

VII Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, Gdańsk, 27–29 czerwca 2024 r.

Streszczenia

Trudne lekarzy rozmowy

Sylwia Dosz, Marcin Kaźmirski

Stowarzyszenie Puckie Hospicjum pw. św. Ojca Pio, Puck,
Polska

Wstęp: Stowarzyszenie Puckie Hospicjum pw. św. Ojca Pio oferuje najwyższej jakości opiekę i kompleksowe wsparcie dla osób nieuleczalnie chorych i ich bliskich w trakcie choroby czy żałoby. Stawia sobie za cel również współpracę ze środowiskiem medycznym w zakresie rozwijania i doskonalenia umiejętności zawodowych, w tym przyjaznej, budującej relacje i angażującej komunikacji z pacjentami i bliskimi. Projekt edukacyjny Areopag Etyczny na stałe zagościł w kalendarzu inicjatyw Hospicjum – w tym roku odbędzie się XVII edycja wydarzenia kierowanego do studentów, jednak w bieżącym roku po raz pierwszy Areopag Etyczny został zorganizowany i dedykowany profesjonalistom – lekarzom z Zespołu Puckiego Hospicjum. Na bazie tego doświadczenia zostanie ocenione, jaką korzyść czerpią profesjonaliści, biorąc udział w takim wydarzeniu. Wnioski posłużą w niedalekiej przyszłości, gdy zapraszani będą lekarze spoza Zespołu Puckiego Hospicjum oraz przedstawiciele innych zawodów medycznych.

Materiał i metody: Areopag Etyczny to innowacyjna metoda szkolenia z zakresu komunikacji lekarz-pacjent. Uczestnicy uczą się przede wszystkim mówić pacjentom i ich bliskim rzeczy trudne, często te najtrudniejsze o chorobie, niepomyślnym rokowaniu czy zbliżającej się śmierci. Projekt łączy wiedzę teoretyczną, którą prezentują eksperci z różnych dziedzin z warsztatami, podczas których uczestnicy projektu pod okiem psychoonkologów wspólnie z profesjonalnymi aktorami odgrywają sceny prawdziwych historii pacjentów. Praca warsztatowa jest płaszczyzną do analizy zachowań pacjentów i lekarzy.

Wyniki: Na zakończenie tegorocznej edycji dla profesjonalistów poprosiliśmy uczestników o przeprowadzenie autooceny. Lekarze – profesjonaliści, ocenili progres swoich umiejętności w kilku ważnych aspektach na ok. 35–40%. Zapytani zostali o ocenę w odniesieniu do:

- umiejętności przekazywania niepomyślnych informacji,
- poczucia własnych kompetencji jako lekarza,

- uważności, poznania perspektywy pacjenta,
- empatii i wsparcia okazywanych pacjentom,
- umiejętności radzenia sobie z oczekiwaniami pacjentów,
- rozumienia złożoności problemów bioetycznych.

Wnioski: Areopag Etyczny to szansa na edukację medyków, od których zależy sposób i efekty wspierającej komunikacji z pacjentami w trudnych momentach życia.

„Dziwne” rany u pacjenta z otyłością olbrzymią

Aleksandra Chrzęstek

Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja
Kopernika w Toruniu, Polska
Centrum Onkologii, Bydgoszcz, Polska
Dom Sue Ryder, Bydgoszcz, Polska

Wstęp: Pacjent w wieku 71 lat został objęty opieką hospicjum domowego z rozpoznaniem L89: owrzodzenie odleżynowe. Chory z otyłością olbrzymią, BMI nie do określenia – chory nie był w stanie wstać w celu zważenia. Ostatni pomiar sprzed około 2 lat – 160 kg. Aktualna waga: około 200 kg. Dodatkowo w wywiadzie nadciśnienie tętnicze. Z wywiadu: rany pojawiły się około 2 lata wcześniej, były konsultowane (zdalnie – sic!) w Poradni Dermatologicznej i Poradni Leczenia Ran, leczone głównie miejscowo antybiotykami w związku z dodatnimi wynikami posiewów. Rany występowały na brzuchu, obu udach oraz prawym podudziu o średnicy 5–20 cm, podminowane, z różowym dnem, z umiarkowanie obfitym surowiczym wysiękiem. Przedmiotowo nie budziły podejrzeń owrzodzeń odleżynowych. Celem pracy była diagnostyka oraz zaplanowanie leczenia ran.

Materiał i metody: W znieczuleniu miejscowym został pobrany wycinek z jednej ze zmian: obraz patologiczny nie był jednoznaczny, może odpowiadać zmianom polekowym, w diagnostyce różnicowej należy uwzględnić układowe choroby tkanki łącznej. W nacieku zapalnym, głównie okołonaczyniowo występowały mieszane populacje głównie limfocytów T, nielicznych limfocytów B oraz plazmocytów. W posiewie wyhodowano środowiskowy szczep *Pseudomonas aeruginosa*. Po pogłębieniu wywiadu ustalono, że wystąpienie ran czasowo można było

wiązać z nadużywaniem tramadolu. Leczenie bólu zostało zmienione – wprowadzono buprenorfinę TTS. Dodatkowo uwagę zwrócił fakt, że rana, z której został pobrany wycinek, bardzo szybko goiła się.

W literaturze przedmiotu pomimo dość dużej liczby doniesień o problemach dermatologicznych w populacji otyłych pacjentów, jedynie kilka prac traktowało o ranach nieodleżynowych. Otyłość sprzyja wielu problemom skórny, a także w ogromnym stopniu pogarsza gojenie ran. W związku z powyższym wdrożone zostały opatrunki specjalistyczne z zawartością srebra, zlecono przymoczki z kwasu bornego w celu obniżenia pH środowiska oraz okresowo chirurgicznie opracowywano rany – mniej więcej co 3 tygodnie. Jednocześnie włączono Ozempic, uzyskując początkowo dość znaczne spadki obwodów u pacjenta (określenie efektu w kilogramach niemożliwe). Dzięki rehabilitacji pacjenta udało się spionizować. W ciągu kilku miesięcy rany na brzuchu i podudziu udało się całkowicie wyleczyć, a rany na udach zmniejszyć. Jednorazowo zaobserwowano zblednięcie ran i zmianę ich dna. W posiewie poza stwierdzonym wcześniej *Pseudomonas aeruginosa* wyhodowano *Staphylococcus aureus*. Podjęto leczenie celowanym antybiotykiem, uzyskując powrót gojenia. Niestety, pomimo początkowej skuteczności Ozempicu, waga pacjenta zaczęła ponownie rosnać, dodatkowo dołączyły się cechy niewydolności krążenia, głównie pod postacią masywnych obrzęków z przesiękami, co zatrzymało gojenie ran. W związku ze stanowczym skierowaniem do szpitala w celu diagnostyki kardiologicznej, na którą chory nie wyraził zgody, decyzją pacjenta wstrzymano opiekę hospicjum domowego.

Wyniki: Rany u pacjentów z patologiczną otyłością niebędące odleżynami mogą coraz częściej zdarzać się w praktyce lekarza opieki paliatywnej w związku z narastającym w populacji problemem otyłości. Rany zlokalizowane nietypowo dla odleżyn powinny być oceniane pod kątem innego ich charakteru.

Wnioski: Ingerencja chirurga w leczeniu ran przewlekłych pozwala zapoczątkować lub przyspieszyć gojenie tego typu ran i trzeba do niej dążyć na najwcześniejszym etapie leczenia.

Żałoba po zmarłym na nowotwór

Katarzyna Gacek

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej, Gostyń, Polska

Wstęp: Żałoba stanowi nieuniknione doświadczenie w życiu dorosłego człowieka. Jest ona złożonym procesem objawiającym się na poziomie emocji, zachowania, procesów poznawczych oraz

funkcjonowania społecznego. Utrata znaczącej relacji przywiązania wpływa na osobowość jednostki. Celem wystąpienia jest pogłębienie stanu wiedzy w obszarze zjawisk związanych z żałobą ze szczególnym uwzględnieniem perspektywy osób tracących swoich bliskich w wyniku choroby nowotworowej.

Materiał i metody: W prezentacji przedstawiony zostanie aktualny stan wiedzy w temacie żałoby towarzyszącej utracie bliskich w wyniku choroby nowotworowej na podstawie dokonanego przeglądu literatury.

Wyniki: W obrębie reakcji na żałobę może dojść do jej powikłań. Na kształtowanie się żałoby powikłanej mają wpływ czynniki relacyjne, związane z okolicznościami śmierci, historia wcześniejszych utrat oraz występowanie zaburzeń psychicznych. W trakcie żałoby powikłanej może dojść do rozwoju zaburzeń lękowych oraz zaburzeń nastroju. Śmierć w wyniku choroby nowotworowej stanowi dla rodziny chorego okoliczność szczególnie obciążającą.

Wnioski: Opieka nad pacjentem onkologicznym pod koniec jego życia jest procesem wyczerpującym psychicznie i fizycznie. Zmęczenie opiekuna oraz okoliczności śmierci wywołanej chorobą nowotworową rzutują na proces żałoby po śmierci pacjenta, prowadząc do rozwoju procesów psychopatologicznych. Osoby nieuprzywilejowane społecznie stanowią grupę szczególnie podatną na rozwój żałoby powikłanej. Wsparcie w postaci opieki hospicyjnej zwiększa komfort życia pacjentów i opiekunów, zmniejszając ryzyko wystąpienia nieprawidłowej reakcji żałoby. Dobrostan psychologiczny chorego w ostatnim okresie życia ułatwia proces żałoby po jego śmierci.

Paliatywne leczenie onkologiczne w medycynie paliatywnej. Mit czy rzeczywistość?

Cezary Juda

OM Samarytanin, Opole, Polska

Wstęp: Pacjenci skierowani do leczenia hospicyjnego (zdyskwalifikacja leczenia systemowego onkologicznego) często trafiają na Oddział Medycyny Paliatywnej z nasilonymi objawami wynikającymi z choroby nowotworowej. Obraz kliniczny i badania dodatkowe u wielu chorych sugerują, że leczenie onkologiczne mogłoby zwolnić progresję choroby podstawowej, ograniczyć jej powikłania, a w rezultacie przedłużyć życie z poprawą jego jakości. Niniejsze opracowanie ma na celu prezentację wyników stosowania interwencji znanych z lecze-

nia onkologicznego w medycynie paliatywnej oraz określenie wpływu na długość i jakość życia prezentowanych pacjentów.

Materiał i metody: Obserwacje zostały przeprowadzone na pacjentach Oddziału Medycyny Paliatywnej Ośrodka Medycznego "Samarytanin" w Opolu. Zastosowane interwencje medyczne obejmowały: 1) Punkcje jam ciała z podaniem cytostatyków (jamy otrzewnowej, jamy opłucnowej); 2) Chemioterapię; 3) Immunoterapię; 4) Hipertermię (lokoregionalna, ogólnoustrojowa, powierzchniowa). Oprócz wymienionych interwencji, podstawą leczenia na Oddziale pozostawały kontrola bólu, leczenie żywieniowe, leczenie objawowe, rehabilitacja, wsparcie psychiczne.

Wyniki: Punkcje jamy opłucnowej doprowadziły do ustąpienia duszności u wszystkich chorych poddanych zabiegowi. U części pacjentów seria punkcji z podaniem cytostatyków doprowadziła do trwałego zatrzymania wysięku do jam opłucnowych. Punkcje jamy otrzewnowej z podaniem cytostatyków u niektórych z prezentowanych chorych doprowadziły do zahamowania rozsiewu nowotworu w obrębie jamy brzusznej. Chemioterapia paliatywna, często łączona z immunoterapią u prezentowanych pacjentów doprowadziła do częściowej lub całkowitej regresji choroby nowotworowej, potwierdzonej badaniami dodatkowymi. W przypadkach, w których nie doszło do regresji choroby, zaobserwowano poprawę stanu ogólnego, wydolności fizycznej oraz ograniczenie powikłań choroby. Zastosowanie hipertermii lokoregionalnej i ogólnoustrojowej w trakcie chemioterapii dało lepsze wyniki niż sama chemioterapia. Obserwowane działania niepożądane leczenia systemowego były łagodne z powodu specjalnego indywidualnego dobrania dawek leków i doraźnego leczenia powikłań. Głównie obejmowały nudności i wymioty, drobne infekcje, osłabienie. U wszystkich prezentowanych pacjentów osiągnięto poprawę jakości życia i jego przedłużenie względem pierwotnych rokowań.

Wnioski: W niektórych przypadkach pacjenci kierowani do leczenia hospicyjnego mogliby skorzystać z leczenia onkologicznego mającego na celu spowolnienie postępu choroby i ograniczenie jej powikłań. Obserwacje prezentowanych pacjentów pokazały, że możliwe jest dobranie leczenia onkologicznego, które przedłuży przeżycie oraz poprawi jakość życia chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową.

Chroniczne zmęczenie personelu pielęgniarskiego pracującego w opiece paliatywnej oraz analiza związków z wybranymi czynnikami socjodemograficznymi

Karol Czernecki¹, Michał Graczyk²,
Grzegorz Nowicki³, Barbara Ślusarska³

¹Fundacja Z Serca Dla Serca w Kępie Zaleszańskim

²Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Polska

³Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Katedra Zintegrowanej Opieki Pielęgniarskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin, Polska

Wstęp: Zmęczenie to stan subiektywnego, niespecyficznego i złożonego zjawiska występującego, gdy wymagania procesu lub sytuacji przekraczają dostępne zasoby, a mechanizmy naprawcze nie są wystarczające. Przedłużające się w czasie zmęczenie fizyczne i psychiczne pogarsza jakość życia społecznego, zawodowego, jak i osobistego. Zmęczenie jest bardzo rozpowszechnionym stanem, które było badane w licznych grupach pacjentów z różnymi chorobami, np. chorobą nowotworową, serca, nerek czy sarkoidozą, ale także w środowisku pracy. Niemniej jednak niewiele jest badań na temat chronicznego zmęczenia wśród pielęgniarek, a szczególnie w sektorze opieki paliatywnej. Objawy zmęczenia, osłabienia, utraty energii są również częste wśród pielęgniarek opieki paliatywnej. Wynika to między innymi z wysokich wymagań w zakresie profesjonalnej opieki nad pacjentami objętymi opieką paliatywną, a także ze złożoności wymagań opieki psychoduchowej sytuacji u kresu życia. Pielęgniarki opieki paliatywnej doświadczają wysokiego poziomu obciążenia fizycznego i emocjonalnego. W większości przypadków są oddane służbie pacjentom, którymi się opiekują, kosztem takich spraw, jak relacje społeczne, kariera zawodowa czy samoopieka. Stąd chroniczne zmęczenie personelu pielęgniarskiego pracującego w opiece paliatywnej jest istotnym zagadnieniem, które wymaga uwagi ze względu na jego potencjalne konsekwencje dla jakości opieki nad pacjentami i samopoczucia personelu medycznego. Niedobór zasobów takich, jak personel, sprzęt medyczny czy środki farmakologiczne, także może wpływać na poziom stresu i zmęczenia. Ponadto, praca zmianowa, która jest powszechna w opiece paliatywnej, może zakłócać rytm biologiczny i prowadzić do przewlekłego zmęczenia. Wreszcie, często pielęgniarki zapominają o własnych potrzebach

i samoopiece, skupiając się wyłącznie na potrzebach pacjentów i ich rodzin. Celem niniejszego badania była ocena chronicznego zmęczenia wśród personelu pielęgniarskiego świadczącego usługi w opiece paliatywnej oraz określenie wybranych determinantów społeczno-demograficznych.

Materiał i metody: Badanie przekrojowe w grupie 424 pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej w Polsce zostało przeprowadzone w 2023 r. Wykorzystano dwie metody zbierania danych: ankiety papierowo-ołówkowej oraz ankiety internetowej wspomaganą komputerowo. Do oceny chronicznego zmęczenia pielęgniarek wykorzystano krótką skalę samooceny zmęczenia (ang. *fatigue assessment scale* – FAS).

Wyniki: Średnie wyniki skali chronicznego zmęczenia w grupie były przeciętne i wyniosły 20,78 pkt ($M = 20,78$; $SD = 5,41$); $Me = 20,00$, Min.–Maks. (10,00–37,00). Kobiety cechowały się istotnie niższym ($p = 0,005$) wynikiem w skali ($M = 20,54$; $SD = 5,20$) w porównaniu z mężczyznami ($M = 24,42$; $SD = 7,31$). Najwyższe średnie wyniki chronicznego zmęczenia wykazano w grupie osób w wieku 50–59 lat, natomiast najniższe w wieku 70 lat i więcej ($p = 0,010$). Zaobserwowano istotne statystycznie różnice ze względu na stan cywilny ($p = 0,021$), najwyższe wyniki osiągały osoby z grupy panna/kawaler ($M = 23,51$; $SD = 5,54$). Stosunek do wiary katolickiej różnicuje także istotnie statystycznie poziom zmęczenia ($p = 0,034$).

Wnioski: Osoby niewierzące cechowały się najwyższym nasileniem zmęczenia. Ogólny poziom chronicznego zmęczenia był na poziomie przeciętnym. Takie zmienne, jak płeć, wiek, stan cywilny i stosunek do wiary katolickiej miały istotny wpływ na poziom chronicznego zmęczenia pielęgniarek.
