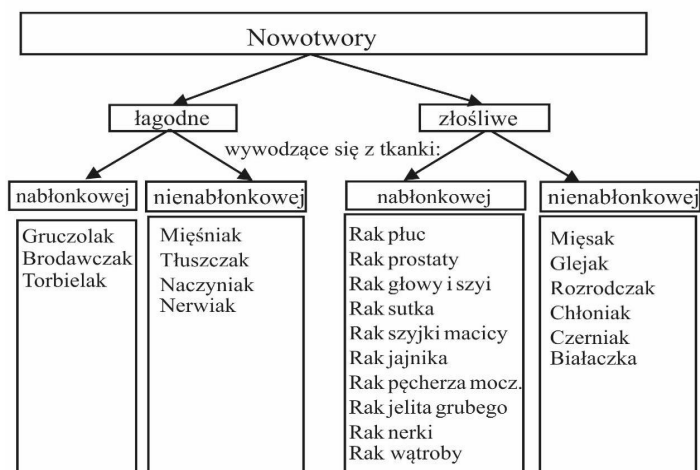
Istotną rolę w rozwoju nowotworu spełnia układ immunologiczny. Jego głównym zadaniem jest rozpoznanie i niszczenie komórek nowotworowych. Wiele komórek ma zdolność do ukrywania się przed układem odpornościowym. Zmiany genetyczne w zdrowej komórce zachodzą pod wpływem różnych czynników: fizycznych (np. promieniowanie), chemicznych (azbest, spaliny, dym tytoniowy) oraz biologicznych (np. procesy komórkowe, wirusy, pasożyty).

Karcinogeneza (onkogeneza) jest procesem ciągłym. Składa się z kilku etapów:

- Etap preinicjacji – trwa przez całe życie. Jest to narażenie na czynniki kancerogenne przez kontakt z nimi, niewłaściwa dieta, siedzący tryb życia, palenie tytoniu.
- Etap inicjacji – rozpoczyna się od wystąpienia pierwszej mutacji. Pod wpływem działania karcynogenów powstają kolejne mutacje. Powstaje tzw. tor mutacji.
- Etap promocji – etap ten trwa zwykle kilka lat. Dochodzi tu do pobudzenia aktywności genów odpowiadających za rozrost.
- Etap progresji – powstają tu kolejne klony komórek mających zdolność do przemieszczania, tworzenia przerzutów. Zmiana nabiera cechy złośliwości. Trwa on od kilku miesięcy do kilku lat.

Podstawą klasyfikacji patomorfologicznej nowotworów jest ich podział na:

- Nowotwory łagodne – rosną wolno i nie naciekają sąsiadujących tkanek. Posiadają torebkę odgraniczającą guz od prawidłowych komórek. Nie dają wznowy.
- Nowotwory złośliwe – rosną szybciej, są zwykle nietorebkowate, więc naciekają sąsiadujące tkanki, dając przerzuty do innych części ciała.
- Nowotwory miejscowo złośliwe – podczas wzrostu naciekają i niszczą otoczenie. Dają wznowy miejscowo, ale po całkowitym wycięciu nie dają przerzutów.



Rysunek 1: Przykłady nowotworów uwzględniające podział na łagodne i złośliwe oraz pochodzenie tkankowe.¹¹¹

Rozwój nowotworu jest procesem długotrwałym, zazwyczaj wieloletnim. Badania dowodzą, że przeciętny okres rozwoju guza o średnicy 1 cm wynosi pięć lat. Okres rozwoju nowotworu może być jednak różny – dla niektórych wynosi on prawdopodobnie kilkadziesiąt lat, dla innych, agresywnych nowotworów – mogą to być miesiące. Najważniejszą rolę w rokowaniu i leczeniu chorych odgrywa ocena zaawansowania klinicznego. Najczęściej stosowanym systemem jest *klasyfikacja TNM* (T- tumor N- nodes M- metastoses), przyjęta przez większość organizacji zajmujących się zwalczaniem nowotworów.¹¹²

- Litera T określa wielkość guza jak również jego stosunek do otaczających narządów. Jest ona oznaczeniem stopnia zaawansowania miejscowego.
- N to symbol regionalnych węzłów chłonnych.
- M to symbol przerzutów do odległych węzłów chłonnych lub narządów, określa czy nowotwór ma charakter uogólniony czy też nie.

Ocena ogólnego stopnia zaawansowania choroby nowotworowej obejmuje następujące stopnie:

- stopień O – choroby z nowotworem przedinwazyjnym (in situ);
- stopień I – nowotwory we wczesnej fazie rozwoju;
- stopień II – szerzenie się miejscowe;

¹¹¹ Łuczyk M., Szadowska-Szlachetka Z., Ślusarska B.: Standardy i procedury w pielęgniarstwie onkologicznym. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2017, s. 22

¹¹² Kordek R.: Co to jest nowotwór? [w:] Jeziorski A.: Onkologia. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2005, s. 11–13

- stopień III – znaczy stopień zaawansowania miejscowego i rozplem w układ chłonny;
- stopień IV – bardzo duże zaawansowanie rozwoju, występowanie przerzutów odległych.¹¹³

Nowotwory towarzyszą ludzkości od dawnych czasów. Do wzrostu zachorowań przyczyniły się procesy związane z uprzemysłowieniem, zanieczyszczeniem środowiska, chemizacją. Efektem tych przemian jest duży wzrost zachorowań na nowotwory, zwłaszcza w krajach wysokorozwiniętych, do których zalicza się Polska. Nowotwory złośliwe są w Polsce drugą pod względem częstości przyczyną zgonów (po chorobach układu krążenia). Nowotwory złośliwe będące przyczyną 22, 1% zgonów mężczyzn i 18% zgonów kobiet w Polsce w 1996 r., stanowią grupę ponad 60 chorób. Udział poszczególnych umiejscowień w zgonach z powodu nowotworów ogółem zmienia się z czasem i jest zależny od płci.

W populacji mężczyzn 1963r. najczęściej występującymi nowotworami złośliwymi były nowotwory żołądka (33, 2%), a następnie nowotwory płuca (18, 3%), gruczołu krokowego i przełyku (ok. 4%) oraz nowotwory pęcherza moczowego (3, 1%). Od 1971r. pierwsze miejsce pod względem częstości występowania zajęły nowotwory złośliwe płuca (25%), a nowotwory żołądka znalazły się na drugiej pozycji (24, 1%).¹¹⁴ W latach 1987 – 1996 zgony z powodu nowotworów gruczołu krokowego, odbytnicy, trzustki i pęcherza moczowego przekroczyły 4%.

W populacji kobiet na początku lat 60-tych pierwsze miejsce zajmowały nowotwory żołądka (26, 1%), a następnie nowotwory piersi, szyjki macicy i płuca. W 1982r. odsetek zgonów z powodu nowotworów szyjki macicy i płuca wynosił 7%. W 1983r. nowotwór płuca zajmował trzecie miejsce a od 1989 r. częstość jego występowania przewyższyła częstość występowania nowotworów żołądka.

W Polsce od 1996r. obserwuje się zwiększenie liczby zgonów z powodu nowotworów złośliwych zarówno u mężczyzn jak i u kobiet.

Wynika to przede wszystkim ze:

- zwiększenia wielkości populacji w Polsce,
- zmian w strukturze wieku populacji (starzenie się społeczeństwa),
- zwiększania stężenia czynników rakotwórczych w środowisku,
- brak świadomości społeczeństwa w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych.

¹¹³ Łuczyk M., Szadowska-Szlachetka Z., Ślusarska B.: Standardy i procedury w pielęgniarstwie onkologicznym. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2017, s. 25 -26

¹¹⁴ Jarosz J., Hągmajer E.: Wyniszczenie nowotworowe – zespół kaheksja – anoreksja – astenia [w:], de Walden – Gałuszko K.: Podstawy opieki paliatywnej. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2004

Niezależnie od postępów w medycynie i skuteczności leczenia przyczynowego pacjentów z postępującą chorobą przewlekłą, w tym nowotworową, większości chorych nadal nie udaje się uratować. Wyjątkowym obrazem cierpienia jest stan zaawansowania choroby, która nieuchronnie prowadzi do kresu życia. Najczęściej dotyczy to pacjentów onkologicznych. To bardzo trudny czas, który prowadzi do śmierci. Zadaniem priorytetowym staje się poprawa jakości życia na drodze łagodzenia i kontrolowania objawów somatycznych, psychicznych i wsparcia chorego. I to właśnie jest głównym celem medycyny paliatywnej realizowanym przez opiekę paliatywną¹¹⁵.

1.2. ZASADY I CELE OPIEKI HOSPICYJNO – PALIATYWNEJ

Opieka paliatywna jest postępowaniem, które ma na celu poprawę jakości życia chorych i ich rodzin, stojących przed problemami związanymi z chorobą ograniczającą życie, przez zapobieganie i łagodzenie cierpienia dzięki wczesnemu wykrywaniu, ocenie leczenia bólu i innych objawów fizycznych oraz problemów psycho – socjalnych i duchowych (WHO, 2002).

Jako chorobę ograniczającą życie określa się nieuleczalne schorzenie, w którym nie ma uzasadnionej nadziei na wyleczenie i z powodu którego dojdzie do przedwczesnej śmierci. Dotyczy to nie tylko chorób nowotworowych ale także innych schorzeń, takich jak stwardnienie boczne zanikowe (postępująca nieuleczalna choroba układu nerwowego), zaawansowana niewydolność serca czy też zaawansowana przewlekła obturacyjna choroba płuc¹¹⁶.

Opieka paliatywna jest to aktywna, całościowa (holistyczna) opieka nastawiona na zaspokojenie wszystkich podstawowych potrzeb chorego w stanie terminalnym oraz jego rodziny, zarówno podczas choroby jak i w okresie żałoby. Zaspokojenie tych potrzeb polega nie tylko na trosce o usunięcie lub znaczne złagodzenie dolegliwości somatycznych, ale również na pomocy w rozwiązywaniu problemów psychicznych, socjalnych i duchowych tych osób.¹¹⁷ Głównym celem opieki paliatywnej jest zapewnienie możliwie najlepszej jakości życia chorych i ich rodzin. Temu celowi należy podporządkować wszystkie formy leczenia i opieki. Formy opieki paliatywnej:

1. *Hospicjum domowe (dla osób powyżej 18 roku życia)* – jest domową formą opieki paliatywnej przeznaczoną dla pacjentów dorosłych, którym stan ogólny uniemożliwia korzystanie z poradni medycyny paliatywnej. Członkowie zespołu: lekarze, pielęgniarki, psycholog, duchowny, wolontariusze opiekują się chorymi

¹¹⁵ de Walden-Głuszko K., Ciałkowska-Rysz A. : Medycyna paliatywna, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017, s 1 -2

¹¹⁶ Krejnik M. Buczkowski K.: Definicja i filozofia opieki paliatywnej, [w:] Adamczyk A., Buczkowski K., Jagielski D., Krajnik M., Rogiewicz M.: Opieka paliatywna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 10.

¹¹⁷ de Walden – Gołuszko K.: Podstawy opieki paliatywnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; s. 11.

- w ich domach, przy aktywnym współudziale rodzin pacjentów. Odwiedzają chorego z częstotnością zależną od potrzeby i możliwości.
2. *Hospicjum domowe dla dzieci* – jest domową formą opieki paliatywnej przeznaczoną dla dzieci do ukończenia 18 roku życia. W stanach terminalnych z chorobą nowotworową, a także dzieci z chorobami przewlekle postępującymi. Do ich dyspozycji pozostaje lekarz pediatra, pielęgniarka, kapelan, rehabilitant, psycholog i pracownik socjalny
 3. *Stacjonarna opieka paliatywna* – jest formą opieki paliatywnej realizowaną na oddziałach medycyny paliatywnej oraz w hospicjach stacjonarnych. Wskazaniem do przyjęcia jest potrzeba kontroli objawów, konieczność wykonywania procedur diagnostycznych i zabiegowych, opieka wyręczająca. Rodzina pacjenta może przebywać przy nich tak długo jak zechce.
 4. *Poradnia medycyny paliatywnej* – zapewnia opiekę paliatywną w warunkach ambulatoryjnych. Ta forma opieki przeznaczona jest dla pacjentów w stanie stabilnym, którzy mogą przybyć do niej sami lub którzy ze względu na ograniczoną możliwość poruszania wymagają porad lub wizyt w domu.
 5. *Perinatalna opieka paliatywna* – obejmuje porady psychologa i konsultacje lekarskie z zakresu położnictwa, ginekologii, neonatologii w warunkach leczenia szpitalnego lub porady specjalistycznej. Pozwala na zachowanie ciągłości opieki nad dzieckiem w przypadku wypisu z oddziału, zapewniając współpracę z ośrodkiem kardiologii prenatalnej lub zakładem genetyki. Świadczenia te realizowane są do 28 dni po porodzie.
 6. *Dzienny ośrodek opieki paliatywnej* przeznaczony jest dla chorych, którzy są zdolni do samodzielnego poruszania i sami mogą przybyć do ośrodka. Służy on zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych, psychologicznych i duchowych. Ma na celu poprawę jakości życia chorych i opiekunów.
 7. *Szpitalny zespół wspierający opieki paliatywnej* – jest przeznaczony dla pacjentów przebywających na oddziałach innych niż oddziały medycyny paliatywnej. Jego zadaniem jest współpraca w zakresie leczenia objawowego u pacjentów hospitalizowanych i pomoc w uzyskaniu wsparcia psychologicznego, socjalnego i duchowego. Zespół ten współpracuje z poradnią medycyny paliatywnej, hospicjum domowym oraz stacjonarnym.

Zasady bioetyczne w opiece paliatywnej nie różnią się od ogólnych zasad stosowanych w medycynie. W większym stopniu odnoszą się do potrzeb egzystencjonalnych chorego w ostatnim okresie życia. Obecnie przyjęto cztery podstawowe zasady bioetyki:

1. zasada czynienia dobra,

2. zasada nieczynienia zła,
3. zasada poszanowania autonomii,
4. zasada sprawiedliwości.

U podstaw wszelkich postaw w opiece paliatywnej leży podmiotowość chorego. Przejawia się ona w wielu aspektach opieki paliatywnej, do których zaliczamy:

- bezwarunkowy szacunek do ludzkiego życia,
- właściwa postawa wobec cierpienia, umierania i śmierci,
- akceptacja nieuchronności śmierci,
- zaniechanie lub zaprzestanie terapii daremnej lub uporczywej,
- holistyczny model opieki (zgodny z koncepcją licely saunders),
- zapewnienie możliwie najlepszej jakości życia i godnych warunków umierania,
- poszanowanie autonomii pacjenta, w zakresie jego działania, wolności i odpowiedzialności,
- decyzja pacjenta o miejscu umierania,
- towarzyszenie osobie umierającej,
- postawa tolerancji przekonań i postaw chorego,
- postawa autentyczności (zgodnie z samym sobą),
- empatia.¹¹⁸

Opieka paliatywna jest stosunkowo młodą specjalizacją w ochronie zdrowia. Jej rozwój w Polsce przypada na lata osiemdziesiąte XX wieku. Ma swoją specjalizację lekarską i pielęgniarską. Do 2003r. była oddzielnie finansowanym działem opieki medycznej. W 2004r. po ustanowieniu Narodowego Funduszu Zdrowia została wpisana do opieki długoterminowej, co może oznaczać niezrozumienie jej specyfiki przez reformatorów ochrony zdrowia. Opieka paliatywna jest wysokospecjalistycznym działem medycyny, wymagającym dużych kwalifikacji medycznych, także filozoficznych oraz głębokiego rozwoju w sferze duchowej osób sprawujących tę opiekę.¹¹⁹

Towarzyszenie człowiekowi śmiertelnie choremu w ostatnich chwilach czy miesiącach jego życia jest doświadczeniem trudnym i niepowtarzalnym. Może wzbudzić lęk oraz pragnienie ucieczki z trudnej sytuacji, ale może także prowadzić do przeżycia niezwyklej duchowej bliskości w kontakcie z drugim człowiekiem. W każdym jednak przypadku towarzyszenie człowiekowi umierającemu wymaga stabilizacji sił psychicznych,

¹¹⁸ Medycyna paliatywna pod. red. Ciałkowskiej – Rysz A., Dziarnowskiego T. Wydawnictwa Medyczne Termedia, Poznań 2019, wyd. I. s. 21 – 25.

¹¹⁹ de Walden – Gołuszko K.: Założenia i podstawy ruchu hospicyjnego w Polsce. Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2005, s. 11–16

fizycznych, czasu, delikatności, a niekiedy wręcz ogromnej cierpliwości oraz zdolności do poświęcenia i komunikacji¹²⁰.

1.3. CZŁOWIEK WOBEC CIERPIENIA I ŚMIECI – TERMINALNA FAZA CHOROBY

Terminalna faza choroby nowotworowej to okres, w którym proces choroby, po zakończeniu leczenia przyczynowego, nie daje się zahamować, nieuchronnie prowadząc do śmierci pacjenta. Punkt, w którym aktywne leczenie onkologiczne (przyczynowe) nie ma już wpływu na proces choroby jest trudny do praktycznego i teoretycznego zdefiniowania¹²¹.

Okres terminalny możemy podzielić na trzy fazy:

- faza wstępna – ostrego kryzysu,
- faza druga – przewlekła faza stanu terminalnego,
- faza trzecia – okres umierania.¹²²

Faza ostrego kryzysu pojawia się w momencie przyjęcia przez pacjenta do wiadomości diagnozy terminalnej. Odpowiedzią jest niepokój wyrażający się od panicznego lęku do bezradności.¹²³ Ten etap jest krótki, trwa zazwyczaj kilka dni. Następuje pogorszenie stanu ogólnego, pojawiają się dolegliwości ograniczające aktywność fizyczną pacjenta.

Druga przewlekła faza stanu terminalnego oznacza dalsze narastanie dolegliwości fizycznych. Na tym etapie choroby pacjenci niechętnie myślą przyszłości, często pojawia się myśl o śmierci i umieraniu. Czas trwania tej fazy zależy od wielu czynników psychofizycznych chorego.

W ostatnim etapie stanu terminalnego chorzy podświadomie czują zbliżającą się śmierć, często wspominają o tym rodzinie, znajomym. Na tym etapie dominuje narastanie objawów fizycznych. Chorzy najczęściej przestają pytać o swój stan, mówią bardzo mało, następuje pogorszenie pamięci, uwagi, sprawności myślenia, zmniejsza się ogólna ruchliwość.

Pacjent w terminalnej fazie choroby nowotworowej to człowiek cierpiący na schorzenie nieuleczalne, systematycznie rozwijające się, powodujące utratę kondycji psycho – fizycznej, prowadzące w konsekwencji do śmierci.

Każdy pacjent jest jedyną w swoim rodzaju, неповtarzalną historią życia i umierania. Przebieg stanu terminalnego jest różny i od niego zależą w dużej mierze reakcje

¹²⁰ Gretkowski A.: Ból i cierpienie. Wydawnictwo Naukowe Novum. Płock 2003, s. 185–186.

¹²¹ Drażkiewicz J.: W stronę człowieka umierającego. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2000, s. 12

¹²² de Walden – Gołuszko K.: U kresu, Makmed. Gdańsk 1996

¹²³ Krajnik M., Buczkowski K.: Definicja i filozofia opieki paliatywnej, [w:] Adameczyk A., Buczkowski K., Jagielski D., Krajnik M., Rogiewicz M.: Opieka paliatywna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 10

psychiczne. Strach przed zbliżającą się śmiercią oraz pozbawienie nadziei poprzez zaprzestanie leczenia specjalistycznego mogą przyczynić się do utraty chęci życia. Potrzeby chorego terminalnie zawierają się zarówno w sferze emocjonalnej jak i fizycznej, zmieniają się wraz z postępem choroby, często z dnia na dzień a nawet z godziny na godzinę. Głównym celem opieki nad pacjentem w stanie terminalnym jest łagodzenie cierpienia.

Cierpienie i umieranie to dwa doznania towarzyszące człowiekowi od zarania dziejów do dnia dzisiejszego. Na ogół zgadzamy się z faktem, że niezależnie od naszej woli i chęci życia związane jest z trudem, wysiłkiem, z jakąś formą cierpienia. Nasza ludzka natura sprawia, że boimy się tegoż cierpienia i przeżywanie go np. w postaci nieuleczalnej, śmiertelnej choroby jest ogromnie trudne i bolesne pod względem fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym.

Wg Bishopa śmierć w najprostszym ujęciu jest po prostu kresem życia. Jednak znaczenie śmierci wykracza poza tę definicję. Jej obraz zmienia się w czasie. Zależy od kultury, wieku, poziomu rozwoju sytuacji. Kultura nowoczesnego obecnie społeczeństwa kładzie największy nacisk na biomedyczne rozumienie śmierci, ale można też mówić o śmierci psychicznej, społecznej i prawnej, które nie są tożsame ze śmiercią biologiczną.

Jest wiele definicji śmierci, z których każda ma swój sposób jest prawdziwa. Autorzy różnie o niej piszą. Z jednej strony jest ona niezbadaną tajemnicą wykraczającą poza ludzkie doświadczenie, z drugiej zaś zdarzeniem życiodajnym. Jednocześnie jest ona kłopotliwą rzeczywistością z którą się ciągle oswajamy. Nie da się zaprzeczyć, że cechują ją: realność, nieuchronność i osobistość.¹²⁴

Śmierć zawsze była dla człowieka przerażającym zjawiskiem i taka pozostała, lecz z wielu różnorodnych powodów zmieniło się podejście do śmierci, cierpienia i pacjentów stojących u kresu życia na skutek nieuleczalnej choroby. Ewolucja ludzkich postaw dokonała się w wyniku przemian dotyczących religijności, wiary w sens cierpienia i nagrodę w niebie. Nie bez znaczenia jest też ciągle dokonujący się postęp i rozwój medycyny i nauki.

Jak zauważa Kubler – Ross: „Maleje nasza zdolność spojrzenia na śmierć z pokorą i godnością”. Dawniej śmierć była wydarzeniem przeżywanym we wspólnocie rodzinnej, człowiek do końca pozostawał wśród bliskich osób. Odchodził w atmosferze ciszy i skupienia, a nie w śród szpitalnej krzątaniny pełnej hałasu i pośpiechu.

Analiza literatury wskazuje, że współczesne społeczeństwa „uciekają od śmierci i cierpienia”. Zagadnienia te są trudne i niewygodne, gdyż naruszają poczucie bezpieczeństwa, budzą lęk i domagają się od nas pokory. W związku z tym obserwuje się dążenie

¹²⁴ Jankelevitch V.: Tajemnica śmierci i zjawisko śmierci. W.: Cichowicz S., Godziński J. Antropologia śmierci. Myśl francuska. PWN. Warszawa 1993.

do eliminowania ich z życia społecznego. Śmierć stanowi temat, którego się unika. Wielu autorów mówi o tzw. tabuizacji śmierci.¹²⁵

Cierpienie i śmierć nieodwołanie towarzyszą medycynie. Jej nieustanny rozwój oraz zmiany obyczajowe powodują, że świat medycyny inaczej odnosi się do nich dziś, aniżeli sto, czy dwieście lat temu.

Literatura podkreśla niedostateczne przygotowanie technicyzacji, lekarzy i pielęgniarek do pracy z pacjentami nieuleczalnie chorymi i umierającymi. Rozwój medycyny i jednocześnie postępujący proces „technicyzacji” leczenia sprawiają, że pacjent jest traktowany przedmiotowo, a podejmowane działania skupiają się głównie na sferze somatycznej. Uczelnie przygotowują personel medyczny do leczenia i pielęgnowania, ale nie przygotowują do rozmowy z chorym zanim umrze. Zauważono też pewnego rodzaju niechęć do pracy z pacjentami o złym rokowaniu. Jak często słyszy się opinię, że „nic już nie można dla nich zrobić”¹²⁶

Rozwój medycyny oddalił i zamroził obraz cierpień. Sprawił, że medycyna stała się mniej pokorna i nie potrafi przyznawać się do porażek, zamiast uznać naturalność tego co nieuniknione.

Jednocześnie od pół wieku dynamicznie rozwija się medycyna i opieka paliatywna. W jej obszarze widoczne są właściwe podejście do zagadnienia cierpienia. Akceptuje ona cierpienie i śmierć, a pacjenta traktuje jako całość, w której splatają się wzajemnie strefy: biologiczna, psychospołeczna i duchowa. Lepsze zrozumienie cierpienia terminalnie chorych pacjentów możliwe jest dzięki pojęciu „ból wszechogarniającego” (totalnego).

Pojęcie to wprowadziła Cicely Saunders na podstawie doświadczeń zdobytych w pracy z umierającymi. Obejmuje ono przeżycia o charakterze fizycznym, emocjonalnym, społecznym i duchowym. Uświadomienie cierpień pomogło C. Saunders sformułować trzy życzenia umierających pacjentów: POMÓŻ MI, WYŚLUCHAJ MNIE, ZOSTAŃ ZE MNĄ. W ten sposób zidentyfikowane zostały trzy podstawowe źródła cierpienia: NIEUŚMIERZONY BÓL, UTRATA GODNOŚCI, SAMOTNOŚĆ.

Koncepcja ta została zaakceptowana i dzięki niej pacjenci mogą otrzymać dobrą opiekę w hospicjach, w których nieuśmierzone cierpienie uznaje się za stan naglący!¹²⁷ Antoine De Saint – Exupery pięknie napisał: „Byle podmuch wiatru może zgasić lampę – trzeba dobrze uważać”. Tak samo jest z naszym życiem. Śmierć przychodzi bowiem nieoczekiwanie i zawsze za wcześnie, bez względu na to, czy dotyczy osoby dorosłej, czy dziecka. Jest to dla każdego przeżyciem ogromnie traumatycznym. Jest jednak faktem, który trzeba wliczyć w życie, jak każdy inny element ludzkiego bytowania. Nie powinna wprowadzać

¹²⁵ Makselon J.: Lęk wobec śmierci. Kraków 1998

¹²⁶ Brehant J.: Chory i lekarz w obliczu śmierci. PAX. Warszawa 1980

¹²⁷ Łuczak J. Etyka u kresu życia. W.: Holistyczna opieka Paliatywna w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej – materiały wykorzystane podczas kursu w ośrodku Caritas Diecezji Płockiej w Popowie. Biblos. Tarnów 2003.

w stan przygnębienia i depresji, ale być bodźcem do rozmyślań nad sensem istnienia. Każdy człowiek przygotowuje się do śmierci, nawet zdrowy. Jest ona bowiem zjawiskiem naturalnym. Oczywiście, z którą powinniśmy się oswoić. Ilekroć jednak z nią się spotykamy, staje się dla nas szokująca i paradoksalnie nieprzewidywalna. Małgorzata Musierowicz twierdziła bowiem, iż „śmierć nadaje piękno życiu. Tylko sztuczne kwiaty nie umierają”.

Tales napisał kiedyś: „śmierć niczym nie różni się od życia”. Czy tak jest naprawdę? Przemija wszystko: rzeczy, sprawy, idee, moda, ludzie ... Nigdy nie powtórzy się coś, co zdarzyło się sekundę temu. Nie ma możliwości zmiany tego, co już zostało powiedziane, zrobione ... Przemijanie życia ma jednak inny wymiar. Życie to pasmo wielu końców – koniec gaworzenia, koniec dzieciństwo, szkoły, pracy, szczęścia, rozpacz, a wreszcie koniec życia ... Prędzej czy później wszyscy odejdziemy z tego świata. Trzeba jednak pamiętać, iż w życiu ważne są wszystkie chwile, każde życie i każda śmierć

Życie kończy się wraz z ostatnim oddechem, ostatnim uderzeniem serca. Śmierć przychodzi czasami nagle, częściej jednak czujemy, że się zbliża, wiemy, że nadejdzie nieuchronnie, że jest tuż obok. Pomimo bliskiej obecności, każe niekiedy czekać na siebie bardzo długo, przerażająco długo. Czekać w cierpieniu, bólu, niemocy, w zawieszeniu między niechcianym już życiem, a upragnioną śmiercią.

Niosąc pomoc umierającym, powinniśmy „być” z nimi w najpełniejszym i najgłębszym tego słowa znaczeniu. Wspaniale jest jeśli posiadamy dar empatii, umiejętność zrozumienia innych ludzi, zdolność współczucia z nimi ich uczuć i emocji. Możemy wtedy towarzyszyć umierającym. Poszanowanie życia i jednocześnie akceptacja śmierci, uszanowanie słabości, lęku i wątpliwości w cierpieniu, stanowią ogromne wsparcie w najtrudniejszych, ostatnich chwilach życia. Każda śmierć, będąc przeżyciem niezwykłym, wzbogaca tych, którzy pozostają.

2. SPECYFIKA PROBLEMÓW PIELĘGNACYJNYCH W TERMINALNEJ FAZIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Pielęgnowanie, rozumiano jako troszczenie się o siebie, o własne życie i zdrowie, a także otaczanie opieką innych ludzi jest jednym z najstarszych poczynań człowieka.¹²⁸

Pielęgnowanie jest zespołem fachowych czynności zmierzających do utworzenia optymalnych warunków dla zachowania bądź przywrócenia biopsychospołecznej równowagi organizmu¹²⁹

¹²⁸ Poznańska D.: Pielęgniarka w opiece nad zdrowiem. [w]. Zahradniczek K. Wprowadzenie do pielęgniarstwa. Wydawnictwo lekarskie PZWL. Warszawa 1999, s. 31

¹²⁹ Wołynka S.: Pielęgniarstwo ogólne. Wydawnictwo lekarskie PZWL. Warszawa 1993, s. 40.

Pielęgowanie chorych to nie tylko zawód. To przede wszystkim posłannictwo pełnione w imię najwyższych wartości – człowieka. To również służba prawdzie, którą z miłością, dyskrecją i szczerością należy przekazać wtedy gdy prosi o nią pacjent.¹³⁰

Mianem pacjenta określamy każdego, kto korzysta ze świadczeń udzielanych przez pracowników instytucji ochrony zdrowia.

W medycynie odróżnia się objawy podmiotowe, tzn. te, które pacjent sam postrzega i odczuwa, od objawów przedmiotowych, obiektywnie stwierdzanych w wyniku badań fizykalnych.

Podmiotowe postrzeganie człowieka jest warunkiem indywidualizowania opieki. Takie traktowanie to umożliwienie człowiekowi dokonania wyboru i podejmowania decyzji, dawanie mu prawa do poczucia niezależności i odrębności osobistej.¹³¹

Terminalna faza choroby nowotworowej niezależnie od rodzaju i lokalizacji nowotworu, cechuje się różnorodnością objawów i ich nieustannym nasilaniem.

Leczenie przyczynowe nie daje realnych szans na przedłużenie życia, a śmierć chorego jest najbardziej prawdopodobną, logiczną konsekwencją przebiegu zdarzeń. Priorytetem w takiej sytuacji staje się zapewnienie choremu jak najlepszej jakości życia poprzez zminimalizowanie fizycznych objawów choroby.

Śmierć stanowi nieuniknioną część życia. Nie możemy jej zapobiec, tak samo jak nie możemy zapobiec towarzyszącemu jej bólowi rozstania. Możemy jednak doświadczenie śmierci uczynić lepszym, zarówno dla żyjących jak i umierających¹³²

2.1. WYBRANE PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTÓW

2.1.1. GŁÓWNE PROBLEMY PACJENTÓW W SFERZE SOMATYCZNEJ

Ból jest to przykre, zmysłowe i emocjonalne odczucie związane z bodźcem nocycyptycznym (nocere – gr. uszkadzać, niszczyć).

Farmakoterapia bólu i roztoczenie odpowiedniej opieki nad chorym stanowią bardzo istotny wkład w niesienie pomocy cierpiącemu człowiekowi. Łączy się to z jednej strony z dużą odpowiedzialnością, z drugiej zaś z wdzięcznością, która jest najlepszą nagrodą za poniesiony trud i wysiłek¹³³

Bólu doświadcza każdy z nas, niewiele jest jednak sytuacji, które w powszechnym odczuciu tak nierozzerwalnie łączą się z cierpieniem, jak choroba nowotworowa.

¹³⁰ Krakowiak S.: Zdażyć z prawdą. VIA MEDICA. Gdańsk 2006, s. 34.

¹³¹ Wieczorkowska – Tobis K., Szwałkiewicz E.: Opieka nad pacjentami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 27

¹³² Kossler D.: Śmierć jest częścią życia. Bertelsman Media, Warszawa 1999, s. 13

¹³³ Worz R.: Farmakoterapia bólu. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 1992, s. 272

Rodzaje bólu:

Ból receptorowy (nocyceptyczny). Powstaje w wyniku mechanicznego lub chemicznego podrażnienia receptorów czuciowych:

- somatyczny- związany z pobudzeniem receptorów skóry, opłucnej i okostnej – zwykle dobrze umiejscowiony, jednoznacznie opisywany przez chorego,
- trzewny- związany z pobudzeniem receptorów narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej- rozlany, określane jako ucisk, rozpieranie, przeszywanie, często z towarzyszącymi objawami wegetatywnymi

Ból niereceptorowy:

- ból neuropatyczny zainicjowany lub spowodowany pierwotnym uszkodzeniem układu nerwowego,
- ból psychogeny- związany z procesem myślenia, stanem emocjonalnym lub osobowością

Ból totalny (ang. total pain) często określane jako „ból szczególny”, wielorodzajowy, jest bólem występującym przede wszystkim u chorych z chorobą nowotworową. Chory w okresie zaawansowanej choroby odczuwa jednocześnie ból somatogeny, neurogeny i psychogeny. Towarzyszy temu negatywne doznanie związane z przeżywaniem bólu psychicznego i egzystencjonalnego. Ból totalny nazywany jest bólem „wszechogarniającym”¹³⁴

Na ból wszechogarniający, oprócz bólu fizycznego składają się takie czynniki jak:

- wpływ choroby na psychikę pacjenta,
- lęk,
- depresja,
- złość.

W przebiegu choroby nowotworowej dochodzi do stopniowego pogarszania się stanu zdrowia, zmian w wyglądzie zewnętrznym, pacjent często traci dotychczasową pozycję zawodową, pojawia się niepewność wobec przyszłości, obawy o losy najbliższych. W związku z tym leczenie samego bólu fizycznego jest niewystarczające.

Podstawowe znaczenie ma to, co chory mówi o swoim bólu, jak opisuje jego natężenie („lekki, umiarkowany, silny, nie do wytrzymania”), jego charakter („tępy, piekący, palący, gniotący, przeszywający, rozdzierający”), czas trwania („stały, kolkowy, napadowy, występujący podczas poruszania się”) itp. Należy przyjąć, że ból jest zawsze taki jakim opisuje go chory, a nie taki jak innym się wydaje; że powinien być.¹³⁵

¹³⁴ 26 Suchacka L.: Psychologia bólu. Centrum Doradztwa i Informacji Difin, Warszawa 2008, s. 33.

¹³⁵ Dobrogowski J., Przeklasa – Muszyńska A., Golec A.: Wiek podeszły i ból [w:] Dobrogowski J., Wordliczek J.; Ból przewlekły. MCKP UJ. Kraków 2002, s. 189

Podział bólu ze względu na czas trwania

Ból ostry – definiowany jest jako ból krótkotrwały, stanowiący informację o zagrożeniu bodźcem szkodliwym.¹³⁶ Za ból ostry uznaje się ból trwający nie dłużej niż 2–3 miesiące. Leczenie najczęściej sprowadza się do usunięcia przyczyny, przy jednoczesnym działaniu przeciwbólowym.

Ból przewlekły – trwający ponad 3 miesiące określany jest jako patologiczny, będący jednocześnie objawem jak i skutkiem choroby.

Ze względu na emocjonalny charakter odczuwania bólu jego ocena ma charakter subiektywny, jednak w każdym przypadku należy dążyć do określenia odczuwania bólu ze względu na optymalizację wyboru podstawowego leku przeciwbólowego, jak również konieczność oceny skuteczności leczenia i jego ewentualną modyfikację.¹³⁷

W praktyce można stosować różne skale oceny bólu. Jedną z nich jest skala opisowa. Pacjent sam określa swój ból np. łagodny, silny, obezwładniający, umiarkowany. Skala ta często nie jest jednak dokładna. Chorzy zmęczeni długotrwałymi dolegliwościami określają ból jako bardzo silny, jednocześnie przyznając, że jest on słabszy niż przed rozpoczęciem leczenia przeciwbólowego, albo bardzo silny ból określają jako umiarkowany.

Powszechnie stosowaną skalą do oceny natężenia bólu jest skala wizualno -analogowa (z ang. Visual Analogue Scale- VAS).¹³⁸ Skala VAS to dziesięciocentymetrowy odcinek, którego początek (0) określany jest jako całkowity brak bólu, a koniec (10) jako najsilniejszy ból jaki chory może sobie wyobrazić. Zazwyczaj bóle określane jako słabe zawierają się w liczbach VAS 1–3, umiarkowane- wymagające leczenia VAS 4–6, bardzo silne- wymagające bezwzględnie leczenia VAS 7–10.

Nadanie bólowi wartości liczbowych, czyni ból zjawiskiem namacalnym, widocznym dla pielęgniarki i lekarza (podobnie jak w przypadku pomiaru ciśnienia tętniczego czy temperatury ciała).



Rysunek 1: Skala wizualno – analogowa VAS (opracowanie własne)

Schemat WHO

Metoda nazywana „Schematem WHO” lub „trójstopniową drabiną analgetyczną” stała się światowym standardem leczenia przeciwbólowego. Podstawową zasadą tego

¹³⁶ Suchacka L.: Psychologia bólu. Centrum Doradztwa i Informacji Difin, Warszawa 2008, s. 33

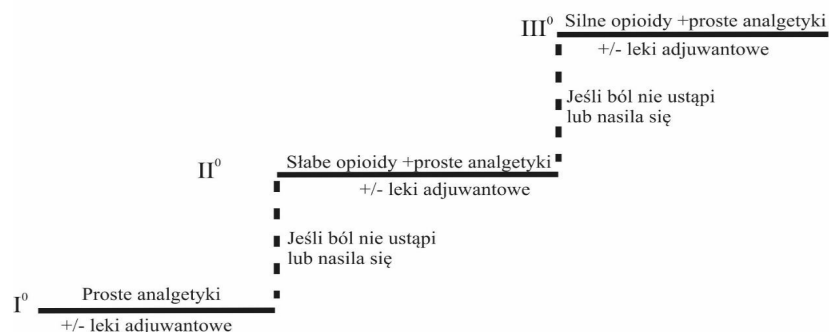
¹³⁷ Kubler A.: Opieka paliatywna. Urban – Partner, Wrocław 2007, s. 300

¹³⁸ Dobrogowski J., Przeklasa – Muszyńska A., Golec A.: Wiek podeszły i ból [w:] Dobrogowski J., Wordliczek J.; Ból przewlekły. MCKP UJ. Kraków 2002, s. 189

standardu jest to, że dawka leku dobierana jest indywidualnie dla każdego chorego, tak aby zapewnić właściwy dla danego leku czas bezbolesności. Konieczne jest stałe utrzymywanie poziomu terapeutycznego leku, a więc podawanie kolejnych dawek w regularnych odstępach czasu, a nie „w razie bólu”, zmiana na lek silniejszy, gdy słabszy przestaje być skuteczny oraz kojarzenie analgetyków o różnych mechanizmach działania i uzupełnianie leczenia lekami adjuwantowymi.

Leki przeciwbólowe dzielimy na trzy grupy:

- I. Proste analgetyki: niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) i Paracetamol, Metamizol.
- II. Słabe opioidy.
- III. Silne opioidy.



Rysunek 2: Drabina analgetyczna (opracowanie własne).

Przewlekły ból nowotworowy charakteryzuje się swoistymi symptomami i wymaga specyficznego leczenia przeciwbólowego, wspomaganego adjuwantami: lekami przeciwlękowymi, nasennymi, uspakajającymi, rozluźniającymi mięśnie, przeciwdepresyjnymi, przeciwdrgawkowymi, przeciwwymiotnymi, przeczyszczającymi, rozkurczowymi i przeciwozbrękowymi. Wybór i zastosowanie właściwych analgetyków, szczególnie o ciągłym i kontrolowanym uwalnianiu, pozwala uniknąć nawrotów bólu, utrzymując stałe, analgetyczne stężenie w surowicy krwi chorego.¹³⁹

Istotnym problemem klinicznym są też tzw. bóle przebijające (ang. breakthrough pain), czyli silny (VAS > 5), napadowy ból pojawiający się kilka, do kilkunastu razy w ciągu doby, pomimo prawidłowego leczenia przeciwbólowego, zazwyczaj krótkotrwały (do kilkudziesięciu minut). Jest to zjawisko bardzo częste, dotyczy 40- 60% chorych. Dlatego też każdy chory wymaga dokładnego poinformowania o możliwości wystąpienia

¹³⁹ Puskowska J.: Rola pielęgniarki w łagodzeniu bólu i cierpienia, [w:] de Walden- Gałuszko K., Kopacz A.: Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, s. 68

takich dolegliwości i zaopatrzenia w szybko i krótko działający lek przeciwbólowy, stosowany doraźnie w razie wystąpienia bólu przebijającego.¹⁴⁰ *Duszność* jest subiektywnym odczuciem trudności w oddychaniu, może mieć: na charakter wysiłkowy lub spoczynkowy – nie związany z żadnym wysiłkiem. Duszność wysiłkowa występuje niemal u wszystkich chorych w stanach terminalnych. Natomiast duszność spoczynkową obserwuje się u ok. 30–50% chorych, a w przypadku raka oskrzela nawet u 70%. Duszność jest zaliczana do czynników, których wystąpienie wiąże się na ogół z krótszym okresem przeżycia, szczególnie u chorych z rakiem płuca.¹⁴¹

Duszność jest jednym z najczęstszych objawów, które występują w przebiegu chorób nowotworowych. Jednocześnie jest przyczyną znacznego pogorszenia jakości życia chorych z zaawansowanym nowotworem.

W terminalnym stadium choroby nowotworowej duszność często ma wiele przyczyn. Większość chorych ma słabe mięśnie oddechowe, zmiany patologiczne w płucach i nikotynizm w wywiadzie. U znacznej grupy chorych występuje niedokrwienie mięśnia sercowego i zaburzenia rytmu serca, a prawie wszyscy cierpią z powodu różnych lęków, w tym także lęku przed uduszeniem. Wykazano, że lęk jest niezależnym czynnikiem skorelowanym z intensywnością duszności u osób z chorobą nowotworową.

Do innych przyczyn duszności należą:

- włóknienie mięszu płuc po radioterapii lub chemioterapii współistniejące przewlekłe choroby układu oddechowego – płyn w jamie opłucnowej lub otrzewnowej,
- zatorowość płucna w przebiegu zakrzepicy żył głębokich,
- niedokrwistość,
- gorączka,
- kwasica metaboliczna.

W leczeniu farmakologicznym objawowym stosowane są przede wszystkim opioidy, benzodiazepiny, kortykosteroidy i leki rozszerzające oskrzela.

W postępowaniu niefarmakologicznym bardzo ważne jest zapewnienie choremu poczucia bezpieczeństwa. Nie można lekceważyć wpływu reakcji emocjonalnych na stopień odczuwania duszności, a zwłaszcza towarzyszącego lęku, który często nie jest przez chorego werbalizowany.

Pozytywną rolę odgrywa również rozpraszanie nieuzasadnionych czasami obaw chorego, że duszność jest wyrazem zaawansowania nowotworu i nie da się jej opanować.

¹⁴⁰ Lewandowski T.: Leczenie bólu w chorobach nowotworowych, [w:] Chmielewska E Dziukowska J., Kawecki A. Onkologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, s. 121.

¹⁴¹ Krajnik M. Objawy ze strony układu oddechowego, [w:] de Waldcn- Gałuszko K.: Podstawy opieki paliatywnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2004, s. 59

Należy o tym rozmawiać z chorym, tłumaczyć w miarę możliwości przyczyny duszności i możliwości przeciwdziałania jej (m.in. przez umiejętne przyjmowanie pozycji orthopnoe).¹⁴² Techniki relaksacyjne, fizjoterapia w formie drenażu ułożeniowego lub ćwiczeń oddechowych użyte razem mogą być bardzo pomocne. Kierowanie strumienia powietrza na twarz, może ograniczać uczucie duszności. Zasadniczym czynnikiem jest próba wyjaśnienia i przekonania pacjenta, że nienaturalna świadomość oddychania ulegnie normalizacji wkrótce po zastosowaniu leków, i że może czuć się bezpieczniej.³⁵ Pomieszczenie, w którym przebywa pacjent powinno być przestronne i dobrze wentylowane. Na ogół chorzy łatwiej oddychają gdy powietrze jest chłodniejsze. Wysokie ułożenie górnej połowy ciała również ułatwia oddychanie. Jeżeli chory usiłuje przyjąć pozycję siedzącą z pochyleniem do przodu, można ustawić stolik przyłóżkowy, w celu stworzenia wygodnego oparcia dla rąk i głowy. Chorym unieruchomionym w łóżku należy zapewnić częstą, regularną zmianę pozycji ciała.

Zmniejszenie duszności uzyskuje się zwykle, nawet u chorych z prawidłową gazometrią (efekt psychologiczny), przez podanie tlenu ze stosunkowo małą prędkością przepływu (1–2 l/min), najlepiej donosowo. Często powstaje jednak przy tym rodzaj uzależnienia od tlenu, co ogranicza choremu swobodę poruszania się, dlatego też istnieją pewne rozbieżności na temat wskazań do tlenoterapii. Bezwzględny wskazaniami są niewątpliwie stany ostrej, nasilonej duszności, rokujące przynajmniej określoną poprawę po włączeniu leczenia tlenem. U chorych poddawanych tlenoterapii zaleca się stosowanie cewników donosowych, gdyż maska utrudnia przyjmowanie płynów i komunikację z otoczeniem.

Kaszel jest mechanizmem obronnym, prowadzącym do usunięcia z dróg oddechowych ciał obcych i nadmiaru śluzu. Jednak w chorobie nowotworowej jego nasilenie i przewlekły charakter mogą powodować znaczne cierpienie. Ponadto nasilony kaszel może być przyczyną wyzwalającą krwioplucie.

W terminalnej fazie choroby nowotworowej kaszel występuje u 50% chorych, a u pacjentów z rakiem oskrzela w 80% przypadków.¹⁴³

W zależności od występowania płwociny wyróżnia się kaszel suchy i wilgotny. Kaszel wilgotny może być efektywny, kiedy chory jest zbyt słaby lub ma zaburzenia świadomości i nie potrafi odkrztusić gromadzącej się wydzieliny. Męczący i długotrwały kaszel powoduje zaburzenia snu, nudności, bóle w klatce piersiowej, staje się więc przyczyną znacznego cierpienia chorego.

¹⁴² Zapaśnik A., Żylicz Z.: Leczenie częstych objawów występujących ze strony poszczególnych układów, [w:] Hebanowski M., de Walden- Gałuszko K., Żylicz Z.: Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, s. 112.

¹⁴³ Krajnik M. Objawy ze strony układu oddechowego, [w:] de Walden- Gałuszko K.: Podstawy opieki paliatywnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2004, s. 59

Ogólna zasada postępowania w kaszlu polega na wdrożeniu, jeśli jest to możliwe, postępowania przyczynowego. Bardzo ważna jest rehabilitacja oddechowa i nauczanie chorego skutecznego odksztuszania. Ważne jest nawilżanie wdychanego powietrza (rozwieszanie mokrych ręczników, stosowanie nawilżaczy pokojowych, inhalacje 0, 9% NaCl). Przeciwkaszlowo działają również środki miejscowo znieczulające, hamujące obwodowe receptory dróg oddechowych np. Bupiwakina. Należy unikać oklepywania i wstrząsania klatki piersiowej, gdyż u części pacjentów może to pogorszyć stan, wywołując niedodmę (zapadnięcie płuca), niedotlenienie lub/i skurcz oskrzeli.

Odsysanie pomaga usunąć zalegającą wydzielinę z dróg oddechowych, jednak czasami może doprowadzić do odruchowego skurczu oskrzeli. Korzystniejszym jest odsysanie wydzieliny z jamy nosowo-gardłowej niż bezpośrednio z drzewa oskrzelowego. Przy zaleganiu dużej ilości płwociny wskazane jest zastosowanie drenażu ułożeniowy tzn. ułożenie głowy niżej w stosunku do tułowia co powoduje przesunięcie się wydzieliny do tchawicy i gardła. Kaszel może być potęgowany przez niepokój a także lęk, ważna jest więc obecność przy chorym kogoś z rodziny, wsparcie psychiczne ze strony personelu medycznego. Czasem konieczne jest podanie środków przeciw lękowych.

Krwioplucie polega na odkrztuszaniu krwi z dróg oddechowych. Jest objawem, który występuje u 47–70% chorych z rozpoznaniem rakiem płuca. Rzadziej spotykaną przyczyną krwiopłucia jest zatorowość płucna.¹⁴⁴

Leczenie uzależnione jest od stopnia nasilenia krwawienia. Rzadkie odkrztuszanie małych ilości krwi nie wymaga interwencji, choć należy obserwować, czy występujący objaw nie ulega nasileniu. Masywne krwioplucie definiuje się jako odksztuszanie powyżej 200ml krwi na dobę, zazwyczaj jest związane z uszkodzeniem naczynia tętniczego.

W przypadku wystąpienia krwiopłucia należy ułożyć chorego w pozycji siedzącej, zapewnić mu bezwzględny spokój. Nie należy podawać nic do jedzenia natomiast pragnienie zaspokajać zimną wodą lub kawałkami lodu. Na okolicę klatki piersiowej należy położyć woreczek z lodem. Ważne jest aby nie pozostawiać pacjenta samego. Istotna jest ciągła obecność osób najbliższych i w razie potrzeby lekarza lub pielęgniarki.

Leczenie farmakologiczne polega na podawaniu leków przeciwkrwotocznych. Rzadko w przypadku masywnego krwawienia podejmuje się działania mające na celu przedłużenie życia chorego: bronchoskopia, intubacja, embolizacja tętnicy oskrzelowej. Są objawami często występującymi u pacjentów w terminalnym stadium choroby nowotworowej. Termin *kacheksja* pochodzi od greckiego kakos – zły i Hesja – stan, kondycja i charakteryzuje się postępującą utratą masy ciała. U podłoża wyniszczenia leżą zaburzenia metaboliczne, jak również zaburzenia przyswajania spożytych substratów

¹⁴⁴ Buss T.: Rola pielęgniarki w leczeniu objawowym, [w:] de Walden- Gałuszko K., Kaptacz A.: Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. PZWL, Warszawa 2005, s. 82–105

oraz zmniejszona liczba przyjmowanych kalorii. Należy zatem wyjaśnić pacjentowi i jego rodzinie, iż zwiększona podaż pokarmów nie jest w stanie przywrócić dawnej wagi ciała. Pozwoli to zapobiec tzw. „karmieniu na siłę”, co często może się zdarzyć w podobnych przypadkach.

Anoreksja jest jednym z najbardziej dokuczliwych, problemem pojawiającym się w przebiegu choroby nowotworowej. Jedną z najważniejszych przyczyn jadłowstrętu, podobnie jak w przypadku kacheksji, są zaburzenia metaboliczne. Powodują one upośledzenie prawidłowego funkcjonowania ośrodka sytości zlokalizowanego w podwzgórze. U pacjentów z chorobą nowotworową bardzo często obserwujemy współistnienie wyniszczenia i braku apetytu. W związku z prawdopodobnie wspólną etiologią łączy się te objawy w jeden zespół kacheksja- anoreksja (ang. cachexia- anorexia syndrome).¹⁴⁵

Brak apetytu i utrata masy ciała jest bardzo stresogennym objawem zarówno dla pacjenta jak i jego rodziny. Starając się pomóc pacjentowi możemy próbować usunąć odwracalne przyczyny braku apetytu np. suchość i bolesność w jamie ustnej, zaparcia, bezsenność, depresja, poczucie osamotnienia.

Suchość jamy ustnej jest subiektywnie odczuwanym objawem, któremu towarzyszy brak lub zmniejszenie ilości wydzielanej śliny. Częstość występowania suchości w jamie ustnej u chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową wynosi wg różnych źródeł od 29–77%, przy czym u 30% objaw ten jest mało dokuczliwy. Suchość jamy ustnej częściej występuje u kobiet. Dolegliwość ta powoduje trudności w połykaniu pokarmów, mówieniu, obrzęk języka, owrzodzenia kącików ust, upośledza łaknienie a w dalszej kolejności predysponuje do zmian zapalnych w jamie ustnej. Przyczynami suchości błon śluzowych w jamie ustnej są: odwodnienie, brak łaknienia, zapalenie jamy ustnej (drożdżakowe, bakteryjne, aftowe, po radioterapii, chemioterapii), działanie uboczne leków, awitaminozy. Postępowanie kliniczne obejmuje profilaktykę i leczenie czynników odwracalnych, pielęgnację jamy ustnej i stymulację wydzielania śliny. W celu zapobiegania suchości jamy ustnej u pacjentów z grupy podwyższonego ryzyka należy profilaktycznie włączać leki przeciwgrzybicze. Pacjenci ci wymagają dokładnego przestrzegania higieny jamy ustnej. W suchości jamy ustnej w przebiegu odwodnienia należy dbać o odpowiednią ilość przyjmowanych płynów, które należy przyjmować drogą doustną. Nawadnianie drogą pozajelitową należy ograniczyć do wybranych sytuacji klinicznych.

Celem dobrej pielęgnacji jamy ustnej jest unikanie urazów błony śluzowej, utrzymanie prawidłowego nawilżenia warg i błony śluzowej jamy ustnej, usuwanie płytki nazębnej i resztki martwiczych tkanek, zapobieganie infekcji i próchnicy, łagodzenie bólu. Pielęgnacja jamy ustnej polega na: myciu zębów miękką szczoteczką po każdym posiłku

¹⁴⁵ Buss T.: Rola pielęgniarki w leczeniu objawowym, [w:] de Walden- Gałuszko K., Kaptacz A.: Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. PZWL, Warszawa 2005, s. 82–105

i przed udaniem się na spoczynek, płukaniu jamy ustnej łagodnymi środkami odkażającymi np. rumiankiem, szalwią, ssaniu tabletek musujących z kwasem askorbinowym, nawilżanie ust, ssanie kawałka mrożonego ananasa lub kostek lodu, zakaz spożywania alkoholu i palenia papierosów. Do czynników sprzyjających wytwarzaniu i wydzielaniu śliny należy zaliczyć: żucie gumy bezcukrowej, ssanie cukierków o intensywnym smaku: cynamonowym, cytrynowym.

Wyniszczeniu nowotworowemu często towarzyszy *zespół znużenia (astenia)*. Z powodu różnorodności określeń tego zjawiska (np. w Polsce używane są określenia: astenia, znużenie, wyczerpanie, utrata sił, nadmierna męczliwość) zdecydowano się stworzyć nowy termin- „zmęczenie związane z chorobą nowotworową” (cancer related fatigue – CRF).¹⁴⁶

Do objawów klinicznych astenii należą: ogólne osłabienie, stopniowe zmniejszanie codziennej aktywności, zaburzenia pamięci, trudności z koncentracją.

Dobra współpraca z pacjentem i jego rodziną pozwala na ustalenie najlepszego sposobu postępowania mającego na celu dostosowanie wysiłku fizycznego do aktualnych możliwości chorego. Czynności wymagające największego nakładu energii można zastąpić w miarę możliwości innymi, mniej absorbującymi. Ważne jest również ustalenie odpowiedniej proporcji pomiędzy okresami wypoczynku i aktywności w ciągu doby.

Inną metodą radzenia sobie z problemem astenii jest stosowanie technik dystrochcyjnych polegających na odwracaniu uwagi pacjenta od odczuwanego zmęczenia poprzez: słuchanie muzyki, oglądanie telewizji, czytanie książek itp. Leczenie farmakologiczne w astenii skierowane jest na redukcję czynników prawdopodobnie powodujących zmęczenie np. pacjenci ze zmęczeniem i towarzyszącym mu bólem muszą być zaopatrzeni przeciwbólowo, przy współistnieniu depresji- leczenie przeciwdepresyjne. W astenii o nieznannej etiologii stosuje się tzw. niespecyficzne postępowanie lecznicze. Zastosowanie w tym przypadku znajdują kortykosteroidy, progestageny oraz środki psychostymulujące.

Pod pojęciem wymiotów należy rozumieć proces gwałtownego wyrzucania treści pokarmowej z żołądka do jamy ustnej. Najczęściej wymioty są poprzedzone nudnościami. W zaawansowanej chorobie nowotworowej *nudności i wymioty* występują u ok. 40–70% pacjentów.

Przyczyny:

- wysoka niedrożność przewodu pokarmowego,
- krwawienie z żołądka zaparcia mocznica uporczywy kaszel,
- zwiększone ciśnienie śródczaszkowe
- stosowane leki np. Tramadol, Morfina, Fentanyl,
- radioterapia, chemioterapia.

¹⁴⁶ Jarosz J., Hągmajer E. Wyniszczenie nowotworowe – zespół kaheksja-anoreksja-astenia. [w:] de Walden- Gałuszko K.: Podstawy opieki paliatywnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, s. 115.

Do niefarmakologicznych metod łagodzenia nudności i wymiotów należą:

- zapewnienie choremu spokoju i poczucia bezpieczeństwa,
 - neutralizowanie przykrych zapachów,
 - unikanie posiłków prowokujących wymioty,
 - podawanie jedzenia i picia w niewielkich ilościach właściwa higiena jamy ustnej.
- W postępowaniu farmakologicznym najwłaściwszą drogą podania leku przeciwwymiotnego jest droga pozajelitowa (dożylnie, podskórnice, doodbytniczo).

Podanie leku drogą doustną nie gwarantuje właściwego skutku terapeutycznego.

Czkawka jest przymusowym skurczem mięśni międzyżebrowych i przepony, spowodowanym nagłym wdechem, po którym następuje zamknięcie głośni. Powyższym zmianom czynnościowym towarzyszy charakterystyczny dźwięk. Czkawka może mieć charakter ostry (przejściowy) lub przewlekły.

W terminalnej fazie choroby nowotworowej najczęstszą przyczyną czkawki jest rozdęcie żołądka (95% przypadków). Do innych, rzadziej występujących przyczyn należą: refluks żołądkowo-przełykowy, wodobrzusze, niedrożność jelit, niewydolność nerek.

Do tradycyjnych metod postępowania w przypadku czkawki należą: szybkie połknięcie dwóch łyżeczek cukru, połykanie skruszonych kostek lodu, szybkie wypicie dwóch szklanek wody, wstrzymanie oddechu.

W farmakoterapii stosowane są leki zmniejszające rozdęcie żołądka np. Espumisan, rozluźniające mięśnie szkieletowe (Baclofen, Midazolam) oraz leki działające ośrodkowo np. Haloperidol.

Pod pojęciem *zaburzeń połykania (dysphagia)* należy rozumieć utrudnione przechodzenie pokarmów z jamy ustnej przez przełyk do żołądka. Dysfagię z towarzyszącymi bólami określa się jako odynofagię.

W zależności od miejsca utrudnionego pasażu wyróżnia się tzw. dysfagię przeprzełykową, zwaną również ustno-gardłową, oraz dysfagię przełykową. Dysfagia ustno-gardłowa charakteryzuje się trudnościami z rozpoczęciem połykania. Przyczyną dysfagii ustno-gardłowej są najczęściej zaburzenia ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego (guzy mózgu, wiał rdzenia, porażenie rzekomoopuszkowe, stwardnienie rozsiane, myastemia gravis), rzadziej zaburzenia motoryczne (dysfunkcja górnego zwieracza przełyku) lub choroby mięśni oraz zmiany zapalne lub anatomiczne tego odcinka przełyku (uchyłek Zenkera, nowotwory gardła lub tchawicy, nowotwory uciskające od zewnątrz na przełyk).¹⁴⁷

¹⁴⁷ Kokot F.: Symptomologia chorób układu pokarmowego, [w:] Konturek S~ Gastroenterologia i hepatologia kliniczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, 7–18.

Dysfagia przełykowa uwarunkowana jest najczęściej przeszkodą mechaniczną, rzadziej zmianami zapalnymi lub zaburzeniami motorycznymi. Dokładnie zebrany wywiad oraz obserwacja pacjenta pozwoli ocenić w jakiej fazie występują zaburzenia połykania.

Jeżeli zaburzenia dotyczą fazy ustnej następuje wyciek pokarmu w jamie ustnej. W fazie gardłowej kęs pokarmowy może utknąć w gardle, wywołać odruchy wymiotne, dławienie się i kaszel. W fazie przełykowej pokarm ulega zatrzymaniu w przełyku, co powoduje ból i uczucie pieczenia za mostkiem.

Bardzo istotne jest udzielenie pacjentowi jak również jego rodzinie porad dietetycznych.

W tym przypadku właściwe odżywianie polega na częstym spożywaniu małych ilości pokarmu, najlepiej rozdrobnionego lub zmiksowanego. Podczas połykania podbródek powinien być lekko przygięty do klatki piersiowej.

W skrajnych przypadkach jedynym sposobem żywienia chorego jest podawanie pokarmu przez sondę nosowo-żołądkową, gastrostomię lub jejunostomie.

Leczenie zależy od przyczyny i stopnia nasilenia wodobrzusza oraz od stanu ogólnego pacjenta. U większości chorych podawane są leki moczopędne, w niektórych przypadkach leczenie polega na nakłuciu jamy otrzewnowej i ewakuacji części płynu (paracenteza odbarczająca).

Zaparcie jest to oddawanie stolca rzadziej niż trzy razy w tygodniu, często połączone z uczuciem niepełnego wypróżnienia.

Główne przyczyny zaparcia:

- brak aktywności ruchowej,
- hiperkalcemia,
- odwodnienie,
- dieta ubogo- resztkowa,
- trudności w korzystaniu z toalety,
- leki: opioidy, niektóre leki psychotropowe.

Ogólne zasady postępowania polegają na systematycznej kontroli wypróżnień, zachęcaniu pacjenta do picia większej ilości płynów jak również do spożywania produktów zawierających błonnik. W miarę możliwości należy ograniczyć stosowanie pampersów i umożliwić korzystanie z toalety. W czasie wypróżniania należy stworzyć warunki pozwalające na zachowanie intymności. Istotne jest utrzymanie umiarkowanej aktywności fizycznej.

Postępowanie farmakologiczne polega na podawaniu leków drażniących błonę śluzową jelita, środków działających osmotycznie lub zmiękczających stolec. Ok. 30% pacjentów wymaga stosowania środków doodbytniczych (czopki, wlewki).

Biegunka oznacza oddawanie płynnego, półpłynnego lub papkowatego (nieufornowanego) stolca częściej niż 3 razy na dobę.¹⁴⁸ Stan taki trwający dłużej niż 3 tygodnie nazywamy biegunką przewlekłą.

U chorych w terminalnym stanie choroby nowotworowej najczęstszą przyczyną biegunki jest stosowane leczenie: podawanie środków przeczyszczających, antybiotyków, cytostatyków, niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Innymi trzema czynnikami mogą być organiczne choroby jelita cienkiego, zaburzenia trawienia, zaburzenia czynnościowe.

U pacjentów w stanie terminalnym może dojść do tzw. „biegunki z przelania”, występującej np. przy zaczopowaniu masami kałowymi.

Pojawienie się biegunki wymaga przeprowadzenia szczegółowego wywiadu: ustalenia częstości wypróżnień, oceny barwy i konsystencji stolca, kontroli przyjmowanych przez pacjenta leków ze szczególnym uwzględnieniem środków przeczyszczających.

W postępowaniu terapeutycznym należy zwrócić uwagę na dietę oraz na uzupełnianie utraconych płynów. Preferowana jest droga doustna. W większości przypadków wystarczające jest nawadnianie chorego i wyrównywanie niedoborów elektrolitowych poprzez podawanie gotowych preparatów np. Gastrolitu.

Odleżyna jest to ograniczone uszkodzenie skóry i głębiej leżących tkanek, powstałe w wyniku ucisku, rozciągnięcia i tarcia. Czynniki te mogą powodować zamykanie lub niszczenie naczyń włosowatych co prowadzi do niedokrwienia komórek, ich niedotlenienia i śmierci.

Istnieją również inne czynniki, które sprzyjają występowaniu odleżyn przez zmniejszenie tolerancji na ucisk, ale same nie są w stanie ich wywołać. Są one określane jako czynniki predysponujące. Można je podzielić na wewnętrzne – zależne od stanu pacjenta i zewnętrzne uzależnione od warunków otoczenia, w którym przebywa chory.

Czynniki wewnętrzne ryzyka rozwoju odleżyn wynikają z ogólnej kondycji pacjenta oraz jednostki chorobowej. Należą do nich m.in.:

- zaburzenia ze strony układu nerwowego (unieruchomienie, stan nieprzytomności, zniesienie czucia),
- otyłość,
- niedożywienie,
- wyniszczenie,
- niedobory białka i witamin cukrzyca,
- nietrzymanie moczu i stolca (maceracja skóry, zakażenia). Do zewnętrznych czynników powstawania odleżyn należą:
- nieodpowiedni mikroklimat otoczenia,

¹⁴⁸ Kokot F.: Symptomologia chorób układu pokarmowego, [w:] Konturek S~ Gastroenterologia i hepatologia kliniczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, s. 7–18

- niewłaściwa pielęgnacja skóry,
- nieumiejętne stosowanie udogodnień. Mechanizm powstawania odleżyn:

W wyniku długotrwałego ucisku dochodzi do obumierania komórek, a następnie wytworzenia się ogniska martwicy. Z biegiem czasu martwicy strup oddziela się od zdrowej tkanki, pozostawiając głęboki ubytek.

W powstawaniu odleżyn można wyróżnić następujące fazy:

- I. zaczerwienienie, któremu towarzyszy niewielki obrzęk i ból oraz miejscowe zwiększenie ocieplenia tkanek,
- II. zasinienie uprzednio zaczerwienionego miejsca (miejsce to łatwo ulega uszkodzeniu, ponieważ komórki tracą swoją żywotność), zwiększenie bolesności (na skutek niedostatecznego dopływu krwi tętniczej i upośledzonego odpływu krwi żyłnej),
- III. oddzielenie się martwej tkanki od podłoża i powstanie ubytku,
- IV. rozległe uszkodzenie, które może sięgać do mięśni i kości.¹⁴⁹

Jako najczęstsze miejsca powstawania odleżyn wymienia się: kość krzyżową, krętarze większe, guzy kulszowe, pięty, łokcie i kostki.

Do oceny zagrożenia odleżynami służą skale opracowane na podstawie analizy czynników ryzyka. Są to m.in. skala Douglas, Norton, Waterlow, Braden. Odleżyny u pacjentów w zaawansowanej chorobie nowotworowej są bardzo trudne do leczenia, dlatego istotną rolę odgrywa profilaktyka. W celu odciążenia miejsc szczególnie narażonych na ucisk stosuje się materace przeciwoleżynowe statyczne, zmiennociśnieniowe. Materace statyczne rozkładają ciężar ciała na dużą powierzchnię rozpraszając w ten sposób ucisk pod wyniosłościami kostnymi. Wykonane są zazwyczaj z pianki poliuretanowej a ich powierzchnia ukształtowana jest w postaci nieregularnych klocków.

Materace zmiennociśnieniowe wykonane są z tworzywa sztucznego. Istotą ich działania jest naprzemienne wtłaczanie powietrza za pomocą specjalnej pompy, do rzędów komór, z których zbudowany jest materac. Ciało osoby leżącej na takim materacu podpierane jest na zmianę, w krótkich odstępach czasu, w różnych miejscach w wyniku czego zmniejsza się ucisk na poszczególne partie ciała a także poprawia się ukrwienie tkanek.

Pomimo stosowania materacy przeciwoleżynowych podstawowe znaczenie w profilaktyce odleżyn stanowi systematyczna zmiana pozycji ułożeniowej chorego.

¹⁴⁹ Strugała M, Krysiak J.: Potrzeba ruchu i wypoczynku, [w:] Talarska D., Wieczorkowska- Tobis K., Szwałkiewicz E.: Opieka nad osobami przewlekle chorymi w wieku podeszłym i niesamodzielnymi. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 213

Częstotliwość należy dobrać indywidualnie do potrzeb pacjenta. Pacjenta należy unosić delikatnie, zdecydowanie unikając tarcia. W celu ustabilizowania pozycji chorego należy stosować różnego rodzaju udogodnienia (kliny, wałki, poduszki) wypełnione np. siemieniem lnianym. Podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych, należy kontrolować stan skóry, aby móc wcześniej wykluczyć wszelkie niepokojące zmiany. Miejsca narażone na ucisk można delikatnie oklepywać, aby poprawić ich ukrwienie. Należy zadbać o to, aby bielizna osobista i pościelowa była zawsze czysta i sucha a prześcieradło dobrze naciągnięte.

Ważnym elementem procesu zapobiegania odleżynom jest jego dokumentowanie. Dobrze prowadzona dokumentacja pomaga w zachowaniu ciągłości opieki, ułatwia też wymianę informacji w zespole. Pomimo stosowanej profilaktyki, u części chorych terminalnie odleżyny pojawiają się. Konieczne jest wtedy podjęcie działań terapeutycznych. Ogromne znaczenie dla procesów naprawczych ma specyficzny mikroklimat, jaki tworzy się między opatrunkiem a raną (lepsze efekty gojenia osiągnąć można w środowisku wilgotnym).

Wśród nowoczesnych opatrunków sprzyjających gojeniu się ran wyróżniamy m.in.: błony półprzepuszczalne, hydrożele, hydrokoloidy, opatrunki algininowe. Dobór opatrunku uzależniony jest od stopnia zaawansowania odleżyny i fazy gojenia. Odleżyny goją się wtórnie przez ziarninowanie. Proces ten przebiega w trzech fazach:

Faza wysięku (zapalenia) – jest to reakcja na uraz. Charakteryzuje się wystąpieniem odczynu zapalnego i dużym wysiękiem.

1. Faza ziarninowania (wzrostu) – w ranie powstają nowe naczynia włosowate, a ubytek tkanki jest wypełniany ziarniną,
2. Faza epitelizacji – charakteryzuje się migracją komórek naskórka z brzegów rany: raz mieszków włosowych, które pokrywają wytworzoną wcześniej ziarninę i kończą gojenie.

Poza odleżynami dużym problemem w opiece paliatywnej są także *owrzodzenia nowotworowe*. Są to uszkodzenia skóry i błon śluzowych powstające na podłożu tkanki nowotworowej. Pojawiają się one w wyniku rozwoju pierwotnego nowotworu skóry albo jako miejscowy naciek zaawansowanego guza (np. krtani, ślinianki, odbytu), lub też w następstwie odległego przerzutu.¹⁵⁰

Owzrodzenia nowotworowe dotyczą ok. 8% pacjentów w stanie terminalnym, najczęściej występują u chorych z rakiem piersi. Owzrodzeniom często towarzyszą: ból, nieprzyjemny zapach, wysięk, krwawienie. Objawy te są szczególnie uciążliwe dla pacjentów. Infekcje powodujące przykry zapach jak również wysięk, najczęściej wywołane są przez beztlenowce. W tym wypadku dobre efekty przynosi leczenie Metronidazolem

¹⁵⁰ Białoń – Janusz A. Problemy skórne [w:] de Walden- Gałuszko K., Kaptacz A. Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, s. 151–152

zarówno ogólnie jak i miejscowo. W celu zmniejszenia wysięku wskazane jest zastosowanie opatrunków posiadających zarówno zdolność jego pochłaniania, jak również niwelowania przykrego zapachu.

W celu zmniejszenia bólu stosowane są zarówno leki działające ogólnie (np. Morfina) jak również miejscowo (np. Lignocainum).

W profilaktyce krwawień owrzodzenie należy chronić przed urazami, opatrunki zmieniać delikatnie, stosować materiały nie przywierające do rany (siatki nasączone obojętną maścią na. Grassolind Neutral). Redukcję krwawienia można uzyskać stosując opatrunek hemostatyczny.

Obrzęki są wynikiem nagromadzenia się nadmiaru płynu tkankowego w wolnej przestrzeni śródmiąższowej skóry jak również tkanki podskórnej. Wyróżnia się obrzęki spowodowane wzmożoną produkcją płynu tkankowego, którego nadmiar nie może zostać odprowadzony sprawnymi drogami chłonnymi (tzw. obrzęki żyłne, sercowe, nerkowe), lub też utrudnieniem odpływu chłonnego, związanego z zastoinową niewydolnością chłonna. Możliwe też jest współistnienie obydwu mechanizmów patofizjologicznych np. wtórny obrzęk chłonny w następstwie długo trwającej niewydolności żyłnej.

Ocena wielkości obrzęku opiera się na pomiarach obwodu chorej kończyny i porównaniu uzyskanego wyniku z kończyną zdrową. Przyjmuje się, że różnica w obwodzie pomiędzy kończynami ok. 1–3 cm świadczy o niewielkim nasileniu obrzęku, 3–5 cm – o średnim, a ponad 5 cm o ciężkim nasileniu obrzęku. Obrzęki plastyczne (podatne na ucisk palcem) charakteryzują zwykle chorobę mniej nasiloną. Skóra twarda, ze zmianami troficznymi łączy się często z bardziej zaawansowanym schorzeniem.

Podstawą leczenia obrzęku limfatycznego jest fizjoterapia. Międzynarodowe Towarzystwo Limfatyczne (ISL, International Society of Lymphology) jako główną metodę leczenia obrzęku limfatycznego zaleca tak zwaną kompleksową terapię udrażniającą (CDT, complex decongestive therapy), która obejmuje manualny drenaż limfatyczny, bandażowanie wielowarstwowe, ćwiczenia poprawiające odpływ chłonki oraz pielęgnację skóry.¹⁵¹ W obrzęku związanym z terminalnym stanem choroby nowotworowej można stosować wszystkie metody fizjoterapii, rozpoczynając od tego, który jest najmniej uciążliwy dla chorego np. bandażowanie, stopniowo wprowadzając także pozostałe. Głównym celem tych działań jest zmniejszenie dolegliwości związanych z chorobą i tym samym poprawienie jakości życia.

Najczęściej spotykanymi powikłaniami obrzęku są: wyciek chłonki oraz ostre stany zapalne. W pierwszym przypadku kluczowe jest zapewnienie aseptyki rany poprzez zastosowanie nieprzywierających, jałowych opatrunków. Rany zakażone, trudne do wygojenia wymagają najczęściej zastosowania opatrunków węglowo – srebrowych jak również

¹⁵¹ Pyszora A., Wójcik A.: Fizjoterapia w opiece paliatywnej. Medycyna paliatywna w praktyce Tom IV (4) Gdańsk 2010, s. 163

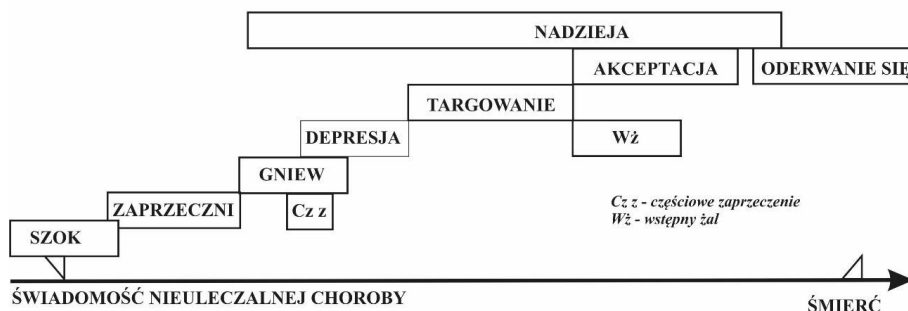
wdrożenia właściwej antybiotykoterapii. Istotne elementy wpływające na przebieg obrzęku i zmniejszone ryzyko jego powikłań to ograniczenie ilości soli w diecie. Niewskazany jest pomiar ciśnienia krwi na kończynie objętej obrzękiem, jak również pobieranie z niej krwi do badań. Nie bez znaczenia jest kontrola wagi chorego.¹⁵²

2.1.2. PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY OPIEKI PALIATYWNEJ

Człowiek postawiony w obliczu śmierci, borykający się z nieuleczalną chorobą doświadcza niewyobrażalnego cierpienia, które dotyczy nie tylko ciała, ale w szczególności sposób także sfery psychicznej i duchowej. Doznaje on ekstremalnych, złożonych problemów natury psychicznej, które mogą być uwarunkowane różnymi przyczynami. Stres związany z rozpoznaniem choroby i całym procesem leczenia, nasilające się niekiedy dolegliwości fizyczne oraz często obserwowany zaburzony kontakt z otoczeniem sprawiają, że chory przeżywa wiele negatywnych emocji pogłębiających jego cierpienie.

Wg literatury u chorego w terminalnym okresie choroby obserwuje się występowanie szeregu reakcji emocjonalnych, które dr Kubler – Ross umieściła w pięciu kolejnych etapach przeżywania choroby.

Jak twierdzi prof. dr Jacek Łuczak, ten klasyczny podział zachowań stał się powszechnie uznawanym wzorcem, który pomaga zrozumieć potrzeby ludzi umierających. Poniżej przedstawiono w postaci graficznej oraz omówiono poszczególne etapy przeżywania nieuleczalnej, śmiertelnej choroby.



Rysunek 3: Pięć etapów umierania wg. Kubler – Ross.¹⁵³

Na podstawie wieloletnich doświadczeń pracy z chorymi umierającymi, dr Kubler – Ross umieściła zaobserwowane reakcje emocjonalne chorych w następujących etapach:

- zaprzeczenie i izolacja,
- gniew,

¹⁵² 45 Krzemieniecki K.: Leczenie wspomagające w onkologii. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2008, s. 228

¹⁵³ Kubler – Ross E: Rozmowy o śmierci i umieraniu, Media Rodzina, Poznań

- targowanie się,
- depresja, przygnębienie,
- pogodzenie się.

Oto reakcje emocjonalne pacjentów terminalnych w poszczególnych etapach.

Zaprzeczenie i izolacja

Na tym etapie chory neguje występowanie choroby, nie przyjmuje do wiadomości postawionej diagnozy. U podstaw mechanizmu zaprzeczania leży szczególnie często występujące uczucie lęku. Jest to przykry stan pobudzenia emocjonalnego wywołany jakimś zagrożeniem.¹⁵⁴ U chorych terminalnie jest to lęk przed utratą życia, przed cierpieniem, bólem i innymi fizycznymi objawami choroby. Wiąże się także z niepokojem o przyszłość bliskich osób, które pacjent pozostawia. Lęk związany jest także z relacjami panującymi między chorym a otoczeniem. Jeśli są one nieprawidłowe – boi się on samotności, odrzucenia i niezrozumienia a także izolacji od społeczeństwa. Rzeczywiście ich doświadcza, gdy istnieje zaburzona lub niedostateczna komunikacja między chorym, a rodziną i personelem medycznym. Dlatego ważna jest umiejętność komunikowania się z pacjentem. Niewłaściwa komunikacja jest jedną z przyczyn złego samopoczucia u pacjentów. Nie ma gotowych recept na to, jak rozmawiać z chorymi w przededniu śmierci. Członkowie zespołu opieki paliatywnej wiedzą, że porozumiewanie się polega nie tylko na mówieniu, lecz często na aktywnym słuchaniu, obserwacji, a niekiedy na wspólnym milczeniu.

„Między chorym a zespołem hospicyjnym tworzy się komunikatywna przestrzeń wypełniona obecnością osób, słuchaniem słów, a nawet ciszą”.¹⁵⁵ Pacjent nie zawsze uświadamia sobie swój lęk. Często wstydzi się o nim mówić. Niekiedy posługuje się językiem symboli lub wyraża swoje uczucia w sposób niewerbalny. Dlatego ważna jest umiejętność obserwacji i interpretacji gestów, mimiki, zachowań i objawów somatycznych, które także mogą świadczyć o przeżywanym lęku. Uniwersalnym językiem symboli posługują się ludzie przeżywający jakiś kryzys. Używają go ludzie pogrążeni w bólu, ludzie ogłuszeni tragediami, których nie pojmują, i które wydają się być ponad ich siły. Pacjent posługujący się językiem symboli – sprawdza, czy jesteście gotowi do tego, do czego on nas potrzebuje, i czy jesteście w stanie mu pomóc.¹⁵⁶

Rozpatrując problemy porozumiewania się, nie sposób pominąć kwestii przekazywania niepomyślnych wiadomości. W opiece paliatywnej uważa się za właściwe mówienie choremu prawdy, która jest fundamentem zaufania. Zadaniem wyspecjalizowanego zespołu

¹⁵⁴ Bartoszek A. Człowiek w obliczu cierpienia i umierania – moralne aspekty opieki paliatywnej. Księgarnia Św. Jacka. Katowice 2000

¹⁵⁵ Zając J. Troska Kościoła o chorych. Wydawnictwo Bilos. Tarnów 2005.

¹⁵⁶ Kubler – Ross E. Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media Rodzina. Poznań 1998.

hospicyjnego jest zrobić to w odpowiedni, nietraumatyzujący sposób. Jest to trudna sztuka, jednakże świadomy i właściwy proces komunikowania się ma duże znaczenie terapeutyczne i łagodzące!

Mówiąc o przekazywaniu informacji, Gałuszko podkreśla następujące zasady:

- przekazywanie złych informacji jest procesem rozciągniętym w czasie i ma swoją dynamikę,
- prawda jest jak lekarstwo, które należy „dawkować” w zależności od indywidualnych potrzeb i wrażliwości chorego,
- przekazywanie złych informacji wymaga delikatności, wyczucia i szczególnego taktu.¹⁵⁷

W pracy nad lękiem bardzo ważne jest ustalić jego przyczynę. Jeśli jest ona nierealna – można ją racjonalnie zmniejszyć, np. zwrócić uwagę na możliwość złagodzenia bólu lub innych dolegliwości będących źródłem lęku.. Mogą to być lęki egzystencjalne. Chory boi się wówczas śmierci, umierania, bolesnej agonii, nieznannej przyszłości. Wielką pomocą jest wtedy kontakt z osobą duchowną, wchodzącą w skład zespołu hospicyjnego. Można zaproponować stosowną lekturę lub po prostu okazać zainteresowanie, szczerze porozmawiać, podzielić się własnymi refleksjami na temat śmierci, umierania. Ważne jest bycie autentycznym i wysłuchanie chorego bez pośpiechu i zniecierpliwienia. Lęk uzewnętrzniiony, wypowiedziany traci swoją siłę i chory czuje się zrozumiany¹⁵⁸

W tym momencie bardzo ważne jest podtrzymywanie naturalnej nadziei, która w opiece paliatywnej jest bardzo ważna. Jeśli jest sprzęgnięta z wolą życia, stanowi niezwykle ważny element przystosowania do choroby.¹⁵⁹

Nadzieja jest swoistym, naturalnym mechanizmem obronnym, pomagającym człowiekowi przetrwać trudne momenty życia, choroby. Można ją odnaleźć u wszystkich pacjentów, choćby w niewielkim stopniu. To ona pomaga im przetrwać najtrudniejsze chwile, takie jak: zaostrzenia choroby, przykre objawy. Ważne jest by nie odbierać nadziei mimo złego rokowania, gdyż pobudza ona u chorego chęć i wolę walki, daje mu siłę, żeby spróbować przeżyć jeszcze jeden dzień.

E. Kubler – Ross przestrzega cyt., „Jeśli zrezygnujemy z pacjenta uznając go za „przy-padek beznadziejny”- on sam może „zrezygnować z życia” straciwszy nadzieję. Wtedy każda terapia będzie mało skuteczna”.¹⁶⁰

¹⁵⁷ De Walden – Gałuszko K. U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. MAKed. Gdańsk. 2000.

¹⁵⁸ De Walden – Gałuszko K. U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. MAKed. Gdańsk. 2000.

¹⁵⁹ De Walden – Gałuszko K. Problemy psychologiczne, duchowe i etyczne. W.: De Walden – Gałuszko. Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. PZWL. Warszawa. 2005.

¹⁶⁰ Kubler – Ross. Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media Rodzina. Poznań 1998.

Nadzieja przeciwstawia się lękowi, stanowiąc jego przeciwwagę i dlatego pielęgniarka ma za zadanie w pracy z chorymi budować nadzieję.¹⁶¹

Nadzieja trwa, gdy:

- choremu okazuje się szacunek,
- ktoś bliski jest przy nim,
- pacjent dąży do realnych celów,
- ból i inne dolegliwości są dobrze kontrolowane,
- chory wie, że rodzina sobie poradzi, a on może z godnością skończyć życie.

W opiece paliatywnej nie wolno dawać pacjentowi złudnych nadziei, lecz uczciwie ofiarować to, co możliwe: złagodzenie dolegliwości, wsparcie dla niego i jego rodziny, obecność w trudnych chwilach.¹⁶²

Gniew

Jest to reakcja uczuciowa na przeszkodę w realizacji celów, na pojawienie się pewnego rodzaju nieprawidłowości, jaką jest choroba, która pojawia się często nagle, w nieoczekiwanym momencie. Zakłóca „porządek życia”, przeszkadza w realizacji planów, zmusza do rezygnacji z wielu zamierzeń.

Gniew może przybierać różne formy:

- gniew ogólny (na niesprawiedliwość losu, Boga),
- gniew przeniesiony (na inne osoby, np. personel medyczny),
- gniew usprawiedliwiony, (gdy choroba lub dolegliwości wynikają z czyjejś winy),
- gniew ukryty (wyraża się negatywizmem, brakiem współpracy, przygnębieniem),
- gniew stłumiony (nieakceptowany przez chorego).

Gniew może spełniać funkcje pozytywne – jest siłą mobilizującą do walki z chorobą, źródłem energii. Jednakże niekontrolowany może stać się źródłem agresji chorego wobec siebie lub innych.¹⁶³

Gdy chory czuje się coraz gorzej, objawy choroby nasilają się mimo terapii – nie można już dłużej zaprzeczać oczywistym faktom. Powoli zaczyna zdawać sobie sprawę

¹⁶¹ Black B. Nadzieja terminalnie chorego. Egzystencjalna walka nadziei z rozpaczą W. Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego, kwartalnik, Sierpień 2003

¹⁶² Głowacka A. Rola pielęgniarki w opiece paliatywnej i hospicyjnej. W: Holistyczna opieka paliatywna w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej – materiały wykazane podczas kursu w ośrodku Caritas Diecezji Płockiej w Popowie koło Warszawy. Biblos. Tarnów 2003, s. 5–7.

¹⁶³ De Walden – Gałuszko K. Problemy psychologiczne, duchowe i etyczne. W.: De Walden – Gołuszko. Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. PZWL. Warszawa. 2005, s. 14.

ze swojej sytuacji. Wówczas u chorych terminalnie występuje często uczucie gniewu i rozczarowania. Gniew ten jest skierowany w różnych kierunkach i jego ofiarą padają często osoby przypadkowe. Bywają to osoby z rodziny pacjenta, a nierzadko członkowie zespołu hospicyjnego. Często pielęgniarki, które najczęściej obcują z chorym wykonując czynności pielęgnacyjne i opiekuńcze. Niezwykle ważne jest, aby na tym etapie osoby opiekujące okazały cierpliwość, zrozumienie i szacunek pacjentowi. Wybuchy gniewu należy przyjmować jako reakcję naturalną, gdyż niewiele mają one wspólnego z osobami, do których zostały skierowane¹⁶⁴. W tym momencie pomocna jest umiejętność empatii.

Pojęcie to oznacza najwyższy możliwy do osiągnięcia stopień zrozumienia cierpienia podopiecznego, zdolność współodczuwania. Ktoś kiedyś określił empatię jako „twój ból w moim sercu”. Znaczy to dzielić z kimś jego ból, nie krytykując go i nie potępiając, ale identyfikując się z nim.

Targowanie się jest to pewna próba, którą podejmuje chory, aby wynegocjować od losu (Boga?) przedłużenie życia, kilku dni bez cierpienia i dolegliwości. Pacjent obiecuje coś od siebie, w zamian za powrót do zdrowia lub utrzymanie życia wiedząc, że mało prawdopodobne jest spełnienie jego prośby. Z punktu widzenia psychologii może to świadczyć o poczuciu winy. Towarzyszy temu zwykle niska samoocena. Poczucie winy rodzi się prawdopodobnie w wyniku przeanalizowania i oceny własnego życia, jakiego chory dokonał w obliczu jego kresu.

Dr Kubler-Ross w swoich publikacjach pisze o tzw. „nie załatwionych sprawach”. Zdarza się, że pacjent ma poczucie nie załatwionych w swoim życiu spraw i dlatego czuje się winny, lub też obwinia się z powodu samej choroby, której postęp stanowi obciążenie fizyczne i psychiczne dla rodziny.

Uporanie się z poczuciem winy możliwe jest dzięki współdziałaniu i odpowiedzialnej postawie rodziny chorego i personelu hospicjum. Pacjentowi należy dać możliwość rozmowy o, tym, co czuje, pozwalając na wspomnienia, które niejednokrotnie ukazują wiele „dobrych” rzeczy, jakich chory dokonał w swoim życiu. Jak wynika z literatury a także z moich doświadczeń pielęgniarki hospicyjnej – pacjenci potrzebują takich rozmów i podejmują je sami, pod warunkiem, że okaże im się autentyczne zainteresowanie i poświęci czas. Często chwile spędzone w milczeniu przy łóżku chorego, poświęcone tylko jego osobie stanowią wstęp do rozmowy o życiu, śmierci i osobistych doświadczeniach chorego, która sprawi, że dokonany bilans życia okaże się pozytywny¹⁶⁵.

Podsumowując ten fragment pracy zacytujmy myśl ks. J. Pawlika, która obrazuje znaczenie pogodzenia się człowieka w obliczu śmierci z samym sobą:

¹⁶⁴ Kubler – Ross E. Życiodajna śmierć, o życiu, śmierci, życiu po śmierci. Księgarnia św. Wojciecha. Poznań 1996, s.11.

¹⁶⁵ Kubler – Ross E. Życiodajna śmierć, o życiu, śmierci, życiu po śmierci. Księgarnia św. Wojciecha. Poznań 1996, s.11.

„Śmierć pozostanie zawsze śmiercią, ale być może będzie łatwiejsza do zaakceptowania, jeśli utraci swój wymiar kary, złorzeczenia i represji”¹⁶⁶

Depresja, przygnębienie.

Jest przykrą reakcją uczuciową, występującą w odpowiedzi na pewność utraty jakiejś wartości: utraty przewidywanej lub dokonanej.¹⁶⁷

Depresja, przygnębienie, długotrwały smutek, są wyrazem głębokiego żalu związanego z odchodzeniem. Mają związek zarówno z poczuciem strat minionych jak i przyszłych. Stan ten jest swego rodzaju przygotowaniem do pożegnania z doczesnym życiem. Przygnębienie może być spowodowane tym, że chory martwi się o swoją rodzinę, dzieci, którym nie może pomóc z powodu swojej choroby. Inną natomiast przyczyną jest przeżywanie żalu „przygotowawczego”, żalu z powodu zbliżającej się śmierci.

W żalu „przygotowawczym” niepotrzebne są słowa, lub potrzeba ich bardzo mało. Chorzy nie chcą pocieszania, potrzebują, aby ktoś ich wysłuchał, pozwolił wyrazić swoje uczucia, przeżycia, potrzebują „zezwoleń na płacz”. Rozmowa nie jest w tym momencie.¹⁶⁸ Ważna jest natomiast obecność kogoś bliskiego: przyjaciela, kogoś z rodziny, kogoś, kto przytuli, potrzyma za rękę lub po prostu jest.¹⁶⁹ W opiece paliatywnej rolę tę sprawuje często pielęgniarka. Przygotowanie zawodowe nakazuje jej zastosować „terapię dotykiem” poprzez użycie dotyku „pielęgniacyjno – opiekuńczego”¹⁷⁰ Jednak w opiece hospicyjnej relacje między podopiecznym, a pielęgniarką wynikają nie tylko z funkcji zawodowych. Niezbędny jest stosunek czysto ludzki oparty na zrozumieniu i życzliwości. Chory przygnębiony potrzebuje życzliwej obecności kogoś, kto go zrozumie i zapewni, że nie będzie pozostawiony sam ze swoim cierpieniem.

Pogodzenie się

Na tym etapie pacjent bywa bardzo słaby i wyczerpany. Potrzebuje więcej niż dotąd snu i wypoczynku. Sprawia wrażenie jakby w naturalny sposób, sam wycofywał się z życia. Wtedy największe znaczenie mają wspólnie spędzone chwile „ciszy”. Pacjent często nie ma ochoty na męczące odwiedziny i rozmowy, a bardzo potrzebuje obecności drugiej osoby. Przebywając przy łóżku chorego – pielęgniarka nie powinna okazywać pośpiechu, powinna starać się podtrzymywać życzliwą atmosferę, okazywać zainteresowanie. W takich chwilach nigdy nie wolno opuścić pacjenta.¹⁷¹

¹⁶⁶ Pa De Walden – Gałuszko K. U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. MAKed. Gdańsk. 2000, s. 32wlik J. Kiedy zagraża śmierć ... problem społecznego wsparcia. Studia warmińskie XXXVII. 2000, s.5.

¹⁶⁷ Straud M. Twarzą w twarz z rakiem. Księgarnia św. Jacka Katowice. 2000, s.10..

¹⁶⁸ Straud M. Twarzą w twarz z rakiem. Księgarnia św. Jacka Katowice. 2000, s.10..

¹⁶⁹ Kubler – Ross E. Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media Rodzina. Poznań 1998, s. 8

¹⁷⁰ Marć M. Dotyk w pielęgnowaniu. W: Ślusarska. Podstawy pielęgniarstwa. Wydawnictwo Czelej. Lublin. 2004, s. 60..

¹⁷¹ Brehant J. Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci. PAX. Warszawa 1980, s. 4..

Zgodnie z teorią Kubler – Ross wymienione etapy przeżywania choroby mogą występować w zmiennej kolejności, mieszać się wzajemnie, niekiedy nakładać lub też powracać. Nie są one bezcelowe: pomagają choremu osiągnąć stan akceptacji bolesnej rzeczywistości, pogodzić się z koniecznością śmierci, w jakiś sposób dojrzeć do niej, (choć nie zawsze tak się dzieje)¹⁷² Nie wszyscy autorzy zgadzają się z założeniami teorii pięciu etapów¹⁷³ jednak stała się ona powszechnie używanym wzorcem pomocnym tym wszystkim, którzy pragną zrozumieć postawy umierających.¹⁷⁴

Złożone problemy natury psychologicznej dotyczą nie tylko chorego. Wraz z nim przeżywają je wszyscy, którym jest on w jakiś sposób bliski: członkowie rodziny, przyjaciele, osoby opiekujące, pielęgniarki. Każdy z nich przeżywa „własną część cierpienia”.

2.1.3. PROBLEMY SPOŁECZNE PACJENTÓW Z CHOROBAŁĄ NOWOTWOROWAŁĄ

Choroba nowotworowa powoduje zmiany w obrazie ciała chorego wywołane zarówno samym przebiegiem choroby jak i jej leczeniem (wyniszczenie, łysienie po chemioterapii, okaleczenie po operacjach chirurgicznych). Maleje życiowa aktywność zawodowa, towarzyska, fizyczna i samoobsługowa. Wymienione wyżej okoliczności sprzyjają i nasilają zmiany w sferze społecznej, tworząc specyficzne deficyty w tym obszarze. W okresie hospitalizacji pacjent przebywa w szpitalu, odcięty jest od swoich naturalnych zasobów aktywności społecznej we wszystkich rolach, jakich do tej pory mógł się realizować, możliwości radzenia sobie (praca i aktywność rodzinna, towarzyska, wypełnianie wolnego czasu). Zmienia się liczba i rodzaj kontaktów interpersonalnych z innymi ludźmi. Następują zmiany w hierarchii wartości, zachwiane zostaje poczucie sensu życia, większego niż dotychczas znaczenia nabierają wartości niematerialne, takie jak relacje z bliskimi, pozyskiwanie aprobaty społecznej, religia¹⁷⁵ Występują długoterminowe zmiany w wypełnianiu przez chorego w rodzinie, pracy zawodowej, aktywności towarzyskiej i lokalnej. Choroba przedłużająca się w czasie powoduje dla pacjenta i jego rodziny negatywne skutki, do których zalicza się ograniczenie wolnego czasu, zmniejszenie dochodów finansowych oraz związanych z tym wydatków, zakupów, spadek liczby kontaktów towarzyskich. Może nastąpić zmiana planów krótko – i długoterminowych, brak szczerych rozmów o kłopotach, unikanie bliskości fizycznej, tłumienie uczuć albo okazywanie wrogości.¹⁷⁶

¹⁷² Łuczak J. Etyka u kresu życia. W.: Holistyczna opieka paliatywna w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej – materiały wykorzystane podczas kursu w ośrodku Caritas Diecezji Płockiej w Popowie koło Warszawy. Biblios. Tarnów 1) 2003, s. 14 – 15

¹⁷³ Bishop G. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Astrum Wrocław. 2000, s. 20

¹⁷⁴ ⁶⁷ Łuczak J. Przedmowa. W.: Kubler – Ross E. Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media Rodzina. Poznań 1998, s. 10.

¹⁷⁵ Pikor K. Ławiński J., Bar K. i wsp. Opieka nad pacjentem w chorobie nowotworowej. Przegląd Urologiczny 2010; 2: s. 29–34

¹⁷⁶ Kawczyńska – Butryn Z. Wsparcie jako element promocji zdrowia. W.: Wsparcie społeczne w zdrowiu i chorobie. Kawczyńska – Butryn z (red.) Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1994, s. 13

Choroba nowotworowa, a przede wszystkim jej konsekwencje, zmiany w pełnionych funkcjach społecznych mogą spowodować utratę tożsamości społecznej. Przejawia się to tym, że człowiek, który nie wie kim jest w sensie społecznym, traci umiejętność zachowań w określonych sytuacjach. Napięcia związane z zachowaniem identyfikacji społecznej mogą prowadzić do psychicznej i społecznej izolacji chorego.

Choroby nowotworowe łączą się z teorią labellingu (stygmatyzacji), przed wszystkim w ujęciu Goffmana, który odwołuje się do reakcji społecznej opartej na stereotypach o braku sensu na skuteczne wyleczenie i przekonaniu o nieuleczalności raka. Typowa stygmatyzacja dotycząca osób chorujących na choroby nowotworowe oparta jest na „niepewności co do przyszłości”, co wynika z wątpliwości dotyczącej długości pozostałego życia, a także niepewności co do ryzyka wystąpienia przerzutów choroby. Chorzy na raka doświadczają naznaczenia stygmatem „okropnej choroby i zbliżającej się śmierci”. Ludzie z ich otoczenia starają się unikać kontaktu z nimi z powodu lęku przed taką chorobą oraz leku wynikającego z braku umiejętności wychodzenia naprzeciw oczekiwaniom chorego na nowotwór.¹⁷⁷

Pacjent chory na nowotwór często korzysta z opieki medycznej, w tym także opieki pielęgniarskiej. Opieka pielęgniarska jako profesjonalna forma pomocy pacjentowi choremu na nowotwór i jego rodzinie oferuje wiele ważnych działań w ramach wsparcia społecznego. W opiece pielęgniarskiej wsparcie emocjonalne jest stałym elementem pielęgnowania, wyrażane jest troską o los chorego, tworzeniem kontaktów pozwalających na uwolnienie się pacjenta od napięć i negatywnych uczuć. Daje szansę choremu na wyrażenie swoich obaw i smutków.

Ważną częścią wsparcia jest aspekt informacyjny. Obejmuje dostarczenie informacji na temat diety i trybu życia, w czasie leczenia i po jego zakończeniu. W zakres tego wsparcia wchodzi również doradztwo w zakresie możliwości otrzymania wsparcia materialnego.

Podstawową formą wsparcia społecznego realizowanego w pracy przez pielęgniarki jest wsparcie instrumentalne. Skupia się ono na instruktażu dotyczącym konkretnych sposobów postępowania. Edukacja może dotyczyć np. wymiany worka stomijnego, pielęgnacji stomii, rurki tracheostomijnej, pielęgnowania rany czy pomocy w wykonywaniu konkretnych czynności samoobsługowych.¹⁷⁸

Wszyscy autorzy zgodnie podkreślają, że wyjątkowe miejsce w opiece paliatywnej zajmuje pielęgniarka. Jej praca z chorymi w terminalnym stadium choroby wymaga szczególnych predyspozycji zawodowych i osobowościowych oraz wyznacza jej szczególne miejsce u boku pacjenta.

¹⁷⁷ Goffan E. Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, s. 32.

¹⁷⁸ Cepuch G. Tomaszek L. Wojta K. Przygotowanie pielęgniarek do udzielania wsparcia pacjentom z chorobą nowotworową – doniesienia wstępne. *Problemy pielęgniarstwa* 2015; 23: s. 433–438

2.2. ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE PALIATYWNEJ

Pielęgniarstwo to zawód szczególny. Wiedzieli o tym uczestnicy ogólnopolskiej konferencji „Prawa pacjenta, a etyka zawodowa polskiej pielęgniarki i położnej”. W 1998 roku tak oto zobrazował pielęgniarstwo A. Szczypiorski w wykładzie inauguracyjnym: „w świecie pozornej beztroski jesteśmy bezradni i zalęknieni za sprawą najbardziej niezbadanej zagadki, jaką jest nieunikniona śmierć każdego, kto się urodził. W tym świecie znajdują się ludzie, głównie kobiety, które mówią sobie, że rzeczywistość jest okrutna, bolesna i mroczna, i że sprawą ich godności jest okazywanie zainteresowania innym ludziom w chwilach trudnych, czasem nawet beznadziejnych. Wybierają one zawód pielęgniarki. I dlatego to nie jest zawód, tylko misja, posłannictwo, prośba pojedynku z losem, coś niezmiernie głębokiego i godnego szacunku”¹⁷⁹

Jak mówi Szczypiorski trzeba mieć dużo hartu i miłości, by wybrać ten zawód, który polega na nieustannym obcowaniu z cierpieniem, beznadziejnością i ludzkim lękiem, a to właśnie stanowi treść codziennego życia zawodowego pielęgniarki hospicyjnej.

Jest to tym bardziej godne podziwu, iż wszyscy mają w naturze niechęć do cierpienia, nie tylko własnego. Nikt nie lubi świata ciemnych barw, skupionej ciszy, pobladłych twarzy, przygaszonych spojrzeń i bezradnych gestów. Pielęgniarka hospicyjna musi stawić im czoło – one stanowią jej codzienność.

Istotą pielęgniarstwa jest dbanie, troszczenie się, opiekowanie się zdrowiem i życiem człowieka.¹⁸⁰

Praca z pacjentami w terminalnym stadium choroby wymaga od pielęgniarki szczególnych predyspozycji, umiejętności przewartościowania osobistych dążeń i reakcji. W opiece paliatywnej na pierwszy plan wysuwa się opiekuńczość, która jak podkreśla I. Wrońska – jest rdzeniem zawodu pielęgniarstwa. Opiekuńczość jako wartość moralna i zasada postępowania, przekształca model technologiczny pielęgniarstwa w model ontologiczno-etyczny, humanistyczny¹⁸¹ Ze wszystkich aspektów tego zawodu, w opiece paliatywnej, najbardziej widoczne są łagodzenie cierpienia, co stanowi podstawę i sens pracy z chorymi w terminalnym stadium choroby.

Dlaczego rola pielęgniarki w opiece paliatywnej jest tak szczególna?

Przestudiowałam wiele literatury dotyczącej pielęgnowania chorych umierających, podjęłam wiele szkoleń i uczestniczyłam w kilkunastu konferencjach naukowych z zakresu opieki paliatywnej. Wszędzie podkreślają wyjątkowe i bliskie relacje z pielęgniarką,

¹⁷⁹ Szczypiorski A.: Wykład inauguracyjny, w: Prawa pacjenta, a etyka zawodowa pielęgniarek i położnych, materiały konferencyjne, wyd. NRP-P. Warszawa 1998 s.13.

¹⁸⁰ Baranowska D.: Sens zawodu pielęgniarstwa. W. Problemy etyczne deontologiczne pielęgniarstwie. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w W-wie, 1995r, s. 10

¹⁸¹ Wrońska J. Podstawy etyki pielęgniarstwa Wydawnictwo Auxicum W-wa 1993r., s. 5.

zwracając uwagę na konieczność właściwego pojmowania cierpienia i umierania, każą wymagać szczególnych walorów osobowościowych i etycznych od pielęgniarek pracujących z chorymi w obliczu śmierci.

Znajduję w nich głęboki sens, a prawdziwość tych opinii potwierdza codzienna placówka służby zdrowia, ponieważ w wielu kwestiach nie ma jednego, właściwego sposobu postępowania, standardu. Pielęgniarka hospicyjna wie, że podstawowym źródłem wiedzy w rozpoznaniu problemów opiekuńczych i planowaniu opieki jest pacjent i jego rodzina. Można powiedzieć, że każdy pacjent jest „swoistą szkołą opieki”, gdyż każdy z nich w inny sposób przeżywa swoje cierpienie, także inaczej umiera.

Pielęgniarka hospicyjna realizując opiekę, nie tylko zaspakaja potrzeby chorego, dbając o jego komfort fizyczny, psychiczny, duchowy i społeczny, ale także swoją pracą buduje atmosferę zaufania, akceptacji współpracując ściśle z rodziną chorego.

W swojej postawie powinna cechować się wrażliwością na potrzeby chorego, empatią, dobrocią, cierpliwością i wyrozumiałością oraz życzliwością. Gdyż zwykłej ludzkiej dobroci nie zastąpi żadna aparatura medyczna.¹⁸²

Pielęgniarka jest najczęściej i najdłużej przy chorym. Daje choremu poczucie akceptacji i bezpieczeństwa. To ona w procesie pielęgnacji nawiązuje z nim bliski kontakt fizyczny i emocjonalny. Duże znaczenie ma tu dotyk terapeutyczny, który bywa niezastąpioną terapią. Pielęgniarka jest tą osobą zespołu terapeutycznego, która nieustannie przebywa z chorym. Z racji tego dokładnie go poznaje, zna jego upodobania, zwyczaje, światopogląd. Towarzyszy jego lękom i rozterkom. Dlatego staje się ona bardzo bliska choremu, który często wybiera ją na swego powiernika i pośrednika kontaktów z psychologiem, kapłanem, rodziną. Czynności pielęgnacyjne wykonywane tak często sprawiają, że pomiędzy pielęgniarką a pacjentem powstaje szczególny rodzaj więzi. Nawiązuje się bliski, osobisty kontakt pod warunkiem, że pielęgniarka jest dobrze przygotowana teoretycznie, oraz posiada niezbędne walory osobowościowe, jak: cierpliwość, zdolność do poświęcenia, delikatność.¹⁸³

Choroba, która nieustannie prowadzi do śmierci jest doświadczeniem ekstremalnie trudnym – w opiece paliatywnej zdarzają się sytuacje trudne do opanowania. Są to nieprzyjemne dla pielęgniarski reakcje chorego i jego bliskich. Stawiają one wobec niej dodatkowe wymagania: wyrozumiałości, cierpliwości, pokory i wielkiego taktu.

W takich sytuacjach nieodzowna jest znajomość zasad właściwej komunikacji. Relacje z chorym i jego rodziną muszą być oparte na prawdzie, która buduje zaufanie. Należy

¹⁸² Raweła Pawelczyk G. (red.) Prawa pacjenta a etyka zawodowa pielęgniarek i położnych: materiały pokonferencyjne Wydawnictwo NRPip W-wa 1998r., s 63.

¹⁸³ Zajac J. Troska Kościoła o chorych Wyd. Biblos Tarnów 2005r., s 200

je umiejętnie przekazywać, nie odbierając nadziei, ofiarując zaś wsparcie, towarzyszenie i zmniejszenie cierpienia.

W pracy pielęgniarki hospicyjnej bardzo ważna jest umiejętność słuchania i doskonałej obserwacji. Pozwala to lepiej poznać i zaspokoić potrzeby chorego, który posługuje się często językiem niewerbalnym lub po prostu jest za słaby, aby się porozumiewać.

W opiece paliatywnej pielęgniarka realizuje zadania wynikające z funkcji edukacyjnej. Przygotowuje rodzinę do współopiekowania się chorym, wspiera ją w czasie choroby, umierania i przeżywania żałoby.

Literatura wskazuje na szczególną i wiodącą rolę pielęgniarki hospicyjnej, która staje się osobą wyjątkową towarzysząc choremu w jego ostatnich, jakże trudnych chwilach. Przyjmuje też na swoje barki szczególnie trudne obowiązki. Taka sytuacja jest nobilizacją dla pielęgniarek traktujących swój zawód jako powołanie.¹⁸⁴

Poznańska uczy, że pielęgniarstwo to: nauka, zawód, profesja, szkoła.¹⁸⁵ Być może pielęgniarstwo jako powołanie brzmi anachronicznie w XXI wieku, jednak jako pielęgniarka hospicyjna odnajduję w tym określeniu głęboki sens.

Opieka paliatywna to pewna filozofia postępowania z człowiekiem chorym, mającym swe źródło w filozofii, która wyróżniając wiele koncepcji człowieka – dała podstawy do wypracowania różnych modeli opieki. Opiece paliatywnej szczególnie bliskie są te – uwzględniające stosunki międzyludzkie pielęgniarka – podopieczny oraz zaspakajanie potrzeb bytowych człowieka. Jednocześnie prawie wszystkie podkreślają złożoność osoby ludzkiej, w której współistnieją elementy cielesne, psychologiczne i duchowe. Wskazują też na społeczny charakter natury ludzkiej człowieka. Elementy te znajdują odbicie w przyjętych zasadach funkcjonowania opieki paliatywnej.

2.3. WIEDZA NA TEMAT OPIEKI PALIATYWNEJ I PROBLEMÓW PIELĘGNACYJNYCH PACJENTÓW W STANIE TERMINALNYM – PRZEGLĄD BADAŃ

Człowiek chory w swoim cierpieniu nie jest zdany jedynie na siebie, gdyż prawie zawsze doświadcza obecności innej osoby. Wobec cierpienia zarówno fizycznego, jak i psychicznego wszyscy ludzie są równi – pisze Szczepański – gdyż cierpienie nikogo nie omija.

¹⁸⁴ de Walden- Gałuszko K. Problemy psychologiczne, duchowe etyczne w: de Walden- Gałuszko K., wyd: Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. PZWPL – 2005., s 25.

¹⁸⁵ Poznańska S. Pielęgniarstwo i jego istota. W. Ślusarska i in.: Podstawy pielęgniarstwa. Wydawnictwo Czelej. Lublin 2004. s 26

Choroba to cierpienie. Ale jak pisze Victor Frankl: „człowieka nie niszczy cierpienie, lecz niszczy go cierpienie pozbawione sensu”.¹⁸⁶ Obuchowski mówi, że „sens życia to nadanie życiu wartości wykraczającej poza samo istnienie człowieka”. Poczucie sensu łączy się z oczekiwaniem prawdy. Człowiek jest w stanie znieść ból, jeżeli wie, że to, czego doświadcza przyniesie ulgę.¹⁸⁷

Jednak w sytuacji świadomości odchodzenia brak dolegliwości niczego nie zmienia. Jedyną ulgę może wtedy przynieść wiara, która inspiruje i dodaje sił. Dossey pisze: „ten kto się modli, nie czuje się osamotniony”.¹⁸⁸

Ból silnie porusza psychikę, może prowadzić do zaburzeń emocjonalnych, reakcji lękowo – depresyjnych wymagających leczenia. Według Kuryłowicz odczucia bólowe są modelowane przez sferę poznawczą i emocjonalną. Duże znaczenie dla doświadczenia bólu mają wcześniejsze doświadczenia indywidualne w zakresie bólu.

W sferze poznawczej odczucie bólu zależy od obrazu choroby i wyobrażeń z nią związanych. Obraz choroby postrzegany przez pacjenta często odbiega od obrazu wytworzonego przez lekarza. Wizja bywa wyolbrzymiona, czasem pomniejszona, często jednak zniekształcona.

Lęk jest jednym z najważniejszych czynników modyfikujących odczucia bólowe. Ból jest sygnałem ostrzegawczym przed niebezpieczeństwem fizycznym, lęk – przed zagrożeniem sfery psychicznej. Ból wywołuje lęk, a lęk potęguje doznania bólowe.

Za pierwszego badacza zjawisk związanych ze stresem uważa się Waltera Cannona. Stres był przez niego traktowany jako reakcja na zagrożenie. Biologiczną koncepcję stresu zaproponował francuski fizjolog Claude Bernard.

Termin „stres” został zapożyczony z fizyki. Po raz pierwszy został wprowadzony do nauk o zdrowiu przez Hansa Selye¹⁸⁹ zdefiniował on stres jako sumę wszystkich niespecyficznych skutków działania czynników naturalnych które mogą oddziaływać na organizm. Nazwał je stresami.

Scheier opisał stres jako relację emocjonalną, której towarzyszą zakłócenia równowagi systemu.¹⁹⁰ Według tej teorii emocje można uznać za „normalne”, jeśli lęk czy gniew trwają krótko. Natomiast pojęcie stresu odnosi się tylko do sytuacji, w których lęk i gniew trwają długo. Powodują zaburzenia równowagi organizmu.

¹⁸⁶ Frankl V.E. *Homo patients*. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1984, s. 26

¹⁸⁷ Obuchowski K. *Psychologia dążeń ludzkich*. PWN. Warszawa 1966, s. 7

¹⁸⁸ Dossey L. *Słowa, które uzdrawiają. Siła modlitwy a praktyka medyczna*. Wyd. Jacek Santorski, Warszawa 1993, s. 12..

¹⁸⁹ Selye H. *Stres życia*. PZWL. Warszawa 2004, s. 10–11.

¹⁹⁰ Scheier M. F. Carver Ch. S. *Optimism, pesymism and stress*. Encyklopedia of stress. Second Edition. Vol 3. Acad. Press, NY 2007, s. 20.

Mechanic określa stres jako reakcje dyskomfortowe. Istotą mechanizmu stresowego jest rozbieżność pomiędzy wymaganiami a możliwościami sprostaną tym wymaganiom.¹⁹¹

Reykowski¹⁹² jako pierwszy w Polsce wskazał na to, że aby uznać dany bodziec za stresorodny, należy uwzględnić relację, która zachodzi między bodźcem a podmiotem Tomaszewski¹⁹³ mówi o stresie jako o sytuacji trudnej, czyli jeśli zachodzi rozbieżność między potrzebami a możliwościami zaspokajania tych potrzeb. Specyficzny sposób podejścia do zjawiska stresu prezentuje Hobfoll.¹⁹⁴ Jako stres psychologiczny określa on zagrożenie utraty zasobów. Do zasobów zalicza przedmioty, warunki, właściwości osobiste oraz źródła energii. Najbardziej narażeni na stres, w jego mniemaniu, są ludzie którym brakuje zasobów. „Wtedy, gdy nie jest już w stanie pomóc nowoczesna medycyna, ważna jest opieka i obecność”.

Pragnieniem każdego normalnego człowieka są godne życie, godne i kulturalne umieranie. O sztuce życia pisali wielcy filozofowie (Platon, Aureliusz, Rochefoucauld) i psychologowie (Maslow, Fromm, Rogers).

Szczególnego znaczenia w obliczu śmierci nabiera troska o godność. Chory powinien mieć poczucie własnej wartości bez względu na to, w jakim stanie się znajduje. Człowiek bliski śmierci na ogół zdaje sobie sprawę, że umiera. Zadaje sobie wiele pytań o sens wszystkiego. Waga tych pytań w dużym stopniu zależy od tego, w jakim okresie życia przychodzi.

Ks. prof. Chrostowski pisze, że wiek, w jakim odchodzimy, ma ogromny wpływ na jego stan psychiczny i podejście jego otoczenia do tej sytuacji. Godność osoby umierającej, jak pisze ksiądz, w dużym stopniu zależy od tego, czy potrafi ona przezwyciężyć dylematy związane z perspektywą odejścia. Życie jest bowiem na tyle skomplikowane, że pojawiają się w nim sytuacje wymagające naprawy. Koniec życia utwierdza chorego w przekonaniu, że niektórych spraw naprawić się już nie da. Pozostaje jedynie przebaczenie.¹⁹⁵ Najbliższe otoczenie powinno zatem wykazać wiele delikatności i wyrozumiałości.

Potrzebę autentycznej opieki personelu wobec cierpiącej i odchodzącej osoby podkreślają zarówno przedstawiciele służb medycznych, jak i rodziny pacjentów. Opieka taka (jak pisze Kozielecki) nie ogranicza się jedynie do problemów medycznych, ale obejmuje swym zasięgiem również sprawy psychologiczne i duchowe.¹⁹⁶

¹⁹¹ Mechanic D. *Students under stress*. The Free Press of Glancoe, NY 1962, s. 42

¹⁹² Reykowski J. *Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego*. PWN. Warszawa 1966, s. 7 -8.

¹⁹³ Tomaszewski T. (red.) *Psychologia*. PWN. Warszawa. 1975, s. 30

¹⁹⁴ Hobfoll S. E. *Conservation of Resources. A New Attempt at Conceptualizing Stress*. *Am. Psychol.* 1989; 44, s. 513 - 524

¹⁹⁵ Chrostowski W. *Godność człowieka umierającego – potrzeby duchowe*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa 2002, s. 135 – 156.

¹⁹⁶ Kozielecki J. *Psychologia nadziei*. Wydawnictwo Akademickie ŻAK. Warszawa 2006, s. 70.

W filozofii Levinasa, jak pisze Tischer, kontakt z cierpieniem innego człowieka staje się dla jednostki szczególnie ważny¹⁹⁷ Współczując i współodczuwając z innym, człowiek nie tylko towarzyszy mu w emocjach, ale sam siebie zaczyna kształtować. Według Maxa Schelera współodczuwanie staje się przestrzenią kształtowania się człowieka.

Jak pisze Tischner¹⁹⁸, że dane jest nam doświadczenie innego człowieka poprzez spotkanie z nim. Poprzez kontakt z drugą osobą dochodzimy do istoty wyższej. Zadaniem Sadowskiej i Rogowskiej¹⁹⁹ „ludzie chorzy w oczach współczesnego świata biznesu wydają się kłopotliwi, ponieważ są nieprodukcyjni, niedochodowi, wymagają dużych pieniędzy na leczenie i w dodatku komplikują życie innych”. W związku z tym ogromnego znaczenia nabrało powstanie idei medycyny paliatywnej – aktywnej i całościowej opieki świadczonej wszystkim pacjentom, u których choroba nie reaguje na leczenie przywracające zdrowie. Początkowo opieką tą obejmowano osoby z chorobą nowotworową. Obecnie do grupy tej dołącza się chorych na AIDS i postępujące choroby układowe w okresie terminalnym.²⁰⁰

W badaniu Kowalewskiej i współautorów²⁰¹, którym objęli 100 studentów pielęgniarstwa i 112 pielęgniarek czynnych zawodowo, pojęcie opieka paliatywna kojarzy się z 39% studentów z opieką nad człowiekiem umierającym z powodu choroby nowotworowej, natomiast 55, 3% pielęgniarek – z całościową opieką dotyczącą nieuleczalnie chorych, wymagających łagodzenia bólu. W opisanym w tej pracy badaniu pielęgniarki, które nie pracują w zakładzie opieki paliatywnej (56, 3%) uznały, że opieka paliatywna przeznaczona jest dla osób nieuleczalnie chorych bez względu na rozpoznanie.

Respondenci z pracy Bartusek²⁰² za największy problem opieki paliatywnej uznali małą liczbę poradni paliatywnych i ośrodków stacjonarnych. Ważny problem w opinii pielęgniarek stanowi wzrastająca liczba chorych na schorzenia przewlekłe (19, 3%) i brak wiedzy całego społeczeństwa na temat opieki paliatywnej (19, 7%).

Leppert i współautorzy²⁰³ porównywali trudności w przekazywaniu niepomyślnych wiadomości o chorobie przez studentów i lekarzy. Tylko odsetek badanych (28%) studentów i (24%) lekarzy wyraża gotowość do przekazywania pełnych informacji.

¹⁹⁷ Tischner J. Filozofia dramatu. Edicions du Dialogue. Paris.1990, s. 7.

¹⁹⁸ Tischner J. Filozofia dramatu. Edicions du Dialogue. Paris.1990, s. 12.

¹⁹⁹ Sadowska L. Rogowska A. Hospicyjna postęga w duchu miłości miłosiernej w świetle świadectwa osoby posługującej się i osoby cierpiącej. Przegląd Med. Uniwersytetu Rzeszowskiego 2005; 4: s. 380–384.

²⁰⁰ Czerwik – Kulpa M. Oczekiwania chorych z bólami nowotworowymi i stopień ich zaspokojenia w warunkach opieki paliatywnej. Psychologia 2009; 1–2: s. 11–16

²⁰¹ ⁹⁵ Kowalewska B. Krajewska – Kulak E. Jankowiak B i wsp. Opieka hospicyjna i paliatywna oraz eutanazja w opinii pielęgniarek i studentów kierunku pielęgniarstwo. Prod. Hig Epidemiol 2007; 88: s. 484–488

²⁰² Bartusek M. Opieka paliatywna/hospicyjna w świetle wypowiedzi pielęgniarek i lekarzy. Ann UMCS Sect D 2004; 14: s. 103–109.

²⁰³ Leppert W., Łuczak J., Góralski P. Wybrane problemy opieki paliatywnej i eutanazji w opinii lekarzy i studentów medycyny. Pol Med. Paliat 2005; 4: s. 67–76.

Mess i współautorzy²⁰⁴ oceniali potrzebę informowania chorego znajdującego się w stanie terminalnym. Większość pacjentów (85%) z tego badania uważała, że człowiek zawsze powinien wiedzieć, że choruje na chorobę nieuleczalną. Niewiele mniej (70%) badanych, uznało, iż wiedza ta nie jest im potrzebna.

W badaniu Kowalewskiej i współautorów²⁰⁵ dużą część pielęgniarek uznała, że wiadomość o niepomyślnym rokowaniu powinien zawsze przekazywać lekarz. 76% studentów i 81, 2% pielęgniarek było przekonania, że opieka hospicyjna naszym kraju jest słabo rozwinięta. Raport CBOS z 2009r.²⁰⁶ wykazał, że Polacy niemal powszechnie wypowiadają się o opiece paliatywnej z uznaniem. 94% badanych popierało działalność hospicjów domowych, a 96% badanych hospicjów stacjonarnych.

Mimo dość powszechnego społecznego poparcia dla działalności hospicyjnej (57%) respondentów uważała, że hospicjum stacjonarne to miejsce, do którego powinny trafić osoby umierające tylko w wyjątkowych sytuacjach.

Wyniki badań Pietruka potwierdzają, że zarówno dla respondentów pracujących w hospicjach, jak i szpitalu główny problem w opiekowaniu się pacjentem w stanie terminalnym stanowią rozmowy z chorym o śmierci oraz brak umiejętności psychologicznych.

Obecne badania wskazują, że największymi problemami w opiece nad pacjentem u kresu życia były: brak wiedzy najbliższych na temat postępowania z umierającym (60, 1%), zbyt mała liczba ośrodków stacjonarnych i poradni paliatywnej (59, 6%) i zbyt niskie nakłady na zakłady opieki paliatywnej (54, 1%).

Zdaniem Pyszkowskiej²⁰⁷ opiekę paliatywną powinien sprawować zespół wielodyscyplinarny: lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny, psycholog, rehabilitant, terapeuta zajęciowy, kapelan i wolontariusze.

Chmiel i Górkiewicz²⁰⁸ objęli badaniem 55 osób w terminalnym okresie choroby nowotworowej. Autorzy wykazali, że każdy z badanych oczekiwał i doświadczał dotyku pielęgniarki. Spełnienie oczekiwań deklarowały 52 osoby w przypadku otrzymania dotyku instrumentalnego, 51 osób dotyku opiekuńczo – pielęgnacyjnego, 50 osób dotyku komunikacyjnego i 53 osoby dotyku wspierającego.

Pracownicy ochrony zdrowia świadczący opiekę chorym muszą mieć świadomość, że cierpienie fizyczne wpływa na sferę psychiczną – złość, bunt, frustracja.

²⁰⁴ Mess E. Bianias T. i wsp. Prawo do godnej śmierci. *Onkol Pol* 2007; 10: s. 190 – 194

²⁰⁵ Kowalewska B., Krajewska – Kułak E., Jankowiak B. i wsp. Opieka hospicyjna i paliatywna oraz eutanazja w opinii pielęgniarek i studentów kierunku pielęgniarstwa. *Prob Hig Epidemiol* 2007; 88:s. 484 – 488

²⁰⁶ Raport CBOS. Komunikat z badań BS/149/2009; Polacy o hospicjach i opiece paliatywnej. Warszawa 1999; s. 1–17.

²⁰⁷ Pyszkowska J. Opieka paliatywna – formy realizacji, zasady współpracy z lekarzem rodzinnym. *Przewlek* 2007; 2: s. 198–201

²⁰⁸ Chmiel J. Górkiewicz M. Zakres akceptacji przez pacjentów matczyngo i przyjacielskiego stylu wspierających zachowań pielęgniarki w opiece paliatywnej. *Probl del* 2010; 18 s. 399 – 405

Rozpoznanie choroby nowotworowej, zdaniem de Walden – Gałuszko²⁰⁹, łączy się z koniecznością podjęcia leczenia. Sam pobyt w szpitalu stanowi poważny problem psychologiczny dla większości pacjentów. Wymaga przystosowania się chorego do nowej roli – pacjenta. Następuje radykalna zmiana w zakresie wypracowanego przez człowieka w ciągu całego jego życia systemu wartości. Wpływ ma również czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala oraz stosunek personelu do chorego i jego rodziny. W opinii de Walden -Gałuszko²¹⁰, medycyna paliatywna jak żadna inna, wymaga utrzymania partnerskich relacji z pacjentem. Jednym z elementów wpływających na odbiór opieki paliatywnej wydaje się informowanie chorego o jego stanie.

W Irlandii znakomita większość pacjentów otrzymujących chemioterapię z powodu choroby nowotworowej znała rozpoznanie choroby, podczas gdy w Hiszpanii jedynie 33% pacjentów otrzymało taką informację.²¹¹

Udział rodziny w świadczeniu opieki paliatywnej, w opinii Lecouterier i współautorzy²¹² jest bardzo duży, zwłaszcza gdy pacjent objęty jest domową opieką paliatywną. Znajomość preferencji opiekunów rodzinnych i stopnia zaspokojenia przez nich potrzeb może usprawnić opiekę i podnieść jej jakość.

Parsons²¹³ stwierdził, że aktywność lekarza i pielęgniarki wobec pacjenta obejmuje czynności instrumentalne i ekspresywne. Do tych pierwszych zalicza się wszystkie zachowania personelu służące poprawie zdrowia fizycznego. Czynniki ekspresywne zaś mają na celu poprawienie stanu psychicznego.

Stangierski i współautorzy²¹⁴ są przekonani, że pracownicy szpitala pamiętają o czynnościach instrumentalnych, ponieważ od nich zależy życie pacjenta, natomiast znaczenie czynności ekspresywnych jest często spychane na margines.

Baran – Ossak, jak podaje Muraczyńska²¹⁵, zidentyfikowała cztery postawy, jakie przyjmują pielęgniarki w kontakcie z umierającym człowiekiem. Pierwsza z nich to wzmożony lęk w kontakcie z umierającym i w odpowiedzi na jego trudne pytania, refleksje. Druga postawa dotyczy unikania kontaktu z umierającym, z członkami rodziny i unikania rozmów związanych ze śmiercią. Trzecia charakteryzuje się bezwzględną

²⁰⁹ De Walden – Gałuszko K., Majkowiec M., Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; s. 1–164.

²¹⁰ De Walden – Gałuszko K., Majkowiec M., Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i w praktyce. AM Gdańsk. Gdańsk 2000; 1 – 87

²¹¹ Coughlan MC. Knowledge of diagnosis, treatment and its side – effects in patients receiving chemotherapy for cancer. Eur J Cancer 1993; s. 2 – 66 – 71.

²¹² Lecouterier J., Jacoby A., Bradshaw C i wsp. Lay carers satisfaction with community palliative care: results of a postal survey. Palliat Med. 1999; 13: s. 275 – 283

²¹³ Parsons T. Struktura społeczna a osobowość. PWE. Warszawa 1969; s. 1–454.

²¹⁴ Stangierski I., Horst – Sikorska W. Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem. Forum Med. Rodz 2007; 1: s. 58 – 68.

²¹⁵ Muraczyńska B. Problemy zawodowe pielęgniarek w opiece paliatywnej – wybrane zagadnienia. Ann UMCS Sect, 2001; 15: s. 201–206

walką o życie do samego końca, zaprzeczeniem negatywnym uczuciom pacjenta i podawaniem mu informacji budzących nadzieję. Czwarta postawa to dojrzała akceptacja śmierci jako naturalnego zjawiska, z którym trzeba walczyć ale i się pogodzić, jeśli się zbliża. W badaniach tych 80% pielęgniarek przyjmowało postawę unikania lub lęku, a tylko 20% cechowała postawa dojrzałej akceptacji śmierci.

Zakład Medycyny Paliatywnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego przeprowadził badania wśród studentów VI roku medycyny, których celem było ustalenie opinii studentów dotyczącej sytuacji pacjentów w stanach terminalnych. W badaniu wzięło udział 76 studentów.

Wyniki badań pokazały, że zdaniem większości studentów pacjent w stanie terminalnym powinien zostać poinformowany o stanie zdrowia.

Ankietowy pomiar zapotrzebowania pacjentów na informacje o chorobie ujawnił, że około 75% osób oczekuje wiadomości, choćby były niekorzystne²¹⁶ Reynolds i współautorzy²¹⁷ stwierdzili, że 91% pacjentów chorych na raka chce znać diagnozę, 97% – pragnie uzyskać informacje na temat leczenia, a 88% – oczekuje wiadomości dotyczącej prognozy. Pacjenci, których poinformowano na temat rokowań, byli bardziej zadowoleni z opieki. Gilbertsen i Wangensteen uważają, że 55% chorych na raka, znajdujących własną diagnozę odczuwało większy spokój.²¹⁸

Wielu pacjentów w początkowym stadium choroby deklaruje chęć uzyskania informacji o swoim stanie zdrowia, ale w miarę progresji choroby zapotrzebowanie maleje.²¹⁹ Pełna świadomość na temat stanu zdrowia zwiększa poczucie kontroli nad własnym życiem, pomaga w adaptacji do sytuacji i pozwala zaplanować przyszłość. Badania pokazują też, że w wyniku przekazania „prawdy” realna ocena sytuacji wypierała nadzieję.²²⁰

Wśród uczuć, które zdaniem respondentów najczęściej towarzyszą choremu a stanie terminalnym, są lęk przed śmiercią, obawa o przyszłość najbliższych osób oraz poczucie bycia ciężarem. Odpowiedzi te wskazują na fakt postrzegania problemów osób w stanie terminalnym przez pryzmat uczuć osób zdrowych.

²¹⁶ Makowska H. Informowanie pacjenta przez lekarza. Czy ludzie chorzy chcą wiedzieć wszystko o tym, co im zagraża? W: Dolińska – Zygmunt G. (red.) Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001: s. 291–306

²¹⁷ Reynolds P.M., Sanson – Fisher R. W., Poole A. D. Cancer and communication: information – giving in an oncology clinic. Br. Med. J. 1981; 282:s. 1449–1451

²¹⁸ Gilbertsen V. A., Wangensteen O. H. Should the doctor tell the patient that the disease is cancer. C.A. Cancer J. Clin. 1962; 12: s. 82–86

²¹⁹ Vachon M. L. S. Emotional problems in palliative medicine: patient, family and professional caregivers. W: Doyle D., Hanks

²²⁰ G.W.C. MacDonald N. (red.) Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press 1993: s. 577–596

Stwierdzono, że silny ból lub ustanie funkcji fizjologicznych wyzwala lęk. Pogorszenie stanu ogólnego i przewlekły ból nowotworowy powoduje przygnębienie.²²¹ U osób w stanie terminalnym dominującym uczuciem jest przygnębienie.

Na podstawie wyników badań można stwierdzić, że obawa o przyszłość najbliższych i poczucie bycia ciężarem nie są uczuciami dominującymi w tej grupie chorych. Osoba dotknięta śmiertelną chorobą, upośledzającą podstawowe funkcje życiowe organizmu, koncertuje się na sobie, własnych potrzebach i poczuciu własnej wartości.

Respondenci nie docenili jednak roli nadziei, która stanowi istotny element dobrej jakości życia. Nadzieja mobilizuje do działania, pomaga znosić trudności. Twycross określa nadzieję, jako „oczekiwanie więcej niż zero osiągnięć pożądanego celu”.²²² Zdaniem studentów uczuciami, jakie najczęściej towarzyszą bliskim chorego w stanie terminalnym są poczucie bezradności, lęk i rozpacz. Rzadki zaznaczyli oni odpowiedzi dotyczące odczuć pozytywnych: akceptacji choroby i nadziei. Zdaniem Kubler – Ross terminalny okres choroby jest najtrudniejszy do zaakceptowania przez rodzinę pacjenta.²²³

Respondenci są zdania, że pacjent w stanie terminalnym powinien być objęty opieką holistyczną. Wsparcie ze strony najbliższych ma, zdaniem studentów, największe znaczenie dla dobrostanu psychicznego pacjenta. Stosunki społeczne pacjentów w stanie terminalnym są znacznie ograniczone, a wsparcie jakiego doświadczają jest niewystarczające. Z badań wynika, że chorzy stosunkowo często skarżą się na brak dobrych kontaktów z rodziną, złe relacje z personelem medycznym.²²⁴ Pessin i współautorzy na podstawie badań przeprowadzonych w grupie pacjentów terminalnych stwierdzili, że czynnikami najczęściej określanymi jako korzystne były: dobre relacje społeczne (75%), wsparcie społeczne (57%) oraz możliwość rozmowy o chorobie (47%).²²⁵

Badacze zajmujący się zagadnieniem integracji społecznej wskazują, że stan cywilny jest najpowszechniejszym wskaźnikiem demograficznym stosowanym do ustalenia relacji między integracją społeczną a zdrowiem i śmiertelnością. Wyniki większości badań pokazują, że pozostawanie w małżeństwie jest dla chorego bardziej korzystne. Kulik i Mahler²²⁶ stwierdzili, że wsparcie emocjonalne od małżonków miało pozytywny wpływ na pacjentów. Z kolei King i współautorzy zauważyli, związek dostępności

²²¹ De Walden – Gałuszko K., U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 2000, s. 25

²²² Twycross R.G. Sympozjum pn. Radziejowice 1990 (cyt. za de De Walden – Gałuszko K. Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii. Uniwersytet Gdański, Gdańsk 1992: s. 31)

²²³ Kubler – Ross E. Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media Rodzina. Poznań 1998; s. 164–186.

²²⁴ Haes de J.C.J.M Quality of life and breast cancer care. W: Zittoun R. (red.) Quality of life of cancer patients. Beaune 1992: s. 143- 149

²²⁵ Pessin H., Galiotta M., Nelson C.I. Burden and benefit of psychosocial research at the end of life. Palliat. Med. 2008; 11: s. 627- 632.

²²⁶ Kulik J.A., Mahler H.I. Emotional support as a moderator of adjustment and compliance after coronary artery bypass surgery. Behav. Med. 1993; 16: s. 45–63

wsparcia z miarami funkcjonowania i emocji. Wsparcie emocjonalne jest szczególnie korzystne, ponieważ wyposaża pacjenta w większą siłę w radzeniu sobie z ograniczeniami i stanami pogorszenia.²²⁷ Badani uznali, że priorytetowym znaczeniem w opiece nad pacjentem w stanie terminalnym jest zachęcenie do udziału chorego w życiu społecznym. Respondenci postrzegają potrzebę podtrzymania aktywności społecznej jako czynnik mający decydujące znaczenie dla obszaru somatycznego i psychicznego pacjenta. Badania prowadzone w grupie pacjentek z nowotworem piersi w różnych etapach choroby wskazuje jednak, że stan somatyczny jest najbardziej istotnym dla jakości życia chorych w stanie terminalnym.²²⁸

Respondenci są przekonani, że kondycja psychiczna pacjenta w stanie terminalnym wpływa na jego stan fizyczny. Istnieje bogaty materiał badawczy potwierdzający wpływ sfery psychicznej na percepcję dolegliwości somatycznych. Emocje negatywne, takie jak lęk, przygnębienie, w znaczący sposób obniżają próg tolerancji bólu. Z kolei ostre psychozy znacznie podwyższają próg tolerancji bólu.²²⁹

Większość osób badanych jest przekonana o znaczeniu stanu psychicznego dla okresu przeżycia chorego.

Brakuje w literaturze jednoznacznych danych potwierdzających tezę o bezpośrednim wpływie stanu psychicznego na długość przeżycia pacjentów w terminalnej fazie choroby.

Wyniki badań nad depresją sugerują, że jej występowanie zwiększa ryzyko samobójstwa, ogranicza sprawność fizyczną, poznawczą i społeczną. Wszystkie te czynniki w rezultacie powiązane są z większą śmiertelnością. Autorzy wielu prac próbują określić wpływ mechanizmów radzenia sobie z chorobą na długość przeżycia. Wyniki badań prowadzonych wśród pacjentek z nowotworem piersi w różnych okresach choroby pokazują, że skuteczność sposobów zmagania się maleje wraz ze stopniem zaawansowania procesu nowotworowego.²³⁰

Literatura wskazuje na znaczenie poziomu religijności, jako sposobu radzenia sobie z zaawansowanym stadium choroby.²³¹ Okazuje się, że w terminalnym okresie choroby wysoki stopień religijności jawi się jako najbardziej efektywny sposób radzenia sobie z chorobą.²³²

²²⁷ Knoll N., Schwarzer R. Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. W: Sęk H., Cieślak R. (red.) Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004: s. 29–48.

²²⁸ Knoll N., Schwarzer R. Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. W: Sęk H., Cieślak R. (red.) Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004: s. 29–48.

²²⁹ De Walden – Gałuszko K., Majkiewicz M., Psychologiczno – kliniczna ocena bólu przewlekłego. Wyd. AMG, Gdańsk 2003; 14–20

²³⁰ Janiszewska J., de Walden – Gałuszko K., Lichodziejewska – Niemerko M. The anxiety and coping with disease stages. *Psycho-Oncology* 2009; 18 (supl.2):s. 196.

²³¹ Phelps A.C., Maciejewski P.K. Association between religious coping and use of intensive life – prolonging care near death among patients with advanced cancer. *JAMA* 2009; 18: s. 1140 – 1147.

²³² Barraclough J. Rak i emocje. Wydawnictwo Medyczne Sanmedica, Warszawa 1997: s. 136.

Dowodów na wpływ czynników psychologicznych na długość czasu przeżycia w zaawansowanej fazie choroby dostarczają badania Bishopa na temat skuteczności psychoterapii. Pokazały one, że oddziaływanie psychoterapeutyczne może spowolnić rozwój nowotworu.²³³

Większość studentów jest zdania, że objęcie chorego opieką hospicjum domowego pozwala najlepiej zaspokoić potrzeby biopsychospołeczne pacjentów. Pogląd ten jest zbliżony z oczekiwaniami pacjentów w stanie terminalnym. Badanie na ten temat preferencji miejsca umierania pokazuje, że ponad 81% chorych chce umierać w domu, w otoczeniu najbliższych.²³⁴ Na podjęcie decyzji wpływają: poziom wykształcenia – osoby lepiej wyedukowane częściej wybierają pobyt w placówkach opieki paliatywnej, rodzaj nowotworu – wśród osób preferujących pobyt w hospicjum stacjonarnym większość stanowili pacjenci z nowotworem płuc; znaczne ograniczenie samodzielnej aktywności oraz znajomość prognozy.²³⁵

W praktyce lekarskiej obserwujemy często przedłużenie fazy uciążliwego leczenia, poddawanie pacjentów dotkliwym procedurom medycznym, dążenie do przedłużania życia kosztem cierpienia.

Badanie pokazało, że studenci VI roku medycyny dostrzegają problemy biopsychospołeczne osób umierających i ich najbliższych. Wiedza ta stanowi punkt wyjścia do dalszej pracy nad budowaniem właściwej postawy wobec osób u kresu życia. Opieka paliatywna traktuje śmierć jako coś naturalnego, a firmuje życie.

Afirmuje, czyli ceni sobie, chce czynić to co możliwe, żeby pełniej żyć, cieszyć się życiem, smakować, rozwijać się także w okresie przed śmiercią, być twórczym, odkrywać. Osoby opiekujące się umierającymi i ich bliskimi wielokrotnie doświadczali tego, że jeśli dobrze kontrolowane są objawy fizyczne, to pomimo smutku i lęku przed zbliżającą się śmiercią, dla wielu chorych i ich najbliższych czas ostatnich miesięcy, tygodni czy dni może stać się najbardziej wartościowym czasem w życiu. Trudno jest zmierzyć czy zbadać wzrastanie, trudno wkomponować to w medycynę opartą na faktach i używać jako argumentu w polemikach naukowych.

Dziś nie wystarcza argument, „że nie będzie bolało”. Pacjenci proszący o eutanazję czy decydujący się na samobójstwo wspomagane, rzadko kierują się lękiem przed bólem czy innymi objawami fizycznymi. Najczęściej jest to lęk przed utratą godności, czy będą szanowany, jaki to ma sens. Chory często ma poczucie bycia obciążeniem dla opiekunów, czuć się skazanym że zależy od innych. Bliscy mogą być zmęczeni i wyczerpani przedłużającą się opieką nad chorym. Skuteczne wsparcie ze strony opieki paliatywnej

²³³ Bishop G.D. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Astrum. Wrocław 2000: s. 463.

²³⁴ Nerrgaard M.A., Jensen A.B., Sokołowski I. Międzynarodowe Multidyscyplinarne Forum Opieki Paliatywnej, Budapeszt 2010, s. 5.

²³⁵ Chen Ch. H., Tang S.T. Międzynarodowe Multidyscyplinarne Forum Opieki Paliatywnej, Budapeszt 2010

ma zapobiec wyczerpaniu opiekowaniem się, pomóc w doświadczeniu wzajemnego obdarowywania się chorego i jego bliskich.

Cicely Saundels przeczytała te obserwacje w dyskusjach na temat etyki końca życia: „Często niespodziewana możliwość wzrostu chorego i jego bliskich na tym etapie (... schyłku życia) dla większości pracowników hospicjów jest jednym z najsilniejszych argumentów przeciwko legalizacji celowego przyspieszania śmierci”.²³⁶ I to tak naprawdę nadaje smak i wyrazistość opiece paliatywnej w dzisiejszym świecie

3. III METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ WŁASNYCH

3.1. PRZEDMIOT I CELE BADAŃ

Rozdział niniejszy jest poświęcony omówieniu metodologicznych podstaw badań.

Słowo „metodologia” ma różne odcienie znaczeniowe. Pochodzi od dwóch greckich słów: *methodos*- badanie i *logos*- słowo, nauka. W najszerszym sensie tego słowa uprawiać metodologię to tyle, co zajmować się zagadnieniami teoriopoznawczymi związanymi z rozwojem danej nauki.²³⁷

W najwęższym natomiast znaczeniu, przez metodologię rozumie się grupę zagadnień warsztatowych związanych z pracą badawczą w danej dziedzinie. Zagadnienia te dotyczą techniki gromadzenia danych, ich trafności i niezawodności oraz analizy wyników. Organizacja procesu badawczego zależna jest od wielu okoliczności, do których należą przede wszystkim:

- charakter i cel badań,
- teren na którym są prowadzone badania,
- techniki stosowane w czasie badań.²³⁸

Badanie naukowe jest wieloetapowym procesem zróżnicowanych działań, mających zapewnić obiektywne, dokładne wyczerpujące poznanie obranego wycinka rzeczywistości przyrodniczej, społecznej czy kulturowej. Przed przeprowadzeniem badań konieczne jest uświadomienie sobie ich przedmiotu i celu. Przedmiot badań jest tym zadaniem, które mamy

²³⁶ Byock I.R. *Consciously Walking the Fine line: Thoughts on a Hospice Response to Assisted Suicide and Euthanasia*. *I. Palliat Care* 1993; 9(3): s. 25–28

²³⁷ Muszyński H.: *Metodologiczne problemy pedagogiki*. Wydawnictwo Ossolineum, Wrocław 2007, s. 52

²³⁸ Pilch T.: *Zasady badań pedagogicznych*. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2008, s. 9.

wykonać, wynika on z tematu i jego treści. Celem badania naukowego jest odpowiedź na pytanie, dlaczego badacz podejmuje określone działania i czemu mają one służyć; w innym ujęciu możemy określić cel badań jako zamierzony efekt, który musi być spełniony jako wynik procesu poznania. Tym efektem jest prawda cechująca się ścisłością, ogólnością, wysoką zawartością informacyjną, prostotą i pewnością.²³⁹ „Celem poznania naukowego jest – jak podaje Pilich – zdobycie wiedzy maksymalnie ścisłej, maksymalnie pewnej, maksymalnie ogólnej, maksymalnie prostej, o maksymalnej zawartości informacji”.²⁴⁰

W. Zaczyński podkreśla, że każde badanie naukowe powinno składać się z trzech podstawowych etapów:

- gromadzenia materiału faktograficznego,
- analizy i syntezy danych,
- sprawdzenia poprawności twierdzeń wyprowadzonych z badań.

W badaniu naukowym stosowane są w szerokim zakresie różnorodne środki pomocnicze, które ułatwiają poznanie danej rzeczywistości i jednocześnie chronią badacza przed błędami jednostronności i subiektywizmu. Badania naukowe są zawsze notowane przez co rozumie utrwalenie badanych zjawisk i tworzenia dokumentów z badań.

Badania naukowe podejmuje się po to, by znaleźć wyjaśnienie zdarzeń zachodzących w rzeczywistym świecie, opisywać zjawiska i przewidywać ich zajście.

Wyniki badań naukowych są podstawą do tworzenia zasad, norm, wytycznych i zleceń służących rozwiązywaniu problemów.²⁴¹

Przeprowadzone badania miały na celu próbę analizy wybranych problemów pielęgnacyjnych u pacjentów w terminalnym stadium choroby nowotworowej, przebywających w hospicjum i w oddziale wewnętrznym, w ocenie personelu pielęgniarstwa.

Cele szczegółowe były następujące:

1. Poznanie głównych problemów pacjentów terminalnie chorych w sferze somatycznej.
2. Zdobycie informacji dotyczących wybranych problemów pacjentów w sferze psychicznej.
3. Uzyskanie wiedzy na temat problemów społecznych występujących u podopiecznych przebywających w hospicjum i w oddziale wewnętrznym.
4. Występowanie chorób współistniejących w opiece nad pacjentem onkologicznym.
5. Pozyskanie informacji na temat zaangażowania personelu pielęgnacyjnego w opiekę nad chorymi w stanie terminalnym.

²³⁹ Guzik – Tkacz M. Sięgień – Matyjewicz A. Leksykon terminów metodologicznych. Nauki pedagogiczne i pokrewne. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2015, s. 58–59.

²⁴⁰ Pilich A., Bauman T. Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe. Żak. 2001, s.23

²⁴¹ Pilich T.: Zasady badań pedagogicznych. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2008, s. 9

3.2. PYTANIA I HIPOTEZY BADAWCZE

Podstawowym warunkiem podejmowania wszelkich badań naukowych jest uświadomienie sobie przez badacza problemów, a często także hipotez roboczych, określających w sposób możliwie precyzyjny cel i zakres planowanych przedsięwzięć badawczych. Bez wyraźnie sformułowanych problemów i hipotez trudno byłoby dokonać większego postępu lub nowych odkryć w dziedzinie interesujących nas faktów i zjawisk. Józef Półturzycki podaje, iż problemy badawcze „wynikają z celu badań i są jego szczegółowymi pytaniami”.²⁴²

W niniejszej pracy został wyodrębniony problem główny:

Czy u pacjentów przebywających w hospicjum i w oddziale wewnętrznym występują problemy w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej?

Przyjęto również pięć problemów szczegółowych:

1. Czy zdaniem respondentek, u pacjentów terminalnie chorych, głównymi problemami są objawy somatyczne?
2. Czy ankietowane uważają, że ich pacjenci zmagają się z problemami natury psychicznej?
3. Czy w opinii respondentek, u pacjentów z chorobą nowotworową, występują problemy społeczne?
4. Czy o ocenie osób badanych dużym problemem pielęgnacyjnym są choroby współistniejące takie jak: POChP, cukrzyca?
5. Czy zaangażowanie personelu zmniejsza występowanie problemów pielęgnacyjnych?

Następnym etapem pracy badawczej jest formułowanie hipotez.

Z dobrze postawionego problemu badawczego powinna jasno wynikać hipoteza badawcza. Z definicji „Słownika języka polskiego” wynika, iż „hipoteza oznacza zdanie nie w pełni uzasadnione rozważane jako racja dla pewnych uznanych już zadań, założenie oparte na prawdopodobieństwie, wymagające sprawdzenia, mające na celu odkrywanie nieznanych zjawisk lub praw; jakiegokolwiek orzeczenie niezupełnie pewne, przypuszczenie”.²⁴³

Na podstawie literatury oraz doświadczenia nabytego w pracy zawodowej przyjąłam następującą hipotezę główną:

²⁴² Półturzycki J.: Jak studiować zaocznie. Poradnik Metodyczny. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1997, s. 113

²⁴³ Szymczak M. Słownik języka polskiego Tom 1, PWN, Warszawa 1994, s. 745.

W opinii personelu pielęgnacyjnego, u pacjentów przebywających w hospicjum i w oddziale wewnętrznym, występują problemy w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej.

Przyjęto następujące hipotezy szczegółowe:

1. Zdaniem respondentek, u pacjentów terminalnie chorych, głównymi problemami są objawy somatyczne.
2. Ankietowane uważają, że ich pacjenci zmagają się z problemami natury psychicznej.
3. W opinii respondentek u pacjentów z chorobą nowotworową występują problemy społeczne.
4. W ocenie osób badanych dużym problemem pielęgnacyjnym są choroby współistniejące takie jak: POChP, cukrzyca.
5. Według pielęgniarek ich zaangażowanie zmniejsza występowanie problemów pielęgnacyjnych u pacjentów z chorobą nowotworową.

3.3. ZMIENNE ZALEŻNE I NIEZALEŻNE ORAZ WSKAŹNIKI

Następnym zagadnieniem po sformułowaniu problemów i hipotez badawczych jest ustalenie zmiennych zależnych i niezależnych oraz wskaźników. J. Brzeziński wskazuje, że zmienna to własność, która przyjmuje różne wartości.²⁴⁴

Natomiast Z. Skorny uważa, że zmienna jest pewną kategorią zjawisk, których częstość występowania, wielkość i intensywność może ulec zmianom zależnie od okoliczności.

M. Łobocki twierdzi, że zmiennymi są podstawowe cechy, objawy, które są charakterystyczne dla badanego zjawiska, faktu lub są ich przyczyną bądź skutkiem.²⁴⁵ W badaniach ilościowych bardzo ważne jest ustalenie zmiennych. Pozwalają one na bardziej adekwatny opis głównego problemu badawczego oraz na zdanie sobie sprawy z dużej jego złożoności.

Istnieją dwie najpowszechniejsze kategorie zmiennych, wśród których wyróżnia się zmienne zależne i zmienne niezależne. M. Łobocki definiuje zmienne niezależne jako sposoby działania, których celem jest powodowanie określonych skutków, natomiast zmienne zależne jako oczekiwane skutki działania zmiennych niezależnych.

J. Brzeziński twierdzi, że „zmienna, która jest przedmiotem naszego badania, której związku z innymi zmiennymi chcemy określić (wyjaśnić), nosi nazwę zmiennej zależnej. Natomiast zmienne, od których ona zależy, które na nią oddziałują, noszą nazwę zmiennych niezależnych.”²⁴⁶ Oprócz zmiennych zależnych i zmiennych

²⁴⁴ Brzeziński J.: Elementy metodologii badań psychologicznych. Skrypt dla studentów psychologii i pedagogiki, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 1984, s. 22–57

²⁴⁵ Łobocki M. Metody i techniki badań pedagogicznych Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2000, s. 13–272

²⁴⁶ Brzeziński J.: Elementy metodologii badań psychologicznych. Skrypt dla studentów psychologii i pedagogiki, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 1984, s. 22–57.

niezależnych, w badanych empirycznych istnieje jeszcze wiele zmiennych, których nazwy wskazują na funkcje które pełnią. Wyróżnia się między innymi zmienne pośredniczące, selekcyjne, kontrolne.²⁴⁷ Istnieją związki między zmiennymi. Według Z. Zaborowskiego jeśli wzrostowi jednej zmiennej towarzyszy wzrost innej zmiennej towarzyszy wzrost innej, wówczas można mówić o zmiennych skorelowanych.²⁴⁸ M. Łobocki wskazuje, że zarówno zmienne jak i wskaźniki są próbą uszczegółowienia problemu badawczego, gdzie zmienne uszczegółwiają zjawisko ze względu na jego podstawową cechę, natomiast wskaźniki określają każdą z wyodrębnionych zmiennych. Wskaźniki są więc cechami badanych zjawisk, które łatwo poddają się obserwacji i pomiarom”.²⁴⁹ H. Muszyński definiuje wskaźnik jako wszelkie zjawiska, których istnienie pozwala stwierdzić, że wystąpiły określone stany rzeczy, które objęte są zakresami pojęciowymi badanych zmiennych.²⁵⁰ Według Z. Zaborowskiego wskaźnik wskazuje na określone zjawiska, które pozwalają stwierdzić, że zaszło zjawisko określone przez wskaźnik.¹²⁵¹ Pilch natomiast definiuje wskaźnik jako cechę, zdobywanie lub zjawisko na podstawie którego można wnioskować o określonym prawdopodobieństwie, że zachodzi zjawisko, które interesuje badacza.²⁵² Istnieją różne rodzaje wskaźników, wśród których można wyróżnić: wskaźniki empiryczne, definicyjne, interferencyjne. Wskaźnik empiryczny pokazuje zmienną dającą się łatwo i bezpośrednio zaobserwować. Wskaźnik definicyjny wynika z definicji badanej zmiennej i tym lepiej spełnia swoją funkcję, im bardziej precyzyjna jest definicja wskazanego zjawiska. Wskaźnik interferencyjny odnosi się do zjawiska, którego bezpośrednio nie można zaobserwować, ani odnieść się do definicji badanego zjawiska. Odwołując się do wskaźnika interferencyjnego należy sięgnąć do teorii dotyczącej badanej zmiennej.

Zgodnie z ustalonym celem pracy, problemami badawczymi i hipotezami przyjąłam odpowiedni układ zmiennych.

²⁴⁷ Pilch T., Bauman T. Zasady badań pedagogicznych – strategie ilościowe i jakościowe. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2001, s. 43–280.

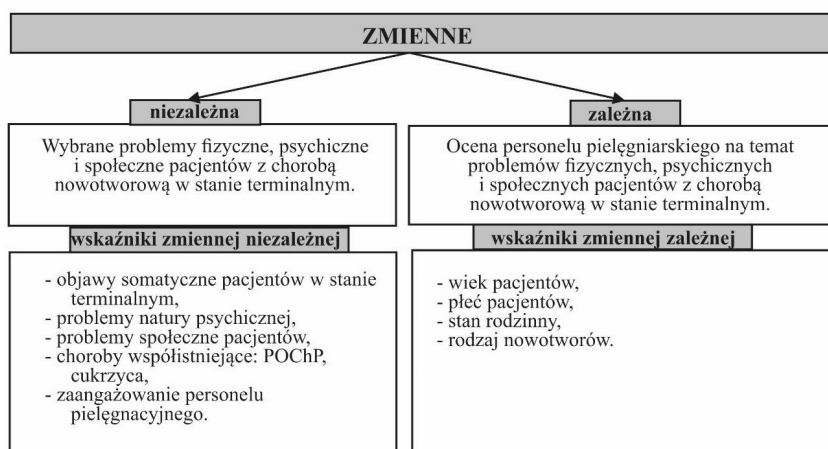
²⁴⁸ Węglińska M. Jak pisać pracę magisterską? Oficyna Wydawnicza Impuls. Kraków 2004; s. 12–124.

²⁴⁹ Łobocki M. Metody i techniki badań pedagogicznych Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2000, s. 13–272

²⁵⁰ Muszyński H.: Wstęp do pedagogiki.. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1971; s. 188–248.

²⁵¹ Węglińska M. Jak pisać pracę magisterską? Oficyna Wydawnicza Impuls. Kraków 2004; s. 12–124

²⁵² Pilch. T. Bauman T. Zasady badań pedagogicznych – strategie ilościowe i jakościowe. Wydawnictwo Akademickie Żak. Warszawa 2001, s. 43–280



Rysunek 4: Zmienne i wskaźniki.

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

3.4. METODY, TECHNIKI I NARZĘDZIA BADAWCZE

W celu uzyskania wyczerpujących odpowiedzi na sformułowane problemy badawcze należy odpowiednio dobrać metody, techniki oraz narzędzia badawcze.

Metoda jest celowym, planowanym, obiektywnym, dokładnym i wyczerpującym poznaniem danego wycinka rzeczywistości stosowanych świadomie, intencjonalnie z przestrzeganiem właściwych wskazań metodologicznych.

Wybór metody przez badacza wiąże się z przygotowaniem określonych technik badawczych. Techniki badawcze „są to czynności praktyczne, regulowane starannie wypracowanymi dyrektywami, pozwalającymi na uzyskanie optymalnie sprawdzonych informacji, opinii, faktów”.²⁵³

Plić wymienia następujące techniki badawcze:

- obserwacja,
- wywiad,
- ankieta,
- badanie dokumentów,

²⁵³ Pilch. T. Bauman T. Zasady badań pedagogicznych – strategie ilościowe i jakościowe. Wydawnictwo Akademickie Żak. Warszawa 2001, s. 43–280.

- analiza treści,
- techniki projekcyjne.

Każda z technik badawczych wymaga zastosowania adekwatnych do tego narzędzi. Do przeprowadzenia wywiadu stosuje się kwestionariusz, który powinien być skategoryzowany przez zbudowanie ścisłych pytań, obejmujących wszystkie zagadnienia zawarte w celach i hipotezach badawczych, których nie można zmieniać.

W. Zaczyński definiuje ankietę jako metodę bezpośredniego zdobywania informacji poprzez pytania stawiane wybranym osobom za pośrednictwem listy pytań zwanej kwestionariuszem. Pytania w ankiecie są ścisłe, konkretne, jednoprotymowe, zwykle zamknięte i zaopatrzone w tzw. kafaterię (zestaw możliwych odpowiedzi do wyboru). Badania ankietowe mają zazwyczaj charakter anonimowy, co sprzyja wg. M. Łobockiego otwartości i szczerości respondentów. Pytania powinny być zrozumiałe, jednoznaczne, ważna jest zarówno treść, jak i forma pytań. Zaleca się stosowanie formy grzecznościowych (Pan, Pani, Państwo). Istotna jest kolejność pytań, aby pytanie początkowe stymulowały do odpowiedzi na kolejne. Ich ilość nie powinna zniechęcać respondentów do starannych odpowiedzi lub udziału w nich.

W badaniach własnych wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Zastosowano technikę ankiety. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji złożony z 19 pytań sformułowanych w sposób zrozumiały dla respondentów. Kwestionariusz ankiety zawierał metryczkę – 4 pytania dotyczące wieku pacjenta, płci, stanu rodzinnego pacjenta i rodzaju nowotworów. Kolejne 15 pytań miało na celu weryfikację hipotez badawczych. Pytania 5, 6, 7 weryfikowały pierwszą hipotezę, pytania 8, 9, 10 – drugą, 11, 12, 13 – trzecią, pytania 14, 15, 16 – czwartą, a pytania 17, 18 i 19 – piątą hipotezę. Ankieta adresowana była do personelu pielęgniarskiego pracującego w hospicjum i w oddziale wewnętrznym.

3.5. CHARAKTERYSTYKA GRUPY BADAWCZEJ I PRZEBIEGU BADAŃ

Na proces badawczy złożyło się kilka etapów. Etap pierwszy polegał na zapoznaniu się z dostępną literaturą dotyczącą choroby nowotworowej i problemów pielęgnacyjnych które jej towarzyszą, ze szczególnym uwzględnieniem terminalnego stanu pacjentów.

Następnym etapem było opracowanie metodologii badań oraz wybór narzędzi badawczych. Etap trzeci obejmował przeprowadzenie badań ankietowych w dobranej grupie badawczej – wśród pielęgniarek pracujących w hospicjum i w oddziale pracujących w hospicjum i w oddziale wewnętrznym. W etapie czwartym zgromadzony materiał

badawczy poddano analizie ilościowo statystycznej i przeprowadzono interpretację wyników badań.

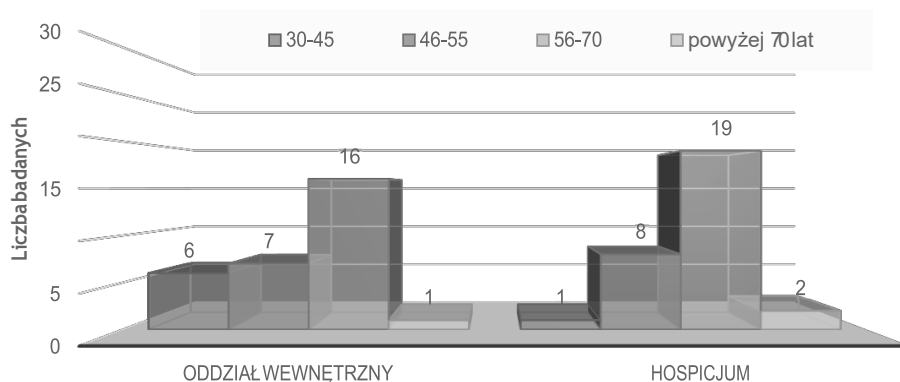
W badaniu wzięło udział 30 pielęgniarek pracujących w hospicjum i 30 pielęgniarek pracujących w oddziale wewnętrznym.

Badania, których opis jak i wnioski zawarte w dalszej części pracy, były przeprowadzone na przełomie lutego i marca 2019 roku. O wypełnienie kwestionariusza ankiety poproszono pielęgniarki zatrudnione w Hospicjum Płockim im. Św. Urszuli Ledóchowskiej przy ul. Piłsudskiego 37 w Płocku oraz pielęgniarki z oddziału wewnętrznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego przy ul. Medycznej w Płocku.

Udział w badaniach był dobrowolny. Uzyskano 60 wypełnionych ankiet, 30 z Hospicjum Płockiego im. Św. Urszuli Ledóchowskiej w Płocku oraz 30 z Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku.

Tabela 1: Podział pacjentów w terminalnym stadium choroby nowotworowej ze względu na wiek

| Proszę zaznaczyć w którym z przedziałów wiekowych spotyka Pani najwięcej pacjentów w terminalnej fazie chory nowotworowej | | |
|---|--------------------|-----------|
| przedział wiekowy | oddział wewnętrzny | hospicjum |
| 30–45 | 6 | 1 |
| 46–55 | 7 | 8 |
| 56–70 | 16 | 19 |
| powyżej 70 lat | 1 | 2 |
| razem | 30 | 30 |



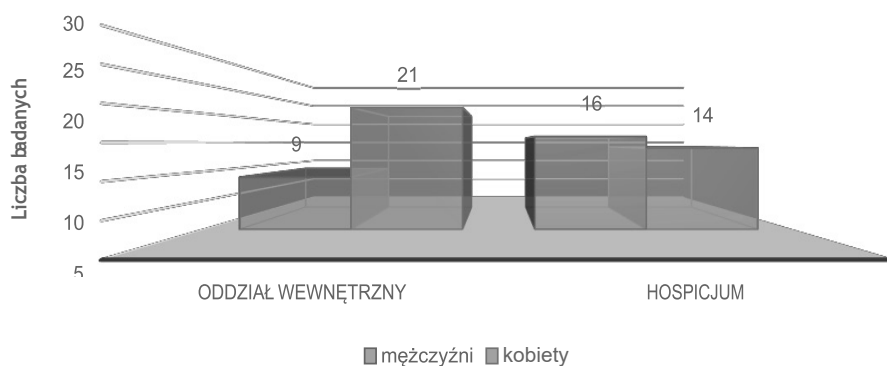
Wykres 1: Podział pacjentów w terminalnym stadium choroby nowotworowej ze względu na wiek

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Na podstawie przeprowadzonych badań 19 pielęgniarek racujących w hospicjum, oraz 16 pielęgniarek zatrudnionych w oddziale wewnętrznym uważa, że najwięcej pacjentów w terminalnej fazie choroby jest w przedziale wiekowym 55–70 lat. Następną grupę według ankietowanych stanowią pacjenci w przedziale wiekowym 46–55 lat, według 8 pielęgniarek z hospicjum, zaś według 7 pielęgniarek z oddziału wewnętrznego. 1 pielęgniarka pracująca w hospicjum odpowiedziała, że najmniej liczną grupą pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej stanowią osoby w przedziale wiekowym 30–45 lat.

Tabela 2: Podział pacjentów terminalnie chorych ze względu na płeć

| Czy Pani zadaniem większość chorych stanowią mężczyźni czy kobiety? | | |
|---|--------------------|-----------|
| płeć | oddział wewnętrzny | hospicjum |
| kobiety | 21 | 14 |
| mężczyźni | 9 | 16 |



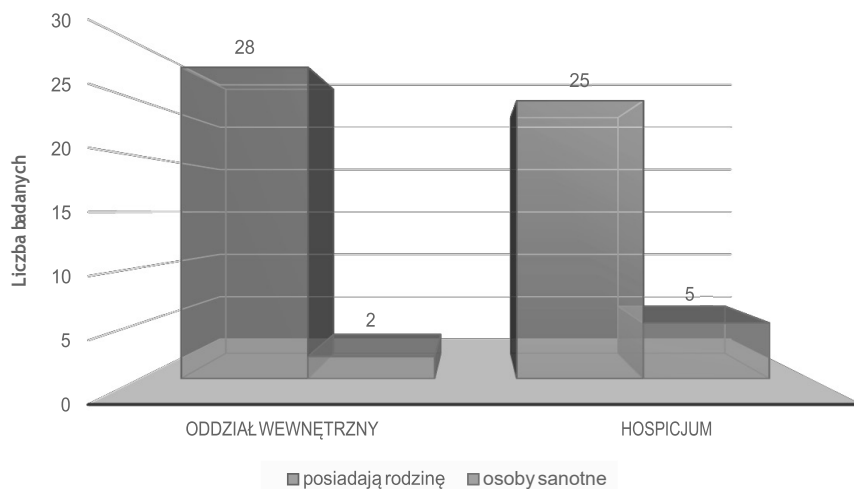
Wykres 2: Podział pacjentów terminalnie chorych ze względu na płeć

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Za pomocą powyższej tabeli i wykresu przedstawiono wyniki badań dotyczące płci pacjentów w terminalnym stadium choroby nowotworowej. 21 pielęgniarek oddziału wewnętrznego uważa, że największy odsetek chorych stanowią kobiety. Podobnej odpowiedzi udzieliło 14 pielęgniarek pracujących w hospicjum.

Tabela 3: Stan rodzinny pacjentów

| Jaki jest w większości przypadków stan rodzinny pacjentów? | | |
|--|--------------------|-----------|
| Stan rodzinny | oddział wewnętrzny | hospicjum |
| posiadają rodzinę | 28 | 25 |
| osoby samotne | 2 | 5 |
| razem | 30 | 30 |



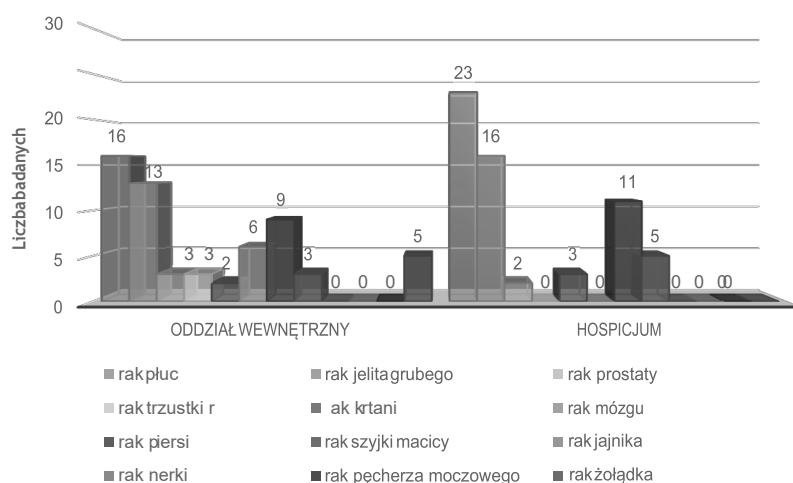
Wykres 3: Stan rodzinny pacjentów

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Na pytanie o stan rodzinny pacjentów 28 pielęgniarek pracujących w oddziale wewnętrznym udzieliło odpowiedzi, że ich pacjenci posiadają rodzinę, 25 ankieterowanych zatrudnionych w hospicjum też zaznaczyło odpowiedź, że ich pacjenci posiadają rodzinę.

Tabela 4: Rodzaje nowotworów, stanowiących punkt wyjścia uogólnionego procesu z jakimi spotykają się najczęściej pielęgniarki w swojej pracy u pacjentów w terminalnym stadium choroby nowotworowej

| Z jakim rodzajem nowotworów (stanowiących punkt wyjścia uogólnionego procesu) spotyka Pani najczęściej w swojej pracy? (proszę zaznaczyć dwa rodzaje nowotworów) | | |
|---|--------------------|-----------|
| rodzaj nowotworu | oddział wewnętrzny | hospicjum |
| rak płuc | 16 | 23 |
| rak jelita grubego | 13 | 16 |
| rak prostaty | 3 | 2 |
| rak trzustki | 3 | 0 |
| rak krtani | 2 | 3 |
| rak mózgu | 6 | 0 |
| rak piersi | 9 | 11 |
| rak szyjki macicy | 3 | 5 |
| rak jajnika | 0 | 0 |
| rak nerki | 0 | 0 |
| rak pęcherza moczowego | 0 | 0 |
| rak żołądka | 5 | 0 |
| razem | 60 | 60 |



Wykres 4: Rodzaje nowotworów, stanowiących punkt wyjścia uogólnionego procesu z jakim spotykają się najczęściej pielęgniarki w swojej pracy

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Na podstawie przeprowadzonych badań 23 pielęgniarki zatrudnione w hospicjum i 16 pielęgniarek zatrudnionych w oddziale wewnętrznym uważa, że najczęściej występującym nowotworem wśród pacjentów przebywających w oddziale jest nowotwór płuc, na drugim miejscu klasyfikują się pacjenci z nowotworem jelita grubego tak uważa 16 pielęgniarek zatrudnionych w hospicjum i 13 pielęgniarek zatrudnionych w oddziale wewnętrznym.

Na trzecim miejscu klasyfikują się pacjenci z rakiem piersi – tak odpowiedziało 11 pielęgniarek pracujących w hospicjum i 9 pielęgniarek pracujących w oddziale wewnętrznym. Relatywnie najmniejszy odsetek, według ankietowanych stanowią pacjenci z nowotworem trzustki, prostaty, rakiem szyjki macicy.

4. OPIS I ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ

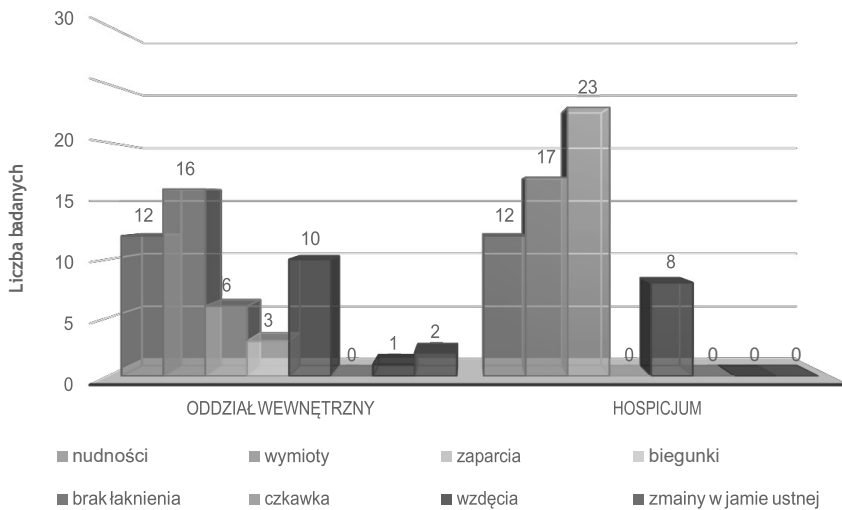
4.1. ZESTAWIENIE I OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ

W niniejszym rozdziale zostały przedstawione wyniki badań respondentów w tabelach i wykresach od 5 do 23. Badaniu została poddana ocena personelu pielęgniarskiego pracującego w oddziale wewnętrznym i w hospicjum na temat wybranych problemów fizycznych, psychicznych i społecznych pacjentów z chorobą nowotworową w stanie terminalnym. Uzyskano odpowiedzi weryfikujące opinię personelu na temat wybranych

objawów somatycznych pacjentów, problemów natury psychicznej, społecznej, występowania chorób współistniejących i istoty zaangażowania w sprawowaniu opieki nad chorymi w stanie terminalnym.

Tabela 5: Najczęściej występujące problemy pielęgnacyjne ze strony układu pokarmowego

| Spośród niżej wymienionych problemów pielęgnacyjnych u pacjentów w stanie terminalnym, proszę zaznaczyć po dwa najczęściej występujące ze strony poszczególnych układów: | | |
|--|--------------------|-----------|
| a) ze strony układu pokarmowego | oddział wewnętrzny | hospicjum |
| nudności | 12 | 12 |
| wymioty | 26 | 17 |
| zaparcia | 6 | 23 |
| biegunki | 3 | 0 |
| brak łaknienia | 10 | 8 |
| czkawka | 0 | 0 |
| wzdęcia | 1 | 0 |
| zmiany w jamie ustnej | 2 | 0 |



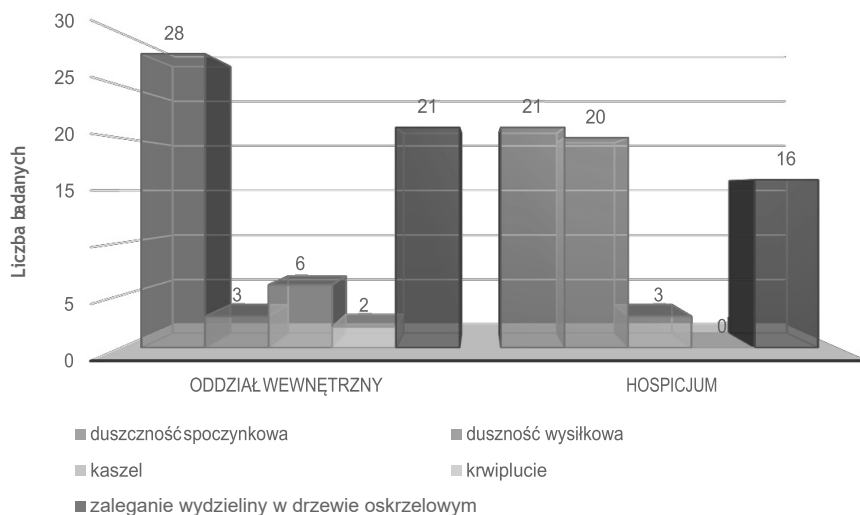
Wykres 5: Najczęściej występujące problemy pielęgnacyjne ze strony układu pokarmowego

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Na podstawie powyższych danych dla 26 pielęgniarek pracujących w oddziale wewnętrznym głównym problemem są wymioty, zaś dla 23 pielęgniarek pracujących w hospicjum zaparcia. 12 pielęgniarek z oddziału wewnętrznego i 12 z hospicjum odpowiedziało, że kolejny problem to nudności.

Tabela 6: Najczęściej występujące problemy pielęgnacyjne ze strony układu oddechowego

| b) ze strony układu oddechowego | oddział wewnętrzny | hospicjum |
|--|--------------------|-----------|
| duszność spoczynkowa | 28 | 21 |
| duszność wysiłkowa | 3 | 20 |
| kaszel | 6 | 3 |
| krwioplucie | 2 | 0 |
| zaleganie wydzieliny w drzewie oskrzelowym | 21 | 16 |



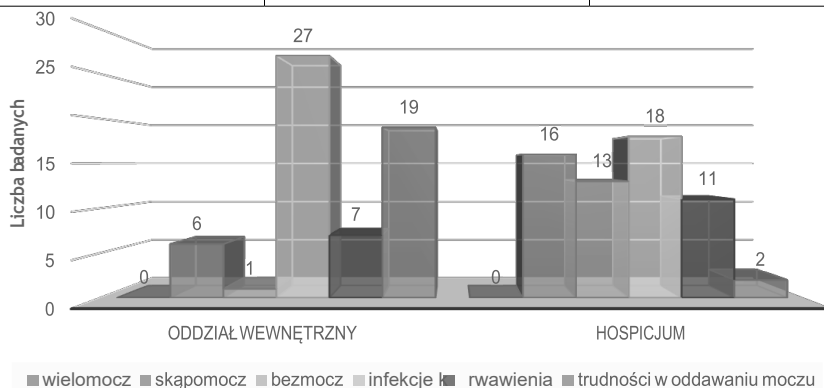
Wykres 6: Najczęściej występujące problemy pielęgnacyjne ze strony układu oddechowego

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Na podstawie przeprowadzonych badań najczęściej występującym problemem pacjentów przebywających w oddziale wewnętrznym jest duszność spoczynkowa tak uważa 28 ankietowanych, na drugim miejscu klasyfikuje się zaleganie wydzieliny w drzewie oskrzelowym takiej odpowiedzi udzieliło 21 ankietowanych pracujących w oddziale wewnętrznym i 16 ankietowanych pracujących hospicjum.

Tabela 7: Najczęściej występujące problemy pielęgnacyjne ze strony układu moczowo – płciowego

| c) ze strony układu moczowo- -płciowego | oddział wewnętrzny | hospicjum |
|--|--------------------|-----------|
| wielomocz | 0 | 0 |
| skąpomocz | 6 | 16 |
| bezmocz | 1 | 13 |
| infekcje | 27 | 18 |
| krwawienia | 7 | 11 |
| trudności w oddawaniu moczu | 19 | 2 |



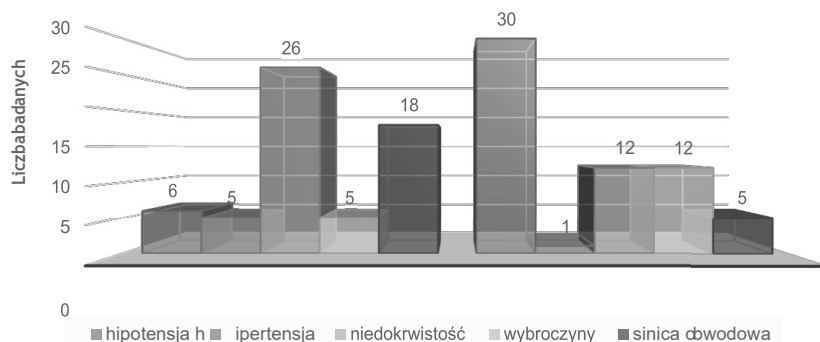
Wykres 7: Najczęściej występujące problemy pielęgnacyjne ze strony układu moczowo – płciowego

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Według pielęgniarek zatrudnionych w oddziale wewnętrznym najczęściej występującym problemem ze strony układu moczowo-płciowego są infekcje. Takiej odpowiedzi udzieliło 27 ankietowanych. Podobnie uważa 18 pielęgniarek pracujących w hospicjum.

Tabela 8: Najczęściej występujące problemy pielęgnacyjne ze strony układu krążenia

| d) ze strony układu krążenia | oddział wewnętrzny | hospicjum |
|------------------------------|--------------------|-----------|
| hipotensja | 6 | 30 |
| hipertensja | 5 | 1 |
| niedokrwistość | 26 | 12 |
| wybroczyny | 5 | 12 |
| sinica obwodowa | 18 | 5 |



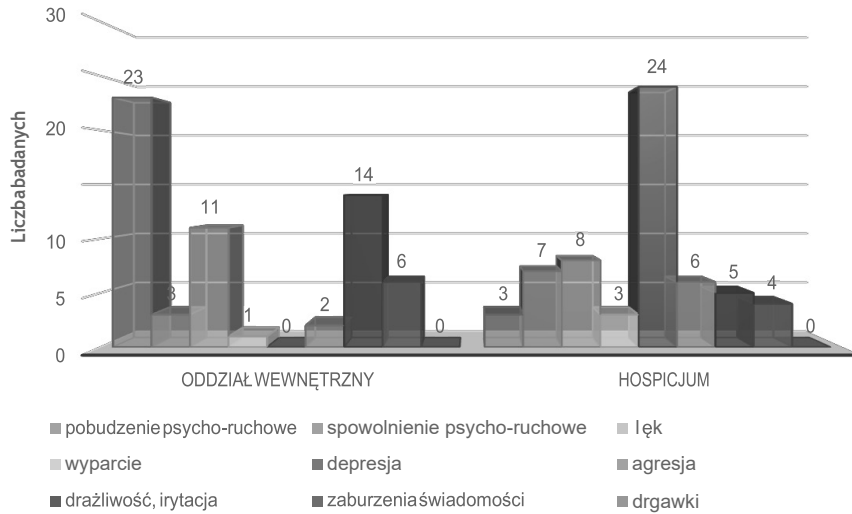
Wykres 8: Najczęściej występujące problemy pielęgnacyjne ze strony układu krążenia

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Najczęściej spotykanym problemem pielęgnacyjnym pacjentów przebywających w oddziale wewnętrznym jest niedokrwistość, takiej odpowiedzi udzieliło 26 ankietowanych, zaś według 30 ankietowanych zatrudnionych w hospicjum najczęściej występującym problemem pielęgnacyjnym wśród pacjentów jest hipotensja. 12 pielęgniarek pracujących w hospicjum odpowiedziało, że wybroczyny są kolejnym problemem i 12 pielęgniarek, że niedokrwistość.

Tabela 9: Najczęściej występujące problemy pielęgnacyjne ze strony układu nerwowego

| e) ze strony układu nerwowego | oddział wewnętrzny | hospicjum |
|-------------------------------|--------------------|-----------|
| pobudzenie psycho-ruchowe | 23 | 3 |
| spowolnienie psycho-ruchowe | 3 | 7 |
| lęk | 11 | 8 |
| wyparcie | 1 | 3 |
| depresja | 0 | 24 |
| agresja | 2 | 6 |
| drażliwość, irytacja | 14 | 5 |
| zaburzenia świadomości | 6 | 4 |
| drgawki | 0 | 0 |



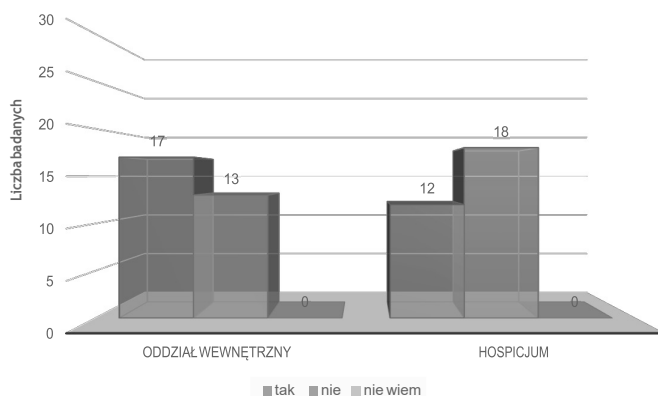
Wykres 9: Najczęściej występujące problemy pielęgnacyjne ze strony układu nerwowego

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Na podstawie przeprowadzonych badań najczęstszym problemem pielęgnacyjnym ze strony układu nerwowego u pacjentów przebywających w hospicjum jest depresja – tak odpowiedziały 24 pielęgniarki, zaś u pacjentów przebywających w oddziale wewnętrznym według 23 ankietowanych pobudzenie psycho-ruchowe.

Tabela 10: Występowanie bólu u pacjentów cierpiących na chorobę nowotworową

| Czy Pani zdaniem ból jest problemem występującym u wszystkich pacjentów cierpiących na chorobę nowotworową? | | |
|---|--------------------|-----------|
| | oddział wewnętrzny | hospicjum |
| tak | 17 | 12 |
| nie | 13 | 18 |
| nie wiem | 0 | 0 |
| razem | 30 | 30 |



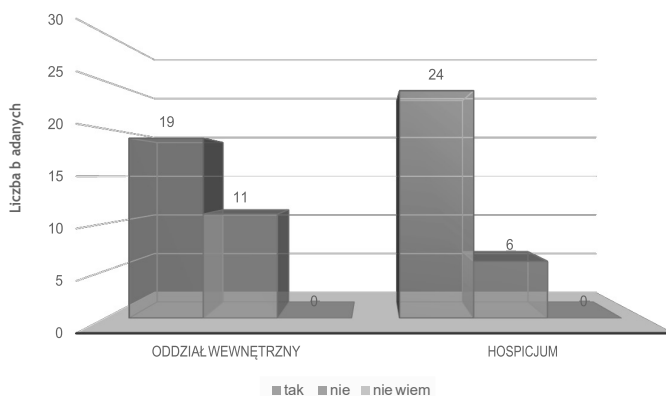
Wykres 10: Występowanie bólu u pacjentów cierpiących na chorobę nowotworową

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Powyższy wykres przedstawia odpowiedzi dotyczące bólu w chorobie nowotworowej. 17 ankietowanych pielęgniarek zatrudnionych w oddziale wewnętrznym odpowiedziały, że ból towarzyszy pacjentom cierpiącym na chorobę nowotworową, zaś 18 pielęgniarek zatrudnionych w hospicjum uważa, że nie.

Tabela 11: Ryzyko powstawania odleżyn u pacjentów onkologicznych

| Czy pacjenci onkologiczni są bardziej narażeni na powstawanie odleżyn? | | |
|--|--------------------|-----------|
| | oddział wewnętrzny | hospicjum |
| tak | 19 | 24 |
| nie | 11 | 6 |
| nie wiem | 0 | 0 |
| razem | 30 | 30 |



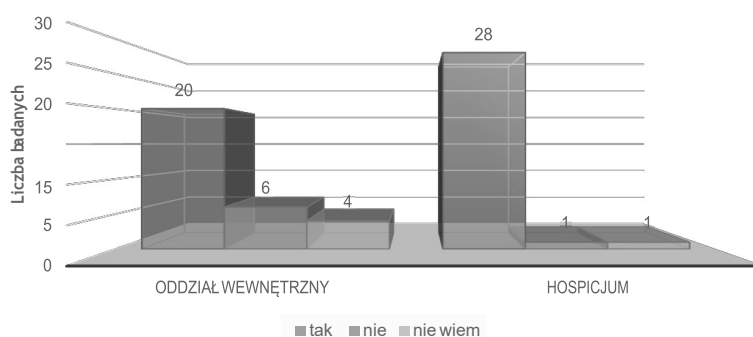
Wykres 11: Ryzyko powstawania odleżyn u pacjentów onkologicznych

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Na podstawie przeprowadzonych badań 19 pielęgniarek zatrudnionych w oddziale wewnętrznym uważa, że pacjenci onkologiczni są bardziej narażeni na powstawanie odleżyn. 24 ankietowane pielęgniarki pracujące w hospicjum też są takiego zdania.

Tabela 12: Problem depresji i lęku u pacjentów z chorobą nowotworową

| Czy Pani zdaniem depresja i lęk jest dużym problemem pacjentów z chorobą nowotworową? | | |
|---|--------------------|-----------|
| | oddział wewnętrzny | hospicjum |
| tak | 20 | 28 |
| nie | 6 | 1 |
| nie wiem | 4 | 1 |
| razem | 30 | 30 |



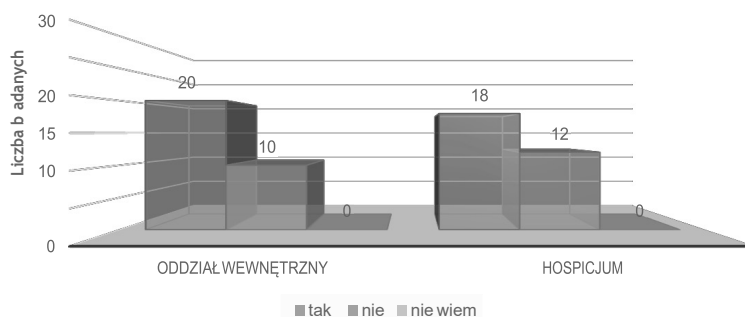
Wykres 12: Problem depresji i lęku jest dużym problemem pacjentów z chorobą nowotworową

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Zdaniem 28 pielęgniarek zatrudnionych w hospicjum i 20 pielęgniarek pracujących w oddziale wewnętrznym depresja i lęk są dużym problemem pacjentów z chorobą nowotworową. Niewielki odsetek ankietowanych jest odmiennego zdania.

Tabela 13: Występowanie pobudzenia psychoruchowego u chorych w stanie terminalnym

| Czy zauważyła Pani u chorych w stanie terminalnym występowanie pobudzenia psychoruchowego? | | |
|--|--------------------|-----------|
| | oddział wewnętrzny | hospicjum |
| tak | 20 | 18 |
| nie | 10 | 12 |
| nie wiem | 0 | 0 |
| razem | 30 | 30 |



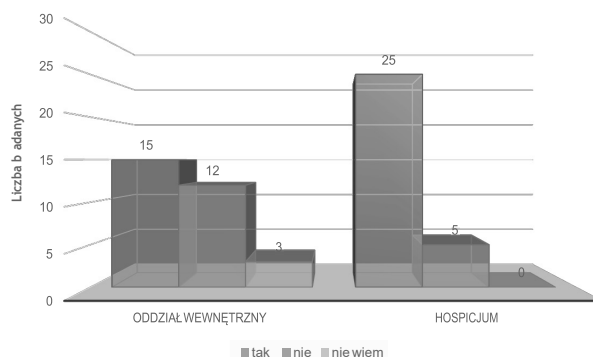
Wykres 13: Występowanie pobudzenia psychoruchowego u chorych w stanie terminalnym

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Z badań wynika, że zarówno ankietowane pielęgniarki pracujące w hospicjum – 18 osób i pracujące w oddziale wewnętrznym – 20 osób zaobserwowały w swojej pracy z chorymi w stanie terminalnym występowanie pobudzenia psychoruchowego.

Tabela 14: Skuteczność środków farmaceutycznych w zmniejszeniu lęku, depresji i pobudzenia psycho-ruchowego u pacjentów

| Czy dostępne środki farmaceutyczne pozwalają skutecznie zminimalizować lęk, depresję i pobudzenie psychoruchowe u pacjentów? | | |
|--|--------------------|-----------|
| | oddział wewnętrzny | hospicjum |
| tak | 15 | 25 |
| nie | 12 | 5 |
| nie wiem | 3 | 0 |
| razem | 30 | 30 |



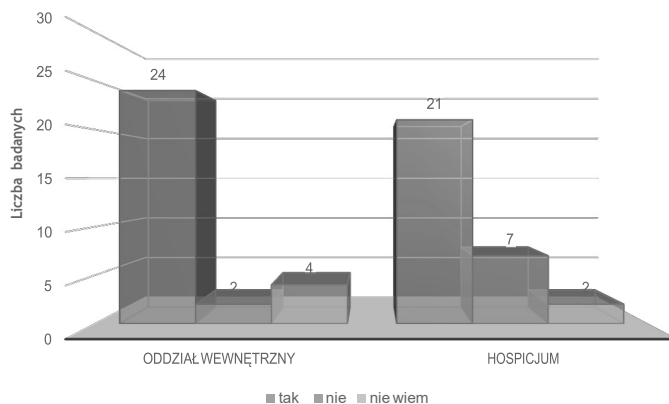
Wykres 14: Skuteczność środków farmaceutycznych w zmniejszeniu lęku, depresji i pobudzenia psycho-ruchowego u pacjentów

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Przeprowadzone badania pokazują, że pielęgniarki pracujące w hospicjum uważają, iż dostępne środki farmaceutyczne pozwalają skutecznie zminimalizować lęk, depresję i pobudzenie psychoruchowe – 25 osób jest takiego zdania. Wśród ankietowanych zatrudnionych w oddziale wewnętrznym zdania są podzielone – 15 osób uważa że tak, 12 osób że nie.

Tabela 15: Poczucie osamotnienia u pacjentów chorych terminalnie

| Czy pacjenci chorzy terminalnie skarżą się na poczucie osamotnienia? | | |
|--|--------------------|-----------|
| | oddział wewnętrzny | hospicjum |
| tak | 24 | 21 |
| nie | 2 | 7 |
| nie wiem | 4 | 2 |
| razem | 30 | 30 |



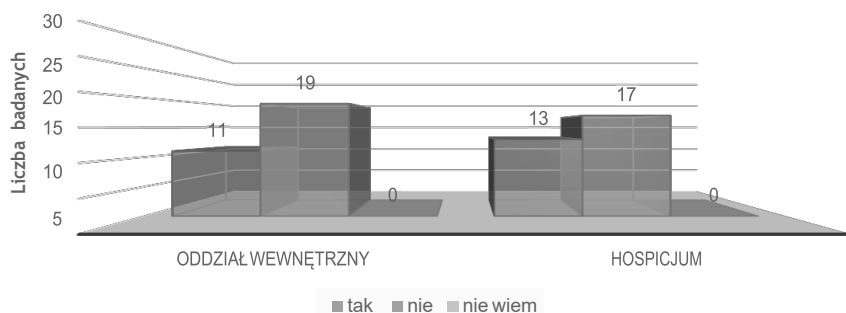
Wykres 15: Poczucie osamotnienia u pacjentów chorych terminalnie

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Na podstawie przeprowadzonych badań 21 pielęgniarek pracujących w hospicjum jest zdania, że pacjenci chorzy terminalnie skarżą się na osamotnienie. Podobnie uważają 24 pielęgniarki zatrudnione w oddziale wewnętrznym.

Tabela 16: Udział rodzin pacjentów w procesie pielęgnowania

| Czy uważa Pani, że rodziny pacjentów biorą czynny udział w procesie pielęgnowania? | | |
|--|--------------------|-----------|
| | oddział wewnętrzny | hospicjum |
| tak | 11 | 13 |
| nie | 19 | 17 |
| nie wiem | 0 | 0 |
| razem | 30 | 30 |



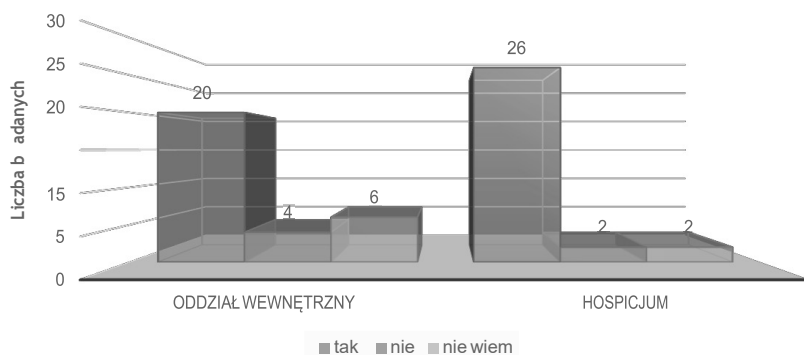
Wykres 16: Udział rodzin pacjentów w procesie pielęgnowania

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Badania pokazują, że 17 ankietowanych pielęgniarek zatrudnionych w hospicjum i 19 pracujących w oddziale wewnętrznym uważa, że rodziny nie biorą czynnego udziału w pielęgnacji swoich bliskich.

Tabela 17: Wpływ świadomości pacjenta o nieuleczalności choroby na relację z najbliższym otoczeniem

| Czy Pani zdaniem świadomość pacjenta o nieuleczalności choroby ma wpływ na relację z najbliższym otoczeniem? | | |
|--|--------------------|-----------|
| | oddział wewnętrzny | hospicjum |
| tak | 20 | 26 |
| nie | 4 | 2 |
| nie wiem | 6 | 2 |
| razem | 30 | 30 |



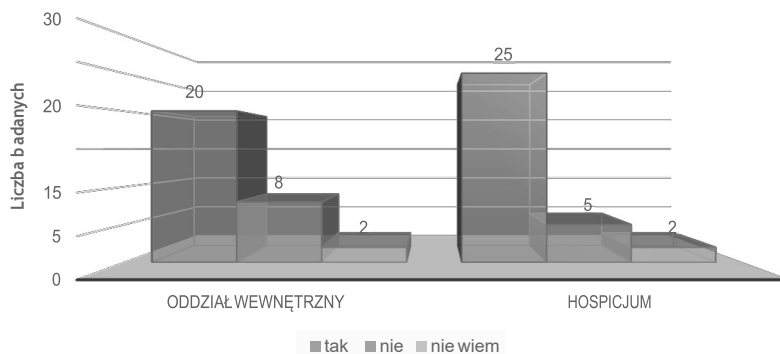
Wykres 17: Wpływ świadomości pacjenta o nieuleczalności choroby na relację z najbliższym otoczeniem

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Z badań wynika, że zdaniem większości pielęgniarek świadomość pacjenta o nieuleczalności chorych ma wpływ na relacje z najbliższym otoczeniem. Tak uważa 26 ankietowanych pracujących w hospicjum i 20 zatrudnionych w oddziale wewnętrznym.

Tabela 18: Występowanie chorób współistniejących u pacjentów z chorobą nowotworową

| Czy Pani zdaniem, u pacjentów z chorobą nowotworową występują choroby współistniejące? | | |
|--|--------------------|-----------|
| | oddział wewnętrzny | hospicjum |
| tak | 20 | 25 |
| nie | 8 | 5 |
| nie wiem | 2 | 0 |
| razem | 30 | 30 |



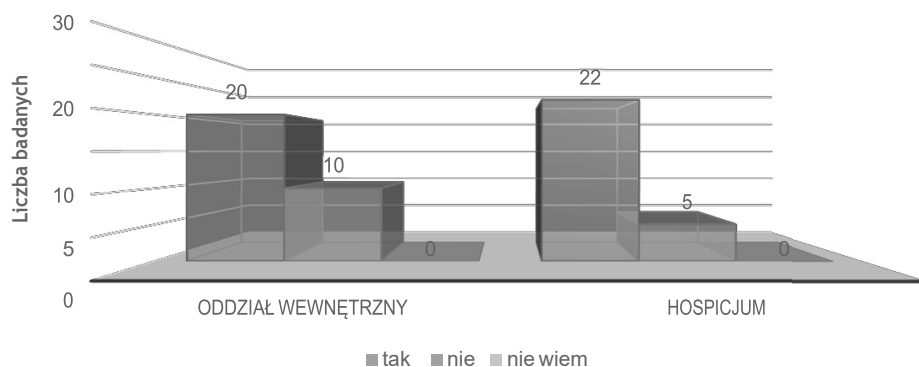
Wykres 18: Występowanie chorób współistniejących u pacjentów z chorobą nowotworową

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Na podstawie przeprowadzonych badań pielęgniarki pracujące w hospicjum – 25 osób i zatrudnione w oddziale wewnętrznym – 20 osób zauważają występowanie chorób współistniejących u pacjentów z chorobą nowotworową.

Tabela 19: Pielęgnowanie pacjentów z problemem chorób współistniejących

| Czy choroby współistniejące stanowią duży problem pielęgnacyjny? | | |
|--|--------------------|-----------|
| | oddział wewnętrzny | hospicjum |
| tak | 20 | 22 |
| nie | 10 | 8 |
| nie wiem | 0 | 0 |
| razem | 30 | 30 |



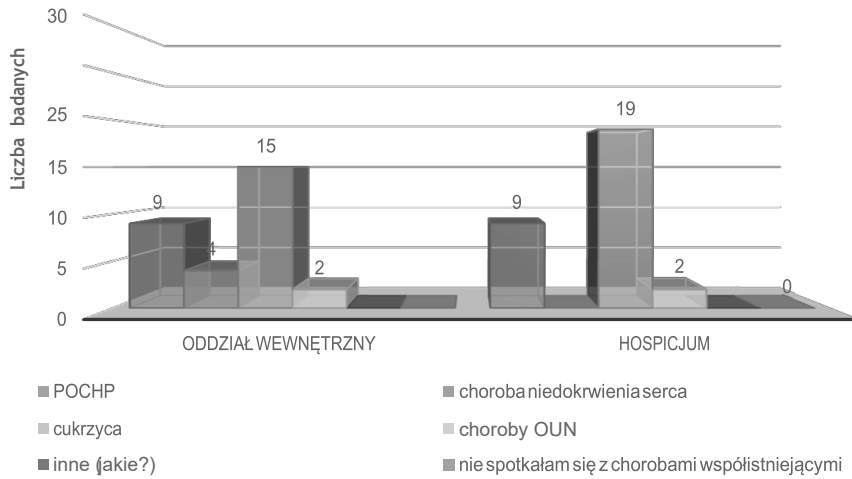
Wykres 19: Pielęgnowanie pacjentów z problemem chorób współistniejących

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Na podstawie przeprowadzonych badań 22 pielęgniarki zatrudnione w hospicjum uważają, że choroby współistniejące stanowią duży problem pielęgnacyjny u pacjentów z chorobą nowotworową, zaś 10 pielęgniarek zatrudnionych w oddziale wewnętrznym i 8 pielęgniarek w zatrudnionych w hospicjum uważa, że choroby współistniejące nie stanowią problemu w pielęgnacji pacjentów.

Tabela 20: Najczęściej spotykane choroby współistniejące u pacjentów onkologicznych

| Które z chorób mogących współistnieć spotyka Pani najczęściej w opiece nad pacjentem onkologicznym? | | |
|---|--------------------|-----------|
| | oddział wewnętrzny | hospicjum |
| POCHP | 9 | 9 |
| choroba niedokrwienia serca | 4 | 0 |
| cukrzyca | 15 | 19 |
| choroby OUN | 2 | 2 |
| inne (jakie?) | 0 | 0 |
| nie spotkałam się z chorobami współistniejącymi | 0 | 0 |
| razem | 30 | 30 |



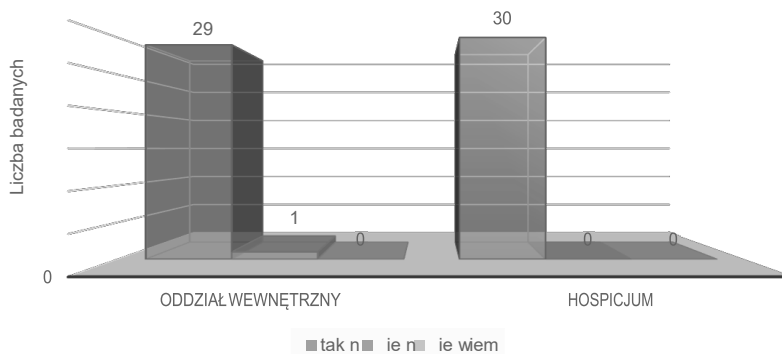
Wykres 20: Najczęściej spotykane choroby współistniejące u pacjentów onkologicznych

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

19 pielęgniarek zatrudnionych w hospicjum uważa, że cukrzyca jest najczęściej spotykaną chorobą współistniejącą, podobnego zdania są pielęgniarki zatrudnione w oddziale wewnętrznym bo aż 15 udzieliło takiej samej odpowiedzi.

Tabela 21: Wpływ troskliwej opieki na samopoczucie chorego

| Czy Pani zdaniem troskliwa opieka pielęgniarska poprawia samopoczucie chorego? | | |
|--|--------------------|-----------|
| | oddział wewnętrzny | hospicjum |
| tak | 29 | 30 |
| nie | 1 | 0 |
| nie wiem | 0 | 0 |
| razem | 30 | 30 |



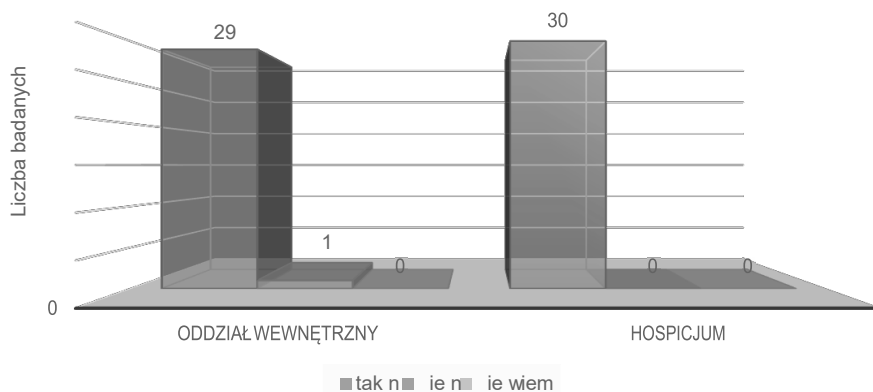
Wykres 21: Wpływ troskliwej opieki na samopoczucie chorego

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Na podstawie przeprowadzonych badań 30 pielęgniarek zatrudnionych w hospicjum twierdzi, że troskliwa opieka pielęgnacyjna poprawia samopoczucie chorego. Odmiennego zdania jest 1 pielęgniarka zatrudniona w oddziale wewnętrznym.

Tabela 22: Wpływ zaangażowania personelu pielęgnacyjnego na osiągnięcie optymalnych efektów terapeutycznych

| Czy w osiągnięciu optymalnych efektów terapeutycznych ważne jest zaangażowanie personelu pielęgnarskiego? | | |
|---|--------------------|-----------|
| | oddział wewnętrzny | hospicjum |
| tak | 29 | 30 |
| nie | 1 | 0 |
| nie wiem | 0 | 0 |
| razem | 30 | 30 |



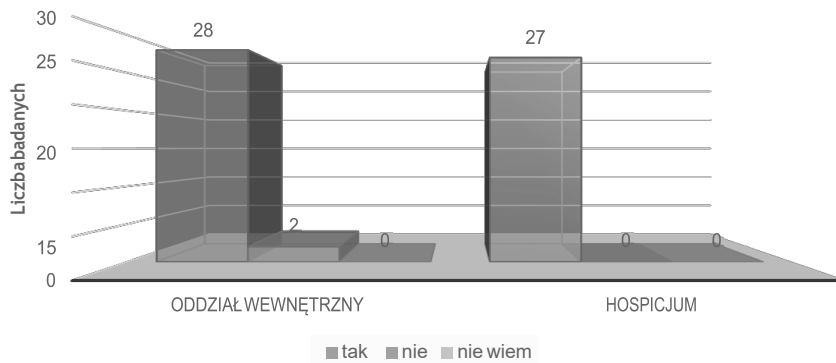
Wykres 22: Wpływ zaangażowania personelu pielęgnarskiego na osiągnięcie optymalnych efektów terapeutycznych

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Wszystkie pielęgniarki zatrudnione w hospicjum (30) uważają, że zaangażowanie personelu pielęgnacyjnego ma wpływ na osiągnięcie optymalnych efektów terapeutycznych pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Podobnej odpowiedzi udzieliło 29 ankietowanych w oddziale wewnętrznym.

Tabela 23: Diagnozowanie problemów pielęgnacyjnych na podstawie rozmowy z pacjentem

| Czy rozmowa z pacjentem pomaga Pani zdiagnozować problemy pielęgnacyjne? | | |
|--|--------------------|-----------|
| | oddział wewnętrzny | hospicjum |
| tak | 22 | 27 |
| nie | 2 | 3 |
| nie wiem | 0 | 0 |
| razem | 30 | 30 |



Wykres 23: Diagnozowanie problemów pielęgnacyjnych na podstawie rozmowy z pacjentem

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Na podstawie powyższych danych 28 ankietowanych pielęgniarek zatrudnionych w oddziale wewnętrznym uważa, że rozmowa z pacjentem pomaga w ustaleniu odpowiedniej diagnozy problemów. Innego zdania są 3 pielęgniarki zatrudnione w hospicjum i 2 pielęgniarki zatrudnione w oddziale wewnętrznym.

4.2. DYSKUSJA

W badaniu mającym na celu określenie problemów pielęgnacyjnych pacjentów w terminalnym stadium choroby nowotworowej wzięło udział 30 pielęgniarek w hospicjum i 30 pielęgniarek pracujących w oddziale wewnętrznym. Zarówno w pracy hospicjum jak i w szpitalu personel pielęgniarstwa spotyka pacjentów nieuleczalnie chorych, będących u schyłku życia. W codziennej pielęgnacji pojawia się wiele trudnych do rozwiązania problemów. Nie bez znaczenia podjęłam próbę zbadania tych zagadnień w środowisku pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu jak i pracujących w hospicjum. Są to dwa różne

od siebie miejsca pracy, w których ocena problemów a tym samym sposób ich rozwiązywania może wskazać wiele różnic.

Przeprowadzone badania wykazały złożoność problemów zarówno w sferze fizycznej, psychicznej jak i społecznej. Problemy te zostały ściśle powiązane ze sformułowanymi hipotezami.

Pierwsza hipoteza szczegółowa zakładała, że zdaniem respondentek u pacjentów terminalnie chorych, głównymi problemami są objawy somatyczne.

Ze strony układu pokarmowego najczęściej występującymi problemami pielęgnacyjnymi według pielęgniarek pracujących w hospicjum okazały się zaparcia (23)

i wymioty (17). Zdaniem pielęgniarek zatrudnionych w oddziale wewnętrznym najczęściej występującymi dolegliwościami ze strony powyższego układu są wymioty, takiej odpowiedzi udzieliło (26) ankietowanych oraz nudności (12).

W odniesieniu do badań Glińskiej J. i Adamskiej E. dotyczących problemów fizycznych chorych w terminalnym stadium choroby nowotworowej okazało się, że ze strony układu pokarmowego również najczęściej występującym problemem pielęgnacyjnym są zaparcia, wymioty, ale także dość często występują nudności.

Ze strony układu oddechowego najczęściej występującym problemem zarówno według pielęgniarek pracujących w hospicjum jak i w szpitalu jest duszność spoczynkowa (21 i 28). Drugim co do częstości występowania problemem jest zaleganie wydzieliny w drzewie oskrzelowym (tak uważa 21 pielęgniarek z oddziału wewnętrznego i 16 pielęgniarek z hospicjum).

Z badań przeprowadzonych przez Graczyk A. pacjenci w terminalnym stadium choroby nowotworowej w większości przypadków nie odczuwają duszności lub odczuwają ją w sposób nasilony.

Ze strony układu krążenia hipotensja była najczęściej podstawowym problemem pielęgnacyjnym w hospicjum (tak odpowiedziało 30 ankietowanych), natomiast u pacjentów przebywających w oddziale wewnętrznym na pierwszym miejscu znalazła się niedokrwistość (takiej odpowiedzi udzieliło 26 pielęgniarek).

Ze strony układu moczowo – płciowego najczęściej występującym problemem pielęgnacyjnym u pacjentów w terminalnym stadium choroby nowotworowej są infekcje. Takiej odpowiedzi udzieliło 27 pielęgniarek pracujących w szpitalu i 18 pielęgniarek pracujących w hospicjum. Drugim co do częstości występowania problemem u pacjentów w hospicjum jest skąpomocz (16), zaś u pacjentów w oddziale wewnętrznym trudności w oddawaniu moczu (19).

Pierwsza hipoteza postawiona w tej części badania w całości została potwierdzona. U pacjentów terminalnie chorych przebywających w hospicjum i w oddziale wewnętrznym występują objawy somatyczne ze strony poszczególnych układów:

- ze strony układu pokarmowego: zaparcia, nudności, wymioty,
- ze strony układu oddechowego: duszność spoczynkowa, zaleganie wydzieliny w drzewie oskrzelowym,
- ze strony układu krążenia: niedokrwistość, hipotensja,
- ze strony układu moczowo – płciowego: infekcje, skąpomocz, trudności w oddawaniu moczu.

Druga hipoteza szczegółowa zakładała, że według ankietowanych ich pacjenci zmagają się z problemami natury psychicznej.

Wyniki w tej części badań pokazały, że zarówno pielęgniarki pracujące w oddziale wewnętrznym (20) jak i ankietowane w hospicjum (28), jako główny problem pielęgnacyjny w tej sferze podały depresję i lęk.

Jak pisze Pużyński S. depresja stanowi istotny problem ponieważ może w znaczący sposób pogarszać rokowanie. Przyczyn można szukać w obserwowanym u chorych braku motywacji do podjęcia jakichkolwiek aktywnych działań oraz poczucia beznadziejności i związanym z nim brakiem wiary w powrót do zdrowia.

20 pielęgniarek pracujących w oddziale wewnętrznym i 18 w hospicjum podało jako główny problem pobudzenie psychoruchowe.

de Walden – Gałuszko opisuje ten problem jako bardzo typowy, występujący często w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, zwłaszcza u osób starszych.

Druga hipoteza postawiona w tej części pracy została potwierdzona w całości. Pacjenci w terminalnym stadium choroby nowotworowej zmagają się problemami natury psychicznej.

Trzecia hipoteza szczegółowa zakłada, że w opinii respondentek u pacjentów z chorobą nowotworową występują problemy społeczne.

Zgodnie z wynikami badań pacjenci umierający często skarżą się na poczucie osamotnienia. Odpowiedziały tak 24 pielęgniarki zatrudnione w oddziale wewnętrznym i 21 pielęgniarek w hospicjum. Duży związek z tym problemem ma udział rodzin w procesie pielęgnowania. 17 pielęgniarek pracujących w hospicjum i 19 w oddziale wewnętrznym odpowiedziało, że rodziny pacjentów nie biorą udziału w procesie pielęgnacyjnym, co rzutuje na proces osamotnienia w chorobie nowotworowej. Badania pokazują, że świadomość pacjenta o nieuleczalności choroby ma wpływ na relacje z najbliższym otoczeniem. 26 pielęgniarek pracujących w hospicjum było zdania, że świadomość pacjenta o nieuleczalności choroby ma wpływ na relacje z najbliższym otoczeniem, podobnie do pielęgniarek w oddziale wewnętrznym (20). Reynolds i współautorzy stwierdzili, że 91% pacjentów chorych na raka chciałoby znać diagnozę, 97% pragnęło uzyskać informację na temat leczenia, a 88% oczekiwało wiadomości prognozy. Jednocześnie

chorzy, których informowano na temat rokowań, byli bardziej zadowoleni i odczuwali większy spokój. Należy pamiętać, że przekazywanie niepomyślnych wiadomości stanowi proces, który wpływa na jakość życia nad pacjentem z nieuleczalną chorobą. Hipoteza postawiona w tej części badań została potwierdzona w całości. U pacjentów z chorobą nowotworową występują problemy społeczne. Czwarta hipotez szczegółowa dotyczyła najczęściej występujących u pacjentów onkologicznych chorób współistniejących. Według pielęgniarek pracujących w oddziale wewnętrznym jest to cukrzyca (odpowiedziało tak 15 ankietowanych). Podobnie uważają pielęgniarki w hospicjum (19).

POChP zostało uznane za najczęściej spotykaną chorobę współistniejącą przez 9 ankietowanych w hospicjum i 9 ankietowanych w oddziale wewnętrznym.

Moczulski D. występowanie stanów hiperglikemii wśród chorych w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej wiąże z epidemiologią występowania cukrzycy w społeczeństwie. Nie bez znaczenia jest jej częste występowanie wraz z wiekiem i dość powszechne zastosowanie leków hiperglikemizujących, zwłaszcza steroidów.²⁵⁴

Polskie Towarzystwo Chorób płuc dotyczące opieki paliatywnej w przewlekłych chorobach płuc wskazuje na duże podobieństwo występowania objawów niewydolności oddechowej u osób w terminalnym okresie choroby, co skłania do zapewnienia profesjonalnej i holistycznej opieki paliatywnej.

Czwarta hipoteza potwierdziła się w całości. Dużym problemem pielęgnacyjnym u pacjentów onkologicznych są choroby współistniejące takie jak: POChP i cukrzyca.

Piąta hipoteza szczegółowa zakładała, że zaangażowanie pielęgniarek w swoją pracę zmniejsza występowanie problemów pielęgnacyjnych u pacjentów z chorobą nowotworową.

Wszystkie pielęgniarki pracujące w hospicjum (30) uznały, że troskliwa opieka pielęgniarska ma wpływ na samopoczucie pacjenta. Podobnie uważają pielęgniarki pracujące w szpitalu, z których jedna ankietowana uznała, że troskliwa opieka nie ma wpływu na samopoczucie chorego. Podobnie w pytaniach o zaangażowanie personelu na osiągnięcie optymalnych efektów terapeutycznych 30 pielęgniarek pracujących w hospicjum i 29 w szpitalu odpowiedziało, że zaangażowanie ma wpływ na osiągnięcie efektów terapeutycznych.

Badania pokazują również, że zdaniem respondentek z oddziału wewnętrznego (28) i pracujących w hospicjum (27) rozmowa z pacjentem pomaga zdiagnozować problemy pielęgnacyjne.

²⁵⁴ Moczulski D. Szczególne sytuacje w leczeniu cukrzycy. W: Moczulski D. (red.) Diabetologia, Medical Tribune, Warszawa 2011. ¹⁵⁵ Jassen E., Cofta S. i wsp.: Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące opieki paliatywnej w przewlekłych chorobach płuc. *Pneumonol. Alergal. Pol.* 2012

de Walden – Gałuszko opisuje w swoich publikacjach, że kontakt z pacjentem, rozmowa, zaangażowanie, troskliwa opieka daje możliwość wychwycenia problemów pacjentów i szczególnie trudnych emocji.

Hipoteza szczegółowa postawiona w tej części badania została udowodniona w całości. Zaangażowanie pielęgniarek zmniejsza występowanie problemów pielęgnacyjnych u pacjentów z chorobą nowotworową.

Wyniki przeprowadzonych badań potwierdziły w całości hipotezę główną: u pacjentów przebywających w hospicjum i w oddziale wewnętrznym występują problemy zarówno w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej.

4.3. WNIOSKI

Na podstawie uzyskanych wyników badań oraz weryfikacji hipotez wysnuto następujące wnioski:

1. U pacjentów terminalnie chorych przebywających w hospicjum i w oddziale wewnętrznym głównymi problemami są objawy somatyczne ze strony układów: pokarmowego, oddechowego, krążenia i moczowo – płciowego.
2. Pacjenci z chorobą nowotworową zmagają się z problemami natury psychicznej. U pacjentów przebywających w hospicjum najczęściej spotykanym problemem jest depresja, natomiast w oddziale wewnętrznym pobudzenie psycho – ruchowe.
3. U pacjentów przebywających w hospicjum i w oddziale wewnętrznym występują problemy społeczne – podopieczni skarżą się na uczucie osamotnienia i niewielki udział rodziny w procesie pielęgnowania.
4. Najczęściej występującymi chorobami współistniejącymi u pacjentów w terminalnym stadium choroby nowotworowej przebywających w hospicjum i w oddziale wewnętrznym są cukrzyca i POChP.
5. Zaangażowanie pielęgniarek w pracę z chorymi zmniejsza występowanie problemów pielęgnacyjnych u pacjentów z chorobą nowotworową.
6. Choroba nowotworowa jest dysfunkcją, która dotyka wszystkich sfer życia człowieka – fizycznej, psychicznej i społecznej.

ZAKOŃCZENIE

Świadomość odchodzenia może być dla podopiecznego opieki paliatywnej ostatnią wyprawą w głąb siebie i ostatnią możliwością dokonania pozytywnego bilansu życia. Szczególnie pielęgniarki mają obowiązek tę odpowiedzialność umacniać, nie naruszając

wolności człowieka. Umierać godnie to znaczy umierać w klimacie szeroko pojętego wsparcia.

Pierwszym warunkiem spełniającym ten stan jest umieranie świadome, które zapewni choremu właściwa, uczciwa informacja o jego sytuacji i skuteczna kontrola objawów wielorodzajowego cierpienia.

Drugim warunkiem jest przygotowane umieranie. Polega ono na umożliwieniu choremu zakończenia ważnych spraw osobistych, zawodowych i społecznych.

Trzecim warunkiem zachowania godności chorego jest akceptowane umieranie. Osiągnięcie tego jest możliwe wówczas, gdy jest on wolny od cierpienia fizycznego i zna prawdę o swoim stanie zdrowia.

Czwartym warunkiem godnego umierania jest jego sakramentalność. Umieranie i śmierć jest dla człowieka sacrum, czyli osobistą tajemnicą. Te cztery warunki godnego umierania są gwarancją odpowiedzialności chorego u kresu życia. Prawa człowieka umierającego to prawa gwarantujące godność człowieka aż do śmierci.

Celem niniejszej pracy była próba analizy wybranych problemów pielęgnacyjnych pacjentów w terminalnym stadium choroby nowotworowej w ocenie personelu pielęgniarskiego. Wyniki badań zweryfikowały postawione hipotezy badawcze.

Z uwagi na szybko zmieniający się stan ogólny pacjenta trafne i prawidłowe postępowanie pielęgniarki nabiera szczególnego znaczenia. Pielęgniarka rozpoznaje problemy pielęgnacyjne pacjenta, planuje opiekę. Ponadto koordynuje działania opiekuńcze najbliższej rodziny, która w kryzysowej sytuacji ciężkiej choroby potrzebuje wsparcia. Samodzielność zawodowa jest niezmiernie ważna, kiedy znaczenie ma ocena sytuacji, trafna diagnoza, szybkie podjęcie decyzji, dobór środków niezbędnych do osiągnięcia celu. Realizację opieki paliatywnej na najwyższym poziomie może zapewnić profesjonalna pielęgnacja, leczenie objawowe, troskliwa obecność, zaangażowanie oraz towarzyszenie choremu i jego rodzinie podczas choroby. Nadal aktualnym staje się wezwanie C. Saunders do bycia otwartym na naszych pacjentów, rodziny na tych, którzy przychodzą się uczyć i na nas samych.

Opieka nad chorym umierającym to coś więcej niż kontrola bólu i innych objawów oraz pomoc psychologiczna. To towarzyszenie, a czasem zrobienie dla innych tego, czego oczekivalibyśmy kiedyś od siebie.

BIBLIOGRAFIA

1. Bąk. B. Rozmowa z pacjentem umierającym. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, Lublin 2007, 32.
2. Białoń Janusz A. Problemy skórne [w:] de Walden – Gałuszko K., Kaptacz A. *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 151–152.
3. Buss T.: Rola pielęgniarki w leczeniu objawowym, [w:] de Walden- Gałuszko K., Kaptacz A.: *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. PZWL, Warszawa 2005, 82–105.
4. Ciechaniewicz W.: Pacjent jako podmiot opieki, [w:] Talarska D., Wieczorkowska- Tobis K., Szwalkiewicz E.: *Opieka nad pacjentami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 27.
5. de Walden – Gałuszko K., Ciałkowska Rysz A.: *Medycyna paliatywna*. Wydawnictwo lekarskie. PZWL, Warszawa 2015.
6. de Walden- Gałuszko K. Problemy psychologiczne, duchowe etyczne w: de Walden- Gałuszko K., wyd: *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. PZWL 2005, 25.
7. de Walden- Gałuszko K.: *Podstawy opieki paliatywnej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 11.
8. de Walden- Gałuszko K.: *U kresu*. Wydawnictwo Makmed, Gdańsk 1996.
9. de Walden- Gałuszko K.: *Założenia i podstawy ruchu hospicyjnego w Polsce*, [w:] de Walden- Głuszko K., Kopacz A.: *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 11–16.
10. de Walden- Głuszko K., Kopacz A.: *Pielęgniarstwo opieki paliatywnej* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
11. de Walden- Głuszko K.: *Psychologia w praktyce klinicznej* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
12. Dobrogowski L, Przeklasa- Muszyńska A., Golec A. *Wiek podeszły i ból* [w:] Dobrogowski J., Wordliczek I.: *Ból przewlekły*. MCKP UJ, Kraków 2002, 189.
13. Drażkiewicz J.: *W stronę człowieka umierającego*. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2000, 12
14. Górecki M.: *Prawda umierania i tajemnica śmierci*. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2010, 203.
15. Gretkowski A.: *Ból i cierpienie*. Wydawnictwo Naukowe Novum. Płock 2(Xb), 185-
16. Gretkowski A.: *Nowotwór to jeszcze nie wyrok (...) wybrane zagadnienia z psychologii*. Płock 2018.
17. Gretkowski A.: *Trudne pytania, trudne odpowiedzi*. Wydawnictwo Naukowe Novorum. Płock 2015.
18. Jarosz J., Hgmajer E. *Wyniszczenie nowotworowe – zespół kaheksja-anoreksja- astenia*. [w:] de Walden- Gałuszko K.: *Podstawy opieki paliatywnej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 115.
19. Kessler D.: *Śmierć jest częścią życia*. Bertelsman Media, Warszawa 1999, 13.

20. Kokot F.: Symptomologia chorób układu pokarmowego, [w:] Konturek S. Gastroenterologia i hepatologia kliniczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, 7–18.
21. Koper A.: Pielęgniarstwo onkologiczne. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
22. Kordek R.: Co to jest nowotwór? [w:] Jezierski A.: Onkologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 11–13.
23. Kowalczyk D. Ostatnie słowa nie należą do śmierci Wyd. Niedziela Tygodnik Katolicki Nr 31, 2007, str 10–11.
24. Kózka M. Pielęgniarstwo. Urban-Partner. Wrocław 2011, 414.
25. Krajnik M. Objawy ze strony układu oddechowego, [w:] de Walden- Gałuszko K.: Podstawy opieki paliatywnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2004, 59.
26. Krajnik M., Buczkowski K.: Definicja i filozofia opieki paliatywnej [w:] Adamczyk
27. Buczkowski K., Jagielski D. i Krajnik M., Rogiewicz M.: Opieka paliatywna Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 10.
28. Krajnik M., Rogowicz.: Opieka paliatywna Akademia Medyczna w Bydgoszczy 1998r.
29. Krajnik M. (pod red), Malec – Milewska M. Worliczka J. Chory na nowotwór Kompendium leczenia bólu. Warszawa 2015. Medical Education Sp. z o.o.
30. Krajnik M. (pod red), Malec – Milewska M. Worliczka J. Chory na nowotwór Kompendium leczenia somatycznych objawów towarzyszących. Warszawa 2014. Medical Education Sp. z o.o
31. Krakowiak P., Stolarczyk A.: Książd Eugeniusz Dutkiewicz SAC, ojciec ruchu hospicyjnego w Polsce. Gdańsk. Biblioteka Fundacji Hospicyjnej. 2007.
32. Krakowiak S.: Zdążyć z prawdą. VIA MEDICA, Gdańsk 2006, 34.
33. Krzemieniecki K.: Leczenie wspomagające w onkologii. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2008, 228.
34. Kubler A. Opieka paliatywna. Urban – Partner, Wrocław 2007, 3000.
35. Lenartowicz H.: Kózka M.: Metodologia badań w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 9.
36. Lewandowski T.: Leczenie bólu w chorobach nowotworowych, [w:] Chmielewska
37. E. Dziukowska J., Kawecki A. Onkologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, 121.
38. Łuczak J.: Problemy opieki paliatywnej, hospicyjnej. [w:] Krajewska- Kułak F. Szczepański M., Łuczak C., Lewko J.: Problemy terapeutyczno- pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Tom II Białystok 2007, 144.
39. Marć M.: Dotyk w pielęgniarstwie (w) Ślusarska i in. Podstawy pielęgniarstwa. Wydawnictwo Czelej. Lublin. 2004.
40. Muszyński H.: Metodologiczne problemy pedagogiki. Wydawnictwo Ossolineum, Wrocław 2007, 52.
41. Okoń W.: Nowy słownik pedagogiczny. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2007, 42.
42. Pilch T.: Zasady badań pedagogicznych. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2008, 9.

43. Poznańska D.: Pielęgniarka w opiece nad zdrowiem, [w:] Zahradniczek K. Wprowadzenie do pielęgniarstwa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 1999.
44. Poznańska S. Pielęgniarstwo i jego istota. W. Ślusarska i in.: Podstawy pielęgniarstwa. Wydawnictwo Czelej. Lublin 2004. Str 26
45. Półturzycki J.: Jak studiować zaocznie. Poradnik Metodyczny. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1997, 113.
46. Puszkowska J.: Rola pielęgniarki w łagodzeniu bólu i cierpienia, [w:] de Walden- Gałuszko K., Kopacz A.: Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 68.
47. Pyszora A., Wójcik A.: Fizjoterapia w opiece paliatywnej. Medycyna paliatywna w praktyce Tom IV (4) Gdańsk 2010, 163.
48. Rawela Pawelczyk G. (red.) Prawa pacjenta a etyka zawodowa pielęgniarek i położnych: materiały pokonferencyjne Wydawnictwo NORPiP W-wa 1998r., str 63.
49. Rymaszewska J.: Zaburzenia snu. [w:] Krzemieniecki K. :Leczenie wspomagające w onkologii. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2008, 244.
50. Schiefele J., Staund J., Dach I.: Pielęgniarstwo geriatryczne. Urban-Partner, Wrocław 1998, 171.
51. Sęk H. „Psychoonkologia” Diagnostyka i metody terapeutyczne. Wrocław 2009. Elsevier. Urban Fischer.
52. Strugała M, Krysiak J.: Potrzeba ruchu i wypoczynku, [w:] Talarska D., Wieczorkowska- Tobis K., Szwalkiewicz E.: Opieka nad osobami przewlekle chorymi w wieku podeszłym i niesamodzielnymi. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 213.
53. Suchacka L.: Psychologia bólu. Centrum Doradztwa i Informacji Difin, Warszawa 2008, 33.
54. Szwat B., Słupski W., Krzyżanowski D.: Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową a poczucie depresji i nasilenie bólu u chorych objętych opieką paliatywną. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne Tom 12011 (1) Wrocław 2011, 35.
55. Szymczak M.: Słownik języka polskiego Tom I, PWN, Warszawa 1994, 745.
56. Tubacki M.: Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych. Oficyna Wydawnicza „Impuls”. Kraków 20011.
57. Tyczyński J.: Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce, [w:] Chmielewska E., Dziukowa J., Kawecki A.: Onkologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2003, 17–19.
58. Wołynka S.: Pielęgniarstwo ogólne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993, 40.
59. Worz R.: Farmakoterapia bólu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1992, 272.
60. Wójcik R.: leczenie bólu nowotworowego i opieka paliatywna nad dziećmi. Warszawskie Hospicjum dla dzieci. Warszawa 2011.
61. Wronska J. Podstawy etyki pielęgniarstwa Wydawnictwo Auikium W-wa 1993r., 5
62. Zaczyński W.: Praca badawcza nauczyciela. WSiP, Warszawa 2008, 9.
63. Zając J. Troska Kościoła o chorych Wyd. Biblios Tarnów 2005r., 200.

64. Zapaśnik A., Żylicz Z.: Leczenie częstych objawów występujących ze strony poszczególnych układów, [w:] Hebanowski M., de Walden- Gałuszko K., Żylicz Z.: Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, 112.

Strony internetowe:

1. Glińska J., Adamska E.: Problemy fizyczne chorych w terminalnej fazie choroby nowotworowej, a wsparcie społeczne ze strony personelu pnińskiego, <http://hosicia.pl>. 04.06.2018.
2. Graczyk A.: Jakość życia chorych objętych paliatywną opieką, domowa i stacjonarna, a satysfakcja z opieki w ocenie chorego i bliskich, <http://casopisma.viamedica.pl>. 04.06.2018.

STRESZCZENIE

W prezentowanej pracy podjęto próbę przedstawienia problemów pielęgnacyjnych pacjentów w terminalnym stadium choroby nowotworowej, z którymi najczęściej spotykają się pielęgniarki zatrudnione w Miejskim Hospicjum Płockim oraz w Oddziale Wewnętrznym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku.

Pielęgniarki zajmujące się opieką paliatywną muszą niejednokrotnie zweryfikować swój system wartości. Pielęgnowanie nie może dotyczyć jedynie ciała pacjenta, należy również zadbać o pozostałe strefy ludzkiej egzystencji: psychiczną i społeczną. Holistyczne podejście do pacjenta wymaga niewątpliwie ogromnego zaangażowania personelu pielęgnacyjnego.

Część teoretyczna pracy – rozdział pierwszy – koncentruje się na terminalnej fazie choroby nowotworowej, podstawowych pojęciach dotyczących nowotworów. Wyjaśnia problem cierpienia i śmierci.

Rozdział drugi omawia specyfikację problemów pielęgnacyjnych w fazie terminalnej choroby nowotworowej, rolę pielęgniarki w opiece paliatywnej i odnosi się do przeglądu literatury.

W następnej części pracy przedstawiono metodologię badań własnych oraz przebieg badań ankietowych na temat wybranych problemów pielęgnacyjnych pacjentów w terminalnym stadium choroby nowotworowej w ocenie personelu pielęgnarskiego. Badania zostały przeprowadzone w Miejskim Hospicjum Płockim i Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku.

Narzędziem badawczym zastosowanym w pracy był kwestionariusz ankiety.

W wyniku przeprowadzonych badań został osiągnięty główny cel. Weryfikacja hipotez pozwoliła na wyciągnięcie następującego wniosku: choroba nowotworowa jest swoistą

dysfunkcją, która destabilizuje bieg życia i dotyka wszystkich jego sfer – fizycznej, psychicznej i społecznej.

SUMMARY

The presented thesis is an attempt to present nursing problems of patients in the terminal stadium of a neoplastic disease with whom nurses hired by the City Hospice of Płock and at the internal diseases department of the Provincial Polyclinical Hospital in Płock deal most often.

Nurses handling the palliative care usually need to, more than once, verify their system of values. Nursing cannot be limited to the patient's body, other spheres of human existence: mental and social ones, need to be met. Undoubtedly, a holistic approach to the patient includes an enormous involvement of the nursing staff.

The theoretical part of the thesis – its first chapter – is concentrated on the terminal phase of the new growth and basic terms concerning tumour. It explains the problem of suffering and death.

The second chapter deals with specific nursing problems in the terminal phase of the neoplastic disease or the nurse's role in the palliative care. It also refers to the literature review.

The next part of the thesis is a presentation of the methodology of the author's research and the results of the survey research on selected nursing problems of patients in the terminal stadium of the neoplastic disease in the evaluation of the nursing staff. The research was conducted at the City Hospice of Płock and the Provincial Polyclinical Hospital in Płock.

The research tool was a survey questionnaire. The main goal was reached due to the conducted study. Verification of the hypothesis allowed to draw the following conclusion: the neoplastic disease is a peculiar disfunction which destabilizes the course of life and influences all its spheres –physical, mental and social ones.

ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 1

Nazywam się Anna Kajkowska, jestem studentką Wyższej Szkoły Gospodarki Krajowej w Kutnie, Wydział Nauk o Zdrowiu, kierunek – pielęgniarstwa. W związku z prowadzoną pracą badawczą proszę o wypełnienie ankiety w celu pozyskania informacji na temat problemów pielęgnacyjnych pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej.

Ankieta skierowana jest do pielęgniarek pracujących w oddziale wewnętrznym oraz hospicjum stacjonarnym.

Badania są anonimowe a ich wyniki będą wykorzystane wyłącznie do celów naukowych.

Dziękuję za cenną pomoc.

KWESTIONARIUSZ ANKIETY

- 1. Proszę zaznaczyć, w którym z przedziałów wiekowych spotyka pani najwięcej pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej.**
 - 30 – 45 lat
 - 46 – 55 lat
 - 56 – 70 lat
 - powyżej 70 lat
- 2. Czy pani zdaniem większość chorych stanowią mężczyźni czy kobiety?**
 - mężczyźni
 - kobiety
- 3. Jaki jest w większości przypadków stan rodzinny pacjentów?**
 - posiadający rodzinę
 - osoby samotne
- 4. Z jakim rodzajem nowotworów (stanowiących punkt wyjścia uogólnionego procesu) spotyka się pani najczęściej w swojej pracy? (proszę zaznaczyć dwa rodzaje nowotworów)**
 - rak mózgu
 - rak trzustki
 - rak szyjki macicy

- rak krtani
- rak jelita grubego
- rak jajnika
- rak płuc
- rak żołądka
- rak prostaty
- rak piersi
- rak nerki
- rak pęcherza moczowego

5. Spośród niżej wymienionych problemów pielęgnacyjnych u pacjentów w stanie terminalnym, proszę zaznaczyć po dwa najczęściej występujące ze strony poszczególnych układów:

a. ze strony układu pokarmowego:

- nudności
- brak łaknienia
- wymioty
- czkawka
- zaparcia
- wzdęcia
- biegunki
- zmiany w jamie ustnej

b. ze strony układu oddechowego:

- duszność spoczynkowa
- krwioplucie
- duszność wysiłkowa
- zaleganie wydzieliny w drzewie oskrzelowym
- kaszel

c. ze strony układu moczowo – płciowego:

- wielomocz
- infekcje
- skąpomocz
- krwawienia
- bezmocz
- trudności w oddawaniu moczu

d. ze strony układu krążenia:

- hipotensja

- wybroczyny
 - hipertensja
 - sinica obwodowa
 - niedokrwistość
 - e. ze strony układu nerwowego:
 - pobudzenie psycho-ruchowe
 - agresja
 - spowolnienie psycho-ruchowe
 - drażliwość, irytacja,
 - lęk
 - zaburzenia świadomości
 - wyparcie
 - drgawki
 - depresja
- 6. Czy Pani zdaniem ból jest problemem występującym u wszystkich pacjentów cierpiących na chorobę nowotworową?**
- tak
 - nie
 - nie wiem
- 7. Czy pacjenci onkologiczni są bardziej narażeni na powstanie odleżyn?**
- tak
 - nie
 - nie wiem
- 8. Czy Pani zdaniem depresja i lęk jest dużym problemem pacjentów z chorobą nowotworową?**
- tak
 - nie
 - nie wiem
- 9. Czy zauważyła Pani u chorych w stanie terminalnym występowanie pobudzenia psychoruchowego?**
- tak
 - nie
 - nie wiem

- 10. Czy dostępne środki farmaceutyczne pozwalają skutecznie zminimalizować lęk, depresję i pobudzenie psychoruchowe pacjentów?**
- tak
 nie
 nie wiem
- 11. Czy pacjenci chorzy terminalnie często skarżą się na poczucie osamotnienia?**
- tak
 nie
 nie wiem
- 12. Czy uważa Pani, że rodziny pacjentów biorą czynny udział w procesie pielęgnacyjnym?**
- tak
 nie
 nie wiem
- 13. Czy Pani zdaniem, świadomość pacjenta o nieuleczalności choroby ma wpływ na relacje z najbliższym otoczeniem?**
- tak
 nie
 nie wiem
- 14. Czy Pani zdaniem u pacjentów z chorobą nowotworową występują choroby współistniejące?**
- tak
 nie
 nie wiem
- 15. Czy choroby współistniejące stanowią duży problem pielęgnacyjny?**
- tak
 nie
 nie wiem
- 16. Które z chorób współistniejących spotyka Pani najczęściej w opiece nad pacjentem onkologicznym?**
- POChP

- choroba niedokrwienia serca
- cukrzyca
- choroby OUN
- inne części ciała, jakie?.....
- nie spotkałam się z chorobami współistniejącymi.

17. Czy Pani zdaniem troskliwa opieka pielęgnarska poprawia samopoczucie chorego?

- tak
- nie
- nie wiem

18. Czy w osiągnięciu optymalnych efektów terapeutycznych ważne jest zaangażowanie personelu pielęgnarskiego?

- tak
- nie
- nie wiem

19. Czy rozmowa z pacjentem pomaga Pani zdiagnozować problemy pielęgnacyjne?

- tak
- nie
- nie wiem.