

## SESJA PLAKATOWA

TMP17-00021-2017-01

### Nowe możliwości wspomagania monitorowania stanu klinicznego pacjentów w domowej opiece paliatywnej za pomocą elektronicznej dokumentacji medycznej

Małgorzata Synowiecka

Infusio sp. z o.o., Osielsko

**Wstęp:** Wzrost zachorowań na przewlekłe i postępujące choroby oraz procesy demograficzne związane ze starzeniem się społeczeństwa mają obecnie główny wpływ na zwiększenie zapotrzebowania na opiekę medyczną, w tym na domową opiekę paliatywną. Dlatego też dla świadczeniodawców wyzwaniem jest sprawne koordynowanie wielospecjalistycznej opieki dostosowanej do indywidualnych potrzeb psychosomatycznych pacjentów i zapewnienia wzmożonej opieki w okresie umierania w warunkach domowych. Wiele wskazuje, że zastosowanie nowych technologii w tym elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) może rozwiązać wiele problemów organizacyjnych i zarządczych.

**Cel:** Jednym z celów badania była analiza przydatności mobilnej dokumentacji elektronicznej w zarządzaniu świadczeniami domowej opieki paliatywnej.

**Materiał i metody:** Na podstawie danych zawartych w formularzu opisu wizyty domowej w systemie EDM przedstawiono możliwości sporządzania raportu o stanie zdrowia i pilnych potrzebach pacjentów objętych opieką paliatywną. Analizę retrospektywną dokumentacji elektronicznej pacjentów z Bydgoszczy i przyległych gmin przeprowadzono w kwietniu 2017 r. Dane wybranych parametrów stanu klinicznego pacjentów, takich jak: skala sprawności fizycznej wg ECOG, skala oceny natężenia bólu wg NRS oraz faza opieki paliatywnej wg PCOC przedstawiono graficznie i tabelarycznie w formie raportu dla kierownictwa. Ponadto zaprezentowano trajektorię przebiegu choroby i czas trwania poszczególnych faz opieki paliatywnej wg PCOC u wybranych pacjentów.

**Wyniki i wnioski:** W badanym miesiącu domową opieką paliatywną objętych było od 291 do 344 pacjentów, średnio  $316 \pm 17,7$ . W analizowanej grupie pacjenci byli zarówno w fazie stabilnej, niestabilnej, pogarszania się i terminalnej wg PCOC odpowiednio w średniej liczbie 129 (SD  $\pm 7,0$ ), 168 (SD  $\pm 8,2$ ), 25 (SD  $\pm 10,0$ ) i 1 (SD  $\pm 0,6$ ) osób. Analizowano również indywidualną trajektorię przebiegu choroby pacjenta, który przebywał pod opieką domowego hospicjum przez 28 dni w dwóch fazach. Niestabilna faza opieki trwała przez 27 dni, po czym nastąpiła jednodniowa faza pogorszenia się stanu funkcjonalnego zakończona nagłym zgonem pacjenta. Inny pacjent przebywał pod opieką 21 dni, przy czym przez 17 dni w fazie pogarszania się, a następnie przez 3 dni w fazie niestabilnej. Dane zawarte w EDM umożliwiają stałe monitorowanie stanu klinicznego pacjentów w opiece domowej i mogą służyć do szybkiego identyfikowania pacjentów, którzy

znajdują się w fazie choroby, w której pomoc medyczna i psychosocjalna może być najbardziej oczekiwana.

**Słowa kluczowe:** elektroniczna dokumentacja medyczna, domowa opieka paliatywna, monitorowania stanu klinicznego pacjentów.

TMP17-00020-2017-01

### Opieka nad pacjentem w terminalnej fazie raka płuc w środowisku domowym – studium przypadku

Małgorzata Dziechciarz

Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarostawiu

**Wstęp:** Rak płuca jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym na świecie oraz najczęstszą przyczyną zgonów z powodu choroby nowotworowej. Największa zachorowalność na ten rodzaj nowotworu przypada na okres pomiędzy 55. a 70. rokiem życia. Rak płuca częściej dotyka mężczyzn niż kobiet.

**Cel:** Celem pracy jest przedstawienie problemów występujących u pacjenta z rakiem płuc w terminalnej fazie choroby w środowisku domowym oraz sposobów ich rozwiązywania.

**Materiał i metody:** Badania przeprowadzono metodą indywidualnego przypadku z zastosowaniem wywiadu bezpośredniego, obserwacji i analizy dokumentów osobistych. Posłużono się arkuszem oceny stanu biopsychospołecznego własnej konstrukcji, Skalą Depresji Becka oraz Skalą Barthel. Ponadto dokonano pomiarów antropometrycznych oraz pomiarów ciśnienia tętniczego, tętna i temperatury. Badaniami objęto 49-letnią kobietę z rozpoznaniem od 3 lat rakiem płuca prawego. Zastosowano indywidualny proces pielęgnowania. Badania trwały przez 2 miesiące, aż do śmierci pacjentki. Pacjentka i jej rodzina wyrazili zgodę na przeprowadzenie badań.

**Wyniki:** U badanej pacjentki rozpoznano następujące problemy: duszność, utrudnione oddychanie, ból, zaparcia, nudności i wymioty, zmiany zapalne w obrębie jamy ustnej i gardła, wyniszczenie i jądłowstręt, ryzyko odleżyn, lęk i smutek spowodowany obawą o stan zdrowia, apatia i przygnębienie, uzależnienie od innych, brak perspektyw na wyleczenie, dyskomfort spowodowany trudnościami w modlitwie, niepokój spowodowany obawą o los pozostawianych dzieci. Ponadto u rodziny rozpoznano lęk przed śmiercią matki, żony. W wyniku realizacji zaplanowanych działań pacjentce zapewniono poczucie bezpieczeństwa, zmniejszono ból i lęk, zapewniono potrzeby duchowe rodziny, zmniejszono poczucie lęku i przygotowano ją do odejścia bliskiej osoby. Pacjentka otoczona najbliższą rodziną zmarła.

**Wnioski:** Opieka nad pacjentem w terminalnej fazie raka płuc w środowisku domowym powinna być procesem celowym i planowym obejmującym wszystkie sfery życia ze szczególnym uwzględnieniem sfery duchowej.

Ponadto działania opiekuńcze powinny być ukierunkowane także na rodzinę chorego.

**Słowa kluczowe:** rak płuc, choroba terminalna, paliatywna opieka domowa.

TMP17-00019-2017-01

## Działalność Zespołu Medycyny Paliatywnej w okresie 1.01.2016–30.06.2016 r.

Radostaw Czosnowski, Izabela Bętkowska, Elżbieta Trzebunia, Barbara Babiak

Oddział Medycyny Paliatywnej, Podhalański Szpital Specjalistyczny w Nowym Targu

**Wstęp:** W szpitalu funkcjonuje zintegrowany zespół opieki paliatywnej złożony z oddziału medycyny paliatywnej, hospicjum domowego oraz poradni. Od 1 stycznia do 30 czerwca 2016 r. na oddziale oraz w hospicjum domowym objęto opieką paliatywną 181 chorych (40% kobiet). Odnotowano 238 przyjęć (niektórzy pacjenci hospitalizowani kilkakrotnie) z czego 219 to przyjęcia na oddział. Średnia wieku pacjentów objętych opieką na oddziale i w hospicjum domowym wynosiła 70 lat. Najstarszy pacjent miał 94 lata, a najmłodszy 28 lat.

**Cel:** Ocena ilościowa realizacji świadczeń w zakresie medycyny paliatywnej w stosunku do potrzeb.

**Materiał i metody:** Dokonano analizy pacjentów objętych opieką w omawianym półroczu, dzieląc ich na grupy zależnie od rozpoznania, z jakim zostali zakwalifikowani pod opiekę. W opisanym okresie 165 pacjentów (na ogółem 181 – 91%) przyjętych zostało na oddział lub do hospicjum domowego celem opanowania objawów, z czego 19 (11%) chorych w schyłkowej fazie choroby nienowotworowej. W tym czasie 16 osób (na 181, czyli 9%) zakwalifikowano z powodów socjalnych. Średni czas opieki na oddziale medycyny paliatywnej w badanej grupie wyniósł 9,8 dnia. Wśród osób zakwalifikowanych z powodów socjalnych wyniósł 37 dni. Pod względem częstości największe grupy rozpoznania stanowiły: rak płuca (39 na 181 osób – 22%), odleżyny (15 osób – 8%), nowotwór o nieznanym ognisku pierwotnym (14), rak krtani (12), rak nerki (9), rak odbytnicy (8), rak sutka (8), rak jajnika (7), rak jelita grubego (6). Wśród 16 osób przyjętych z powodów socjalnych jako powód kwalifikacji do opieki wskazywano: odleżyny (10 osób), kardiomiopatie (2) oraz po 1 osobie z rozpoznaniem: niewydolność oddechowa, zanik układu pierwotnie zajmujący ośrodkowy układ nerwowy, rak jelita grubego, nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia.

**Wyniki i wnioski:** Działalność oddziału stacjonarnego pokrywa zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu medycyny paliatywnej w regionie w przypadkach chorób nowotworowych. Jest niewystarczająca, jeśli uwzględnić schyłkowe stadia chorób przewlekłych oraz chorych z odleżynami. Działalność hospicjum domowego jest dalece niewystarczająca w stosunku do potrzeb. Zapotrzebowanie na świadczenie w poradni medycyny paliatywnej wydaje się w pełni zaspokojone.

**Słowa kluczowe:** realizacja świadczeń, potrzeby, medycyna paliatywna.

TMP17-00017-2017-01

## Ułatwienie dostępu do specjalistycznej opieki medycznej jako nowatorska forma wsparcia opiekunów nieformalnych: wyniki analizy potrzeb i satysfakcji

Anna Janowicz<sup>1</sup>, Janusz Wojtacki<sup>2</sup>, Piotr Krakowiak<sup>3</sup>, Agnieszka Łabuć<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Fundacja Hospicyjna, Hospicjum im. ks. Eugeniusza Dutkiewicza SAC w Gdańsku

<sup>2</sup>Fundacja Hospicyjna, Hospicjum im. ks. Eugeniusza Dutkiewicza SAC w Gdańsku

<sup>3</sup>Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

<sup>4</sup>Uniwersytet Medyczny w Gdańsku

**Wstęp:** Sprawowanie opieki nad bliskimi u kresu życia może niekorzystnie wpływać na różne aspekty stanu zdrowia opiekunów rodzinnych – wyraża się to między innymi zaniedbaniami w zakresie zachowań prozdrowotnych i brakiem możliwości korzystania z najbardziej optymalnego wsparcia zdrowotnego.

**Cel:** Korzystając z kwestionariusza własnego autorstwa, ocenie poddano potrzeby i stopień zadowolenia uczestników Otwartych Dni Profilaktyki Zdrowotnej (ODPZ; bezpłatne konsultacje lekarskie oraz badania radiologiczne), które przeprowadzono trzykrotnie w Hospicjum im. ks. Eugeniusza Dutkiewicza SAC w Gdańsku w latach 2014–2016.

**Materiał i metody:** Łącznie w tym okresie udzielono 715 specjalistycznych konsultacji lekarskich (mediana: 3/ opiekuna, zakres: 1–6), przeprowadzono 172 badania ultrasonograficzne i 31 badania mammograficzne (tylko w 2016 r.). Analizowano ponadto podstawowe dane demograficzne i medyczne oraz stopień zaangażowania w opiekę hospicyjną nad chorym członkiem rodziny.

**Wyniki i wnioski:** Spośród 307 odbiorców ODPZ – odpowiedź uzyskano od 186 (60,6%), a 103 spełniło kryteria kwalifikacyjne badania (sprawowanie aktualnie lub w okresie ostatnich 6 miesięcy opieki nad przewlekle chorym przez co najmniej 12 godzin tygodniowo); 82 (79,6%) respondentów stanowiły kobiety, zwykle starsze (mediana wieku: 67 lat, zakres: 29–91). Większość (95,3%) oceniła ODPZ jako wartościową inicjatywę, według ponad połowy badanych (52,3%) – w pełni zaspokoila ona ich oczekiwania i potrzeby, 45,6% respondentów deklarowało częściowe zadowolenie, natomiast 2,1% – wyraziło opinię, że ODPZ nie zaspokoilo ich oczekiwań. Jako główną przyczynę braku zadowolenia z uczestnictwa w ODPZ wskazano brak możliwości skorzystania z większej niż proponowana liczba konsultacji medycznych i badań diagnostycznych. Wszyscy uczestnicy ODPZ wskazali konieczność przeprowadzenia podobnych akcji w przyszłości. Ułatwienie dostępu do medycznej opieki specjalistycznej to dobrze postrzegana forma wsparcia hospicyjnych opiekunów rodzinnych. Konieczne są systemowe rozwiązania problemu dostępu do opieki medycznej dla tej grupy opiekunów.

**Słowa kluczowe:** domowa opieka paliatywna, opiekunowie, wsparcie.

TMP17-00016-2017-01

## Wpływ duchowości/religijności na chorobowość, długość życia, śmiertelność – przegląd badań

Maciek Klimasiński

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Miejski im. F. Raszei w Poznaniu

**Wstęp:** Podczas ostatnich 20 lat liczba badań naukowych na temat związku duchowości ze zdrowiem znacznie wzrosła w literaturze międzynarodowej.

**Cel:** Celem pracy jest podsumowanie zagranicznych badań, które oceniały, czy wysoka duchowość/religijność pacjentów ma wpływ na: 1) ogólną chorobowość w porównaniu z osobami, które w kwestionariuszach wykazują niską duchowość/religijność, 2) ogólną śmiertelność ze wszystkich powodów, 3) długość życia.

**Materiał i metody:** Posłużono się metodą *scoping study*, poprzez którą wybrano badania dostępne w artykułach prezentowanych w popularnych internetowych bazach danych, a także w folderach konferencyjnych, newsletterach, książkach i innych źródłach.

**Wyniki i wnioski:** Zdecydowana większość analizowanych badań wykazuje, że wyższa duchowość/religijność jest pozytywnie skorelowana z: mniejszą ilością hospitalizacji w ciągu roku (z różnych przyczyn), długością hospitalizacji w przypadku ciężkiej choroby, niższymi wskaźnikami sześciomiesięcznej śmiertelności pooperacyjnej, niższymi wskaźnikami 5-letniej śmiertelności ze wszystkich powodów. Długość życia osób częściej uczęszczających na nabożeństwa religijne może być nawet o 8 lat większa niż tych, którzy nie podejmują takich praktyk.

**Słowa kluczowe:** duchowość, religijność, chorobowość, śmiertelność, długość życia.

szukają pomocy kapelana, gdyż nie zawsze mają zaufanie do zinstytucjonalizowanej duchowości. Od 10 do 94% chorych życzyłoby sobie rozmowy o duchowości z lekarzem. Bardzo wiele zależy od tego, w jakim momencie pytanie o tę sferę zostanie zadane i jak zostanie sformułowane. Następujące czynniki: zagrożenie życia, poważna choroba, ucieszczanie przynajmniej raz w miesiącu na nabożeństwa oraz relacja nawiązana z pracownikiem medycznym, wskazywały na to, że dana osoba pragnęłaby takiej rozmowy. Prawdopodobnie nikt nie poczułby się urażony gdyby zadano mu pytanie o duchowość. Natomiast pacjenci nie chcieli, aby tego typu rozmowa odbywała się kosztem czasu przeznaczanego na czynności medyczne oraz aby lekarz ich „nauczał” czy „nawracał”. Od mniej niż 1 do 32% chorych miało okazję w takiej rozmowie rzeczywiście uczestniczyć. Ci, którzy jej doświadczyli, mieli dużą ogólną satysfakcję z opieki medycznej. Osoby, którym brakowało wsparcia duchowego, czuły, że patrzy się na nie jak na chorobę, a nie jak na człowieka. To, czy pracownik medyczny, który rozmawiał z pacjentem o duchowości, był tego samego wyznania, nie miało większego znaczenia. Chorzy podkreślali wagę współczucia ze strony lekarza i otwartość na tematy duchowe. Nie powinien on od razu pytać o duchowość, ale najpierw dociec, co stanowi dla pacjenta źródło wsparcia. Osoby chore mają nadzieję, że medyk będzie rozumiał, w jaki sposób wiara może wpływać na przeżywanie choroby, a jeśli zajdzie taka konieczność – skieruje ich do duchownego.

**Słowa kluczowe:** opieka duchowa, wsparcie duchowe, duchowość.

TMP17-00013-2017-01

## Zespół *takotsubo*. Przykład opieki interdyscyplinarnej

Magdalena Kwiatkowska, Wojciech Leśniak

Hospicjum Płockie

**Wstęp:** Opieka paliatywna zazwyczaj kojarzona jest z leczeniem objawowym pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową. Znacznie rzadziej spotykamy się z pacjentami, którzy wymagają naszej opieki z powodu innych chorób. Kardiomiopatia spowodowana stresem, nazywana inaczej zespołem *takotsubo*, jest przejściową lewokomorową niewydolnością serca zagrażającą życiu pacjenta. Stanowi 1% wszystkich ostrych zespołów wieńcowych. Rokowanie zazwyczaj jest dobre, a powikłania nie przekraczają 19% chorych, w tym u ok. 9% pacjentów dochodzi do nagłego zatrzymania krążenia w mechanizmie migotania komór. Opisana po raz pierwszy przez Sato w 1990 r. wciąż stanowi wyzwanie dla zespołów zajmujących się diagnostyką zawałów serca, a mimo coraz liczniejszych doniesień na ten temat, nadal nie istnieje w świadomości lekarzy pozostających poza kręgiem kardiologów.

**Cel:** Celem pracy jest przedstawienie przypadku opieki nad chorą z trwałym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego po zatrzymaniu krążenia w przebiegu zespołu *takotsubo*.

**Materiał i metody:** Opis przypadku.

TMP17-00015-2017-01

## Czy pacjenci oczekują od lekarzy wsparcia duchowego? Przegląd badań

Maciek Klimasiński

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Miejski im. F. Raszei w Poznaniu

**Wstęp:** Podczas ostatnich 20 lat liczba badań naukowych na temat związku duchowości ze zdrowiem znacznie wzrosła w literaturze międzynarodowej.

**Cel:** Niniejsza praca ma na celu analizę prac dotyczących oczekiwań pacjentów na temat rozmów o sferze duchowej z pracownikami medycznymi.

**Materiał i metody:** Posłużono się metodą *scoping study*, poprzez którą wybrano badania dostępne w artykułach prezentowanych w popularnych internetowych bazach danych, a także w folderach konferencyjnych, newsletterach, książkach i innych źródłach.

**Wyniki i wnioski:** W niektórych populacjach chorych przewlekłe za ponad 80% osób uznaje swoją religię bardzo ważne źródło radzenia sobie z dolegliwościami, w innych – jedynie ok. 30%. Osoby hospitalizowane rzadko

**Wyniki i wnioski:** Pacjentka diagnozowana i początkowo leczona w Szpitalu Wojewódzkim w Płocku w związku z niekorzystnym rokowaniem co do poprawy stanu neurologicznego została przeniesiona do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla osób w stanie wegetatywnym działającym przy Hospicjum Płockim. Główne problemy, z jakimi musiał zmierzyć się nasz zespół, dotyczyły: nawracających infekcji górnych dróg oddechowych, wymagających celowanej antybiotykoterapii, leczenie odleżyn III stopnia wg Torrence'a na kości krzyżowej i wyrostkach kolczystych. Ich gojenie utrudniała stwierdzona od chwili przyjęcia kachexja, postępująca mimo stosowania żywienia przemysłowego. Porażenie spastyczne czterokończynowe z narastaniem przykurczów głównie w obrębie stawów łokciowych i kolanowych. Dodatkowo córka pacjentki wymagała objęcia opieką psychologiczną prowadzoną przez psychologa Hospicjum – matka była jej najbliższą i jedyną krewną. Podczas pobytu nie obserwowano problemów kardiologicznych. Nadciśnienie tętnicze, którego normalizacja stanowiła istotny problem podczas pobytu w szpitalu, było dobrze kontrolowane. Nie obserwowano cech niewydolności krążenia ani zmian w poziomach elektrolitów. Po miesiącu przebywania w Zakładzie nastąpiło nagle zatrzymanie krążenia i zgon. Mnogość problemów wynikających z opieki nad pacjentką po raz kolejny uświadomiła nam konieczność dobrej współpracy pielęgniarek, fizjoterapeutów, psychologów i lekarzy różnych dyscyplin.

**Słowa kluczowe:** zespół *takotsubo*, opieka paliatywna, kardiomiopatia.

TMP17-00012-2017-01

## Opieka nad chorym w ujęciu dziejowym

Aleksandra Kładna

Kierownik Zakładu Historii Medycyny i Etyki Lekarskiej,  
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

**Wstęp:** Opieka nad chorym w ujęciu dziejowym.

**Cel:** Celem prezentacji jest przedstawienie opieki nad chorym w ujęciu dziejowym.

**Materiał i metody:** Wykonano kwerendy źródłowe.

**Wyniki i wnioski:** Postęp nauk medycznych i techniki medycznej zarówno w Polsce, jak i na świecie wpłynął na rozwój opieki nad chorym w XXI wieku.

**Słowa kluczowe:** opieka paliatywna, historia, choroba.

TMP17-00009-2017-01

## Pacjent z zaawansowaną chorobą nowotworową w opiece domowej – punkt widzenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej

*Patient with advanced cancer disease in home care – GP's point of view*

Magdalena Osowicka<sup>1</sup>, Agnieszka Gorzewska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup>Klinika Pneumonologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

**Wstęp:** Pacjent z zaawansowaną chorobą nowotworową, który przebywa w domu wymaga specjalistycznej opieki lekarskiej. Najlepszą dla niego byłaby wspólna, oparta na dobrej współpracy opieka lekarza POZ i specjalisty medycyny paliatywnej. W wielu przypadkach dla pacjenta dostępna jest jedynie opieka lekarza POZ.

**Cel:** Celem projektu była ocena wiedzy lekarzy rodzinnych o medycynie paliatywnej oraz ich stosunku do pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową w opiece domowej.

**Materiał i metody:** Zastosowaliśmy autorską ankietę składającą się z 8 pytań wielokrotnego wyboru dotyczących medycyny paliatywnej, leczenia bólu oraz opinii związanych z pacjentami z zaawansowaną chorobą nowotworową w opiece domowej. Anonimowym badaniem objęliśmy 50 lekarzy rodzinnych z województwa pomorskiego.

**Wyniki i wnioski:** Wstępne wyniki badania wskazują, że ankietowani w różny sposób definiowali opiekę paliatywną. Zgodnie podkreślali konieczność indywidualizacji leczenia u pacjentów hospicyjnych, a większość ankietowanych uważa za konieczną, ścisłą współpracę między lekarzami POZ a specjalistami opieki paliatywnej. Ankietowani widzą potrzebę prowadzenia specjalistycznego poradnictwa na potrzeby lekarzy POZ oraz dodatkowego szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek. Dzielenie się kliniczną odpowiedzialnością za pacjenta jest dla nich istotnym problemem.

**Słowa kluczowe:** lekarz POZ, paliatywna opieka domowa, wiedza.

**Introduction:** A patient with advanced cancer disease, remaining at home, requires a holistic specialized care. Good cooperation between GP and palliative care doctor would be the best for him. Many times GP's care is the only option for the patient.

**Aim of study was** to assess the knowledge of general practitioners about palliative care and their attitudes towards palliative patients in home care.

**Material and methods:** Self-made questionnaire of 8 questions was prepared. The questions concerned knowledge, attitudes, opinions about the palliative care and palliative patients in home care. We surveyed the group of 50 general practitioners from Pomerania district.

**Results:** Preliminary results indicate that respondents differently defined the palliative care. They emphasized the need for individualization of treatment in hospice patients, a majority of respondents consider the close cooperation

between general practitioners and palliative care specialists is necessary. They need specialized counseling for GPs and additional training for doctors and nurses. Sharing clinical responsibility for the patient is a significant problem.

TMP17-00008-2017-01

## Analiza zastosowania płynoterapii w ostatnich tygodniach życia u pacjentów hospicjum domowego

Jacek Januszczak<sup>1</sup>, Michał Kurlapski<sup>2</sup>, Marcin Renke<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospicjum im. ks. Eugeniusza Dutkiewicza SAC w Gdańsku, Klinika Chorób Zawodowych, Metabolicznych i Wewnętrznych, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdynia

<sup>2</sup>Hospicjum im. ks. Eugeniusza Dutkiewicza, Klinika Hematologii i Transplantologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

<sup>3</sup>Klinika Chorób Zawodowych, Metabolicznych i Wewnętrznych, Gdański Uniwersytet Medyczny

**Wstęp:** Zmniejszone spożycie płynów to bardzo często obserwowana sytuacja kliniczna u chorych u kresu życia. Na tę sytuację ma wpływ wiele czynników, m.in. postępujący proces chorobowy, zaburzenia połykania, wymioty czy zespół kacheksja-anoreksja. Jednocześnie dostarczanie płynów, zwłaszcza w okresie umierania, świadczy o dobrej opiece nad chorym i stanowi podstawę do dyskusji rodzin o wdrożeniu płynoterapii. Obecnie brak jest jednoznacznych wytycznych dotyczących zastosowania sztucznego nawadniania w tym okresie, a decyzje muszą być podejmowane w każdej sytuacji indywidualnie po rozważeniu potencjalnych korzyści i strat, mając jednocześnie na uwadze, że spojrzenie zarówno na jakość życia, jak i proces umierania u każdego pacjenta jest odmienne.

**Cel:** Retrospektywna analiza zastosowania płynoterapii u pacjentów hospicyjnych w ostatnich tygodniach życia.

**Materiał i metody:** Analizowano obserwacje lekarskie w historiach 248 chorych Hospicjum Domowego im. ks. Eugeniusza Dutkiewicza w 2014 r.

**Wyniki i wnioski:** Średni czas opieki nad chorym wyniósł 4 miesiące (1–48). Stwierdzono, iż 143 pacjentów (tj. 58%) żyło < 2 miesiące, w tym 106 (42%) < 1 miesiąca. Na zastosowanie płynoterapii zdecydowano się u 57 chorych (23%). Wszyscy pacjenci otrzymywali leczenie drogą dożylną. Wśród chorych dominowali pacjenci z rakiem jelita grubego (13 osób), płuca (8) oraz trzustki (8). Jako główny powód włączenia płynoterapii podano odpowiednio odwodnienie (u 33%), pogorszenie kontaktu (u 26%), brak spożywania płynów doustnie u (19%), niedrożność przewodu pokarmowego i krwawienie z przewodu pokarmowego (u 6%) oraz wymioty (u 5% chorych). Płynoterapię rozpoczynano średnio 12,8 dnia (1–67) przed śmiercią, z medianą 8 dni. U 33 chorych (57%) zastosowano wlewy z płynu wieloelektrolitowego, u 14 (24%) z NaCl o stężeniu 0,9%, a u 10 (17%) z 5-procentowej glukozy. U 53 pacjentów, tj. w 93% przypadków zastosowano wlewy codziennie. Stwierdzono, iż 12 chorych spośród 57 (22%) otrzymywało 1000 ml płynów/dobę, a 45 na 57 (78%) 500 ml/dobę. U 18 pacjentów (32%) obserwowano przejściową poprawę stanu chorego, głównie pod postacią lepszego

kontakty słowno-logicznego. Różnorodność stanów klinicznych oraz pozostałych czynników mających wpływ na decyzję o włączeniu sztucznego nawadniania nakazuje indywidualizację leczenia, przy rozważeniu wszelkich możliwych powikłań. Każdorazowo decyzja musi być poparta rzetelną rozmową z pacjentem i jego rodziną. U części chorych obserwuje się przejściową redukcję niektórych dolegliwości somatycznych.

**Słowa kluczowe:** płynoterapia u kresu życia, nawadnianie w opiece paliatywnej, hospicjum domowe.

TMP17-00004-2017-01

## Analiza długości życia pacjentów będących pod opieką hospicjum domowego

Feliks Błaszczak<sup>1</sup>, Piotr Nowak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dolnośląskie Centrum Onkologii, Hospicjum Domowe, Poradnia Medycyny Paliatywnej

<sup>2</sup>Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii, Uniwersytet Wrocławski

**Wstęp:** Średnio pacjent w hospicjum domowym przeżywa 4,2 miesiąca. Czas przeżycia zależy od wielu czynników. W przedstawionej pracy w wyniku analizy retrospektywnej czasu przeżycia pacjentów będących pod opieką hospicjum domowego autorzy zwrócili uwagę na istotnie statystyczną zależność między wiekiem pacjenta a długością przeżycia.

**Cel:** Oszacowanie długości życia pacjentów znajdujących się w hospicjum domowym na podstawie statystycznych metod analizy przeżycia.

**Materiał i metody:** W pracy analizowano 90 historii choroby pacjentów w wieku od 60 do 90 lat, którzy byli objęci opieką hospicjum domowego. Do analizy długości przeżycia zastosowano następujące techniki statystyczne: model regresji logistycznej, analizę wariancji i estymację statystyczną w celu znalezienia optymalnego modelu długości trwania życia pacjentów w hospicjum domowym.

**Wyniki i wnioski:** Przy zastosowaniu metod modelowania statystycznego zauważono zależność między wiekiem pacjenta a czasem przeżycia w hospicjum domowym. Uzyskano statystycznie istotny model regresji logistycznej dla zmiennej zależnej będącej wiekiem pacjenta, zaś niezależnej będącej wskaźnikiem przeżycia do jednego miesiąca. Liczba przypadków poprawnej prognozy przy zastosowanym wyżej wymienionym modelu wynosi aż 90%.75% pacjentów przeżyło 1 miesiąc (tylko 25% dożyło do 1 miesiąca), 50% przeżyło do 2,5 miesiąca, zaś tylko 25% żyło do 4,5 miesiąca. W analizowanej grupie mediana przeżycia wyniosła 2,5 miesiąca, z kolei średnia długość przeżycia wyniosła 4,2 miesiąca. Większość pacjentów, tj. 66% przeżyło poniżej tej średniej wartości, co potwierdza zgodność wyników z definicją prawostronnej asymetrii (współczynnik skośności wynosi 1,63). W pracy zastosowano model logarytmiczno-normalny rozkładu prawdopodobieństwa zgodny statystycznie z danymi empirycznymi. Długość przeżycia w hospicjum domowym do 1 miesiąca zależy istotnie statystycznie od wieku pacjenta. Z wykonanego oszacowania modelu regresji logistycznej

wynika, że zwiększenie wieku pacjenta o 1 roku powoduje wzrost szansy zgonu w przeciągu 1 miesiąca o ok. 3,5%. Wyniki analizy wariancji wskazują na brak wpływu jednostki chorobowej ( $p = 0,6$ ) oraz płci ( $p = 0,39$ ) na długość przeżycia pacjentów w hospicjum domowym.

**Słowa kluczowe:** czas przeżycia, hospicjum domowe, opieka paliatywna.

---

TMP17-00001-2017-01

## Kontrola życia, uczucia i jakość życia pacjentów z nawrotem choroby nowotworowej w zaawansowanym stadium

Agnieszka Pietrzyk

Katowickie Centrum Onkologii w Katowicach

**Wstęp:** Psychologiczna kontrola traktowana jako pozytywny zasób jednostki umożliwia jej przejmowanie kontroli nad swymi emocjami, działaniami, przemyśleniami, delektowaniem się tym, co pozytywne, a minimalizowaniem tego, co negatywne.

**Cel:** Ocena wpływu kontroli własnego życia na emocje i jakość życia pacjentów z nawrotem choroby nowotworowej w zaawansowanym stadium.

**Materiał i metody:** Osobami badanymi było 200 pacjentów (100 kobiet i 100 mężczyzn) z nawrotem zaawansowanej choroby nowotworowej. Każdy badany wypełniał 3 kwestionariusze samoopisowe: Kwestionariusz Kontroli Własnego Życia, HAD i QLQ-30. Do weryfikacji modelu badawczego zakładającego wpływ kontroli życia na uczucia i jakość życia wykonano analizę ścieżek.

**Wyniki i wnioski:** W grupie kobiet kontrola życia wpływa na ich problemy afektywne, zmniejsza lęk i depresję. Brak problemów poznawczych pozwala im obniżyć poziom tych uczuć. Wysiłki kierowane na wprowadzanie zmian w kontaktach z innymi wpływają na ocenę jakości życia, szczególnie w sferze życia małżeńskiego. Badane kobiety doznają rozbicia planów życiowych, celów, marzeń. W grupie mężczyzn kontrola życia wpływa na ich doświadczanie depresji, a w mniejszym stopniu na lęk. Jednak „męski” niski poziom kontroli emocji zwiększa ich cierpienie – depresję. W badanej grupie mężczyzn kontrola życia nie wpływa na ocenę jakości życia. Owa ocena jest skorelowana z funkcjonowaniem biologicznym i poznawczym oraz pozarodzinnym. Brak bliskości, intymności w życiu małżeńskim znacząco obniża „męską” ocenę jakości życia w zaawansowanym stadium choroby.

**Wnioski:** Uzyskane wyniki wskazują na konieczność zintensyfikowania działań psychoedukacyjnych, wsparciowych, ukierunkowanych na odbudowywanie bliskości i intymności w małżeńskich relacjach przez pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej.

**Słowa kluczowe:** psychoonkologia, kontrola życia pacjentów paliatywnych.