

często nawet nie zauważonego przez chorego. Uszkodzoną skórę zaopatruje się nie przywieraającym opatrunkiem, np. nasączonym płynną parafiną, i dodatkowo zabezpiecza kilkoma warstwami jałowych gazików. Następnie bandażuje się chorą kończynę, pozostawiając bandaż na całą dobę z przerwą na toaletę (np. kąpiel w szarym mydle z dodatkiem nadmanganianu potasu) i na zmianę przemoczonych gazików (2–3 razy w ciągu doby). Zakazony (najczęściej bytującymi na skórze bakteriami i grzybami) limfotok (*lymphorrhoe*) jest trudny do wyleczenia. Antybiotyki stosowane ogólnie lub miejscowo nie przynoszą spodziewanego efektu ze względu na słabą penetrację do miejsca zakażenia. Miejscowo stosowane środki odkazające mogą dodatkowo uszkadzać skórę, powiększając owrzodzenie. W niektórych przypadkach można uzyskać stopniowe zmniejszanie się obszaru infekcji, stosując (pod bandaż) opatrunki węglowo-srebrne (np. Actisorb Plus).

Do typowych powikłań zapalnych obrzęku limfatycznego należy zakażenie skóry i tkanki podskórnej (*dermatolymphangiadenitis*, DLA) oraz róża (*erysipelas*). W przypadkach łżejszych i niezbyt rozległych DLA można rozważyć zastosowanie intensywnej kompleksowej fizjoterapii, pod warunkiem codziennej kontroli lekarskiej. W pozostałych przypadkach konieczne jest doustne podawanie amoksycyliny lub cefalosporyny II generacji przez ok. 10 dni i wstrzymanie się od masowania kończyny. W razie drugiego nawrotu DLA w krótkim czasie można stosować przedłużoną do 6–12 miesięcy antybiotykoterapię penicyliną (Debecylina: 1,2 mln j.m. domięśniowo co 3 tygodnie) lub azitromycyną (500 mg doustnie 1 raz w tygodniu).

Podjętą terapię obrzęku limfatycznego lub jego powikłań, należy oszczędzać spodziewane korzyści i skutki niepożądane w perspektywie spodziewanego przeżycia chorego.

PROFILAKTYKA I LECZENIE ODLEŻYN W OPIECE PALIATYWNEJ

Anna Białoń-Janusz

Definicja i patogenezę odleżyn

Odleżyna jest to ograniczone uszkodzenie skóry i głębiej leżących tkanek, powstaje w wyniku działania ucisku i sił ścinających. Czynniki te mogą powodować zamknięcie lub niszczenie naczyń włosowatych, a w konsekwencji niedokrwienie komórek, co prowadzi do ich niedotlenienia i śmierci. Zmiany takie mogą zaistnieć, kiedy siła ucisku wywiera ciśnienie przewyższające ciśnienie

panujące we włośniczkach. Ma to miejsce, kiedy tkanki ulegają ściśnięciu między podłożem a wyminosłościami kostnymi. Siły ściskające powstają w sytuacji, kiedy głębiej położone struktury i szkielet przesuwną się względem niernych w stosunku do podłoża tkanek. Powoduje to skrócenie i zaniknięcie naczyń włosowatych lub nawet ich przerwanie, a następnie niedokrwienie.

Częstą przyczyną powstawania zmian odleżynowych jest także tarcie, na które narazona jest skóra chorego, np. w momencie przesuwnia go po podłożu.

Jako najczystsze miejsca powstawania odleżyn wymienia się: kość krzyżową, krętarze większe, guzy kulszowe, pięty, łokcie i kostki. Klimacze odleżyna może mieć postać rumienia, owrzodzenia oraz suchej albo rozplywnej martwicy, w zależności od stopnia jej zaawansowania. Istnieje kilkanaście klasyfikacji zmian odleżynowych, np.: pięciostopniowa Skala Torrance'a. Amerykański Krajowy Zespół Doradczy ds. Odleżyn (NPUAP) oraz Agencja ds. Polityki i Badań w Opiece Zdrowotnej (AHCPR) rekomendują skalę czterostopniową.

Szczegóły dotyczące wymienionych skal są dostępne w literaturze w języku polskim.

Czynniki ryzyka

„Textbook of palliative nursing” wymienia wśród nich: zmniejszoną ruchliwość, ograniczoną aktywność, zaburzenia czucia, nietrzymanie moczu i stolca, narażenie na działanie tarcia i sił ściskających, niedożywienie, zaawansowany wiek, ogólny zły stan zdrowia, czynniki psychologiczne (depresja, przewlekły stres emocjonalny), czynniki związane z opieką zdrowotną (mała dostępność opieki, ograniczenia finansowe). Inni autorzy zaliczają do nich także cukrzycę, sterydoterapię i chemioterapię. W oparciu o analizę powyższych czynników opracowano narzędzia, które mają służyć ocenie zagrożenia wystąpieniem omawianego powikłania. Historycznie najstarszą i jedną z najbardziej znanych skal służących ocenie zagrożenia odleżynami jest Skala Norton. Przeważająca większość ośrodków opieki paliatywnej w Wielkiej Brytanii w swojej praktyce stosuje Skalę Waterlow. Niestety nie ma badań potwierdzających, które z narzędzi jest najbardziej wiarygodne w przypadku chorych objętych opieką paliatywną.

Profilaktyka odleżyn

Problem odleżyn odgrywa szczególną rolę w opiece paliatywnej, gdyż ich pojawienie się pogarsza jakość życia chorych, dodaje im cierpień i pogłębia

ograniczenia, jakie wywołała choroba podstawowa. Leczenie odleżyn jest także kosztowne. Jednocześnie osoby w zaawansowanym stadium chorób przewlekłych są szczególnie narażone na rozwój takich uszkodzeń, dlatego trudno przecenić rolę profilaktyki. W procesie zapobiegania odleżynom można wyróżnić kilka elementów składowych. Są to:

- **Identyfikacja zagrożenia.** Należy jej dokonać u każdego chorego obejmowanego opieką, wykorzystując jedną ze skal służących ocenie zagrożenia odleżynami. Jeżeli zagrożenie takie wystąpi, należy zaplanować i podjąć działania zapobiegawcze.

- **Minimalizacja ucisku.** Stosowane w tym celu zmiany pozycji ciała chorego są chyba najbardziej znanym elementem profilaktyki odleżyn. Częstość i sposób tych zmian należy dobierać indywidualnie do potrzeb chorego i jemu tylko właściwej tolerancji na ucisk. Jeżeli nie mamy do dyspozycji specjalnych podnośników, chorego powinniśmy układać co najmniej dwie osoby, delikatnie go unosząc i unikając tarcia o podłoże.

W celu stabilizacji pozycji i zabezpieczenia chorego przed zsunaniem się należy stosować „techniczne” udogodnienia (wałki, kliny poduszki). Chorzy leżący nie powinni zbyt długo przebywać w pozycji półwysokiej (wzglowie podniesione powyżej 30° od poziomu łóżka), gdyż predysponuje to do powstawania odleżyn w okolicy kości krzyżowej.

Jeżeli nie ma przeciwwskazań (duszność, owrzodzenie klatki piersiowej) można wykorzystywać pozycję na brzuchu.

Zmieniać pozycję i wykonywać zabiegi pielęgnacyjne trzeba delikatnie oraz uwzględnić te czynniki w planowaniu postępowania przeciwbólowego, aby nie były dodatkowym źródłem cierpienia. Korzystne jest stosowanie podkładek z owczej skóry pod najbardziej narażone części ciała. Z takiego materiału wykonane są też ochraniacze na pięty i łokcie, które zmniejszają tarcie między łóżkiem a ciałem chorego, dzięki czemu nadają się szczególnie dla osób wyniszczonych. Błędnym jest stosowanie gumowych kółek pod pośladki i innych udogodnień tego typu (np. kółek z waty i bandaża), gdyż potęgując ucisk na brzegach, mogą same stać się powodem powstania odleżyny. W celu ochrony pięt można używać także podpórek unoszących stopy ponad podłoże.

Chorzy spędzający czas w wózkach powinni siedzieć na poduszkach, np. z poliuretanowej gąbki, które zmniejszają ucisk, a co 10–15 min unosić się na rękach na ok. 10 s, aby ucisnąć miejsca zostały ponownie ukrwione. Dużym ułatwieniem w profilaktyce odleżyn stało się upowszechnienie stosowania materacy przeciwoodleżynowych. Materace te dzieli się na statyczne i zmiennociśnieniowe. *Materace statyczne* rozkładają ciężar ciała na dużą powierzchnię i zmniejszają ucisk pod wyminosłościami kostnymi. Materace te nie zawsze wystarczająco niwelują ucisk, jednak znajdują one zastosowanie u chorych z niestabilnymi złamaniami i obrzękami oraz u chorych wyniszczonych. *Materace*

zmiernociśnieniowe zbudowane są z tworzywa sztucznego uformowanego w dwa rzędy komór, do których za pomocą specjalnej pompy naprzemiennie włączane jest powietrze. Ciało osoby leżącej na takim materacu podpierane jest na zmianę w różnych miejscach, co oprócz zmniejszenia ucisku poprawia także ukrwienie tkanek. Stosując opisane materace, należy zwracać uwagę na szczelność układu, bowiem tylko prawidłowo wypełniony materac zachowuje swoje właściwości. Chory leżący na materacu w dalszym ciągu wymaga systematycznych zmian pozycji.

● **Kontrola i pielęgnacja skóry.** Skórę należy kontrolować w trakcie każdej zmiany pozycji ciała i podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych, co pozwoli wcześniej wychwycić pojawiające się zmiany. Toaletę ciała wykonujemy co najmniej raz dziennie, a jeżeli chory poci się lub zanieczyści — tak często, jak to potrzebne, używając środków, które nie będą nadmiernie wysuszać ani podrażniać skóry. Można używać łagodnych mydeł o pH 5,5 lub preparatów do kąpieli zawierających lanolinę. Należy delikatnie i dokładnie osuszać skórę, szczególnie w fałdach, zwracając uwagę, aby jej zbyt mocno nie trzeć. Jeżeli skóra jest nadmiernie sucha, powinniśmy stosować krem lub oliwkę. Miejsca narażone można delikatnie oklepywać, aby poprawić ich ukrwienie. Nie należy masować wywniosłości kostnych. Jeżeli skóra ma kontakt z wydalinami, zagrożoną okolicę należy chronić obojętą maścią. Trzeba dbać, aby pościel była zawsze sucha i czysta, a prześcieradło dobrze naciągnięte i nie potłokowane i zwracać uwagę, aby chory nie leżał na szwach czy guzikach.

● **Uzupełnienie niedoborów pokarmowych.** Niedobory pokarmowe, zwłaszcza białek, witaminy C i cynku, usposabiają do powstawania odleżyn i opóźniają gojenie się już istniejących uszkodzeń. Jednak u osób w terminalnej fazie choroby należy rozważyć celowość uzupełniania tych niedoborów, mając na uwadze możliwości organizmu w zakresie wykorzystania dostarczonych substancji.

● **Edukacja.** Chorym i ich opiekunom należy wyjaśnić cel podejmowanych działań i zapoznać ich ze sposobami postępowania profilaktycznego. Tylko w sytuacji, kiedy pacjent i rodzina zaakceptują proponowane postępowanie, można liczyć na dobrą współpracę w tym zakresie. Zawsze trzeba brać pod uwagę komfort chorego. U chorych umierających należy odstąpić od intensywnych czynności profilaktycznych.

● **Postępowanie z odleżynami.** Mimo stosowanej profilaktyki u części chorych odleżyny jednak się pojawiają. Konieczne jest wtedy podjęcie skutecznych działań terapeutycznych, których istotnym elementem jest zniesienie ucisku w okolicy odleżyny, umożliwiającej rozpoczęcie procesu gojenia.

Tabela 8.2. Charakterystyka nowoczesnych opatrunków

Grupa	Charakterystyka	Preparaty
Biony półprzepuszczalne	<ul style="list-style-type: none"> • przezroczyste cienkie i elastyczne blony poliuretanowe • przepuszczalne dla gazów i pary wodnej • nieprzepuszczalne dla wody, bakterii i innych zanieczyszczeń • nie mają właściwości pochłaniających • samoprzylepne 	OpSite Bioclusive Tegaderm Hydrofilm
Hydrożele	<ul style="list-style-type: none"> • polimery o dużej zawartości wody • mają ograniczoną zdolność pochłaniania wysięku • powodują uwodnienie tkanek martwiczych przyspieszając autolityczne oczyszczenie rany 	Aquagel Intrasite gel Granugel
Hydrokoloidy	<ul style="list-style-type: none"> • produkowane są w postaci płytek i pasty • płytki zbudowane są z warstwy zewnętrznej ochronnej i wewnętrznej, która w zetknięciu z wydzieliną z rany tworzy wypchniętą ją żel • żel chroni tkanki przed urazami mechanicznymi, wyschnięciem i ochłodzeniem, pobudza ziarninowanie, podział i migrację komórek naskórka • wytwarzają lekko kwaśne środowisko hamujące rozwój drobnoustrojów 	Comfeel Granuflex Hydrocol
Dekstranomey	<ul style="list-style-type: none"> • zbudowane są z ziaren polimeru w postaci proszku lub pasty • mają bardzo dużą zdolność pochłaniania wysięku • wymagają opatrunku wtórnego 	Acudex Debrisan
Opatrunki algininowe	<ul style="list-style-type: none"> • powstają z włókien alginianu wapnia pozyskiwanego z alg morskich • mają dużą chłonność (10 ml/1 g wagi) • oczyszczają rany z drobnoustrojów • niektóre mają właściwości hemostatyczne 	Kaltostat Sorbalgon Sorbsan
Planki poliuretanowe	<ul style="list-style-type: none"> • mają zdolność pochłaniania dużej ilości wysięku • zbudowane są najczęściej z dwóch warstw: wewnętrznej – chłonej i utrzymującej wilgotne środowisko – oraz zewnętrznej – wodoodpornej, stanowiącej barierę antybakteryjną 	Allewin Allewin cavity Lyofam
Opatrunki pochłaniające zapach	<ul style="list-style-type: none"> • zawierają węgiel aktywowany, dzięki czemu neutralizują nieprzyjemny zapach 	Actisorb Plus Kaltocarb Lyofam C

Tabela 8.3. Kryteria doboru opatrunków

Faza gojenia rany	Charakterystyka rany	Cel postępowania	Rodzaj opatrunku
Faza zapalna	Tkanka martwicza sucha	<ul style="list-style-type: none"> • nawodnienie tkanki martwiczej • przyspieszenie autolizy • oczyszczenie rany 	Hydrożele, opatrunki złożone
	Tkanka martwicza rozplywna	<ul style="list-style-type: none"> • oczyszczenie rany 	Hydrokoloidy, alginiany
Faza proliferacji	Rany z dużym wysiękiem	<ul style="list-style-type: none"> • pobudzenie rozwoju naczyń włosowatych 	Opatrunki poliuretanowe alginiany, opatrunki złożone, hydrokoloidy
	Rany ze średnim wysiękiem	<ul style="list-style-type: none"> • odprowadzenie nadmiaru wysięku • ochrona ziarniny 	Hydrokoloidy, alginiany, opatrunki złożone
Faza tworzenia się naskórka	Rana częściowo pokryta naskórkiem	<ul style="list-style-type: none"> • pobudzenie tworzenia się naskórka • ochrona tworzącego się naskórka 	Hydrożele, cienkie hydrokoloidy, błony półprzepuszczalne

Już ponad 40 lat temu udowodniono, że rany goją się dwa razy szybciej w środowisku wilgotnym. Także odpowiednia temperatura i stężenie tlenu mają wpływ na szybkość gojenia się ran. Ten specyficzny mikroklimat można stworzyć, używając specjalnie skonstruowanych opatrunków aktywnych. Można je podzielić na kilka kategorii, które przedstawiono w tab. 8.2.

Oprócz tych podstawowych grup opatrunków istnieją także opatrunki złożone o skomplikowanej wieloskładnikowej budowie; dzięki czemu ich działanie jest szersze w stosunku do poprzednio wymienionych jednoskładnikowych preparatów. Często łączy one zalety kilku grup opatrunków. Można wśród nich wymienić preparaty: Nu-gel, Tielle, Fibracol, Tender Wet i Aquacel.

Celem działań podejmowanych w leczeniu odleżyn jest zazwyczaj doprowadzenie do jak najszybszego wygojenia rany. W opiece paliatywnej zdarzają się jednak sytuacje, w których celem leczenia odleżyn nie będzie ich wyleczenie, ale raczej niedopuszczenie do pogłębienia zmian lub poprawa komfortu chorego przez łagodzenie dolegliwości, takich jak np. duży wysięk z rany czy

nieprzyjemny zapach. Zastosowanie nowoczesnych metod postępowania z ranami może być pomocne w realizacji każdego z wymienionych celów. Kryteria doboru opatrunku w zależności od fazy gojenia rany i zaawansowania zmian odleżynowych przedstawiono w tab. 8.3.

Dużym problemem terapeutycznym są zainfekowane rany o nieprzyjemnym zapachu z obfitym wysiękiem. Do pielęgnacji tych zmian można użyć takich preparatów, jak: Actisorb Plus (zawiera węgiel aktywowany i srebro), Lyofam Ci i Acudex.

PIŚMIENNICTWO

- Bates-Jansen B. M., Early L., Seaman S.: Skin disorders. W: Textbook of palliative nursing, red. B. Rolling Ferrell, N. Coyle. Oxford University Press, Oxford 2001.
- Bryant Ruth A.: Acute & chronic wounds — nursing management. Mosby 2000.
- Grędadzki T.: Leczenie zachowawcze obrzęku limfatycznego po operacjach raka sutka. Nowotwory, 1997, 47, 642–644.
- Grędadzki T., Ochalek K.: Podstawy patofizjologii i postępowania w obrzęku limfatycznym w chorobie nowotworowej. Nowa Medycyna, 2000, 97, 1, s. 55–58.
- Krajnik M., Żyłicz Z.: Understanding pruritus in systemic disease. Journal of Pain and Symptom Management, 2001, 21, 2, 151–168.
- Kruk-Kapiec G.: Odleżyny — poradnik dla pielęgniarek i położnych. Plik, Piekary Śląskie 1999.
- McGill M., Chaplin J.: Pressure ulcer prevention in palliative care 1: results of a UK survey. International Journal of Palliative Nursing, 2002, 8, 3.
- Sopata M., Euczak J.: Zastosowanie nowoczesnych opatrunków w leczeniu odleżyn. Medipress, 2000, supl. 4.
- Tyrcross R. G., Jenns K., Todd J. (red.): Lymphoedema. Radcliffe Medical Press, 2000, s. 338–358.
- Waller A., Nancy L. C.: Handbook of palliative care in cancer. Butterworth-Heinemann, London 2000, s. 115–124.

PSYCHOSPOŁECZNE ASPEKTY OPIEKI PALIATYWNEJ

Krytyka de Walden-Gatuszko

Terminalny okres choroby nowotworowej stanowi dla chorego i jego rodziny sytuację szczególnie stresującą. Wiąże się on często z niemożnością zaspokojenia podstawowych potrzeb, a także z dużą ilością wolnego czasu, spędzane go zwykle przez chorego w samotności.

POTRZEBY I REAKCJE EMOCJONALNE „NORMALNE”

Pacjenci w terminalnym etapie każdej przewlekłej choroby somatycznej znajdują się w podobnej sytuacji klinicznej i psychospołecznej, która cechuje się:

- narastającymi dolegliwościami fizycznymi,
- postępującym ograniczeniem sprawności ruchowej i związaną z tym izolacją społeczną,
- ograniczeniem dotychczas pełnionych ról społecznych.

Reakcje chorych na taki stan rzeczy, będący odpowiedzią na niezaspokojenie ich podstawowych potrzeb, są również dość podobne.

Przez potrzebę należy rozumieć stan dyskomfortu wywołany odczuwaniem braku jakiejś ważnej dla człowieka wartości. Wraz z ogólnym rozwojem psychicznym potrzeby te w ciągu życia podlegają etapowemu rozwojowi.

Pierwszy, „najniższy” etap rozwoju potrzeb człowieka to poziom potrzeb biologicznych: jedzenia, picia, snu i ogólnego komfortu fizycznego (w sensie braku dolegliwości somatycznych). Cechą charakterystyczną tego okresu jest także potrzeba bezpieczeństwa (opieki, stabilizacji warunków).

W miarę wzrastania człowieka wkracza w etap następny, który charakteryzuje dwie główne potrzeby:

- potrzeba poczucia własnej wartości,
- potrzeba utrzymywania dobrych kontaktów społecznych.

Zarówno pierwszy, jak i drugi etap mają jedną cechę wspólną, którą jest egocentryzm, czyli traktowanie własnej osoby jako głównego punktu odniesienia we wszystkich relacjach z otoczeniem.

Najwyższym poziomem rozwoju osiąganym w drodze do dojrzałości psychicznej jest postawa heterocentryczna, wyrażająca się tym, że człowiek potrafi spojrzeć z dystansu na swoje problemy i „ustawić się w szeregu” wspólnie z innymi ludźmi. Ta zmiana postawy powoduje ewoluującą dotychczasowych potrzeb w kierunku ich większej dojrzałości. Potrzeby społeczne wyrażające się dotychczas pragnieniem, „by mnie kochano, aprobowano i szlachano”, przeobrażają się w potrzebę dawania czegoś innym, w „potrzebę bycia potrzebnym”. Potrzeba własnego znaczenia ewoluuje w kierunku potrzeby samorealizacji i dorastania do stawianych sobie coraz wyższych celów. Do głosu dochodzą tu także potrzeby duchowe wyrażające się pragnieniem osiągnięcia wartości niematerialnych: prawdy, dobra, sprawiedliwości, piękna, Boga (w tym ostatnim wypadku mówimy o potrzebach religijnych).

Każda odczuwana przez człowieka potrzeba — niezależnie od etapu rozwoju, na którym się on znajduje — powoduje określone reakcje uczuciowe, będące odpowiedzią na jej zaspokojenie (pojawia się wówczas zadowolenie, przyjemność, radość) lub brak zaspokojenia (niezadowolone, przykrość, smutek, złość).

Trzeba przy tym dodać, że człowiek, dojrzewając, nie wyrzeka się potrzeb „niższego etapu” (przyjemność wypicia szklanki zimnej wody w upalny dzień jest tak samo realna u dziecka jak u osoby dorosłej). Jednak wraz z osiągnięciem dojrzałości psychicznej zmienia się waga poszczególnych potrzeb. Zaczynają dominować potrzeby z wyższego „piętra” rozwoju, a potrzeby z „niższego” stają się mniej ważne.

Sytuacja stanu terminalnego ze wszystkimi swymi ograniczeniami zmienia w sposób zasadniczy tę wypracowaną w ciągu życia strukturę potrzeb i związaną z nimi hierarchię wartości — następuje całkowite odwrócenie ich proporcji. Najważniejsze stają się ponownie potrzeby biologiczne: jedzenia, snu, a zwłaszcza komfortu fizycznego (gdy człowiek odczuwa np. silny ból zęba, jego główną potrzebą staje się zlikwidowanie tej dolegliwości, wybierana w związku z tym wizytę u lekarza, rezygnując np. z koncertu, mimo że jest zapalonym melomanem).

Drugą z kolei bardzo ważną w tym okresie potrzebą staje się potrzeba poczucia własnej wartości (dlatego tak bardzo istotne są żądania szacunku i podmiotowego traktowania pacjenta przez personel medyczny, podkreślające jego godność i prawa); nie mniej ważne są potrzeby społeczne chorego. Należy podkreślić, że ciężka, zaawansowana choroba wyzwała zazwyczaj lub pogłębia postawę egocentryczną u człowieka (być może natura sama ułatwia mu

w ten sposób korzystanie z pomocy innych osób i czyni mniej przykrym stan zależności od otoczenia). Egocentryzm wyraża się najczęściej oczekiwaniem wyrazów akceptacji, sympatii i miłości ze strony otoczenia.

Stosunkowo mniej ważne dla ciężko chorego stają się natomiast potrzeby „najwyższe”, np. potrzeba piękna, prawdy i sprawiedliwości (nawet jeśli wiele one dla niego znaczą, gdy był zdrowy). Pewnym wyjątkiem od tej reguły są potrzeby religijne, chociaż i ich rola nie wzrasta automatycznie, pozostając raczej w związku z rodzajem i intensywnością życia religijnego człowieka przed chorobą.

Nieradno zauważyć, że osoby zajmujące się leczeniem i opieką nad chorymi w stanie terminalnym popełniają zazwyczaj wiele błędów wynikających z niedostrzegania lub lekceważenia najważniejszych w danym momencie dla nich potrzeb. Stosunkowo najlepiej rozumiane i zaspokajane są potrzeby dotyczące komfortu fizycznego, wyrażające się m.in. troską o skuteczne łagodzenie dolegliwości, natomiast brak zaspokojenia innych ważnych potrzeb często wyzwała w chorym przykre reakcje uczuciowe i wprawiają go w stan dyskomfortu, co czyni opiekę nad nim mało efektywną.

Przebieg choroby nowotworowej bywa różny i od niego w dużej mierze zależą określone reakcje psychiczne chorych. Zdarza się, na szczęście niezbyt często, że pacjent nagle i bez uprzedzenia dowiaduje się o swojej sytuacji zdrowotnej. Przez długie lata choroby zdążył się już do niej przyzwyczaić i uwierzył, że będzie trwała przez bliżej nie określony czas („długo”), oraz że ciagle będzie utrzymywał coraz to nowe leki. W tej sytuacji wstrzymanie dalszego leczenia specjalistycznego (czasem z uwagą że „nic się już więcej nie da zrobić”) stanowi dla niego wielki szok. Chorzy reagują wówczas przejściowo, „dezorganizacją psychiczną”, wyrażającą się u jednych zahamowaniem, milczeniem i zamknięciem się w sobie, a u innych przeciwnie — pobudzeniem i skargami. U wszystkich zaobserwować można mieszane intensywne uczucia: lęku, gniewu, przygnębienia lub rozpacz, występujących naprzemiennie i przeplatanych przebyśkami nadziei. Zwykle towarzyszą temu trudności ze skupieniem uwagi, czynnościowe zaburzenia pamięci, niemożność wykonywania codziennych zajęć, odbywania zwyczajnych rozmów itp. Stan taki trwa zwykle krótko — kilka dni — po czym natężenie uczuć negatywnych słabnie i rozpoczyna się proces adaptacji do nowej sytuacji.

Taki scenariusz „gromu z jasnego nieba” nie zdarza się często. Przeważnie wejście w ostatni okres choroby nowotworowej odbywa się stopniowo. Chory słabnie, nie ma siły zgłosić się na umówioną wizytę w przychodni, nasilają się dolegliwości, które traktowane są początkowo jako przejściowe. Nieodwracalność tego stanu dociera do jego świadomości powoli, czasem dopiero na kilka dni przed śmiercią. Niekiedy chory nie ma świadomości własnego stanu aż do śmierci. Świadome przeżywanie od początku mniuczualnej fazy procesu chorobowego zdarza się w polskich warunkach nadal raczej rzadko.

REAKCJE NA SYTUACJĘ STANU TERMINALNEGO

Reakcje poznawcze

Trzeba zdawać sobie sprawę, że obraz choroby stworzony przez pacjenta różni się na ogół od obrazu odbieranego przez personel medyczny. Lekarz obraz określonej jednostki chorobowej tworzy na podstawie wiedzy medycznej, wywiadu, wyników badań i własnej interpretacji danych. Pacjent natomiast wykorzystuje w tym celu ogólne, obiegowe informacje o chorobie, a o własnym stanie wnioskuje z przekazów werbalnych i niewerbalnych od lekarzy, rodziny lub znajomych (np. z zachowań, takich jak zwiększona troskliwość, złe ukrywany niepokój itp.). Do tego dochodzą jeszcze własne obserwacje objawów i wyobrażenia oraz sądy o ich przyczynach, rokowaniu itp. Niebagatelną rolę odgrywają także wcześniejsze kontakty z chorymi na nowotwór członkami rodziny. Obraz choroby bywa czasem wyolbrzymiony, czasami pomniejszony, z reguły zniekształcony, a bardzo rzadko zgodny z rzeczywistością.

Obraz choroby i własnej sytuacji w bardzo dużym stopniu zależy od stanu emocjonalnego chorego — często dokonuje on tzw. poznawczego przepracowania choroby, które jest podstawą przystosowania do niej. Problem ten zostanie omówiony dokładniej w dalszej części rozdziału.

Reakcje emocjonalne

Najczęstszą przyczyną negatywnych reakcji uczuciowych jest stres związany z rozpoznaniem choroby, niepewnością rokowania lub złym rokowaniem, a także z dolegliwościami fizycznymi towarzyszącymi progresji procesu chorobowego. Do innych przyczyn należą: brak wsparcia i dobrych kontaktów z rodziną oraz zła komunikacja z personelem medycznym. Bardzo ważne okazują się również cechy osobowości chorego (skłonność do pesymizmu, bierności i bezradności) oraz przeżywane w przeszłości zaburzenia psychiczne lub nerwicowe. Wystąpieniu negatywnych emocji sprzyjają poza tym inne ciężkie przeżycia współistniejące z chorobą lub poprzedzające ją. U młodszych pacjentów występuje zwykle większe nasilenie przykrych reakcji uczuciowych niż u osób w wieku podeszłym.

Próby zmniejszenia nasilenia negatywnych emocji lub zapobiegania im zazwyczaj sprowadzają się do:

- Informowania chorego o przebiegu leczenia.
- Zachęty chorego do podejmowania przez niego decyzji o leczeniu i opiece.
- Zachęty do wyrażania uczuć.

- Kontroli i monitorowania objawów psychicznych na równi z fizycznymi. Sposród najczęściej występujących przykrych uczuć, które obserwuje się u chorych w stanie terminalnym, należy wymienić lęk, przygnębienie, gniew, poczucie winy i upokorzenia.

Lęk

Jest to przykry stan pobudzenia emocjonalnego, spowodowany poczuciem zagrożenia utratą jakiejś wartości (zdrowia, życia, urody itp.). Należy go odróżnić od strachu, który jest reakcją na oczekiwane, konkretne „niebezpieczeństwo” (np. operację, bolesny zastrzyk itp.).

Lęk występuje bardzo często w chorobie nowotworowej, ale paradoksalnie jest dolegliwością rzadko zgłaszaną przez pacjenta: przede wszystkim dlatego, że nie zawsze jest on uświadomiany (brak przyzwyczajenia do samoobserwacji i samoanalizy). Ponadto pacjenci często wstydzą się przyznawać do lęku („nie wypada”, „jestem dorosły”). Wyrażają go zatem pośrednio, np. akcentując nadmierne (niewspółmierne do stanu przedmiotowego) objawy somatyczne, lub przez specjalne zachowanie (unikanie spojrzeń, podchwytliwe pytania, ostrożne wypowiedzi, posługiwanie się symbolami, rzekomą beztruską lub nonszalancją). Lęk ujawnia się także przez oznaki fizjologiczne: przyspieszone tętno i oddechy, wzmożone napięcie mięśni, trudności z zasypianiem lub koszarne sny, a czasem — wzrost ciśnienia.

Lęk może mieć różne przyczyny. Najczęstszą jest antycypacja wydarzeń, np. dalszego pogorszenia choroby i procesu umierania, któremu będzie towarzyszył ból i duszność. Zdarza się też lęk przed odrzuceniem przez bliskich lub troska o nich, a także lęk przed śmiercią jako czynną „nieznaną” (lęk egzystencjalny). Stany lękowe mogą być również spowodowane przez czynniki pozapsychologiczne. Trzeba przy tym pamiętać, że lęk, podobnie jak ból, jest czlowiekowi potrzebny. Jako sygnał ostrzegawczy przed niebezpieczeństwem pobudza do działań obronnych i prozdrowotnych, do podjęcia i kontynuowania leczenia itp. Jest to zarazem uczucie bardzo silne i przykre, które w procesie adaptacji ulega zwykle przetworzeniu i złagodzeniu.

Gniew

Jest to reakcja uczuciowa na przeszkodę w realizacji celów, na pojawienie się nieprawidłowości (dzieje się coś, co nie powinno zaistnieć). Stan zdrowia jest stanem normalnym — choroba jest zakłóceniem tego porządku. Gniew jawi się w tym przypadku jako reakcja na „nieprawidłowość” choroby. Istnieją różne formy gniewu, np.:

- gniew „ogólny” (na niesprawiedliwość losu, pretensje do Boga),
- gniew „przeniesiony” (np. na personel medyczny), którego właściwą przyczyną jest własny lęk lub poczucie winy,
- gniew „usprawiedliwiony” (gdy choroba lub jej objawy wynikają z winy lekarza),
- gniew ukryty (wyrażający się na zewnątrz negatywnym nastawieniem, odmową współpracy, przygnębieniem, przesadnym akcentowaniem dolegliwości somatycznych itp.),
- gniew sfumiony (nie akceptowany przez pacjenta; jego ujawnienie budzi poczucie winy).

Gniew, podobnie jak lęk, może spełniać funkcje pozytywne — często jest siłą mobilizującą do walki (np. z chorobą), a także źródłem aktywności i energii. Jednak gniew niekontrolowany może przybierać formę agresji zwróconej przeciwko otoczeniu lub sobie. Podobnie jak lęk, uczucie to powinno być uświadomione i przetworzone w procesie adaptacji.

Przygnębienie

Jest to przykra reakcja uczuciowa, która jest odpowiedzią na pewność utraty jakiejś ważnej wartości (przewidywaną lub zaistniałą). W ramach tego pojęcia można wyodrębnić żal wywołany utratą określonej wartości (np. sprawności ruchowej, urody) i właściwe przygnębienie, będące długotrwałym stanem smutku, spowodowanym przez różnorodne sumujące się ze sobą „utrąty”. W zależności od czasu trwania i stopnia nasilenia przygnębienie może przybierać formy jawne (np. płacz, skargi, pesymistyczne sądy) lub utajone, wyrażone „mową ciała” (ogólne spowolnienie, zgarbienie, „zanknięta postawa”, spuszczone oczy, smutny wyraz twarzy) i innymi objawami pośrednimi, np. anhedonią (utrata zdolności do cieszenia się), utratą zainteresowań, trudnościami ze skupieniem uwagi, czynnościowym zaburzeniem pamięci (niektórzy autorzy uważają, że przygnębienie jest wyrazem agresji skierowanej przeciwko sobie: „im gorzej, tym lepiej”).

Fizjologiczne oznaki przygnębienia to: brak apetytu, wczesne budzenie się lub płytki, przerywany sen oraz koszarne sny.

Przygnębienie jest istotnym elementem psychologicznego przetworzenia choroby. Przygnębienie może być dobre, gdy jest wstępem do przystosowania się do choroby, lub złe, gdy pogłębia nieprzystosowanie chorego do swojego stanu. Przygnębienie „dobre”, antycypacyjne, poprzedza przewidywane wydarzenia i przygotowuje chorych, przez żal i stopniowe przyzwyczajanie, do utraty ważnych dla nich wartości. Przygnębienie złe, jako wyraz nieprzystosowania, przybiera formy patologiczne, wyrażające się zespołem objawów

rozpaczy, myśli samobójczych (trządko realizowanych) i pełnej izolacji od otoczenia połączonej z odmową współpracy, przyjmowania leków itp.

Przygnębieniu bardzo często towarzyszy poczucie małej wartości i winy, wynikające z negatywnego nastawienia względem siebie. Poczucie winy bywa nierazko następstwem myślenia magicznego (choroba jest karą za grzechy, za niewłaściwy tryb życia). Budzą je także tłumione uczucia zazdrości wobec zdrowych i sprawnych znajomych lub przyjaciół. Zdarza się także, że chorzy są drażliwi, wybuchowi, mają zmienne nastroje. Brak lub niedostateczna kontrola tych emocji może być także źródłem poczucia winy. Czasem poczucie winy wynika z przekonania o własnej nieprzydatności, ze świadomości bycia ciężarem dla otoczenia itp. U niektórych pacjentów, zwłaszcza skłonnych do perfekcjonizmu i przesadnego samokrytycyzmu, zjawisko to przybiera niezwykle duże rozmiary.

Nadzieja

Opisane wyżej reakcje uczuciowe należały do grupy tzw. uczuć negatywnych, a więc przykrych, zaburzających dobre samopoczucie. Siłą przeciwną, zmniejszającą następstwa tych uczuć jest nadzieja. Określa się ją jako stan oczekiwania od przyszłości czegoś dobrego (np. dobrego wyniku leczenia, powrotu sprawności itp.), skojarzony z uczuciem zadowolenia lub radości. Nadzieja leży u podstaw optymistycznego stosunku do życia i mobilizuje do działania, a jeśli jest sprężyną z wola życia, stanowi niezwykle ważny element przy stosowaniu do choroby.

Przystosowanie do choroby

Adaptacja, czyli przystosowanie psychiczne do choroby, jest procesem polegającym przede wszystkim na przywróceniu sobie przez chorego stanu równowagi psychicznej, a tym samym na zmniejszeniu dyskomfortu emocjonalnego i osłabieniu w miarę dobrego samopoczucia psychicznego. „Zadaniem” adaptacji jest poradzić sobie z problemem choroby oraz zmianami, które ona w życiu wywołuje. Odbywa się to na dwóch płaszczyznach: poznawczej i emocjonalnej. Zmniejszenie nasilenia uczuć przykrych i wzrost nasilenia uczuć pozytywnych (nadziei) następuje w wyniku świadomie lub podświadomie podejmowanej „obrobki poznawczej”, zwanej niekiedy strategiami lub mechanizmami obronnymi.

Najczęstsze podświadome strategie to: zaprzeczanie, pomniejszanie lub zniekształcanie obrazu choroby („mam wprawdzie raka, ale obecny ból jest korzonkowy i nie ma związku z nowotworem”). Inne, przeciwne rodzaje

strategii to: świadoma koncentracja na chorobie, selektywne wyszukiwanie pomysłnych informacji, często budzących nierealne nadzieje, lub walka z chorobą przez podejmowanie magicznych działań, np. stosowanie „cudownych” środków pozamedycznych ze ślepa wiarą w ich skuteczność.

Bardzo często obserwuje się także postawę rozszepieną, przejawiającą się jednoczesnym uznawaniem możliwości śmierci i możliwości wyzdrowienia.

Skutecznym mechanizmem adaptacyjnym jest także przyzwyczajanie, które występuje zwłaszcza wtedy, gdy choroba trwa długo i stopniowo postępuje. Przyzwyczajanie polega na oswojeniu się z sytuacją oraz uznaniu swoich ograniczeń i dolegliwości za „normalne”. Żywą reakcję negatywną wywołują wówczas jedynie nowe lub bardzo przykre dolegliwości (np. silny ból, duszność). Mechanizm przyzwyczajania tłumaczy m.in. często obserwowaną rozbieżność pomiędzy oceną sytuacji dokonywaną przez samego pacjenta a ocenami obserwatorów „z zewnątrz” (te ostatnie są z reguły gorsze).

Świadome działania adaptacyjne przybierają różne formy. Najmniej efektywne jest unikanie: chorey zna wprawdzie swój stan, ale nie chce o tym mówić, chce żyć „normalnie”, wypierając myśli o swojej sytuacji. W tej grupie mieszczą się także wypracowane postawy rezygnacyjno-stoickie, wynikające z przekonania, że „każdy kiedyś musi umrzeć”, więc trzeba się z tym pogodzić.

Wydaje się, że najlepszą postawę przyjmują ci chorzy, którzy w ciągu dotychczasowego życia lub pod wpływem choroby wypracowali w sobie silny system wartości ponadosobistych (np. religijnych, rodzinnych), pozwalający im na skoncentrowanie się na tych treściach i podporządkowanie im własnych, osobistych celów.

PROBLEMY KOMUNIKACJI

Komunikacja międzyлюдzka polega na przekazywaniu informacji z zamiarem wywołania pożądanych reakcji. Sposób porozumiewania się uwarunkowany jest m.in. przez rolę pełnione przez rozmówców podczas rozmowy (np. rozmowa nauczyciela z uczniem, pacjenta z lekarzem itp.). Kontakt podczas rozmowy lekarza z pacjentem może być:

- bezosobowy, rzeczowy, pozbawiony emocji, sprawadzający się do uzyskania informacji potrzebnych do postawienia rozpoznania i wydania odpowiednich zleceń,
- patriarchalny — lekarz wczuwa się w sytuację pacjenta i prowadzi „odgórnie” proces leczenia w przekonaniu, że wie lepiej od chorego, jakie są jego potrzeby; taki układ jest dobry dla pewnej grupy chorych, zwłaszcza

starszych i nie wykształconych, którzy szukają u lekarza przede wszystkim oparcia i autorytetu. Coraz częściej jednak pacjenci, zwłaszcza młodzi, oczekują

- układu partnerskiego, w którym obie strony są równie ważne; komunikacja staje się procesem dwukierunkowym, a informacje przekazywane przez chorego często wpływają na sposób postępowania lekarza. W miarę przemian społecznych i kulturowych zmienia się też układ pacjent–pielęgniarka. Do przeszłości należy czas, kiedy rola pielęgniarki sprawadzała się wyłącznie do wypełniania zaleceń lekarza oraz sprawowania opieki nad obłożnie chorymi. Wiadomo, że pielęgniarka spędza zwykle najwięcej czasu z chorym i ma więcej okazji do rozmowy z nim na różne tematy. Stało się to przyczyną poszerzenia zakresu działania pielęgniarek o pomoc psychologiczną chorym.

W praktyce proces komunikacji z pacjentem w okresie daleko zaawansowanej choroby nowotworowej prowadzi się do umiędnego przeprowadzenia wywiadu lub kolejnej rozmowy.

Wywiad medyczny jest to rozmowa, w trakcie której lekarz lub pielęgniarka uzyskują od chorego informacje pozwalające skutecznie udzielić mu pomocy (przy czym informacje ważne dla lekarza wcale nie muszą być tak samo oceniane przez pacjenta). Rozmowa ta powinna przebiegać według pewnego planu i w warunkach ułatwiających wzajemny kontakt. Najlepiej, jeśli odbywa się ona w pomieszczeniu, gdzie nie ma zakłócającego „w cztery oczy” (trzeba to w miarę możliwości taktownie „wyegzekwować” od rodziny, jeżeli rozmowa odbywa się w domu chorego). Umiędnie prowadzenie rozmowy polega na stosowaniu właściwej strategii, tj. posługiwaniu się pytaniami otwartymi, zaczynającymi się od „jak”, np.: „Jak pan spał tej nocy?”, zamiast pytania zamkniętego „Czy pan dobrze spał?”.

Ważne jest także, by nie bać się zadawania pytań dotyczących problemów psychologicznych. Na przykład dobrym wstępem do zapytania o stan uczuciowy pacjenta jest refleksja typu: „Widzę, że pan jest dzisiaj smutny. Czy może pan powiedzieć, dlaczego?”. Gdy pacjent odpowiada ogólnikowo, warto zachęcić go, mówiąc: „Proszę powiedzieć o tym coś więcej — co to dla pana znaczy?” lub „Czy mógłby mi pan wyjaśnić to dokładniej?”. Aby upewnić chorego, że go uważnie słuchamy, niektórzy autorzy radzą powtarzanie ostatniego słowa jego wypowiedzi. Słyszając je „z zewnątrz”, chory może je wówczas ocenić inaczej, z dystansu. Temu celowi służą też podsumowania wypowiedzi pacjenta w trakcie rozmowy (dokonywane po wyczerpaniu kolejnego tematu i koniecznie pod koniec rozmowy). Przed przejściem do następnego problemu warto także posłużyć się pytaniami: „Czy jeszcze coś zostało do omówienia?”. W celu nawiązania lepszego emocjonalnego kontaktu stosuje się także werbalne zapewnienia empatyczne w rodzaju: „To musiało być dla pani bardzo cięż-

kie!”. Przede wszystkim jednak skuteczne okazują się w tym zakresie strategie niewerbalne, na które składa się tzw. język ciała i aktywne słuchanie. Bardzo ważny jest zatem kontakt wzrokowy, uśmiech, postawa pochyłona do przodu, przyjazne gesty i mimika oraz dźwięk (tym ostatnim posługujemy się taktownie i nie wobec wszystkich!). Słuchając, dobrze jest wtrącać czasem słowa zachęty typu: „tak”, „mhm”, „coś takiego”, potakiwać głową oraz „portretować uczucia” osoby mówiącej. Bardzo istotne jest także umiędnie „posługiwanie się” ciszą, jest ona bowiem bardzo ważnym elementem rozmowy! Pacjent wstrzymuje się przed odpowiedzią, gdy np. pytanie dotyczy ważnej dla niego sprawy lub gdy rozważa nowe, nie dostrzeżone dotąd aspekty zagadnienia.

Przedstawione wyżej strategie nie mogą zastąpić zdrowego rozsądku i intuicji. Nie wolno ich stosować „automatycznie”, warto natomiast potraktować je jako propozycje wzbogacenia własnego stylu i doświadczenia w obcowaniu z ludźmi.

Jak już wspomniano, wywiad powinien przebiegać według pewnego planu. Na wstępie osoba przeprowadzająca wywiad (lekarz lub pielęgniarka) powinna się przedstawić, powiedzieć, po co przychodzi, i upewnić się, czy pacjent zgadza się na rozmowę (np. czy czuje się dostatecznie dobrze). Dobrze prowadzona rozmowa powinna przebiegać w sposób kontrolowany, ale niezbyt nakierowujący. Właściwą rozmowę najlepiej zacząć od propozycji, by pacjent opowiedział nam o swojej chorobie od początku. Pozwoli to ustalić, co naprawdę wie on o swojej sytuacji, jak ją postrzega i czy ma oparcie w rodzinie. Prowadząc rozmowę z chorym, należy także starać się ustalić, jakie są jego główne problemy (potrzeby): fizyczne, psychiczne, duchowe i społeczne. Musimy przy tym pamiętać, że często trzeba „czytać między wierszami”, gdyż pacjent nie umie (lub nie chce) o wielu sprawach ważnych powiedzieć wprost. Na przykład powiedzenie: „Wyjdę stąd pewnie nogami do przodu?” sygnalizuje zwykle lęk przed śmiercią, a pytanie: „Czy uważa pan, że powinienam zamienić mieszkanie?” naprawdę powinno brzmieć: „Czy będę żyła tak długo, że warto je zamienić?”. Pacjenci często unikają słowa „rak”, posługując się metaforami lub — ponieważ nie mogą się zdecydować na ujawnienie ważnych spraw — o najważniejszym problemie mówią „mimoходом”, wtedy gdy lekarz po dłuższej rozmowie „o niczym” zbiera się już do wyjścia (tzw. objaw ręki na klamce).

Kolejna bardzo ważna część rozmowy — po ujawnieniu głównych problemów chorego — to przedstawianie mu własnych planów działania oraz, jeśli to możliwe, uzgodnienie z nim planów dotyczących jego aktywności. Rozmowę kończymy ustaleniem konkretnej daty następnego spotkania (co zmiędnia u chorego poczucie niepewności).

Przeciwnieństwem taktyki zachęcającej jest zniechęcający sposób rozmowy, którego należy unikać lub wyjątkowo posługiwać się pewnymi jego elementami, np. w celu skrócenia zbyt rozleklej rozmowy. Ponadto stosowanie pytań zamkniętych, ograniczających wypowiedzi pacjenta, powinno służyć do ustalenia pewnych konkretnych faktów, np.: „Czy był pan konsultowany przez

chirurgia?"; „Kiedy była operacja?"; Ten sposób zadawania pytań jest wskazany również u pacjentów w podszczytnym wieku, z zaburzeniami pojmowania lub znajdujących się w złym stanie fizycznym. Strategia zniechęcająca, poza stosowaniem pytań zamkniętych, polega na skoncentrowaniu się wyłącznie na problemach somatycznych, które niejako automatycznie wykluczają inne tematy. Rozmowa jest również zniechęcająca, kiedy zawiera ewidentne błędy, np. zadawanie kilku pytań w jednym: „Czy odczuwa pan duszność, kaszel i zmęczenie?"; Błędem są także pytania sugerujące odpowiedź: „Jest pan zadowolony z umieszczenia na tej sali, prawda?";

Poza błędami z zakresu zadawania pytań utrudnieniem komunikacji mogą być błędne zachowania. Na pierwszym miejscu wymienić tu należy pochopne udzielanie rad. Jest to kardynalny, a zarazem bardzo powszechny błąd. Nasza rola w rozmowie z osobą przedstawiającą nam swój problem powinna się sprowadzić do słuchania i neutralności. Powinnością dla chorego być jak lustro, w którym może się on zobaczyć i zrozumieć swoją sytuację. Jest bardzo prawdopodobne i pożądane zarazem, że wówczas sam znajdzie najbardziej właściwe rozwiązanie swoich problemów.

Równie błędne jest minimalizowanie i „normalizowanie” uczuć („To zupełnie normalne, że jest pan zdenerwowany: wszyscy pacjenci boją się trochę cewnikowania, ale to naprawdę głupstwo”). Pacjent nie chce być taki sam jak inni, wcale go nie pociesza opinia, że jego lęk jest „normalny”, a myśl, że „wszyscy” zachowują się tak jak on, wywołuje w nim raczej uczucie rozdrażnienia. Podobnie irytujące jest zdawkowe uspokajanie („Proszę się nie martwić, wszystko będzie dobrze”) lub obietnice bez pokrycia („Zobaczy pan, po tym lekarstwie stanie pan od razu na nogi”). Błędem jest także stosowanie fachowego żargonu i udzielanie wyjaśnień niezrozumiałym językiem („Dolegliwości, które pan odczuwa, są spowodowane przez ascit”). Nietaktowna i bardzo zniechęcająca jest gwałtowna zmiana tematu („Czuję się trochę nie-dobrze. — Czy lekarz umówił się z panią na wizytę pod koniec tygodnia?”). W sferze niewerbalnej błędem podstawowym jest pośpiech (spoglądanie na zegarek, nerwowe ruchy, przyspieszanie odpowiedzi), a ponadto niewłaściwe zachowanie, wyrażające brak empatii (zamknięta postawa, unikanie wzroku i dotyku, obojętny wyraz twarzy, brak uśmiechu).

Wielu pacjentów objętych opieką paliatywną to ludzie w podszczytnym wieku. Rozpoczynając pracę z chorym należącym do tej kategorii wiekowej, należy pamiętać o pewnych ogólnych zasadach postępowania.

Ze względu na częste zaburzenia percepcji zmysłowej i spowolnienie należy mówić do starszego pacjenta wyraźnie, głośno i powoli, unikając jednak przesady, która może mu wyrazić przykrość. W wypowiedziach nie należy używać trudnych wyrazów. Powinno się stać blisko chorego, naprzeciw źródła światła, aby oświetlić dobrze własną twarz. Ze względu na często ograniczoną zdolność wzrokowego odczytywania przekazów niewerbalnych dobrze

jest wykorzystywać nie uszkodzone zmysły, np. dotyk. Warto także pamiętać, że — zwłaszcza na początku rozmowy — starsi ludzie na szybko zadawane pytania, dotyczące konkretnych dolegliwości, dają niekiedy odpowiedzi niezgodne ze stanem rzeczywistym. Właściwie skargi wypowiadają dopiero po pewnym czasie, wówczas gdy są spokojniejsi i bardziej oswojeni z sytuacją, a wolniejsze tempo rozmowy jest lepiej dostosowane do tempa ich procesów psychicznych. Czasami luźne rozmowy na tematy pozornie nie związane ze stanem zdrowia (wczorajszy obiad, spacer, odwiedziny znajomych) mogą służyć dodatkowym ułatwieniom w przypomnieniu sobie i sprecyzowaniu poszczególnych objawów (brak apetytu, osłabienie, wymioty itp.). Z kolei przekazując informacje, należy adresować je do konkretnego człowieka, a nie do grupy chorych, należy też dopilnować, by nie nie rozpraszało uwagi chorego. (Wytężyć radio, telewizor itp.). Ważne informacje powinno się powtarzać kilka razy, taktownie sprawdzając, czy zostały właściwie zrozumiane. Bardzo istotne jest także całkowite wyeliminowanie pośpiechu i nerwowości, które z zasady są źle odbierane przez pacjenta.

Zaburzenia pamięci, typowe dla starszego wieku, są szczególnie przykre i denerwujące dla chorego. W przypadku gdy chcemy pomóc pacjentowi w znalezieniu np. zgubionej rzeczy, dobrze jest ułatwić mu przypomnienie podpowiadaniem w odpowiedniej formie, np.: „Może ma pan kartę informacyjną w portfelu? A może jest w tej szufladzie?” zamiast: „Niech pan sobie przypomni, gdzie pan mógł ją schować?”.

Ważne jest także, aby pamiętać (i wytłumaczyć to rodzinie), że np. posiadzenie o kradzież zagubionych rzeczy lub zrucanie winy na bagażniarskie otoczenie jest w istocie postawą obronną człowieka w podszczytnym wieku, której nie należy zbyt intensywnie się przeciwstawiać, a już w żadnym razie nie wolno się z tego powodu obrażać lub gniewać.

Ludzie w podszczytnym wieku, ze względu na swoje wielorakie ograniczenia, spragnieni są na ogół ciepłego, życiowego, dającego poczucie bezpieczeństwa kontaktu uczuciowego. Bardzo chętnie opowiadają o minionym życiu, dowartościowując się wspomnieniami o sukcesach, dowodach uznania ze strony otoczenia itp. Uwzględnienie tych potrzeb bardzo ułatwi wzajemne stosunki i uczyni opiekę skuteczniejszą.

Szczególne problemy komunikacji z chorymi

Udzielanie informacji

Właściwie podane informacje zmniejszają niepewność chorego i ułatwiają mu przystosowanie do sytuacji. Dotyczą one choroby (rozpoznanie, rokowania, leczenia) lub trybu życia. Prawidłowo przekazywane powinny być:

- zrozumiałe,
- jednoznaczne,
- oparte na dotychczasowych wiadomościach chorego,
- podawane stopniowo i po trochu.

Jeśli podaliśmy kilka informacji naraz, pamiętajmy, że najlepiej zapamiętywane są te, które przedstawiamy na początku i na końcu rozmowy.

Dlatego ważne informacje należy podawać na początku i powtarzać pod koniec rozmowy.

Sposób przyjmowania leków dobrze jest pisać na kartce, proponując, by chory zapisywał kolejne przyjmowane dawki leku. U chorych źle widzących można poszczególne porcje rozkładać na osobnych talerzykach, nastawiać budzik, określając w ten sposób czas przyjęcia kolejnej dawki, itp.

Trzeba także pamiętać o prostych zaleceniach dotyczących trybu życia, zwłaszcza diety, do której chorzy przywiązują szczególną wagę.

Przekazywanie informacji o złym rokowaniu

Jest to szczególnie umiejętności, której trzeba się nauczyć! Lekarze z reguły starają się uniknąć przekazywania złych informacji w obawie przed wywołaniem nadmiernej reakcji emocjonalnej u chorego lub z powodu poczucia własnej bezradności. Z niechęci lub wręcz z lęku przed przekazywaniem złych informacji wynikają zachowania lekarza utrudniające komunikację z chorym, takie jak np.:

- unikanie wzroku, „chowanie się” za dokumentacją medyczną,
- posługiwanie się niezrozumiałym dla chorego żargonem medycznym,
- koncentracja na konkretnych objawach lub wynikach badań pomocniczych, z pominięciem problemów psychologicznych lub osobistych pacjenta,
- zdawkowe uspokajanie,
- autorytatywne podejmowanie decyzji dotyczących dalszego losu chorego, nie dopuszczające do dyskusji.

Właściwe przekazywanie złych informacji musi uwzględniać dwie zasady:

- prawda jest jak lekarstwo, które trzeba dawkować w zależności od indywidualnych potrzeb i wrażliwości chorego,
- przekazywanie złych informacji jest procesem, który powinien przebiegać etapowo i mieć swoją dynamikę rozwojową.

Trzeba też pamiętać, że stopień zapotrzebowania na informację jest bardzo różny i zmienia się w zależności od stopnia zaawansowania choroby.

Zanim powiemy choremu o jego stanie lub rozpoznaniu, musimy najpierw ustalić: