Paweł Witt

JAKOŚĆ ŚMIERCI I UMIERANIA CHORYCH OBJĘTYCH DOMOWĄ OPIEKĄ PALIATYWNĄ W OCENIE RODZIN I BLISKICH CHOREGO

Streszczenie

Wstęp. W Polsce nie ma badań dotyczących jakości umierania oraz badań jakości samego momentu śmierci. Badania opisywane w literaturze dotyczą głównie wieloaspektowej jakości życia, jakości opieki, jakości leczenia. Z wielu ankiet badających opinię publiczną wynika, że ludzie mają wiele oczekiwań dotyczących samego momentu śmierci oraz procesu umierania. Zwraca się uwagę na coraz powszechne zjawisko „dobrej śmierci" i „jakości umierania", szczególnie u pacjentów, u których wiadomo, że rokowanie jest niepomyślne, a proces leczenia przyczynowego choroby podstawowej został zakończony.

Cel badań. Celem pracy było zbadanie jakości procesu umierania i samego momentu śmierci u chorych w stanie terminalnym, którzy byli objęci bezpłatną domową opieką paliatywną.

Materiał i metody. Praca ma charakter badawczy. Materiał do pracy był zbierany za pomocą zwalidowanego i przetłumaczonego na język polski anonimowego arkusza QODD – The Quality of Daing and Death, Grupą odbiorców są rodziny oraz osoby bliskie, które opiekowały się umierającym pacjentem, który był pod opieką hospicjum domowego, w którym pracuje autor. Materiał badawczy był zbierany od początku 2016 roku do 2018 roku. Oryginalny kwestionariusz QODD składa się z 31 pytań, istnieją wersje zmodyfikowane liczące 17 pytań. Do badania użyto kwestionariusza z 31 pytaniami.

Wyniki. Zebrano 150 wypełnionych ankiet. Większość osób wypełniających ankietę to kobiety, pomiędzy 30 a 50 rokiem życia. Dominuje wykształcenie wyższe. Większość osób wykonuje zawód niemedyczny, mieszka w mieście. Płcią dominującą u zmarłych chorych w opiece paliatywnej są kobiety, z wykształceniem średnim, zamieszkali w mieście. Wśród zmarłych przeważa znacznie rozpoznanie choroby nowotworowej.

Wykazano, że istnieje istotna statystycznie, słaba, ujemna korelacja pomiędzy wiekiem a wynikami podskal Objawy i kontrola osobista (R= -0,184; P= 0,024) oraz Rodzina (R= -0,206; P= 0,012). Ponadto istnieje istotna statystycznie, słaba, dodatnia korelacja pomiędzy wiekiem a wynikami podskali Przygotowanie do śmierci (R= 0,176; P= 0,031). Wykazano, że mężczyźni w badaniu prezentowali istotnie wyższe wyniki podskali Rodzina, niż kobiety (50.67 ± 13.36

vs 43,33 ± 13,45; P<0.001; *d* Cohena= 0,73)– oznacza to, że jakość śmierci i umierania u mężczyzn w tym zakresie była istotnie lepsza niż u kobiet.

Wykazano, że osoby, którzy opiekunowie wykonują zawód niemedyczny prezentują istotnie lepszą jakość śmierci i umierania w zakresie podskali Podejście całościowe. (54,40 ± 17,35 vs 61,54 ± 19,01; P= 0.042; *d* Cohena= 0,53).

Osoby o różnym wykształceniu różniły się istotnie od siebie pod względem jakości śmierci i umierania w przypadku podskali Rodzina ($F(2;147) = 5,99$; $p = 0,003$; $\omega^2 = 0,06$). Porównania *posthoc* wykonane testem Scheffego wykazały, że osoby z wykształceniem średnim prezentowały istotnie lepszą jakość życia w tym zakresie niż osoby z wykształceniem podstawowym ($p = 0,029$) i wyższym ($p = 0,015$).

Bardzo często chorzy kontrolowali sytuację, w której się znajdowali, samodzielnie spożywali posiłki. W większości nie odczuwali duszności, co jest wymiernym wskaźnikiem opanowania objawów i poprawia jakość życia. Bardzo często pacjenci nie byli pogodzenie ze śmiercią, chociaż w większości leku nie odczuwali. Bardzo często spędzali czas z współmałżonkiem, bliskimi, dziećmi.

W większości nie chcieli rozmawiać na temat ceremonii pogrzebu, ale w większości zdążyli pożegnać się z bliskimi. W większości nigdy nie odczuwali potrzeby przyspieszania procesu śmierci, ale również nie chcieli skorzystać z opcji podtrzymujących życie. Mimo świadomości bliskiej śmierci pacjenci mieli nadal cel w życiu.

Wnioski. Wnioski można podzielić na 2 obszary: (1) medyczny – poprawa jakości życia pacjentów, możliwość kontraktowania świadczeń w wyniku ewaluacji procesu opieki w domowej opiece paliatywnej; (2) badawczy: porównanie jakości umierania w domowej opiece paliatywnej z opieką stacjonarną, porównanie poszczególnych świadczeniodawców między sobą, badania jakości umierania w poszczególnych jednostkach chorobowych, badania nad jakością śmierci i umierania.