

Analiza problemów medycznych i psychospołecznych pacjentów objętych opieką Hospicjum Domowego w Szczecinie w 2007 r.

The analysis of medical and psychosocial problems of the patients of Home Hospice in Szczecin in 2007

Marzena Stanisława Kaczmarek¹, Katarzyna Żużak-Bączkowska^{1,2}, Maria Szymkowicz-Kowalska¹, Beata Karakiewicz²

¹Ośrodek Rehabilitacji Medycznej i Psychospołecznej Osób Niepełnosprawnych z Poradnią Paliatywną, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

²Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Streszczenie

Wprowadzenie: Głównym założeniem opieki paliatywnej jest łagodzenie dolegliwości bólowych i innych objawów choroby nowotworowej. W związku z przewidywanym dalszym wzrostem zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych liczba osób objętych specjalistyczną opieką paliatywną systematycznie będzie wzrastać. Niezwykle ważny staje się problem zapewnienia tym osobom dobrej jakości opieki, zgodnej ze standardami i normami Światowej Organizacji Zdrowia [2].

Cel pracy: Przeanalizowanie problemów medycznych i psychospołecznych pacjentów objętych opieką Hospicjum Domowego w Szczecinie w 2007 r. Rozpoznanie zakresu działań podejmowanych przez pracowników Hospicjum Domowego dotyczących podniesienia jakości życia pacjentów oraz przestrzegania zaleceń dotyczących opieki nad chorym w fazie terminalnej choroby nowotworowej.

Materiał i metody: Badanie dotyczyło grupy 147 osób z zaawansowaną chorobą nowotworową, w tym 69 kobiet i 78 mężczyzn powyżej 18. roku życia, objętych opieką Hospicjum Domowego w Szczecinie od stycznia do grudnia 2007 r. Przeprowadzono analizę dokumentacji medycznej.

Wyniki: Wśród rozpoznań onkologicznych najczęściej występowały choroby układu pokarmowego, oddechowego i rozrodczego. Chorzy przebywali pod opieką Hospicjum Domowego średnio 39–40 dni. Około 120 osób, czyli większość pacjentów, skorzystało z ok. 10 wizyt lekarskich i ok. 50 wizyt pielęgniarskich. Duża grupa pacjentów objętych badaniem (116 osób, czyli 78,91%) skarżyła się na dolegliwości bólowe. Stwierdzono zależność lokalizacji odczuwanego bólu od rodzaju choroby nowotworowej ($p < 0,05$). Do najczęściej spotykanych objawów fizycznych należały: zmęczenie, znużenie i osłabienie (odpowiednio 142 i 134 osoby, czyli 96,6 i 91,16% ogółu badanych).

Wnioski: Pacjenci są obejmowani opieką paliatywną zbyt późno. W opiece nad pacjentem należy zadbać o właściwy kontakt na linii lekarz–pacjent, pacjent–rodzina, rodzina–lekarz.

Słowa kluczowe: opieka paliatywna, dolegliwości bólowe.

Abstract

Introduction: The aim of palliative care is reduction of pain and another symptoms of uncured diseases. According to increasing amount of patients suffering from cancers request on palliative care is getting more and more. It is very important to assurance the quality of palliative care according to WHO's norms.

Aim of the study: The analysis of medical and psychosocial problems of the patients of home hospice in Szczecin in 2007. Recognition of activities of Home Hospice workers according to elevation of quality of life and following medical indications over the patients in terminal phase of disease.

Material and methods: The study was carry out among 147 patient suffering from advanced cancer disease (69 women and 78 men) over 18 years old which had been cured in home hospice in Szczecin from January to December 2007 on the base of medical documentation.

Results: Patients to palliative care are reported to late. The most often were digestive, respiratory and genital systems cancers. The average period of curing in Home Hospice was 39-40 days. About 120 of the patients that means most of all had 10 doctors appointments and 50 nurses appointments. 116 (78.91%) of the patients suffered from pain. Interdependence between local of pain and kind of cancer was considered ($p < 0.05$). The most often physical symptoms were: tiredness, weariness and fatigue.

Conclusions: Patients to palliative care are reported to late. In long-term care of the patients it is necessary to taking care about proper contact: doctor-patient, patient-family and family-doctor.

Key words: home hospice, pain, cancer.

Adres do korespondencji:

Marzena Stanisława Kaczmarek, Ośrodek Rehabilitacji Medycznej i Psychospołecznej Osób Niepełnosprawnych z Poradnią Paliatywną, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii, ul. Strzałowska 22, 71-730 Szczecin, tel./faks +48 91 425 15 64

WPROWADZENIE

Opieka paliatywna afirmuje życie, a proces umierania akceptuje i traktuje jako naturalne zjawisko. Sprzeciwia się uporczywej terapii mającej na celu przedłużanie gasnącego życia. Jest przeciwna eutanazji. Głównie założenie opieki paliatywnej to łagodzenie dolegliwości bólowych i innych objawów choroby nowotworowej. Integruje ona nie tylko aspekty psychiczne, ale i duchowe opieki nad pacjentem. Oferuje system wsparcia dla chorego i jego rodziny, która też zmagą się z chorobą najbliższej osoby. Przede wszystkim opieka paliatywna oferuje system wsparcia chorym i pomaga im żyć aktywnie, jak to tylko możliwe, aż do zgonu [1]. Zapotrzebowanie na opiekę paliatywną w Polsce można oszacować, opierając się na liczbie zgonów na schorzenia zagrażające życiu. W Polsce z powodu choroby nowotworowej umiera rocznie ok. 75 tys. osób, z czego 55,3% w szpitalu, a 44,2% w domu. W związku z przewidywanym dalszym wzrostem zachorowalności i umieralności z powodu choroby nowotworowej liczba osób objętych opieką paliatywną będzie systematycznie wzrastać. Niezwykle ważny staje się problem zapewnienia tym ludziom dobrej jakości opieki, zgodnej ze standardami i normami Światowej Organizacji Zdrowia [2].

Najczęstszym problemem pacjentów z chorobami nowotworowymi są dolegliwości bólowe. Ból występuje u połowy chorych aktywnie leczonych przyczynowo i u 70–80% chorych w okresie terminalnym, a jego przyczyny są różnorodne [3]. Nadrzędnym celem hospicjum domowego jest kontrola bólu. Ból to objaw, który najczęściej występuje u chorych. Pomimo postępu w leczeniu bólu u 10–15% pacjentów z chorobą nowotworową nie udaje się go uśmierzyć w stopniu zadowalającym [4].

Choroba nowotworowa to jednostka, w której trudno jest jednoznacznie określić czas przeżycia. W związku z tym niektórzy pacjenci w momencie

rozpoznania choroby są w fazie terminalnej i powinni być objęci opieką w profesjonalnych zespołach opieki paliatywnej. Pierwsze hospicjum domowe w Szczecinie, które opierało się głównie na wolontariacie, zaczął organizować w 1987 r. pallotyn, ks. Marek Kujawski. Hospicjum to od dawna współpracuje z Poradnią Opieki Paliatywnej, która powstała w styczniu 1994 r. z inicjatywy dr Jadwigi Zwiegincej i dyrektor Regionalnego Szpitala Onkologicznego Krystyny Pieczyńskiej. Początkowo działała tylko po południu, kilka godzin, ale obejmowała wizytami domowymi pacjentów z całego Szczecina. Mówiąc o zespołach domowej opieki paliatywnej, nie można zapomnieć o szczególnym miejscu na mapie Szczecina, gdzie mieści się Fundacja Zachodniopomorskie Hospicjum dla Dzieci. Celem fundacji jest promowanie idei opieki paliatywnej dla dzieci. Idea utworzenia hospicjum dla dzieci narodziła się w 2005 r. z inicjatywy dr Marioli Lembas-Sznabel. W grudniu 2006 r. Fundacja Zachodniopomorskie Hospicjum dla Dzieci uzyskała status organizacji pożytku publicznego. Obecnie obejmuje opieką chorych zamieszkujących w promieniu 100 km od Szczecina. Pod jej opieką znajduje się średnio 36 dzieci rocznie. Powstała i od niedawna działa nowa filia w Koszalinie.

Obecnie w Szczecinie funkcjonują 3 hospicja domowe działające przy:

1. Zachodniopomorskim Centrum Onkologii, w Poradni Opieki Paliatywnej, przy ul. Strzałowskiej 22,
2. Hospicjum Stacjonarnym św. Jana Ewangelisty przy ul. Pokoju 77,
3. NZOZ Fundacji Zachodniopomorskie Hospicjum dla Dzieci.

W Polsce umiera co roku ok. 400 tys. osób, spośród nich 320 tys. na choroby przewlekłe, z tej liczby zaś ok. 90 tys. z powodu nowotworów [5]. W polskich warunkach na przeszkodzie zagwarantowania sprawowania dobrej opieki stoją przede

wszystkim niedostateczne środki finansowe. Kontrakty z NFZ są niewystarczające i większość poradni paliatywnych przynosi straty finansowe. Szpitalne zespoły wsparcia działające przy Centrum Onkologii nie są finansowane przez NFZ. Kwalifikacje do opieki paliatywnej reguluje prezes NFZ przez określenie trybu kierowania i zasad udzielania świadczeń.

CEL PRACY

Analiza problemów medycznych i psychospołecznych pacjentów objętych opieką Hospicjum Domowego w Szczecinie w 2007 r. Rozpoznanie zakresu działań podejmowanych przez pracowników Hospicjum Domowego dotyczących podniesienia jakości życia pacjentów oraz przestrzegania zaleceń dotyczących opieki nad chorym. Przedstawienie lub analiza problemów i trudności, z jakimi spotykają się lekarze, pielęgniarki i opiekunowie w pracy z pacjentami w terminalnej fazie choroby nowotworowej.

MATERIAŁ I METODY

Badanie dotyczyło grupy 147 chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową, w tym 69 kobiet i 78 mężczyzn powyżej 18. roku życia, objętych domową opieką paliatywną Hospicjum Domowego w Szczecinie od stycznia do grudnia 2007 r. Materiał badawczy stanowiły informacje zebrane z dokumentacji medycznej Zachodniopomorskiego Centrum Onkologicznego, Poradni Paliatywnej dotyczące objawów fizycznych i psychicznych. Ponadto zebrano dane ekonomiczno-demograficzne badanych. W przypadku wszystkich pacjentów analizie poddano rozpoznanie kliniczne stwarzające aktualne problemy terapeutyczne na podstawie dokumentacji medycznej wg indeksu ICD-10 (historie chorób). Dodatkowo uwzględniono wybrane, typowe dla medycyny paliatywnej problemy kliniczne wpływające negatywnie na jakość życia chorych. Przeprowadzono analizę zależności między rodzajami choroby nowotworowej a objawami fizycznymi i psychicznymi występującymi u pacjentów. Ponadto analizie poddano cechy społeczno-ekonomiczne w kontekście problemów związanych z chorobą nowotworową. W tym celu posłużono się testem niezależności χ^2 . Postawiono hipotezę zerową mówiącą o braku zależności między badanymi cechami. W celu potwierdzenia wyników obliczono dwie statystyki: χ^2 Pearsona oraz χ^2 największej wiarygodności (NW). W przeprowadzonych analizach przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

WYNIKI I OMÓWIENIE

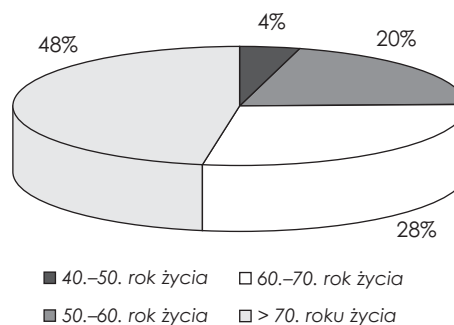
Badaniem zostało objętych 147 osób, w tym 69 kobiet oraz 78 mężczyzn, co stanowiło odpowiednio 46,94% i 53,06%. Średnia wieku wynosiła 68,5 roku, w tym dla kobiet 69, a dla mężczyzn 68 lat. Informacje na temat struktury pacjentów pod względem wieku przedstawiono na ryc. 1.

Największą grupę stanowiły osoby na emeryturze (105 osób, czyli 71,43%). Wśród pacjentów objętych badaniem znalazło się 20 rencistów (13,61%). Aktywne zawodowo były jedynie 22 osoby, z których 2 nie pracowały (1,36%).

Wśród badanych najwięcej osób miało nowotwory układu pokarmowego i oddechowego (w każdym przypadku 43 osoby; 29,25%). Najmniejszą grupę stanowiły pacjentki ze zdiagnozowanym nowotworem układu rodowego – 22 osoby (14,97%), inne 39 (26,53% badanej grupy).

Chorzy przebywali pod opieką Hospicjum Domowego przeciętnie 39–40 dni. Najkrótszy pobyt trwał jeden dzień, a najdłuższy ponad pół roku. Czas trwania opieki dla poszczególnych pacjentów różnił się od średniego przeciętnie o ± 36 –37 dni. Świadczy to o dużym zróżnicowaniu zbiorowości. Większość badanych przebywało pod opieką hospicjum krócej niż 2 miesiące (do 50 dni); jedynie pojedyncze osoby powyżej 150 dni. Spośród pacjentów objętych analizą 95 otrzymało sprzęt pomocniczy (materace, chodziki, wózki itp.) (64,63%). W tej grupie chorzy najczęściej mieli dobrą (37 osób, tj. 38,95% grupy) oraz przeciętną sytuację mieszkaniową (35 osób, czyli 36,84%).

W 2007 r. lekarze odwiedzali pacjentów Hospicjum Domowego średnio 7 razy ± 7 wizyt. Maksymalna liczba wizyt lekarskich przeprowadzonych u jednej osoby wyniosła 66. Pielęgniarki odwiedziły pacjentów w ciągu badanego okresu średnio 16 razy ± 19 wizyt.



Ryc. 1. Struktura pacjentów objętych opieką Hospicjum Domowego pod względem wieku

Okolo 120 pacjentów, a zatem przeważająca większość, skorzystało najwyżej z 10 wizyt lekarskich. Okolo 20 osób lekarz odwiedzał więcej niż 10, ale mniej niż 20 razy. W pojedynczych przypadkach koniecznych było więcej wizyt lekarskich. Niemal wszyscy pacjenci objęci badaniem skorzystali najwyżej z 50 wizyt pielęgniarskich (140 osób, czyli 95,24%). Jedynie w kilku przypadkach niezbędne było przeprowadzenie większej liczby odwiedzin. Największa liczba wizyt pielęgniarskich u jednego pacjenta wyniosła 192. Wyniki przedstawiono w ryc. 2. i 3.

Wykazano, że lokalizacja odczuwanego przez pacjenta bólu zależy od rodzaju choroby nowotworowej ($p < 0,05$). Zdecydowana większość pacjentów objętych badaniem skarżyła się na dolegliwości bólowe (116 osób, czyli 78,91%). W każdej z grup nowotworowych większość stanowiły osoby odczuwające ból, w tym: pacjenci z nowotworem przewodu pokarmowego odczuwali ból jamy brzusznej (26 osób, 60,47%), z nowotworem układu oddecho-

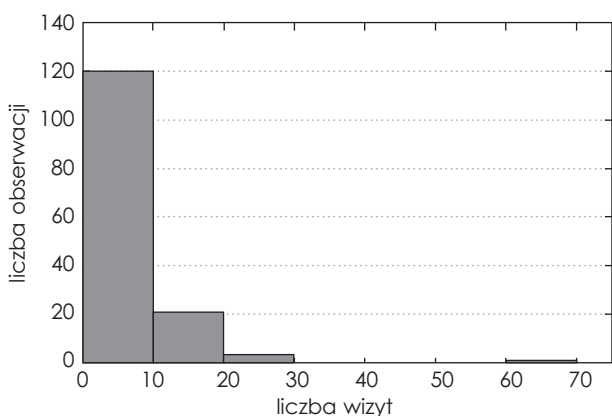
wego najczęściej odczuwali ból w klatce piersiowej i bóle głowy (27 osób, 64,29%). W przypadku chorych z nowotworem układu rodowego oraz u pozostałych pacjentów nie można było wskazać najczęściej spotykanej lokalizacji bólu ze względu na zbyt małe zróżnicowanie liczebności. Lokalizację dolegliwości bólowych u pacjentów przedstawiono w tab. 1.

W momencie przyjęcia do hospicjum badani przyjmowali najczęściej leki przeciwbólowe w postaci słabych opioidów (81 osób, czyli 55,1%). Przed zgonem najczęściej stosowanymi lekami przeciwbólowymi były silne opioidy (63,27%). W okresie od przyjęcia pacjentów pod opiekę Hospicjum Domowego w Szczecinie do chwili zgonu następowało zwiększenie liczby podawanych leków przeciwbólowych. Malą liczbą osób przyjmujących NLPZ oraz słabe opioidy, a wzrastała liczba osób stosujących silne opioidy. Grupy leków przeciwbólowych stosowanych u pacjentów Hospicjum Domowego przedstawiono w tab. 2.

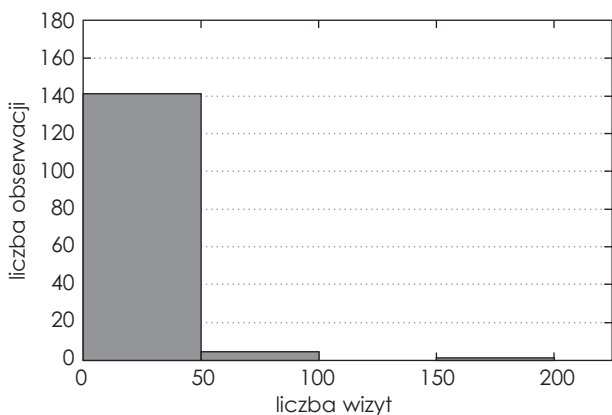
Pacjenci zwykle nie okazywali objawów depresji, lęku czy agresji, bez względu na rodzaj choroby nowotworowej (87 osób, 59,18% badanej grupy). W każdej z grup wśród objawów najczęściej występowała depresja (40 osób, czyli 27,21%). Osoby chore najczęściej okazywały martwienie się, bez względu na lokalizację nowotworu. Łącznie grupa ta liczyła 99 pacjentów i stanowiła 67,35% badanych. Drugim co do częstości występowania objawem psychicznym była nerwowość. Obserwowano ją u 76 osób, czyli 51,7% pacjentów. Nie stwierdzono znacznych różnic między występowaniem poszczególnych typów objawów psychicznych a lokalizacją nowotworu.

Do najczęściej spotykanych objawów fizycznych, bez względu na rodzaj choroby nowotworowej, należały: zmęczenie, znużenie oraz osłabienie. Liczba pacjentów skarżących się na tego typu dolegliwości wynosiła odpowiednio 142 i 134 osoby, czyli 96,60% oraz 91,16% ogółu badanych. W przypadku osób cierpiących na nowotwór układu pokarmowego i rodowego zdecydowaną większość stanowili chorzy, u których nie występowała duszność (odpowiednio 25 i 17 osób, czyli 58,14% oraz 77,27% grupy). Wśród pacjentów z nowotworem układu oddechowego najczęściej obserwowano duszność spoczynkową (19 osób, tj. 44,19%). We wszystkich grupach nowotworowych większość stanowili pacjenci, u których nie występował kaszel. Łącznie były to 82 osoby, co stanowiło 55,78% ogółu badanych. Wśród chorych z nowotworem układu oddechowego zaobserwowano zdecydowanie większą liczbę przypadków mocnego kaszlu w porównaniu z pozostałymi badanymi. Występowanie objawów fizycznych w badanej grupie przedstawia tab. 3.

Analizie poddano również cechy społeczno-ekonomiczne pacjentów. Nie wszystkie osoby



Ryc. 2. Liczba wizyt lekarskich u pacjentów Hospicjum Domowego



Ryc. 3. Liczba wizyt pielęgniarskich u pacjentów Hospicjum Domowego

Tabela 1. Lokalizacja dolegliwości bólowych wśród pacjentów objętych opieką Hospicjum Domowego

| Lokalizacja bólu | Liczba osób z nowotworem | | | | Razem |
|--------------------------|--------------------------|--------------------|-----------------|-------|-------|
| | układu pokarmowego | układu oddechowego | układu rodowego | innym | |
| ból kostny | 6 | 5 | 7 | 15 | 33 |
| głowa i klatka piersiowa | 9 | 27 | 3 | 8 | 47 |
| jama brzuszna | 26 | 3 | 9 | 11 | 49 |
| ból uogólniony | 2 | 7 | 3 | 5 | 17 |
| ogólnie | 43 | 42 | 22 | 39 | 146 |

Tabela 2. Leki przeciwbólowe stosowane u pacjentów Hospicjum Domowego

| Leki przeciwbólowe przy przyjęciu | Leki przyjmowane przed zgonem | | | Razem |
|-----------------------------------|-------------------------------|---------------|---------------|-------|
| | NLPZ | słabe opioidy | silne opioidy | |
| NLPZ | 7 | 17 | 18 | 42 |
| słabe opioidy | 0 | 30 | 51 | 81 |
| silne opioidy | 0 | 0 | 24 | 24 |
| ogólnie | 7 | 47 | 93 | 147 |

NLPZ – niesteroidowe leki przeciwzapalne

Tabela 3. Objawy fizyczne pacjentów Hospicjum Domowego

| Objawy fizyczne | Liczba osób z nowotworem | | | | Razem |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------|-----------------|-------|-------|
| | układu pokarmowego | układu oddechowego | układu rodowego | innym | |
| uczulenia | 7 | 5 | 4 | 6 | 22 |
| trudności ze snem | 23 | 22 | 10 | 23 | 78 |
| brak apetytu | 35 | 36 | 17 | 24 | 112 |
| nudności, wymioty | 15 | 15 | 8 | 9 | 47 |
| zaparcia | 21 | 26 | 11 | 26 | 84 |
| biegunka | 4 | 2 | 1 | 1 | 8 |
| zgaga | 10 | 5 | 2 | 4 | 21 |
| czkawka | 10 | 4 | 1 | 4 | 19 |
| wzdęcia | 10 | 4 | 4 | 10 | 28 |
| zmiany w jamie ustnej i suchość | 27 | 29 | 14 | 28 | 98 |
| obrzęki | 23 | 18 | 10 | 19 | 70 |
| odleżyny | 14 | 19 | 10 | 13 | 56 |
| zmęczenie, znużenie | 42 | 40 | 21 | 39 | 142 |
| osłabienie | 40 | 36 | 20 | 38 | 134 |

udzieliły odpowiedzi na pytanie dotyczące ich religijności oraz praktyki związanej z wyznawaną wiarą. Religijność deklarowały 123 osoby (83,67%), praktykowało natomiast jedynie 91 osób (61,91%). Zarówno wśród pacjentów deklarujących wiarę, jak i praktykujących większość stanowiły osoby zaznajomione z problematyką choroby nowotworowej (odpowiednio 84 i 67 osób). Wśród pacjentów wierzących i praktykujących najczęściej występującym objawem psychicznym było mar-

twienie się (odpowiednio 85 i 60 osób, czyli 69,11% oraz 65,93% grupy). Wśród wszystkich chorych objętych badaniem 99 osób wykazywało objawy martwienia się. Pacjenci wierzący stanowili 85% tej grupy, a praktykujący – 60,61%. Na podstawie otrzymanych wyników testu niezależności stwierdzono, że występowanie u pacjentów z chorobą nowotworową wybranych objawów psychicznych nie zależało od religijności oraz praktyki religijnej badanych osób ($p > 0,05$).

PODSUMOWANIE

Istota działalności hospicjum domowego opiera się w głównej mierze na domowych wizytach lekarskich i pielęgniarskich, w zależności od potrzeby pacjenta, ale zgodnie z wytycznymi NFZ. Liczba i jakość wizyt domowych wpływa znacząco na satysfakcję pacjentów i jakość ich życia. W grupie badanych pacjentów ogólnie odbyły się 973 wizyty lekarskie, 2365 wizyt pielęgniarskich, 39 rehabilitacyjnych oraz 12 wizyt psychologa. Świadczy to o dużym zapotrzebowaniu na świadczenia zdrowotne w zakresie opieki paliatywnej. Średnio na pacjenta przypadało 7 wizyt lekarskich i 16 wizyt pielęgniarskich. Około 120 pacjentów skorzystało z 10 wizyt lekarskich. Zauważono mniejszą liczbę wizyt rehabilitacyjnych i psychologicznych. Niedostateczna liczba wizyt psychologa może mieć negatywny wpływ na przebieg choroby. W badanym okresie w Szczecinie dostępność psychologa dla pacjentów była ograniczona do 4 godz. tygodniowo, jednak nie zaobserwowano skarg na brak wizyt psychologa ze strony pacjentów. Większość pacjentów była zadowolona ze sprawowanej opieki, nawiązano dobry kontakt z chorym i jego rodziną, pozyskano zaufanie po to, aby w „chwilach trudnych” być dla nich kimś bliskim.

Najczęstszym objawem występującym w chorobie nowotworowej są dolegliwości bólowe. Według różnych szacunków, 65–85% pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową odczuwa umiarkowany lub silny ból. W terminalnej fazie choroby nowotworowej odsetek chorych cierpiących z powodu bólu jest jeszcze wyższy, a przy niektórych rodzajach nowotworu (rak trzustki, rak piersi z przerzutami do kości) sięga nawet 100% [4]. W przeprowadzonej analizie zbadano, czy występowanie dolegliwości bólowych, lokalizacja oraz nasilenie bólu zależy od rodzaju choroby nowotworowej. Z grupy 147 osób 116 pacjentów uskarżało się na bóle różnego rodzaju, co stanowiło 78,9%. W badaniu potwierdzono, że charakter i lokalizacja bólu mają niewątpliwy związek z rodzajem choroby nowotworowej. U pacjentów z rozpoznaniem nowotworem układu oddechowego dominowały głównie ból głowy i klatki piersiowej (64,29% badanej grupy), w przypadku chorób przewodu pokarmowego – ból okolic jamy brzusznej (60,47% badanej grupy). Analiza przeprowadzona na dużej populacji Holandii ujawniła, że znacząca część pacjentów z chorobą nowotworową odczuwa bóle o natężeniu umiarkowanym do silnego i nie otrzymuje właściwego leczenia przeciwbólowego [6]. Według Simpson ból szyi jest jedną z trzech najczęstszych dolegliwości układu mięśniowo szkieletowego [7]. Nieuśmierzony ból obezwładnia, obniża jakość życia, ogranicza aktywność fizyczną, zaburza

interakcje społeczne i znacznie nasila cierpienie psychiczne [3], dlatego w przypadku pacjentów dotkniętych dolegliwościami bólowymi istotne jest zastosowanie odpowiedniej terapii przeciwbólowej.

WNIOSKI

1. W Szczecinie pacjenci są obejmowani opieką paliatywną zbyt późno.
2. W leczeniu bólu, ze względu na niedające często oczekiwanych efektów leczenie przeciwbólowe, należy dostosować drabinę analgetyczną do indywidualnych potrzeb pacjenta.
3. Głównymi dolegliwościami, z którymi zmagają się pacjenci w chorobie nowotworowej, są: ból, duszność, nudności, wymioty oraz zaparcia. Na jakość życia pacjenta wpływa nie tylko zaspokojenie jego potrzeb fizycznych, należy również zwrócić uwagę na kwestie psychiczne, socjalne i duchowe.
4. W opiece nad pacjentem należy zadbać o dobry kontakt lekarz–pacjent, pacjent–rodzina, rodzina–lekarz.

PIŚMIENNICTWO

1. Kubler A. (red.). Opieka paliatywna. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007; 24.
2. Kapała P., de Walden-Gałuszko K. Ocena jakości opieki paliatywnej – zarys problemu. Psychoonkologia 1999; 37.
3. Łuczak J. (red.). Zwalczanie bólów nowotworowych. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1994; 11, 13, 51.
4. Kotlińska A. (red.). Drugi Zjazd Medycyny Paliatywnej; 13.
5. Sienkiewicz T. Oddziały paliatywne czekają na pomoc. Służba Zdrowia 2008; 71-75: 10.
6. Breivik H. Analgezacja bez granic: eliminowanie barier w opiece. Paineurope 2008; 2: 8.
7. Simpson K. Najnowsze informacje. Paineurope 2007; 1: 2.