

**Opiekun merytoryczny mgr Anna Głowacka**  
**Opiekun stażu Elżbieta Tomaszewska**

Plan nauczania

Lp.	Moduł	Teoria Liczba godzin	Staż		Łączna liczba godzin
			Placówka	Liczba godzin	
I.	Jakość życia pacjenta w opiece Paliatywnej	5	Ośrodek opieki paliatywnej - 35 godzin	85	
II.	Niwelowanie/ łagodzenie objawów somatycznych i psychicznych u pacjentów objętych opieką paliatywną	30			
III.	Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej	9			
IV.	Fizjoterapia w opiece paliatywnej	6			
	Razem	50	35	85	

Teoria:

I moduł        5 \* 45' = 3,45'  
II moduł       30 \* 45' = 22,30'  
III moduł      9 \* 45' = 6,45'  
IV moduł      6 \* 45' = 4,30'

-----  
37,50'

## I moduł

### Jakość życia pacjenta w opiece paliatywnej.

#### I. Założenia, idee i struktura organizacji opieki paliatywnej w Polsce

1. Wyjaśnienie pojęć i definicji: opieka paliatywna, medycyna paliatywna, leczenie paliatywne, leczenie objawowe czas umierania
2. Omówienie form organizacyjnych opieki paliatywnej
  - optymalny wzorzec opieki paliatywnej:
  - opieka stacjonarna, ambulatoryjna,
  - dzienna, domowa, zespół wspierający,
  - współpraca z zespołem POZ.
3. Zasady i cele opieki paliatywnej:
  - holizm w opiece paliatywnej,
  - chory i rodzina jako podmiot opieki i integralny członek zespołu,
  - priorytety w zapewnieniu optymalnej,
  - jakości życia pacjentów i ich rodzin,
  - zespół interdyscyplinarny, zespół wielodyscyplinarny – wyjaśnienie różnic i podobieństw, rola w zapewnieniu optymalnej jakości życia.

4. Zasady etyczne w opiece paliatywnej:
  - akceptacja nieuchronności śmierci, trudne decyzje.
5. Funkcje poszczególnych członków zespołu wielodyscyplinarnego, współpraca z profesjonalistami innych specjalności – onkologia, radioterapia, chirurgia itd.

## II. Jakość życia w opiece paliatywnej:

- kryteria oceny jakości życia
  - metody pomiaru jakości życia
  - zasady etyczne w aspekcie oceny poziomu jakości życia
1. Definicja jakości życia.
  2. Cele oceny jakości życia pacjentów i ich rodzin.
  3. Ocena jakości opieki - kryteria. cele, możliwości.
  4. Metody badania jakości życia- ankiety, kwestionariusze, eksperymenty, studium przypadku.
  5. Obszary i narzędzia oceny jakości życia pacjentów objętych opieką paliatywną:
    - somatyczny (Karnofsky, ECOG,
    - Zubroda, skala STAS, RSCL,QLQ - C30,
    - psychiczny skale HADS, RSCL,
    - Minimental State, MAC,
    - sytuacja społeczna skala QLQ – C 30, STAS
    - satysfakcja z opieki kwestionariusz
  6. Zasady etyczne w aspekcie oceny jakości życia
  7. Rola oceny jakości życia w opiece paliatywnej
    - ocena stanu i kontrola objawów we wszystkich obszarach funkcjonowania pacjenta i rodziny
    - porównanie modeli opieki ewaluacja działań na rzecz pacjenta i rodziny.

## III. Czynniki wpływające na poprawę jakości życia pacjenta objętego opieką paliatywną i jego rodziny.

1. Pielęgnowanie pacjenta objętego opieką paliatywną – priorytety, hierarchia potrzeb pacjenta i rodziny.
2. Zasady tworzenia zespołu opieki paliatywnej - kryteria kwalifikacji.
3. Standardy zatrudnienia.
4. Kwalifikacje członków zespołu.
5. Ocena jakości opieki -konstruowanie narzędzia pomiaru.

## II moduł

### Niwelowanie/ łagodzenie objawów somatycznych i psychicznych u pacjentów objętych opieką paliatywną.

#### I Ból:

- definicja wg. IASP,
  - patogeneza, podział,
  - próg bólu,
  - czynniki wpływające na próg bólu,
  - ocena natężenia bólu – skale liczbowa, analogowa, wizualna, behawioralna,
  - monitorowanie natężenia bólu,
  - ból w wymiarze pozasomatycznym – totalny.
1. Definicja bólu wg IASP
  2. Rodzaje bólu – kryteria podziału:
    - czas, patomechanizm, lokalizacja, wielowymiarowość
  3. Konsekwencje bólu przewlekłego – wymiar somatyczny, wymiar etyczny,
  4. Czynniki wpływające na próg bólu – podwyższające (pozytywne) obniżające (negatywne)
  5. Ocena natężenia bólu u chorych objętych opieką paliatywną:
    - narzędzia pomiaru skale VAS, liczbowa, behawioralna, kwestionariusze bólowe: McGilla, Melzacka
    - wywiad dotyczący lokalizacji, czasu odczuwania, charakteru, czynników wywołujących lub łagodzących ból, wpływu bólu na wypoczynek i aktywność ruchową, dotychczasowe leczenie
    - ocena bólu jako doznania subiektywnego – wpływ czynników pozasomatycznych – stan emocjonalny, sytuacja życiowa, sytuacja ekonomiczna, adaptacja do sytuacji choroby
  6. Ocena dziennej aktywności ECOG, Karnofski
  7. Ból totalny – diagnozowanie: cechy kliniczne, sytuacje zamaskowane.

#### II. Drabina analgetyczna WHO – standard leczenia bólu przewlekłego:

- Szczeble drabiny analgetycznej – właściwości poszczególnych farmakoterapeutyków i ich zastosowanie adekwatnie do rodzaju i nasilenia bólu,
  - drogi i techniki podawania leków specyficzne w opiece paliatywnej,
  - dawkowanie leków p/bólowych u chorych dorosłych,
  - objawy niepożądane działania leków p/ bólowych, interakcje z innymi lekami,
  - szczegółowe wytyczne modyfikowania dawek poszczególnych leków stosowanych o chorych objętych opieką paliatywną koanalgetyki w terapii bólu przewlekłego w chorobie nowotworowej.
1. Standard leczenia bólu wg WHO
    - stopnie drabiny analgetycznej:
    - I stopień nieopiodowe leki p/zapalne i Paracetamol,
    - II stopień słabe opioidy,
    - III silne opioidy.Omówienie farmakodynamiki w/w grup leków i ubocznych skutków ich działania.

2. Zasady leczenia przewlekłego bólu nowotworowego:
  - wybór prawidłowego, skutecznego leku,
  - podawanie leku w systemie ciągłym z uwzględnieniem dokładnego dawkowania,
  - indywidualne dawkowanie z uwzględnieniem dawki skutecznej,
  - indywidualna dostosowana do sytuacji pacjenta droga podawania leków,
  - podawanie dawek „ratujących”,
  - profilaktyka objawów ubocznych,
  - monitorowanie skuteczności leczenia,
  - kojarzenie leków – rotacje opioidowe.
3. Drogi podawania leków specyficzne w opiece paliatywnej
  - doustna dokładne dawkowanie,
  - podskórna zestaw typu „butterfly” co 4 godz. lub infuzja ciągła (infuzor typu Graseby),
  - dożylna rodzaje dostępów donaczyniowych – obwodowe, centralne, porty naczyniowe,
  - zewnątrzoponowa - zasady podawania w odstępach czasowych lub infuzji ciągłej,
  - przezskórna zasady przeliczenia dawki, technika założenia przylepca, specyfika leczenia systemem transdermalnym,
  - miejscowo na bolesne rany,
  - niwelowanie bólu podczas wkłuć obwodowych - krem „Emla”.

4. Leki p/bólowe:

**I stopień drabiny analgetycznej – ból słaby (VAS 1-4)**

- paracetamol, naproxen, diklofenac, Pyralgin, - mechanizm działania, możliwości rotacji, objawy uboczne.

**II stopień drabiny analgetycznej - ból umiarkowny ( VAS 5-6 )**

- słabe opioidy
- kodeina, tramadol,
- mechanizm działania, działanie niepożądane, dawki pułapowe.

**III stopień drabiny analgetycznej – ból silny (VAS 7-10)**

- silne opioidy
- morfina, fentanyl, metadon, buprenorfina,
- zasady dawkowania, objawy niepożądane, szczegółowe wytyczne dotyczące modyfikowania dawek, rotacje opioidowe.

5. Koanalgetyki - wskazania do stosowania koanalgetyków/ adiuwantów, rodzaje adiuwantów ich farmakomechanizm i efekty uboczne.

III. Analgezja sterowana przez pacjenta – PCA – Patient Controlled Analgesia

1. Wskazania do zastosowania systemu PCA,
2. Niezbędne warunki umożliwiające zastosowanie metody PCA,
3. Korzyści dla pacjenta i dla zespołu z wykorzystania metody PCA,
4. Ryzyko zastosowania metody PCA – skutki uboczne.

IV. Terapia objawowa w opiece paliatywnej – patomechanizm dokuczliwych objawów, postępowanie terapeutyczne w przypadku zaburzeń ze str. układu oddechowego.

Etiologia, patomechanizm, objawy, diagnostyka, leczenie, pielęgnacja, fizjoterapia, edukacja chorych i rodzin w przypadku następujących zaburzeń u chorych objętych opieką paliatywną.

1. Zaburzenia ze strony układu oddechowego – kaszel, duszność, krwiotłucie, rzęzenie przedśmiertne.
2. Stany nagłe w opiece paliatywnej – zespół kompresji rdzenia kręgowego, hiperkalcemia, napad drgawek, napad paniki oddechowej, krwotok, delirium terminale, złamania patologiczne.
3. Zaburzenia ze strony układu pokarmowego – zaparcia, biegunka, niedrożność, nudności, wymioty, czkawka, patologiczne zmiany w jamie ustnej, utrata apetytu.
4. Wodobrzusze.
5. . Zaburzenia ze strony układu moczowego -
  - zatrzymanie, nietrzymanie moczu, krwimocz, obrzęk moszny, prącia ,infekcje dróg moczowych.
6. Zaburzenia ze strony układu nerwowego – splątanie, pobudzenie, depresja, zaburzenia świadomości, lęk.

V. Zmiany patologiczne w obrębie błon śluzowych skóry i tkanki podskórnej: suchość w jamie ustnej, owrzodzenia i przetoki nowotworowe, odleżyny, odczyny popromienne, świąd skóry, nadmierna potliwość.

1. Zmiany patologiczne w obrębie błon śluzowych skóry i tkanki podskórnej: suchość w jamie ustnej, owrzodzenia i przetoki nowotworowe, odleżyny, odczyny popromienne, świąd skóry, nadmierna potliwość – etiologia, czynniki ryzyka, patomechanizm, postępowanie terapeutyczne – leczenie, pielęgnacja, fizjoterapia, edukacja.

VI. Opieka nad pacjentem w okresie agonii – specyfika postępowania terapeutycznego.

1. Objawy w ostatnim okresie życia,
2. Rodzina umierającego – edukacja, wsparcie,
3. Leczenie objawowe – specyfika w agonii,
4. Zasady pielęgnowania chorego w agonii,
5. Towarzyszenie umierającemu,
6. Szacunek dla ciała zmarłego.

## III moduł

### Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej.

#### I. Problemy psychiczne, duchowe, socjalne i społeczne pacjenta i jego rodziny.

1. Analiza sytuacji życiowej pacjenta i jego rodziny jako metoda rozpoznawania problemów psycho – duchowych i społecznych pacjenta i jego rodziny. Psychologiczna charakterystyka sytuacji śmiertelnej choroby.

- Sytuacja śmiertelnej choroby jako sytuacja kryzysowa,
- Potrzeby i oczekiwania chorego,
- Potrzeby i oczekiwania chorego,
- Potrzeby i oczekiwania rodziny,
- Istotność procesu komunikacji w rodzinie umierającego,
- Sposoby wspierania chorego i jego rodziny.

#### II. Wybrane formy opieki komplementarnej. Oddziaływanie terapeutyczne.

- Filozofia i teoretyczne założenia opieki komplementarnej.
- Podstawowe założenia opieki komplementarnej nad pacjentem.
- Cele i zadania terapii uzupełniającej.
- Zastosowanie terapii uzupełniającej w kontakcie indywidualnym.
- Osoby zaangażowane w terapię komplementarną – model brytyjski.
- Terapia zajęciowa Definicja terapii zajęciowej:
  - aspekt psychiczny,
  - aspekt fizyczny,
  - aspekt społeczny,
  - aspekt zawodowy.
- Rys historyczny – rozwój terapii zajęciowej na świecie i w Polsce – od starożytności po XX wiek.
- Miejsce terapii zajęciowej w medycynie.
- Kryteria doboru zajęcia dla pacjenta:
  - indywidualne,
  - czynniki zewnętrzne.
- Metody pracy z podopiecznymi:
  - podział ze względu na zaangażowanie,
  - ilość osób,
  - charakter pracy.
- Wybrane formy opieki komplementarnej.
- Muzykoterapia:
  - istota terapeutycznej funkcji muzyki,
  - zastosowanie w pracy z osobą terminalnie chorą,
  - wymagania wobec prowadzącego muzykoterapię,
  - sposoby prowadzenia zajęć (grupa, tryb indywidualny);
- Relaksacja:
  - zastosowanie w pracy z pacjentem,
  - zasady konstruowania instrukcji,
  - informowanie pacjenta o proponowanej relaksacji,
  - dobór podkładu muzycznego,
  - pokaz relaksacji z udziałem uczestników szkolenia,
  - przeprowadzenie ćwiczenia przez uczestnika (1 lub 2 osoby).
- Akupunktura, akupresura.

- Akupunktura jako metoda lecznicza służąca do redukcji bólu oraz utrzymania lub przywrócenia równowagi energetycznej organizmu.
- Akupresura (refleksoterapia) jako „miękką” wersję akupunktury – technika wykonania.
- Teoretyczne podstawy zastosowania akupunktury i akupresury w kontakcie z pacjentem (model brytyjski)
- Wskazania i przeciwwskazania do stosowania akupunktury i akupresury.
- Zalecenia i skuteczność działania.
- Celowość zastosowania w leczeniu paliatywno-hospicyjnym.
- Aromaterapia:
  - aromaterapia jako metoda łagodzenia bardzo wielu dolegliwości,
  - zastosowanie w pracy z pacjentem objętym opieką paliatywną
  - techniki zabiegów: masaż, kąpiel, inhalacje,
  - działania i właściwości olejków eterycznych,
  - zasady doboru aromatu,
  - omówienie umiejętności prowadzącego aromaterapię,
  - środki niezbędne w prowadzeniu aromaterapii,
  - ograniczenia w prowadzeniu terapii,
  - aromaterapia jako forma wspomaganie akupunktury.
- Chromoterapia.
  - pojęcie chromoterapii,
  - oddziaływanie koloru,
  - rodzaje zabiegów leczniczych z wykorzystaniem kolorów,
  - barwy aury a zdrowie,
  - emocje, kolory a zdrowie,
  - oddziaływanie kolorów na psychikę człowieka.
- Biblioterapia, arteterapia.
  - pojęcie biblioterapii i arteterapii,
  - zasady i możliwości biblioterapii,
  - zastosowanie biblioterapii.

### III. Przekazywanie informacji niepomyślnych. Reakcje pacjenta i rodziny.

1. Przygotowanie chorego i jego rodziny do przyjęcia informacji niepomyślnych. Podstawowe zasady przekazywania złych informacji. Sposoby przekazywania złych informacji.

- Komunikacja werbalna.
  - Komunikacja niewerbalna.
  - **Warsztaty:**
  - Chory i jego rodzina.
  - Sposoby komunikacji w rodzinie.
  - Możliwości pomocy w poprawieniu jakości komunikacji.
2. Indywidualizowanie i dostosowanie informacji przekazywanej pacjentowi.
- Rodzaje i klasyfikacja pacjentów.
  - Dostosowanie informacji w zależności od zaawansowania choroby.
  - Wpływ kondycji psychicznej pacjenta na sposób przekazywania informacji.
  - **Warsztaty:**
  - Komunikacja.
  - Doskonalenie umiejętności rozmowy z pacjentem.
  - Odczytywanie sygnałów wysyłanych przez pacjenta.

- Reakcja chorego na złe informacje.
- **Warsztaty:**
- Przekazywanie informacji niepomyślnych.
- Reakcja chorego na złe informacje:
- reakcje psychiczne „normalne”,
- reakcje psychiczne emocjonalne,
- trudności w przyjmowaniu informacji.
- **Warsztaty:**
- Ćwiczenie umiejętności rozmowy z chorym.
- UDZIELANIE WSPARCIA PSYCHICZNEGO CHOREMU I RODZINIE ORAZ OSOBOM OPIEKUJĄCYM SIĘ NIM:
- Rozpoznawanie potrzeb chorego i jego bliskich.
- Wsparcie psychiczne udzielone choremu i jego rodzinie.
- Kto powinien udzielać wsparcia psychicznego?
- Jak udzielać wsparcia psychicznego?
- budowanie i podtrzymywanie nadziei,
- strategia pocieszania,
- umiejętność uspokajania,
- znaczenie bliskiego kontaktu (znaczenie dotyku),
- umiejętności relaksacji,

#### IV. Formy, zasady i bariery komunikacji z pacjentem i jego rodziną/ opiekunami.

1. Problemy komunikacji z chorym objętym opieką paliatywną i jego rodziną/opiekunami.
  - formy komunikacji z pacjentem i jego rodziną – kontakt bezosobowy, rzeczowy pozbawiony emocji, kontakt patriarchalny, układ partnerski,
  - zasady komunikacji z pacjentem i rodzina – umiejętność zadawania pytań otwartych,
  - pomieszczenie, strategie niewerbalne,
  - umiejętność posługiwania się ciszą,
  - uzgodnienie planów dotyczących,
  - leczenia i aktywności chorego,
  - bariery komunikacji z pacjentem i rodziną - błędy w komunikacji –
  - zakłócenia w komunikacji wynikające z hałasu lub braku czasu,
  - intymności,
  - błędy z zakresu zadawania pytań,
  - minimalizowanie i normalizowanie uczuć,
  - zaburzenia percepcji zmysłowej i spowolnienie ograniczenia wzroku słuchu i pamięci.

#### V. Osierocenie i żałoba.

1. Reakcje rodziny na fakt śmierci bliskiej osoby:
  - a) etapy:
    - niedowierzanie i szok z poczuciem nierealności,
    - reakcja żalu (ataki smutku, płacz, skarga, pobudzenie ruchowe),
    - smutek i tęsknota,
    - etap wewnętrznego przystosowania się do nowej sytuacji.
  - b) modelowy proces osierocenia – praca z osobą osieroconą:
    - akceptacja realności straty,
    - doświadczanie żalu,
    - przystosowanie do zmienionego otoczenia,
    - odnowienie sił i ukierunkowanie ich na nowe cele.



- c) patologiczny przebieg procesu osierocenia:
- depresja reaktywna,
  - patologiczne formy zahamowania żalu,
    - szukanie zapomnienia w nadmiernej aktywności,
    - przedwczesne zastąpienie zmarłej osoby na inną osobę,
    - patologiczny przewlekły żal,
    - samobójstwa,
    - nadużywanie środków uspokajających i nasennych, alkoholu,
    - zaburzenia nerwicowe,
    - zaostrzenie chorób psychosomatycznych.

## IV Moduł

### Fizjoterapia w opiece paliatywnej.

I. Metody fizjoterapeutyczne zalecane do stosowania u pacjentów objętych opieką paliatywną:

- a) zabiegi kinezyterapeutyczne (ćwiczenia ruchowe bierne/ czynne, ogólnousprawniające, oddechowe inne),
- b) zabiegi fizykoterapeutyczne (jonoforeza, prądy diadynamiczne, TENS, laser, światłolecznictwo).

1. Elementy rehabilitacji w opiece paliatywnej:

- główne założenia rehabilitacji w opiece paliatywnej,
- strategia postępowania rehabilitacyjnego u chorych objętych opieką paliatywną,
- czynniki wpływające na efekty fizjoterapii,
- zakres rehabilitacji pacjenta objętego opieką paliatywną.

2. Procedury rehabilitacyjne zalecane do stosowania w opiece paliatywnej - wskazania, p/wskazania:

- Kinezyterapia,
- Fizykoterapia,
- terapia skojarzona,
- terapia zaburzeń mowy.

3. Zaopatrzenie ortopedyczne.

II. Obrzęk limfatyczny - przyczyny, objawy, diagnostyka, postępowanie terapeutyczne

1. Obrzęk limfatyczny –

- istota obrzęku,
- obraz kliniczny,
- metody diagnozowania,
- czynniki zaburzające uzyskania poprawy klinicznej powikłania obrzęku limfatycznego.

III. Sposób postępowania w leczeniu obrzęku limfatycznego: postępowanie fizjoterapeutyczne i edukacja pacjenta.

1. Obrzęk limfatyczny – postępowanie fizjoterapeutyczne jako metoda zasadnicza

- ręczny drenaż limfatyczny,
- leczenie kompresyjne,
- ćwiczenia fizyczne i oddechowe,
- elewacja.

2. Edukacja pacjenta i rodziny w zakresie postępowania terapeutycznego i profilaktyki

- ćwiczenia w technice drenażu ręcznego, ćwiczeń fizycznych i oddechowych, elewacji,
- metody zapobiegania powikłaniom obrzęku limfatycznego.

IV. Rola pielęgniarki w fizjoterapii stosowanej w opiece paliatywnej.

1. Rola pielęgniarki w fizjoterapii w opiece paliatywnej

- unieruchomienie długotrwałe lub nieodwracalne ograniczenie ruchomości – zapobieganie powikłaniom

2. Powikłania występujące u chorych w opiece paliatywnej - profilaktyka:

- zakrzepica żylna,
- infekcje dróg oddechowych,

- infekcje dróg moczowych,
  - odleżyny,
  - zaburzenia w układzie kostno stawowym.
3. Upadki – profilaktyka.
4. Postępowanie pielęgnacyjne u chorego z obrzękiem limfatycznym:
- pielęgnacja skóry,
  - profilaktyka zakażeń,
  - kompresjoterapia,
  - metody elewacji,
  - techniki zastosowania zaopatrzenia ortopedycznego.
5. Procedury pielęgniarские we współuczestniczeniu w rehabilitacji pacjenta w opiece paliatywnej.