

PORADNIK OPIEKUNA

Opieka nie musi być trudna, gdy nie zostaniesz z nią sam

wsparciedlaopiekuna.pl

WYDANIE BEZPŁATNE

numer 1/2023 (13)



Centrum Wsparcia Opiekunów w Miejskim Centrum Opieki
dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz niesamodzielnych w Krakowie,
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków, tel. +48 12 44 67 530,
e-mail: centrumwsparcia@mco.krakow.pl; mco@mco.krakow.pl

SPIS TREŚCI

<u>Od redakcji</u>	<u>3</u>
<u>Rak pęcherza moczowego – objawy i możliwości leczenia.....</u>	<u>4</u>
<u>Rak gruczołu krokowego i trzonu macicy – przyczyny, objawy</u>	<u>5</u>
<u>Rak skóry – postacie i objawy.....</u>	<u>9</u>
<u>Opieka nad podopiecznym z rakiem pęcherza moczowego.....</u>	<u>11</u>
<u>Opieka nad podopiecznym z rakiem gruczołu krokowego</u>	<u>13</u>
<u>Opieka nad podopiecznym z rakiem skóry, rakiem trzonu macicy</u>	<u>16</u>
<u>Umiejętności przydatne opiekunowi w opiece pooperacyjnej nad starszym podopiecznym</u>	<u>21</u>
<u>Umiejętności przydatne opiekunowi w opiece nad seniorem u kresu życia</u>	<u>26</u>
<u>Towarzyszenie osobie umierającej.....</u>	<u>31</u>
<u>Centrum Wsparcia Opiekunów wkracza w nowy rok.....</u>	<u>36</u>

Poradnik opiekuna

Opieka nie musi być trudna, gdy nie zostaniesz z nią sam

Wydawca: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielných w Krakowie, ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków, tel. +48 12 4467500, www.mco.krakow.pl

Publikacja bezpłatna, współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020
w ramach IX Osi Priorytetowej Region spójny społecznie

Szanowni czytelnicy

Z wielką przyjemnością, w ramach kontynuacji projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” przekazujemy do Państwa rąk - opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych - trzynasty numer Kwartalnika w wersji online. Stanowi on alternatywną formę prezentacji treści zawartych na [naszym portalu](#).

Bieżący numer rozpoczynamy od omówienia najczęściej występujących nowotworów u mężczyzn: raka płuca i raka jelita grubego, a u kobiet: raka piersi. Choroby nowotworowe stanowią w Polsce drugą najczęstszą przyczynę zgonów. Rocznie z powodu nowotworów umiera niemal 100 000 ludzi, co oznacza, że każdego dnia zabijają one prawie 300 osób. Wbrew błędnemu, choć powszechnemu przekonaniu, występowanie tych chorób rzadko ma podłoże genetyczne. Aż w 80% przypadków zachorowanie na nowotwór jest następstwem niezdrowego stylu życia, skutkiem nieprawidłowych nawyków lub efektem ekspozycji na szkodliwe czynniki. W grupie wiekowej 65+ na chorobę nowotworową cierpi co dziesiąta osoba. Wyraźnie widać, że ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem.

W bieżącym wydaniu poruszamy także ważny problem profilaktyki, czyli tzw. czujności nowotworowej - wykrywania wczesnych objawów i wczesnej diagnostyki w dążeniu do przerwania tsunami nowotworowego. Podpowiadamy opiekunom nieformalnym, jak pomóc chorym onkologicznie radzić sobie z dolegliwościami, problemami natury psychicznej i społecznej oraz powikłaniami chemio- i radioterapii.

Zachęcamy do lektury Kwartalnika. Wierzymy, że artykuły zawarte w tym numerze zainteresują Państwa, a wydanie okaże się cennym źródłem wiedzy. Serdecznie zapraszamy do czytania, dzielenia się swoimi doświadczeniami, zadawania pytań. Prosimy pisać pod adres:

centrumwsparcia@mco.krakow.pl

Życzymy miłej lektury!
Redakcja

Rak pęcherza moczowego – objawy i możliwości leczenia

Rak pęcherza moczowego to jeden najczęściej występujących nowotworów złośliwych u osób po 50. roku życia. Rozpoznaje się go trzykrotnie częściej u mężczyzn niż u kobiet. Charakteryzuje się różnorodnym przebiegiem, stopniem złośliwości, głębokością naciekania i tempem rozwoju choroby.



Do czynników ryzyka pojawienia się choroby należą: palenie tytoniu, przewlekłe zakażenie dróg moczowych, dieta mięsna, narażenie na kontakt z substancjami rakotwórczymi (przemysł barwników i kauczuku, ekspozycja na aminy aromatyczne), predyspozycje genetyczne, radioterapia w obrębie miednicy, leczenie cyklofosfamidem lub pochodnymi tiazolidynodionu.

Istnieją różne rodzaje raka pęcherza moczowego. Jednym z kryteriów jest typ wzrostu raka: inwazyjny (naciekający na błonę mięśniową narządu) i nieinwazyjny (nienaciekający na mięśniówkę). Podział ze względu na budowę histopatologiczną natomiast wygląda następująco:

- ¶ rak urotelialny pęcherza moczowego (przejściowokomórkowy) – wywodzący się z komórek nabłonka dróg moczowych; stanowi 90% wszystkich przypadków;
- ¶ rak płaskonabłonkowy – pojawia się rzadko, stanowi 5% przypadków, jednak charakteryzu-

je się bardzo agresywnym przebiegiem;

- ¶ rak gruczołowy (gruczolakorak) – rozwija się z tkanki nabłonkowej i często naśladuje budowę zdrowego narządu; może być następstwem nawracających infekcji lub przebytej radioterapii.

Wczesne objawy raka pęcherza moczowego to przejściowy krwimocz i dyskomfort podczas oddawania moczu w postaci pieczenia lub lekkiego bólu w podbrzuszu. Częściej jednak krwimocz jest bezbolesny. W moczu mogą pojawić się również skrzepy o nieregularnym kształcie. U części chorych pojawia się także częstsza potrzeba mikcji, ciągłe uczucie parcia na mocz oraz wrażenie niepełnego opróżnienia pęcherza.

Objawy raka pęcherza moczowego, które występują w kolejnych etapach choroby to: ból w podbrzuszu, częstomocz lub zatrzymanie moczu oraz ból w okolicy lędźwiowej kręgosłupa. Pojawia się także osłabienie, brak apetytu i utrata masy ciała. Dolegliwości przypominają zapalenie pęcherza moczowego, co powoduje, że zostaje rozpoznany zbyt późno.

Czy rak pęcherza moczowego jest wyleczalny?

Rokowanie zależy od rodzaju guza, stadium, w którym choroba została rozpoznana i wdrożono leczenie oraz stanu i wieku pacjenta. Szacuje się, że długość życia z rakiem pęcherza moczowego po zabiegu operacyjnym metodą przezcewkowej elektroresekcji guza pęcherza moczowego (TURP) w około 80% przypadków wynosi 5 lat. Wraz z postępem choroby pojawiają się przerzuty w węzłach chłonnych, płucach, wątrobie i kościach, rzadziej do innych narządów wewnętrznych. Sam rak pęcherza moczowego ma skłonność do częstych nawrotów, dlatego konieczne jest długotrwałe monitorowanie stanu osoby chorej i badania kontrolne.

Piśmiennictwo:

Ścisło L. (red.): Pielęgniarstwo chirurgiczne. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2020.



Rak gruczołu krokowego i trzonu macicy – przyczyny, objawy

Rak gruczołu krokowego, zwany też rakiem stercza, a potocznie rakiem prostaty, zajmuje w Polsce drugie miejsce pod względem częstości występowania, jeśli chodzi o nowotwory złośliwe u mężczyzn po 60. roku życia. Można się spodziewać, że wraz z rozwojem społeczno-ekonomicznym oraz postępującą zmianą stylu życia, z czasem zacznie dominować.

Podobnie jak wiele innych nowotworów złośliwych, rak stercza niekiedy rozwija się zupełnie bezobjawowo, a dotknięty nią mężczyzna do końca życia może nie podejrzewać u siebie choroby. Podobnie też, jak w przypadku innych nowotworów złośliwych, szanse wyleczenia są tym większe, im we wcześniejszym stadium jest on zdiagnozowany i rozpoczęta zostanie terapia. Dlatego dla zachowania zdrowia niezwykle ważne są okresowe kontrole gruczołu krokowego po przekroczeniu 50. roku życia.

Przyczyny i rozwój choroby

Rak gruczołu krokowego jest najbardziej groźny u stosunkowo młodych mężczyzn, przed 55. rokiem życia – wówczas rozwija się szybko, daje przerzuty do innych tkanek i często kończy się śmiercią. Choroba nie jest tak groźna u starszych mężczyzn, po 70. roku życia, kiedy rozwija się na tyle wolno, że zwykle nie jest bezpośrednią przyczyną śmierci, nie prowadzi też do wyraźnego

pogorszenia jakości życia. Rak gruczołu krokowego występuje u ponad 80% wszystkich mężczyzn po przekroczeniu 80. roku życia. W takim wieku nie jest jednak zwykle powodem do poważnego niepokoju, gdyż inne przyczyny stanowią o pogorszeniu się ogólnego stanu zdrowia i są bezpośrednim powodem śmierci. Ewentualna terapia raka u takich pacjentów byłaby bezcelowa, gdyż jej skutki uboczne mogłyby przyspieszyć rozwój innych chorób, a w konsekwencji skrócić życie.

Właściwe przyczyny rozwoju raka gruczołu krokowego pozostają nieznane. Można mówić o czynnikach ryzyka, o których w drodze statystycznego wnioskowania dowiedziono, że istotnie zwiększają szanse na zachorowanie. Najważniejszym czynnikiem ryzyka jest wiek. Choroba występuje niezwykle sporadycznie u mężczyzn przed 45. rokiem życia. Nieco częściej pod koniec piątej i w szóstej dekadzie życia. Po siedemdziesiątym

roku życia staje się właściwie powszechna, choć u większości osób nie wykształcają się silne objawy choroby – przyjmuje ona charakter przewlekły i nie stanowi bezpośredniego zagrożenia życia. Najcięższym przebiegiem choroba charakteryzuje się w młodszych grupach wiekowych, dlatego jakiegokolwiek symptomy jej występowania przed ukończonym siedemdziesiątym rokiem życia powinny być przedmiotem konsultacji lekarskiej.

Na wystąpienie raka gruczołu krokowego znacznie bardziej narażone są osoby obciążone genetycznie, na co składa się rasa oraz predyspozycje indywidualne, rodzinne. Czynniki te warunkują wystąpienie nowotworu w około 50%, gdzie pozostałe 50% warunkowane jest czynnikami środowiskowymi oraz czynnikiem losowym. Jeżeli ktoś z bliskiej rodziny chorego cierpiał na nowotwór (brat, ojciec), wówczas ryzyko zachorowania zwiększa się dwukrotnie. Jeśli takie osoby były dwie, to ryzyko jest większe pięciokrotnie, a w przypadku jeszcze większej liczby chorych krewnych, ryzyko wzrasta nawet dziesięciokrotnie. Na zwiększoną szansę rozwoju choroby wpływać może również fakt wystąpienia w najbliższej rodzinie raka piersi czy jajnika wśród kobiet (matka, siostra), jako że istnieją pewne geny, których określone mutacje są ważnym czynnikiem ryzyka powstawania tych kobiecych nowotworów oraz raka gruczołu krokowego u mężczyzn. Rak gruczołu krokowego częściej występuje wśród mężczyzn rasy białej niż żółtej. Najbardziej narażeni na zachorowanie są zaś mężczyźni rasy czarnej.

Rzeczą szeroko dyskutowaną obecnie w literaturze naukowej jest wpływ diety na prawdopodobieństwo rozwoju choroby, gdyż wciąż nie jest jasna jej rola. Dotychczas uważano, że mężczyźni spożywający codziennie pokarmy zawierające tłuszcze nasycone i cholesterol, a których dieta uboga jest w selen i witaminy E oraz D, kwalifikowani są do grupy ryzyka. Okazuje się jednak, że w odróżnieniu od wielu innych nowotworów, waga spożywania owoców i warzyw nie jest wysoka w zapobieganiu chorobie. Podobnie samo spożywanie mięsa i jego przetworów nie wpływa istotnie na ryzyko zachorowania. Potwierdzono natomiast wpływ zbyt niskiego poziomu witaminy D na szanse rozwoju choroby. Oznacza to, że zbyt niska ekspozycja na promienie słoneczne (UV) może przyczyniać się do rozwoju choroby. Z ekspozycją na promienie słoneczne nie należy jednak przesadzać, gdyż przyczynia się ona do rozwoju



innego częstego nowotworu złośliwego – czerniaka skóry. Uważa się również, że spożywanie zbyt wysokich ilości syntetycznych preparatów witaminowych może nawet dwukrotnie zwiększyć szansę na zachorowanie. Chociaż nie jest jasne, w jakim mechanizmie ani które witaminy pobierane w nadmiarze przyczyniają się do rozwoju raka stercza, to nie zaleca się spożywania większej ilości witamin syntetycznych niż podane przez producenta, a najlepiej zastępowanie ich witaminami pochodzącymi z naturalnych źródeł, w postaci świeżych owoców i warzyw, świeżej wątroby, etc. Podobnie do zwiększenia ryzyka przyczynia się suplementowanie kwasu foliowego, co nie jest zalecane u mężczyzn.

Niezdrowy tryb życia, połączony z nadwagą, nadmiernym spożyciem alkoholu oraz paleniem tytoniu również może przyczyniać się do zwiększonego ryzyka rozwoju choroby. Istotnie szanse rozwoju choroby zwiększa również podwyższone ciśnienie tętnicze. Udowodniono również niewielki, ale statystycznie istotny pozytywny wpływ uprawiania sportu czy aktywnego trybu życia na ograniczenie ryzyka rozwoju tego nowotworu. Rakowi gruczołu krokowego sprzyja podwyż-



szony poziom testosteronu, który może występować w przebiegu niektórych chorób endokrynologicznych. Do rozwoju choroby prowadzić mogą również zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową – rzeżączką, chlamydią czy kiłą. Ważna jest więc odpowiednia profilaktyka, higiena życia seksualnego.

Objawy raka stercza

Rak stercza może rozwijać się skrycie. Dzieje się tak, gdy guz rozwija się tylko w obrębie gruczołu krokowego. Ten rodzaj nowotworu bywa określany jako stadium raka ograniczonego do narządu. Jeżeli jednak zmiany nowotworowe zaczną się rozrastać, wówczas mówimy o stadium raka zaawansowanego miejscowo. Tym zmianom towarzyszą już pierwsze objawy, takie jak częstomocz, parcia naglące, bolesne oddawanie moczu, zaleganie moczu, z czasem mogą dołączyć się mogą bóle w kroczu i za spojeniem łonowym. Jeśli naciek będzie obejmował inne narządy, wówczas jest to stadium raka zaawansowanego. Mogą wówczas pojawić się: wodonercze, niewydolność nerek, obrzęk kończyn dolnych wskutek ucisku guza na naczynia krwionośne i chłonne, czasem krwimocz. Agresywna forma raka gruczołu krokowe-

go może dać przerzuty odległe na inne narządy wewnętrzne. Atakuje głównie układ kostny (kręgosłup, żebra, miednicę), rzadziej organy takie jak wątroba, mózg czy płuca.

Rak trzonu macicy

Nowotwór endometrium (czyli rak trzonu macicy) jest najczęściej diagnozowanym nowotworem ginekologicznym. Dotyczy najczęściej kobiet w okresie okołomenopauzalnym, pojawia się więc pomiędzy 55. a 64. rokiem życia, zdarzają się również przypadki zapadania na tę chorobę w późniejszym wieku. Po menopauzie ryzyko wystąpienia nowotworu endometrium wzrasta. Do jego rozwoju w znaczącym stopniu przyczyniają się zmiany hormonalne – rak endometrium powstaje wskutek działania estrogenów, ale istotne znaczenie ma również prowadzony styl życia. Jednym z czynników, przyczyniających się do zwiększonego ryzyka zachorowania na raka endometrium jest otyłość, gdyż nadmierna ilość tkanki tłuszczowej podnosi poziom estrogenów, które wpływają na nadmierny rozrost śluzówki macicy, co w konsekwencji może przyczyniać się do powstania procesu nowotworowego. Do chorób współistniejących z otyłością zaliczamy również

insulinooporność, cukrzycę oraz nadciśnienie tętnicze, które również zwiększają ryzyko zachorowania na raka trzonu macicy z uwagi na fakt podnoszenia poziomu estrogenów. Wśród pozostałych czynników ryzyka zachorowania na ten typ nowotworu wymienia się również bezdzietność, wczesny wiek wystąpienia pierwszej miesiączki oraz późny wiek wystąpienia menopauzy, albowiem wiek ich wystąpienia wiąże się z aktywnością jajników, a co za tym idzie: z wydłużeniem produkcji estrogenów. Kolejne czynniki to: długotrwałe stosowanie hormonalnej terapii zastępczej (zwłaszcza leków hormonalnych zawierających tylko estrogeny, bez progesteronu), zażywanie leków wykazujących działanie agonistyczne wobec receptora estrogenowego, niepłodność, brak potomstwa (kobiety, które nigdy nie były w ciąży mają zwiększone ryzyko wystąpienia raka endometrium), pojawianie się cykli bezowulacyjnych, predyspozycje genetyczne (tj. dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością), przerost endometrium (tzw. hiperplazja – zwiększony wzrost komórek błony śluzowej może stanowić podłoże rozwoju nowotworu, szczególnie wysokie w przypadku rozrostu atypowego), nowotwory endometrium w rodzinie (zachorowanie krewnej pierwszego stopnia, czyli matki, siostry lub córki zwiększa ryzyko rozwoju raka endometrium), stosowanie tamoksifenu (leku używanego w leczeniu raka piersi, który ma działanie stymulujące endometrium, co może sprzyjać wystąpieniu lub wzrostowi raka endometrium), obecność w wywiadzie raka sutka lub jajnika u danej pacjentki, zespół policystycznych jajników (wiąże się ze zwiększonym stężeniem estrogenów i mniejszym od normy stężeniem progesteronu, co w konsekwencji zwiększa ryzyko wystąpienia raka endometrium), czynne hormonalnie guzy jajnika, niedoczynność tarczycy, nadmierne spożywanie alkoholu, strefa geograficzna (rasa biała – kobiety mieszkające w Ameryce Północ-

nej i w Europie mają zwiększone ryzyko wystąpienia raka endometrium).

Objawy raka trzonu macicy

Nowotwór ten stosunkowo szybko daje o sobie znać. Pierwszym objawem raka endometrium są wszelkie nieprawidłowe krwawienia z dróg rodnych, a więc w przypadku pacjentek w wieku postmenopauzalnym, które przestały już miesiączkować powinno nas zaniepokoić każde krwawienie. W tej grupie kobiet takie krwawienia występują przeważnie od 6 miesięcy do kilku lat po ostatniej miesiączce. W przypadku młodszych kobiet objawem do niepokoju są występujące krwawienia między miesiączkami. Warto dodać, że nie każde nieprawidłowe krwawienie musi oznaczać nowotwór, często w ten sposób sygnalizują o sobie inne schorzenia ginekologiczne, jak również patologiczny rozrost endometrium. W późniejszym stadium, na zaawansowanym etapie rozwoju nowotworu występuje też ból w podbrzuszu i odcinku krzyżowym kręgosłupa. Nowotworowi trzonu macicy mogą towarzyszyć czasem stany zapalne, dlatego też u części kobiet pojawiają się ropne upławy o krwistym podbarwieniu. Nierzadko występuje też uczucie pełności w miednicy, co jest charakterystyczne dla zaawansowanego stadium rozwoju nowotworu. W tym czasie wystąpić mogą też symptomy wtórne od powiększenia się narządu oraz rozprzestrzenianie się raka na inne narządy. U 90% kobiet przed menopauzą obserwuje się nieprawidłową wydzielinę z pochwy, z kolei 80% pacjentek zgłasza niepokojące krwawienie. Zgodnie z szacunkami ok. 5% przypadków raka trzonu macicy przebiega bezobjawowo, dlatego dużą wagę powinno przykładać się do regularnych wizyt u ginekologa i badań profilaktycznych, takich jak USG przezpochwowe.

Piśmiennictwo:

Ścisło L. (red.): Pielęgniarstwo chirurgiczne. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2020.



pixabay.com

Rak skóry – postacie i objawy

Rak skóry to nowotwór złośliwy, w przeciwieństwie do nowotworów łagodnych skóry, które rozrastają się powoli, nie niszczą tkanek otaczających, od których są wyraźnie odgraniczone i nie dają przerzutów. Rak skóry nie rozwija się od razu – jest to proces długotrwały i wieloetapowy.

Raka skóry poprzedzają zmiany przedrakowe, które mogą przekształcić się w czerniaka lub nieczerniakowego raka skóry (np. rak kolczystokomórkowy). Naciekając otaczające tkanki, rak skóry może także dawać odległe przerzuty. Główną przyczyną raka skóry jest nadmierna ekspozycja skóry na promieniowanie UV.

Rak skóry – rak podstawnocomórkowy

W większości przypadków rak podstawnocomórkowy skóry występuje na głowie, przede wszystkim na twarzy i szyi. Ma postać niedużego guzka otoczonego wałowatym brzegiem. Uwagę chorego powinna zwrócić niegojąca się ranka pokryta strupem, który cyklicznie odpada, odsłaniając niewielkie owrzodzenie („rankę”), która szybko pokrywa się nowym strupem. Rak podstawnocomórkowy może mieć również postać płaską lub płasko-wyniosłą, łuszczącą się i zaczerwienioną.

Rak skóry – rak płaskonabłonkowy

Podobnie jak rak podstawnocomórkowy pojawia się na skórze w miejscach, które są wystawione

na działanie promieni słonecznych – skóra głowy, twarzy, szyi i ramion – ale może się pojawić również w miejscach chronionych przed słońcem.

Rak skóry – rak kolczystokomórkowy

Rak kolczystokomórkowy jest drugim najczęściej występującym nowotworem skóry. Ponad 80% raka dotyczy części ciała ekspozowanych na światło słoneczne, najczęściej jest to głowa: okolica oczodołów, nosowo-wargowa, wargi, nos, policzki, uszy oraz szyja, grzbiety rąk. Wyróżnia się postać przedinwazyjną i inwazyjną.

Postać przedinwazyjna, z której może się rozwinąć rak skóry:

- choroba Bowena – to rumieniowe tarczki o ostro zaznaczonych granicach, o aksamitnej lub złuszczonej się powierzchni;
- erytroplazja Queyrata – widoczna jest jako czerwona gładka plama na żółdzi prącia u nieobrzezanych mężczyzn;
- erytroplakia – to wszelkiego rodzaju czerwone

zmiany zlokalizowane na błonach śluzowych.

Postać inwazyjna (rak skóry) ma charakter brodawkujący lub wrzodziejący. Skóra wokół jest nacieczona, stwardniała, często obecne są wałowato wywinięte brzegi.

Rak skóry – rak brodawkujący

To nowotwór występujący na narządach płciowych, w jamie ustnej i w obrębie stóp. Wzrost raka brodawkującego jest bardzo powolny, jego powierzchnia jest pokryta masami rogowymi. Jego przyczyną może być m.in. wirus brodawczaka ludzkiego HPV6 i HPV11.

Rak neuroendokrynnny Merkla

Rak z komórek Merkla jest neuroendokrynnym nowotworem skóry o bardzo złośliwym przebiegu. Zachorowania są rzadkością. Większość przypadków występuje w starszym wieku, najczęściej około 69. roku życia. Rak z komórek Merkla najczęściej zlokalizowany jest na obszarach skóry narażonych na ekspozycję słońca. W połowie przypadków dotyczy regionu głowy i szyi oraz w 40% występuje na kończynach. Zwykle objawia się on jako czerwony guzek o gładkiej powierzchni, z licznymi teleangiektazjami (poszerzonymi naczynkami krwionośnymi). W 50% przypadków w momencie rozpoznania obecne są już przerzuty do węzłów chłonnych.

Czerniak

Zmiany w obrębie znamienia budzące niepokój – bo sugerujące czerniaka – określa się skrótem ABCD, gdzie: A to asymetria, zmiana kształtu znamienia z okrągłego na niesymetryczne, B to brzegi nierówne lub postrzępione, C to kolor (od ang. colour), czyli zmiana zabarwienia, np. ściemnienie, rozjaśnienie lub różne zabarwienie na jednym znamieniu, D to rozmiar (od ang. diameter) – każde znamię o średnicy większej niż 6 mm powinno być dokładnie zbadane

Mięsak Kaposiego

Mięsak Kaposiego, jako nowotwór pochodzenia naczyniowego, w obrębie skóry objawia się obec-

nością niebolesnych, rosnących guzków (lub zlewnych plam lub nacieczeń) najczęściej w okolicach podudzia lub na stopach (stanowią one tak zwaną postać zapalną, charakterystyczną dla początku choroby skóry). Po pewnym czasie zmiany te zlewają się w większe formy, tworząc fioletowe lub ciemnoczerwone plamy (postać naczyńniakowa), by w końcu stwardnieć i zgrubieć (postać guzowata – ostatnia faza rozwoju mięsaka Kaposiego). Guzom potrafią towarzyszyć owrzodzenia i krwotoki, utrata masy ciała, gorączka i pocenie się. Choroba zwykle atakuje obie kończyny (niekoniecznie na raz), a z czasem potrafi zająć również narządy płciowe, uda, twarz, tułów lub nawet organy wewnętrzne.

Chłoniak skóry typu T (ziarniniak grzybiasty)

To rzadki nowotwór skóry, występuje u osób między 40. a 60. rokiem życia, częściej u mężczyzn. Jest spowodowany niekontrolowanym rozrostem komórek T w skórze. Najczęstsze typy/rodzaje chłoniaka skórno T-komórkowego to ziarniniak grzybiasty oraz Zespół Sezary'ego.

Choroba Pageta (rak skóry Pageta)

We wczesnym etapie choroby na skórze pojawiają się plamy rumieniowe, które wywołują świąd i uczucie pieczenia. Może z nich sączyć się wydzielina. Następnie mogą się pojawić nadżerki (często krwawiące). Zmiany występują zwykle w okolicy zewnętrznych narządów płciowych: srom, odbyt, prącie i worek mosznowy – są to okolice bogate w gruczoły apokrynowe i ekrynowe. Rzadziej nowotwór obejmuje górną część ud, pośladki, pachy i okolicę pępka. Znane są pojedyncze przypadki lokalizacji zmian nowotworowych w obszarach skóry pozbawionych gruczołów apokrynowych, np.: w przewodach słuchowych zewnętrznych, na powiekach, w przełyku, w cewce moczowej.

Piśmiennictwo:

Wiercińska M.: Raki skóry (nowotwory złośliwe skóry): przyczyny, objawy i leczenie.

https://www.mp.pl/pacjent/dermatologia/choroby/newotwory_skory. Data dostępu 18.10.2022



Opieka nad podopiecznym z rakiem pęcherza moczowego

Leczenie raka pęcherza moczowego zależy od jego rodzaju, stopnia zaawansowania choroby i stanu chorego. Zawsze jednak wymaga przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego.

Operacja polega na przezcewkowej elektroresekcja guza pęcherza moczowego (TURP). Przeprowadza się ją w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym. Lekarz wprowadza do pęcherza przez cewkę moczową resektoskop (narzędzie chirurgiczne posiadające kamerę) oraz nóż elektryczny do wycięcia chorych tkanek. Po usunięciu guzów niektórym chorym podaje się jedną dawkę chemioterapii bezpośrednio do pęcherza w celu zmniejszenia ryzyka nawrotu. Po operacji raka pęcherza moczowego pacjent powinien poddawać się okresowym kontrolom – co 3 miesiące przez dwa lata, następnie co pół roku przez 3 lata. U niektórych osób (z nowotworem pęcherza moczowego naciekającym na mięśniówkę) konieczne jest usunięcie pęcherza i wykonanie urostomii, czyli przetoki umożliwiającej odprowadzanie moczu przez otwór w skórze.

Urostomię wytwarza się metodą przekłucia albo chirurgicznie, wykorzystując fragment jelita. Urostomie metodą przekłucia służą do odprowadzania moczu z pęcherza moczowego albo bezpo-

średnio z nerki i zazwyczaj stosowane są jako czasowe rozwiązanie – przyczyną jest np. zastój moczu, wymagający natychmiastowego odblokowania dróg moczowych. Urostomia z wykorzystaniem jelita (przetoka moczowo-jelitowo-skórna) jest zazwyczaj definitywna, wykonuje się ją po usunięciu pęcherza moczowego (cystektomii) w wyniku inwazyjnego raka pęcherza. Chirurg wycina fragment jelita cienkiego, łączy go z moczowodami i wyprowadza na powierzchnię brzucha po prawej stronie, poniżej pępka (jest to tzw. operacja Bricker). W przypadku niektórych urostomii pozostawia się cewniki, które zapewniają drożność między układem moczowym a skórą.

Większość urostomii nie zapewnia trzymania moczu, wypływ moczu jest więc całkowicie niekontrolowany i konieczne jest stałe noszenie worka stomijnego, do którego wpływa mocz. Istnieją też rozwiązania chirurgiczne z urostomią, które zapewniają trzymanie moczu. Należy do nich zastępczy zbiornik jelitowy – z fragmentu jelita chirurg konstruuje zastępczy pęcherz mo-

czowy z zastawką zabezpieczającą przed cofaniem się moczu. Z jednej strony zbiornik połączony jest z moczowodami, a z drugiej ma wyprowadzoną stomię. Mocz z takiego sztucznego pęcherza opróżnia się okresowo przez stomię za pomocą cewnika. Prawidłowa urostomia powinna być wilgotna, różowoczerwona i wystawać od 0,5 do 3 cm ponad skórę. Nie jest unerwiona, dlatego dotykanie jej nie sprawia bólu.

Urostomia – pielęgnacja

Wielu pacjentów, którzy dowiadują się, że będą musieli mieć urostomię, przerażona jest koniecznością stałego noszenia przy sobie worka na mocz. Tymczasem dobrze dobrany i właściwie obsługiwany sprzęt stomijny zapewnia normalne funkcjonowanie. Należy zwrócić uwagę aby worek na mocz był dopasowany do rozmiaru stomii i szczelnie przylegał do skóry. Szczegółnej pielęgnacji wymaga urostomia zrobiona z wykorzystaniem wstawki jelitowej – z takiej stomii wydobywa się dodatkowo śluz, który zagęszcza mocz i działa jeszcze bardziej drażniąco na skórę. Dostępne na rynku są worki urostomijne jednoczęściowe lub dwuczęściowe, w tych drugich worków można odłączyć od płytki, którą przykleja się do

skóry wokół stomii, bez konieczności odklejania całego sprzętu. Worki urostomijne wyposażone są w zawory do odprowadzania zgromadzonego w nich moczu. Warto wybierać worki pokryte flizeliną (są miłe w dotyku, nie przyklejają się do skóry i nie namakają) oraz o budowie komorowej (są płaskie po wypełnieniu, nie ma odgłosu pluśnięcia). Dostępne są też dodatkowe akcesoria ułatwiające pielęgnację stomii: pasty uszczelniające i środki gojące, łagodzące podrażnienia. Stosowanie zwykłych kosmetyków może działać drażniąco i zmniejszać szczelność stomii. Polecane są chusteczki do pielęgnacji skóry wokół stomii, spray do usuwania przylepca.

Urostomia nie wymaga stosowania specjalnej diety – wskazane jest przestrzeganie ogólnych zasad zdrowego żywienia. Należy pamiętać o wypijaniu co najmniej 1,5-2 litrów płynów dziennie. Warto ograniczyć pokarmy działające drażniąco na pęcherz (alkohol, napoje gazowane, kofeina, ostre przyprawy) i pić sok z żurawin, który oczyszcza układ moczowy z bakterii i zapobiega infekcjom.

Piśmiennictwo:

Ścisło L. (red.): Pielęgniarstwo chirurgiczne. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2020.



Opieka nad podopiecznym z rakiem gruczołu krokowego

Podstawowym badaniem przesiewowym wskazującym na rozrost gruczołu krokowego i ewentualną obecność w nim nowotworu jest oznaczenie we krwi poziomu antygenu swoistego tkanki stercza, tzw. PSA (ang. Prostate Specific Antigen) oraz frakcji wolnej PSA. PSA jest antygenem wydzielanym przez gruczoł krokowy.

W przypadku powiększenia gruczołu czy rozwoju w nim nowotworu następuje zwiększone wydzielanie PSA do krwi. Procedura pozwala na wytypowanie osób do bardziej zaawansowanej diagnostyki na podstawie prostego i stosunkowo taniego badania krwi.

Badanie palcem przez odbyt (per rectum) w większości przypadków pozwala stwierdzić guzki w obrębie stercza. Istnieją jednak takie lokalizacje nowotworu (ok. 25% przypadków), w których nie są one wykrywalne badaniem palcem przez odbyt. Przewodzący badanie USG pozwala określić z większą pewnością fakt występowania guza oraz jego wielkość. Badanie to umożliwia również precyzyjne przeprowadzenie biopsji cienkoigłowej, która jest podstawą pewnego rozpoznania. Rozpoznanie choroby stawia się na podstawie badania cytologicznego komórek guza pobranych w trakcie biopsji. W badaniu tym określa się stopień złośliwości nowotworu, co jest bardzo ważnym czynnikiem determinującym wybór metody

leczenia. Wykonuje się również urografię, czyli zdjęcie RTG jamy brzusznej przy podanym dożylnie kontrastie. Urografia pomaga precyzyjnie określić stopień zaawansowania guza. Dodatkowo wykonuje się też scyntygrafię, która pomaga określić, czy są przerzuty. W celu potwierdzenia diagnozy wykonuje się także tomografię komputerową oraz badanie PET (pozytonowa tomografia emisyjna). Badania te pozwalają ocenić, jak rozległe są zmiany nowotworowe i jak bardzo są zaawansowane.

Podstawowym pytaniem, na które należy odpowiedzieć w każdym przypadku indywidualnie jest: czy należy w ogóle podejmować leczenie raka gruczołu krokowego? Odpowiedź na to pytanie zależeć będzie od wieku pacjenta, stopnia rozwoju nowotworu i jego dynamiki, występujących objawów oraz ogólnego stanu zdrowia. Raka prostaty leczy się przede wszystkim wtedy, gdy stanowi on lub może stanowić w przyszłości potencjalne zagrożenie dla zdrowia i życia. U starszych

pacjentów, gdzie rak nie rozwija się już zazwyczaj tak dynamicznie jak u młodszych, znajduje się on we wczesnym stadium, a ogólny stan zdrowia jest słaby, zwykle leczenie nie podejmuje się. Wychodzi się z założenia, że mogłoby ono pogorszyć ogólny stan zdrowia, a pacjent i tak nie umrze z powodu nowotworu, w przypadku niepodjęcia leczenia. Ustalając stan zdrowia pacjenta, określa się jego indywidualne oczekiwane dalsze trwanie życia. Jeśli czynnikiem potencjalnie najbardziej je ograniczającym jest rak gruczołu krokowego, należy podjąć terapię radykalną (w praktyce, jeśli oczekiwane dalsze trwanie życia jest dłuższe niż 10 lat dla danego pacjenta). Podobnie, jeśli guz posiada charakter bardzo agresywny, następuje jego dynamiczne powiększanie lub daje objawy znacząco utrudniające normalne funkcjonowanie, obniżające jakość życia – podejmuje się leczenie, którego forma dobierana jest indywidualnie. Każdorazowo, w podjęciu decyzji o zastosowaniu terapii uczestniczyć powinien sam pacjent, który określa, na ile ryzyko wystąpienia ewentualnych powikłań terapii (jak nietrzymanie moczu czy trwała impotencja) jest dla niego do zaakceptowania. W przypadku odstąpienia od leczenia, zaleca się okresowe kontrole guza oraz poziomu antygenu PSA we krwi. Jeśli guz jest stabilny, nie rozwija się, to pacjent może z nim żyć długo, bez żadnych negatywnych jego konsekwencji.

Istnieje wiele możliwości leczenia raka gruczołu krokowego, a wybór najlepszej zależy od wielu czynników, z których stopień zaawansowania nowotworu, ogólny stan zdrowia pacjenta, jego nastawienie do ryzyka powikłań oraz doświadczenie lekarzy są najważniejsze. Rozważa się klasyczny zabieg chirurgiczny, radioterapię klasyczną, brachyterapię, chemioterapię, terapię hormonalną, zabieg wymrażania ciekłym azotem, metodę niszczenia nowotworu ultradźwiękami wysokiej mocy oraz metody stanowiące kombinacje dwóch lub większej liczby z wyżej wymienionych. Najczęściej raka gruczołu krokowego we wstępnej fazie leczy się radykalnie, za pomocą zabiegu chirurgicznego – wycina się gruczoł krokowy, pęcherzyki nasienne oraz otaczające węzły chłonne. Zabieg ten to **prostatektomia radykalna**. Przeciwwskazaniem do leczenia chirurgicznego jest obecność przerzutów odległych. Dlatego przed zabiegiem przeprowadza się szczegółową diagnostykę całego organizmu. W trzy tygodnie po zabiegu oznacza się poziom PSA we krwi. Powinien on być nieoznaczalny. Jeśli jednak nadal można we

krwi znaleźć antygeny PSA, oznacza to, że zabieg chirurgiczny nie usunął całości tkanki rakowej. W tej sytuacji uzupełniająco stosuje się radioterapię lub hormonoterapię. Częstymi powikłaniami zabiegu chirurgicznego są: nietrzymanie moczu, impotencja oraz zwężenie dróg moczowych na odcinku połączenia cewki moczowej z pęcherzem.

Alternatywną formą leczenia radykalnego jest **radioterapia**. Może ona przyjmować formę teleradioterapii (napromieniowanie z zewnątrz) lub brachyterapii, gdzie środek promieniotwórczy podawany jest bezpośrednio w pobliże guza. Możliwe powikłania radioterapii są podobne do zabiegu chirurgicznego, dodatkowo może dochodzić do powikłań na tle miejscowego napromieniowania. Formami terapii eksperymentalnych są **krioterapia** (wypalanie zmian nowotworowych w obrębie gruczołu krokowego za pomocą ciekłego azotu) oraz niszczenie nowotworu za pomocą **ultradźwięków** wysokiej mocy. Zabiegi te są mniej inwazyjne niż zabieg chirurgiczny czy radioterapia, dzięki czemu niosą mniejsze ryzyko powikłań i mogą być stosowane u chorych w gorszym stanie ogólnym. Jest jednak jeszcze zbyt wcześnie, by porównywać ich skuteczność w odniesieniu do skuteczności metod konwencjonalnych.

Podstawą leczenia chorych niekwalifikujących się do terapii radykalnej jest **hormonoterapia**. Rak gruczołu krokowego jest rakiem hormonozależnym. Oznacza to, że obecność we krwi hormonów, w tym wypadku androgenów, stymuluje jego rozwój. Kuracja polega na wyeliminowaniu endogennych androgenów i w ten sposób zahamowaniu progresji choroby. Niestety zwykle po kilku latach rak ulega tzw. hormonooporności, tj. kontynuuje swój rozwój, pomimo odcięcia go od androgenów. Historycznie w celu wyeliminowania z krwiobiegu androgenów stosowano zabieg kastracji – fizycznego wycięcia jąder. Obecnie odchodzi się od tej metody (pomimo jej wysokiej skuteczności) ze względów humanitarnych oraz niskiej akceptowalności przez chorych. Zamiast tego stosuje się tzw. kastrację farmakologiczną, gdzie za pomocą leków blokuje się wydzielanie androgenów przez jądra, zaburzając komunikację hormonalną na linii podwzgórze-przysadka-jądra. Taka forma kastracji umożliwia większą elastyczność. Po okresie remisji choroby można jej zaprzestać na pewien czas, co może tymczasowo podnosić jakość życia chorego oraz wydłużać czas do wytworzenia przez nowotwór hormonooporno-



ści, a w efekcie wydłużać również czas życia chorego. W momencie wytworzenia przez nowotwór hormonooporności, rozważa się zastosowanie **chemioterapii**, która na pewien czas poprawia ogólny stan chorego, choć nie przyczynia się do wydłużenia jego życia.

Obecnie trwają intensywne prace badawcze nad nowymi lekami i terapiami mogącymi istotnie wydłużyć życie w przypadku wystąpienia hormonooporności. Pierwsze wyniki badań klinicznych nastroją umiarkowanym optymizmem – stosując techniki eksperymentalne oparte na immunoterapii czy chemioterapii nowszej generacji udaje się wydłużyć życie pacjentów średnio nawet o kilka miesięcy, przy jednoczesnej poprawie jego jakości. W przypadku wystąpienia przerzutów do kości można stosować leki używane w przebiegu osteoporozy dla ich wzmocnienia oraz radioterapię miejsc dotkniętych przerzutami. Ogranicza to ból i przynosi dobre efekty paliatywne, poprawiając jakość życia chorego i redukując ryzyko powstawania złamań patologicznych. Chorych otacza się również profilaktyką przeciwbólową. Obok klasycznych leków przeciwbólowych u chorych z rozległymi przerzutami podaje się ogólnoustrojowo izotopy radioaktywne, które istotnie ograniczają ból i niekiedy umożliwiają

odstawienie silnych środków przeciwbólowych, dodatkowo obciążających organizm.

Podstawą profilaktyki raka gruczołu krokowego są okresowe badania kontrolne, których celem jest wychwycenie powiększonego gruczołu krokowego czy ewentualnego guza w jego obrębie, zanim wystąpią objawy zewnętrzne. Stosuje się zarówno **badanie rektalne, jak i testy z krwi, wykazujące obecność PSA** – antygenu gruczołu krokowego. Spożywanie leków obniżających cholesterol, a związanych z chorobami układu sercowo-naczyniowego, może przyczyniać się do istotnego obniżenia szansy rozwoju choroby, na skutek lepszego ukrwienia gruczołu krokowego. Dlatego niezwykle ważna jest właściwa terapia zaburzeń krążenia, również ze względu na profilaktykę nowotworów. Szeroko dyskutowany w literaturze jest wpływ częstych ejakulacji czy stosunków seksualnych na szanse rozwoju raka prostaty. Można znaleźć sprzeczne wyniki badań na ten temat, ale wydaje się, że same częste ejakulacje, szczególnie w młodym wieku, ograniczają ryzyko zachorowania.

Piśmiennictwo:

Ścisło L. (red.): Pielęgniarstwo chirurgiczne. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2020.



Opieka nad podopiecznym z rakiem skóry, rakiem trzonu macicy

W przypadku wystąpienia niepokojących objawów ze strony skóry należy zgłosić się do lekarza rodzinnego, dermatologa w miejscu zamieszkania lub do Regionalnego Centrum Onkologicznego w mieście wojewódzkim. Podstawowym sposobem leczenia raków skóry jest chirurgiczne wycięcie guza z marginesem tkanek zdrowych.

Leczenie kriochirurgiczne jest efektywne w przypadku: raków podstawnkomórkowych o wyraźnych granicach, ognisk nowotworowych położonych nad tkanką chrzęstną lub kostną, guzów na powiekach, nosie i małżowinach. Metodą chirurgiczną, którą stosuje się u osób, u których trudno jest wyciąć całą zmianę z odpowiednim marginesem (np. na twarzy) jest metoda skrawkowa. Polega ona na wieloetapowym wycinaniu zmiany z małym marginesem i badaniu histopatologicznym wyciętego materiału, a następnie „docinaniu” tam, gdzie jest taka potrzeba. Ponadto stosuje się:

¶ **terapię fotodynamiczną** – metodę nieinwazyjną, pozwalającą na niszczenie tkanki nowotworowej bez zbędnych uszkodzeń tkanki zdrowej; polega na wykorzystaniu reakcji fototoksycznej, do której dochodzi w wyniku zastosowania substancji fotouczulającej i światła o odpowiedniej dla danej substancji długości

fali; jest użyteczna w przypadku stanów przedrakowych (zwłaszcza rogowacenia słonecznego), w pewnych odmianach raka podstawnkomórkowego i wczesnych raka kolczystokomórkowego. Zaletami terapii fotodynamicznej są: selektywność, oszczędzenie zdrowej otaczającej skóry, zadowalające wyniki kosmetyczne, wielokrotność stosowania, zastosowanie w każdym wieku, niezależnie od obciążeń ogólnych pacjenta i w dowolnej okolicy ciała;

¶ **5% maść 5-fluorouracylową lub imikwimod** – w przypadku drobnych i powierzchownych ognisk;

¶ **radioterapię** (obecnie rzadko stosowaną); jest to najlepsza metoda leczenia u osób, które nie mogą być poddane zabiegowi chirurgicznemu lub kriochirurgicznemu ze względu na stan ogólny bądź warunki miejscowe, jak również u osób niewyrażających zgody na leczenie tymi

metodami;

¶ **chemoradioterapię**, czyli podawanie leków uwrażliwiających na działanie radioterapii, a następnie radioterapię;

¶ **laser CO₂**;

¶ **interferon Ź 2 oraz rekombinowany interferon 6** we wstrzyknięciach doogniskowych w przypadku leczenia raków podstawnkomórkowych; metoda ta jednak jest żmudna, droga i długookresowa;

¶ **leki systemowe**, czyli działające na cały organizm.

Rokowanie w raku skóry uzależnione jest od umiejscowienia, grubości, wielkości oraz stopnia zróżnicowania nowotworu. W przypadku raka podstawnkomórkowego wyleczenie jest możliwe w ponad 95% przypadków. Większość miejscowych nawrotów choroby można usunąć bez większych problemów. Chociaż zwykle ten typ nowotworu prawie nigdy nie ulega uogólnieniu (nie daje przerzutów), to należy zwrócić uwagę na fakt, że istnieje możliwość (choć niezwykle rzadko) agresywnego przebiegu tej choroby, nawet z przerzutami. W przypadku raka kolczystokomórkowego, rozwijającego się na podłożu rogowacenia świetlnego w obrębie skóry narażonej na promieniowanie słoneczne, rokowanie jest dobre. Najwyższy stopień złośliwości występuje w przypadku rozwoju raka kolczystokomórkowego na podłożu blizn, przewlekłych stanów zapalnych, w miejscach drażnionych. Przy zajęciu okolicznych węzłów chłonnych 5-letnie przeżycie notuje się u 20-25% pacjentów. Gorzej rokują również zmiany występujące na czerwieni wargowej, na prąciu lub sromie, chociaż za najgorszą lokalizację uważa się błonę śluzową jamy ustnej.

Po zakończeniu leczenia pacjentowi zaleca się wizyty kontrolne zgodnie z zaleceniami lekarza. Zwykle obejmują one kontrole w okresie po zabiegu operacyjnym, a następnie co 3 miesiące w ciągu pierwszego roku oraz co 6 miesięcy w ciągu kolejnych lat. Ważne jest samobadanie, czyli oglądanie samodzielnie skóry przez pacjenta i w razie zauważenia niepokojących zmian niezwłoczne zgłoszenie się do lekarza. Ze względu na fakt, że promieniowanie słoneczne są najważniejszym czynnikiem sprzyjającym powstawaniu raka skóry, głównym celem profilaktyki jest ograniczenie ekspozycji na UV, które powinno polegać na stosowaniu preparatów z filtrami przeciw-

słonecznymi, ubrań ochronnych, ograniczeniu czasu spędzanego na wolnym powietrzu w godzinach największego nasłonecznienia i przebywanie w cieniu.

Na podstawie badań wiadomo, że selen chroni przed wystąpieniem raka podstawnkomórkowego, a retinoidy przed rogowaceniem słonecznym. Coraz popularniejszą formą zapobiegania nowotworom skóry jest zażywanie polifenoli, zawartych np. w zielonej herbacie, które mają właściwości antyoksydacyjne. W czasie letnich miesięcy warto zwiększyć spożycie produktów bogatych w antyoksydanty, chroniące przed wolnymi rodnikami. Łatwy dostęp do świeżych warzyw i owoców z pewnością temu sprzyja. Nie należy zapominać o zielonej herbacie czy lampce czerwonego wina. Proantocyjanidy i resweratrol to substancje znajdujące się w czerwonym winie, borówkach i jagodach, skutecznie zapobiegające rozwojowi raka skóry. Niezwykle istotne jest spożycie warzyw i owoców bogatych w likopen i beta-karoten. Likopen chroni przed uszkodzeniami skóry – zaleca się spożywać ok. 15 mg dziennie, co odpowiada 50 g pasty pomidorowej przyrządzonej własnoręcznie. Prowitamina A (beta-karoten) zmniejsza wrażliwość na promienie słoneczne, obniżając ryzyko poparzeń. Ponadto, sprzyja ona pięknemu, złocistemu odcieniowi opalenizny. Należy więc pić sok z marchewki, jeść paprykę, dynię, morele i bataty. Najlepiej z odrobiną tłuszczu, bo witamina A rozpuszcza się w tłuszczach. Sok marchewkowy z kilkoma kroplami oleju lnianego to idealne rozwiązanie, jeśli zależy nam na pięknej opaleniznie i zdrowiu – dawka beta-karotenu z dodatkiem kwasów tłuszczowych omega-3 ochroni skórę przed poparzeniami. Astaksantyna to substancja uznana za silny antyoksydant, nazywany niekiedy „wewnętrznym filtrem przeciwslonecznym”. Chroni skórę przed uszkodzeniami spowodowanymi przez promienie UVA. Znajdziemy ją w algach oraz tłustych rybach morskich. Spirulina znajdująca się w algach morskich wykazuje silnie odtruwające właściwości, wzmacnia włosy i paznokcie, sprzyja zwiększeniu odporności i przeciwdziała nowotworom. Zawiera cenne białko i – co istotne w tym przypadku – 20 razy więcej beta-karotenu niż marchew. Znajdziemy w niej kwas gamma-linolenowy (GLA), który redukuje cholesterol oraz zapobiega nadciśnieniu i chorobom. Chcąc odpowiednio nawilżyć skórę od środka, należy pić dużo wody mineralnej i zadbać o odpowiednie



suplementy diety – oprócz spiruliny, warto sięgać po produkty zawierające beta-karoten, kwasy omega-3 i omega-6. Preparaty te pomagają poprawić napięcie skóry i chronią ją przed działaniem wolnych rodników. Olej z wiesiołka wykazuje dobroczynne działanie na skórę (zewnętrznie stosuje się go leczniczo w chorobach skóry; działa łagodząco i regenerująco). Zawarte w nim kwasy tłuszczowe pomagają zapoczątkować produkcję enzymu, który pomaga w leczeniu problemów skórnych, takich jak łuszczyca czy trądzik. Olej z wiesiołka wzmacnia odporność i kondycję układu hormonalnego oraz obniża poziom cholesterolu. Poprawia też wygląd włosów i paznokci. Do diety warto też włączyć olej lniany oraz siemię lniane. Olej zawiera zwykle więcej niż 50% cennego kwasu alfa-linolenowego (ALA), siemię lniane mielone ok. 20% zawartości, jednak warto pamiętać, że siemię to także szereg cennych dla zdrowia minerałów i mikroelementów, które olej lniany traci w większości w procesie ekstrakcji. Odznacza się natomiast bardziej skoncentrowaną dawką witaminy E, co czyni z niego doskonały olej bazowy do wszelkich naturalnych produktów kosmetycznych. Wartym polecenia jest olej z czarnuszki, zwany „złotem faraonów”, który posiada szereg leczniczych zastosowań, m.in. zabezpiecza skórę przed poparzeniami słonecznymi, łagodzi podrażnienia skóry.

Rak trzonu macicy może zostać zdiagnozowany w następujących badaniach: 1) badanie palpacyjne

podczas badania ginekologicznego; 2) ultrasonografia: o nowotworze lub stanie przednowotworowym świadczyć może przekroczona o 12 cm grubość endometrium, taki stan kwalifikuje pacjentkę do zabiegu łyżeczkowania; 3) histeroskopia: inaczej endoskopia macicy, czyli jedna z małoinwazyjnych metod obrazowania wnętrza jamy macicy; cechuje się wysoką czułością w rozpoznawaniu wszelkich zmian i precyzją w określaniu liczby, wielkości i miejsca występowania zmian patologicznych endometrium; umożliwia zlokalizowanie niewielkich mięśniaków, polipów i guzów nowotworowych; podczas badania pobiera się też wycinki do badania histopatologicznego; badanie nie wymaga znieczulenia, a także rozszerzania szyjki macicy.

W sytuacji jeżeli którekolwiek z badań wskaże nieprawidłowości w budowie śluzówki macicy lub potwierdzi, że jest ona nieprawidłowo pogrubiona, konieczna okazuje się diagnostyka histopatologiczna, która ma na celu wykluczenie lub potwierdzenie nowotworu. Aby móc ją przeprowadzić, niezbędne jest pobranie fragmentów śluzówki macicy do oceny mikroskopowej. Pobrania materiału histopatologicznego dokonuje się podczas zabiegu łyżeczkowania jamy macicy, w trakcie którego specjalną łyżeczką lekarz pozyskuje zeszkrobiny. Tak pozyskany materiał odsyłany jest do laboratorium. Drugim sposobem pozyskania materiału histopatologicznego jest biopsja, która umożliwia celowane pobranie fragmentu podej-

rzanej zmiany. Biopsję wykonuje się w połączeniu z histereskopią, albowiem umożliwia ona kontrolę miejsca pobrania wycinka dzięki możliwości zobrazowania macicy przy użyciu kamery.

W ramach diagnostyki nowotworu trzonu macicy wykonuje się podstawowe badanie krwi i moczu, rtg klatki piersiowej. **Leczenie chirurgiczne** raka trzonu macicy polega na usunięciu macicy (histerektomii), obu jajników i jajowodów wraz z guzem nowotworowym. Rodzaj leczenia uzależniony jest od stopnia zaawansowania nowotworu wg **klasyfikacji FIGO**. W przypadku **I stopnia** nowotworu rak endometrium leczony jest operacyjnie, a zabieg polega na wycięciu macicy razem z przydatkami wraz z okolicznymi węzłami chłonnymi. Jeżeli w obrazie klinicznym uwidoczniło się głębokie naciekanie na okoliczne narządy, dodatkowo wdraża się **radioterapię** jako formę leczenia uzupełniającego. W **II stopniu** raka trzonu macicy również przeprowadzany jest zabieg operacyjny, podczas którego usuwa się macicę z przydatkami oraz dodatkowo węzły chłonne: biodrowe oraz paraaortalne (wzdłuż aorty i dużej żyły dolnej). W leczeniu stosuje się również **adjuwantową radioterapię**. Leczenie **III oraz IV stopnia** nowotworu endometrium uzależnione jest od stadium zaawansowania choroby. W większości przypadków stosuje się leczenie skojarzone, polegające na połączeniu paru metod, najczęściej chemio- oraz radioterapii. Radioterapia jest metodą polegającą na napromieniowaniu okolicy, w której znajdował się nowotwór celem zniszczenia pozostałych komórek nowotworowych. Chemioterapia ma natomiast za zadanie zabić szybko dzielące się komórki nowotworowe.

W sytuacji kiedy mamy do czynienia z rakiem z przerzutami najczęściej stosuje się **terapię hormonalną**, w której wykorzystywane są progestageny. Terapię tą stosuje się również u pacjentek, które planują mieć dzieci i w ich przypadku leczenie polega na wielomiesięcznym stosowaniu preparatów z progesteronem (doustnie lub domięśniowo). W przypadku pacjentek w wieku rozrodczym, pół roku po rozpoznaniu i wdrożeniu leczenia farmakologicznego hormonalnego dodatkowo wykonywane są diagnostyczne łyżeczkowania macicy, mające na celu ocenę histopatologiczną pobranego materiału. Powtarza się je w odstępach co 6 miesięcy, aż do momentu uzyskania trzech kolejnych prawidłowych wyników badań. W większości przypadków konieczny jest zabieg

operacyjny. Obecnie pacjentki mają do wyboru wiele możliwości leczenia zabiegowego, wśród nich są również małoinwazyjne zabiegi laparoskopowe lub też jeszcze bardziej zaawansowane zabiegi, wykonywane w asyście robota da Vinci.

Zabiegi małoinwazyjne mają wiele zalet i niosą ze sobą istotne korzyści dla pacjentek. Wśród najważniejszych należy wymienić minimalne naciecie chirurgiczne, ograniczające się do 4 (laparoscopia) lub 5 (metoda robotyczna) otworów w powłokach brzusznych o średnicy 1 cm. Zabiegi te cechuje również wyjątkowa precyzja operacji, co pozwala na zmniejszenie bólu pooperacyjnego, zmniejszenie ryzyka infekcji, jak również ma zalety estetyczne w postaci minimalnych blizn. Zastosowanie robota da Vinci w operacyjnym leczeniu raka endometrium jest szczególnie istotne dla pacjentek ze znacznym stopniem otyłości, albowiem w większości przypadków nie są one kwalifikowane do procedur małoinwazyjnych, a propozycja techniki operacyjnej ogranicza się do metody tradycyjnej (otwartej). Wykorzystanie robota pozwala uniknąć typowych i częstych w przypadku pacjentek dotkniętych otyłością powikłań, takich jak: zaburzenia w gojeniu się ran, rozejście się brzegów rany, powstanie nieprawidłowej tkanki bliznowatej. Dzięki zastosowaniu robota, minimalizowane jest również ryzyko groźnych infekcji ran. Znacznie szybciej przebiega także rekonwalescencja i powrót do aktywności życiowej i zawodowej.

Rak trzonu macicy z uwagi na dosyć charakterystyczne objawy w większości przypadków wykrywany jest stosunkowo wcześnie i w niskim stadium zaawansowania choroby. W tej sytuacji szanse przeżycia są duże i wynoszą nawet 73-90% przeżyć 5-letnich. Choroba rozpoznana w zaawansowanym stadium rokuje natomiast gorzej, ponieważ w tym przypadku udaje się wyleczyć tylko 30-50% pacjentek. Zgodnie z badaniami, większa zachorowalność na raka trzonu macicy występuje w krajach wysoko rozwiniętych, albowiem w nich mamy do czynienia z kobietami z otyłością oraz chorobami do niej współistniejącymi, takimi jak insulinooporność, cukrzyca czy nadciśnienie tętnicze, które determinują nadmierną produkcję estrogenów odpowiedzialnych za niekontrolowany rozrost błony śluzowej macicy. Rozwojowi tego nowotworu sprzyjają również bezdzietność, siedzący tryb życia, późna menopauza oraz wczesna pierwsza miesiączka. Dlatego też, przy profilaktyce raka trzonu macicy



należy uwzględnić przede wszystkim zdrowy styl życia. Skuteczna walka z otyłością czy z chorobami metabolicznymi należy z pewnością do czynników obniżających ryzyko zachorowania na raka endometrium. Dotyczy to przede wszystkim utrzymywania masy ciała na odpowiednim poziomie. Prawidłowe BMI, czyli wskaźnik masy ciała, powinien mieścić się w przedziale 18,5-24,99 (jak wynika z zaleceń WHO). Na utrzymanie właściwej masy ciała ma wpływ zbilansowana dieta, czyli taka, która ogranicza dużą podaż mięsa, zastępując je dietą bogatą w warzywa i owoce. Zgodnie z badaniami, nadmierne spożycie mięsa sprzyja powstawaniu wielu nowotworów, w tym przede wszystkim raka jelita grubego oraz raka trzonu macicy u kobiet. Nie zawsze jednak utrzymanie odpowiedniej masy ciała jest łatwe. Dla kobiet dotkniętych chorobliwą otyłością jest to wręcz niemożliwe bez wsparcia chirurgicznego. Z pomocą przychodzą zabiegi bariatryczne (redukcja żołądka i jelit). Pacjenci po zabiegach bariatrycznych mają znacząco niższe ryzyko zachorowania na nowotwory niż osoby, które nie przeszły operacji. Zwykle bowiem mniej inwazyjnymi metodami (dietą i zmianą stylu życia) udaje

się zrzucić najwyżej 10 proc. masy ciała, podczas gdy resekcja jelita i żołądka pozwala schudnąć do 30%. Kolejnym ważnym czynnikiem ochronnym jest aktywność fizyczna. Obecnie istnieje wiele danych naukowych, potwierdzających związek braku aktywności fizycznej z ryzykiem wystąpienia raka, w tym raka błony śluzowej macicy. Udowodniono, że ryzyko zachorowania można obniżyć nawet o 20–30% u kobiet aktywnych fizycznie. Ruch pomaga także w walce z otyłością. Otyłość i zespół metaboliczny zwiększają ryzyko wystąpienia raka endometrium. Udowodnione działanie chroniące przed rakiem endometrium ma również stosowanie doustnej antykoncepcji, ale tylko w postaci dwuskładnikowych tabletek, czyli estrogenowo-gestagenowych. Posiadanie dzieci jest także czynnikiem chroniącym nas przed rozwojem tego nowotworu, albowiem każda ciąża skracając ekspozycję kobiety na działanie estrogenów za sprawą progesteronu, który wydziela się w ciąży i blokuje rozwój tej choroby.

Najlepszą ochroną przed rakiem jest połączenie zdrowego odżywiania, regularnego ruchu, wystarczającej ilości odpoczynku oraz radości życia. Nie istnieją przesiewowe badania w kierunku raka endometrium. Dlatego ginekolodzy biją na alarm, aby zgłaszać się do nich w razie dostrzeżenia niepokojących objawów. Tylko szybka diagnostyka i wcześniej podjęte leczenie pozwalają uchwycić raka endometrium we wczesnym stadium, co znacznie zwiększa szansę na wyleczenie. Wykonanie konkretnych badań zaleca się tylko kobietom z grupy podwyższonego ryzyka. Należą do niej pacjentki, chorujące m.in. Na: zespół policystycznych jajników, otyłość i nadciśnienie tętnicze, a także w przypadku występowania w rodzinie nowotworu piersi, trzonu macicy lub jelita grubego. To im w szczególności zaleca się dbałość o regularne wizyty ginekologiczne, połączone z USG dopochwowym. W celu zapobiegnięcia rozwojowi raka i wczesnego wykrycia niepokojących zmian w obrębie błony śluzowej macicy, wszystkim paniom natomiast zaleca się regularne kontrole ginekologiczne.

Piśmiennictwo:

Kordek: Onkologia : podręcznik dla studentów i lekarzy. Via Medica, Gdańsk 2007.

Wiercińska M.: Raki skóry (nowotwory złośliwe skóry): przyczyny, objawy i leczenie.

https://www.mp.pl/pacjent/dermatologia/choroby/nawotwory_skory. Data dostępu 18.10.2022



Umiejętności przydatne opiekunowi w opiece pooperacyjnej nad starszym podopiecznym

W pracy opiekuna osoby starszej możemy spotkać się również z potrzebą świadczenia usług opiekuńczych nad seniorem po przebytej operacji. Warto odpowiednio się do niej przygotować. Odpowiednio opracowany plan opieki pozwoli na szybką rekonwalescencję.

Zabieg operacyjny jest zawsze sytuacją stresującą dla organizmu. Proces powrotu do zdrowia może dochodzić nawet do kilku tygodni, po operacjach pacjenci zazwyczaj są osłabieni i nie mają siły do wykonywania codziennych zadań. Istotne jest zatem, aby osoby sprawujące opiekę nad osobą, która została poddana operacji, zadbały o wprowadzenie na ten czas oszczędnego trybu życia.

Zabiegi operacyjne u seniorów

Starzenie się jest procesem naturalnym, który sprawia, że organizm staje się coraz bardziej podatny na występowanie różnego rodzaju chorób i urazów. Niektóre z nich muszą być operowane. Jednak pobyt w szpitalu i sam zabieg mogą być przyczyną zwiększonego stresu u podopiecznych. Warto zatem przygotować się do sprawowania opieki nad seniorem po przebytym zabiegu operacyjnym po to, aby uniknąć zwiększenia jego poziomu i zapewnić komfort oraz bezpieczeństwo seniora w okresie rekonwalescencji. Do najczęstszych zabiegów wykonywanych u ludzi w podeszłym wieku należą przede wszystkim: usunięcie woreczka żółciowego, wymiana stawu biodrowego, założenie by-passów, wszczepienie rozrusznika oraz wymiana zastawek. Musimy liczyć się również z możliwością przeprowadzania zabiegów onkologicznych oraz innych operacji wykonywanych na sercu. W każdym przypadku może okazać się, że interwencja chirurgiczna będzie groźna, a stan pacjenta będzie wymagał pozostania w szpitalu przez dłuższy czas lub sprawowania opieki po operacji w zaciszu domowym.

szłym wieku należą przede wszystkim: usunięcie woreczka żółciowego, wymiana stawu biodrowego, założenie by-passów, wszczepienie rozrusznika oraz wymiana zastawek. Musimy liczyć się również z możliwością przeprowadzania zabiegów onkologicznych oraz innych operacji wykonywanych na sercu. W każdym przypadku może okazać się, że interwencja chirurgiczna będzie groźna, a stan pacjenta będzie wymagał pozostania w szpitalu przez dłuższy czas lub sprawowania opieki po operacji w zaciszu domowym.

Twój podopieczny po operacji

Czas rekonwalescencji to z pewnością trudny moment dla każdej operowanej osoby, dlatego nie można się dziwić, że dla seniora również będzie to wymagający okres. Z tego powodu, jako opiekun osób starszych, musisz zapewnić podopiecznemu komfort dochodzenia do siebie po zabiegu. Aby to zrobić, dobrze jest skontaktować się z personelem medycznym szpitala w celu konsultacji – lekarz z pewnością będzie chciał przekazać swoje

zalecenia, a także poinformuje o zapisanych lekach i sposobie ich dawkowania. Ci z podopiecznych, którzy przed operacją byli samodzielni, będą musieli nastawić się na to, że przez pewien czas po zabiegu będą leżeć. Ze względu na to, iż jest to dla nich duża zmiana i ze względu na nagłą zależność od osób trzecich, możesz spodziewać się u nich obniżonego nastroju. Ponadto, w wyniku dłuższego leżenia pojawia się ryzyko wystąpienia odleżyn, którym należy bezzwłocznie przeciwdziałać. W takim wypadku przydają się częste zmiany pozycji oraz regularne masaże. W przypadku, kiedy rany jednak się pojawiają, warto zadbać o ich odpowiednie leczenie. Nie należy również zaniedbać higieny takiej osoby. W skład zabiegów higienicznych u osoby leżącej zalicza się przede wszystkim: mycie zębów, twarzy oraz jej okolic (w przypadku mężczyzny także golenie), obmycie szyi, dekoltu oraz klatki piersiowej, mycie krocza, pośladków, pleców, kończyn górnych i dolnych, umycie włosów oraz skóry głowy, a także obcinanie paznokci u rąk i stóp.

Dieta i żywienie w okresie rekonwalescencji

Istotnym elementem procesu rekonwalescencji jest zastosowanie się do zaleceń dietetycznych. Sposób żywienia, który zaleca się w czasie pooperacyjnym, zakłada podawanie potraw lekkich, niekiedy płynnych (na przykład: zupy, soki lub kremy), niekiedy również przy wykorzystaniu sondy. Istotne jest, aby zachować szczególną uwagę w trakcie karmienia podopiecznego po przebytych operacjach przewodu pokarmowego. W takiej diecie istotne jest też, żeby rekonwalescent przyjmował odpowiednią ilość białka. Być może warto postawić na żywienie za pomocą żywności specjalistycznej, która doskonale nadaje się dla osób, które mają problemy z tradycyjnym jedzeniem, a dodatkowo zapewnia odpowiednie dawki witamin, składników odżywczych oraz białka. Po zabiegu operacyjnym mogą wystąpić problemy z przyjmowaniem pokarmu. Należy zatem spodziewać się na przykład: braku apetytu, bólów brzucha, problemów z gryzieniem lub połykaniem, wymiotów albo biegunki, zaburzeń smaków. Musisz być również przygotowany na brak możliwości samodzielnego jedzenia.

Aktywność fizyczna w czasie rekonwalescencji

Organizmy starszych ludzi regenerują się wolniej i z tego powodu warto nastawić się na to, że podopieczny będzie dłużej odzyskiwał sprawność, szczególnie jeśli jest unieruchomiony w łóżku.

Jednak, o ile istnieje taka możliwość i zgodzi się na to lekarz, dobrze jest jak najwcześniej rozpocząć chodzenie. W spacerach senior może podpierać się laską, balkonikiem, korzystać z chodzika lub pomocy opiekuna. Nawet niewielki ruch będzie dobroczynnie oddziaływał na organizm – poprawi krążenie i przyspieszy regenerację oraz poprawi komfort psychiczny. Dobrze jest pamiętać, że bardzo ważnym elementem procesu rekonwalescencji są wizyty kontrolne u lekarzy. Pozwolą one upewnić się, że proces regeneracji postępuje we właściwym tempie, a także wskażą kierunek dodatkowych działań i zaleceń, które pomogą zapewnić komfort podopiecznego w tym trudnym dla niego czasie.

Jak przebiega opieka po endoprotezie stawu biodrowego?

Po operacji chory otrzymuje leki przeciwbólowe, przeciwwkrzepowe, przeciwbólowe, antybiotyki. Systematycznie wykonuje ćwiczenia, 3 razy dziennie, już od pierwszych dni po zabiegu, a potem w warunkach domowych. Zmniejszają one ból, przede wszystkim zaś pozwalają szybciej wrócić do samodzielnego funkcjonowania, poprawiają komfort życia, co ma znaczenie dla psychiki operowanego i jego bliskich. Rehabilitacja powinna zacząć się jeszcze przed zabiegiem, wtedy fizjoterapeuta może nauczyć przyszłego operowanego, jak prawidłowo wstawać, leżeć, siadać po operacji, jak poruszać się o kulach. Tego rodzaju praktyki nie tylko wzmocnią mięśnie, ale także psychicznie przygotowują do nowej rzeczywistości. Po operacji trzeba przywrócić prawidłowe krążenie, by uniknąć powikłań w rodzaju zakrzepicy. Wczesna rehabilitacja już w pierwszej dobie obejmuje ruch kończyn (np. gimnastykę łydek). W kolejnych dobach chory uczy się wstawać z łóżka i myć się (z pomocą drugiej osoby). Wtedy też podejmuje się próby pokonywania schodów (wchodzenie zaczyna się od nogi zdrowej, schodzenie – od chorej). Zaczyna się też ćwiczenie spacerów z balkonikiem albo o kulach (kontakt palców stopy z podłożem). W tym okresie wprowadza się też ćwiczenia oddechowe. Etap wczesnooperacyjny najczęściej trwa około tygodnia w szpitalu.

W czasie rekonwalescencji po endoprotezie stawu biodrowego trzeba przestrzegać kilku ważnych zaleceń:

- ¶ przez pierwsze 3 miesiące powinno się spać na plecach, z poduszką między nogami, aby uniknąć nadmiernego przywiedzenia i zwichnięcia



pexels.com

pexels.com

w stawie biodrowym; nie należy leżeć na boku;

- ¶ noga operowana powinna być lekko zgięta w stawie biodrowym (20°), odwiedzona do 30° , nie może skręcać się na zewnątrz;
- ¶ warto też zabezpieczyć stopę, by nie opadała, w celu uniknięcia rotacji; jeśli zaistnieje potrzeba położenia się na boku, to przede wszystkim należy położyć się na boku zdrowym; noga chora powinna zostać ułożona na poduszkach, które wyrównają poziom między kończyną, a miednicą;
- ¶ trzeba unikać krzyżowania nóg (także podczas snu);
- ¶ nie można zakładać nogi na nogę;
- ¶ nie można wykonywać gwałtownych przysiadów;
- ¶ wstając z łóżka należy najpierw usiąść na nim, podpierając się dłońmi; następnie zdrową stopę podłożyć pod stopę nogi operowanej, a następnie równomiernie obrócić uda wraz z miednicą ku brzegowi łóżka; opuścić kończyny i gdy stopy dotkną podłogi, starać się wstać, nie zapominając o podpieraniu się na obu dłoniach; należy pamiętać, aby robić to od strony operowanej nogi, dzięki temu unikniemy ruchów, które

mogłyby spowodować zwicnięcie stawu biodrowego;

- ¶ dźwiganie ciężkich przedmiotów przez rok jest zakazane;
- ¶ wskazane jest korzystanie z prysznica, zamiast z wanny;
- ¶ wysokość łóżka należy tak dostosować, aby w siadzie stopy dotykały swobodnie podłogi;
- ¶ jeżeli zaistnieje konieczność schylania się, należy to wykonać ostrożnie, pamiętając o ugięciu kolan;
- ¶ należy pilnować utrzymania prawidłowej masy ciała;
- ¶ unikać siadania na niskich krzesłach, z nogą założoną na nogę, na miękkim czy zbyt głębokim fotelu, przechylania się na boki, wychodzenia z domu podczas gołoledzi oraz silnego i porywistego wiatru.

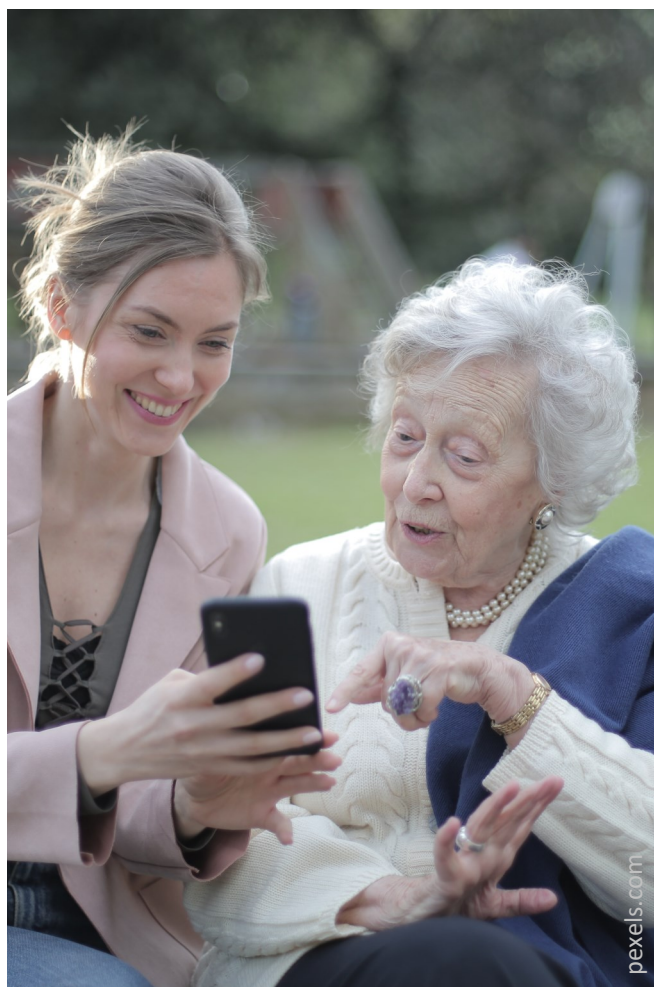
Rehabilitacja po endoprotezie stawu biodrowego, oprócz nauki codziennych czynności w tej nowej sytuacji, zawiera również – w zależności od czasu jaki upłynął po operacji – różne rodzaje ćwiczeń. Wśród nich: izometryczne, które wzmacniają mięśnie pośladkowe, mięsień czworogłowy i tylne

mięśnie uda oraz poprzeczne mięśnie brzucha; czynne z oporem, które zmniejszają zaniki mięśniowe, poprawiają wytrzymałość mięśni. Jeśli ćwiczenia wywołują ból, należy od razu zgłosić to fizjoterapeucie.

Dodatkowe wskazówki, jakie pomogą podopiecznemu i opiekunowi łatwiej wejść w codzienność w czasie rekonwalescencji po endoprotezie stawu biodrowego, to:

- ¶ wymiana/dostosowanie mebli do wzrostu chorego;
- ¶ zamontowanie uchwytów w kabinie prysznicowej i toalecie;
- ¶ zamontowanie podwyższonej nakładki na muszlę klozetową;
- ¶ zakupienie mat antypoślizgowych;
- ¶ usunięcie dywanów, chodniczków itp.;
- ¶ zakładanie skarpetek i spodni, zaczynając od chorej kończyny; kobietom często trudniej jest zaakceptować stan pooperacyjny ze względu na większą komplikację w ubieraniu/rozbieraniu się, należy je w tym wesprzeć;
- ¶ wykonywanie prac domowych w pozycji siedzącej.

Pozornie banalne czynności, jak siadanie czy chodzenie, w czasie rehabilitacji endoprotezy stawu biodrowego podlegają dużej uważności. Siadamy w następujących etapach: noga po zabiegu wysunięta do przodu; rozeznanie nogą bliskości krzesła; zginanie się do siadu, jednocześnie trzymając jedną ręką kulę/balkonik, a drugą – poręcz; następnie druga ręka na poręcz; chora noga nadal wysunięta do przodu. Po wszczępieniu sztucznego stawu, nie można między innymi siadać na miękkich siedziskach. Należy wybierać twarde krzesła, nie siadać na ich brzegu. Siadać należy tak, by stawy kolanowe były niżej niż stawy biodrowe. Siedząc, nie należy podparać się rękami o nogę po operacji. Z kolei podczas nauki chodzenia, głowę powinno trzymać się naturalnie, nie ma potrzeby patrzenia na stopy. Należy dbać o to, by nie rotować stopy do wewnątrz i na zewnątrz. Postawa prawidłowa to postawa wyprostowana, wykonujemy długie kroki. W trakcie rehabilitacji po endoprotezie stawu biodrowego prawidłowy chód wraca choremu dzięki kulom. Dla pacjentów z endoprotezą cementową będzie to ok. 3-4 miesięcy po zabiegu, dla osób



z endoprotezą bezcementową okres ten może wydłużyć się do 6 miesięcy. Chorzy po kapoplastyce stawu biodrowego (metoda oszczędnej endoprotezoplastyki stawu biodrowego), mogą odstawić kule już do 2 miesięcy po operacji.

Pobyt w uzdrowisku lub sanatorium może pomóc podopiecznemu w przywróceniu wszystkich funkcji ruchowych. Może być to:

- ¶ krioterapia (leczenie zimnem): pomaga na obrzęki, stany zapalne i ból;
- ¶ balneoterapia: wykorzystuje wody lecznicze (też gazowe) i na przykład kąpiele borowinowe;
- ¶ hydroterapia: po wyleczeniu się rany operacyjnej, warto skorzystać z ćwiczeń w basenie. Hydrogimnastykę wykonuje się pod kontrolą kinetyzoterapeuty, także w swoim lokalnym środowisku, nie tylko w sanatorium;
- ¶ leczenie ciepłem: wspiera proces ukrwienia skóry wokół stawu biodrowego, likwiduje dolegliwości bólowe (będą to np. okłady parafinowe);
- ¶ agnetoterapia: przyspiesza gojenie się rany

pooperacyjnej, uśmierza ból;

- ¶ laseroterapia (leczenie promieniem światła): poprawia ukrwienie skóry wokół stawu biodrowego, rozluźnia mięśnie;
- ¶ najważniejsza jest jednak rehabilitacja – grupowa i indywidualna.

Przy prawidłowo wszczepionej protezie, pacjent praktycznie nie ma istotnych ograniczeń w życiu. Jego jakość, po bólu związanym ze zwyrodnieniem biodra i ograniczeniem chodu, nagle nabiera nowych barw. Trzeba pamiętać jednak, że taka proteza nigdy nie zastąpi naturalnego biodra i nie ma tak dużej wytrzymałości. Narażanie biodra na urazy czy intensywne obciążenia (na przykład udział w długich dystansach biegowych, wspinaczka czy sporty kontaktowe) muszą być na pewno ograniczone. Pacjenci z protezami biodra z powodzeniem jeżdżą na nartach, pływają, tańczą, chodzą po górach. Po zabiegu pacjent musi też zwrócić uwagę, by nie układać kończyny w skrajnych położeniach. Szczególnie zagrożone zwichnięciem stawu jest maksymalne zgięcie oraz rotacja zewnętrzna czyli kładzenie nogi na nogę.

Generalna zasada po endoprotezoplastyce stawu biodrowego to zachowanie zdrowego rozsądku i niedopuszczanie do nadmiernego przeciążania operowanego stawu. Zalecane są systematyczne ćwiczenia, spacer i pływanie. W czasie pływania należy zwracać uwagę na spokojną i ostrożną pracę nóg. Jazda rowerem jest możliwa i dopuszczalna, najlepiej jednak jeździć na rowerze stacjonarnym, ze względu na niebezpieczeństwo upadku i innego urazu w terenie otwartym. Dopuszczalna jest również jazda na nartach biegowych oraz zjazdy z łagodnych stoków, przy zachowaniu ostrożności i odpowiednich umiejętnościach. Możliwość korzystania z tego rodzaju aktywności ruchowej zależy oczywiście od ogólnej sprawności i umiejętności chorego. Większą swobodę w doborze zajęć sportowych mają młodszy pacjenci po endoprotezoplastyce bezcementowej oraz po kapoplastyce.

Piśmiennictwo

Muszałik M., Kędziora-Kornatowska K.: Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.



Umiejętności przydatne opiekunowi w opiece nad seniorem u kresu życia

Towarzystwo osobie umierającej jest doświadczeniem, którego wagę i ciężar trudno wyrazić słowami. Nie istnieją słowa, które zabiorą ból rozstania ani rady, które uczynią tę szczególną sytuację prostą. Jednak istnieją rzeczy, na które warto zwrócić uwagę.

Obecność przy umierającym to szczególnie trudne wyzwanie dla bliskich i wszystkich opiekunów, będące jednocześnie ważną powinnością wobec drugiego człowieka. Nieuleczalnie chorzy, obok bólu i braku kontroli nad swoim ciałem, najbardziej obawiają się samotności u kresu życia. Dlatego warto wiedzieć, jakie są oznaki tych ostatnich chwil i w jaki sposób można towarzyszyć bliskiej osobie w tym szczególnym czasie. Opiekun powinien pamiętać, że na to, jak zachowuje się umierający podopieczny i w jaki sposób reaguje na otoczenie oraz na niego, ma wpływ przebieg procesu umierania, który dzieli się na etapy. W każdym z etapów pojawiają się różne emocje i związane z nimi zachowania. Ich kolejność nie jest taka sama u żadnej z osób u kresu życia, mogą nastąpić między nimi przesunięcia. Opisanych poniżej etapów opiekun nie powinien przyjmować zbyt schematycznie. Są to jedynie wskazania, umożliwiające zrozumienie potrzeb dominujących u osób u kresu życia, a co za tym idzie, udzielenia odpowiedniej i skutecznej pomocy. Etapy, o któ-

rych mowa, to:

Nieświadomość nadchodzącej śmierci

Podopieczny jeszcze nic nie wie o swojej sytuacji i nie przeżywa żadnych trudności. Dotrą one do jego świadomości po pewnym czasie i wówczas zacznie mieć wątpliwości spowodowane objawami choroby i częstą „zmową milczenia” powstałą wśród opiekunów na temat jego stanu.

Niepewność

To etap, w którym podopieczny przeżywa wątpliwości dotyczące przebiegu choroby i odczuwa niepokojące objawy wskazujące na długotrwale osłabienie sił vitalnych. Pojawiają się chwile lęku i smutku przeplatane nadzieją i oczekiwaniem na cudowną poprawę. Chory zauważa pewne sygnały śmiertelnego zagrożenia i może spychać je do podświadomości, może także wyczuwać chęć upiększania rzeczywistości opiekuna czy drobne oszustwo (tak zwane „kłamstwa nieszkodliwe”).

Zaprzeczenie

Podopieczny zaprzecza wyczuwanej przez niego sytuacji bliskiego kresu życia poprzez swoje zachowanie (snuje plany dotyczące przyszłości). Jest to próba ucieczki od rzeczywistości lub zaprzeczenie wyraźnym sygnałom bliskości śmierci. Zaprzeczenie może wyrażać wprost (np. poprzez stwierdzenie „To przecież nie może być prawda, że ja będę umierał!”), czasem będzie to uporczywa zmiana każdego tematu, związanego z informacją o pogorszeniu się stanu fizycznego. Opiekun w tym czasie powinien uzbroić się w cierpliwość, próbując wspierać chorego. Może też pomóc, rozmawiając z podopiecznym na temat jego stanu w sposób delikatny, ale prawdziwy, po to, aby mógł on pogodzić się z faktem bliskości śmierci.

Bunt, agresja

Uczucia te pojawiają się najczęściej obok stadium niepewności. Nawet po pogodzeniu się z bliskością śmierci chory może zacząć buntować się przeciwko niej. Bunt ten może manifestować się poprzez szukanie winnych zaistniałej sytuacji. Szukanie faktów, które spowodowały zły stan zdrowia, wyrzuty z uczynionego kiedyś zła, niespełnionego obowiązku nasilają się na tym etapie i są trudne do przejścia dla samego podopiecznego i dla opiekuna. Opiekun musi cierpliwie słuchać, pomagając w ten sposób podopiecznemu oczyścić się z agresywnych myśli i nastawień oraz zaakceptować sytuację, w której znajduje się „tu i teraz”.

Targowanie się z losem

Na tym etapie przeplatają się bunt i depresja. Podopieczny zaczyna składać obietnice Bogu, lekarzowi, rodzinie, co często bywa związane z poczuciem winy, spowodowanym trudnością opanowania drażliwości, zazdrości, uznaniem się za ciężar dla rodziny, wiązaniem choroby z niewłaściwym zachowaniem się w przeszłości. Opiekun może wówczas poprosić o pomoc duszpasterza czy przewodnika duchowego, gdyż zachowanie chorego często może być połączone z poczuciem winy wobec Boga lub innych ludzi. W tym etapie podopieczny może składać deklaracje zmiany swojego światopoglądu lub chęć pogodzenia się w sytuacjach konfliktów z innymi osobami. Metodą z wyboru jest tutaj perswazja odwołująca się do argumentów racjonalnych. W rozmowie opiekun powinien uważać, by słuchając wywodów

podopiecznego, nie przyznawać mu zbyt pochopnych racji, bo to może pogłębić poczucie winy. Trzymając się granic rozsądku, opiekun powinien podtrzymywać nadzieję, nie wypowiadając się zbyt zdecydowanie na temat przyszłości, bowiem życie człowieka i jego zakończenie pozostaje dla każdego z nas zawsze wielką tajemnicą.

Depresja

Pojawia się u większości świadomych swojej sytuacji ciężko chorych osób w końcowej fazie życia. Może się wiązać z odmową przyjmowania leków, spożywania posiłków, niechęcią do rozmowy. Stan depresyjny może się także wiązać z niemożnością realizacji ważnych powinności, jakimi mogą być troska o dzieci, wypełnienie swojej misji życiowej czy planowanych działań. Depresja może przebiegać jako typowy zespół depresyjny hiperaktywny z pobudzeniem, lękiem lub hipoaktywny z objawami zmęczenia, zubożenia, apatii (należy różnicować z demencją) lub jako depresja maskowana, w której dominują dolegliwości somatyczne, zwłaszcza ból, niereagujący na typowe leczenie przeciwbólowe, a ustępujący po terapii przeciwdepresyjnej. W tym etapie opiekun powinien w sposób szczególny wspierać chorego, starać się go pocieszyć oraz pomagać w życiowych problemach. Gdy depresja stanie się narzędziem przygotowującym chorego do utraty wszystkiego, co się w życiu kocha, opiekun powinien słuchać go i umożliwić wyrażanie bólu i żalu. Może to mu pomóc w pogodzeniu się z rzeczywistością. W leczeniu depresji zaleca się leki z grupy inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI, selective serotonin reuptake inhibitor), niewskazane są trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, ze względu na działanie antycholinergiczne.

Pogodzenie się z faktem bliskości śmierci

Ostatnie stadium akceptacji może u niektórych chorych przybierać formę pragnienia śmierci. Możliwe jest także widzenie tego etapu jako pragnienie zakończenia choroby i cierpienia. Niektórzy umierający mogą wyrażać w tym czasie życzenia dotyczące okresu po ich śmierci. To zwykle jest okres pożegnań, ważnych przesłań duchowych, a także przestrzeń intensywnych przeżyć duchowo-religijnych osoby umierającej i Twoich, jako jej opiekuna. Opiekując się osobą u kresu życia, opiekun powinien pamiętać o kilku elementach, umiejętnościach, które mogą poprawić jakość tej opieki.



pexels.com

Drobne elementy, które czynią nasze życie łatwiejszym na co dzień, mogą być wsparciem u kresu życia lub – gdy nie zostaną dopilnowane – mogą być dużym utrudnieniem i udręczeniem dla umierającego człowieka. Są to między innymi:

¶ **wrażliwość i uważność na gesty i inne sygnały pozawerbalne**

W sytuacji, gdy podopieczny jest już wyraźnie osłabiony, opiekun musi zwracać szczególną uwagę na sygnały pozawerbalne. Często ostatnie dialogi odbywają się poprzez uścisk ręki w odpowiedzi na pytania dotyczące bólu, duszności, pragnienia czy innej potrzeby. Dzięki takim komunikatom chory daje wskazówki, jaka jest najlepsza pozycja dla niego, jak opiekun może ulżyć jego cierpieniom fizycznym i emocjonalno-duchowym. Choć język niewerbalny jest trudny do opisu i interpretacji, stanowi ważny system komunikowania się z umierającym człowiekiem. Dlatego opiekun powinien uważnie wsłuchiwać się i wpatrywać w każdy sygnał komunikatów niewerbalnych.

¶ **wsparcie emocjonalne i duchowe przekazywane przez opiekuna**

Opiekun musi pamiętać, że podopieczni często odczuwają utratę godności, zwłaszcza, gdy nie potrafią kontrolować swojego ciała. Czują się cię-

żarem dla swoich bliskich i otoczenia, a w wypadku ich braku, odczuwają opuszczenie i osamotnienie. Osoby bardzo związane z bliskimi boleśnie przeżywają dramat rozstania. Nasilają się w tym czasie cierpienia egzystencjalne i duchowe, zwłaszcza wówczas, gdy były one odkładane „na później”. Mogą pojawić się niepewność, wątpliwości natury religijnej, a także wyrzuty sumienia i obciążająca odpowiedzialność za życiowe błędy. Nawet u osób głęboko religijnych pojawiają się momenty niepewności i zwątpienia. Opiekun powinien w tym okresie być otwarty na potrzeby duchowe i religijne podopiecznego w obliczu zbliżającej się śmierci. Może zaproponować modlitwy indywidualne, wspólnotowe, sakramenty, różaniec czy psalmy, muzykę medytacyjną, palenie świec lub kadzideł czy inne praktyki, właściwe dla tradycji i kultury osoby umierającej. Pozwoli to umierającemu poczuć się bezpieczniej. Dobrze jest wybrać w tym czasie modlitwy, pieśni czy rytuały, które są bliskie umierającemu. Wsparcie emocjonalne ze strony opiekuna powinno oznaczać ciepły, życzliwy, empatyczny stosunek do podopiecznego, a czasem pośredniczenie w poprawie jego stosunków z rodziną.

¶ **właściwe otoczenie dla osoby umierającej**

Najlepszym miejscem dla podopiecznego u kresu

życia jest dom, w którym może on odnaleźć ulubione obrazy czy symbole religijne, a nade wszystko, czuć się bezpiecznie u siebie. Jeśli podopieczny przebywa w hospicjum lub w oddziale szpitalnym, to również to miejsce pobytu opiekun może uczynić dla niego bardziej przyjaznym i domowym. Na przykład może ustawić ważne dla podopiecznego pamiątki, zdjęcia czy przedmioty kultu religijnego w zasięgu jego wzroku. Powinien także zatroszczyć się o właściwe oświetlenie w pomieszczeniu umierającego. Światło powinno być nie za ostre i skierowane nie wprost w kierunku łóżka, by nie raziło słabnącego wzroku osoby umierającej.

¶ **wsłuchanie się w potrzeby chorego umierającego**

Opiekując się umierającym, opiekun powinien brać pod uwagę różne jego potrzeby: te fizyczne, ale także psychologiczne, społeczne, jak i duchowo-religijne. Powinien je uporządkować według ich ważności i znaczenia dla podopiecznego i dla siebie. Bywa tak, że niektórych potrzeb chory nie ujawni, sądząc, że są one zbyt banalne albo nie interesują one opiekuna i wyzna je innej osobie. Należy uszanować ten swoisty „wybór”, którego dokonuje podopieczny, wybierając osobę, której powierza swoje sekrety i pragnienia. Często jest nią ktoś z bliskich, ale takim szczególnym zaufaniem bywają także obdarzani opiekunowie instytucjonalni oraz opiekunowie nieformalni i wolontariusze. Potrzeby duchowo-religijne stanowią szczególną grupę działań u kresu życia. Opiekun powinien zapewnić choremu kontakt z osobą duchowną (w zgodzie z jego religią i filozofią życiową), pozwolić mu na rozmowy o problemach duchowo-religijnych z osobą z zespołu opiekuńczego, jeśli sam chory wybrał sobie daną z osób do podzielenia się swoim wątpliwościami egzystencjalnymi i duchowymi. Istotne są też potrzeby fizyczne, ukierunkowane na usunięcie lub złagodzenie dolegliwości somatycznych u pacjentów u kresu życia, które są jednakowe dla wszystkich, jednak ich praktyczna realizacja wymaga uwzględnienia odrębności wiekowych. W leczeniu pacjentów w podeszłym wieku obowiązuje zasada: start low, go slow, rozpoczynać od małych dawek i w razie potrzeby powoli je zwiększać. Podając opioidy, należy zaczynać od dawek o połowę mniejszych, a okresy między kolejnym ich podawaniem wydłużać z 4 do 6 godzin, zapobiegając kumulacji. Należy unikać stosowania leków o przedłużonym działaniu. Powinno się pa-

miętać, że leczenie objawowe przeciwbólowe u osób w podeszłym wieku wiąże się z nasileniem objawów niepożądanych. Częste są zwłaszcza zaparcia, senność, ortostatyczne zaburzenia równowagi, zaburzenia mikcji. Należy wówczas zmniejszyć dawkę leku lub próbować zastąpić go innym. Należy zwrócić uwagę też na możliwość zwiększenia efektu analgetycznego morfiny przez amitryptylinę lub jego zmniejszenie przez karbamazepinę. W opiece paliatywnej nad osobami z chorobą nowotworową i cechami otępienia, opiekun powinien pamiętać o możliwości zmian ekspresji dolegliwości, np. ból tacy podopieczni często sygnalizują pobudzeniem psychoruchowym. W tej grupie chorych występuje często odwrócony rytm snu i czuwania lub inne zaburzenia snu, które słabo reagują na leki. Z reguły wówczas zaleca się benzodiazepiny, np. oksazepam lub hipnotyki krótkodziałające, np. zolpidem; unikać należy leków o długim okresie półtrwania.

¶ **umożliwienie pożegnania i pojednania się z innymi ludźmi**

Jeśli chory o to poprosi, opiekun powinien mu pomóc w uregulowaniu spraw, które często bywają zawikłane lub bolesne. Może być to prośba o możliwość spotkania z byłym małżonkiem czy dziećmi, pojednania z bliskimi, którzy oddalili się na skutek konfliktów lub niezrozumienia, czy wreszcie pożegnania się z ważnymi osobami, o których istnieniu nie wie rodzina i najbliżsi. Wśród elementów ludzkiego żegnania się z ludźmi i światem może pojawić się prośba o pomoc w pozostawieniu czegoś po sobie, w postaci przekazania szczególnego testamentu, przekazania osobie lub instytucji swojego dzieła czy skomponowanego utworu lub szczególnie bliskiej rzeczy, której wartość materialna jest mniej ważna od symbolicznej. Opiekun powinien postarać się pomóc w spełnieniu tych pragnień, unikając komentarzy czy oceniania działań, które mają szczególne znaczenie dla osoby u kresu życia.

¶ **praktyczna pomoc formalno-prawna**

Chorzy u kresu życia potrzebują pomocy w uregulowaniu spraw urzędowych, wśród których mogą być sprawy spadkowe, majątkowe, a także powierzenie dalszej opieki nad bliskimi. Chociaż bywa to niełatwe, opiekun powinien pomóc, umożliwiając podopiecznemu kontakt z właściwymi osobami, szanując jego wolę odnoszącą się do sposobów informowania członków rodziny. Z tym elementem wiąże się też pragnienie chorego, by zor-



ganizować, zaplanować i przygotować się do czynności, które trzeba będzie podjąć po jego śmierci.

¶ pomoc i towarzyszenie w czasie agonii

Ostatni etap życia to dramatyczne chwile, związane z rozstaniem ze światem, pożegnaniem z najbliższymi, a także z dużym ładunkiem doznań emocjonalnych i duchowo-religijnych. Otaczający umierającego powinni zachować spokój, nie krzyczeć, nie potrząsać chorym, nie ingerować z niepotrzebnymi interwencjami medycznymi, pielęgnacyjnymi czy opiekuńczymi. Należy zadbać o atmosferę pełną szacunku, modlitwy lub życzliwego skupienia i ciszy. Można poprosić osobę duchowną, by udzieliła wiatyku i poprzez modlitwę, czuwanie wsparła umierającego, rodzinę, opiekuna.

Piśmiennictwo:

Muszałik M., Kędziora-Kornatowska K. (red.): Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.

<https://damy-rade.info/opieka-w-domu-2/jak-opiekowac-sie-osoba-przewlekle-chora-w-domu/opiekun-przewlekle-chorego/towarzyszenie-osobie-umierajacej>



Towarzyszenie osobie umierającej

Towarzyszenie osobie umierającej powinno być przepełnione przede wszystkim empatią, życzliwością, cierpliwością i poświęceniem, jednak z zachowaniem taktu, ciszy i spokoju. Powinna to być obecność nienarzucająca się, powściągliwa, wyrażana oszczędnym słowem, spojrzeniem, dotykiem, gestem i wspólnym milczeniem. Ważne jest zapewnienie w umieraniu godności, która stanowi jedno z fundamentalnych praw człowieka.

Sytuacja graniczna, jaką jest umieranie, wysuwa kwestie sensu życia i śmierci na pierwszy plan. Człowiek umierający, mierząc się z faktem zbliżającego się odejścia, w większym lub mniejszym stopniu podejmuje się retrospekcji, podsumowania i oceny wartości swojego życia. Osoby mające nadzieję na życie po śmierci wyrażają nie tylko lęk związany z umieraniem, cierpieniem i śmiercią, lecz także obawy przed karą za złe czyny popełnione w życiu doczesnym. Mają one wpływ na postrzeganie i akceptację cierpienia, nieuchronności śmierci, ale przede wszystkim zwiększają potrzeby w odniesieniu do towarzyszenia przez drugą osobę. Towarzyszenie choremu jest aktem czynnym, przekraczającym zwykłą obecność. Obejmuje ono skupienie uwagi na osobie, jej akceptację pomimo jej kruchości, niedołężności, oszpeceń czy uciążliwości związanych ze sprawowaniem nad nią opieki. Osoba umierająca jest zdana całkowicie na wolę i życzliwość osób towarzyszących, bez możliwości odwzajemnienia

miłości, a często ma poczucie winy z powodu świadomości bycia ciężarem dla innych. Właśnie to oczekiwanie życzliwości i szacunku ze strony innych, poprzez ich towarzyszenie i wsparcie, jest wyrazem uświadomionej lub nieuświadomionej godności człowieka. Godność chorego jest wyrazem jego podmiotowości, która powinna być fundamentem współczesnej medycyny, jako przejaw filozofii egzystencjalnej i personalistycznej, w szczególności personalizmu chrześcijańskiego. Osobie u kresu życia należy się afirmacja ze względu na nią samą i na jej godność. Godność człowieka jest niezależna od etapu życia, nie jest ona ani większa, ani mniejsza u seniora, u człowieka w sile wieku czy noworodka. We współczesnym świecie powszechna i przeciwna wartości egzystencjalnej jest wartość utylitarna (względna) człowieka, tzn. wartość zależna od przymiotów, walorów, zasług czy korzyści, jakie dana osoba może dostarczyć, jej użyteczności społecznej, ekonomicznej. Promowane zachowa-

nia konsumpcjonistyczne, dążenie do popularności w mediach społecznościowych, wyobrażenie swojego idealnego profilu (wyglądu, osobowości, prezencji, roli społecznej itp.) powodują brak akceptacji wobec choroby – chorych, niepełnosprawności – niepełnosprawnych, nieatrakcyjności fizycznej – nieatrakcyjnych fizycznie, śmierci – osób umierających. To sprzyja tabuizacji umierania i śmierci, odtrącenia i izolacji chorych umierających. Rozważając warunki umierania w godności, należy zauważyć, że podmiotem jest nie tylko osoba umierająca, lecz także lekarz, rodzina chorego czy opiekunowie medyczni/formalni i nieformalni. Nie można też skupić się wyłącznie na chorym umierającym, gdyż cierpienie przeżywane przez niego w związku z umieraniem dotyka nieraz w znacznie większym stopniu jego najbliższych i to długo po jego śmierci, w okresie osierocenia. Warunki umierania w godności muszą więc uwzględniać także osoby towarzyszące.

Godne warunki umierania to umieranie „w spokoju i godności”, które polega przede wszystkim na unikaniu zaciekłości terapeutycznej. Kodeks Etyki Lekarskiej zdejmuje z lekarza obowiązek prowadzenia uporczywej terapii oraz stosowania środków nadzwyczajnych w stanach terminalnych; lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych. Warunki umierania w godności powinny obejmować cztery obszary:

– **akceptowalny poziom cierpienia** – uśmierzenie objawów fizycznych i psychicznych do natężenia, jakie pozwoli choremu na emocjonalne, psychiczne i duchowe przeżycie okresu umierania i zbliżającego się końca życia; wymaga on zazwyczaj interwencji medycznych, z unikaniem jednak nadmiernej medykalizacji postępowania; podłączenie osoby umierającej do aparatury monitorującej parametry życiowe, niepotrzebne badania krwi, pomiary ciśnienia tętniczego, diurezy itp. obniżają jakość życia chorego i przeczą warunkom umierania w spokoju i godności. Uśmierzenie cierpienia (ból totalnego) jest możliwe tylko wówczas, gdy działania skierowane są na wszystkie cztery jego przyczyny (fizyczne, psychiczne, społeczne, duchowe). Samo złagodzenie bólu czy innych objawów fizycznych jest niewystarczające.

– **towarzystwo** – obecność empatyczna, życzliwa, proaktywna, skupiona na osobie umierającej, przepełniona cierpliwością, poświęceniem. Może to być m.in. podanie napoju, poprawienie poduszki,

wyrównanie czy dopięcie piżamy, poprawienie pościeli, położenie dłoni na grzbiecie ręki chorego. Takie taktowne gesty są przyjmowane z wdzięcznością i nie da się ich zastąpić słowami. Towarzystwo osobom umierającym jest wyrazem solidarności ludzkiej, humanizmu, miłości i miłosierdzia. Dla wielu chorych najbliższą istotą jest ukochane zwierzę, którego obecność zmniejsza napięcie, natężenie bólu i innych objawów fizycznych, a także lęku. Terapia wspomagana obecnością zwierzęcia, np. psa czy kota, z powodzeniem jest stosowana w domu, hospicjach stacjonarnych, nie jest jednak możliwa w warunkach szpitalnych.

– **odpowiedzialność** – przyjęcie do końca odpowiedzialności za swoje życie i swoją osobę, wynikające z poszanowania autonomii osoby, dające możliwość decydowania o ostatnich dniach życia, możliwe dzięki przekazywaniu prawdy bez odbierania nadziei. Człowiek jest odpowiedzialny za swoje życie, a choroba i umieranie nie pozbawiają go podmiotowości. Ma prawo do świadomości umierania i przeżycia tego okresu jako immanentnego elementu życia. Musi więc mieć wiedzę o zbliżającej się śmierci, aby mógł wyrażać swoją wolę w ostatnich dniach życia. Zatajenie wiedzy o zbliżającej się śmierci pozbawia osobę umierającą możliwości świadomego podejmowania decyzji, także w takich sprawach, jak okoliczności umierania (miejsce, osoby towarzyszące, akty religijne, rytuały), kwestie majątkowe, spadkowe. Zbliżająca się sytuacja graniczna skłania do refleksji nad swoim życiem i podjęcia lub pogłębienia życia duchowego, umożliwia dokończenie niezakończonych spraw (np. pogodzenie się z nieprzyjaciółmi, zwrot długów), do podjęcia aktów humanitarnych, altruizmu, do twórczości. Zmowa milczenia bliskich wynikająca z chęci uchronienia osoby umierającej przed cierpieniem związanym z ujawnieniem prawdy o zbliżającej się śmierci narusza zasadę poszanowania podmiotowości chorego i przyjęcia przez niego odpowiedzialności za swoje życie. Ustawa o zawodzie lekarza pozwala, w sytuacjach wyjątkowych, na ograniczenie informacji o stanie zdrowia i rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji. Co do zasady lekarz ma obowiązek udzielać takiej informacji, a odstępstwem



od tego jest wyjątkowość sytuacji i ograniczenie, a nie zatajenie informacji. Bez rzetelnej informacji pacjent nie może wyrazić świadomej zgody na stosowane leczenie. Obecnie w niewielu systemach prawnych dozwolone jest ograniczanie prawa do informacji o rokowaniu. W świecie zachodnim przeważa uznanie nadrzędności poszanowania autonomii pacjenta w zakresie jego przekonań, działania, wolności i odpowiedzialności ponad inne zasady bioetyczne. Skoro osoba umierająca jest odpowiedzialna za swoje życie, to jej autonomia musi być poszanowana w każdym aspekcie, także wtedy, gdy nie przestrzega zaleceń lekarskich, kiedy w sprzeczności wobec doświadczanego cierpienia odrzuca przyjęte wcześniej systemy wartości, istotne dla osób bliskich kategorii, takie jak miłość Boga, istnienie dobra czy sens istnienia. Według Elisabeth Kübler-Ross większość ludzi chce znać niekorzystną prawdę, przekazanie jej wymaga jednak dawkowania, czasu, taktu i delikatności. Nie należy kierować się własnymi uczuciami, co jest dobre, a co złe dla danej osoby. Odpowiedzialność osoby umierającej jest realizowana poprzez wyrażaną przez nią wolę. Ponieważ to chory ponosi wszelkie konsekwencje podejmowanych działań leczniczych, musi wyrazić na nie zgodę albo je odrzucić. Należy uszanować wolę pacjenta, w szczególności co do miejsca umiera-

nia. Choć 65% chorych z nowotworem woli umierać w domu, w otoczeniu najbliższych, to większość zgonów następuje jednak w szpitalu. Chęć ratowania życia za wszelką cenę narusza autonomię pacjenta i nie przynosi mu realnych korzyści. Szpital ma znacznie większe możliwości terapeutyczne niż dostępne w warunkach domowych, nie jest jednak najlepszym miejscem umierania. Krótkotrwałe podtrzymanie wydolności narządowej nie przynosi stałych efektów, jest więc moralnie nieuzasadnione. Już samo przewiezienie chorego umierającego z powodu nieuleczalnej choroby stanowi znaczną uciążliwość dla pacjenta i grozi zgonem w jego trakcie, jest więc błędem. Zespoły ratownictwa medycznego starają się nie ulegać żądaniom rodziny przewiezienia osoby umierającej do szpitala. Sprzeciw członków rodziny, głośne rozmowy, desperackie próby ratowania życia rujnują atmosferę spokoju i godności. Wola chorego pozostaje nadrzędna wobec woli opiekunów czy lekarza i należy ją uszanować. Szczególnym wyrazem autonomii jest oświadczenie woli o nieprzedłużaniu życia oraz o nieprzerywaniu procesu umierania na wypadek wystąpienia ciężkiej niewydolności narządów lub utraty możliwości wyrażenia woli związanej z ratowaniem zdrowia i życia. Stanowi kluczowy element **uprzedzającego oświadczenia woli/**

planowania opieki, w którym człowiek zawiera instrukcje dotyczące ograniczenia lub niepodejmowania konkretnych działań ratujących życie, takich jak resuscytacja lub jej niektóre czynności, przetoczenie preparatów krwiopochodnych, przewożenie do szpitala itp., zanim wystąpi sytuacja uniemożliwiająca wyrażenie woli. Nadal nie ma umocowania prawnego i zwykle nie jest respektowane przez lekarza w obawie przed odpowiedzialnością prawną za niepodjęcie czynności ratujących życie. Chory ma prawo żądać odstąpienia od terapii, jeśli jest ona zbyt uciążliwa, a korzyści z prowadzonego leczenia nie przeważają nad udręką doświadczaną z powodu jego prowadzenia. Nowoczesne przyrządy i techniki medyczne pozwalają na długie, niekiedy wieloletnie, instrumentalne podtrzymywanie czynności życiowych organizmu pomimo braku szans na życie osobowe pacjenta. Odstąpienie oraz zaniechanie terapii uporczywej wynikają z akceptacji umierania jako naturalnego zakończenia życia. Uszanowanie autonomii pacjenta nie może się odbywać kosztem naruszenia autonomii lekarza. Chory przyjmuje odpowiedzialność za siebie i może wyrażać niezgodę na dalsze życie. Nie może jednak oczekiwać od lekarza spełnienia swoich żądań, jeśli naruszają one autonomię lekarza i godność zawodu lekarza. Wola, autonomia i odpowiedzialność pacjenta stoją wówczas w opozycji do woli, autonomii i odpowiedzialności lekarza. W konflikcie dwóch wolności są one równorzędne i żadna z nich nie ma prawa domagać się bezwzględnego respektowania z pogwałceniem drugiej. Lekarzowi nie wolno spełniać żądań pacjenta, które naruszałby jego wolność oraz w szczególności godność zawodu lekarza.

– **sens umierania i cierpienia** – wsparcie duchowe i psychologiczne, aby chory odnalazł sens przeżywanego cierpienia, umierania, zbliżającej się śmierci, a także znaczenie życia i istnienia, u osób wierzących odnoszące się do relacji z Bogiem (duchowość religijna). Samo uśmierzenie cierpienia, zapewnienie obecności osób życzliwych oraz zagwarantowanie wolności decyzji nie są wystarczającymi warunkami umierania w godności. Bez względu na okoliczności życie ludzkie nigdy nie traci sensu i na ten nieskończony sens życia składają się także cierpienie i umieranie i śmierć. Nie można powiedzieć człowiekowi, jaki ten sens jest. Jedyna droga to umożliwienie człowiekowi odnalezienia lub nadania sensu własnemu cierpieniu i umieraniu. Cierpienie, którego

znaczenia czy uzasadnienia człowiek nie odnajduje, przeżywane jest jako rozpacz. Odnalezienie sensu umierania prowadzi do przyjęcia przez niego odpowiedzialności za swoje życie. Osoba umierająca, poszukując sensu umierania, może się zwrócić w tej kwestii do członka zespołu opiekującego się nią. Oznacza to jednocześnie akt wielkiego zaufania. To pacjent decyduje, czy i z kim chciałby rozmawiać o najważniejszej dla niego kwestii w najtrudniejszym dla niego okresie, a osoba, do której się zwraca, dostępuje zaszczytu uznania przez chorego jej autorytetu. Niezależnie więc od swej roli powinna ona podjąć taką rozmowę, szczególnie jeśli umierający przeżywa kryzys egzystencjalny lub jest niepokodzony z doświadczanym cierpieniem. Potrzebne są w takiej rozmowie szczerość, otwartość i autentyczność, unikanie sztuczności, wyuczonych frazesów, dobrych rad i socjotechniki. Powinno rozmawiać się jak człowiek z człowiekiem. Powinno to być spotkanie dwóch wolności – osoby umierającej i opiekuna, w atmosferze intymności i zaufania, z przekroczeniem formalnych wymagań roli danego członka zespołu (lekarza, pielęgniarki, psychologa, opiekuna itd.). Jeśli taka jest wola chorego, powinno się taktownie i z szacunkiem przedstawić swoje przekonania. Jeśli w ciągu swojego życia człowiek nie poświęca czasu na refleksję o jego znaczeniu, nie zadaje sobie podstawowych pytań o sens istnienia, to w sytuacji zbliżającej się śmierci, szczególnie kiedy towarzyszy mu cierpienie fizyczne, warunki na wykonanie tego życiowego zadania są niesprzyjające. Z kolei osoby przeżywające swoje życie w zgodzie z przekonaniami, spełnione, są dobrze przygotowane do wejścia w proces umierania. Chory może się dopatrywać w cierpieniu siły oczyszczającej. Na przykład dla chrześcijan cierpliwe znoszenie nieprzyjemnych doświadczeń wiąże się z nadzieją na odkupienie swoich win, uczestnictwem w zbawieniu, jest postrzegane jako ofiara za grzechy innych, nadzieja na życie wieczne itp. Ortodoksyjni żydzi nie mogą odmówić terapii podtrzymującej życie, nawet jeśli ta wiązałaby się z nadmiernym cierpieniem. Z kolei wyznawcy buddyzmu będą się wystrzegali postępowania, które mogłoby narazić ich na utratę życia, i odmówią przyjmowania leków przeciwbólowych, jeśli mogłyby przyspieszyć śmierć. Osoby niewyznające żadnej religii mogą przyjmować cierpienie w akcie solidarności z innymi cierpiącymi jako element równowagi wszechświata. Lekarz, pielęgniarka, opiekun mogą się nie zgadzać z takimi postawami, ale mają

obowiązek je zaakceptować, także w odniesieniu do zaprzestania terapii podtrzymującej życie czy kontynuowania terapii daremnej. Optymalna jest opieka duchowa kapelana lub członków wspólnoty religijnej osoby umierającej, a w przypadku osób o światopoglądzie świeckim – specjaliści opieki duchowej czy psychologa. Zapewnienie podstawowej opieki duchowej jest też zadaniem każdego członka zespołu opiekującego się chorym poprzez rozpoznanie potrzeb duchowych, podtrzymywanie racjonalnej nadziei, postawę wierności i autentycznego poświęcenia.

Godność osobista dotyczy przede wszystkim ciała i imienia człowieka. Każdy człowiek – zdrowy czy chory, w pełni sił czy z wadami genetycznymi, noworodek czy umierający – nosi w sobie godność, w szczególnie sposób respektowaną poprzez szacunek do jego ciała. Rutyna czynności medycznych, opiekuńczych powtarzanych przez lekarza, pielęgniarkę, opiekuna może doprowadzić do postępowania nietaktownego lub niedelikatnego, niepotrzebnego obnażania części intymnych i niedbałości o warunki, w jakich wykonywane są akty uznane za wstydlive. Codzienna staranność, ćwiczenie się w podejściu i komunikacji z pacjentem, rygorystyczne przestrzeganie warunków intymności podczas defekacji, zmiany bielizny, zabiegów higienicznych, zmiany opatrunków, mogą pomóc w utrzymaniu najwyższych norm etycznych zespołu opiekującego się umierającym. W komunikacji obowiązuje najwyższy szacunek do imienia oraz funkcji społecznych, dystynkcji i stanowisk osoby. Taktownie jest zwracać się do pacjenta, używając jego najwyższego tytułu zawodowego (np. „panie profesorze”), a gdy nie ma takiego tytułu, jego imienia bez zdrobnień (np. „panie Janie”). Nadmierny formalizm może stanowić jednak barierę w komunikacji i trzeba go unikać. Niedozwolony w komunikacji jest ageizm (dyskryminacja ze względu na wiek, np. „babciu”) czy infantylizacja zarówno w zwrotach (np. „kotku”, „słoneczko”), jak i w odniesieniu do czynności (np. „kładziemy się do łóżeczka”, „daj rączkę”, „poprawimy pieluszkę”). Godność w umieraniu jest wartością przynależną każdemu człowiekowi. Umieranie w godności zależy od akceptacji umierania i zbliżającej się śmierci. Aby to umożliwić, konieczne jest zapewnienie odpowiednich warunków, którymi są: uśmierzanie cierpienia do akceptowalnego poziomu, życzliwe towarzyszenie, zapewnienie świadomości i odpowiedzialności chorego za swoje życie

oraz nadanie sensu umieraniu i śmierci. Tylko wtedy możliwe jest pogodzenie się z samym sobą, zaakceptowanie swojego życia i wszystkich poświadczonych uczynków, życiowych sukcesów oraz porażek, zakończenie życia w spokoju i godności.

Unikaj:

- ¶ Zwrotów typu: „Wszystko będzie dobrze”, „Musisz wyzdrowieć”, etc., a na późniejszych etapach: „Nie możesz mnie zostawić!”, „Nie dam sobie rady bez ciebie!”, „Nie możesz umrzeć!”.
- ¶ Reagowania głośnymi wybuchami płaczu, krzykami.
- ¶ Mówienia w obecności umierającego w trzeciej osobie, nawet wtedy, gdy wydaje ci się, że śpi, że nie słyszy.
- ¶ Nerwowych gwałtownych ruchów.
- ¶ Utrzymywania postawy stojącej nad umierającym. To może powodować u niego poczucie przytłoczenia.
- ¶ Przyjmowania postawy „w gotowości do wyjścia” – stania przy drzwiach, w okryciu wierzchnim, z torbą w ręku. Takie zachowanie jest zwykle powodowane lękiem, napięciem i może nasilać te emocje u podopiecznego. W takiej sytuacji lepiej poprosić spokojniejszą zaufaną osobę o czuwanie przy umierającym i spróbować się wyciszyć poza pomieszczeniem, w którym znajduje się chory. Możesz, np. porozmawiać z kimś, kto działa na ciebie uspokajająco, kto ma doświadczenie w towarzyszeniu odchodzącemu, wziąć parę głębokich oddechów, etc.
- ¶ Pozostawiania podopiecznego w samotności. Szczególnie jeżeli stan agonalny przedłuża się i zarówno chory, jak i ty sam jesteście zmęczeni, zorganizuj zmienników do czuwania.
- ¶ W przypadku kiedy chory nie przyjmuje już pokarmów, płynów, jest coraz słabszy, gaśnie, a personel medyczny wie o jego stanie i nie widzi możliwości innej pomocy niż uśmierzenie cierpienia, nie zmuszaj podopiecznego do przyjmowania pożywienia. Prawdopodobnie najlepsze co możesz teraz zrobić dla niego, to pozwolenie na odejście.
- ¶ Jeśli potrzebujesz wsparcia, zwróć się do specjalisty – psychologa, psychoonkologa.

Piśmiennictwo:

Dzierżanowski T., Binnebesel J.: Godność w umieraniu. Medycyna Paliatywna 2019; 11(4): 156–162.



Centrum Wsparcia Opiekunów wkracza w nowy rok

Jeszcze przez pół roku opiekunowie rodzinni mogą skorzystać z bezpłatnych form wsparcia w ramach realizowanej drugiej edycji projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi” współfinansowanego ze środków unijnych. Przypominamy zatem, w jaki sposób możemy Ci pomóc.

ODDZIAŁ OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ

Usługa daje opiekunowi możliwość organizacji czasu dla siebie (by zadbać o codzienne sprawy lub własne zdrowie, ale też po prostu odpocząć). To czasowy (od 2 do 4 tygodni), całodobowy pobyt osoby niesamodzielnej na oddziale, pod opieką zespołu opiekunów, pielęgniarek i fizjoterapeutów. Oddział zapewnia wyżywienie (śniadanie, obiad i kolację), jak również niezbędny sprzęt medyczny, pielęgnacyjny, rehabilitacyjny oraz możliwość korzystania z zaplecza do prowadzenia terapii zajęciowej.

MENADŻER OPIEKI

Głównym zadaniem Menadżera Opieki jest pomoc rodzinom w organizacji i efektywnej realizacji opieki nad osobą niesamodzielną w miejscu jej zamieszkania. To cały zespół specjalistów (lekarz, pielęgniarka, psycholog, fizjoterapeuta, pracownik socjalny i opiekun medyczny), który dzieli się swoim doświadczeniem i wiedzą w trakcie cy-

klicznych wizyt domowych. Czas trwania usługi doradztwa ustalany jest indywidualnie, według potrzeb i stanu zdrowia osoby niesamodzielnej. Tego rodzaju wsparcie okazuje się szczególnie istotne w początkowym etapie adaptacji do nowej, często trudnej roli opiekuna.

DZIENNA PLACÓWKA OPIEKI I AKTYWIZACJI

To przestrzeń dla aktywizacji i integracji seniorów. Specjalizuje się w opiece nad osobami po 60. roku życia: po udarach mózgu, z dysfunkcjami ruchowymi, cierpiącymi na chorobę Alzheimera oraz inne schorzenia neurodegeneracyjne. Placówka działa przez 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku) przez 8 h dziennie, organizując czas w ramach indywidualnych oraz grupowych zajęć prowadzonych przez terapeutów zajęciowych oraz fizjoterapeutów. Uczestnicy dysponują również wsparciem ze strony psychologa, pielęgniarki, dietetyka oraz opiekunów medycznych.

WYPOŻYCZALNIA SPRZĘTU MEDYCZNEGO

Koszty zakupu urządzeń pomocnych w opiece i rehabilitacji osób niesamodzielnych często przekraczają możliwości finansowe rodzin, usługa oferuje zatem możliwość wypożyczenia różnorodnych sprzętów: łóżek medycznych, materaców przeciwoślizgowych, chodzików, balkoników, wózków inwalidzkich, koncentratorów tlenu, rotatorów rehabilitacyjnych itp. Wypożyczalnia zapewnia także doradztwo i instruktaż obsługi ze strony personelu.

INDYWIDUALNE SZKOLENIA OPIEKUŃCZE

Szkolenia prowadzone przez pielęgniarkę i rehabilitanta w zakresie opieki i pielęgnacji osoby niesamodzielnej w warunkach domowych. Dzięki nim opiekunowie mogą zdobyć praktyczne wskazówki i informacje dotyczące m.in.: sytuacji nagłego zagrożenia życia, czynności higieniczno-pielęgnacyjnych, obserwacji parametrów życiowych, skutecznej komunikacji z chorym, bez-

piecznego przemieszczania, profilaktyki upadków oraz powikłań związanych z długotrwałym unieruchomieniem, jak również podstawowych ćwiczeń fizycznych i zabiegów, stosowanych w warunkach domowych w ich zapobieganiu i leczeniu.

Poznaj zasady rekrutacji oraz wypełnij formularz zgłoszeniowy na naszej stronie: www.wsparciedlaopiekuna.pl. Zachęcamy także do kontaktu pod numerem telefonu: 12 44 67 530 lub też mailowo: centrumwsparcia@mco.krakow.pl.

Projekt jest dofinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa – zit (dofinansowanie z Europejskiego Funduszu Społecznego).



Zapraszamy do skorzystania z naszych usług!

**Centrum Wsparcia Opiekunów przy Miejskim Centrum Opieki
w Krakowie, ul. Wielicka 267**

tel.: +48 12 44 67 530

e-mail: centrumwsparcia@mco.krakow.pl; mco@mco.krakow.pl

www.wsparciedlaopiekuna.pl

WSPARCIE JEST BEZPŁATNE dzięki dofinansowaniu ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa – zit.