

FUNDACJA HOSPICJUM ONKOLOGICZNE ŚW. KRZYSZTOFA
i Fundacja TAM I Z POWROTEM

przedstawiają:

PIELĘGNACJA PACJENTA W CHOROBY NOWOTWOROWEJ

5

BEZPŁATNY



Patronat honorowy: Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej

razem zwyciężymy raka!



Dajmy chwilę radości, zapomnienia, życia...

Fundacja Hospicjum Onkologiczne św. Krzysztofa (FHO) w Warszawie istnieje od 1990 roku. Od 2004 roku posiadamy statut Organizacji Pożytku Publicznego (OPP). Od ponad 20 lat opiekujemy się pacjentami przebywającymi pod opieką domową oraz w hospicjum stacjonarnym, udzielając pomocy medycznej, rehabilitacyjnej, psychologicznej i duchowej.

Misją naszej Fundacji jest przede wszystkim poprawa komfortu życia naszych pacjentów oraz zmiana postrzegania hospicjum jako miejsca smutnego i przerażającego. Nasza Fundacja dzięki medycynie paliatywnej, pomocy psychologicznej i duchowej pomaga pacjentom żyć bez bólu.

Działania FHO koncentrują się wokół opieki nad pacjentami 24h/7. Rocznie fachową opieką paliatywną obejmujemy ok. 2000 chorych w opiece domowej (opieka obejmuje również rodziny pacjentów) oraz ok. 1000 pacjentów przebywających w hospicjum stacjonarnym.

Opieka jest bezpłatna!



FUNDACJA
HOSPICJUM
ONKOLOGICZNE



KRS 0000128039

Zapraszamy na naszą stronę internetową: **www.fho.org.pl**
oraz na <http://www.facebook.com/fundacjahospicjumonkologiczne>

Fundacja Hospicjum Onkologiczne św. Krzysztofa
ul. Pileckiego 105, 02-781 Warszawa

Bank Pekao S.A.
68 1240 5963 1111 0000 4799 9077

FUNDACJA TAM I Z POWROTEM

Fundacja powstała z potrzeby wspomożenia chorych na nowotwory pacjentów polskich szpitali. W Radzie Fundacji zasiadają wybitni onkolodzy oraz osoby pragnące poświęcić swój czas i energię realizacji działań statutowych Fundacji.

Fundacja ma dwa zasadnicze zadania do spełnienia:

- pierwsze zadanie to wspieranie finansowe polskiej onkologii poprzez rozmaite formy zbiórki pieniędzy i realizację niezbędnych projektów.
- drugim zaś zadaniem jest szeroko pojęte działanie informacyjno – promocyjne, którego celem jest podniesienie w polskim społeczeństwie świadomości i wiedzy na temat chorób nowotworowych, sposobów ich leczenia i profilaktyki.

Rozpoczęliśmy realizację kilku programów m. in.:

„Razem zwyciężymy raka!” – wydawnictwo poradników.

Celem programu jest bezpłatne dostarczenie zainteresowanym rzetelnej, fachowej wiedzy prezentowanej w zrozumiały i przystępny sposób.

Wparcie onkologii dziecięcej.

Założeniem akcji jest stworzenie przyjaznych warunków w procesie leczenia dla dzieci z chorobami nowotworowymi.

Polepszenie warunków pobytu pacjentów w ośrodkach onkologicznych.

Zasadniczym celem programu jest poprawa warunków pobytowych pacjentów z chorobami nowotworowymi w ośrodkach onkologicznych.

Program edukacyjny dla pielęgniarek onkologicznych.

We współpracy z Wydziałem Pielęgniarstwa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i Polskim Towarzystwem Onkologii Klinicznej przygotowujemy Program edukacji pielęgniarek onkologicznych.

Akcja wydawnicza „Razem zwyciężymy raka!” ma na celu rozpowszechnienie szeroko pojętej wiedzy na temat chorób onkologicznych wśród pacjentów i ich rodzin. Założeniem akcji wydawniczej jest bezpłatny dostęp do poradników dla pacjentów ośrodków onkologicznych.

Dostępne tytuły poradników z serii „Razem zwyciężymy raka!”:

- 1. Po diagnozie. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin**
- 2. Seksualność kobiety w chorobie nowotworowej.**
Poradnik dla kobiet i ich partnerów
- 3. Seksualność mężczyzny w chorobie nowotworowej.**
Poradnik dla mężczyzn i ich partnerek
- 4. Pomoc socjalna – przewodnik dla pacjentów z chorobą nowotworową**
- 5. Pielęgnacja pacjenta w chorobie nowotworowej**

Poradniki są dostępne na stronie internetowej Fundacji: www.tamizpowrotem.org

www.tamizpowrotem.pl

Na stronie uzyskasz również informacje o organizacjach niosących pomoc pacjentom z chorobami nowotworowymi i ich rodzinom, a także znajdziesz wiele informacji dotyczących samej choroby.

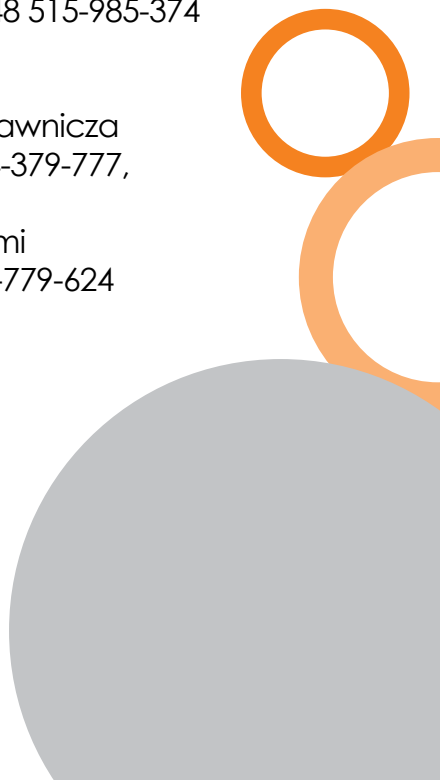
Programy i projekty realizowane przez naszą Fundację są w pełni finansowane dzięki wsparciu darczyńców. Każdy sposób wsparcia jest dla nas ogromnym wyróżnieniem i stanowi podstawę naszej działalności. Więcej informacji o formach wsparcia na stronie www.tamizpowrotem.org

Skontaktuj się z nami:

Antoni Rodowicz – Prezes Fundacji „Tam i z Powrotem”
a.rodowicz@tamizpowrotem.org, tel. +48 515-985-374

Wydawca - PRIMOPRO
Katarzyna Kowalska – współpraca wydawnicza
kasia.primopro@gmail.com, tel. +48 604-379-777,

Ewa Podymniak – współpraca z mediami
ewa.primopro@gmail.com, tel. +48 509-779-624



SPIS TREŚCI

1. Pielęgnacja jamy ustnej.....	6
2. Toaleta chorego w łóżku	8
3. Łagodzenie niepokojących objawów – jak sobie z nimi poradzić?	9
3.1. Ból	9
3.2. Duszność	12
3.3. Nudności i wymioty	13
3.4. Jadłowstręt i wyniszczenie nowotworowe	14
3.5. Biegunka	15
3.6. Zaparcia.....	17
4. Pomiar podstawowych parametrów życiowych.....	18
4.1. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi oraz tętna.....	18
4.2. Pomiar temperatury ciała.....	19
4.3. Prowadzenie bilansu płynów.....	20
4.4. Pomiar glikemii	20
5. Pielęgnacja chorego z ranami przewlekłymi	21
5.1. Profilaktyka przeciwoleżynowa.....	21
5.2. Pielęgnacja odleżyn	23
5.3. Pielęgnacja owrzodzeń nowotworowych.	24
5.4. Pielęgnacja owrzodzeń podudzi	25
6. Pielęgnowanie chorego ze stomią.....	26
6.1. Kolostomia	26
6.2. Ileostomia.....	28

6.3. Urostomia	29
6.4. Gastrostomia	30
6.5. Jejunostomia	31
6.6. Tracheostomia.....	32
7. Pielęgowanie chorego umierającego	33
7.1. Etapy akceptacji i nieuchronności śmierci	33
7.2. Objawy zbliżającej się śmierci	35
7.3. Towarzyszenie choremu umierającemu	37
7.4. Wsparcie w opiece paliatywno-hospicyjnej: opieka psychologa i duchownego	39
8. Gdzie szukać pomocy?.....	40
8.1. Poradnia leczenia bólu	40
8.2. Hospicjum domowe.....	41
8.3. Oddział medycyny paliatywnej i hospicjum stacjonarne	44

Konsultacja merytoryczna: prof. dr hab. med. Maciej Krzakowski
Opracowanie merytoryczne: Mgr Danuta Antoniak, Mgr Małgorzata Pankowska,
Starsza pielęgniarka Danuta Jankowska, Licencjat pielęgniarstwa Justyna Bzowska,
Mgr Monika Pawlak, Starsza pielęgniarka Danuta Grajda, Dr Karolina Pietruk,
Mgr Magdalena Kaczorek, Mgr Monika Słoszewska
Opracowanie graficzne: Tomasz Rupociński
Redakcja: Antoni Rodowicz
Druk: Miller Druk Sp. z o. o.
Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, powielanie i wykorzystywanie części
lub całości informacji, zdjęć i innych treści zawartych w publikacji
w jakiegokolwiek formie bez pisemnej zgody wydawcy zabronione.
Niniejsza publikacja podlega ochronie na mocy prawa autorskiego

1. Pielęgnacja jamy ustnej

Jama ustna jest początkowym odcinkiem przewodu pokarmowego. Zmiany chorobowe w jamie ustnej najczęściej dotyczą języka, zębów, dziąseł i błony śluzowej.

Celem zabiegów pielęgnacyjnych w obrębie jamy ustnej jest przede wszystkim usunięcie resztek pokarmowych, dzięki czemu zapobiegamy zapaleniom i ich następstwom (np. przykry zapach z ust). Ponadto dzięki zabiegom higienicznym pobudzamy wydzielanie śliny oraz zapobiegamy chorobom zębów, dziąseł oraz jamy ustnej.

Zalecenia dotyczące pielęgnacji jamy ustnej

Ocena stanu jamy ustnej pozwala stwierdzić:

- wysuszenie błony śluzowej, które może być następstwem odwodnienia organizmu;
- zaczerwienienie błony śluzowej oraz obrzęk i przykry zapach z ust, a także ból, które świadczą o zapaleniu jamy ustnej;
- pleśniawki, pojawiające się w postaci białych nalotów na języku i błonie śluzowej;
- biały nalot na języku, powstały z resztek pokarmowych, śluzu, grzybów, który może występować we wszystkich chorobach układu pokarmowego;
- próchnicę i inne zmiany zębów (jeżeli chory posiada protezę zębową, należy dbać o pielęgnację dziąseł i samej protezy);
- otarcia błony śluzowej na policzkach spowodowane protezą zębową (przy braku odpowiedniej higieny mogą wy-

stępować pleśniawki i czasami owrzodzenia, które są bolesne, czasami mogą krwawić).

Do pielęgnacji jamy ustnej będą potrzebne:

- miękka szczoteczka do zębów;
- kubek z wodą letnią przegotowaną;
- miska o średnicy około 20 cm do odpluwania;
- ręcznik do wytarcia twarzy i ręcznik do podłożenia pod miskę;
- druga osoba do pomocy, jeżeli chory jest leżący;
- odrębny pojemnik plastikowy z przykrywką, gdy chory ma protezę;
- gaziki niejałowe;
- szpatułki;
- środek do płukania jamy ustnej;
- pasta do zębów.

Zasady postępowania

Pacjent jest w stanie wykonać pewne czynności samodzielnie:

1. Załóż rękawiczki jednorazowe.
2. Zabezpiecz ręcznikiem bielinę osobistą i pościelową przed zamoczeniem.
3. Dokonaj oceny stanu jamy ustnej oraz błon śluzowych i zębów u chorego.
4. Podaj pacjentowi przybory do pielęgnacji jamy ustnej.
5. Pomóż w nakładaniu pasty na szczoteczkę, wyjęciu protezy, wyplukaniu jamy ustnej.
6. Oczyszcz usta z resztek użytych środków i zanieczyszczeń.
7. Zapewnij pacjentowi wygodną pozycję w łóżku oraz warunki do odpoczynku.
8. Uporządkuj użyty sprzęt i środki do toalety jamy ustnej.

Pacjent nie jest w stanie wykonać toalety jamy ustnej samodzielnie (chory nieprzytomny lub bez kontaktu):

1. Załóż rękawiczki jednorazowe.
2. Załóż ręcznik pod brodę pacjenta.
3. Wyjmij protezy, jeżeli są obecne.
4. Dokonaj oceny stanu jamy ustnej.
5. Za pomocą gazika jałowego usuń zgromadzoną wydzielinę w jamie ustnej.
6. Nałóż na suchą, czystą, o miękkim włósiu szczoteczkę pastę do zębów (zamiast szczoteczki i pasty do zębów można zastosować szpatułkę owiniętą gazikiem z pastą do zębów).
7. Oczyszczyć dziąsła w kierunku od tyłu do przodu jamy ustnej.
8. Oczyszczyć wewnętrzną i zewnętrzną powierzchnię zębów oraz część gryzącą.
9. Za pomocą kilku ruchów oczyścić tkanki znajdujące się pomiędzy wewnętrzną powierzchnią policzka a zębami.
10. Oczyszczyć grzbieć języka.
11. Usunąć szczoteczką nadmiar pasty i wydzielinę.
12. Umyj i załóż protezy, jeżeli pacjent ich używał.
13. Osusz ręcznikiem twarz i wargi pacjenta.
14. Posmaruj wargi wazeliną lub kremem ochronnym.
15. Usunąć ręcznik spod brody pacjenta.
16. Uporządkuj sprzęt.

Grzybica jamy ustnej

Zmiany grzybicze jamy ustnej charakteryzują się typowym białoszarym nalotem na błonach śluzowych oraz języku. Czasami jest to bardzo intensywne zaczerwienienie. Często grzybicy jamy ustnej towarzyszy obrzęk i bolesność, a chory odmawia przyjmowania posiłków. Istnieje wiele przyczyn powstania tej zmiany. Można zaliczyć do nich: suchość w jamie ustnej,

zły stan odżywienia, postępującą chorobę nowotworową, infekcje, radioterapię lub chemioterapię, ale także brak higieny jamy ustnej, niedostosowanie protezy zębowej oraz stosowanie niektórych leków.

W profilaktyce grzybicy jamy ustnej bardzo ważna jest pielęgnacja. Zmiany, które pojawiają się w obrębie jamy ustnej, leczy się w zależności od przyczyny: środkami farmakologicznymi (zleconymi przez lekarza prowadzącego) bądź wykorzystując preparaty dostępne w aptece bez recepty, po konsultacji z lekarzem lub pielęgniarką. Efekty leczenia widoczne są dopiero po kilku dniach.

Ważne, aby pamiętać, że przed każdym zastosowaniem środka przeciwgrzybiczego należy usunąć protezy zębowe oraz wykonać toaletę jamy ustnej. W uzupełnieniu leczenia przeciwgrzybiczego zasadne jest stosowanie płukanek do jamy ustnej (np. ziołowe płukanki z szatwi i rumianku, 1-procentowa woda utleniona, płyn do płukania jamy ustnej lub preparaty dostępne w aptece bez recepty).

W terminalnym okresie choroby nowotworowej częstość zabiegów pielęgnacyjnych powinna być indywidualnie dostosowana do potrzeb chorego. W tym czasie chory częściej oddycha przez usta i przyjmuje mniejsze ilości płynów, co powoduje większe wysychanie błony śluzowej jamy ustnej oraz podatność warg na pęknięcie. Ważna jest wówczas systematyczna higiena i nawilżanie błon śluzowych.

W przypadku suchości jamy ustnej polecanymi sposobami przez personel pielęgniarski są: kostki lodu lub ananasa do ssania, podawanie łyżeczką bardzo małych ilości płynów, smarowanie warg wazeliną lub oliwką z oliwek.

Możliwe pytania

•Czy chory na nowotwór może korzystać z usług stomatologa?

Tak, jeżeli chodzi o leczenie zębów. Jednak w przypadku usunięcia zęba należy się upewnić, czy chory ma odpowiednią morfologię (szczególnie liczbę płytek krwi). W tym celu najlepiej skonsultować się ze swoim lekarzem prowadzącym.

•Co robić, gdy po radioterapii w obrębie jamy ustnej dochodzi do powstania owrzodzeń i stanów zapalnych?

W postępowaniu ważne są czynności pielęgnacyjne, wspomagające podstawowe leczenie, jakim jest antybiotykoterapia. Jamę ustną należy płukać 1-procentowym roztworem wody utlenionej, roztworem nadmanganianu potasu, płukankami ziołowymi, roztworem preparatów dezynfekcyjnych przeznaczonych do stosowania na błonach śluzowych.

•Jakie są sposoby na złagodzenie bólu w jamie ustnej, który jest spowodowany owrzodzeniem?

Wskazane jest wykorzystywanie produktów miękkich, które ułatwią żucie i połykanie. Polecane są produkty takie jak: mleko i jego przetwory, sery twarogowe, gotowane ziemniaki i makarony, gotowane warzywa, gotowane i rozdrobnione mięso, kremy, galaretki, budynie, kisiele. Chory powinien unikać produktów suchych, surowych warzyw, ostrych i słonych potraw, owoców cytrusowych i soków, a także alkoholu.

2. Toaleta chorego w łóżku

W przypadku pacjenta ciężko chorego (leżącego) toaleta ciała powinna być wykonywana przez dwie osoby, ponieważ dzięki temu pacjent będzie miał zapewnione większe poczucie bezpie-

czeństwa oraz komfort podczas toalety. Technika wykonania toalety ciała chorego wydaje się skomplikowana, ale członkowie rodziny pacjenta mogą poprosić pielęgniarkę, aby nauczyła wykonywać ją według ogólnie przyjętej kolejności.

Kolejność czynności podczas toalety chorego leżącego w łóżku:

- toaleta jamy ustnej;
- golenie twarzy (u mężczyzn);
- mycie oczu i twarzy;
- mycie uszu;
- mycie szyi;
- mycie dekoltu;
- mycie klatki piersiowej;
- mycie kończyn górnych;
- mycie brzucha;
- mycie pleców;
- mycie pośladków;
- mycie kończyn dolnych;
- mycie krocza;
- czesanie;
- czyszczenie paznokci.

Bardzo ważne jest:

- zapewnienie choremu wygody i intymności w trakcie czynności higienicznych;
- utrzymywanie w pomieszczeniu temperatury około 37°C;
- zamknięcie na czas kąpieli okna, aby chorego nie przeziębić;
- udzielenie pomocy przy wychodzeniu z wanny lub spod prysznicy (uniknięcie poślizgnięcia, chory może zastąpić itp.);
- zapewnienie obecności w łazience osoby opiekującej się chorym podczas kąpieli;
- obserwowanie chorego podczas kąpieli (oddech, tętno, kolor skóry);
- zwrócenie uwagi na niepokojące ob-

jawy (np. zawroty głowy, kołatanie serca, pocenie się itp.);

- nieużywanie urządzeń elektrycznych w łazience.

Do kąpeli chorego należy przygotować:

- 2 miski w różnych kolorach – jasnym i ciemnym;
- 2 gąbki lub myjki w różnych kolorach;
- 2 ręczniki kąpielowe;
- ciepłą wodę o temperaturze ok. 37–38°C;
- czystą bieliznę osobistą dla chorego oraz bieliznę pościelową;
- pieluchomajtki (jeżeli chory z nich korzysta);
- środki pielęgnacyjne (mydło, szampon, grzebień/szczotkę, szczoteczkę do zębów, pastę, dezodorant, balsam do ciała lub oliwkę).

Pamiętajmy o tym, aby czynności higieniczne wykonywać w sposób sprawny, ale bez pośpiechu i nerwowości.

Chory powinien mieć zapewnione maksymalne poczucie bezpieczeństwa, wówczas czas toalety będzie kojarzył mu się przyjemnie a nie ze wstydem, upokorzeniem i bólem.

3. Łagodzenie niepokojących objawów – jak sobie poradzić?

3.1. Ból

Ból jest subiektywnym i negatywnym wrażeniem zmysłowym. Ból związany z chorobą nowotworową może znacznie wpływać na obniżenie jakości życia u pacjenta. Dlatego bardzo ważne jest specjalistyczne postępowanie, mające na celu jego jak największą minimalizację, a w konsekwencji polepszenie funkcjonowania pacjenta.

Głównymi przyczynami bólu u pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową są rozrost oraz ucisk pierwotnego guza i jego przerzutów, a także ucisk lub niszczenie struktur nerwowych (neuropatia). W wielu przypadkach przyczyny bólu są złożone. Dodatkowo przyczyny bólu u chorych na nowotwory obejmują: wyniszczenie nowotworowe, wychudzenie, odleżyny, zaparcia, zmiany zapalne w obrębie jamy ustnej, przebyte leczenie przeciwnowotworowe (napromieniowanie, chemioterapia), zaburzenia pooperacyjne (ból fantomowy po amputacjach), zaburzenia odporności i choroby współistniejące (niedokrwienie kończyn, zanik mięśni, zwyrodnienie stawów, migrena itp.).

Ból wpływa na chorego człowieka różnorodnie. W związku z bólem może występować:

- lęk, strach;
- nerwowość, drażliwość;
- niepokój ruchowy;
- depresja;
- utrata apetytu i pragnienia;
- podwyższone ciśnienie tętnicze i przyspieszone tętno.

Jak rozpoznać ból?

Warto zadać pacjentowi następujące pytania:

- Gdzie boli? (umiejscowienie bólu)
- Jak boli? (rodzaj bólu: tępy, ostry, piekący, kłujący, gniotący, rozdzierający, przesywający, uogólniony)
- Jak silny jest ból? (natężenie bólu: lekki, umiarkowany, silny, nie do wytrzymania)

Natężenie bólu ocenia się w skali od 0 do 10:

0 - ból nie istnieje

10 - ból jest bardzo silny

Warto dokonać obserwacji, zwracając uwagę na następujące elementy:

- mimika twarzy (grymas, zaciskanie powiek i ust, łzawienie oczu),
- mowa ciała (niepokój ruchowy, zaciskanie dłoni, skubanie pościeli i bielizny osobistej),
- zmiany skórne (obrzęki, zaczerwienienia, zasinienia, owrzodzenia, zmiany nowotworowe, odleżyny, martwica),
- potliwość,
- przyśpieszony oddech.

Warto także delikatnie dotknąć bolesnego miejsca i ocenić wrażliwość na dotyk.

Ból może wywołać:

- poruszanie się;
- zmiana pozycji ułożenia;
- czynności fizjologiczne;
- przyjmowanie posiłków i przełykanie,
- oddawanie moczu lub wydalanie kału.

Wyróżnia się następujące sposoby walki z bólem:

- farmakologiczne

Ten sposób związany jest z podawaniem pacjentowi leków następującymi drogami: doustną, doodbytniczą, przezskórną, podskórną, dożylną oraz domięśniową. Poniżej zostaną one opisane szczegółowo.

Leki podawane drogą doustną

Mogą mieć postać tabletek, kapsułek, drażetek, granulek, płynną (żele, emulsje, roztwory, krople). Zasady podawania leków doustnych:

1. Pamiętajmy o higienie – myjemy ręce, przygotowujemy czysty sprzęt (kieliszek miareczkowany, kropliomierz, łyżeczkę, szklankę z wodą do popicia).
2. Sprawdzamy nazwę zleconego leku.
3. Sprawdzamy datę ważności leku.

4. Przestrzegamy godzin podawania leku.
5. Sprawdzamy dawkę zleconego leku.
6. Leki stosowane na czczo podajemy pół godziny przed posiłkiem.
7. Jeżeli chory wymiotuje, to leków nie podajemy doustnie.

Leki podawane drogą doodbytniczą

Mogą mieć postać czopków lub wlewk. Zasady aplikacji leków doodbytniczych:

1. Informujemy chorego o istocie i celu sposobu podania leku.
2. Przygotowujemy lek według zalecenia lekarza.
3. Przygotowujemy sprzęt (rękawiczki jednorazowego użytku, lignina).
4. Układamy pacjenta na lewym boku, z prawą nogą swobodnie ugiętą w stawach biodrowym i kolanowym (chyba że taka pozycja nie jest możliwa).
5. Informujemy o konieczności rozluźnienia mięśni okolicy odbytu i pośladków.
6. Po podaniu leku informujemy o konieczności pozostania w łóżku w pozycji leżącej i przez zaciśnięcie pośladków powstrzymywania się przez pewien czas od wypróżnień (20–30 minut).
7. Jeżeli chory ma biegunkę lub krwawienie z odbytu, to leków nie podajemy doodbytniczo.

Leki podawane drogą przezskórną (system transdermalny)

1. Mogą mieć postać plastrów oraz maści przeciwbólowych. Zasady stosowania plastrów: sprawdzamy nazwę, datę ważności oraz dawkę plastra.
2. Wybieramy miejsce naklejenia plastra:
 - zewnętrzne części ramion,
 - przednia część klatki piersiowej,
 - okolica łopatek i pod nimi.

3. Miejsce naklejenia plastra możemy przemyć wodą.

4. Osuszamy miejsce naklejenia plastra.

5. Odklejamy zużyty plaster.

6. Naklejamy nowy plaster.

7. Każdorazowo zmieniamy miejsce naklejenia plastra.

Porady dotyczące używania leków podawanych w postaci plastrów:

1. Na zewnętrznej stronie plastra markierem zapisujemy datę oraz godzinę naklejenia plastra.

2. Na rozpoczętym pudełku od plastrów zapisujemy datę naklejenia plastra i datę następnego naklejenia.

3. Jeżeli plaster odkleja się, to dodatkowo mocujemy zwykłym plastrem.

4. Jeżeli plaster odkleił się całkowicie, to przed datą zmiany naklejamy nowy plaster i datę zmiany plastra liczymy od chwili przyklejenia ostatniego plastra.

5. Jeżeli potrzebne jest zwiększenie dawki leku przeciwbólowego zawartego w plastrze, to po konsultacji z lekarzem możemy nakleić dodatkowy plaster.

6. Nigdy nie tnijemy plastrów na części.

7. Przestrzegamy godzin zmiany plastra.

Maści i żele przeciwbólowe są stosowane przy bólach współistniejących, gdy występują bóle stawów lub mięśni. Ten rodzaj leku używa się ściśle według zaleceń lekarza i producenta.

Leki podawane drogą dożylną, podskórną i domięśniową

Mogą mieć postać:

- iniekcji dożylnych – zastrzyk dożylny (przez wenflon), wlewy kroplowe (kroplówki);
- iniekcji podskórnych (za pomocą igły bądź wenflonu);
- iniekcji domięśniowych.

Zasady podawania leków dożylnych, podskórnych i domięśniowych:

1. Iniekcję zawsze wykonuje wykwalifikowany personel medyczny (pielęgniarka).

2. W warunkach domowych obserwujemy, czy występują niepokojące objawy, takie jak:

- obrzęk w obrębie wenflonu,
- zaczerwienienie w obrębie wenflonu,
- krwawienie w obrębie wenflonu,
- wilgotny opatrunek.

3. O wszystkich wyżej wymienionych objawach informujemy pielęgniarkę lub lekarza.

Ból wywołany innymi przyczynami

Ważnym elementem w walce z bólem nowotworowym jest obserwacja prawidłowego oddawania stolca i moczu. Zalegający stolec może powodować wzdęcia i dodatkowe bóle (ucisk na zmiany nowotworowe).

Zapobieganie wzdęciom i zaparciom polega na przestrzeganiu następujących reguł:

- podawaniu odpowiedniej diety lekkostrawnej;
- częściowym rozdrabnianiu pokarmu;
- spożywaniu pokarmu z dużą zawartością błonnika;
- wypijaniu odpowiedniej ilości płynów
- stosowaniu leków przeczyszczających (po konsultacji z lekarzem);
- stosowaniu czopków przeczyszczających (po konsultacji z lekarzem);
- stosowaniu enemii/lewatywy/wlewki doodbytniczej (po konsultacji z lekarzem);
- ręcznym wydobywaniu stolca (wykonuje lekarz).

W postępowaniu z bólem u pacjenta duże znaczenie ma także towarzyszenie. Niezwykle ważną funkcję terapeutyczną odgrywa rodzina. Rozmowa z chorym, troska, zrozumienie jego potrzeb i rozterek, wsparcie oraz aktywny udział w pielęgnacji powodują, iż znosi on łatwiej cierpienie. Obecność rodziny pomaga w zaspokojeniu podstawowej potrzeby, jaką jest poczucie bezpieczeństwa.

Często ból u pacjentów obejmuje sferę duchową. Dlatego warto pamiętać, że jeżeli chory jest wierzący, powinno się ułatwić mu kontakt z duszpasterzem.

Warto również pamiętać o zapewnieniu pacjentowi lub osobom mu bliskim wsparcia psychologicznego. W hospicyjnej opiece domowej zawsze jest dostępna opieka wykwalifikowanego psychologa.

Jednym z elementów zmniejszających ból jest odpowiednia pielęgnacja chorego. Codziennie powinno się obserwować newralgiczne miejsca, narażone na odparzenia, otarcia czy odleżyny. Są nimi:

- kość ogonowa;
- pięty;
- łokcie;
- łopatki;
- małżowiny uszne;
- potylicy.

W związku z tym istotne jest:

- natłuszczenie ciała;
- zmiana pozycji ułożenia (co 2–3 godziny);
- stosowanie materaców przeciwoleżynowych;
- dbanie o czystość pościeli i bielizny osobistej;
- zmiana pampersów według potrzeb chorego.

Poradnie leczenia bólu

Wykaz poradni leczenia bólu można znaleźć na stronie Fundacji Hospicjum Onkologicznego im. Świętego Krzysztofa: www.fho.org.pl oraz www.tamizpowrotem.org

„BÓL JEST ZAWSZE TAKI, JAKIM OPISUJE GO CHORY, A NIE TAKI, JAK INNYM SIĘ WYDAJE, ŻE POWINIEN BYĆ”

R. G. Twycross

3.2. Duszność

Duszność jest subiektywnym odczuciem trudności w oddychaniu. Może mieć charakter spoczynkowy lub wysiłkowy.

Duszność spoczynkowa nie jest związana z wysiłkiem i występuje u chorego w spoczynku. Natomiast duszność wysiłkowa pojawia się po wysiłku fizycznym.

U pacjenta, u którego występują objawy duszności, należy pamiętać o:

- zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa;
- utrzymaniu z nim dobrej komunikacji;
- umożliwieniu choremu korzystania z koncentratora tlenu, który można wypożyczyć z hospicjum lub wypożyczalni sprzętu medycznego;
- schładzaniu skóry twarzy poprzez stosowanie wentylatora elektrycznego (wiatraka);
- umieszczeniu chorego w przestronnym i dobrze wentylowanym pomieszczeniu oraz zapewnieniu niezbyt wysokiej temperatury (chorzy lepiej czują się w pomieszczeniach, gdzie jest chłodniej);
- zapewnieniu odpowiedniej pozycji ciała chorego w łóżku, wysokiej lub półwysokiej;

- nacieraniu skóry pleców i klatki piersiowej olejkami eterycznymi lub masowaniu środkami dostępnymi w aptece bez recepty;
- zapewnieniu możliwości korzystania z pomocy psychologa;
- stosowaniu się do zaleceń lekarza prowadzącego oraz pielęgniarki.

3.3. Nudności i wymioty

Nudności mogą poprzedzać wymioty, ale często występują bez nich. Utrzymują się od kilku godzin do kilku dni. Objawami towarzyszącymi nudnościom mogą być odbijanie i ból brzucha.

Wymioty to wydostawanie się na zewnątrz treści pokarmowej z żołądka przez przełyk. Spowodowane są nagłymi skurczami mięśni brzucha i przepony. Są odruchem obronnym organizmu, który broni się przed toksycznym pokarmem lub nadmiernym rozdęciem jakiegoś odcinka przewodu pokarmowego, mogącym spowodować jego uszkodzenie.

Do głównych przyczyn nudności i wymiotów zalicza się:

- obecność wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego (guz pierwotny lub przerzuty do mózgu);
- stosowanie chemioterapii i radioterapii;
- istnienie przeszkody mechanicznej (np. niedrożność) w obrębie przełyku, żołądka lub jelita grubego;
- współwystępowanie zmian organicznych przewodu pokarmowego (stany zapalne błon śluzowych i żołądka);
- stosowanie innych leków (np. niesteroidowe leki przeciwzapalne, opioidy, preparaty żelaza, antybiotyki);
- współistnienie zakażeń bakteryjnych lub wirusowych;
- obecność zaburzeń metabolicznych

(toksyny wydzielane przez guz, mocznica, zbyt wysoki poziom wapnia);

- działanie czynników psychogennych (stany lękowe).

W przypadku nasilonych wymiotów nie należy podawać drogą doustną leków przeciwbólowych oraz przeciwwymiotnych (zalecane jest użycie przez pielęgniarkę igły typu motylek, wkłuwanej w okolicy podobojczykowej). Jeżeli chory jest osobą leżącą, należy ułożyć go w pozycji wysokiej lub na boku, w zasięgu jego ręki postawić miskę nerkowatą, a następnie podać leki przeciwwymiotne oraz wodę do przepłukania ust (jeżeli chory jest przytomny). Podawać ciepłe (nie gorące) płyny do picia. Ważne jest obserwowanie chorego, czy się nie odwadnia. Jeżeli dojdzie do takiej sytuacji, należy niezwłocznie powiadomić lekarza.

Istotną rolę odgrywa postępowanie niefarmakologiczne. Niejednokrotnie u chorych występuje suchość w jamie ustnej lub infekcje, a w efekcie utrata apetytu. Z tego powodu istotne jest utrzymanie właściwej higieny jamy ustnej i leczenie infekcji.

W przypadku występowania nudności należy zwrócić uwagę na to, aby:

- podawać posiłki w małych porcjach;
- unikać przykrego zapachu potraw;
- ograniczyć działanie drażniących zapachów;
- karmić małymi porcjami;
- dbać o atrakcyjny wygląd posiłków.

Ważne! Należy zwrócić szczególną uwagę na:

- kolor zwymiotowanej treści;
- częstotliwość wymiotów;
- sytuację, w której doszło do wymiotów (np. wymioty po podaniu leku).

Pamiętaj!!!

Wymioty krwawe oznaczają obecność świeżej krwi w wymiocinach, a wymioty fusowate mogą świadczyć o krwawieniu z przelyku, żołądka lub dwunastnicy.

Przy gwałtownym, obfitym krwawieniu w wymiociny zawierają znaczne ilości świeżej krwi, natomiast jeśli jest ono mniej nasilone lub wymioty są opóźnione, kwas solny reaguje w żołądku z hemoglobina, co powoduje, że wymioty mają barwę ciemnobrunatną (wymioty „fusowate”).

Niedrożność górnego odcinka przewodu pokarmowego powoduje wymioty treścią żołądkową (czasami o zabarwieniu zielonkawym). Przeszkoda w dolnym odcinku przewodu pokarmowego (jelito grube) powoduje wymioty treścią kałową.

3.4. Jadłowstręt – wyniszczenie nowotworowe

Jadłowstręt (anoreksja) polega na osłabieniu apetytu, co powoduje zmniejszenie ilości spożywanych pokarmów. Wskutek jadłowstrętu dochodzi do wyniszczenia nowotworowego, które przyczynia się do obniżenia jakości życia oraz powoduje osłabienie skuteczności stosowanego leczenia, a także sprzyja powstawaniu odleżyn.

Przyczynami jadłowstrętu u chorych na nowotwory mogą być:

- zaburzenie gryzienia i połykania (zmiany w jamie ustnej);
- zaburzenia trawienia i wchłaniania;
- nudności, wymioty, biegunki;
- upośledzenie lub brak samoobstugi;
- ogólne osłabienie;
- depresja, lęk.

Do charakterystycznych objawów jadłowstrętu należą:

- brak apetytu;
- spadek masy ciała;
- łatwe męczenie;
- osłabienie odporności;
- utrata sił fizycznych;
- zmęczenie;
- osłabienie intelektualne;
- wychudzenie;
- utrata masy mięśniowej;
- niedożywienie.

Zasady dietetyczne, które warto wykorzystać w przypadku wystąpienia jadłowstrętu:

1. Konsystencja posiłków powinna być dostosowana do możliwości chorego (np. rozdrabnianie, polewanie sosem w celu zmiękczenia, podawanie chleba bez skórki).
2. Jeżeli występują zmiany w jamie ustnej, to około 30 minut przed posiłkiem powinno się podać lek łagodzący ból.
3. Ze względu na występujące zaburzenia smakowe można do posiłków dorzucić przyprawy i zioła pobudzające kubki smakowe. W przypadku złej tolerancji do potraw należy dodać jogurt lub majonez, aby złagodzić smak.
4. Posiłki powinny być nieduże objętościowo, ale częste (7–8 razy na dobę), podawane o tych samych porach.
5. W celu zwiększenia zawartości białkowej pożywienia można do posiłków dodawać uzupełniające preparaty wysokoenergetyczne i wysokobiałkowe, dostępne bez recepty w aptece.
6. Przed posiłkiem warto wyjść na spacer, ponieważ nawet niewielka aktywność fizyczna zaostża apetyt.
7. Zdarza się, że pacjenci są wrażliwi na zapachy, warto więc pamiętać, że potrawy

o umiarkowanej temperaturze wydzielają mniej intensywny zapach, i dlatego takie właśnie powinno się serwować chorym.

8. Pośliki powinny być spożywane w przyjemnej atmosferze i bez pośpiechu.

9. Napoje powinno się pić jedynie między posiłkami. Picie podczas jedzenia może powodować szybsze odczucie pełności w żołądku.

10. W ciągu dnia należy pić zdrowe, wartościowe pod względem odżywczym napoje: świeże soki, przeciery owocowe, koktajle jogurtowe.

3.5. Biegunka

Biegunką nazywamy zwiększenie ilości wypróżnień w ciągu doby (powyżej 3 wypróżnień w ciągu 24 godzin). Charakteryzuje się ona zmianą konsystencji stolca na płynną lub półpłynną albo obecnością w nim ropy, śluzu bądź krwi. Do objawów dodatkowych możemy zaliczyć ból brzucha oraz wzdęcia. Przyjęty pokarm przechodzi bardzo szybko przez przewód pokarmowy, powodując zaburzenie procesu wchłaniania składników odżywczych, witamin, minerałów i wody. W efekcie dochodzi do pogorszenia stanu odżywienia, a w przypadku dostarczania zbyt małej ilości płynów, nawet do odwodnienia.

Przyczyn występowania biegunek jest wiele, a najważniejszymi są:

- działanie uboczne radioterapii i chemioterapii;
- następstwa zabiegu chirurgicznego;
- nietolerancje niektórych składników żywności (np. nietolerancja laktozy);
- zaburzenia czynności narządów uczestniczących w procesach trawienia i wchłaniania choroby, które towarzyszą

chorobie nowotworowej;

- zakażenia;
- leczenie antybiotykami.

Należy pamiętać, że biegunki są dla pacjenta bardzo wyczerpujące zarówno fizycznie i emocjonalnie. W wyniku utrzymujących się biegunek może dojść do lęku przed jedzeniem, utraty apetytu, odwodnienia, pogorszenia stanu fizycznego, nadmiernego zmęczenia i wyczerpania.

Co zrobić, gdy wystąpi biegunka?

Gdy zauważymy pojawienie się biegunki u chorego, należy bezzwłocznie powiadomić pielęgniarkę prowadzącą. Pamiętajmy, że bez konsultacji z pielęgniarką bądź lekarzem nie należy podawać żadnych leków. W przypadku infekcji leki zapierające mogą pacjentowi zaszkodzić. Co więc możemy zrobić? Bardzo ważne jest, aby pomóc choremu zapewnić czystość. W przypadku osób samodzielnych nie stanowi to większego problemu, lecz często pacjent potrzebuje naszej częściowej lub całkowitej pomocy.

Jak zapewnić odpowiednią czystość ciała podczas biegunki?

Środkami niezbędnymi i przydatnymi w zapewnieniu odpowiedniej higieny ciała są:

- pampersy (dobrane odpowiednio rozmiarem dla pacjenta);
- nawilżane chusteczki (najlepiej „takie dla dzieci”, z uwagi na niskie działanie alergenne oraz dość duży rozmiar chusteczki);
- delikatne mydło (najlepiej nieperfumowane);
- środki pielęgnacyjne do skóry (najlepiej natłuszczające);
- podkłady jednorazowe (zabezpieczające pościel przed zabrudzeniem);
- pianki myjące (dostępne w aptekach i niektórych drogeriach).

Porady pielęgnacyjne dla chorych z biegunką

1. Najlepiej, aby po każdym luźnym stolcu umyć okolice intymne chorego wodą z mydłem. Czasem jest to niemożliwe, więc dobrze jest mieć pod ręką nawilżane chusteczki, którymi także dokładnie oczyścimy skórę.

2. Pampersy należy zmieniać po każdym luźnym stolcu. Biegunka działa na skórę drażniaco i może doprowadzić do odparzeń, pęknięć naskórka, zwiększa ryzyko powstawania odleżyn.

3. Po dokładnym oczyszczeniu skórę chorego zabezpieczamy środkiem pielęgnacyjnym.

4. Bardzo ważne! Należy myć często ręce (sobie i cierpiącemu na biegunkę), aby zapobiec rozprzestrzenianiu się ewentualnej infekcji. Zaleca się mycie rąk pod bieżącą, bardzo ciepłą wodą przez przynajmniej 20 sekund. Jeśli nie ma takiej możliwości, do dezynfekcji rąk należy użyć produktu zawierający alkohol (przynajmniej 60-procentowy) bądź ogólnodostępne żele/płyny do dezynfekcji rąk.

5. Zużyte pampersy traktujemy jako materiał zakaźny, więc najlepiej pakować je w torebki, które szczelnie zawiązujemy i dopiero wtedy wyrzucamy.

Jak jeszcze można pomóc choremu z biegunką?

Najprostszym sposobem walki z biegunką jest zmiana sposobu odżywiania. Wszelkie działania konsultujemy z pielęgniarką prowadzącą bądź lekarzem prowadzącym! Nie wprowadzamy żadnych zmian bez konsultacji!

Wskazówki dotyczące odżywiania chorego w trakcie trwania biegunki:

1. Zapewnienie odpowiedniej ilości przy-

mowanych płynów. Najlepsza jest woda mineralna niegazowana, woda z cukrem, mocna czarna herbata, napar z czarnych jagód lub kakao (na wodzie!).

2. Podawanie produktów bogatych w sód i potas. Najprostszym źródłem sodu jest sól kuchenna, natomiast potas zawierają głównie warzywa (np. pomidory i cukinia) oraz niektóre owoce (np. banany i morele).

3. Przeprowadzenie jednodniowej głodówki. O zamiarze zastosowaniu głodówki należy poinformować pielęgniarkę bądź lekarza prowadzącego! W przypadku wystąpienia biegunki zaleca się początkowo dietę ścisłą i wypijanie większej ilości płynów. Głodówki nie powinno się jednak stosować dłużej niż jeden dzień.

4. Ograniczenie spożywania produktów mlecznych.

5. Spożywanie produktów wskazanych w czasie trwania biegunek, do których zaliczamy: chude mięsa (np. kurczak, indyk, ryby – najlepiej gotowane), ryż, makaron, ziemniaki, jaja gotowane na twardo (nie zaleca się smażonych), jasne pieczywo (bułki pszenne, pieczywo pszenne, sucharki, wafle ryżowe), owoce i gotowane warzywa.

6. Przeciwwskazane są: potrawy tłuste i smażone (np. kotlety, żywność typu fast food), pikantne produkty i przyprawy, surowe warzywa, owoce ze skórkami, rośliny strączkowe, grube kasze (np. gryczana), bogate w błonnik warzywa (np. brokuły, kukurydza, kalafior, fasola, groch), bardzo gorące i bardzo zimne potrawy oraz napoje.

7. Podawane posiłki i płyny powinny mieć temperaturę pokojową.

8. Ponadto zaleca się unikanie: żywności i napojów zawierających kofeinę (np. kawa), napojów energetycznych oraz

czekolady, produktów wzdymających (np. groch, soczewica, fasola, cebula) oraz płynów gazowanych, słodczy i gum do żucia zawierających sorbitol – substancję słodzącą używaną zamiast cukru, która ma działanie przeczyszczające. W tym celu należy zawsze sprawdzić na etykiecie produktu jego skład.

3.6. Zaparcia

Zaparcie oznacza brak wypróżnienia przez 3 kolejne dni. Stolce zazwyczaj oddawane są z trudem, są twarde i często wydalaniu ich towarzyszą wzdęcia, bóle oraz uczucie niepełnego wypróżnienia.

Przyczynami zaparć mogą być:

- zmniejszenie objętości przyjmowanych płynów i posiłków;
- zmniejszenie aktywności fizycznej;
- brak intymnych warunków do defekacji;
- działanie niektórych leków (np. leki antydepresyjne lub przeciwbólowe);
- niewłaściwe odżywianie (dieta obfitująca w zbyt duże ilości pokarmów ciężkostrawnych, tłuszczów zwierzęcych i węglowodanów zawartych w białej mące);
- zaburzenia psychiczne, nasilony lęk i depresja.

Postępowanie z zaparciami

Zaparcia są bardzo dokuczliwe dla chorego, dlatego też należy je jak najszybciej minimalizować. W przypadku wystąpienia zaparcia powiadamiamy pielęgniarkę bądź lekarza prowadzącego o zaistniałym fakcie. Z uwagi na różnorodność przyczyn zaparć nie jest wskazane podawanie choremu leków, herbatki przeczyszczających oraz nadobytniczych czopków bez konsultacji z personelem medycznym. Bardzo po-

mocna może być zmiana nawyków żywieniowych.

Produkty zalecane to: czarny chleb, surowe warzywa i owoce, owoce suszone, chleb zawierający znaczne ilości otrębów, kasze (gryczana, jęczmienna, owsiana), mięso z dużą ilością tkanki łącznej, marynaty, śledzie, wędliny, napoje bezalkoholowe (wody mineralne, soki), piwo, produkty z kwaśnego mleka (zsiadłe mleko, kefir, jogurty), winogrona jasne. Ważne jest spożywanie produktów z dużą ilością błonnika, który zwiększa objętość stolca, powoduje mniejszą twardość konsystencji (pochłaniając wodę, powoduje zmiękczenie kału) i ułatwia jego przechodzenie przez jelita. Bogatym źródłem błonnika są suszone brzoskwinie, suszone śliwki i migdały.

Produkty, których należy unikać, to: borówka suszona, mocna czarna herbata, kakao, czerwone wino, białe pieczywo, substancje o konsystencji lepkiej (zupy, kasze przetarte, szczególnie manna i ryż, budynie itp.), czekolada.

Konieczna jest odpowiednia ilość wypijanych płynów, dostosowana do możliwości i potrzeb chorego. Zalecane będą soki z dużą ilością błonnika (owocowe i warzywne) oraz zwykła woda mineralna niegazowana. Regulująco na wydalanie stolca może wpływać szklanka wody z łyżką miodu i sokiem z połowy cytryny wypita na czczo.

Istotne jest jedzenie posiłków o stałych porach oraz zalecanie starannego przeżuwania i nieprzejadania się. Można zwrócić uwagę na zwiększenie aktywności fizycznej (dostosowanej do możliwości chorego), unikania stresu i sytuacji konfliktowych.

Bardzo ważne jest zapewnienie intymności choremu (parawany, zasłonki).

O dalszym postępowaniu i ewentualnym leczeniu farmakologicznym decyduje lekarz bądź pielęgniarka.

4. Pomiar podstawowych parametrów życiowych

4.1. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi oraz tętna

Pomiar tętna

Do pomiaru tętna jest potrzebny zegarek z sekundnikiem lub stoper.

Przygotowanie chorego do pomiaru:

- chory powinien znajdować się w pozycji leżącej lub siedzącej;
- rękę opieramy na kółdrze, oparciu fotela lub stoliku;
- chory nie może być po wysiłku fizycznym;
- chory nie może być po wysiłku emocjonalnym.

Schemat postępowania:

1. Palcami wskazującym, środkowym i serdecznym lekko uciskaj tętnicę, na przykład promieniową w okolicy nadgarstka równoległe do jej przebiegu.
2. Kciuk nie powinien obejmować nadgarstka, ponieważ można pomylić tętno badanego z własnym.
3. Jeżeli tętno jest dobrze wyczuwalne, policz uderzenia przez 15 sekund i pomnóż przez 4.
4. Obserwując sekundnik zegarka lub stopera, rozpocznij liczenie, gdy wskazówka sekundnika pokaże godzinę 12:00.
5. W przypadku tętna niemiernego licz uderzenia przez całą minutę.

Wartość prawidłowa u osoby dorosłej wynosi około 70/min. U osoby starszej wartość ta wynosi około 60/min, ale może ulec

przyspieszeniu do 90–95/min.

Pomiaru tętna najczęściej dokonuje się na tętnicy szyjnej lub tętnicy promieniowej.

Pomiar ciśnienia tętniczego krwi:

Badanie polega na pomiarze ciśnienia w dużych tętnicach za pomocą ciśnieniomierza. Najczęściej pomiaru dokonuje się na tętnicy ramiennej. Wartości ciśnienia zmieniają się w zależności od wykonanej pracy serca. Przy pomiarze ciśnienia tętniczego krwi wyróżnia się ciśnienie maksymalne (skurczowe) oraz minimalne (rozkurczowe).

Prawidłowo przeprowadzone badanie obejmuje:

- zapewnienie pozycji siedzącej lub leżącej chorego;
- odwrócenie ręki stroną zgięciową do góry w lekkim odwiedzeniu;
- bezwzględne unikanie picia kawy na 30 minut przed badaniem;
- przeprowadzanie pomiaru o stałej porze w przypadku pomiarów powtarzanych;
- wykonanie pomiaru przynajmniej po 15-minutowym spoczynku.

Schemat postępowania:

1. Załóż opaskę ciśnieniomierza na prawe lub lewe ramię chorego.
2. Sprawdź, czy mankiety przylega równo do ramienia.
3. Ustaw lub umocuj manometr.
4. Odszukaj tętno na tętnicy łokciowej.
5. Załóż na uszy słuchawki lekarskie.
6. Przyłóż membrany słuchawek do tętnicy w miejscu, w którym wyczuwalne jest tętno (w zgięciu łokciowym poniżej mankiety).
7. Zamknij wentyl pompki ciśnieniomierza.
8. Napętnij mankiety powietrzem za pomocą pompki do momentu zaniku tętna

oraz obserwuj poziom rtęci lub wskazówki manometru.

9. Stopniowo wypuszczaj powietrze z mankietu, odkręcając zawór przy pompce (rtęć lub wskazówka manometru zacznie powoli spadać).

10. Obserwuj manometr i zapamiętaj stan słupka rtęci lub wartości na zegarze w momencie pojawienia się fali tętna – jest to wartość ciśnienia skurczowego.

11. Dalej powoli wypuszczaj powietrze z mankietu – w chwili gdy tętno zniknie całkowicie, mamy wartość ciśnienia rozkurczowego.

12. Opróżnij całkowicie mankiety z powietrza.

13. Zdejmij ciśnieniomierz z ramienia chorego.

14. Złóż zestaw i odtóż na stałe miejsce przechowywania.

15. Zapisz wynik pomiaru.

Możliwe pytania:

- Jaka jest prawidłowa wartość ciśnienia tętniczego?

Dla osoby dorosłej prawidłowa wartość ciśnienia wynosi 110–139/65–94 mmHg.

- Dlaczego pomiar po wysiłku i stresie jest niemiernodajny?

Pomiar taki daje nam obraz podwyższonego ciśnienia krwi.

4.2. Pomiar temperatury ciała

Do pomiaru temperatury ciała należy przygotować:

- termometr rtęciowy lub elektroniczny;
- gazik nasączony spirytusem do przemycia końcówki termometra przed i po pomiarze;
- wazelinę lub oliwkę.

Schemat postępowania:

1. Poinformuj pacjenta o przebiegu i czasie

trwania pomiaru.

2. Ustal pozycję, w jakiej pomiar będzie wykonywany (pozycja siedząca lub leżąca przy pomiarze w dole pachowym lub jamie ustnej, pozycja leżąca na boku do pomiaru w odbycie).

3. Wyszuszyć okolice pachową przed umieszczeniem termometru.

4. Unikaj gwałtownych ruchów w przypadku pomiarów w jamie ustnej lub odbytnicy.

5. Przyciśnij ramię do klatki piersiowej w przypadku pomiaru w okolicy pachowej.

6. Sprawdź stan techniczny termometru.

7. Sprawdź wysokość słupka rtęci lub stan wskaźnika.

8. Włóż termometr między dwie warstwy skóry dołu pachowego, do odbytu lub pod język.

9. W wypadku pomiaru w dole pachowym umieść termometr pod pachą i przez cały czas pomiaru przyciskaj go ramieniem (prawidłowa temperatura w dole pachowym wynosi około 36,6°C).

10. Przed pomiarem w ustach przetrzyj termometr spirytusem salicylowym, opłucz wodą, a następnie włóż końcówkę pod język i zmierz temperaturę przy zamkniętych ustach (norma wynosi około 36,8°C);

11. Podczas pomiaru temperatury w odbycie posmaruj koniec termometru olejkami lub wazeliną, a następnie wsuń go w odbytu na głębokość około 2 cm (norma wynosi około 36,5°C).

Możliwe pytania:

- Jakie są stopnie nasilenia gorączki mierzonej pod pachą?

– temperatura normalna: 36–37°C;

– stan podgorączkowy: 37–38°C;

– gorączka umiarkowana: 38–39°C;

– gorączka wysoka: > 39°C.

• Jak długo mierzymy temperaturę ciała?

W przypadku termometru rtęciowego temperaturę ciała mierzymy przez około 6 minut (przed użyciem należy wstrząsnąć, aby słupek rtęci był poniżej 36,6°C). W przypadku termometru elektronicznego pomiaru dokonujemy do momentu usłyszania sygnału dźwiękowego.

4.3. Prowadzenie bilansu płynów

Bilans płynów to podsumowanie objętości wszystkich płynów, jakie pacjent przyjął i wydalil. Bilans najczęściej prowadzi się przez 24 godziny. Można przedstawić go za pomocą prostego równania: bilans płynów = płyny dostarczone - płyny wydalone.

Płyny dostarczone obejmują:

- płyny przyjęte doustnie (woda, soki, zupy);
- płyny przyjęte dożylnie (kroplówki i iniekcje dożylnie);
- płyny przyjęte przez sondę, gastrostomię, jejunostomię.

Płyny wydalone zawarte są w:

- moczu;
- stolcu;
- wymiotach;
- wysięku z ran;
- treści z drenów;
- wydzielinach z przetok;
- pocie i w wydychanym przez układ oddechowy powietrzu (zwykle około 900 ml/24 godziny).

Bilans jest ujemny, jeżeli chory wydała więcej płynów, niż przyjmuje. Jeżeli taka sytuacja się utrzymuje, wówczas dochodzi do odwodnienia. Jest to sytuacja pożądana jedynie w przypadku masywnych obrzęków, kiedy należy

nam na ich usunięciu.

Bilans dodatni oznacza sytuację, kiedy ilość przyjętych płynów jest większa od ilości płynów wydalonych. Stan taki utrzymujący się długo może spowodować przewodnienie chorego.

Zadaniem rodziny jest monitorowanie ilości płynów przyjmowanych i wydalanych przez chorego. Bliskich pacjenta należy poinformować o konieczności zapisywania podaży płynów, aby proces kontroli bilansów płynów przyjmowanych i wydalanych przez chorego był miarodajny.

4.4. Pomiar glikemii

Pomiaru stężenia glukozy we krwi włóśniczkowej dokonuje się za pomocą glukometru i pasków testowych odpowiednich dla danego glukometru, wskazanych przez producenta.

Do wykonania badania niezbędne są:

- rękawiczki jednorazowe;
- glukometr i paski testowe;
- nakłuwacz lub igła;
- gaziki ze spirytusem lub gaziki jałowe;
- pojemnik na odpady (np. stoik lub butelka po napoju);
- dzienniczek do zapisywania wyników pomiarów.

Stężenie glukozy we krwi kontroluje się zgodnie ze zaleceniem lekarza lub pielęgniarki. Najczęściej pomiar wykonuje się na czczo, godzinę po posiłku, przed głównymi posiłkami, 1,5 – 2 godziny po głównych posiłkach, czasami także w drugiej połowie nocy (wg zaleceń Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii).

Zasady przeprowadzania pomiaru stężenia glukozy:

1. Poinformuj chorego o przebiegu i celu badania.

2. Załóż jednorazowe rękawiczki.
3. Umyj ręce chorego ciepłą wodą z mydłem i je wysusz.
4. Nakłuj nakłuwaczem boczną powierzchnię opuszki palca.
5. Postępuj zgodnie z instrukcją producenta glukometru (nanieś kroplę krwi na pasek testowy).
6. Odczytaj wynik.
7. Przytóż gazik w miejsce nakłucia w celu zatamowania krwawienia.
8. Zapisz wynik w dzienniczku.
9. Umieść odpady w pojemniku.
10. Zmień lancet w nakłuwaczu, aby był przygotowany do kolejnego pomiaru;
11. Umyj ręce.

Ważne, aby pamiętać o:

- przestrzeganiu zaleceń producenta glukometru;
- zwróceniu uwagi na wyświetlacz glukometru, czy jest czytelny;
- niewyrzucaniu pasków od glukometru i nakłuwacza do śmieci;
- używaniu tylko raz lancetu nakłuwacza;
- wykorzystywaniu nakłuwacza tylko u jednej osoby;
- utrzymaniu stałej temperatury glukometru i pasków.

5. Pielęgnacja chorego z ranami przewlekłymi

5.1. Profilaktyka przeciwoleżynowa

Odleżynami nazywamy zmiany na skórze i tkankach podskórnych, powstające na skutek długotrwałego ucisku i tarcia ciała o twarde podłoże.

Miejscami najbardziej narażonymi na powstanie tych bolesnych zmian są:

- kość ogonowa;
- łopatki;

- plecy wokół linii kręgosłupa;
- okolice bioder (szczególnie podczas leżenia na boku);
- wewnętrzna część stawów kolanowych;
- łokcie;
- pięty;
- kostki stóp zewnętrzne i wewnętrzne;
- zewnętrzne krawędzie stóp;
- tył głowy;
- uszy.

W myśl zasady, że lepiej zapobiegać niż leczyć, opiekując się chorym, powinniśmy dołożyć wszelkich starań, aby odleżyny nie powstały. Na ich utworzenie najbardziej narażone są osoby leżące, bardzo szczupłe lub bardzo otyłe, ostabione, bezwładne, niedożywione.

W przypadku opieki nad chorą osobą w domu należy zwrócić szczególną uwagę:

- jeżeli osoba leżąca jest w stanie samodzielnie się ruszać, to musi zmieniać pozycję i obracać się na boki, powinniśmy dopingować ją do wykonywania zmian mniej więcej co 2 godziny;
- w przypadku osoby niesamodzielnej musimy sami zadbać, aby pozycja ciała była zmieniana co 2 godziny;
- w przypadku osoby leżącej należy zastosować materac zmiennociśnieniowy lub materac typu „jeź”, polepszające ukrwienie skóry oraz zmniejszające ucisk na miejsca narażone na powstanie odleżyn (można je wypożyczyć; należy wiedzieć, że nawet kiedy chory leży na takim materacu, musi mieć zmienianą co 2 godziny pozycję ciała: na prawy bok, na znak, na lewy bok);
- bardzo ważna jest codzienna dokładna toaleta chorego, osuszenie skóry, a także delikatne natłuszczenie kosmety-

kami poleconymi przez pielęgniarkę;

- natłuszczenie skóry możemy stosować kilka razy w ciągu dnia;
- paznokcie chorego powinny być krótko obcięte i opitowane;
- należy dbać o okolicę krocza i odbytu, aby była czysta i sucha (smarować produktami natłuszczającymi);
- należy uważać, aby bielizna chorego była sucha i miękka; pościel nie powinna być nakrochmalona;
- prześcieradło leżące na materacu przeciwoleżynowym musi być bardzo dobrze naciągnięte, bez fałd i zagięć, bez okruczeń jedzenia;
- należy zaopatrzyć się w miękkie poduszeczki, wateczki, specjalne kliny, które należy podkładać choremu pod ręce, między kolana i stopy;
- osoby chore, które dużo czasu spędzają na wózku inwalidzkim, powinny mieć pod pośladkami odpowiednie kółko lub poduszkę przeciwoleżynową (powinny również co 20 minut unosić się, a co 2 godziny zmieniać pozycję, na przykład kładąc się na łożku);
- bardzo dobrze jest używać podkładow z owczej skóry – jeżeli chory nie ma uczulenia – pod najbardziej narażone części ciała (plecy, pięty, pośladki); skóra owcza daje uczucie ciepła i dobrą amortyzację, zapobiegając tym samym powstawaniu odleżyn;
- można aktywizować chorego, prosząc go o wykonanie prostych czynności, na przykład: unoszenie rąk, zaciskanie i otwieranie dłoni, poruszanie stopami, nogami; można kupić specjalne miękkie piłeczki które wkłada się w dłonie chorego (służą one do usprawniania ruchów rąk);
- ważnym składnikiem profilaktyki przeciwoleżynowej jest dieta; jeżeli nie ma

przeciwwskazań ze strony nerek zalecana jest dieta wysokobiałkowa (wysokiej jakości białka pochodzą z mięsa, jaj, ryb – niskiej jakości białka dostarczają chleb, ziemniaki, ryż, makaron);

- istotne jest nawadnianie chorego odpowiednią ilością płynów;
- należy wnikliwie obserwować skórę chorego, czy nie pojawiają się zaczerwienienia, które mogą doprowadzić do powstania odleżyn; jeżeli zaczerwienienie nie znika po zastosowaniu zmiany pozycji i natłuszczeniu skóry, należy o nim powiadomić pielęgniarkę.

Jak najbezpieczniej zmienić pozycję chorego w łożku?

Niezbędny sprzęt obejmuje:

- grube niesprane prześcieradło, złożone na pół, aby powstał podkład;
- miękki watek z koca lub grubego ręcznika, tak zrolowany, aby odpowiadał długości od łopatki chorego do jego połowy uda;
- miękkie jaśki;
- miękkie ręczniki.

Prawidłowe postępowanie polega na:

- obróceniu chorego delikatnie na bok;
- ustawieniu się za plecami chorego;
- wsunięciu pod pośladki połowy lekko zmarszczonego podkładu na tyle, aby jego luźny koniec sięgał brzegu łożka (nie wolno podwijać podkładu pod materac);
- obróceniu chorego lekko na drugi bok;
- przeciągnięciu podkładu na drugi brzeg łożka (nie wolno podwijać pod materac);
- wyrównaniu i starannym naciągnięciu podkładu;
- ułożeniu chorego na wznak;
- zajęciu miejsca pośrodku łożka;
- uchwyceniu oburącz za koniec podkładu z drugiej strony łożka;

- mocnym pociągnięciu podkładu w swoją stronę;
- odwróceniu chorego na bok plecami do osoby zmieniającej;
- podłożeniu wataka z koca lub ręcznika (cały czas trzymając mocno naprężony podkład) na długości od łopatek do połowy uda, a następnie delikatnym wsuwaniu go w głąb;
- podłożeniu między kolana miękkiej poduszeczki lub miękkiego ręcznika oraz rozdzieleniu stóp ręcznikiem lub innym miękkim materiałem, aby nie dotykały siebie;
- wyjęciu po około 2 godzinach wataka spod pleców chorego oraz poduszeczki spod kolan i ręczników;
- obróceniu chorego na wznak i pozostawieniu w tej pozycji przez 2 godziny (należy również pod ręce i nogi – głównie pod kolana – podłożyć jaśki, miękkie ręczniki);
- wyjęciu po 2 godzinach wszystkich udogodnień (ręczniki, poduszki);
- obróceniu chorego na przeciwny bok z wykonaniem czynności opisanych wyżej i zajęciu miejsca po drugiej stronie łóżka;
- jeżeli zmiana pozycji co 2 godziny jest zbyt bolesna dla pacjenta, wydłużeniu tego czasu do maksimum.

Najczęściej zadawane pytania:

• **Dlaczego jednak pomimo prawidłowej pielęgnacji odleżyny są wciąż problemem dla chorych i ich opiekunów?** Im stan chorego jest cięższy, tym większe istnieje prawdopodobieństwo, że odleżyna się jednak pojawi. Nie zawsze przyczyną jest zła pielęgnacja. Powstaniu odleżyn wyjątkowo sprzyjają wyniszczenie chorego, brak apetytu, wreszcie niedokrwienie różnych części ciała.

• **Czy niewielkie zaczerwienienie na skórze chorego, w miejscach gdzie najczęściej powstają odleżyny, to powód do niepokoju?**

Zaczerwienienie skóry świadczy, że zaczyna się robić odleżyna. Wówczas, poprzez odpowiednie ułożenie, należy to miejsce odciążać, następnie natłuścić dostępnymi środkami i obserwować.

5.2. Pielęgnacja odleżyn

Odleżyną jest zarówno zaczerwieniona skóra, która blednie lub nie po zniesieniu ucisku, jak i otwarta rana płytka lub głęboka w miejscach najbardziej typowych dla powstawania odleżyn.

Problem odleżyn, pomimo stosowania profilaktyki, może dotknąć niestety każdego lekko i ciężko chorego. Może to być związane z niewłaściwą pielęgnacją, ale również z bardzo ciężkim stanem chorego, jego wiekiem czy wychudzeniem.

Odleżyna należy do ran przewlekłych, a jej gojenie trwa zazwyczaj długo. Należy uważać, aby chory nie leżał na odleżynie – miejsce to musi być maksymalnie odciążone. Odleżyny u osób z chorobą nowotworową pogarszają ich jakość życia i przynoszą dodatkowe cierpienie.

Prawidłowe leczenie odleżyny powinno zawsze przebiegać pod kontrolą lekarza i pielęgniarki.

Rodzina chorego może wykonywać proste opatrunki, jeżeli odleżyna jest płytka i bez śladów infekcji. O infekcji może świadczyć: ropna wydzielina, przykry zapach, zaczerwienienie i obrzęk brzegów rany, ból.

Gdy takie objawy zauważą opiekunowie chorego, powinni jak najszybciej powiadomić lekarza lub pielęgniarkę. Gdyby zaszła potrzeba wykonania

opatrunku choremu przez rodzinę, bo na przykład założony wcześniej przez pielęgniarkę uległ zabrudzeniu, należy przeczytać poniższą instrukcję.

Jak wykonać prosty opatrunek na odleżynę?

Niezbędny sprzęt obejmuje:

- środek do dezynfekcji;
- jałowe gaziki (można kupić w aptece);
- plaster nieodparzający;
- bandaż bawełniany;
- preparat natłuszczający (np.: Lino-mag, Alantan, wazelina itp.);
- rękawiczki jednorazowe.

Zasady wykonania opatrunku odleżyny:

1. Dokładnie umyj ręce wodą z mydłem.
2. Wytrzyj ręce (najlepiej w jednorazowy ręcznik).
3. Załóż rękawiczki jednorazowe.
4. Obficie zwilż odstoniewaną ranę środkiem antyseptycznym.
5. Odczekaj 1–5 minut.
6. Natłuść zdrową skórę wokół rany.
7. Połóż na ranę jałowe gaziki nasączone dobrze antyseptykiem.
8. Przykryj całość jałowymi i suchymi gazikami.
9. Zabandażuj lub przyklej plaster na opatrunek.
10. Zdejmij rękawiczki jednorazowe.
11. Umyj ręce.

Należy pamiętać, żeby:

- rany nie dotykać brudnymi rękami;
- odciążać miejsca, na których jest rana, przez podkładanie na przykład małych poduszek, wałeczków;
- uważać na wygląd rany (czy nie ma infekcji).

Najczęściej zadawane pytania:

• **Czy zagojona odleżyna może ponownie się otworzyć?**

Niestety tak i dlatego ważna jest zmiana pozycji ciała co 2 godziny, obserwacja skóry i solidne jej natłuszczanie.

• **Co zrobić, gdy chory odczuwa ból odleżyny?**

Należy skontaktować się z lekarzem lub pielęgniarką; konieczne będzie zastosowanie leczenia przeciwbólowego lub kortykosteroidów.

• **Czy mała i niekrwawiąca rana musi być również zabezpieczona opatrunkiem?**

Tak, powinna być zakryta. Najpierw należy ją zwilżyć solą fizjologiczną, odczekać parę minut i założyć na nią plaster z opatrunkiem.

O czym warto wiedzieć?

Przy pielęgnacji odleżyn trzeba wspomnieć o nowoczesnych specjalistycznych opatrunkach. Niektóre z nich mogą pozostać na skórze nawet przez 7 dni. Jest to duży komfort dla chorego, który nie musi być narażony na codzienny stres związany ze zmianą opatrunku i pozycji. O opatrunkach te należy pytać lekarza i pielęgniarkę.

5.3. Pielęgnacja owrzodzeń nowotworowych

Owrzodzenie nowotworowe to przewlekłe i najczęściej nieodwracalne zmiany patologiczne spowodowane wzrostem nowotworu, który powoduje kalafiorowate, guzowate nacieki, tworzy przetoki. Bardzo często owrzodzenia nowotworowe krwawią lub sączy się z nich ropa oraz często występuje nieprzyjemny zapach.

Owrzodzenia nowotworowe występują najczęściej na piersiach, sromie, odbycie, krzani, na głowie i szyi. Wiążą się z mniejszym lub większym bólem. Chory bardzo cierpi, wszystkie czynności pielęgnacyjne

należy więc wykonywać bardzo delikatnie i z wyczuciem .

Gdy zauważysz krwawienie z owrzodzenia nowotworowego, na którym jest opatrunek:

1. Powiadom lekarza lub pielęgniarkę.
2. Załóż rękawiczki jednorazowe.
3. Połóż na zakrwawiony opatrunek duży kawałek czystej gazy, która nie musi być jałowa, lub nawet złożony w kostkę czysty ręcznik.
4. Jeżeli to jest możliwe, zastosuj ucisk tego miejsca przez założenie bandaża (jeżeli nie masz bandaża, to uciśnij miejsce ręką).
5. Połóż na wierzch woreczek z lodem, który zawsze powinien być w lodówce.

Jeżeli owrzodzenie nowotworowe wydziela nieprzyjemny zapach, świadczący o zakażeniu, powiadom lekarza lub pielęgniarkę, ponieważ być może trzeba zastosować inne leczenie. W takim przypadku warto zastosować odświeżacze powietrza, kadzidełka, aromaterapię itp. Opatrunki na tego rodzaju ranach wykonuje zazwyczaj pielęgniarka, ale czasami może zaistnieć taka sytuacja, że będzie musiała je wykonać rodzina.

W domu dobrze jest zawsze mieć: środek do odkażania ran, jałowe gaziki, jednorazowe rękawiczki.

Najczęściej zadawane pytania:

•Czy krwawiące owrzodzenie nowotworowe może być niebezpieczne?

Krwawienia z owrzodzenia nowotworowego (zwłaszcza powtarzające się dość często) mogą być przyczyną niedokrwistości. Lekarz powinien być powiadomiony o każdym takim przypadku.

•Czy nieprzyjemny zapach z rany można wyeliminować lekami?

Tak. Lekarz zastosuje odpowiednie leki, które wyeliminują zapach związany z zakażeniem rany.

5.4. Pielęgnacja owrzodzeń podudzi

Owrzodzenie podudzi jest ubytkiem tkanki. Owrzodzenia dzielimy na żyłne i tętnicze.

Profaktyka owrzodzeń podudzi głównie polega na:

- zaprzestaniu palenia papierosów;
- leczeniu cukrzycy, aby unormować poziom cukru we krwi;
- pielęgnacji skóry podudzi (natłuszczanie Linomagiem, Alantanem, wazeliną, maścią witaminową itp.);
- właściwym odżywianiu się (w porozumieniu z lekarzem wskazana jest dieta niskokaloryczna, ale zawierająca dużo białka i witamin; w cukrzycy należy stosować dietę niskowęglowodanową);
- ćwiczeniu mięśni nóg (poruszanie nogami, częste wykonywanie okrężnych ruchów stopami, poruszanie palcami stóp).

Zaniepokojenie powinien wzbudzać stan, gdy:

- na podudziach skóra staje się bardzo cienka i błyszcząca;
- tworzą się przebarwienia i obrzęki skóry;
- skóra „boli”;
- tworzą się pęcherze z płynem (po pęknięciu pęcherza na podudziu powstaje bolesna rana, która może być początkiem przewlekłego owrzodzenia).

Zasady prawidłowego wykonania opatrunku owrzodzenia:

1. Ranę dobrze zwilż solą fizjologiczną i odczekaj kilka minut.

2. Skórę wokół rany dobrze natłuścić jednym z wyżej wymienionych środków.

3. Na ranę położyć gaziki dobrze nasączone środkiem antyseptycznym.

4. Zawiń całość bandażem, ale nie przyklejaj na skórę podudzi plastrów (przy odklejeniu mogą uszkodzić dodatkowo naskórek).

5. Pokaż owrządzenie lekarzowi i pielęgniarce.

Ważne!

Jeżeli owrządzenie jest typu żylnego, powstaje przy kostkach stóp, ulgę choremu może przynieść uniesienie kończyny wyżej.

Przy owrządzeniu typu tętniczego, powstającym na stopach, palcach stóp, przedniej powierzchni podudzia ulgę, przynosi opuszczenie kończyny.

W owrządzeniach podudzi należy unikać:

- obcisłej odzieży, ciasnych skarpetek;
- gorących kąpielii;
- używania termoforów;
- poduszek elektrycznych;
- opalania.

Owrządzeniom podudzi towarzyszy ból, chory powinien więc regularnie przyjmować przepisane przez lekarza leki przeciwbólowe.

Należy zwrócić uwagę na nieprzyjemny zapach z owrządzenia oraz większą – niż wcześniej – bolesność i zaczerwienienie. O wszystkich zauważonych objawach powinno się informować lekarza i pielęgniarkę.

Najczęściej zadawane pytania:

• **Czy wygojone owrządzenie podudzi może nawracać?**

Jeżeli istnieje skłonność do tego typu

ran, mogą one powtarzać się i w innych miejscach na podudziach.

• **Czy leżenie w łóżku sprzyja nawrotom owrządzeń podudzi?**

Niestety tak, gdyż podczas leżenia w łóżku zwalnia się przepływ krwi w kończynach dolnych. Dlatego tak ważne jest poruszanie nogami i stopami (krew zaczyna w nogach płynąć szybciej).

6. Pielęgnowanie chorego ze stomią

Stomia oznacza otwór w powłokach ciała i stanowi celowo wykonane połączenie światła narządu jamistego z powierzchnią ciała.

6.1. Kolostomia

Kolostomia to połączenie światła jelita grubego ze skórą. Najczęściej znajduje się po lewej stronie ciała.

W warunkach prawidłowych kolostomia jest okrągła, ale może być także nieznacznie wydłużona.

Głównymi wskazaniami do wykonania kolostomii są: niedrożność mechaniczna jelita, nowotwór okrężnicy, perforacja uchyłków okrężnicy, urazy jelita grubego, niektóre choroby zapalne jelita grubego.

Po wyłonieniu stomii mogą pojawić się pewne powikłania. Do najczęstszych należy:

- wciągnięcie stomii;
- niedokrwienie i martwica;
- zwężenie stomii;
- przepuklina okołostomijna;

Pielęgnacja stomii

Skóra wokół stomii jest nazywana okolicą okołostomijną. Część worka stomijnego, która bezpośrednio przykleja się do

skóry, zwana jest płytką lub kotnierzem. Stanowi ona barierę ochronną dla skóry, a jednocześnie pozwala swobodnie oddychać skórze wokół stomii. Niezwykle ważne jest utrzymanie skóry wokół stomii w czystości i jej ochrona przed kontaktem z wydobywającą się treścią jelitową.

Sprzęt stomijny nie powinien być przyczyną podrażnień. Jeżeli podrażnienia skóry występują, to są spowodowane kontaktem treści jelitowej ze skórą. W momencie wystąpienia podrażnień wokół stomii, świądu, pieczenia lub bólu należy zdjąć worek stomijny, umyć skórę wokół stomii, sputkać i wysuszyć, a następnie przykleić nowy worek stomijny.

Wskazówki i rady:

1. Wiele stomii nie jest okrągłych, dlatego należy upewnić się, że płytka przylega dokładnie wokół stomii.
2. Do sprzętu stomijnego dołączona jest miarka, którą można się posłużyć, aby dopasować kształt i wielkość otworu w płytce.
3. Przez 3 pierwsze miesiące stomia może zmienić wielkość i kształt.
4. Skóra przed przyklejeniem worka stomijnego zawsze powinna być dokładnie oczyszczona i osuszona, ponieważ zapobiegamy wtedy stanom zapalnym miejsca wokół stomii oraz unikamy w ten sposób odklejania się worka stomijnego.
5. Aby zwiększyć stopień przyklejenia płytki do skóry, można wcześniej płytkę ogrzać, co powoduje zwiększenie jej elastyczności i ułatwia przylepianie. Wybrzuszenie wokół stomii może wskazywać na obecność przepukliny. Jeżeli taka sytuacja ma miejsce, należy zasięgnąć porady pielęgniarki.

6. Nie martw się, jeżeli zauważysz krwawienie ze stomii podczas mycia. Takie sytuacje zdarzają się, ponieważ ściana jelita jest delikatna, podobnie jak śluzówka jamy ustnej.

Jak zmienić worek stomijny?

Przygotuj niezbędny sprzęt:

- kosmetyczkę z akcesoriami stomijnymi;
- chusteczki do zmywania i osuszania skóry;
- ciepłą wodę;
- mydło bezzapachowe;
- worek stomijny lub płytkę z workiem stomijnym;
- nożyczki, jeżeli należy wyciąć odpowiedni otwór w worku stomijnym;
- inne stosowane przez chorego akcesoria.

Schemat postępowania przy zmianie worka stomijnego:

1. Odśroń miejsce na skórze, gdzie znajduje się worek stomijny.
2. Jeżeli chory używa worka stomijnego, który można wcześniej opróżnić, zrób to przed zdjęciem worka.
3. Posmaruj skórę wilgotnym wacikiem, aby ułatwić odklejanie worka stomijnego.
4. Ostrożnie odklejaj worek stomijny, zaczynając od góry i ciągnąc płytkę do dołu; jednocześnie przytrzymuj skórę za pomocą specjalnych wilgotnych gazików.
5. Oczyszcz stomię i skórę wokół niej papierem toaletowym.
6. Umyj stomię i skórę wokół stomii.
7. Osusz dokładnie skórę.
8. Nie stosuj żadnych maści i kremów na skórę, o ile nie zaleciła inaczej pielęgniarka.
9. Zanim zaczniesz stosować nowy krem

lub żel na skórę wokół stomii, do której przylega worek stomijny lub płytka, najpierw nanieś niewielką jego ilość na mały fragment skóry wokół stomii, żeby się przekonać, czy chory nie jest uczulony.

10. Pamiętaj, aby usunąć folię lub papier z worka stomijnego lub płytki przed przyklejeniem.

Co zrobić ze zużytym sprzętem?

1. Zawsze należy pamiętać aby worek stomijny przed wyrzuceniem opróżnić z treści jelitowych.

2. Pusty worek można wyrzucić do kosza. Worki można opróżniać do toalety.

Nie wyrzucaj worka stomijnego do toalety.

Pacjent posiadający kolostomię powinien pamiętać o tym, że:

- zaleca się pić około dwóch (2) litrów dziennie;
- podczas biegunki objętość spożywanych płynów powinna być zwiększona;
- korzystne jest spożywanie jogurtów zawierających pałeczki kwasu mlekowego;
- palenie papierosów na czczo zwiększa niebezpieczeństwo wystąpienia biegunki, a picie piwa, alkoholu i napojów gazowanych nasila biegunkę.

W przypadku wystąpienia biegunki należy:

- skonsultować z lekarzem możliwość przyjmowania większej objętości płynów;
- skontaktować się z lekarzem lub pielęgniarką, jeżeli biegunka się przedłuża;
- unikać spożywania pokarmów tłustych, bardzo słodkich, pikantnych oraz produktów wzdymających, surowych warzyw i owoców.

Postępowanie w przypadku wystąpienia zaparc zostało opisane w zostało opisane w Rozdziale 3.6 Zaparcia (strona 17)

W przypadku gazów:

- nie zaleca się spożywania takich produktów jak: czosnek, cebula, jajka, majonez, ostre przyprawy, kawa, alkohol, rośliny strączkowe, napoje gazowane;
- jeść należy powoli, dobrze przeżuając, aby potykać przy tym jak najmniej powietrza.

6.2. Ileostomia

Ileostomia jest stomią wyłonioną na jelicie cienkim i wyprowadzoną na powierzchnię brzucha w celu umożliwienia wydalania treści jelitowej (kałowej).

Pielęgnacja polega na codziennym myciu okolicy ileostomii w celu niedopuszczenia do zakażenia.

Do pielęgnacji niezbędne są:

- sprzęt dwuczęściowy (płytki i worki) lub jednoczęściowy (worki przyklejane bezpośrednio na skórę);
- letnia woda;
- mydło o pH (odczyn) zbliżonym do pH skóry;
- miękka gaza;
- specjalne gaziki do oczyszczania skóry wokół stomii;
- pasty uszczelniające;
- kremy pielęgnujące skórę wokół stomii;
- neutralizator zapachu;
- rękawiczki.

Schemat postępowania przy zmianie worka ileostomijnego:

1. Umyj ręce.
2. Załóż rękawiczki.
3. W celu odklejenia płytki delikatnie pociągnij ją w kierunku od góry do dołu, pamię-

tając o utrzymaniu skóry drugą ręką.

4. Obejrzyj skórę i skonsultuj się z pielęgniarką, gdy zauważysz zmiany skórne (np. zaczerwienienie, odczyny alergiczne jako reakcje na substancje zawarte w sprężeniu stomijnym, nadżerki, krwawienie, przepukliny, zwężenia, wypadanie stomii).

5. Przemyj skórę (może być letnia woda z mydłem o pH zbliżonym do pH skóry) lub użyj specjalnych chusteczek do zmywania skóry wokół stomii.

6. Delikatnie i dokładnie osusz (możesz użyć miękkiej chusteczki bądź gazika).

7. Zwróć uwagę, aby skóra była sucha oraz czysta i nietłusta.

8. Rozważ użycie specjalnego kremu do pielęgnacji skóry wokół stomii – natóż krem, chwilę odczekaj, a nadmiar zbierz gazikiem.

9. Jeżeli na skórze znajdują się blizny pooperacyjne, natóż w miejsce przyklejania płytki pastę uszczelniającą.

10. Odpowiednio przytnij otwór w płytce.

11. Dobierz odpowiedni worek do średnicy pierścienia płytki.

12. Zdejmij folię ochronną z przylepca płytki.

13. Przymocuj płytkę do skóry (zaczynając od dołu) i przytrzymaj dłońmi przez chwilę tak, żeby pod wpływem ciepła miała możliwość lepszego przymocowania.

14. Upewnij się, czy płytka z każdej strony dobrze przylega do skóry.

15. Natóż na płytkę worek i przymocuj go szczelnie.

16. W przypadku worka wielorazowego użytku sprawdź, czy otwór na dole worka jest zamknięty (jeżeli worek jest pełny, należy odzepić zacisk i opróżnić worek).

Uwaga!

Treść wydostająca się z ileostomii (płynna lub półpłynna) zawiera duże ilości kwa-

sów żółciowych i soku trzustkowego, które mogą drażnić skórę w okolicy stomii i wywoływać nadżerkę. Dlatego bardzo ważna jest codzienna prawidłowa pielęgnacja ileostomii oraz sprawdzanie szczelności sprzętu stomijnego.

6.3. Urostomia

Urostomia polega na wprowadzeniu drenu między układem moczowym i skórą, co umożliwia swobodny odpływ moczu z dróg moczowych w przypadkach, gdy – z powodu choroby – nie jest to możliwe w sposób naturalny. Urostomia może być połączeniem ze skórą nerki, moczowodów lub pęcherza moczowego.

W celu wykonania pielęgnacji skóry wokół urostomii:

1. Oczyszczyć stomię i jej okolicę letnią wodą lub wodą z szarym mydłem (inne mydła, szczególnie zapachowe, zawierają substancje, które mogą zmniejszać przyczepność sprzętu stomijnego).

2. Delikatnie osusz czystym i miękkim ręcznikiem, najlepiej jednorazowym.

3. Używaj gazików do zmywania skóry, które są przeznaczone do pielęgnacji stomii.

4. Do mycia skóry wokół stomii nie stosuj alkoholu, benzyny lub eteru (wysuszają nadmiernie skórę oraz mogą prowadzić do jej uszkodzenia) oraz kremów (zmniejszają przyczepność sprzętu stomijnego).

5. Podczas pielęgnacji dokładnie oglądaj stomię oraz skórę wokół niej ze zwróceniem uwagi na:

- kolor i ukrwienie błony śluzowej stomii (siny/czarny kolor stomii, obrzęk),
- stan skóry wokół stomii (zaczerwienienia, podrażnienia, wyprysk, nadżerki),
- treść wydzieliny ze stomii (zawartość krwi, ropy).

Pacjenci z urostomią powinni używać

specjalnych worków wyposażonych w kranik do odprowadzania moczu (tzw. worki urostomijne). Mogą one być doczepiane do płytek (wymienia się codziennie, chociaż płytka pozostaje na skórze przeciętnie 3-5 dni) lub wyposażone w przylepiec (wymienia się codziennie, odklejając je od skóry razem z przylepcem). Oba rodzaje worków opróżnia się przez kranik w miarę potrzeby – przeważnie kilka razy dziennie. Mocz należy wypuszczać zawsze wtedy, gdy wypełni się w około 1/3 maksymalnej objętości (zmniejsza to ryzyko ewentualnego rozwoju zakażenia).

Technika zmiany worka urostomijnego jest taka sama jak worka kolostomijnego i ileostomijnego.

6.4. Gastrostomia

Gastrostomia oznacza połączenie żołądka ze skórą poprzez wprowadzenie dużej średnicy drenu do żołądka w celu podania pożywienia.

Zasadami żywienia chorego przez gastrostomię:

1. Temperatura nie powinna przekraczać 40°C (optymalną temperaturą będzie 35–37°C).
2. Pokarm nie może być za gęsty, by nie powodować zapychania drenu.
3. Produkty do sporządzania mieszanej pokarmowej powinny być świeże.
4. Niewskazana jest woda gazowana.
5. Niezalecane są pokarmy rozdymające (kapustne, strączkowe), ciężkostrawne (tłuste smażone mięsa itp.), zwłaszcza u pacjentów leżących.
6. Należy również zadbać o odpowiedni dobór błonnika (min. 1 jabłko dziennie, soki owocowe).
7. Ze względu na działanie zapierające banany nie są wskazane.

Przed podaniem pokarmu przez gastrostomię należy przygotować:

- tacę;
- strzykawkę typu „żaneta” o pojemności 100 ml;
- pojemnik ze zmiksowanym ciepłym pokarmem;
- pojemnik z przegotowaną ciepłą wodą;
- miskę na odpadki;
- ligninę.

Zasady postępowania:

1. Ułóż pacjenta w pozycji wysokiej lub półwysokiej (zapobiegnie to aspiracji pokarmu do dróg oddechowych i ułatwi przesuwanie się pokarmu do dalszej części przewodu pokarmowego).
2. Nabierz do strzykawki pokarm, wypuść powietrze, połącz strzykawkę z drenem, odepnij zacisk na drenie i powoli wstrzykuj pokarm: jednorazowo podaje się 200-500 ml pokarmu przez około 10-15 minut.
3. Nabierz 20-50 ml wody przegotowanej i podaj w celu wypłukania drenu z treści pokarmowej, załóż zacisk na końcu drenu.
4. Pozostaw chorego w pozycji wysokiej lub półwysokiej przez około 2 godziny po posiłku, aby pokarm nie cofnął się do drenu.

Obowiązujące reguły podczas karmienia przez gastrostomię:

1. Podawanie posiłków u pacjentów leżących powinno odbywać się o określonych porach.
2. Po raz pierwszy podając pokarm/ płyn przez gastrostomię, należy zacząć od niewielkiej ilości (k. 20-50ml), kolejne porcje zwiększając w czasie i obserwując, czy nie wypływa treść wokół przetoki, czy chory nie ma uczucia rozpierania w żołądku i czy nie występuje zaleganie żołądkowe.
3. Dobrym sposobem na pobudzenie

wydzielania enzymów trawiennych jest zaproponowanie pacjentowi na 15-30 minut przed posiłkiem żucia gumy, skórki od chleba, ssanie cukierka o mocnych zapachach, o ile stan pacjenta na to pozwala i nie ma ryzyka zachłyśnięcia się lub zadławienia!

4. Podczas podawania posiłków powinno się zapewnić choremu dyskrecję, atmosferę intymności i spokoju.

5. Podawanie posiłków nie powinno być częstsze niż co 2 godziny (z wyjątkiem osób aktywnych fizycznie, które mogą pobierać posiłek w zależności od odczuwanego głodu nawet co godzinę).

6. Podawanie posiłków należy rozłożyć tak, aby pacjent miał zachowaną przerwę nocną przez minimum 6-8 godzin.

Do zasad pielęgnacji skóry wokół gastrostomii zalicza się:

- obserwację skóry pod kątem zaczerwienienia, obrzęku, nadżerki;
- wykonywanie toalety skóry wodą, mydłem o pH 5,5, następnie osuszenie okolicy stomii;
- przemywanie skóry preparatem antyseptycznym, dostępnym w aptece bez recepty;
- nakładanie wokół drenu warstwy tłustej maści ochronnej;
- zakładanie przeciętego gazika, aby uniknąć zbyt mocnego docisnięcia gastrostomii do skóry. Prześwit między płytką zewnętrzną a skórą powinien wynosić 2 mm. W przypadku podciekania treści gazik zabezpieczony maścią należy zmieniać częściej bądź nie stosować opatrunków z gazy, ze względu na wchłanianie i utrzymywanie wilgoci (treść żółtątkowa). Zaleca się wówczas nakładanie grubej warstwy maści ochronnej pod płytkę.

- zabezpieczenie drenu przed przesuwaniem się poprzez przyklepienie go do skóry plastrem lub klejem;
- zmienianie opatrunku raz dziennie lub częściej, jeśli zajdzie taka potrzeba.

Należy pamiętać, by wszystkie czynności przy gastrostomii przez pewien okres wykonywać pod kontrolą i nadzorem pielęgniarki, która zapewni bezpieczeństwo i czuwa nad prawidłowym wykonaniem danej czynności pielęgnacyjnej.

W momencie gdy rodzina i podopieczny są w stanie samodzielnie wykonywać czynności pielęgnacyjne, należy pamiętać, by mimo to być w stałym kontakcie zarówno z pielęgniarką, jak i lekarzem, którzy będą służyć radą i pomocą przy najmniejszych nawet wątpliwościach.

6.5. Jejunostomia

Jejunostomia to stomia odżywcza; specjalny zgłębnik założony przez skórę i umiejscowiony bezpośrednio do jelita w celu podaży żywienia pacjenta za pomocą pompy dojelitowej.

Pielęgnacja polega na codziennej higienie okolicy jejunostomii w celu niedopuszczenia do zakażenia.

Niezbędne jest przygotowanie:

- 0,9-procentowego roztworu NaCl (sól fizjologiczna);
- jałowych gazików (gaza).

W celu prawidłowego wykonania pielęgnacji jejunostomii:

1. Umyj ręce.
2. Obejrzyj skórę okolice zgłębnika i skonsultuj się z pielęgniarką, gdy zauważysz brak szwów lub zmiany skórne (np. zaczerwienienie).
3. Przemyj skórę wokół zgłębnika.

4. Delikatnie i dokładnie osusz jałowymi gazikami.

Trudne sytuacje

Wypadnięcie jejunostomii

Pamiętaj, że takie sytuacje się czasami zdarzają. Zachowaj spokój i kolejno:

1. Przyłóż na skórę gazę (w miejsce, gdzie założona była jejunostomia).
2. Przymocuj gazę plastrem.
3. Zadzwoń do pielęgniarki prowadzącej i przekaz tę informację.
4. Zadzwoń po pogotowie i przekaz informację o zaistniałej sytuacji.
5. Spokojnie poczekaj na karetkę.
6. Zapisz na kartce wszystkie informacje, które znajdują się na jejunostomii (nazwa, rozmiar i rodzaj), okażą się przydatne lekarzowi w szpitalu, który będzie zakładał nową jejunostomię.

Przeciekanie jejunostomii

Pamiętaj, że takie sytuacje się czasami zdarzają. Zachowaj spokój i:

1. Nie podawaj żywienia.
2. Zabezpiecz okolice jejunostomii jałowym gazikiem.
3. Powiadom pielęgniarkę prowadzącą o zaistniałej sytuacji i zapytaj, co masz dalej zrobić.

6.6. Tracheostomia

Tracheostomia jest otworem, który łączy powłoki skórne z tchawicą i zapewnia dopływ powietrza do płuc z pominięciem nosa, gardła i krtani.

Prawidłowa pielęgnacja skóry wokół tracheostomii jest bardzo ważna.

Niezbędne jest przygotowanie:

- pojemnika na odpadki;
 - jałowych gazików;
 - środka do dezynfekcji skóry;
 - tasiemek mocujących lub bandaża.
- Przynajmniej raz dziennie należy

zmieniać opatrunek wokół tracheostomii oraz zawsze w przypadku zabrudzenia.

W celu prawidłowego wykonania wymiany tracheostomii:

1. Delikatnie usuń zabrudzony gazik.
2. Przemyj skórę wokół rurki środkiem do dezynfekcji (pilnuj, żeby nie nalać płynu do rurki).
3. Dokładnie obejrzyj skórę wokół rurki (czy nie ma stanu zapalnego, wycieku wydzieliny, krwawienia).
4. Załóż jałowy opatrunek wokół rurki.
5. Nigdy nie zaklejaj wylotu rurki, może to spowodować uduszenie pacjenta.
6. Ostrożnie wymień tasiemki mocujące rurkę, uważając, by tasiemki nie uciskały żył szyjnych.

Odsysanie wydzieliny z rurki tracheostomijnej

Odsysanie wydzieliny jest zabiegiem, który może wykonywać jedynie doświadczona osoba, po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką! Złe prowadzenie zabiegu odsysania może stanowić niebezpieczeństwo dla zdrowia, a nawet życia podopiecznego!

Niezbędne jest przygotowanie:

- jałowych rękawiczek;
- jednorazowego cewnika do odsysania;
- jałowej wody destylowanej;
- urządzenia do odsysania;
- pojemnika na odpadki;
- ligniny.

W celu prawidłowego odessania przez rurkę tracheostomijną:

1. Zabezpiecz okolice rurki ligniną.
2. Umyj ręce i załóż rękawiczki.
3. Przy użyciu „sterylnej” ręki trzymaj cewnik

do odsysania, podłącz go do końcówki aparatu do odsysania, która przytrzymasz sobie „brudną” ręką którą (uważaj, by „sterylną” ręką oraz końcówką cewnika nie dotykać innych powierzchni!).

4. Włóż cewnik do odsysania na „zamkniętym ssaniu”, na głębokość rurki lub nieco głębiej (10–15 cm).

5. Otwórz ssanie i delikatnie wyciągaj cewnik ruchem okrężnym (cewnik nie może pozostać dłużej niż 10 s w czasie jednorazowego cyklu wprowadzenia cewnika).

6. W przypadku gdy nie udało się w powyższym czasie odessać całej wydzieliny, ponów próbę po kilku oddechach chorego, używając nowego cewnika.

7. Zużyty cewnik przepłucz jałową wodą destylowaną i wyrzuć (nigdy nie używaj dwa razy tego samego cewnika, może to prowadzić do groźnych infekcji!).

8. Wymianę rurki może przeprowadzić jedynie lekarz (nigdy nie próbuj wymować lub wymieniać rurki na własną rękę, a o wszelkich problemach lub nieprawidłowościach informuj niezwłocznie lekarza lub pielęgniarkę).

7. Pielęgnowanie chorego umierającego

7.1. Etapy akceptacji i nieuchronności śmierci

Amerykańska lekarka Elizabeth Kubler-Ross opisała etapy, jakich doświadcza chory na drodze do akceptacji nieuchronności własnej śmierci w wyniku nieuleczalnej choroby. Podobne doświadczenia są udziałem osób najbliższych, które towarzyszą pacjentowi w chorobie. Wymienione poniżej stadia nie muszą wystąpić

w przedstawionej poniżej kolejności, może któregoś z nich zabraknąć. Nie muszą być także wyraźnie wyodrębnione, ale wzajemnie się przenikają.

– **Zaprzeczenie i izolacja** – może wystąpić zarówno w momencie zdiagnozowania choroby, jak i w chwili uświadomienia sobie jej nieuleczalności. Chory nie zgadza się z diagnozą, może zachowywać się tak, jakby nic się nie stało. Często izoluje się od otoczenia, w którym mógłby znaleźć potwierdzenie złowieszczonego faktu umierania. Taka postawa pomaga w „oswojeniu się” z tak trudną dla chorego sytuacją, jest formą obrony.

W celu udzielenia pomocy choremu:

- bądź blisko, ale nie narzucaj swojej obecności (szanuj prawo do przeżywania traumy w samotności);
- nie dawaj dobrych rad, złudnych nadziei, nie każ wziąć się w garść (to nie pomaga, a może znacznie utrudnić kontakt z chorym);
- nie mów, że wiesz jak chory się czuje (nie zrozumie twoich intencji, bo przecież według niego nic się nie stało);
- dbaj o chorego najbardziej dyskretnie, jak potrafisz.

– **Gniew** – bardzo trudny etap dla chorego, jego najbliższych oraz opiekujących się nim przedstawicieli służby zdrowia. Pacjent jest zbuntowany, ma ogromne poczucie niesprawiedliwości, krzywdy, żal do wszystkich: Boga, rodziny, lekarzy itp. Często padają wtedy pytania: dlaczego ja?, co ja takiego zrobiłem, czy to kara? Mogą zdarzyć się niekontrolowane wybuchy agresji czy złości.

W celu udzielenia pomocy choremu:

- nie oceniasz, postaraj się zrozumieć;
- postaraj się nie odpowiadać gniewem, zniecierpliwieniem na postępowanie chorego;
- bądź blisko, poświęć czas, wysłuchaj;
- pamiętaj, że jest to bardzo trudny czas dla bliskiej osoby, może ona zachowywać się w zupełnie niezrozumiały sposób (zaakceptuj ten chwilowy stan).

– **Targowanie się** – jest to etap w którym chory próbuje negocjować, targować się o własne życie z Bogiem, siłą wyższą itp. Znika gniew, pojawiają się nadzieje, chęć pełnego przeżywania życia. Często jest to okres wzmożonej aktywności na wielu polach. Może pojawić się chęć zmiany własnego życia, przewartościowanie postaw. Ma to często na celu właśnie „wynegocjowanie” od Boga, rodziny, otoczenia dla siebie jakichś dóbr – dłuższego życia, wyleczenia. Jest to oczywiście niemożliwe, ale podtrzymuje nadzieję.

W celu udzielenia pomocy choremu:

- pomóż choremu w realizacji zamierzeń, jakie pojawiają się u niego w tym okresie (niech staną się dla niego treścią życia);
- wspieraj go, pomóż uwierzyć, że może jeszcze wiele od życia oczekiwać i otrzymać.

– **Depresja** – pojawia się najczęściej wtedy, gdy gwałtownie pogarsza się stan zdrowia chorego, dołączają się nowe objawy, zmiany w wyglądzie, osłabienie. Refleksja nad własnym życiem, tym czego nie udało się zrobić, co zrobiło się źle, a przede wszystkim ogromny lęk przed utratą bliskich. To-

warzyszyc mogą choremu także obawy o przyszłość osieroconej rodziny, żal za utraconym życiem zawodowym, towarzyskim. Pojawia się myśl o byciu dla otoczenia ciężarem. Jest to okres ogromnego cierpienia duchowego, ale też przygotowania do zbliżającej się śmierci.

W celu udzielenia pomocy choremu:

- bądź blisko, poświęć czas, troszcz się o chorego;
- pomóż w przeżywaniu żalu, tęsknoty;
- nie odsuwaj chorego od jego przyjaciół, od codzienności, aby nie czuł się „odsunięty na boczny tor”;
- pozwól mu o sobie decydować, nie rób nic wbrew jego woli tylko dlatego, że tobie wydaje się to racjonalne, najlepsze dla chorego (możliwość najmniejszego chociaż wpływu na to co się z nami dzieje jest jedną z najważniejszych potrzeb człowieka);
- jeżeli chory tego potrzebuje, szanuj jego chęć samotności, cierpliwie wysłuchuj;
- jeżeli do tej pory tego nie zrobiłeś, poszukaj profesjonalnego wsparcia – zespołu hospicyjnego, zaufanego lekarza, pielęgniarki, psychologa, ośrodka pomocy społecznej;
- nie zapominaj o sobie (dla ciebie to jest także wyjątkowo trudny czas, poszukaj wsparcia, masz do tego prawo).

– **Pogodzenie się** – na tym etapie nie ma już tyle gniewu, walki czy targowania się. Chory jest już pogodzony z własnym losem. Potrzebuje teraz przede wszystkim spokoju, możliwości zajęcia się sobą, wstuchania się w siebie. Coraz mniej uwagi poświęca otoczeniu, światu materialnemu. Często jest to czas zwiększonych potrzeb religijnych.

W celu udzielenia pomocy choremu:

- wykaż się spokojem i cierpliwością;
- zapewnij choremu tak potrzebny mu spokój, ale jeżeli wyraźnie o to nie poprosi, nie izoluj go od normalnego domowego życia;
- pomagaj w zaspokojeniu potrzeb religijnych (np. zapewnij wizytę księdza);
- zapewnij, że jego życzenia, na przykład dotyczące pochówku, rozporządzenia pozostawionymi dobrami zostaną poszanowane (to pomaga choremu w budowaniu wewnętrznego spokoju, poczucia gotowości na odejście).

7.2. Objawy zbliżającej się śmierci

W okresie schyłkowym choroby stan chorego może podlegać wahaniom. Okresy lepszego samopoczucia przeplatają się często z momentami osłabienia, pogorszenia. Istnieją jednak pewne objawy, których pojawienie się oznacza wchodzenie w okres umierania.

Objawy zbliżającej się śmierci obejmują:

- objawy somatyczne:
 - zmiana wyglądu chorego: poszarzała, blada skóra, zasinienie ust i paznokci, zimne kończyny, zaostrome rysy twarzy;
 - osłabienie i przyspieszenie tętna, obniżenie ciśnienia krwi;
 - zauważalne spłytenie oddechu, znaczne jego przyspieszenie lub zwolnienie, okresy bezdechu (chory przestaje oddychać na dłuższą chwilę, następuje pojedynczy wdech i kolejny długi okres bezdechu);
 - rzęzenia oddechowe, pienista wydzielina z ust;
 - utrata kontroli na czynnościami fizjologicznymi (chory bezwiednie oddaje moc z stolec);

- gorączka, której obniżenie jest trudne lub niemożliwe;
- zapadnięcie i nieruchomość gałek ocznych, niemożność domknięcia powiek;
- uczucie wszechogarniającego zmęczenia i trudnego do przezwyciężenia osłabienia (chory chodzący coraz mniej wstaje z łóżka lub z niego nie wychodzi, nie jest w stanie wykonać samodzielnie większości czynności);
- znaczný wzrost zapotrzebowania na sen;
- zaburzenia świadomości (chory staje się apatyczny, bardzo trudno go wybudzić ze snu lub jest nieprzytomny);
- mimo zachowanej przytomności chorego wycofuje się ze świata rzeczywistego, przestaje się nim interesować, pozostaje w swoistym letargu;
- skupienie na sobie, wycofanie w świat wewnętrznych przeżyć;
- utrata zainteresowania rzeczami, które do tej pory sprawiały choremu przyjemność (filmy, książki, prasa, muzyka, ulubione zwierzęta tp.);
- czasem zmniejszenie zapotrzebowania na kontakt z przyjaciółmi, ale także bliskimi, szybkie męczenie się podczas odwiedzin, „wyłączanie się”;
- świadomość zbliżającej się śmierci, chętnie mówienie o niej;
- nagła, silna potrzeba natychmiastowego załatwienia wszystkich zaległych spraw, pojednania i pożegnania z różnymi osobami;
- omamy wzrokowe, słuchowe (chory często widzą i rozmawiają z bliskimi, zmarłymi osobami, najczęściej matką); nie zawsze jest to przyjemne odczucie, czasem wiąże się z przekonaniem o byciu prześladowanym, otruwanym, widzeniem innych postaci;

- czasem pobudzenie/euforia przed-śmiertna, potrzeba ciągłego, nerwowego poruszania się, wychodzenie z łóżka, najczęściej jednocześnie splątanie;
- nagły powrót pełnej świadomości u chorego, pozostającego od dłuższego czasu bez kontaktu z otoczeniem;
- sygnały niewerbalne (grymasy, gesty, pojękiwanie);
- utrata zainteresowania jedzeniem i pićciem lub jadowstręt.

Chory umierający

Umieranie to trudny czas w jednakowym stopniu zarówno dla chorego, jak i jego bliskich, opiekunów. Wiąże się z rozpaczą, lękiem, obawami o własne reakcje w trudnych sytuacjach.

Cicely Saunders, pielęgniarka pracująca z terminalnie chorymi, tak określiła najważniejsze życzenia tych osób:

- pomóż mi;
- wysłuchaj mnie;
- zostań ze mną.

W celu dobrego towarzyszenia choremu umierającemu ważne jest zrozumienie jego oczekiwań i potrzeb. Warto się nad nimi zastanowić i respektować, aby ułatwić sobie kontakt z bliskim, ale także lepiej zrozumieć jego zachowania i skuteczniej pomagać.

Najważniejszymi problemami chorego umierającego są:

- dolegliwości fizyczne;
- niepewność przyszłości, następnej godziny;
- lęk, niepokój, strach, brak poczucia bezpieczeństwa;
- brak dostępu do pełnych, prawdziwych informacji o stanie swojego zdrowia, sprawach rodzinnych lub poczucie bycia dez-

informowanym;

- bezradność, konieczność całkowitego polegania na opiekunach;
- nierozwiązane problemy osobiste, finansowe, obawa o przyszłość osieroconej rodziny;
- obawa przed wyrażaniem własnego zdania, brak poczucia wpływu na swoje życie, niechęćne okazywanie obaw z powodu poczucia bycia dla opiekunów ciężarem, problemem;
- utrata pełnionych ról, izolacja, uczucie pozostawania na bocznym torze toczącego się obok życia;
- osamotnienie, pustka;
- żal, smutek, brak nadziei i poczucia własnej wartości;
- lęk przed samotnością w chwili śmierci, strach przed śmiercią jako zjawiska oraz tym, co po niej nastąpi.

Najważniejsze potrzeby umierającego chorego obejmują:

- potrzeby fizyczne
 - skuteczna kontrola bólu i innych dokuczliwych dolegliwości, dostęp do potrzebnych leków;
 - szybka interwencja w stanach nagłych (np. krwotok, duszność);
 - komfort fizyczny, wygodna pozycja w łóżku;
 - bezpieczeństwo, na przykład w razie zaburzeń świadomości, pobudzenia;
 - dostępność różnych dróg podawania leków, ograniczenie ich liczby;
 - ograniczenie liczby nieprzyjemnych, bolesnych zabiegów do minimum;
- potrzeby psychologiczne
 - wiedza na temat swojego stanu i odchodzenia (pomaga w przygotowaniu się, poprawia poczucie kontroli nad sytuacją);
 - zrozumienie i wiedza na temat tego,

czego może spodziewać się w okresie umierania wraz z zapewnieniem, że w każdym przypadku otrzyma najlepszą możliwą pomoc;

- zapewnienie, że w tym szczególnym okresie otrzyma wsparcie rodziny, opiekę medyczną od zaufanych osób;
 - spokój i komfort psychiczny;
 - pewność poszanowania godności do ostatnich chwil życia, respektowania jego życzeń i wyborów;
 - potrzeba bycia wysłuchanym, wsparcia społecznego;
 - świadomość, że po jego śmierci rodzina zostanie otoczona opieką, poradzi sobie;
 - potrzeba miłości, bliskości, wspierającej obecności kochanych osób;
 - możliwie najpełniejsze uczestnictwo w życiu rodziny;
 - koncentracja na teraźniejszości lub pięknych wspomnieniach.
- potrzeby duchowe i religijne
 - postępowanie zgodne z wierzeniami, systemem wartości chorego;
 - potrzeba odnalezienia sensu życia, nadziei;
 - wolność mimo fizycznej bezradności;
 - umożliwienie wypełniania rytuałów religijnych wnosi spokój, niweluje lęk, na przykład przed śmiercią bez spowiedzi lub przyjętych sakramentów.

7.3. Towarzyszenie choremu umierającemu

W okresie umierania chorego warto przygotować:

- spisane w jednym widocznym miejscu wszystkie najważniejsze telefony (pogotowie ratunkowe, telefon do pielęgniarki, lekarza, psychologa hospicyjnego, numery najbliższych członków rodziny – czasem w chwili dużego stresu trudno przypomnieć sobie nawet często uży-

wane numery);

- zgromadzoną i uporządkowaną dokumentację medyczną chorego;
- spisane, najlepiej w formie algorytmów i zrozumiale objaśnione sposoby postępowania w sytuacjach nagłych, które mogą wystąpić u chorego, wraz z wykazem możliwych do podania przez opiekunów leków (warto wcześniej przedyskutować takie stany z zespołem hospicyjnym i wyjaśnić wątpliwości);
- uporządkowane leki i środki pomocnicze (np. koncentrator tlenu, watki i podkładki rehabilitacyjne).

Postępowanie podczas umierania chorego w szpitalu lub hospicjum stacjonarym:

1. Jeżeli masz takie życzenie, poproś personel oddziału o możliwość pozostania przy chorym poza ustalonymi godzinami odwiedzin.
2. Czuwając przy bliskim, zachowuj się w sposób niezakłócający pracy oddziału.
3. Pamiętaj o poszanowaniu godności oraz potrzeby spokoju innych pacjentów na oddziale, a przede wszystkim na wspólnej sali szpitalnej. Dbaj o to, by przy chorym nie przebywało jednocześnie zbyt wiele osób (najlepiej jeśli są to 1-2 osoby).
4. Podczas czuwania zajmij się towarzyszeniem pacjentowi a nie innymi sprawami, nie prowadź niekończących się rozmów telefonicznych lub z innymi pacjentami i odwiedzającymi.
5. Zachowaj spokój, nie wprowadzaj zamieszania, paniki, niepotrzebnej nerwowości (chory z pewnością to odczuje).
6. Pamiętaj, żeby nie angażować nadmiernie, a przede wszystkim niepotrzebnie personelu oddziału (zaufaj ich profesjonalizmowi, zgłaszaj niepokojące objawy, prośby chorego, ale nie narzucaj swojego zdania i stosuj się do prośb oraz zaleceń

dla dobra chorego).

7. Pamiętaj o wszystkich podpowiedziach dotyczących towarzyszeniu choremu odchodzącemu w domu.

Postępowanie podczas umierania chorego w domu:

1. Jeżeli to tylko możliwe nie pędź, zarezerwuj jak najwięcej czasu dla chorego.

2. Nie zostawiaj chorego umierającego samego, bądź zawsze w pobliżu na wypadek, gdybyś nagle był potrzebny.

3. Przyjmij go takim, jaki jest – nie pouczaj, nie oceniaj (to nie czas na edukację).

4. Wysłuchuj, tłumacz, rozmawiaj, a jeśli trzeba pomilcz razem z nim (czasem cisza jest bardziej potrzebna i wymowna niż najpiękniejsze słowa).

5. Wspieraj – zachowuj się tak, aby twoje gesty mówiły: „całym sobą jestem przy tobie”.

6. Nie dawaj fałszywej nadziei, wysłuchuj, zachęcaj chorego do opowiadania o jego sposobie postrzegania sytuacji.

7. Nie obiecuj, jeśli nie jesteś czegoś pewien lub jest to nierealne; zawsze dotrzymuj słowa.

8. Do niczego nie zmuszaj, nawet jeżeli uważasz, że wiesz lepiej, myślisz rozsądniej (nie karm na przymus, nie podawaj na siłę leków – każdy ma prawo decydować o sobie do ostatnich chwil życia).

9. Nie rób też nic wbrew wyznawanym przez chorego wartościom, poglądom (np. nie wzywaj księdza, jeśli chory by sobie tego nie życzył).

10. Nie bój się dotyku, trzymania za rękę – to najlepszy sposób zaznaczenia swojej obecności, okazania wsparcia, nawet bez słów.

11. Dbaj o chorego tak, abyś mógł się do niego bez oporów przytulić – poczu-

cie fizycznego komfortu, zadbanego wyglądu jest dla niego bardzo ważne (w szczególności jeśli jest to kobieta).

12. Wszystkie zabiegi pielęgnacyjne w okresie agonii wykonuj ze szczególną starannością, spokojnie, w jak najmniej uciążliwy sposób (jeśli zachodzi taka potrzeba, ogranicz je do niezbędnego minimum i wykonuj je w okresie najlepszego działania leków przeciwbólowych lub podaj dodatkową dawkę oraz dbaj o szczegóły – nawet pozornie nieistotne drobiazgi, jak zagięcie na prześcieradle, mogą być źródłem cierpienia).

13. Szczególną uwagę poświęć łagodzeniu niepokojących, dokuczliwych dolegliwości (np. duszność, wymioty, świąd, zaparcie) i korzystaj z instrukcji udzielanych przez zespół hospicyjny.

14. Zadbaj o jak najdogodniejszą dla chorego pozycję w łóżku, odpowiednie nieagresywne oświetlenie pokoju, ciszę, ograniczenie dostępu nieprzyjemnych dźwięków i zapachów.

15. Zawsze, jeśli jest to możliwe, dawaj choremu prawo wyboru – pomoże mu to poczuć, że nawet w chwilach bezradności ma wpływ choćby na drobiazgi w swoim życiu.

16. Pozwól choremu przygotować się na umieranie; jeżeli chory tego oczekuje, odpowiadaj na nawet najtrudniejsze pytania (nie bagatelizuj, nie zmieniaj tematu – domysły, niedomówienia potęgują lęk).

17. Podkreślaj często, że jesteś dobrze przygotowany na trudne sytuacje.

18. Jeżeli to tylko możliwe, nie izoluj umierającego od życia domowego, nie zamykaj w oddzielnym pokoju, chyba że sobie tego życzy (nie pozwól, aby miał wrażenie, że zniknął z twojego życia jeszcze przed odejściem – bądź jego „tącznikiem” ze światem).

19. Jeśli umieraniu towarzyszy niepokój ruchowy i pobudzenie, dbaj szczególnie o bezpieczeństwo, nie zostawiaj chorego samego, nie zostawiaj w jego zasięgu potencjalnie niebezpiecznych przedmiotów.

20. W wypadku wystąpienia wszelkich naglących sytuacji (np. silna duszność), posiłkuj się odpowiednim rozdziałem poradnika lub poproś o pomoc członków zespołu hospicyjnego.

21. Jeśli z chorym nie ma już kontaktu, to nie zachowuj się tak, jakby go nie było – mów do niego, informuj o wszystkim, co zamierzasz zrobić, nie wypowiadaj przy nim niczego, czego normalnie byś mu nie powiedział.

22. Spokojnie reaguj na omamy wzrokowe, słuchowe, nie próbuj na siłę wyprowadzić go z błędu. Dla niego to, co właśnie widzi, jest bardzo rzeczywiste. Postaraj się zminimalizować lęki, jeśli zjawiska te są nieprzyjemne dla chorego. Nie bój się chorego, zapewnij mu tylko bezpieczeństwo.

23. W chwili agonii postaraj się nie wpadać w panikę, nie nawołuj, nie szarp chorego – w tym momencie najbardziej potrzebuje on spokoju i przekonania, że „pozwalasz mu odejść”. Pożegnaj się, zapewnij o miłości i pamięci.

24. Jeżeli chory był wierzący, pomocne może być odprawianie rytuałów religijnych, na przykład modlitwy, co wprowadza poczucie bezpieczeństwa.

25. Pamiętaj, iż to, że odczuwasz lęk przed widokiem cierpienia bliskiej osoby, boisz się wyrządzić jej krzywdę, jest normalnym zjawiskiem (proś o pomoc, wsparcie).

26. Oddanie chorego do placówki stacjonarnej nie jest wyborem gorszej opcji – jeśli nie czujesz się na siłach podjąć opiece, to jest bardzo słuszną decyzją (na oddziale również możesz w pełni towarzyszyć bli-

skiej osobie, ale w całodobowej asyście personelu medycznego).

27. W tych trudnych chwilach nie zapominaj o sobie (masz prawo być zmęczony, zrozpaczony, bezradny, zdenerwowany) i pozwól sobie pomóc, a do opieki nad chorym angażuj rodzinę, przyjaciół, w pełni korzystaj z pomocy zespołu hospicyjnego i nie zamykaj się w sobie oraz w kręgu doświadczanego nieszczęścia (naprawdę nie jesteś sam).

28. Po śmierci chorego poinformuj o zaistniałej sytuacji pielęgniarzkę lub/i opiekującego się nim lekarza hospicyjnego, który po stwierdzeniu zgonu wypisze kartę zgonu, dokument niezbędny zarówno w czasie załatwiania formalności w Urzędzie Stanu Cywilnego, jak i w zakładzie pogrzebowym.

29. Do stwierdzenia zgonu chorego masz także prawo wezwać pogotowie lub lekarza pierwszego kontaktu.

7.4. Wsparcie w opiece paliatywno-hospicyjnej: opieka psychologa i duchownego

Nawet najbardziej przyjazny szpital nie może zastąpić choremu domu. Opieka domowa stanowi najlepszą formę opieki nad chorymi przewlekle oraz chorymi u kresu życia, ale pod warunkiem że jest ona dobrze zorganizowana. Dla rodziny choroba najbliższego członka jest bardzo trudna. Odnalezienie się w nowej rzeczywistości bywa dla wszystkich domowników wyzwaniem. Chory człowiek w domu powoduje zmiany w aktywności całej rodziny.

Nie ulega wątpliwości, że wsparcie w chorobie nowotworowej u kresu jest dla chorego i jego rodziny niezbędne. W ramach pomocy medycznej chory i jego rodzina najczęściej kierowani są pod opiekę per-

sonelu medycznego, wchodzącego w skład zespołu interdyscyplinarnego.

Pomoc psychologa jest próbą zintegrowania śmierci z życiem i polega na współpracy z chorym w celu nawiązania przez niego kontaktu z samym sobą. Ważne, aby chory i rodzina zrozumieli, że jest to czas na domknięcie osobistych spraw i problemów, ale także czas samorealizacji. Psychologowie w swojej pracy wykorzystują rozmowę jako główny sposób diagnostyczno-terapeutyczny, ale także ćwiczenia relaksacyjne, wizualizację i treningi oddechowe. Oddziałują na wszystkie sfery osobowości chorego: behawioralną, poznawczą, uczuciową i duchową.

Pomoc ze strony psychologa jest przeznaczona również dla rodzin i opiekunów chorego. Głównymi uczuciami, jakie występują u rodzin chorych terminalnie, są przygnębienie i lęk. Często na twarzach tych osób dostrzegamy strach i bezsilność. Ważnym zadaniem psychologa jest omówienie z członkami rodziny zaistniałej sytuacji i zwrócenie ich uwagi na umiejętność słuchania siebie nawzajem. Wsparcie ze strony psychologa pozwala rodzinie uzmysłowić, jak ważna jest każda chwila przeżyta wspólnie.

Równie istotną formą pomocy rodzinie jest pomoc duchowego. Punktem odniesienia jest tutaj wiara. Osoba u kresu życia często traci zaufanie, a życie wydaje jej się bezsensowne. W takich sytuacjach niezbędne jest wsparcie ze strony osoby duchownej. Dzięki niemu chory może zrozumieć pewne kwestie egzystencjalne, odnaleźć sens swojego cierpienia i życia.

8. Gdzie szukać pomocy? 8.1. Poradnia leczenia bólu

W poradni leczenia bólu najczęściej leczone są:

- pourazowe bóle układu ruchu;
- ostre bóle kręgosłupa;
- bóle mięśni;
- bóle pochodzenia naczyniowego kończyn górnych i dolnych;
- neuralgia nerwu trójdzielnego;
- choroby zwyrodnieniowe stawów;
- neuralgie i neuropatie polekowe;
- inne bóle.

Wskazania do skierowania do poradni leczenia bólu:

- nieskuteczność dotychczasowego leczenia przeciwbólowego;
- brak możliwości ustalenia rozpoznania;
- nasilenie niepożądanych działań leków;
- wskazanie do zastosowania metod specjalistycznych.

Pacjent w poradni leczenia bólu może skorzystać z:

- specjalistycznej porady lekarskiej;
- opieki psychologa;
- opieki fizjoterapeuty;
- leczenia farmakologicznego;
- metod termolizy;
- blokady diagnostyczno-terapeutycznej;
- blokad obwodowych;
- laseroterapii;
- krioterapii.

Podstawą do przyjęcia do poradni leczenia bólu jest:

- skierowanie od lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej;
- skierowanie od lekarza specjalisty;
- skierowanie z placówki publicznego lub niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej.

8.2. Hospicjum domowe

Zadaniem hospicjum domowego jest zapewnianie choremu dostępu do wykwalifikowanej opieki paliatywnej w warunkach domowych oraz udzielanie wsparcia jego rodzinie.

Opieka paliatywna i hospicyjna polega na wszechstronnym i całościowym postępowaniu z chorym u kresu jego życia oraz wsparciu dla jego rodziny. Ma ona na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz uśmierzanie cierpienia psychicznego, duchowego, a także dostarczenie wsparcia socjalnego.

Aby chory mógł skorzystać z opieki paliatywno-hospicyjnej w warunkach domowych:

- proces leczenia onkologicznego musi być zakończony;
- konieczne jest złożenie następujących dokumentów:
 - skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza kierującego ze szpitala,
 - kopia dowodu osobistego,
 - kopia dowodu ubezpieczenia zdrowotnego lub kopia aktualnego dokumentu RMUA,
 - kopia indywidualnej dokumentacji medycznej, w której znajduje się potwierdzenie i opis choroby nowotworowej.

Dokumenty składa sam pacjent lub członek jego rodziny bądź też opiekun pacjenta w siedzibie placówki hospicjum domowego. Jeżeli placówka hospicjum domowego ma podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, pacjent może korzystać z bezpłatnej opieki zespołu interdyscyplinarnego, który składa się z lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, kapelana i pracownika socjalnego.

Wizyty u chorego odbywają się po

wcześniejszym kontakcie telefonicznym pracownika z rodziną chorego.

Lekarz hospicjum domowego sprawujący opiekę nad chorym:

- udziela porad specjalistycznych w trakcie wizyty w domu chorego dwa razy w miesiącu;
- sprawuje nad chorym opiekę medyczną, obejmującą dolegliwości fizyczne, psychiczne i duchowe;

Niezależnie od specjalistycznej opieki lekarskiej w ramach opieki hospicyjno-paliatywnej choremu zobowiązani są świadczyć opiekę medyczną jego dotychczasowi lekarze rodzinni oraz specjaliści z przychodni specjalistycznej.

- w ramach lekarskiej porady specjalistycznej w trakcie wizyty w domu chorego, lekarz hospicjum domowego wykonuje badania podmiotowe i przedmiotowe;
- przepisuje niezbędne w ramach opieki medycznej nad chorym leki (w tym leki przeciwbólowe) oraz zleca podstawowe badania krwi;
- kieruje chorego do szpitala lub do objęcia opieką hospicyjno-paliatywną w warunkach stacjonarnych;
- wydaje niezbędne orzeczenia i opinie o stanie zdrowia chorego;
- podejmuje decyzję o wdrożeniu rehabilitacji oraz zleca wsparcie psychologa;
- udziela pacjentowi i upoważnionym osobom informacji o stanie zdrowia chorego;
- działa zgodnie z kodeksem etyki lekarskiej.

Pielęgniarka sprawująca opiekę nad chorym w warunkach hospicjum domowego:

- przygotowuje chorego do samoopieki i samodzielnej pielęgnacji, a także in-

struje w tym zakresie jego rodzinę lub opiekunów – ich wsparcie spełnia bardzo ważną rolę w przebiegu choroby w warunkach domowych;

- kształtuje umiejętności dotyczące radzenia sobie z niesprawnością;
- udziela świadczeń pielęgniarских w domu chorego dwa razy w tygodniu;
- monitoruje stan zdrowia chorego;
- świadczy opiekę zgodnie z procesem pielęgnowania zleconym przez lekarza hospicjum domowego;
- prowadzi edukację zdrowotną chorego i członków jego rodziny bądź opiekunów;
- pomaga rozwiązywać problemy zdrowotne związane z samodzielnym funkcjonowaniem chorego w środowisku domowym;
- wykonuje zabiegi pobrania krwi i moczu do badania laboratoryjnego;
- przeprowadza pomiar podstawowych parametrów życiowych oraz pomiar glikemii za pomocą glukometru (uczy członków rodziny chorego lub opiekunów dokonywania tych pomiarów);
- wykonuje iniekcje domięśniowe, dożylnie, podskórne;
- podłącza kroplówki;
- udziela wszechstronnej informacji o możliwości wypożyczenia sprzętu medycznego, niezbędnego do właściwej pielęgnacji chorego w warunkach domowych;
- wykonuje opatrunki;
- pielęgnuje przetoki oraz przekazuje niezbędną wiedzę w zakresie pielęgnacji przetok w środowisku domowym (stomii, gastrostomii, jejunostomii);
- może zakładać lub usuwać cewnik założony do pęcherza moczowego;
- prowadzi pielęgnację i edukację związaną z obsługą rurki tracheostomijnej;

- wykonuje toaletę ciała oraz toaletę przeciwoleżynową, jak również prowadzi edukację członków rodziny oraz opiekunów w tym zakresie;
- wykonuje doodbytnicze wlewki lub lewatywy;
- pielęgnuje chorego w okresie agonii.

Fizjoterapeuta udzielający świadczeń w warunkach hospicjum domowego:

- realizuje świadczenia fizjoterapeutyczne na podstawie zaleceń lekarza hospicjum domowego (świadczenia realizowane są raz w tygodniu);
- prowadzi uruchamianie chorego, wykonuje rehabilitację ruchową i oddechową;
- stosuje ćwiczenia bierne;
- wykonuje masaż kończyn;
- wykonuje zabiegi stosowane w leczeniu obrzęku limfatycznego (np. masaż, zastosowanie rękawów i pończoch uciskowych – zależnie od stopnia zaawansowania obrzęku);
- prowadzi edukację członków rodziny lub opiekunów chorego w zakresie jego usprawniania;
- prowadzi edukację członków rodziny bądź opiekunów chorego w zakresie stosowania sprzętu rehabilitacyjnego;
- szkoli członków rodziny lub opiekunów chorego w zakresie podnoszenia, przenoszenia, zmiany pozycji chorego w sposób bezpieczny w warunkach domowych.

Psycholog udzielający świadczeń w warunkach hospicjum domowego:

- realizuje świadczenia opieki psychologicznej nad chorym na podstawie zaleceń lekarza hospicjum domowego;
- udziela fachowej specjalistycznej po-

mocy choremu i członkom rodziny lub opiekunom w przystosowaniu się do nowej sytuacji życiowej;

- udziela psychologicznego wsparcia pacjentowi w przeżywaniu bólu i cierpienia;
- udziela psychologicznego wsparcia w mobilizowaniu do aktywności i współpracy;
- udziela fachowej pomocy w ustaleniu źródła psychicznego dyskomfortu, wynikającego z innych przyczyn niż ogólny stan zdrowia chorego;
- udziela fachowej pomocy przy wyjaśnianiu stanów i reakcji emocjonalnych przeżywanych przez chorego i jego bliskich;
- świadczy fachową psychologiczną pomoc w porozumiewaniu się z osobami bliskimi oraz personelem hospicjum.

Specjalistyczną pomocą psychologiczną zajmuje się zespół psychologów, na których wsparcie może liczyć także rodzina bądź opiekunowie chorego, zarówno w trakcie opieki nad chorym jak i w okresie żałoby.

Działalność zespołu psychologów obejmuje:

- towarzyszenie – w miarę możliwości i potrzeb – w ważnych wydarzeniach (zarówno trudnych, jak i radosnych);
- wspieranie podczas żałoby (rodziny i opiekunowie mogą uzyskać pomoc psychologiczną w ciągu roku po śmierci bliskiej osoby);
- rozmowy z psychologiem, które mogą umożliwić porządkowanie zdarzeń życiowych i nadawać im sens (stwarzają szansę rozładowania przeżywanych przez pacjenta/rodzinę emocji).

Pracownik socjalny zatrudniony w hospicjum domowym:

- udziela pacjentom oraz członkom rodziny bądź opiekunom informacji na temat urzędów i Ośrodków Pomocy Społecznej oraz formy załatwiania spraw urzędowych;
- pośredniczy w kontakcie między pacjentem oraz członkami rodziny bądź opiekunami a poszczególnymi urzędami;
- kieruje pacjentów do odpowiednich instytucji pomocowych;
- udziela wsparcia przy załatwianiu dla pacjentów zasiłków i dodatków pielęgnacyjnych oraz innych zasiłków stałych, celowych i okresowych;
- przygotowuje zaświadczenia o przebywaniu pacjenta pod opieką hospicjum domowego.

Będąc pod opieką hospicjum domowego, chory może skorzystać ze sprzętu którym dysponuje placówka. Hospicjum wyposaża:

- specjalistyczne łóżka;
- przeciwoodleżynowe materace zmiennościścieniowe;
- ssaki;
- koncentratory tlenu;
- pompy infuzyjne;
- wózki inwalidzkie;
- wózki WC;
- chodziki;
- balkoniki;
- kule;
- laski;
- inhalatory;
- siedzenia obrotowe na wannę;
- baseny, kaczki;
- stojaki do kroplówek;
- udogodnienia dla chorego (krążki, podkładki itp.).

Aktualny wykaz placówek hospicjum domowego znajduje się na stronie internetowej www.tamizpowrotem.org, www.hospicja.pl

8.3. Oddział medycyny paliatywnej i hospicjum stacjonarne

Świadczenia z zakresu opieki paliatywnej są udzielane w każdym województwie w Polsce. Opieka paliatywno-hospicyjna w Polsce wchodzi w skład opieki długoterminowej.

Zgodnie z ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Polsce, opieka paliatywna jest finansowana ze środków publicznych jako odrębne świadczenie zdrowotne, co oznacza, że udzielane świadczenia są dla pacjenta i jego rodziny bezpłatne.

Oddział medycyny paliatywnej i hospicjum stacjonarne są instytucjami dla osób u kresu życia, w których opieka paliatywna jest realizowana całodobowo w warunkach stacjonarnych. Chorzy otrzymują świadczenia z zakresu opieki paliatywnej, zmniejszające i kontrolujące ich objawy chorobowe, trudne do opanowania w warunkach domowych. W placówkach pracuje zespół interdyscyplinarny (odpowiednio przeszkolony), w którego skład wchodzi: lekarz, pielęgniarka, rehabilitant, psycholog, kapelan i pracownik socjalny. Dodatkową opiekę sprawują wolontariusze. Placówki są zaopatrzone w sprzęt rehabilitacyjno-pielęgnacyjny.

Celem pracy w tych placówkach jest poprawa jakości życia chorych oraz wsparcie najbliższych poprzez:

- łagodzenie bólu oraz innych dolegli-

wości somatycznych pacjentów;

- pielęgnację chorych;
- wsparcie psychiczne, duchowe i socjalne chorego oraz jego najbliższych;
- stworzenie pacjentom godnych warunków umierania.

Warunkiem zakwalifikowania pacjenta do stacjonarnej placówki paliatywnej jest:

- skierowanie na oddział medycyny paliatywnej/do hospicjum stacjonarnego;
- orzeczenie lekarskie, uwzględniające rozpoznanie choroby, dotychczasowe leczenie, obecny stan pacjenta itp.;
- zgoda chorego na objęcie opieką (bądź faktycznego opiekuna, jeżeli nie jest możliwe uzyskanie podpisu od pacjenta);
- informacja dotycząca lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej, pod którego opieką jest pacjent;
- kserokopie dowodu osobistego, legitymacji ubezpieczeniowej, karty informacyjnej potwierdzającej chorobę;
- dodatkowe druki wymagane przez konkretne placówki.

Informacji o adresach placówek opieki paliatywno-hospicyjnej można szukać na stronach:

www.tamizpowrotem.org,

www.hospicja.pl

Informacji może udzielić także przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej (lekarz pierwszego kontaktu, pielęgniarka środowiskowa).

*f*undacja POLSKA MIEDŹ

Jednym z filarów społecznej odpowiedzialności biznesu w KGHM Polska Miedź S.A. jest działalność dobroczynna realizowana przez powołaną w 2003 roku Fundację Polska Miedź, która jest organizacją pożytku publicznego.

Inicjatywa powołania Fundacji wynikała z polityki KGHM Polska Miedź S.A. wobec potrzeb społeczeństwa. Jej utworzenie stanowiło kontynuację prospołecznej polityki KGHM, bowiem od początków istnienia przemysłu miedziowego na Dolnym Śląsku z wypracowanych środków wspierane były rozmaite projekty regionalne, jak i krajowe. Fundacja Polska Miedź kontynuuje te dobroczynne i charytatywne działania.

Fundacja Polska Miedź przekazuje swoje darowizny z przeznaczeniem m.in.: na ochronę i promocję zdrowia; działania na rzecz osób niepełnosprawnych; na naukę, edukację, oświatę i wychowanie; krajoznawstwo oraz wypoczynek dzieci i młodzieży; kulturę, sztukę; ochronę dóbr kultury i tradycji; upowszechnianie kultury fizycznej i sportu; ekologię i ochronę zwierząt oraz ochronę dziedzictwa przyrodniczego; porządek i bezpieczeństwo publiczne oraz na przeciwdziałanie patologiom społecznym; na działalność charytatywną; pomoc ofiarom katastrof i klęsk żywiołowych.

FUNDACJA HOSPICYJNA



Fundacja Hospicyjna jest organizacją pożytku publicznego, której celem jest prowadzenie działalności charytatywnej, edukacyjno-szkoleniowej i marketingowej, związanej z pozyskiwaniem środków na opiekę hospicyjną.

Działania Fundacji Hospicyjnej:

- ◆ pomoc materialna i merytoryczna ponad 100 hospicjom w całej Polsce
- ◆ rozwój wolontariatu hospicyjnego www.hospicja.pl
- ◆ pomoc dzieciom osieroconym www.funduszdzieci.pl
- ◆ edukacja społeczna www.fundacjahospicyjna.pl
- ◆ kampanie społeczne www.fundacjahospicyjna.pl
- ◆ Akademia Walki z Rakiem www.awzr.pl/~gdansk/
- ◆ wydawnictwa: kwartalnik *Hospicjum to też Życie*, książki, poradniki
najnowsze to: *Przewlekłe chory w domu*, *Przewlekłe chore dziecko w domu*.
więcej informacji na stronie www.fundacjahospicyjna.pl/sklep Fundacji Hospicyjnej

Jak można pomóc Fundacji Hospicyjnej:

- ◆ przekazując 1% podatku dochodowego KRS 0000 201 002
- ◆ wpłacając darowiznę na konto: 72 1540 1098 2001 5562 4727 0001

Poradnik zatytułowany **PIELĘGNACJA PACJENTA W CHOROBIE NOWOTWOROWEJ** jest kolejnym opracowaniem, którego odbiorcą są Chorzy na nowotwory i ich Rodziny. Poradnik powstał z inicjatywy i w ramach współpracy dwóch organizacji, które za cel mają udzielanie szeroko pojętego wsparcia chorym na nowotwory – **FUNDACJI HOSPICJUM ONKOLOGICZNE ŚW. KRZYSZTOFA** oraz **FUNDACJI TAM I Z POWROTEM**. Należy podkreślić, że obecny poradnik przygotowały Osoby o wieloletnim doświadczeniu oraz wiedzy i umiejętnościach w zakresie pielęgnacyjnej pomocy udzielanej chorym na nowotwory. Chciałbym przekazać Autorom poradnika szczerze wyrazy podziękowania i uznania.

Zwiększenie liczby zachorowań na złośliwe nowotwory – głównie związane ze wzrostem populacji osób w zaawansowanym wieku i narażeniem na działanie szeregu czynników o szkodliwym działaniu – uzasadnia rozwijanie wielu obszarów opieki nad chorymi. Jednym z ważnych kierunków jest rozwój onkologii paliatywnej, która obejmuje szeroki zakres działań podejmowanych u chorych na nowotwory nieuleczalne. Zasadniczym celem paliatywnej opieki jest uzyskanie poprawy jakości życia chorych oraz zapewnienie wsparcia osobom żyjącym z rozpoznaniem nowotworu i rodzinom dotkniętych chorobą. W opiece paliatywnej niezwykle ważne jest postępowanie zgodne z obecną wiedzą, ale równie istotne jest uczestnictwo chorych w podejmowaniu wszelkich decyzji – chorzy poddawani opiece paliatywnej potrzebują rozwiązywania wielu problemów medycznych, ale również oczekują wsparcia i szacunku. Oba wymienione uwarunkowania – zgodność zaleceń z najnowszą wiedzą i zachowanie zasady podmiotowości chorych – zostały uwzględnione przez Autorów obecnego poradnika i stanowią o wysokiej wartości opracowania.

Zalecenia przedstawione w poradniku mogą być wykorzystywane zarówno w opiece szpitalnej lub hospicyjnej, jak również domowej. Wymieniony aspekt ma dodatkowe znaczenie – najlepszym miejscem jest to, które zapewnia optymalną jakość życia. Wielu chorych na nowotwory przebywa w różnych okresach choroby w domu i wykorzystanie informacji zawartych w poradniku ma szczególne znaczenie w przypadku organizowania „szpitala w domu”. Poradnik wychodzi naprzeciw zasadzie, że najbardziej pożądane jest niesienie opieki paliatywnej do chorego, a nie odwrotnie.

Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej jest naukową organizacją zaangażowaną w wiele działań, których celem jest walka z nowotworami i ich następstwami. Jednym z obszarów zainteresowań jest paliatywna opieka nad chorymi na złośliwe nowotwory. Zrozumiałe jest – w związku z tym – objęcie patronatem wydania obecnego poradnika.

Jestem przekonany, że poradnik **PIELĘGNACJA PACJENTA W CHOROBIE NOWOTWOROWEJ** będzie służył wszystkim – przede wszystkim chorym na nowotwory i rodzinom, ale również lekarzom i pielęgniarkom – w tagodzeniu i usuwaniu wielu następstw choroby.

Warszawa, 5 listopada 2012 roku

prof. dr hab. med. Maciej Krzakowski

SPINANSOWANE DZIĘKI:

 fundacja
POLSKA MIEDŹ

Patron honorowy:

 **Polskie Towarzystwo
Onkologii Klinicznej**

Organizator:

fundacja **tam** 
 **i z powrotem**

Patronat medialny:

 **plus
radio**

Wydawca:



TVP WARSZAWA

TVP POZNAŃ

TVP WROCŁAW