



PORADNIK OPIEKUNA

egzemplarz bezpłatny

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



**CENTRUM
WSPARCIA
OPIEKUNÓW
W MIEJSKIM
CENTRUM
OPIEKI
W KRAKOWIE**

Szanowni Czytelnicy!

Zwielką przyjemnością, w ramach projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”, przekazujemy do Państwa rąk – opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnymi – trzeci numer **Poradnika Opiekuna** w tradycyjnej, drukowanej wersji. Zawiera on wybrane treści publikowane na naszym portalu: www.wsparciedlaopiekuna.pl

Poradnik pełni rolę przewodnika po świecie, w którym żyjesz jako opiekun nieformalny osoby niesamodzielnej, przewlekle chorej, starszej. Jego zadaniem jest ułatwienie realizacji opieki nad chorującym bliskim w warunkach domowych, z zachowaniem niezbędnych standardów bezpiecznego postępowania, w poszanowaniu autonomii i godności osoby niesamodzielnej oraz jej opiekuna.

Zdarza się, że opiekun bywa świadkiem cierpienia podopiecznego. Niestety na niektóre dolegliwości nie ma lekarstwa i jedynie troskliwa, specjalistyczna opieka przynosi ulgę. Zmaganie się z cierpieniem i brak widocznej poprawy stanu zdrowia seniora mogą prowadzić do poczucia bezsilności i wypalenia. Tymczasem umiejętność dbania nie tylko o innych, ale także o siebie, jest istotnym aspektem roli opiekuna – o czym piszemy w bieżącym wydaniu Poradnika.

W aktualnym numerze omawiamy profilaktykę, objawy, diagnostykę i leczenie najczęstszych nowotworów wieku podeszłego. Poruszamy ponadto tematykę roli opiekuna w opiece nad pacjentem poddawanym chemioterapii, radioterapii, leczeniu operacyjnemu, w łagodzeniu cierpienia emocjonalnego i duchowego u kresu życia.

Poświęcamy również uwagę zmianom związanym z wiekiem, do których może dochodzić m.in. w obrębie narządów wzroku i słuchu czy też funkcji poznawczych. Podkreślamy potrzebę stymulacji i rehabilitacji poznawczej, treningu poznawczego, rehabilitacji ruchowej wśród podopiecznych. Podpowiadamy opiekunom nieformalnym, w jaki sposób nawiązywać relacje i prowadzić skuteczną komunikację i aktywizację seniora.

Wierzymy, że zawarte w nim artykuły okażą się cennym źródłem wiedzy i wskazówek w realizacji czynności opiekuńczych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych i leczniczych. Jeśli w Twoim otoczeniu, domu, sąsiedztwie jest ktoś, kto opiekuje się osobą niesamodzielną, **przekaż jej informację o Poradniku i zapisz ją na bezpłatny egzemplarz naszego wydawnictwa.**

Serdecznie zapraszamy do czytania, dzielenia się swoimi doświadczeniami, zadawania pytań. Prosimy pisać pod adres: centrumwsparcia@mco.krakow.pl

Życzymy miłej lektury.

Redakcja

Medycyna

Najczęstsze schorzenia u osób niesamodzielnych i starszych	3
Rak płuca – poznaj wczesne objawy	4
Rak piersi – wczesne objawy nowotworu sutka	5
Rak jelita grubego – objawy i badania, które warto wykonać	6
Rak pęcherza moczowego – objawy i możliwości leczenia	8
Charakterystyka schorzeń i dolegliwości w starszym wieku ze strony narządu wzroku	9

Wsparcie dla opiekunów

Różne formy wsparcia i pomocy oraz wskazówki edukacyjne dla opiekunów	12
Opieka nad podopiecznym z rakiem płuca	13
Opieka nad podopiecznym z rakiem piersi	15
Opieka nad podopiecznym z rakiem jelita grubego	17
Opieka nad podopiecznym z rakiem pęcherza moczowego	19
Opieka nad pacjentem starszym przed i po operacji zaćmy	20

Organizacja opieki

Praktyczne porady ułatwiające pielęgnację i opiekę nad osobami niesamodzielnymi	22
Jak pomóc opiekunowi w opiece nad osobą starszą w trakcie chemioterapii?	23
Jak pomóc opiekunowi w opiece nad osobą starszą w trakcie radioterapii?	25
Umiejętności przydatne opiekunowi w opiece pooperacyjnej nad starszym podopiecznym	26
Umiejętności przydatne opiekunowi w opiece nad seniorem u kresu życia	29
Towarzyszenie osobie umierającej	31

Centrum Wsparcia Opiekunów	35
----------------------------------	----



Najczęstsze schorzenia u osób niesamodzielnych i starszych

MEDYCYNĄ

Rak płuca – poznaj wczesne objawy

Rak płuc to podstępna choroba, która atakuje znienacka i rozwija się bardzo powoli, latami. Jest jednym z najczęstszych oraz najgorzej rokujących nowotworów. W początkowej fazie nie są widoczne żadne objawy, później zaś rozwija się w tempie błyskawicznym. Z tego powodu liczba osób, które umierają na raka płuc, jest wciąż wysoka.

Uważa się, że najczęstszą przyczyną zachorowalności na raka płuc jest palenie papierosów i działanie substancji szkodliwych w środowisku pracy (np. azbest, metale ciężkie). Trzeba jednak pamiętać, że ryzyko zachorowalności dotyczy nie tylko aktywnych palaczy, ale także biernych.

Rak płuc to najczęściej występujący nowotwór złośliwy w Polsce. Ponad 57% zachorowań diagnozowanych jest u osób powyżej 65. roku życia, natomiast każdego roku odnotowuje się prawie 20 000 nowych rozpoznań. W ostatnich latach liczba zachorowań wśród mężczyzn zaczęła spadać, niestety jednak – odnotowujemy odwrotną tendencję wśród kobiet.

Nowotwór płuc, jeśli chodzi o podział histopatologiczny, dzielimy na **drobnokomórkowego raka płuc**, który stanowi około 20% wszystkich zachorowań oraz na **niedrobnokomórkowego raka płuc**, który stanowi aż 80% nowotworów płuc. Przez większość czasu guz rozwija się w sposób bezobjawowy, zatem diagnostyka raka płuc jest problematyczna. Pierwsze objawy zaczynają się pojawiać, kiedy wielkość guza zaczyna naciekać i uciskać tkanki zewnątrzplucne lub wiąże się z jego rozrostem wewnątrzoskrzelowym. Objawy raka płuc we wczesnym stadium rozwoju są niespecyficzne i często mylone z innymi jednostkami chorobowymi. Dlatego nowotwór płuca diagnozowany jest najczęściej przypadkowo, podczas wykonywania badania rentgenowskiego czy tomografii komputerowej z zupełnie innych wskazań. Potencjalne symptomy choroby nowotworowej są często błędnie interpretowane i ignorowane, chorzy często też próbują łagodzić je różnymi sposobami, np. antybiotykami.

Najczęstsze objawy raka płuca

Kaszel, duszność i świszczący oddech

Kaszel to główny objaw raka płuc (45-75% chorych). U niektórych pacjentów (1/3 chorych) wraz z kaszlem odkształcana jest także wydzielina. Kaszel jest objawem raka płuc, który występuje zazwyczaj w nowotworze położonym centralnie w drzewie oskrzelowym: płaskonabłonkowym oraz drobnokomórkowym, natomiast rzadziej i później w nowotworze położonym obwodowo: rak gruczołowy, wielokomórkowy. W związku z tym, że objawy raka płuc bardzo długo nie dają o sobie znać, to

pojawienie się długotrwałego i uciążliwego kaszlu (powyżej 2-3 tygodni) lub zmiana charakteru dotychczasowego kaszlu są potencjalnymi objawami nowotworu, o których należy poinformować lekarza. Drugim pod względem częstości występowania objawem raka płuc są duszności (30-50% chorych) oraz świszczący oddech. Duszność zazwyczaj występuje u palaczy ze względu na rozedmę płuc oraz zapalenie oskrzeli i może mieć wiele przyczyn. Rosnący guz zaczyna blokować całkowicie lub częściowo światło jednego z oskrzeli i dochodzi do niedodmy lub powstaje zakażenie w części płuc. Przy raku płuc często dochodzi do wysięku opłucnowego. Jeśli zbierze się duża ilość tego płynu, dochodzi do ucisku na płuco, a następnie do duszności. Świszczący oddech jest również bardzo poważnym objawem raka płuc. Dochodzi do niego przez zwężenie jednego z oskrzeli lub tchawicy. Czasami wymaga pilnej konsultacji lekarza POZ, pulmonologa lub onkologa.

Zmęczenie i utrata masy ciała

Uczucie zmęczenia oraz znużenia mogą być potencjalnymi objawami raka płuc, ale występują także w innych chorobach i z wielu różnych przyczyn. Jednak nagłe pojawienie się takich dolegliwości u palacza powinno być traktowane bardzo poważnie.

Kolejny objaw raka płuc – utrata masy ciała (nawet do 6 kg) występuje u ponad połowy chorych i jest częstym objawem raka płuc.

Naciekanie przez raka płuc – odkształcanie krwi podczas kaszlu to potencjalne objawy raka płuc, ale występują one też na przykład przy infekcji w obrębie klatki piersiowej. U prawie 30% pacjentów chorych na raka płuc występuje jednak objaw krwiotoku. **Ból w klatce piersiowej** to również objaw raka płuc i ma miejsce u prawie 50% chorych. Zazwyczaj spowodowany jest przez naciekanie raka płuc na ściany klatki piersiowej, żeber lub kręgosłupa. **Chrypka** występuje w dużej części populacji, zwłaszcza u osób zapadających na przeziębienia lub infekcje dróg oddechowych. W przypadku palaczy chrypka, która nie ustępuje po okresie 2-3 tygodni, powinna zostać zdiagnozowana przez lekarza rodzinnego. Niekiedy rak płuca rozwija się w szczytach płuca (guz Pancoasta), powodując dolegliwości bólowe w okolicy barku, opadanie powieki, zwężenie żrenicy i zanik potliwości po jednej stronie twarzy – wiąże się to z uszkodzeniem przez guz nerwów przebiegających w rejonie szyi i unerwiających twarz. W miarę rozrostu guza, gdy nacieka dużą część tkanki płucnej, dając przerzuty do węzłów węzły płucnej i śródpiersia, może wystąpić utrudnione połykanie, objaw zespołu żyły głównej górnej, tj. obrzęk szyi i twarzy, zaczerwienienie skóry twarzy.

Rak płuca szerzy się przez ciągłość, naciekając miąższ płuca, drogą naczyń limfatycznych (powiększone węzły chłonne) i drogą naczyń krwionośnych (przerzuty odległe) do kości, wątroby, mózgu (ból i złamanie kości, żółtaczka, napady padaczkowe).

Piśmiennictwo:

1. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K., *Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.

Rak piersi – wczesne objawy nowotworu sutka

Rak piersi (rak gruczołu piersiowego, rak sutka) to najczęstszy nowotwór złośliwy u kobiet, który przeważnie wywodzi się z tkanki nabłonkowej gruczołu piersiowego. Pomimo że choroba ta dotyka przede wszystkim kobiet, to około 1% zachorowań dotyczy również mężczyzn.

Jest to groźna choroba nowotworowa, ponieważ zazwyczaj przez długi czas nie daje żadnych objawów, a w momencie jej wykrycia bardzo często występują już przerzuty komórek nowotworowych do innych narządów, np. do płuc, wątroby, mózgu lub kości. Dlatego też najważniejszym czynnikiem warunkującym wyleczenie jest odpowiednio wczesne postawienie diagnozy, które możliwe jest dzięki odpowiedniej profilaktyce i regularnym badaniom, w tym samokontroli prowadzonej przez kobietę.

Bezpośrednią przyczyną raka piersi jest niekontrolowane namnażanie się wadliwych komórek nabłonkowych gruczołu piersiowego, na wczesnych etapach rozwoju formujących guzek, który może być wyczuwalny przez pacjentkę. Zazwyczaj (w około 55% przypadków) zmiana pierwotna pojawia się w górnym, bocznym kwadrancie piersi, czyli w ćwiartce piersi najbliższej okolicy dołu pachowego. Następnie w niektórych przypadkach może dojść do powstawania przerzutów, czyli przenoszenia się komórek nowotworowych poprzez układ limfatyczny do innych narządów i formowania się tam kolejnych ognisk choroby.

Około 5-10% przypadków raka piersi warunkowanych jest genetycznie. Oznacza to, że jeżeli w danej rodzinie występowały już przypadki tej choroby, to osoby w kolejnych pokoleniach są bardziej narażone na jej rozwinięcie się w ciągu życia. Najbardziej powszechnymi mutacjami genetycznymi, związanymi z rakiem piersi, są mutacje BRCA1 i BRCA2 – ich odpowiednio wczesne wykrycie przy pomocy badań molekularnych znacząco ułatwia prowadzenie odpowiedniego procesu diagnostyczno-leczniczego.

Czynniki ryzyka:

- płeć,
- wiek – najczęściej chorują kobiety po 50. roku życia (najwięcej zachorowań obserwuje się między 50-70 rokiem życia), choć może także pojawiać się u młodszych kobiet,
- czynniki genetyczne – występowanie raka piersi w najbliższej rodzinie (matka, siostra, córka),
- otyłość i brak aktywności fizycznej,
- brak potomstwa lub urodzenie dziecka po 35. roku życia,
- niekarmienie piersią,
- nadużywanie alkoholu,
- palenie papierosów,
- przewlekły stres,

- zanieczyszczenia powietrza,
- wysoko przetworzona żywność i konserwanty,
- czynniki hormonalne endogenne – zbyt wczesna miesiączka (przed 12. rokiem życia) lub późna menopauza (po 55. roku życia),
- czynniki hormonalne egzogenne – długotrwałe stosowanie doustnej antykoncepcji hormonalnej i/lub hormonalnej terapii zastępczej,
- narażenie na promieniowanie jonizujące,
- inne nowotwory – np. przebyty już wcześniej rak piersi, rak jajnika, rak trzonu macicy.

Rak piersi w stadium początkowym zwykle przebiega bezobjawowo. Na tym etapie jest rozpoznawany przypadkowo, podczas samokontroli prowadzonej przez kobietę lub badania lekarskiego, jako twardy guzek w piersi. Często inne objawy pojawiają się dopiero na późniejszych etapach zaawansowania choroby, gdy skuteczne leczenie jest już znacznie utrudnione. Dlatego tak istotna jest edukacja kobiet w zakresie regularnego, samodzielnego badania piersi. Informacja o wykryciu jakiegokolwiek zmiany w obrębie piersi zawsze powinna skutkować rozpoczęciem diagnostyki w kierunku potwierdzenia zmian nowotworowych. Wraz z postępem raka piersi mogą pojawiać się zmiany rozmiaru, kształtu lub inne zmiany dotyczące ogólnego wyglądu piersi. Niepokojącymi oznakami są:

- zmiana kształtu brodawki sutkowej, tzw. inwersja, czyli zaciągnięcie brodawki do środka piersi,
- zaczerwienienie skóry piersi, zwiększone jej napięcie,
- wyciek z brodawki sutkowej, który może zawierać w sobie krew,
- ból piersi lub w okolicy piersi – na przykład w dole pachowym.

W przypadku wystąpienia choćby jednego z wymienionych objawów należy niezwłocznie udać się na konsultację lekarską w celu rozpoczęcia pogłębionej diagnostyki i ustalenia jego przyczyny.

Najistotniejszym aspektem zmniejszania śmiertelności na raka piersi jest odpowiednia profilaktyka, czyli zapobieganie jego występowaniu. Opiera się ona przede wszystkim na eliminacji czynników ryzyka, na które możemy mieć wpływ, np. dieta oraz aktywność fizyczna, a także na regularnym wykonywaniu badań profilaktycznych. Najważniejszym badaniem jest samodzielna ocena piersi przez pacjentkę pod kątem ewentualnej obecności w niej guzków lub innych niepokojących zmian, które mogą być wyczuwalne w dotyku. Dodatkowo u kobiet po 50. roku życia wskazane jest profilaktyczne wykonywanie badania mammograficznego raz na dwa lata.

Podczas **samobadania piersi** kobieta może wykryć pojedyncze guzki czy zgrubienia. Powodem do niepokoju powinna być przede wszystkim zmiana kształtu lub symetrii piersi. Większość zmian nowotworowych występuje w postaci guzków łatwo wyczuwalnych i bezbolesnych. **Wczesne wykrycie zmian, jeśli guzek ma nie więcej niż 2 cm i nie ma przerzutów do węzłów chłonnych, to duża szansa na całkowite wyleczenie.** Niestety zmiany często wykrywane są zbyt późno – tymczasem nasze zdrowie, a nierzadko i życie, są w naszych rękach. Dlatego tak ważne jest, by kobiety jak najwcześniej wypracowały nawyk regularnego

samobadania piersi. Jak wynika ze statystyk, około 80% zmian wykrywanych jest przez same kobiety lub ich partnerów. I aż 75% z nich ma charakter łagodny – są to: torbiele, włókniaki, tłuszczaki. A mimo to wciąż za mało kobiet docenia i stosuje tę metodę diagnostyki. Jak zauważają specjaliści, samobadanie to lepszy sposób wykrycia zmian nowotworowych niż USG i mammografia. Regularne samobadanie piersi minimalizuje ryzyko przeoczenia choroby. Oczywiście jest to metoda mniej dokładna niż USG czy mammografia, jednak przy regularnym badaniu kobieta poznaje budowę własnych piersi i może wykryć relatywnie niewielkie nieprawidłowości. Badanie przez ginekologa nie zastąpi samobadania. Kobieta podczas samobadania może wykryć zmiany nawet o połowę mniejsze niż ginekolog, USG czy mammografia.

Nowotwór rośnie wiele lat, dlatego mamy sporo czasu, by zauważyć zmiany w naszym organizmie. Rak piersi, by osiągnąć wielkość 2 cm, rozwija się około 8 lat. Ryzyko zachorowania na raka rośnie z wiekiem, większe jest także w przypadku osób obciążonych genetycznie – około 5-10% przypadków raka piersi ma podłoże genetyczne – u kobiet z nieprawidłową mutacją (głównie genu BRCA1), u których ryzyko raka piersi jest około 5-10-krotnie wyższe niż przeciętnie.

Samobadanie piersi powinno się wykonywać od 20. roku życia co miesiąc, tego samego dnia cyklu, najlepiej tydzień po miesiączce, między 6. a 9. dniem cyklu (podczas miesiączki, z powodu wahania hormonów piersi mogą być obolałe i nadwrażliwe, nieco zmienia się także konsystencja ich tkanki), natomiast kobiety w okresie przekwitania – tego samego dnia każdego miesiąca. Samobadanie piersi może być trudniejsze w przypadku piersi o gęstej, gruczołowej budowie, zwłaszcza u młodych kobiet, jednak nawet w takich przypadkach dzięki regularności i znajomości własnych piersi kobieta może zauważyć ewentualne zmiany.

Samobadanie piersi składa się z dwóch etapów – oglądania stanu piersi i badania dotykowego, czyli palpacyjnego. Stojąc przed lustrem, sprawdź, czy nie zauważasz zmian wielkości, kształtu, położenia, koloru, wciągnięć.

W pozycji stojącej oglądaj piersi:

- z uniesionymi do góry rękoma,
- ze swobodnie opuszczonymi ramionami,
- z rękoma opartymi na biodrach – naciskaj je tak mocno, by czuć napinanie się mięśni klatki piersiowej – obejrzyj, czy nie ma żadnych zmian,
- ściśnij brodawkę i obserwuj, czy nie wydobywa się z niej jakaś wydzielina,
- nie zapominaj o obejrzeniu górnej części piersi pod samą pachą,
- z profilu – spleć ręce z tyłu głowy i obróć się tak, by obejrzeć biust z lewej, a następnie z prawej strony,
- pochylając się do przodu, sprawdzić, czy nie ma widocznych pofałdowań skóry, zmian w kształcie piersi czy wciągnięcia brodawek.

W pozycji leżącej – leżąc wygodnie na plecach, podkładamy prawą rękę pod głowę, a drugą wykonujemy badanie ruchami okrężnymi, półkolistymi, uciskając piersi miejsce po miejscu, płasko ułożonymi palcami. Badanie

lewej piersi wykonuje się prawą dłonią i odwrotnie – całą procedurę należy powtórzyć dla prawej piersi. Na końcu sprawdzamy pachę, czy nie ma powiększonych węzłów chłonnych.

Pierwsze USG piersi kobieta powinna wykonać między 20. a 30. rokiem życia, a później powtarzać je mniej więcej co 2 lata. Po przekroczeniu 30-tych USG piersi należy już wykonywać średnio co 12 miesięcy – chyba że w poprzednich badaniach lekarz wykrył jakieś patologiczne zmiany lub pacjentka ma obciążony wywiad rodzinny. Wówczas trzeba je robić z większą częstotliwością, nawet raz na 6 miesięcy.

W Polsce ustalono, że każda kobieta w wieku 50-69 lat powinna mieć wykonaną mammografię co 2 lata. Pierwsze badanie najlepiej wykonać po 35. roku życia. Osoby, które miały w rodzinie przypadki raka piersi, powinny poddać się pierwszej mammografii 10 lat przed osiągnięciem wieku, w którym bliski zachorował. Kobiety, u których stwierdzono mutację genów BRCA1 lub BRCA2, znajdują się pod opieką poradni genetycznych i są włączane do programu profilaktycznego odpowiednio wcześniej, a badania wykonywane są częściej. W przypadku mammografii pacjentkom tym zaleca się wykonywanie badania już od 35. roku życia, z powtarzaniem go co roku. Są to szczególne sytuacje i zawsze wymagają pozostawania pod opieką specjalnych ośrodków, w których nad pacjentką czuwają lekarze z różnych dziedzin: genetyk kliniczny i onkolog.

Piśmiennictwo:

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

Rak jelita grubego – objawy i badania, które warto wykonać

Rak jelita grubego to jeden z najczęściej występujących nowotworów złośliwych. Do grupy raków jelita grubego zalicza się raka okrężnicy, zgięcia esiczo-odbytniczego oraz odbytnicy. Choć nowotwór potrafi być groźny w skutkach, dzięki odpowiednio wczesnemu wykryciu jest w pełni uleczalny.

Pamiętaj – obserwacja organizmu, a następnie konsultacja lekarska mogą uratować zdrowie i życie. Rak jelita grubego to choroba, w której komórki w okrężnicy lub odbytnicy wymykają się spod kontroli i nieprawidłowo się namnażają. Tworzą się polipy, które z czasem mogą przekształcić się w nowotwór.

Przebieg raka jelita grubego, ze względu na brak specyficznych objawów (zwłaszcza w pierwszej fazie), przez wiele lat potrafi pozostać niezauważony. Wczesne rozpoznanie nowotworu nie jest proste, ponieważ wymaga szczególnej obserwacji własnego organizmu. **Objawy początkowego stadium mogą bowiem wskazywać na wiele innych, mniej**

poważnych schorzeń, takich jak infekcje, hemoroidy, zespół jelita drażliwego czy nieswoiste zapalenie jelit.

Wczesne objawy (mogące świadczyć o początkowym rozwoju raka jelita grubego) są niestety często trywializowane. Specyficzne objawy i dolegliwości bólowe, z którymi pacjenci najczęściej zgłaszają się po poradę lekarską, wynikają z nacieku guza na sąsiednie struktury, jego znacznego wzrostu oraz obecności przerzutów.

Objawy wczesne raka jelita grubego:

- krwawienie z przewodu pokarmowego (szczególnie krew w stolcu),
- bóle brzucha,
- uczucie niepełnego wypróżnienia,
- zmiana rytmu wypróżnień (biegunki oraz zaparcia),
- zwężenie stolców (tzw. stolce ołówkowate),
- niezamierzony (i niekontrolowany) spadek masy ciała.

Znaczny wzrost guza może spowodować zamknięcie światła jelita grubego – co skutkuje niedrożnością jelit. W takim wypadku może również wystąpić utajone krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, co z czasem doprowadzi do anemii (czyli niedokrwistości). Warto też zwrócić uwagę na objawy typowe dla raka odbytu (czyli podtypu raka jelita grubego): świąd odbytu, wydzielina śluzopodobna, bolesne parcie na stolec, nietrzymanie gazów i stolca.

Objawy raka jelita grubego w późniejszych stadiach (zwłaszcza w ostatnim) są bardziej zauważalne i trudniej pomylić je z innymi schorzeniami. W takim wypadku można dodatkowo doświadczyć:

- nadmiernego zmęczenia, osłabienia organizmu,
- regularnych wymiotów.

Ostatnie stadia raka jelita grubego mogą wiązać się z wystąpieniem przerzutów na inne części ciała. Choć w tym wypadku objawy także nie będą specyficzne, mogą różnić się w zależności od zaatakowanych narządów.

Ważna jest stała, świadoma obserwacja własnego organizmu i wizyta u lekarza, jeśli którykolwiek z niepokojących objawów występuje dłużej niż tydzień lub dwa. Możliwa jest wtedy profesjonalna diagnoza przyczyny dolegliwości, a w razie potrzeby – rozpoczęcie odpowiedniego leczenia. Choć rak to dla wielu nierówna walka z czasem, jego wczesna diagnoza w większości przypadków gwarantuje powrót do pełnego zdrowia. **Wdrożenie odpowiedniego działania w pierwszym stadium choroby pozwala również uchronić się przed przerzutami, których prawdopodobieństwo wzrasta w każdej kolejnej fazie.**

Czynniki ryzyka

Do raka jelita grubego prowadzi przede wszystkim nieodpowiedni styl życia. Wśród czynników ryzyka zachorowania na raka jelita grubego wyróżniamy m.in. nieprawidłowe odżywianie, skłonność do używek i choroby współistniejące, które dodatkowo mogą zwiększyć prawdopodobieństwo wystąpienia nowotworu. Powstanie nowotworu (w tym raka jelita grubego) jest więc efektem długotrwałej ekspozycji na te czynniki – czyli połączeniem nieodpowiedniego stylu życia i niesprzyjającej genetyki. Z czasem prowadzi to do zaburzenia równowagi w ko-

mórkach, w efekcie którego powstają mutacje wzmacniające geny sprzyjające rozwojowi nowotworu. Mutacje te mogą być dziedziczne lub nabyte. Ich wystąpienie nie oznacza, że na pewno zachorujemy na raka. Warto jednak mieć na uwadze, że wystąpienie mutacji plasuje nas w grupie ryzyka, co może oznaczać konieczność wykonywania regularnych badań przesiewowych.

Nieprawidłowa dieta

Dieta może być kluczowym czynnikiem rozwoju raka jelita grubego. Większość z nas wybiera posiłki oparte na smaku, a nie na wartościach odżywczych. Szczególnie narażone na rozwój raka jelita grubego są osoby spożywające zbyt dużo słonych przekąsek, czerwonego mięsa (szczególnie smażonego), a także tłuszczów nasyconych. Choć istnieją „dobre tłuszcze”, zawarte np. w awokado i orzechach, to dieta wysokotłuszczowa, bogata w tłuszcze nasycone (zawierająca m.in. olej palmowy, nabiał, mięso czy jedzenie typu fast food) może być katastrofalna dla okrężnicy. Częste (więcej niż jedną porcję dziennie) spożywanie czerwonego mięsa może zwiększyć ryzyko raka jelita grubego. Należy ograniczyć burgery i inne dania z wołowiny. Spożywanie czerwonego mięsa powoduje uwalnianie w organizmie substancji chemicznych, które mogą hamować naprawę materiału genetycznego. Co więcej, diety roślinne mają najniższe ryzyko raka jelita grubego. Oczywiście nie musi się być wegetarianinem, jednak im więcej warzyw w codziennej diecie, tym lepiej.

Nadmierne spożywanie alkoholu

Alkohol jest niebezpieczny nie tylko dla okrężnicy – jego spożywanie jest powiązane z siedmioma rodzajami raka. Choć sporadyczny drink to nic złego, nadmierne picie alkoholu wiąże się z wyższym ryzykiem wystąpienia nowotworu – zarówno jelita grubego, jak i odbytnicy. U osób spożywających mniejsze ilości alkoholu ryzyko również jest podwyższone (jednak odpowiednio mniej).

Otyłość

Nadwaga lub otyłość zwiększają ryzyko zachorowania i śmierci z powodu raka okrężnicy lub odbytnicy. Zdrowe odżywianie i zwiększenie aktywności fizycznej pomagają w kontrolowaniu masy ciała.

Brak aktywności fizycznej

Uważa się, że zwiększająca się liczba zachorowań na raka jelita grubego w krajach rozwiniętych może być wynikiem siedzącego trybu życia i nadmiernie kalorycznej diety. Regularna aktywność fizyczna znacznie obniża więc ryzyko zachorowania na raka jelita grubego. Ruch reguluje również pracę układu pokarmowego i przyspiesza wypróżnienia. Oznacza to, że substancje zawarte w niestrawionym pokarmie, z których część może inicjować zmiany nowotworowe, szybciej opuszczają jelita.

Palenie tytoniu

Ostatnim czynnikiem, na który mamy rzeczywisty wpływ, jest palenie tytoniu. Toksyny i substancje rakotwórcze zawarte w dymie tytoniowym z czasem prowadzą do uszko-

dzenia tkanek, co może powodować szereg problemów zdrowotnych. Ryzyko rozwoju raka jelita grubego jest dwukrotnie wyższe u palących kobiet niż mężczyzn.

Czynniki genetyczne

Około 20% raków jelita grubego występuje rodzinnie, z czego 2-3% z nich spowodowane jest przez zespoły zwiększonej predyspozycji do rozwoju nowotworów, jak np. rodzinna polipowatość gruczolakowata.

Choroby współistniejące

Do rozwoju raka jelita grubego predysponują również niektóre choroby. Należą do nich: cukrzyca, choroby zapalne jelit, akromegalia.

Do czynników zwiększających prawdopodobieństwo raka odbytu zaliczyć można: infekcję HPV (głównie podtypem 16 i 18, ale także 31, 33 i 45); przebytego raka szyjki macicy, pochwy lub sromu; infekcję HIV; ryzykowne zachowania seksualne (posiadanie kilku partnerów seksualnych oraz bierne stosunki analne).

Profilaktyka – jak skutecznie zapobiec rakowi okrężnicy

Profilaktyka raka jelita grubego obejmuje przede wszystkim modyfikację stylu życia i eliminację czynników zwiększających ryzyko – jak zaprzestanie picia alkoholu i palenia tytoniu, włączenie warzyw i owoców do diety oraz regularna aktywność fizyczna. Istotne jest wdrożenie do diety błonnika pokarmowego. Jego pozytywne działanie w diecie wiąże się ze zwiększeniem objętości stolca, wiązaniem potencjalnych karcynogenów w świetle jelita oraz wtórnych kwasów żółciowych, obniżeniem pH stolca i korzystnym wpływem na florę bakteryjną jelita grubego. Warto również pamiętać o polifenolach. Są to przeciwutleniacze chroniące organizm przed uszkodzeniami oksydacyjnymi. Właściwości przeciwutleniające polifenoli zapewniają ochronę przed wieloma chorobami związanymi z reaktywnymi formami tlenu, w tym rakiem jelita grubego. Mogą one hamować powstawanie guzów, indukować apoptozę w komórkach rakowych, a także zakłócać progresję guzów. Polifenole są obficie występującymi składnikami w żywności pochodzenia roślinnego, warto zatem regularnie sięgać po owoce jagodowe (borówki, maliny, owoce leśne), cytrusy, kolorowe warzywa (dynia, zielonina, papryka, jarmuż), orzechy czy gorzkie kakao. Dobrą rutyną jest też włączenie do diety zielonej herbaty, która wykazuje silne właściwości antyoksydacyjne. W przypadku pojawienia się stanów zapalnych, infekcyjnych, obfitych miesiączek, niedokrwistości poziom żelaza zaczyna spadać, dlatego najlepszym parametrem oceniającym aktualne zapasy żelaza w organizmie jest oznaczenie poziomu ferrytyny. To najlepszy parametr służący do diagnostyki niedoborów żelaza. Przy chorobach związanych z nieprawidłowym stężeniem żelaza we krwi zaleca się wykonanie pozostałych parametrów gospodarki żelaza: TIBC (całkowite wysycenie żelazem), transferyna.

Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego pomogą skutecznie wykryć polipy, dzięki czemu można je usunąć, zanim zmienią się w raka. Mogą one ponadto

wykryć raka jelita grubego w najwcześniejszym stadium, kiedy leczenie jest najskuteczniejsze. Do badań takich należy m.in. kolonoskopia, która pozwala na ocenę światła jelita, diagnozę i usunięcie ewentualnych niegroźnych zmian przedrakowych o typie polipów gruczolakowych. Większość osób powinna rozpocząć wykonywanie regularnych badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego wkrótce po ukończeniu 45. r.ż., a następnie kontynuować je w regularnych odstępach czasu. Odpowiednio wczesna diagnostyka pozwala na wyleczenie raka jelita grubego nawet w 90% przypadków. Jednym z najczęstszych badań profilaktycznych jest wykonanie badania krwi utajonej w kale. Zalecane jest pacjentom po 45. roku życia jako badanie profilaktyczne. Warto w takim wypadku wykonać je raz do roku. W przypadku uzyskania dodatniego wyniku lekarz prowadzący najczęściej zleca wykonanie kolonoskopii. Do badań przesiewowych – zwłaszcza po przekroczeniu 45. roku życia – należy również badanie *per rectum* (badanie palcem odbytnicy).

Piśmiennictwo:

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

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). Natomiast podział ze względu na budowę histopatologiczną wygląda następująco:

- rak urotelialny pęcherza moczowego (prześciowokomórkowy) – wywodzący się z komórek nabłonka dróg moczowych; stanowi 90% wszystkich przypadków,
- rak płaskonabłonkowy – pojawia się rzadko, stanowi 5% przypadków, jednak charakteryzuje się bardzo agresywnym przebiegiem,

- rak gruczolowy (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 krwiomocz i dyskomfort podczas oddawania moczu w postaci pieczenia lub lekkiego bólu w podbrzuszu. Najczęściej jednak krwiomocz jest bezbolesny. W moczu mogą pojawić się również skrzepy o nieregularnych kształtach. U niektórych chorych pojawia się także częstsza potrzeba mikcji, ciągle uczucie parcia na mocz oraz wrażenie niepełnego opróżnienia pęcherza.

Objawy raka pęcherza moczowego, które występują na kolejnych etapach choroby, to: ból w podbrzuszu, częstomocz lub zatrzymanie moczu oraz ból w okolicy lędźwiowej kręgosłupa. Pojawiają się też osłabienie, brak apetytu i utrata masy ciała. Dolegliwości przypominają zapalenie pęcherza moczowego, co powoduje, że rak 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 (TUR) 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. Rak pęcherza moczowego ma skłonność do częstych nawrotów, dlatego konieczne są długotrwałe monitorowanie stanu osoby chorej oraz badania kontrolne.

Piśmiennictwo:

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

Charakterystyka schorzeń i dolegliwości w starszym wieku ze strony narządu wzroku

Starzenie się to proces naturalny i nieodwracalny. Wraz z upływem czasu zmniejsza się aktywność komórek oraz ich zdolność do regeneracji. Podczas starzenia się osłabieniu ulega praca całego organizmu. Proces ten odciska się również na aktywności narządu wzroku.

Warto systematycznie zasięgać porad specjalisty oraz regularnie kontrolować kondycję oka. Pomoże to zapobiec rozwinieniu się niebezpiecznych chorób oczu i w spokoju cieszyć się emeryturą.

Częstymi chorobami oczu u osób starszych są: odklejanie się siatkówki, przebiopia, retinopatia cukrzycowa, katarakta, jaskra, zwyrodnienie plamki żółtej, zespół suchego oka. Niektóre niekorzystne zmiany zachodzące z wiekiem w narządzie wzroku mają charakter fizjologiczny – naturalny. Dotyczy to np. pogorszenia ostrości wzroku w postaci tzw. starczowzroczności lub starczej nadwzroczności. To osłabienie zdolności oka do ostrego widzenia przedmiotów znajdujących się w różnych odległościach (akomodacji), a szczególnie pogorszenie widzenia na małą odległość (np. przy czynnościach takich jak czytanie szczególnie drobnego tekstu, nawlekanie igły). Dochodzi do tego na skutek zmniejszania się elastyczności soczewki oka oraz zmiany siły załamывania promieni świetlnych w aparacie optycznym oka. Trudności te wymagają korekty przy pomocy odpowiednio dobranych okularów, najczęściej o sile „dodatniej” (plus), wyrażanej w dioptriach – soczewki „do bliży” („do czytania”), a czasem także „do dali” („do patrzenia”). W niektórych przypadkach wady ostrości wzroku mogą mieć bardziej złożony charakter (np. astygmatyzm – różny sposób załamывania promieni w zależności od płaszczyzny padania lub różnowzroczność – różna wada w każdym oku), a także ulegać zmianom w czasie. Dlatego określeniem wady i doбором odpowiednich soczewek korygujących dla osoby starszej winien zająć się wykwalifikowany personel medyczny.

Jaskra

Częstą chorobą oka, pojawiającą się u osób w średnim wieku, a potem z rosnącą częstością występującą u osób starszych, jest jaskra. Choroba ta polega na wzroście ciśnienia płynu wypełniającego wnętrze oka, co prowadzi do ucisku i w efekcie zaniku siatkówki oka – wewnętrznej warstwy oka odpowiadającej za widzenie. Nagły i znaczny wzrost ciśnienia śródgałkowego jest odczuwany przez pacjenta jako silny ból oka połączony z zamgleniem widzenia i zaczerwienieniem oka (ostry atak jaskry). Wymaga natychmiastowego leczenia okulistycznego. U wielu pacjentów choroba przebiega jednak w sposób przewlekły i utajony, z umiarkowaniem podwyższonym ciśnieniem śródgałkowym, które nie daje wprawdzie dolegliwości, ale w ciągu kilku lat prowadzi do zmian zanikowych siatkówki i stopniowych ubytków pola widzenia. Z tego powodu u osób powyżej 40. roku życia, szczególnie z obciążającym wywiadem rodzinnym, zalecane jest okresowe, profilaktyczne badanie okulistyczne w kierunku jaskry (tonometria – badanie nieinwazyjne i niebolesne). Leczenie jaskry polega zazwyczaj na miejscowym stosowaniu leków obniżających ciśnienie płynu śródgałkowego, a w przypadkach opornych dostępne jest leczenie chirurgiczne lub laseroterapia. Należy pamiętać, że jaskra może stanowić przeciwwskazanie do zażywania niektórych leków stosowanych w innych chorobach, dlatego o jej istnieniu należy zawsze uprzedzać lekarza.

Odklejenie się siatkówki

Jednym z najczęstszych schorzeń wzroku występujących u osób starszych jest odklejenie się siatkówki. Siatkówka to błona znajdująca się wewnątrz gałki ocznej. Odpowiada

za odbieranie bodźców wzrokowych i powstawanie obrazów w oku. Odklejenie siatkówki polega na wykształceniu się szczeliny pomiędzy siatkówką a naczyniówką. Na skutek uszkodzenia ciało szkliste zaczyna wypływać przez szczelinę, sukcesywnie powodując odklejenie się siatkówki. Przyczyn tego schorzenia jest wiele. Do uszkodzenia może dojść podczas urazu obszaru oka i oczodołu lub przy zwykłej aktywności. Może występować także u osób, które cierpią na inne przypadłości narządu wzroku, np. krótkowzroczność, cukrzycę z zaawansowaną retinopatią. Odklejenie siatkówki nie powoduje żadnego bólu, dlatego ze względu na początkową bezobjawowość choroby trudno określić, w którym momencie doszło do jej powstania. Wraz z postępem schorzenia znacznie pogarsza się pole widzenia, pojawiają się plamki, iskierki lub błyski. W przypadku wystąpienia któregoś z wymienionych objawów należy jak najszybciej skonsultować się z lekarzem specjalistą. Odwlekanie wizyty pozwoli chorobie na rozwój, co może skończyć się nawet całkowitą utratą wzroku. Ze względu na rodzaj oraz postęp choroby – w leczeniu odwarstwienia siatkówki wykonuje się głównie zabiegi chirurgiczne. Do najczęstszych należą laseroterapia oraz krioterapia. Poza nimi stosuje się także witrektomię, usunięcie cieczy szklistej lub retinopeksję pneumatyczną polegającą na wprowadzeniu gazu do wnętrza oka. W innych przypadkach na zewnątrz gałki oka umieszczany jest implant, który ma za zadanie przyspieszyć proces gojenia się urazu.

Prezbiopia

Kolejną dolegliwością dotykającą osoby starsze jest prezbiopia, inaczej zwana starczowzrocznością. Nie jest to choroba, ale naturalny i nieuchronny element procesu starzenia się. Starczowzroczność wywołana jest sztywnieniem soczewki, która umożliwia dostrzeganie przedmiotów znajdujących się zarówno blisko, jak i w pewnej odległości. Z czasem jej zdolności coraz bardziej zanikają, co powoduje problemy z czytaniem drobnego druku (np. w gazecie) lub dostrzeganiem przedmiotów mieszczących się blisko. Chorzy mają także problem z prawidłowym odczytaniem znaku lub cyfry, które mają zbliżony kształt oraz nie potrafią prawidłowo odczytać godziny na zegarku. Prezbiopii nie można całkowicie wyleczyć, a jedynie spowolnić jej postęp. W tym celu problemy ze wzrokiem koryguje się za pomocą okularów z odpowiednimi szklami. Zazwyczaj stosuje się szkła dwuogniskowe oraz trójogniskowe, w zależności od rodzaju dolegliwości.

Retinopatia cukrzycowa

Problemy z cukrzycą mogą również wpływać na pracę narządu wzroku. Podwyższony poziom glukozy we krwi może spowodować osłabienie naczyń krwionośnych znajdujących się w siatkówce, czego wynikiem są ich odkształcenia oraz krwotoki. Istnieją dwa rodzaje retinopatii: proliferacyjna oraz nieproliferacyjna. Występują zarówno w przypadku cukrzycy insulinowej, jak i nieinsulinowej. Wraz z postępem retinopatii dochodzi do pęknięcia mikrotętniaków, w wyniku czego powstają wybroczyny, które jednak nie powodują uszkodzeń wzroku. Kolejnymi objawami są krwotoki do ciała szklistego oraz przed-

siatkówkowe, mające znaczny wpływ na pracę narządu wzroku. Retinopatia powoduje także odwarstwienie siatkówki, pojawienie się na jej obszarze obrzęków i wysięków. Leczenie retinopatii w dużym stopniu uzależnione jest od przebiegu cukrzycy u chorego i kontroli poziomu glukozy we krwi. W celu całkowitego wyeliminowania choroby stosuje się zabieg zwany fotokoagulacją laserową, polegający na odbudowaniu uszkodzonych naczyń krwionośnych oraz usunięciu ich nadmiaru.

Katarakta

Inaczej zwana zaćmą starczą, to jedna z najpoważniejszych i najniebezpieczniejszych chorób wzroku. Polega na zmętnieniu soczewki oka, powodując jej stopniową nieprzepuszczalność dla światła. Dotyka głównie osoby starsze, które przekroczyły 60. rok życia. Może być też następstwem ostrej krótkowzroczności, tężyczki, cukrzycy, skutkiem nieodpowiedniego przyjmowania różnego typu leków (np. sterydów) lub urazu oka, stanu zapalnego (np. zaćma pourazowa, pozapalna). Głównymi objawami zaćmy są: pogorszenie ostrości widzenia, problem z rozróżnieniem kolorystyki, trudność z odczytaniem drobnego druku oraz podwójne widzenie. Zaćmę najłatwiej zdiagnozować podczas kontrolnego badania okulistycznego, np. testowania ostrości wzroku, zabiegu biomikroskopowego lub USG gałki ocznej. W początkowej fazie lekarz może zalecić przyjmowanie preparatów opóźniających postęp choroby, jednak jej definitywne wyleczenie stanowi zabieg operacyjny, podczas którego specjalista usuwa uszkodzoną soczewkę oraz zastępuje ją sztuczną i w pełni funkcjonalną. Dzięki nowoczesnym metodom operacyjnym (fakoemulsyfikacja – rozdrobnienie i odessanie starej soczewki oraz wszczep elastycznego implantu przez minimalne nacięcie gałki ocznej) oraz stosowanemu zazwyczaj znieczuleniu miejscowemu, leczenie to jest dostępne nawet dla osób w podeszłym wieku obciążonych innymi chorobami.

AMD

Inaczej zwyrodnienie plamki żółtej, to schorzenie powstające na skutek uszkodzenia nabłonka barwnikowego siatkówki. Wywołują je stany zapalne oraz tworzenie się wadliwych naczyń. Na powstanie zwyrodnienia mają wpływ czynniki genetyczne, jak również niezdrowy styl życia pacjenta i choroby współistniejące, takie jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroby układu krążenia czy nadwaga. Może prowadzić do nieodwracalnej utraty widzenia. AMD (ang. *Age-related Macular Degeneration*) występuje w dwóch odmianach: suchej oraz wysiękowej, inaczej mokrej. Większości przypadków dotyczy ta pierwsza, która ma bardziej łagodny charakter. Zwyrodnienie plamki żółtej objawia się powstawaniem mgły w centrum pola widzenia (tzw. mroczkami), rozmywaniem się obrazu, niemożnością rozróżnienia małych szczegółów oraz zacieraniem się konturów przedmiotów. O sposobie leczenia AMD decyduje stopień zaawansowania choroby. W celu ustanowienia prawidłowej diagnozy przeprowadza się szereg badań, m.in. optyczną tomografię. W początkowym stadium choroby stosuje się przede wszystkim terapię fotodynamiczną, termoterapię oraz przyjmowa-

nie sterydów. W pozostałych przypadkach konieczne jest przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego. Zazwyczaj są to witrektomia, translokacja siatkówki lub przeszczep komórek nabłonka barwnikowego. W nasilonej postaci choroba może jednak wymagać specjalistycznego leczenia okulistycznego w postaci dogąłkowych zastrzyków leku lub laseroterapii, które pozwalają zapobiec trwałym uszkodzeniom siatkówki oka i ślepotcie. Jako działanie profilaktyczne zalecane jest także stosowanie okularów chroniących oczy przed promieniowaniem ultrafioletowym (UV). Ważna jest też obserwacja ewentualnych chorób współistniejących, higieniczny tryb życia oraz dieta. Oczom nie sprzyja palenie papierosów, długie siedzenie przed ekranem komputera/smartfona, brak ruchu na świeżym powietrzu czy nadmierna ekspozycja na działanie promieni UV bez zabezpieczenia filtrami. Ważna jest dieta bogata w rybie tłuszcze, mikroelementy, luteinę, cynk, selen, zeaksantynę, itp.

Zespół suchego oka

Osoby starsze dotyka także tzw. zespół suchego oka i jest on jedną z najbardziej popularnych przypadłości. Powstaje na skutek zmniejszenia się aktywności gruczołów łzowych, spowodowanej wytwarzaniem przez organizm mniejszej ilości tłuszczu niezbędnego do prawidłowego nawilżania. Wynikiem tego są przekrwione oczy, podrażnienie, pieczenie, swędzenie, a czasem nawet osłabienie narządu wzroku. Na rozwój choroby mają także wpływ częste przebywanie w klimatyzowanych pomieszczeniach, suche powietrze, przyjmowanie niektórych leków, dym papierosowy oraz nadmierne korzystanie z soczewek kontaktowych. W celu zmniejszenia objawów choroby stosuje się specjalne krople do oczu, tzw. sztuczne łzy. Pomagają one zachować odpowiednie nawilżenie oka i zapobiegają jego wysychaniu. Szczególnie dotyczy to pacjentów, u których z powodów neurologicznych dodatkowo występuje niedomykalność powiek sprzyjająca wysychaniu oka. W przypadku osób niesamodzielnych należy pamiętać o dostarczaniu właściwej ilości płynów w ciągu dnia, żeby nie dopuszczać do odwodnienia, którego wynikiem i objawem jest wysychanie śluzówek. Również niektóre leki mogą nasilać wysychanie błon śluzowych, dlatego należy o tym poinformować lekarza przy okazji wizyty kontrolnej.

Dla utrzymania dobrej funkcji wzroku istotna jest prawidłowa dieta zawierająca witaminy z grupy B oraz witaminę A, jak też odpowiednie warunki używania wzroku – przede wszystkim stosowne oświetlenie (nie za słabe, nie za mocne). Niektóre choroby ogólnoustrojowe (np. cukrzyca, nadciśnienie, miażdżyca) mogą powodować zmiany w oczach, a ich właściwe leczenie zapobiega powikłaniom ocznym. W przypadku nagłego pojawienia się objawów, takich jak ból oka, pogorszenie widzenia (w tym utrata widzenia, zaburzenie ostrości, podwójne widzenie, wrażenie „błyskawic”), mechaniczny uraz oka, ciało obce w oku, „czerwone oko” – należy niezwłocznie skontaktować się z lekarzem. W sytuacji oparzenia chemicznego kluczowe znaczenie ma natychmiastowe (na miejscu zdarzenia), obfite płukanie oka wodą. W ra-

zie pojawienia się problemów ze strony narządu wzroku niezbędne jest badanie okulistyczne, by ustalić, co jest ich przyczyną oraz jakie będzie właściwe postępowanie. W przypadku miejscowego stosowania leków okulistycznych należy szczególnie przestrzegać ich prawidłowego dawkowania oraz sposobu przechowywania i podawania (jak niżej), tak aby nie spowodować działań niepożądanych – np. nie zanieczyścić, nie zainfekować lub nie urazić gałki ocznej przy aplikacji. Nie należy podawać leku po upływie terminu ważności/przechowywania lub z niepokojącymi zmianami w wyglądzie (zmętnienie, osad, zmiana koloru). Nie jest wskazane także podawanie leku z tego samego opakowania innemu pacjentowi.

W przypadku przewlekłych chorób okulistycznych należy przestrzegać ustalonych terminów okresowych kontroli lekarskich. Szczególnej uwagi wymagają osoby niedowidzące lub niewidome. Pacjentom bardzo słabo widzącym lekarz okulista może zlecić specjalne pomoce optyczne, przenośne lub stacjonarne (lupy, okulary lupo-we, okulary lornetowe). W wypadku tekstu dostępnego w wersji elektronicznej programy komputerowe umożliwiają m.in. powiększenie czcionki lub skonwertowanie tekstu do wersji czytanej (głosowej). Dostępne są także „mówiące” zegarki czy termometry. W życiu codziennym warto dostosować warunki zamieszkania do ograniczeń osoby słabowidzącej poprzez likwidację potencjalnych zagrożeń – na ziemi (dywany, wolno stojące meble), jak i nad ziemią (nisko wiszące szafki, lampy, okapy). Należy unikać dokonywania niespodziewanych zmian w bezpośrednim otoczeniu osoby niewidomej, by nie narażać jej na kolizję z niepotrzebnymi przedmiotami lub poszukiwanie tych, które właśnie są jej potrzebne, a nie znajdują się na właściwym miejscu. Drzwi w mieszkaniu należy zostawiać albo całkiem otwarte, albo zamknięte (nie uchylone). Po pewnym treningu większość czynności związanych z samoobsługą osoba niewidoma może wykonać całkowicie samodzielnie.

Właściwy sposób podawania leku do oczu:

- pacjent siedzi, głowa w pozycji odchylonej do tyłu, wzrok skierowany ku górze,
- dwoma palcami jednej ręki pociągamy w dół skórę poniżej dolnej powieki, obniżając ją lekko i odchylając,
- do tak powstałego załamka spojówki wpuszczamy z aplikatora (trzymanego w drugiej ręce) krople w odpowiedniej ilości (zwykle 1 lub 2 krople), nie dotykając oka ani powieki,
- zwalniamy powiekę, pacjent powinien powoli zamknąć oko i jeszcze przez chwilę utrzymać zamknięte, nie mrugając, aby zbyt szybko nie wypłukać leku,
- w przypadku maści lek nakładamy do wewnątrz spojówki wzdłuż jej brzegu (nie punktowo), po zamknięciu powiek można go bardzo delikatnie wmasować,
- mimo że w trakcie powyższej czynności nie dotykamy żadnej części oka, należy pamiętać o umyciu rąk przed jej wykonaniem.

Piśmiennictwo:

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



Różne formy wsparcia i pomocy oraz wskazówki edukacyjne dla opiekunów

**WSPARCIE
DLA OPIEKUNÓW**

Opieka nad podopiecznym z rakiem płuca

Podjęcie się roli opiekuna nad podopiecznym z rakiem płuca nie jest łatwe. Chorzy zwracają się do swoich opiekunów o różne rodzaje wsparcia, począwszy od praktycznych potrzeb (np. transport na wizyty lekarskie, naświetlania, chemioterapię), aż po wsparcie emocjonalne.

Bycie opiekunem może być satysfakcjonujące, ale także wyczerpujące. Ważne jest, by zrozumieć, na czym polega ta rola i jak zapobiegać wypaleniu.

1. Staraj się unikać nadmiaru informacji. Chociaż zrozumienie choroby i możliwości jej leczenia jest ważną częścią bycia opiekunem, przeglądanie statystyk dotyczących raka płuca może wywołać niepokój i przygnębienie. Co więcej, może to również wpłynąć na stan emocjonalny osoby, którą się opiekujesz.
2. Skoncentruj się na indywidualnym postrzeganiu danej osoby. Wskaźniki przeżycia i inne statystyki dotyczące dużej liczby osób z rakiem płuc często nie znajdują odniesienia do indywidualnej historii twojego podopiecznego. Ponadto perspektywa osoby może się znacznie zmienić, jeśli na przykład zakwalifikuje się do badań klinicznych lub zatwierdzone zostaną nowe sposoby leczenia.
3. Polegaj na zespole opieki zdrowotnej twojego podopiecznego, który odpowie na konkretne pytania dotyczące raka płuca lub jego perspektyw.
4. Przewyciężaj piętno choroby nowotworowej i działaj jako rzecznik/adwokat podopiecznego. Jednym z wyzwań radzenia sobie z rakiem płuca jest piętno związane z chorobą. Badania wskazują na powszechność poczucia winy, złości, żalu, wstydu wśród osób z rakiem płuca. Zaleca się unikanie nadmiernego podkreślania tego, czy podopieczny jest lub był palaczem. Jeśli ktoś zapyta, czy osoba z rakiem płuca kiedykolwiek paliła, wyjaśnij, że zadawanie tego pytania może być bolesne. Delikatnie przypomnij innym, że rak płuca dotyka nie tylko osoby palące w przeszłości – by zwiększyć świadomość na temat tej choroby. Bliscy krewni mogą też sprawić, że osoba z rakiem płuca poczuje się winna z powodu swojej choroby, nawet jeśli nie mają takiego zamiaru. Spotkanie z pracownikiem socjalnym, psychologiem, onkologiem może pomóc rozwiązać niektóre z tych problemów i zapewnić sposoby radzenia sobie ze złożonymi emocjami w roli opiekuna. Wreszcie – osoba, którą się opiekujesz, może również radzić sobie z uczuciem żalu poprzez przekonanie, że zasługuje na chorobę i zacząć angażować się w zachowania autodestrukcyjne, takie jak niestosowanie się do zaleceń lekarza. Jeśli zdarzy się to twojemu podopiecznemu, porozmawiaj z jego zespołem opieki zdrowotnej o sposobach uzyskania dodatkowego wsparcia.

5. Pamiętaj, że dobre samopoczucie osoby chorej na raka płuca zależy od niezawodnego wsparcia opiekuna. Będziesz odgrywać podwójną rolę pomocnika i towarzysza w domu, musisz zapewnić połączenie opieki medycznej, praktycznej i emocjonalnej.

Opieka medyczna

Jako opiekun osoby z rakiem płuca możesz być odpowiedzialny za pomoc w zakresie podstawowej opieki medycznej. Może ona obejmować:

- podawanie leków,
- pomoc w radzeniu sobie ze skutkami ubocznymi stosowanego leczenia,
- chodzenie na wizyty lekarskie z podopiecznym,
- komunikowanie się z zespołem medycznym,
- prowadzenie listy kontaktów, do których należy zadzwonić w nagłych wypadkach,
- pomaganie w kąpaniu się i ubieraniu przez podopiecznego,
- uczestniczenie w realizacji potrzeb opieki paliatywnej.

Praktyczna pielęgnacja

Codziennie czynności mogą być przytłaczające dla osoby poddawanej leczeniu lub borykającej się z zaawansowanym rakiem płuca. Może zwrócić się do opiekuna o wsparcie instrumentalne, w tym:

- zakupy spożywcze,
- przygotowywanie posiłków,
- sprzątanie domu,
- dojazdy na wizyty lekarskie i z powrotem,
- robienie prania,
- opłacanie rachunków,
- zajmowanie się ubezpieczeniem zdrowotnym,
- rozwiązywanie problemów finansowych.

Opieka emocjonalna

Zapewnienie wsparcia emocjonalnego podopiecznemu z rakiem płuca może być jednym z najtrudniejszych elementów opieki. Być może będziecie musieli wspólnie stawić czoła niepewności, starając się zachować nadzieję:

- ćwicz umiejętności aktywnego słuchania, gdy podopieczny opowiada o swojej chorobie. Chociaż naturalna jest chęć znalezienia rozwiązania jego problemów, pamiętaj, że nie możesz zmienić obecnych okoliczności,
- posłuchaj, jak wyraża się podopieczny i pomóż mu zaakceptować chorobę. To jeden z najlepszych sposobów zapewnienia wsparcia emocjonalnego,
- staraj się nie zmieniać emocji podopiecznego. Każdy inaczej radzi sobie z rakiem. To normalne, że podopieczny może mieć emocjonalne wzloty i upadki w trakcie choroby. Zaakceptuj to, co czuje podopieczny na co dzień.

Opieka nad osobą chorą na raka płuca może być fizycznie i emocjonalnie wyczerpująca. Pamiętaj o codziennym poświęcaniu odrobiny czasu na regenerację, by zapobiec wypaleniu. Dołączenie do grupy wsparcia opiekunów może dać ci okazję do porozmawiania z innymi ludźmi w podobnych sytuacjach. Rozmowa z doradcą może też

pomóc w znalezieniu odpowiednich sposobów radzenia sobie. Poradnictwo bywa również pomocnym sposobem uczenia się strategii dawania sobie rady ze stresem i samotnością oraz z problemami praktycznymi i znajdowania odpowiednich słów, aby porozmawiać o swoich doświadczeniach z podopiecznym. Postaraj się także, by twoje zdrowie było priorytetem. Zachowaj aktywność, wykonując 30-minutowy spacer dla zachowania sprawności. Wprowadź zdrową żywność do swojej diety i ogranicz spożycie alkoholu. Dbaj o higienę snu, żeby dobrze się wysypiać. Jeśli nie czujesz się najlepiej, porozmawiaj ze swoim lekarzem o możliwych zmianach, które możesz wprowadzić. W ramach samoopieki rozważ wypróbowanie jogi i medytacji. Zarezerwuj czas na swoje ulubione hobby, takie jak jazda na rowerze, gotowanie lub ogrodnictwo. Znajdź czas na rzeczy, które lubisz, co może pomóc zmniejszyć ogólny stres. Wreszcie – bądź dla siebie delikatny. To normalne, że będąc opiekunem, że odczuwasz niewygodne emocje, takie jak poczucie winy, złość i smutek. Poproś o pomoc, kiedy jej potrzebujesz, bierz rzeczy z dnia na dzień. Poświęcenie czasu dla siebie może pomóc uniknąć wypalenia opiekuna. Codziennie priorytetowo traktuj swoje zdrowie i dobre samopoczucie.

Wykrycie guza na wczesnym etapie zaawansowania daje nadzieję na wykonanie możliwie doszczętnego zabiegu chirurgicznego i usunięcie raka płuca, zanim choroba rozprzestrzeni się na inne narządy. Oprócz **profilaktyki raka płuca**, która opiera się na fundamencie, którym jest niepalenie tytoniu, unikanie biernego palenia tytoniu, ekspozycji zawodowej na azbest i niektóre metale, krzemionkę oraz promieniowanie jonizujące (szczególnie na radon), a także na poradnictwie antytytoniowym – zdaniem ekspertów kluczowe znaczenie mają szybka diagnostyka i możliwie wczesne wykrycie choroby. To nie tylko RTG klatki piersiowej, ale też niskodawkowa tomografia komputerowa klatki piersiowej – LDCT (*A Low-Dose CT Scan*) jako badanie przesiewowe/skriningowe w populacji wysokiego ryzyka (byli i obecni palacze w wieku 50-75 lat, palący więcej niż 10 papierosów dziennie przez ponad 30 lat oraz osoby palące więcej niż 15 papierosów dziennie przez minimum 25 lat). W zasadzie każdy nałogowy palacz w wieku powyżej 50 lat lub wcześniej, jeżeli osiągnie poziom 30 paczkolet, powinien cyklicznie (raz w roku, raz na pół roku) zgłaszać się na badanie tomograficzne. Cena takiego badania to równowartość 25 paczek, czyli około 500 papierosów. Wystarczy zatem wypalić 2 papierosy dziennie mniej, aby zaoszczędzić na wykonanie badania wartego 300 zł, które może uratować życie.

Paczkoleta = liczba paczek papierosów dziennie x lata palenia. Paczkoleta – umowne określenie zagrożenia rozwoju chorób zależnych od dymu tytoniowego, stosowane w medycynie. Wypalanie 40 sztuk papierosów (2 paczek) dziennie w ciągu jednego roku oznacza 2 paczkoleta.

Badania diagnostyczne w przypadku podejrzenia raka płuca można podzielić na te, które przeprowadza się w celu ustalenia rozpoznania oraz te, które przeprowadza się w celu określenia, jakie jest stadium zaawansowania procesu nowotworowego. W wypadku wstępnego podejrzenia choroby nowotworowej diagnostyka raka płuca

rozpoczyna się od pierwszej wizyty u lekarza i składa się z badania podmiotowego, obejmującego wywiad w kierunku objawów, czynnego i biernego narażenia na dym tytoniowy, rodzinnego występowania nowotworów oraz narażenia zawodowego. Niezbędnymi elementami wstępnej diagnostyki są badanie kliniczne oraz ocena sprawności, którą należy przeprowadzić, posługując się skalą Zubroda.

Coraz większą rolę odgrywają **badania genetyczne** w kierunku np. mutacji w genie EGFR czy rearanżacji w genie ALK, które u części pacjentów pozwalają na zastosowanie leczenia celowanego molekularnie. Podstawowym **badaniem diagnostycznym obrazowym** w podejrzeniu raka płuca jest RTG klatki piersiowej w projekcji przednio-tylnej i bocznej (okrągły cień, zmiany zarysu wnęki, zmiany naciekowe, zaburzenia o charakterze rozedmy lub niedodmy). Prawidłowy wynik konwencjonalnego badania RTG klatki piersiowej nie wyklucza nowotworu, który może być umiejscowiony w okolicach o ograniczonej dostępności (szczyt płuca, śródpiersie). Z tego powodu należy wykonać badanie tomografem komputerowym z użyciem kontrastu obejmującego jamę brzuszną do poziomu nadnerczy. W szczególnych sytuacjach wykonuje się badanie klatki piersiowej za pomocą rezonansu magnetycznego, które może określić stan okolicznych struktur. W przypadku guza o nieznanym charakterze można wykonać PET – pozytonową tomografię emisyjną, która ułatwia różnicowanie zmian łagodnych od złośliwych. Przed planowanym leczeniem należy dokonać oceny wydolności oddechowej (spirometria), wydolności układu krążenia (EKG, ewentualnie echokardiografia i EKG wysiłkowe). W ramach wstępnej **diagnostyki laboratoryjnej** raka płuc konieczne jest wykonanie morfologii krwi z rozmazem i oceny układu krzepnięcia, badań biochemicznych (stężenie kreatyniny w surowicy krwi, mocznika, sodu, potasu, wapnia, bilirubiny, transaminaz, fosfatazy zasadowej, LDH, glukozy) oraz ogólnego badania moczu. W ramach **patomorfologicznej diagnostyki** raka płuca wykonuje się ocenę histologiczną wycinka guza pobranego w czasie bronchoskopii lub ocenę cytologiczną popłuczyn z oskrzeli. W przypadku zmian o obwodowej lokalizacji rozpoznanie ustala się na podstawie oceny materiału pobranego drogą biopsji przez ścianę klatki piersiowej. Można też wykonać badanie cytologiczne płwociny, biopsję węzłów chłonnych śródpiersia w czasie ultrasonografii wewnątrzoskrzelowej, badanie cytologiczne wysięku opłucnowego. Dzięki badaniu histopatologicznemu możliwe jest rozróżnienie, czy u danego chorego mamy do czynienia z rakiem drobnokomórkowym (20%) czy niedrobnokomórkowym (80%). Pomimo dynamicznego rozwoju onkologii i wprowadzania nowych metod leczenia (immunoterapia, leczenie celowane) rak płuca to choroba, w której rokowania pozostają najczęściej niepomyślne. Dla wielu chorych szansą jest udział w badaniach klinicznych. Szczegółowe metody leczenia ustala się na podstawie typu histologicznego guza, stadium zaawansowania oraz ogólnej sprawności pacjenta. W przypadku raka niedrobnokomórkowego płuca możliwe jest zastosowanie leczenia radykalnego lub paliatywnego. W wypadku raka drobnokomórkowego główną metodą leczenia jest chemioterapia. Wskazania do radioterapii chorych na drobnokomórko-

wego raka płuca zależą od stopnia zaawansowania nowotworu. W przypadku chorych w stopniu zaawansowania I-III radioterapia klatki piersiowej powinna być stosowana w skojarzeniu z chemioterapią, najlepiej jednocześnie. U chorych w stopniu IV radioterapia jest również ważnym elementem leczenia, aczkolwiek zwykle rozważa się ją po zakończeniu chemioterapii. Poza tym chorzy na drobnokomórkowego raka płuca są kandydatami do tzw. elektywnego napromieniania ośrodkowego układu nerwowego. Natomiast u chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca wskazania do radioterapii obejmują pooperacyjne napromienianie wybranych osób poddawanych resekcji mięszu płucnego. Jest ona bezwzględnie uzasadniona – w skojarzeniu z chemioterapią – u większości chorych w stadium miejscowego zaawansowania oraz powinna być zawsze uwzględniana w postępowaniu paliatywnym u osób z nowotworem uogólnionym (np. napromienianie przerzutowych zmian kostnych lub umiejscowionych w ośrodkowym układzie nerwowym). Nie można również zapomnieć o możliwości stosowania radioterapii stereotaktycznej, będącej alternatywą leczenia chirurgicznego chorych, którzy nie mogą być poddawani resekcji mięszu płucnego z powodu poważnych chorób współistniejących.

Skala ECOG (skala sprawności ECOG, skala sprawności według Eastern Cooperative Oncology Group) – pozwalająca określić stan ogólny i jakość życia pacjenta z chorobą nowotworową, nazywana też skalą Zubroda.

Stopień sprawności i definicja

- 0 – sprawność prawidłowa, zdolność do samodzielnego wykonywania codziennych czynności,
- 1 – obecność objawów choroby, możliwość chodzenia i wykonywania lekkiej pracy,
- 2 – zdolność do wykonywania czynności osobistych, niezdolność do pracy, spędza w łóżku około połowy dnia,
- 3 – ograniczona zdolność wykonywania czynności osobistych, spędza w łóżku ponad połowę dnia,
- 4 – konieczność opieki osoby drugiej, spędza w łóżku cały dzień,
- 5 – zgon.

Piśmiennictwo:

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

Opieka nad podopiecznym z rakiem piersi

Nowotwory osób w podeszłym wieku różnią się nieco przebiegiem oraz sposobem postępowania terapeutycznego w stosunku do osób młodych. Nie zmienia się jednak podejście psychologiczne. Każdy chory, u którego zdiagnozowano nowotwór, wymaga nie tylko leczenia fizykalnego, ale i pomocy oraz wsparcia duchowego.

Ważne jest, żeby nie zrzucić wszystkich objawów starszego pacjenta na karb jego podeszłego wieku. Nagłe zmiany stanu zdrowia czy dołączenie nowych objawów muszą zawsze budzić czujność opiekuna i skłaniać go do rozważenia konsultacji lekarskiej. Do objawów niepojących należą na przykład zmiana kształtu i wyciek z brodawki sutkowej. Aby móc właściwie opiekować się osobą z chorobą nowotworową, należy poznać jej główne dolegliwości fizyczne, a także spróbować wyobrazić sobie jej stan psychologiczny. Wiadomość o chorobie onkologicznej dla wielu osób jest ciężka do uniesienia, a pogodzenie ze swoim stanem trudne, a czasem nieosiągalne. Nowotwór wciąż funkcjonuje w społeczeństwie jako choroba nieuleczalna, potencjalnie śmiertelna i piętnująca chorego. Postęp w zakresie leczenia i badań klinicznych pozwala nam dziś powiedzieć, że zaawansowany rak piersi jest chorobą poddającą się leczeniu. Mimo to istnieje swoiste poczucie wyobcowania pacjenta z dotychczasowego życia, często pojawiają się apatia i depresja. Tymczasem badania naukowe jasno wskazują, że psychika chorego odgrywa ogromną rolę w walce z chorobą. Pacjenci w stanie depresji słabiej odpowiadają na leczenie, gorzej znoszą jego skutki uboczne i w konsekwencji przeżywają krócej niż osoby z wyrównanym nastrojem. Wsparcie opiekuna oraz osób najbliższych odgrywa istotną rolę w powrocie do zdrowia. Jeśli jednak, mimo starannej opieki, chory pozostaje w stanie patologicznie obniżonego nastroju, źle sypia (lub przeciwnie, przesypia całe dnie), nie chce przyjmować pokarmów – warto pomyśleć o wsparciu farmakologicznym. Osoby chorujące odczuwają lęk przed śmiercią, obawiają się o przyszłość dzieci, partnerów i rodziny. Silny niepokój wzbudza możliwość dalszej progresji nowotworu. Naturalnymi reakcjami na wieść o chorobie nowotworowej są między innymi: gonitwa myśli, sprzeczne i zmienne nastroje, szok, strach, smutek, poczucie winy i niesprawiedliwości. Chora może odczuwać je wszystkie lub tylko niektóre. Nie ma bowiem jednego wzoru emocji, których doświadcza pacjentka z rakiem piersi. Nie ma też jednorodnego sposobu radzenia sobie z nimi. Wiadomo jednak, że bywają one silne i mogą wpłynąć na kondycję organizmu, a także na relacje z najbliższymi i otoczeniem. To, w jaki sposób pacjentka poradzi sobie z tymi emocjami, zależy od wielu czynników, w tym między innymi od jej charakteru, osobowości, doświadczenia, sytuacji rodzinnej, zaawansowania choroby, chęci skorzystania z pomocy profesjonalistów medycznych, psychologa, dietetyka, grup wsparcia. Rak piersi i jego leczenie wpływają ponadto na wygląd oraz postrzeganie własnej atrakcyjności jako kobiety. Choroba nowotworowa nie oznacza rezygnacji z dbania o siebie. Zadowolenie z własnego wyglądu czy utrzymanie aktywności fizycznej poprawiają samopoczucie, kondycję emocjonalną i jakość życia, a dzięki temu wspierają również proces leczenia.

Pacjent z chorobą nowotworową jest narażony na niedożywienie, które może pogarszać przebieg leczenia. Brak apetytu związany jest z przyjmowanymi lekami, które nasilają mdłości i zniechęcają do posiłków. Wyniszczające działanie ma też sam nowotwór. Apetyt podopiecznego można pobudzić, serwując mu ulubione potrawy – przyrządzone i podane w estetyczny sposób. Jeśli chory dobrze reaguje

je na zapachy, warto zadbać o to, by potrawy były również aromatyczne. W okresie leczenia nowotworu, a także przez kilka najbliższych lat po terapii nie należy na własną rękę podawać choremu preparatów witaminowych ani innych suplementów diety. Wszelkie dodatkowe leki należy wcześniej konsultować z lekarzem prowadzącym chorego.

Nierzadko u osób starszych odstępuje się od pełnej, agresywnej terapii, która doszczętnie niszczy nowotwór, ale też naraża chorego na znacznie większe ryzyko utraty zdrowia lub życia. Podejmuje się wówczas raczej leczenie paliatywne – mające na celu łagodzenie objawów choroby oraz jak największy komfort życia pacjenta i redukcję dolegliwości bólowych. Ból nowotworowy może być skutecznie kontrolowany, a chory nie musi cierpieć. Jedną z wygodnych form leczenia przeciwbólowego są plastry naklejane na ciało pacjenta, z których stopniowo uwalnia się lek opioidowy. Jeśli chory korzysta z innej formy terapii przeciwbólowej, a w okresie pomiędzy poszczególnymi dawkami pojawiają się dolegliwości (tak zwane bóle przebijające), należy porozmawiać z lekarzem o zastosowaniu dodatkowej bariery lekowej. Mimo choroby starszy pacjent może w spokojnej i ciepłej atmosferze przeżyć swoje ostatnie lata życia, a kluczem do tego jest właściwa opieka, która zapewnia nie tylko zaspokojenie podstawowych potrzeb fizycznych, ale także wsparcie psychiczne. W wypadku pogorszenia się sytuacji materialnej chorzy mogą również korzystać z różnych form wsparcia materialnego. Pomoc informacyjną i emocjonalną można natomiast uzyskać ze strony profesjonalistów: onkologa, psychiatry, pielęgniarki, psychologa, dietetyka, ale też organizacji społecznych i religijnych czy grup wsparcia (Amazonki, Rak'n'Roll, OncoCafe).

Współcześnie leczenie raka piersi przybiera coraz mniej inwazyjne formy i wykorzystuje coraz więcej nowych technologii. Rzadziej wymaga wielodniowego przebywania w szpitalu czy stałego podłączenia do kroplówki. Chemioterapię można przyjąć na oddziale dziennym, a nawet – jeśli zachodzi taka potrzeba – w miejscu pracy i w domu. Naświetlanie zajmuje teraz czasami tylko kilkanaście minut, a leki mają formę tabletek lub implantów podskórnych. Żadna z tych form terapii nie jest aż tak czasochłonna, aby odebrać możliwość normalnej egzystencji i realizacji planów, np. zawodowych. Należy jednak pamiętać o zachowaniu umiaru.

Wybór sposobu leczenia zależy od dwóch kluczowych informacji: pierwsza to stopień zaawansowania nowotworu. Lekarz ustala go przy pomocy tzw. klasyfikacji TNM (z ang. *Tumor* – guz, *Nodes* – węzły chłonne, *Metastasis* – przerzuty odległe), czyli poprzez określenie: wielkości pierwotnego guza w piersi (T), obecności przerzutów nowotworu w węzłach chłonnych (N) oraz ewentualnej obecności przerzutów nowotworu w innych narządach, np. w wątrobie, płucach, kościach (M). Druga to podtyp biologiczny. Lekarz określa go na podstawie oceny obecności receptorów hormonalnych (estrogenowych – ER i progesteronowych – PR) w komórkach raka oraz ekspresji receptora HER2 i markera Ki67. Rak piersi jest bowiem niejednorodną chorobą i w różnych podtypach stosuje się różne leczenie. Oceny wspomnianych receptorów i marke-

ra dokonuje lekarz patomorfolog podczas badania mikroskopowego fragmentu pierwotnego guza lub przerzutu.

Stopnie zaawansowania raka piersi

STOPIEŃ 0

Jest to bardzo wczesna postać nowotworu piersi, do której kwalifikowane są raki nienaciekające (przedinwazyjne). W tym stadium choroba jest praktycznie całkowicie wyleczalna. Stosowane leczenie ma na celu nie tylko uzyskanie miejscowego wyleczenia, lecz również zapobiegnięcie wystąpieniu raka inwazyjnego.

WCZESNY RAK PIERSI – STOPIEŃ I i II

Choroba jest ograniczona do gruczołu piersiowego i/lub najbliższych pachowych węzłów chłonnych stępu choroby.

MIEJSCOWO ZAAWANSOWANY RAK PIERSI

– STOPIEŃ III

W tym stopniu występuje duże zróżnicowanie zaawansowania zarówno w piersi, jak i węzłach chłonnych. Guz piersi może naciekać skórę i ścianę klatki piersiowej, a także przybierać postać raka zapalnego. Możliwe jest występowanie przerzutów nowotworu do regionalnych węzłów chłonnych pachowych i/lub węzłów pod-/nad-obojczykowych. W tym stopniu nie stwierdza się przerzutów do narządów odległych.

UOGÓLNIONY, PRZERZUTOWY RAK PIERSI

– STOPIEŃ IV

W tym stopniu stwierdza się przerzuty raka piersi do narządów odległych, np. kości, płuc, wątroby lub mózgu.

ZAAWANSOWANY RAK PIERSI

„Zaawansowany rak piersi” jest terminem stosowanym do opisanego zarówno miejscowo zaawansowanego, nieoperacyjnego raka piersi (wybrane postaci stopnia III wg wspomnianej skali TNM), jak i raka piersi z przerzutami do narządów odległych (stopień IV).

Wyróżnia się trzy główne podtypy raka piersi:

- hormonozależny (luminalny),
- HER2-dodatni,
- potrójnie ujemny.

Hormonoterapia – metoda leczenia systemowego (leczenie systemowe to leczenie działające w całym organizmie) wskazana do stosowania u pacjentek, których komórki nowotworowe wykazują obecność receptorów hormonalnych. Leczenie za pomocą hormonoterapii ma zmniejszyć wpływ estrogenów na wrażliwe komórki nowotworowe.

Leczenie celowane – leczenie systemowe z zastosowaniem nowoczesnych leków działających na wybrane procesy komórkowe, odpowiedzialne za przeżywanie i namnażanie się komórek nowotworowych. Opiera się na znajomości mechanizmów powstawania i rozwoju nowotworów. Leczenie takie jest bardziej precyzyjne niż chemioterapia, jednak może też oddziaływać na komórki zdrowe.

Chemioterapia – jedna z metod systemowego leczenia raka piersi. Polega na podawaniu leków, które niszczą komórki nowotworowe. Leki takie mogą również uszkadzać zdrowe komórki, wywołując wiele działań niepożądanych. Chemioterapia jest stosowana w leczeniu choroby zaawansowanej, a także w chorobie wczesnej przed leczeniem chirurgicznym lub po nim.

Radioterapia – metoda leczenia miejscowego, która polega na wykorzystaniu promieniowania jonizującego w celu zniszczenia komórek nowotworowych. Może być stosowana samodzielnie lub w połączeniu z metodami leczenia systemowego i chirurgią. Napromienianiu podlegać może – zależnie od sytuacji klinicznej – cały gruczoł piersiowy, bliżna po amputacji piersi, regionalne węzły chłonne, ponadto wybrane przerzuty do narządów odległych.

Immunoterapia – nowoczesna metoda leczenia nowotworów, która polega na aktywacji układu odpornościowego pacjenta. Nowotwór potrafi bowiem oszukiwać nasz układ odpornościowy tak, aby komórki obronne nie potrafiły rozpoznać i zniszczyć komórek nowotworowych. Immunoterapia przywraca układowi odpornościowemu tę zdolność.

Leczenie radykalne – prowadzone z intencją wyleczenia. Zasadniczo dotyczy pacjentek, u których choroba rozpoznana jest we wczesnym stadium. W raku piersi najczęściej polega na zastosowaniu leczenia miejscowego i systemowego w różnych kombinacjach.

Leczenie paliatywne – stosowane w chorobie zaawansowanej, gdy wyleczenie nie jest możliwe. Służy wydłużeniu życia i łagodzeniu objawów choroby. W leczeniu paliatywnym dominują metody systemowe, aczkolwiek w niektórych sytuacjach stosuje się także radioterapię czy chirurgię.

Piśmiennictwo:

1. *Poradnik dla pacjentek z zaawansowanym rakiem piersi i ich bliskich.*
2. Ścisło L. (red.), *Pielęgniarstwo chirurgiczne*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2020.

Opieka nad podopiecznym z rakiem jelita grubego

Rak jelita grubego może rozwijać się w każdym fragmencie jelita, umiejscawiać się po prawej lub lewej stronie okrężnicy lub w odbytnicy i rozrastać się wieloogniskowo. Wszystkie typy raka jelita grubego podczas rozrostu mogą doprowadzić do przedziurawienia ściany jelita i spowodowania niedrożności.

W przypadku guza w lewej części okrężnicy często występują krwawienia świeżą krwią z odbytu. Guzy prawej części okrężnicy objawiają się niedokrwistością z powodu utajonego krwawienia, zmianą trybu wypróżnień. Leczenie nowotworu jelita grubego składa się z zabiegów chirurgicznych i terapii uzupełniających. Dobór metody zależy od stopnia zaawansowania i umiejscowienia guza nowotworu. Różnokierunkowość w procedurze terapeutycznej obejmuje leczenie przedoperacyjne, działania pooperacyjne, techniki oraz zakres zabiegu chirurgicznego.

W nowotworach jelita grubego wykonuje się **przetokę jelitową**, określaną też **stomią jelitową**. Stomie dzieli się na **czasowe** (w przypadku których istnieje możliwość

przywrócenia ciągłości przewodu pokarmowego w czasie następnej operacji) i **stałe** (definitywne). Pierwsze z nich wyłanianie są zazwyczaj po urazie jamy brzusznej w celu zagojenia jelita. Stomia nie zawsze jest możliwa – brany jest pod uwagę wiek i obciążenia dotyczące zdrowia. Przetoka jelitowa to celowo wykonane połączenie światła narządu jamistego z powierzchnią ciała. W zależności od jej umiejscowienia wyróżnia się **kolostomię** (połączenie światła jelita grubego ze skórą powłok brzusznych) zlokalizowaną w lewym podbrzuszu i **ileostomię** (połączenie światła jelita krętego – końcowego odcinka jelita cienkiego ze skórą powłok brzusznych) zlokalizowaną w prawym podbrzuszu. Kolostomię wykonuje się między innymi w przypadku: nowotworu jelita grubego (okrężnicy, odbytnicy), wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, choroby Leśniowskiego-Crohna, niedrożności, urazów okrężnicy lub odbytnicy. Ileostomię wyłania się natomiast z powodu między innymi: wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, choroby Leśniowskiego-Crohna, urazów, niedrożności mechanicznej lub porażennej jelita grubego, polipowatości rodzinnej jelita grubego. Stomia może być: **jednolufowa**, boczna – ujście przewodu pokarmowego kończy się w powłokach jamy brzusznej, a pozostała część jest wycięta lub zaszyta na ślepo; stomia **dwulufowa**, czyli **pętlowa** – w której jeden otwór jest końcowym odcinkiem jelita, a drugi naturalną drogą do odbytu.

Stomia powinna być wyloniona w taki sposób i w takim miejscu, aby było ono najlepsze z punktu widzenia możliwości chirurgicznych oraz późniejszej pielęgnacji. Prawidłowa stomia powinna: mieć kolor różowo-czerwony, być lekko wilgotna, mieć kształt zbliżony do okrągłego, wystawać na około 1-3 cm ponad powierzchnię skóry brzucha, mieć centralne ujście do wydalania treści, a skóra wokół niej powinna wyglądać jak w innych miejscach na brzuchu.

Do powikłań wczesnych po wylonionej stomii można zaliczyć: obrzęk w obrębie stomii, krwawienie, zakażenie rany stomijnej, martwicę, niedokrwienie stomii, wciągnięcie stomii oraz brak zrostu śluzówkowo-skórnego.

Do 30. dnia po zabiegu chirurgicznym mogą wystąpić **powikłania późne**: wypadnięcie stomii, zwężenie stomii, przepuklina okołostomijna, uszkodzenie jelita podczas przepłukiwania, jak również skręcenie w okolicy stomii. Zapalenie skóry wywołane przez zawartość jelitową, uczulenie spowodowane częścią przylepną, zakażenie bakteriami bądź grzybami będą powikłaniami dermatologicznymi. Dochodzi do nich w wyniku niewłaściwej pielęgnacji wylonionej stomii. Częściej takie przypadki występują w ileostomii niż kolostomii.

Do powikłań psychologicznych dochodzi na skutek: niskiej samooceny wizerunku własnego, braku wsparcia ze strony bliskich, strachu przed odrzuceniem przez społeczeństwo, depresji. Opieka na rzecz chorych ze stomią powinna być zindywidualizowana ze względu na swoiste problemy chorego. Pielęgniarka/opiekun w opiece okołozabiegowej, jak i późnej powinni mieć wysoką jakość działań opiekuńczych, które w przyszłości będą rzutowały na komfort życia chorych z wylonioną stomią.

Następstwa spowodowane wylonioną stomią są dla chorych przyczyną zmian w życiu, na co wpływa ocena

ich jakości życia. Osoby po operacji powinny pamiętać o unikaniu sytuacji, które mogą doprowadzić do powstania przepukliny okołostomijnej. Przez 3 miesiące powinny wstrzymać się od dźwigania ciężarów i innych czynności obciążających organizm. Chorzy ze stomią powinni wykonywać ćwiczenia na mięśnie brzucha, ponieważ minimalizują powstanie przepukliny. Mogą podjąć pracę po upływie 8-12 tygodni. Powinni spożywać posiłki w regularnych odstępach czasowych oraz wypijać dużą ilość płynów. Posiadanie stomii nie jest przeciwwskazaniem do posiadania dzieci, współżycia, podróży oraz rozwijania się zawodowego. Działania medyczne ukierunkowane są nie tylko na przedłużanie życia chorych, ale też na to, by mogło być zbliżone do życia osób w pełni zdrowych. Z badań wynika, że wiek nie ma najmniejszego znaczenia odnośnie do poziomu życia. Negatywne nastawienie do swojej sytuacji wynika ze zmiany wyglądu własnego ciała, poczucia dyskomfortu, braku wsparcia oraz lęku co do nowych warunków życiowych. Osoby starsze w większym stopniu narażone są na stomię stałą ze względu na powikłania i wydłużony pobyt w szpitalu. Badania dowodzą, że rodzaj stomii, nieodpowiednia lokalizacja oraz stan psychiczny (depresja) decydują o jakości życia chorych. Ważna jest pomoc ze strony grup wsparcia (np. Polskie Towarzystwo Stomijne Pol-ilko, Fundacja STOMAlife). Liczba osób z ileostomią wzrasta z roku na rok i pomimo powikłań metabolicznych (np. odwodnień lub zaburzeń elektrolitowych z powodu zapalenia jelit), powikłań dermatologicznych (np. kontaktowych zapaleń skóry, zmian alergicznych) oraz powikłań chirurgicznych (np. zakażenia, przepukliny, martwicy) obserwuje się lepszą jakość życia tych pacjentów w porównaniu z pacjentami z kolostomią. Jakość życia chorych znacznie poprawia się ze względu na rozwój technologiczny obejmujący wysokiej klasy wyposażenie stomijne, opiekę i świadczone usługi.

Stomia w żaden sposób nie powinna wymuszać zmiany dotychczasowego trybu życia. Konieczne jest tylko wyrobienie nowych nawyków i przyzwyczajenie się do prawidłowej pielęgnacji stomii i skóry wokół niej. Wyłonienie stomii w wyniku operacji często stanowi trudne doświadczenie. Stawia pacjenta w obliczu zupełnie odmiennej sytuacji – utraty naturalnych funkcji organizmu i potrzeby nauczania się funkcjonowania w innej rzeczywistości. Dlatego tak ważne jest, by od początku uczyć się prawidłowej pielęgnacji stomii oraz skóry wokół niej. To zdecydowanie poprawia ogólny dobrostan i przywraca pewność siebie.

Przede wszystkim trzeba pamiętać, że stomia zmienia się wraz z ciałem. Obserwacja pozwala na właściwe dobranie sprzętu stomijnego, co wpływa na poziom samopoczucia. Ważna jest kontrola sprzętu i jego ewentualne uzupełnianie bądź zmiana. Nie można zakładać, że raz dobrany sprzęt wystarczy na resztę czasu funkcjonowania ze stomią. Stomia formuje się do 30 dni po operacji. Mogą wtedy pojawić się zakażenia, stany zapalne prowadzące do zaczerwienienia skóry i obrzęku. Należy wówczas skontaktować się z chirurgiem lub pielęgniarką stomijną, którzy pomogą dobrać sprzęt i w razie potrzeby skierują na dalsze leczenie. Po 30 dniach rozpoczyna się okres pooperacyjny. Zmienia się także stomia, pacjent może np. zwiększyć

masę ciała. Należy obserwować stomię i wraz z pielęgniarką stomijną odpowiednio dobrać sprzęt. Warto wziąć pod uwagę: miejsce chirurgicznego wyłonienia stomii, napięcie mięśni, blizny, rany, kształt brzucha (może być regularny, wklęsły lub wypukły). Dopasowanie sprzętu stomijnego do kształtu ciała zapobiega podciekaniu i powikłaniom. Mogą to być np. podrażnienia skóry przez treść jelitową czy odparzenia skóry z powodu rzadkiej wymiany sprzętu stomijnego. Brak systematyczności w wymianie worka stomijnego może prowadzić do nieprzyjemnego zapachu.

Codzienna pielęgnacja

1. Wymiana worka stomijnego w pomieszczeniu z umywalką i toaletą.
2. Przygotowanie potrzebnych akcesoriów przed czynnościami pielęgnacyjnymi i odklejeniem sprzętu stomijnego.
3. Przycięcie przylepca/płytki do wielkości stomii – zawsze trzeba pamiętać o tym, że stomia się zmienia. Można skorzystać z miarki pozwalającej na zmierzenie wielkości stomii.
4. Po odklejeniu worka – dokładne umycie skóry wodą z mydłem i jej osuszenie. Na okolice stomii nie wolno stosować preparatów na bazie spirytusu, benzyny aptecznej czy innych odłuszczejących skórę. Może to doprowadzić do tego, że sprzęt nie będzie się trzymał. Do mycia skóry nie należy też stosować chusteczek pielęgnacyjnych dla niemowląt. Dostępne są specjalne chusteczki do oczyszczania skóry wokół stomii. Nie należy także stosować tłustych kremów, balsamów, oliwek.
5. Umycie rąk po każdorazowej zmianie worka.
6. Nie należy obawiać się brania kąpeli pod prysznicem lub w wannie, również po zdjęciu worka stomijnego. Jedynie woda nie powinna być zbyt gorąca, bo śluzówka jelita jest mniej odporna na temperaturę. Woda powinna mieć temperaturę nie wyższą niż 40 °C.
7. Usunięcie włosów ze skóry brzucha pomoże w pewniejszym przyklejeniu sprzętu stomijnego. Jednak nie należy robić tego za pomocą kremów depilujących, gdyż mogą powodować podrażnienia.
8. Ogrzanie przylepca/płytki w dłoniach przed bezpośrednim przyklejeniem na skórę.
9. Zmiana worka stomijnego nie musi być dokonywana codziennie, jeśli treść jelitowa nie podcieka, a przyklepiec nie stracił szczelności. Płytką może być na skórze kilka dni, a worek wymienia się w razie potrzeby.
10. Sprawdzanie przed wyjściem z domu, czy sprzęt stomijny jest na odpowiednim miejscu i czy nie stracił szczelności.

Utrzymanie zdrowej skóry wokół stomii

1. Pewność, że skóra jest czysta i sucha, gdy chcemy nałożyć przylepiec/płytkę.
2. Dobrze dopasowany otwór w przylepcu/płytkę do średnicy stomii.
3. Regularne sprawdzanie rozmiaru stomii, zwłaszcza w przypadku przepukliny.

4. Dociśnięcie przylepca/płytki ręką, aby sprawdzić, czy w pełni przylega do skóry.
5. Zmiana sprzętu stomijnego, jeśli następuje jakikolwiek dyskomfort lub swędzenie skóry.
6. Pewność, że stosowany sprzęt stomijny jest dopasowany do kształtu ciała.

Podrażnienie skóry wokół stomii – co wtedy robić?

Skóra wokół stomii powinna wyglądać jak reszta skóry ciała. Jeśli zaróżowienie po zdjęciu przylepca nie zniknie lub skóra jest uszkodzona, prawdopodobnie nastąpiło podrażnienie. Po pierwsze sprawdź – usuń przylepiec/płytkę i zobacz, czy są na nim treści jelitowe.

1. Obserwuj, czy wokół stomii jest podrażnienie, które odpowiada temu, co widać na przylepcu/płytkce.
2. Sprawdź dopasowanie przylepca/płytki do stomii oraz zabezpieczenie skóry przed kontaktem z treścią wydostającą się ze stomii.
3. Oceń kształt i średnicę stomii, czy rozmiar otworu w przylepcu/płytkce odpowiada rozmiarowi i kształtowi stomii.
4. Sprawdź, gdzie w stosunku do powierzchni skóry znajduje się otwór stomii – czy powyżej poziomu powierzchni skóry, na równi czy poniżej. Jeżeli stomia znajduje się na równi albo poniżej powierzchni skóry lub gdy znajduje się w głębokim fałdzie, być może potrzeba innego rodzaju sprzętu lub akcesoriów stomijnych odpowiednich dla kształtu ciała. Firma Coloplast udostępnia nowe narzędzie BodyCheck pomagające ocenić kształt ciała, dostępne pod adresem www.coloplast.pl/bodycheck. Dzięki niemu sprawdzisz, czy sprzęt jest odpowiedni do twojego kształtu ciała.
5. Jeśli przylepiec/płytkę uległ/-a uszkodzeniu, być może za późno został zmieniony worek stomijny. Można wówczas spróbować częstszej zmiany worka, zastosowania przylepca o przedłużonym czasie noszenia lub płytki zamiast przylepca.
6. Skonsultuj się z lekarzem lub pielęgniarką stomijną, jeśli nie wiesz, co jest przyczyną podrażnień.

Osobom ze stomią przysługuje bezpłatny, w 100% refundowany przez NFZ sprzęt stomijny. Chorym przysługuje jednolity limit miesięczny w kwocie 300 zł przy kolostomii i 400 zł przy ileostomii. Zlecenia są wydawane przez uprawnioną osobę (specjalista chirurg, lekarz POZ, pielęgniarka, położna) na maksymalnie 12 miesięcy, przy czym pacjent powinien rozpocząć realizację zlecenia w ciągu miesiąca od daty jego wystawienia. Zlecenia są wystawiane i weryfikowane za pośrednictwem eZWM i nie wymagają potwierdzenia w placówce NFZ. Pacjent lub jego opiekun może odebrać sprzęt stomijny w wybranych przez siebie specjalistycznych sklepach zaopatrzenia medycznego lub w punktach dystrybucji znajdujących się w szpitalach i poradniach stomijnych. Firmy dostarczające sprzęt stomijny na rynek polski (np. Convatec, Coloplast) prowadzą sprzedaż wysyłkową swoich produktów pocztą kurierską do domu, także w ramach refundacji.

Piśmiennictwo:

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

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 elektroresekcji guza pęcherza moczowego (TURP). Przeprowadza się ją w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym. Lekarz przez cewkę moczową wprowadza do pęcherza resektoskop (narzędzie chirurgiczne posiadające kamerę) oraz nóż elektryczny do wycięcia chorych tkanek. Niektórym chorym po usunięciu guzów 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 bezpośrednio z nerki i przeważnie stosowane są jako rozwiązania czasowe – przyczyną jest np. zastój moczu wymagający natychmiastowego odblokowania dróg moczowych. Urostomia z wykorzystaniem jelita (przetoka moczowo-jelitowo-skinna) 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, wpływ 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 moczowy 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, jest przerażonych 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 dodatkowo wydobywa się śluz, który zagęszcza mocz i jeszcze bardziej drażniąc działa na skórę. Na rynku dostępne są worki urostomijne jednoczęściowe lub dwuczęściowe – w tych drugich worek 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 pluskania). Dostępne są też dodatkowe akcesoria ułatwiające pielęgnację stomii: pasty uszczelniające i środki gojące, łagodzące podrażnienia. Stosowanie zwykłych kosmetyków może działać drażniaco 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 drażniaco na pęcherz (alkohol, napoje gazowane, kofeina, ostre przyprawy) i pić sok z żurawin, który oczyszcza układ moczowy z bakterii i zapobiega infekcjom.

Piśmiennictwo:

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

Opieka nad pacjentem starszym przed i po operacji zaćmy

Dla osób starszych zaćma zazwyczaj stanowi spore utrudnienie w codziennym funkcjonowaniu, a jedyną szansą na poprawę jest operacja. Profilaktyczne badania wzroku, przeprowadzane u osób starszych co najmniej raz na dwa lata, mogą przyczynić się do zahamowania rozwoju choroby – dzięki dobraniu odpowiednich szkielek, kropli do oczu czy unikaniu dłuższego przebywania na słońcu.

W postępowaniu przedoperacyjnym należy uwzględnić ewentualną modyfikację leczenia ogólnego, eliminację

potencjalnych źródeł zakażenia oka oraz higienę brzegów powiek. Opiekunowie, w zależności od stopnia zaawansowania choroby i upośledzenia widzenia, powinni wspierać podopiecznych w codziennych czynnościach, jak pranie, opróżnianie kosza, sprzątanie. Powinni także monitorować dom pod kątem możliwości upadku podopiecznego, a w miejscach publicznych sprawdzać chodniki i pomóc seniorowi bezpiecznie się po nich poruszać. Starsza osoba z zaawansowaną zaćmą nie będzie w stanie bezpiecznie prowadzić pojazdu. Kiedy senior musi załatwić sprawunki lub chce uczestniczyć w spotkaniu towarzyskim, opiekunowie mogą pomóc, zapewniając transport czy towarzysząc podczas przemieszczania się pieszo. Kolejnym zagrożeniem dla seniorów z nieleczoną zaćmą jest obsługa kucharki: gorące palniki lub płyty kuchenne stają się zagrożeniem podczas przygotowywania posiłków. Opiekunowie powinni przejąć obowiązki związane z szykowaniem jedzenia, zaoferować seniorowi odczuwającemu utratę wzroku wsparcie emocjonalne – wysłuchać obaw, zapewnić, że zawsze są blisko, chronić przed samotnością i izolacją. Gdy senior wyraża zaniepokojenie zmianami widzenia, od razu umówić go na badanie okulistyczne. Na kilka godzin przed operacją opiekun winien dopilnować, aby senior nie jadł i nie pił. Może być konieczne podawanie kropli do oczu dwa do czterech razy dziennie, a opiekun może pomóc seniorowi w prawidłowej ich aplikacji.

Metody operacyjne stosowane w celu usunięcia zmętniałej soczewki ulegały stopniowej przemianie przez ostatnie kilkadziesiąt lat – od zabiegu wymagającego kilkudniowego pozostania w szpitalu, do procedury w ramach chirurgii wykonywanej jednego dnia. Dzięki postępowi w medycynie operacja usunięcia zaćmy cechuje się minimalną inwazyjnością, niskim ryzykiem powikłań (krwotok do wnętrza oka, pęknięcie torebki tylnej podczas zabiegu, infekcja, obrzęk centralnej części siatkówki, wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego, odwarstwienie siatkówki, przemieszczenie się soczewki wewnątrzgałkowej, zaćma wtórna), a także szybkim powrotem do zdrowia. Obecnie trwa około 30 minut. Nacięcie wykonane przez lekarza jest bardzo małe i nie wymaga zakładania szwów. Pacjent ma założony opatrunek pierwszego dnia. Następnie przez tydzień zakłada go na noc oraz wychodząc na zewnątrz. W celu ochrony oka przed infekcją pacjent nie powinien go dotykać, uciskać, trzeć ręką ani chusteczką.

Rekonwalescencja po operacji zaćmy często wymaga wsparcia osób znajdujących się w najbliższym otoczeniu.

Jak możemy pomóc podopiecznemu, który jest po operacji zaćmy?

Zwykle postępowanie pooperacyjne polega na okulistycznym badaniu kontrolnym w pierwszym dniu po zabiegu i dalszej opiece ambulatoryjnej. Przez 3-4 tygodnie po operacji zaleca się stosowanie kropli antybiotykowo-steroidowych o działaniu przeciwzapalnym i przeciwbakteryjnym. Samodzielna aplikacja kropli może sprawić ogromną trudność. Pomoc osób trzecich okazuje się wówczas niezbędna. Po powrocie do domu opiekunowie muszą upewnić się, że senior nie zgina się w talii, ponieważ może to zwiększyć nacisk na oko. Powinni wspierać

seniora w domu przez osiem tygodni, kiedy leczenie się zakończy. Po przejściu zabiegu usunięcia zaćmy osoby starsze są narażone na niepożądane działanie światła zewnętrznego. W słoneczne dni dobrym rozwiązaniem okazują się zatem okulary przeciwsłoneczne z filtrami UV. Z powodu braku akomodacji w oku ze sztuczną soczewką pacjenci do pracy z bliska powinni korzystać z korekcji okularowej. Coraz bardziej popularne stają się zastąpienie okularów soczewkami kontaktowymi – poszerzają pole widzenia, zmniejszają światłowstręt, umożliwiają patrzenie obuooczne, zapewniają uczucie lekkości i wielu osobom uatrakcyjniają wygląd. Gojenie się ran pooperacyjnych wymaga restrykcyjnego przestrzegania zaleceń po operacji zaćmy. Do kluczowych należą:

- unikanie gwałtownego lub długotrwałego wysiłku przez okres około 2-3 miesięcy,
- stosowanie maści zawierających antybiotyków, by zminimalizować ryzyko infekcji,
- aplikowanie kropli mających na celu zmniejszenie ciśnienia wewnątrz oka, czyli przywrócenie naturalnej równowagi panującej w narządzie wzroku,
- zakładanie szczelnego opatrunku, którego zasadniczą funkcją jest chronienie oczu przed dostaniem się wody. Podczas takich czynności jak codzienne mycie nawet prawidłowo założony opatrunek może okazać się mało skuteczny. Przez około 7 dni opatrunek należy stosować tak, aby szczególnie zadbać o proces gojenia się soczewki.

Ścisłe podporządkowanie się zaleceniom po operacji zaćmy umożliwi szybki powrót do zdrowia i uniknięcie ewentualnych powikłań. Na szczęście występują one bardzo rzadko.

Kiedy można umyć twarz, głowę, iść na basen?

W okresie rekonwalescencji należy chronić operowane oko przed kontaktem z wodą. Po operacji będzie ono zabezpieczone specjalnym opatrunkiem. Jego zadaniem jest ochrona oka podrażnionego w trakcie zabiegu przed kontaktem z czynnikami zewnętrznymi. Zostaje ściągnięty dzień później, w trakcie wizyty kontrolnej. Po powrocie z zabiegu do domu można wziąć krótki prysznic, jednak należy uważać, by nie zmoczyć opatrunku. W tym dniu zaleca się rezygnację z mycia włosów, natomiast twarz można odświeżyć przy użyciu zwilżonego ręcznika, omijając okolice operowanego oka. W późniejszym okresie, przez cały czas rekonwalescencji po operacji zaćmy, również należy zachować szczególną ostrożność podczas kąpieli. Z tego powodu należy zrezygnować z kąpieli w wannie, a zamiast tego wybrać krótki prysznic. Podczas mycia głowy należy odchylić ją delikatnie do tyłu, tak żeby woda nie spływała po twarzy. Dzięki temu chory unika pochylania się, które także jest niewskazane. Zalecane jest, aby pierwsze mycie włosów odbyło się po upływie tygodnia od operacji. Do higieny okolicy operowanego oka należy używać czystych gazików lub chusteczek jednorazowych. Pierwsza wizyta na basenie po usunięciu zaćmy może mieć miejsce dopiero po zakończeniu rekonwalescencji. Przeciwwskazane jest korzystanie z sauny i bardzo gorących kąpieli.

W jakiej pozycji spać?

W okresie rekonwalescencji niezwykle ważną rolę odgrywa pozycja podczas snu. Po operacji zaćmy nie wolno spać na brzuchu oraz na boku po stronie operowanego oka. Zamiast tego należy wybierać pozycje na wznak lub na przeciwnym boku. Równie ważne jest, aby przez pierwszych 7 dni po zabiegu przed snem zakładać na operowane oko specjalną osłonkę (dostaje się ją po zabiegu lub można ją zakupić w aptece). Prawidłowy sen jest niezbędnym elementem dla optymalnego gojenia się oka po zabiegu usunięcia zaćmy. Jego zła jakość może przyczynić się do suchości oczu, uczucia ciała obcego pod powieką oraz przekrwienia spojówki, co w znacznym stopniu spowalnia proces regeneracji.

Kiedy można oglądać telewizję i korzystać z komputera?

W okresie rekonwalescencji zaleca się ograniczenie korzystania z telewizji oraz komputera. Długotrwałe wpatrywanie się w ekran monitora jest dla naszych oczu nieładnym wysiłkiem. Z tego powodu, zwłaszcza w pierwszym tygodniu po operacji usunięcia zmętniałej soczewki, czas spędzany przed monitorem powinien być jak najkrótszy – maksymalnie do dwóch godzin dziennie.

Kiedy można się schylać, podnosić ciężary i nosić zakupy?

W okresie rekonwalescencji przez 3 miesiące po operacji zaćmy przeciwwskazane są takie czynności jak schylanie się, podnoszenie ciężkich przedmiotów czy nadmierne wysiłki fizyczne, by nie doszło do wzrostu ciśnienia w gałce ocznej i uszkodzenia rogówki w miejscu jej nacięcia. Do czasu pełnego wygojenia się oka należy prowadzić oszczędny tryb życia, pozbawiony wymienionych aktywności. W zamian wskazane jest spacerowanie. Osobom z zaparciami, w celu uniknięcia konieczności napinania mięśni, zaleca się stosowanie łagodnych środków przeczyszczających. Po zakończeniu rekonwalescencji można stopniowo powracać do dawnej aktywności fizycznej.

Jaka dieta i styl życia po operacji zaćmy?

Zdrowa i zbilansowana dieta, bogata w witaminy oraz pierwiastki śladowe (jak selen czy cynk) wspiera powrót do zdrowia po operacji usunięcia zaćmy. Oto kilka rad:

- zadbaj, by w twoim codziennym jadłospisie znalazło się jak najwięcej warzyw oraz owoców, szczególnie sezonowych; spożywaj w tygodniu przynajmniej dwie porcje ryb bogatych w kwasy omega-3; zamiast czerwonego mięsa wybieraj białe,
- zrezygnuj z przetworzonych przekąsek takich jak chipsy czy ciastka; ogranicz ilość smażonych produktów w swojej diecie,
- uzupełniaj niedobory witaminowe i białkowe,
- zaprzestań palenia papierosów; zaprzestań picia alkoholu na 24 godziny przed zabiegiem, a także w okresie przyjmowania leków po operacji,
- bądź aktywny fizycznie.

Piśmiennictwo:

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



**Praktyczne porady
ułatwiające pielęgnację
i opiekę nad osobami
niesamodzielnymi**

ORGANIZACJA OPIEKI

Jak pomóc opiekunowi w opiece nad osobą starszą w trakcie chemioterapii?

Priorytetową zasadą leczenia systemowego pacjentów nowotworowych w wieku podeszłym jest wybór najlepiej tolerowanej metody. W przypadku chemioterapii u seniorów rekomenduje się dobór leków o jak najmniejszym ryzyku skutków ubocznych i powikłań.

Jeśli to możliwe, zaleca się prowadzenie chemioterapii z należnymi dawkami leków, ich zmniejszenie może wpływać na skuteczność terapii. U chorych leczonych paliatywnie dopuszcza się zmniejszenie intensywności postępowania terapeutycznego. Dobrze tolerowaną strategią leczenia jest chemioterapia metronomiczna, polegająca na stosowaniu niskich dawek leków w schematach ciągłych. W przypadku leczenia nowotworów w wieku podeszłym zaleca się wprowadzenie odpowiedniego leczenia wspomagającego.

U seniorów poddanych chemioterapii częściej występują: uszkodzenia szpiku (mielosupresja), zaburzenia krzepnięcia powodujące zakrzepicę, zapalenia błony śluzowej jamy ustnej, wymioty. Zastosowanie chemioterapii zwiększa ryzyko infekcji, odwodnienia, zaburzeń elektrolitowych, niedożywienia, stanów depresyjnych i lękowych. Chemioterapia u osób starszych z zaburzeniami poznawczymi może nasilać stany depresyjne i otępienne, prowadząc do ograniczenia lub utraty samodzielności. Chemioterapia jest najbardziej skuteczna, gdy można ją przeprowadzić według odpowiedniego dla danego nowotworu schematu, z uwzględnieniem ścisłych przedziałów czasowych oraz dawkowania leków. Powikłania powodują przerwanie cyklu leczenia, wymuszają jego wydłużenie i zmniejszenie dawek leków, a czasami odstawienie leków z dotychczas stosowanego schematu i zastąpienie go innym schematem leczenia. W istotny sposób zaburzają zatem prawidłowy przebieg procesu leczenia – narzucają bowiem okresowe przerwy w kolejnym cyklu chemioterapii, co może doprowadzić do zmniejszenia efektywności leczenia. Występujące u osób w starszym wieku zmniejszone rezerwy czynnościowe wątroby i nerek, zmieniona farmakokinetyka leków, nasilone interakcje między przyjmowanymi lekami w związku z chorobami współistniejącymi nasilają toksyczność cytostatyków (leków przeciwnowotworowych), co zwiększa ryzyko powikłań i ogranicza leczenie do monoterapii. Niepożądane działanie leków cytostatycznych może wystąpić zarówno w chwili podawania, jak i w okresie kilku miesięcy po zakończeniu cyklu terapii.

Opiekunie, pamiętaj! Procedury stosowane w leczeniu nowotworów niejednokrotnie są bardzo obciążające. Przy maksymalizacji ich działania terapeutycznego niosą

za sobą wiele skutków ubocznych, stąd leczenie wspomagające, które musi być procesem przemyślanym, skojarzonym, wielotorowym, by zapewnić jak najlepszą jakość życia pacjenta i umożliwić mu powrót do zdrowia nie tylko szybko, ale również maksymalnie komfortowo.

Biorąc pod uwagę toksyczność chemioterapeutyków, często będziesz obserwował skutki uboczne ich działania. Bywa, że skutki będą bardziej uciążliwe dla pacjentów niż objawy choroby podstawowej – szczególnie, gdy została zdiagnozowana we wczesnej fazie. Powikłania chemioterapii przeciwnowotworowej mają u swoich podstaw niewybiórcze działanie cytostatyków na komórki, co oznacza, że uszkadzają zarówno te, będące przyczyną patologii, jak i zdrowe.

Opiekunie, poznaj mechanizm objawów ubocznych leczenia cytostatycznego i sposoby radzenia sobie z nimi!

Nudności i wymioty towarzyszące terapii cytostatykami to skutek uszkodzania komórek enterochromatofilnych żołądka i jelit. Z komórek enterochromatofilnych uwalniana jest serotonina, która prowadzi do pobudzenia włókien nerwowych, a w efekcie do wystąpienia nudności i wymiotów. Poza tym chemioterapeutyki bezpośrednio drażnią receptory w OUN (ośrodkowy układ nerwowy), pobudzając ośrodek wymiotny w rdzeniu przedłużonym przez krew lub płyn mózgowo-rdzeniowy. Wymioty ostre, wczesne występują w ciągu pierwszych 24 godzin po podaniu cyklu chemioterapii i mogą utrzymywać się przez kilka dni. Nielezione i nasilone u osób starszych mogą w krótkim czasie doprowadzić do odwodnienia i zaburzeń elektrolitowych. Dotyczą większości pacjentów poddawanych leczeniu przy użyciu schematów zawierających pochodne platyny (cisplatyna, oksaliplatyna, karboplatyna), także cyklofosfamid w większych dawkach czy dakarbazynę. Leki przeciwwymiotne o największym wskaźniku terapeutycznym to antagoniści receptora serotoninowego (ondansetron, granisetron i dolasetron) i kortykosteroidy (prednizon). Obie klasy są bardzo skuteczne, bezpieczne, a przy odpowiednim dawkowaniu wywołują niewiele istotnych skutków ubocznych. W razie wskazań i szczególnie nasilonych objawów można je bezpiecznie łączyć. Obydwa leki warto zastosować w dawce jednorazowej przed podaniem cyklu chemii, gdyż ich skuteczność jest wtedy największa, a w pojedynczych dawkach rzadko powodują skutki niepożądane. Istnieje kilka innych grup leków przeciwwymiotnych stosowanych również wspomagająco w terapii nowotworowej. Są one po pierwsze mniej skuteczne od antagonistów receptora serotoninowego i kortykosteroidów, a po drugie powodują więcej skutków ubocznych z powodu mniejszej wybiórczości działania. Antagoniści receptora serotoninowego często stosowani są po wystąpieniu reakcji wymiotnej, natomiast nie zapobiegawczo. Inne leki: haloperidol i droperidol oraz fenotiazyny (prochlorperazyna i tietylperazyna) nie są tak chętnie stosowane ze względu na mniejszą skuteczność i większe niebezpieczeństwo objawów niepożądanych, zwłaszcza u chorych w starszym wieku.

Ważna jest obserwacja pacjenta. Nie każdy bowiem reaguje gwałtownie na podanie cytostatyku, a poza tym nudności i wymioty mogą być skutkiem innej patologii,

o czym również nie powinno się zapominać. Tych pacjentów, dla których reakcje wymiotne są szczególnie uciążliwe, należy profilaktycznie zabezpieczyć farmakologicznie przed rozpoczęciem terapii, by móc załagodzić jej skutki i nie powodować psychicznej niechęci do kontynuacji leczenia. Ważne jest nawadnianie podopiecznego.

Zapalenie błony śluzowej jamy ustnej – jest częstym powikłaniem, zwłaszcza u osób starszych, ze względu na zmniejszone właściwości regeneracyjne nabłonka i zaburzenia odporności. Objawia się suchością, zaczerwienieniem, obrzękiem, owrzodzeniem błony śluzowej, bólem, utrudnionym spożywaniem pokarmów. Ważna zatem jest obserwacja błon śluzowych jamy ustnej, wyeliminowanie z diety chorego surowych warzyw i owoców, serów pleśniowych, surowego mięsa, pokarmów słodkich, pikantnych, kwaśnych, tłustych, smażonych oraz właściwa pielęgnacja jamy ustnej (szczotkowanie zębów po każdym posiłku miękką szczoteczką, płukanie jamy ustnej i gardła delikatnymi środkami odkażającymi).

Mielodysplazja (uszkodzenie szpiku kostnego) – to tkanka, na którą cytostatyki oddziałują w bardzo odczuwalny sposób. Szpik niszczyony jest najbardziej między 6. a 14. dniem leczenia, później następuje jego stopniowa regeneracja i odbudowa. Uszkodzenie szpiku kostnego, będącego jednym z kluczowych narządów w zapewnieniu równowagi ustroju, negatywnie odbija się na wielu podstawowych funkcjach życiowych pacjenta, prowadząc do wystąpienia nowych patologii bądź zaostrzenia schorzeń współistniejących. Proste badanie takie jak morfologia krwi obwodowej daje pewne wskazania odnośnie do funkcjonowania szpiku, dlatego też istotna jest kontrola parametrów morfologii przed każdym kolejnym podaniem cytostatyku, by nie uszkadzać szpiku już osłabionego poprzednim podaniem.

Niedokrwistość (anemia), jako efekt uszkodzenia komórki krwiotwórczej, istotnie pogarsza jakość życia i wyniki leczenia onkologicznego. Manifestuje się ogólnym osłabieniem, zmęczeniem, trudnością w koncentracji, bladeścią powłok skórnych i błon śluzowych, a przy znacznym nasileniu – bólami, zawrotami głowy, tachykardią, złą tolerancją wysiłku fizycznego. Pacjenci starsi, z chorobami towarzyszącymi, obciążeni kardiologicznie (choroby układu sercowo-naczyniowego) mają większe ryzyko zawału serca, zwracają uwagę na bóle wieńcowe, pacjenci ze współistniejącymi chorobami układu oddechowego zgłaszają nasilenie duszności. W przypadku deficytu zauważalnego na podstawie kontrolnej morfologii istotna jest substytucja żelaza, kwasu foliowego, witaminy B12 (szczególnie ważna w momencie regeneracji szpiku). W stanach zagrożenia, przy znacznej anemii stosuje się przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych, niekiedy również używane są czynniki stymulujące erytropoezę (takie jak erytropoetyna), co jest wskazane szczególnie przy towarzyszącym uszkodzeniu nerek.

Neutropenia prowadzi w konsekwencji do spadku odporności organizmu i wzrostu ryzyka zakażeń bakteryjnych, wirusowych czy grzybiczych, zarówno narządowych, jak i systemowych, często również oportunistycznych (niewrażliwych na ogólnie stosowane leki), gorączki neutropenicznej. Wszelkie oznaki spadku odporności, za-

każenia, które niekiedy na skutek upośledzenia odporności mogą manifestować się w sposób niestandardowy, powinny być wnikliwie analizowane. Celem leczenia wspomagającego jest utrzymanie stężenia neutrofilów na poziomie, który zapewni ochronę organizmu przed zakażeniami, a równocześnie pozwoli na prowadzenie optymalnego i skutecznego leczenia onkologicznego. W przypadku spadku odporności bardzo istotne jest działanie prewencyjne – ochrona pacjenta przed infekcją, niedopuszczenie do kontaktu z potencjalnym źródłem zakażenia, eliminowanie czynników mających dodatkowy wpływ na spadek odporności. W momencie wystąpienia objawowych zakażeń towarzyszących neutropenii decydujące jest aktywne leczenie infekcji, a niekiedy podawanie czynników wzrostu granulocytów (jak np. filgrastim), które stymulują wzrost i pobudzają dojrzewanie komórek macierzystych granulocytów i niedojrzałych granulocytów, przyczyniając się do odbudowania odporności nieswoistej. Pacjenci, w stosunku do których planowane jest długotrwałe leczenie osłabiające odporność, powinni być poddani szczepieniom (szczepienie przeciwko grypie, pneumokokom itp.).

Małopłytkowość, szczególnie u pacjentów z pierwotnie rozpoznanymi zaburzeniami krzepnięcia, stanowi istotne powikłanie terapii onkologicznej. Rozpoznanie można postawić już przy spadku liczby płytek krwi poniżej 150 000 mm³, natomiast wartości poniżej 20 000 mogą grozić krwawieniami zagrażającymi życiu, m.in. z przewodu pokarmowego czy do ośrodkowego układu nerwowego. Przyczynę małopłytkowości związanej z chemioterapią wiąże się ze zmniejszoną produkcją płytek krwi – niejednokrotnie w nacieczonym pierwotnie przez nowotwór szpiku kostnym, jak i osłabionym wtórnie poprzez działanie cytostatyków. Poza tym w przebiegu terapii może dochodzić do mikrouszkodzeń naczyń i zespołów wykrzepiania, co jest związane ze zwiększonym zużyciem i rozpadem płytek krwi oraz ich deficytem w ustroju. Ważnym jest znalezienie przyczyny spadku poziomu płytek krwi i wdrożenie leczenia przyczynowego jak najszybciej po rozpoznaniu. Przetaczanie koncentratu krwinek płytkowych (KKP) zarezerwowane jest dla pacjentów z objawami czynnego krwawienia, skazy krwotocznej przy poziomie poniżej 20 000 lub wcześniej, gdy są inne wskazania. Deficyt płytek nie jest jedyną przyczyną krwawień w przypadku pacjentów onkologicznych. Zaburzona może być też produkcja czynników krzepnięcia (przy uszkodzeniu prawidłowej funkcji wątroby), wystąpić może nadmierne wydalenie ich z moczem (w przypadku uszkodzenia nerek) lub brak substratów do produkcji (właściwa podaż aminokwasów). Stąd istotny nacisk należy położyć na wielokierunkową analizę stanu pacjenta, by nie przeoczyć żadnej patologii i możliwie szybko im przeciwdziałać. Podopiecznego należy zachęcić do przestrzegania higieny osobistej i otoczenia, unikania dużych zbiorowisk ludzi, ograniczenia kontaktu ze zwierzętami, osobami chorymi, dziećmi w wieku przedszkolnym. Powinno zadbać się o zapewnienie odpoczynku i właściwego odżywiania podopiecznego (dieta bogatobiałkowa i bogatoenergetyczna), jego edukację dotyczącą minimalizowania zagrożeń, które mogą spowodować

krwawienia podczas golenia, obcinania paznokci, uprawiania sportu, używania szczotek do mycia zębów.

Pacjenci z aktywną chorobą nowotworową są bardziej narażeni na **powikłania zatorowo-zakrzepowe** – pierwotnie w związku ze zmianami powiązаныmi z chorobą podstawową i wtórnie po radiochemioterapii, która zaburza naturalną homeostazę ustroju. W trakcie chemioterapii może dochodzić do powstawania skrzeplin w świetle naczyń – na skutek uszkodzenia ściany naczynia przez toksyczny wpływ cytostatyku, zaburzenia składu krwi (białka, komórki nowotworowe, toksyny, rozpad guza) i przepływu (zaburzenia gęstości krwi). Pacjenci onkologiczni są bardziej narażeni na powikłania zatorowe zarówno w krążeniu płucnym, jak i w ośrodkowym układzie nerwowym. Niejednokrotnie zaburzenia zakrzepowe są pierwszą manifestacją aktywnego procesu nowotworowego – co obserwujemy w raku trzustki (wędrujące zapalenie żył powierzchownych – zespół Truseau), raku płuca, jajnika czy ostrych białaczkach i szpiczaku mnogim. Poza tym pacjenci wyniszczeni (kacheksja nowotworowa), niejednokrotnie unieruchomieni, są bardziej narażeni na wspomniane powikłania. Diagnostyka powikłań krążeniowych powinna być stosowana rutynowo u każdego pacjenta onkologicznego. W przypadku pierwotnych zaburzeń krążenia, obciążeń internistycznych pacjenci ci powinni być profilaktycznie zaopatrzeni w środki poprawiające krążenie krwi. Po zabiegach operacyjnych (leczenie chirurgiczne nowotworu, inne zabiegi) powinni być zaopatrywani w heparyny drobnocząsteczkowe w okresie około-zabiegowym, co jest postępowaniem standardowym.

Wypadanie włosów – może mieć różne nasilenie, od nieznacznej utraty włosów do całkowitego wyłysienia. Ma charakter odwracalny, ustępuje po zakończeniu leczenia. Należy zadbać o zakup peruki, zaproponować noszenie czapek, chust, szali, które mogą być elementem dekoracyjnym.

Należy pamiętać, że u osób starszych alternatywą dla chemioterapii (z powodu lepiej tolerowanego profilu toksyczności) jest terapia celowana w postaci tabletek doustnych. Oprócz tego podczas terapii dożylnych u osób starszych żyły często są cienkie, co powoduje trudności z wkłuciem i zwiększa ryzyko wynaczynienia podawanego leku.

Piśmiennictwo:

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

Jak pomóc opiekunowi w opiece nad osobą starszą w trakcie radioterapii?

Szacuje się, że blisko dwie trzecie chorych na raka w wieku podeszłym wymaga zastosowania radioterapii. W grupie tej częściej stosuje się hi-

pofrakcjonowanie, zmniejszenie całkowitej dawki napromieniania oraz wykluczenie obszarów elektrywnych z napromieniania.

U osób starszych, w dobrym stanie ogólnym i ze spodziewanym czasem przeżycia przekraczającym 5 lat zaleca się stosowanie radioterapii zgodnie z ogólnymi standardami postępowania. Starszy wiek nie stanowi przeciwwskazań do radioterapii, jednak osoby powyżej 65. roku życia, ze względu na zmiany zachodzące w procesie starzenia i choroby współistniejące, są bardziej narażone na powikłania radioterapii. Jej zastosowanie zwiększa ryzyko infekcji, odwodnienia, zaburzeń elektrolitowych, niedożywienia, stanów depresyjnych i lękowych.

W radioterapii jako metodzie leczenia onkologicznego wykorzystywane jest promieniowanie jonizujące. Radioterapia może być stosowana jako uzupełnienie leczenia chirurgicznego i systemowego, jako wstępna terapia przedoperacyjna lub jako samodzielna metoda leczenia choroby nowotworowej.

Opiekunie, pamiętaj! Radioterapia, stosowana w niektórych przypadkach jako samodzielna metoda, a w innych jako składowa leczenia skojarzonego, naraża pacjenta na wiele niedogodności. Zatem będziesz zobowiązany zapewnić podopiecznemu poczucie bezpieczeństwa, wsparcie psychiczne (rozległe, szpecące zmiany będące źródłem kompleksów), wsparcie informacyjne (przebieg terapii, możliwe działania niepożądane, konieczność izolacji), kontrolować stan skóry podopiecznego, edukować pacjenta i jego rodzinę w zakresie zaleceń dotyczących trybu życia (ograniczenie wysiłku fizycznego), prawidłowego odżywiania i właściwej pielęgnacji skóry (skóry w miejscu napromieniania nie wolno myć wodą, narażać na działanie kosmetyków, golić, ekspozować na działanie promieni słonecznych, zalecane jest noszenie przewiewnego, bawełnianego, luźnego ubrania).

Podstawowa forma radioterapii polega na napromienianiu guza źródłem położonym w pewnej odległości od chorego. Napromienianiu ulegają zarówno komórki nowotworowe, jak i zdrowe tkanki w obszarze napromieniania. Napromienianie tych ostatnich prowadzi do wystąpienia odczynów popromiennych, które mogą pojawić się w trakcie lub po zakończeniu terapii w postaci odczynu miejscowego bądź reakcji ogólnoustrojowej (złe samopoczucie, osłabienie, nudności, wymioty, objawy dyspeptyczne).

Ostre popromienne zapalenie skóry – objawy uszkodzenia pojawiają się bezpośrednio po narażeniu na promieniowanie, w przeciągu godzin lub dni, 2-3 tygodni, a niekiedy nawet przed zakończeniem ekspozycji. W zależności od czasu trwania oraz przyjętej dawki objawy mogą ograniczać się do niewielkiego zaczerwienienia, poszerzenia naczyń krwionośnych, pieczenia lub przybrać postać rozległych pęcherzy, głębokich owrzodzeń ze znacznie nasilonym bólem. Zależnie od lokalizacji mogą pojawić się ogniska wyłysienia. Powstałe zmiany wymagają leczenia i ustępują w ciągu kilku tygodni po zakończeniu radioterapii.

Odczyn popromienny przewlekły – objawy uszkodzenia mogą pojawić się po 6 miesiącach lub kilku latach od napromieniowania. Wśród objawów dominuje zanik elementów budujących skórę (naskórek, tkanka podskórna) oraz jej przydatków (gruczołów łojowych, potowych, włosów). Uszkodzenia w obrębie tkanki łącznej doprowadzają do ścieńczenia skóry, zwłóknienia oraz spadku elastyczności. W wyniku głębokiego uszkodzenia tkanek może powstać nieogójące się owrzodzenie, niedokrwienie, martwica.

Drugim rodzajem radioterapii jest **brachyterapia**, która polega na napromieniowaniu izotopem promieniotwórczym umieszczonym w odpowiednim aplikatorze w bezpośredniej okolicy guza lub w samym guzie. Stosowana jest w leczeniu nowotworów narządów płciowych, pęcherza moczowego, odbytu i piersi. W przypadku brachyterapii narządów miednicy mniejszej wczesny odczyn popromienny objawia się jako zespół złego wchłaniania lub popromienne zapalenie pęcherza moczowego, a w konsekwencji zwężenie jelita grubego, zwłóknienie pęcherza moczowego, przetoki (pęcherzowo-pochwowa, odbytniczo-pochwowa).

Leczenie popromienne zapalenia skóry opiera się przede wszystkim na metodach zachowawczych, w mniejszym stopniu na chirurgicznych. Terapia zachowawcza polega na stosowaniu leków miejscowych oraz doustnych.

Terapia miejscowa obejmuje:

- Maści zawierające łagodne lub średniej mocy glikokortykosteroidy – stosowane głównie dla ich działania przeciwzapalnego, nie powinny być aplikowane na zmiany zlokalizowane w obrębie skóry twarzy, należy również unikać ich długotrwałego używania ze względu na miejscowe działania niepożądane, przede wszystkim znaczne ścieńczenie i osłabienie skóry. Miejscowe aplikowanie sterydów zwykle nie wywołuje tak nasilonych ogólnoustrojowych skutków ubocznych jak przy podaniu doustnym.
- Maści zawierające antybiotyki – stosowane przede wszystkim profilaktycznie, zapobiegają ewentualnym nadkażeniom bakteryjnym będących skutkiem drobnych uszkodzeń skóry. Najczęściej przepisywane łącznie z miejscowo działającymi glikokortykosteroidami.
- Maści zawierające sól srebrową sulfadiazyny – preparaty te wykazują podwójne działanie przeciwbakteryjne, wyjściowe właściwości bakteriostatyczne sulfadiazyny wzmacniane są działaniem jonów srebra, które łącząc się z materiałem genetycznym zawartym w komórkach bakterii oraz z ich błonami komórkowymi, skutecznie uniemożliwiają ich namnażanie.

Terapia ogólna opiera się przede wszystkim na doustnym podawaniu antybiotyków oraz preparatów witaminowych (witaminy E działającej antyoksydacyjnie, witaminy PP, która oprócz wpływu na metabolizm ustroju wspomaga również ukrwienie skóry oraz witaminy C wzmacniającej ściany naczyń krwionośnych). W wyjątkowo ciężkich przypadkach przewlekłego popromiennego zapalenia skóry można stosować doustną terapię sterydową. Należy jednak liczyć się z ogólnoustrojowymi skutkami ubocznymi takiego leczenia.

Leczenie chirurgiczne zarezerwowane jest dla zaawansowanych zmian popromiennych, głównie rozległych owrzodzeń (III stopień). Polega na usunięciu martwiczonych tkanek i pokryciu ubytku przeszczepem skóry. Jedną ze skutecznych metod domowych zapobiegania oraz leczenia łagodnych form popromiennego zapalenia skóry jest regularne przemywanie zmian wodą z mydłem, niedrażniącym, bezzapachowym, o pH obojętnym.

Piśmiennictwo:

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

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 nich przygotować. Właściwie opracowany plan opieki pozwoli na szybką rekonwalescencję.

Zabieg operacyjny jest zawsze sytuacją stresującą dla organizmu. Proces powrotu do zdrowia może trwać 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 chorym, który został poddany 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 przyczynami zwiększonego stresu u podopiecznych. Warto zatem przygotować się do sprawowania opieki nad seniorem po przebytych zabiegach operacyjnych po to, by uniknąć zwiększenia poziomu stresu oraz zapewnić komfort i 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, wszczępienie rozrusznika i wymiana zastawek. Musimy też liczyć się 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. Z uwagi 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 wlicza się przede wszystkim: mycie zębów, twarzy oraz jej okolic (w przypadku mężczyzn 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 (np. zupy, soki lub kremy), czasem również przy wykorzystaniu sondy. Ważne 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 mających 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 założyć, 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 podparć się laską, balkonikiem, korzystać z chodzika lub pomocy opiekuna. Nawet niewielki ruch będzie dobroczynnie oddziaływał na organizm – poprawi krążenie i przyspieszy regenerację

oraz polepszy komfort psychiczny. Dobrze jest pamiętać, że bardzo ważnym elementem procesu rekonwalescencji są wizyty kontrolne u lekarzy. Pozwolą upewnić się, że proces regeneracji postępuje we właściwym tempie, a także wskażą kierunek dodatkowych działań i zaleceń, które pomogą zapewnić wygodę podopiecznego w tym trudnym dla niego czasie.

Jak przebiega opieka po endoprotezie stawu biodrowego?

Po operacji chory otrzymuje leki przeciwzakrzepowe, 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 postaci 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 unikać nadmiernego przywiedzenia i zwknięcia w stawie biodrowym; nie należy leżeć na boku,
- operowana noga 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 kłaść się na zdrowym boku; chora noga 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 operowanej nogi, 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 ru-

chów, które mogłyby spowodować zwichnięcie stawu biodrowego,

- przez rok dźwiganie ciężkich przedmiotów jest zakazane,
- wskazane jest korzystanie z prysznica zamiast wanny,
- wysokość łóżka należy tak dostosować, aby w siodzie stopy dotykały swobodnie podłogi,
- jeżeli zaistnieje konieczność schylenia 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 od 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, które 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,
- przymocowanie 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 fazach: noga po zabiegu wysunięta do przodu; rozeznanie nogą bliskości krzesła; zginanie się do siadu, jednoczesne trzymanie jedną ręką kuli/balkonika, a drugą – poręcz; następnie druga ręka na poręcz; chora noga nadal wysunięta do przodu. Po wszczępieniu sztucznego stawu między innymi nie można siadać na miękkich siedziach. Trzeba wybierać twarde krzesła, nie siadać na ich brzegach. Siadać należy tak, by stawy kolanowe były niżej niż stawy biodrowe. Siedząc, nie wolno podpiierać się rękami o nogę po operacji. Z kolei podczas nauki chodzenia głowę powinno się trzymać 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 około 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 to być:

- 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 kinezyterapeuty, 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 wszczępionej 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) na pewno muszą być 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 i rotacja zewnętrzna, czyli kładzenie nogi na nogę. Generalne zasady po endoprotezoplastyce stawu biodrowego to zachowanie zdrowego rozsądku i niedopuszczanie do nadmiernego przeciążania operowanego stawu. Zalecane są systematyczne ćwiczenia, spacerowanie oraz 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. Dopuszczalne są również jazdy na nartach biegowych oraz zjazdy z łagodnych stoków, przy zachowaniu ostrożności i odpowiedniej uprawie. 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 czy kapoplastyce.

Piśmiennictwo:

1. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K., *Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.

Umiejętności przydatne opiekunowi w opiece nad seniorem u kresu życia

Towarzyszenie osobie umierającej jest doświadczeniem, którego wagę i ciężar trudno wyrazić. 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 dzieje się na etapy. Na 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 dominujących potrzeb u osób u kresu życia, a co za tym idzie udzielenie odpowiedniej i skutecznej pomocy. Etapy, o których 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, na którym podopieczny przeżywa wątpliwości dotyczące przebiegu choroby i odczuwa niepokojące objawy wskazujące na długotrwałe 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 przez 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 bli-

skości 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. Wskazywanie 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. Na 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 pochopnie racji, bo może to 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 pozostają dla każdego z nas zawsze wielką tajemnicą.

Depresja

Pojawia się u większości świadomych swojej sytuacji ciężko chorych osób w końcowej fazie życia. Może wiązać się z odmową przyjmowania leków, spożywania posiłków, niechęcią do rozmowy. Stan depresyjny może się także łączyć z niemożnością realizacji ważnych powinności, którymi 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) albo jako depresja maskowana, w której dominują dolegliwości somatyczne, zwłaszcza ból niereagujący na typowe

we leczenie przeciwbólowe, a ustępujący po terapii przeciwdepresyjnej. Na tym etapie opiekun powinien w sposób szczególny wspierać chorego, starać się 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 pomóc mu w pogodzeniu się z rzeczywistością. W leczeniu depresji zaleca się leki z grupy inhibitorów wychwytu 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 chęci śmierci. Możliwe jest również widzenie tego etapu jako pragnienie zakończenia choroby i cierpienia. Umierający mogą w tym czasie wyrażać życzenia dotyczące okresu po ich śmierci. Jest to zwykle moment 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.

Drobne detale, 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 dłoni w odpowiedzi na pytania dotyczące bólu, duszności, pragnienia czy innej potrzeby. Dzięki takim komunikatom chory daje wskazówki, jaka jest dla niego najlepsza pozycja, 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, najczęściej gdy nie potrafią kontrolować swojego ciała. Czują się ciężarem dla swoich bliskich i otoczenia, a w wypadku ich braku odczuwają opuszczenie i osamotnienie. Osoby bardzo związane z bliskimi boleśnie przeżywają dramat rozstania. W tym czasie nasilają się cierpienia egzystencjalne i duchowe, zwłaszcza wówczas gdy były odkładane „na później”. Mogą pojawić się niepewność, wątpliwości natury religijnej, a także wyrzuty sumienia i obciążająca odpowiedzialność za błędy

życiowe. Nawet u osób głęboko religijnych zdarzają się momenty niepokoju 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 albo 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 czasami pośredniczenie w poprawie jego stosunków z rodziną.

- **właściwe otoczenie dla osoby umierającej**

Najlepszym miejscem dla podopiecznego u kresu życia jest dom, w którym może odnaleźć ulubione obrazy czy symbole religijne, a nade wszystko czuć się bezpiecznie u siebie. Jeśli podopieczny przebywa w hospicjum lub oddziale szpitalnym, 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 musi brać pod uwagę różne jego potrzeby – fizyczne, ale także psychologiczne, społeczne, jak też 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 opiekuna i wyzna je innej osobie. Należy uszanować ten swoisty „wybór”, którego dokonuje podopieczny, wskazując 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* – rozpocząć od małych dawek i w razie potrzeby powoli je zwiększać. Podając opioidy, należy zaczynać od dawek o połowę mniejszych, a okresy między kolejnymi ich podawaniem wydłużać z 4 do 6 godzin, zapobiegając kumulacji. Należy unikać stosowania leków o przedłużonym działaniu. Powinno się pamiętać, że objawowe leczenie przeciwbólowe u osób w podeszłym wieku wiąże się z nasileniem skutków niepożądanych. Częste są zwłaszcza zaparcia, senność, ortostatyczne zaburzenia równowagi, zaburzenia mikcji. Należy wówczas zmniejszyć dawkę leku lub próbować zastąpić go innym. Trzeba też zwrócić uwagę 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. tacy podopieczni nierzadko sygnalizują ból pobudzeniem psychoruchowym. W tej grupie chorych często występuje odwrócony rytm snu i czuwania lub inne zaburzenia snu, które słabo reagują na leki. Wówczas z reguły zaleca się benzodiazepiny (np. oksazepam) lub hipnotyki krótkodziałające (np. zolpidem); należy unikać 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 wiedzą 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 powierzenia szczególnego testamentu, przekazania osobie lub instytucji swojego dzieła czy skomponowanego utworu lub wyjątkowo 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 bardzo duże 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 zorganizować, 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:

1. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K. (red.), *Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.
2. <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, którą 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. Emocje te wpływają na postrzeganie i akceptację cierpienia, nieuchronności śmierci, ale przede wszystkim zwiększają potrzeby w odniesieniu do towarzystwa drugiej osoby. Towarzyszenie choremu jest aktem czynnym, przekraczającym zwykłą obecność. Obejmuje skupienie uwagi na osobie, akceptację pomimo jej kruchości, niedołężności, oszczędności czy uciążliwości związanych ze sprawowaniem nad nią opieki. Osoba umierająca jest całkowicie zdana 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 godno-

ści człowieka. Godność chorego jest wyznacznikiem 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 ani większa ani mniejsza u seniora, 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, których dana osoba może dostarczyć, jej użyteczności społecznej, ekonomicznej. Promowane zachowania 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. Sprzyja to 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 również osoby towarzyszące.

Godne warunki umierania to umieranie „w spokoju i godności”, które polega przede wszystkim na unikaniu zacieklej terapii. 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; zazwyczaj wymaga on interwencji medycznych, jednak z unikaniem 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 totalny) 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.
- **towarzyszenie** – obecność empatyczna, życzliwa, proaktywna, skupiona na osobie umierającej, przepo-

jona cierpliwością, poświęceniem. Może to być m.in. podanie napoju, poprawienie poduszki, wyrównanie czy dopięcie piżamy, wyprostowanie pościeli, położenie dłoni na grzbiecie ręki chorego. Takie taktowne gesty przyjmowane są z wdzięcznością i nie da się ich zastąpić słowami. Towarzyszenie 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, jest z powodzeniem stosowana w domu, hospicjach stacjonarnych, nie jest jednak możliwa w warunkach szpitalnych.

- **odpowiedzialność** – przyjęcie do końca odpowiedzialności za własne życie i swoją osobę, wynikające z poszanowania autonomii chorego, 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 wyrazić swoją wolę w ostatnich dniach życia. Zatajenie wiedzy o nadchodzącej 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 życiem i podjęcia lub pogłębienia życia duchowego, umożliwia dokończenie niezakończonych spraw (np. pogodzenie się z nieprzyjaciołmi, zwrot długów), do powzięcia 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 wymaganej informacji. Co do zasady lekarz jest zobowiązany udzielać takiej informacji, a odstępstwem od tego jest wyjątkowość sytuacji i ograniczenie, a nie zatajenie informacji. Bez rzetelnej wiedzy 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, kategorie istotne dla osób bliskich, takie jak miłość Boga, istnienie dobra czy sens istnienia. Według Elisabeth Kübler-Ross większość ludzi chce znać niekorzystną prawdę, jej przekazanie 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 umierania. Chociaż 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 transportowanie 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, głośnie 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 niepodjęcia 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 podejmowanego 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 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 życzliwych osób 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, umieranie i śmierć. Nie można powiedzieć człowiekowi, jaki ten sens jest. Jedyna droga to umożliwienie mu 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. Jednocześnie oznacza to 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 podjąć taką rozmowę, szczególnie jeśli umierający przeżywa kryzys egzystencjalny lub jest niepokodzony z doświadczanym cierpieniem. W tej rozmowie potrzebne są szczerość, otwartość i autentyczność, unikanie sztuczności, wyuczonych frazesów, dobrych rad i socjotechniki. Trzeba rozmawiać 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. Jeżeli 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 przekonaniem, spełnione, są dobrze przygotowane do wejścia w proces umierania. Chory może dopatrywać się 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 świeckim światopoglądzie – specjaliści opieki duchowej czy psychologa. Zapewnienie podstawowej opieki duchowej jest też zadaniem wszystkich członków zespołu opiekującego się chorym przez 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 szczególny sposób respektowaną poprzez szacunek do jego ciała. Rytyna 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, wymiany opatrunków mogą pomóc w utrzymaniu najwyższych norm etycznych zespołu opiekującego się umierającym. W komunikacji obowiązuje maksymalny 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 jednak stanowić barierę w komunikacji i trzeba go unikać. Niedozwolone w komunikacji są ageizm (dyskryminacja ze względu na wiek, np. „babciu”) czy infantyilizacja zarówno w zwo-

tach (np. „kotku”, „słoneczko”), jak i odniesieniu do czynności (np. „kładziemy się do łóżeczka”, „daj rączkę”, „poprawimy pieluszkę”). Godność w umieraniu jest wartością przynależną każdemu człowiekowi. Odchodzenie w godności zależy od akceptacji umierania i zbliżającej się śmierci. Aby to umożliwić, konieczne jest zabezpieczenie odpowiednich warunków, którymi są: uśmierzenie 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 popełnionych uczynków, życiowych sukcesów oraz porażek, zakończenie życia w spokoju i godności.

Unikaj:

- Zwrotów typu: „Wszystko będzie dobrze”, „Musisz wyzdrowieć” itd., 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. Może to powodować u niego poczucie przytłoczenia.
- Przyjmowania postawy „w gotowości do wyjścia” – stania przy drzwiach, w okryciu wierzchnim, z torbą w rękę. Takie zachowanie jest zwykle powodowane lękiem, napięciem i może nasilać te emocje u podopiecznego. W tej sytuacji lepiej poprosić spokojniejszą, zaufaną osobę o czuwanie przy umierającym i spróbować wyciszyć się poza pomieszczeniem, w którym znajduje się chory. Możesz np. porozmawiać z kimś, kto działa na ciebie uspokajająco i ma doświadczenie w towarzyszeniu odchodzącemu, wziąć parę głębokich oddechów itp.
- Pozostawiania podopiecznego w samotności. Szczególnie jeżeli stan agonalny przedłuża się i zarówno chory, jak i ty 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 uśmierzanie cierpienia, nie zmuszaj podopiecznego do przyjmowania pożywienia. Prawdopodobnie najlepsze, co możesz teraz dla niego zrobić, to pozwolenie na odejście.
- Jeśli potrzebujesz wsparcia, zwróć się do specjalisty – psychologa, psychoonkologa.

Piśmiennictwo:

1. Dzierżanowski T., Binnebesel J., *Godność w umieraniu*, Medycyna Paliatywna 2019, 11(4), s. 156-162.

CENTRUM WSPARCIA OPIEKUNÓW



Zdjęcie: Marcin Kamiński

Kolejny wspólny rok niemal za nami

Dobiega końca druga edycja projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi” realizowanego przy Miejskim Centrum Opieki w Krakowie. Za nami miesiące intensywnych działań na rzecz poprawy jakości życia osób niesamodzielnych oraz ich opiekunów.

Dzięki oferowanym usługom wielu opiekunów rodzinnych zyskało możliwość utrzymania opieki nad bliskim w środowisku domowym, otrzymując równocześnie profesjonalne wsparcie (zarówno praktyczne, jak i merytoryczne) ze strony doświadczonych specjalistów.

Na czym polegały nasze działania w ciągu ostatnich dwóch lat?

- **Dzieliliśmy się wiedzą i doświadczeniem** – 49 osób zostało przeszkolonych w obszarze opieki i pielęgnacji osoby niesamodzielnej, a 74 opiekunów skorzystało ze specjalistycznego poradnictwa (m.in. lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty czy psychologa) w czasie wizyt domowych, w codziennym środowisku podopiecznego. Działaliśmy też za pośrednictwem naszej strony www.wsparciedlaopiekuna.pl, otrzymując sygnały, że stanowi cenne źródło informacji także dla tych, którzy zawodowo zajmują się opieką nad innymi.
- **Bezpłatnie udostępnialiśmy sprzęt medyczny i rehabilitacyjny**, oferując również transport i instruktaż – aż 191 osób skorzystało (lub nadal korzysta) z tej sposobności!
- **Umożliwialiśmy opiekunom zrobienie przerwy od codziennych wymagań związanych z opieką nad chorym lub niesamodzielnym członkiem rodziny** – 219 osób przebywało w **całodobowym oddziale opieki wytchnieniowej**, a 76 seniorów uczestniczyło w różnorodnych zajęciach w ramach **Dziennej Placówki Opieki i Aktywizacji**.

Nadal pozostaje jednak wiele do zrobienia! Pamiętajmy o potrzebach osób niesamodzielnych oraz ich bliskich, którzy na co dzień mierzą się z trudną rolą opiekuna – nie pozwólmy im zostać samym.

PORADNIK OPIEKUNA

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

WYDAWCA

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych
oraz Niezależnych w Krakowie,
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków, tel. +48 12 44 67 500, www.mco.krakow.pl



REALIZACJA

Firma Reklamowa GRAF MEDIA

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

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