

ZDRAVSTVENA NEGA V ZADNJIH DNEH ŽIVLJENJA

Jožica Jelen Jurič

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Članek predstavlja bistvene elemente zdravstvene nege bolnika v zadnjih dneh življenja. V uvodu je predstavljen pomen poznavanja osnov paliativne oskrbe za medicinske sestre, saj se medicinske sestre ne glede na področje svojega delovanja skoraj ne moremo izogniti smrti in umiranju bolnika.

Sledi poglavje, ki predstavi, katere bolnikove potrebe si prizadeva zadovoljiti zdravstvena nega v zadnjih dneh bolnikovega življenja, in nekatere obsežnejše opiše. Velik pomen daje zlasti zdravstveni negi kože in sluznic. Avtorica poda tudi mnenje o velikokrat zastavljenem vprašanju rednega obračanja bolnikov v zadnjih dneh življenja.

Članek se konča s kratko razlago o prehranjevanju v zadnjih dneh življenja. In nekoliko bolj podrobno opiše hipodermoklizo kot varno, udobno, praktično, a slabo poznano metodo hidracije, ki je v svetu pogosto uporabljena v paliativi in geriatriji. Skozi članek avtorica prikazuje primere iz prakse, prav tako v članku naniza kar nekaj koristnih napotkov za delo v praksi.

Uvod

Paliativna oskrba v Sloveniji si šele utira pot v slovenskem prostoru. Medicinske sestre že od nekdaj delajo za in z umirajočimi bolniki in ob tem mnogokrat doživljajo osebne stiske prav zaradi pomanjkljivega znanja o paliativni oskrbi ali zaradi slabo organizirane oziroma sploh neorganizirane strokovne paliativne oskrbe. Poudariti pa je treba, da je cilj paliativne zdravstvene nege izboljšanje kakovosti posameznikovega življenja in omogočanje dostojanstvene smrti. Odnos do bolnika je, poleg strokovnega znanja in veščin, bistvo paliativne zdravstvene nege.

Paliativna zdravstvena nega

Bistvo delovanja onkološke paliativne zdravstvene nege je vedno bolnik in njegovi svojci ter z njimi povezane potrebe, želje in možnosti za čim kvalitetnejše preživetje preostalega dela življenja bolnika.

Pri izvajanju zdravstvene nege bolnika v terminalni fazi bolezni je pomembno prepoznavanje in sprejemanje procesa umiranja in smrti, hkrati pa mora me-

dicinska sestra razumeti proces dojemanja in soočanja v času napredovale bolezni ter vpliv bolnikovega stanja na družino. Za strokovno delo v tej fazi življenja je pomembno prepoznavanje in razumevanje telesnih in čustvenih sprememb bolnika in svojcev. Pogoj za to je dobra in pravočasna komunikacija, še posebej, ko je zdravljenje zaključeno in ko bolnika in svojce pripravljamo na izgubo. Pravilna komunikacija omogoča spoznavanje bolnika in svojcev s fizičnega, psihičnega, socialnega in duhovnega vidika ter vzpostavlja dobre odnose med zdravstvenimi delavci in bolnikom ter svojci.

Komunikacija se nadaljuje tudi v fazi, ko bolnik preide v terminalno fazo, pri čimer se načini komunikacije pogosto spremenijo. Zavedati se moramo, da je doživljanje in funkcioniranje bolnikov spremenjeno bodisi zaradi stresnega doživljanja ob soočanju z umiranjem ali pa zaradi pešanja in odpovedi čutil, še pogosteje pa zaradi obojega hkrati. Kadar je besedno komuniciranje oteženo, si pomagamo z neverbalno komunikacijo (s pomočjo slik, glasov, gibov, mežikanja, stikov rok, pogledov...), mogoča je tudi komunikacija z dotikom. Dotik pomirja in daje občutek varnosti, da nismo sami. Seveda pa je vedno treba preveriti odziv na dotik.

Zdravstvena nega v zadnjih dneh življenja si prizadeva za zadovoljitev naslednjih bolnikovih potreb:

- fizične (lajšanje bolečin, lajšanje ostalih simptomov napredovale bolezni, osebna higiena, menjava položaja, spanje in počitek...);
- čustvene (komunikacija, vzpodbujanje pri izražanju čustev, preprečevanje osamljenosti...);
- socialne (hrana po želji bolnika, glasba, zagotovitev primerne prostora za pogovore bolnika s svojci, možnost in vzpodbujanje stalne prisotnosti svojcev ob umirajočem...);
- duhovne (poslušanje in razumevanje bolnika, ureditev duhovne podpore...).

Zdravstvena nega kože v zadnjih dneh življenja

Koža je glede na površino naše največje čutilo in izrazni organ. Zelo pomembna je pravilna in bolniku prilagojena zdravstvena nega kože tudi v zadnjih dneh življenja, saj s pravilno nego očistimo kožo in vidne sluznice, odstranimo odmrle celice, mikrobe, pospešimo cirkulacijo in izboljšamo estetski videz in s tem zagotavljamo psihofizično udobje.

Po principih paliativne oskrbe, ki narekujejo prilagoditev vseh aktivnosti glede na bolnikovo stanje in želje, je pomembno, da se to upošteva tudi pri izvajanju zdravstvene nege kože terminalnega bolnika, in sicer:

1. Bolnika umivamo, kadar je sam na to pripravljen in ne rutinsko ob 7.00 zjutraj, kot na drugih oddelkih. Primer: bolnik ponoči ni spal, zaspal je šele proti jutru; za umivanje in druge odložljive fizične potrebe ga ne budimo, vse to izvedemo, ko se bolnik nspi.

2. Negovalne postopke moramo vedno izvajati ob odsotnosti bolečine. Primer: bolnika boli pri obračanju, pred samo nego je treba aplicirati predpisano protibolečinsko terapijo po potrebi, in sicer vsaj 20 minut pred nego, če je aplikacija i.v., 30 minut pred nego, če je podkožna, in vsaj eno uro prej, če je aplikacija per os.
3. Upoštevanje bolnikovih navad v zvezi z umivanjem.
4. Način prilagodimo na stanje in želje bolnika (posteljna kopel, tuš, kopa-nje v banji).
5. Negovalna sredstva: topla voda, pH nevtralna mila brez vonjav, suho kožo po umivanju namastimo z negovalno kremo, oljem in hkrati vršimo prijetno masažo telesa. Priporočljiva je uporaba njegovih lastnih nego-valnih sredstev.
6. Nega las, nohtov, brkov, brade: glede na potrebe in želje.

Najpomembnejše vodilo pri negi kože: SPOŠTUJMO BOLNIKOVO OSEB-NOST, S TEM BOMO PREPREČILI TUDI OBČUTEK SRAMU.

Redno obračanje

Osebi z napredovalo boleznijo, omejeno gibljivostjo in kaheksijo grozi razvoj preležanin ali pa te že ima. Redno obračanje zmanjšuje možnost za nastanek, blaži težave s preležaninami, preprečuje otrdelost sklepov in mišic ter omo-goča rahlo masažo. Zato nežno obračanje in nega kože ostajata pomembna v zadnjih dneh, celo urah življenja.

Za lažje obračanje in zmanjševanje možnosti dotikanja bolečih predelov upo-rabljammo rjuho obračalko.

Osebi, ki leži na hrbtu, lahko ob straneh pod rjuho položimo vzglavnike in jo s tem toliko dvignemo, da kosti hrbtenice in kolka ne pritiskajo v celoti na posteljo. Pri vseh nepokretnih bolnikih uporabljamo antidekubitusno blazino.

Maligne rane in njihova obravnava

Maligna rana pomeni prekinitev epidermalne integritete z infiltracijo malignih celic, torej prodor malignih celic skozi zdravo tkivo.

Ocena maligne rane:

- prisotnost podkožnega infiltrata,
- stopnja bolečine in kaj po mnenju bolnika blaži bolečino,
- prisotnost smradu,
- prejšnje in zdajšnje zdravljenje,
- lokalizacija rane,

- velikost rane,
- količina in kakovost izcedka iz rane.

Ukrepi:

- Vključiti oskrbo rane v splošen načrt oskrbe in uporabiti standardizirane protokole za oskrbo ran.
- Cilj nege maligne rane je preprečevati napredovanje rane, zmanjšati bolečine in vonj, da bi olajšali trpljenje in povečali kakovost življenja.

Primer iz prakse: Na akutnem paliativnem oddelku je ležala 85-letna gospa z napredovalim rakom jajčnikov (z metastazami v mehkem tkivu). Pod levim rebrnim lokom je imela metastatsko rano s premerom 10 cm nad nivojem kože. Rana jo je zelo bolela, še zlasti robovi rane so bili zelo boleči in ranljivi. Rana je bila sicer čista, brez eksudata, vonja, tako da smo jo uredno oskrbovali zjutraj in čez dan po potrebi. Čistili smo s fiziološko raztopino in na dno rane dajali Granugel ter jo prekrili s sekundarno oblogo Allevyn. Rana je kljub redni in natančni, zgoraj opisani negi še bolj bolela. Zato je zdravnica iz protibolečinske ambulante svetovala, naj v Granugel vmešamo še 10 mg morfija in to nanašamo na rano vsakih 8 ur. Rezultat se je pokazal že nekaj ur po prvi aplikaciji morfija na rano. Rano smo tako negovali še naslednjih 15 dni hospitalizacije in v tem času je gospa znikala bolečine v predelu rane. Sam videz rane pa je ostajal enak.

Zdravstvena nega ustne sluznice v zadnjih dneh življenja

Paliativni bolniki, še zlasti v terminalni fazi bolezni, imajo navadno kserostomijo (suha usta).

Kserostomijo povzročata zmanjšana proizvodnja sline ali dehidracija. K zmanjšani proizvodnji sline prispeva uporaba različnih zdravil, zlasti opioidov in nekaterih antidepresivov, infekcije in erozije ustne sluznice, ki so posledica bolezni, predhodnega zdravljenja s citostatiki in radioterapije.

Ostali dejavniki za kserostomijo:

- dihanje skozi usta,
- nezmožnost uživanja tekočin per os,
- anoreksija,
- bruhanje,
- driska,
- aplikacija kisika.

Ukrepi za lajšanje kserostomije:

1. ugotovimo vzrok in glede na to ukrepamo;
2. dajanje umetne sline je koristno;

3. ohranjanje ust čistih in vlažnih.

Če je mogoče, bolniku ponudimo pogoste požirke tekočine, majhne rezine ledu, sladoleadne lučke. Izogibamo se glicerinskih proizvodov, kot je limonsko-glicerinska gobica za nego ust, in komercialnih ustnih vodnic, ki vsebujejo alkohol. Če bolnik ne more sam piti, mu vlažimo usta z vodo ali nesladkanim čajem. Če bolnik spi z odprtimi usti, jih nežno vlažimo na 4 ure, ko je bolnik buden, pa vsako uro. Ustnice namažemo z balzomom za ustnice.

Prehranjevanje v zadnjih dneh življenja

V terminalni fazi bolezni se popolnoma prilagodimo bolnikovim željam in sposobnostim glede količine in vrste hrane. Ko je konec življenja zelo blizu, večina bolnikov potrebuje minimalne količine hrane ali celo nič ter nekaj vode. Pomembno je, da bolnik ne čuti žeje in da ob zmanjšani sposobnosti uživanja hrane ni psihično prizadet. Majhne količine tekočine lahko pomagajo tudi pri preprečevanju zmedenosti zaradi dehidracije. Za terminalno hidracijo lahko uporabimo tudi podkožne infuzije. Podkožno infuzijo lahko doma namestimo varno in učinkovito. Večinoma zadošča okoli 1000 ml na dan.

Hipodermokliza

Hipodermokliza je definirana kot vnos tekočine v podkožni prostor.

Različne študije iz tujine dokazujejo, da je hipodermokliza varen, udoben, praktičen, a preredko uporabljen postopek hidracije.

Prednosti hipodermoklize pred intravenozno hidracijo:

- ne povzroča tromboflebitisa,
- ne povzroča sistemskih okužb,
- manjša možnost, da bi povzročila preobremenitev oz. pljučni edem,
- večja mobilnost in udobje bolnikov,
- lažje in varnejše vzdrževanje in apliciranje,
- vstavev je manj obremenjujoča za bolnika,
- večja ekonomičnost,
- bolnik ne potrebuje bolnišničnega bivanja (aplikacije na domu).

Slabosti hipodermoklize:

- omejitve glede vrste in količine tekočin,
- edem na mestu infuzije,
- možnost lokalne reakcije.

Indikacije za hipodermoklizno v terminalni fazi življenja:

- infuzije opioidnih analgetikov, anksiolitikov in ostalih zdravil sočasno s tekočinami,
- preprečevanje simptomov zaradi dehidracije, npr. suha usta, zaprtje, zmedenost, žeja,
- želja sorodnikov ali bolnika.

V terminalni fazi bolezni mnogi avtorji pozivajo k previdnosti pri uporabi umezne hidracije. Menijo, da bi se ta morala uporabiti le, če je umirajoči v stiski zaradi pomanjkanja tekočin in se simptomov ne da drugače odpraviti, npr. s spremembo opioidov in dobro ustno nego.

Postopek

Sam postopek je identičen podkožnemu vbodu, s tem da se za aplikacijo tekočin v podkožje uporabi za vbod silikonski metuljček s podaljškom (21-25 G), ki se ga fiksira s polprepustnim prozornim obližem.

Menjava podkožne igle se izvaja vsakih 5 do 7 dni. Pomembno je strogo upoštevanje mest za aplikacijo hipodermoklizne!

Priporočljiva mesta vstavitve podkožne igle (metuljčka) za hipodermoklizno so:

- predel trebuha, vendar ne v primeru ascitesa,
- predel prsnega koša, izogibamo se lateralni legi na ramenskem obroču in tkivu dojke,
- hrbet – pod lopatico.

Na vseh treh področjih se izogibamo koži, ki je bila pred kratkim obsevana, je kakorkoli poškodovana ali vneta. Pomemben je premislek, kako bo nastavljena igla vplivala na možnost svobodnega gibanja osebe, še posebej na gibanje v sklepih in pregibanje telesa.

Najpogosteje uporabljene in najbolj priporočljive tekočine za infuzije so:

1. 0,9-% NaCl
2. 0,45-% NaCl
3. Mešanica 0,9-% NaCl in 5-% glukoze
4. Ringerjev laktat

V času 24 ur se priporoča do 1,5 litra tekočine, aplicirane na enem mestu; če so potrebne večje količine tekočin, lahko vstavimo iglo za aplikacijo tekočin na dve

različni mesti, torej maksimalno 3 litri tekočine s podkožno infuzijo v 24 urah. **Maksimalna hitrost pretoka** pri hipodermoklizi je lahko do 500 ml/h. Takšna hitrost zahteva uporabo infuzijske črpalke, medtem ko priporočljiva povprečna hitrost pri hipodermoklizi, ki znaša 100 ml/h, ne zahteva uporabe infuzijske črpalke.

Zaključek

Vloga medicinskih sester ob umirajočemu bolniku in njegovih svojcih je z upoštevanjem etičnih načel nudenje aktivne in celostne oskrbe bolniku in njegovim svojcem. To pomeni preprečevanje in lajšanje simptomov neozdravljive bolezni ter zadovoljevanje fizičnih, psihičnih, socialnih in duhovnih potreb.

Paliativna zdravstvena nega temelji na komunikaciji, dialogu, ne le z bolnikom in njegovimi družinskimi člani, temveč tudi na komunikaciji z vsemi člani zdravstvenega tima. Timska oblika dela je pri tem zelo pomembna.

Viri in literatura

1. Wolf N. Komunikacija pri težko bolnih in umirajočih bolnikih. In Lahne m, Kaučič B. M. Zbornik predavanj s strokovnega srečanja Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor: Vloga medicinske sestre v paliativni oskrbi, Maribor: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor, 2004: 4–8.
2. Brenneis C, Bruera E, Campbell S, Cantwell P, Clark T, Chobanuk J et al. 99 Common Questions (And more) About Palliative Care: A Nurses Handbook (second editon). Edmonton, Alberta, Canada; 2002.
3. Rotovnik Kozjek N., Mlakar Mastnak D., Smrdel U, Zobec Logar B. K, Perhavec A. Priporočila za prehrano bolnika z rakom. Onkološki inštitut Ljubljana. 2007.
4. Ashby M, Fleming BG, Keam E, Lewis S. Subcutaneous fluid infusion (hypodermoclysis) in palliative care: new role for an old trick. *Med J Aust.* 1992; 156(9):669.
5. Slesak G, Schnurle JW, Kinzel E, et al. Comparison of subcutaneous and intravenous rehydration in geriatric patients: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc.* 2003; **51**:155–60.
6. Ferrand S, Campbell AJ. Safe, Simple Subcutaneous fluid administration. *Br J Hosp Med.* 1996; 55(11):690-2.
7. Sassion M, Shvartzman P. Hypodermoclysis: An alternative infusion technique. *American family physician.* 2001; 64:1575-8.
8. Ferry M, Dordaine V, Costans T. Subcutaneous infusion or hypodermoclysis a practical approach. *J Am Geriatr Soc.* 1999; 47:93-5.
9. Musgave C, Bartal N, Opstad J. The sensation of thirst in Dying patients receiving IV infusion. *Journal of Palliative Care.* 11:4: 17–21.
10. Bruera E, Macdonald N. To hydrate or Not to hydrate: How Should It Be? *Journal of Clinical Oncology.* 2000;18(5):1156–1158.
11. Frisoli AJ, de Paula AP, Feldman D, Nasri F. Subcutaneous Hydration By Hypodermoclysis. *Drugs & Aging.* 2000; 16 :313–9.

ZDRAVSTVENA NEGA V ZADNJIH DNEH ŽIVLJENJA

Za strokovno delo v tej fazi življenja je pomembno prepoznavanje in razumevanje telesnih in čustvenih sprememb bolnika in svojcev.



Komunikacija

- Pravilna komunikacija omogoča spoznavanje bolnika in svojcev s fizičnega, psihičnega, socialnega in duhovnega vidika.
- Komunikacija vzpostavlja dobre odnose med zdravstvenimi delavci in bolnikom ter svojci.
- Kadar je besedno komuniciranje oteženo, si pomagamo z neverbalno komunikacijo (slike, glasovi, gibi, mežikanje, stiki rok, pogledi...).
- Mogoča je tudi komunikacija z dotikom.



Bolnikove potrebe v zadnjih dneh življenja

1. **FIZIČNE:** lajšanje bolečin, lajšanje ostalih simptomov napredujele bolezni, osebna higiena, menjava položaja, spanje in počitek...
2. **ČUSTVENE:** komunikacija, vzpodbujanje izražanja čustev, preprečevanje osamljenosti...
3. **SOCIALNE:** hrana po želji bolnika, glasba, zagotovitev primerne prostora za pogovore bolnika s svojci, možnost in vzpodbujanje stalne prisotnosti svojcev ob umirajočem...
4. **DUHOVNE:** poslušanje in razumevanje bolnika, ureditev duhovne podpore...



Zakaj bolnika v zadnjih dneh življenja še redno obračamo?

- Osebi z napredujajočo boleznijo, omejeno gibljivostjo in kaheksijo grozi razvoj preležanin.
- Redno obračanje zmanjšuje možnost za nastanek preležanin in blaži že obstoječe težave, preprečuje otrdelost sklepov in mišic ter omogoča rahlo masažo.



Ukrepi za lajšanje kserostomije

- Ohranjanje čistih in vlažnih ust.
- Če je mogoče, bolniku ponudimo pogoste požirke tekočine.
- Bolniku ponudimo majhne rezine ledu, sladoledne lučke.
- Izogibamo se glicerinskih proizvodov in komercialnih ustnih vodov, ki vsebujejo alkohol.
- Usta vlažimo z vodo ali nesladkanim čajem.
- Če bolnik spi z odprtimi usti, nežno viazimo usta na 4 ure, ko je bolnik buden, pa vsako uro.
- Ustnice namažemo z balzomom za ustnice.



Hipodermoklizza

- Način vstavitve
- Kanila naj leži v sc prostoru, nad fascijo
- Primerna mesta: zgornji del prsnega koša, pod lopatico, hrbet, trebuh
- Najpogosteje uporabljene in najpriporočljivejše tekočine za infuzije
- Raztopina za sc infuzijo lahko visi največ 48 ur
- Priporočljiva hitrost je 100 ml/h
- Maksimalna hitrost infuzije je 500ml/h
- Zapleti zelo redki

